

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN HOIDON
KEHITTYMINEN JA SAIRAANHOITAJAN ROOLIN
MUUTOS HOIDON TOTEUTUKSESSA 1900-LUVULLA

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Pekka Myllylahti

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

KEMI 2011

*Ken elämän pyörteissä keinuu,
välillä taivaan ja maan,
hän totuuden tietää,
synkkyydestä syvimmästä,
ilosta järjettömästä.*

*Ken vuorten yli liittää,
hän laakson pohjat rypee,
Tuli tumma yö, tähtitaivas,
jälleen keinu heilauttaa.*

*Taas kaivon pohja näkyy,
niin lähellä, niin tuttuna,
Tuo pohjaton syvä vesi,
Vie jälleen mennessään.*

(Pekka Myllylahti, 2009)

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja Terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

Pekka Myllylahti

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN HOIDON KEHITTYMINEN JA SAIRAANHOITAJAN ROOLIN MUUTOS HOIDON TOTEUTUKSESSA 1900-LUVULLA

Opinnäytetyö, 44 sivua ja 1 liite

Ohjaajat: Elli Peteri ja Anne Puro

15.11.2011

Asiasanat: Kaksisuuntainen mielialahäiriö, kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito, psykiatrinen hoitotyö, sairaanhoitajan työnkuva

Viime vuosisadan alkupuolella mielisairaalat olivat lähinnä säilytyspaikkoja psykiatrisille potilaille. Toimivia hoitokeinoja ei ollut. Psykiatria kuitenkin kehittyi vuosisadan kuluessa huomasti. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla, millaista kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito oli 1900-luvulla. Samalla kuvailen myös, millainen rooli sairaanhoitajalla oli hoidossa.

Tutkimustehtävänä selvitän, kuinka kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito ja sairaanhoitajan rooli hoidon toteuttajana muuttui viime vuosisadan aikana. Tutkimusmenetelmänä käytän systemaattista kirjallisuuskatsausta ja kvalitatiivista metodologiaa. Opinnäytetyöni tavoitteena on, että tutkimuksestani saa tietoa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisestä viime vuosisadalla. Asetan tavoitteeksi myös sen, että lukija pysähtyisi pohtimaan nykyisiä hoitokäytäntöjä ja arvioimaan kriittisesti, olisiko niissä parannettavaa esimerkiksi eettisesti.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito kehittyi todella paljon viime vuosisadan aikana. Ensimmäisenä edistysaskeleena tulivat 1930-luvulla fysikaaliset hoitomuodot. 1950-luvulla tulivat käyttöön uudet lääkkeet, antipsykootit ja trisykliset masennuslääkkeet. 1960-luvulla kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa alettiin käyttää litiumia, joka on edelleenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön peruslääke. Viimeisen 50 vuoden aikana ei kuitenkaan ole enää tapahtunut ratkaisevaa edistystä hoidossa. Haittavaikutuksiltaan vähäisempiä lääkkeitä on tullut markkinoille, mutta niiden teho ei ole juurikaan entisiä parempi.

Sairaanhoitajan rooli muuttui huomattavasti viime vuosisadan aikana. 1900-luvun alussa sairaanhoitaja oli lähinnä valvonta- ja vartiointitehtävissä mielisairaaloissa. 1930-luvulla käyttöönotettujen fysikaalisten hoitomuotojen myötä työnkuva muuttui selkeästi teknisempään suuntaan. Myöhemmin 1950-luvulla alkanut biologisen psykiatrian kehitys muutti työnkuvaa edelleen ja terapeutin rooli korostui merkittävästi.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

Pekka Myllylahti

EMPROVEMENT OF BIPOLAR DISORDER'S TREATMENT IN TWENTIETH CENTURY AND HOW IT INFLUENCE ON NURSE'S JOB DESCRIPTION

Bachelor's Thesis, 44 pages, 1 appendix

Advisors: Elli Peteri and Anne Puro

15.11.2011

Keywords: Bipolar disorder, treatment of bipolar disorder, psychiatric nursing, nurse's job description

The early years in twentieth century the mental hospitals were mainly places of custody for psychiatric patients. There were no working treatments. Psychiatry, however, evolved dramatically during the century. Aim of this thesis is to describe the treatment of bipolar disorder in the 20th century. At the same time I also describe nurses role of treatment in bipolar disorder.

My research aim is to find out how the treatment of bipolar disorder and nurses role in treatment develop during the last century. The research method that I use is a systematic literature and qualities method. My research goal is that this thesis provides transmit how the treatment of bipolar disorder developed in last century. Moreover I set the goal that reader stop to think current methods of treatment and estimate is there something to improve for example ethically.

Treatment of bipolar disorder developed very much in during of last century. Like the first progress came physical method of treatment in 1930. In 1950 were came to use new medicine, antipsychotic and tricycles antidepressants. In treatment of bipolar disorder was begun to use lithium in 1960 and it is basic medicine of bipolar further. At last during 50 years wasn't happen more decisive progress in treatment however. The medicines with smaller injurious have come to the market but the effect of these is not quite better than older.

The role of nurse changed noticeable during of last century. Beginning in 1900 nurse has nearest control and watch tasks in the mental hospitals. Because the using physical treatment in 1930 job description changed clearly in technical way. Later the development of biological psychiatric which has begun in 1950 changed work picture moreover and the role of therapy emphasized remarkable.

1 JOHDANTO	7
2.1 Mania.....	9
2.2 Hypomania	10
2.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso	10
2.4 Sekamuotoinen jakso.....	12
2.5 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulku ja ennuste	12
2.6 Epidemiologia ja etiologia.....	14
3 KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN HOITO NYKYPÄIVÄNÄ	14
3.1 Manian hoito.....	15
3.2 Hypomanian hoito	15
3.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoito	15
3.4 Ylläpitohoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä	16
3.5 Psykososiaaliset hoitomuodot	16
3.6 Hoitomyöntyvyys kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.....	17
4 SAIRAANHOITAJANROOLI MANIAN JA MASENNUKSEN HOIDOSSA.....	18
4.1 Kommunikointi hoidon perustana	18
4.2 Sairaanhoidajan osuus lääkehoidossa.....	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
6 TUTKIMUSMETODIT	20
6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	21
6.2 Historiallinen analyysi menetelmänä	23
7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	24
7.1 Aineistonhakustrategia ja valintakriteerit.....	24
7.2 Aineiston analysointi	25
8 TUTKIMUSTULOKSET	25
8.1 Oireiden hallintaa, 1900–1934	26
8.1.1 Varhaiset lääkkeet.....	26
8.1.2 Kestonarkoosi	27
8.1.3 Amme- ja kiedehoito	28
8.2 Fysikaaliset hoitomuodot, 1934–1952.....	30
8.2.1 Kouristuskohtaushoidot	30
8.2.2 Insuliinikooma	31
8.2.3 Sähkösokki.....	32
8.2.4 Lobotomia.....	33
8.3 Biologinen psykiatria, 1952–2000.....	35
8.4 Sairaanhoidajan roolin muuttuminen 1900-luvulla sairausjaksojen hoidossa	36
8.5 Johtopäätökset	37

8.6 Tutkimuksen luotettavuus	39
9 POHDINTA	40
9.1 Eettisyys	42
9.2 Jatkotutkimusehdotukset	43
LÄHTEET	45
LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajakoulutukseni alkuvaiheessa tarkoitukseni oli suuntautua psykiatriseen hoitotyöhön, joten psykiatrinen aihe opinnäytetyössäni oli luonnollinen valinta. Aiheeksi tarkentui kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisen tutkiminen, koska lähipiirilläni on kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta. Opiskelujen edettyä vaihdoin suuntautumiseni sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, mutta mielestäni aihevalintani tukee edelleen vahvasti omaa ammatillista kasvuani. Somaattisen puolen sairaanhoitajan on tärkeää tuntea myös psykiatrisia sairauksia ja psykiatrian hoitolinjoja. Tämä tulee esille myös Kaappolan ja Luodon tekemässä opinnäytetyössä, jossa käy ilmi, että sairaanhoitajien mielestä mielenterveysongelmat ovat yleisiä sisätautiosastolla hoidettavilla potilailla. (Kaappola & Luoto 2009, 16.)

Koska opiskelen sairaanhoitajaksi, minua luonnollisesti kiinnostaa sairaanhoitajan rooli hoidon toteutuksessa. Näin päätin tutkia työssäni myös sairaanhoitajan työnkuvan kehittymistä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Lähdemateriaalina käytän samaa kirjallisuutta kuin hoidon kehittymisen tutkimisessäkin ja sen lisäksi otan mukaan sairaanhoitajille tarkoitettuja psykiatrian oppikirjoja eri vuosikymmeniltä. Kun tutkin myös sairaanhoitajan roolin muuttumista hoidon toteuttajana, saan opinnäytetyön tekemisestä vielä enemmän hyötyä omaan ammatilliseen kasvuuni. Opinnäytetyöni tavoitteena on, että tutkimuksestani saa tietoa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittämisestä viime vuosisadalla. Asetan tavoitteeksi myös sen, että lukija pysähtyisi pohtimaan nykyisiä hoitokäytäntöjä ja arvioimaan kriittisesti, olisiko niissä parannettavaa esimerkiksi eettisesti.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on psykiatrinen sairaus, jota luonnehtivat toistuvat depressiiviset, maaniset ja hypomaaniset jaksot. Näiden sairausjaksojen välissä henkilö voi olla on täysin terve tai kärsii vain lievistä oireista. Sairaudessa erotetaan toisistaan kaksi eri muotoa, tyyppi I ja tyyppi II. Tyypissä I vauhdikkaat jaksot ilmenevät manioina ja tyypissä II vauhtijakso on maniaa lievempänä muotona hypomaniana. Tarkkaa tietoa sairauden ilmenemisestä Suomessa ei ole, mutta useimmissa maissa tyyppi I:n häiriöön sairastuu 0,6 - 1,2 prosenttia väestöstä. Tyyppi II:n esiintyvyyden arvellaan olevan samansuuruinen. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2006.)

Jälkeenpäin tarkasteltuna voisi todeta 1900-luvun olleen kehityksen vuosisata. Teknologia kehittyi mullistavalla tavalla, ja myös lääketieteessä tapahtui merkittävää edistystä. Yleinen taloudellisten olojen parantuminen ja lääketieteen kehitys näkyivät myös psykiatristen sairauksien, kuten kaksisuuntaisen mielialahäiriön, hoidossa. Vuosisadan alkupuolella mielisairaalat olivat lähinnä säilytyspaikkoja, toimivien hoitokeinojen puuttessa. Vuonna 1917 keksitty malariakuumehoito neurosyfiliksen aiheuttaman psykoosin hoidossa antoi vihdoinkin toivoa psykiatreille heidän etsiessään hoitokeinoja psykooseihin. Seuraavina vuosikymmeninä kehitys olikin joutuisaa tien kulkiessa uusien fysikaalisten hoitojen kautta ns. biologisen psykiatrian aikakauteen 1950-luvun puolivälissä. Kehitys ei kuitenkaan aina ole suoraviivaista eteenpäin menoa, vaan erehdyksiäkin sattuu matkan varrella. Psykiatriassa räikein esimerkki on lobotomian keksiminen ja sen käyttö. (Shorter 1997, 227.)

Sairaanhoitajan rooli kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa muuttui tutkitulla ajanjaksolla radikaalisti. Viime vuosisadan alkupuolella hoitajan tehtävänä oli lähinnä potilaiden vartiointi, kun toimivia hoitokeinoja ei ollut. 1930-luvulla keksityt uudet ns. fysikaaliset hoitomuodot muuttivat hoitajan työnkuvaa selkeästi teknisen suorittamisen suuntaan. Myöhemmin 1950-luvulla tulivat käyttöön ensimmäiset tehokkaat lääkkeet, ja tämä muutti edelleen sairaanhoitajan työnkuvaa terapeuttisemmäksi.

Yhteiskunnallisesti Suomi muuttui paljon 1900-luvulla. Venäjän vallan alaisuudesta ponnistanut pieni agrariyhteiskuntamme koki ensin sisällissodan ja sitten toisen maailmansodan aikana joutui lunastamaan itsenäisyytensä kalliilla hinnalla. Sotien jälkeen Suomi teollistui vinhaa vauhtia pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi. Yleinen kehitys maassamme heijastui mielenterveystyöhön, ja entistä suuremmat resurssit näkyivät muun muassa uusina psykiatrisina sairaaloina ja tuhansina potilaspaikkoina. Monissa länsimaissa jo 1950-luvulla alkanut psykiatrian rakennemuutos saavutti myös Suomen 1980-luvun alkuun mennessä. Alkoi sairaalakeskeisen hoitomallin alasajo, ja suunnitelmana oli resurssien merkittävä kohdentaminen avohoitoon. Näitä rakennemuutosten aiheuttamia vaikutuksia hoitoon en kuitenkaan työssäni käsittele. Samoin jätin tutkimuksen ulkopuolelle eri terapiamuotojen käytön, koska aiheestani tulisi muutoin liian laaja. (Shorter 1997, 328; Hyvönen 2008, 77–80.)

2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvät mielialojen toistuvat vaihtelut. Sairaudessa on depressiivisiä, hypomaanisia, maanisia ja sekamuotoisia jaksoja. Jaksojen välillä potilas on yleensä oireeton. Kuitenkin jaksojen toistuessa tulevat yleensä mukaan jaksojen väliset jäännösoireet. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä erotetaan toisistaan tyyppi I, jossa on maanisia, sekamuotoisia ja depressiivisiä jaksoja, sekä tyyppi II, jossa on depressiivisten jaksojen lisäksi hypomaanisia vaihteita. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä kutsutaan myös bipolaariseksi mielialahäiriöksi, ja aiemmin on ollut käytössä nimitys maanis-depressiivinen psykoosi (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 196, 204.)

2.1 Mania

Mania on mielialahäiriön muoto, jossa potilaan käytös on muuttunut räikeästi normaalia. Potilaan käytöstä leimaavat tällöin loputtoman tuntuinen ja eri päämääriin kohdistuva aktiivisuus. Suuruuskuvitelmat, ajatuksen riento, itsetunnon voimakas kohoaminen, puheliaisuus, keskittymiskyvyttömyys, yletön rahan tuhlailu ja hyperseksuaalisuus ovat tyypillisiä maanisen käytöksessä. Myös unen tarve on maniassa merkittävästi vähentynyt. Manian oireet aiheuttavat merkittävää toimintakyvyn laskua ja sosiaalisia haittoja. Myös runsas alkoholin käyttö liittyy usein maniaan. Tämän klassisen euforisen manian sijasta mania voi ilmentyä myös ärtyneenä käytöksenä, ja tällöin mania on vaikeammin tunnistettava. Mania voi olla myös psykoottista, jolloin henkilöllä on aistiharhoja tai harhaluuloja. Useimmiten mania johtaa sairaalahoitoon. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 199–201; Huttunen, 2004, 104.)

Lönnqvistin ym. Psykiatria-nimisessä kirjassa on kuvaus maniasta ja sen vaikutuksista potilaan elämään. Manian olemuksen selkiyttämiseksi referoin kuvauksen tähän lukuun.

Potilas oli projektitöissä työskentelevä 32-vuotias mies, joka asui avoliitossa. Hän joutui työssään stressaavaan tilanteeseen projektin lähentyessä loppuaan. Hänen unirytmensä sekosi, kun hän joutui valvomaan myöhäiseen yöhön työtehtävien takia. Muutaman vähäunisen yön jälkeen miehen olotila alkoi tuntua epätodelliselle. Hänen väsymyksensä kaikkosi, eikä tarvetta nukkumiselle enää ollut. Mies tunsu ajatuksensa intensiivisiksi ja kirkkaiksi sekä koki olevansa täynnä tarmoa ja loistavia ideoita. Miehen käytös muuttui nopeasti poikkeavaksi. Hän kulki työpaikallaan jatkuvasti

huoneesta toiseen puhuen lakkaamatta läsnäolijoille ja matkapuhelimeen. Hän vaati välitöntä tapaamista toimitusjohtajan kanssa sopiakseen siirtymisestäään johtajan paikalle, koska koki olevansa tehtävään ylivoimaisesti paras vaihtoehto. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 206.)

Mies tilaili lentolippuja, osteli tarpeettomia tavaroita, ajoi autolla päihtyneenä ylinopeutta ja vietti illat ravintoloissa. Hän raivostui työtovereiden yritellessä rauhoitella hänen käytöstään. Mies jäi kolmantena päivänä kiinni rattijuoppoudesta ja ylinopeudesta, ja joutui putkan kautta vastentahtoisesti psykiatriseen sairaalaan. Hänellä todettiin psykoottinen mania ja hänelle aloitettiin lääkitys. Kolmen viikon kuluttua potilaan mieliala oli normaali ja hänet kotiutettiin. Manian jälkiseuraamuksena potilas oli menettänyt ajokorttinsa ja työuransa, ja hänen avovaimonsa oli jättänyt miehen. Lisäksi hänelle oli kertynyt tuhansien eurojen edestä laskuja lentolipuista ja muista tarpeettomista ostoksista. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 206.)

2.2 Hypomania

Hypomania on manian kaltainen, mutta oireistoltaan selkeästi lievempi. Hypomaanisen ihmisen mieliala on kohonnut ja aktiivisuus lisääntynyt siten, että ne selvästi poikkeavat hänen normaalista olotilastaan. Itsetunnon kohoaminen, puheliaisuus, rahojen tuhlailu ja vähäunisuus liittyvät olennaisesti hypomaniaan, ja siihenkin liittyy usein päihteiden väärinkäyttöä. Maniasta poiketen hypomania ei yleensä aiheuta merkittävää toimintakyvyn laskua. Lievä hypomania saattaa olla jopa eduksi esimerkiksi ammatillisesti, mutta mitä lähemmäksi mieliala muuttuu maniaa, sitä huonommaksi harkintakyky muuttuu. Hypomania voi tuottaa henkilölle euforista mielihyvää, ja siihen liittyy usein voimakkaita onnentunteita. Hypomaniassa henkilöt kokevat aistielämykset hyvin intensiivisiksi ja ajatustoimintansa erittäin nopeaksi ja teräväksi. Manian tavoin hypomania voi ilmetä ärtyisyytenä, ja tunnetila on tällöin voimakkaan kireä. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 196–198; Huttunen, 2004, 104–105.)

2.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön depressiiviset jaksot ovat oireistoltaan tavallisen unipolaarisen masennuksen kaltaisia. Tyypillisimpiä masennuksen piirteitä ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, itseluottamuksen katoaminen, itsetuhoiset ajatukset, keskittymiskyvyttömyys, unihäiriöt, uupumus, syyllisyyden tunteet ja ruokahalun muutok-

set. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 158–161, 202.)

Masennustilat jaetaan diagnostisesti oireiston voimakkuuden perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Masennuksen voimakkuusaste on useimmiten suoraan verrannollinen toimintakyvyn laskuun. Lievässä masennuksessa henkilö on vielä työkykyinen, mutta joutuu pinnistelemaan selkeästi normaalia enemmän. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on jo merkittävästi laskenut ja esimerkiksi työssäkäyvä tarvitsee jo useimmiten sairauslomaa. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa henkilö on jo täysin työkyvytön ja tarvitsee seurantaa, huolenpitoa ja usein sairaalahoitoa. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 160.)

Masennustilaan liittyy alaryhmiä, jotka poikkeavat hiukan toisistaan. Psykoottinen masennus on depression vaikeimpia muotoja. Vaikea-asteisen masennuksen lisäksi siihen kuuluu psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Melankolinen depressio taas on masennuksen vaikea-asteinen alaryhmä, johon liittyvät muun muassa aamuyön unettomuus, psykomotorinen hidastuminen, seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen, mielialan riippumattomuus ympäristötekijöistä ja joskus harhaluulon asteiset syyllisyyden tunteet. Epätyypillisen eli atyyppisen masennuksen oireet taas ovat käänteisiä verrattuna melankoliseen depressioon. Siihen liittyvät liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja mielialan reaktiivisuus, eli mieliala on riippuvainen ympäristötekijöistä. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 160–161.)

Kuvatakseni masennusta paremmin lainaan yhdysvaltalaisen kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan psykiatrian professorin Kay Redfield Jamisonin kirjasta *Levoton mieli* hänen omakohtaisen kuvauksen masennuksestaan.

”Kukoistavaa psykoottista maniaa seurasi väistämättä pitkä ja tuskallinen, musta, itsemurha-ajatuksiin johtava depressio. Se kesti yli puolitoista vuotta. Siitä alkaen kun aamulla heräsin siihen asti kun menin illalla nukkumaan olin sietämättömän surkea ja ilmeisen kykenemätön tuntemaan minkäänlaista iloa tai innostusta. Kaikki – jokainen ajatus, sana, liike – vaati suurta ponnistusta. Kaikki, mikä aikaisemmin oli säkenöivää, oli nyt latteaa. Tunsin olevani tylsä, ikävyyttävä, kykenemätön, paksukalloinen, valistumaton, reagoimaton, veretön, koko ajan kanan lihalla, harmaa varpunen. Olin täysin varma, etten pystyisi tekemään mitään hyvin. Tuntui siltä kuin mieleni olisi hidastunut ja palanut loppuun kunnes se oli muuttunut sananmukaisesti käyttökelvottomaksi. Tuo surkean sekava ja kiemurainen harmaa massa pystyi toimimaan vain sen verran, että tarjosi mi-

nulle kiduttavan luettelon kaikista puutteistani ja luonnevioistani ja kiusasi minua kaiken täydellisellä, kiduttavalla toivottomuudella. Mitä mieltä oli jatkaa tällä tavalla? Sitä minä kysyin itseltäni. Toiset sanoivat minulle, että ”se on vain tilapäistä, sinä pääset sen yli”, mutta tietenkään heillä ei ollut mitään käsitystä siitä, miltä minusta tuntui, vaikka he uskoivatkin tietävänsä. Yhä uudelleen ja uudelleen ja uudelleen toistin itselleni, että jos en voi liikkua, ajatella, en välittää mistään, niin mitä mieltä elämisessä voi olla. (Redfield Jamison 2002, 111)

2.4 Sekamuotoinen jakso

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi olla myös sekamuotoinen jakso, jossa on samanaikaisesti mania- ja masennusoireita. Oireet voivat olla joko vuorotellen tai sitten esiintyä yhtäaikaaisesti. Henkilö voi olla esimerkiksi aamulla maaninen, ja mieliala voi muuttua päivän aikana vaikean depressiiviseksi. Manian ja masennuksen esiintyessä samaan aikaan voi mieliala olla esimerkiksi masentunut ja kognitiiviset oireet voivat olla depressiivisiä, mutta henkilön puhe voi olla vuolasta ja ajatustoiminta kiihtynyttä. Sekamuotoinen jakso on potilaalle kaaottinen kokemus, ja itsemurhan vaara on jopa 30–50%. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 201; Huttunen, 2004, 105.)

2.5 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulku ja ennuste

Tyypin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on maanisia, depressiivisiä ja sekamuotoisia jaksoja. Jaksot voivat seurata toisiaan välittömästi, tai niiden välillä voi olla oireetomia kausia. Kun sairausjakso on monivaiheinen, saman sairausjakson aikana esiintyy maanisia, depressiivisiä tai sekamuotoisia jaksoja ilman välissä olevaa oireetonta kautta. Keskeisin kliininen piirre tyypin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on ajoittain esiintyvien sairausjaksojen toistuminen. Sairausjaksojen pituus ja uusiutuminen vaihtelevat huomattavasti. Tutkitun tiedon perusteella on todettu, että maanisen tai sekamuotoisen sairausjakson läpikäynyt sairastuu jossain vaiheessa yli 90 %:n todennäköisyydellä uudestaan. Yleisimmin potilailla on sairausjaksoja elämänsä aikana muutamasta useisiin kymmeneen. Keskimäärin ensimmäisen ja toisen sairausjakson väli on 3 - 4 vuotta, ja myöhemmin sairausjaksoja on tyypillisesti vuosittain. Ensimmäisten sairausjaksojen välisenä aikana potilas on oireeton, mutta myöhemmässä vaiheessa on tavallista, että

sairausjaksojen välissä on jäännösoireita. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 204.)

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa useimmiten 15 - 35-vuotiaana, ja yli 90 % sairastuu ennen 35 vuoden ikää. Potilailla on useimmiten lievempiä esioireita masennuksesta ja hypomaniasta, ennen kuin vakavammat jaksot alkavat. Tutkimukset osoittavat, että ensimmäinen sairausjakso puhkeaa useimmiten kuormittavassa elämänvaiheessa. Siitä ei ole varmuutta, puhkeako sairaus stressin vaikutuksesta vai tilanteeseen liittyvän liiallisen valvomisen takia. Osalla potilaista liian vähäinen nukkuminen laukaisee manian, joten unen puute voi olla välittävä tekijä maniaan sairastumisessa. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 204.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyypissä II esiintyy depressiivisiä, hypomaanisia ja niiden sekamuotoisia vaiheita. Sairauden kulku poikkeaa tyypistä I siten, että sairaus puhkeaa keskimäärin hiukan myöhemmin ja on huomattavasti depressiivisempi. Depressiot ja niiden jälkioireet ovat keskeisiä tähän sairauteen liittyvän toimintakyvyttömyyden ja itsetuhoariskin aiheuttajina. Tyypissä II hypomaaniset jaksot ovat lyhyempiä kuin varsinaiset maniat tyypissä I. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 205.)

Vaikka bipolaarihäiriön kulku onkin aina yksilöllinen, voidaan häiriön kulkua jossain määrin ennustaa. Mikäli sairausjakso ei ole ensimmäinen, häiriö todennäköisesti uusiutuu lähivuosina ilman suojaavaa hoitoa. Ennusteen kannalta hoitomyöntyvyys ja hoidon asianmukaisuus ovat ratkaisevassa asemassa. Säännöllinen ja oikeanlainen hoito voi estää sairausjaksot jopa vuosikymmeniksi tai ainakin selkeästi lieventää niitä. Mikäli hoito on vääränlaista tai potilas ei sitoudu siihen, pitkäaikaisennuste on varsin huono. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 205–206.)

Sairastuminen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on useimmille potilaille raskas asia kohdattavaksi. Siihen liittyy tietoisuus vaikeasta mielenterveydellisestä ongelmasta ja sairausjakson mahdolliset seurannaisvaikutukset. Maanisessa vaiheessa potilas aiheuttaa kärsimyksiä niin itselleen kuin läheisilleenkin. Hän saattaa sotkea raha-asiansa täydellisesti, parisuhde voi joutua koetukselle ja häntä voi seurata myös ammatillisesti. Toistuvia sairausjaksoja kokevilla potilailla on suuri parisuhteen tai perheen hajoamisen riski samoin kuin työuran katkeamisen riski. Sosiaalisen tukiverkon hajoaminen heik-

tää huomattavasti pitkäaikaisennustetta. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy itse-tuhoisuus, ja siihen sairastuneista 80 % harkitsee itsemurhaa ja yli 50 % yrittää sitä. Itsemurhakuolleisuus on enemmän kuin 20-kertainen normaaliväestöön verrattuna. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 205.)

2.6 Epidemiologia ja etiologia

Tyypin I esiintyvyydeksi on arvioitu useissa eri maissa 0,6-1,1 % väestöstä. Sukupuoli ja sosiaalinen asema eivät vaikuta sairastumisriskiin. Tutkimusten perusteella Suomessa sairauden esiintyvyys on hiukan alhaisempi kuin useimmissa muissa maissa. Arviot tyypin II esiintyvyydestä vaihtelevat suuresti, mutta yleisimmin sen arvellaan olevan noin 0,5 %:lla ja naisilla se on ehkä hiukan yleisempi kuin miehillä. Suomesta ei luotettavaa arviota vielä ole. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 206–207.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vahvasti perinnöllinen sairaus. Mikäli identtistä kaksosista toinen sairastuu, toisen riski sairastua on noin 50–60 %. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytyvyyden on yleisimmin arvioitu olevan 80–90 %. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 207–208.)

3 KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN HOITO NYKYPÄIVÄNÄ

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito on haasteellista sairauteen liittyvien erilaisten kausien vuoksi. Keskeisimpänä asiana hoidossa pidetään uusien sairausjaksojen ehkäisyä. Hoidon perustan muodostaa lääkehoito. Ensisijaisina lääkkeinä pidetään mielialaa tasaavia lääkkeitä ja toisen polven antipsykootteja sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä tulisi hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toteutettu hoito voidaan siirtää perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon, kun potilas on ollut oireeton vähintään vuoden verran. Myös psykososiaalisilla hoitomuodoilla on tärkeä osa bipolaarisen mielialahäiriön hoidossa. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 218; Käypä hoito 2008.)

3.1 Manian hoito

Mania joudutaan yleensä hoitamaan psykiatrisessa erikoissairaalahoidossa. Maniaan liittyy useimmiten sairautentunnottomuus, ja maaninen potilas on harvoin yhteistyökkyinen. Tämän vuoksi maaninen potilas joudutaan usein toimittamaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Maniaan liittyy vakavia ja haitallisia seuraamuksia, ja tämän vuoksi hoidon aloittaminen on kiireellistä. Hoidon tavoitteena on maanisten oireiden täydellinen poistuminen nopeasti. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 212.)

Manian lääkehoidossa käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä ja toisen polven antipsykootteja. Käytettävä lääkitys valitaan aina yksilöllisesti hyöty-haittasuhteen perusteella. Usein hoidossa joudutaan yhdistämään antipsykootin lääke ja mielialaa tasaavista lääkkeistä valproaatti tai litium. Oikein vaikeaoireisissa manioissa voidaan turvautua myös sähköhoitoon. Myös bentsodiatsepiineja käytetään usein manian hoidossa tukilääkityksenä. (Huttunen 2008, 124; Käypähoito 2008)

3.2 Hypomanian hoito

Hypomanian oireet ovat useimmiten lievitettävissä lisäämällä ylläpito-hoidossa käytössä olevaa mielialaa tasaavaa lääkitystä. Mahdollisesti käytössä oleva masennuslääkitys tulee lopettaa, ja tarvittaessa voidaan käyttöön ottaa toisen polven psykoosilääke. Lyhytaikaisesti voidaan käyttää myös bentsodiatsepiineja. (Lönqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 214; Käypä hoito 2008.)

3.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoitolinjat poikkeavat merkittävästi tavallisen unipolaarisen masennuksen hoidosta. Depressiolääkkeisiin liittyy kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa riski sairausvaiheen kääntymisestä maniaksi tai hypomaniaksi. Lisäksi ne saattavat tihentää potilaan sairausjaksoja. Tämän vuoksi masennuslääkkeet ovat vasta toissijainen vaihtoehto depression hoitoon. Lääkeaineista ensisijaisina pidetään litiumia, lamotrigiinia ja ketiapiinia. Depression hoidossa voidaan käyttää

myös sähköhoitoa. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 215; Huttunen 2008, 125, 129)

3.4 Ylläpitohoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

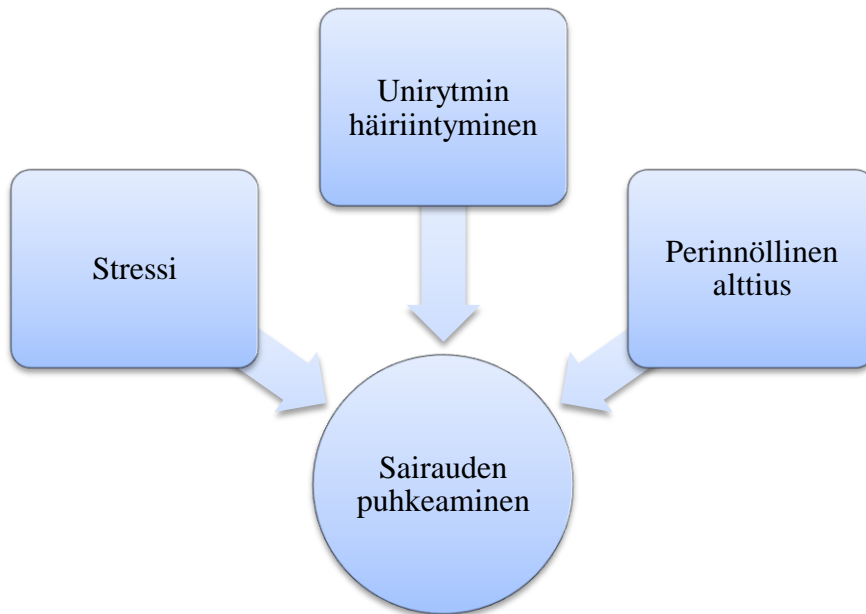
Kaksisuuntainen mielialahäiriö aiheuttaa potilaalle elämänikäistä taipumusta toistuviin mielialan heilahteluihin masennuksesta maniaan tai hypomaniaan. Hoidon tavoitteena onkin ehkäistä mielialahäiriöjaksojen toistuva uusiutuminen. Suotavana pidetään, että mielialaa tasaava lääkitys on käytössä jatkuvasti koko elämän ajan. Litiumia pidetään edelleen ensisijaisena hoitovaihtoehtona ylläpito-hoidossa. Muita ylläpitovaiheessa käytettyjä lääkkeitä ovat valproaatti, karbamatsepiini, ketiapiini, aripratsoli, olantsapiini ja lamotrigiini. Tarvittaessa ylläpito-hoidossa joudutaan käyttämään näiden lääkkeiden yhdistelmiä. Käytetty lääkitys valitaan aina yksilöllisesti hyöty-haittasuhteen perusteella. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 217; Käypä hoito 2008.)

3.5 Psykososiaaliset hoitomuodot

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on perinnöllinen elämänikäinen sairaus, eikä sitä voi parantaa psykososiaalisilla hoitomuodoilla. Silti psykososiaalisilla hoitomuodoilla on tärkeä osa potilaan hoidossa. Vaikeaan mielenterveydelliseen sairauteen on vaikea sopeutua, mutta sopeutumista helpottaa riittävän tiedonsaanti. Potilaan tulee oppia yhdistämään sairaus osaksi omaa minäkuvaansa ja hyväksyä sen olemassaolo. Sopeutumista helpottaa, kun potilaasta tulee aktiivinen oman mielialahäiriönsä ja hoitonsa asiantuntija. Tämän kaiken läpikäyminen vaatii paljon aikaa ja psyykkistä työtä. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 218.)

Stressiä aiheuttava elämäntilanne, kuten avioero, työttömyys tai läheisen kuolema, liittyy bipolaarisessa mielialahäiriössä etenkin ensimmäisen sairausjakson puhkeamiseen. Ei kuitenkaan tiedetä, missä määrin sairauden puhkeaminen liittyy stressiin ja missä määrin stressitilanteen aiheuttamaan valvomiseen. Kuitenkin ne molemmat näyttävät vaikuttavan sairausjaksojen puhkeamiseen. Stressi-haavoittuvuusmallin (kuvio 1) mukaan kaksisuuntainen mielialahäiriö on sairaus, jossa osatekijänä on perinnöllinen altti-

us ja jonka erilaiset stressitilanteet elämässä laukaisevat. (Kähkönen & Karila & Holmberg 2001, 81–82.)



Kuvio 1: Stressi-haavoittuvuusmalli

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon kehitetyssä kognitiivisessa yksilöpsykoterapiassa on tavoitteena, että potilas oppii ymmärtämään ja tuntemaan sairauttaan. Potilaan tulisi oppia huomaamaan alkavan manian tai masennuksen ensioireet, jotta sairausjakson kehittymiseen voitaisiin tarttua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kognitiivisen psykoterapian hyödyllisyys kaksisuuntaisen mielialahäiriön ehkäisyssä on osoitettu kontrolloiduissa kliinisissä kokeissa. Psykoterapiamuodoista myös perhe- ja pariterapiaa on alettu käyttämään bipolaarihäiriön hoitona. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 218–219.)

3.6 Hoitomyöntyvyys kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä hoitomyöntyvyys on keskeisin vaikuttava tekijä pitkäaikaisennusteen kannalta. Tutkimusten mukaan vain alle puolet bipolaarihäiriötä sairastavista sitoutuu lääkehoitoonsa. Usein tähän ovat syynä lääkkeiden haittavaikutukset, ja siksi lääkkeiden annostelun optimointi on tärkeää. Monet potilaat myös tuntevat vastenmielisyyttä lääkkeiden avulla tapahtuvaa mielialan säätelystä kohtaan. Muita syitä hoitoon sitoutumattomuudessa ovat muun muassa mielialahäiriön kieltäminen ja

päihteiden käyttö. Potilasopetuksen merkitys on tärkeää hoitomyöntyväisyyden syntymiseksi. Tiedon antaminen mielialahäiriöstä ja sen hoidosta mahdollistaa motivaation syntymisen. Kaikki psykososiaaliset hoitomuodot ovat tärkeitä, jotta potilas motivoituisi kantamaan vastuuta oman sairautensa hoidosta. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 219; Käypä hoito, 2008.)

Kay Redfield Jamison kuvaa elämäkerrallisessa teoksessaan *Levoton mieli omaa lääkekielteisyyttään seuraavasti*.

”Osa vastahakoisuudestani johtui epäilemättä siitä, että pohjimmiltaan kiistin sairastavani todellista sairautta. Se on yleinen reaktio, joka seuraa oikeastaan vastoin omaa tietoa manis-depressiivisen sairauden ensimmäisiä episodeja. Mielialat ovat niin olennainen osa elämänsisältöä, ihmisen käsitystä itsestään, että hän pystyy näkemään jopa mielialan ja käyttäytymisen psykoottiset äärimmäisyydet jollain tavalla tilapäisinä, jopa ymmärrettävinä reaktioina oman elämän tapahtumiin. Minä tunsin kauhealla tavalla menettäneeni sen, mikä olin ollut ja missä olin ollut. Minun oli vaikea luopua oman mieleni ja mielialani korkealentoisuudesta huolimatta siitä, että niitä vaiheita väistämättä seuraavat depressiot melkein veivät henkeni” (Redfield Jamison 2002, 94)

4 SAIRAANHOITAJAN ROOLI MANIAN JA MASENNUKSEN HOIDOSSA

Psykiatrisen sairaanhoitajan tehtäväkuva on monipuolinen ja laaja. Opinnäytetyössäni tarkastelen sitä kuitenkin vain hyvin kapealta sektorilta. Tutkimuksessani kiinnitän huomiota vain niihin konkreettisiin hoitotoimenpiteisiin, joita sairaanhoitaja on tehnyt kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuutin sairausvaiheen hoidossa. Esimerkiksi avopuolen sairaanhoito sekä yhteistyö perheen ja muiden tahojen kanssa jää katsauksen ulkopuolelle.

4.1 Kommunikointi hoidon perustana

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan hoidossa, hänen sairastuessa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilasohjauksen suorittaminen, johon kuuluu muun muassa tiedon välittäminen ja varhaisoireiden opettaminen. Potilaan toipumisen kannalta olisi tärkeää, että vuorokausirytmisi säännöllistyisi, ja tässä sairaanhoitajan tehtävänä on potilaan ohjeistus. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvat

usein, varsinkin manian aikana, ihmissuhteissa syntyneet ongelmat, ja näiden asioiden käsittely kuuluu sairaanhoitajan tehtäväpiiriin. Potilaan olisi hyvä seurata mielialojensa kehittymistä, ja tässä hyvänä apuna on mielialapäiväkirjan pitäminen, jonka käyttöä sairaanhoitajan tulisi potilaalle opettaa. (Pulkkinen & Vesanen 2010)

4.2 Sairaanhoitajan osuus lääkehoidossa

Lääkäri määrää ja suunnittelee potilaalle lääkityksen, ja sairaanhoitajan tehtävänä on sen toteuttaminen käytännössä. Lääkehoitoon kuuluu lääkkeen jakaminen lääkekuppeihin, lääkkeen anto potilaalle, potilaan informointi lääkkeestä ja sen vaikutuksista, lääkkeen tehon ja sivuvaikutusten seuranta sekä lääkehoidon kirjaaminen. Tehtäväkenttä on laaja, minkä vuoksi sairaanhoitajan tulee tietää käytössä olevista lääkkeistä perustiedot. Lääkehoidon toteuttaminen käytännössä ei ole aina kovin helppoa, mikäli potilas on lääkekielteinen. Näissä tilanteissa tarvitaan sairaanhoitajan ammattitaitoa, jotta potilas suostuisi käyttämään hänelle määrättyä lääkettä. (Iija & Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996, 246.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksella tulee olla aina jokin tarkoitus. Yleensä tutkimuksen tarkoituksena pidetään neljää eri seikkaa. Se voi olla kartoittava, selittävä, ennustava tai kuvaileva. Täytyy kuitenkin huomioida, että tutkimuksella voi olla useampia tarkoituksia ja tutkimuksen edessä tarkoitus voi myös muuttua. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoa viime vuosisadalla ja sairaanhoitajan roolia hoidon toteuttajana. Aiheisiin tutustun olemassa olevan kirjallisuuden perusteella. Opinnäytetyöni tavoitteena on, että tutkimuksestani saa tietoa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisestä viime vuosisadalla. Asetan tavoitteeksi myös sen, että lukija pysähtyisi pohtimaan nykyisiä hoitokäytäntöjä ja arvioimaan kriittisesti, olisiko niissä parannettavaa esimerkiksi eettisesti. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2000, 127.)

Opinnäytetyöni tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1) Kuinka kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuutin sairaalahoitoa vaativan sairausjakson hoito kehittyi 1900-luvulla?
- 2) Miten sairaanhoitajan tehtävät muuttuivat kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa 1900-luvulla?

Päädyn pitkän harkinnan jälkeen rajaamaan molemmat tutkimustehtävät koskemaan vain akuuttia sairaalahoitoa. Ylläpitohoito mahdollistui kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa vasta 1960-luvulla, litiumin tullessa markkinoille. Ylläpitohoitoon kuuluvat toki myös psykososiaaliset hoitomuodot, mutta niiden kehityksen tutkiminen olisi tehnyt opinnäytetyöstäni liian laajan. Kun jouduin lähdemateriaalin takia laajentamaan tutkimuksen kohdentamista pelkästään Suomea koskevasta laajemmaksi, tuli terapioiden tarkastelu mahdottomaksi tässä työssä. Yleisimpienkin käytössä olleiden terapioiden tarkasteluun olisi pitänyt sisällyttää myös esimerkiksi niiden saatavuus ja käyttöaste. Opinnäytetyön aiheeksi olisi pelkästään terapiamuotojen kehityksen tutkiminen aivan riittävän laaja.

Historiallisesta tutkimuksesta saadulla tiedolla pyritään tulkitsemaan ja ymmärtämään menneisyydessä tapahtuneita asioita ja niiden vaikutuksia. Menneisyys vaikuttaa nykyiseen ajatteluun ja päätöksentekoon. Historiasta voi löytyä sellaista, mikä selittää nykyhetkeä ja auttaa ymmärtämään nykyisiä ongelmia. Historia myös osaltaan auttaa määrittelemään kehityksen suuntia. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu, 2011)

Psykiatria on kehittynyt huimasti viimeisen sadan vuoden aikana. Viime vuosisataan liittyy psykiatriassa kuitenkin myös epäonnistumisia, joita nykyään pidetään jopa julmuutena. On helppo näin jälkikäteen tuomita ja samalla unohtaa, että myös nykypäivän hoitomenetelmät joutuvat tulevaisuudessa kriittisen tarkastelun kohteeksi.

6 TUTKIMUSMETODIT

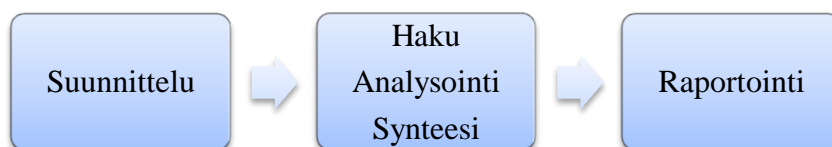
Keskeisimmin tutkimusta määrittävät ilmiö, jota tutkitaan, ja se, mitä siitä halutaan saada selville. Ne yhdessä määräävät sen, millä tutkimusmetodilla tutkija saa parhaiten vastaukset asettamiinsa tutkimustehtäviin. Etenin opinnäytetyössäni osittain normaalista

poikkeavalla tavalla, koska päätin tutkimusmetodin kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tutkimisen osalta, ennen kuin lopullinen näkökulma varmistui valitulle aihepiirille. Kuitenkaan siitä ei tässä tapauksessa synny luotettavuusongelmaa tutkimukselleni, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisen selvittämiseen kirjallisuuskatsaus on mielestäni joka tapauksessa paras tutkimusmenetelmä. Lisäksi tutkimusaiheeni ja käytettävän tutkimusmetodin yhteensopivuuden ovat todenneet myös työni ohjaajat Peteri ja Puro. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41.)

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Käytän systemaattista kirjallisuuskatsausta menetelmänä tutkiessani kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymistä ja sairaanhoitajan roolia hoidon toteuttajana. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jonka avulla on mahdollista hahmottaa jo olemassa olevaa tutkimustietoa aiheesta. Kokoamalla yhteen aihepiiristä olevaa tutkimustietoa saadaan kokonaisnäkemys siitä, millaista tutkimustietoa aiheesta on tehty ja millä menetelmillä. Täytyy kuitenkin huomioida, että tekeillä olevan tutkimuksen tarkoitus määrää lopulta sen, minkälaista aineistoa siihen voidaan sisällyttää. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta, mutta kahdenkin tutkimuksen yhteiskäsittelyä voidaan jo kutsua kirjallisuuskatsaukseksi. (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 3.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eteneminen voidaan jaotella kolmeen eri vaiheeseen (Kuvio 2). Ensin on suunnitteluvaihe. Toiseen vaiheeseen kuuluvat katsauksen tekeminen hakuineen, analysointineen sekä synteeseineen, ja kolmantena vaiheena on raportointi. Tavoitteena on tiedon kokoaminen valitusta aiheesta ja siitä synteessin teko mahdollisimman kattavasti. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen. Näin luotettavuuskysymykset ovat olennaisia tämänkin tutkimusmetodin kohdalla. (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 5, 46.)



Kuvio 2: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eteneminen.

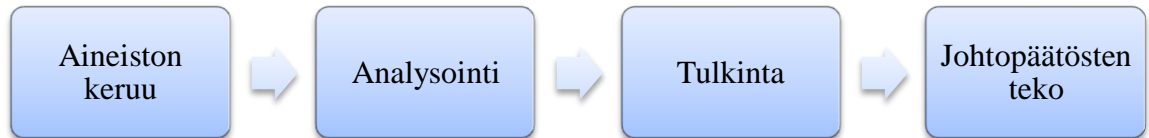
Kirjallisuuskatsaus siis alkaa tutkimussuunnitelman teolla, ja suunnitelma ohjaa myöhemmässä vaiheessa tutkimuksen etenemistä. Tällä pyritään virheiden välttämiseen ja samalla varmistetaan kirjallisuuskatsauksen tieteellistä tasoa. Tutkimustehtävät tulee asettaa täsmällisesti jo tutkimussuunnitelmassa, ja niihin pyritään sitten vastaamaan kirjallisuuskatsauksella. Suunnitelman teon jälkeen valitaan käytettävät hakutermit ja tietokannat. (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 3, 47.)

Hakustrategian avulla pyritään löytämään kaikki tutkittavan asian kannalta olennaiset tutkimukset. Tämän vuoksi hakuprosessin suunnitteluun kannattaa käyttää aikaa, jotta hausta tulisi täsmällinen ja kattava. Kattavan aineiston saamiseksi olisi hyvä käyttää myös manuaalista hakua lähdemateriaalin etsimisessä. Kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta hakuprosessi on erittäin tärkeä vaihe. Siinä tehdyt virheet johtavat epäluotettavaan tulokseen, ja ne antavat vääränlaisen kuvan aiheesta olevasta aiemmasta näytöstä. Asiantuntija-apuun turvautuminen on eräs tapa parantaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Informaatikoilla ja kirjastoalan henkilöillä on paras kokemus tiedonhausta. Hakustrategian huolellinen dokumentointi on olennaista systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Muiden tutkijoiden pitää pystyä toistamaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tämä onnistuu vain, mikäli hakustrategia tuodaan tarkasti esille raportointivaiheessa. (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 6, 49.)

Tutkimuksen teossa on aina tärkeää huomioida alusta asti luotettavuuskysymykset. Hakuprosessin onnistuminen on systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa olennaista luotettavuuden kannalta. Luotettavan haun varmistamiseksi tein yhteistyötä Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikko Anitta Örnin kanssa. Tapasimme koulun kirjaston tiloissa 15.6 ja kävimme läpi käyttämäni hakustrategiaa ja teimme yhdessä myös hakuja Pubmed-tietokannasta, jota en ollut aiemmin käyttänyt. Informaatikko Örn neuvoi minulle myös yleisiä asioita hakuprosessista. Näin sain varmistettua luotettavan hakustrategian opinnäytetyötäni varten. Luotettavuuden syntymiseen vaikuttaa olennaisesti myös se, minkälaista kirjallisuutta valitaan haun antamasta aineistosta ja kuinka tarkkaa raportointi on. Nämä seikat huomioin tutkimusta tehdessäni ja pyrin luotettavaan kokonaisuuteen. Tutkimuksen toistettavuuden takia esitän raportissani käyttämäni hakustrategian kokonaisuudessaan.

6.2 Historiallinen analyysi menetelmänä

Aineiston keruun jälkeen seuraa tutkimuksen teossa analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Tätä tutkimuksen vaiheista etenemistä havainnollistaa kuvio 3. Analyysin teko on merkittävä osa tutkimusta, ja asetettuihin tehtäviin saadaan vastaukset siinä vaiheessa. Analysointitapoja on monia, ja niistä valitaan sellainen, joka parhaiten tuo vastaukset asetettuihin tutkimustehtäviin. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2000, 207, 210.)



Kuvio 3. Tutkimuksen eteneminen vaiheittain.

Omassa työssäni päädyin käyttämään historiallista analyysiä, koska se mielestäni tuo parhaiten esille kokonaiskuvan aiheesta ja samalla antaa vastaukset asettamilleni tutkimustehtäville. Historiallinen analyysi on tekstianalyysiä, jonka tarkoitus on luoda menneisyydestä kokonaiskuvaa. Siinä kuvataan menneisyyden tapahtumat sellaisina kuin ne todellisuudessa tapahtuivat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–106.)

Historialliselle tutkimukselle on luonteenomaista, että tutkittavan ilmiön havainnoitsija on ollut joku muu kuin tutkija itse. Laadukkaan aineiston löytäminen ei ole aina helppoa, vaan sen etsiminen vaatii usein kovasti työtä. Aineiston laatuun tulee kuitenkin kiinnittää kunnolla huomiota, koska historiallisen tutkimuksen pitää kuitenkin tuottaa tarkkaa ja systemaattista tietoa. Historialliseen tutkimukseen voidaan käyttää joko primärilähteitä tai sekundaarilähteitä. Primärilähteeksi kutsutaan sellaista, jossa havainnoitsija on joko tutkija itse tai tiedonvälittäjä. Sekundaarilähteissä tietoa on jo siirretty ainakin yhden kerran alkuperäislähteestä, ja näin primärilähde on aina arvokkaampi. (Anttila 1996, 315.)

Omassa tutkimuksessa on valtaosa lähteistä sekundaarisia lähteitä. Tämä aiheuttaa luotettavuusongelman, mutta sekundaarilähteiden laatuun panostamalla voi tutkimus mielestäni silti olla käytetyn lähdeaineiston suhteen luotettava. Käytän pääosin lähde- materiaaleina tunnettujen psykiatrien ja historioitsijoiden teoksia, ja tämä parantaa opinnäytetyöni uskottavuutta.

7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Hakuprosessin hyvä suunnittelu ja toteutus ovat ehdoton edellytys systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumiselle. Tämän vuoksi olin huolellinen hakustrategian suunnittelussa ja laadun varmistamiseksi tein myös yhteistyötä informaattikon kanssa. Tutkimuksen tarkoitus määrää sen, mitä lähdemateriaalia voidaan käyttää aineistona. Ajattelin, että parhaiten saan vastaukset tutkimustehtäviini psykiatrian historian kirjoista ja vanhemmista psykiatrian oppikirjoista. Näin päädyin Oula- ja Linda-tietokantoihin. Oula on Oulun Yliopiston kirjaston kokoelmatietokanta, ja Linda on yliopistokirjastojen yhteinen tietokanta. Lisäksi ajatuksena oli hakujen tekeminen PubMed- ja Medic-tietokannoista. (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 3, 6)

7.1 Aineistonhakustrategia ja valintakriteerit

Ensimmäiseksi hain lähteitä Oula-kokoelmatietokannasta. Haun tuloksena löytyi runsaasti lähdemateriaalia, enkä suorittanut enää hakua muista tietokannoista ollenkaan vaan arvioin löytyneen aineiston riittävän. Haku tuotti yhteensä 168 viitettä (Taulukko 1), joista osa esiintyi 2 - 3 kertaa. Valinnan suoritin teosten otsikon ja kirjan tiedoissa olleiden MeSH-asiasanojen ja asiasanojen perusteella. Valintakriteerin läpäisi 30 viitettä (Liite 1). Koska valintakriteerini olivat varsin väljät, osa kirjoista osoittautui myöhemmin tutkimukseeni kelpaamattomiksi. Hain lähteitä myös manuaalisesti Oula-tietokannasta ja näin löysin vielä muutamia kirjoja lähdemateriaaliksi.

Taulukko 1:Aineiston hakustrategia.

	Tietokanta	Hakusanat	Hakutyyppi	Rajaukset	Tulos lkm.	Valittu lkm.
1	Oula	bipol*+hoito	asiasana	<2000	0	0
2	Oula	kaksisuuntainen mielialahäiriö+hoito	asiasana	<2000	1	0
3	Oula	maanis*+hoito	asiasana	<2000	0	0

4	Oula	psykiatria+hoito	asiasana	<2000	24	7
5	Oula	psykiatria+historia	asiasana	ei rajoituksia	42	18
6	Oula	psykiatrinen hoito+historia	asiasana	ei rajoituksia	101	9

7.2 Aineiston analysointi

Tein hakustrategian avulla löytämäni aineistoon aluksi yleissilmäyksen. Sisällysluettelon ja pikaisen tutustumisen perusteella osa kirjoista osoittautui heti tutkimukseen soveltumattomaksi. Tutkimukseen sopivat kirjat luin aluksi läpi nopealla lukutekniikalla ja samalla tein muistiinpanoja. Tämän jälkeen luin aineiston tarkasti läpi, muistiinpanoja samalla täydentäen, saadakseni kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehitymisestä hyvän yleiskuvan. Viimeisenä eli neljäntenä vaiheena analysoin tekstiä hoidon kehittymisen näkökulmasta.

Sairaanhoitajan työnkuvan muutoksen selvittämiseksi tutkin Neuman-Rahnin ja Kinnusen sairaanhoitajille tarkoitettuja psykiatrisen hoitotyön oppikirjoja. Analysoin kirjoista vain ne hoitomuodot, joita on käytetty kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kokoan tähän lukuun ajanjaksoittain, miten kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito kehittyi 1900-luvulla. Vuosilukuja on pidettävä vain suuntaa antavina, koska hoitomuotojen käyttö ajanjaksojen suhteen vaihteli eri maiden ja sairaaloiden välillä. Tutkimuksessani esitetyt hoitomuodot esiintyivät useassa eri lähdelehdessä ja olivat käytössä laajasti eri maissa ja mielisairaaloissa. Hoitomuodot siis valikoituivat tuotokseen niiden yleismaailmallisen käytön vuoksi. Käytännössä vanhemmat hoitomuodot olivat käytössä vuosia, ennen kuin uudet hoitomuodot syrjäyttivät ne kokonaan. Hoidon kehittymisen havainnollistamiseksi kuitenkin käytän tätä hiukan epätarkkaa vuosijaottelua. Tarkoitus on tässä luvussa kuvata hoidon kehittymisen päälinjoja, eikä jokaisen hoitomuodon käytön

pikkutarkka erittely vuosilukujen suhteen palvelisi tätä tarkoitusta kovinkaan hyvin. Vuosilukuihin tulee suhtautua siten, että ne ovat suuntaa antavia.

8.1 Oireiden hallintaa, 1900–1934

Viime vuosisadan alkupuolella ei vielä ollut juurikaan keinoja lyhentää kaksisuuntaisen mielialahäiriön sairausjaksoja. Hoitokeinot keskittyivät lähinnä potilaiden oireiden ja käytöksen hallintaan. Mielestäni kyseistä ajanjaksoa ennen fysikaalisten hoitokeinojen käyttöönottoa kuvaa parhaiten nimitys oireiden hallintakausi, vaikka syvän unen käytöllä olikin jonkintasoista hoidollista merkitystä manian hoidossa. Shorter (1997, 224.) kertoo kirjassaan psykiatri Kalinowskin kommentoineen myöhemmin aikaa ennen 1930-lukua seuraavasti: ”Nykyajan psykiatrit eivät tajua, että me, jotka olimme töissä psykiatrisissa sairaaloissa ennen 1930-lukua, emme voineet tehdä potilaidemme hyväksi juuri muuta kuin yrittää saada heidät tuntemaan olonsa mukavaksi, pitää yhteyttä omaisiin ja, jos tauti hellitti itsestään, kotiuttaa heidät.” Käytössä 1900-luvun alkupuolella olivat ainakin varhaiset lääkkeet, kestonarkoosi sekä amme- ja kiedehoito, (Shorter 1997, 232; Raitasuo 1995, 2248–2250.)

8.1.1 Varhaiset lääkkeet

Lääkevaihtoehdot olivat vähäiset viime vuosisadan alusta aina 1950-luvun puoliväliin asti. Mania- ja depressiojaksoa lyhentäviä tai lievittäviä lääkkeitä ei ollut vielä keksitty yhtäkään käyttöön. Täysin lääkkeetöntä hoitoa ei kuitenkaan ollut, vaan joissakin mielisairaaloissa käytettiin sekä unilääkkeitä että rauhoittavia lääkesekoituksia. 1880-luvulla hullukaalista onnistuttiin eristämään hyoskiini eli skopolamiini lääkeaine. Sitä käytettiin perusaineena rauhoittavissa lääkesekoituksissa, joita annettiin muun muassa maanisille potilaille. Shorter kertoo kirjassaan (1997, 232), että Betlehemien mielisairaalassa Lontoossa annettiin hyoskiinin, morfiinin ja atropiinin sekoitusta vielä 1930-luvulla erittäin kiihtyneille potilaille, jotka esimerkiksi löivät päätänsä seinään tai nyppivät ihostaan palasia saadakseen verenmyrkytyksen. (Shorter 1997, 232–234)

Maniaa yritettiin hoitaa myös apomorfiinilla, joka rauhoitti potilaita saamalla heidät oksentamaan. Maanisille potilaille, jotka eivät pystyneet hiljenemään, saatettiin antaa

hyoskiinin ja apomorfiinin sekoitusta. Tämä yhdistelmä sai potilaat oksentelemaan, jopa tunnin ajaksi, jonka jälkeen he lopen uupuneina kykenivät lepäämään muutaman tunnin. Parantavaa vaikutusta varhaisilla lääkkeillä ei ollut, mutta sairauden tiettyjä oireita niillä pystyttiin lievittämään. Depression aiheuttamaan unettomuuteen oli käytössä kloraaliniminen lääke. Kloraali oli pitkään käytetty mielisairaaloissa huolimatta sen riippuvuutta aiheuttavista ominaisuuksista. (Shorter 1997, 233)

Karin Neuman-Rahnin alun perin vuonna 1924 kirjoittamassa sairaanhoitajien oppikirjassa annetaan joitakin lääkehoitoon liittyviä neuvoja. Erityisesti kirjassa painotetaan, että lääkkeenanto pitää aina valvoa loppuun asti. Kirjassa kerrotaan, että on monia tapauksia, joissa potilaat ovat keränneet lääkkeitä pitkän ajan ja sitten tehneet itsemurhan, kun lääkettä on ollut riittävästi. Ohjeeksi annetaan lääkkeenanto liuoksena, jolloin potilas ei voi piilottaa lääkettä. Kirjassa on myös ohjeistus lääkkeenannosta peräruiskeena, jos potilas ei muuten ole suostuvainen lääkkeen ottoon. Mikäli suoli ei ollut tyhjentynyt, se tulisi tyhjentää huuhtelemalla 1 - 2 tuntia ennen varsinaisen lääkkeenantoa. Huomio kiinnittyy ohjeeseen käyttää oopiumia suolta rauhoittamaan, mikäli potilas yrittää ponnistaa lääkettä ulos suolesta. (Neuman-Rahn 2003, 315–316.)

8.1.2 Kestonarkoosi

Kestonarkoosi oli ensimmäinen lupaava lääkehoitomenetelmä psykiatriassa. Menetelmän kehitti sattumalta brittiläinen psykiatri Neil Macleod. Hänen täytyi vuonna 1897 kuljettaa maniaan sairastunut rouva Japanista Sanghaihin. Macleod päätti nukuttaa rouvan bromidilla, jotta matkanteko onnistuisi. Seitsemän päivän jälkeen he saapuivat perille ja rouvan herätessä ei hänessä ollut jäljellä manian oireita. Bromidiunihoidoa käyttivät monet muutkin lääkärit jonkin aikaa, kunnes bromidin myrkyllisyyden vuoksi kestouneen saamiseksi alettiin käyttää barbituraatteja. (Shorter 1997, 235–236)

Sveitsiläinen Jakob Klaesi oli ensimmäinen, joka käytti barbituraatteja kestonarkoosissa vuonna 1920, ja häntä pidetäänkin yleisesti kestouniterapian kehittäjänä. Klaesin menetelmässä potilas vaivutettiin toistuvilla barbituraattiruiskeilla jopa kahden viikon pituiseen uneen. Kestounihoito tuli laajalti käyttöön muun muassa maanis-depressiivisen psykoosin ja skitsofrenian hoidossa. Suomessa kestonarkoosia käytettiin vaihtelevasti eri mielisairaaloissa. Pitkäniemen sairaalassa kestounta kokeiltiin 1920-luvulla huonoin

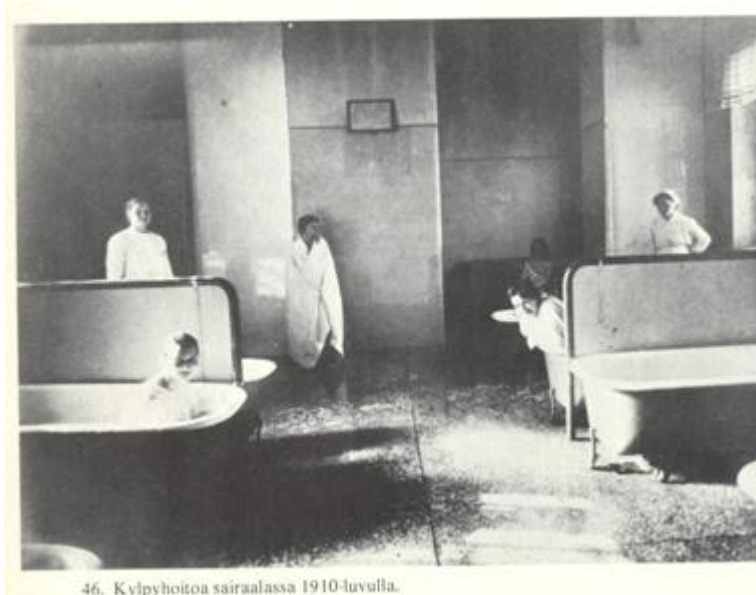
tuloksin. Kellokoskella kestouni oli käytössä 1930-luvulla, kunnes insuliinikooma, kouristushoidot ja sähkösoikki korvasivat sen 1936 vuonna. Moision sairaalassa kestonarkoosia käytettiin vielä pitkään sotien jälkeenkin. (Savolainen 1995, 2598–2601)

Kestouniterapia ei ollut potilaalle vaaratonta. Hoitomuotoon liittyi aluksi korkea kuolleisuus, joka oli useita prosentteja. Myöhemmin kuolleisuus laski penisilliinin tullessa käyttöön. Pneumonia, pitkittynyt kooma, epilepsia ja sekavuustilat olivat muita komplikaatioita kestoniterapiassa. (Savolainen 1995, 2598–2601)

Kestonarkoosissa olevaa potilasta tuli sairaanhoitajan tarkkailla ja hoitaa erityisen huolellisesti. Potilaalta mitattiin lämpö ja pulssi säännöllisesti. Unen syvyyttä, hengitystä ja potilaan yleistilaa tuli tarkkailla. Ihoa hoidettiin pesuilla ja spriipyyhkeillä, ja suunhoidossa käytettiin normaalin pesun lisäksi booriglyseriiniä. Suolen ja virtsarakon toimintaa tuli seurata ja erityisesti kiinnittää huomiota virtsan väriin. Asentohoitoon tuli kiinnittää huomiota ja huolehtia, ettei potilas päässyt vilustumaan. Mikäli potilas kykeni nielemään, annettiin hänelle nestemäistä ravintoa varovaisesti, ettei ruokaa menisi henkitorveen. Mikäli potilaan horros oli niin syvä, ettei hän kyennyt nielemään, annettiin neste ja ravinto nenämahaletkulla tai ruiskeina peräsuolen kautta. (Kinnunen 1960, 150.)

8.1.3 Amme- ja kiedehoito

Lämpimien kylpyjen rauhoittava vaikutus psykiatrisilla potilailla huomattiin jo 1800-luvun alkupuolella. Ammehoito (kuva 1) olikin psykiatrian tärkein hoitomuoto aina 1930-luvulle saakka. Suomessakin ammehoito oli laajalti käytössä, ja esimerkiksi Lapinlahden sairaalassa oli 130 sairaspaikkaa kohden 20 kylpyammetta, joista 10 oli varattu kestokylpyjä varten. (Raitasuo 1995, 2248–2250.)



Kuva 1: Ammehoitoa 1910-luvulla.

Kylpyhoidot jaoteltiin käytetyn ajan mukaan lyhyisiin kylpyihin ja pitkitettyihin kylpyihin. Lyhyet kylvyt kestivät puolesta tunnista muutamiin tunteihin, ja pitkät kylvyt kestivät päiviä, viikkoja, jopa vuosia. Esimerkiksi professori Kraepelin suositteli manian hoidossa ammehoitoa niin pitkään, kunnes potilas rauhoittui. Ammehoitoa pyrittiin antamaan mielisairaaloissa läpi vuorokauden, mikäli henkilökuntaa oli riittävästi. Kylpyhoitoa käytettiin erityisesti sekavuustiloihin, stuporin eli jähmettymisen hoitoon, levottomuuteen, väkivaltaisuuteen, halvaustiloihin, epäsosiaalisesti käyttäytyvien hoitoon ja epäsiisteyteen. (Raitasuo 1995, 2248–2250; Neuman-Rahn 2003, 279–280.)

Sairaanhoitajalta ammehoito on vaatinut tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta. Veden lämpötilan tuli olla tarkalleen 34–36 asteista, ja vesi piti vaihtaa vähintään kolme kertaa vuorokaudessa ja aina veden likaantuessa. Potilaiden voinnin tarkkailu oli tärkeää, ja hengitystä, sykettä ja kasvojen ilmeitä tuli seurata säännöllisesti. Erityisen tarkkana hoitajien tuli olla suuicidaalisten potilaiden kohdalla, ja heidät tulikin sijoittaa siten, että valvonta olisi mahdollisimman helppoa. (Neuman-Rahn 2003, 281–284.)

Kiedehoidossa alaston potilas kiedottiin vuoteessaan märkään lakanaan mahdollisimman tiukasti ja märän lakanan päälle laitettiin useampia vilttikerroksia, jotta saavutettaisiin tasainen lämpö. Kiedehoito sai kestää enintään kaksi tuntia, ja sitä käytettiin muun muassa levottomille ja maanisille potilaille. Kiedehoitoa pidettiin joskus jopa pakkopaitaa parempana vaihtoehtona, vaikka sitä ei saanutkaan käyttää rangaistuksena. Sairaanhoitajalle kiedehoidon toteutus on ollut tekninen suoritus käärimisen osalta, ja tämän

jälkeen on korostunut potilaan tarkkailu. Potilaan kasvojen väriä, hengitystä ja pulssia tuli seurata säännöllisesti (Kinnunen 1960, 134; Neuman-Rahn 2003, 287–290.)

8.2 Fysikaaliset hoitomuodot, 1934–1952

1930-luvulla alkoi psykiatriassa uusi aikakausi. Nopeaan tahtiin käyttöön tulivat kouristushoito, insuliinisokki, sähkösoikki ja lobotomia. Kun aiemmin mielisairaalat olivat lähinnä potilaiden säilytyspaikkoja, voitiin nyt todella lyhentää sairausjaksoja osin hyvinkin tehokkailla menetelmillä. Jälkikäteen tarkasteltuna kyseiset menetelmät olivat eettisesti hyvinkin arveluttavia, mutta niiden käyttöä täytyy arvioida sen hetkisestä näkökulmasta käsin. Kun mitään muuta hoitokeinoa ei ollut, oli niiden käyttö omana aikakautenaan perusteltua. Lobotomiastakin julkaistiin alkuun erittäin lupaavia tutkimustuloksia, joten ei olekaan suuri ihme, että se saavutti alkuun suosiota. (Shorter 1997, 265.)

8.2.1 Kouristuskohtaushoidot

Lääkkeillä aiheutetun kouristuksen psykoosien hoidossa keksi budapestilainen psykiatri Ladislas Von Meduna vuonna 1934. Euroopassa käytettiin Cardiazol-nimistä lääkettä kouristusten aikaansaamiseksi ja Yhdysvalloissa lääkkeenä käytettiin Metrazolia. Lääke aiheutti potilaalle muutaman minuutin pituisen tajuttomuuden ja noin 40–60 sekuntia kestäneen epileptisen kouristuskohtauksen. Kouristelut olivat erittäin voimakkaita ja aiheuttivat potilaille usein luksaatioita eli nivelten sijaltaanmenoja ja luun murtumia. Selkärangan nikamien kompressiomurtumia (luhistumismurtumia) tuli jopa joka toiselle potilaalle. (Kinnunen 1960, 171; Mattila 1995, 1552–1554; Shorter 1997, 251)

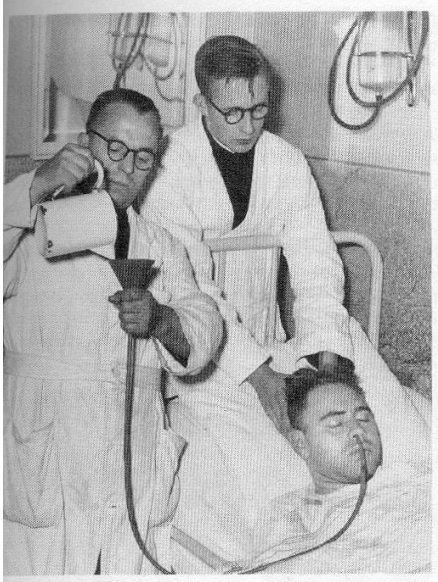
Kouristushoito oli tehokas maanis-depressiivisen psykoosin hoidossa. Jopa 75 % potilaista sai selkeää hyötyä hoidosta. Potilaat kuitenkin pelkäsivät kouristuskohtaushoitoa, sillä se aiheutti heille erittäin suurta tuskaisuutta ja kuoleman pelkoa. Kouristushoidoista luovuttiin 1940-luvulla sähkösoikin tullessa tilalle. (Kinnunen 1960, 172; Mattila 1995, 1552–1554.)

Sairaanhoitajan tehtävistä kouristuskohtaushoidossa ei löytynyt juurikaan luotettavaa materiaalia. Mitä ilmeisimmin kyseisessä hoidossa on kuitenkin korostunut potilaan hallinta kouristusten aikana ja tarkkailu hoidon jälkeen.

8.2.2 Insuliinikooma

Itävaltalainen psykiatri Manfred Sakel julkaisi vuonna 1934 tutkimuksensa insuliinikooman tuloksista. Insuliinihoito yleistyi nopeasti skitsofrenian hoidossa, mutta sitä käytettiin myös maanis-depressiivisen psykoosin hoidossa. Suomessa insuliinisokkihoito aloitettiin 1936 ja vuonna 1947 insuliinihoitoa annettiin jo 18 mielisairaalassa. Vähitellen markkinoille tulleet lääkkeet syrjäyttivät insuliinisokkihoidon 1950-luvulla. (Kinnunen 1960, 157; Elomaa 1995, 1328–1331; Shorter 1997, 246.)

Insuliinisokkihoito voitiin jakaa alkuperäisessä menetelmässä kolmeen eri vaiheeseen. Hakuvaiheessa etsittiin pienin insuliini määrä, joka aiheutti potilaalle kooman. Hoito aloitettiin antamalla ensimmäisenä päivänä 12–16 yksikköä insuliinia, ja päivittäin lisättiin insuliinin määrää 8-12 yksiköllä, kunnes päästiin määrään, joka aiheutti potilaalle kooman. Koomavaiheessa potilaalle annettiin aamulla tarvittava määrä insuliinia, ja häntä pidettiin koomassa puoli tuntia, minkä jälkeen annettiin nenämahaletkulla rypälesokeria (Kuva 2) potilaan herättämiseksi. Koomavaihe kesti niin kauan, kunnes psykoottiset oireet olivat häipyneet kokonaan tai potilaan kliinisessä tilassa ei enää tapahtunut muutoksia. Hoito lopetettiin 50 koomatilan jälkeen, mikäli positiivista vastetta ei saavutettu. Viimeisessä, eli polarisaatiovaiheessa, potilaalle annettavan insuliinin määrää vähennettiin päivittäin. Myöhemmin hakuvaihetta lyhennettiin kaksinkertaistamalla insuliinin määrää päivittäin ja polarisaatiovaiheesta luovuttiin usein kokonaan. (Kinnunen 1960, 158–160; Elomaa 1995, 1328–1331.)



Kuva 2: Potilaalle annetaan rypälesokeria nenämahaletkulla.

Insuliinisokkihoidon vaikutukset alkoivat näkyä yleensä 10–15 hoitokerran jälkeen. Aluksi potilaat voivat hyvin aamupäivän, sitten koko päivän, ja lopulta vointi säilyi hyvänä, vaikka hoito lopetettiin. Oireettomiksi parantuvat potilaat tulivat yleensä 20–25 hoitokerran jälkeen. Insuliinisokkihoito ei kuitenkaan ollut vaaratonta, vaan potilaiden kuolleisuus oli noin 1 %.(Elomaa 1995, 1328–1331; Shorter 1997, 250.)

Sairaanhoitajalle insuliinisokkihoito on ollut hyvin tekninen suoritus. Potilailta tuli mitata lämpö, pulssi ja verenpaine aamuisin ennen insuliinin antamista, ja sen jälkeen puolen tunnin välein aina heräämiseen saakka. Koomavaiheen aikana täytyi myös seurata potilaan hengitystä, ihon väriä, lihasnykäyksiä, kouristuksia, hikoilemista ja unen syvyyttä. Lisäksi erityistä tarkkuutta tuli kiinnittää potilaan puheisiin ja käyttäytymiseen hypoglykeemisen vaiheen aikana ja sen jälkeen. Nenämahaletkun laitto potilaan herättämiseksi vaati luonnollisestikin tarkkuutta, jottei letku menisi henkitorveen. Potilaan herätessä hänellä oli yleensä selvä hetki, jolloin hoitajan tuli kaikin keinoin pyrkiä pääsemään kontaktiin hänen kanssa. Hoidon jälkeen potilas usein vietiin suihkuun. (Kinnunen 1960, 160–165.)

8.2.3 Sähkösokki

Sähkösokkihoidon kehitti italialainen Rooman yliopiston psykiatrian professori Ugo Cerletti vuonna 1938. Sähkösokkihoito levisi nopeasti, ja Suomeenkin hankittiin Kello-

kosken sairaalaan ensimmäinen sähkösockkilaite vuonna 1941. Vuonna 1945 Kellokosken 812 potilaasta sähkösockkihoitoa sai sata potilasta ja sähkösockkeja annettiin jo useimmissa suomalaisissa mielisairaaloissa. Sähkösockkihoito on yhä käytössä, eikä massenukseen ole löydetty kiistattomasti tehokkaampaa, turvallisempaa ja nopeampaa hoitomuotoa. (Vataja 1995, 1794–1796)

Alkuaikoina ei vielä ollut käytössä lihasrelaksantteja ja sähköisku aiheutti potilaalle voimakkaan kouristuskohtauksen. Komplikaatioina luunmurtumat olivat tavallisia, ja varsinkin viides ja kahdeksas rintanikama painuivat usein kompressioon. Alaleuka meni usein sijoiltaan, ja reisiluu, lonkkamalja, olkaluu ja solisluu murtuivat satunnaisesti. Myös muistihäiriöitä esiintyi, mutta kun elektrodit opittiin asentamaan vain ei-dominantille puolelle päätä, vähenivät muistiongelmät selvästi. Lihasrelaksanttien käyttöönotto teki sähköhoidosta huomattavasti turvallisemman hoitomuodon. Nykyisin sähköhoitoa annetaan potilaille anestesiassa. (Vataja 1995, 1794–1796)

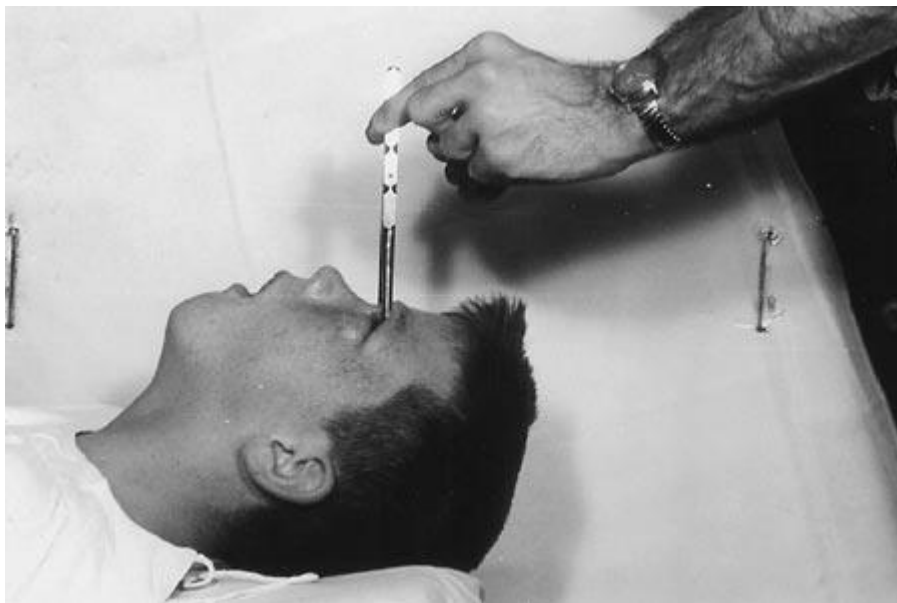
Sairaanhoitajan tuli ennen sähköhoitoa keskustella potilaan kanssa tulevasta hoitotoimenpiteestä. Potilasta tuli valmistella hoitoon, jotta hän säästyisi turhalta pelolta ja suhtautuisi hoitoon luottamuksellisesti. Ennen hoitoa potilaan ohimot pestiin eetterillä iholla olevan rasvan poistamiseksi ja sen jälkeen kostutettiin keittosuolaliuoksella sähkövirran johtamisen tehostamiseksi. Hoidon aikana potilaalle laitettiin kuminen suukapula suuhun juuri ennen sähköiskua, jottei potilas vahingoittaisi hampaitaan. Lisäksi usean hoitajan tuli pitää potilasta kiinni kouristeluvaiheen aikana. Koska potilas ei voinut juurikaan hengittää kouristuskohtauksen aikana, tuli hänet kääntää kylkiasentoon heti kouristuksen loputtua. (Kinnunen 1960, 173–174; Vataja 1995, 1794–1796)

8.2.4 Lobotomia

Psyykkikirurgian historia yltää 1800-luvulle, jolloin tehtiin ensimmäisiä kirurgisia yrityksiä psykiatrisen sairauden hoitamiseksi. Esimerkiksi sveitsiläinen psykiatri Gottlieb Burckhardt leikkasi kuusi ilmeisesti skitsofreniaa sairastavaa potilasta vuodesta 1888 alkaen, mutta hänen kokeilunsa ei saanut merkittävää huomiota. Kirurgisia operaatioita tehtiin jonkin verran muuallakin ennen 1900-lukua, mutta yritykset eivät muodostuneet kovinkaan rohkaiseviksi. (Shorter 1997, 264–265.)

Portugalilainen neurologi Egas Moniz ideoi ajatuksen lobotomiasta vuonna 1935 oltuaan Lontoossa neurologien kansainvälisessä kongressissa. Siellä hän kuuli simpansseissa tapahtuneista muutoksista otsalohkoon kohdistuneiden leikkausten jälkeen. Myöhemmin samana vuonna hän aloitti ensimmäisen aivojen otsalohkoon kohdistuneen leikkaussarjan 20 potilaalle yhdessä neurokirurgi Almeida Liman kanssa. Raporttien mukaan seitsemän heistä parani, seitsemän vointi koheni ja kuuden potilaan tila pysyi ennallaan. Moniz kertoi hyvin vähän yksityiskohtia väitteidensä tueksi, mutta tämä ei estänyt lobotomian leviämistä ympäri maailman. Egas Moniz palkittiin lobotomiateksinnöstään Nobelin lääketieteen palkinnolla vuonna 1949. (Shorter 1997, 265; Salminen 2010, 6.)

Suomessa tehtiin Salmisen (2010, 27) mukaan vähintään 1573 lobotomia leikkausta vuosina 1946–1969. Suurin osa leikatuista potilaista sairasti skitsofreniaa, ja toiseksi suurimpana potilasryhmänä oli kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat. (Salminen 2010, 31, 32, 36)



Kuva 1: Kuvassa suoritetaan transorbitaalista lobotomiaa 12-vuotiaalle Howard Dullylle 16.12.1960 Yhdysvalloissa.

Lobotomia leikkauksista oli usein hyötyä raivoavien potilaiden kohdalla, ainakin sairaalan henkilökunnan kannalta, sillä potilaat olivat leikkauksen jälkeen rauhallisempia. Lobotomian myötä kuitenkin katosi usein iso osa potilaiden persoonallisuudesta. Heistä tuli suurelta osin arvostelukyvottomiä, käytös saattoi muuttua sopimattoman estotto-

maksi, ja heidän sosiaaliset taitonsa kärsivät. Kuvassa 1 olevan Howard Dullyn kommentti aikuisena lobotomian jälkeen on ajatuksia herättävä. ”*But I’ve always felt different – wondered if something’s missing from my soul*” (Tunsin oloni aina erilaiseksi – pohdin puuttuuko sielustani jotain). Muita komplikaatioita lobotomiassa oli 1-3 % kuolleisuus ja 1-12 % potilaista sairastui epilepsiaan. (Vataja 1995, 1328–1331; Shorter 1997, 266; Tartakovsky 2011.)

Lobotomia oli työläs toimenpide sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna. Leikkausta edeltävänä päivänä potilaalle annettiin aamulla ulostuslääkettä ja illalla peräruiske. Samoin hiukset leikattiin leikkausta edeltävänä päivänä. Leikkauksen jälkeen potilaalle annettiin asentohoitoa ensimmäisenä päivänä kääntämällä hänet kyljeltä toiselle joka neljäs tunti. Nestettä potilaalle annettiin ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä lusikoittain. Potilaan pulssi ja verenpaine mitattiin joka tunti kahtena leikkausta seuraavana päivänä ja lämpö joka toinen tunti. Kolmantena ja neljäntenä päivänä leikkauksen jälkeen pulssi ja verenpaine mitattiin joka toinen tunti ja lämpö neljän tunnin välein. Seuraavan viikon aikana mittaukset suoritettiin aamuin illoin. Peräruiske annettiin potilaalle leikkauksen jälkeen joka toinen päivä. Ompeleet poistettiin 6 - 8 päivää toimenpiteen jälkeen. (Kinnunen 1960, 179)

Potillaan oltua täysin kuumeeton, yleensä 8 - 10 päivän kuluttua, hän sai olla jalkeilla. Tässä vaiheessa oli tärkeää antaa potilaalle psykoterapiaa. Hoitajien tuli puhutella potilasta, seurustella hänen kanssaan ja pelata esimerkiksi seurapelejä potilaan kanssa. Lisäksi potilaalle tuli keksiä jotakin askartelua tai pientä tehtävää. (Kinnunen 1960, 180)

8.3 Biologinen psykiatria, 1952–2000

Uusien lääkkeiden tulo 1950-luvulla markkinoille muutti kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon täysin. Työlääät ja henkilökuntaa sitoneet fysikaaliset hoitomuodot jäivät nopeasti pois käytöstä, kun lääkkeillä voitiin vaikuttaa useissa tapauksissa suotuisasti taudin kulkuun. Merkittävin hoitoon vaikuttanut yksittäinen lääke oli vuonna 1949 löydetty litium, koska sen käytöllä voitiin ensimmäistä kertaa ehkäistä uusien sairausjaksojen puhkeamista. Litium on edelleen säilyttänyt asemansa kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen, ylläpitohoidon ja manian hoidon peruslääkkeenä. (Kähkönen & Paronen 1999, 34–42.)

Australialainen John F Cade julkaisi vuonna 1949 lupauksia herättävän tutkimuksensa litiumin käytöstä maanisille potilaille. Litiumin käyttö yleistyi kuitenkin vasta 1960-luvun lopulla kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Käytön aloittamista laajamittaisesti hidasti pelko litiumin toksisuudesta, epäusko tutkimusnäytöstä ja laajamittaisen tutkimusnäytön syntymisen hitaus. Litium on osoittautunut tehokkaaksi, niin kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa, ylläpito-hoidossa kuin maanisen vaiheen hoidossa. Litiumin käytöllä on kuitenkin joitain ikäviä sivuvaikutuksia, kuten vapina, ripuli ja virtsan runsas erityys. Mielialaa tasaavina lääkkeinä alettiin käyttää 1970-luvulla myös epilepsialääkkeitä. Näistä erityisesti karbamatsepiini ja valproaatti ovat olleet käytössä. (Kähkönen & Partonen 1999, 38-42.)

Depression lääkehoitoon kehitettiin 1950-luvun lopulla trisykliset masennuslääkkeet. Niiden tehoa masennuksen hoidossa ei ole vielä kukaan ylittänyt, mutta uudemmissa masennuslääkkeillä on selkeästi vähäisemmät sivuvaikutukset. Nykyisin trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennuksen hoitoon, niihin liittyvän lisääntyneen manian kehittymisen riskin vuoksi. 1980-luvun lopulla tulivat markkinoille serotoniini selektiiviset depressiolääkkeet, eli SSRI-lääkkeet. Niiden etuna ovat selkeästi vähäisemmät sivuvaikutukset, mutta esimerkiksi käypä hoitosuosituksissa ei niitä pidetä nykyisin ensisijaisina lääkkeinä kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa. (Leinonen, 1999; Käypähoito 2008)

8.4 Sairaanhoidajan roolin muuttuminen 1900-luvulla sairausjaksojen hoidossa

Sairaanhoidajan työnkuva kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa muuttui selkeästi viime vuosisadan aikana. Toimivien hoitokeinojen uupuesssa korostui vuosisadan alkupuolella hoidossa potilaiden valvonta ja vartiointi. Fysikaalisten hoitomuotojen yleistyessä nopeasti 1930-luvulla lisääntyi sairaanhoidajan kliininen hoitotyö olennaisesti. Kun fysikaalisten hoitomuotojen käyttö loppui uusien lääkkeiden käytön myötä, sairaanhoidajan työssä korostui terapeutinen ote. Kaiken kaikkiaan sairaanhoidajan työ muuttui huomattavasti vähemmän fyysiseksi tutkitulla ajanjaksolla. Olen kuvannut kehitystä hieman karrikoiden kuviossa 5.



Kuvio 5: Sairaanhoidajan työnkuvan muutos 1900-luvulla kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.

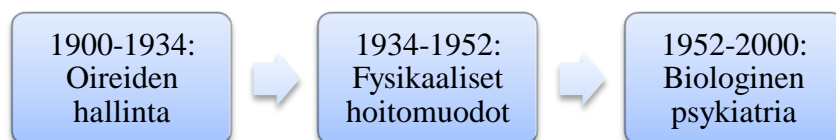
8.5 Johtopäätökset

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito kehittyi ja muuttui radikaalisti parempaan suuntaan viime vuosisadalla. Näin voi todeta yksiselitteisesti. Vuosisadan alkupuolella ei käytännöllisesti katsottuna ollut yhtään keinoa, jolla sairausjaksojen pituuteen tai voimakkuuteen olisi voitu vaikuttaa. Sairaus eteni näin sykleittäin ja hoitamattomana kroonistui.

30-luvulla keksityt ja käyttöön otetut ns. fysikaaliset hoitomuodot olivat merkittävä parannus aiempaan verrattuna. Vaikka tarkasteluni piiriin ei kuulunutkaan hoidon vaikutavuuden arviointi, silti voi todeta, että 1938 käyttöön otettu sähköhoito osoittautui heti hämmästyttävän tehokkaaksi hoitomuodoksi. Käypähoito suosituksissa sitä esitetään edelleen käytettäväksi, mikäli lääkehoito ei potilaan kohdalla toimi. Eettisesti ja inhimillisesti arvioituna insuliinikooma, kouristushoidot ja alkuvuosien sähköhoito olivat arveluttavia, puhumattakaan lobotomiasta. Fysikaalisilla hoitomuodoilla oli merkittäviä haittavaikutuksia, kuten luunmurtumat ja korkea kuolleisuus. Joka tapauksessa fysikaaliset hoitomuodot lyhensivät monen potilaan kohdalla sairausjaksoja ja helpottivat heidän elämäänsä.

Vuosi 1949 oli sitten todella merkittävä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehitymisessä, koska litiumin käyttö keksittiin silloin. Litium osoittautui tehokkaaksi sairauden jokaisessa vaiheessa. Se oli ensimmäinen lääke ja ylipäätään ensimmäinen hoitokeino, jolla pystyttiin estämään uusien sairausjaksojen puhkeamista. Lääkkeenä litiumilla on toki omat haittansa, mutta se on silti säilyttänyt asemansa ja on edelleenkin esimerkiksi käypä hoidon ensisijaisesti suosittelema lääke bipolaarisen mielialahäiriön ylläpitovaiheessa. Harvardin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan psykiatrian ja neurotieteen professori Ross Baldessarinin mukaan litiumin pitkäaikainen käyttö on edelleenkin kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ainoa hoito, jonka on osoitettu ehkäisevän

itsemurhia ja itsemurhayrityksiä. Kuviossa 5 esitän kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisen päälinjat. (Harvard Medical School, 2008)



Kuvio 5:Hoidon kehittymisen päälinjat.

Kokonaisuutena arvioin, että 1900-luvulla tapahtui valtava kehitys litiumin markkinoille tuloon asti. Vuosisadan alkupuolella ei ollut käytössä ollenkaan toimivia hoitokeinoja, joten siihen peilattuna 60-luvulla oltiin todella pitkällä litiumin ja sähköhoidon ansiosta. Viimeisen 50 vuoden aikana taas kehitys on ollut merkillisen hidasta. Jos 73 vuotta sitten kehitetty sähköhoito hoitomuoto on tehokkain vaikeissa depressioissa ja manioissa ja 62 vuotta sitten keksitty lääke litium ehkäisee parhaiten itsemurhia, voi vain ihmetellen todeta, että kehitys on lähestulkoon pysähtynyt. Hämmentäväksi asian tekee se, että kehitys on hidastunut juuri sinä aikana, kun on keksitty esimerkiksi aivojen kuvantamistutkimukset, joiden luulisi helpottavan ratkaisevasti kehitystyötä.

Sairaanhoitajan rooli kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa muuttui radikaalisti tutkimani ajanjakson aikana. Viime vuosisadan alkupuolella hoidossa korostui lähinnä potilaiden hallinta ja heidän turvallisuudestaan huolehtiminen. Oireiden hallintaan oli käytössä hyvin rajalliset lääkemahdollisuudet, ja potilaiden käytöstä jouduttiinkin hillitsemään usein pakkokeinoilla. Myöhemmässä vaiheessa 1930-luvun puolivälistä aina 1950-luvulle asti hoidossa oli vahvasti mukana tekninen osaaminen ja potilaiden fyysisen tilan tarkkailu, kun käytettiin potilaille riskialttiita hoitomuotoja kuten insuliinikoomaa ja kouristushoitoa.

Lääkkeiden kehittyminen ja käyttöönotto 1950-luvulla muutti sairaanhoitajan työtä olennaisesti. Varsinkin psykoottistasoisesti sairaiden potilaiden käytös muuttui huomattavasti rauhallisemmaksi, ja se mahdollisti osaltaan terapeutin kanssakäymisen mahdollisuuden hoitosuhteissa. Lääkehoidon osuus on nykyäänkin varsin keskeisessä osassa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Sairaanhoitajalla tulee olla nykypäivänä vahva farmakologinen osaaminen, jotta hän voi tarkkailla ja raportoida lääkityksen vaikutuksia potilaissa.

8.6 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen teossa pyritään aina välttämään virheiden tekoa, ja tämän vuoksi pyritään aina arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaustapoja. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta, ja validius tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa tutkittu juuri sitä, mikä oli tarkoituksena. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2000, 213)

Oma tutkimukseni oli kaksivaiheinen, kun tutkin bipolaarisen mielialahäiriön hoidon kehittymistä ja toisaalta sairaanhoitajan työnkuvaa hoidon toteuttajana. Hoidon kehittymisen tutkimisen suoritin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka teossa hakustrategian onnistuminen on oleellinen asia. Haun onnistumisen varmistamiseksi turvauduin informaation apuun, ja uskonkin, että hakustrategiani oli onnistunut. Lähdemateriaaliksi valikoitui kattava aineisto, jota täydensin manuaalisella haulilla. Olen esittänyt raportissani käytetyn hakustrategian kokonaisuudessaan, joten tutkimukseni on siltä osin toistettavissa. Johansson ym. (2007, 6) esittävät, että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teossa tulisi olla kaksi tekijää, jotta aineiston valinta ja käsittely olisi pätevä. Tätä vaatimusta ei tutkimukseni täytä, koska olen suorittanut tekemisen yksin. Käyttämäni lähdemateriaali on ollut kuitenkin laadukasta ja uskon, että olen onnistunut hoidon kehittymisen tutkimisessa varsin hyvin. Olen käyttänyt aineistona muun muassa eri aikakausina kirjoitettuja psykiatrian oppikirjoja ja uskonkin, että niissä on kuvattu yleisimmät käytössä olleet hoitomuodot, ja tämä oli tutkimuksessani tarkoituksena.

Tutkin myös sairaanhoitajan työnkuvan muutosta kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Tämän osalta reliaabeliuden ja validiuden toteutuminen on hiukan kyseenalaista. Vaikka uskonkin, että johtopäätökseni on oikeansuuntainen työnkuvan muutoksen arvioissa, täytyy todeta, ettei tutkimukseni sitä todista. Jotta tutkimukseni olisi pätevä todistamaan sairaanhoitajan työnkuvan muutosta, täytyisi siinä tulla esille aikamääriä, joita hoitajilta on kulunut eri hoitotoimenpiteisiin. Tämän vuoksi tutkimukseni tuloksiin ja johtopäätöksiin sairaanhoitajan työnkuvan muutoksesta on suhtauduttava varauksellisesti ja tuloksia on pidettävä suuntaa antavina.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on varsin työläs ja monenlaisia ajatuksia synnyttävä prosessi. Omalla kohdallani työn tekemiseen on sisältynyt laaja kirjo erilaisia tunteita ja kokemuksia. Aiheen valinta on ensimmäinen ja tärkeä askel. Epäonnistunut aihevalinta seuraa mukana haitaten työntekoa ensimmäisestä tietokoneen näppäimistön lyönnistä aina maturiteetin tekoon asti. Oma aihevalintani oli erittäin onnistunut.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö kiinnostaa minua, ja aiheen kohdentuminen siihen oli selviö alusta asti. Suunnitelmani kvalitatiivisesta tutkimusotteesta muuttui kirjallisuuskatsauksen teoksi lähinnä aikataulusyistä ja oli jonkinlainen takaisku itselleni. Siitä seurannutta pettymystä helpotti mielenkiintoisen näkökulman löytyminen kirjallisuuskatsaukseen. Siitä annan suuret kiitokset ohjaajilleni Elli Peterille ja Anne Purolle. Psykiatrian historiaan olen tuntenut aitoa kiinnostusta jo aiemminkin ja olen tutustunut siihen internetin ja kirjallisuuden välityksellä. Voinkin sanoa rehellisesti, että opinnäytetyön tekeminen on monin paikoin tuntunut enemmän harrastukselta kuin opintoihin liittyvältä suoritukselta.

Tutkimuksen teon aikana sain kokea aitoa onnistumisen iloa ja myös pettymystä. Ilon tuntemuksia syntyi aina, kun lähdemateriaalista löytyi käyttöni soveltuvaa tekstiä, ja samoin pettymystä, kun lähde ei soveltunutkaan omaan tutkimukseen. Jännityksen tunteitakin tulen varmasti kokemaan kun tulee tutkimuksen esityksen vuoro ja helpotuksen tunteita siinä vaiheessa, kun maturiteetti on tehty ja hyväksytty.

Opinnäytetyöni tekemisen ajankohta ei osunut ihan kohdalleen. Aktivoiduin asian suhteen aivan liian myöhäisessä vaiheessa. Ensimmäinen tapaaminen ohjaajieni kanssa oli 19.4., ja silloin selkiytyi työni näkökulma. Loppukevät oli täynnä muita opintosuorituksia, eikä aikaa opinnäytetyöhön perehtymiseen löytynyt. Tutkimussuunnitelman teon pääsin aloittamaan 30.5., ja se valmistui 5.6. Ohjaajien kanssa sovittu tapaaminen olisi pitänyt olla 10.6, mutta valitettavasti se peruuntui ohjaajistani ja minusta riippumattomien tekijöiden takia. Erittäin tärkeä ja helpottava seikka oli kuitenkin se, että sain sähköpostitse neuvoja joihinkin mieltäni askarruttaneisiin asioihin ja sain myös kannustavaa palautetta tutkimussuunnitelmastani. Joka tapauksessa kaipasin tutkimusta tehdesäni kesän aikana ohjausta monessa kohtaa. Seuraava ja toinen ohjauskerta oli elokuun toisella viikolla ohjaajieni kesäloman loputtua, ja siinä vaiheessa työni oli valmis lu-

kuun ottamatta tiivistelmää ja abstractia. Ensimmäistä kertaa tämän tason kirjallista työtä tekevänä minun oli tietenkin hyvin vaikea arvioida, missä määrin työni oli kelvollista ja kuinka paljon se tarvitsi muutoksia tai lisäyksiä.

Opinnäytetyön tekeminen on liian iso projekti, jotta siitä saatu hyöty jäisi pelkästään 15 opintopisteen suoritusmerkinnän arvoiseksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkimusaihe tukee ammatillista kasvua ja tuotoksesta tulisi olla myös jotain hyötyä. Koen oppineeni kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja sen hoidosta paljon. Oheisoppia on tullut myös muista psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidoista. Lähellekään kaikki saamani uusi tieto ei näy tässä kirjallisessa raportissani mitenkään, ja esimerkkinä voin mainita psykiatrisesta saadun tiedon. Somaattisen puolen töissä ja harjoitteluissa olen kohdannut lukuisia potilaita, joilla on psyykinen sairaus, ja uskon vakaasti, että olen opinnäytetyöni teon jälkeen valmiimpi kohtaamaan psykiatrisia potilaita. Olisin toki erittäin tyytyväinen, mikäli opinnäytetyöstäni olisi jotain hyötyä muillekin kuin minulle, mutta arviota siitä on minun itseni mahdotonta tehdä.

Alkuperäisenä suunnitelmani oli tutkia kvalitatiivisesti kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneiden henkilöiden kokemuksia sairaudestaan ja sen hoidosta. Opinnäytetyön aloituksen viivästyminen aiheutti kuitenkin kiireisen aikataulun, ja kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen yksin tuntui liian laajalta tehtävältä aikataulujen takia. Päädyinkin ehdottamaan työni ohjaajille Elli Peterille ja Anne Purolle kirjallisuuskatsauksen tekemistä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Näkökulma oli vielä avoin. Peteri ja Puro hyväksyivät idean ja ehdottivat samalla työn näkökulmaksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon kehittymisen tutkimista. Psykiatrisen hoidon historia ja historia yleensäkin kiinnostavat minua, joten ehdotettu näkökulma tuntui heti erittäin mielenkiintoiselta ja sopivan haasteelliselta.

Opinnäytetyön aloitin tekemällä tutkimussuunnitelman, joka on tärkeä osa opinnäytetyöprosessissa. Tutkimussuunnitelmaa tehdessäni tutustuin alustavasti kirjallisuuteen, ja näin näkökulma hiljalleen tarkentui mielessäni. Saksalainen psykiatri Emil Kraepelin julkaisi vuonna 1899 historiallisen teoksensa, jossa hän ensimmäisenä eritteli psykoosit niiden oireiden perusteella maanis-depressiiviseen sairauteen ja skitsofreniaan. Toimivia hoitokeinoja ei psykiatriassa juuri ollut 1900-luvun alussa, mutta tulin silti johtopäätökseen, että aloitan hoidon kehittymisen tutkimisen viime vuosisadan alusta. Pitkän aika-

spektrin ansiosta näkemykseni asiasta syvenee ja näin ymmärrän paremmin hoidon kehityksessä olleita välivaiheita. (Shorter 1997, 124.)

Mielekkäintä olisi ollut kuvata hoidon kehittymistä pelkästään Suomessa, mutta kattavaa ja laadukasta lähdemateriaalia hoidoista ei löytynyt riittävästi vuosisadan alkupuolelta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon historiaa ei ole Suomessa tutkittu, ja muu lähdemateriaali antaa lähinnä summittaisen kuvan varhaisempien hoitokeinojen kohdentamisesta juuri kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Useissa lähteissä tuodaan esille, että jotain hoitokeinoa on käytetty esimerkiksi depression, mutta ilmi ei tule se, että hoitoa olisi käytetty myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoidossa. Vaikka näin mitä todennäköisimmin onkin, sellaista lähdemateriaalia ei kuitenkaan voi luotettavuuden kärsimättä käyttää. Vastaavasti joistakin lähteistä käy ilmi, että jotain hoitomuotoa on käytetty levottomille tai kiihtyneille potilaille. Tällaisia on maanisissa potilaissa, mutta edelleenkin lähdeä ei voi käyttää.

Lopulta päätin kuvailla hoidon kehittymistä Länsi-Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tämän rajauksen tein sillä oletuksella, että psykiatria kehittyi näissä maissa suunnilleen samaan tahtiin. Uudet hoitomenetelmät tulivat käyttöön näissä maissa oletettavasti hie- man eri aikoihin, mutta se ei ole oleellista tutkimukseni tarkoituksen kannalta. Olen tuonut esille sellaiset hoitomenetelmät, jotka saavuttivat yleistä suosiota Länsi-Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Lähdemateriaalin tarjoamien mahdollisuuksien mukaan kuvaan hoitomuodon käyttöä myös Suomessa.

9.1 Eettisyys

Tutkimukseni ei kohdistunut ihmisiin, joten eettiset kysymykset liittyvät opinnäytetyösäni menetelmällisiin seikkoihin. Eettisyyden huomioon ottaminen alkaa jo tutkimusaiheen valinnan yhteydessä. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut valitsemastaan aihepiiristä. Toinen tärkeä seikka eettisyyden huomioimisesta omassa tutkimuksessani on rehellisyys kaikessa tutkimuksen tekovaiheissa. Rehellisyys tarkoittaa tutkimuksen teossa plagioinnin välttämistä, toisten tutkijoiden kunnioittamista, tulosten arviointia kriittisesti ja raportoinnin tarkkuutta ja huolellisuutta. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2000, 27–28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Eettisten seikkojen huomioiminen kokonaisuudessaan jokaisessa tutkimuksen teon vaiheissa on ensiarvoisen tärkeää. Eettisyyden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen heijastuu suoraan tutkimuksen antamaan tiedolliseen arvoon. Oman opinnäytetyöni kohdalla olen huomioinut eettiset kysymykset aihevalinnasta lähtien ja kunnioittanut niitä. Käyttämäni tutkimus-, tiedonhankinta- ja raportointimenetelmät ovat eettisesti kestäväällä pohjalla ja läpäisevät kyllä kriittisenkin tarkastelun.

Koko opinnäytetyön aikana minulle oli eettisesti vaikein paikka mieltiessäni, panenko työhöni näkyville valokuvan 12-vuotiaalle Howard Dullylle tehtävästä lobotomiasta. Kyse oli eettisestä ja moraalisesta valinnasta. Lopulta päätin ottaa kuvan mukaan, mutta helppoa päätöksen tekeminen ei ollut. Ratkaisuuni vaikutti ennen kaikkea se, että Dully on itse tullut julkisuuteen asiassa. Hänestä on muun muassa kirjoitettu kirja nimellä *My Lobotomy*. Näin koen, että en loukkaa kenenkään yksityisyyttä.

Sanotaan, että yksi kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa. Tässä tapauksessa sanonta pitänee paikkansa, ja juuri siksi halusin kyseisen kuvan esille. Kuva tuo esille kaikessa brutaaliudessaan, mistä lobotomiassa oikein oli kyse, tai paremminkin, mitä siitä puuttui. Siitä puuttui inhimillisuus. Mikä voi oikeuttaa lapsen aivojen silpomisen vuonna 1960, kun jo oli nähty ja tutkittu lobotomian olemattomat hyödyt haittoihin nähden? Epäilemättä taustalla on ollut halu auttaa, mutta hinta on ollut kova.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Omaa työtä tehdessäni kaipasin useasti potilaiden omia näkemyksiä. Mitä heillä olisi sanottavana omasta sairaudestaan ja saamastaan hoidosta? Kvalitatiivinen tutkimus kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidosta tai potilaiden kokemuksista sairaudesta itsestään ja sen hyväksymisestä olisi oikein mielenkiintoinen ja mielestäni tärkeä aihe tutkimukselle. Suomalaisia ja ulkomaisia tutkimuksia kyllä löytyy paljonkin kvantitatiivisella metodilla tehtynä useimmiten lääkehoidon vaikuttavuudesta kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, mutta suomalainen kvalitatiivinen tutkimus uupuu.

Toinen esille tullut tutkimusaihe olisi potilaiden kokemukset psykiatrisen hoidon muuttumisesta mielenterveystyön rakenteellisen uudistuksen yhteydessä. Tarkoitin laitoshoidon keskittyneen hoitojärjestelmän muuttumisesta avohoitomalliin. Koska kyseinen

muutos alkoi 1980-luvun alussa, potilaina muutoksen kokeneet olisivat toki jo iäkkäitä, mutta uskoisin kuitenkin, että sopivia potilaita olisi löydettävissä.

Kolmas tutkimusaihe, joka tuli mieleeni tämän opinnäytetyön tekemisen aikana, on tutkimus psykiatrisen hoidon saatavuudesta 1990-luvun alussa, jolloin oli paha talouslama Suomessa ja psykiatriaankohdistui suuria taloudellisia leikkauksia. Kyseiseen tutkimukseen sopisi myös kvalitatiivinen tutkimusote, jolloin potilaiden omat kokemukset tulisivat esille.

LÄHTEET

Anttila, Pirkko 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Akatiimi Oy, Helsinki.

Elomaa, Eero 1995. Insuliinisokkihoito. Suomen Lääkärilehti 12 (50) 1328–1331.

Harvard Medical School 2008. Litiumilla voidaan ehkäistä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien potilaiden itsemurhia. Tulostettu 7.8.2011 osoitteesta URL: <http://www.tohtori.fi/?page=5575414&id=3776072>

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tulostettu 10.10.2011 osoitteesta URL: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,5866>

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2000. Tutki ja kirjoita, 6. painos. Tammi, Helsinki.

Huttunen, Matti 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Huttunen, Matti 2008. Psykenlääkeopas. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Hyvönen, Juha 2008. Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopisto, väitöskirja.

Iija, Aulikki & Almqvist, Sinikka & Kiviharju-Rissanen, Upu 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Johansson, Kirsi & Axelin Anna & Stolt Minna & Ääri Riitta Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto, Turku.

Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2011. Opinnäytetyöpankki-Historiallinen tutkimus. Tulostettu 9.6.2011 osoitteesta URL: <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTutkHistoriallinen.aspx>

Kaappola, Jaana & Luoto, Janica 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätauti-osastolla sairaanhoitajien kokemana. Tulostettu 14.06.2011 osoitteesta URL: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4589/Kaappola_Jaana_1.pdf?sequence=3

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kinnunen, Lyyli 1960. Mielisairaanhoito 6 painos. WSOY, Helsinki.

Kähkönen, Seppo & Karila, Irma & Holmberg, Nils 2001. Kognitiivinen psykoterapia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kähkönen, Seppo & Partonen, Timo 1999. Mielen lääkkeet – lääkkeen mieli, psykofarmakologian historia Suomessa. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Leinonen, Esa 1999. Vanhemmat masennuslääkkeet. Tulostettu 9.8.2011 osoitteesta [URL:http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91070&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero.](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91070&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero.)

Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2007. Psykiatria 5 painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Mattila, Mauri 1995. Pentetratsolisokki psykoosien hoidossa. SuomenLääkärilehti 13 (50), 1552–1554.

Miklowitz, David 2002. The bipolar disorder survival guide. The Guilford Press, New York.

Neuman-Rahn, Karin 2003. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa 2 painos. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki & Psykiatrian yhteistyö ry, Helsinki.

Pulkkinen, Satu & Vesanen, Päivi 2010. Sairaanhoitajan käsikirja: Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Luettu 22.6.2011 osoitteesta [URL: http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kaksisuuntainen%20mielialahäiriö.](http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kaksisuuntainen%20mielialahäiriö)

RedfieldJamison, Kay 2002. Levoton mieli 2 painos. MemphisBooks, Helsinki.

Salminen, Ville 2010. Lobotomia suomalaisessa psykiatriassa 1946-1969. Oulun Yliopisto, Humanistinen tiedekunta. Aate- ja oppihistorian Pro gradu tutkielma.

Savolainen, V.P 1995. Kestouniterapia. Suomen Lääkärilehti 25 (50), 2598–2601.

Shorter, Edward 1997. Psykiatrian historia, 2 painos. Psykiatrian Yhteistyö ry & Mielenterveyden keskusliitto ry, Helsinki.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. Käypä hoito: Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Luettu 11.6.2011 osoitteesta [URL: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076)

Raitasuo, Ilkka 1995. Kylpy- ja kiedehoidot. SuomenLääkärilehti 21-22 (50), 2248-2250.

Tartakovsky, Margarita 2011. The surprising history of lobotomy. Tulostettu 8.6.2011 osoitteesta [URL: http://psychcentral.com/blog/archives/2011/03/21/the-surprising-history-of-the-lobotomy/](http://psychcentral.com/blog/archives/2011/03/21/the-surprising-history-of-the-lobotomy/)

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi 3. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Vataja, Risto 1995. Lobotomia. Suomen Lääkärilehti 2 (50), 1328–1331.

Vataja, Risto 1995. Sähkösoikkihoidon historiaa. Suomen Lääkärilehti 15 (50), 1794–1796.

LIITTEET

Tutkimusaineisto

Liite 1

Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands / edited by Marijke Gijswijt-Hofstra and Roy Porter

Eurooppa. Ruumis ja sielu / [päätoimittaja: Wim Blockmans

European psychiatry on the eve of war : Aubrey Lewis, the Maudsley Hospital, and the Rockefeller Foundation in the 1930s / Katherine Angel, Edgar Jones and Micheal Neve

History of madness / Michel Foucault

History of psychiatry / published by Alpha Academic in collaboration with the Royal College of Psychiatrists

Hoitotyötä Kellokoskensairaalassa / Heljä Nenonen

Inheriting madness : professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France / Ian R. Dowbiggin.

Kajastus hämäryydessä. 1. osa / Anu Peltoniemi.

Kajastus hämäryydessä. 2. osa / Anu Peltoniemi.

Lobotomia suomalaisessa psykiatriassa 1946-1969 / Ville Salminen.

Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium / Theodore Millon

Mielen lääkkeet - lääkkeen mieli : psykofarmakologian historia Suomessa / toimittajat Seppo Kähkönen, Timo Partonen

Mielen valtaa : psykiatrian lukemisto / toim. Ilkka Taipale

Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä / Aulikki Iija, Sinikka Almqvist, Upu Kiviharju-Rissanen.

Mielitaudit / Hannu Naukkarinen.

Pitkäniemen sairaala 1900-1990 / Mervi Kaarninen, Pekka Kaarninen

Psykiatria / toimittajat: Jouko Lönnqvist ... [et al.]

Psykiatrian historia / Edward Shorter

Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa / Martti Kaila.

Psykiatrinen hoitotyö / Eila Latvala, Tuomo Visuri, Sirpa Janhonen.

Psykiatrian käsikirja / [päätoimittajat: Kalle Achté, Tapani Tamminen]

Psykoterapiat eilen ja tänään / Juhani Ihanus

Rewriting the history of madness : studies in Foucault's Histoire de la folie / edited by Arthur Still and Irving Velody

Shyness : how normal behavior became a sickness / Christopher Lane

Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa / Karin Neuman-Rahn

Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta Juha Hyvönen.

The psychiatric persuasion : knowledge, gender and power in modern America / Elizabeth Lunbeck.

Törnävän sairaala 1974-1990 / Katariina Aho-Matilainen

150 vuotta : muuttuuko ihminen? / Raili Ala-Haavisto

150 vuotta psykiatria : Lapinlahden sairaalan historia 1841-1991 / [toimittaja] Kalle Achté