


KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Maija Luostarinen

SAIRAANHOITAJAN TYÖN LÄHTÖKOHDAT PSYYKKISESTI OIREILEVIEN SOTILAIEN PARISSA JATKOSODAN 1941–1944 AIKANA – dokumenttianalyysi 1930-luvun mielisairanhoidon oppikirjoista

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2021

 Karelia AMMATTIKORKEAKOULU	OPINNÄYTETYÖ Helmikuu 2021 Sairaanhoitajakoulutus Tikkarinne 9 80200 JOENSUU +358 13 260 600 (vaihde)
Tekijä Maija Luostarinen	
Nimeke Sairaanhoitajan työn lähtökohdat psyykkisesti oireilevien sotilaiden parissa jatkosodan 1941–1944 aikana – dokumenttianalyysi 1930-luvun mielisairanhoidon oppikirjoista	
Tiivistelmä Opinnäytetyön aiheena oli selvittää sairaanhoitajan työn lähtökohtia psyykkisesti oireilevien sotilaiden parissa jatkosodan 1941–44 aikana. Tutkimuskohteena olivat sairaanhoitajien koulutuksessa käytetyt mielisairanhoidon oppikirjat. Tutkittavaa aihetta pohjustettiin teoriaosiossa suomalaisen sairaan- ja mielisairanhoidon historialla ja sotahistorialla. Työ tehtiin itsenäisesti ilman toimeksiantajaa. Opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin historian tutkimuksen menetelmää, dokumenttianalyysia. Opinnäytteessä analysoitiin kolme mielisairanhoidon oppikirjaa dokumenttianalyysin keinoilla. Kirjoista etsittiin viitteitä sairaanhoitajan valmiuksista psyykkisesti oireilevien potilaiden hoitotyöhön. Oppikirjojen perusteella mielisairanhoidossa painottui vallitseva tietämys ihmisen sielunrakenteesta ja mielisairauksista. Sairaanhoitajan persoonallisuus toimi työvälteenä, ja sairaanhoitajan kuvattiin olevan osaston sielu. Käytetyt hoitomenetelmät olivat murroksessa – vuodelevosta ja kylvyistä siirryttiin kohti shokkihoitojen ja lääkkeiden aikakautta. Hoidon arvopohjan muodostivat käsitykset mielisairauksien perinnöllisyydestä, psyykkisen oireilun taustalla olevasta poikkeavasta sielunrakenteesta ja terveelle ihmiselle luontaisesta yhteiskuntavietistä. Jatkosodan aika oli historiallinen poikkeusaika ja opinnäytetyön tulokset ovat viitteellisesti sovellettavissa tuolloin vallinneeseen historialliseen todellisuuteen.	
Kieli suomi	Sivuja 64
Asiasanat mielisairanhoido, sairaanhoitajakoulutus, sotahistoria	



THESIS
February 2021
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Author
Maija Luostarinen

Title
Premises of Nurses' Work Among Mentally Symptomatic Soldiers During the Finnish Continuation War 1941–1944 – A Document Analysis of Mental Care Textbooks Published in the 1930s

Abstract

The topic of this uncommissioned study was to explain the premises of nurses' work among mentally symptomatic soldiers during the Finnish Continuation War 1941–1944. The study material was comprised of mental care textbooks used in the nursing education in the 1930s. The theoretical part of the thesis discusses the history of the war, nursing and mental care.

Three textbooks were analysed using the document analysis method. The topics of the research were limited into the importance of education, the nurse's personality, the methods of the mental care and the basics of nursing.

It was discovered that knowledge of mental illnesses played a significant role. The personality of the nurse was considered as a tool in providing nursing care and the nurse was described as the soul of the ward. In addition, the treatment methods evolved from bed rest and baths towards electroconvulsive therapy and pharmacotherapy.

The value base of the care was formed upon the concept of the heredity of mental disorders, the underlying abnormal structure of the soul predisposing to mental symptoms and the natural social instinct in normal people. The time of the Continuation War in Finland was an exceptional era. The results of the thesis are just indicative of the historical reality of that time.

Language
Finnish

Pages 64

Keywords
mental care, nursing education, war history

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Suomalainen mielenterveystyö ja sodan haasteet.....	6
2.1	Sairaanhoitajuuden kehittyminen Suomessa.....	6
2.1.1	Sairaanhoitajakoulutus ja ammatillisuuden kehitys	7
2.1.2	Mielisairaanhoidon koulutus	9
2.2	Suomalainen sairaanhoitojärjestelmä 1930-luvulla.....	10
2.2.1	Sairaanhoitoa koskenut lainsäädäntö	10
2.2.2	Sairaalahoidon rakennemuutos	11
2.2.3	Keskeiset ammattikunnat	12
2.3	Jatkosodan 1941–44 lääkintähuolto	13
2.3.1	Talvisodan kokemukset.....	13
2.3.2	Jatkosodan vuodet	14
2.3.3	Lääkintähuollon rakenne	16
2.4	Suomalaista sotapsykiatriaa	18
2.4.1	Psykiatrian lähtökohdat	18
2.4.2	Tyypilliset diagnoosit.....	19
2.4.3	Käytetyimmät hoitomenetelmät.....	20
2.4.4	Mielisairaanhoito.....	21
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	23
4	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	23
4.1	Laadullinen tutkimus.....	23
4.2	Dokumenttianalyysi historian tutkimuksen menetelmänä	24
5	Opinnäytetyön toteutus.....	26
5.1	Opinnäytetyön tietoperustan kokoaminen	26
5.2	Oppikirjojen valikoituminen analyysin kohteeksi.....	27
5.3	Dokumenttianalyysin toteuttaminen.....	28
6	Mielenterveyshoitotyön oppikirjat 1930-luvulla	30
6.1	Karin Neuman-Rahnin Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa ..30	
6.1.1	Kirjoittaja Karin Neuman-Rahn.....	30
6.1.2	Neuman-Rahnin oppikirjan painotukset.....	31
6.2	Lyyli Kinnusen Mielisairaanhoito	36
6.2.1	Kirjoittaja Lyyli Kinnunen	36
6.2.2	Kinnusen oppikirjan painotukset	36
6.3	Martti Kailan Mielitaudit.....	41
6.3.1	Kirjoittaja Martti Kaila	41
6.3.2	Kailan oppikirjan painotukset.....	42
7	Tulokset.....	45
7.1	Koulutuksen merkitys	45
7.2	Sairaanhoitajan persoona	46
7.3	Hoitomenetelmien kirjo	48
7.4	Hoidon arvopohja.....	52
8	Pohdinta	54
8.1	Tulosten tarkastelu	54
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	58
8.3	Ammatillinen kasvu.....	60
8.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys	61
	Lähteet	62

1 Johdanto

Historian tunteminen ja aikakontekstin ymmärtäminen ovat minulle avain nykypäivän ilmiöiden ymmärtämiseen. Suomalaisen sotahistorian ja tässä työssä käsiteltävän mielenterveystyön historian tunteminen avaa mahdollisuuksia sotatraumojen syvempään ymmärtämiseen. Tähän historialliseen aikaan perehtyminen avaa ikkunan Suomessa tehdyn mielenterveystyön painotuksiin ja merkitykseen, jonka jäljet näkyvät edelleen.

Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään sairaanhoitajan työn lähtökohtia psyykkisesti oireilevien parissa jatkosodan aikana vuosina 1941–1944. Sairaanhoitajien lisäksi varsin merkittävän työpanoksen sairaanhoidon parissa antoivat Lotta Svärd -järjestön lotat eri sairaanhoidon työtehtävissä. Opinnäytteessä keskitytään sairaanhoitajan työnkuvaan, sillä tämä näkökulma avaa mahdollisuuden tarkastella ammatillisen sairaanhoitajakoulutuksen ja mielenterveystyön suhdetta jatkosodan aikaisessa poikkeustilassa.

Opinnäytetyössä selvitetään sairaanhoitajan työn lähtökohtia eli selvennetään sairaanhoitajakoulutuksen antamia lähtökohtia hoitotyölle psyykkisesti oireilevien sotilaiden parissa. Työ tehdään historiantutkimuksena. Työ toteutetaan ilman toimeksiantajaa käyttäen hyödyksi tutkimuskirjallisuutta ja primäärilähteitä, mutta rajaten tutkimuksesta ulkopuolelle arkistolähteet ja muistitietoaineistot. Primääriaineiston muodostavat sairaanhoitajien koulutuksessa käytetyt melisairaanhoidon oppikirjat. Tutkielman tietoperustassa luonnehditaan kokonaiskuva sairaanhoitajan työstä mukaan lukien sairaanhoitajien koulutus, olosuhteet ja sotapsykiatrian suuntaviivat jatkosodan aikana. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa huomioidaan lähdeaineiston kontekstisidonnaisuus. Työssä lähdetään ajatuksesta, että oppikirjat ovat osa sairaanhoitajien sosialisatioprosessia, jossa kasvatetaan tiettyyn ammatilliseen kulttuuriin, käytäntöihin sekä sitoudutaan niihin (Sarkio 2007, 17).

Opinnäytetyössä käytetään termiä sairaanhoitaja, mutta muutoin opinnäytetyössä käytetään lähdeaineiston mukaisia termejä, jotka poikkeavat nykykielenkäytöstä.

2 Suomalainen mielenterveystyö ja sodan haasteet

2.1 Sairaanhoitajuuden kehittyminen Suomessa

Jo ennen sairaalajärjestelmän syntyä ovat sairaat tarvinneet hoitajia. Hoitajat ovat lähtökohtaisesti olleet naisia, koska hoitamisen on nähty olevan naiselle luontaista toimintaa. Sairaiden ”*holhoojat*” ja maallikkosairaanhoitajat toimivat niin sairaaloissa kuin maaseudullakin sairastuneiden ja apua tarvitsevien hoitajina. Toimessa sekoittuivat ruuanlaitto, siivous ja sairaiden hoitaminen, ja näiden sisältöjen voidaan nähdä siirtyneen myös varsinaisen sairaanhoitajatar- koulutuksen sisällöiksi. (Sorvettula 1998, 19–25.)

Suomen ensimmäinen diakonissalaitos perustettiin saksalaisten ja muiden pohjoismaisten diakonissalaitoksien esikuvan perusteella Helsinkiin vuonna 1867. Johtoajatuksena oli hätää kärsivien ihmisten hädän lievittäminen evankeliskristillisessä hengessä, ja työn nähtiinkin antavan tekijälleen tyydytystä ja herättävän henkilökohtaista iloa kristillisen rakkaudentyön tuomana. Diakonissan tehtäviksi määriteltiin kärsimyksen lieventäminen, lääkärin antamien määräyksien toimeenpaneminen, lääkärin informoiminen potilaan tilasta sekä potilaan tarkka hoitaminen. 1930-luvulla diakonissat työskentelivät diakonissalaitoksen sairaaloissa eri puolilla Suomea tai lääkintähallituksen luvalla kiertävän sairaanhoitajan työssä tai hoitajana kaatumatautisten ja vajaamielisten hoitolaitoksissa tai leprasairaalassa. (Sorvettula 1998, 29–35.)

Suomalaisen hoitotyön juurille pääsee tutustumalla Maija Sorvettulan teokseen *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Niilo Pesosen *Terveiden puolesta sairautta* vastaan käsittelee laajasti suomalaisen terveyden- ja sairaanhoidon

kehitystä. Onni Vauhkonen katsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheista teoksessa Terveydenhuollon historia on niin ikään laaja näkökulma sairaanhoidon rakenteisiin. (Pesonen 1980; Sorvettula 1998; Vauhkonen 1993.)

2.1.1 Sairaanhoitajakoulutus ja ammatillisuuden kehitys

Sotasairaanhoidon tarpeet olivat keskeisiä Suomen Punaisen Ristin aloittaessa sairaanhoitokoulutuksen 1800-luvun loppupuolella. Suomen Punaisen Ristin edeltäjä haavoittuneiden ja sairaiden sotilaiden hoitoa varten oli perustettu 1877, ja se muutti nimensä SPR:ksi vuonna 1920. Kansainvälinen Punaisen Ristin kattojärjestö oli perustettu 1863 Genevessä Sveitsissä. Sairaanhoitajakoulutuksen johtajatuksena oli, että hyvin koulutettu, tiedoiltaan ja taidoiltaan osaava sekä velvollisuudentuntoinen hoitaja oli kelvollinen hoitamaan sairaita ja haavoittuneita potilaita. Sairaanhoitajakoulutukseen liittyi sitoutuminen määräajaksi SPR:n käytettäväksi. (Virtanen 2005, 36–39.)

SPR lopetti sairaanhoitajakoulutuksen rahoittamisen 1893, mutta koulutus jatkui edelleen Helsingin Kirurgisessa sairaalassa. Ensimmäisen puolen vuoden mittaisen sairaanhoitajakoulutuksen vuonna 1889 katsotaan olleen ensimmäinen todellinen koulutus, ja se pidennettiin yksivuotiseksi vuonna 1891. Koulutuksen kesto piteni edelleen vuosien myötä, ja ensimmäiset kolmivuotisesta sairaanhoitajakoulusta valmistuneet hoitajat valmistuivat vuonna 1922. Myös muualla maassa oli aloitettu Senaatin määräyksestä puolen vuoden mittaisia sairaanhoitajakoulutuksia jo 1890-luvun alkupuolella. (Virtanen 2005, 40–41.)

Sairaanhoitajakoulutus oli ennen toista maailmasotaa järjestäytynyt Suomessa vuoden 1929 koulutuslain ja -asetusten mukaisesti kolmeen valmistavaan ja kahdeksaan varsinaiseen sairaanhoitajakouluun. Koulutukselle oli määritetty tarkastaja ja koulujen opetus ja ohjesääntö tuli vahvistaa lääkintöhallituksella. Koulutus alkoi neljän kuukauden valmistavalla sairaanhoitajakoululla, jota jatkettiin harjoitteluilla sairaaloissa 24 kuukauden ajan. Kahden kuukauden loman jälkeen opintoja jatkettiin kuuden kuukauden jatko-opetuksella. Sairaanhoitajaksi

valmistumisen jälkeen opintoja oli mahdollista jatkaa 3–6 kuukauden mittaista erikoistumisopetuksella, kuten mielisairaanhoidolla. (Sorvettula 1998, 239–240, 243.)

1930-luvulla valmistavan koulun opetusohjelmaan kuului useita eri oppiaineita, kuten kemiaa, terveydenhoitoa, ihmisruumiin rakenteen ja toiminnan opettelua, lastenhoitoa, sielutiedettä ja sairaanhoidon historiaa. Määrällisesti eniten tunteja käytettiin kuitenkin ravinto-opin ja dieettiruuanlaiton opetteluun. Harjoittelujaksolla työelämässä perehdyttiin laajalti eri erikoisaloihin, kuten sisätautien ja kolutautien hoitoon, mutta eniten perehdyttiin kirurgiseen hoitotyöhön. Oppilaita arvioitiin eri aineissa, mutta myös arvosana annettiin myös esimerkiksi käytöksestä, esiintymisestä, nopeudesta ja tunnollisuudesta. (Sorvettula 1998, 240–241, 247.)

Sairaanhoitajat olivat 1930-luvulla perustaneet jo useita yhdistyksiä, joihin kuului Sjuksköterskeföreningen i Finland, Suomalainen Sairaanhoitajatar Yhdistys, Mielisairaanhoitajattarien toveriliitto ja Suomen Sairaanhoitajatarliitto. Yhdistystoiminnan pääpainot liittyivät sairaanhoitajien koulutukseen ja palkkaukseen sekä yhteenkuuluvuuden synnyttämiseen. Sjuksköterskeföreningen i Finland alkoi julkaista omaa sairaanhoitajattarille tarkoitettua *Epione*-lehteään 1908. Suomen Sairaanhoitajatarliitto puolestaan perusti Sairaanhoitajatar-lehden 1925. (Sorvettula 1998, 140–155.)

Sairaanhoitajakoulutuksen historiaa ja ammatillisuuden kehitystä käsitellään jo aiemmin mainituissa Sorvettulan *Hoitotyön historia* -kirjassa ja Pesosen *Terveyden puolesta sairautta vastaan* -teoksessa. Sairaanhoitajuuden kehittymistä on kuitenkin tarkasteltu osana eri tutkimuksia, kuten Maria Sarkion väitöskirjassa *Sairaanhoitajaksi kasvattaminen*, joka käsittelee sairaanhoitajakoulutuksessa käytettyjä oppikirjoja. (Pesonen 1980; Sarkio 2007; Sorvettula 1998.)

2.1.2 Mielisairaanhoidon koulutus

Varsinainen mielisairaanhoitajakoulutus oli alkanut Lapinniemen ja Pitkäniemen mielisairaaloiden aloittaessa kolmen kuukauden mittaiset koulutukset mielisairaanhoitajille 1913. Koulutusta pidennettiin pian, ja jo vuonna 1921 kurssi kesti kokonaisen vuoden. Opetussisältönä olivat ihmisruumiin rakenne ja toiminta, käytännöllinen mielisairashoito, mielisairausoppi, yleinen sairaanhoito-oppi, tautioppi ja sairaisiin suhtautuminen. (Sorvettula 1998, 242.) Virallisen mielisairaanhoitajan pätevyyden sai käymällä mielisairaanhoitajakurssin lääkintöhallituksen hyväksymässä oppilaitoksessa. Tällöin oli oikeutettu työskentelemään hoitajana mielisairaaloissa. Vuoden 1930 jälkeen epäpätevänä hoitajana sai jatkaa vain erillisellä lääkintöhallituksen luvalla. (Sorvettula 1998, 242.)

Mielisairaanhoitajat olivat useimmiten miehiä, ja heidän toimenkuvanaan oli avustavan työn tekeminen. Sairaanhoitajaksi opiskeleminen oli 1930-luvulla mahdollista kuitenkin vain naisille. (Jaakkonen 2017, 39–41.) Vuoden mittaisen mielisairaanhoidon kurssin käynyt saattoi suorittaa sairaanhoitajan opinnot kolme vuotta lyhyemmässä ajassa. (Sorvettula 1998, 242.)

Sairaanhoitajakoulutuksessa käsiteltiin mielisairaanhoitoa ja mielisairauksia. Aihepiirin ensimmäinen hoitotyötäkin käsittelevä oppikirja oli Karin Neuman-Rahnin vuonna 1924 julkaisema *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. Neuman-Rahn toimi Helsingin kaupungin sairaanhoitokoulun johtajattarena 1918–1935. Dahly Matilainen on tehnyt Karin Neuman-Rahnin elämästä ja ammatillisesta toiminnasta väitöskirjan *Idé-mönster i Karin Neuman-Rahns livsgärning och författarskap – en idéhistoriskbiografisk studie i psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Matilainen pelkisti Neuman-Rahnin keskeisistä ajatuksista kolme aatetta: kutsumuksen ja palvelemisen aatteen, hyvän hengen ja kulttuurin luomisen aatteen sekä ruumiillisen hoitamisen aatteen (Matilainen 2003, 12.)

Mielisairaanhoitoon keskittyvä seuraava oppikirja oli Kellokosken sairaalan ope-
tushoitajan Lyyli Kinnusen kirja *Mielisairaanhoito*, joka ilmestyi vuonna 1938.

Myös psykiatri Martti Kailan kirjaa *Mielitaudit* vuodelta 1935 käytettiin myös sairaanhoitajien opetuksessa, ja kirjan esipuheessakin kerrotaan kirjan olevan tarkoitettu etupäässä sairaanhoitajien koulutusta varten. Kailan ja Kinnusen kirjat julkaistiin yhdessä Sairaanhoitajattarien oppikirja IX:na. Sairaanhoitajille opetettiin koulutuksessa myös sielutiedettä Albert Liliuksen vuonna 1938 julkaistulla *Sielutieteen oppikirjalla* (Elomaa-Krapu 2015,124). Sairaanhoitajaopintoihin kuului valmentavan opetuksen osana sielutieteen opintoja 20 tuntia, ja harjoittelujaksolla sairaanhoitajat olivat mielisairaanhoidon puolella harjoittelussa kahden kuukauden ajan. Sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen oli myös mahdollista suorittaa mielisairaanhoidon jatko-opintokokonaisuus. (Sorvettula 1998, 241, 243.)

Mielisairaanhoidon koulutuksen kehittymistä käsitellään Sorvettulan *Hoitotyön historia* -teoksessa. Dahly Matilainen on tehnyt Karin Neuman-Rahnista ylläkin mainitun väitöskirjan. Opinnäytetyössä on käytetty Matilaisen kirjoittamaa esipuhetta Neuman-Rahnin teoksen uusintapainoksessa. (Jaakkonen 2017; Matilainen 2003; Sorvettula 1998.)

2.2 Suomalainen sairaanhoitojärjestelmä 1930-luvulla

2.2.1 Sairaanhoitoa koskenut lainsäädäntö

Suomen vuoden 1927 terveydenhoitolain keskeisenä sisältönä oli määritellä terveydenhoidon vastuukysymykset. Yleinen terveydenhoito oli valtioneuvoston valvomaa ja lääkintöhallituksen toteuttamaa. Laissa määriteltiin terveydenhoitoviranomaiset, esimerkiksi maaherrat vastasivat terveydenhoidon järjestyksen valvonnasta. Kunnissa vastuuelimeksi asetettiin terveydenhoitolautakunta, jonka tehtäviä olivat säännöksiä noudattamisen seuranta, terveydenhoidon edistäminen, terveyttä uhkaavien epäkohtien poistaminen sekä tarttuvien tautien ehkäisy. Vuoden 1928 terveydenhoitoasetuksessa käsiteltiin myös yleisvaarallisia tauteja ja määriteltiin vastuut tilanteisiin, joissa niiden vuoksi joudut-

taisiin turvautumaan vapaudenriistoon väestön terveyden suojaamiseksi. Lainsäädännöllisesti erityistä huomiota kiinnitettiin tarttuvien tautien ja sukupuolitautilien leviämisen estämiseen. (Vauhkonen 1993, 255–257.)

Suomen olosuhteissa 1930-luvulla miellettiin kansantaudeiksi niin mielisairaudet kuin tuberkuloosi, sillä näiden sairauksien ominaisuuksiin kuuluivat pitkäaikaisuus, vakavat työ- ja toimintakyvyn vajavuudet sekä suuri hoidontarve. Tuberkuloosin osalta lainsäädäntö oli edistynyt nopeammin kuin mielisairauksia koskeva lainsäädäntö. Mielisairauksien hoidon vastuualueita ja järjestämiskysymyksiä puitiin pitkään, ja vuoden 1937 mielisairauslaissa vastuita ositettiin niin valtiolle kuin kunnillekin. Keskeisintä tässä laissa olivat yksilön velvollisuudet mielisairaalahoittoon ja mielentilatutkimukseen alistumisesta. Asiakkaan tuli myös maksaa hoidostaan, jos hänellä oli varallisuutta, mutta muutoin kustannuksista vastasi kunta köyhäinhoitolain perusteella. Laissa myös määritettiin mielisairaita hoitavat hoitolaitokset lääkärin valvonnan alaisuuteen. (Vauhkonen 1993, 257–260.)

2.2.2 Sairaalahjärjestelmän rakenne

Suomen sairaalahjärjestelmää voisi kuvailla 1930-luvulla sekä kunta- että valtiovetoiseksi. Tuolloin lääneissä oli lääninsairaala ja monissa kunnissa kunnansairaloita. Valtio avusti kuntia kunnansairaaloiden perustamisessa, mutta kunnat saattoivat myös itse vastata kustannuksista. Suuntaus 1930-luvulla oli se, että lääkintöhallitus toivoi lääninsairaaloiden kehittävän myös erikoissairaanhoitoa. Sairaalahjärjestelmä oli kuitenkin epäsuhtainen kaupunkien ja maaseudun välillä, sillä kunnansairaala ei ollut kaikissa kunnissa ja sairaalat olivat pieniä. Sairaalahjärjestelmän kehittämisen tavoitteena oli sairaalapalveluiden saaminen kaikkien kansalaisten ulottuville asuinpaikasta ja varallisuudesta huolimatta. (Saarivirta, Consoli & Dhondt 2010, 31–32.)

Ennen toista maailmasotaa Suomen mielisairaiden hoito oli järjestetty valtion mielisairaloihin, kuten Niuvanniemeen ja Pitkänniemeen, kaupunkien omiin mie-

lisairaaloihin sekä piirimielisairaaloihin. Suomessa oli tuolloin jo yksityisiä mielisairaaloita ja kunnalliskotien mielisairaanosastoja. (Reinikainen 2010, 7.) 1940 mielisairaaloita oli Suomessa 27 ja näissä hoidettavina 5726 potilasta (Jaakkonen 2017, 50). Tyypillisin mielisairaus, jonka perusteella potilas otettiin hoidettavaksi, oli vuonna 1930 *dementia praecox* eli skitsofrenia. (Hirvonen 2014, 166.)

2.2.3 Keskeiset ammattikunnat

Lääkintöhallitus vastasi terveydenhuollon ammattikoulutuksesta, ja se antoi myös luvat ammatinharjoittamiseen niin sairaanhoitajille kuin lääkäreille (Vauhkonen 1993, 263). Vuoden 1939 lailla yleisestä lääkärinhoidosta määriteltiin jokaiseen lääniin lääninlääkäri sekä lääkärinhoitoa varten kunnan-, alue- ja kaupunginlääkäreitä. Näiden lääkäreiden velvollisuutena oli yleisen terveyden- ja sairaanhoidon valvonta ja lääkärintoimen harjoittaminen. (Vauhkonen 1993, 261.) Terveysisaret ja terveydenhoitajattaret toimivat Suomen Punaisen Ristin tai Mannerheimin Lastensuojeluliiton rahoittamina sairasmajoissa varsin syrjäisissäkin olosuhteissa. Näiden hoitajien tehtävänä oli tuoda sairaanhoitoa lähelle ihmisiä, ja heidän työnkuvansa oli hyvinkin monipuolinen. Kiertävässä toiminnassa oli vuonna 1939 niin terveydenhoitajia, diakonissoja, tuberkuloosihoitajattaria ja sairaanhoitajia. Yhtä kaikki heidän kaikkien tehtävänä oli toimia lääkärin apuna kansanterveyden edistämisessä ja tautien ehkäisemisessä. (Sorvettula 1998, 333–336.)

Jo 1920-luvulla laitettiin Suomessa alulle Suomen Punaisen Ristin sairaanhoitajaliokunnan työ, jonka päämääränä oli sairaanhoitajakunnan riittävyyden varmistaminen sodan sattuessa ja sairaanhoitajien koulutuksen kehittäminen tätä silmällä pitäen. Suomen sairaanhoitajareservin luominen aloitettiin 1926 ja tavoitteeksi asetettiin puolustusvoimien sairaanhoitajatarpeen täyttäminen. Vuonna 1929 Suomen sairaanhoitajista 75 % olikin suunniteltu sijoitettaviksi sodanaikaisiin lääkintämuodostelmiin. Sairaanhoitajareservissä oli vuonna 1935 kaikkiaan 3416 sairaanhoitajaa ja reservin ulkopuolella vielä noin 1000 hoitajaa. Reserviin kuulumisen perustui vapaaehtoisuuteen. (Virtanen 2005, 93–109.)

2.3 Jatkosodan 1941–44 lääkintähuolto

2.3.1 Talvisodan kokemukset

Toisen maailmansodan kokonaisuuteen Suomen osalta kuuluivat Neuvostoliittoa vastaan käyty talvisota 1939–1940, sitä seurannut välirauha ja jälleen 1941 puhjennut sota, jota kutsutaan suomalaisessa historiankirjoituksessa jatkosodaksi (Leskinen 2006, 11–13). Sotaa edeltävänä aikana elettiin jännittyneissä tunnelmissa ja sotaan valmistautuminen alkoi jo lokakuussa 1939, jolloin armeija kutsuttiin ylimääräisiin harjoituksiin. Talvisota alkoi marraskuun lopulla 1939 ja päättyi rauhaan maaliskuussa 1940. Rauhansopimukseen kuului suurien maa-alueiden luovuttaminen Neuvostoliitolle, mikä tarkoitti noin 420 000 henkeä käsittävän siirtolaisväestön asuttamista muualle Suomeen. (Hentilä 2004, 186–187; Ponteva & Somer 1990, 12–13.) Talvisota oli lyhyt, mutta raju, ja suomalaisia kuoli noin 27 000 sodan seurauksena (Kivimäki 2013, 44).

Sodan aikaisen lääkintähuollon tehtävä oli hyvän terveydentilan turvaaminen, ensiavun anto, evakuointi, haavoittuneiden hoito ja palautus rintamalle sekä lääkintähenkilöstön määrääminen ja lääkintämateriaalin hankinta. Käytännössä haavoittuneiden hoidon rintamalla aloitti komppanian lääkintäryhmä, joka antoi ensiapua ja toimitti hoitoa tarvitsevat joukkosidontapaikoille ja edelleen pääsidontapaikoille ja kenttäsairaaloihin. Talvisodan aikana palvelukseen kutsuttuja sotamiehiä oli noin 400 000. (Ponteva & Somer 1990, 13, 20–21.)

Talvisodan sotasairaalalaitos vastasi sodan aikana sekä sotilas- että siviilipotilaiden sairaalahoidosta. Tähän lopputulokseen oli päädytty jo ennen sotaa vuonna 1938, jolloin oli pyydetty puolustusvoimia vastaamaan sairaanhoidon suunnittelu- ja johtotyöstä. Sodan aikana kasvatettiin yleissairaalapaikkalukua 3,5-kertaiseksi. Osana sotasairaalarjestelmää olivat lääninsairaalat, kaupunkien sairaalat, piiriemisairaalat, tuberkuloosiparantolat sekä muut sairaalat. Talvisodan aikana toimi jokaista rintamanosaa varten yhdeksän evakuointisairaala, joiden tehtävänä oli nopea potilaslaajittelu. Varsinaista pitkäkestoista hoitoa annettiin 51 sotasairaalassa, joiden paikkaluku sodan aikana oli 35 000. (Ponteva & Somer 1990, 21–22.)

Suomessa ei talvisodan alkaessa ollut kokemusta nykyaikaisesta sodankäynnistä eikä psyykkisesti oireilevien sotilaiden hoidosta. Mieleltään järkkyneiden sotilaiden hoitoon oli varauduttu varaamalla noin viidesosa siviilimielisairaaloiden potilaspaikoista sotilaiden käyttöön, mutta nämä paikat täyttyivät käytännössä muilla potilailla. Muutamissa sotasairaaloissa oli varattu muutamia kymmeniä hoitopaikkoja psyykkisesti oireileville. Rintamalla ei ollut toimintaohjetta psyykkisesti oireilevien hoitoon ja näiden oireiden ilmeneminen olikin kokonaisuudessaan yllätys. Selittävänä tekijänä saattoi olla se, että rintamalääkärit olivat usein yleislääkäreitä koulutukseltaan ja oireilevien sotilaiden oireet poikkesivat tyypillisistä hermo- ja mielisairauksien oireista. (Kivimäki 2013, 38–39.)

Talvisodan aikana herättiin karusti psyykkisten häiriöiden määrän todellisuuteen. Jo ensimmäisen sotakuukauden jälkeen oli määrätty perustettavaksi sotapsykiatrinen osasto Harjavallan piirimielisairaalan 6. Sotasairaalan alaisuuteen, ja tämä osasto kasvoi sodan loppuun mennessä 400-paikkaiseksi. Sotakuukausien aikana jouduttiin psyykkisten hoitopaikkojen määrää lisäämään tarpeen kasvaessa, ja sodan viime vaiheissa tilaa oli noin 700 potilaalle. Tilastotiedot hoitoa saaneista puuttuvat jatkosodan ajalta, mutta on arvioitu, että noin 2500 suomalaissotilasta olisi saanut hoitoa talvisodan aikana psyykkisiin häiriöihin. (Kivimäki 2013, 40–41.)

2.3.2 Jatkosodan vuodet

Talvisodan jälkeen solmitussa Moskovon rauhansopimuksessa sovittiin suurien maa-alueiden luovuttamisesta Neuvostoliitolle. Rauhansopimuksen aiheuttama katkeruus lienee osaltaan helpottanut Suomen kansan suhtautumista uuteen sotatilaan. Syttynyt sota kuitenkin pitkittyi hyökkäysvaiheen jälkeen asemasodaksi, joka päättyi vasta 1944 torjuntataisteluihin ja saksalaisia vastaan käytyyn Lapin sotaan 1944–1945. (Leskinen 2006, 11–13.)

Välirauhan aikana Suomi oli ajautunut Saksan liittolaiseksi ja ajautuikin uudelleen sotaan Neuvostoliittoa vastaan Saksan aloitettua hyökkäyksensä Neuvostoliittoon kesäkuussa 1941 (Hentilä 2004, 194–195). Suomen jatkosota syttyi

muutamaa päivää myöhemmin hyökkäyssodalla, jonka tavoitteena oli luovutettujen maa-alueiden takaisinvalloitus ja vanhan rajan takana olevien hyökkäysasemien saavuttaminen. (Korhonen 1958, 42–43.) Liikekannallepanon jälkeen Suomen puolustusvoimien vahvuus oli elokuussa 1941 noin 470 000 miestä. (Juutilainen & Koskimaa 2006, 83.)

Asemasotavaiheeksi kutsutaan sodan vaihetta 1941 loppupuolelta aina kesän 1944 Neuvostoliiton suurhyökkäykseen saakka. Tässä sotavaiheessa Suomen hyökkäys pysähtyi ja sodan luonne muuttui puolustustaisteluksi, johon kuului partiointia ja vartiointia etulinjalla sekä satunnaisia tykistökeskityksiä ja taisteluja. (Kivimäki 2013, 76–85.) Neuvostoliiton suurhyökkäys kesäkuussa 1944 johti suomalaisten laajamittaiseen vetäytymiseen ja mutta samalla myös torjuntavoittoihin, joiden jälkeen koitti jälleen asemasotavaihe heinä–elokuussa. Syyskuussa 1944 Suomi solmi aselevon Neuvostoliiton kanssa ja sitoutui tässä aselevossa luovuttamaan Neuvostoliitolle takaisin Moskovan rauhansopimuksessa 1940 luovutetut alueet ja Petsamon sekä vuokraamaan Porkkalanniemen ja maksamaan sotakorvauksia. (Hentilä 2004, 201–206, 212–213; Häikiö 2006, 807–822.) Aselevon ehtoihin kuului myös suhteiden katkaiseminen Saksaan ja saksalaisten joukkojen ajaminen pois Suomesta. Tätä sodan vaihetta kutsutaan Lapin sodaksi, joka jatkui 1944 lokakuusta huhtikuuhun 1945. (Elfvengren 2006, 1124–1148.)

Jatkosota kosketi koko Suomen väestöä. Jatkosodassa kuoli 63 204 ja haavoitui noin 150 000 suomalaista sotilasta (Kuremaa & Lentilä 2006, 1150–1152). Joukkojen liikekannallepanon aikana kotirintamalla oli pulaa työväestä ja elintarvikkeista. Luovutettujen alueiden 420 000 hengelle tuli löytää asuinpaikka ja sodassa kärsinyt Suomi tuli rakentaa uudelleen sekä maksaa sotakorvaukset. (Korhonen 1958, 83–84.)

Jatkosotaa on tutkittu paljon perinteisen historian tutkimuksen menetelmillä. Tutkimuksessani käytän lähdemateriaalina esimerkiksi Leskisen ja Juutilaisen toimittamaa *Jatkosodan pikkujättiläinen* -teosta. (Leskinen & Juutilainen 2006.) Muita käyttämiäni lähteitä sotahistorian osalta ovat Jussila, Hentilän ja Nevakiven teos Suomen poliittinen historia (Jussila, Hentilä & Nevakivi 2004).

2.3.3 Lääkintähuollon rakenne

Sotasairaanhoidon tavoitteina jatkosodassa olivat vuoden 1941 kenttälääkintä-palveluohjesäännön mukaisesti sotilaiden terveydenhoito, sairastuneiden ja haavoittuneiden ensiapu, kuljetus ja hoito sekä taistelukyvyttömistä invalideista huolehtiminen. Lääkintähuolto oli järjestetty päämajan lääkintätoimiston alaisuuteen ja lääkintähuoltoa johti ylilääkäri, jonka alaisuudessa päällikkölääkärit johtivat lääkintähuoltoa ilma- ja merivoimissa sekä linnoitus- ja kotijoukoissa. Lääkintähuollon päällikkönä sotatoimiyhteysissä, eli armeijoissa ja armeijakunnissa, toimi yhtymän päällikkölääkäri, joka myös vastasi kenttäsairaanhoidosta. (Pondeva & Somer 1990, 22–23.)

Taistelualueiden lääkintähuollon rakenteessa lähimpänä rintamaa sijaitsivat joukkosidontapaikat, joista haavoittuneet kuljetettiin kenttäsairaaloihin. Divisioonakohtaiset kenttäsairaalat oli jaettu kahteen osastoon, joista osastolla A hoidettiin pelkästään kirurgisia potilaita ja osastolla B sekä kirurgisia että muita potilaita. Hoidettavan vammojen perusteella potilas voitiin lähettää edelleen sotasairaalaan pois sotatoimialueelta. Sotasairaaloihin oli perustettu erikoissairaanhoidon osastoja tämän alan lääkäreiden johdolla. (Pondeva & Somer 1990, 22–25). Jatkosodan alussa kenttäsairaaloita oli 29, ja sotasairaaloiden määrä nousi sodan aikana enimmillään 56 sairaalaan. Sairaalejärjestelmä eli sodan vaiheiden mukana, ja järjestelmää täydensivät evakuointisairaalat, lääkintäkenttävarikot, kenttäsairaalaosastot, lääkintäkomppaniat ja loukkaantuneiden kuljetuksessa sairasautokomppania ja sairasjuna. (Tirronen & Lampikoski 1994, 329–330.)

Sodan aikana suurin osa Suomen lääkintähenkilöstöstä toimi puolustusvoimien tukena. Suomen lääkäreistä 70 % eli 1370 henkeä oli puolustusvoimien palveluksessa syyskuussa 1944, ja sairaanhoitajia oli tuolloin komennettuina 4692 henkeä. (Tirronen & Lampikoski 1994, 330.) Lääkäreiden lisäksi apuvoimana oli lääketieteen kandidaatteja ja kolmannen vuosikurssin sairaanhoitajataroppilaita. Lotta Svärd -järjestön kouluttamat lääkintälotat olivat aputehtävissä kenttä- ja sotasairaaloissa, ja heitä oli palveluksessa noin 4000 henkeä vuonna 1944.

Lääkintäaliupseerit ja lääkintäsotamiehet toimivat rintaman läheisyydessä ensiapujoukoissa. (Pondeva & Somer 1990, 29.)

Suomen Punaisen Ristin (SPR:n) sairaanhoitajatartoimiston tehtäväksi oli annettu sairaanhoitajatarreservin kokoaminen jo välirauhan aikana. Sairaanhoitajien sijoittaminen työtehtäviin tapahtui sairaanhoitajatartoimiston kautta vuoteen 1943 saakka, minkä jälkeen sijoittaminen tehtiin yhteistoiminnassa päämajan lääkintäosasto II:n kanssa. (Pondeva & Somer 1990, 29.) Sairaanhoitajat työskentelivät sodan aikana kenttäsairaaloissa, sairasjunissa, sotasairaaloissa, veripalvelussa ja bakteriologisissa laboratorioissa. Kenttäsairaalan suunnitellussa määrävahvuudessa oli 16 sairaanhoitajatar ja 15 lääkintälottaa. (Turunen, Hagan, Tudeer & Taimio 1994, 479.) Tavoitteena oli tuolloin, että yhtä sairaanhoitajatar kohden olisi 10 potilasta, mutta tähän tavoitteeseen harvoin päästiin. (Pondeva & Somer 1990, 29.)

Sodan liikekannallepanon aikana sairaansijoja oli valmiudessa yli 30 000, ja enimmillään sairaansijoja oli sodan aikana noin 50 000. Koko sodan aikana sotasairaanhoitoon otettiin potilaita 913 639 henkeä. Suurin osa annettavasta hoidosta liittyi sairauksiin ja tapaturmiin. Sotavammoihin annettu hoito muodosti noin 30 % annetusta sairaanhoidosta. (Tirronen & Lampikoski 1994, 329–330.)

Sotasairaanhoidosta on saatavilla perustietoa jatkosodan yleisteoksista, ja aiheetta sivutaan myös kaunokirjallisuudessa ja sotamuistelmassa. Sairaanhoitajuutta sodan aikana sivutaan esimerkiksi Minna Elomaa-Krapun väitöskirjassa lääkintälottien kokemuksista koulutuksesta ja hoitotyöstä Suomen sodissa vuosina 1939–1945. Aiheeseen syvemmin paneutuu Ritva Virtanen väitöskirjassaan *Sairaanhoitajat Suomen sota-ajan lääkintähuollon tehtävissä 1900-luvulla*. (Elomaa-Krapu 2015; Virtanen 2005.)

2.4 Suomalaista sotapsykiatriaa

2.4.1 Psykiatrian lähtökohdat

Suomalainen psykiatria sai 1900-luvun alkupuolella vaikutteita ennen kaikkea ensimmäisen maailmansodan jälkeisestä saksalaisesta psykiatriasta. Mielisairauksien syitä etsittiin ihmisen perimästä, ajattelu pohjautui sosiaali-darwinismiin ja eugeniikkaan. Raja neurologian ja psykiatrian välillä oli epäselvä.

Hermo- ja mielisairauksien syyksi oletettiin väestön degeneroitunutta perimää ja heikkolaatuista ”mentaalihygieniaa.” Mielisairaudet olivat siis perinnöllisiä ja mielisairaahan sielurakenne oli synnynnäisesti poikkeava. (Kivimäki 2013, 258.)

Ennen toista maailmansotaa Suomessa ei ollut kokemusta sodasta psyykkisesti kärsivien hoitamisesta, ja tästä syystä suuntaviivoja haettiin ulkomailta. Saksassa käytiin ensimmäisen maailmansodan jälkeen kiistaa, johtuvatko ”sotaneuroosit” saksalaisneurologi Herman Oppenheimin esittämästä teoriasta, jossa neuroosien syy on räjähdysten aiheuttama konkreettinen hermovaurio, vai onko kyse yksinkertaisesti heikosta sekä sairaalloisesta luonteenlaadusta, jonka päämääränä on vain sotakorvauksista hyötyminen. Sielusyntyinen näkökulma nousi vallalle, mutta samalla kuitenkin myönnettiin, että sotaneuroosien syitä pidettiin monimutkaisina. (Kivimäki 2013, 259–261.)

Suomalainen mielisairaanhoido tähtäsi ennen toista maailmansotaa hermo- ja mielitautien ehkäisyyn, ja yhtenä keinona tähän oli 1935 säädetty sterilointilaki. Mielisairaanhoidossa olikin ensisijaisesti kyse mielisairaiden eristämisestä ja säilyttämisestä, mutta 1930-luvun lopun uudet shokkihoitomenetelmät loivat toivoa siitä, että myös hermo- ja mielitautipotilaille suunnattuja hoitoja olisi tulossa terveydenhuoltoon. (Kivimäki 2013, 258.) Valtion mielisairaaloissa tyypillisimmät diagnoosit olivat *dementia praecox* eli skitsofrenia, melankolia sekä maanisdepressiivinen mielisairaus, mania ja *dementia paralytica* eli syfiliksen aiheuttama mielisairaus (Hirvonen 2014, 165).

Suomalaisen psykiatrian historiasta löytyy tietoa esimerkiksi Helena Hirvosen väitöskirjasta *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä*. Opinnäytetyössä käsitellystä teemasta löytyy kattavasti tietoa Ville Kivimäen teoksesta *Murtuneet mielet*. (Hirvonen 2014; Kivimäki 2013.)

2.4.2 Tyypilliset diagnoosit

Psykiatriset diagnoosit vaihtelivat jatkosodan aikana eri sairaaloissa, ja diagnoosi tuntui olevan kiinni sairaalasta, jossa se määritettiin (Hirvonen 2014, 205). Lääkintäeverstiluutnantti ja Päämajan Lääkintöosaston hermo- ja mielisairaanhoidon tarkastajan Sven E. Donnerin luokittelussa hermo- ja mielitaudit jaettiin sielu- ja fyysisperäisten häiriöiden välimaastoon. Fyysisiin syihin kuuluivat vain päävammat ja niiden psyykkiset syyt. Donnerin luokitteluun kuuluivat sopeutumattomuus-, pelko-, paniikki-, väsymyksen aiheuttamat, kranaatinräjähdyksestä seuranneet ja päätä kohdanneen väkivallan aikaansaamat reaktiot. Johtoajatus tässä jaottelussa oli, että myös normaalit sotilaat saattoivat kärsiä sodan aiheuttamista reaktioista, mutta oireiden pitkäkestoinen jatkuminen viittasi niin rakenteellisiin kuin perinnöllisiin heikkouksiin. Alhaisella älykkyydellä nähtiin myös olevan vaikutusta varusmiehen psyykkiseen sairastavuuteen. Diagnostiikassa pyrittiinkin ensin rajaamaan mielisairaudet ja rakenteelliset diagnoosit ulkopuolelle ja tämän jälkeen tarkastelemaan varsinaisia psyykkisiä sotareaktioita. (Kivimäki 2013, 272–274.)

Kuten edellä on mainittu, psykiatriset diagnoosit vaihtelivat suuresti eri sairaaloiden ja diagnoosin tekijöiden mukaan. Tyypillisiä diagnooseja olivat kuitenkin sairasmaielisyys, eriasteinen vähä-älyisyys, hermoheikkous, sielusyntyinen reaktio, mielenheikkous ja skitsofrenia. Lähtökohtainen ajattelutapa, jossa ajateltiin, että näiden reaktioiden taustalla on pohjimmiltaan parantumaton syy, aiheutti sen, että vain joka kahdeksas psykiatriseen hoitoon joutunut ohjattiin takaisin rintamalle. (Kivimäki 2013, 281, 284.)

2.4.3 Käytetyimmät hoitomenetelmät

Sotilaiden diagnosointi pyrittiin suorittamaan mahdollisimman nopeasti heidän saavuttuaan sotasairaalaan. Sven E. Donnerin mukaan ensimmäiseksi tuli määrittää sotilaan älyikä testin avulla. Hoito aloitettiin usein lepäämisellä, jota autettiin mahdollisesti rauhoittavilla lääkkeillä. Pääpaino oli hoitotyössä, jolla koitettiin rohkaisevan ilmapiirin vaikutuksella herättää potilaiden lamaantunutta taisteluviettiä ja kannustaa potilaita voittamaan neuroosinsa. Psykiatrisilla osastoilla tarjottiin myös henkilökunnan toimesta mahdollisuuksien mukaan erilaisia virkistytymiskeinoja, kuten musiikkiesityksiä tai pelejä. (Kivimäki 2013, 322–332.)

Akuuteissa ja pitkään jatkuvissa psyykkisissä häiriötiloissa käytettiin apuna erilaisia shokkihoitomenetelmiä. Näitä shokkihoitomuotoja olivat insuliini-, verenkiertolääke kardiatsoli-, sähkö- ja näiden yhdistelmähoito. Vuonna 1936 oli Suomessa ensimmäisen kerran testattu insuliinishokki- eli insuliinikoomahoitoa. Tässä hoidossa potilaalle annettiin aamulla insuliinipistos, joita jatkettiin niin kauan, että potilas vaipui koomaan. Kooman jatkuttua 30–45 minuuttia potilaalle annettiin letkulla nestemäistä sokeria, jolla hänet herätettiin koomasta. Insuliinikoomahoidossa suosituksena oli antaa hoitoa muutaman kuukauden ajan, jolloin annettaisiin 30–40 täysshokkia. (Kivimäki 2013, 338–340.)

Verenkiertolääke kardiatsolilla tehdyllä shokkihoidolla aiheutettiin potilaalle epilepsiaa muistuttavia kohtauksia. Ensimmäinen kardiatsolihoito annettiin Suomessa vuonna 1937. Tässä hoidossa lääkettä annettiin suoraan suoneen ja shokkivaikutukset alkoivat hyvin pian. Potilas sai tällöin pakokauhukohtauksen, joka muuttui rajuiksi kouristuksiksi. Hoito oli nopea ja ohi alle minuutissa. Viikottainen hoitokertasuositus oli kahdesta kolmeen käsittelyä, yhteensä maksimissaan 20–30 kertaa tai kunnes hoitovaste oli saavutettu. Kardiatsolihoito perustui kehittäjänsä Ladislaus von Medunan käsitykseen, että epileptikkojen aivomuutokset ovat päinvastaisia kuin skitsofreenikkojen aivomuutokset ja että epileptisiä kohtauksia keinotekoisesti aikaan saamalla voitaisiin hoitaa skitsofreniaa. Insuliinishokkihoitoon verrattuna etuina olivat yksinkertaisuus ja nopeus. (Kivimäki 2013, 341–342.)

Ensimmäinen sähköshokkihoito annettiin Suomessa jatkosodan aikana 1941 Kellokosken sairaalassa, mutta sodan aikana oli ehditty hankkia noin kymmenen lisälaitetta hoitoja varten. Sähköshokkilaitteen elektrodit asetettiin potilaan ohimoille, ja niiden kautta ohjattiin potilaaseen maksimissaan 250–300 voltin jännitteellä 0,2 sekunnin ajan sähkövirtaa. Sähkönannon jälkeen potilas usein jäykistyi ja lihakset nytkähtelivät. Hoitoa suositeltiin annettavaksi kahdesta kolmeen kertaa viikon aikana ja yhteensä noin 20–30 kertaa tai hoitovasteeseen saakka. Neljättä shokkihoitomuotoa, jossa yhdistettiin insuliinihoito joko sähköön tai kardiatsoliin, käytettiin sodan aikana vain muutamia kertoja Pitkänien psykiatrisella osastolla. (Kivimäki 2013, 342–343.)

Shokkihoitoja käytettiin sodan aikana niin mielisairauksien kuin reaktio- ja hysterialtapauksien hoidossa. Kivimäki arvioi, että shokkihoitoja käytettiin hoitomuotona noin 3000–4000 sotilaan hoidossa ja suurin osa hoidoista toteutettiin kardiatsolilla tai sähköllä. (Kivimäki 2013, 347.) Lääkehoidossa käytettiin rauhoittavia lääkkeitä barbituraatteja, levottomuuden hoidossa skopolamiini- tai skopolamiinin sekä morfiinin yhdistelmää Suopo–morfiini-injektioita. Depressiotiloissa lääkehoitona käytettiin oopiumitinktuurahoitoa. (Reinikainen 2010, 8.)

1940-luvun mielenterveyshäiriöiden hoitomenetelmiä on Ville Kivimäki käsitellyt teoksessaan *Murtuneet mielet*. Hoitomenetelmistä löytyy edelleen lisätietoa psykiatrian hoitomuotoja käsittelevistä teoksista, kuten Elomaan ja Taipaleen toimittamasta teoksesta *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. (Elomaa & Taipale 1996; Kivimäki 2013.)

2.4.4 Mielisairaanhoito

Suomen armeijan lääkärintarkastusohjesäännössä vuodelta 1935 varusmiehet tuli jaotella eri varusmiehet useaan eri palveluskelpoisuusluokkaan. Ohjesääntö ei sisältänyt traumaperäistä neuroosia, mutta ei myöskään muuta oireyhtymää, joka kuvaisi sodasta johtuvaa psyykkistä häiriötilaa. Luokittelussa olivat mukana vain varsinaisten mielisairauksien luonnehdinnat. (Kivimäki 2013, 265.)

Talvisodan jälkeen välirauhan aikana oli kehitetty hermo- ja mielitautipotilaiden hoito- ja kuntoutusjärjestelmä, jonka mukaisesti tähän potilasryhmään luokiteltuja ohjattiin hoitoon (Ponteva & Somer 1990, 25). Ville Kivimäen tutkimusten mukaan psykiatriaan perehtymättömillä lääkintämiehillä ja lääkäreillä oli kenttä-sairaaloissa vaikeuksia diagnosoida mieleltään oireilevia potilaita, mikä johti sekä oireiden luokitteluksi ”teeskentelyksi” ja takaisin lähettämiseen rintamalle mutta myös lääkintätoimen johdon arvion mukaan liikaan hellämielisyyteen. Potilaiden ohjaamisessa oli yksikkökohtaisia eroja, ja osassa yksiköistä oli menetelmänä psyykkisesti oireilevien sijoittaminen yksikön sisäisiin huolto- ja tukitehtäviin. Joissakin yksiköissä oli tämän lisäksi erityisiä ”lepokoteja”. Psyykkisesti oireilevien sotilaiden käsittely vaihteli, eivätkä kaikki oireilevat tulleet kirjatuiksi hermo- ja mielitautipotilaiksi. (Kivimäki 2013, 65–70.)

Hermo- ja mielitautipotilaat ohjattiin hermo- ja mielitautiosastoille sotasairaaleihin, joita oli perustettu piiri- tai muihin mielisairaaleihin (Ponteva & Somer 1990, 25). Näitä sairaalaosastoja oli jatkosodan aikana käytössä seitsemän: Nokian Pitkäniemessä, Kuopion Niuvanniemessä, Mikkelin Moisiossa, Seinäjoen Törnävällä, Hämeenlinnan Hattelmassa, Oulussa ja Harjavallassa. Osastojen määrä kuitenkin kasvoi sodan edetessä. Psykiatriset osastot olivat Päämajan Lääkintäosaston ja armeijan ylilääkärin alaisuudessa. Potilaina oli Ville Kivimäen tutkimuksien mukaan noin 18 000 suomalaissotilasta. Enimmillään psykiatrisia hoitopaikkoja oli sodan aikana vuonna 1942 noin 1600 ja psykiatrisia osastoja 10–12. Psykiatrisilta osastoilta potilaat, jotka eivät enää tarvinneet hoitoa, mutta eivät saaneet vapautusta palveluksesta, ohjattiin armeijan ensin toipilaskeskukseen ja vuodesta 1942 Päämajan Lääkintäyksikön perustamaan kokeelliseen työyksikköön hermotoipilaille. (Kivimäki 2013, 11, 65, 88–90.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Historiantutkimuksena tehtävän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajakoulutuksen antamia lähtökohtia sairaanhoitajan työlle, jota tehtiin psyykkisesti oireilevien sotilaiden parissa jatkosodan aikana. Lähtökohtia selvitettiin perehtymällä 1930-luvulla käytettyihin mielenterveyshoitotyön oppikirjoihin. Tutkimuskysymyksenä oli: millaiset olivat sairaanhoitajien lähtökohdat psyykkisesti oireilevien hoitotyöhön? Tehtävänä oli siis kuvata kokonaiskuva sairaanhoitajan työstä ottaen huomioon sairaanhoitajien koulutus, olosuhteet ja sotapsykiatrian suuntaviivat jatkosodan aikana. Opinnäytetyö on suunnattu mielenterveystyöstä kiinnostuneille sairaanhoitajaopiskelijoille ja alan parissa työskenteleville sairaanhoitajille.

4 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

4.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksen tavoite on selittää, kuvailla ja ymmärtää jotakin asiaa tai ilmiötä. Tutkimustyöllä pyritään tuottamaan tulkinta tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa käytettävä menetelmä on ikään kuin työkalupakki, jonka välineitä käytetään kerättyä aineistoa tutkittavasta aiheesta. Kvalitatiivinen tutkimus pohjautuu ihmisten tekemien subjektiivisten näkökulmien tulkintaan. (Juuti & Puusa 2020, johdanto.)

Laadullisen tutkimuksen kentällä käytetään useita eri menetelmiä, jotka sekä poikkeavat toisistaan että voivat mennä toistensa kanssa päällekkäin. Näitä tutkimusmenetelmiä yhdistää tutkimuksen induktiivisuus eli se, että tutkimustyötä tehdään aineistolähtöisesti, mutta tavoitellaan myös vuoropuhelua aineiston ja teorian välillä. Vuoropuhelu aineiston ja teorian välillä muodostaa hermeneutti-

sen kehän, jolla tutkimuskysymys tarkentuu ja tutkimus elää. Laadullisen tutkimuksen lähestymistavat voivat olla erilaisia itse tutkimuksen käyttötarkoituksen vaihdellessa. (Juuti & Puusa 2020, osa 1.)

Teorian merkitys laadullista tutkimusta tehtäessä on merkittävä. Perehtymällä aiempaan tutkimustietoon lisätään tutkijan ymmärrystä tutkittavasta kohteesta, auttaa tutkimuksen rajaamisessa ja keskittymään varsinaiseen tutkimukselliseen kohteeseen. Tietopohja auttaa myös aineiston hankinnassa ja myöhemmin muodostamaan vuoropuhelua tulosten ja teorian välille. Laadullista tutkimusta tehtäessä on olennaista perustella lähteiden valinta ja niiden tarkoituksenmukaisuus juuri kyseisen tutkimuksen tapauksessa. (Juuti & Puusa 2020, luku 1.)

Opinnäytetyö käsittelee mielenterveystyön historiaa ja se tehtiin kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteilla eli työ on laadullinen historian tutkimus. Opinnäytetyön aihe soveltuu hyvin toteutettavaksi kvalitatiivisena tutkimuksena, sillä laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu asioiden ja ilmiöiden tarkastelu niiden luonnollisessa asiayhteydessään, työssä selitetään historiallisia ilmiöitä ja niiden suhteita, ja primääriaineiston muodostaa sanallinen dokumenttiaineisto. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 20.)

4.2 Dokumenttianalyysi historian tutkimuksen menetelmänä

Historiantutkimuksen suuntaukset voidaan jaotella idiografiseen eli yksityiskoh-tia tarkastelevaan ja ainutkertaiseen tapahtumien kulkuun keskittyvään sekä nomoteettiseen eli yleisiä lainalaisuuksia tarkastelevaan lähestymistapaan. Klassisessa historiantutkimusmenetelmässä tähdätään asioiden esittämiseen sellaisena kuin ne ovat olleet. Tosiasiassa puhdasta objektiivisuutta on tutkimuksessa vaikea saavuttaa ja on myönnettävä tekijän eli subjektin vaikutus tutkimusprosessissa. (Tallberg 1998, 189, 194–195.)

Historian tutkimus pohjautuu dokumenttien tutkimiseen. Historian tutkimusta tehtäessä on tehtävä tutkimusta aineistolähtöisesti primäärilähteistä käsin,

mutta myös tunnettava teemasta tehty aiempi tutkimus. Historian tutkimusta tehtäessä on kyseessä prosessi, jossa tutkimuskysymystä voidaan joutua tarkentamaan lähteiden käsittelyn myötä. Tutkimuksen kohteet voivat olla niin kirjoitettua kuin muulla tavoin tallennettua dokumenttiaineistoa. Primäärilähteen määrittely on riippuvainen kysymyksen asettelusta. Kirjallinen dokumenttiaineisto voidaan jakaa ryhmiin niiden käyttötarkoituksen ja virallisen aseman perusteella. Näitä luokkia ovat yksityinen ja julkinen jäämistö sekä viralliset asiakirjat. (Tallberg 1998, 195–197.)

Lähdedokumentteja analysoitaessa voidaan aineistoa tulkita induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Aineiston analyysikeinona voidaan käyttää deskriptiivistä eli kuvailevaa tulkintatapaa. Tutkimuksen esittäminen kuvailevalla otteella keskittyy tarkastelemaan tutkimuskohdetta perusteellisesti jaotellen tutkimusaineistoa. Tulkinnan tavoite ei ole menneisyyden kritisointi vaan historiallisen tilanteen rekonstruointi ymmärrettävään muotoon. Lähdekritiikki on oleellista historiallista dokumenttiaineistoa analysoitaessa. Ulkoisella lähdekritiikillä varmistetaan dokumentin oikeellisuus ja sisäisellä lähdekritiikillä tähdätään siihen, että tutkija ymmärtää tutkittavan dokumentin oikein oikeassa asiayhteydessään. (Tallberg 1998, 187–200.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston analysointitapa on riippuvainen tutkimusaineistosta. Lähtökohtaista analyysimenetelmässä on prosessin avoimuus, järjestelmällisyys, perusteltavuus ja tarkistettavuus. Prosessissa aineisto analysoidaan, jaotellaan ja näiden pohjalta muodostetaan synteesi tutkittavasta aiheesta. Analyysin tavoite on koostaa tutkittavasta aineistosta sellainen kokonaisuus, jonka perusteella voidaan saavuttaa tutkittavasta aiheesta sellainen tulkinta, joka on perusteltavissa. Yksittäisistä havainnoista tulee pystyä muodostamaan abstrahoinnin kautta metahavaintoja tutkittavasta aiheesta. (Puusa 2020, luku 9.)

Opinnäytetyössä käytettiin dokumenttianalyysiä historian tutkimuksen menetelmänä. Työ on hoitotyön historian tutkimus, joka lähentelee klassisen historian tutkimuksen kysymyksenasetteluita ja työssä keskitytään kuvaamaan tiettyä ai-

nutlaatuista tilannetta Suomen historiassa. On kuitenkin huomioitava, että klassisen historian tutkimuksen päämäärä eli tutkittavan aiheen selventäminen niin, että historia esitetään sellaisena kuin se todella on ollut, on epärealistinen. Tällaisen täyden objektiivisuuden tavoittelun sijasta opinnäytetyön tavoitteena on realistisen kokonaiskuvan esittäminen valitun aineiston perusteella. (Salminen 2011, 3.) Kuvaileva ote dokumenttianalyysin teossa rekonstruoi tutkimuskohteen historiallista kontekstia. Aineistoa analysoidaan induktiivisesti eli aineistolähtöisesti muodostaen aineiston jaottelun kautta aineistosta johtopäätöksiä.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Opinnäytetyön tietoperustan kokoaminen

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle tutkimusaiheen valinnasta, jonka jälkeen aiheeseen perehtyminen alkoi opinnäytetyön tietoperustan kokoamisella. Tutkimuskirjallisuutta käytiin lävitse ennen kaikkea sairaanhoidon koulutuksen ja ammatillisuuden kehittymisen alueilta, mielisairanhoidon kehittymisen ja koulutuksen aloilta sekä psykiatrian kehityksestä. Oman perehtymisalueensa muodosti sotahistoria ja tässä suhteessa nimenomaan Suomen jatkosodan aikainen lääkintähuolto ja mielisairaanhoito. Tutkimuskirjallisuutta valittaessa keskityttiin ennen kaikkea hoitotyön näkökulmiin tutkittavassa aiheessa, sillä päämääränä oli nimenomaan hoitotyön historian tutkimus. Aineiston hankinnassa ja valikoinnissa tehtiin valintaa tutkimuksen laadun ja luotettavuuden perusteella. (Tallberg 1997, 196.)

Tutkimuksessa käytetty aineisto hankittiin suurimmalta osin Vaara-Karjalan kirjaston aineistosta ja kaukolainaamalla teoksia Suomen kirjastolaitoksen varastokirjastosta. Hyödynnetty materiaali löytyi pääsääntöisesti Vaara-Karjalan kirjaston ja Karelia-Ammattikorkeakoulun hakujärjestelmien avulla. Finna-käyttöjärjestelmästä oli työlle suuri apu.

Opinnäytetyössä käytettävää tutkimuskirjallisuutta haettiin myös järjestelmällisen tietokantahaun avulla. Käytettäviä hakusanoja olivat: sotilas, mielenterveys, jatkosota, sota, Suomi, mielisairaanhoito ja hoitotyö. Hakuja tehtiin tietokannoissa CINAHL, ARTO, Cochrane, Medic ja PubMed, mutta osumat jäivät varsin vähäisiksi. Tärkeitä lähteitä olivat kuitenkin sähköisesti julkaistut väitöskirjat.

5.2 Oppikirjojen valikoituminen analyysin kohteeksi

Opinnäytetyöprosessin edetessä ja tietoperustan laajenemisen myötä varsinainen opinnäytetyön tutkimuskysymys tarkentui. Työstä esimerkiksi rajattiin pois talvisota 1939–1940, sillä jatkosodan aikana sairaalajärjestelmä oli talvisotaan verrattuna järjestäytyneempi ja psyykkisesti oireilevien hoito suunnitelmallisempaa. Tutkittavan ajanjakson tarkennuttua opinnäytetyöprosessissa siirryttiin kohden primääriaineiston ja varsinaisen analyysimenetelmän valintaa. Tietoperustaa rakennettaessa oli käynyt selväksi, että jatkosodan aikaisesta psyykkisesti oireilevien sotilaiden hoidosta oli tehty tutkimusta hyvin vähän ja tästä syystä kirjallisuuskatsaus tutkimuksen toteutustapana oli poissuljettu.

Työprosessin realiteetit edesauttoivat primääriaineiston valinnassa, sillä tutkittavasta kohteesta tuli löytää kohtuudella saavutettavaa aineistoa. Aineiston tuli saavutettavuuden lisäksi olla hoitotyöhön painottunutta. Tutkimus- ja aineiston jäljitystyön avulla primääriaineistoksi valikoituivat sairaanhoitajakoulutuksessa käytetyt mielisairaanhoidon oppikirjat 1930-luvulla. Valikoitumisen perusteena oli oleellista se, että aineisto oli mahdollista saada käyttöön Vaara-Karjalan kirjastolaitoksen kautta ja se, että kyseessä oppikirjoista oli löydettävissä tarpeeksi varhaiset painokset. Alun alkaen suunnitelmaan kuului lisäksi perehtyminen Epione- ja Sairaanhoitajatarlehtien sisältöihin 1930-luvulla, mutta työprosessin myötä lehtiaineisto rajautui työn ulkopuolelle. Oppikirja-aineisto muodosti työlle yhtenäisen lähdeaineiston, ja lehtimateriaali olisi ollut oma tutkimuskokonaisuutensa. Oppikirjojen valinnassa primääriaineistoksi lähdettiin ajatuksesta, että oppikirjat ovat osa sairaanhoitajien sosialisatioprosessia, jossa kasvatetaan tiettyyn ammatilliseen kulttuuriin, käytäntöihin sekä sitoudutaan niihin (Sarkio 2007, 17).

Sairaanhoitajatar-koulussa käytettyjä mielenterveystyön oppikirjoja olivat 1930-luvulla Karin Neuman-Rahnin *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* (1924), Martti Kailan *Mielitaudit* (1935) ja Lyyli Kinnusen kirja *Mielisairaanhoito* (1938). Opinnäytetyössä käytettiin vuonna 1924 julkaistusta Neuman-Rahnin kirjasta vuoden 2003 uusintapainosta. Martti Kailan ja Lyyli Kinnusen kirjojen painokset olivat vuodelta 1943.

Opinnäytetyöhön valikoitunutta analyysimenetelmää dokumenttianalyysiä on perusteltu jo edellisessä luvussa ja tähän valintaan oli oleellisesti vaikuttamassa oppikirjojen muodostuminen primääriaineistoksi. Analyysimenetelmäksi olisi soveltunut myös perinteinen sisällönanalyysi, mutta dokumenttianalyysia menetelmänä puolsi sen suoma vapaus käyttää tulosten raportoinnissa suoria lainauksia. Historiallisen kontekstin realisoinnissa suorat lainaukset mahdollistavat elävemmän ja rikkaamman tulosten esitystavan, joka on osaltaan myös auttamassa lukijaa pääsemään sisälle aineiston historialliseen ajankuvaan. Oppikirjat ovat aineistona osa omaa historiallista aikaansa ja näin ymmärrettävissä historiallisiksi dokumenteiksi.

5.3 Dokumenttianalyysin toteuttaminen

Oppikirjojen sisältö on opinnäytetyössä jäsennelty esitettäväksi useassa kohdassa. Ensiksikin kuvataan dokumenttianalyysin prosessi ja oppikirjojen sisältö esitellään omassa pääluvussaan selventämään lukijalle oppikirjojen sisältöä. Oppikirjat kuvataan kronologisessa järjestyksessä ja samalla esitellään lyhyesti teoksen kirjoittajan taustoja. Tuloksista kertovassa pääluvussa esitetään dokumenttianalyysin synteesi eli yhteenveto saaduista tuloksista. Pohdintaosiossa käydään lävitse opinnäytetyön tuloksien suhdetta tietoperustassa esitettyihin näkökulmiin.

Dokumenttianalyysin tekeminen perustui oppikirjojen lukemiseen useaan otteeseen, muistiinpanojen tekemiseen, sisällön jakamiseen eri teemoihin. Ensimmäisellä lukukerralla sisällöstä ei tehty muistiinpanoja, vaan lukemisella pyrittiin

pääsemään sisälle kirjojen esittelemään historialliseen ajankuvaan, kirjoitustyyliin ja ymmärtämään kirjoittajan esittelemiä aihekokonaisuuksia.

Toisella lukukerralla kunkin oppikirjan sisältö jaettiin eri yläotsikoiden alle ja tässä apua oli teosten sisällysluetteloiden rakenteesta. Tässä jaottelussa Kailan kirjoittaman oppikirjan sisältö poikkesi Neuman-Rahnin ja Kinnusen oppikirjojen sisällöistä, sillä jälkimmäisten teosten näkökulma on enemmän hoitotyössä kuin Kailan teos. Kailan ja Kinnusen oppikirjoja on suositeltu käytettäväksi yhdessä. Yhtä kaikki sisällön teemoittamisessa pidettiin mielessä opinnäytetyön tutkimuskysymys sairaanhoitajan työn lähtökohdista oppikirjojen esittelemän kuvan perusteella. Pääpaino analysoinnissa oli aineiston kuvaamisessa ja pelkistämisessä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Oppikirjojen sisällöstä muodostuneita teemoja tarkasteltiin seuraavaksi suhteessa tutkimuskysymykseen sairaanhoitajan työn lähtökohdista. Koulutuksen valinta yhdeksi perustui päättelyyn ja esitettyjen näkökulmien yhdistämiseen. Neuman-Rahn kirjoittaa teoksessaan suoraan mielenterveyshoitotyön olevan oma erikoisalansa, Kaila ja Kinnunen kirjoittavat niin ikään tiedon merkityksestä psyykkisesti oireilevia hoidettaessa. Koulutus, erityistietämys ja ymmärtäminen korostuivat oppikirjoissa ja tästä johtopäätöksestä muodostettiin johtopäätökseksi koulutuksen merkityksellisyydestä mielenterveyshoitotyössä.

Neuman-Rahnin ja Kinnusen oppikirjoissa korostui sairaanhoitajaa kuvaavina adjektiiveina esimerkiksi hillitty, tahdikas, kärsivällinen. Myös Kailan teoksessa viitattiin sairaanhoitajan persoonallisuuteen. Viittaukset sairaanhoitajan itsensä ominaisuuksiin oli Neuman-Rahnin ja Kinnusen kirjoissa varsin runsasta ja tästä syystä toiseksi tuloksena tarkasteltavaksi näkökulmaksi valittiin sairaanhoitajan persoonallisuus, vaikka tämä näkökulma oli Kailan kirjassa vähäisempi.

Kailan oppikirjassa painotettiin vahvasti psyykkisten häiriöiden diagnosointia, mutta annettiin myös käytännön hoito-ohjeita. Neuman-Rahnin ja Kinnusen oppikirjoissa eri psyykkisten häiriöiden hoitomuotoja esiteltiin perusteellisesti ja hyvinkin käytännönläheisesti. Hoitomuotojen vahvan painotuksen vuoksi hoitomuodot valittiin kolmanneksi tarkasteltavaksi näkökulmaksi sairaanhoitajan työn

lähtökohdissa. Tarkasteltavassa näkökulmassa keskitytään erittelemään hoitomuotojen kehityksen tuon hetkistä tilannetta ja tästä syystä tarkastelun ulkopuolelle rajautui konkreettisten hoitotoimenpiteiden suorittaminen.

Neljannen sairaanhoitajan työn lähtökohdaksi valitun näkökulman eli hoitotyön arvopohjan perusteluna on teeman näkyminen oppikirjoissa useassa eri yhteydessä. Oppikirjoissa kirjoitetaan mielenterveyshäiriöiden perinnöllisyydestä, Suomen lainsäädännöstä ja potilaiden kohtelusta. Nämä teemat yhdistettiin yläkäsitteeksi hoitotyön arvopohjasta.

Dokumenttianalyysin perusteella suoritettua sairaanhoitajan työn lähtökohtien valinnassa suoritettiin rajaamista. Rajaaminen perustui opinnäytetyön tavoitteen sekä induktiiviseen päättelyyn. Päättelyssä oli myös pyrkimys ottaa huomioon jatkosodan historiallinen konteksti. Avattaessa lähdeaineistoa käytettiin suoria lainauksia elävöittämään tekstiä sekä osoittamaan paremmin aineiston ja tuloksien suhde (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste. 2011, 138–148). Historian tutkimuksen tuloksien analysoinnissa opinnäytetyössä lähestyttiin tuloksia deskriptiivisesti eli kuvaillen ja esitettiin tulokset ilman menneisyyden kritiointia (Tallberg 1997, 200–201).

6 Mielenterveyshoitotyön oppikirjat 1930-luvulla

6.1 Karin Neuman-Rahnin Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa

6.1.1 Kirjoittaja Karin Neuman-Rahn

Karin Neuman-Rahnin kirjoittama Suomen ensimmäinen psykiatrisen sairaanhoidon oppikirja ilmestyi 1924. Oppikirja ilmestyi sekä ruotsiksi että suomeksi ja julkaistiin myöhemmin myös saksaksi. Teos perustui Neuman-Rahnin Marian sairaan sairaanhoitokoulussa pitämiin luentoihin. Teoksen johdannossa hän

esittelee kirjansa vaikuttimeksi halun valaista vähemmän tunnettua sairaanhoi-
don alaa ja ohjata sairaanhoitajia työhön mieleltään sairastuneiden parissa.
(Neuman-Rahn 1924/2003, 23–24.)

Neuman-Rahn toimi Marian sairaanhoitokoulun johtajana vuosina 1918–1935.
Ennen Helsinkiin tuloaan hän oli Turun kunnallisen mielisairaalan ensimmäinen
ylihoitaja. Turussa hän sovelsi käytäntöön ulkomaan opintomatkoiltaan oppimi-
aan asioita, kuten työterapiaa ja pakkohoitokeinojen vähentämistä psykoosipoti-
laiden hoidossa. (Matilainen 2003, 6.)

Marian sairaanhoitajakoulussa mielenterveystyön opetus aloitettiin Neuman-
Rahnin aloitteesta 1918 ja mielisairaanhoidon harjoittelujakso asetettiin opiskeli-
joille pakolliseksi 1922. Neuman-Rahn ajoi koulutettujen sairaanhoitajien saa-
mista myös mielisairaanhoidon alalle ja oli tässä asiassa yhteiskunnallisesti ak-
tiivinen. (Matilainen 20013, 7–11.)

Neuman-Rahnin oppikirja *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* käsittää
398 sivua. Kieli on asiatekstiä, ja monin paikoin tekstistä on luettavissa sen tar-
koitus sairaanhoitajille suunnattuna oppikirjana. Kirjoittaja puhuttelee lukijaansa
suoraan monin paikoin. Neuman-Rahnin oppikirjan lähteinä on käytetty skandi-
naavisia ja saksalaisia oppikirjoja. Oppikirja sisältää runsaasti mielisairauksien
taustoitusta niin historiaa kuin sielunrakennetta kuvaamalla. Teoksessa sivu-
taan useasti mielisairaanhoidon etiikkaa ja yhteiskunnallista asemaa. Oppikirjan
sävy on kantaaottava.

6.1.2 Neuman-Rahnin oppikirjan painotukset

Neuman-Rahn lähtee teoksessaan liikkeelle mielisairaanhoidon historiasta niin
maailmalla kuin Suomessakin. Historiaosion hän aloittaa kuvaamalla mielisai-
raanhoitoa antiikin ajan Euroopassa ja sivuaa tekstissään taikauskon vaikutusta
mielisairaanhoidon historiaan. Antiikista edetään keskiaikaan, ja esitellään kes-
kiajalla käytössä olleet ”hulluarkut” eli mielisairaiden säilytyksessä käytetyt isot

häkit. Pakkokeinojen ja epäinhimillisen kohtelun ensimmäisiä poikkeamia mielisairaiden hoidossa oli 1700-luvun Ranskassa tapahtunut kahlehtimisen lopettaminen ja työn osoittaminen sairastuneille. Saksan mielisairaanhoidon kehitys 1800-luvulla nostetaan teoksessa isoon osaan. Teoksessa liitetään tähän kehitykseen pakkokeinojen vähentäminen hoitokeinona ja kylpyhoidon kehittyminen hoitomuodoksi. (Neuman-Rahn 1924/2003, 27–41, 44–47.)

Suomen mielisairaanhoidon historiassa toistuvat kirjan mukaan samat elementit kuin muuallakin Euroopassa: taikausko ja mielisairaiden huono-osaisuus. Teoksessa kuvataan suomalaisen mielisairaalajärjestelmän kehitystä ja esitetään sairaalajärjestelmän rakenne ja hoidettavien määrät 1920-luvun alussa. (Neuman-Rahn 1924/2003, 57–74.)

Mielisairaanhoidon historian käsittelyn jälkeen teoksessa *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* käsitellään normaalin sielunelämän rakennetta. Neuman-Rahn luonnehtii ihmisen sielunelämän rakentuvan aistimuksista, mielteistä, tunteista ja tahdosta. Aistimuksia ovat eri aistien kautta saavutettavat tuntemukset, mutta normaalisti toimiva sielunelämä osaa oikoa aistielämässä tapahtuvat mahdolliset aistiharhat. Hänen mielestään juuri sairaanhoitajalle on erityisen tarpeellista ymmärtää ihmissielun toimintaa ja sen häiriötiloja. Syynä tähän on se, että sairaanhoitaja on läheisessä päivittäisessä kosketuksessa sielullisesti sairaiden ja hänen omaistensa kanssa:

Jos hänellä on oikea ote ihmissielusta, hienoimmasta aparaatista, mikä on olemassa, kasvaa hänen tehtävänsä äärettömän paljon yli pelkän sairaan ruumiin hoitamisen (Neuma-Rahn 1924/2003, 75).

Normaalin sielunelämän tunteminen on hänen mukaansa lähtökohta sille, että häiriötilat osataan ymmärtää ja luokitella oikein. (Neuman-Rahn 1924/2003, 75–157.)

Neuman-Rahn lukee normaalin sielunelämän toimintaan kuuluvaksi myös muistin, jonka avulla voimme palauttaa mieleen aiemmin tapahtunutta. Muistin toiminta on merkityksellistä aikaan ja paikkaan orientoitumiselle. Muistikuvien avulla syntyy persoonallisuudentunto eli syvempi tietoisuus. Tarkkaavaisuudella

on merkitystä terävälle ja tietoiselle huomiokyvylle, jonka avulla saamme informaatiota ympäröivästä maailmasta. Tarkkaavaisuuteen kuitenkin vaikuttavat niin sen hetkinen ruumiin- ja sieluntila kuin ulkonaiset olosuhteet. (Neuman-Rahn 1924/2003, 79–83.)

Neuman-Rahnin mukaan järki on tietoista mielle- ja ajatuselämää: ”Järjen piirissä meillä on vissi mahdollisuus harjoittaa itsehillintää ja tunne-elämän kontrollia (Neuman-Rahn 1924/2003, 83).” Äly on järjen hallittua ja harjoitettua käyttöä. Neuman-Rahn toteaa kirjassaan, että tunne on ilmiönä sellainen, jota ei ole voitu vielä tarkoin selvittää. Hän kirjoittaa tunteiden olevan meissä kaikkein persoonallisinta ja niiden vaihtelevan riippuen tarkkaavaisuudestamme ja sekä aiemmin tuntemiemme tunteiden voimakkuudesta. Mielenliikutuksessa on vaara korkeampien sieluntoimintojen lamaantumiseen. Äly ja tunteet yhdessä muodostavat ihmisen luonteen:

Tahtaelämä on hyvin vaihteleva eri yksilöissä. Mutta myöskin samassa yksilössä se ilmenee eri aikoina eri tavoilla, myöskin samojen ulkoisten edellytysten vallitessa, riippuen ruumiinvoimista ja sielun jäntevyydestä, jotka taas puolestaan ovat lukemattomien vaikutusten, sekä sisäisten että meitä ympäröivien olosuhteitten tuotteita. (Neuman-Rahn 1924/2003, 89–90.)

Sielunelämä näkyy Neuman-Rahnin mukaan myös hänen ulkoisessa persoonallisuudessaan. Hän esittelee temperamenttityyppeinä syklotymiset ja schizotymiset persoonallisuustyytit. Temperamenttityypin määrittäminen, vaikka hän toteaa niiden esiintymisen puhtaina olevan harvinaista, on avuksi ihmisen mielenlaatua määritettäessä. (Neuman-Rahn 1924/2003, 88–97.)

Normaalin sielunelämän tuntemus ja tarkkaavaisuus auttavat sairaanhoitajaa tekemään huomioita sairaasta sielunelämästä eli kaikesta siitä, mikä poikkeaa normaalista käytöksestä ja toiminnasta. Verrattuna normaaliin nämä muuntu-neet ominaisuudet ovat samoja kuin terveillä, mutta sairailta ne joko ylikorostuvat tai esiintyvät poikkeuksellisen laimentuneina. Neuman-Rahn jakaa häiriöt häiriöihin aistimus- ja havaintomaailmassa sekä häiriöihin tunne- ja tahtaelä-mässä. Nämä häiriöt voivat johtua väsymyksestä, hermostollisista häiriöistä tai olla merkkejä vakavista mielitaudeista:

Sellaisia häiriöitä esiintyy jo näennäisesti mitä suotuisimmissa, terveimmissä ja onnellisimmissa olosuhteissa, mutta verrattomasti useammin kohtaamme ne siellä, missä kurjuus, hätä ja köyhyys vallitsee. Mitkä ovat näiden häiriöiden syyt? (Neuman-Rahn 1924/2003, 151.)

Neuman-Rahn jakaa psyykkiset häiriöt sisä- ja ulkosyntyisiin sairauksiin. Sisäsyntyisissä sairauksissa syynä on ensisijaisesti perinnöllisyys. Terveiden elintottumusten avulla voi kuitenkin suvussa tapahtua uudistumista ja suvun elinvoimaistumista. Ulkosyntyiset psyykkiset häiriöt Neuman-Rahn jakaa ruumiillisiin tai sielullisiin häiriöihin. Ruumiillisiin häiriöihin kuuluvat myrkytys, aivovamma, uupumus ja itsemyrkytys. Ulkoisista sielullisista syistä Neuman-Rahn toteaa:

Tällaisten kirvoittavien tekijäin joukossa ovat ensimmäisellä sijalla elämän epäedulliset olosuhteet, raskas vastuu, kalvava suru, taloudellinen ahdinko ja voimakkaat mielenliikutukset. Nämä sielulliset tekijät voivat kutsua esiin mielitaudin, jos ennakolta on olemassa edellytyksiä, t.s. perittyjä taipumuksia tai maaperä on muuten muokattua. (Neuman-Rahn 1924/2003, 155–156.)

Syyt mielisairauksiin eivät Neuman-Rahnin mukaan ole aina yksinkertaisia. Syy yhteyttä määriteltäessä eroavat yleisön ja lääkärin mielipiteet, sillä yleisö etsii usein syytä ulkoisista tekijöistä, mutta lääkäri voi nähdä oireiden taustalla alkavan mielisairauden. (Neuman-Rahn 1924/2003, 151–157.)

Kirjassaan Neuman-Rahn esittelee ja kuvaa seuraavat sairaudet: neurastenia, hysteria, mano-depressiivinen eli kiertävä mielitauti, paranoia, epänormaali luonne eli psykopatia, myrkytysmielitaudit, tartuntamielitaudit, *dementia praecox* eli skitsofrenia, vanhuuden mielitaudit, kaatuvatauti, *dementia paralytica* sekä heikko- ja vähämielisyys. (Neuman-Rahn 1924/2003, 160–242.)

Neuman-Rahn toteaa kirjassaan, että sielullisesti sairastuneista 35 % on hoidettavissa terveiksi ja tämä luo toivoa hoitotyölle sielullisesti sairastuneiden parissa. Sairastuneiden hoidossa on merkityksellistä, niin kuin edellä on mainittu, sairaanhoitajan persoonallisuus ja hänen tekemänsä työ, mutta myös ympäristö, hoitomenetelmät ja kasvatuksellinen ote. Ympäristön merkitys on sielullisesti sairaiden hoidossa tärkeää, ja tässä suhteessa Neuman-Rahn painottaa

järjestystä, lujuutta ja kuria sekä myös sydämellisyyttä ja sopusointua. (Neuman-Rahn 1924/2003, 245, 252.)

Sielullisesti sairastuneiden hoidossa on merkitystä hoidon ja kohtelun johdonmukaisuudella ja kasvatuksellisella otteella. Tämän on hänen mukaansa toivottavaa tulla esiin hoitajan esimerkin kautta, jolloin sairastunutta ei moitita hänen toiminnastaan vaan ohjataan rakentavalla esimerkillä oikeaan toimintaan. Ympäristö ei ole Neuman-Rahnin mukaan yhdenmukainen, vaan huomiota tulee kiinnittää niin sairaalan ulko- kuin sisäpuoleenkin, sisustukseen, väreihin ja kodikkuuteen. Sairaanhoitajan velvollisuus on saada sairastuneet viihtymään sairaalassa. (Neuman-Rahn 1924/2003, 252–256.)

Anamneesin teko on Neuman-Rahnin mukaan mielisairauksien syy-yhteyksien ymmärtämisen soveltamista käytäntöön. Olennaista anamneesissa on keskittyä kysymyksiin, jotka koskevat sairastuneen sukutaustaa, vanhempien elämää, sairaan elämänhistoriaa ja olosuhteita sairauden puhkeamishetkellä. Kysymykset esitetään omaisille tai muille läheisille, sairastunut ei saa olla tilanteessa läsnä ja anamneesissa on noudatettava objektiivisuuden periaatetta. Mahdollisuuden mukaan myös sairastuneen itsensä voi antaa myös tehdä selkoa tapahtumista. Päävastuu taudinmäärittelystä on lääkärillä, joka tekee määrittelyn anamneesin ja kliinisen kuvan perusteella. (Neuman-Rahn 1924/2003, 159–160.)

Oikealla ruokavaliolla on merkitystä sairastuneiden hoidossa. Neurastenian hoidossa on suosittava kevyttä ja ravitsevaa ja mano-depressiivisten potilaiden hoidossa helposti sulavaa ruokaa. Vanhuuden mielitaudeissa on vältettävä kiihdyttäviä ruoka-aineita ja alkoholia. *Dementia praecoxissa* eli skitsofreniassa on erityisesti huolehdittava suolen ja rakon toiminnan säännöllisyydestä säännöllisillä wc-käynneillä. Tartuntamielitaudeissa voi olla tarpeen letkuruokinta ja ravitsevat peräruiskeet. (Neuman-Rahn 1943/2003, 162, 179, 207, 221.)

Hygieeniseen hoitoon kuuluu luonnollisesti sairastuneiden hygieniasta huolehtiminen tukemalla sairastuneen päivittäistä toimintaa. Kylpyhoidot ovat osa niin hygieenistä kuin psyykkistä hoitoa. Hoidossa käytetään niin lyhyitä kuin pitkiäkin

kylpyjä ja niiden Neuman-Rahn kirjoittaa olevan paras keino levottomien ja epäsiistien potilaiden hoidossa rauhoittavuutensa vuoksi. (Neuman-Rahn 1924/2003, 279.)

6.2 Lyyli Kinnusen Mielisairaanhoito

6.2.1 Kirjoittaja Lyyli Kinnunen

Kellokosken mielisairaalan ensimmäisen opetushoitajan Lyyli Kinnusen teoksen *Mielisairaanhoito* ensimmäinen painos ilmestyi 1938 Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitean julkaisemana. Kirja oli toinen Suomessa julkaistu mielisairanhoidon oppikirja, ja teoksesta julkaistiin useita uusintapainoksia. Kinnunen oli opiskellut Helsingin kaupungin sairaanhoitajakoulussa Karin Neuman-Rahnin ollessa koulun johtajattarena ja opettajana. (Matilainen 2003, 8.)

Kinnusen *Mielisairaanhoito*-oppikirjassa on 159 sivua. Kirjan alkulauseessa Kinnunen kirjoittaa oppikirjan teon olleen vaikeaa, koska mielisairanhoidon ala on niin laaja, se pohjautuu psykoterapiaan ja hoito yksilöllistä. Kinnusen teoksessa teoriaa pohjataan mielisairanhoidon historiaan. Kirjan teksti on hyvin käytännönläheistä, ja siinä annetaan yksityiskohtaisia ohjeita ja neuvoja käytännön asioiden suorittamiseen, kuten tarkka ohje hoitokertomuksen laatimiseen. Kinnusen lähdekirjallisuus on suppeampi kuin Neuman-Rahnin. Lähdeluettelosta löytyvät muun muassa Neuman-Rahnin ja Kailan oppikirjat.

6.2.2 Kinnusen oppikirjan painotukset

Karin Neuman-Rahnin teoksen *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* tavoin myös Lyyli Kinnunen aloittaa *Mielisairaanhoito*-teoksensa esittelemällä lyhyesti mielisairanhoidon historiaa sekä Euroopassa että Suomessa. Historia-katsauksessa sivutaan taikauskon merkitystä mielisairanhoidon synkälle historialle ja kuvataan pakkokeinoihin perustuvien hoitomuotojen hidasta väistymistä. Kinnunen nostaa esille myös Saksassa kehitetyn työ- ja askarteluterapian mielisairaiden hoitomuotona. (Kinnunen 1943, 5–14.)

Kinnunen kuvaa teoksessaan mielisairaalarakennuksen ihanteellisia elementtejä. Mielisairaala ei hänen mielestään ole hullujenhuone, vaan:

Jokaisen tällä alalla työskentelevän velvollisuus on oikaista tuollaiset käsitykset – – tällainen laitos on ennen kaikkea sairaala, jonka tarkoituksena on lähinnä hoitaa ja parantaa sielullisesti sairaita – –. (Kinnunen 1943, 22.)

Sairaalan osastojen kokoluokista, materiaaleista ja järjestyksestä Kinnunen antaa hyvinkin tarkkoja ohjeita. Hänen ohjeenaan on tehdä sairaala-alueesta ja osastoista mahdollisimman viihtyisiä ja kodikkaita ”– – sillä ympäristön vaikutusta potilaan mielentilaan ja paranemismahdollisuuksiin ei saa väheksyä (Kinnunen 1943, 26).” Potilaiden jakaminen eri osastoille on oltava tarkoituksenmukaista. (Kinnunen 1943, 21–26.)

Mielisairaanhoito-teoksesta löytyy varsin tarkasti selvitettyä sairaalan yleisiä käytänteitä, kuten potilaan saapumista sairaalaan, anamneesin tekoa, sairaan vastaanottamista osastolle, kuinka potilasta tarkkaillaan, mitä tutkimuksia tehdään ja kuinka raportoidaan kirjallisesti ja suullisesti. Jo saapumisvaiheen jälkeen, jos potilas on hyvävointinen, saa hän nousta vuoteestaan ja hänet olisi hyvä saada tekemään jotakin työtä. (Kinnunen 1943, 27–32.)

Osaston päiväjärjestyksen säännöllisyydellä on suuri merkitys, ja tavoitteena on potilaiden totuttaminen täsmällisyyteen. Kinnunen toteaa, että joskus on parempi, että hoitajat petaavat vuoteet, sillä ”– – päivisin tyhjät makuusalit ovat siistimmän ja miellyttävämmän näköisiä, jos vuoteet ovat mahdollisimman huolellisesti ja yhdenmukaisesti laitettut (Kinnunen 1943, 34).” Sairaanhoitajien vastuulla on huolehtia potilaiden siististä ulkonäöstä. Osastolla ei vain oleilla, vaan potilaiden on käytettävä hoitajien ohjaamana aikansa esimerkiksi askarteluun, lukemiseen ja pelaamiseen. (Kinnunen 1943, 33–35.)

Epäsiisteyteen taipuvaisia potilaita on pidettävä jalkeilla ja pyrittävä vieroittamaan järjestelmällisesti heidät pois epäsiisteistä tavoistaan käyttämällä heitä säännöllisesti wc:ssä. Jollakin tavoin aggressiivisten potilainen hoitotilanteiden sujuvuuden perusteella voidaan Kinnusen mukaan arvioida sairaalan sielullisen

hoidon tasoa. Epäonnistumisella ja onnistumisella on suuri vaikutus myös osaston henkeen. (Kinnunen 1943, 40–42.)

Sairaanhoitaja on ensisijainen yhteys sairaan ja hänen omaistensa välillä, mutta tässä yhteydenpidossa on varottava omavaltaisuutta ja harkitsemattomuutta. Potilaan oma yhteydenpito tapahtuu kirjeiden, omaisten sairaalavierailujen tai omien sairaalan ulkopuolisten vierailujen kautta. Kaikki yhteydenpito on valvottua. Yhteydenpidossa omaisten kanssa on muistettava, että vain lääkäri voi kertoa potilaan diagnoosista, taudin kehityksestä ja taudin oletettavasta tulevaisuudenkehityksestä. (Kinnunen 1943, 55–59.)

Potilaiden valvonnan merkitys on mielisairaanhoidossa suuri, sillä Kinnusen mukaan mielisairas ei ole samalla tavalla kykenevä vastuuseen kuin terve ihminen. Osa valvontaa ovat niin valvonnan ulkonaiset keinot, kuten lukitut ovat, mutta myös henkilökunnan toteuttama valvonta. Sairaanhoitajien tulee kiinnittää erityistä tarkkuutta itsemurhavaarassa olevien potilaiden valvontaan. Depressiivisiä on kohdeltava ystävällisesti ja kärsivällisesti ja yritettävä hälventää itsetuhoisia ajatuksia johdattamalla potilas johonkin puuhaan. (Kinnunen 1943, 55–59.)

Tärkein mielitautien hoitomuoto on Kinnusen mukaan sielullinen hoito eli psykoterapia. Tässä suhteessa merkityksellistä on kiinnittää huomiota kaikkiin sairaan sielunelämään liittyviin tekijöihin, kuten ympäristöön. Psykoterapian käsitteen alle Kinnunen luokittelee henkilökohtaisen psykoterapian, ympäristöterapian, hoitajan suhtautumisen potilaaseen, työ- ja askarteluhoidon, huvitukset ja ajanvietteet, kasvatuksen hyviin tapoihin ja uskonnon. Henkilökohtaista psykoterapiaa toteuttaa pääsääntöisesti lääkäri ja tähän kuuluvat myös hypnoosi ja psykoanalyysi. Pääpaino on rauhoittaa sairasta, ilahduttaa ja rohkaista sekä myötätuntoisesti keskustelemalla suggestiivisesti saada sairaan mielialaa kohennettua. Työ- ja askarteluhoidossa sekä hyviin tapoihin kasvattamisessa painotus on myös ajatus- ja tahdontoiminnan harjoittamisessa. (Kinnunen 1943, 60–62.)

Kinnunen kuvaa työ- ja askarteluhoidon historiaa ja perusteita. Työhoidon perusteena on etsiä sairaasta sitä, mikä on tervettä, ei sitä, mikä on sairasta. Tu- kemalla terveitä ominaisuuksia pyritään säilyttämään ja herättämään uudelleen

potilaan kosketusta todellisuuteen ja yhteiskuntaan. Työhoidon järjestämistä Kinnunen kuvaa perusteellisesti ja painottaa myös tämän hoitomuodon tapahtuvan lääkärin määräyksestä. (Kinnunen 1943, 70–82.)

Psykiatriseen hoitoon kuuluu myös vapaa-ajan viettäminen. Vapaa-ajan toimiksi Kinnunen listaa lukemisen, kirjoittamisen ja piirtämisen, seurapelit, musiikin, retket ja ohjelmalliset juhlat. Kaikessa sairaalan toiminnassa on koko ajan kiinnitettävä huomiota hyviin tapoihin kasvattamiseen. Potilaiden uskonnollisuuteen on suhteuduttava hienotunteisesti ja pyrittävä tyydyttämään heidän uskonnolliset tarpeensa tekemällä yhteistyötä pappien kanssa. (Kinnunen 1943, 83–89.)

Potilaiden fysikaalisia hoitomuotoja ovat Kinnusen kirjan mukaan vuodelepo, pitkät kylvyt, kokokiede, valohoito, hieronta, voimistelu, urheilu ja ulkona oleminen. Kirjassa opastetaan näiden hoitomuotojen käyttöön sekä perustellaan niiden käyttämistä hoitomuotona. (Kinnunen 1943, 89–94.)

Mielisairaalahoidossa tyypillisesti käytettävät lääkkeet ovat Kinnusen mukaan jaettavissa käyttötarkoituksensa mukaan. Rauhoittavia lääkkeitä ovat bromisuoilat sekä valeriaana- ja oopiumitinktuura. Unilääkkeitä ovat luminaali, veronaali, medinaali, kloraali, paraldehydi, trionaali, sulfonaali, Dial-tabletit ja erityiset patenttiunilääkkeet. Vaikeissa levottomuustiloissa voidaan käyttää nopeita ja voimakkaasti vaikuttavia lääkkeitä ruiskeena, ja näitä lääkkeitä ovat hyosciini eli skopolamiini ja Somnifen. Potilas voidaan myös vaivuttaa useita vuorokausia jatkuvaan horrostilaan edellä mainituilla lääkkeillä. Erityisesti Kinnunen mainitsee atropiinihoidon hoitomuotona voimakkaaseen vapinaan ja syljeneritykseen. Teoksessa kerrotaan lääkkeiden tyypillisiä annostuksia ja niiden antotapoja sekä korostetaan, että lääkkeitä ei anneta ilman lääkärin määräystä. (Kinnunen 1943, 95–100.)

Erityisiksi hoitomuodoiksi *Mielisairaanhoito*-teoksessaan Kinnunen luettelee kestonarkoosin, kuumehoidon ja insullini-, kardiatsoli- ja sähkökouristushoidon. Hoitomuotojen kuvauksessa hän erittelee jokaisen hoitomenetelmän toteuttami-

sessä tarvittavat välineet, seurattavat fysiologiset arvot ja toteutettavat toimenpiteet. Kinnunen kuvailee insuliinihorroshoidon kaikkein yksityiskohtaisimmin ja kertoo hoitomuodon kehityshistorian. (Kinnunen 1943, 101–131.)

Vapailla mielisairaiden hoitomuodoilla käsitetään Kinnusen kirjassa sairaaloiden ulkopuolella tapahtuvaa hoitoa eli perhehoitoa ja sairaiden hoitamista kotonaan huoltotoiminnan avulla. Mielisairaaloitten nopean täyttymisen takana on Kinnusen mukaan kansan muuttunut käsitys mielisairaaloista. Ihmiset eivät enää vieroksu mielisairaaloita, ja yhteiskunnallisen muutoksen myötä mielisairaiden hoitaminen kotona on vaikeutunut. Perhehoitoa Kinnunen kuvaa välimuodoksi sairaalan ja itsenäisen elämän välillä. Huoltotoiminta on saanut alkunsa 1938 mielisairaslain myötä, jolloin määriteltiin, että koko kunnan mielisairaiden hoito kuuluu terveydenhuoltolautakunnilla.

Huoltotoiminnan tehtävänä on siis antaa apua ja neuvoja sosiaalisissa, psykiatrisissa, taloudellisissa kysymyksissä, auttaa täten potilaiden poispääsy- ja toimeentulomahdollisuuksia sekä jatkuvasti seurata heidän terveydentilaansa ja olosuhteitaan (Kinnunen 1943, 140).

Aiemmin terveydenhuoltolautakunnan vastuu koski vain sairaaloihin sijoitettuja mielisairaita. (Kinnunen 1943, 131–141.)

Teoksen lopussa Kinnunen esittelee lyhyesti tiettyjen mielisairauksien tunnusmerkkejä hoitamisen näkökulmasta. Hän kuitenkin toteaa, että varsinkin vajaa-mielisten ja psykopaattien ollessa kyseessä on puhuttava enemmän huollosta, kasvatuksesta ja käsittelystä kuin hoidosta. Kinnunen esittelee diagnoosit tylsämielisyyttä, vähämielisyyttä, sairasmaielisyys, neuroosit, patologiset reaktiot, eksogeeniset mielisairaudet, alkoholismi, morfinismi, maanis-depressiivinen mielisairaus, skitsofrenia, epilepsia ja vanhuuden mielisairaudet. (Kinnunen 1943, 141–153.)

6.3 Martti Kailan Mielitaudit

6.3.1 Kirjoittaja Martti Kaila

Psykiatri Martti Kailan teos *Mielitaudit* ilmestyi vuonna 1935. Teoksen julkaisijana oli Sairaanhoidajatarjärjestöjen oppikirjakomitea. Teoksen johdannossa kerrotaan teoksen tavoitteen olevan tehdä selkoa mielitaukeista ja sielullisista sairauksista. Teos on tarkoitettu käytettäväksi sairaanhoidajien koulutuksessa. Tavoitteeksi nimetään niin ikään mielisairaahan ihmisen ymmärtäminen ja hänen sairautensa oireiden merkityksen käsittäminen. (Kaila 1943, 5.) Kirja on ilmestynyt myöhemmin Sairaanhoidajattarien oppikirjana yhtenä painoksena Lyyli Kinnusen *Mielisairaanhoito*-teoksen kanssa.

Martti Kaila suuntautui lääkäriksi valmistuttuaan psykiatriaan ja toimi Helsingin yliopiston psykiatrian klinikan apulaislääkärinä ja apulaisopettajana Lapinlahden mielisairaalaissa 1932–1935. Sittemmin Kailasta tuli Lapinlahden sairaalan ylilääkäri ja Helsingin yliopiston mielitautiopin professori. Kailan teos *Mielitaudit* oli käytössä mielisairaanhoidon oppikirjana noin 30 vuotta, ja siitä otettiin useita painoksia. (Achté 2016.)

Kailan oppikirjassa on 149 sivua ja painotus mielisairauksien syiden syy-yhteyksien taustoittamisessa ja diagnosoinnissa. Tekstissä avataan käsitteitä ja esitellään lukuisia esimerkkejä tautitiloista selventämään diagnosoimista. Esipuheessa Kaila tuo esille, että Sairaanhoidajatarjärjestöjen oppikirjakomitea oli pyytännyt lisäämään tekstiä sielullisista sairauksista, joita kutustaan hermostuneisuudeksi ja hermosairauksiksi. Nämä mielisairaudenmuodot hän luonnehtii jo esipuheessa kuuluviksi sellaisiin sairauksiin, jotka eivät tyypillisesti päädy mielisairauksiin.

6.3.2 Kailan oppikirjan painotukset

Martti Kailan teos *Mielitaudit* on jaettu kahteen käsittelyosaan, ja teoksen liitteestä löytyy mielisairaiden yhteiskunnalliseen asemaan liittyvä lakiosio. Karkeasti määritellen teoksen ensimmäinen osa johdattaa alan peruskäsitteisiin ja avaa häiriötiloja sielullisten sairauksien taustalta, toisessa osassa taas käsitellään sielullisten sairauksien syitä, ryhmittelyä, tunnuspiirteitä ja sivutaan niiden hoitoa. Sairauksien kuvausta on havainnollistettu runsaslukuisilla esimerkeillä. (Kaila 1942.)

Kailan teoksen ensimmäisessä osassa lähdetään liikkeelle laajalla katsauksella psykologiaan ja psykopatologiaan. Kirjassa psykologia on sielutiedettä eli oppia sielunelämän ilmiöistä ja kehitysmuodoista terveillä ihmisillä. Sielunelämän sairailloisten muutosten oppia kutsutaan psykopatologiaksi, ja psykiatria on mielitautioppi. Sieluntoimintojen ja niiden häiriöiden ymmärtäminen on pohja sielullisten häiriötilojen hoitamiselle. (Kaila 1943, 9–10.)

Sieluntoiminnot pohjautuvat aivotoimintaan ja tätä kautta sensoriseen ja motoriseen toimintaan. Kaila kuvaa: ”Juuri tällä alueella, siis sensorisen toiminnan loppumisen ja motorisen toiminnan alkamisen välillä, tapahtuukin kaikki korkeampi sielun toiminta (Kaila 1943, 12.)” Terveellä ihmisellä sensoriset aistitoiminnot toimivat normaalisti, mutta, mutta jos ”aistimukset ovat sairaalloisesti muuttuneita sen takia, että aivojen yleinen toiminta on joko kiihtynyt tai estynyt, niin aistimushäiriöt ovat sielullisia oireita (Kaila 1943, 14).” Ihmisen käyttäytyminen ja toiminta perustuvat synnynnäisiin vaistoihin ja vietteihin. Sielullisissa häiriötiloissa tarpeista ja tunteista johtuva toimintamme on muuttunut. Motorinen toiminta eli kaikki ne toiminnot, joilla ihminen pääsee kommunikaatioon ulkoisen maailmansa kanssa, on sielullisesti sairailta usein häiriintynyt. (Kaila 1943, 13–22, 49–50.)

Korkeampien sieluntoimintojen häiriöihin kuuluvat häiriöt tajunnassa, ajattelukyvyyssä ja tunne-elämässä. Äly on synnynnäistä, mutta ihmisen tietomäärä on riippuvainen sekä kasvatuksesta että ympäristöstä. Ajattelukyvyn häiriöt voivat ilmetä ajatuksen ”syrjähtelynä” ja ajatusharhoina. Häiriöt tunne-elämässä voivat

näkyä toiminnassamme hermostoperäisinä häiriöinä, ja niihin voi liittyä poikkeavaa motorista käyttäytymistä. Sairaallinen tunne on kyseessä, kun tunne ei ole luonnollisessa suhteessa tunnekokemukseen:

Pitkällinen sielullinen jännitys, kuten taloudelliset vaikeudet, ristiriidat avioliitossa – voi johtaa vähitellen kunkin henkilön luonteen mukaiseen patologiseen reaktioon. Tämä esiintyy masentuneisuustilana eli reaktiivisena depressiona, erilaisina sekavuustiloina – –. (Kaila 1943, 39.)

Tunne-elämän taustalla vaikuttaa ihmisen perusmieliala, jonka taustalla voidaan nähdä jakoa temperamenttijako syklotymisiin ja skitsotymisiin temperamentteihin. (Kaila 1943, 22–42.)

Sielullisesti sairas on mielisairas, jos hän ei sairautensa vuoksi pysty huolehtimaan itsestään, sopeudu ympäristöönsä tai hän aiheuttaa ympäröivissä ihmisissä pelkoa. Mielitautioppiin kuuluvat Kailan mukaan myös sellaiset tilanteet, jolloin kyseessä ei ole varsinainen mielisairaus, vaikka kaikki mielisairauden tunnusmerkit täyttyvät. Toisaalta voi myös olla tiloja, jolloin sairas on ulkoisesti aivan normaali, mutta kärsii sielullista ja toiminnallisista hermoston häiriöistä. Sielunelämän muodostumisen päätekijät ovat perinnölliset taipumukset ja ympäristön vaikutus. (Kaila 1943, 55.)

Perinnölliset taipumukset mielisairauteen voivat ilmetä milloin tahansa ihmisen elämän aikana, mutta erityinen alttius taudin puhkeamiselle on kolmena biologisena heikkouskautena: puberteetissa, ehtymisiässä eli vanhuuden ensi oireiden ilmestyessä ja varsinaisessa vanhuudessa eli ruumiin rappeutumisiässä. Kaila jakaa sielulliset sairaudet synnynnäisiin aivojen toiminnan vajavaisuudesta johtuviin ja sairausprosessin myötä sairaalloisesti muuttuneista aivoista johtuviin. Ero sairauksien syntymismekanismin taustalla on usein vain teoreettinen, prosessimielisairaudella on kuitenkin paremmat paranemisedellytykset. (Kaila 1943, 55–59.)

Pysyviä sielullisia poikkeustiloja ovat vajaamielisyys vakavuusasteineen, sairasmieliset luonteet eli psykopaatit, psykogeeniset reaktiot ja neuroosit. Näissä taustana on jo lapsuudesta asti sielullinen vajavuus aivojen poikkeavuuden

vuoksi. Vajaamielisyydessä pääoireena on älyn kehityksen heikkous, ja hoito on ennen kaikkea kasvatusta jo lapsuudesta alkaen. (Kaila 1943, 63–68.)

Psykopaateilla eli sairasmaielisillä luonteilla luonteen poikkeavuus aiheuttaa ongelmia joko ihmiselle itselleen, ympäristölle tai yhteiskunnalle. Kailan mukaan psykopatia on ”- - tunne ja tahtoelämään pohjautuvien luonteenominaisuuksien harmonisuuden puute (Kaila 1943, 74).” Patologisia reaktioita on monenlaisia, ja ne voidaan jakaa syntymisperusteensa mukaan, yhdistävänä tekijänä on niiden kehittyminen jonkin kokemuksen pohjalta. Primitiivireaktio on sopeutumattomuusreaktio, jonka perustana on huono alistuminen ja sopeutumattomuus hankaliin olosuhteisiin. Primitiivireaktiosta voi kehittyä pidempikestoinen reaktiivinen sekavuustila. Situatiiviset ja konfliktireaktiot johtuvat vaikeasta äkillisestä järkyttävästä elämyksestä, kuten maanjäristyksestä tai ilmapommituksesta. Tässä yhteydessä on huomioitava ilmiöiden suggestiivisuus. Hysteria luetaan myös patologiaan reaktioihin. (Kaila 1943, 72–85.)

Sielullinen häiriötila eli neuroosi on kyseessä silloin, kun sielullinen ongelma aiheuttaa psyykkisiä häiriöitä tai ruumiillisia hermostohäiriöitä ilman ulkonaista poikkeavuutta. Neuroosin pohjalla on hauras sielunrakenne. Neurastenia eli heikkohermoisuus on rakenteellista sielullista heikkoutta, joka ilmenee sielullisina oireina ja ruumiillisina hermostohäiriöinä. Kaikkien neuroosipotilaiden hoidossa on huomioitava heidän riippuvaisuusherkkyytensä. (Kaila 1943, 89–98.)

Prosessimielisairaudet voidaan jakaa ulkosyntyisiin eli eksogeenisiin sairauksiin ja sisäsyntyisiin eli endogeenisiin mielisairauksiin. Ulkosyntyisiin kuuluvat aivo-
violetumista, infektiosta ja myrkytyksistä johtuvat mielisairaudet. Eksogeenisissä sielullisissa häiriötiloissa reaktiot voivat ilmetä sekavuustiloina, muistihäiriöinä ja mielialaongelmina. Nämä häiriöt ovat usein ohimeneviä ja poistuvat aivojen toiminnan normalisoituessa. Ulkosyntyisellä aivohäiriöllä voi kuitenkin olla pitkäkestoisia ja joskus pysyviäkin muotoja, jotka ilmenevät sielullisena heikkoutena, luonteenmuutoksena, tylsistymisenä tai epilepsiana. Eksogeenisiä sairauksia ovat muun muassa syfiliksen aiheuttama *dementia paralytica* ja alkoholin käytön aiheuttama sairaus. (Kaila 1943, 99–110.)

Endogeeniset mielisairaudet ovat synnynnäisiä, ja kaikkein voimakkain perinnöllisyys löytyy maanis-depressiivisen mielisairauden taustalta. Kaila kirjoittaa: 'Maanisdepressiivistä mielisairautta potevista noin kahdella kolmasosalla on pykninen rakenne ja siihen liittynyt syklotyminen temperamentti (Kaila 1943, 110).' Skitsofreniaa sairastavien ruumiillis-sielullinen rakenne ei ole yhtä selkeä, vaikka huomattavalla osalla on leptosominen ruumiinrakenne. Skitsofreniassa pääoireiksi kuvataan muutos luonteessa ja tunne-elämässä, harhaluulot, aistiharhat, skitsofreeninen ajatushäiriö ja tahdontoiminnan häiriintyminen. (Kaila 1943, 110–129.)

Sisäsyntyisiin mielisairauksiin kuuluvat myös epilepsia ja vanhuuden mielisairaudet. Preseniilejä sairauksia ovat ennen varsinaista vanhuutta alkavat preseniili vainoamismielisairaus ja preseniili masentuneisuus. Vanhuuden mielisairauksia ovat vanhuuden höperyys ja aivojen verisuonten kalkkeutumisesta johtuva mielisairaus. (Kaila 1943, 129–138.)

7 Tulokset

7.1 Koulutuksen merkitys

Opinnäytetyössä analysoiduista mielenterveystyön oppikirjoista nousee esille sairaanhoitajien koulutuksen ja erityisesti mielenterveystyön koulutuksen merkitys. Sairaanhoitajan työn pohjana tulee kuitenkin olla perehtyneisyys koko sairaanhoidon kokonaisuuteen. Mielisairaanhoidoa pidetään sairaanhoidon erikoisalana:

- – sielullisesti sairaan hoito käsittää sekä sielun, että ruumiin, ja että sen siitä syystä tulee täysin olla täysin koulutettujen hoitajien käsissä; siten vapautuukin myöskin yleinen käsitys mielisairaanhoidon erikoisasemasta "varsinaisen sairaanhoidon ulkopuolella" tai rinnalla siitä kuvittelusta, että tämä työ olisi työskentelyä alamittaisten olentojen hyväksi. (Neuman-Rahn 1924/2003, 243.)

Mielisairaanhoidossa painottuu sekä tietopohjan vahvuuden että käytännön harjoittelun merkitys. (Kaila 1943, 7; Kinnunen 1943, 64.)

Mielisairaanhoidon historian tuntemusta pidetään tärkeänä osana koulutusta, sillä se auttaa sairaanhoitajia ymmärtämään sen hetkistä mielisairaanhoidon tilaa. Merkityksellisintä on tieto mielisairauksien oireiden taustalla vaikuttavista luonteenpiirteistä ja sairastuneen elämän olosuhteista. Koulutuksella tavoitellaan sairaanhoitajan kykyä nähdä mielisairauden oireiden taakse ja johtaa näitä oireita mahdollisista häiriöistä tarve- ja tunnemaailmassa. Sairaudenoireet tulee osata erottaa ympäristön aiheuttamista reaktioista. Tieto normaalista psyyken toiminnasta auttaa tekemään huomioita sairastuneiden häiriintyneestä psyykkisestä tilasta. (Kaila 1943, 10, 49; Kinnunen 1943, 31; Neuman-Rahn 1924/2003, 23–24.)

Psyykkisiin häiriöihin liittyvän tiedon merkityksellisyyden ohella nousee esille sairaanhoitajan toiminnan ja raportoinnin objektiivisuus, joihin koulutuksella pyritään ohjaamaan. Kyky loogiseen ja psykologiseen ajatteluun auttaa mielisairaiden hoidossa. Pelkkä tieto ei kuitenkaan riitä psyykkisesti sairastuneita hoidettaessa, vaan häiriintynyttä psyykeä on myös ymmärrettävä. (Kaila 1943, 10; Kinnunen 1943, 31; Neuman-Rahn 1924/2003, 243–244.)

7.2 Sairaanhoitajan persoona

Sairaanhoitajan persoonalla on ratkaiseva merkitys mielisairaiden hoidossa. Hoidon pohjan tulee perustua psykologiseen ihmistuntemukseen ja moraaliseen tasa-arvoisuuteen:

Miten paljon lopulta merkitseekään oikea ymmärtämys, satuttava, asiantuntemukseen perustuva oireitten käsittäminen, siihen perustuva päämäärästään tietoinen käsittely, rakkaudellinen valvonta ja siveellinen tuki-. (Neuman-Rahn 1924/2003, 244.)

Sairaanhoitajan toivottuina luonteenominaisuuksina korostuvat myötätunneisuus, lempeys ja ystävällisyys (Kinnunen 1943, 64–69; Neuman-Rahn 1924/2003, 243–244.)

Oppikirjoista kuvastuvassa maailmassa sairaanhoitajan tulee olla hoidettavalleen kuin äiti ja pyrittävä voittamaan hoidettavan luottamus asettumalla hoidettavan asemaan. Luottamukseen perustuu niin ruumiillinen kuin psykiatrinen hoitokin. Painoa on myös hoitajan naispuolisuudella ja naisille ominaisella hoivausvietillä. Luottamuksen saavuttamiseen tarvitaan rakkautta ja kärsivällisyyttä:

Jos hänen onnistuu tavata oikea tapa seurustellakseen sairaittensa kanssa, niin käy päivittäinen hoito ja yhdessäolo arvaamattoman hedelmälliseksi akuuttisesti sairastuneen tervehtymiselle ja ehkäisee suuresti tylsämielisyyden voittoa kroonillisesti sairaissa. (Neuman-Rahn 1924/2003, 312.)

Oikealla suhtautumistavalla, potilaan tuntemisella ja ymmärryksellä voidaan tavoittaa ja voittaa potilaan luottamus. (Kinnunen 1943, 64; Neuman-Rahn 1924/2003, 244–245, 248, 259–260.)

Sairaanhoitajan tahdikkaus ja hillitty käytös nousevat usein esille sairaanhoitajan toimintaa kuvattaessa. Sairaanhoitajan tulee olla luonteeltaan tasainen ja toimia puolueettomasti sekä puhua harkitsevaisesti. Sairastuneita hoitaessa hoitajan tulee aina käyttäytyä rauhallisesti, ystävällisesti ja varmasti. Yhteydenpito omaisten kanssa ja sairasta sairaalaan vastaanotettaessa tulee niin ikään olla tahdikasta, hillittyä ja hienotunteista. Sairaanhoitajan on myös muistettava asemansa ”palvelevana sisarena”. Tahdikkaudesta ja myötäelämisen taidosta voi olla myös erityistä hyötyä tiettyjen sairauksien hoidossa, kuten neuroositilojen hoidossa. (Kaila 1943, 98; Kinnunen 1943, 30, 52, 64–69; Neuman-Rahn 1924/2003, 276.)

Oppikirjojen mukaan sairaanhoitajan tulee suhtautua neutraalisti sairastuneeseen ja peittää omat mahdolliset reaktiot. Hoitajan täytyy olla voimakkaampi osapuoli suhteessaan sairaaseen ja noudattaa tässä suhteessa itsehillintää sekä kärsivällisyyttä. Potilas ei saa huomata hoitajan väsymystä. Luonteeltaan epävakaa ja hermostunut hoitaja ei sovi mielisairaanhoitotyöhön. Hoitajan tulee kin pyrkiä työnteossaan valoisaan optimismiin. (Kinnunen 1943, 69; Neuman-Rahn 1924/2003, 246, 248–249).

Sairaanhoitajalle katsotaan työssään olevan apua myös aloitekykyisyydestä. Psykkisesti sairaiden hoidossa on tarpeen ”vilkas vaistoaminen, neuvokkuus, nopeus, kekseliäisyys” (Neuman-Rahn 1924/2003, 249). Ennen kaikkea sairaanhoitaja on sairaosaston sielu. Psykkisesti sairastuneita hoidettaessa on sairaanhoitajan huolellisuudella ja tarkkaavaisuudella suuri merkitys. (Kinnunen 1943, 64; Neuman-Rahn 1924/2003, 245, 265.)

7.3 Hoitomenetelmien kirjo

Oppikirjojen mukaan mielisairaiden hoito pohjautuu johdonmukaiseen ja perusteltuun kohteluun. Potilaille on puhuttava totta ja on pidettävä huolta, että potilaan harhamaailmaan ei lähdetä mukaan eikä hänen harhojaan vahvisteta. Vastahakoisia potilaita pyritään ensin ystävällisesti houkuttelemalla suostumaan hoitotoimenpiteisiin, mutta jos tämä on tuloksetonta, niin tällöin potilaan hoitamisen tarve menee potilaan tahdon edelle. Perusteltu ja ehdoton kieltä voi olla herättämässä potilaan luottamusta ja arvontoa sairaalajärjestystä kohtaan. Terveellinen vaikutus voi olla myös hoitajan toiminnalla, kuten lämminsydämisellä ja myötätuntoisella suhtautumisella neurootikkoihin ja maanisessa tilassa oleviin. (Kaila 1943, 98, 116; Kinnunen 1943, 64, 69.)

Sairastuneiden valvomisella on hoidossa hyvin tärkeä osa: ”Sairaanhoitajatar, joka valvontaosastollaan jättää paikkansa ennen kuin toinen on astunut hänen sijaansa, tekee todellisen rikoksen (Neuman-Rahn 1924/2003, 273).”

Valvonnan tarkoitus on ennen kaikkea suojella potilasta itseltään ja kaikelta vahingolliselta, mikä häntä uhkaa hänen oman sairautensa oireitten ja ilmenemismuotojen taholta. Toisaalta taas saattaa sairas olla vaarana lähiympäristölleen väkivaltaisuutensa tai hävittämishalunsa takia. Valvonnan tulee siis koskea kaikkea, mikä liittyy potilaaseen ja hänen elämäänsä mielisairaalassa. (Kinnunen 1943, 55.)

Valvonnan käsite on monimerkityksellinen, ja se sisältää niin hygieniasta huolehtimisen kuin kasvatuksen sairaalan päiväjärjestykseen (Kinnunen 1943, 56.)

Mielisairaiden hoidon pohjana tulee olla ”hygieenis-ruokajärjestyksellis-fysikaalinen terapia” (Neuman-Rahn 1924/2003, 265). Neuman-Rahnin oppikirjassa ruokavalion merkitys korostuu Kinnusen oppikirjaan verrattaessa ja ruokavalio on osa sairaudenhoitoa. Myös Kinnunen toteaa: ”Tärkeintä on joka tapauksessa, että päiväjärjestys on säännöllistä, on pyrittävä noudattamaan määrättyjä ylösnousu-, ruokailu- ja työaikoja, jolloin potilaat tottuvat täsmällisyyteen (Kinnunen 1943, 33).”

Oppikirjojen mukaan hoidossa tulee myös painottua kasvatuksellinen ote:

Niin kuin lasta on kasvatettava ja opetettava jo sen ensimmäisenä ikävuotena, samoin on äsken sairaalaan saapuneen potilaan kasvatus aloitettava heti, kun hän on joutunut hoitoomme (Kinnunen 1943, 86).

Kinnunen kirjoittaa myös: ”Tärkeintä on kuitenkin potilaan järjestelmällinen kasvatus; tässä työssä ei saa hoitaja väsyä eikä laiminlyödä pienintäkään seikkaa (Kinnunen 1943, 41.)” Karaisevan kasvattamisen menetelmää suositellaan neurasteniassa ja skitsofreniassa sekä psykopaattisten luonteiden kasvattamisessa jo lapsuudesta lähtien. Vähämielisten hoidossa korostuu myös kasvattamisen näkökulma. (Kinnunen 1943, 142–145, 151; Neuman-Rahn 1924/2003, 245.)

Mekaanisia pakkohoitokeinoja käytetään vain, jos se on potilaan terveydentilan kannalta ehdottoman välttämätöntä. Tällaisessa tapauksessa voidaan käyttää suojakäsineitä, jotka estävät potilasta käyttämään käsiään. Mielisairaiden hoidossa pakon käyttäminen keinona on viimeinen vaihtoehto. Eristämistä tulee käyttää hoitomuotona hyvin harkiten. Pakkohoitomuotona hysteerikko voidaan siirtää joksikin aikaa levottomien osastolle kasvatuksellisessa mielessä. (Kinnunen 1943, 43–45.)

Vuodelevon ja pitkien kylpyjen merkitykset näyttäytyvät Karin Neuman-Rahnin teoksessa *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* suuremmassa roolissa kuin Lyyli Kinnusen *Mielisairaanhoido*-teoksessa. Vuodelepoa suositellaan hoitomuodoksi neurastenian eli heikkohermoisuuden vakavissa tapauksissa, maanisissa tiloissa ja skitsofreniassa. Maniassa, myrkytys- ja tartuntamielitaudeissa

sekä sekä skitsofreniassa ja *dementia paralyticassa* eli syfiliksen aiheuttamassa mielitautissa suositellaan hoitomuodoksi pitkää kylpyä. Kinnusen oppikirjassa vuodelepoa käytetään potilaan rauhoittamiseksi ja sopeuttamiseksi sairaalan päiväjärjestykseen potilaan saapuessa sairaalaan. Pitkät kylvyt voivat olla tarpeen vain erityisen levottomilla ja epäsiisteillä potilailla. Rauhoittumistarkoituksessa ennen nukkumaan menoa voidaan käyttää lyhyitä kylpyjä, joiden kesto on puolesta tunnista tuntiin. Kokokiedettä eli potilaan kietomista kosteisiin ja lämpimiin kieteisiin neuvottiin käyttämään vähenevässä määrin ja ehdottomasti kiellettyä on kieteiden laittaminen rangaistustarkoituksessa. (Kinnunen 1943, 89–93; Neuman-Rahn 1924/2003, 179, 201, 233.)

Työterapian yleistymisen jälkeen vuodelevon merkitys on vähentynyt:

– –työ ja toiminta ovat välttämättömät voimistus- ja parannuskeinot koko elimistölle. – Samoin kuin ruumiilliselle kunnolle on säännöllinen työskentelytärkeää sielulliselle toipumiselle. (Kinnunen 1943, 71.)

Työhoitoa eri muodoissaan suositellaan neurasteenikoille eli heikkohermoisille, hysteerikoille, heikko- ja vähämielisille ja skitsofreenikoille. ”Työn siunaus on jokaisen järjellisen ihmisen tunnustama tosiasia (Neuman-Rahn 1924/2003, 321).” Työhoidon muotoja ovat askartelu, käsitöiden tekeminen, siivous- ja taloustyöt, ulkotyöt sekä ammattilaisten johdolla tehtävä työ ja itsenäinen työ. Sairaanhoidajan esimerkki on työhoidolle merkityksellistä. (Kinnunen 1943, 70–82, 89.)

Neuman-Rahnin oppikirjassa ei puhuta psykoterapian käsitteestä, vaan teoksessa puhutaan ”psykyllisestä vaikutuksesta”, johon kuuluu sairastuneen rohkaistaminen ja opastaminen, mutta myös eristäminen ja sosiaalistaminen. Teoksessa mainitaan suggestio, hypnoosi ja psykonalyysi ja todetaan niiden olevan lääkärin käyttämiä hoitomuotoja. Kinnunen esittelee sielullisen hoidon eli psykoterapian, jolla pyritään vaikuttamaan psykyllisesti sairastuneen ympäristöön niin, että epäedullisesti häneen vaikuttavia tekijöitä pyritään poistamaan ja lisäämään positiivisia ympäristövaikutuksia. ”Voidaankin sanoa, että monet mielisairailla esiintyvät oireet, varsinkin levottomuus ja väkivaltaiset reaktiot, johtuvat psykoterapeuttisten näkökohtien laiminlyömisestä (Kinnunen 1943, 60).”

Nykyaikaista mielisairaalaä pidetään psykoterapian instrumenttina, jolloin osastojen viihtyisyydellä pyritään lieventämään pakkohoidon aiheuttamia epäedullisia reaktioita sairaalle ja kohottamaan potilaan mielialaa. Psykoterapiaa hoitomuotona suositellaan neurasteniassa eli heikkohermoisuudessa, patologisissa reaktioissa, myrkytysmielitaudeissa ja skitsofreniassa. (Kinnunen 1943, 62–63, 145–150; Neuman-Rahn 1924/2003, 265, 313–314.)

Neuman-Rahn toteaa mielisairaiden lääkehoidosta, että sielullisiin sairauksiin on vain vähän lääkkeitä käytettävänä. Kinnusen oppikirjassa puolestaan todetaan, että lääkkeiden osuus mielisairaanhoidossa on suuri. Tyypillisiä mielisairauden oireita ovat unettomuus, kiihtymys- ja levottomuustilat ja motorinen levottomuus. Hoidon ensisijainen tavoite on saada potilas rauhoittumaan ja tällöin lääkkeiden merkitys on oleellinen. Hoitajan tulee tuntea lääkkeiden ominaisuuksia, jotta hän voi seurata niiden vaikutusta ja tehoa. On ehdottomasti noudatettava ohjetta ”Anna oikealla ajalla oikeata lääkettä oikealle potilaalle”. (Kinnunen 95–100; Neuman-Rahn 1924/2003, 315).

Kailan ja Kinnusen oppikirjoissa erityishoitomuodot insuliini-, kardiatsoli- ja sähkökouristushoidot nousevat merkityksellisiksi hoitomuodoiksi. Käänteentekeviä nämä hoitomuodot ovat skitsofreniassa, reaktiivisissa mielisairauksissa ja erilaisissa depressiotiloissa. Skitsofrenian hoidossa käytetään insuliinihorroshoitoa ja paras hoitovaste saavutetaan vasta sairastuneilla. ”Kuitenkaan ei vanhempiaakaan tapauksia saisi laiminlyödä, vaan heillekin tulisi antaa tilaisuus mahdolliseen parantumiseen (Kinnunen 1943, 109).” Sähköshokkihoidolla on ollut rohkaisevia tuloksia myös levottomuustiloissa sekä kroonisten tapauksien hoidossa. Erikoishoitoihin kuuluu myös kuumehoito. (Kaila 1943, 105, 128–129; Kinnunen 1943, 101–127, 130.)

Neuman-Rahnin oppikirjassa mainitaan perhehoito, mutta enemmän siihen kiinnitetään huomiota Kinnusen oppikirjassa. Perhehoitoa kuvataan väliasteeksi sairaalahoidon ja itsenäisen elämän välillä. Perhehoidolla on myös kansantaloudellinen merkitys ja sijoittamalla sairaita perhehoitoon säästetään hoitopaikkoja akuutisti sairastuneille. (Kinnunen 1924, 132–137; Neuman-Rahn 1924/2003, 373.)

Kinnusen oppikirjassa esitellään mielisairaiden huoltotoiminta eli psykiatrian avohoito. Toiminnan tavoite on tukea mielisairaasta päässeeseen potilaan selviämistä arjessa ja tähän voi kuulua käytännön asioissa auttamista kuten asunnon ja työpaikan hankkimista. Toiminnalla pyritään ehkäisemään sairaankierteen syntyminen. Sairauksien estäminen on osa toimintaa: ”Toimenpiteisiin on vain ryhdyttävä mahdollisimman aikaisin, jo ennen yksilön syntymää (Kinnunen 1943, 140).” Ehkäisy on kohdistettava koko kansaan ja pyrittävä tulevien sukupolvien terveyteen turvaamalla terveitä ja kunnollisia sukuja. On tehtävä valistustyötä ruumiillisesta ja henkisestä terveydenhoidosta sekä ehkäistävä alkoholin ja sukupuolitautilien vaikutusta. Sairaiden yksilöiden naimisiinmeno ja jälkeläisten saaminen voidaan estää yhteiskunnallisella lainsäädännöllä. (Kinnunen 1943, 137–141.)

7.4 Hoidon arvopohja

Mielisairaanhoidon arvopohjaa määriteltäessä mielisairaanhoidon oppikirjojen perusteella nousee esille psyykkisten sairauksien voimakas perinnöllisyys ja psyyken rakenteelliset heikkoudet ja poikkeavuudet. Sairastumisprosessissa on kuitenkin katsottu olevan merkitystä myös ulkoisilla tekijöillä. Patologisten reaktioiden ja neurasteniatapauksien taustalla on pidetty psyyken rakenteellista poikkeavuutta. Rappeutuminen eli degeneraatio on erilaisien fyysisten ja psyykkisten puutteiden muotoja, jotka voivat periytyä. (Kaila 1943, 61, 82, 90; Neuman-Rahn 1924/2003, 156–157).

Oppikirjoista nousee myös esille ihmisen älykkyys suhteessa mielisairauksien puhkeamiseen, oireisiin ja selviytymiseen. Ihmisten, joiden arvostelukyky ja tietoinen tahdonelämä ovat heikosti kehittyneet, katsotaan olevan vaikutusherkempiä kuin muiden. Sivistymättömät ihmiset taas ovat herkkiä ulkoisille vaikutuksille: ”– – kuta alhaisemmalla tasolla äly on, sen epävarmempi on arvostelu ja sen vaikeammin yksilö kykenee selviytymään elämässä eteenpäin (Neuman-Rahn 1924/2003, 84).” Potilaan älyn mittaaminen osana diagnosointia on olen-

naista ja älykokeiden tekemisestä Kaila toteaa, että ” – – jonkun ihmisen älyn arviointi yksinomaan sen perusteella, miten hän selviytyy älykokeista, ei aina anna oikeata kuvaa vajavuuden syvyydestä.” (Kaila 1943, 64–65; Neuman-Rahn 1943/2003, 92.)

Neuman-Rahnin mukaan hysteria on enemmän persoonallisuuden tapa reagoida kuin itsenäinen mielisairaus, ja tässä yhteydessä hän viittaa ensimmäisen maailmansodan sotahysteriatapauksiin. Neuman-Rahn toteaa: ”Taudin voi myöskin aiheuttaa sielullinen järkytys tai onnettomuustapaus, joskus alkohoolin väärinkäyttö, mutta se kehittyy aina vähitellen yleisedellytysten pohjalla.” (Neuman-Rahn 1924/2003, 164.) Tietty psykopaattinen luonne on nimetty hysteeriseksi, mutta myös neuroosien yhteydessä katsotaan voitavan puhua hysteerisistä oireista. Kaila kirjoittaa: ”On myös syytä huomauttaa siitä, että monella hienosti tuntevalla ihmisellä saattaa ilmetä hysteerisiä oireita, vaikk’ei tämä henkilö koeta ”hyötyä” sairautellaan eikä halua herättää huomiota (Kaila 1943, 93.)” (Neuman-Rahn 1924/2003, 156–157, 160–242.)

Ihmistä luonnehditaan synnynnäiseksi yhteiskuntaolioksi, ja jokaisella terveellä ihmisellä on synnynnäinen ymmärrys yhteiskunnan häneen kohdistamista vaatimuksista ja halu tehdä oma osansa yhteiskunnan hyväksi. Tämän ymmärryksen ja halun taustalla olisi lapsen kasvamisen myötä kehittynyt yhteiskuntavietti. Sopeutumattomuusreaktioiden taustalla kuvataan tyypillisesti olevan vajaamielisten ja psykopaattien huono alistuminen ja sopeutuminen vaikeisiin olosuhteisiin. Sodassa tyypillinen shokkireaktio ajatellaan liittyvän voimakkaaseen situatiiviseen reaktioon ja tällä katsotaan olevan myös voimakas suggestiivinen taipumus muihin ihmisiin. (Kaila 1943, 45, 82–83, 85.)

Mielisairaanhoidtoa kuvataan yksimieliseksi ja määrätietoiseksi yhteistyöksi, jota tehdään sairastuneen hoitamiseksi. Jokaisella mielisairaanhoidtoalalla työskentelevällä täytyy olla mielenkiintoa kaikkeen potilaiden hoitoon liittyvään. On pidettävä huolta omasta jaksamisesta, ja väsyneenä tulisi jäädä pois töistä. Omat edut ja harrastukset eivät kuitenkaan saa olla tärkeintä sairaanhoitajan elä-

mässä. Sairaanhoitajan työssä ei riitä velvollisuuksien täyttäminen, vaan on tehtävä vapaaehtoisia palveluksia ja pieniä uhrauksia potilaiden hyväksi. (Kinnunen 1943, 68–69.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä läpikäytyjen 1930-luvun mielisairaanhoidon oppikirjojen maailma vertautuu nykyaikaan monin paikoin rajusti erilaisena. Näiden kirjojen maailmassa on kuitenkin löydettävissä myös yhtymäkohtia nykypäivän mielisairaanhoitoon ja ennen kaikkea oppikirjat tarjoavat lukijalleen hedelmällisiä oivalluksia. Nykyään puhutaan positiivisesti mielenterveydestä, joka koostuu yksilöllisistä tekijöistä ja kokemuksista, sosiaalisesta tuesta ja vuorovaikutuksesta, yhteiskunnallisista rakenteista ja resursseista sekä kulttuurisista arvoista. (Kuhanen 2017, 18.) Oppikirjoista kuvastuvassa maailmassa voidaan nähdä siemenai-
neistoa positiivisen mielenterveyden käsitteelle, mutta kontrasti on suurelta osin iso.

On otettava huomioon, että jatkosodan aika oli poikkeusaika monessa suhteessa. Tutkimustulokset ovat viitteellisiä, sillä sotatila, hoitoon ohjaamisen vaikeus ja resurssipula niin hoitohenkilökunnan kuin vuodepaikkojenkin suhteen, vaikeuttavat opinnäytetyön tuloksien soluttamista historialliseen todellisuuteen. Aineistoa läpikäydessä haettiin sairaanhoitajien lähtökohtia mielisairaanhoitotyölle psyykkisesti oireilevien sotilaiden hoitotyössä. Näiksi lähtökohdiksi analysiprosessin edetessä pelkistyivät koulutuksen merkitys, sairaanhoitajan persoona, hoitomenetelmät ja hoitamisen arvopohja. Oppikirjojen perusteella voidaan ajatella, että sairaanhoitajilla oli valmiuksia psyykkisesti oireilevien sotilaiden hoitotyöhön. Aineistolähtöisesti voidaan ilmaista, että 1930-luvun sairaanhoitaja tunsi oman tietotaitonsa merkityksen psyykkisesti oireilevia hoitaessaan, koki vastuuta omasta toiminnastaan ja tunsi mielisairauksien hoitomuotoja.

Oppikirjat olivat yksi osa sairaanhoitajaksi kasvamista ja kouluttautumista. Kyseessä on ollut monitahoinen oppimisprosessi kohden sairaanhoitajuutta. Voidaan kuitenkin olettaa, että oppikirjojen esittelemä mielisairaanhoidon aatemaailma näkyi yhteiskunnassa myös muulla tavoin, kuten ammattiyhdistyslehdissä, työkulttuurissa ja päätöksenteossa. Oppikirjojen kirjoittajista Karin Neuman-Rahn toimi Helsingin sairaanhoitajatarkoulun johtajana ja mielisairaanhoidon opettajana, Lyyli Kinnunen oli Kellokosken mielisairaalan ensimmäinen opetushoitaja ja Martti Kailasta tuli myöhemmin Lapinlahden mielisairaalan ylilääkäri.

Sairaanhoitajien koulutuksessa mielisairaanhoidon oppisisällöllä oli jatkosodan aikakauteen mennessä ollut vielä varsin lyhyt historia, mutta sairaanhoitajakoulutuksen painoarvo oli merkittävä jo Suomen Punaisen Ristin aloittaessa sairaanhoitajien koulutuksen Suomessa (Virtanen 2005, 36–39). Mielisairaanhoito etsi vielä asemaansa sairaanhoidon yhtenä erikoisalana. Mielisairaanhoidon ensimmäinen oppikirja oli julkaistu vuonna 1924 ja lisää sairaanhoitajille tarkoitettuja oppikirjoja julkaistiin 1930-luvulla. Ottaen huomioon koulutuksen ja kirjojen lyhyen historian, voidaan ajatella, että mielisairaanhoidon opit eivät olisi sodan aikaan vielä kovin laajalle levinneet. Voitaneen kuitenkin olettaa, että oppikirjojen esittelemät mielisairaanhoidon perusteet näkyivät yhteiskunnassa myös muulla tavoin, kuten edellä on mainittu. On myös huomioitava, että jatkosodan aikana suomalainen mielisairaanhoito oli aivan tyystin erilaisessa tilanteessa kuin nykyisin, sillä jatkosodan jälkeen Suomessa oli alle sata hermo- ja mielisairauksiin erikoistunutta lääkäriä ja nykyisin psykiatreja on noin 1400 (Kivimäki 2016a, 179). Jatkosodan aikana mielisairaanhoidossa työskennelleet sairaanhoitajat olivat niin ikään monen ikäisiä ja sairaanhoitajien ohella mielisairaanhoidossa työskentelivät SPR:n apuhoitajat ja Lotta Svärd-järjestön lotat. Sinänsä sairaanhoitajien koulutuksella on ollut suuri merkitys, sillä sairaanhoitajien vastuulla oli muun hoitohenkilökunnan koulutus. Jatkosodan loppuvaiheessa 1944 sairaanhoitajia oli komennuksella 4692 henkeä ja Lotta Svärd -järjestön lottia noin 4000 henkeä (Tirronen & Lampikoski 1994, 330.) Sairaanhoitajan tehtävä kuvautuu niin lähteissä kuin tutkimuskirjallisuudessaakin lääkäriä avustavana ja lääkärin alaisuudessa toimimisena. Tässä suhteessa voisi olettaa, että paino psyykkisesti oireilevien hoitotyössä oli enemmän sairaanhoitajan persoonalla ja hoitotyön arvopohjalla kuin koulutuksen tuomalla erityistietämyksellä.

Mielisairaanhoidon oppikirjoissa sairaanhoitajan persoonallisuutta ja luonteenpiirteitä korostettiin monessakin suhteessa. Sairaanhoitajan luonne näyttäytyi hoitamisen välineenä, jossa nousee esille palveleminen. Myös Karin Neuman-Rahnista väitöskirjan tehnyt Dahly Matilainen on luonnehtinut Neuman-Rahnin painottaneen kutsumusta sairaanhoitajan työlle tärkeänä elementtinä (Matilainen 2003, 12.) Niin oppikirjoissa kuin tutkimuskirjallisuudessa korostui tahdikkuus ja hillitty käytös mielisairaiden hoidossa. Molemmissa nousivat tärkeiksi rohkaiseva ilmapiiri, hyvä henki ja rohkaiseva puhuttelu. Sota-aikaan hoitajina toimineet ovat nostaneet kyselytutkimuksissa esille tehdyn hoitotyön äidillisen luonteen (Kivimäki 2016b, 138) ja jo sairaanhoitajakoulutuksen alkuaikoina hoitotyötä pidettiin naisille luontaisena toimintana (Sorvettula 1998, 19–25). Nykypäivään verrattuna ihanteellisen sairaanhoitajan kuvassa korostui kuitenkin enemmän järjestyksen ja kurin merkitys toisenlaisessa valossa kuin nykyään. Pohjalla lienevät arvomaailman toisenlaiset painotukset, jotka johtunevat niin historiallisesta ajankohdasta kuin sotatilan erikoisolosuhteista. Mielisairaanhoidon oppikirjoissa kuvatut ihanteellisen sairaanhoitajan piirteet rinnastuvat tuon aikakauden yleisiin sairaanhoitajaihanteisiin, sillä esimerkiksi nopeus, tunnollisuus, käytös ja esiintyminen olivat arvioitavia asioita sairaanhoitajan todistuksessa (Sorvettula 1998, 247). Verrattaessa oppikirjojen esittelemää mielisairaanhoidoa nykypäivän positiivisen mielenterveyden käsitteeseen nousee esille sairaanhoitajien merkitys sosiaalisen tuen antajina ja merkityksellisinä vuorovaikuttajina. Edelleen mielisairaanhoidossa puhutellaan psyykkisesti oireilevia rohkaisevalla tavalla, mutta paino lienee entistä enemmän läsnäolossa ja potilaan omien voimavarojen vahvistamisessa.

Oppikirjojen esittelemissä mielisairaanhoidon hoitomenetelmissä näkyy mielenkiintoisella tavalla meneillään ollut hoitamisen murros. Jo Neuman-Rahn toi esille oppikirjassaan pakkohoitomenetelmien väistymisen, mutta tuolloin monen sairauden hoitomuotona olivat edelleen kokokieteet ja eristäminen. Kailan ja Kinnusen oppikirjoissa näiden hoitomuotojen merkitys oli väistynyt entisestään ja tilalle olivat saapuneet uudet erikoishoitomuodot ja lääkkeiden nouseva merkitys mielisairauksien hoidossa. Tutkimuskirjallisuuden mukaan Suomessa an-

nettiin ensimmäinen sähköshokkihoito 1941 Kellokosken mielisairaalassa ja sodan loppuun mennessä laitteita oli hankittu useita lisää. Kivimäen tutkimuksien mukaan jatkosodan aikana hoidettiin noin 3000–4000 sotilasta sähköshokki- tai kardiatsoli-hoidolla. (Kivimäki 2013, 342–343, 347.) Jatkosodan aikana psyykkisesti oireilevien sotilaiden diagnosoinnissa korostui älyn mittaaminen ja hoitomuotoina lepo, rauhoittavat lääkkeet, virkistysmahdollisuudet ja shokkihoidot. Psykiatriseen hoitoon ajautui kuitenkin sota-aikana vain vakavasti oireilevat sotilaat, sillä myös sotilaat tiesivät armeijan käsittelevän psyykkisiä häiriöitä enemmän kurinpidon kannalta kuin lääketieteellisenä ongelmana. Kivimäen toteaa tutkimuksessaan, että kesällä 1994 rintamakarkuruuden vuoksi teloitetuista 46 sotilaasta jokainen vetosi hermojensa kestättömyyteen. (Kivimäki 2016a, 172.) Lepo ei korostu oppikirjoissa hoitomuotona, mutta muutoin opinnäytetyön tulokset ovat linjassa tutkimuskirjallisuuden kanssa. Levon merkitys voidaan kuitenkin ymmärtää jatkosodan kontekstin kautta (Kivimäki 2013, 322–332). Sanomattakin lienee selvää, että mielenterveyshäiriöiden hoitotyössä on tapahtunut valtava harppaus nykypäivään. Tämä mielenterveyttä korjaava taso käsitetään nykyään yhdeksi mielenterveystyön osa-alueeksi. Muut mielenterveystyön osa-alueet ovat mielenterveyttä edistävä ja mielenterveyden häiriöitä ennalta ehkäisevä työ. (Kuhanen 2017, 18.)

Työhoito hoitomuotona korostuu vahvasti myös oppikirjoissa. Joutenolon ei nähty olevan hyväksi mielisairaalle, ja tekemisen sekä puuhastelun merkitys oli huomattava. Työn merkitys oli kuitenkin osa myös aikakauden arvomaailmaa ja nähtiin osana ihmisen luonnollista yhteiskuntaviettiä. Harva jatkosodan aikana mielisairasdiagnoosin saaneista sotilaista päätyi takaisin rintamalle, vaan heidät ohjattiin sodan loppuvaiheessa toipilas- ja työyksiköihin (Kivimäki 2013, 88–90). Työn merkitys ja ihmisen yhteiskuntavietin korostaminen olivat tuolloin osa Suomen kulttuurisia arvoja. Suomen puolustaminen vihollisen hyökkäyksiltä oli suomalaisen kansalaisvelvollisuus ja säröt tässä ideaalissa käsitettiin petturuutena. Psykiatrian virtaukset näkyivät myös sairaanhoidon oppikirjoissa. Tekstistä oli luettavissa viitteitä rodunjalostusoppiin ja älyn merkitykseen mielisairausalttiudelle. Ajan lainsäädäntö oli tuki tuota arvomaailmaa, jonka tavoitteena oli terveen suvun jatkuminen ja tätä turvaamaan oli säädetty sterilointilaki vuonna 1935 (Kivimäki 2013, 165). Ympäristön merkitys mielisairauksien puhkeamiselle

tunnustettiin, mutta kaikkien mielisairauksien pohjana pidettiin poikkeavaa sie-
 lullista rakennetta. Älyn mittaaminen mielisairauksia diagnosoitaessa oli laa-
 jassa käytössä sodan aikana, aikakauden hengen mukaisesti. Psykkisesti oi-
 reilevien sotilaiden diagnosointi oli hankalaa, sillä Suomessa ei tällaista tilan-
 netta ollut aiemmin ollut (Kivimäki 2013, 259–261.). Varsinaisia viittauksia so-
 taan liitettyihin psyykkisiin häiriötiloihin oli oppikirjoissa vähän. Näissä mainin-
 noissa korostui termi hysteria ja reaktioiden voimakas suggestiivisuus. Oppikir-
 joissa diagnosointia painotetaan vahvasti, mutta todellisuudessa psyykkisesti oi-
 reilevien diagnosointi on jatkosodan aikana ollut vaikeaa ja vaihtelevaa (Kivi-
 mäki 2013, 65–70). Oppikirjat heijastavat psykiatrian tuon hetkistä kehitystä,
 jonka pohjavirtaukset olivat tyystin toisenlaiset kuin nykyään. Nykypäivänä tun-
 nustetaan perinnöllinen alttius mielenterveyden häiriöille, mutta tämä on vain
 yksi osa mielenterveyden rakenteessa. Käsitys mielenterveyteen vaikuttavista
 asioista on huomattavasti laajempi. Mielenterveys on laaja kokonaisuus, jossa
 on negatiiviset ja positiiviset vaikutusmahdollisuutensa niin ympäristötekijöillä
 kuin sosiaalisella tuella. Nykyään on tunnustettu tosiasia, että sotatila voi ai-
 heuttaa ihmiselle traumaattisen kriisitilan, josta on mahdollista toipua ja kriisin
 kohtaaminen ei tarkoita mielenterveyshäiriöön sairastumista. (Kuhanen 2017,
 18; Kanerva & Kuhanen 2017, 232.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Historian tutkimuksena tehtävän opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin on so-
 vellettavissa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä. Näitä kritee-
 rejä ovat niin siirrettävyys kuin uskottavuuskin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tut-
 kimusprosessin tarkkaa kuvausta niin, että tutkimusprosessin kulkua pystyy ul-
 kopuolinen seuraamaan aukottomasti. Uskottavuudella puolestaan viitataan sii-
 hen, että tutkimustulokset on tuotu esille selvästi ja tuloksia on taustoitettu ana-
 lyysin kuvauksella ja analysoitu myös tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Ar-
 vioitaessa opinnäytetyön luotettavuutta on hyvä kiinnittää arvioiva katse työn
 kuvauksen elävyyteen, pohdittava valitun metodin sopivuutta kyseisen tutkimus-
 kysymyksen selvittämiseen, tarkasteltava analyttistä täsmällisyyttä sekä kyet-
 tävä seuraamaan teorian loogisuutta. (Nieminen 2009, 215–220.)

Dokumenttianalyysin käyttäminen historian tutkimuksen menetelmänä soveltui opinnäytetyön tavoitteen saavuttamiseen. Menetelmä mahdollisti suorat lainaukset, jotka tukivat analyysia. Analyysin vahvuutena oli johdonmukainen pyrkimys vastata tutkimuskysymyksiin. Heikkoudeksi voidaan määritellä varsinaisen analyysiprosessin kuvaus, sillä tässä suhteessa olisi analyysin seuraamiselle ollut etua aineiston avaamisesta taulukkomuotoon. Opinnäytetyön uskottavuus täyttyi hyvin, sillä tulokset avattiin tarkasti analyysin pohjalta. Opinnäytetyöprosessissa noudatettiin analyyttistä täsmällisyyttä, mutta historiallisten termien käyttäminen voi hankaloittaa tulosten tulkintaa.

Opinnäytetyössä esitetty tutkimusasetelma oli tarkoituksenmukainen, mutta myös rajoitteellinen. Oppikirjojen käyttäminen lähdemateriaalina oli hedelmällistä ja tarkoituksenmukaista sairaanhoitajaopintojen opinnäytetyölle, mutta tutkimusasetelma on kapea. Opinnäytetyön tuloksen kannalta analysoitavan otoksen olisi tullut olla laajempi. Persoonan ja ihanteiden merkitystä olisi opinnäytetyössä voinut haarukoida sairaanhoitajien oppikirjojen laajemmalla läpikäynnillä. Todenmukaisemman kuvan mielisairaanhoidon oppien leviämisestä olisi saanut ottamalla opinnäytetyöhön mukaan ammattiyhdistyslehtien eli Sairaanhoitajaja Epione-lehtien sisältöjen läpikäynnit. Myös sairaanhoitajien koulutuksessa käytettyjen oppikirjojen laajemmalla läpikäynnillä kokonaiskuva hoitamisesta olisi laajentunut ja kuva mahdollisesti lähentynyt historiallista todellisuutta.

Työn etiikka sitoutuu koko tieteenalan luotettavuuteen ja perusteltavaan todellisuuteen. Opinnäytetyö tehtiin eettisiä periaatteita noudattaen, ja tässä nousee esiin kirjoittajan suuri kiinnostus aihetta kohtaan. Työprosessissa noudatettiin opetus- ja kulttuuriministeriön tutkimuseettisen neuvottelukunnan valvomia hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Työprosessia vietiin eteenpäin tunnollisesti ja lähdeviitteet merkittiin tarkasti. Lainauksien runsas käyttäminen tuki myös työn etiikkaa, sillä näin voitiin valottaa opinnäytetyön tuloksien pohjaa.

Käsillä olevan laadullisen hoitotyön historian opinnäytetyön arviointi tutkimusetiikasta annetun Helsingin julistuksen hengen mukaisesti ei nostanut esille tutkimuseettisiä ongelmia (Vehviläinen-Julkunen 1998, 27.) Tämä johtunee työn luonteesta historian tutkimuksena sekä tutkimuksen asetelmasta, jolloin työssä ei käytetty hyväksi potilasaineistoja. Työssä sovellettiin vaatimuksia tutkimuksen kokonaisvaltaisesta eettisyydestä, jotka ovat osa American Nurses Association -yhdistyksen julkaisemia hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä ohjeita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–177.)

8.3 Ammatillinen kasvu

Tutkimustyöllä saavutettava lopputulos on vain pinnan raaputtamista sairaanhoitajuuden kehittymisen historiasta. Opinnäytetyön antia lienee ammatillisuuden kontekstisidonnaisuuden osoittaminen kullekin aikakaudelle ominaisessa hengessä. Opinnäytetyö on lisä mielen terveystyön parissa tehtyyn tutkimuskokonaisuuteen ja on osaltaan muodostamassa yhtä suurta historiallisen jatkumon kokonaisuutta. Oman historiamme tuntemus kasvattaa myös meidän omaa ammatti-identiteettiämme.

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2020. Minulle oli alusta alkaen selvää, että toteutan opinnäytetyön hoitotyön historiatutkimuksena. Tutkimusaiheen löydyttyä pohdin näkökulmaa, jolla saisin vastauksia tutkimuskysymykseeni. Aiheesta on tehty varsin vähän tutkimusta ja tästä syystä esimerkiksi aiheen lähestyminen kirjallisuuskatsauksen keinoin olisi ollut perusteetonta. Ohjauksen ja oman pohdintani seurauksena päädyin etsimään vastauksia 1930-luvulla käytetyistä mielensairaanhoidon oppikirjoista. Opinnäytetyön lähdemateriaalin perusteella päädyin käyttämään analyysimenetelmänä dokumenttianalyysia. Oppikirjojen lukeminen oli hyvin antoisaa, mutta samalla aikaa vievää. Kannustava ohjaus auttoi päämäärään keskittymisessä ja opinnäytetyöprosessin edistämisessä.

Suurimmat oivallukseni opinnäyteprosessissa liittyvät oppikirjojen esittelemän maailman työkeskeisyyteen ja jonkinasteiseen ymmärrykseen suhteessa mieli-

sairauksien synnyttämästä häpeästä. Tältä pohjalta, jossa joutenolo on tuomitavaa ja jokaisella terveellä ihmisellä katsottiin olevan yhteiskuntavietin mukainen halu työn tekemiseen, on minun helppo ymmärtää muistisairaani äitini pohjatonta surua siitä, että hän ei pysty enää tekemään työtä. Minun on myös helppompaa ymmärtää ihmetystäni siitä, miksi mielisairauksiin on liittynyt niin paljon häpeää. Kun mielisairauksien puhkeamisen pohjan ajateltiin olevan täysin väistämättömästi poikkeavassa sielunrakenteessa, niin tässä valossa ympäristön merkitys haalistui olemattomaksi. Nykyaikana mielenterveys käsitetään positiivisena voimavarana, ja tätä haluan tuoda sairaanhoitajana esille.

8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Historioitsija Ville Kivimäki toteaa teoksessaan *Murtuneet mielet*, että suurin osa päivittäisestä hoitovastuusta jäi sairaanhoitajien ja lääkintälottien vastuulle. Hän jatkaa toteamustaan, että tästä olennaisesta työstä on vain vähän kuvauksia. Opinnäytetyön pohjalta tutkimusta voisi siis jatkaa tutkimalla potilasarkistoja ja kaivautumalla syvemmälle kokemushistoriaan. (Kivimäki 2013, 330.)

Historiallinen aihepiiri, josta työtä tehtiin, oli varsin marginaalinen ja tutkimuksesta voi esittää kysymyksen tutkimusaiheen hyödyllisyydestä ja sovellettavuudesta hoitotyössä. Opinnäytetyö lisää mielenterveystyöstä kiinnostuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden ja alan parissa työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista itseymmärrystä. Sotatraumojen ylisukupolvisuudesta käydään keskustelua ja käsite on edelleen ajankohtainen myös Suomenkin menneiden sotien osalta. Tämän työn hyödyllisyys on luettavissa rivien välistä ja oletettavasti sieltä on luettavissa kertomus hoitotyön ja ammatillisuuden kehityksen kontekstisidonnaisuudesta ja mielenterveyden käsityksen muutoksesta.

Lähteet

- Achté, Kalle 2016. Kaila, Martti (1900–1978) Biografiakeskus.
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:sks-kbg-006847> 25.1.2021.
- Elfvengren, E. 2006. Lapin sota ja sen tuhot. Teoksessa Leskinen, J. & Juutilainen, A. (toim.). *Jatkosodan pikkujättiläinen*. Helsinki: WSOY, 1124–1149.
- Elomaa-Krapu, M. 2015. Hoitamisen halusta ja velvollisuuden tunnosta. Lääkintälöytöjen kokemukset koulutuksesta ja hoitotyöstä Suomen sodissa vuosina 1939–1945. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9758-2>. 1.11.2020.
- Elomaa, E. & Taipale, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Tuusula: Kellokosken sairaala.
- Hentilä, S. 2004. Teoksessa Jussila, O., Hentilä, S., Nevakivi, J. Suomen poliittinen historia. Helsinki: WSOY.
- Hirvonen, H. 2014. Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. University of Eastern Finland. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.
- Häikiö, M. 2006. Jatkosodan ulkopoliittika: irtautuminen Saksasta 1944. Teoksessa Leskinen, J. & Juutilainen, A. (toim.). *Jatkosodan pikkujättiläinen*. Helsinki: WSOY, 807–822.
- Jaakkonen, A. 2017. Mielisairaanhoitajien koulutus Suomessa vuosina 1906–1969. Oulun yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201706082643>. 17.10.2020.
- Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, A. (toim.). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus. Ellibs. 11.3.2020.
- Juutilainen, A. & Koskimaa, M. 2006. Maavoimien joukkojen perustaminen. Teoksessa Leskinen, J. & Juutilainen, A. (toim.). *Jatkosodan pikkujättiläinen*. Helsinki: WSOY, 77–88.
- Kaila, M. 1943. Mielitaudit. Teoksessa *Sairaanhoitajattarin oppikirja IX*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2017. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, K, Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 224–298.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Kinnunen, L. 1943. Mielisairaanhoito. Teoksessa *Sairaanhoitajattarien oppikirja IX*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kivimäki, V. 2013. Murtuneet mielet: taistelu suomalaissotilaiden hermoista 1939–1945. Helsinki: WSOY.
- Kivimäki, V. 2016a. Muisti. Teoksessa Männistö, A. & Kivimäki, V. *Sodan särkemä arki*. Helsinki: WSOY. 147–185.
- Kivimäki, V. 2016b. Väkivalta. Teoksessa Männistö, A. & Kivimäki, V. *Sodan särkemä arki*. Helsinki: WSOY, 107–143.
- Korhonen, A. 1958. Viisi sodan vuotta. Porvoo: WSOY.

- Kuhanen, C. 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18–38.
- Kurenmaa, P. & Lentilä, R. Sodan tappiot. Teoksessa Leskinen, J. & Juutilainen, A. (toim.). Jatkosodan pikkujättiläinen. Helsinki: WSOY, 1150–1162.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23(2).
- Leskinen, J. 2006. Pitkä jatkosota 25.6.1941–27.4.1945. Teoksessa Leskinen, J. & Juutilainen, A. (toim.). Jatkosodan pikkujättiläinen. Helsinki: WSOY, 11–13.
- Matilainen, D. 2003. Esipuhe. Teoksessa Neuman-Rahn, K. Sielullisesti sairastunut ihminen ja hänen hoitonsa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 3–15.
- Neuman-Rahn, K. 1924/2003. Sielullisesti sairastunut ihminen ja hänen hoitonsa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–220.
- Pesonen, N. 1980. Terveystien puolesta sairautta vastaan. Porvoo: WSOY.
- Ponteva, M. & Somer, P. Suomen sotien 1939–1945 lääkintähuolto kuvina. Hämeenlinna: Sotilaslääkinnän Tuki Oy.
- Puusa, A. 2020. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, A. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus. Ellibs. 11.3.2020.
- Reinikainen, P. 2010. 43. Sotasairaalassa hoidetut puolustusvoimien psykiatriset potilaat ylimääräisten harjoitusten ja talvisodan aikana. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20100023>. 17.10.2020.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html 1.11.2020.
- Saarivirta, T., Consoli, D. & Dhondt, P. 2010. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. *Kasvatus & Aika* 3(4). 25–41.
- Sarkio, M. 2007. Sairaanhoidajaksi kasvattaminen. Sairaanhoidajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Kasvatustieteen tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-3638-5>. 11.1.2020.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisu* 62. Vaasa: Vaasan Yliopisto.
- Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Jyväskylä: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Tallberg, M. 1998. Historiantutkimusmenetelmä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 187–204.
- Tirronen, E. & Lampikoski, E. 1994. Huoltolajit. Teoksessa Raunio, A., Elfvengren, W., Juutilainen, A., Kesseli, P., Leskinen, J. & Saloranta, P. (toim.) Jatkosodan historia 6. Porvoo: WSOY, 329–336.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. 9.3.2021.
- Turunen, I., Hagan, L., Tudeer, A. & Kaimio, Y. 1994. Suomen Punaisen Ristin sairaanhoitajatarttoimisto. Teoksessa Raunio, A., Elfvengren, W., Juutilainen, A., Kesseli, P., Leskinen, J. & Saloranta, P. (toim.) Jatkosodan historia 6. Porvoo: WSOY, 479–481.
- Vauhkonen, O. 1993. Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle. Teoksessa Terveystienhistoria. Jyväskylä: Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 187–289.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 14–25.
- Virtanen, R. 2005. Sairaanhoitajat Suomen sota-ajan lääkintähuollon tehtävissä 1900-luvulla. Kuopion Yliopisto. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

