

Piia Kiuru

Kuulua johonkin ja saada jotain aikaiseksi

Oikeuspsykiatristen potilaiden merkityksellinen arki
sairaalahoidon jälkeen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Kuntoutuksen päivityskoulutus

Opinnäytetyö

25.02.2013

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Piia Kiuru Kuulua johonkin ja saada jotain aikaiseksi – Oikeuspsykiatristen potilaiden merkityksellinen arki sairaalahoidon jälkeen</p> <p>76 sivua + 2 liitettä 25.2.2013</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Toimintaterapeutti AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Toimintaterapian koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Toimintaterapia</p>
<p>Ohjaaja</p>	<p>Anja Sario, Lehtori</p>
<p>Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka on toteutettu yhteistyössä työnantajani Vanhan Vaasan sairaalan kanssa. Vanhan Vaasan sairaala on valtion mielisairaala, joka tuottaa oikeuspsykiatrisia erityistason palveluita koko Suomen alueelle. Olen työskennellyt oikeuspsykiatrisen toimintaterapian parissa vuodesta 1999 lähtien. Tekemäni potilastyön kautta havaitsin tarpeen paremmin ymmärtää sairaalahoidon jälkeisen elämän olosuhteita ja potilaiden arjessaan toteuttamia toimintoja. Seuranta-tutkimuksia, jotka kuvailevat oikeuspsykiatristen potilaiden siirtymää sairaalasta takaisin yhteiskuntaan, on niukasti. Tutkimuksen tuottama tieto on hyödynnettävissä arvioitaessa sairaalahoidon vaikuttavuutta sekä kehitettäessä sairaalan kuntoutustoimintaa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä kokemuksellista tietoa oikeuspsykiatristen potilaiden arjesta sairaalahoidon jälkeen sekä vaikutuksista, joita pitkäaikaisella laitoshoidolla on ollut arjen toiminnallisuuteen. Tarkastelin haastateltavien arjessa toteutuvia toimintoja osana sitä ympäristöä, johon he olivat sairaalasta kotiutumisen jälkeen asettuneet. Erityisesti olin kiinnostunut toiminnoista, jotka potilaat kokevat itselleen merkityksellisinä.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastattelin kolmea Vanhan Vaasan sairaalasta vuosien 2010 ja 2011 aikana kotiutunutta potilasta. Haastatteluaineiston sisällönanalyysin tein teoriaohjautuvasti. Opinnäytetyön teoreettisen pohjan muodostavat Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli sekä Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat, että haastateltavat olivat arjessaan sitoutuneet varsin erilaisiin toimintoihin. Yhteistä toimintoille oli merkityksellisyyden kokemus. Toimintoihin osallistumisen kautta arkeen oli muodostunut rytmiä ja rutiineja. Toiminnot olivat myös mahdollistaneet liittymisen sosiaalisiin yhteisöihin ja positiivisten sosiaalisten roolien syntymisen. Haastateltavat kokivat toiminnallisuuden arjessaan tärkeänä. Toiminnan kautta he saivat mielihyvän ja pätevyyden tunteita sekä kokemuksia siitä, että saavat jotain aikaiseksi tai ovat hyödyksi muille. Myös itsemääräämisoikeus ja oma koti olivat keskeisiä tekijöitä, joiden kautta haastateltavat määrittivät omaa menestystään. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että haastateltavat liittyvät ensisijaisesti vertaisiin ja toiminnallisuutta rajoitti pelko syrjityksi ja hylätyksi tulemisesta. Leimautumisen pelon lisäksi arjessa toimimista rajoittivat erityisesti vähävaraisuus sekä aloitekyvyssä ilmenneet puutteet.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>oikeuspsykiatria, kotiutuminen, arjen toiminnot, merkityksellisyys, sitoutuminen, sosiaalinen liittyminen</p>

Author Title Number of Pages Date	Piia Kiuru Meaningful Daily Occupations for Mentally Disordered Offenders after Forensic Care 76 pages + 2 appendices Spring 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor	Anja Sario, Senior Lecturer
<p>This thesis is a qualitative study which was carried out in cooperation with my employer Vanha Vaasa hospital. It is a state mental hospital that provides special forensic psychiatric services for the whole country. I have worked as an occupational therapist in forensic mental care since 1999. Through my clinical work, I found the need to better understand patients' life conditions and daily occupations after forensic care. Follow-up studies are rare and transition in the community life is not well known. The information that my study provides is important when assessing the effectiveness of hospital care and can be used for development of rehabilitation services.</p> <p>The aim of this study was to gather information about the everyday life of forensic psychiatric patients after hospitalization. I was also interested in the effects of long-term institutional care in everyday functionality. I examined the interviewees' daily occupations occurring as part of the environment, where they had settled after discharge from hospital. In particular, I was interested in meaningful occupations.</p> <p>The data for this study represents the patients' perspective. It was gathered by interviewing three patients, who had been under forensic care and are now living in community settings. The material was analyzed through content analysis, combining both inductive analysis and theory liability. The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) and a Conceptual Framework for Therapeutic Occupation form the theoretical basis for this study.</p> <p>The results showed that the interviewees were engaged in very different daily occupations, but a sense of meaningfulness was a key factor in the engaging occupations. Common factors for meaningful activities were that they enabled social participation, provided a daily structure and developed positive social roles. However, the interviewees primarily related to their peers, and the functionality was limited by the fear of being discriminated and rejected. Also, the ability to be functional was an important factor in everyday life. Activities gave them pleasure, as well as feelings of competence. It was important to get things done or to benefit others. Also, the freedom to make decisions and the ability to live in their own apartment were the factors through which the interviewees defined their own success. In addition to the fear of stigma, everyday life was especially limited by poverty and lack of initiative.</p>	
Keywords	forensic care, community settings, daily occupations, meaningfulness, engagement, social participation

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Oikeuspsykiatria tutkimuskontekstina ja työelämäyhteys	3
2.2	Siirtymä sairaalasta yhteiskuntaan aikaisempien tutkimusten valossa	5
2.3	Tutkimuskysymykset	9
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Ihminen osana ympäristöään	10
3.2	Toiminnalla on merkitys ja tarkoitus	12
3.3	Toiminnan dynamiikka	18
3.4	Menestys ja toimintakykyisyys	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
4.1	Menetelmälliset valinnat	22
4.2	Haastateltavien valinta ja tutkimusaineiston keruu	24
4.3	Tutkimusaineiston analyysi	27
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
5.1	Adaptaatio – muutos itsessä sairaalahoidon aikana	30
5.1.1	Itsensä löytämisen prosessi	31
5.1.2	Sosiaalisuus	32
5.1.3	Toiminnallisuuden vahvistuminen	35
5.1.4	Pätevyyden tunne	38
5.2	Menestyksen tekijät ja merkityksellinen arki	40
5.2.1	Vapaus	41
5.2.2	Liittyminen muihin	45
5.2.3	Aikaansaaminen	50
5.3	Toimintaa rajoittavat tekijät	55
5.3.1	Oikeuspsykiatrian stigma	55
5.3.2	Puutteet aloitekyvyssä	57
5.3.3	Ulkoiset tekijät	57
5.4	Yhteenvedo tuloksista	59
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	60

6.1	Tulosten tarkastelu	61
6.2	Ajatuksia kuntoutustoiminnan kehittämiseksi	63
7	POHDINTA	66
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	66
7.2	Yleistä pohdintaa ja opinnäytetyöprosessin tarkastelua	69
7.3	Jatkotutkimusehdotuksia	71
	Lähteet	73
	Liitteet	1
	Liite 1: teemahaastattelun haastattelurunko	1
	Liite 2: Suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön	1

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö sijoittuu oikeuspsykiatrisen toimintaterapian erikoisalalle. Oikeuspsykiatrisen hoito on pitkäaikaista laitoshoidoa, jonka päämääränä on kotiuttaa potilas takaisin yhteiskunnan jäseneksi. Hoidon aikana potilasta pyritään tukemaan oman elämän rakentamisessa sellaiseksi, että hän pystyy elämään yhteiskunnan normien ja lakien mukaisesti sekä kokemaan arkensa mielekkäänä. Hoidon aikana potilaalle pyritään tarjoamaan sellaisia kuntouttavia ja hoidollisia toimintoja, joilla edesautetaan potilaan integroitumista takaisin yhteiskuntaan. Tutkimuksissa on todettu, että elämään rakennetta luovan, merkityksellisen toiminnan puuttumisella on yhteys uusintarikollisuuden ilmenemiseen (Townsend – Polatajko 2007: 44). Siten toiminnallisuuden näkökulma on keskeinen myös oikeuspsykiatrian perustehtävän kannalta katsottuna. Sairaalahoidon jälkeisen arjen tuntemus lisää ymmärrystä tekijöistä, jotka tukevat potilaan onnistunutta siirtymää osaksi yhteiskuntaa ja edistävät rikoksetonta elämää.

Olen työskennellyt vuodesta 1999 lähtien oikeuspsykiatrisen toimintaterapian parissa Vanhan Vaasan sairaalassa. Kiinnostus tutkimuksen aihepiiriin, oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon jälkeiseen arkeen, heräsi kuntoutusosastolla tekemäni potilastyön kautta. Osallistuessani potilaiden hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, tuli toistuvasti esille puutteita tiedoissa, joiden varaan ymmärrys potilaiden sairaalahoidon jälkeisestä arjesta rakennetaan. Sairaalaorganisaatiolla ei ole käytettävissä tietoa ympäristöistä, joihin potilaat uloskirjoituksen jälkeisinä vuosina asettuvat, eikä toiminnoista, joita heidän arkeensa kuuluu. Siten meillä ei myöskään ole virallista tietoa toteutuneen kuntoutuksen vaikutuksista sairaalahoidon jälkeiseen toiminnallisuuteen. Opinnäytetyössäni olen vastannut tähän tiedon tarpeeseen. Tutkimukseni tuottama tieto on hyödynnettävissä arvioitaessa sairaalahoidon vaikuttavuutta sekä kehitettäessä sairaalan kuntoutustoimintaa.

Tutkimuksessani olen kerännyt tietoa Vanhan Vaasan sairaalasta uloskirjoitettujen oikeuspsykiatristen potilaiden arjesta sairaalahoidon jälkeen. Tieto on kokemuksellista, kotiutuneiden potilaiden näkemys tekijöistä, jotka vaikuttavat arjen sujuvuuteen ja mielekkyyteen. Tarkastelen arjessa toteutuvia toimintoja osana sitä ympäristöä, johon haastateltavat ovat sairaalasta kotiutumisen jälkeen asettuneet. Tutkimuksessa huomioin myös tekijät, jotka rajoittavat arjessa toimimista. Erityisen kiinnostunut olen merkityksellisestä toiminnasta, koska merkityksellisyyden kokemuksen katsotaan olevan

keskeinen tekijä toimintoihin sitoutumisessa (Townsend – Polatajko 2007: 60). Sitoutumisella taas on yhteys säännöllisen elämänrytmin muotoutumiseen ja positiivisten sosiaalisten roolien kehittymiseen (Joe 2004: 112). Opinnäytetyössä kuvaan myös muutoksia, joita potilaat kokevat heissä itsessään tapahtuneen sairaalahoidon aikana. Tuon myös esiin miten nämä muutokset heijastuvat sairaalahoidon jälkeisessä arjessa toimimiseen. Opinnäytetyön teoreettisen pohjan muodostavat Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) sekä Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys. Niiden vaikutus näkyy tutkimuksen teoreettisessa näkökulmassa sekä käytettävässä käsitteistössä.

Toivon, että tutkimukseni tuottama tieto herättää keskustelua sekä tarjoaa uusia oivalluksia niistä toiminnallisuuteen liittyvistä tekijöistä, jotka eivät tule näkyväksi potilaan asuessa sairaalaympäristössä. Uusi tieto on hyödynnettävissä ensisijaisesti Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutustoiminnan kehittämistyössä. Sen lisäksi tutkimuksen tuottamaa tietoa voivat hyödyntää myös muut oikeuspsykiatrisen hoidon toteuttamisesta vastaavat laitokset. Lisäksi on huomioitava, että useat tutkimuksessa esiin tulleet ilmiöt eivät ole sidoksissa pelkästään oikeuspsykiatriaan, vaan kertovat pikemminkin psykiatristen potilaiden arjesta sekä pitkäaikaisen laitoshoidon vaikutuksista toiminnallisuuteen. Siten tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan laajemminkin hyödyntää psykiatrisen kuntoutuksen kentällä.

Ajankohtaisen näkökulman opinnäytetyöhöni tuovat kansallisella tasolla meneillään olevat hankkeet, joiden tavoitteena on entistä laajemmin nostaa esille asiakkaiden tarpeita. Hankkeissa tuodaan esille asiakkaan aseman vahvistamista ja suunnitellaan kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009.) Vanhan Vaasan sairaalassa potilaiden kokemusasiantuntijuutta on vuosien 2011 ja 2012 aikana hyödynnetty ottamalla heitä mukaan henkilökunnalle suunnattuihin koulutustilaisuuksiin. Lisäksi sairaalan johdon toimesta on useissa yhteyksissä nostettu esille tarvetta lisätä kokemusasiantuntijuuden käyttöä osana organisaatiomme kehitystyötä. (Vokkolainen 2012.)

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Oikeuspsykiatria tutkimuskontekstina ja työelämäyhteys

Tutkimukseni yhteistyökumppanina toimii pitkäaikainen työnantajani **Vanhan Vaasan sairaala**. Vanhan Vaasan sairaala on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) alainen valtion mielisairaala, joka tuottaa oikeuspsykiatrisia erityistason palveluita koko Suomen alueelle. Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan oikeuspsykiatrisia ja vaikeahoitoisia potilaita sekä tehdään oikeuspsykiatrisia mielentilatutkimuksia. Sairaalassa toteutettavan hoito- ja kuntoutustoiminnan tavoitteena on, että potilaat sisäistävät yhteiskunnan tavanomaiset normit ja pystyvät elämään niiden mukaisesti. (Vanhan Vaasan sairaala 2012.)

Oikeuspsykiatria on itsenäinen lääketieteen erikoisala, jonka tehtävänä on tutkia miten mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen, millaisia ongelmia psyykkiset häiriöt ja poikkeavuudet aiheuttavat lakien soveltamisessa, ja miten rikollista ja erityisesti väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ehkäistä ja hoitaa. Käytännön terveydenhuollossa oikeuspsykiatrian tehtävänä on vastata psyykkisesti sairaiden henkilöiden tutkimuksesta ja tietyissä tapauksissa myös hoidosta. Hallinnollisen oikeuspsykiatrian aluetta on mielenterveyslakiin, kehitysvammalakiin ja päihdehuoltolakiin liittyvä tahdosta riippumatta annettava hoito. (Itä-Suomen yliopisto 2012.)

Oikeuspsykiatrinen potilas on useimmiten syyllistynyt väkivaltarikokseen, hänet on todettu mielentilatutkimuksessa syyntakeettomaksi ja jätetty tuomioistuimessa mielisairausten vuoksi tuomitsematta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on sen jälkeen määrännyt hänet mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Vanhan Vaasan sairaala 2012.) Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitajaksot ovat tavallisesti useamman vuoden mittaisia. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika vuosina 2009-2011 oli laskutavasta riippuen viidestä vuodesta kahdesta kuukaudesta seitsemään vuoteen (Vanhan Vaasan sairaalan tulossopimus 2012: 9).

Sairaalassa toimii kaksi avointa **kuntoutusosastoa**. Opinnäytetyöprosessin aikana olen tehnyt tiivistä yhteistyötä kuntoutusosasto A2:n kanssa. Osasto A2 on sairaalan pisimmälle kuntoutuneiden potilaiden osasto, niin sanottu viimeinen porras ennen jatkohoitoon tai itsenäiseen asumiseen siirtymistä. Kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen perustana on yhteisöhoidollinen näkemys ja päämääränä on tarjota potilaiden tar-

peista lähtevää kokonaisvaltaista psykiatrista hoitoa, joka luo edellytykset potilaan siirtymiselle avohoitoon. Kuntouttavan hoidon perustana on luottamus yksilön kykyyn ottaa vastuu itsestä, yhteisöstä ja yhteiskunnasta. Hoidon keskeisimpiä tavoitteita on tukea potilaan voimavaroja, opiskelua ja mahdollista paluuta työelämään, auttaa potilasta tunnistamaan sairautensa ja selviytymään arkielämän toiminnoista sekä kehittämään sosiaalista verkostoaan. (Toimintasuunnitelma 2012.)

Oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa siirtymävaiheen ja uuden ympäristön aiheuttamia stressitekijöitä pyritään huomioimaan harjoittelujakso- ja valvonta-aikakäytännöillä. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa uloskirjoitusta edeltävät pääsääntöisesti muutamien viikkojen mittaiset ja säännöllisesti toteutuvat harjoittelujaksot. Ne suuntautuvat ympäristöön, jonne potilas siirtyy sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla käytössä on valvonta-ajaksi kutsuttu jakso, joka mahdollistaa asteittaisen siirtymisen avohoitoon ja osaksi yhteiskuntaa. Katsotaankin, että asteittainen siirtyminen yhteiskuntaan mahdollistaa uusien ihmissuhteiden ja toiminnallisten rutiinien luomisen ja siten edesauttaa sopeutumista (Joe 2004: 113).

Toimintaterapeutti kuuluu moniammatilliseen tiimiin, jonka tehtävänä on suunnitella ja toteuttaa hoitoa ja kuntoutusta yhteistyössä potilaan itsensä kanssa. Toimintaterapian kiinnostus on potilaiden toiminnallisuudessa. Niissä arjen taidoissa, valmiuksissa ja elämän olosuhteissa, jotka edistävät potilaan suoriutumista omassa arjessaan, niin hoidon aikana kuin sen jälkeenkin. Toimintaterapian työote on asiakaslähtöinen ja potilaan omaa näkemystä kunnioittava. Toimintaterapiassa pyritään tukemaan potilaan toiminnallisuutta mahdollistamalla toimintoja, jotka potilas kokee itselleen merkityksellisinä.

Opinnäytetyön ympärillä tehdyllä **työelämäyhteistyöllä** olen pyrkinyt varmistamaan, että tutkimukseni vastaa kysymyksenasettelultaan tarkoituksenmukaisiin kysymyksiin. Opinnäytetyön yhteyshenkilöinä ovat Vanhan Vaasan sairaalan taholta toimineet kuntoutusosasto A2:n osastonhoitaja Marja-Lea Uusitalo ja johtava ylihoitaja Aila Vokkolainen. He ovat tarjonneet kaksi toisiaan täydentävää näkökulmaa, joista kumpikin on edistänyt tutkimukseni laadukasta etenemistä.

Johtavan ylihoitajan kanssa toteutuneissa palavereissa sain tietoa sairaalan hoito- ja kuntoutustoiminnan nykyisistä linjauksista ja tutkimuksen toteutukseen liittyvistä seikoista. Johtava ylihoitaja on ollut mukana myös niin kutsutussa After Care -

tutkimuksessa, jossa selvitettiin oikeuspsykiatristen potilaiden jatkohoitoa sekä väkivaltaisella käytökselle altistavia tekijöitä. Kuntoutusosaston osastonhoitajan kanssa yhteistyö oli tiivistä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Koska osastonhoitaja työskentelee sairaalasta pian kotiutuvien potilaiden parissa, oli hänen näkökulma käytännönläheinen. Prosessin eri vaiheissa pidettiin palavereja, joissa käytiin läpi tutkimuksen sen hetkistä vaihetta. Prosessin alkuvaiheessa tarkasteltiin tutkimussuunnitelmaa, avattiin toimintaterapian teoreettista ajattelua ja pohdittiin teemahaastattelurungon sisältöä. Haastattelujen jälkeen osastonhoitaja luki litteroidut haastattelut ja pohti kerättyä tietoa omasta näkökulmastaan. Myös tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin yhteistyössä. Prosessin aikana on toistuvasti pohdittu myös käytännön kehittämistoimia ja arvioitu osaston nykyistä kuntoutustoimintaa. Palavereissa myös sovellettiin toimintaterapian teoriaa ja haastattelujen tuottamaa tietoa osastolla asuvien potilaiden tilanteisiin sekä käsitteellistetty tiedon pohjalta ilmiöitä, jotka tulevat näkyväksi osaston arjessa. Osastonhoitajan kanssa käydyt keskustelut olivat antoisia ja jo sellaisenaan antoivat ajatuksia kuntoutustoiminnan kehittämiseen.

2.2 Siirtymä sairaalasta yhteiskuntaan aikaisempien tutkimusten valossa

Tutkimus oikeuspsykiatrian parissa alkoi jo 1980-luvulla. Tuolloin kiinnostus suuntautui pääasiallisesti potilaiden vaarallisuuden mittaamiseen ja ennustamiseen. 1990-luvulla tutkimuksissa alettiin käyttää termiä riskin arviointi ja huomioida tekijöitä, jotka ovat sidoksissa kohonneeseen väkivaltariskiin. Tuolloin ryhdyttiin myös kiinnittämään huomiota toimiin, joilla tuota riskiä voisi alentaa. (Bjørkly 2004: 67–70.) Edelleenkin oikeuspsykiatrian erikoisalan tutkimusten ja raportoitujen hoito-ohjelmien kiinnostus kohdentuu ensisijaisesti toimiin, joilla hoidon jälkeistä uusintarikollisuuden ja väkivallan riskiä voidaan vähentää. Oikeuspsykiatristen potilaiden parissa tehdyt seurantatutkimukset käsittelevät tyypillisesti uusintarikollisuutta ja väkivallan riskiä, pitäen niitä onnistuneiden interventioiden mittareina (Lindstedt – Grann – Söderlund 2011: 302). Tutkimustietoa, joka käsittelee siirtymää oikeuspsykiatrisesta sairaalahoidosta itsenäiseen elämään, on varsin rajallisesti. Seuraavaksi esittelen keskeisimmät tutkimusartikkelit, jotka sivuavat opinnäytetyöni aihepiiriä.

Ruotsalaisessa toimintaterapian alan tutkimusartikkelissa todetaan, että oikeuspsykiatristen potilaiden elämän taitoihin ja hoito-ohjelmiin liittyviä tutkimuksia on olemassa, mutta tutkimukset ovat sairaalaolosuhteissa tehtyjä. Seurantatutkimukset liittyen oikeuspsykiatrisen hoidon positiivisiin vaikutuksiin elämän olosuhteissa ovat harvinaisia.

Elämän olosuhteilla viitataan tässä yhteydessä asumiseen, päivittäisiin toimintoihin ja sosiaalisiin suhteisiin. Kotiutumisen jälkeisiä elämän olosuhteita ei ole yksityiskohtaisesti kuvattu ja siten potilaiden elämää yhteiskuntaan siirtymisen jälkeen ei juurikaan tunneta. Olemassa olevissa tutkimuksissa on todettu, että oikeuspsykiatrisilla potilailla on merkittäviä vaikeuksia elämän taidoissa ja siten he tarvitsevat tukea kotiutumisen jälkeisessä elämässä. (Lindstedt – Grann – Söderlund 2011: 302–303.)

Ruotsalainen Helene Lindstedt tiimensä kanssa toteutti oikeuspsykiatristen potilaiden parissa kaksi toimintaterapian alan tutkimusta. Tutkimusten kiinnostus kohdistui sairaalahoitossa olevien potilaiden käsitykseen omista kyvyistään sekä muutokseen, jonka oikeuspsykiatrinen hoito sai aikaan elämän olosuhteissa. Kyvykkyyttä ja muutosta tarkasteltiin toiminnallisen suoriutumisen ja sosiaalisen osallistumisen kautta. Kummassakin tutkimuksessa tehtiin samansuuntaisia havaintoja. Potilaat olivat luottavaisia ja tyytyväisiä suoriutumiseensa päivittäisissä toiminnoissa sekä sosiaalisessa osallistumisessa. Lisäksi havaittiin, että tyytyväisyys omaan suoriutumiseen lisääntyi sairaalahoidon aikana. Potilaiden raportoima kokemus oli kuitenkin ristiriidassa ammattihenkilöstön havaintojen kanssa. Havaintojen perusteella potilaat olivat hoidon aikana jopa menettäneet päivittäisen elämän taitojaan. Myös sosiaalisia kontakteja oli vähäisesti ja osallistuminen jokapäiväisen elämän sosiaalisiin tilanteisiin oli rajallista. Epäjohdonmukaisuus arvioissa herätti kysymyksen potilaiden kyvyttömyydestä tunnistaa toiminnallisia rajoitteitaan. Kyvyttömyydellä tunnistaa omia rajoitteita tiedetään olevan suora yhteys yhteistyöhaluttomuuteen. Siten tutkimuksissa todettiin, että jo sairaalahoidon aikana potilaiden kyvyttömyyteen tunnistaa rajoitteitaan tulisi kiinnittää huomiota. Lisäksi todettiin, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista tulisi tarvitsemaan merkittäviä tukitoimia siirtyessään sairaalahoidosta takaisin yhteiskuntaan. (Lindstedt – Grann – Söderlund 2011: 303–309; Lindstedt – Söderlund – Stålenheim – Sjöden 2004: 118.)

Vuonna 2003 julkaistiin Kanadalaisen tutkimusryhmän artikkeli, jossa tarkasteltiin oikeuspsykiatristen potilaiden selviytymistä avohoidossa ja integroitumista takaisin yhteiskuntaan. Tutkittavat omasivat pitkän sairaalahistorian, jonka jälkeen he olivat tutkimus-
hetkellä asuneen omassa asunnossa valvonnan alla ja tukitoimien piirissä parin vuoden ajan. Suurin osa tutkimukseen osallistuvista potilaista sairasti skitsofreniaa, noin puolella heistä oli taustalla henkirikos ja he kaikki olivat miehiä. Tutkimuksessa mitattiin muun muassa tutkittavien elämälaatua, selviytymisstrategioita, itsetuntoa ja tyytyväisyyttä sekä osallistumista ympäristön tarjoamiin toimintoihin. Tutkimuksessa kävi ilmi,

että tutkittavien tyypillisimpiä ongelmia olivat paniikkikohtaukset, fobiat, yliaktiivisuus, keskittymiskyvyttömyys ja levottomuus sekä heikko henkilökohtainen hygienia. Tutkittavat olivat tyytyväisiä sosiaalisten kontaktiensa määrään ja laatuun sekä kokivat olevansa osa yhteisöä. Siitä huolimatta he viettivät paljon aikaa omassa kodissaan, eivät osallistuneet yhteisöllisiin tapahtumiin oman tutun ympäristönsä ulkopuolella. He poistuivat kodeistaan esimerkiksi kävelyille ja kauppaan, mutta eivät yleensä osallistuneet toimintoihin, jotka edellyttivät ihmisjoukoissa oleilua. Tutkimuksen tulokset osoittivat tutkittavien heikkoa integroitumista yhteisöihin. Yhteisöön integroitumisen katsotaan olevan yhteydessä sosiaalisen tuen määrään, psykososiaaliseen toimintakykyyn ja torjutuksi tulemisen pelkoon. Lisäksi oikeuspsykiatrisilla potilailla yhteisöön integroitumista vaikeuttaa tieto rikollisen teon vaikutuksista ihmisten asenteisiin. (Gerber ym. 2003: 129–136.)

Tutkimushanke, jonka tutkimusjoukkoa opinnäytetyöni lähimmin sivuaa, on kansainvälinen After Care -tutkimus, jossa molemmat suomalaiset valtion mielisairaalat ovat olleet mukana. Vuonna 1998 aloitetun tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten oikeuspsykiatristen potilaiden jatkohoito vaikuttaa rikosten uusimiseen. Samalla tutkittiin lukuisia väkivaltaiselle käyttäytymiselle altistavia riskitekijöitä. (Opetus ja tutkimus 2011.) Tutkimuksessa seurattiin oikeuspsykiatristen potilaiden elämää neljässä eri maassa viiden vuoden ajan, alkaen hetkeä ennen sairaalasta uloskirjoitusta. Tutkimuksessa lähes kaikki osallistujat olivat skitsofreniaa sairastavia miehiä. Useimmilla heistä oli lisäksi päihteiden käyttöön liittyvä diagnoosi. Tutkimuksessa kerättiin tietoa potilaan historiallisista tekijöistä, tilanteesta kotiutushetkellä sekä elämästä oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon jälkeen. Tutkimuksen kiinnostus kohdentui tietoon, joka liittyi sairauden oireisiin, jatkolaitoshoidon toteutumiseen, päihteiden käyttöön, aggressiiviseen käyttäytymiseen ja rikosten uusimiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että tutkittavien potilaiden joukko oli varsin yhteneväinen. Suurimmalla osalla oli rikoshistoriaa sekä useita laitoshoidojaksoja ennen oikeuspsykiatrista hoitoa. Ongelmat olivat tyypillisesti alkaneet jo varhaisella iällä. Perheissä oli ilmennyt mielenterveyden häiriöitä, päihteiden väärinkäyttöä ja rikollisuutta. Perhetausta antoi ymmärtää, että potilaiden olot lapsuuden kasvuympäristössä olivat olleet vaikeat ja vanhempien ja sisarusten antama sosiaalinen tuki oli todennäköisesti puutteellista. Yleiseltä toimintakyvyltään kotiutuvat potilaat olivat kuitenkin toimintakykyisiä, vaikkakin heidän psykososiaalinen toimintakyky ja koulutustaso todettiin olevan matalalla tasolla. (Hodgins ym. 2007a: 65–77; Hodgins ym. 2007b: 211–228.)

Saksalaisen Müller-Isbernerin (1996: 81–86) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon jälkeistä elämää After Care -tutkimuksessa myöhemmin esiintyneiden tekijöiden valossa. Tutkimuksessa verrattiin oikeuspsykiatrisen avohoitoklinikan ja ilman klinikkahoitoa jättäytyneiden potilaiden suoriutumista sairaalahoidon jälkeisessä elämässä. Tutkimuksen mukaan avohoitoklinikan palveluiden piirissä olleiden potilaiden uusintarikollisuus oli merkittävästi vähäisempää kuin verrokkiryhmässä. Tutkimuksen mukaan merkittävä avohoidossa suoriutumista tukeva tekijä oli klinikkahenkilökunnan säännöllinen yhteydenpito yksilö- ja ryhmäterapiatapaaamisten sekä kotikäyntien muodossa. Henkilökunta toimi myös potilaiden asioidenhoitajina koordinoidessaan potilaiden asioita yhteistyössä muun sosiaalihuollon palveluverkoston kanssa. Müller-Isberner totesi, että säännöllisen lääkityksen noudattaminen, sopivat ympäristön olosuhteet sekä ihmissuhteet ovat tärkeitä avohoidossa menestymistä edesauttavia tekijöitä.

Yllä mainituissa tutkimuksissa todettiin, että potilaat suhtautuivat luottavaisesti suoriutumiseensa päivittäisissä toiminnoissa. He olivat myös tyytyväisiä sosiaalisiin kontakteihinsa ja kokivat olevansa osa yhteisöä. Henkilökunnan havainnot puhuivat kuitenkin potilaiden omaa näkemystä vastaan. Suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa oli heikkoa, sosiaalisia kontakteja oli vähäisesti ja osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin oli rajallista. After Care -tutkimuksessa kotiutuvat potilaat oli todettu yleiseltä toimintakyvyltään hyväksi, mutta heilläkin puutteita oli psykososiaalisen toimintakyvyn alueella. Sosiaaliset kontaktit nousivat jokaisessa tutkimuksessa keskeiseen rooliin tarkasteltaessa tekijöitä, joilla on yhteyttä avohoidossa menestymiseen. Müller-Isberner (1996: 81–86) ja Lindstedt (2004: 118) tutkimusryhmineen toivat esiin kuinka tärkeitä on lisätä tietoa oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon jälkeisestä elämästä. Oleellista on myös laajentaa ymmärrystä niistä toimintakyvyn puutteista, jotka vaikeuttavat oikeuspsykiatristen potilaiden turvallista elämää. Bjørkly (2004: 67–70) havaitsi pulaa olevan myös julkaisuista, jotka esittelevät kliinisiä strukturoituja lähestymistapoja, joilla tuetaan oikeuspsykiatristen potilaiden siirtymää sairaalahoidosta takaisin yhteiskuntaan. Onnistunut siirtymävaihe vähentää riskiä uusintarikollisuuden ilmenemiseen. Kun ymmärrys kotiutumisen jälkeisistä olosuhteista kasvaa, pystytään yhä paremmin ennakoimaan ongelmia, joita potilaat arjessaan kohtaavat. Sen tiedon pohjalta on mahdollista suunnitella hoito- ja kuntoutustoimia, jotka tukevat potilaiden siirtymää sairaalasta takaisin yhteiskuntaan.

2.3 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten laadinnassa olen pyrkinyt vastaamaan siihen tiedontarpeeseen, joka on tullut näkyväksi kliinisen työni kautta. Tutkimuskysymysten muotoutumiseen olen saanut vaikutteita myös aikaisempien tutkimusten tuloksista sekä toimintaterapian teoreettisista ajatuksista.

1. Millaista on oikeuspsykiatristen potilaiden arki sairaalahoidon jälkeen?
2. Millaisten tekijöiden kautta haastateltavat määrittelevät menestystään ja millaisia ovat toiminnot, joita he kuvaavat itselleen merkityksellisinä?
3. Millaiset tekijät rajoittavat sairaalahoidon jälkeisessä arjessa toimimista?
4. Miten haastateltavat kuvaavat sairaalahoidon aikana tapahtuneita muutoksia ja niiden vaikutuksia sairaalan jälkeisessä arjessa toimimiseen?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisen pohjan muodostavat **Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli** (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) sekä David L. Nelsonin ja Julie Jepson-Thomasin **Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys** (Conceptual Framework for Therapeutic Occupation). Valitsin teoriaksi CMOP-E -mallin, koska se on periaatteiltaan asiakaslähtöinen malli, joka korostaa toimintaan sitoutumisen merkitystä. Malli selittää toimintaan sitoutumista merkityksellisyyden kokemuksen kautta, joka on sidoksissa ihmisen henkisyteen. Merkitykselliseen toimintaan sitoutuminen onkin opinnäytetyön keskeinen kiinnostuksen kohde. Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys on luontelevassa vuoropuhelussa CMOP-E -mallin kanssa. Ne täydentävät toisiaan määritellessään toiminnallisuuden osatekijöitä ja toiminnan merkityksellisyyttä. Niin CMOP-E mallissa kuin Nelsonin viitekehyksessäkin kuvataan toimintaa sen osatekijöiden välisen dynaamisen vuorovaikutussuhteen kautta. Nelsonin ajatukset toiminnan dynamiikasta ovat kiehtovia ja viitekehysten ajattelu näkyikin erityisesti opinnäytetyön osioissa, joissa käsitellään ihmisessä toiminnan suorittamisen kautta tapahtuneita muutoksia. Kumpikin teoreettinen lähestymistapa ottaa myös huomioon asiakkaiden sekä toimintaympäristöjen erilaisuuden.

(Hautala ym. 2011: 207–208; Nelson – Jepson-Thomas 2003: 90; Townsend – Polatajko 2007: 23.)

3.1 Ihminen osana ympäristöään

CMOP-E -mallissa ihminen asettuu mallin keskiöön ja sisältää **kolme suoriutumisen osatekijää**, joita ovat **affektiivisuus, kognitiivisuus ja fyysisuus**. **Henkisyys** muodostaa ihmisen ytimen ja on mallin keskeinen käsite. (Townsend – Polatajko 2007: 23.) Suoriutumisen osatekijöitä, joita kutsutaan käsitteellä **toiminnalliset valmiudet**, tarkastellaan toisiinsa liittyvinä kokonaisuuksina. Affektiiviset valmiudet koostuvat sosiaalisista ja emotionaalista tekijöistä, jotka liittyvät sekä ihmisten sisäisiin, että ihmisten välisiin tekijöihin. Kognitiiviset valmiudet koostuvat kognitiivisista ja älyllisistä tekijöistä, kuten havaitsemisesta, muistista, keskittymisestä ja päättelykyvystä. Fyysiset valmiudet sisältävät kaikki sensoriset, motoriset ja sensomotoriset valmiudet. Henkisyys määrittää tahdon, itseohjautuvuuden ja motivaation ilmenemismuodoksi, joka vaikuttaa kaikkiin valintoihin. Henkisyys määrittää sen mitkä asiat jokapäiväisessä elämässä koetaan merkityksellisinä. Ihminen määrittää mallissa kokonaisuudeksi, jossa yhdistyvät havaittavat toiminnalliset valmiudet, henkisyys sekä sosiaaliset ja kulttuuriset kokemukset. (Hautala ym. 2011: 211–212.)

Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 99) kuvaavat vastaavia ihmisen osatekijöitä käsitteellä **yksilön kehityksellinen rakenne**, joka koostuu **psykososiaalisista, kognitiivisista ja sensomotorisista** kyvyistä ja piirteistä. Termillä kehityksellinen viitataan ajatukseen siitä, että ihmisen rakenne on pitkäkestoisen prosessin lopputulos. Rakenteen muotoutumiseen ovat vaikuttaneet ihmisen geneettinen kypsyminen, mutta myös elämän varrella kertyneet kokemukset. Kokemusten vaikutus ihmisen rakenteeseen selittyy viitekehityksessä toiminnan dynamiikan kautta.

CMOP-E -mallissa ihminen on sulautunut osaksi **ympäristöään**, joka on jaoteltu **fyysiseen, sosiaaliseen, kulttuuriseen ja institutionaaliseen** ympäristöön. Ympäristö määrittää konteksteiksi tai tilanteiksi, jotka tapahtuvat ihmisen ulkopuolella ja aiheuttavat ihmisessä reaktioita. Jokainen ihminen elää ainutlaatuisessa ympäristössä, joka vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin sekä sosiaaliseen osallistumiseen. Ympäristö muokkaa ihmisen toiminnallisia valintoja. Se mahdollistaa toimintoja, mutta voi myös rajoittaa toiminnallista osallistumista. (Kielhofner 2004: 98; Townsend – Polatajko 2007: 23, 48, 101–102.)

Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 90–91) käyttävät vastaavista ympäristöön kuuluvista tekijöistä käsitettä **toiminnan muoto**. Kuten CMOP-E, myös Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys määrittelee ympäristölliset tekijät tiettyä aikana läsnä oleviksi yksilön ulkopuolisiksi tekijöiksi. Nämä tekijät ovat kaikkien tilanteessa mukana olevien objektiivisesti havaittavissa. Ne ovat kokoelma toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttavia **fyysisiä ja sosiokulttuurisia olosuhteita**. Toiminnan muoto ohjaa, strukturoi tai ehdottaa toimintaa, jonka suorittamisen tilanteessa oleva ihminen voi halutessaan aloittaa.

Terapeuttisen toiminnan käsitteellisen viitekehysten mukaan toiminnan muodon **fyysinen ulottuvuus** sisältää muun muassa paikalla olevat esineet ominaisuuksineen sekä taustatekijät, joita ovat esimerkiksi valaistus ja lämpötila. Myös muiden ihmisten läsnäolo, heidän eleet, ilmeet ja puhe kuuluvat fyysiseen ulottuvuuteen. Fyysinen ulottuvuus sisältää myös ajallisen näkökulman, jolla viitataan hetki hetkeltä tapahtuviin muutoksiin toiminnan muodossa. Toiminnan muoto yksilön ympärillä on siis jatkuvasti muuttuva ja uusia haasteita tarjoava. Toiminnan muodon muutokset selittyvät viitekehyksessä toiminnan dynamiikan kautta. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 91–92.)

Toiminnan muodon **sosiokulttuurinen ulottuvuus** sisältää tilanteissa läsnä olevat sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät. Niitä ovat muun muassa yhteisöjen luomat säännöt ja normit, käytetty kieli sekä symbolit. Myös rooliodotukset kuuluvat sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen. Sosiokulttuurinen todellisuus ympäröi ihmistä ja on olemassa myös ilman ihmisen läsnäoloa. Sosiokulttuurinen ulottuvuus on jokaisen kyseisessä kulttuurisessa elävän ihmisen määriteltävissä. Se on tyypillinen tulkinta, joka muodostetaan niistä vihjeistä, joita fyysinen ympäristö tilanteessa tarjoaa. Se on tulkinta esimerkiksi siitä millaista toimintaa ympäristö mahdollistaa tai millaista käyttäytymistä tietyissä tilanteissa odotetaan. Sosiokulttuuriset tekijät antavat fyysisille tekijöille merkityksen. Fyysinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus ovat toisistaan riippuvaisia, eikä niitä voi erottaa tarkkarajaisesti. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 91-97.)

Tarkasteltaessa Vanhan Vaasan sairaalan hoitoa ympäristöllisten tekijöiden valossa nousee laitoksen suljettu luonne keskeiseksi. Oikeuspsykiatriselle hoidolle luonteenomaista on pitkäaikaisuus ja tahdosta riippumattomuus. On tyypillistä, että sairaala sijaitse kaukana potilaan entisestä ympäristöstä. Siten potilas joutuu etäälle olemassa olevista sosiaalisista kontakteista ja sairaala toimii uutena sosiaalisen ympäristönä.

Sairaalaympäristöön kuuluvat kiinteästi potilastoverit ja sairaalan hoito- ja kuntoutushenkilökunta. Sairaalaympäristössä toimintaa ohjaavat lakien määrittämät ja organisaation luomat käytännöt ja säännöt. Myös vahvat rooliodotukset sekä useat kirjoittamattomat sairaalakulttuurin luomat toimintatavat vaikuttavat toimintaan. Sairaalaorganisaation sisällä muodostuu pienempiä ryhmittymiä, joilla on omat norminsa, rooliodotuksensa ja toimintatapansa. Sairaalan fyysiset tilat koostuvat omista tai muiden potilaiden kanssa jaetuista potilashuoneista sekä yhteisistä tiloista. Lisäksi sairaalalualueella on työterapiatiloja, isot ulkoalueet ja liikuntatiloja.

Ympäristö ei ole vain toiminnallisuuden konteksti vaan se muokkaa ihmisen toiminnallisia valintoja ja ohjaa tiettyyn käytökseen. Vaikka ympäristön tekijät tukevat tai rajoittavat toiminnallista osallistumista, eivät ne lopullisesti määritä ihmisen toimintaan osallistumista. (Townsend – Polatajko 2007: 48; Nelson – Jepson-Thomas 2003: 90-93.) Sairaalan tehtävänä on luoda ympäristö, joka mahdollistaa potilaan osallistumisen hoidolliseen ja kuntouttavaan toimintaan. Perustoimintoina sairaalaympäristö mahdollistaa osallistumisen esimerkiksi itsestä huolehtimiseen ja kotitöihin sekä työterapia- ja harrastustoimintaan. Sosiokulttuurinen säännöstö, normit ja rooliodotukset ohjaavat potilaita osallistumaan tarjottuihin toimintoihin. Potilaiden ollessa pitkään sairaalayhteisön jäsenenä, kehitty heille taito tulkita tilanteisiin liittyviä odotuksia. Lisäksi he pystyvät ennakoimaan seuraamuksia toimintaan osallistumisesta tai siitä pois jättäytymisestä.

Kun potilas sairaalahoidon päättyessä siirtyy takaisin yhteiskuntaan, kokevat ympäristötekijät merkittäviä muutoksia. Uusi asuinmuoto, työ- ja harrastustoiminnan olosuhteet, ympäristö etäisyyksineen, käytettävät tilat ja esineet sekä ihmiset ympärillä luovat uusia ympäristöjä. Uudet ympäristöt mahdollistavat uusia toimintoja, mutta ympäristön muutos voi myös rajoittaa toimintoihin osallistumista.

3.2 Toiminnalla on merkitys ja tarkoitus

CMOP-E esittää **toiminnallisuuden** muotoutuvan ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaamisesta vuorovaikutuksesta. **Toiminta** on silta, joka yhdistää ihmisen ja ympäristön. Ihmiset myös vaikuttavat ympäristöönsä toiminnan kautta. (Townsend – Polatajko 2007: 23.) Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys kuvaa toiminnan olevan toiminnan muodon, yksilön ainutlaatuisen kehityksellisen rakenteen sekä subjektiivisten merkitysten ja tarkoitusten dynaaminen suhde. Toiminta on ihmisen perustarve, terveyden ja hyvinvoinnin edistäjä sekä merkityksen ja tarkoituksen lähde. Toiminta orga-

nisoi aikaa, luo elämään rakennetta ja on keino hankkia tuloja. Toiminta mahdollistaa valinnat ja hallinnan tunteen sekä tarjoaa tasapainoa ja tyydytystä. Toiminta on henkilökohtaista ja siten eri ihmiset sitoutuvat erilaisiin toimintoihin. (Kielhofner 2004: 97; Nelson – Jepson-Thomas 2003: 90; Turpin – Iwama 2011: 119.)

Hasselkuss (2011: 109–110) korostaa toiminnan **sosiaalista merkitystä**. Toiminta edesauttaa ihmisten liittymistä muihin ja ympäröivään maailmaan ja luo elämään jatkuvuutta. Toiminta tarjoaa väylän ylläpitää ja kehittää sosiaalisia suhteita. Se toimii sosiaalisuuden katalyyttinä. Toiminta luo yhteyttä ihmisten välille sekä lisää vuorovaikutusta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Toisaalta myös yhteys muihin ihmisiin voi saada aikaan halun osallistua toimintaan. Tämä ajatus toiminnan ja sosiaalisuuden tiiviistä yhteydestä onkin yksi toimintaterapian teoreettisista ytimistä.

Toimintaan **sitoutuminen** liittyy siihen toimintojen kirjoon, joka kuuluu ihmisen elämään. Sitoutuminen on osallistumista, itsensä likoon laittamista ja oman ajan täyttämistä mielekkäällä tekemisellä, joka voi olla aktiivista tai passiivista, satunnaista tai pysyvää. Käsitteellä toiminta viitataan ryhmään jokapäiväisen elämän toimintoja tai tehtäviä, joita nimetään ja järjestellään, ja joille yksilö ja kulttuuri antavat arvon ja merkityksen. Toiminta on kaikkea sitä mitä ihmiset tekevät pitääkseen itsensä toimeliaina. (Hautala ym. 2011: 208, 212; Townsend – Polatajko 2007: 17, 23.)

CMOP-E jaottelee toiminnan tarkoituksensa mukaisesti **itsestä huolehtimiseen, tuotavuuteen ja vapaa-aikaan** (Hautala ym. 2011: 208, 212). On kuitenkin huomioitava, että ihmiset kokevat toiminnat yksilöllisesti. Sama toiminta voidaan tulkita ihmisestä riippuen esimerkiksi vapaa-ajan viettämiseksi tai työn tekemiseksi. Esimerkiksi puutarhanhoito tai käsitöiden tekeminen voi olla niin työtä kuin harrastustakin, riippuen siitä millaiseksi ihminen itse toiminnan tarkoituksen mieltää. Ihminen voi myös kokea toiminnan tarkoituksen eri tavalla eri aikoina. Siten toiminnot onkin hyvä jakaa eri kategorioihin käyttäen niitä merkityksiä ja tarkoituksia, joita ihmiset toimintoihinsa liittävät. (Hasselkuss 2011: 24.)

Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys käyttää toiminnan tekemisestä käsitettä **toiminnallinen suoritus**. Se määritellään ihmisen aktiiviseksi ja vapaaehtoiseksi tekemiseksi toiminnan muodon kontekstissa. Se on aina ainutkertaista ja todellista, sitä toteuttavan ihmisen varsinaista tekemistä. Ihminen siirtyy toiminnalliseen suoritukseen tulkittuaan havaitsemansa toiminnan muodon ja määriteltyään sille merkityksen sekä

tarkoituksen. Voisi ajatella, että toiminnan muoto pystyy kutsumaan suorituksen esiin silloin kun ihminen löytää siitä itseään koskettavan merkityksen ja tarkoituksen. Toiminnan muodon ja toiminnallisen suorituksen toisiaan täydentävää suhdetta voi selkeyttää ajattelemalle, että toiminnan muoto on jotain mitä voisi tehdä ja toiminnallinen suoritus on itse tekemistä. Vaikka onkin muistettava, että jokainen tulkitsee toiminnan muotoja yksilöllisesti, on ihmisen toiminta yleensä varsin hyvin ennustettavissa. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 90, 111–113.)

Terapeuttisen toiminnan käsitteellisen viitekehyksen mukaan toiminnallinen suoritus voi olla **avointa** ja näkyvää eli muiden havainnoitavissa ja analysoitavissa olevaa toimintaa. Se voi olla myös **peitettyä**, mielikuvissa tapahtuvaa toimintaa, jota ei voi ulkopuolelta havainnoida. Näkyvää toimintaa on esimerkiksi liikkuminen ja puhuminen. Peitettyä toimintaa on esimerkiksi toiminnan vaiheittainen suunnittelu mielikuvituksen tasolla. Jos esimerkiksi otetaan shakin pelaaminen, ovat sen ainoat välttämättömät näkyvät suoritukset istuma-asennot ylläpitäminen ja pelinappuloiden siirtäminen. Muu suoritus tapahtuu mielikuvien tasolla pelaajan suunnitellessa mahdollisia siirtojaan sekä arvioi-
dessa niiden vaikutuksia pelin kulkuun. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 111-112.)

Toiminnot ovat monilta osin toisistaan poikkeavia. Ne ovat muun muassa kestoiltaan erilaisia. Toiset on lyhytkestoisia, kun taas toiset edellyttävät vuosien sitoutumista. Esimerkiksi opiskelu ammattiin on pitkäkestoista toimintaa, kun taas bussilla matkustaminen on lyhytkestoista toimintaa. Toiminnot ovat myös merkityksen ja tarkoituksen tasoltaan erilaisia. Opiskeluun tai harrastuksiin saattaa sitoutua vahvoja merkityksiä ja tarkoituksia, kun taas vaikkapa television katsomiseen ei pääsääntöisesti liity vastaavia vahvoja tunteita. Myös toimintojen vaatimustaso vaihtelee. Osa toiminnoista vaatii useita pitkälle kehittyneitä taitoja, osan ollessa varsin yksinkertaisia. Opiskelu vaatii ihmiseltä runsaasti taitoja, mutta bussilla liikkuminen onnistuu vähäisemmälläkin taitojen määrällä. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 113.)

Tarkasteltaessa ihmisiä ympäröiviä toimintoja, on havaittavissa, että osa niistä kutsuu vahvasti tietynlaiseen suoritukseen. Ne ovat strukturoituja, eivätkä anna ihmisen tulkinnalle juurikaan tilaa. Strukturoimattomat ja moniselitteiset toiminnot antavat enemmän mahdollisuuksia valita millaiseen toimintaan ihminen ryhtyy. Esimerkiksi sairaalaympäristössä osastolla toteutuva yhteisökokous on strukturoitu toiminnallinen tilanne, jossa on selvät suoritusta ohjaavat säännöt ja normit. Strukturoimaton ja monitulkintainen tilanne on esimerkiksi potilaiden vapaakävely. Vapaakävely on aika, jolloin potilaalla on

mahdollisuus itsekseen tai yhdessä toisen kanssa poistua osastolta sairaala-alueelle tai sen ympäristöön. Vapaakävelyä määrittää ainoastaan käytettävissä olevan aika ja toimintaan liittyvän fyysinen ympäristö. Niiden raamien sisällä potilas lopulta itse määrittää millaista toimintaa suorittaa. Hän voi käyttää ajan kävelyn sijasta esimerkiksi istumiseen, ystävien kanssa oleskeluun tai tupakan polttamiseen. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 113.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana **merkityksellisyys** on noussut toimintaterapiassa keskiöön. Tämä näkyy myös toimintaterapian tutkimuksessa, jossa fokus on siirtynyt toiminnallisesta suoriutumisesta merkitykselliseen toimintaan sitoutumiseen. (Nilsson – Argentzell – Sandlund – Leufstadius – Eklund 2011: 312-313.)

CMOP-E -mallin käsitys toimintojen merkityksellisyydestä muotoutuu ihmisen henkisyden kautta. **Henkisyys** määrittää sen, mitkä asiat jokapäiväisessä elämässä koetaan merkityksellisinä. Henkisyys on tahdon, itseohjautuvuuden ja motivaation ilmenebismuoto. Toisin sanoen ihmisen sisäinen voima, joka ohjaa etsimään tarkoitusta ja onnellisuutta tekemisen kautta. Merkityksellisyys muotoutuu yksilön sisäisistä arvoista, uskomuksista ja tavoitteista sekä muokkautuu kokemusten kautta. (Hautala ym. 2011: 211; Kielhofner 2004: 96–98; Townsend – Polatajko 2007: 60.) Merkityksellisellä toiminnalla on ihmiselle joku yksilöllinen arvo, joka saa hänet hakeutumaan sen pariin ja sitoutumaan sen suorittamiseen. Merkityksellisyyteen liittyy toimintojen kautta saatavat itseluottamuksen, tyydyttävyyden ja mielihyvän kokemukset. Merkityksellisyyden kokemuksen katsotaan edistävän ihmisen terveyttä ja hyvinvointia sekä liittyvän oikeudenmukaisuuden ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksiin. Kokemus merkityksellisyydestä katsotaan olevan tekijä, joka vaikuttaa keskeisesti toimintaan **sitoutumiseen**. Ellei toiminta tarjoa ihmiselle merkityksellisyyden kokemusta, voidaan ajatella sitoutumisen olevan käytännössä mahdotonta. (Townsend – Polatajko 2007: 59–60.) Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 101-103) määrittelevät **merkityksen** tulkinnalliseksi kokemukseksi tilanteessa, jossa ihminen ja toiminnan muoto kohtaavat. Se on tietynä aikana eletty aktiivinen ja koettu tapahtuma, jossa ihminen omasta kehityksellisestä rakenteestaan käsin antaa toiminnan muodolle merkityksen. Kehityksellinen rakenne mahdollistaa kokemuksen syntymisen, mutta kokemus syntyy vasta yhteydessä toiminnan muotoon.

Jotta ihmiset voivat muodostaa merkityksiä, tulee heidän ensin havainnoida tilannetta ja tulkita tekemiään havaintoja. Kun useampi ihminen havainnoi samaa tilannetta, an-

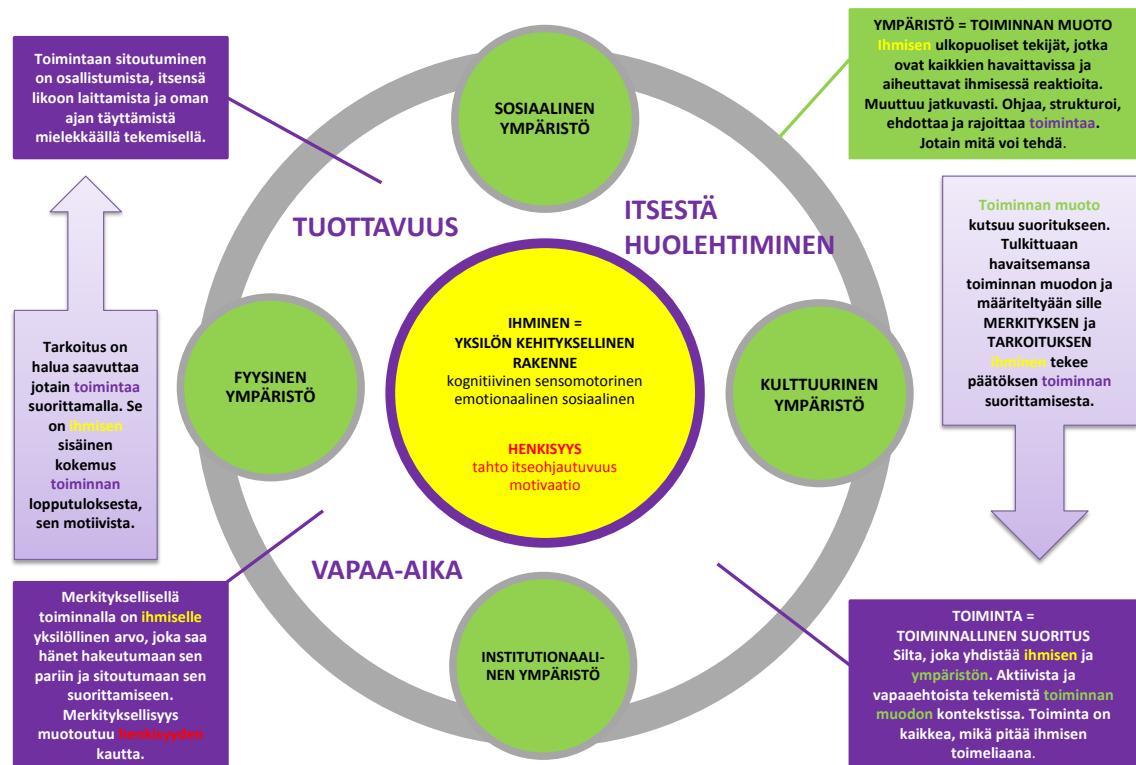
tavat he kaikki sille erilaisen merkityksen. Tulkinta tilanteesta pohjautuu aina ihmisen yksilöllisiin kykyihin, ominaisuuksiin ja kokemuksiin. Ihmiset jo lähtökohtaisesti tarkastelevat ympäristöään omista kokemuksistaan käsin ja kukin havainnoi aktiivisesti niitä tekijöitä, joilla on heille itselleen merkitystä. Myös toimintoihin ja tilanteisiin liitetyt tunteet sävyttävät tehtyjä havaintoja ja niiden tulkintaa. Aina tehtäessä tulkintaa ovat myös virhetulkinnat mahdollisia. Aikuisten tekemät virhetulkinnat liittyvät tyypillisesti erilaisten kulttuurien kohtaamisiin tai vammoihin ja sairauksiin, jotka vaikuttavat ajatteluun ja kognitiivisiin kykyihin. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava voi tulkita toisen ihmisen eleen tai kokemansa tilanteen eri tavalla kuin suurin osa muista ihmisistä sen tulkitsisi. On myös havaittu, että psyykkisistä sairauksista kärsivät liittyvät toimintoihin usein erilaisia tunnemerkityksiä kuin suurin osa muista ihmisistä. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 101–104.)

Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 106) määrittävät **tarkoituksen** ihmisen sisäiseksi kokemukseksi toiminnan lopputuloksesta, sen motiivista. Jos merkityksen kokemus on reflektio menneistä kokemuksista, on toiminnan tarkoitus orientaatio tulevaan. Tarkoitus voi kuitenkin muodostua vasta sen jälkeen kun ihminen on muodostanut toiminnalle merkityksen. Ihmisen tulkittaessa havaitsemaansa toiminnan muotoa liittyy siihen yleensä **halu saavuttaa jotain** kyseistä toimintaa suorittamalla. Lyhyen aikavälin tarkoitus voi olla esimerkiksi jonkun tehtävän loppuun saattaminen, pitkän aikavälin tarkoituksen ollessa sairaalasta omaan asuntoon kotiutuminen. Ihmiset ovat yksilöitä ja pyrkivät erilaisiin tarkoituksiin. Kuitenkin ainoastaan tarkoituksen kokemus aikaansaa tavoitetsuuntautunutta toimintaan. Tarkoituksetonta vapaaehtoista toimintaa ei ole olemassa. Tarkoitus on siis aina läsnä kun ihminen osallistuu toimintaan, sen intensiteetti kuitenkin vaihtelee. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 106–107.)

Tarkoitus muotoutuu eri tavoilla. Tarkoitus voi olla **sisäsyntyinen motivaatio** tehdä jotain itse tekemisen takia, siihen liittyvän mielihyvän vuoksi tai koska tekemällä voi opetella uusia asioita. Tarkoitus voi olla esimerkiksi mielihyvä, jonka saa musiikkia kuuntelemalla tai halu opetella uusi harrastus tai omaksua keittiötöihin liittyvä taito. **Ulkoa syntynyt tarkoitus** on tekemistä jonkun sellaisen syyn takia, joka ei suoranaisesti liity suoritettavaan toimintaan. Ulkoinen motivaattori voi olla esimerkiksi tieto rangaistuksesta, joka seuraa toiminnan tekemättä jättämistä tai palkkiosta, jonka saa toiminnan suorittamisen kautta. On myös oleellista erottaa henkilön oma tarkoitus, muiden olettamasta tarkoituksesta. Potilaalla saattaa olla täysin erilainen tarkoitus osallistua toimintaan kuin hänen ympärillään olevat ihmiset olettavat. Hän voi osallistua toi-

mintaan esimerkiksi kokemansa mielihyvän vuoksi, vaikka toiminnalle olisi henkilökunnan toimesta kirjattu erilainen tavoite. Suljetussa ja rajoituksia sisältävässä sairaalakulttuurissa on tyypillinen ilmiö, että potilas suorittaa toimintoja tarkoituksenaan miellyttää auktoriteettiasemassa olevaa henkilökuntaa ja siten saavuttaa välillisesti jotain halua- maansa. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 106–110.) Työtoimintaan osallistumisen tarkoitus voi potilaalle olla esimerkiksi rahan ansaitseminen, liikkumisoikeuden lisääminen, retkille pääseminen tai siirtyminen avo-osastolle, ei niinkään ne työtaitojen oppimiseen liittyvät tarkoitukset, joita henkilökunta liittää samaan toiminnan muotoon.

Vaikka ajatellaan, että merkityksellisyyden kokemus ja siitä muotoutuva sisäsyntyinen toiminnan tarkoitus sitouttaa ihmistä toimintoihin, toimii prosessi ajoittain myös päinvas- taisesti. On hyvä tiedostaa, että merkityksellisyyden kokemus saattaa muodostua myös toimintaan sitoutumisen lopputuloksena. **Sitouttamalla** potilasta toimintaan ulkoisin motivaattorein voidaan parhaimmillaan saada aikaan vapaaehtoista ja tavoitesuunta- tunutta toimintaa. Tämä tapahtuu tilanteessa, jossa potilas toimintaa suorittaessaan kokeekin mielihyvän tunteita tai havaitsee toiminnassa tekijöitä, joista muodostuu mer- kityksellisyyden kokemuksia. Niiden kokemusten kautta voi muodostua sisäsyntyistä motivaatiota toiminnan jatkamiselle. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 106–107; Town- send – Polatajko 2007: 59–60.) Sairaalaolosuhteissa tyypillisiä toimintoja, joihin potilas- ta sitoutetaan, ovat sairaalan siivous- ja ruuanlaittorutiinit, jotka ovat osa arkea viimeis- tään kuntoutusosastolla.



Kuvio 1. Toiminnallisuuden osatekijät. Yhdistelmä Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) sekä Terapeuttisen toiminnan käsitteellisen viitekehysten käsitteistöä.

3.3 Toiminnan dynamiikka

CMOP-E esittää toiminnallisuuden muotoutuvan eri tekijöiden eli ihmisen, ympäristön ja toiminnan välisestä dynaamisesta vuorovaikutuksesta (Townsend – Polatajko 2007: 23). Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys määrittelee toiminnan olevan toiminnan muodon, yksilön ainutlaatuisen kehityksellisen rakenteen sekä subjektiivisten merkitysten ja tarkoitusten dynaaminen suhde. Toiminnan dynaamisesta luonteesta puhuttaessa ajatellaan, että systeemin osilla on vaikutuksia muihin osiin, jolloin muutos yhdessä osatekijässä aikaansaa muutosta systeemin muissa osissa. Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 117, 90) erottelevat viitekehyksessään muutoksen, joka tapahtuu toiminnan muodossa ja muutoksen, joka tapahtuu ihmisen kehityksellisessä rakenteessa.

Vaikutus käsitteenä määritellään toiminnallisen suorituksen vaikutuksena sekä ihmisen omaan että toisten ihmisten toiminnan muotoon. Toiminnan aikaansaama vaikutus määrittää toiminnan muodon seuraavaa toimintaa varten. Vaikutus toiminnan muotoon voi olla pysyvää tai väliaikaista. Esimerkiksi pallopelissä tapahtuvat jatkuvat muutokset pelivälineen ja pelaajien sijoittumisessa vaikuttavat kaikkien pelaajien toiminnan muotoon.

toon. Pelin loputtua, kun pelivälineet kerätään pois ja pelaajat poistuvat kentältä on pysyviksi muutoksiksi jääneet vain tahrat pelivälineissä ja kenkien painaumat pelikentässä. Pysyviä ja merkittäviä muutoksia toiminnan muotoon tapahtuu, kun suoritetaan toimintaa, joka saa aikaan muutosta materiaaleissa. Esimerkiksi tehtäessä asunnossa remonttia, saadaan aikaan pysyviä muutoksia, joilla on vaikutusta tuleviin toiminnan muotoihin. Remontin jälkeen voi saada käyttöönsä keittiön, jossa on aikaisempaa monipuolisemmat tilat ruuanvalmistukseen. Myös muiden ihmisten toiminnalla ja ihmisistä riippumattomilla tekijöillä, esimerkiksi luonnonilmiöillä, on vaikutuksensa toiminnan muotoon. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 117–119.)

Sairaalaolosuhteissa tarjottavat hoidolliset ja terapeuttiset toiminnot ovat sellaisia, joissa muiden ihmisten vaikutus toiminnan muotoon näkyy selvästi. Henkilöstö suunnittelee ja mukauttaa toimintoja pyrkimyksensä luoda toiminnan muotoja, joihin potilaat motivoituvat ja joiden kautta heissä voi tapahtua muutosta. Kuitenkin tarkasteltaessa sairaalaympäristössä toteutuvaa hoito- ja kuntoutustoimintaa on havaittavissa, että se toteutuu kaikkien potilaiden kohdalla varsin yhdenmukaisesti. Vaihtoehdot toiminnoissa ovat rajatut ja ympäristö ohjaa potilaita osallistumaan tarjolla oleviin toimintoihin. Onkin tavanomaista, etteivät potilaat motivoitu toimintoihin, eivätkä potilaiden ja henkilökunnan näkemykset toiminnan tarpeellisuudesta kohtaa. Tällaisessa tilanteessa on muistettava, että potilaat saapuivat sairaalahoitoon kukin omista ympäristöistään. Heidän henkilökohtaiset ominaisuutensa ja kykynsä ovat muotoutuneet aikaisempien kokemusten kautta, mutta ovat myös sidoksissa geneettisiin tekijöihin. Siten on todennäköistä, että potilaan ja henkilökunnan toimintaan liittämät merkitykset ovat varsin erilaisia. Jos potilas ei oman kokemuspohjansa kautta koe toimintaa merkitykselliseksi, eikä ajattele saavuttavansa sen kautta mitään itselleen tärkeätä, on sitoutuminen sen suorittamiseen käytännössä mahdotonta.

Ympäristö potilaan ympärillä muuttuu jatkuvasti. Potilaan oma toiminta, mutta myös sairaalaympäristössä tapahtuvat muutokset saavat aikaan muutosta toiminnan muodossa. Potilas saattaa vaihtaa osastoa, saada uuden huonetoverin tai hänen mahdollisuuksiaan osallistua toimintoihin lisätään. Tällöin on todennäköistä, että ympäristölliset tekijät saavat aikaan muutoksia potilaan toiminnassa. Potilaan toiminnan muuttuessa on luonnollista, että ympäristö reagoi muutokseen. Ilmiö saattaa näkyä esimerkiksi potilaan lisääntyneenä toimeliaisuutena vaikkapa silloin kun hän saa uuden huonetoverin, jonka kanssa löytää yhteisiä harrastuksia. Lisääntyneen aktiivisuuden seurauksena hänelle tarjotaan mahdollisuuksia osallistua uusiin toimintoihin. Tämä taas edelleen

tukee lisääntyntä toimeliaisuutta. Viimeistään kuntoutusosastolla potilaalla onkin mahdollisuus hakeutua myös sairaala-alueen ulkopuolelle ja osallistua siellä yhteiskunnan mahdollistamiin toimintoihin. Sairaalan ulkopuolella potilas voi esimerkiksi ryhtyä opiskelemaan, hakeutua mukaan harrastustoimintaan tai aloittaa harjoittelujaksot tuetussa asumisessa. Näin toimiessaan potilas astuu uusiin ympäristöihin, joilla on omat fyysiset, sosiaaliset ja kulttuuriset ominaispiirteensä. Tavoitteena onkin, että potilas hoidon edetessä pystyy astumaan uusia haasteita tarjoaviin ympäristöihin ja lopulta siirtymään osaksi yhteiskuntaa.

Toiminta ei muuta vain ihmisen ulkopuolisia tekijöitä, vaan sillä on vaikutusta myös ihmisen kehitykselliseen rakenteeseen. Tekemällä jotain ihminen itse asiassa koko ajan muuttaa itseään. Tätä muutosta kutsutaan **adaptaatioksi**. Adaptaatiota voi tapahtua kaikilla kehityksellisen rakenteen osa-alueilla ja se voi toteutua eri laajuudessa. Ihminen adaptoituu, kun hän toimintoja suorittaessaan tallentaa muistiin tietoja laitteiden käytöstä, omaksuu uusia kulkureittejä tai oppii toimintatapoja, joita eri tilanteissa odotetaan. Toiminnan aikaansaamat muutokset mielialassa ovat myös adaptaatiota. Usein adaptaatiota tapahtuu jo ennen varsinaisen suorituksen aloittamista. Adaptaatiota tapahtuu jo silloin kun ihminen ennakoii ja suunnittelee toimintaansa aikaisempien kokemustensa pohjalta. Adaptaatio voi siis olla yksittäisiä pieniä taitoja tai muistikuvia, jotka ovat toiminnan sujuvuuden kannalta tärkeitä. Adaptaatio voi olla myös mittavaa. Ihmisen kehityksen ja identiteetin rakentumisen voidaan katsoa olevan laaja-alaisen toiminnallisen adaptaation eli toimintoihin osallistumisen seurausta. Esimerkiksi mielenkiinnot, arvot, moraali, oikeustaju ja kyky tunkea tunteita ovat muokkautuneet toiminnallisen adaptaation kautta. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 119–121.)

Aina adaptaatio ei kuitenkaan ole hyödyllistä, vaan se saattaa myös heikentää kehityksellistä rakennetta. Silloin puhutaan **maladaptaatiosta**. Maladaptaatiota tapahtuu kun puute kyvyissä tai taidoissa johtaa tilanteeseen, jossa ihminen välttää toimintoja, joissa joutuisi puutteellista taitoaan käyttämään. Esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa ahdistusta tunteva ihminen alkaa välttelemään tilanteita, joissa joutuisi tekemisiin ihmisten kanssa. Maladaptaatiota on myös ilmiö, jossa ihminen toistuvien epäonnistumisten jälkeen kokee tilanteissa avuttomuuden tunnetta ja automaattisesti odottaa epäonnistuvansa aina kun kohtaa uuden toiminnan muodon. Maladaptaatiota voi olla myös ylipainon tai epäterveellisten elämäntapojen aiheuttama fyysisen kyvykkyyden lasku, joka heikentää toiminnallista suoritusta. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 121.)

3.4 Menestys ja toimintakykyisyys

Opinnäytetyön kiinnostuksen ollessa sairaalahoidon jälkeisessä elämässä nousee pohdintaan myös menestyksen ja epäonnistumisen käsitteet. Menestymisen ja epäonnistumisen käsitteet määritellään Terapeuttisen toiminnan käsitteellisessä viitekehyydessä kahdella eri tavalla. On olemassa henkilökohtaista menestystä ja epäonnistumista ja toisaalta on olemassa sosiokulttuurista menestystä ja epäonnistumista. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 123-125.)

Henkilökohtainen menestys tai epäonnistuminen on riippuvainen siitä millä tasolla toiminnallinen suoritus tai sen vaikutus vastaa ihmisen sille määrittelemää tarkoitusta. Henkilökohtaista menestystä tai epäonnistumista arvioitaessa on ainoastaan ihmisen oma arvio merkityksellinen. Arvion hän tekee omasta kehityksellisestä rakenteestaan käsin, eikä se välttämättä vastaa arviota, jonka joku muu tekisi katsoessaan hänen suoritustaan tai tuotosta, jonka hän saa aikaan. Muun muassa ihmisen arvot, standardit ja aikaisemmat kokemukset määrittävät miten hän arvioi omaa suoritustaan. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 123-124.) Potilas saattaa esimerkiksi arvioida asiointikäyntinsä menestykseksi, jos hän saa hankintansa tehtyä, vaikka ulkopuolisen arvioijan silmin sama suoritus on epäonnistunut useiden käytännön tilanteessa esiin tulleiden avuntarpeiden vuoksi.

Sosiokulttuurinen menestys tai epäonnistuminen määritty sen perusteella millä tasolla ihmisen toiminnallinen suoritus tai sen vaikutus vastaa sosiokulttuurisia normeja. Osa normeista on selkeitä, osa muuttuvia ja vaikeasti ymmärrettäviä. Esimerkiksi opinnoissa menestyminen määräytyy varsin selkeästi saavutettujen arvosanojen mukaan. Sosiaalisissa tilanteissa puolestaan menestyy, jos suoritus vastaa sosiokulttuurisia odotuksia, joita ovat muun muassa tilanteeseen sopiva pukeutuminen, hygienia ja käyttäytyminen. Sosiokulttuurinen menestyminen vaatii kulttuurien ymmärtämistä, koska odotukset vaihtelevat kulttuurista ja tilanteesta toiseen. Esimerkiksi aurinkorannalla pukeudutaan ja käyttäydytään eri tavalla kuin työhaastattelussa. Sosiokulttuurisista normeista poikkeava suoritus havaitaan nopeasti ja tyypillistä on, että yhteisö reagoi siihen negatiivisin tavoin, esimerkiksi välttelemällä ihmistä tai väheksymällä häntä normeista poikkeavan käyttäytymisen vuoksi. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 124-125.)

Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys määrittää **toimintakykyä** suhteessa sosiokulttuuriseen menestykseen ja epäonnistumiseen. Kun toiminnallinen suoritus tai

sen tuotos vastaa sosiokulttuurisia normeja on ihminen toimintakykyinen. Jos suoritus tai tuotos ei vastaa sosiokulttuurisia normeja, on kyseessä toimintakyvyn vajavuus. Usein henkilökohtainen menestys ja sosiokulttuurinen menestys ilmenevät samanaikaisesti. Ihminen on tyytyväinen omaan suoriutumiseensa ja saa siitä myös kiittävää palautetta muilta. Joskus ihminen voi olla tyytyväinen suoritukseensa, mutta se ei siitä huolimatta täytä muiden ihmisten odotuksia. Sairaalaolosuhteissa henkilökohtaisen menestyksen ja sosiokulttuurisen menestyksen ristiriitaisuudet näkyvät tilanteissa, joissa henkilökunnan asettamat odotukset ovat erilaisia kuin potilaan omat odotukset. Tyypillisesti erilaisia odotuksia on hygieniaan, kodinhoidollisiin töihin ja ruokahuoltoon liittyvissä toiminnoissa. Vastakkaisesti on mahdollista, että alhaisen itsetunnon omaava potilas arvioi suorituksensa tai tuotoksensa epäonnistumiseksi, vaikka se muiden mielestä vastaisi asetettuja odotuksia. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 125-126.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Menetelmälliset valinnat

Toimintaterapian arvot ja uskomukset toiminnasta ja ihmisistä toiminnallisina olentoina sopivat laadullisen tutkimuksen paradigmaan. Toimintaterapiassa laadullisia menetelmiä käytetään jokapäiväisessä työssä, kun tarkoituksena on ymmärtää asiakkaan näkökulmaa. Toimintaterapian kiinnostus suuntautuu yleensä kysymyksiin, joihin voi vastata ainoastaan käyttämällä menetelmiä, joilla pystytään kuvaamaan toiminnan prosessi ja toiminnan yksilöllinen merkitys. (Corring – Cook 2006: 111.) Toimintaa ymmärtääkseen on objektiivisten faktojen lisäksi ymmärrettävä myös toiminnalle annettua merkitystä ja tarkoitusta. Tärkeintä on kokemus, joka liittyy toimintaan, ei itse toiminta tai sen lopputulos. (Hasselkuss 2011: 185; Nelson – Jepson-Thomas 2003: 116.)

Opinnäytetyöni on **laadullinen tutkimus**, jonka tavoitteena on kerätä ja tehdä näkyväksi kokemuksellista tietoa, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tietoa, joka avaa haastateltavien näkökulmaa ja todellisuutta, lisäten siten ymmärrystä aiheesta. Olen tutkimuksessani pyrkinyt ymmärtämään ja kuvaamaan ilmiötä käyttämällä haastattelumenetelmällä hankimaani tietoa. Tutkimuksessani huomioin kontekstin osana tutkittavaa ilmiötä. Tutkimukseni osallistujat ovat Vanhan Vaasan sairaalasta kotiutuneita oikeuspsykiatrisia potilaita, joista kukin on asettautunut omaan ainutlaatuiseen ympäris-

töönä. Tutkimukseen osallistujista käytetään nimitystä haastateltavat. Mielenkiinnon kohteena tutkimuksessani on todellisuus, sellaisena kuin se näyttäytyy tutkimukseen osallistuvien haastateltavien näkökulmasta. Tieto on subjektiivista ja tuo esiin haastateltavien kokemuksen, eikä tavoitteena ole totuuden löytyminen tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 125–131; Kylmä – Juvakka 2007: 22–23, 30; Saaranen – Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Tutkimuksessani käytän käsitettä **kokemuksellisuus**. Käsite perustuu asiakaslähtöiseen ajatukseen siitä, että ihmisellä itsellään on paras tietämys omasta toiminnallisesta elämästään (Kielhofner 2004: 99). Kokemus muotoutuu ihmisen, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksessa. Siihen millaiseksi kokemus muotoutuu vaikuttaa toiminnan ja ympäristön elementtien lisäksi yksilön sisäiset tekijät, kuten arvot, uskomukset ja tavoitteet sekä aikaisemmat kokemukset. Kokemuksellista tietoa kerätessä kunnioitetaan haastateltavien kokemuksia, vaikka ne eivät olisikaan yleisen näkemyksen mukaisia tai puhuisivat vastaan asiasta jo olemassa olevaa tietoa. (Townsend – Polatajko 2007: 23, 100.) Viitatessani kokemuksellisuuteen, kokemukseen ja kokemukselliseen tietoon, sisällytän viittaukseen oletuksen, että haastateltavalla on omakohtaista kokemusta aihealueesta, josta hän tietoa antaa. Tieto on subjektiivista, haastateltavan käsitys asioista, totuus sellaisena kuin haastateltava sen omasta näkökulmastaan näkee.

Tiedonhankintamenetelmänä olen käyttänyt **teemahaastatteluja**, jotka olen toteuttanut yksilöhaastatteluina kasvotusten. Teemahaastattelu on haastattelun muoto, joka mahdollistaa tutkimuksen kannalta oleellisten aihepiirien huomioimisen, mutta ei rajaa liiaksi asioita, joista haastattelun aikana on mahdollista keskustella. Teemahaastattelu kohdennetaan tutkimuksen kannalta keskeisiin teemoihin, joiden varassa se vapaasti etenee. (Kylmä – Juvakka 2007: 64–65, 77–78.) Teemahaastattelun haastattelurungon laadin tutkimussuunnitelmavaiheessa Kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (CMOP-E) ja työssä keräämääni kokemusta hyödyntäen. Ennen haastattelujen aloittamista muokkasin haastattelurunkoa niiden vaikuttimien pohjalta, joita olin saanut perehtymällä aikaisempiin samaa aihepiiriä käsitteleviin tutkimuksiin, oikeuspsykiatrasta toimintaterapiaa käsittelevään kirjallisuuteen sekä toimintaterapian teoreettiseen ajatteluun. David L. Nelsonin ja Julie Jepson-Thomasin Terapeuttisen toiminnan käsitteellinen viitekehys vaikutti merkittävästi haastattelurungon muokkautumiseen. Tässä tutkimusprosessin vaiheessa, jossa kerrytin esiyymmärrystä tutkimukseni kohteena olevasta ilmiöstä, siirtyi kiinnostukseni yksityiskohtaisen tiedon hankkimisesta kohti toimintoihin liitettyjen merkitysten ymmärtämistä. Näkökulman muutos heijastui myös tutkimusky-

symysten asetteluun. Lopullisessa haastattelurungossa (Liite 1) tulee selvästi esille toimintoihin sitoutuminen sekä niiden yksilöllinen merkitys haastateltavalle sekä kokemus muutoksesta, joka haastateltavissa on tapahtunut sairaalahoidon aikana. Huomioin kysymyksiä laatiessani myös tekijöitä, joita oli aikaisemmissa tutkimuksissa nostettu keskeisiksi tarkasteltaessa vastaavan joukon kotiutumista sairaalasta takaisin yhteiskuntaan. Näitä olivat erityisesti toimintoihin osallistumisen sosiaalinen ulottuvuus sekä yhteisöihin integroituminen ja syrjityksi tulemisen pelko.

4.2 Haastateltavien valinta ja tutkimusaineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa ei puhuta yleistämisestä sen tilastollisessa merkityksessä, mutta tausta-ajatuksena on, että tutkittavan ilmiön pohjalta voidaan saada osviittaa muita vastaavanlaisia tapauksia varten. Tietoa siitä, mikä ilmiössä saattaa toistua myös yleisemmän tason tarkastelussa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 171.) Yleistettävyyden yksi kriteeri on tarkoituksenmukainen aineiston kokoaminen. Tästä näkökulmasta haastateltavien valintaa tarkasteltaessa on suotavaa, että heillä on suhteellisen samankaltainen kokemusmaailma sekä kokemusta ja ensikäden tietoa tutkimuksen aihepiiristä. Oleellista on myös, että he ovat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. (Eskola – Suoranta 2000: 66.)

Osallistujiksi tutkimukseeni valitsin ne henkilöt, joilla on kokemusta kiinnostukseni kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä – Juvakka 2007: 26). Tämän joukon muodostivat Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutusosastoilta uloskirjoitetut oikeuspsykiatriset potilaat. Olin kiinnostunut itsenäisen asumisen tai palveluasumisen piiriin siirtyneiden oikeuspsykiatristen potilaiden kokemuksista. Ajallisesti kohdistin kiinnostukseni niihin potilaisiin, jotka on uloskirjoitettu vuosien 2010 ja 2011 aikana. Tämän ajallisen rajauksen tein, koska tapahtumista kulunut aika antaa näkökulmaa tunteiden ja ajatusten tulkintaan, mutta toisaalta myös lisää unohdusta. Mitä pidempi aika on kyseessä, sitä todennäköisempää on, että haastateltavan kertomus asioista on vajavainen. Perusjoukon ajallisessa rajauksessa huomioin, että haastateltavat olivat siirtyneet sairaalasta kokonaan avohoittoon ja uloskirjoituksesta oli kulunut riittävä aikaa, jotta sairaalan jälkeinen elämä oli jo alkanut muotoutua haastateltavien omien toiminnallisten valintojen seurauksena. Kun ajallista etäisyyttä sairaala-aikaan on kertynyt, voi myös tehdä oletuksen ettei haastateltava koe enää olevansa sairaalan välittömässä vaikutuspiirissä. Siten on todennäköistä, ettei haastateltavan kertomukseen enää vaikuta sairaalaan kohdistuva negatiivisten seuraamusten pelko. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 116.)

Tutkimukseni kiinnostuksen ollessa oikeuspsykiatristen potilaiden kokemuksissa rajasin tutkimuksen perusjoukon ulkopuolelle vaikeahoitoiset sekä sairaalasiirtoina uloskirjoitetut potilaat. Aikaisempiin vastaavaa aihepiiriä käsitteleviin tutkimuksiin tutustuminen ohjasi tutkimukseni rajautumaan potilaisiin, joiden päädiagnoosi sisältyy Major Mental Disorders (MMD) sairausryhmän sisälle. Tällä diagnoosiin perustuvalla rajauksella perusjoukkoon valikoituvat potilaat, joiden päädiagnoosi sisältyy seuraavien kansainvälisessä tautiluokituksessa määriteltyjen ryhmien sisälle; skitsofrenia (F20), skitsoaffektiiviset häiriöt (F25), kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31), vakava masennus (F32.2-F32.3) ja nontoksiset psykoosit. (Hodgins ym. 2007b: 212; ICD-10 Version: 2010; Tautiluokitus ICD-10 1999.) Koin tarkoituksenmukaiseksi hankkia lisää tutkimustietoa joukosta, josta on jo olemassa samaa aihepiiriä eri näkökulmasta tarkastelevia tutkimuksia.

Potilastietojärjestelmästä tulostetun listauksen mukaan ja diagnoosirajauksen jälkeen tutkimuksen **perusjoukon** muodosti kuusi potilasta, jotka kaikki olivat kotiutuneet palvelukoteihin ympäri Suomea. Itsenäiseen asumiseen ei ollut siirtynyt yksikään perusjoukkoon kuuluvista. Perusjoukkoon kuuluvista potilaista viiden päädiagnoosiksi oli määritelty skitsofrenia (F20) ja yhden skitsoaffektiivinen häiriö (F25). Perusjoukkoon kuului kaksi naista ja neljä miestä, joiden syntymävuodet asettuivat välille 1967 ja 1977. Tutkimussuunnitelmassa olin määrittänyt haastateltavien lukumäärän olevan kolmesta neljään henkilöä. Koska laadullinen tutkimus kohdentuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään, on laadullisessa tutkimuksessa tyypillisesti vähän osallistujia. Myös tutkimusaineiston hankinnassa käytetyn teemahaastattelun menetelmällinen työläys rajoitti haastateltavien määrää. Tutkimussuunnitelmavaiheessa tiedossani ei kuitenkaan ollut perusjoukkoon rajautuvien potilaiden vähäinen määrä. Lisäksi käytännön seikat, kuten haastateltavien tavoittaminen, maantieteelliset etäisyydet ja halukkuus osallistua tutkimukseen vaikuttivat haastateltavien valintaan ja siten siihen millaiseksi tutkimusjoukko muotoutui. (Kylmä – Juvakka 2007: 27, 79–80; Vilkkä 2005: 77–79.)

Tutkimusaineiston keruun haasteellisuutta lisäsi vaikeus hankkia perusjoukkoon kuuluvien potilaiden yhteys- ja asuinpaikkatietoja. Potilastietojärjestelmään arkistoituneet yhteystiedot osoittautuivat vajavaisiksi. Potilaiden sairaalassa käyttämät matkapuhelinnumerot olivat vanhentuneita tai niitä ei ollut potilastietojärjestelmässä lainkaan. Pian kävi myös ilmi, että palvelukoteihin kotiutuneet potilaat olivat siirtyneet kohti itsenäi-

sempää asumista, eikä siten yhteydenotto palvelukotien kautta ollut mahdollista. Ainoastaan yhteen haastateltavaan sain yhteyden palvelukodin välittämän viestin avulla. Kyseinen haastateltava asui edelleen palveluasumisen piirissä, vaikkakin oli jo siirtynyt alkuperäisestä asuinpaikastaan eteenpäin. Tehokkain tapa yhteyden saamisessa oli yhteydenotto potilaan lähiomaiseen. Potilastietojärjestelmään arkistoituneet omaisten yhteystiedot olivat ajantasaisia ja omaiset joko luovuttivat käyttöni potilaan numeron tai välittivät soittopyyntöni eteenpäin. Kuudesta perusjoukkoon kuuluvasta potilaasta olin yhteydessä viiteen. Siihen, keneen olin yhteydessä, vaikutti ensisijaisesti haastateltavien maantieteellinen sijainti. Yhteydenoton ulkopuolelle jäänyt potilas asui Suomen pohjoisosassa, muiden asuinpaikkojen sijoituessa Länsi- ja Etelä-Suomeen nopeampien liikenneyhteyksien varrelle. Kaikki perusjoukkoon kuuluvat potilaat olivat minulle työni kautta ennalta tuttuja. Siten arvioin ettei Pohjois-Suomessa asuva haastateltava todennäköisesti antaisi tutkimukseeni sellaista sisällöllistä lisäarvoa, että yhteydenotto häneen olisi ensisijainen verrattuna muihin perusjoukon potilaisiin. Viidestä yhteydenotosta kolme eteni haastatteluvaiheeseen asti. Yksi haastateltava ilmoitti puhelinkeskustelussa, ettei ollut kiinnostunut tutkimukseen osallistumisesta ja toinen jättäytyi pois sovitusta haastattelutilanteesta syytä ilmoittamatta.

Koska ympäristötekijöillä katsotaan olevan vaikutusta turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin syntymiselle, tein tutkimushaastattelut haastateltavien **omissa ympäristöissä**. Haastateltaville tuttu ympäristö mahdollisti häiriöttömän, rennon ja luottamuksellisen haastattelutilanteen syntymisen. (Kylmä – Juvakka 2007: 91.) Haastattelut toteutuivat eri paikkakunnilla ympäri Suomea. Kaksi haastattelua tehtiin haastateltavan omassa asunnossa ja yksi haastateltavan toiveesta lounasravintolassa ruokailun merkeissä. Ensimmäinen haastattelu toteutui vuoden 2012 elokuussa, toinen ja kolmas saman vuoden lokakuussa. Haastattelurungon muokkaamiseen ei haastattelujen välillä ilmennyt tarvetta, vaikkakin ensimmäiset haastattelut vaikuttivat siihen millaisia asioita painotin jälkimmäisissä haastatteluissa. Tutkimuksen kiinnostuksen ollessa merkityksellisissä toiminnoissa käytettiin haastattelutilanteissa runsaasti aikaa niiden aihepiirien käsittelyyn, jotka haastateltavat nostivat omaehtoisesti esille tai johon he haastattelun aikana palasivat. Tämä valinta perustui uskomukseen siitä, että haastateltavat nostavat esille asioita, joihin he liittyvät merkityksellisyyden kokemuksia.

Nauhoitin haastattelutilanteet, jonka jälkeen **litteroin** äänimateriaalin tekstimuotoon sisällönanalyysiä varten. Aina ennen seuraavan haastattelun tekemistä olin litteroinut edellisen haastattelun tekstimuotoon. Litteroinnin tein sanasta sanaan käyttäen puhut-

tua kieltä. Lisäksi tein merkintöjä puheessa esiintyvistä tauoista ja selkeistä äänenpainon, nopeuden ja voimakkuuden vaihteluista. Päädyin litteroimaan nauhoitetun aineiston kokonaisuudessaan, koska en voinut litterointivaiheessa tehdä rajausta sisällöstä, joka tulisi olemaan tutkimuksen kannalta oleellista. Litteroitavaa äänimateriaalia kertyi kolmesta haastattelutilanteesta yhteensä noin kuusi tuntia ja sen litterointiin kului aikaa noin viisikymmentä tuntia. Litteroitua kirjallista aineistoa kertyi yhteensä seitsemänkymmentäviisi liuskaa.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

Sisällönanalyysin avulla pyrin muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyn kuvauksen ja saamaan esille ymmärryksen siitä, mitä olennaista lisävalaistusta tutkimusaineisto tuo tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Sisällönanalyysissä jaoin aineiston pienempiin osiin, joita tarkastelin pyrkien löytämään jotain yleisempää kuin vain yksittäisiä vastauksia. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajarvi 2009, 105.)

Haastatteluaineiston käsittely aloitin litteroidun aineiston **koodaamisella**, tarkoituksena käyttää koodaamista apuna teemojen muodostamisessa. Puhuttaessa koodaamisesta tarkoitetaan aineistoon tehtäviä jäsenteleviä merkintöjä ja luokitteluja, jotka voidaan toteuttaa monin eri tavoin, esimerkiksi alleviivaamalla eri värejä käyttäen. Vaiheen tarkoituksena oli tutustua perusteellisesti aineistoon ja löytää aineistosta tutkimuskysymysten kannalta olennaisia asiakokonaisuuksia eli teemoja. Koodaamalla eli merkitsemällä samoin koodein tekstikohdat, joissa puhutaan samoista tai samankaltaisista asioista, saadaan aineistoon ryhtiä ja helpotetaan analyysia. Koodatessani aineistoa etenin haastattelu kerrallaan, syventyen haastatteluaineistoihin niiden hankintajärjestyksessä. Tein koodaamista aluksi käsin, paperille tulostettuun aineistoon, käyttäen erivärisiä yli- ja alleviivauksia, sekä tekstiliuskan reunuksiin tehtäviä merkintöjä. Jälkimmäiset haastattelut koodasin suoraan tekstinkäsittelyohjelmaan, käyttäen vastaavia värikoodeja kuin ensimmäisessäkin haastatteluaineistossa. Tekstiä koodatessani tein lisäksi merkintöjä erillisille muistiinpanopapereille. Koodausvaiheessa tein muistiinpanoja alustavista ajatuksista koskien aineistossa esiintyvien asioiden yhteyttä toisiinsa ja teoriaosuuteen. (Saaranen – Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Puhuttaessa **teemoittelusta**, tarkoitetaan sitä analyysin vaihetta, jossa koodatusta tekstiaineistosta etsitään toisiinsa liittyviä asioita ja keskeisiä aineistosta nousevia aihekokonaisuuksia. Teemahaastatteluaineiston analyysissa teemoittelu on luonteva

etenemistapa, jolla tutkimusaineistoa litteroinnin jälkeen järjestellään. Teemoja muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti, mutta myös teorialähtöinen eli jonkun tietyn teorian mukaisesti ohjautuva teemoittelu on mahdollista. Teemat voivat muistuttaa aineistonkeruussa käytettyä teemahaastattelurunkoa, mutta aineistosta voi löytyä myös uusia teemoja. (Saaranen – Kauppinen – Puusniekka 2006.) Laadullinen analyysi onkin jaoteltavissa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriaohjaavaan analyysiin. Viimeiseksi mainittua eli **teoriasidonnaista lähestymistapaa** aineistoon kutsutaan myös abduktiiviseksi päättelyksi. Teoriasidonnaisen tutkimuksen katsotaan sijoittuvan teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoon ja siinä aineiston analyysi ei perustu suoraan teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95-100.) Tutkimuksessani tein tutkimusaineiston analyysin teoriaohjautuvasti.

Tarkastellessani tutkimusaineistoa käytin teemojen muodostamisessa Kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa esitettyä toiminnan jaoittelua tarkoituksensa mukaisesti eri toimintakokonaisuuksiin. Toimintakokonaisuuksia ovat itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Tein jaon näihin kategorioihin käyttäen niitä merkityksiä ja tarkoituksia, joita haastateltavat olivat toimintoihinsa liittäneet. (Hautala ym. 2011: 212; Hasselkuss 2011: 24.) Teemoitteluun sain vaikutteita myös Terapeuttisen toiminnan käsitteellisestä viitekehystä. Viitekehysten kautta nousi asiakokonaisuudeksi adaptaation eri muodot, jota aineistossa edusti haastateltavien kuvaus muutoksista, jota eri toimintoihin osallistuminen oli heissä saanut aikaan. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 117–119.) Aikaisempiin tutkimuksiin tutustumisen kautta painoarvoa teemoittelussa sai sosiaalisen osallistumisen näkökulma. Haastattelurungon kysymyksistä nousivat teemoiksi sairaalahoidon jälkeisessä elämässä tapahtuneet ajalliset muutokset sekä arjen rytmi, joka muotoutui eri toimintoihin käytetyn ajan jakautumisen seurauksena. Haastatteluaineistoa tarkasteltaessa teemaksi nousi myös haastateltavien kuvailut toiminnoista, jotka he kokevat merkityksellisiksi ja joihin he ovat sitoutuneet. Edellä mainitut teema-alueet olivat aineistossa dynaamisessa vuoropuhelussa keskenään. Mainitut teemat olivat nähtävissä jo haastattelurungossa ja koska haastattelurunko ohjasi haastattelun kulkua, oli myös litteroidussa aineistossa nähtävissä selviä kytköksiä teoriaan. (Eskola – Suoranta 2000: 154-157; Saaranen – Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Aineiston koodaamisen ja teemoittelun tein osittain päällekkäisinä analyysin vaiheina. Koodaamisen aikana teemat alkoivat ajatuksen tasolla muotoutua ja heti koodaamisen jälkeen ja osittain jo sen aikana teemoittelin aineiston järjestelemällä sen omiksi koko-

naisuuksikseen erillisiin tekstinkäsittelyasiakirjoihin. Tekstinkäsittelyohjelman käyttäminen mahdollisti sen, että samoja tekstikohtia pystyi kokoamaan useampien teemojen alle. Tämä olikin varsin tyypillistä aineistossa esiintyvän eri teemojen välisen dynaamisen vuoropuhelun vuoksi. (Saaranen – Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Teemoittelin aineiston tutkimushaastattelu kerrallaan rakentaen teemoittelun yhtenevien teema-alueiden varaan. Haastateltavien yksilölliset painotukset nostivat kuitenkin esille joitakin teemoja, jotka esiintyivät vain yhdessä haastatteluaineistossa. Esimerkki tällaisesta yksittäisessä haastattelussa esiintyvistä teemasta on käsitys omasta kehonkuvasta. Tälläkin teemalla oli kuitenkin kytkös adaptaation alueeseen, jolloin haastateltavan kertomukset aiheesta sijoittuivat adaptaation alle.

Teemoittelun päätteeksi yksittäisistä havainnoista oli muodostunut suurempia koonteja, teemoja. Tämän jälkeen yhdistelin teemoja ja pyrin muodostamaan käsitystä siitä, mitkä ovat aineiston tyypilliset ja yleisesti esiintyvät elementit. Tämä **tyypittelyvaihe** nosti aineistosta esiin olennaiset ja keskeiset asiakokonaisuudet, joista muodostuivat tutkimuksen tulokset. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Taulukko 1. Esimerkki haastatteluaineiston teemoittelusta ja tyypittelystä.

ALKUPERÄINEN ILMAISU	TEEMOITTELU	TYYPITTELY
SAIRAALASSA		
<i>”Ku sitä mä vaan miätin, että ennen kuin mä menin sinne niin... niin... *hiljaisuus* Miten mä nyt niinku, enhän mä paljon miähii tuntenu edes, mut mulla on sellanen niinku, et ne on hirveen ilkeitä ja. En mä niitten Vanhan Vaasan sairaalan miästen kans paljon tekemisis ollu, mutta tota noin niin, ne oli mua kohtaan kaikki ihan kiltejä.”</i>	<p>Toiminnallinen historia</p> <p>Liittyminen yhteisöön</p> <p>Luottamus</p>	<p>Adaptaatio</p> <p>Sosiaalisuus</p>
SAIRAALAHOIDON JÄLKEEN		
<i>”Joo, kyllä mä tykkään olla töissä ja se on muutenkin se rutiini ollut. Rutiini on aika tärkeä osa tätä arkea. Muutenkin ihan mielekästä hommaa. Siellä on hyviä kavereita siellä ympärillä ja toleen.”</i>	<p>Tuottavuus</p> <p>Arjen rytmi</p> <p>Liittyminen muihin tuottavuuden kautta</p>	<p>Aikaansaaminen</p> <p>Merkityksellinen arki</p> <p>Liittyminen muihin</p>

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tämän luvun alaluvuissa esittelen tutkimuksen tulokset, jotka vastaavat esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Jokaisen luvun päätteeksi on taulukko, johon olen koonnut keskeiset luvuissa käsitellyt asiat. Lukujen yhteydessä kuvaan haastateltavien arkea esimerkkien kautta. Yhteenveto-luvussa esittelen tulosten pohjalta luomani kuvion, jossa olen kiteyttänyt tutkimuksen tulokset kuvallisen mallin muotoon.

5.1 Adaptaatio – muutos itsessä sairaalahoidon aikana

Tässä luvussa esitelen haastateltavien tapaa kuvata adaptaatiota eli itsessään sairaalahoidon aikana tapahtunutta muutosta sekä olosuhteita, jotka muutoksen mahdollistivat. Luku 3.3 Toiminnan dynamiikka avaa **adaptaation käsitettä**, jonka Nelson ja Jepson-Thomas esittelivät Terapeuttisen toiminnan käsitteellisessä viitekehyksessä.

Tämä luku vastaa neljänteen tutkimuskysymykseen, joka kuuluu seuraavasti: **Miten haastateltavat kuvaavat sairaalahoitoa, heissä itsessään hoidon aikana tapahtuneita muutoksia ja niiden vaikutuksia sairaalan jälkeisessä arjessa toimimiseen?** Alaluvuissa esitellään haastateltavien kertomuksista nousseet adaptaation alle sijoittuvat teemat. Niitä ovat **sosiaalisuus, toiminnallisuuden vahvistuminen ja pätevyyden tunne**. Ensin pohditaan kuitenkin ajatusta sairaalahoidosta tietoisena adaptaation edistäjänä.

Oikeuspsykiatrisesta sairaalahoidosta puhuttaessa on huomioitava hoidon pitkäkestoisuus yhtenä sen leimaa antavana ominaisuutena. Adaptaation näkökulmasta katsottuna voidaan pitkäaikaisen sairaalahoidon tarkoituksena ajatella olevan muutosten aikaansaaminen hoidettavan henkilön ominaisuuksissa. Hoidon aikana potilaalle pyritään mahdollistamaan sellaisia toimintoja, joihin osallistumalla hänen on mahdollista kehittää psyykkisiä, sosiaalisia, kognitiivisia ja fyysisiä ominaisuuksiaan, sekä saada kokemuksia, jotka tukevat sairaalahoidon jälkeisessä elämässä toimimista. Sairalahoidon voisi siten ajatella olevan tietoista toiminnallisen adaptaation edistämistä suuntaan, jonka uskotaan ylläpitävän hyvää psyykkistä vointia, edesauttavan sairaalan ulkopuolissa yhteiskunnassa selviytymistä sekä vähentävän riskiä ajautua antisosiaaliseen ja rikolliseen elämäntapaan (Joe 2004: 108).

Tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien sairaalahoidon kokonaiskesto oli keskimäärin noin kymmenen vuotta, yksilöllisen vaihteluvälin ollessa seitsemän ja kuudentoista vuoden välillä. Hoitoajan pituus huomioiden voi ajatella sairaalassa vietettyyn aikaan sisältyneen muutakin kuin aktiivisten hoidollisten ja kuntouttavien toimien kohteena olemista. Sairaalaympäristön fyysiset ja sosiaaliset elementit korostuvat hoidon keston ollessa vuosia ja sairaalan vaikutusten voidaan katsoa liittyvän myös elämiseen osana yhteisöä.

5.1.1 Itsensä löytämisen prosessi

Tyypillistä oli, että haastateltavat kuvasivat sairaala-aikana tapahtuneita muutoksia kokonaisuutena, **itsensä löytämisen prosessina**, josta oli vaikea eritellä yksittäisten hoito- ja kuntoutustoimien vaikutuksia. Muutosta kuvattiin palasina, jotka loksahivat paikoilleen ja prosessina, joka eteni käyntiin päästyään. Muutosta nimitettiin myös aikuistumiseksi. **Aikuistumisen kokemus** ei kuitenkaan ollut vastaajien ikään sidonnainen. Sillä kuvattiin sitä pitkäkestoista omaa ajattelua ja toimintaa muokannutta prosessia, johon oli vaikuttanut niin iän myötä tapahtunut kypsyminen kuin elämän, myös sairaalahoidon, varrella kertyneet kokemukset. Tämän aikuistumisen prosessin voi teorian termein nimetä myös laaja-alaiseksi toiminnalliseksi adaptaatioksi, jonka sairaalahoidon aikaisesta vaiheesta olen tämän luvun puitteissa kiinnostunut. Haastateltavat kuvasivat muutosprosessia muun muassa seuraavin sanoin.

”Tuli ikää ja henkistä kasvua ja pikkuhiljaa rupesin tietämään kuka mä oon. Et on päässyt oman itsensä herraksi. Se oli se juttu siinä.”

Kyllähän mä pikkuhiljaa vahvistuin henkisesti tosi paljon. Sain itsetunnon takasi. Kokonaisuutena kyllä se, kun pääsi normaaliin vanhaan hyvään fiilikseen takasin. Löysi oman itsensä uudelleen.”

Haastateltavat kuvasivat sairaalahoitoa **pysähtymisenä** omien asioiden äärelle. Pysähtyminen oli mahdollistanut oman itsensä tutkiskelun. Sairaalahoitoon joutuminen poisti ihmisen ongelmallisesta elämänpiiristä ja ympäristö tarjosi **turvalliset puitteet** oman tilanteen ja itsensä tutkiskeluun. Sairaalassa pystyi jättämään taakseen sairaalahoitoa edeltäneet vaikeudet ja tarjoutui mahdollisuus turvalliseen asumiseen, säännölliseen elämänrytmiin ja ravitsemukseen sekä taloudelliseen vakauteen.

”Kun monta vuotta oli se turvallisuuden tunne. Se on jotenkin rakentunu muhun vieläkin ja siitä tuli minuun semmonen tasapainoinen pohjavire. Kun ei ollu koko ajan sellaista hälinää ja vaikeuksia ympärillä. Siiitä rakentui sellasta tasapainoo.”

Ympäristö mahdollisti muutoksen tekemiseen, mutta muutoksen keskeinen tekijä oli ihminen itse. Keskeistä muutoksessa oli **oma tahto** se toteuttamiseen. Siihen liittyi oivallus siitä, että elämässä on jatkossa tarpeen tehdä toisenlaisia valintoja. Aineistosta ilmeni, että tapahtumat, jotka tavanomaisesti tulkitaan epäonnistumisiksi voivatkin parhaimmillaan aikaansaada oivallusta ja halua muutoksen tekemiseen. Kuten Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 106) toteavat, vain tarkoituksen kokemus aikaansaa tavoitetsuuntautunutta toimintaa. Tarkoituksen kokemus on ihmisen halu saavuttaa jotain toimintaan osallistumalla, se on orientaatio tulevaan.

”Mullahan oli kerran se koeaika, joka meni mönkään ja mä tulin itse takas. Olin silloin niin kauheissa veloissa. Kyllähän mä ite olin hakeutunut niihin porukoihin. Ei kukaan tullut kämpille koputteleen. Kantapään kautta tuli se paras oppi. Jos se retkahdus on tapahtunut ja asiat menneet mönkään, niin sitähan kautta se oppi sitten tulee. Mä näin sen miten siinä käy. Jos ei niitä oikeesti ole käynyt läpi, niin miten niitä voi käsitellä. No se oli ratkaisevaa siinä sitten, että mä sain sen asian siihen, pystyin käsittelemään sen.”

Kaikki haastateltavat kuvasivat sairaalahoidon aikaista muutostaan aikaisempien kokemustensa valossa. Haastateltavat keskittyivät kertomaan muutoksista niillä elämän alueilla, joilla olivat kokeneet erityisiä ongelmia ennen sairaalahoitoa. Esimerkiksi turvattomuutta kokenut ja ihmissuhteissaan pettynyt haastateltava nosti muutosta edistäneiksi tekijöiksi kokemuksen turvallisuudesta sekä sosiaalisen verkoston vahvistumisen. Päihdeongelman keskeiseksi ongelmakseen nimennyt haastateltava korosti päihdeongelman käsittelyyn saamaansa apua. Sosiaalisuuden alueelle ongelmansa sijoittanut haastateltava korosti muutoksesta puhuessaan vuorovaikutustaitojen oppimista sekä rohkaistumista omien asioiden käsittelyssä.

5.1.2 Sosiaalisuus

Sairalahoidon aikaisista sosiaalista toiminnoista puhuessaan haastateltavat kuvailivat kokemuksiaan, jotka käsittelivät **liittymistä muihin** ja **tukiverkoston** ylläpitämistä ja vahvistamista. Niiden alle sijoittuivat **vuorovaikutustaitojen kehittäminen** ja **luottamuksen syntyminen** toisiin ihmisiin. Koska haastateltavat olivat sairaalahoitoa edeltäviltä lähtökohdiltaan varsin erilaisia, oli myös sosiaalinen kyvykkyys yksilöllisellä tasolla

ja siten sosiaalisuutta lähestyttiin varsin monitahoisesti. Näkökulmasta riippumatta sosiaalisuus oli kuitenkin merkittävä teema, joka toistui kaikissa haastatteluissa ja joihin haastateltavat poikkeuksetta liittivät merkityksellisyyden kokemuksia.

Sosiaalinen liittyminen muihin korostui kahden haastateltavan kertomuksissa. Liittymisen muodot vaihtelivat ja olivat sidonnaisia haastateltavien kiinnostuksen kohteisiin, sosiaaliseen kyvykkyyteen ja sairaalaa edeltäviin kokemuksiin. Tiivis osastoyhteisö tuki **ystävyyssuhteiden** muodostumista ja mahdollisti ympäristön, jossa pystyi kasvattamaan luottamustaan ihmissuhteisiin. Esimerkiksi ennen sairaalaa ihmissuhteissaan pelkäämään joutunut ja häirintää kokenut haastateltava toi esille miten positiivinen vuorovaikutus potilastovereiden kanssa oli palauttanut luottamusta ihmissuhteisiin. Haastateltavien kertomuksissa toistuivat osastoyhteisön ja yksittäisten ystävien kanssa tehdyt vapaa-ajantoiminnot ja sosiaalinen liittyminen korostui haastateltavien asuessa kuntoutusosastolla.

”Ennen kuin mä menin sairaalaan, mä oli kauheen yksin. Vaasas mulla oli ystävä. En ollut siä koskaan yksin. Me käytiin yhdessä siellä seurakunnas, rukoiltiin ja laulettiin.”

”Kyllähän me siellä tehtiin jätkien, hyvien kavereiden kanssa paljon... Meillä oli rutiineja. Joka päivä jotakin, uimahallilla, pizzalla, kaikkee tämmöstä.”

Yhteisön kanssa yhdessä tehtävissä toiminnoissa painottui yhdessä tekemisen ja yhteisen päämäärän eteen työskentelemisen lisäksi elämyksellisyys ja itsensä kehittäminen, joka liittyi positiiviseen yhteisön paineeseen. Kun yhteisölliseen tekemiseen osallistui myös **henkilökunta**, tuki se positiivista vuorovaikutusta ja yhteishengen syntymistä henkilökunnan ja potilaiden välille. Tärkeätä oli myös näiden yhteisten tilanteiden mahdollistama yhdenvertaisuuden kokemus, joka lisäsi liittymistä henkilökuntaan. Toimintojen aikana kahtiajako henkilökunnan ja potilaiden välillä poistui ja vuorovaikutusta kuvattiin pikemminkin kaverillisena tapahtumana. Tällaisia yhteisöllisiä positiivista virettä luoneita toimintoja olivat muun muassa kuntoutusosastolla toteutunut erähenkinen ryhmätoiminta sekä suljetulla osastolla ja ulkoterapiassa säännöllisenä toimintana toteutunut kortin pelaaminen, joka oli yhteisön itsensä organisoimaa vapaamuotoista toimintaa. Nämä kokemukset loivat edelleen haastatteluhetkelläkin positiivista suhtautumista sairaalahoitoon.

”Siellä rupes jengi oleen hirveen hyviä pelaamaan. Kun astuttiin pelaamispyytään, niin eihän siinä nyt hoitajallakaan ollut meille kahta sanaa sanomista.”

”Sittenhän se lähtee toimimaan, kun pystyy jo luottaan siihen toisen pelisilmään. Kauhee naljailu, saa viikon kuullu, jos mokaa korttipelissä jonkun jutun.”

”Kun oltiin siellä kalassa, niin se hoitajakin sanoi, että paras reissu missä hän on koskaan ikinä ollut.”

Tukiverkoston ylläpitämisen ja vahvistamisen tärkeys kävi ilmi jokaisessa haastattelussa. **Suhde perheeseen** ja perheen mukana oleminen prosessissa oli tärkeätä. Yksi haastateltava oli korjannut perhesuhteensa sairaala-aikana, muut olivat ylläpitäneet yhteyttä perheeseen esimerkiksi vieraillemalla heidän luonaan. Kaikkien haastateltavien kohdalla oli sairaalahoidon jälkeen perhe, käytännössä vanhemmat ja sisarukset, yksi olennainen osa tukiverkosta.

”Sairaalassaoloaikana mä tulin läheisemmäksi vanhempien kanssa. Siitä tuli mulle sellainen luottamus, turvallinen olo, etteivät he hyljänneet mua.”

Oli tyypillistä, että sairaalan ulkopuolinen **kaveripiiri** supistui tai hävisi kokonaan ja vuorovaikutus **potilastovereiden**, oman perheen ja ammattihenkilöstön kanssa korostui. Poikkeuksen tästä muodosti yksi haastateltava, joka oli pitänyt aktiivista yhteyttä pitkäaikaiseen ystäväpiiriinsä myös sairaalahoidon aikana. Ystävät olivat maantieteellisesti lähellä ja liittyivät haastateltavan harrastustoimintaan. Hänen kohdallaan ystävyysuhteet, jotka olivat alkaneet lapsuudessa, jatkuivat läpi sairaala-ajan ja kannatellivat myös sairaalan jälkeisessä arjessa.

Hoito-, terapia- ja kuntoutushenkilöstön osuus tukiverkossa korostui sairaala-aikana. Kaikki haastateltavat olivat tehneet yhteistyötä omahoitajiensa kanssa. Lisäksi terapiakeskusteluja oli käyty psykologin ja sairaalapastorin kanssa. Yksi haastateltava painotti pitkäaikaisia psykologin kanssa käytyjä terapiakeskusteluja, kokien niiden tukeneen muutostaan. Toiselle omahoitajan kanssa oikea-aikaisesti tapahtunut päihdeongelmaan tarttuminen oli ollut käännteentekevä vaihe muutoksessa. Kolmas nosti sairaalapastorin hengellisen toiminnan tärkeäksi hoidolliseksi menetelmäksi. Haastateltavat toivat esille myös kokemuksia hoidollisista suhteista, joista eivät olleet hyötäneet. Hoidollisiin keskusteluihin oli kuitenkin osallistuttu, koska ne miellettiin osaksi sairaalan rutiineja.

”Psykologin kanssa pystyi juttelemaan omista asioista ekaa kertaa elämässä. Muutenkin pystyi normaaliin kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa.”

”J oli ainut hoitaja kenen kanssa me tehtiin oikeasti sitä huumetyötä. Se huomasi missä se ongelma oli ja sitten ruvettiin työstämään sitä ongelmaa. Sillä oli hyvä tatti siihen ja se hoiti sen homman tosi hienosti. Myöhemmin omahoitajakeskusteluissa se oli vain pinnan raapimista. Kyllä se työ tehtiin silloin aiemmin.”

5.1.3 Toiminnallisuuden vahvistuminen

Toiminnallisuuden vahvistuminen liittyi siihen toimintojen kirjoon, joita haastateltavat ottivat omakseen, ylläpitivät ja uudelleen löysivät sairaalahoidon aikana. Kun puhutaan toimintoihin hakeutumisesta, on aluksi aiheellista palata toimintaan sitoutumiseen ja sitä kautta merkityksellisyys käsitteeseen. Toimintaan sitoutuminen on käytännössä oman ajan täyttämistä mielekkäällä tekemisellä. Se, mihin toimintaan kukin ihminen sitoutuu, on sidonnainen kokemukseen toiminnan merkityksestä. Merkityksellisen toiminnan kautta ihminen saa mielihyvän, tyydyttävyyden ja itseluottamuksen kokemuksia, joita myös pätevyyden tunteiksi voidaan tässä yhteydessä kutsua. On myös todettu, että merkitykselliseen toimintaan osallistuminen edistää terveyttä ja parantaa elämänlaatua. (Hautala ym. 2011: 208–212; Kielhofner 2004: 96–98; Townsend – Polatajko 2007: 23, 59–60.)

Oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon tarkoituksena voidaan ajatella olevan hoidettavan ihmisen **vieraannuttaminen vahingollisina**, antisosiaalisina ja rikollisina **pidettävistä toiminnoista**. Yhteiskunnan sosiokulttuuriset normit puolestaan määrittävät hyväksyttävää, prososiaalista ja laillista toimintaa. Kun ihmistä vieraannutetaan vahingollisista toiminnoista, on todennäköistä, että samalla tapahtuu **vieraantumista** myös **merkityksellisistä toiminnoista**. Toisaalta uudessa ympäristössä tarjoutuu mahdollisuus uusiin toimintoihin, joilla pyritään korvaamaan menetettyä toimintaa. (Coudrick 2004: 12; Joe 2004: 112; Townsend – Polatajko 2007: 43–44.)

Haastateltavien kertomuksissa tuli esille, että **mielialaa** olivat hoidon aikana alentaneet **toimettomuuden tunne** sekä kokemus siitä ettei sairaalassa ollut mahdollisuutta osallistua itselleen merkityksellisiin toimintoihin. Toimettomuuden tunteet haastateltavat liittivät hoidon alkuvaiheeseen ja suljetuilla osastolla tapahtuneeseen hoitoon. Näissä kokemuksissa oli kyse **toiminnallisen deprivaaation** ilmentymästä, jota Coudrick

(2004: 12) ja Whiteford (2000: 201) määrittelevät seuraavasti. Rajoitukset sekä mielekkäiden toimintojen ja valinnanmahdollisuuksien puute saavat aikaan toiminnalliseksi deprivaatioksi kutsutun ilmiön. Se on tila, jossa yksilöllä ei itsestään ulkopuolella olevien syiden takia ole mahdollisuutta sitoutua hänelle välttämättömiin tai merkityksellisiin toimintoihin. Toiminnallinen deprivaatio voi johtaa depression ja apatiaan.

”Kyllähän se alku oli vaikea, kun tuntui ettei mikään tapahtunut. Vain turhaa olemista. Siitä sitten kun vähän alkoi etenemään, niin alkoi mielialat paranemaan. Mielialaa parantaa, kun saa jotakin tehtyä, saa aikaiseksi jotakin. En silloin Vaasassa alkuaikoina saanut mitään aikaiseksi. Sehän siinä justiinso olikin.”

Toimettomuuden tunteet lievittyivät liikunta- ja harrastusmahdollisuuksien lisääntymisen myötä ja hoidon alkuvaiheessa pienikin mahdollisuus johonkin säännölliseen toimintaan kohotti mielialaa. Kun haastateltavat olivat edenneet kuntoutusosastolle saakka, olivat toimintamahdollisuudet lisääntyneet merkittävästi. Kun ulkopuolelta asetetut rajoitukset olivat kuntoutusosastolla vähäiset, korostui kunkin haastateltavan oma aktiivisuus toimintoihin hakeutumisessa. Silloin myös omat mielenkiinnot ja valinnat tulivat selvemmin näkyviksi. Kuntoutusosastolla sairaalan ulkopuolelle suuntautuvat toiminnot lisääntyivät ja ystävien kanssa yhdessä tehtävien toimintojen merkitys korostui. Sairaalan ulkopuolelle suuntautuneissa toiminnoissa olikin nähtävissä samoja kiinnostuksia, joita haastateltavat toteuttivat arjessaan myös haastatteluhetkellä.

”Alkuun oli tosi tärkeä homma, että pääsi punttisalille käymään. Kaikki semmonen liikkuminen. Että sai jostakin vähän hyvää fiilistä. Se on se tekeminen.”

”Se turhautti, kun punttisalille ei päässyt kun kerran tai pari viikossa. Kyllähän mua ulos pyydettiin ja käskettiin kävelemään, mutta silloin mä olin niin huonossa kunnossa, etten mä jaksanut niissä porukoissa kävellä. Kun olisikin ollut mahdollisuus harrastaa sitä liikuntalajia, mistä tykkää ja mitä haluaa harrastaa. Mä olin hoikka nainen ja sairaalasta lähdin satakiloisena. Se on tällainen silmiinpistävä seuraus sairaalassa olostä.”

Yllä oleva ote haastattelusta kuvaa toiminnallista deprivaatiota, joka on johtanut maladaptatioon. Maladaptation käsitettä on kuvattu tarkemmin luvussa 3.3. Esimerkissä mielekkäiden fyysistä kuntoa ylläpitävien toimintamahdollisuuksien puute, yhdistettynä lääkityksen negatiivisiin vaikutuksiin, oli hoidon alkuvaiheessa johtanut fyysisen kyvykkyyden laskuun. Kyvykkyyden lasku oli ylipainon ja vähäisen fyysisen toiminnallisuuden seurausta ja se esti toimintoihin hakeutumisen senkin jälkeen, kun ympäristön toimintamahdollisuudet lisääntyivät. Pitkään jatkuessaan tällä oli ollut myös vaikutusta haas-

tateltavan pätevyyden tunteeseen, uskoon siitä, että muutoksen tekeminen on mahdollista. (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 121.)

Tarkasteltaessa toimintoja, joihin haastateltavat olivat sairaalahoidon aikana omien valintojensa kautta **sitoutuneet**, on havaittavissa, että ne asettuvat pääsääntöisesti vapaa-ajantoimintojen alueelle. Lisäksi kiinnostus niihin on ollut olemassa jo ennen sairaalahoittoa. Haastateltavat ovat jatkaneet **aiempaa harrastustaan** tai uudelleen löytäneet toimintoja, joista ovat aikaisemmin olleet kiinnostuneita. Haastateltavat olivat sairaala-olosuhteissa palanneet niiden toimintojen pariin, joihin he ovat liittäneet merkityksellisyiden kokemuksia ennen sairaalahoittoa. Tällaisia haastateltavien toteuttamia vapaa-ajantoimintoja olivat muun muassa kuntosalilla harjoittelu, kalastus ja eräretkeily sekä hengellinen toiminta. Lisäksi harrastusten kirjossa oli musiikki, elokuvat, kirjallisuus ja taiteen tekeminen. Harrastustoimintoihin haastateltavat liittivät ominaisuuksia, joista muodostui toimintojen **merkityksellisyys**. Niitä olivat muun muassa sosiaalinen liittyminen muihin, itsensä kehittäminen, elämyksellisyys, luovuuden toteuttaminen, hengellisyys ja fyysiset mielihyvän kokemukset. Haastateltavasta riippuen toiminnot painottuivat aktiivisiin tai rauhallisiin, ryhmässä tehtäviin tai yksin suoritettaviin. Huomion arvoista sairaalahoidon aikaisissa vapaa-ajantoimintoissa on, että ne ovat siirtyneet suoraan tai hieman mukautetussa muodossa osaksi haastateltavien arkea myös hoidon päättymisen jälkeen. Tästä voidaan päätellä, että haastateltavat olivat hoidon aikana saaneet mahdollisuuden toteuttaa toimintaa, johon he olivat sitoutuneet omien merkityksen kokemustensa kautta. Siten toiminnot olivat pysyneet osana haastateltavien arkea ympäristön muutoksesta huolimatta.

”Noi harrastukset, nimenomaan kalastus, on niin paljon antavia. Se on ihan eri mennä kalaan, kun mennä johonkin futismatsiin. Onhan se nyt kokemuksena paljon laajempi. Siellä tehdään tulet ja on se luonto siinä ympärillä. Siinä oli vähän haastetta, se oli talvi ja se takastulomatka oli pimeä. Siinä oli jotenkin hienosti elementit kohdallaan”

Tuottavuuden alueen toiminnot, joista merkittävimpänä haastatteluaineistossa näkyi työterapiaan ja opiskeluun osallistuminen, olivat oleellinen osa haastateltavien arkea sairaalahoidon aikana. Tuottavuuden alueen toiminnot eivät kuitenkaan sellaisenaan olleet siirtyneet osaksi sairaalan jälkeistä arkea. Tuottavuuden alueella esille nousseet pätevyyden tunteet heijastuvat sairaalan jälkeiseen elämään ja saivat haastateltavat hakeutumaan ja sitoutumaan muihin tuottavuuden alueen toimintoihin.

Sairaalaolosuhteissa ilmenee toimintoja, joihin potilaita **sitoutetaan** ulkoisin motivaattorein. Toimintoihin sitouttamista on kuvattu tarkemmin luvussa 3.2. Haastateltavat kertoivat osallistuneensa arjen taitojen alueelle sijoittuviin töihin yhteisön odotusten mukaisesti. Arjen askareet, joita olivat olleet kotitaloustyöt ja ruuanvalmistus, miellettiin osaston rutiiniin kuuluviksi toiminnoksi. Niillä koettiin olevan taitoja ylläpitävä vaikutus, mutta niihin osallistumisella ei koettu olevan erityistä osuutta sairaala-aikana tapahtuneessa muutoksessa. Ruuanvalmistukseen haastateltavat olivat osallistuneet mielellään, joskin he kokivat ettei tarvetta edellä mainittujen toimintojen kehittämiseen ollut, koska arjen taidot olivat lähtökohtaisesti olleet riittävällä tasolla. Yhden haastateltavan kohdalla ruuanvalmistus nivoutui osaksi harrastusta. Kun haastateltava mielsi ruuanlaiton harrastuksensa osaksi, käytti hän ruuanvalmistustaidon kehittämiseen enemmän aikaa kuin pakolliset rutiinit olisivat vaatineet.

”Mulla arjen asiat on ollut aina hanskassa. Kyllähän se vähän pakkopullaa oli, mutta kyllä mä ne pointit ymmärsin siinä. Jos niinku A-puolelle menee, niin pitää pystyy niihin siivouksiin ja sellaiseen.”

”Viikonloppuisin, jos sattui olemaan isäntänä, niin silloin tehtiin ruokaa. Sen verran mitä nyt kuului siihen rutiiniin. Tykkäsin siitä tosi paljon. Mä oon itsenäisesti asunut vuosia ennen Vaasaan tuloa. Kyllä sitä on ainakin hengissä pysynyt omien kokkauksien kanssa.”

”Kyllä mä kokkailin siellä paljon. Kun niitä erähommia tekee, niin tuli kiinnostus tuohon ruuanlaittoon.”

5.1.4 Pätevyyden tunne

Pätevyyden tunteen muodostuminen liittyi toimintoihin, joihin osallistuminen vahvisti **tunnetta omasta kyvykkyydestä**. Haastatteluissa pätevyys tunteet liittyivät useisiin toimintoihin, ilmeten kuitenkin tyypillisimmin tuottavuuden alueella. Esimerkiksi työterapiatoimintaan osallistumisen kautta haastateltavat kertoivat **oppineensa uusia taitoja**, joita he olivat voineet hyödyntää myös sairaalan jälkeisessä arjessa. Yksi haastateltavista oli sairaalahoidon aikana opiskellut itselleen ammattitutkinnon ja hankkinut ajokortin. Pätevyyden tunteet liitettiin haastatteluissa myös itselle mielekkääseen vapaaajantoimintaan, jossa oli tavanomaisesti myös sosiaalinen ulottuvuus. Toimintaa suoritettiin yhdessä muiden kanssa, jolloin siihen sisältyi myös kokemus **kyvystä liittyä muihin** ja toimia yhtenä ryhmän jäsenenä. Pätevyyden tunteen muodostumisessa oli

vat keskeisiä kokemukset siitä, että **on hyvä jossakin**, pystyy oppimaan uutta ja kehittämään taitojaan, sekä myös tarpeen vaatiessa **koettelemaan kyvykkyytensä rajoja**.

”Vaikkei yrittänytään, niin pakosta siellä oppi niitä puuhommia. Mulla oli hyvin homma hanskassa ja jos tuli vaikeampia töitä, niin kyllä ne mulle tuli.”

”Koulussa sai aika paljon vahvistusta itsestä, kun sai jotakin tehtyä. Sitä halusi kokeilla, että pärjääkö sitä tommosissa asioissa ja hyvinhän se sitten meni.”

Pätevyyden tunnetta vahvisti myös aktiivinen osallistuminen oman hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Keskeinen pätevyyden tunnetta vahvistava seikka oli kokemus omien **vaikutusmahdollisuuksien** olemassa olostä. **Oman tilanteen ymmärtäminen, halu tarttua ongelmiin sekä kyky käsitellä niitä** vahvisti tunnetta pätevydestä.

”Tottakai mä ymmärsin sen miten tässä pitää toimia, että saavuttaa asioita. Eihän tää tuu onnistumaan ellei tässä tosissaan yritä. Halusin sen vapauden ja toimin sen mukaan. Kyllähän sieltä pääsee pois, jos haluaa yrittää.”

”Mä näin sen tilanteeni siinä ihan suoraan ja mä pystyin käsittelemään sen. Se oli sellaista oivallusta ja sitä kautta tuli ne työkalut sitten siihen.”

”Siellä Vaasassa oli kauheen stressaavaa se, että oonks mä täällä loppuelämän vai kuinka monta vuotta. Sitte ku pääsi F:lle, niin se helpotti. Sitten mä tajusin, että mä pääsen täältä pois ja on jotain vaikutusmahdollisuutta”

Taulukko 2. Adaptaatio: Sairaalahoitoa aikana tapahtuneen muutoksen osa-alueet.

SOSIAALISUUS	TOIMINNALLISUUDEN VAHVISTUMINEN	PÄTEVYYDEN TUNNE
Liittyminen muihin * vuorovaikutustaitojen kehittyminen * luottamus ihmissuhteisiin lisääntyä * ystävyysuhteet * yhteisöllisyys * suhde henkilökuntaan * tapahtuu toiminnallisuuden kautta	Vieraantuminen toiminnoista * vieraantuminen vahingollisista, mutta myös merkityksellisistä toiminnoista. * toiminnallisuuden vaikutus mielialaan * toimettomuus * toiminnallinen deprivaatio	Tietoisuus kyvyistä * olla hyvä, osata * kyky oppia ja kehittyä * kyky liittyä muihin ja toimia yhteisössä * itsensä ylittäminen
Tukiverkosto * perhesuhteiden ylläpitäminen / korjaaminen * aikaisemman kaveripiirin supistuminen / ylläpitäminen * sairaalan sisäisten ystävyysuhteiden luominen * henkilökunnan tuki	Sitoutuminen toimintoihin * sitoutuminen merkityksellisuuden kautta * toiminnallisen historian vaikutus valintoihin * toimintoihin sitoutuminen	Vaikutusmahdollisuudet * tilanteen ymmärtäminen * ongelmiin tarttuminen * ongelmien käsittelyminen * kyky ratkaista ongelmia

5.2 Menestyksen tekijät ja merkityksellinen arki

Tässä luvussa vastaan ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen, jotka kuuluvat seuraavasti: **Millaista on oikeuspsykiatristen potilaiden arki sairaalahoidon jälkeen? Millaisten tekijöiden kautta haastateltavat määrittelevät menestystään ja millaisia ovat toiminnot, joita he kuvaavat itselleen merkityksellisinä?**

Tunne henkilökohtaisesta menestyksestä oli sidonnainen siihen miten haastateltavilla oli mahdollisuus toteuttaa itselleen merkityksellisiä toimintoja ja liittyä itselleen tärkeisiin yhteisöihin. Tämä luku käsittelee menestystä yksilöllisenä ihmisen itsensä määrittämänä käsitteenä. Kun puhutaan merkityksellisestä arjesta, on muistettava, että merkityksellisuuden ja menestyksen kokemus on sidoksissa ihmisen toiminnalliseen historiaan, arvomaailmaan, uskomuksiin ja tavoitteisiin. (Hautala ym. 2011: 211; Townsend – Polatajko 2007: 60.)

Merkityksellinen arki tarkoittaa sitä varsinaista tekemistä, verkostoja ja olemassa olevia elämän olosuhteita, jotka olivat läsnä haastateltavien arjessa ja liittyvät heidän itse tekemiinsä valintoihin. Menestyksen tekijät taas ovat niitä toiminnan osatekijöitä ja olo-

suhteita, jotka eivät olleet sidoksissa mihinkään tiettyihin toimintoihin, vaan esiintyvät yksittäisiä toiminnan muotoja yleisemmällä tasolla. Tämän luvun alaluvuissa avaan näitä menestyksen tekijöitä eli merkityksellisen arjen rakennuspalikoita. Niitä ovat **vapaus, muihin liittyminen ja aikaansaaminen**.

5.2.1 Vapaus

Haastateltavat määrittivät vapauden yhdeksi tärkeäksi menestyksen tekijäksi. Vapaus oli **itsemääräämisoikeutta**, mahdollisuutta **päittää omista asioista** ja **tulla kunnioitetuksi aikuisena** täysivaltaisena **ihmisenä**. Vapaus näkyi **arjessa tehtävinä valintoina**. Vapaus oli muun muassa mahdollisuutta hallinnoida **omaa asuntoa, tehdä suunnitelmia ja ratkaista itse arjen asioita**. Vapaus sisälsi myös **vastuun** huolehtia omasta arjesta ja itsestään.

”Nyt sitä on niin kun vapaa. Vapaa päättämään omasta tulevaisuudesta, omista tekemisistä ja saa valita kaverit ympärillä, ettei tarvi kaikkien kanssa olla tekemisissä. On vapaus valita omat liikkumiset ja saa päättää itse kaikki ruoka-ajan ja tommoset. Että on tää aika siistiä.”

Vapauden ollessa tärkeä tekijä arjessa, oli myös vapauden rajoittaminen tai menettäminen asia, johon suhtauduttiin vakavuudella. Yksi haastateltava kuvasi epäonnistumista vapauden menettämisenä ja koki sairaalahoidon aikana pahinta olleen juuri vapauden puute.

Itsemääräämisoikeus oli osa vapaudentunnetta ja siten sitä koskevat rajoitukset saivat aikaan vastusta ja ärtymystä myös sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Yksi haastateltava kuvasi ajatuksiaan itsemääräämisoikeutensa rajoittamisesta seuraavaan tapaan.

”Mua häiritsee, että ihmiset on kauheita määräilemään. Siitä tule ärsyntyneet olo ja silloin mä koen, että mua ei kohdella aikuisena ihmisenä. Jos jollain on mielisairaus, niin ei se tarkoita sitä ettei ole aikuinen ihminen. Olisiko se joku äitivietti vai mikä, mutta varmaan kun on jossain hoitotyössä, niin helposti lipsahtaa siihen, että mää nyt tässä poikasia hoidan. Pitää olla oikeus olla aikuinen.”

Haastateltavat kuvailivat toimintoja, joiden parissa he olivat tehneet sellaisia valintoja ja päätöksiä, joilla oli ollut vaikutusta heidän elämänrytmiensä muotoutumiseen. Merkittävimmät rutiineihin ja toiminnallisuuteen liittyvät **muutokset** olivat tapahtuneet **asumisen ja tuottavuuden** alueilla.

Kodin merkitys korostui vapaudesta puhuttaessa. Vaikka koti saattoi ajatuksissa sijaita muualla kuin omassa asunnossa, määrittelivät kaikki sitä varsin yhtenevästi. Oman kodin merkitys määriteltiin turvan ja rauhoittumisen kautta.

”Se on turvapaikka, jossa voi rauhoittua muun kiireen keskellä ja siellä on levollinen olo.”

”Ainahan sitä haaveili siitä omasta elämästä ja omasta vapaudesta. Olihan se nyt ylimakee fiilis, kun sai sen kämpän Vanhiksen jälkeen. Oma koti oli niin kova juttu kuin olla ja voi. Kodin merkitystä ei sellaiset ihmiset ymmärrä, jotka siitä ei ole joutuneet luopumaan.”

”Mä en koe niinkään tota tukiasuntoa kodiksi, se on kämppää. Kun mä menen äidin ja isän luo, niin sitten mä oon kotona. Sitten myös kun mä menen töihin, niin mulla on siellä levollinen olo, ihan kuin olisi kotiin menny.”

Oma asunto osoittautui jokaisen haastateltavan kohdalla tärkeäksi paikaksi, jonka hoitaminen ja hallinnoiminen oli osoitus vapauden olemassa olosta. Kaikki haastateltavat olivat kalustaneet kotinsa omalla tyylillään ja asunnoissa oli tärkeitä tavaroita. Haastateltavat kokivat suoriutuvansa ongelmitta itsenäisestä asumisesta ja siihen liittyvistä arjen askareista. Kodinhoidollisista töistä he huolehtivat omien standardiensa mukaisesti. He muun muassa pitivät kotinsa järjestyksessä, hoitivat vaatehuollon sekä käyttivät keittiötä ruuanvalmistukseen. He myös asioivat kaupoissa ja virastoissa itsenäisesti sekä kulkivat tarvittaessa julkisilla kulkuvälineillä. Yhdellä haastateltavalla oli edunvalvoja, joka huolehti taloudellisten asioiden hoitamisesta. Kaksi muuta hoitivat raha-asiansa itsenäisesti.

”Kyllä mä tykkään pitää kämppää hyvässä kondiksessa. Mulla on kämpän kanssa hommat hanskassa. Tykkään kokkailla kaikenlaisia hyviä safkoja ja ainakin kerran päivässä yritän tehdä lämpimän aterian.”

”Jos mulla on käytössä rahaa, mä laitan kaikkia hienoja lihoja. Jos on vähemmän rahaa, niin sitten on ranskalaisia. Sitten, kun kaverit tulee viikonloppuisin, niin laitetaan hyvää ruokaa ja otetaan muutama olut. Ihan normaalia, mitä muutkin tekee.”

Sairaalan kuntoutusosastolla moniammatillisen tiimin yhtenä tehtävänä on arvioida kotiutuvien potilaiden arjessa esiintyvää tuen tarvetta ja pohtia millaisesta asumismuodosta potilas tulisi hyötymään. Omaan kokemukseeni perustuen ajattelen useimpien

palvelukotisijoitusten olevan seurausta arviosta, että kotiutuva potilas tulisi hyötymään tuesta arjen askareissa. Palveluasumisen ympäristön ajatellaan antavan tukea myös säännöllisen päivärytmin toteuttamisessa. Harjoittelut tuetun asumisen yksikössä aloitetaan yleensä jo hyvissä ajoin ennen kotiutumista ja kotiutuminen palveluasumisen piiriin on siten luontainen jatkumo harjoittelujaksoille. Palveluasumisen katsotaan tukevan potilaan integroitumista yhteiskuntaan ja antavan valmiuksia siirtyä kohti itsenäistä asumista. Kaikkien haastateltavien kohdalla oli kotiuttamisvaiheessa edetty tällä varsin tyypillisellä kotiutumisympäristöön liittyvällä kaavalla. Kaikki haastateltavat olivat kotiutuneet sairaalasta tuetun asumisen piiriin, kaksi palvelukotiin ja yksi palvelukodin tukiasuntoon. Haastatteluhetkellä yksi haastateltava asui edelleen palveluasumisen piirissä palvelukodin tukiasunnossa. Kaksi muuta olivat muuttaneet omiin vuokra-asuntoihin.

Aineistosta kävi ilmi etteivät haastateltavat olleet kokeneet **palveluasumisen hyötyjä** kohdallaan merkittävinä. Sairaalasta uloskirjoitusta seurannutta palvelukotiasumista haastateltavat kuvasivat pikemminkin itselleen tarpeettomana tai jopa ahdistavana elämänvaiheena.

”Olin mä ollu valmis kotiutumaan suoraan omaan kämppään ilman palvelukotiäkin. Mä olin siellä niin sanotusti vapaan kirjalla melkein vuoden. Oma asunto ja itsenäinen elämä oli siellä koko ajan haaveena. Tuntuu etten mä hyötynyt siellä mitään. Se oli vain pakko-olemista. Meinasivat sairaalassa, että se olisi hyväksi mulle.”

”Hetimit kun oli mahdollista, muutin pois palvelukodista. Olin mä ehkä ollut siellä kauemmin, mutta se mun kämppis kuuli ääniä ja se aiheutti mulle pelkotiloja. Tämä tukiasunto ei ole pakkohoitopaikka eli periaatteessa mä voisin lähteä, mutta mä oon nyt turvassa täällä asunnolla.”

Haastateltava kertoivat **palveluasumisen aikana saaneensa tukea** joihinkin arjen toimintoihin tai heidän asioitaan oli hoidettu työntekijöiden toimesta. Yksi haastateltava oli hankkinut palvelukodissa asuessaan vuokra-asunnon Niemikotisäätiöltä. Hän oli saanut asunnon hankintaan tukea palvelukodin kautta. Toinen haastateltava oli saanut arjen taitoihin liittyviä tukitoimia palveluasumisen aikana. Hän oli muun muassa ollut mukana keittiöryhmissä ja tehnyt palvelukodin toimintaterapeutin kanssa ruokasuunnitelmia arkensa tueksi. Lisäksi hän oli yhteistyössä henkilökunnan kanssa aikatauluttanut arkensa toimintoja. Haastatteluhetkellä hän suoriutui kodinhoidollisista töistä itsenäisesti, mutta tuetun asumisen palvelut näkyivät edelleen kontaktina omaohjaajiin

sekä henkilökunnan päivittäisinä tervehdyskäynteinä asunnolla. Palvelukotiasumisella oli ollut myös selviä positiivisia vaikutuksia yhteisöihin integroitumiseen.

Tuetun asumisen piirissä on tavanomaisesti mahdollisuus **tukityön** tekemiseen. Kaikki haastateltavat olivatkin sairaalasta kotiutuessaan siirtyneet työsaleilla järjestetyn tukityön piiriin. Työsalitoiminta, joka toteutuu tyypillisimmin alihankintatöiden parissa, onkin tyypillinen tuottavan toiminnan muoto, johon potilaat sairaalan ulkopuolella osallistuvat. Työsalitoiminta on usein osa harjoittelujaksojen päivärytmiä ja sen parissa potilaan oletetaan jatkavan myös kotiutumisenensa jälkeen. Aineistoa tarkasteltaessa työsalitoiminta osoittautui kuitenkin toiminnan muodoksi, johon kaikki haastateltavat olivat tehneet muutoksia heti siihen mahdollisuuden saatuaan.

”Mä en tykännyt käydä siellä työsalilla, kun se oli henkisesti niin raskasta hommaa. Semmosta työtä, mistä ei saanut mitään fiiliksiä. Hirvees metelissä pakata jotain saunakiuluja ja teepusseja. Nyt mä käyn Niemikotosäätiöllä töissä. Tehdään kavereitten kanssa remonttihommia ja olen myös autokuskina siellä. Saa olla rauhassa ja on mukavia keikkoja.”

”Kun mä tulin tänne, niin pakkaamaan. Mitä terapiaa se on, että mä pakkaan tuolla työtoiminnassa jotain? Kyllä mä valitinkin, kun Vaasas työterapia oli luovaa tekemistä ja täällä se on tämmöstä. Mulla oli niin voimakas lääkitys, että siellä mä nuokuin kaikki päivät. Sitten kun mun lääkkeitä vähennettiin, niin tuli halu tehdä jotain mielekästä.”

”Ne, jotka siellä salilla kävi... eihän ne nyt olleet lähellekään sen kuntoisia, mitä Vanhiksessa on työpajalla. Ei ne pystyneet kuin lajittelemaan jotain ruuveja ja nekin meni aina väärin. Menin raksalle töihin. Pystyin siihen, mutta oli se rankkaa. Lääkitys on sellainen, että pikkasen vaikea päästä aamulla ylös. Nyt olen pelkällä eläkkeellä ja jos totta puhutaan, en mä sellaista työtä kaipaakaan.”

Erityisesti tuottavuuden alueella tekemisensä muutosten seurauksena kaikki haastateltavat olivat uudelleen **aikatauluttaneet omaa arkeaan**. Mahdollisuus itse hallita omaa ajankäyttöä olikin yksi osoitus vapauden olemassa olost. Kaikki olivat vähentäneet tuottavuuteen käytettävien tuntien määrää, verrattuna siihen mitä ne olivat sairaalahoidon aikana olleet. Kahdella kolmesta myös päivärytmi oli siirtynyt iltapainotteiseksi. He kertoivat varhain heräämisen olevan lääkityksen vuoksi vaikeata ja siten olivatkin järjestäneet päivänsä niin, että aktiivinen toiminta alkoi yleensä vasta puolen päivän aikoihin. Illalla he menivät nukkumaan noin puolen yön paikkeilla tai sen jälkeen. Tuetun työhön osallistuvan haastateltavan päivärytmi muistutti eniten sairaalassa toteutu-

vaa rytmiä. Hän kertoi heräävänsä arkisin ”hyvällä fiiliksellä” ja viikonloppuisinkin heräsi viikolla toteuttamansa rytmin mukaisesti. Kaikkien haastateltavien rytmi oli vakiintunut osaksi arkea. He kokivat **päivärytmensä itselleen sopivaksi**, eivätkä nähneet tarvetta tehdä siihen muutoksia.

5.2.2 Liittyminen muihin

Läpi tutkimusaineiston ilmeni muihin ihmisiin ja yhteisöihin liittymisen tärkeys. Se oli keskeinen tekijä, joka toistui kaikissa haastatteluissa ilmeten kunkin haastateltavan kohdalla hieman eri muodossa. Tässä alaluvussa esittelen konteksteja ja toimintoja, joiden kautta haastateltavat olivat siirtymävaiheessa sairaalasta siviiliin liittyneet muihin ihmisiin ja yhteisöihin. Lisäksi luku esittelee merkityksiä, joita haastateltavat liittävät sosiaalisiin toimintoihin.

Haastateltavien siirtyessä sairaalasta takaisin yhteiskuntaan olivat tärkeimmät yhteisöihin integroitumista edistävät kontekstit **asumisyhteisö** sekä **tuetun työllistymisen ympäristö**. Niiden vaikutus näkyi erityisesti kahden haastateltavan kohdalla, joilla ystäväpiiri lähti laajenemaan asuintovereihin liittymisen kautta. Perusjoukkoon kuuluvia potilaita tarkasteltaessa oli ollut havaittavissa, että Vanhan Vaasan sairaalan potilaat kotiutuvat tyypillisesti samoihin asuinpaikkakuntansa palvelukoteihin. Tämä näkyi haastateltavien arjessa siten, että jokaisella oli vähintään yksi asuin- tai työtoveri, joka oli tuttu jo sairaalahoidon ajalta. Kontaktien olemassa olo tuki toimintoihin mukaan lähtemistä ja yhteisöihin sisään pääsemistä. Esimerkiksi yksi haastateltava aloitti kuntosalilla käymisen yhdessä ennalta tutun ystävän kanssa ja toinen kulki työtoimintaan entisen potilastoverin kyyditsemänä. Yhden haastateltavan kohdalla asumis- ja työsalinympäristöt eivät olleet liittymisen kannalta merkittäviä. Hänen kohdallaan **ystäväpiiri** oli laaja jo sairaalasta kotiutumisen hetkellä. Hänellä ystävät olivat olleet koko sairaalahoidon ajan maantieteellisesti lähellä ja liittyivät tiiviisti harrastustoimintaan, jota haastateltava oli aktiivisesti ylläpitänyt hoidon aikana. Myös muilla haastateltavilla oli joitakin lapsuuden ja nuoruuden aikaisia ystäviä ja sairaalassa muotoutuneita tärkeitä ystävyysuhteita, jotka pysyivät osana tukiverkoston. Kuitenkin muuttaminen uudelle paikkakunnalle ja ystävien asuminen muualla päin Suomea vaikeutti ystävyysuhteiden ylläpitämistä. Vanhojen ystävyysuhteiden ylläpitäminen olikin siten puhelimitse tapahtuvaa ja tapaamiset olivat mahdollisia vain harvakseltaan.

Haastateltavien siirtyessä palvelukotia **itsenäisempään asumismuotoon**, muutti myös sosiaalinen kanssakäyminen muotoaan. Kaksi haastateltavista siirtyi omaan vuokra-asuntoon ja yksi palvelukodin tukiasuntoon. Siirtymän jälkeen sosiaaliset kontaktit toteutuivat pääasiallisesti vapaa-ajantoimintojen ja työtoimintojen alueilla ja sosiaalisen toiminnan pariin piti alkaa aikaisempaa aktiivisemmin hakeutumaan. Ystävät ja harrastuskaverit eivät olleet enää oman asuinyhteisön sisällä, vaan ystäviä nähdäkseen tai toimintoihin osallistuakseen **piti lähteä kodin ulkopuolelle**. Toisaalta ystävien kutsuminen omaan kotiin tuli itsenäisen asumisen myötä helpommaksi. Itsenäisen asumisen kontekstissa korostuikin toiminnan merkityksellisyys, koska merkityksellisyyden kokemus aikaansai oman halun hakeutua toimintojen pariin.

”Olihan se omaan kämppään muutto aika shokki. Pikku hiljaa olen alkanut tähän omaan kämppään tottumaan. On alkanut löytää niitä hyviä puolia ja hyviä fiiliksiä. Mä tykkään olla omassa rauhassa. Mutta sitten, kun sitä oli tässä, niin sitten sitä ajatteli, ettei oikeastaan yksin ole ollut missään. Kuitenkin koko ajan on ollut ympärillä porukkaa.”

Haastateltavat hakeutuivat omista **mielenkiinnostaan ja arvomaailmastaan** lähtien erilaisten toimintojen pariin ja siten liittyivät erilaisiin yhteisöihin. Yksi haastateltava otti yhteyttä paikkakunnan diakoniin, koska koki tarvetta hengelliseen tukeen ja ohjaukseen. Hän oli sairaalassa asuessaan osallistunut hengelliseen toimintaan, joten yhteydenotto seurakunnan diakoniin oli sille luontainen jatkumo. Heti kotiutumisen jälkeen tapahtunut yhteydenotto seurakuntaan poiki myöhemmin mahdollisuuden osallistua vapaaehtoistoimintaa, jolla oli käänteentekevä vaikutus haastateltavan arjen toimintoihin. Kun **tuottavuuden** alle sijoitetaan kaikki aineistossa esiintyneet tuottavan toiminnan muodot, oli se haastatteluhetkellä **vapaa-ajantoimintojen** lisäksi merkittävin sosiaalisen liittymisen konteksti. Tarkasteltaessa vapaa-ajan ja tuottavuuden alueen toimintojen suhdetta toisiinsa oli toiminnoissa havaittavissa yhtymäkohtia. Aineistosta kävi ilmi, että asuminen, tuottavuus ja vapaa-aika olivat jossain vaiheessa kohdanneet muodostaen ystävyysuhteita, jotka ylittävät eri toimintojen rajat ja jotka olivat lopulta vakiintuneet jollekin tietylle elämän alueelle. Liittyminen muihin lisäsi toimintamahdollisuuksia avaten ovia uusiin toimintoihin. Uusien toimintojen kautta haastateltavat pääsivät mukaan uusiin ihmisryhmiin.

”Mulla on se oma porukka tässä ympärillä. Me tehään kavereitten kanssa samoja remonttihanomiamia. Mä tykkään olla töissä. Työn kautta mä sain ne hyvät kalakaverit. Sitten nuo punttisalikaverit on erikseen ja sitten on muuten vain kaveria, kenen kans silloin tällöin vaan ollaan oltu. Palvelukodista on vielä pari tyyppiä kenen kanssa mä oon säännöllisesti yhteydessä.”

Aineistosta käy ilmi, että **haastateltavat liittyvät ensisijaisesti ihmisiin ja yhteisöihin, jotka kokivat vertaisikseen**. Pitkäaikainen sairaalahoito ja kotiutumisen jälkeinen palveluasuminen sekä tuetun työllistymisen ympäristö olivatkin omiaan tukemaan vuorovaikutusta vertaisten kanssa. Ympäristötekijöiden vaikutus ystäväpiirin muotoutumiseen oli aineistossa selvästi havaittavissa. Kun olen työni kautta havainnoinut potilaiden liittymistä sairaalaolosuhteissa, on sama toimintamalli havaittavissa. Potilaat ystävystyvät toisten potilaiden kanssa ja liikkuvat monesti sairaalan ulkopuolellakin yhdessä. Vaikka potilaat sairaalahoidon aikana osallistuvat sairaalan ulkopuoliseen toimintaan, esimerkiksi opiskelevat tai harrastavat, ei sen kautta yleensä synny syvempiä ystävyyssuhteita.

Haastateltavien vertaisia olivat palvelukodin asukkaat, tukityöntekijät, entiset päihdeidenkäyttäjät, sairaseläkeläiset, uskavaiset ja harrastajat. Haastateltavien ystävillä oli lähes poikkeuksetta psykiatrasta tai oikeuspsykiatrasta sairaalahistoriaa tai päihdemenneisyyttä. Ystäväpiirin tausta tai arvot ja ajatusmaailma olivat kuitenkin ensisijaisesti yhteydessä haastateltavien omaan **taustaan, arvomaailmaan ja elämäntilanteeseen**. Esimerkiksi seurakuntien toiminnassa mukana olevan haastateltavan verkostot olivat haastatteluhetkellä siirtyneet hengellisiin piireihin ja hän koki vertaisikseen muut uskavaiset. Vielä hetkeä aikaisemmin vertaiset olivat olleet tuetun työllistämisen ja palveluasumisen piirissä. **Vertaisuuden kokemus** on siten yhteydessä ihmisen sen hetkiseen tilanteeseen ja se **voi muuttua** ympäristön ja **toimintoihin osallistumisen vaikutuksesta**.

”Kyllä tällä hetkellä koko kaveripiiri on semmosta, kenellä on ollut mielenterveyshistoriaa. Kaikki on tällä hetkellä aika hyvässä kondiksessa.”

”Melkein kaikki, jotka mä tunnen, on sinkkuja. Ehkä on helpompi olla toisten yksinäisten ihmisten kanssa. Sil viisiin, kun elämä on vähän samanlaisempaa.”

Haastateltavien kaveripiirissä esiintyi jonkin verran alkoholin käyttöä. Kaksi haastateltavaa kertoi pysyneensä täysin erossa päihdeistä ja yksi haastateltava kertoi sosiaalisiin tilanteisiin liittyvästä satunnaisesta alkoholinkäytöstään. Hän ei kuitenkaan kokenut sitä kohdallaan ongelmaksi, koska mielsi päihdeongelmansa liittyneen pikemminkin huumausaineiden kuin alkoholin käyttöön. Päihdeiden käytön suhteen haastateltavat olivat rajanneet ystäväpiirinsä sellaisiin, joilla ei ole aktiivista päihdeongelmaa. Haastateltavat

eivät kokeneet ystävyssuhteita entisten päihderiippuvaisten kanssa ongelmaksi. Pikemminkin he kokivat saavansa päihdekuntoutujilta **vertaistukea**, joka tuki heidän omaa päihteettömyyttään.

”Siis tottakai kaverit on samoja tyyppisiä kuin sairaala-aikanakin. Joidenkin kanssa ollaan tuttuja 80-luvulta asti. Me kaikki ruvetaan oleen jo plus kolmekymmentä. Ei ne päihteetkään enää oo kuvioissa sillä lailla, kun ne on ollu silloin kaksykypisenä. Kiinnostukset on muuttunu ja miehet on vähä kasvanu aikusemmiksi.”

”Kaverit on näitä, jotka on ollut kuivilla jo monta vuotta. En mä tietysti nyt pidä yhteyttä kehenkään sellaisiin, jotka käyttää. En mä semmosis porukois jaksa enää pyöriä.”

Perheen merkitys osana sosiaalista verkostoa tuli esille jo haastateltavien kuvatessa aikaa sairaalahoidossa. Kotiutumisen jälkeen jokainen heistä oli pitänyt yhteyttä vanhempiinsa ja sisaruksiinsa. Vanhempien ja sisarusten luona kyläiltiin ja heihin pidettiin yhteyttä puhelimitse. Kaikki haastateltavat tapasivat perhettään säännöllisesti, mutta maantieteellinen etäisyys vaikutti vierailujen tiheyteen. Tapaamisten säännöllisyyteen vaikutti myös vuodenaika, taloustilanne ja muu osallistuminen eri toimintoihin. Kaikki haastateltavat kertoivat yöpyvänsä sisarustensa tai vanhempiensa luona säännöllisesti. Yksi haastateltava vietti vanhempiensa luona joka toisen viikonlopun ja toinen tapasi kaukana asuvaa perhettään pari kertaa vuodessa. Kaikki haastateltavat kokivat saavansa tukea perheeltään ja yhteydenpitoa perheeseen kuvailtiin välittömänä ja lämpimänä. Perheeltä sai myös tukea arjen toimintojen järjestämisessä.

”Mä olen tosi iloinen, että mulla on edunvalvojana pikkusisko, eikä joku vieras ihminen. Käytännön asiat sujuu, kun sisko hoitaa kaikki. Maksaa laskut ja sitten sisko laittaa mulle käyttörahaa.”

Haastatteluhetkellä kaikki haastateltavat kertoivat olevansa **tyytyväisiä sosiaaliseen verkostoonsa**. Kaikki heistä olivat liittyneet yhteisöihin ja muodostaneet ystävyssuhteita, vaikkakin pitäytyivät tiiviisti omissa yhteisöissään. He kertoivat löytäneet oman paikkansa ihmisryhmissä, johon kokivat kuuluvansa. Haastateltavat eivät kuitenkaan tuoneet esille läheisiä suhteita, niin sanottuja seurustelusuhteita vastakkaisen sukupuoleen. Yksi haastateltava toi esille keinottomuuttaan, jota koki tilanteissa, joissa oli mahdollisuus tutustua kiinnostaviin ihmisiin.

”Mä en ole vielä tutustunut miehiin. Mä jännitän niin paljon. Ihmissuhdetaitoja, niitä pitäisi saada. Jotenkin semmosen aikuisemman harjoittelun kautta, mikä ei ole joku lasten leikki. Että miten voi ilman päihkeitä, selvin päin tutustuu uusiin ihmisiin.”

”Kyllä mulla kaveripiiri on laaja. Sosiaalista elämää kyllä löytyy. Kavereita, ystäviä ja tuttavina näkee. En mulla sen suhteen mitään ongelmia ole.”

”Nyt näyttää valoisalta, kun on koko viikon ihmisten ilmoilla.”

”Mä olen ihan tyytyväinen tähän sosiaaliseen tilanteeseen. Eihän nyt koskaan kavereita liikaa ole. Tulen ihmisten kanssa hyvin toimeen ja tykkään olla ihmisten kanssa tekemisissä. Nyt saa valita kaverit ympärillä, ettei tarvi kaikkien kanssa olla tekemisissä. Mä tykkään olla omassakin rauhassa.”

Liittyminen muihin tapahtui ensisijaisesti toiminnan kautta ja haastatteluissa sitä kuvattiin **asioiden tekemisenä yhdessä** muiden kanssa. Toiminnan ympärille oli rakentunut yhteisö, joka jakoi toimintaan liittyvän kiinnostuksen. Yhteisön olemassa olo ja siihen kuuluminen oli oleellinen osa toiminnan merkityksellisyyttä. Haastatteluissa tällaiset ryhmät olivat harrastusryhmiä ja työporukoita sekä hengellisen toiminnan tai vapaaehtoistyön parissa olevia yhteisöjä. Liittyminen muihin oli **kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi tulemista** sekä halua auttaa muita ja **olla hyödyksi** yhteisölle. Haastattelvat kuvasivat yhteisölliseen toimintaan osallistumisen lievittävän masentuneisuuden tunteita, **kohottavan mielialaa** ja **luovan turvallisuudentunnetta**. Parhaimmillaan ystävien kanssa pystyi keskustelemaan omista asioista ja jakamaan kokemuksia. Myös kiinnostus toisten asioihin ja aito myötäelämisen tunne kävi ilmi kertomuksista. Liittyminen oli *”oman paikkansa löytämistä ja johonkin kuulumista.”*

”Mulle on muodostunut seurakunnasta turvaverkosto. Aattelin, että mitä turvaa vanhoista naisista on tuolla kahvilassa, mutta kyllä heistä on. Joskus joku on myös sanonut tyttäreksi ja se kyllä tuntui hyvältä. Kun on paljon ihmisiä ympärillä, jotka on ok, niin kyllä sitä on sitten enemmän turvas pahoilta ihmisiltä. Yksin ei saa jäädä.”

”Mä saan itse paljon enemmän tuosta vapaaehtoistyöstä, kuin mitä mä pystyn siellä muita auttamaan. Siellä vapaaehtoistyöntekijöiden koulutuspäivällä selvisi, että kaikilla muillakin oli sama. Mitä mä siellä kämpäs vaan nyhöttäisin. Mä meen ihmisten ilmoille, niin sinne tulee ihmisiä, jotka on myös yksinäisiä.”

”Joskus kaverilla istuskelen kahvilla, ei mitään sen kummempaa. Silloin tällöin olisi hauska muuten vain jutella. Kyllä mä monen kaverin kanssa pystyn kertoon omat juttuni, jos vain tekee mieli puhua. Jos on paha olla ja sitten täällä on kavereita. Kyllä se mieliala siitä paranee.”

Koska liittyminen muihin tuo mukanaan **velvoitteita**, organisoit se myös aikaa sekä luo **rutiineja**. Liittymisen kautta haastateltavat olivat sitoutuneet yhteisöjen sääntöihin ja toimintatapoihin. Kertomuksissa se näkyi muun muassa saapumisena työ- tai harrastuspaikalle oikea-aikaisesti sekä omien työtehtävien hoitamisena sovitusti. Myös tilanteissa läsnä oleminen ja tarvittaessa toisten apuna toimiminen olivat velvoitteita, joihin haastateltavat olivat sitoutuneet. Toimintojen ympärille muodostuneissa yhteisöissä jaettiin kokemus siitä, että toimintoja suunnitellaan, odotetaan ja toteutetaan yhdessä muiden kanssa. Yhteisöt loivat myös omia rutiinejaan, joiden olemassa olo lisäsi pitkän aikavälin suunnitelmallisuutta, oli **jotain mitä odottaa** ja jonka eteen nähdä vaivaa.

”Reissua odotellaan ja soitellaan kavereiden kanssa. Puhutaan asiasta. Ollis nyt jo se lähtöpäivä. Kyllähän me siellä sitten saunotaan ja puhutaan paljon. Ne on sellaisia samanhenkisiä. Siinä ne jutut soljuu hienosti. Kyllähän me tietysti nauraa räkätetään siellä. Koko se sosiaalinen juttu, mikä siinä on.”

”Sitten meillä on toi leiritoiminta aina kaksi kertaa vuodessa. Siellä on näitä päihdekuntoutuksessa olevia. Meillä on hyvä porukka. Ollaan vuosikymmenten takaa tuttuja suurimman osan kanssa. Mä oon noissa bändikuvioissakin mukana. Niillä leireillä ollaan sitten tehty aina uusia biisejä J:n kanssa. Ne on aika tärkeitä juttuja. Ja kun on keikkoja, niin mä oon aina mukana siellä.”

5.2.3 Aikaansaaminen

Tarkasteltaessa tekijöitä, joiden kautta haastateltavat määrittivät arjen menestystään, nousi käsittelyyn asiakokonaisuus, jonka nimesin aikaansaamiseksi. Aikaansaaminen on **kykyä, halua ja mahdollisuutta osallistua** itselle tärkeisiin toimintoihin, tehdä työtä tai harrastaa. Aikaansaaminen on **jatkumoa** adaptaatioluvussa esitellylle **pätevyyden tunteelle**. Sairaalan jälkeisessä elämässä pätevyyden tunteet näkyivät tietoisuutena omista vahvuuksista, luottamuksena omaan selviytymiseen sekä uskona kykyihin ratkaista eteen tulevia tilanteita.

”Nyt pitää touhuta paljon, kun pystyy kaikenlaisiin hommiin. Siitä sitä on mielissään, ettei tule mitään esteitä mieleen. Ennen sairaalalla oloa, sitä ei tehnyt mitään. Mä halusin mennä töihin,

olla kunnolla ja selvin päin, mutta en pystynyt niiden sairauksien takia. Oma mielenterveys on tällä hetkellä tärkeä. Pystyy sen kanssa olemaan ja elämään tätä tavallista arkea.”

Aikaansaaminen oli halua olla tuottava yhteiskunnan jäsen ja se sisälsi mahdollisuuden **olla hyödyksi muille** ihmisille. Hyödyksi oleminen ilmeni haastatteluissa usealla tavalla. Se oli muun muassa halua auttaa kavereita arjen töissä tai yhteisten harrastusten parissa. Esimerkiksi punttisalille menttiin mieluusti yhdessä kavereiden kanssa, jolloin oli mahdollista auttaa ja tulla autetuksi.

”Mulla on yksi kaveri, jolla on hevostila. Jos sillä on jotain projekteja, niin se tarvii sinne tekemään. Välttävästä puusepäntaidoista on ollut hyötyä. Vaikka enhän mä mikään ammattilainen ole, mutta jotain pystyy kuitenkin tekemään.”

Yhden haastateltavan kohdalla aikaansaaminen oli muiden auttamista ja panoksen antamista yhteiskunnan hyväksi. Haastateltava työskenteli vapaaehtoistyössä seurakunnan kahvilassa. Sen lisäksi oli toiminut vapaaehtoisena myös paikallisella vanhainkodilla.

”Mä aattelen, että kun mä oon sairaseläkkeellä, niin jos mä voin jotenkin sitä sitaateissa takaisin maksaa. Mä mieluummin teen ilmaiseksi jotain mielekästä työtä, kuin pienellä rahalla jotain, mitä en koe mielekkääksi.”

”Siinä häärätään, laitan kahvia ja leipiä ja välillä käydään kiinnostavia keskusteluita. Torstaisin mä sitten istuskelen siellä kahvilassa ja jos joku näyttää yksinäiseltä, niin menen juttelemaan. Kun mä juttelen heidän kanssa, niin kumpikin saa lohdutusta, seuraa ja voimaa.”

Tärkeä merkitykselliseen toimintaan liitetty tekijä olivat myös toiminnan suorittamisesta saatavat mielihyvän kokemukset. **Fiilikset**, kuten haastateltavat niitä nimittivät. Fiiliksiä haastateltavat saivat varsin erilaisista toiminnoista. Toiminnot olivat kuitenkin yksilötasolla vastaavia kuin ne, jotka haastateltavat olivat jo sairaala-aikana kokeneet itselleen merkityksellisinä. Yksi haastateltava kuvaili työtoimintaan osallistumisesta ja liikunnan harrastamisesta saamiaan fiiliksiä. Toinen liitti fiilikset elämyksellisyyteen, joka toteutui harrastustoiminnan parissa.

”Siinä, kun duunipäivä alkaa olemaan loppuillaan, niin silloin alkaa olla aika hyvät fiilikset. Mä saan siitä energiaa, kun käyn siellä. Jotenkin tuntuu, että sitä saa jotain aikaiseksi.”

”Se on se kokonaisuus, ei se ole pelkkä se kalastus siellä. Se on se reissulle lähtö. Viritellään vehkeitä, käydään uistimia läpi, pakkaillaan tavaroita ja sitten lähdetään. Se on se koko reissulla olo siellä erämaassa. Siellä huomaa sen oman pienuutensa ja siellä ne perusasiat on siinä. Siellä ollaan joka hetkessä läsnä. Kun joku Lapin reissu on tulossa ja tietää, että on viikko aikaa olla siellä. Kyllähän mä niihin reissuihin suhtaudun aika intohimoisesti.”

Aikaansaaminen heijastui myös mielialaan. **Mielialassa tapahtuvat muutokset** olivat yhteydessä toimintoihin osallistumiseen ja toiminnallisilla valinnoilla haastateltavat pysyivät säätelämään mielialaansa. Toimettomuuteen liitettiin alakuloisuuden ja masentuneisuuden tunteita ja merkitykselliseen toimintaan osallistumisella ja sosiaalisella kanssakäymisellä oli mielialaa kohottava vaikutus.

”On ollut hiukan aamumasennusta, mutta ei niin paljon, että tarvis ottaa lääkettä. Kun herää ja vaikka olisi alakuloinen, niin sitten kun on ollut siellä kahvilassa hiukan aikaa, niin piristyy ja siellä on ihan virkee.”

”Monesti vaikka masentaa ja ahdistaa, niin kyllä sen tietää, että se parempi huomina koittaa seuraavana päivänä. Sitä saa jotenkin psyykattua ohi sen huonon fiiliksen. Että se on vain hetkellistä, eikä se koko loppu elämää kestä. Lepäilen vaan ja teen jotain tyhjäänpäivästä. Vaikka jotain saippuasarjaa katselen telkkarista.”

Kun haastateltavat olivat sitoutuneet itselleen merkityksellisiin toimintoihin, muodostui niiden kautta arkeen **rytmiä ja rutiineja**. Tuottavan toiminnan alue, käytännössä siistitukityö, vapaaehtoistyö ja epävirallinen tuottava toiminta olivat toimintoja, joista muodostui arkipäivään säännöllinen elämänrytmi. Rytmiä täydensi harrastustoiminta, joka oli tuki- ja vapaaehtoistyössä käyvillä haastateltavilla varsin säännöllinen. Toinen heistä ohjautui vapaa-ajallaan hengellisen toiminnan pariin ja toinen liikunnallisiin harrastuksiin. Kumpikin valitsi toiminnot omien mielenkiintojensa ohjaamina.

”Kyllä mä tykkään olla töissä. Se on mielekästä hommaa. Yleensä ollaan jostain kahdeksasta yhteen tai kahteen. Joskus saattaa mennä neljään tai viiteen. Joskus voi olla kolme tuntia, että vain istuskellaan, luetaan lehtiä ja juodaan kahvia ja sitten lähdetään kotiin. Mutta se rutiini on aika tärkeä osa tätä arkea.”

”Mä en tykkää yhtään viikonlopuista, kun ei ole sitä menoa. Pakkohan se nyt on levätä vähän enemmän välillä, mutta silti on vähän liikaa yksinoloa. En mä pysty olleen koko päivää, etten kävisi jossain. Yleensä tapaan kavereita ja yritän käydä uimassa.”

”Käyn vapaakirkossa, helluntaiseurakunnassa ja luterilaisessa seurakunnassa. Helluntaiseurakunnassa on joka torstai rukoustilaisuus ja sitten joka maanantai on naisten kokous nuorisokahvilassa. Jos mä oon täällä viikonloppuisin, niin käyn kyllä jossain. Mä olen käynyt Kan-kodilla. Se on kristillinen päihdeongelmaisten hoitopaikka. Siellä on puhujia, rukoillaan, kahvitellaan ja tutustutaan ihmisiin. Siellä käy ihan kivaa porukkaa, aikuisia ihmisiä.”

”Mulla on pientä terapiatoimintaa, joka perustuu siihen, että on tuttuja. Jos sä oot kauppias, niin sä oikeassa kohtaa ostat halvalla ja myyt vähän kalliimmalla. Se on se mun arjen toiminta, niiden parissa mulla arkena kuluu aika. Se on harrastus kautta pieni tienesti. Se on mun ns. toimintaterapia nyt.”

Yhden haastateltavan kohdalla harrastus rytmitti vuotta. Vuodenaikoihin liittyvät kalastusesongit sekä vuoden kohokohdiksi nousseet kalastusmatkat rytmittivät ajankäyttöä. Matkoja suunniteltiin hyvissä ajoin ja niitä toteutettiin yhdessä tiiviin harrastusporukan kanssa.

”Toiset lähtee etelään ja toiset lähtee kalaan. Me käydään paljon pilkillä jo ennen kuin sesonki alkaa. Kevätpuolella on siianpilkki, jolloin siellä ollaan monta kertaa viikossa. Keskikesä on kaikista hiljaisinta aikaa. Sitten oltiin vappuviikolla Kilpisjärvellä eräkerhon kanssa. Meillä oli linja-autokuljetus sinne ja siellä puolijoukkuetelttamajoitus. Ja oli se kalamiehelle aika kova juttu, kun rautua tuli koko ajan. T-paita päällä siellä pilkittiin. Oli se aikamoista hailaittia!”

Edellä kuvattuun harrastukseen liittyi vahva sosiaalinen ulottuvuus, joka on oleellinen osa harrastuksen vetovoimaa. Kuten Nelson ja Jepson-Thomas (2003: 107) toteavat: Tarkoituksen kokemus aikaansaa tavoitesuuntautunutta toimintaa. Vahva mielenkiinto ja siihen liittyvä säännöllinen toiminta lisää **tavoitteellisuutta**. Säännölliset reissut olivat haastateltavalle merkityksellisiä tapahtumia ja siten hänellä oli vahva halu päästä niihin mukaan. Ne toimivat motivaattoreina ja saivat aikaan toimia, joilla haastateltava säästi ja hankki rahaa sekä tarvikkeita matkoja varten. Haastateltava mahdollisti osallistumisensa itselleen merkitykselliseen toimintaan hankkimalla ylimääräisiä varoja pienimuotoisella kaupankäynnillä.

”Kyllä sillä eläkkeellä pärjäis, mutta ei sillä mitään reissuja tehdä, eikä mitään ylimääräistä osteta. Teen pientä bisnestä. Ei siitä mitään isoja rahoja tule, mutta pientä tuloa.”

Haastateltavat olivat **ratkaisseet** useita **arjen esteitä** tavalla, joka edisti arjen sujuvuutta ja kertoi kyvystä ratkaista ongelmia. Tästä kertoi myös yllä oleva esimerkki. Haastateltavien tekemät ratkaisut liittyivätkin tyypillisesti taloudellisen tilanteen helpottami-

seen. He olivat esimerkiksi hakeneet tukia silloin, kun niitä oli ollut mahdollista saada ja olivat osanneet hyödyntää eläkeläisen etuisuuksia harrastustoiminnassa. Tuetussa työssä käyvä haastateltava oli saanut hankittua työyhteisön kautta asuntoonsa edullisia tai ilmaisia huonekaluja ja kodinkoneita. Hän osasi myös hyödyntää ilmaisia ruuanjake-lupisteitä, joista sai laadukkaita tarveaineita ruuanvalmistukseen. Näillä toimilla hän pystyi säästämään perusmenoissaan ja sai käyttöönsä rahaa esimerkiksi vapaa-ajantoimintoihin käytettäväksi.

Aikaansaaminen oli siten myös määrätietoista omien tavoitteiden suuntaisesti toimimista. Se oli tietoisuutta omista mahdollisuuksista ja taidoista sekä uskoa omaan selviytymiseen. Kaikki haastateltavat suhtautuivatkin luottavaisesti omaan selviytymiseensä. Yksi heistä kuvasi asennettaan seuraavin sanoin.

”Täytyy olla sitkeä sissi, että pärjää ulkomaailmassa. Et mieluummin sotilas kuin potilas. Ettei saa antaa periksi, täytyy taistella. Pitää silleen terveellä tavalla puolensa.”

Taulukko 3. Menestyksen tekijät eli merkityksellisen arjen rakennuspalikat.

VAPAAUS	LIITTYMINEN MUIHIN	AIKAANSAAMINEN
<ul style="list-style-type: none"> * itsemääräämisoikeus, omista asioista päättäminen * tulla kunnioitetuksi aikuise-na * arjessa tehtävät valinnat * mahdollisuus tehdä suunnitelmia ja ratkaista itse arjen asioita * vastuu * tehdä muutoksia: asuminen, tuottavuus * kodin merkitys vs. palveluasumisen hyödyt * tuottavuuden eri muodot vs. tukityö * mahdollisuus aikatauluttaa arkea, sopiva päivärytmi 	<ul style="list-style-type: none"> * aluksi asumisyhteisön ja tukityön kautta * olemassa oleva ystäväpiiri * itsenäinen asuminen pakottaa hakeutumaan kodin ulkopuolelle * mielenkiinnot ja arvot ohjaavat liittymistä * tuottavuus ja vapaa-ajantoiminnot merkittävien kontekstien kautta * liittyminen vertaisiin * vertaisuuden kokemus muuttuu toimintoihin osallistumisen vaikutuksesta * tukea päihteettömyyteen * perhe * tyytyväisyys sosiaaliseen verkostoon * yhdessä tekemistä * tulla kuulluksi ja hyväksytyksi * olla hyödyksi * kohottaa mielialaa * turvallisuudentunne * velvoitteet ja rutiinit * jotain mitä odottaa 	<ul style="list-style-type: none"> * jatkumoa pätevyys-tunteele * kyky, halu ja mahdollisuus osallistua tärkeisiin toimintoihin * olla hyödyksi * fiilikset * vaikutus mielialaan * rytmiä ja rutiineja: arkeen ja vuoteen * tavoitteellisuus * ratkaista arjen esteitä

5.3 Toimintaa rajoittavat tekijät

Tässä luvussa esittelen ihmiseen itseensä ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joilla oli toimintaa estävä tai rajoittava vaikutus. Tässä luvussa vastaan kolmanteen tutkimuskysymykseen, joka kuuluu seuraavasti: **Millaiset tekijät rajoittavat sairaalahoidon jälkeisessä arjessa toimimista?**

5.3.1 Oikeuspsykiatrian stigma

Aineistosta kävi ilmi, että haastateltavien liittymistä muihin rajoitti oikeuspsykiatrisen hoidon aiheuttama leimautumisen pelko. **Stigmatisoivilla eli leimaavilla sairauksilla** tarkoitetaan tauteja, joihin yhdistetään huonommuutta, moraalista heikkoutta tai syyllisyyttä. Paitsi sosiaalisen vuorovaikutuksen tasolla, sairauden stigma ilmenee yksilön omana kokemuksena, **leimautumisen tai syrjinnän pelkona sekä häpeänä**. (Kaltiala-Heino – Poutanen – Välimäki 2001: 563–570.) Corring ja Cook (2006: 111) sekä Joe (2004: 108), jotka toimivat asiantuntijatehtävissä sekä käytännön työssä psykiatrisen ja oikeuspsykiatrisen toimintaterapian ja kuntoutuspalvelujen alueella kuvailevat kirjoituksissaan **kaksoisstigman** käsitettä. Se muotoutuu, kun **psykiatrisen sairaushistoria** yhdistetään **oikeuspsykiatrisen hoidon piirissä olemiseen**. Kaksoisstigma hankaloittaa oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon jälkeistä sopeutumista takaisin yhteiskuntaan. Ympäristön negatiiviset asenteet tai pelko leimatuksi tulemisesta ja syrjinnän kohteeksi joutumisesta saattavat nostaa kynnystä hakeutua sosiaaliin yhteisöihin ja ottaa kontaktia muihin ihmisiin.

Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että ajatus **syrjityksi** tai **hylätyksi** tulemisesta rajoitti haastateltavien sosiaalista kanssakäymistä oman välittömän verkoston ulkopuolella ja sillä oli ollut vaikutuksia heidän tekemiinsä valintoihin.

On todettu, että stigmatisoivan **taustan kätkeminen** helpottaa, mutta toisaalta siihen liittyy kuluttavia jännitteitä, kuten mahdollisuus yllättävään paljastumiseen ja sen aiheuttamaan sosiaaliseen kiusaantumiseen (Kaltiala-Heino – Poutanen – Välimäki 2001: 563–570). Haastateltavat kertovatkin tehneensä tietoisia valintoja olla kertomatta taustastaan. Sama toimintatapa on ollut nähtävissä jo sairaalahoidon aikana.

”Opiskeluaikana ahisti, jos ne kurssikaverit saa tietää, että käyn sairaalasta. En mä siitä puhunut kellekään. Se oli välillä silleen vähän raskasta”

”En mä sitä ole kenellekään sanonut, että missä oon ollut. Kyllähän noi palvelukotikaverit ja työkaveritkin tietää. Enpä mä nyt tuolla kylillä selittele siitä, enkä mä mielellään siitä sen kummemmin juttele.”

Toisenlainen ratkaisu on stigmatisoivan menneisyyden avoin tunnustaminen ja tuen etsiminen (Kaltiala-Heino – Poutanen – Välimäki 2001: 563–570). Vaikka avoimuus poistaa pelon paljastumisesta, on tällaisessa lähestymistavassa kuitenkin vaarana joutua kokemaan syrjintää ja hylätyksi tulemista. Sellainen kokemus olikin sattunut yhden haastateltavan kohdalle, kun hän oli päättänyt kertoa uudelle ystävälleen oikeuspsykiatrisesta taustastaan.

”Mä tutustuin yhteen ihmiseen ja siihen aikaan mä kerroin mitä on tapahtunut. Hän oli just sitä ennen sanonut, että mä olen hänen hyvä ystävä. Hän säikähti ja sanoi ettei hän uskalla olla mun kanssa tekemisissä. Mä sanoin sitten sille, että älä kerro kenellekään. Niin en mä oo sitten enää kertonut.”

Haastatteluaineistosta kävi ilmi, että tyypillinen tapa käsitellä omaa stigmatisoivaa taustaa oli liittyä muiden kaltaistensa joukkoon. **Vertaisten joukkoon liittyminen** tarjosi mahdollisuuden rentoutua salaamisen ja paljastumisen jännitteestä ja mahdollisuuden löytää ymmärtävää tukea. Lisäksi pitkä yhteinen historia ja vahva vertaisuuden kokemus vähensivät merkittävästi syrjityksi tulemisen pelkoa.

”Moni kaveri on ollut samoissa tilanteissa. Niillä on omat juttunsa. En mä niistä kysellyt sen kummemmin, enkä omiakaan siinä jutellut. On semmonen kaveripiiri minusta mielenkiintoisempi. Pystyy olemaan oma itsensä, jutella mitä haluaa.”

”Ne tietää ketkä tietää ja ne suhtautuu muhun kuin ihan kehenkä vaan. Eihän musta ulospäin näy millään lailla. Ei mun ystäväpiirissä olekaan sellaisia ihmisiä, jotka siihen taustaan reagois.”

”Diakoni tietää mun taustan. Hänelle mä olen kertonut. Kyllä mä sitä mietin, että voinko mä olla kristillises kahvilassa, kun mulla on tällöinen tausta. Niin hän sanoi, että se on mennyttä. Ei mun tarvi olla sydän kurkus, et jos ne saa jostain jotain tietää ja sitten mä lennän kuin leppäkeihäs. Siellä oon uskaltanu sanoo, että olen sairaseläkkeellä. Kyllähän seurakunnassakin on mielenterveyskuntoutujia.”

5.3.2 Puutteet aloitekyvyssä

Aineistossa tuli ilmi ajoittainen **vaikeus tarttua asioihin**. Vaikka toimintojen tarve ja tärkeys oli tiedostettu, ei niiden toteuttamiseksi ryhdytty aktiivisiin toimiin. Tämä tapahtui erityisesti silloin, kun olisi pitänyt opetella uusia taitoja tai arjen asiat olisivat vaatineet selvittelyä tai yhteydenottoa virallisiin tahoihin, kuten esimerkiksi oppilaitokseen tai pankkiin.

”Olisi pitänyt alkaa harjoittelemaan tietokoneen kautta laskujen maksua. Sitten, kun mä muutan satelliittiasuntoon tai omaan vuokra-asuntoon, niin se olisi ajankohtaista, että alkaisin itse hoitaa raha-asiat. Nyt ei ole tullut harjoiteltua. Se on kamalaa se virastoissa juokseminen. Jos sairaalassa on vuosikausia, eikä hoida niitä paperiasioita, niin unohtaa, että miten se byrokratia toimii.”

Jos palataan ajatukseen siitä, että ainoastaan tarkoituksen kokemus aikaansaa tavoitetsuuntautunutta toimintaa, katsotaan asiaa merkityksellisen toiminnan näkökulmasta. Tällöin herää kysymys, onko haastateltavien halu hakeutua toimintojen pariin ulkoisten motivaattoreiden aikaansaamaa. Esimerkiksi opiskelun pariin hakeutumista miettivät kaikki haastateltavat. Vaikka oma kiinnostus opiskeluun ilmaistiin, liitettiin siihen myös reaktioita, joita sen ajateltiin tärkeissä ihmisissä aikaansaavan. Esimerkiksi opiskelemaan hakeutuminen tai tutkinnon hankkiminen voisi tehdä vanhemmat tai sukulaiset ylpeiksi. Haastateltavat liittivät opiskeluun myös muistoja epämiellyttävistä sosiaalisista tilanteista, liittymisen vaikeudesta ja leimautumisen pelosta.

Toisenlaisen tulkinnan mukaan kyseessä voisi olla **aloitekyvyn heikkous**, joka on skitsofrenialle tyypillinen negatiivinen oire. Tätä tulkintaa puoltaa se, että aloitekyvyttömyyteen liitettävät seikat tulivat esille skitsofreniadiagnoosin omaavien haastateltavien kertomuksissa. Käytännössä ilmiö on todennäköisesti seurausta näiden kummankin tekijän yhteisvaikutuksesta. Kuitenkin ne haastateltavat, joiden kohdalla tuli esille aloitekyvyn heikkoutta, sitoutuivat tiiviisti toisiin merkityksellisyyden kokemuksia sisältäviin toimintoihin. Sitouttavat toiminnot olivat niitä, joihin haastateltavat liittivät pätevyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteita ja joiden kautta he liittyivät vertaisiinsa.

5.3.3 Ulkoiset tekijät

Catherine Joe (2004: 113), joka on englantilaisen oikeuspsykiatrian parissa uraa tehnyt toimintaterapeutti, kuvaa pitkäaikaisen laitoshoidon vaikutuksia sairaalahoidon jälkei-

seen arkeen: Potilaan kotiutuessa takaisin yhteiskuntaan, lisääntyy vapaus, joka tuo mukanaan vastuun oman päivärutiinin suunnittelusta. Tämä saattaa aiheuttaa arjen toimintojen kapeutumista ja heikentää päivärutmiä. Pitkäaikaisessa sairaalahoidossa tapahtuu vapauden rajaamista ja potilaan mahdollisuudet tehdä valintoja ovat vähäisiä. Lisäksi on tavanomaista, että laitosolosuhteissa potilaille tarjoutuu helppo pääsy olemassa olevien toimintojen pariin. Potilaille tarjotaan mahdollisuus muun muassa erilaisiin harrastus- ja työtoimintoihin, terapeuttisiin ryhmiin, säännöllisiin keskusteluihin, sekä lääkäripalveluihin. Vastuu tarjolla olevista toiminnoista ja potilaan arkirytmien suunnittelusta on viime kädessä hoitavalla laitoksella. Nämä käytännöt luovat haasteensa tilanteisiin, joissa vuosia sairaalaolosuhteissa asuneet potilaat siirtyvät osaksi yhteiskuntaa. He saattavat kotiutumisen jälkeen joutua tilanteisiin, joissa tarjolla olevat **toiminnot ovat vähäisempiä** kuin sairaalaolosuhteissa. Myös **toimintojen pariin** on aikaisempaa **vaikeampi päästä**. Tämä vaikeus voi johtua esimerkiksi taloudellisista syistä tai pitkistä etäisyyksistä palveluiden pariin.

Haastateltavat nimesivät **toimintoihin osallistumista estäviksi ulkoisiksi tekijöiksi vähävaraisuuden, pitkät etäisyydet ja kulkuvälineiden puutteen**. Opiskelun pariin hakeutuminen oli estynyt kulkumahdollisuuksien puutteen ja sekä varattomuuden vuoksi. Harrastusmatkat olivat pitkiä, eikä kalliita harrastuksia voinut toteuttaa. Myös harrastusvälineiden hankkimista piti rajoittaa. Osa harrastuksista oli siten jäänyt kokonaan toteuttamatta tai olemassa olevien harrastusten pariin ei päässyt niin usein kuin olisi halunnut. Osa harrastuksista oli myös sidoksissa muihin ihmisiin, koska ne vaativat kulku- ja harrastusvälineitä. Nämä harrastuksen ominaisuudet sitovat harrastusta ystävien pariin ja siten edellyttivät liittymistä muihin. Esimerkiksi yksi haastateltavista koki tarpeellisenä kuntosaliharrastuksen, mutta toimintaan osallistuminen oli estynyt pitkien matkojen ja kulkuvälineen puutteen vuoksi. Kuntoilu oli onnistunut, kun ohjausta oli ollut palveluasumisen piirissä saatavilla. Kun mahdollisuus ohjaukseen oli poistunut, oli myös toimintaan osallistuminen loppunut.

Avohoitopalvelujen vähäinen saatavuus sai myös haastatteluissa huomiota. Ainoastaan tukiasunnossa asuvalla haastateltavalla oli helppo pääsy lääkärin vastaanotolle ja mahdollisuus säännöllisiin keskusteluihin ammattihenkilöstön kanssa. Kaikilla oli kuitenkin säännöllinen avohoitokontakti ja he käyttivät heille määrättyä psykiatriakäytöstä. Itsenäisen asumisen piirissä olevilla haastateltavilla kontakti psykiatrian tai oikeuspsykiatrian klinikkaan toteutui kuukauden tai kolmen kuukauden välein. Poliklinikan kautta he uusivat psykoosilääkkeet ja sen kautta toteutuivat myös keskustelut, jotka kuitenkin

koettiin pinnallisiksi. Somaattisten sairauksien lääkitys, Leponex-kontrollit, verenpainemittaukset, ynnä muut vastaavat haastateltavat hoitivat itsenäisesti paikallisilla terveysasemilla.

”Siinä lääkärin kanssa jutellaan joku kymmenen minuuttia kolmen kuukauden välein. Kysytään vain miten menee ja sanotaan, että hyvin menee, joo joo. No ei ole kyllä todellakaan syvällistä. Nyt ei ole oikeastaan missään semmosta, jonka kanssa voisi jutella. Vaasan aikaan tuli juteltua asioista. Nykyäänkin välillä toivoo semmosta vuoropuhelua.”

Taulukko 4. Toimintaa rajoittavat tekijät.

OIKEUSPSYKIATRIAN STIGMA	ALOITEKYVYN PUUTTEET	ULKOISET TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> * psykiatrinen sairaushistoria yhdistettynä oikeuspsykiatrisen hoidon piirissä olemiseen * leimatuksi tuleminen * syrjinnän ja hylätyksi tulemisen pelko * häpeä * taustan salaaminen * liittyminen vertaisiin 	<ul style="list-style-type: none"> * vaikeus tarttua asioihin; merkityksellisyyden puute vs. aloitekyvyn puute 	<ul style="list-style-type: none"> * toiminnot vähäisempiä ja vaikeus päästä niiden pariin: vähävaraisuus, pitkät etäisyydet, kulkuvälineiden puute * avohoitopalveluiden vähäinen saatavuus

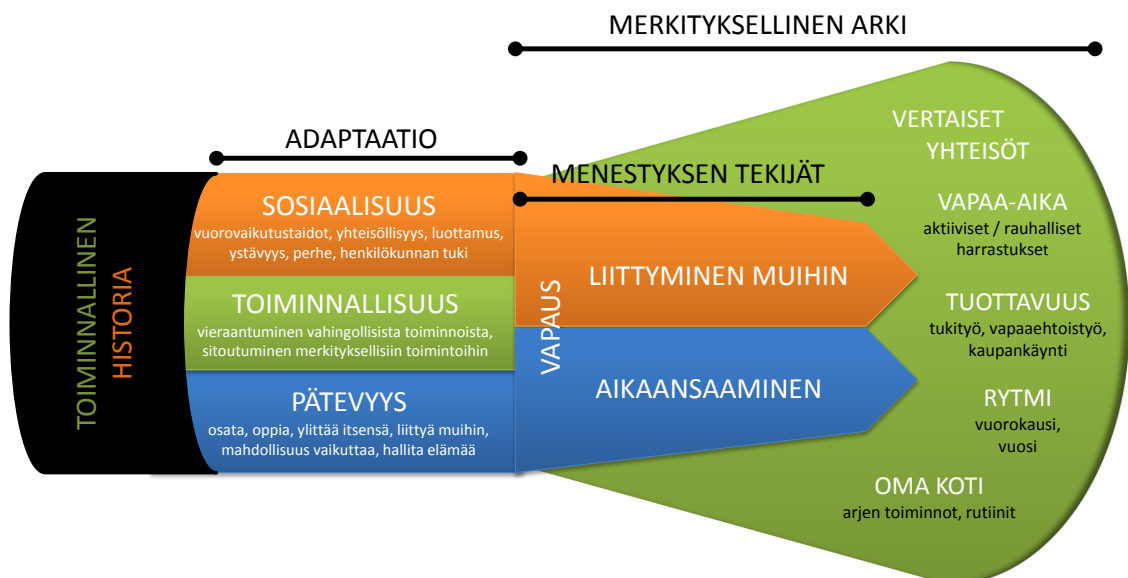
5.4 Yhteenveto tuloksista

Aineistossa oli nähtävissä kaksi merkittävää asiakokonaisuutta, jotka ohjasivat toimintoihin hakeutumista ympäristöstä riippumatta. Sosiaalisuus ja toiminnallisuus olivat nähtävissä eri muodoissa, niin sairaalahoidon aikana, kuin elämässä sairaalahoidon jälkeen. Sairaalahoitoa jälkeisen arjen kuvauksessa niistä käytetään nimitystä liittyminen muihin ja aikaansaaminen. Opinnäytetyön nimi **kuulua johonkin ja saada jotain aikaiseksi** viittaa juuri tähän sosiaalisuuden ja toiminnallisuuden muodostamaan yhteenliittymään, joka oli keskeinen merkityksellisyyden ja menestyksen tekijä haastateltavien arjessa.

Myös Sigmund Freudin mielenterveyden määritelmä ”kyky rakastaa ja tehdä työtä” kuvaa hyvin aineiston keskeistä viestiä. Tai kuten toimintaterapian professori Betty

Hasselkuss (2011: 109–110) toteaa: Toiminta luo yhteyttä ihmisten välille ja lisää vuorovaikutusta sekä yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Yhteenvetona tuloslukuista esitän kuvion, tulosten pohjalta luomani taskulamppumallin, joka kiteyttää sairaalahoidon vaikutukset ja yhteiskuntaan integroitumista edistävät tekijät. Mallissa adaptaatio eli sairaalahoidon aikana tapahtuneet muutokset toimivat paristoina ja toiminnallinen historia on paristokotelon kansi. Toiminnallinen historia luo kosketuspinnan, joka mahdollistaa merkityksellisen arjen valon syttymisen. Valokeilan ydin on tekijät, jotka saavat aikaan tunteen menestyksestä omassa elämässä. Niitä ovat vapaus, muihin liittyminen ja aikaansaaminen. Merkityksellinen arki on laaja valokeila, joka kattaa koko sen toimintojen kirjon, joka kuuluu haastateltavien elämään.



Kuvio 2. Taskulamppumalli: Sairaalahoitoon vaikutukset ja yhteiskuntaan integroitumista edistävät tekijät (Piia Kiuru 2013).

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen tuottamaa tietoa aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden valossa sekä käsitelen tutkimuksessa esille tulleita asioita kehittämistyön näkökulmasta. Olen nostanut kehittämis ehdotuksiksi asiakokonaisuuksia, jotka olen työni kautta ja tutkimuksen aineiston perustella kokenut tärkeiksi nostaa esille.

6.1 Tulosten tarkastelu

Haastateltavat olivat tyytyväisiä ja luottavaisia suoriutumiseensa arjen toiminnoissa. He olivat tyytyväisiä myös sosiaaliseen osallistumiseensa ja kokivat löytäneensä paikkansa yhteisöissä. Tämä mukaili aikaisempia Ruotsalaisen ja Kanadalaisen tutkimusryhmän toimesta tehtyjä tutkimuksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa oli kuitenkin todettu, että tutkimusryhmän havainnot puhuivat potilaiden omaa näkemystä vastaan. Ruotsalaisen tutkimusryhmän havaintojen perusteella potilaat olivat hoidon aikana jopa menettäneet päivittäisen elämän taitojaan. Tutkimuksissa oli todettu, että sairaalan jälkeisessä arjessa sosiaalisia kontakteja oli vähäisesti ja osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin oli rajallista. After Care -tutkimuksessa kotiutuvat potilaat oli todettu yleiseltä toimintakyvyltään hyviksi, mutta myös heillä oli puutteita psykososiaalisen toimintakyvyn alueella. (Gerber ym. 2003: 129–136.; Hodgins ym. 2007a: 65–77; Hodgins ym. 2007b: 211–228; Lindstedt – Grann – Söderlund 2011: 303–309; Lindstedt – Söderlund – Ståhlenheim – Sjöden 2004: 118.) Itsestä huolehtiminen, kodinhoito, liikkuminen tai muut päivittäisen elämän toiminnot eivät nousseet tässä tutkimuksessa esille merkityksellisestä arjesta keskusteltaessa. Haastattelut tehtiin haastateltavien kotiympäristöissä, jolloin oli mahdollista pintapuolisesti havainnoida vastaavatko ympäristöt kuvausta, jonka haastateltavat antoivat. Haastatteluissa ei ilmennyt viitteitä siitä, ettei haastateltavien suoriutuminen edellä mainituissa toiminnoissa vastaisi heidän antamaansa kuvausta. Tässä tutkimuksessa keskityttiin kokemukselliseen tietoon, eikä pyritty objektiivisesti arvioimaan haastateltavien taitoja. On kuitenkin mahdollista, että havainnoimalla saatava tieto voisi poiketa siitä tiedosta, joka saatiin kysyessä haastateltavien näkemystä omasta suoriutumisesta.

Opinnäytetyössä ilmeni, että sosiaalisuus ja muihin liittyminen on keskeinen tekijä arjessa menestymisessä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa nostetaan ihmissuhteet yhdeksi tärkeäksi avohoidossa menestymistä edesauttavaksi tekijäksi. Lisäksi oikeuspsykiatrian kirjallisuudessa esitetään, että syrjäytymisriski ja sitä myöten antisosiaalinen käyttäytyminen ja rikollinen toiminta vähenevät ihmisen liittyessä prososiaalisiin yhteisöihin ja muodostaessa positiivisia sosiaalisia rooleja. (Joe 2004: 108-115; Müller-Isberner 1996: 81–86.) Oikeuspsykiatrisen toimintaterapian kirjallisuudessa sekä kanadalaisessa tutkimuksessa on havaittu, että tyypillinen ongelma oikeuspsykiatristen potilaiden parissa on perheen ja sosiaalisen tuen puute. Sama päätelmä oli tehty myös After Care -tutkimuksessa. Siinä huomioitiin potilaiden vaikeudet lapsuuden kasvuympäristöissä ja siten pidettiin todennäköisenä, että vanhempien ja sisarusten antama

sosiaalinen tuki on puutteellista. (Gerber ym. 2003: 129–130; Joe 2004: 108; Hodgins ym. 2007a: 65–77; Hodgins ym. 2007b: 211–228.) Tämän tutkimuksen aineistossa ei kuitenkaan tullut vastaavaa esille. Perhe, käytännössä vanhemmat ja sisarukset, koettiin tärkeänä osana tukiverkostoa. Perheeltä sai apua arjessa ja perheeseen pidettiin säännöllisesti yhteyttä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että merkittävä avohoidossa suoriutumista tukeva tekijä on klinikkahenkilökunnan säännöllinen yhteydenpito avohoidossa olevaan potilaaseen. On myös pidetty todennäköisenä, että suurin osa potilaista tarvitse merkittäviä tukitoimia siirryessään sairaalahoidosta takaisin yhteiskuntaan. (Lindstedt – Grann – Söderlund 2011: 303–309; Lindstedt – Söderlund – Stålenheim – Sjöden 2004: 118; Müller-Isberner 1996: 81–86.) Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät haastateltavat ole kokeneet hyötyneen kaikista tukitoimista, joita ovat sairaalahoidon jälkeen saaneet. Kuitenkin esimerkiksi tuetun asumisen ja tukityön positiivisia vaikutuksia oli havaittavissa haastateltavien arjessa yhteisöihin liittymisen ja toiminnallisuuden lisääntymisen alueilla. Nämä huomiot tukitoimien vaikutuksista, sekä viitteet aloitekyvyn heikoudesta, puoltavat sitä, että tuettu asuminen tai tiivis kontakti hoitavaan henkilöön tukee yhteiskuntaan integroitumista.

Kaksoisstigman vaikutukset potilaiden toiminnallisuuteen on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimukseni tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa, sekä vastaavat kirjallisuudessa kuvattua stigma-ilmiotä. Potilaiden integroitumista yhteisöihin vaikeuttaa tieto rikollisen teon vaikutuksista yhteisön ihmisten asenteisiin. Kanadalaisen tutkimusryhmän havaitsema oikeuspsykiatristen potilaiden heikko integroituminen yhteisöihin katsotaan olevan yhteydessä sosiaalisen tuen määrään, psykososiaaliseen toimintakykyyn ja torjuttuun tulehusten pelkoon. (Gerber ym. 2003: 129–136.) Myös After Care -tutkimuksessa todettiin, että oikeuspsykiatristen potilaiden sopeutumista takaisin yhteiskuntaan hankaloittaa leimautumisen pelko. (Hodgins ym. 2007b: 215.) Psykiatrisen ja oikeuspsykiatrisen toimintaterapian kirjallisuus kuvaa ympäristön negatiivisten asenteiden aikaansaamia esteitä sosiaalisen liittymisen ja toiminnallisuuden alueilla. Syrjinnällä on vaikutuksia potilaiden mahdollisuuksiin sopeutua siviilielämään, päästä mukaan työelämään ja luoda sosiaalisia suhteita. Myös palveluiden pariin hakeutumista saatetaan välttää negatiivisten asenteiden pelossa. (Corring – Cook 2006: 111; Joe 2004: 108.)

6.2 Ajatuksia kuntoutustoiminnan kehittämiseksi

Kun haastateltavat kuvasivat sairaalahoitoa ja itsessään hoidon aikana tapahtuneita muutoksia kokivat he, että sairaalahoidon jälkeisessä elämässä menestymistä edesauttaneet tekijät olivat olleet läsnä hoidon loppuvaiheessa. Suljetulla osastolla pitkään jatkunut toimettomuus ja toimintamahdollisuuksien puute olivat johtaneet negatiivisiin seuraamuksiin, joita olivat esimerkiksi mielialan ja toimintakyvyn lasku sekä toivottomuuden tunteet. Ottaen huomioon sairaalahoidon pitkä kesto, olisi pohdittava keinoja, joilla toiminnallisuutta pystyttäisiin nykyistä tehokkaammin tukemaan jo hoidon alkuvaiheessa. Erityisesti liikuntamahdollisuuksien lisääntyminen ja mahdollisuus toteuttaa omia mielenkiintoja olivat toimia, joilla haastateltavat uskoivat toimettomuuden lievittyvän. Kyseisillä toimilla pystyttäisiin todennäköisesti myös vähentämään toimettomuuden negatiivisia seuraamuksia, joiden poistamiseen käytetään kuntoutuksen loppuvaiheessa paljon aikaa ja resurssia.

Hoitokulttuurissa pohdintaan olisi hyvä nostaa myös toimet, joilla potilaita voitaisiin nykyistä enemmän osallistaa oman hoitonsa ja kuntoutumisensa suunnitteluun. Aineistossa tuli esille toivottomuuden tunteet, jotka aiheutuivat hoitoon liitetystä epätietoisuudesta ja vaikutusmahdollisuuksien puutteesta. Kokemus omien vaikutusmahdollisuuksien olemassa olosta oli keskeinen tekijä, joka lisäsi pätevyyden tunnetta ja loi pohjaa oman elämän hallinnalle sairaalahoidon jälkeen. Tahdosta riippumaton hoito luo kulttuurin, jossa vapaus ja omat vaikutusmahdollisuudet koetaan erityisen merkityksellisiksi. Uskon, että kokemukset omista vaikutusmahdollisuuksista ja tunne vapaudesta on sidoksissa mielialaan ja edistää potilaiden sitoutumista hoitoon. On hyvä muistaa, että tunne vapaudesta muodostui pienistä arjen vaikutusmahdollisuuksista, esimerkiksi mahdollisuudesta aikatauluttaa omia arjen toimintojaan.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että positiivista suhtautumista sairaalahoitoon loivat yhteisölliset toiminnot, joita toteutettiin yhdessä henkilökunnan kanssa. Tällaisia toimintoja olivat esimerkiksi osasto- ja työterapiayhteisön organisoimat retket ja vapaamuotoiset pelihetket. Tällainen toiminta on nykyään varsin uhanalaisessa asemassa, koska se luokitellaan virkistystä tarjoavaksi, eikä sen vaikuttavuudesta olla syvemmin kiinnostuneita. Kuitenkin aineistosta kävi ilmi, että juuri tällaiset tilanteet olivat mahdollistaneet positiivisen vuorovaikutuksen ja yhteishengen syntyminen henkilökunnan ja potilaiden välille. Ne olivat tarjonneet kokemuksia yhdenvertaisuudesta ja vähentäneet tunnetta henkilökunnan ja potilaiden kahtiajakautumisesta. Tämän tyyppisen toiminnan lisäämisellä ja

monipuolistamisella saattaisi olla positiivisia johdannaisvaikutuksia myös hoitoon sitoutumiseen.

Sairaalahoidon jälkeisessä elämässä tuli esille kaksoisstigma ilmiö, joka muodostuu kun psykiatrinen sairaushistoria yhdistetään oikeuspsykiatrisen hoidon piirissä olemiseen. Sairaalan jälkeisessä arjessa sillä oli huomattavaa vaikutusta toiminnallisiin valintoihin ja se ohjasi yhteisöihin liittymistä. Stigma on kuitenkin ilmiö, jota ei sairaalolosuhteissa juurikaan huomioida. Kotiutuneet potilaat voivat joutua elämään paljastumisen pelossa, joka aiheuttaa sosiaalista jännittyneisyyttä ja estää syvempien ihmissuhteiden muodostamista. Tulisikin pohtia miten potilaita voitaisiin sairaalahoidon aikana valmentaa kohtaamaan arjen sosiaaliset tilanteet ja ihmisryhmät, niin ettei syrjityksi tulemisen pelko rajoittaisi heidän toimintaansa. Stigmatisoivan menneisyyden kääntäminen voimavaraksi peittelyn sijaan on suuri haaste, joka kokemukseni mukaan tavalla tai toisella koskettaa suurinta osaa sairaalan potilaista. Vertaistukitoimintaan mukaan kannustaminen ja kokemusasiantuntijajärjestelmän luominen voisivat olla keinoja, joilla haasteeseen olisi mahdollista vastata. Vertaistukikoulutus lisäisi pätevyyden tunnetta ja normalisoisi stigmatisoivaa tilannetta. Vertaisjärjestelmän luomisella saattaisi myös olla lukuisia muita hyötyjä. Sen kautta voisi esimerkiksi saada lisätietoa kotiutumisen vaiheen haasteista. Lisätietoa voisi hyödyntää kuntoutustoiminnan kehittämistyössä, jolloin toiminta palvelisi potilaiden lisäksi koko hoito- ja kuntoutusorganisaatiota.

Aloitekyvyssä esiintyneet puutteet tulivat esille tutkimusaineistossa. Ne ovat todetusti ja myös omaan kokemukseeni perustuen tyypillisiä skitsofreniapotilaan toimintaa estäviä vaikeuksia. Koska toiminnallisuudella on yhteys muun muassa mielialaan, pätevyyden tunteeseen ja arjen rytmiin, tulisi aloitekykyä tietoisesti avohoidossa tukea. Uskon, että kotiutuvat potilaat hyötyisivät säännöllisestä ja pitkäaikaisesta kontaktista henkilöön, jonka kanssa he voisivat keskustella arjen asioista ja suunnitella toimintaansa. Kontakti hoitohenkilöön toimisi ulkoisena tukena aloitekyvyille, jolloin toimintojen ylläpitäminen ja aloittaminen olisi vaivattomampaa. Erityisen tärkeätä tämä olisi sellaisten potilaiden kohdalla, joilla on sairaalahoidon aikana todettu puutteita aloitekyvyssä. Myös säännöllinen ja kiireetön keskusteluyhteys hoito- tai terapiahenkilöstöön tulisi olla omaan asuntoon kotiutuneille potilaille helpommin saatavilla. Sairaalahoidon aikana kehittyi halu ja kyky keskustella omista asioista, mutta avohoitoon siirtyminen vaikeutti merkittävästi keskusteluavun saamista. Vaikka palveluita olisi saatavilla, on riskinä, etteivät potilaat aloitekyvyn heikkouden vuoksi pysty hakeutumaan niiden pariin.

Palvelukotiasumisen hyödyt eivät haastateltavien silmin olleet merkittäviä. Kuitenkin palveluasuminen tuki ystäväpiirin muodostumista ja yhteisöihin liittymistä. Se tarjosi pääsyn harrastusten ja työtoiminnan pariin ja yhteisöltä sai tietoa ja opastusta palveluista, tukitoimista ja lähiympäristön toiminnallisista mahdollisuuksista. Jos potilas siirtyy sairaalasta suoraan omaan asuntoon, olisi varmistettava näiden palveluasumisessa luontaisesti läsnä olevien yhteiskuntaan integroitumista edistävien tekijöiden olemassa olo. Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutustoiminta on muutosvaiheessa. Yhä useampi potilas tavoittelee kotiutumista sairaalasta suoraan omaan asuntoon. Toimintakulttuuri ja kuntoutustoiminnan rakenteet tukevat kuitenkin ensisijaisesti siirtymää palveluasumisen piiriin. Toimintaterapian erityisosaamista on toiminnan osatekijöiden ymmärtäminen, potilaan luontaisessa ympäristössä tapahtuva kuntoutustoiminta ja asiakaslähtöinen työote. Sairaalan ulkopuolelle jalkautuvien kuntoutuspalvelujen kehittäminen on tulevaisuuden haaste. Näkisin, että toimintaterapian osaamisen hyödyntäminen on siinä kehitystyössä keskeisessä osassa.

Konkreettinen Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutustoiminnan kehitystyötä ylläpitävä toimenpide olisi kotiutuvien potilaiden seurantajärjestelmän kehittäminen. Seurantajärjestelmä voisi olla kokonaisuus, jonka pohjan muodostaisi sairaalan ulkopuolelle jalkautuvat kuntoutuspalvelut. Ne tukisivat potilaiden onnistunutta siirtymää osaksi yhteiskuntaa, mutta antaisivat myös kaivattua tietoa kotiutumisympäristöistä. Seuranta olisi suositeltavaa toteuttaa menetelmin, joita tässä tutkimuksessa on aineiston hankinnassa käytetty. Huomio tulisi olla potilaiden omassa kokemuksessa ja kerättävän tiedon tulisi keskittyä seikkoihin, jotka tukevat sairaalan ulkopuolella menestymistä. Kokemusasiantuntijajärjestelmän ja vertaistukitoiminnan kehittäminen olisi luontainen osa kokonaisuutta. Vertaistukitoiminta voisi olla aktiivista kuntoutusosastolla, juuri ennen uloskirjoitusta. Kokemusasiantuntijuutta voitaisiin hyödyntää, niin potilaiden kuin henkilökunnan keskuudessa. Kun potilaita hoidetaan ja kuntoutetaan sairaalassa useita vuosia, olisi perusteltua kiinnittää nykyistä enemmän huomiota myös siirtymävaiheen tukemiseen. Se on kriittinen vaihe, johon suunnattu tuki tulisi hyödyttämään niin kotiutuvia potilaita kuin antaisi kaivattua lisäinformaatiota, jota voisi hyödyntää kehitystoiminnassa.

7 POHDINTA

Pohdinnassa käsittelen eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä seikkoja, sekä pohdin opinnäytetyöprosessia ja tuon esiin sen aikana heränneitä ajatuksia. Lopuksi esitän jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Olen toiminut opinnäytetyöprosessin aikana huolellisesti ja tarkasti, tehden kaikki tutkimustyön vaiheet rehellisesti ja parhaan osaamiseni mukaan. Olen toiminut hyvän tieteellisen käytännön sekä tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Työskentelyäni ovat ohjanneet Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry:n ammattieettiset ohjeet ja Vanhan Vaasan sairaalan salassapitosäännökset. Olen työssäni kuvannut tutkimusaineiston keruuta ja analyysia totuudenmukaisesti, pitäen mielessä tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymykset. (Kylmä – Juvakka 2007: 139–145; Tuomi – Sarajärvi 2009: 134–141.)

Anoin Vanhan Vaasan sairaalan tutkimuseettiseltä toimikunnalta tutkimusluvan, joka myönnettiin toukokuussa vuonna 2012. Tutkimuslupahakemukseni mukaisesti sain oikeuden tutustua Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutusosastoilta vuosien 2010 ja 2011 aikana uloskirjoitettujen oikeuspsykiatristen potilaiden potilastietoihin. Poimin joukosta tutkimukseni rajausehdot täyttävien potilaiden perustiedot ja tutustuin tarkemmin ainoastaan kyseisten potilaiden sairauskertomustietoihin.

Asianmukainen ja riittävä tiedottaminen on tärkeä osa eettisyyttä. Kysyessäni alustavaa suostumusta tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvilta haastateltavilta kerroin tutkimuksen yhteistyökumppanin, tarkoituksen ja menetelmät. Myös tutkimustietojen luotamuksellisuuden sekä osallistujien nimettömyyden otin alkukeskustelussa esille. Kerroin myös, että haastateltavilla on koska tahansa oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Ennen haastattelutilanteen alkamista tiedotin uudelleen edellä mainituista asioista. Samat tiedot olivat kirjallisena myös suostumuksessa (liite 2), josta haastateltava sai oman kappaleen. Siten hänellä oli mahdollisuus palata asioihin haastattelutilanteen jälkeen. Edellä mainituilla toimilla varmistin, että haastateltavan antama suostumus perustui tietoon tutkimuksen tarkoituksesta ja sen kulusta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta. (Kylmä – Juvakka 2007: 149–150; Tuomi–Sarajärvi 2009: 129–131).

Haastattelutilanteessa jouduin erityisesti huomioimaan tavan, jolla esitin kysymyksiä. Mahdollisuus johdatteleviin kysymyksiin oli olemassa, koska kaikki haastateltavat olivat minulle ennalta tuttuja työni kautta. Jokainen heistä oli jossain muodossa saanut toimintaterapiapalveluita hoitonsa aikana. Siten minulla oli alustava mielikuva haastateltavien vaikeuksista, vahvuuksista ja vuorovaikutustyylistä. Haastattelun aikana päädyin siihen, että palasin toistuvasti jo käsiteltyihin asioihin. Erityisesti, jos olin epävarma haastateltavien antamasta tiedosta. Haastattelut olivat pitkiä ja niissä oli nähtävissä kaari, jonka aikana haastateltavat paljastivat elämästään hiljalleen yhä enemmän yksityiskohtia. Yksityiskohdat lisääntyivät sitä mukaa, kun haastattelu eteni ja asioihin palattiin. Koen asioihin palaavan haastattelutyylin lisänneen tutkimuksen luotettavuutta, koska monet yksityiskohdat tulivat esille vasta asioihin palattaessa. Ajallisella rajauksella pyrin varmistamaan etteivät haastateltavat koe enää olevansa sairaalan vaikutuspiirissä ja siten seuraamusten pelko ei vaikuta kertomukseen (Nelson – Jepson-Thomas 2003: 116). Haastateltavien kommentoissa tuli kuitenkin esille ajoittainen epäily siitä, voisiko heidän kertomuksillaan olla negatiivisia seuraamuksia heille itselleen. Myös sairaalaa kohtaan esitettävään kritiikkiin haastateltavat suhtautuivat varauksella. Pyrin luomaan ilmapiirin, jossa oli mahdollisuus avoimesti kertoa ajatuksistaan ilman odotuksia kertomuksen sisällöstä tai pelkoa seuraamuksista. Kannustin heitä antamaan myös kritiikkiä ja kehittämisehdotuksia. Luotettavuutta pohdittaessa on huomioitava, että on todennäköistä, etteivät haastateltavat olleet halukkaita paljastamaan kaikkia elämänsä yksityiskohtia. Myös kaksi perusjoukkoon kuuluvaa haastateltavaa kieltäytyi haastattelusta tai jättäytyi siitä pois. Heiltä saatavan informaation vaikutus tutkimuksen tuloksiin jäi siten selvittämättä. Luotettavuuden lisäämiseksi olen käyttänyt raportissa lukuisia lainauksia haastateltavien kertomuksista. Koin, että useassa tapauksessa haastateltavien omat sanat välittivät parhaiten keskeisen viestin, joka aineistossa tuli esille.

Nauhoitin haastattelutilanteet, jonka jälkeen litteroin äänimateriaalin sanasta sanaan käyttäen puhuttua kieltä. Tällä varmistin, että puhuttu tieto välittyy sellaisenaan, eikä vääristy inhimillisten virheiden, esimerkiksi heikkojen muistiinpanojen vuoksi. Litteroidusta aineistosta pystyin myös arvioimaan keskustelun kulkua ja esitettyjen kysymysten laatua ja varmistamaan, että tieto oli haastateltavien oma käsitys asioista ja niiden kulusta.

Olen opinnäytetyöprosessin aikana kiinnittänyt huomioita siihen ettei yleinen näkemys tai olemassa oleva tieto virheellisesti ohjaisi tutkimuksen kulkua. Opinnäytetyöni kiin-

nostuksen ollessa kokemuksellisessa tiedossa oli todennäköistä, että saatu tieto poikkeaa hoito- ja kuntoutushenkilökunnan näkemyksestä. Kuitenkin juuri se eroavaisuus oli yksi keskeinen vaikutin, jonka vuoksi päädyin keräämään tutkimuksessani juuri kokemuksellista tietoa.

Prosessin aikana olen pyytänyt yhteistyökumppanin edustajia ja kokenutta toimintaterapeuttikollegaani tutustumaan litteroituun tutkimusaineistoon ja tekemääni analyysiin. Kaikilla aineistoon tutustuneilla henkilöillä on salassapitovelvollisuus, eikä siten tiedon luottamuksellisuus ole menettelyllä vaarantunut. Tällä menettelyllä olen pyrkinyt varmistamaan, että päättelyni on johdonmukaista ja läpinäkyvää. Koska olen tehnyt opinnäytetyötä yksin, olen kokenut ulkopuolisen näkemyksen lisänneen tutkimukseni luotettavuutta. Olen opinnäytetyöprosessin aikana kunnioittanut muiden tutkijoiden töitä ja olen myös pyrkinyt ilmaisemaan niiden merkityksen opinnäytetyössäni selkeästi. Opinnäytetyöni tulokset ja johtopäätökset olen laatinut objektiivisesti ja niitä vääristelemättä.

Haastateltavien tietoja olen säilyttänyt asianmukaisesti, eikä niitä ole luovutettu ulkopuolisten käyttöön. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tutkimuksessa kerätyt henkilötiedot ja haastattelumateriaalit tuhotaan ja arkaluonteisten tietojen salassapitovelvollisuus sitoo minua myös opinnäytetyöprosessin jälkeen.

Tulosten yleistettävyys on näin pienen tutkimusjoukon sisältävässä tutkimuksessa haasteellista. Yleistämistä voidaan ajatella kuitenkin tulosten siirrettävyytenä. Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa se, miten samanlaisia ovat tutkittu ympäristö ja ympäristö, johon tuloksia on tarkoitus siirtää. (Eskola – Suoranta 2000, 66–68; Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Haastateltavat ovat olleet potilaina Vanhan Vaasan sairaalassa aikana, jolloin sairaalan osastojako oli erilainen kuin se tällä hetkellä on. Kukaan heistä ei ole ollut potilaana Mikkola nimisessä uudisrakennuksessa ja kaikki heistä ovat kotiutuneet F1-osastolta, jota ei ole enää olemassa. Osastouudistuksessa osastoja yhdistettiin ja luotiin uusia osastoja. Potilaat ja henkilökunta pysyivät kuitenkin varsin muuttumattomina. Osasto A2, jonka kanssa opinnäytetyöni puiteissa olen tehnyt yhteistyötä, vastaa tällä hetkellä entistä F1-osastoa. Osastomuutosten yhteydessä osastojen F1 ja A2 henkilökunnat yhdistyivät ja F-osaston potilaat siirtyivät osastolle A2. Hoito ja kuntoutuskäytännöt eivät kuitenkaan kokeneet niin merkittäviä muutoksia, ettei tutkimuksen tieto olisi siirrettävissä osastolle A2 ja osaksi nykyisiä kotiutumiskäytäntöjä. Myös suljettujen osastojen toimintakulttuuri, henkilöstörakenne ja potilasjoukko on osastomuutoksista huolimatta pysynyt varsin muuttumattomana. En näe niissä ta-

pahtuneet viimeisen parin vuoden aikana sellaisia muutoksia, ettei tutkimuksen antama tieto olisi siirrettävissä myös olemassa oleviin osastoympäristöihin.

7.2 Yleistä pohdintaa ja opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyöprosessin aikana olen pohtinut monia keskeisiä asioita, jotka eivät arjen rutinoituneessa työssä saa riittävästi tilaa. Niitä avaan seuraavaksi.

Prososiaalisen yhteisön käsite ja siinä yhteydessä myös määritelmä positiivisen kaveripiirin tuesta, on mietityttänyt minua paljon. Prososiaalinen yhteisö ajatellaan olevan ihmisjoukko, johon liittymisellä on positiivisia vaikutuksia ihmisen käyttäytymiseen. Aineistoa tarkasteltaessa on havaittavissa, että merkittävin ystävyysuhteita ylläpitävä voima oli yhteiset mielenkiinnot ja sama arvomaailma. Vertaiset olivat pääasiassa muita mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Vertaisuuden kokemus teki vuorovaikutuksesta vaivatonta ja vertaisten kanssa toimiessa muotoutui positiivisia sosiaalisia rooleja, jotka tukivat toiminnallisuutta. Haastateltavat kokivat saavansa merkittävintä tukea juuri vertaisiltaan. Kun tätä havaintoa peilaa sairaalaympäristöön, on havaittavissa ristiriita. Kokemukseni mukaan on tyypillistä, ettei vertaisia koeta sairaalahoidon aikana positiiviseksi kaveripiiriksi, vaan pikemminkin uhaksi kuntoutumiselle. Aineiston perusteella olisikin aiheellista kyseenalaistaa tätä ajattelua ja pohtia miten prososiaalista kaveripiiriä kunkin potilaan kohdalla kannattaa määritellä. Onko saman taustan omaava kaveripiiri uhka vai tuki sairaalahoidon jälkeisessä elämässä selviytymiselle?

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdin myös paljon sitä, miten sairaalaympäristön sosiokulttuuriset normit vastaavat yhteiskunnan sosiokulttuurisia normeja. Kun potilas vastaa sairaalan sosiokulttuurisiin normeihin, eli toimii sairaalaympäristön määrittelemällä tavalla, todetaan hänet toimintakyvyltään hyväksi. Tämä ajattelu näkyy niin sairaalan sisällä, kuin kotiutumsvaiheessa sairaalasta osaksi yhteiskuntaa. Sairaalan sisällä ilmiö on havaittavissa esimerkiksi potilaiden siirtyessä suljetulta osastolta kuntoutusosastolle. Kuntoutusosaston toimintakulttuuri, joka kannustaa itseohjautuvuuteen ja omien asioidensa haltuun ottoon, törmää kulttuuriin, jossa on toimintakykyinen varsin erilaisella suoriutumisella. Suljetuilla osastoilla itseohjautuvuus omien asioiden hoitamisessa on harvemmin hyve ja luvan kysyminen sekä asioiden hierarkkinen eteneminen on osa kulttuuria. Siirtymävaiheessa haasteena onkin vastata uuden ympäristön odotuksiin ja sisäistää omatoimisuutta korostava toimintamalli. Itseohjautuvuus ja aloitekykyisyys ovat kuitenkin tärkeitä tekijöitä kuntoutusosastolla ja sairaalan jälkeisessä elä-

mässä menestymisessä. Kuntoutusosastolla työskennellessäni olen joutunut säännöllisesti miettimään onko potilas yhteiskunnassa toimintakykyinen samalla suoriutumisella kuin sairaalaympäristössä. Sairaalaympäristön ja kotiutumisympäristön eroavaisuudet ovat käytännössä varsin merkittäviä. Olen pohtinut paljon myös sitä, missä mittakaavassa sairaalaympäristössä ylipäätään on mahdollista valmentaa potilasta vastaamaan niihin haasteisiin, joita uudet ympäristöt tuovat tullessaan. Onko sairaalahoidon tavoite ohjata potilasta menestymään sairaalan sosiokulttuuristen normien mukaisesti vai olisiko toimintakykyisyyttä pikemminkin elämä ihmisen omien standardien mukaisesti? Ja mitkä ylipäätään ovat nyky-yhteiskunnan tavanomaiset normit, joiden sisäistäminen ja joiden mukaan eläminen on Vanhan Vaasan sairaalassa toteutettavan hoito- ja kuntoustoiminnan tavoitteena?

Toimintaan sitoutuminen ja sitouttaminen on myös yksi mielenkiintoinen ajatuspari, jota kuntouttavaa toimintaa mahdollistavana toimintaterapeutina joudun pohtimaan. Potilaita sitoutetaan hoidon aikana useisiin toimintoihin, joilla uskotaan olevan positiivisia vaikutuksia potilaassa tapahtuvaan muutokseen. Tämä uskomus onkin varsin paikkansa pitävä esimerkiksi päivittäisen elämän taitojen oppimisen alueella. Potilaan tausta saattaa olla sellainen, ettei hänelle ole muodostunut päivittäisen elämän askareista, harrastuksista tai tuottavuudesta sellaisia merkityksiä, jotka saisivat hänet hakeutumaan toimintojen pariin. Kuitenkin, kun häntä sitoutetaan toimintoihin osana hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä, voi hän niihin osallistumalla saada kokemuksia, jotka tukevat sisäsyntyisen motivaation kehittymistä. Siten, vaikka opinnäytetyössäni puhunkin merkityksellisestä toiminnasta, tulee huomioida myös kolikon kääntöpuoli. Kaikki merkityksellinen toiminta ei ole hyväksyttävää eikä edistä potilaan hyvinvointia. Kaikilla potilailla ei myöskään ole sellaista kokemuspohjaa, jonka perusteella he pystyisivät määrittelemään niitä tekijöitä ja toimintoja, joista löytävät merkityksellisyyden kokemuksia. Tahdosta riippumattoman oikeuspsykiatrisen hoidon haasteena onkin mahdollistaa sellaisia toimintoja, joista potilas aidosti löytää merkityksen. Ne luovat arkeen rytmiä ja rutiineja sekä mahdollistavat positiivisten sosiaalisten roolien syntyminen myös sairaalahoidon päättymisen jälkeen.

Koska opinnäytetyöni aihe on noussut omasta käytännön työstä ja ilmeinen tarve tutkimuksen tuottamalle tiedolle on ollut olemassa, olen paneutunut tutkimukseeni mielenkiinnolla ja antaumuksella. Näen työni osana sitä antia, jota toimintaterapia voi tuoda hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Koen, että toimintaterapian asema Vanhan Vaasan sairaalassa on ollut aina varsin häilyvä. Muun työyhteisön odotukset toimintaterapiapalveluita kohtaan ovat työvuosieni aikana olleet moninaisia ja toimintaterapian

asiakaslähtöistä työtettä ja voimavarakeskeistä ajattelua on tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavassa laitoksessa ajoittain kyseenlaistettu. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana olen kokenut yhteisymmärryksen edelleen kehittyvän, erityisesti kuntoutusosaston kanssa. Prosessin aikana on käyty lukuisia avartavia keskusteluja, jotka ovat lisänneet omaa ymmärrystäni, mutta myös tuoneet toimintaterapian ydinajatuksia näkyviksi muun henkilöstön keskuudessa. Uskon, että jo pelkästään prosessin läpikäymisellä ja sen ympärillä tehdyllä yhteistyössä tulee olemaan vaikutusta kuntoutusosaston käytäntöihin.

Opinnäytetyöni on laaja kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Siihen käytetty työtuntien määrä oli suurempi, mitä alun alkaen olin suunnitellut. Työhön panostaminen oli kuitenkin tietoinen valinta ja sain sen valmiiksi käytettävissä olleen ajan puitteissa. Koen työn ensisijaisesti palvelevan kuntoutuksen kehittämistä Vanhan Vaasan sairaalassa. Päämäärää, jonka suuntaisesti olen työskennellyt työurani ajan tehdessäni käytännön työtä potilaiden ja sairaalaorganisaation parissa. Itselleni työ ei ole koskaan ollut yhdentekevää, kuten ei myöskään tämä opinnäytetyö. Sen kautta koen lisänneeni ymmärrystäni ja kehittyneeni ammatillisesti. Toivon sen herättävän pohdintaa ja hyvässä hengessä tapahtuvaa keskustelua, joka omalta osaltaan edesauttaa hoito- ja kuntoutustoiminnan kehittämistyötä.

Tulen esittämään opinnäytetyöni tulokset kuntoutusosaston koulutuspäivässä sekä muissa henkilökunnalle suunnatuissa tilaisuuksissa. Lisäksi toimitan työn kirjallisessa muodossa työnantajalleni Vanhan Vaasan sairaalalle. Edellä mainittujen tilaisuuksien lisäksi tulen käyttämään tutkimuksen tarjoamaa tietoa toimiessani potilastyössä sekä osallistuessani sairaalan kehitystoimintaan. Niin henkilökunta, kuin potilaatkin hyötyvät tiedosta, joka avaa arkea sairaalan jälkeen. Koen kerätyn tiedon tukevan sitä kotiutumisprosessin vaihetta, jonka parissa useat potilaat, ehkäpä tulevat kokemusasiantuntijat, tälläkin hetkellä työskentelevät.

7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Oikeuspsykiatristen potilaiden integroituminen takaisin yhteiskuntaan on aihe, josta tehtävälle tutkimukselle on tarve olemassa. Kokemuksellinen tieto antaa uudenlaista perspektiiviä aiheeseen, joten potilaiden näkökulma tulisi tutkimuksissa jatkossakin huomioida. Kiinnostusta voisi myös suunnata enemmän yhteisöihin kuin yksittäisiin

potilaisiin. Tällainen näkökulman muutos on ollut viime vuosina nähtävissä toiminnan tieteen tutkimuksissa.

Esimerkiksi sen tutkiminen millainen yhteys sosiaalisella osallistumisella on arjen toiminnoista suoriutumiseen, olisi aihe, joka täydentäisi omaa tutkimustani. Siirtymävaiheen tarkastelu stigman ja vertaistukitoiminnan näkökulmista olisivat myös tärkeitä tutkimuksen aiheita. Esimerkiksi aiheet, jotka käsittelisivät vertaistukitoiminnan hyötyjä siirtymässä oikeuspsykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon tai oikeuspsykiatrian stigman vaikutuksia toiminnallisiin valintoihin, voisivat tuottaa merkittävää tietoa toiminnallisuuden alueelta. Mielenkiintoista olisi myös tutkia millaisia vaikutuksia ympäristöllä on toiminnallisuuteen. Esimerkiksi, miten sairaalaympäristössä opitut taidot siirtyvät itsenäisen asumisen ympäristöön. Lisäksi koen, että toiminnallinen deprivatio on aihe, jota tulisi tutkia pitkäaikaisessa laitoshoidossa olemassa olevana ilmiönä. Esimerkiksi tutkimus hoidon alkuvaiheessa tarjottujen toimintamahdollisuuksien vaikutuksista mieli-alaan, hoitoon sitoutumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen olisi aihe, jonka jälkeen toiminnallisuuden merkitys osana hoitoa saattaisi aueta uudella tavalla.

Lähteet

Bjørkly, Støl 2004. Risk Management in Transitions Between Forensic Institutions and the Community: A Literature Review and an Introduction to a Milieu Treatment Approach. *International Journal of Forensic Mental Health* 3(1):67-75.

Corring, D. J. – Cook, V. J. 2006. Ask, listen and learn: what clients with a mental illness can teach you about client-centered practice. Teoksessa Sumsion, Thelma (toim.): *Client-centered practice in occupational therapy: a guide to implementation*. Second edition. 107–122.

Couldrick, Lorna 2004. So what is forensic occupational Therapy? Teoksessa Couldrick, Lorna – Alred, Deborah (toim.): *Forensic Occupational Therapy*. London and Philadelphia: Whurr Publishers Ltd. 11–21.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Gerber, Gary, J., Prince, Pamela, N., Duffy, Stephen, McDougall, Linda, Cooper, Janet, Dowler, Susan 2003. Adjustment, Integration, and Quality of Life Among Forensic Patients Receiving Community Outreach Services. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2(2):129–136.

Hasselkuss, Betty Risteen 2011. *The meaning of Everyday Occupation*. Second Edition. Thorofare: Slack Incorporated.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hodgins S, Müller-Isberner R, Freese R, Tiihonen, J Repo-Tiihonen E, Eronen M, Eaves D, Hart S, Webster C, Levander S, Tuninger E, Ross D, Vartiainen H, Kronstrand R. 2007a. A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*. 6(1):65–77.

Hodgins S, Tengström A, Eriksson A, Österman R, Kronstrand R, Eaves D, Hart S, Webster C, Ross D, Levin A, Levander S, Tuninger E, Müller-Isberner R, Freese R, Tiihonen J, Kotilainen I, Repo-Tiihonen E, Väänänen K, Eronen M, Vokkolainen A, Vartiainen H 2007b. A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: design, measures, and the forensic sample. *Criminal Justice and Behaviour*. 34(2):211–228.

ICD-10 Version: 2010. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Verkkodokumentti.

<<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>>. Luettu 5.4.2012.

Itä-Suomen yliopisto. Kliinisen lääketieteen yksikkö. Oikeuspsykiatria. Verkkodokumentti. <<http://www.uef.fi/kliinisenlaaketieteenyksikko/oikeuspsykiatria>>. Luettu 24.3.2012.

Joe, Catherine 2004. The development of community forensic occupational therapy. Teoksessa Couldrick, Lorna – Alred, Deborah (toim.): *Forensic Occupational Therapy*. London and Philadelphia: Whurr Publishers Ltd. 107–116.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu – Poutanen, Outi – Välimäki, Maritta 2001. Sairauden häpeällinen leima. Katsaus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 117(6):563-570.

Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Kallinen-Kräkin, Salme (toim.). Yliopistopaino, Helsinki 2009 Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2009:9. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf>. Luettu 20.12.2011.

Kielhofner, Gary 2004. *Conceptual Foundations of Occupational therapy*. 3rd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lindstedt, Helene – Grann, Martin – Söderlund, Anne 2011. Mentally disordered offenders' daily occupations after one year of forensic care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 18: 302–311.

Lindstedt, Helene – Söderlund, Anne – Stålenheim, Gunilla – Sjöden, Per-Olof 2004. Mentally Disordered Offenders' Abilities in Occupational Performance and Social Participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 11: 118–127.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki 2009. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2009:3. Verkkodokumentti.

<<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>>. Luettu 20.12.2011.

Müller-Isberner, Rüdiger, J. 1996. Forensic Psychiatric Aftercare Following Hospital Order Treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*. 19(1):81–86.

Nelson, David L. – Jepson-Thomas, Julie 2003. Occupational Form, Occupational Performance, and a Conceptual Framework for Therapeutic Occupation.

Teoksessa Kramer, Paula – Hinojosa, Jim – Royeen, Charlotte Basic. *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life*. Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins. 87–155.

Nilsson, Ingeborg – Argentzell, Elisabeth – Sandlund, Mikael – Leufstadius Christel – Eklund, Mona 2011. Measuring perceived meaningfulness in day centres for persons with mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 18: 312-320.

Opetus ja tutkimus. Niuvanniemen sairaala. Verkkodokumentti.

<<http://www.niuva.fi/opetus/opetus.htm>>. Luettu 21.12.2011.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti.

<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Luettu 2.1.2012.

Tautiluokitus ICD-10 1999. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Koodistopalvelu. Verkko-dokumentti. <<http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=23&versionKey=58>>. Luettu 5.4.2012.

Toimintasuunnitelma 2012. Osasto A2. Vanhan Vaasan sairaala.

Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.) 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Turpin, Merrill – Iwama, Michael K. 2011. Using Occupational Therapy Models in Practice: A Field guide. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Vanhan Vaasan sairaala 2012. Verkkodokumentti. <<http://www.vvs.fi/>>. Luettu 27.2.2012.

Vanhan Vaasan sairaalan tulossopimus 2012. Käsitelty vanhan Vaasan sairaalan johtokunnassa 9.11.2011.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vokkolainen, Aila 2012. Johtava ylihoitaja. Vanhan Vaasan sairaala. Vaasa. Suullinen tiedonanto 16.3.2012.

Whiteford, Gail 2000. Occupational Deprivation Global Challenge In The New Millennium. The British Journal of Occupational Therapy 63 (5): 200–204

Liitteet

Liite 1: teemahaastattelun haastattelurunko

TAUSTA:

Kauanko oli sairaalassa, millä osastoilla?

Uloskirjoitettiin kerralla?

Mihin kotiutui, onko muuttanut?

ARKI (itsestä huolehtiminen, työ/tuottavuus, vapaa-aika)

Kuvaile millaista arki on: mitä teet, kenen kanssa ja missä?

Rutiinit, päivärytmi, tyypillinen päivä/viikko, sosiaaliset verkostot?

Mitkä asiat estävät toimintaa ja jääkö jotain tärkeää kokonaan tekemättä?

Rajoittaako ympäristö vai mahdollistaako se?

Mitkä toiminnot ovat helppoja suorittaa (vahvuudet)?

Mitkä toiminnat on tärkeitä?

Miksi ne ovat tärkeitä? Mitä ominaisuuksia niissä on? Mikä saa hakeutumaan niiden pariin? Mitä et missään tapauksessa voisi jättää tekemättä?

Miten ihmissuhteet (kaverit, perhe, tyttöystävä) vaikuttavat arjessa tapahtuviin asioihin? Sosiaalisuuden merkitys? Verkoston laajuus? Sairaalataustan vaikutus ihmissuhteisiin?

SIIRTYMÄVAIHE:

Kuvaile millaista oli kotiutua sairaalasta?

Miten pääsit kiinni arkeen (yhteisöihin liittymisen merkitys)?

Millaisia asioita aloit tekemään, kun pääsit omillesi asumaan?

Missä asioissa oli vastoinkäymisiä tai mitkä hoituivat helposti?

Onko tapahtunut muutosta nykytilanteeseen? Millaista muutosta?

PEILAUUS SAIRAALAAN:

Vastaako arki odotuksia, joita sille sairaalassa asetettiin?

(korreloiko menestyminen sairaalassa menestymiseen siviilissä)

Millaisia eväitä sairaalahoidon antoi siviilissä selviämiseen?

Jäikö joku sairaala-aikana toteutuneesta toiminnasta erityisesti mieleen itsellesi hyödyllisenä?

Arkirutiinit (itsestä huolehtiminen, siivous, ruuanvalmistus, taloudenhoito, asiointi yms), työn tekeminen, vapaa-ajan viettäminen, sosiaalisuus?

Mitä olisit jäänyt kaipaamaan tai oliko hoidossa asioita, joiden vaikutus on näkynyt negatiivisena arjessa?

Muutuitko mielestäsi jotenkin sairaalassa olo aikana? Millä tavalla?

Olivatko muutokset selviytymistä tukevia vai sitä estäviä?

Sana on vapaa

Jäikö jotain vielä sanomatta, haluaako puhua jostain lisää tai ottaa esille asian, josta ei keskusteltu, mutta pitäisi?

Mitä tahansa liittyen omaan arkeen tai sairaalan toimintaan.

Liite 2: Suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön**KIRJALLINEN SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA OPINNÄYTETYÖHÖN**

Opinnäytetyön nimi: Oikeuspsykiatristen potilaiden merkityksellinen arki sairaalahoidon jälkeen. Vanhan Vaasan sairaalasta kotiutuneiden potilaiden kokemuksia

Yhteistyökumppani: Vanhan Vaasan sairaala

Organisaatio: Metropolia Ammattikorkeakoulu, Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyön tekijä: Toimintaterapeutti Piia Kiuru (pia.kiuru@metropolia.fi)

Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä kokemuksellista tietoa Vanhan Vaasan sairaalasta uloskirjoitettujen oikeuspsykiatristen potilaiden arjesta. Tavoitteena on, että kerättävä tieto auttaa ymmärtämään potilaiden arjen sujuvuuteen ja mielekkyyteen vaikuttavia tekijöitä sekä avartaa näkemystä merkityksellisestä toiminnasta osana oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa.

Opinnäytetyö valmistuu Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapian koulutusohjelmalle, mutta sen tuloksia tullaan hyödyntämään myös Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutuspalveluiden kehittämistyössä.

SUOSTUMUS

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Piia Kiurun toteuttaman opinnäytetyön haastatteluosuuteen.

Opinnäytetyö tehdään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Opiskelija noudattaa salassapitovelvollisuutta ja aineistoa käsitellään luottamuksellisena. Tunnistetietoja ei tule kirjalliseen opinnäytetyöhön ja kaikki tutkimusaineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Halutessani voin koska vain peruuttaa osallistumiseni opinnäytetyöhön ilmoittamalla siitä Piia Kiurulle.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys