

TAPAUSTUTKIMUS MIELENTERVEYSKUN- TOUTUJAN ERISTÄMISKOKEMUKSISTA JA EHDOTUKSISTA PURKUKESKUSTELUN TO- TEUTTAMISEEN

Kaisu Hämäläinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Hämäläinen, Kaisu	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.04.2014
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TAPAUSTUTKIMUS MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ERISTÄMISKOKEMUKSISTA JA EHDOTUKSISTA PURKUKESKUSTELUN TOTEUTTAMISEEN		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (Ylempi AMK)		
Työn ohjaaja(t) Hopia, Hanna Kuhanen, Carita		
Toimeksiantaja(t) Kanerva, Anne, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tietoisuus potilaiden negatiivisista eristämiskokemuksista psykiatrisen sairaalahoidon aikana on noussut esiin sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Kansainvälisesti on tunnistettu tarve kehittää turvallisia hoitotyön menetelmiä, joista yksi on eristämisen purkukeskustelun tarjoaminen eristämisen kokeneelle. Tutkimusten mukaan purkukeskustelu ei ole vielä säännöllinen hoitotyön menetelmä eristämisen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä sekä ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää purkukeskustelun kehittämiseen. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena ja aineistona käytettiin teemahaastatteluja sekä kirjallisia aineistoja. Analyysimenetelmänä oli induktiivinen sisällönanalyysi.</p> <p>Eristämiseen kuntoutujalla liittyi kokemuksia henkilökunnan toiminnasta, eristystilasta, pelon tunteista ja muutoksista omassa voinnissa. Kuntoutuja kertoi tulleen epäoikeudenmukaisesti kohdelluksi ja koki eristämisen mielivaltaisena ja perusteettomana toimenpiteenä. Eristystilaa hän piti virikkeettömänä ja epämurkavana. Eristämiskokemus oli aiheuttanut pelkoa mm. henkilökuntaa ja tapahtuman uudelleen toistumista kohtaan. Hän kuvasi kokemuksen vaikuttaneen itseluottamukseen ja omaan minäkuvaan. Kuntoutuja toi esiin ehdotuksia liittyen purkukeskustelun tarjoamiseen, käytännön järjestelyihin sekä kokemuksen käsittelyyn. Hän esitti purkukeskustelua säännölliseksi hoitotyön menetelmäksi, joka olisi yksilöllisesti kuntoutujan tarpeesta lähtöisin suunniteltu mm. osallistujien ja ajankohdan osalta. Hän koki, että purkukeskustelussa olisi hyvä käydä läpi itse tapahtuma, mutta myös lisätä kuntoutujan ymmärrystä oman sairautensa suhteen sekä käydä läpi traumaattisia tunteita, joita kokemus kuntoutujassa herätti.</p> <p>Tutkimuksia mielenterveyskuntoutujien eristämiskokemuksista on tehty, mutta niiden vaikutusta kuntoutujan kokemaan elämänlaatuun ei ole juurikaan tutkittu. Jatkossa on tärkeää saada tietoa purkukeskustelukokemuksista ja kyseisen menetelmän toimivuudesta ja tehokkuudesta edesauttaa traumaattisesta kokemuksesta toipumista. Koska tapaustutkimuksen tuloksia ei voida pitää yleistettävänä, toimii tutkimuksessa tarkastellut näkökulmat jatkotutkimushaasteina.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet, eristäminen, purkukeskustelu, kokemukset		
Muut tiedot		



Author(s) Hämäläinen, Kaisu	Type of publication Master's Thesis	Date 07.04.2014
	Pages 50	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title A CASE STUDY ON REHABILITATION PATIENTS' SECLUSION EXPERIENCES AND PROPOSALS FOR IMPLEMENTING POST-SECLUSION DEBRIEFING		
Degree Programme Master's Degree Program in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Hopia, Hanna Kuhanen, Carita		
Assigned by Kanerva, Anne, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Central Finland Hospital District		
Abstract <p>Patients' negative experiences of seclusion and restraint during psychiatric hospital treatment has been under discussion both nationally and internationally. There has been an internationally acknowledged need to develop safe nursing practices. Offering post-seclusion debriefing for the patient is one of these methods. According to studies, post-seclusion debriefing is not yet a regularly utilized nursing practice. The aim of this thesis was to describe mental health rehabilitation patients' experiences of seclusion as well as take into consideration their suggestions on the implementation of post-seclusion debriefing. The aim was to produce information and utilize the information gained from the study for the further development of post-seclusion debriefing. The study was executed as a case study in which theme interviews and literary materials were utilized, and inductive content analysis was the method of analysis.</p> <p>With regard to seclusion, the rehabilitation patient had experiences of the actions of the nursing staff, the seclusion room, feelings of fear and changes in his condition. The rehabilitation patient recounted that he had been treated in an unjust manner and that he experienced the seclusion as an arbitrary and unjustified procedure. The seclusion room was considered unstimulating and uncomfortable. The experience of seclusion had, for example, resulted in fear towards the nursing staff as well as fear towards the possible recurrence of the incident. Moreover, seclusion had an influence on the self-confidence and self-image of the patient. The rehabilitation patient offered suggestions on providing post-seclusion debriefing, practical arrangements and processing of the experience. Post-seclusion debriefing was proposed to be a regular method of treatment which would be planned individually with special attention paid to the point of time and the participants. The patient proposed that during the debriefing not only the incident itself should be processed but also the patient's understanding of his illness should be increased and the traumatic feelings evoked by the experience dealt with.</p> <p>Several studies have been conducted on mental health rehabilitation patients' experiences of seclusion, but its influence on the quality of life of the patients has not been studied as extensively. In future it is highly important to collect information on the experiences of post-seclusion debriefing and on the functionality of the method, as well as on its effectiveness in supporting the recovery from the traumatic experience. Since the results of case studies are not generalizable, the points of view examined in the present study remain as challenges for the future studies on the topic.</p>		
Keywords Coercive measures, post-seclusion debriefing, seclusion, experiences		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käyttö	5
2.1	Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön historia	5
2.2	Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön lainsäädäntö ja suositukset	6
2.3	Potilaiden kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta ja -hoitotoimenpiteistä	8
3	Jälkipuinti	10
4	Jälkipuinnin käyttö leposide- ja huone-eristämisen jälkeen	11
5	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät	13
6	Tapaustutkimuksen toteuttaminen	13
6.1	Tutkimuksen teon lähtökohta	13
6.2	Tapaustutkimus	14
6.3	Sisällönanalyysi	17
7	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	19
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	19
7.2	Tutkimuksen eettisyys	22
8	Tutkimuksen tulokset	24
8.1	Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä	24
8.2	Mielenterveyskuntoutujan ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen	29
9	Pohdinta	33
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	33
9.2	Yhteenveto ja jatkotutkimushaasteet	37
	Lähteet	40
	Liitteet	45
	Liite 1. Tutkimusilmoitus	45
	Liite 2. Tutkimusilmoitus puhelinhaastattelusta	46
	Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	47
	Liite 4. Teemahaastattelu 1	48
	Liite 5. Teemahaastattelu 2	49
	Liite 6. Esimerkki sisällönanalyysin muodostamisesta	50

Taulukot

Taulukko 1. Aineistonkeruun toteuttaminen	17
Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen	18

1 Johdanto

Suomen perustuslain mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, turvallisuuteen ja koskemattomuuteen (L 731/1999). Kuitenkin Suomen mielenterveyslaki on määrittänyt tilanteita, jolloin potilas voidaan ottaa sairaalaan ja hoitaa ilman hänen omaa suostumustaan ja häneen voidaan kohdistaa erilaisia tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä (L 14.12.1990/1116). Mielenterveysshoitotyössä tahdosta riippumattomilla hoitotoimenpiteillä on pitkä historia ja niiden käyttö on ollut sidoksissa yhteiskunnallisiin uskomuksiin mielenterveysongelmien luonteesta (Keski-Valkama 2010, 4). Suomen mielenterveyslain (L 21.12.2001/1423) mukaan potilas voidaan eristää muista potilaista tai sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla vastoin hänen tahtoaan erikseen määritellyissä tilanteissa.

Kansainvälisesti luotettavia tilastoja tahdosta riippumattoman hoidon ja hoitotoimenpiteiden käytöstä ei ole, koska tilastointimenetelmät ovat puutteellisia (Moring 2013b; Keski- Valkama 2010, 48; Salize & Dressing 2004, 166). Keski- Valkaman (2010, 48, 50) tutkimuksesta kuitenkin selviää, että tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden esiintymismuodot ja määrät vaihtelevat maiden välillä. Nykyisten tilastojen mukaan Suomi sijoittuu keskitasolle niiden (leposide- ja huone-eristäminen) käytössä verrattuna muualle Eurooppaan (Moring 2013b). Vuonna 2011 tahdosta riippumattomia hoitopäiviä oli ollut 8376 potilaalla Suomessa. Heistä 1622 oli huone-eristetty ja 766 leposide-eristetty hoidon aikana. Tahdonvastaisen injektion oli saanut 570 potilasta sekä 436 potilasta oli kiinnipidetty. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011, 10.)

Sibitzin, Scheutzin, Lakemanin, Schrankin ja Ameringin tutkimuksen mukaan (2011, 242) potilaiden kokemukset tahdosta riippumattomasta hoidosta vaihtelevat ”tarpeellisesta pysäytyksestä tarpeettomaan ylireagoimiseen”. Potilaat ovat raportoineet tahdosta riippumattoman hoidon aikana useista traumaattisista ja haitallisista kokemuksista, joka on vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa. (Sibitz ym. 2011, 242-243; Robins, Sauvageot, Karen, Cusack, Suffoletta-Maierie & Furueh 2005, 13-14; Frueh, Knapp, Cusack, Crubaugh, Sauvageot, Cousins, Yim, Robins, Monnier & Hiers 2005, 4-6). Mielenterveysshoitotyössä käytetään edelleen paljon tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä (Keski-Valkama 2010). Useiden tutkimustulosten mukaan potilailla on pääosin negatiivisia kokemuksia leposide- ja huone-eristämisestä ja he ovat kokeneet toimenpiteen rangaistuksena ja jopa kidutuksena (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Ha-

ne, Holi & Välimäki 2011, 19-20; Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004, 279-280; Allen, Carpenter, Sheets, Miccio & Ross 2003, 49-51). Eristäminen on myös saattanut aiheuttaa vanhojen traumojen pintaan nousemista (Gallop, McCay, Guha & Khan 1999, 413- 414). Joillakin potilaista on kuitenkin ollut positiivisia kokemuksia eristämisestä ja he ovat kokeneet sen turvallisenä ja rauhoittavana. (Keski-Valkama 2010, 43; Hoekstra ym. 2004, 279-280). Tietoisuus eristämisen käytön negatiivisista seurauksista on noussut esiin sekä kansallisesti että kansainvälisesti ja erilaisia työryhmiä on perustettu sen vähentämiseksi. Kansainvälisesti on tunnistettu tarve kehittää turvallisia hoitotyön menetelmiä, joista yksi on tehokkaan jälkipuinnin tarjoaminen (Suomen akuuttipsykiatrian verkosto 2013; Wale, Belkin & Moon 2011, 57; Huckshorn 2005, 10).

Jälkipuinnin tarkoituksena on auttaa potilasta toipumaan eristämiskokemuksesta. Tois-
taiseksi tutkimustietoa eristämisen jälkeen käydystä jälkipuinnista on vähän, (Needham, Dip & Sands 2010, 222; Ryan & Happel, 2009, 100), mutta tutkimusten mukaan potilaat ovat tuoneet sen tarpeellisuuden esille ja he haluavat käsitellä eristämiskokemuksensa (Kontio ym 22; Keski-Valkama 2010, 46; Hoekstra ym. 281; Meehan, Vermeer & Windsor 2000, 375). Tutkimustulokset viittaavat siihen, että tarkempia ohjeistuksia menetelmän toteuttamiselle ei ole, jonka vuoksi se on tällä hetkellä epävirallinen ja strukturoimaton prosessi (Needham ym. 2010, 221-222, 225; Ryan & Happel 2009, 105).

Tämän työn tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä ja ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää purkukeskustelun kehittämiseen. Tutkimusaihe on ajankohtainen, sillä tieto eristämisen ja sitomisen negatiivisesta ja traumatisoivasta vaikutuksesta potilaaseen, hoitotyön menetelmien kehittäminen sekä potilaan osallisuuden lisääminen hoidossa ovat nousseet laajasti esille lainsäädännössä ja kansallisissa ja kansainvälisissä suosituksissa (Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on Pohjoismaiden yhteinen tavoite 2011; Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015; Selonteko Suomen hallitukselle kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean (CPT) käynnistä Suomessa 2008, 51).

2 Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käyttö

2.1 Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön historia

Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytöllä on mielenterveyslaitosten toiminnassa pitkä historia. Sariola ja Ojanen (2000, 244) kirjoittavat mielisairaaloilla ja niiden edeltäjillä, Pyhän Hengen huoneilla, olleen kaksi erillistä tehtävää; tarjota hoitoa ja suojaa sekä kontrolloida eristämällä oudot ja pelottavina pidetyt ihmiset. Psykkisesti sairaina pidettiin ainoastaan raivoavia ja sekavia ihmisiä (Sariola & Ojanen, 2000, 244) ja länsimaisessa kulttuurissa on haluttu jopa tuhota yleisesti hyväksytyjen tapojen vastaisesti käyttäytyvät ihmiset (Vuorela & Aalto 2011, 32). Potilaiden asema oli epäinhimillinen ja vielä 1800-luvun alkupuolella ajateltiin mielenterveysongelmista kärsivän olevan pahan riivaama. Mielenterveyslaitosten historia on tunnettu tuskallisista hoitomuodoista, joiden todella ajateltiin vaikuttavan suotuisasti potilaan paranemiseen. (Achte, Alanen & Tienari 1981, 8-9.) Keskiajalla vapaaehtoista psykiatrista sairaalahoitoa hoitoa ei tunnettu ja Suomessa vasta vuonna 1977 voimaan astunut Mielenterveyslaki määritteli tarkemmin vapaaehtoista ja tahdosta riippumatonta hoitoa (Tuohimäki 2007, 33). Psykkisten häiriöiden psykologisten ja biologisten selitysmallien ja yleisen tietämyksen lisääntyessä tänä päivänä asenteet kyseisiä sairauksia kohtaan ovat erilaiset (Ojanen & Saarinen 2000, 245).

Vaikka entisaikojen uskomukset mielenterveysongelmien luonteesta ovat muuttuneet, korostuu mielenterveyslaitosten toiminnassa edelleen pakkoon ja eristämiseen pohjautuvia hoitotoimenpiteiden menetelmiä jäänteinä mielisairaalahoitoon perinteistä. Historian painolastilla on myös suuri vaikutus vielä tänä päivänä ilmentyvään häpeäleimaan (Vuorela & Aalto 2011, 33). Mielenterveyslaitosten toiminnassa korostuu edelleen holhoamisen eli paternalismin toimintamalli, jossa potilasta suojellaan vahingolta, jonka hän tiedostamatta tai tietoisesti uhkaa aiheuttaa toiminnallaan (Kuosmanen, Lehtinen, Makkonen & Salminen 2011, 42). Ennakkoluulot siitä, että mielenterveyshäiriöistä kärsivä ei pysty tekemään vastuullisia päätöksiä omasta elämästään saavat muut tekemään niitä heidän puolestaan (Korkeila 2011, 23).

Tutkimusten mukaan potilaat eivät edelleenkään pääse osallistumaan tarpeeksi hoitosuunnitelmiansa tekoon, jonka on ajateltu mahdollisesti johtuvan paternalistisesta päätöksentekotavasta sekä puutteellisesta vuorovaikutuksesta hoitajien ja potilaiden kesken. Kuitenkin vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivät pystyvät osallistumaan

päätöksentekoon ja he haluavat myös osallistua siihen tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden osalta. Tutkimuksen mukaan kuntoutujat kokivat, että he pystyvät sanomaan ääneen ajatuksensa ja toiveensa, mutta niitä ei otettu huomioon. (Soininen, Välimäki, Noda, Puukka, Korkeila, Joffe, & Putkonen 2013, 47 -48,52.)

2.2 Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön lainsäädäntö ja suositukset

Suomessa Mielenterveyslaki (23.10.1992/954) määrittää potilaalle annettavaa tahdosta riippumatonta hoitoa ja siihen määräämistä. Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa ainoastaan tahdosta riippumattoman hoidon tai tutkimuksen aikana, mutta vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus vaatii. Itsemääräämisoikeuden ja perusoikeuksien rajoittamisesta on säädetty mielenterveyslaissa erikseen. Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä ovat:

- *Psyykkisen sairauden hoito.*
- *Ruumiillisen sairauden hoito.*
- *Liikkumisvapauden rajoittaminen.*
- *Eristäminen.*
- *Omaisuuuden haltuunotto.*
- *Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen.*
- *Henkilöntarkastus ja -katsastus.*
- *Yhteydenpidon rajoittaminen. (L 21.12.2001/1423).*

Suomen mielenterveyslain (L 21.12.2001/1423) mukaan tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista:

- *jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,*
- *hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka*
- *jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Huone-eristäminen tarkoittaa, että potilas suljetaan kalusteettoa huoneeseen. Leposide-eristämässä taas potilas sidotaan sänkyyn kiinni esimerkiksi remmeillä.*

Nykyisen mielenterveyslain mukaan lepositeitä saa käyttää vain, jos potilas käyttäytymisen tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita (L 21.12.2001/1423). Potilaan eristämisestä ja sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri tutkimuksen perusteella, mutta kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuu-

luva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan. Eristämisen tai sitomisen aloituksesta on kuitenkin aina välittömästi ilmoitettava lääkärille. Potilaan hoidosta vastaa nimetty vastuuhoidtaja, jonka tehtävänä on huolehtia, että potilas saa riittävän hoidon toimenpiteen aikana. Sidottua tai alaikäistä tulee seurata jatkuvasti kuulo- ja näköyhteyden kautta. (L 21.12.2001/1423.)

Keski- Valkaman (2010, 42) tutkimuksen mukaan yleisimpiä kirjattuja syitä potilaan eristämiseen tai lepositeisiin laittamiseen ovat ainakin viimeisen 20 vuoden aikana suomalaisissa yliopistosairaaloissa olleet:

1. kiihtyneisyys tai sekavuus (36- 59 %)
2. väkivaltaisuus (13- 37 %)
3. väkivallalla uhkaaminen (4- 19 %)
4. omaisuuden vahingoittaminen (1- 13 %)
5. (arvioitu) vaarallisuus tai aggressiivisuus (2- 11 %)

Keski-Valkaman (2010) tutkimuksen mukaan tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytöllä on kansainvälisessä vertailussa maakohtaisia eroja niiden valinnassa ja määrässä, joiden on ajateltu olevan sidoksissa kulttuurisiin tekijöihin. Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentäminen on kansainvälisesti yhteinen tavoite ja Suomessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (MIELI) tavoitteena on vähentää pakon käyttöä 40%:lla vuoteen 2015 mennessä. THL:n tilastojen mukaan leposide- ja huone-eristämisen käyttö on vähentynyt, joskin sairaanhoitopiirien välillä on edelleen eroja. Alueellisiin eroihin on ajateltu vaikuttavan yksiköiden paikalliset, hallinnolliset ja organisatoriset seikat. (Psykiatrinen erikoissairaanhoidto 2011, 11.) Myös Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea (CPT) on ottanut kantaa ja vaatinut eristämisen ja sitomisen käytön vähentämistä ja kiinnittänyt huomiota eristyshuoneiden epäinhimillisiin olosuhteisiin ja antanut siitä suosituksia (Selonteko Suomen hallitukselle kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean (CPT) käynnistä Suomessa 2008, 51) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan potilaan oma tahto tulee ottaa rajoitustoimissa huomioon ja potilaan kanssa on laadittava sopimus psykiatrisesta hoitotahdosta sairauden ollessa paremmassa vaiheessa. Psykiatrisessa hoitotahdossa on nimenomaan otettava huomioon myös toimiminen rajoitustilanteissa. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 12.)

Kansainvälisiä verkostoja on perustettu tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentämiseksi. Pohjoismainen verkosto perustettiin pohjoismaiden ministerineuvos-

ton asiantuntijafoorumin suosittamana ja verkoston tarkoituksena on tukea toimenpiteitä, joilla voidaan jakaa kokemustietoa eri maiden välillä sekä edistää kansallisten painopisteiden suuntaamista pakon käyttämisen ja tahdosta riippumattoman hoidon vähentämiseksi. Verkosto hyödyntää kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita työssään. (Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi.) Suomessa sairaalat ovat alkaneet yksikkökohtaisesti kehittämään keinoja tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentämiseksi, mutta on myös tiedostettu tarve luoda valtakunnallisesti yhteisiä käytänteitä, jonka vuoksi Suomen akuuttipsykiatrian verkosto aloitti toimintansa vuonna 2012 (Suomen akuuttipsykiatrian verkosto 2013).

2.3 Potilaiden kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta ja -hoitotoimenpiteistä

Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaat ovat melko tyytyväisiä saamaansa psykiatriseen hoitoon, mutta he ovat ilmaisseet tyytymättömyytensä tiedon saantia mm. heidän oikeuksiaan ja tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä kohtaan (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto & Välimäki 2006, 656, 659). Tutkimusten mukaan potilaat ovat kaivanneet henkilöä, joka ymmärtäisi heidän psykoosikokemustaan ja kuinka se vaikuttaa heidän koko elämäänsä (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004, 268). Koiviston ja muiden (272 -273) tutkimuksen mukaan potilaat kuvasivat psykoosia kontrolloimattomaksi tunteeksi omasta itsestä, joka johtaa ylivoimaisiin tunnetason ja fyysisentilan muutos- sekä oman hallinnan tunteen menettämisen kokemuksiin. Potilaat kokivat haavoittuvuuden tunteita ja toivovat apua turvattomuuden tunteeensa. He toivoivat tulevansa ymmärretyksi, kunnioitetuksi, luotetuksi sekä autetuksi tulemaan tietoisemmaksi ympäristöstään ja säilyttämään koskemattomuutensa. Potilaat kokivat, että hoitajan läsnäolo auttoi turvallisuuden tunteen saavuttamisessa. He toivoivat, että hoitajat ottaisivat heidät vakavasti ja yrittävät ymmärtää heidän kokemustaan. Potilaat toivat esille, että psykoosissa on vaikea ymmärtää ympäristön tapahtumia, josta aiheutuu pelkoa. He toivoivat tuolloin lisää tietoa tilanteestaan.

Koiviston ja muiden tutkimuksessa (2004, 273) potilaat kokivat, että tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet ainoastaan lisäsivät vihamielisyyttä hoitohenkilökuntaa kohtaan ja esimerkiksi eristäminen lisäsi pelkoa ja sai heidät tuntemaan itsensä avuttomaksi ja haavoittuvaiseksi. He eivät olleet tulleet kuulluksi eivätkä ymmärtäneet mm. eristämisen syitä sekä kyseisestä toimenpiteestä ei ollut puhuttu heidän mielestään tarpeeksi. Tutkimusten mukaan mielenterveyskuntoutujien kokemukset eristämi-

sestä ovatkin pääosin negatiivisia ja yksilön perusoikeuksia ja -tarpeita laiminlyöviä (Kontio ym. 2012, 22).

Potilaiden ja henkilökunnan mielipiteet eristämisen tarkoituksesta vaihtelevat. Tutkimusten mukaan suurin osa potilaista on kokenut sen vallankäyttönä ja rangaistuksena, kun taas henkilökunta on pitänyt sitä terapeuttisena hoitokeinona (Kontio 2011, 22; Roberts, Crompton, Milligan & Grovers 2009, 29). Kontion (2011, 22, 41- 42) tutkimuksen mukaan kuitenkin hoitohenkilöstö on myös kokenut eristämisen ahdistavana ja eettisesti ongelmallisena.

Sibitz ja muut (2011, 242- 243) haastattelivat potilaita, joilla oli kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta. Tutkimuksen mukaan osa potilaista ei halunnut muistella tapahtunutta ollenkaan ja suurin osa koki sen muuttaneen heidän elämäänsä. Tutkimuksessa tuli esiin enemmän negatiivisia kuin positiivisia vaikutuksia potilaiden elämään. Potilaiden kokemukset tahdosta riippumattomasta hoidosta vaihtelivat ja sama potilas saattoi kokea, että osa hoitajaksoista oli ollut perusteltuja, kun taas osa ei. Osa heistä koki, että tahdosta riippumaton hoitajakso oli ollut tarpeellinen, mutta sen sijaan tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet eivät. Positiivisiksi kokemuksiksi mainittiin kokemus vakaasta tilanteesta, jota oli edeltänyt vaikea elämäntilanne. Muissa tutkimuksissa tuotuja eristämiseen liittyvistä positiivisista kokemuksista oli mainittu mahdollisuus saavuttaa hallinnan tunne omasta itsestä ja kokemus turvallisuuden tunteesta sekä oman rauhan saamisesta (Keski-Valkama 2010, 43-44; Meehan ym. 2000 372 -373). Sibitzin ja muiden tutkimuksessa (243) osasta potilaista tuli myös poliittisesti aktiivisia ja he halusivat tuoda julkisesti esiin tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden negatiiviset seuraukset.

Pääosin tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden kuten eristämisen koettiin kuitenkin huonontaneen itsetuntoa, vahingoittaneen koskemattomuutta ja jättäneen haavoittuneisuuden tunteen. Potilaat pelkäsivät, että sama saattaisi toistua uudelleen ja osa oli menettänyt luottamuksensa muihin ihmisiin kuten lääkäreihin, joka sai aikaan sen, että he välttelivät hoitokontaktia. Osa potilaista toi myös esille kokemuksen tulleen leimatuksi ja kokivat, ettei heihin enää luotettu eivätkä ystävät ja sukulaiset halunneet puhua heidän kanssaan hoitajaksosta sekä saattoivat jopa vältellä heitä. (Sibitz ym. 2011, 243.)

Sibitz ja muut (2011, 239, 243) tuovat tutkimuksessaan esille, että on vaikea erottaa sekä tahdosta riippumattoman hoidon ja hoitotoimenpiteiden vaikutuksia sekä sairaudesta johtuvaa elämänmuutoksen aikaansaamaa vaikutusta mielenterveyskuntoutujan elämänlaatuun. Tähän mennessä on hyvin vähän tutkimustietoa siitä, kuinka potilaat yhdistävät kokemukset tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä osaksi elämäntarinaansa. Kuitenkin aikaisempien tutkimusten mukaan tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan identiteettiin ja kokemukseen itsestä ja saattavat jättää kuvan itsestä ”pahana ja hulluna”. Tahdosta riippumattoman hoito ja hoitotoimenpiteet voivat myös vaikuttaa negatiivisesti hoitosuhteeseen antamalla vaikutelman epäoikeudenmukaisesta ja haitallisesta hoidosta.

Koiviston ja muiden (2011, 274) tutkimuksen mukaan potilaiden näkökulmasta mielenterveyshoitotyön tulisi keskittyä tukemaan heitä hallitsemaan itse päivittäistä arkea ja uudelleen rakentaa kokemusta omasta itsestä ja elämästä. Terapeuttisen hoitosuhteen aikaansaamiseksi hoitajan tulisi olla enemmän kontaktissa potilaan kanssa, jotta on mahdollista saada oikeanlainen kuva hänen voinnista. Potilaiden kokemukset ovatkin nousseet yleiseen tietoisuuteen ja kansainvälisesti on alettu kehittämään hoidon sisältöä, kuten hoitajan läsnäoloa potilaan vierellä, mielekkään päiväohjelman järjestämistä ja aktiviteettien tarjoamista. (Kontio 2011, 41-42; Allen, Carpenter, Sheets, Miccio & Ross 2003, 51-53.) Yhdeksi kehittämisen kohteeksi eristämisen jälkeisenä hoitotyön menetelmänä on noussut tehokkaan jälkipuinnin tarjoaminen (Needham ym. 2009, 222; Huckshorn 2005, 10). Tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet halukkaita käymään eristyskokemuksensa lävitse (Keski-Valkama 2010, 44; Meehan ym. 2000, 375).

3 Jälkipuinti

Psykologisen jälkipuinnin (debriefing) tarkoitus on ehkäistä post-traumaattisen stressireaktion syntyminen. Ensimmäiset kuvaukset jälkipuinnista ovat vuodelta 1983, jolloin se kehittyi käytännöksi ambulanssihenkilökunnalle tarkoituksena käsitellä traumaattisia tapahtumia. Trauman jälkeinen stressihäiriö, post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD) on ahdistuneisuushäiriö, joka saattaa kehittyä traumaattisen tapahtuman kokemisen tai todistamisen seurauksena. Post-traumaattisen stressireaktion tyypillisiä oireita ovat traumaattisen kokemuksen uudelleen kokeminen, ahdistavat muistikuvat ja painajaiset, muistoja aiheuttavien asioiden välttäminen ja kohonnut vireystila, johon

liittyy ärtyisyyttä ja liikavalppautta. (Rose, Bisson & Wessely 2003, 176; Trauman jälkeinen stressihäiriö.)

Jälkipuinnin on tarkoitus antaa varhaista tukea, vähentää stressiä sekä estää psykologisten vaikutusten kuten PTSD:n kehittymistä sekä tunnistaa sellaiset henkilöt, jotka tarvitsevat jatkossa pidempikestoista tukea asian käsittelylle. Jälkipuinnin aikana osallistujia kannustetaan kuvaamaan traumaattinen kokemus faktoineen ja tuntemuksineen. Tarkoitus on normalisoida epänormaalia tapahtumaa ja valmistaa henkilöitä reaktioihin, joita tapahtuma saattaa myöhemmin herättää sekä antaa tietoa siitä, mistä apua on saatavissa. (Rose ym. 177.) Jälkipuinti tulisi järjestää vuorokauden jälkeen tapahtumasta ja se usein sisältää vain yhden tapaamisen, mutta joskus se on järjestetty myös viiden kerran sarjana. Jälkipuintia voidaan tarjota yksilölle, mutta usein se toteutuu ryhmämuotoisena. (Ryan & Happel 2009, 101.)

Jälkipuinnin tehokkuudesta on ristiriitaista tietoa. Rosen ja muiden (2003, 181- 182) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa kolmessa tutkimuksessa sen käytöstä raportoitiin olevan positiivisia vaikutuksia ja kuuden tutkimuksen mukaan siitä ei ollut mitään hyötyä. Yhden istunnon kestävästä jälkipuinnin tehokkuudesta ehkäistä PTSD:n syntymistä ei katsauksen mukaan löytynyt juurikaan sitä tukevaa tutkimusnäyttöä. Sen sijaan tutkimustuloksia sen haitallisuudesta osallistujille on olemassa aiheuttaen osallistujille toissijaista traumatisoitumista. Osallistujien kokemukset ovat kuitenkin yleensä olleet positiivisia, jonka on arveltu liittyvän siihen, että kokemus puhumisesta ajatellaan yleisesti ottaen hyväksi. Tutkimusten laatu on kuitenkin herättänyt kritisointia ja on ajateltu, että menetelmän kyseenalaistaminen sijaan tulisi keskittyä kehittämään tarkoituksenmukaisia tekniikoita (Ryan & Happel 2009, 101).

4 Jälkipuinnin käyttö leposide- ja huone-eristämisen jälkeen

Vaikka keskustelua psykologisen jälkipuinnin haitallisuudesta on käyty, on menetelmän käyttämisestä mielenterveyshoitotyössä tehty kansainvälisesti muutamia ohjeistuksia ks. American Psychiatric Nurses Association 2001, Department of Human Services Mental Health Branch Victoria 2002;2005, Huckshorn 2005, New South Wales Department of Health 2007 (Ryan & Happell 2009, 101). Tutkimusten mukaan jälkipuinti koetaan tarpeelliseksi ja tärkeäksi (Kontio 2011, 52; Keski-Valkama 2010, 63; Ryan & Happel 2009, 101) mutta, tutkimuksia ohjeistusten siirtymisestä käytännön

tasolle mielenterveyshoitotyöhön on vähän. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan jälkipuintia ei rutiininomaisesti tarjottu kaikille ja sen dokumentointi oli puutteellista. Needhamin ja muiden tutkimuksessa (2009, 222, 225) jälkipuintia oli tarjottu 58.8 % eristetyistä ja naisille useammin, kun taas Keski-Valkaman (2010, 46) tutkimuksessa haastatelluista eristyksen kokeneista potilaista vain keskimäärin 19% oli osallistuneet jälkipuintiin. Jälkipuintia ilman jääneistä potilaista 77.8 % olisi kuitenkin toivonut saavansa sellaista.

Koska jokainen kokee eristämisen yksilöllisesti, on suositeltavaa, että jälkipuintia tarjotaan. Sen aikana potilaalla tulisi olla mahdollisuus käydä lävitse eristäminen sekä siihen johtaneet syyt, mutta myös kertoa negatiivisista kokemuksistaan ja näin päästä niiden yli (Needham ym. 2010, 222- 223; Meehan ym. 2000,375). Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka ymmärsivät eristämisen syyn ja tarpeellisuuden suhtautuivat sen tehokkuuteen positiivisemmin (Soininen ym. 2013, 53). On ehdotettu, että sen vetäjä voisi olla ulkopuolinen henkilö (Kontio ym. 2012,23) esimerkiksi kokemusasiantuntija (Ryan & Happel 2009, 105).

Jälkipuintia voidaan pitää opettavaisena tilanteena myös hoitajille (Mustonen 2013). Ryan ja Happelin tutkimuksessa (2009, 105) tutkimuksen mukaan myös hoitajat kokivat jälkipuinnin tarjoamisen tärkeänä ymmärryksen herättäjänä, mutta myös terapeutin hoitosuhteen uudelleen luojana. Hoitajat kokivat, että kokemuksen käsittelyyn meni useita päiviä eikä yhden käsittelykerran nähty olevan riittävä. Tämän vuoksi toimintaa ei pidetty varsinaisesti jälkipuintina. Hoitajien toteuttamana se saattoi myös keskittyä saamaan potilas ymmärtämään eristämiseen johtaneet syyt ja sen välttämiseen jatkossa eikä niinkään auttaa potilasta selviämään kokemuksesta heränneiden tunteiden kanssa.

Sekä Ryan ja Happelin (2009, 105) tutkimus, mutta myös Needhamin ja muiden (2010, 230) tekemä tutkimus osoittaaakin, että hoitotyössä toteutettu jälkipuinti ei täytä varsinaisen psykologisen jälkipuinnin kriteerejä sen ollessa epävirallinen ja strukturoimaton prosessi. Tarkempia ohjeita sen sisällölle ei ole luotu. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa jälkipuinnista käytetään nimeä purkukeskustelu.

Suomessa purkukeskustelukäytännettä on kehitetty ainakin Lapin sairaanhoitopiirissä osana Tervein Mieli Pohjois- Suomessa hanketta, jonka tuloksena syntyi ohje purku-

keskustelun pitämisestä ammattilaisille tahdonvastaisen hoitotoimenpiteen jälkeen (Lapin sairaanhoitopiiri). Purkukeskustelu on kehitetty Debriefing-keskustelurungon pohjalle. Potilaiden kokemukset purkukeskustelusta ovat vaihdelleet ja tarjottaessa purkukeskustelu mahdollisuutta potilas ei ole aina ollut halukas käymään kokemustaan lävitse. (Mustonen 2013.)

Amerikan psykiatristen hoitajien yhdistyksen purkukeskustelun tarkoituksena on kokemuksen läpikäymisen rinnalla myös ehkäistä tulevaisuudessa eristämisen tarve (Ryan & Happel 2009, 101). Lapin sairaanhoitopiirissä käytännön kokemuksena on ollut, että tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä ei ole keskustelun jälkeen tarvinnut käyttää (Mustonen 2013). Suomessa mielenterveystyössä käytännöt myös purkukeskustelun osalta vaihtelevat ja THL:n pakkotoimien vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen – työryhmä on tuottamassa ohjeistusta ammattilaisille purkukeskustelun pitämisestä (Moring 2013a). Tutkijat suosittelivat, että hoitajat kehittävät menetelmää yhdessä potilaiden kanssa (Needham ym. 2010, 230).

5 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata yhden mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä ja hänen ehdotuksiaan purkukeskustelun toteuttamiseen. Tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää purkukeskustelun kehittämiseen.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata mielenterveyskuntoutujan kokemusta eristämisestä.
2. Kuvata mielenterveyskuntoutujan ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen.

6 Tapaustutkimuksen toteuttaminen

6.1 Tutkimuksen teon lähtökohta

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti aihealueen niukka tutkimusnäyttö, jonka vuoksi tekijä valitsi tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen. Mielenterveyskuntoutujien purkukeskustelukokemuksista on tehty vain muutama tutkimus, jotka ovat lähinnä keskittyneet siihen, ovatko he saaneet mahdollisuuden purkukeskusteluun ja olisivatko he halunneet käydä läpi eristämiskokemuksensa. Jo tutkimusprosessin alussa tekijää ohjasi ajatus tuottaa kuvaavaa tietoa yleistettävyyden sijaan. Tekijä pyr-

ki alun perin keräämään aineistoa mielenterveyskuntoutujilta, joilla oli kokemuksia eristämisestä. Vastajia varten laadittiin ilmoitus (ks. liite 1.), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja menettelytavoista. Tämä ei kuitenkaan tuottanut riittävästi vastauksia, joten aineiston keruumenetelmäksi lisättiin myös puhelinhaastattelu (ks. liite 2.) Koska haastateltavia ei löytynyt, vaihtui tutkimusmenetelmä tapaustutkimukseksi yksittäisen kuntoutujan löytyessä ja hänen kanssaan sovittiin tutkimukseen osallistumisesta. Tapaustutkimus sopi tutkimusmenetelmänä tutkimukseen, sillä vähän tutkitusta aiheesta oli mahdollisuus saada intensiivisempi ja yksityiskohtaisempi kuvaus.

6.2 Tapaustutkimus

Tapaustutkimus nähdään enemmän tutkimusstrategiana eikä erillisenä tutkimuskokonaisuutena, sillä tapaustutkimuksella ei ole omaa metodologiaansa ja tutkimuksessa voidaan hyödyntää sekä laadullista että määrällistä tutkimusta (Kananen 2013, 23). Tapaustutkimus kohdistuu esimerkiksi henkilöön eli yhteen tapaukseen, mutta se voi myös olla ryhmä tai ohjelma. Tapaus voi olla esim. liiketoiminta, jossa tutkitaan laatua. (Eriksson & Koistinen, 2004, 5.) Tutkimus voikin rajoittua hyvin kapeasti tutkimuskohteiden määrän suhteen, mutta sen tarkoitus on olla syvälinen ja antaa yksityiskohtainen kuvaus (Kananen 2013, 56; Yksittäistapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen; Case-tutkimus). Arvokas tapaustutkimus muodostuu, kun tutkija on kiinnostunut aiheesta ja haluaa ymmärtää sitä yksityiskohtaisesti (Eriksson & Koistinen 2004, 9). Tapaustutkimuksessa on tarkoituksena tutkia hyvin intensiivisesti tiettyä esimerkiksi sosiaalista kohdetta, josta pyritään saamaan mahdollisimman tarkka ja kokonaisvaltainen kuvaus. Yhden tapauksen tutkiminen ei ole tieteellisesti hyödyllistä, mutta se antaa mahdollisuuden jatkotutkimusaiheille. (Yksittäistapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen; Case- tutkimus.)

Tapaustutkimus kuten muutkin tutkimukset käynnistyy aiheen valinnalla ja ongelman asettelulla. Ongelmasta muodostetaan tutkimuskysymykset ja määrittely alkaa havaitsemisella ja nimeämisellä. Nimenomaan kysymysmuodolla on tärkeä merkitys, kun päätetään millä tutkimusmenetelmällä lähdetään hakemaan kysymykseen vastausta. (Kananen 2013, 60-61, 67.) Tapaustutkimuksia on erilaisia. Kuvailevaa tapaustutkimusta pidetään tapaustutkimuksen klassikkona. Tarkoitus on tuottaa ”hyvä tarina”, joka jo itsessään luo teoriaa. (Eriksson & Koistinen 2004, 11.) Tapaustutkimus on enemmän kohdistunut selitykseen kuin tulkintaan ja se ei pyri yleistettävyyteen eikä

sen tulosta voida pitää vallalla olevana näkemyksenä. (Yksittäistapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen; Case- tutkimus.) Tapaustutkimuksessa yhdistyy eri tiedonkeruumenetelmiä, jolloin aineistot voivat olla esimerkiksi valmiita dokumentteja tai tuotettuja dokumentteja, jotka valmistuivat tutkimuksen yhteydessä. Aineistotriangulaatio on tyypillistä tapaustutkimuksessa. (Kananen 2013, 34.) Aineistoa voidaan myös kerätä havainnoimalla, kyselyillä, haastatteluilla, osallistumisella, kenttätyöllä tai arkistotyöskentelyllä. (Tapaustutkimus; Yksittäistapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen.)

Kaikki tutkimukset eivät ole tapaustutkimuksia. Tapaustutkimuksen erottaa laadullisesta tutkimuksesta tutkimusongelman ratkaiseminen monella menetelmällä, mutta tapaustutkimuksessa on juuri keskeistä itse tutkittava tapaus, jota ympäröivät tutkimuskysymykset, tutkimusasetelma ja analyysi. (Eriksson & Koistinen 2005, 2.) Tapaustutkimusta on käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa, kun tarkoituksena on ollut kuvata, tutkia ja ymmärtää ilmiötä tosielämän yhteydessä. Hoitotieteen tutkimuksessa ne ovat olleet yksilöiden tai ryhmän kokemuksia tai hoitotyön ilmiöitä. (Anthony & Jack 2009, 1175.)

Tapaustutkimuksen toteuttamisen vaiheet

Tutkimustehtävien muodostamisen apuna tekijä käytti hyväksi aikaisempia tutkimuksia mielenterveyskuntoutujien eristämisen ja purkukeskustelukokemuksista. Tutkimuksen tapaus löytyi ohjaavan opettajan suosittamana. Tarkoitus oli, että tutkimukseen olisi osallistunut kaksi kuntoutujaa, mutta toinen heistä ei halunnut osallistua tutkimukseen, koska koki, ettei hänellä ollut tarpeeksi annettavaa tutkimusaiheelle. Aineistona tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastatteluja ja mielenterveyskuntoutujan kirjallisia tuotoksia.

Aineiston keruumenetelmät

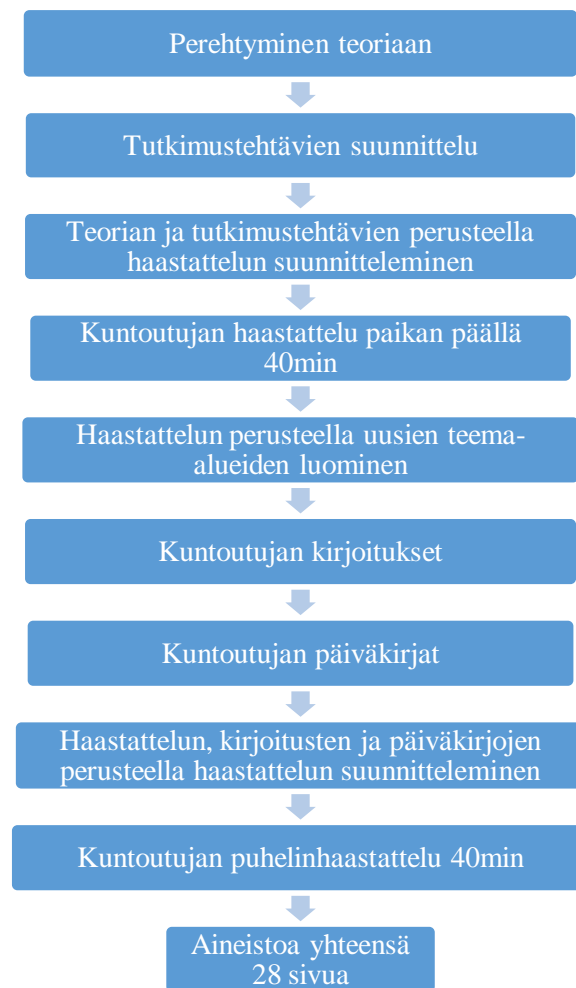
Vapaamuotoisiin kirjallisiin tuotoksiin tekijä päätyi samasta syystä kun teemahaastattelun valitsemiseen eli koska aihetta oli vähän tutkittu ja aineiston keruumenetelmät antoivat vapauden suunnata aihealuetta kuntoutujalta nouseviin teemoihin. Teemahaastattelurunkoa suunnitellessa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan käytetään teema-alueluetteloa. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 48,66.) Teemojen lisäksi tekijä muodosti itselleen apukysymyksiä, mutta ne eivät olleet ehdottomia tai säännöllisessä järjestyksessä esitettäviä. Teemojen avulla voidaan paremmin kohdentaa ky-

symykset tutkittavaan ilmiöön, mutta haastattelun tarkoituksena on myös luoda uusia keskustelupolkuja. Teemahaastattelun kautta on mahdollista löytää uusia asioita ja syntyä uusia kysymyksiä. Teemahaastattelu soveltuu näin myös jatkokierroksien tekemiselle, koska se tuo pohdinnan ja analyysin jälkeen esille uusia kysymyksiä. Näin ollen teemahaastattelu antaa tilaa joustavuudelle ja sen käyttö on parhaimmillaan silloin kun ilmiötä ei tunneta. (Kananen 2013, 57, 80, 94, 97.)

Aineistonkeruun toteuttaminen

Tekijä aloitti aineiston keruun haastattelemalla (ks. liite 4) kuntoutujaa paikan päällä teemoista, jotka koskettivat aihepiiriä. Ensimmäisen haastattelun teemat muodostuivat tutkimustehtävien kautta, kun tekijä perehtyi teoriaan ja tutkimustietoon. Teoriatiedon kautta tekijä nosti siten esiin ilmiön pääluokat, joista hän suunnitteli teema-alueet ja kysymykset. Tekijä halusi myös ensimmäisessä haastattelussa kartoittaa, kuinka paljon kuntoutuja tiesi purkukeskustelumenetelmästä ja miten hän sen ymmärsi.

Ensimmäisen haastattelun perusteella tekijä pyysi kuntoutujaa kirjoittamaan kahdesta teemasta, jotka käsittelivät eristämiskokemuksen vaikutusta hänen elämäänsä sairaalahoitoon jälkeen ja purkukeskustelun tarjoamisen hyötyjä. Kuntoutuja lähetti samanaikaisesti tekijälle jo aikaisemmin elämästään laatineita päiväkirjoja, jotka käsittelivät lapsuutta, sairastumista, sairaalassa oloa, eristämiskokemusta ja elämää tänä päivänä. Kaikista aikaisemmin saaduista aineistoista (haastattelu ja kirjoitukset) tekijä muodosti lisää teemahaastattelualueita ja kysymyksiä toiseen haastatteluun, joka suoritettiin puhelinhaastatteluna (ks. liite 5.). Tekijä halusi pitää haastatteluteemat edelleen hyvin laajoina, mutta samalla teki itselleen apukysymyksiä, kuten ensimmäisessä haastattelussa, jotka käsittelivät osallistujan esiin tuomia aihe-alueita, joihin tekijä halusi tarkennusta. Yhteensä analysoitavaa aineistoa kertyi kahden 40 minuutin teemahaastattelun ja kirjoitusten perusteella 28 sivua A4 kokoa.



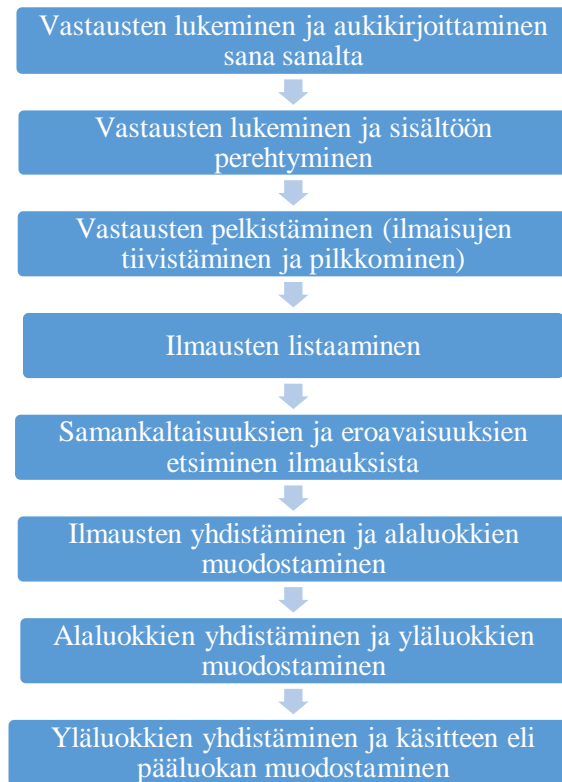
Taulukko 1. Aineistonkeruun toteuttaminen

6.3 Sisällönanalyysi

Tulosten analysoimiseksi käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissä käytettävä aineisto voi olla esimerkiksi päiväkirjoja, kirjoja, haastatteluja tai keskusteluja. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan sen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tiivistäen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä vältetään ennakko-oletuksia ja luokittelu nousee aineistosta. (Kananen 2013, 112.) Tarkoitus on kuvata sisällönanalyysin avulla tekstin sisältöä jakamalla tätä ensin pieniin osiin, käsitteellistä ja lopuksi järjestää uudeksi kokonaisuudeksi (ks. taulukko 2.) (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006a). Aineistolähtöisiä sisällönanalyysimalleja on muutamia. Tässä työssä käytetään yhdysvaltalaisesta mallia, jolloin analyysi aloitetaan kysymällä tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2012, 101).

Analyysi etenee seuraavasti:

1. Pelkistäminen
2. Ryhmittely
3. Käsitteiden luominen (Mts. 108.)



Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen

Sisällönanalyysin toteuttamisen vaiheet

Tutkimuksen analysointivaihe aloitettiin aineiston litteroinnilla. Haastattelut purettiin nauhalta tekstinkäsittelyohjelmalla, jolloin tekijä pääsi perehtymään aiheeseen jo litterointivaiheessa. Tekijä jätti kirjoittamatta sanasta sanaan omat kommenttinsa sekä kuntoutujan käyttämät täytesanat. Tekijä kuunteli nauhoitukset useaan kertaan lävitse, jolla tarkisti tekstin paikkaansa pitävyyden. Kuntoutuja oli lähettänyt sähköpostitse laatimiaan kirjoituksia, joista tekijä jätti pois aiheeseen liittymättömät teemat kuten lapsuusmuistot. Kuntoutujan kirjallisia aineistoja ei tarvinnut enää litteroida, koska ne olivat jo valmiiksi luotu tekstinkäsittelyohjelmalla. Aineistoista tekijä teki paperille käsitekartan, johon hän kokosi tutkimustehtäviin kuuluvia käsitteitä ja kirjoitti ylös teemoja. Analyysin teko alkoi jo ensimmäistä haastattelua purkaessa käsitekartan teolla. Toisen haastattelun jälkeen tekijä alkoi koota samansuuntaisia suoria lainauksia ja muodostaa tarkemmin yhdistäviä luokkia. Analyysin aikana luokat muuttuivat useampia kertoja ja tekijä muokkasi luokkien sisältöä (ks. liite 6.).

7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arvioimisessa yhdistyvät samansuuntaiset asiat. Tutkijan on tärkeä sekä eettisyyden arvioimiseksi että luotettavuuden parantamiseksi raportoida tekemisensä yksityiskohtaisesti (Tuomi & Sarajärvi 127).

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadulliseen tutkimukseen päädytään yleensä silloin kun tutkitusta ilmiöstä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa (Kylmä & Juvakka 2007, 30). Tutkimusmenetelmä vaihtui tapaustutkimukseksi vastaajien määrällisen niukkuuden vuoksi. Edelleenkin tekijän tarkoituksena ei ollut aikaansaada yleistettäviä tuloksia, vaan kuvata ja tarkastella vähän tutkittua aihetta, jolloin tapaustutkimus metodina sopi tutkimukselle. Tapaustutkimuksen etuna ja haittana pidetään sitä, että se antaa yhdestä tapauksesta syvällisen kuvauksen. Täten tuloksia ei voida yleistää suurempaan joukkoon. (Samster- Gromley 2013, 11.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella eri tavoin kuten uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kautta sekä myös tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007, 130). Kylmän & Juvakan (129) mukaan tutkimusprosessi tulisi olla kirjattu niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulua. Tämän työn tekijä pyrki tuomaan esiin juonellisenä ja etenevänä tarinana. Klassisessa tapaustutkimuksessa pyritäänkin rakentamaan ”hyvällä tarinalle” toimiva rakenne. Tekijä toteutti työssä lineaaris-analyttistä rakennetta, joka etenee tutkimuksen lähtökohdista alkaen aineistoon, menetelmiin, tuloksiin ja johtopäätöksiin (ks. Eriksson & Koistinen 2005, 38.)

Koska tutkimukseen osallistujien löytäminen oli ollut vaikeaa, oli hyvin arvokasta löytää yksi kuntoutuja, joka oli valmis useampiin yhteydenottoihin sekä osallistumaan tutkimukseen haastattelujen ja kirjoitusten kautta. Kuntoutuja valikoitui tutkimukseen kokemuksensa kautta, sillä hänellä oli kokemuksia huone-eristämisestä. Näin ollen kuntoutuja sopi profiililtaan tutkimukseen. Tekijä otti yhteyttä kuntoutujaan ohjaavien opettajien suosittelemana ja kysyi hänen suostumustaan tapaustutkimukseen.

Luotettavuutta arvioidessa tutkijan tulee kiinnittää huomiota mm. aineiston keruutaan (Kylmä & Juvakka 2007, 140). Yksittäisten dokumenttien käyttäminen tutkimusmenetelmänä on haasteellista, koska se vaatii kirjoittajalta kirjallisia kykyjä (mts. 84-85). Huolimatta kuntoutujan hyvistä kirjallisista kyvyistä, tekijä koki tarvetta päästä tarkentamaan haastattelun aikana kirjoitusten kautta nousseita teemoja, jonka kautta tekijä varmistui siitä, että oli ymmärtänyt kuntoutujan näkökulman oikein. Tekijä valitsi tähän tutkimukseen käytettäväksi kirjoitusten lisäksi teemahaastattelun, koska kysymyksessä oli vähän kartoitettu ja melko tuntematon aihealue. Toisen haastattelun tekijä suoritti puhelinhaastatteluna. Puhelinhaastattelun ajatellaan sopivan paremmin strukturoituihin haastatteluihin, koska tilanne on vuorovaikutuksellisesti haastava siitä puuttuessa keskustelun näkyvät vihjeet (Hirsijärvi & Hurme 2000, 64). Tämän vuoksi tekijä sopi kuntoutujan kanssa, että mikäli tekijä puhuu hänen puheensa päälle, voi hän jatkaa omaa kertomustaan keskeyttämättä. Kuitenkin puhelinhaastattelu sopii jo haastateltujen henkilöiden jatkohaastatteluun (mts. 64). Puhelinhaastattelua varten tekijä testasi laitteiston mm. äänen kuuluvuuden osalta. Esivalmisteluista huolimatta äänentoistossa oli ongelmaa, jonka vuoksi tekijä joutui tarkasti kuuntelemaan nauhoituksen useamman kertaan lävitse.

Varsinkin tapaustutkimuksessa, jossa tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutustilanteessa, tutkija voi pelkällä läsnäololla vaikuttaa tapahtumien kulkuun (Case- tutkimus). Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä oli aloittelevalla tutkimuksen tekijälle haastava. Haastattelukysymysten kohdentamisessa oli ongelmia, sillä esimerkiksi keskustelu saattoi keskittyä ajoittain enemmän yleisesti kuntoutumisprosessiin ja laajemmin sairaalahoidon vaikutukseen kuntoutujan elämässä kuin tarkemmin tarkasteltuna eristämiskokemuksen vaikutuksiin. Kuntoutujan esitiedot vaikeuttivat myös avointa kysymysten asettelua. Tekijä tiesi esitietojen perusteella, että kuntoutujalla oli kokemuksia huone-eristämisestä, mutta ei purkukeskustelusta. Hän oli kuitenkin tuonut esiin purkukeskustelun tarpeellisuuden vedoten omaan kokemukseensa.

Tekijän ominaisuudet voivat suodattaa tutkittavan kertomuksen hänen oman kehikSENSÄ lävitse (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136 -137), joten tämän vuoksi oli erityisen tärkeää tekijänä tutkia aihetta puolueettomasti ja lähestyä sitä mahdollisimman neutraalisti antamatta oman ammatin kautta hankitun kokemuksen ja kirjallisuuden kautta saadun tiedon vaikuttaa liikaa tulosten analysointiin. Tämä kuitenkin käytännössä aiheuttaa ongelmia, sillä jo viitekehikseen tutustua tekijä oli luonut omat ennako-

käsityksensä. Toisaalta Kylmä & Juvakka (2007, 128 -129) kirjoittavat, että tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on ollut riittävän pitkän ajan tekemisissä ilmiön kanssa, mutta tutkijan tulee kuitenkin muistaa säilyttää refleksiivisyys, jolloin on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden kuten leposide- ja huone-eristämisen käyttö ja niiden terapeuttisuus hoitotoimenpiteenä jakavat mielipiteitä. Tutkimusta tehdessä tekijä pyrki tunnistamaan omat ennakkoluulonsa ja tietonsa aiemmista tutkimuksista, jotta pystyi suhtautumaan niihin tietoisesti analyysivaiheessa.

Tapaustutkimuksen haasteena pidetään analyysitavan valintaa, koska sitä ei ole juurikaan määritelty. Tämä saattaa tuottaa aloittelevalle tutkijalle valinnan vaikeuden. (Samster- Gromley 2013, 11.) Tekijä valitsi käytettäväksi analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin, jonka soveltuvuus analyysimenetelmäksi mietitytti tekijää tutkimusta tehdessä. Aineistosta löytyi paljon melko samaa tarkoittavia asioita, joita oli vaikea erotella eri luokkiin. Sisällönanalyysin tärkeimpänä vaiheena pidetään sisältöluokkien valintaa ja määrittelyä (Seitamaa- Hakkarainen.) Samster- Gromley (11) tuokin esille, että tapaustutkimuksessa analyysin vaarana on keskittyä enemmän pienempiin osa-alueisiin kuin kokonaiseen tutkimukseen. Tekijä saattoikin kiinnittää huomiota liikaa sisällönanalyysiä tehdessään nimenomaan yksittäisiin luokkiin, jolloin kokonaisuuden hahmottaminen vaikeutui. Seitamaa- Hakkaraisen mukaan sisällönanalyysiä tehdessä luokat muuttuvat ja kehittyvät analyysiprosessin aikana ja uusia luokkia voi syntyä analyysiprosessin aikana. Tekijä joutuikin palaamaan useita kertoja alkuperäiseen aineistoon ja tekemään muutoksia sekä käsitekarttaan että myöhemmin luokkiin, sillä suorissa lainauksissa oli paljon päällekkäisyyksiä, jotka toistuivat luokittelussa. Luokkien luominen vaati huolellisuutta, koska tekijän oli jatkuvasti keski-tyttävä tarkasti, että ne olivat perusteltuja.

Kanasen mukaan (2013, 81, 92) tutkijan tietoiset ja tiedostamattomat virheet saattavat vääristää tutkimustuloksia. Kuntoutujan esitietojen tiedostaminen hankaloitti analyysin tekoa, sillä tekijä saattoi liian yksioikoisesti muodostaa johtopäätöksiä. Oli oletettavissa, että aineistosta löytyisi useita kiinnostavia asioita, jotka voivat sekoittaa tulosten tarkastelua. Tutkimusaihe muodostui yllättävän vaativaksi aloittelevalla tekijällä, koska aihetta oli tutkittu ennestään vain vähän, joten tämä asetti haasteita mm. haastattelujen suunnittelulle ja tutkimustehtävien kannalta olennaisten ja tärkeiden asioiden esiin nostamiselle aineistosta. Tutkimustehtävien muokkaantuminen tutkimuksen ai-

kana saattaa näkyä tutkimuksen tuloksissa, sillä tekijä oli kohdentanut esimerkiksi jälkimmäisen haastattelun kysymykset alkuperäisten tutkimustehtävien mukaiseksi, jotka hän oli muodostanut ajatuksena valita tutkimusmetodiksi selittävän tapaustutkimuksen. Selittävässä tapaustutkimuksessa tutkimuskysymykset vastaavat kysymykseen ”miten” tai ”miksi” (Samster- Gromley 2013, 7). Tutkimusmetodi vaihtui kuitenkin kuvailevaksi tapaustutkimukseksi, jonka tarkoituksena on enemmän ”hyvän tarinan” tuottaminen (Eriksson & Koistinen 2005, 11).

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Saaranen- Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan tutkimuksen eettiset näkökulmat on jaettavissa kolmeen eri luokkaan: tutkimusaiheen valikoitumiseen, aineistonkeruumenetelmiin sekä analyysiin ja raporttiin. Tuomen ja Sarajärven (129) mukaan tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta, jossa korostuu se kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tämän työn tutkimusasetelmaa ohjaa potilaslähtöisyys ja aihe on valittu korostaen potilaan asemaa, osallisuutta ja oikeutta saada hyvää hoitoa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää mielenterveyskuntoutujien saamaa hoitoa tuomalla esiin kuntoutujan kokemuksia ja ehdotuksia. Vaikka aiheen valintaa ohjasi tekijän oma mielenkiinto aiheeseen, on aiheen valinta myös perusteltavissa mielenterveyshoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Purkukeskustelun toteuttamista ollaan tällä hetkellä kehittämässä kansallisesti ja kansainvälisesti, mutta sen kehittämisen tueksi on tarjolla hyvin vähän tutkimustietoa.

Eettisyyden arviointiin liittyy tutkimusten tiedonantajien valikoituminen ja heidän anonymiteettinsa säilyminen (Tuomi & Sarajärvi 2012, 140 -141.) Kuntoutuja suostui jo ensimmäisen yhteydenoton perusteella tutkimukseen tekijän kysellessä alustavasti hänen halukkuutta osallistua tutkimukseen. Erityisen tärkeää on ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa hyvän tutkimuskäytännön noudattaminen, jolla kunnioitetaan tutkitavan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006b). Haastateltavalle on hyvä tarjota tilaisuus kysyä tutkimukseen liittyviä kysymyksiä (Hirsijärvi & Hurme 2000, 64). Hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti tekijä välitti vielä virallisen tutkimusilmoituksen kuntoutujalle ja kävi hänen kanssaan puhelini- ja sähköpostikeskusteluja tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston keruumenetelmistä ja tutkimuksen kulusta sekä aineistojen säilyttämisestä tarkoituksena varmistaa, että kuntoutuja ymmärsi, minkälaisesta tutkimuksesta on kysymys. Kuntoutuja ja tekijä

olivat vastavuoroisesti yhteydessä toisiinsa sopiessaan aikatauluja. Tapaustutkimusta pidetään henkilöllisyyden paljastumisuhan vuoksi hankalana (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006b). Tässä tutkimuksessa tutkimusaiheen arkaluontoisuus tuli myös ottaa huomioon, jolloin anonymiteetin säilyminen korostui entisestään. Kuntoutuja suostui tutkimukseen siitä huolimatta, että hänen anonymiteettiään ei pystytty kokonaisuudessaan säilyttämään, sillä yhteydenotto oli tapahtunut ohjaavan opettajan suosittelemana. Tekijä pyrki kuitenkin huomiomaan anonymiteetin säilymisen mahdollisimman hyvin aineistoa käsitellessä, että kuntoutujaa ei pystyisi tunnistamaan vastausten perusteella.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös velvollisuus huolellisuuteen aineistojen säilyttämistä koskien. Ne tulee olla määritelty ja kirjattu osapuolten hyväksymällä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 133.) Kuntoutujan kanssa käytiin eritoten keskusteluja liittyen hänen tuottamiaan kirjoituksia koskien, koska hän oli kirjoittanut ne muuta tarkoitusta varten jo aikaisemmin. Kuntoutuja antoi kuitenkin luvan hyödyntää näitä aineistoja tutkimuksessa. Hänelle myös tiedotettiin, että käytetty aineisto tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuessa.

Tutkimuksen arkaluontoinen aihe asetti haasteita tekijälle tutkimuksen muissakin vaiheissa. Tekijä pyrki hienovaraisuuteen mm. haastatteluja tehdessä. Kuntoutuja kirjoitti ja keskusteli kokemuksistaan hyvin avoimesti sekä rohkeasti ja yhteydenpito hänen kanssa oli hyvin joustavaa, mikä helpotti tutkimuksen tekoa. Tekijän oli helppo ottaa arkaluontoisia aiheita esille, koska kuntoutuja itse puhui ja kirjoitti niistä avoimesti. Teemahaastattelun käyttö asettaa tukittavan haasteelliseen tilanteeseen teemoja valitessa ja kesken haastattelun lisäkysymyksiä tehdessä, sillä tutkija voi suunnata aineiston haluamalleen osa-alueella (Kananen 2013, 81). Tekijä pyrki huomioimaan tämän, mutta huomasi myös muutamaan kertaan ajautuneensa aihealueen ulkopuolelle, koska kiinnostui kuntoutujalta nousseesta temasta. Tekijä koki kuitenkin teemahaastattelun sopivan yhdessä kirjallisten tuotosten kanssa aineiston keruumenetelmäksi, koska tutkimuksen aihetta on vähän tutkittu. Teemahaastattelun etu on, että se tuo haastateltavien äänen kuuluviin ja ottaa huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja se antaa merkityksen heidän kertomilleen asioille (Hirsijärvi & Hurme 2000, 48). Kummallakin aineistonkeruumenetelmällä tekijä sai kuntoutujan kokemukset esiin.

Saaranen- Kauppinen ja Puusniekan (2006b) mukaan tutkijan tulee raportoida tutkimustulokset rehellisesti ja tarkasti, mutta samaan aikaan tulee suojella tutkittavaa. Tekijä otti tämän huomioon litteroidessa tekstiä, jonka tarkoitus oli suojella kuntoutujan anonymiteetin säilymistä. Tekijä lähetti kuntoutujalle tekemiään yhteenvetoja analyysiä tehdessään ja pyysi häntä ottamaan kantaa, mikäli tekijä oli ymmärtänyt selkeästi jonkin asian toisella tavalla kuin hän oli siitä kertonut. Tämän tarkoituksena oli vahvistaa tutkimuksen eettisyyttä mutta myös luotettavuutta, sillä tekijän oli tarkoitus kuvata nimenomaan kuntoutujan kokemusta ja tekijä halusi, että kuntoutuja voi tunnistaa siitä itsensä.

8 Tutkimuksen tulokset

8.1 Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä

Mielenterveyskuntoutuja kertoi hänellä olevan kaksi huone-eristämiskokemusta 2000-luvulta. Tässä tutkimuksessa hän kuvailee kuitenkin vain pääasiassa toista eristämiskokemusta. Hän toi eristämiskokemuksiaan esille liittyen henkilökunnan toimintaan, eristystilaan, pelon tunteisiin ja muutoksiin omassa voinnissa.

Henkilökunnan toiminta

Epäoikeudenmukainen kohtelu

Mielenterveyskuntoutuja koki tulleen nöyryytyksi sekä alistetuksi eristämistilanteessa, jossa hän oli myös kokenut liiallista voimankäyttöä. Hän oli kokenut eristämisen rangaistuksena. Hänet oli viety eristyshuoneeseen, jossa oli ollut paljon ihmisiä. Kuntoutuja kertoi kieltäytyneensä ottamasta lääkkeitä ja toivoi keskustelua lääkärin kanssa. Hän kuitenkin koki, ettei ollut tullut kuulluksi tilanteessa, kun oli tavannut lääkäriä. Kuntoutuja kuvasi, että hänet oli painettu maahan ja samalla hänelle oli annettu tahdonvastaisesti injektio. Tämän jälkeen hoitajat olivat poistuneet huoneesta ja jättäneet hänet maahan makaamaan. Kaiken kaikkiaan kuntoutuja koki eristämisen pahentaneen hänen vointiaan. Hän pohti, että ammattilaiset eivät ehkä ymmärrä arkipäivän toimintojensa keskellä, että kyseessä voi olla ainutkertainen tapahtuma kuntoutujalle.

”Se tuntu mielivaltaselta ja epäoikeudenmukaiselta”

”Pyysin saada tavata lääkärin... Se ei kuitenkaan auttanut...”

Mielivaltaiset toimintatavat

Kuntoutuja kertoi, että ei tiennyt mitä ennen eristämistä oli tapahtunut. Myös muiden kuntoutujien eristäminen aiheutti ahdistusta, koska hän ei ollut ymmärtänyt sen tarvetta kuntoutujien käyttäytyessä hänen mielestään asiallisesti. Hän kuvasi kuntoutujien näkemisen eristyshuoneessa tai heidän huudon kuulumisen kauheaksi ja ahdistavaksi kokemukseksi. Kuntoutuja kertoi kokeneensa, että mikäli hän ei olisi käyttäytynyt tai tehnyt niin kuin hoitajat odottivat, olisi hän saattanut joutua eristykseen uudestaan. Hän kuvasi osastolla vallitsevaa kovaa kuria ja lupien menettämisen pelkoa, jonka vuoksi hän pyrki käyttäytymään hoitajien ohjeiden mukaisesti ja mietti tarkkaan sanavalintansa asioidessaan hoitajien kanssa. Hän kertoi katsoneensa minuutilleen ulkoluusta paluuajan, koska myöhästymisestä olisi voinut seurata kyseisen luvan menetys.

”..en uskaltanut olla enää tekemättä mitään mitä hoitajat sanoivat, koska pelkäsin joutuvani takasin eristykseen”

”... ja niinku se ettei voinut tietää mitä oli tapahtunut, mut se tuntu niinku jotkut oli saattanut olla rauhallisia vähän ennen ja sit kuitenkin hetken päästä ne oli eristyksessä.”

Perusteeton toimenpide

Kuntoutuja kertoi, että ei ollut kummallakaan eristämiskerralla ymmärtänyt eristämisen aloittamisen syytä, koska hän ei ollut käyttänyt aggressiivisesti itseään tai muita kohtaan. Hän ei ollut ymmärtänyt, miksei häntä päästetty osaston puolelle injektioannon jälkeen. Jälkeenpäin kuntoutuja myös koki, ettei muitakaan rajoitustoimenpiteitä kuten liikkumisvapauden rajoittamista perusteltu sen enempää eikä niistä pyritty neuvottelemaan hänen kanssaan.

”Mielestäni mitään pahaa ei ollut tapahtunut

”Jostain syystä jouduin taas eristykseen.”

Riittämätön hoitajakontakti

Kuntoutuja olisi kaivannut enemmän kontaktia henkilökunnan kanssa ja olisi toivonut, ettei hänen olisi tarvinnut olla yksin ja tuntea yksinäisyyttä eristyshuoneessa ollessaan. Hän koki, ettei kunnollista keskustelukontaktia eristämisen aikana ollut kertakaan. Hän kuvasi, että yöksi suljettu toinen eristyshuoneeseen johtava ovi oli johtanut siihen, ettei hänellä ollut hoitajakontaktia ollenkaan. Kuntoutuja kertoi, että ei myöskään tiennyt kuka hänen omahoitajansa tai vuorohoitajansa oli eristämishoidon aikana. Hän toi esiin mielipiteensä, että eristämisen aikana tulisi olla enemmän keskustelukontaktia hoitohenkilökunnan kanssa esimerkiksi ikkunan lävitse.

”Olisin tarvinnut puheseuraa, mutta sellaista ei tarjottu”
 ”... Et se ainakin mulla oli aika kylmää kun suljettiin se toinen ovi.”

Luottamuksen menettäminen

Kuntoutuja koki menettäneen luottamuksen sairaalan hoitohenkilökuntaa kohtaan eristämisen aikana kokemansa liiallisen voimankäytön ja rangaistukselta tuntuvan toimenpiteen takia. Hän koki, ettei hoitohenkilökunta halunnut auttaa häntä. Kaiken kaikkiaan kuntoutuja kuvasi, että osaston olosuhteet eivät edesauttaneet kuntoutumista ja hänelle jäi kokemus, ettei jatkossa haluaisi hakeutua sairaalahoitoon.

”... et ei tullu semmonen olo et hoitohenkilökunta haluis auttaa mua.”
 ”Näin jälkeinpäin ajateltuna mikää hyvä ympäristö kuntoutumiselle ja paranemiselle.”

Eristystila

Virikkeetön huone

Kuntoutuja kertoi, että hänet oli viety huoneeseen, joka oli ollut täysin riisuttu virikkeistä. Hän kuvasi, että virikkeettömyys sai hänet kohdistamaan toimintatarmoaan itseään kohtaan. Hän kertoi repineensä hiuksia päästä, yrittäneensä vetää listoja irti seinästä, kokeilleensa lukkoa ovesta ja repinyt betonia seinästä. Lattialla oli ollut patja, jota hän oli alkanut kiertämään ajatuksena huijata aikaa. Lopulta kuntoutuja kertoi ajantajun kadonneen ja hän oli ollut kovin ahdistunut eristystilasta. Kuntoutuja oli kuitenkin hyvillään, että nykyään eristystiloja on alettu muuttamaan parempaan suuntaan ja huoneista löytyy enemmän kalusteita ja esimerkiksi kello.

” En voinut purkaa energiaani ja toimintatarmoani mihinkään...”
 ” Räpläsin lukkoa, revin betonia irti seinistä ja hiuksia päästäni.”

Epämukava huone

Kuntoutuja kuvasi eristystilaa ankeaksi, jossa ei ollut kuin patja lattialla. Hän kuvasi, että wc sijaitisi eristysruoneen ulkopuolella eikä sinne aina päässyt, kun olisi halunnut. Kuntoutuja kuvasi inhottavaksi valvottuja vessakäyntejä, mutta totesi, ettei sitten itse tilanteessa hirveästi sitä miettinyt pakollisen tarpeen vuoksi. Hän kertoi, ettei hänellä ollut yöaikaan näköyhteyttä osastolle, koska eristysruoneeseen johtava ulompikin ovi oli suljettu.

”... oli vaan patja.”
 ”... ei päässyt vessaan, kun halusi.”

Pelon tunteet

Pelko hoitohenkilökuntaa kohtaan

Kuntoutuja kuvasi monia erilaisia negatiivisia tunteita liittyen eristämiskokemukseen, mutta eritoten niistä nousi esille pelko. Hän kuvasi pelkoa, jos ei miellytä hoitohenkilökuntaa tai käyttäydy hoitajien odottamalla tavalla saattaisi siitä seurata lupien menetyt. Hän kertoi, että ei uskaltanut olla ottamatta lääkkeitä ja hän pyrki tekemään kaiken niin kuin hoitajat sanoivat. Hoitajakson aikana kuntoutuja kertoi pelänneensä osaston kovaa kuria ja lupien menetystä. Hän kuvasi pelkoa joutua konflikteihin hoitajien kanssa, mutta myös muiden potilaiden ja hoitajien väliset konfliktit aiheuttivat pelkoa ja ahdistusta. Kuntoutuja kuvasi, että eristämistilanteisiin liittyi usein konfliktitilanne hoitajien kanssa, jonka vuoksi hän pyrki käyttäytymään hoitajien odottamalla tavalla.

”... pelkäsin ongelmia hoitohenkilökunnan kanssa ...”

”... konfliktit pelottivat ja aiheuttivat pelkoa hoitajien kanssa syntyviä tilanteita kohtaan”

Pelko tapahtuman toistumista kohtaan

Kuntoutuja kuvasi, että sairaalahoidon aikana oma eristämiskokemus ja muihin kohdistuvat eristämiset saivat aikaan pelon uudelleen eristykseen joutumisesta. Kotiuduttuaan sairaalasta hän kertoi nähneensä painajaisia sairaalaan ja eristykseen joutumisesta. Hän pelkäsi tulevaisuudessa joutuvansa sairaalaan uudestaan, jonka vuoksi hän ei kertonut rehellisesti voinnistaan avohoidontyöntekijöille. Kuntoutuja koki, että eristämiskokemus ja pelko sen uudelleen tapahtumisesta hidastivat hänen kuntoutumistaan ja pahensivat masennusta sekä aiheutti itsetuhoisuutta. Hän kertoi, että pelkäsi sairaalaan menemistä niin paljon, ettei olisi halunnut hakeutua sinne, vaikka vointi olisi huonontunut.

”...en uskaltanut olla enää tekemättä mitään mitä hoitajat sanoivat, koska pelkäsin joutuvani takasin eristykseen”

”... pelkää mennä sinne... et jos tulis uudestaan jotain, ettei haluis hakeutua sairaalaan.”

Pelko puhua tapahtuneesta

Kuntoutuja kuvasi pelkoa, joka esti puhumasta eristämiskokemuksesta sekä psykoosinaikaisista ajatuksista avohoidontyöntekijöille, ystäville ja perheenjäsenille. Hän tarkoitti, että hän nimenomaan pelkäsi puhua omasta käyttäytymisestään eristyshuoneessa. Hän kertoi pyrkineensä unohtamaan tapahtuneen, mutta muisto eristämiskokemuksesta vaivasi hänen mieltään ja sai hänet miettimään tapahtunutta. Kuntoutuja

kertoi pyrkivänsä unohtamaan kokemuksen sen tuntuessa liian rankalta, nöyryyttävältä ja hävettävältä. Hän koki, että eristämiskokemus ja siitä puhumattomuus sai aikaan sen, että kokemus sai suuremman roolin hänen elämässään ja siten hidasti hänen kuntoutumistaan. Kuntoutuja kuvasi, että pelon vuoksi jäänyt eristämiskokemuksen käsittelemättömyys aiheutti hänelle masennusta.

”Yritin toisaalta unohtaa tapahtuneen, mutta jatkuvasti mietin myös syytä miksi juuri minulle tehtiin niin.”

”... sit ehkä se itellä varsinkin et se oli jotenki niin niin ikävä kokemus et siitä uskaltanut puhua kenellekään niin tavallaan se pääsi paisumaan omassa päässä vielä pahemmaksi.”

Muutokset omassa voinnissa

Puutteellinen sairaudentunto

Kuntoutuja kertoi, ettei ymmärtänyt olleensa eristämisen aikaan sairas, mikä lisäsi häpeän tunteita. Hän kertoi miettineensä syytä, miksi oli käyttäytynyt eristyshuoneessa niin erikoisella tavalla. Hän ajatteli, että eristyshuoneessa käyttäytyminen olisi ollut osa hänen normaalia tervettä käytöstä ja enemmänkin kyse olisi ollut luonteen muuttumisesta. Kaiken kaikkiaan kuntoutuja koki pitkään, että hänen sairautensa oireet eivät olleet vaikuttaneet eristämistilanteeseen.

”Ehkä en olisi hävennyt tapahtunutta, varsinkin jos olisin ymmärtänyt sen joutuneen sairaudesta”

”Emmä osannut ajatella puhtaasti, että sairauden takia mut eristettiin”

Realiteettitajun hämärtyminen

Kuntoutuja kuvasi, että hänellä oli hämäriä muistikuvia eristämisen aikana tapahtuneista asioista. Hän myös kertoi, että psykoosisairauden vuoksi hänen realiteettitajunsa oli pettänyt ennen eristämishuoneeseen joutumista, jolla oli mahdollisesti ollut vaikutusta hämäriin muistikuviin. Hän mietti, että oli mahdollisesti unohtanut osan saamastaan informaatiosta mm. tilanteen ja lääkityksen vuoksi. Kuntoutuja kertoi eristyshuoneen olosuhteiden huonontaneen hänen vointiaan entisestään ja todellisuus oli sekoittunut uneen. Eristyshuoneessa hän kertoi nähneensä ikkunasta merkkejä ulkoavaruuden aluksista. Herättyään eristyshuoneesta hän ei tiennyt missä oli.

” Oliko kokemani todellisuus edes totta vai kenties jonkinlaista unta”

” En tiennyt mitä oli tapahtunut ja miksi olin niin huonossa kunnossa”

Heikentynyt itseluottamus

Kuntoutuja kuvasi eristämisen hyvin nöyryyttävänä, nolona ja traumaattisena kokemuksena, jonka vuoksi hän kertoi itseluottamuksensa heikentyneen ja omanarvontun- teensa huonontuneen. Hän kertoi sairastumiseen itsessään liittyneen paljon käsiteltäviä asioita, mutta myös eristämiskokemuksen käsittelemättömyys heikensi itseluottamus- ta. Hän kertoi myös syyllistäneensä itseään eristykseen joutumisesta ja ajatteli ansain- neen rangaistuksen. Kuntoutuja koki, ettei voinut luottaa itseensä ja omaan toimin- taansa, koska oli eristämishuoneessa käyttäytynyt oudosti. Hän kuvasi, että hoitajien epäluottamus häntä kohtaan heikensi myös omaa itseluottamusta. Hän koki, ettei sai- raalahoidossa osoitettu arvostusta tai luottamusta potilaita kohtaan psyykkisen sairau- den vuoksi.

”Ajattelin, ettei minulla ole ihmisarvoa”

”Ei luottanut itteensä ja omaan toimintaan.”

Negatiivinen minäkuva

Kuntoutuja kertoi säikähtäneensä omaa huonoa vointiaan eristyshuoneessa, koska oli käyttäytynyt siellä itselleen epätyypillisellä tavalla. Hän oli kokenut siellä ollessaan, että hoitajat olivat nähneet hänet vaarallisena ”petona” katsoessaan häntä eristyshuo- neen ikkunan lävitse. Kokemukset eristyshuoneessa käyttäytymisestä aiheuttivat hä- peää ja pelkoa itseä kohtaan. Kuntoutuja koki itsensä hävettävänä ja vaarallisena muil- le, jonka vuoksi ei puhunut eristämiskokemuksesta. Hän kertoi hävenneensä sitä, että on erilainen kuin muut.

”Pelkäsin itseäni, koska olin eristyshuoneessa käyttäytynyt hyvin sairaasti kuin eläin, joka on pienessä häkissä. Olin kiertänyt ympyrää ja repinyt hiuksiani se- kä raapinut betonia”

” Ajattelin myös, että olen jollain tavalla vaarallinen muille jopa sairaalan ul- kopuolella”

8.2 Mielenterveyskuntoutujan ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen

Mielenterveyskuntoutujalla ei ollut kokemuksia eristämisen purkukeskustelusta. Hän kertoi keskustelleensa usean vertaisen kanssa purkukeskustelukokemuksista. Kuntou- tuja toi kuitenkin enimmäkseen esiin purkukeskustelun tarpeen omaan kokemukseensa vedoten ja koki, että eristämiskokemuksen läpikäyminen olisi voinut edesauttaa hänen kuntoutumistaan. Kuntoutuja toi ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen liittyen sen tarjoamiseen, käytännön järjestelyihin ja käsiteltäviin asioihin.

Purkukeskustelun tarjoaminen

Säännöllinen hoitotyön menetelmä

Kuntoutuja koki tärkeänä, että purkukeskustelua tarjotaan kaikille huolimatta siitä missä sairaalassa tai osastolla on hoidettavana ja henkilökunnalla tulisi olla samanlaiset toimintatavat. Hän toi esille oman tilanteensa kautta sen, että eristämiskokemuksella voi olla kuntoutujan elämään suuri vaikutus. Kuntoutuja ehdotti, että purkukeskustelu olisi säännöllinen hoitotyön menetelmä eristämisen jälkeen ja sen tarjoamatta jättämisestä voisi pitää hoitovirheenä. Hän toi esille huolen myös henkilökuntavajeesta, vaihtuvuudesta ja siitä, että mikäli toimintatapa ei osastolla ole yhteneväinen, eivät kaikki eristyksen kokeneet saa samanlaista kohtelua.

”Kääntäsin sen niin, et se olis niinku hoitovirhe jättää tekemättä se et se olis velvollisuus”

”...mut jotenkin ehkä semmonen tavallaan että se ei ole mikää erillinen hoidossa et on osa sitä hoitoa et selvästi säännöllisesti puhuttas, että tästä asiasta voidaan puhua.”

Jatkuvuuden varmistaminen

Kuntoutuja toi esiin, etteivät kaikki kuntoutujat hoitajakson aikana välttämättä halua tai pysty keskustelemaan eristämiskokemuksesta, mutta hän piti tärkeänä, että tuolloin tieto tästä siirtyisi avohoitoon. Kuntoutuja ehdotti, että purkukeskustelulle voitaisiin varata aika, mutta se ei pois sulkisi mahdollisuutta puhua asiasta myös myöhemmin ja varsinkin, jos kuntoutuja ei sillä hetkellä olisi kokenut sitä tarpeelliseksi. Hän koki, että kuntoutujalle tulisi jäädä sellainen kokemus, että hän voi palata asiaan avohoidossa. Kuntoutuja toi esiin luvan kokemuksesta puhumiselle ja myötämieliseen asian käsittelyyn suhtautumiseen.

”...ja se, että ois mahdollisuus myöhemmin esimerkiksi keskustella siitä vaikkotaan jotenki palata esimerkiksi avohoidossa... Et ainakin on selvä, et saa puhua ja siitä voi puhua.”

”...et tulis semmonen olo, että tästä asiasta voi puhua ja jos ei sairaalahoidon aikani niin avohoidossa ja, ettei se jäis sellaiseks peikoks, että se välittyis sille ihmisille ketä on eristetty.”

Käytännön järjestelyt

Osallistujat

Kuntoutuja kertoi kokeneensa omahoitajakeskustelut tärkeiksi sairaalahoidon aikana ja ehdotti, että viimeistään tällaisessa keskustelussa olisi hyvä ottaa eristämiskokemus puheeksi, joka samalla edesauttaisi luottamuksen uudelleen rakentumista henkilökun-

taan. Hän ehdotti, että vaikka omahoitaja ei olisi ollut läsnä tilanteessa, olisi hänelle hyvä välittää tieto siitä mitä on tapahtunut. Toisaalta kuntoutuja koki, että keskustelussa olisi hyvä olla mukana sellaisia henkilöitä, jotka ovat olleet tilanteessa mukana. Kuntoutuja koki, että sekä hoitajien ja lääkärien olisi tärkeä päästä kuulemaan kuntoutujien eristämiskokemuksia, jotta he voisivat paremmin ymmärtää niitä. Hän kertoi kokeneensa vertaistuen tärkeäksi osastolla ollessa, mutta myös sairaalasta päästyään ja ehdotti, että keskustelussa voisi olla mukana myös eristyksen kokenut vertainen esimerkiksi kokemusasiantuntija. Hän ehdotti, että hoitohenkilökunta ja vertainen voisivat tukea kuntoutujaa toipumaan eristämiskokemuksesta eri lähtökohdista käsin. Hän toi esiin, että esim. kokemusasiantuntijalle voisi olla helpompi puhua kokemukseen liittyvistä vaikeista tunteista kuin osaston henkilökunnan kanssa.

”... tavallaan puhuminen nimenomaan niitten ihmisten kanssa jotka on ollu tilanteessa, et siinä on varmasti omat edut verratessa kuin puhuttaessa muun kanssa...”

”... mut ei voi mitenkään poissulkea, et esimerkiksi vertainen tai kokemusasiantuntija voi niinku jakaa yleisesti sitä kokemusta ja sit hoitohenkilökunta ehkä vähän eri lähtökohdista..”

Ajankohta

Kuntoutuja ehdotti kahdenlaista ajatusta purkukeskustelun ajankohdasta. Toisaalta hän koki, että on tarve saada enemmän tietoa jo eristämisen aikana ja jälkeen, mutta pohti sairauden tuomia rajoitteita purkukeskustelun pitämiselle heti eristämisen jälkeen. Kuntoutuja kertoi, että hän itse oli ollut psykoosissa vielä eristämisen loputtua, joka olisi voinut hankaloittaa purkukeskustelua. Toisaalta hän koki, että kokemus voi olla niin arkaluontoinen, että siitä voi olla vaikea puhua osastolla ollessa. Hänen mielestään tiedon tulisi tuolloin siirtyä avohoitoon, joskin silloin olisi hankalampi saada tietää mitä tilanteessa on tapahtunut.

”... et sen tilanteen jälkeenki ja nimenomaan siinä tilanteessa (eristys), et sitä informaatiota sitten annetaan...”

”... se tilanne on aika akuutti, saattaa olla vielä sillo psykoosissa niinku mä olin sen eristämisen jälkeen...”

Kokemuksen käsittely

Tapahtuman läpikäyminen

Kuntoutuja toi esiin tarpeen tietää mitä eristystilanteessa oli tapahtunut, sillä hän kertoi tapahtuneesta jääneen epäselviä muistikuvia. Kuntoutuja toi esille tarpeen tietää mitä ennen ja eristämisen aikana oli tapahtunut ja hän koki informaation saamisessa

olevan puutteita, koska tapahtumat jäävät monelle epäselviksi. Hän kuvasi ajantajun menettämistä eristämisen aikana ja toi esiin, että olisi halunnut käydä tarkemmin eristämishuoneessa vietettyä aikaa lävitse mm. käytetyn lääkehoidon ja eristämisen keston osalta. Hän koki, että tapahtuman läpikäyminen olisi helpottanut epätietoisuudesta aiheutunutta ahdistuneisuutta. Kuntoutuja kuvasi myös, että eristystilanteen, eristystilan ja psykoosin vuoksi hänen realiteettitajunsa huonontui, jonka vuoksi tapahtumista oli saattanut jäädä väärinkäsityksiä siitä mitä todella oli tapahtunut. Hän myös mietti, ettei varmasti muistanut kaikkea mitä hänelle oli tilanteessa kerrottu. Hän pohti, että tieto tapahtumien kulusta ja perustelut eristämisen aloittamisesta olisivat saattaneet muuttaa hänen kokemustaan eristämisen hyväksyttävyydestä ja oma ajatus eristämisestä rangaistustoimenpiteenä olisi muuttunut. Kuntoutuja koki, että koska tilanteesta ei koskaan puhuttu, hänen kuntoutumisensa hidastui.

”...moni sanoo, että ne tilanteet jää epäselväks minkä takia näin toimittiin.”

” Samaten hämärät muistikuvat olisivat ehkä selvenneet ja ahdistus sekä epätietoisuus olisi vähentynyt eristysajalta.”

” Olin saanut tietää miksi näin toimittiin, olisin hyväksynyt tapahtuneen paremmin.”

Psykoedukaation antaminen

Kuntoutuja ehdotti, että sairauden oireista olisi hyvä keskustella, koska hän kuvasi omaa kokemustaan, että ei ollut ymmärtänyt olleensa tilanteessa sairas. Hänen mielestään kuntoutujalle tulisi kertoa sairauden oireiden vaikutuksesta käyttäytymiseen, mutta myös mahdollisesti eristystilasta ja – tilanteesta johtuvista vaikutuksista. Kuntoutuja ei ollut ymmärtänyt sairauden oireiden tuomia muutoksia suhteessa omaan käyttäytymiseensä ja toisaalta ei silloin myöskään ymmärtänyt suljetun ja virikkeettömän ympäristön vaikutusta vointiin. Hän kertoi, että tapahtuma oli herättänyt häpeän ja pelon tunteita oman kontrollin menettämisen vuoksi.

”Mun mielestä pitäis hyvin selkeesti, et on ollut sairas se käyttäytyminen on johtunut siitä, et se johtu siitä sairaudesta ja se ei vaikuta normaaliin käyttäytymiseen. Et ymmärtää se, et se on sairauden syytä, sen tilanteen syytä ja eristämistilan syytä, et voi käyttäytyä tosi kummallisesti, et se ei tarkoita et on oikeesti jotenkin outo.”

Traumaattisten tunteiden läpikäyminen

Kuntoutuja koki, että mikäli hän olisi saanut riittävästi tietoa tapahtuneesta ja sairauden tuomista muutoksista vointiinsa, olisi häpeä ja ahdistuneisuus lieventyneet. Mahdollisesti saavutettu ymmärrys tapahtuneesta olisi hänen mielestään edesauttanut työ-

tämään negatiivisia tunteita myös myöhemmin avohoidossa antaen rohkeutta ottaa asia esille. Hän koki, että avoimesti tilanteesta ja tunnereaktioista puhuminen olisi voinut auttaa myös luomaan luottamusta takaisin henkilökuntaan, jonka kuntoutuja koki hyvin tärkeäksi kuntoutumisen ja hoitomyönteisyyden kannalta. Kuntoutuja myös pohti, että tapahtumien läpikäyminen voisi olla hyödyllistä myös hoitohenkilökunnalle, koska ajatteli henkilökunnankin kokevan eristämisen vaikeana toimenpiteenä. Kuntoutujalla oli ristiriitaisia tunteita siitä, onko kyseinen hoitojakso sopiva ajankohta tunteiden käsittelyyn, mutta ehdotti, että henkilökunta kuitenkin ottaisi asian rohkeasti puheeksi tiedustelemalla esimerkiksi oliko tilanne jäänyt vaivaamaan kuntoutujan mieltä. Kuntoutuja uskoi, että asioiden käsittely on tärkeää kuntoutumisen kannalta. Hän toi esiin, että toisaalta myös hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää, että kuntoutuja saattaa edelleen kokea eristämisen epäoikeudenmukaisena ja traumaattisena toimenpiteenä purkukeskustelusta huolimatta. Kuntoutuja myös itse mietti, olisiko hänen silti tarvinnut hyväksyä tapahtunut. Hän toivoi henkilökunnalta avointa suhtautumista pohtia, olisiko eristäminen voitu vielä välttää ja jopa myöntää, että eristäminen olisi voitu ehkä välttää, mutta tilanteessa ei oltu osattua toimia muulla tavalla.

” Olisin varmasti myös uskaltanut käydä traumaan liittyviä tunteita läpi myöhemmin avohoidossa”

”Varmaan se, että kysyy ihan sitä, että pyöriiks nää asiat sun mielessä tai tota onks jotenki paha olla sen takia et mitä tapahtu.”

”Toisaalta mietin, miksi minun olisi pitänyt hyväksyä se mitä minulle tehtiin. ”

9 Pohdinta

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Yhtäläillä mm. Robertsin ja muiden (2009, 28) sekä Meehanin ja muiden (2000, 373 - 374) tutkimuksen mukaan myös tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutuja kuvasi eristämistä traumaattisena kokemuksena, johon liittyi paljon negatiivisia tunteita, vähäistä vuorovaikutusta hoitajien kanssa ja eristyshuoneen pelkistetyt olosuhteet. Kuntoutuja toi useasti esiin oman oudon käyttäytymisensä eristämishuoneessa, jonka hän oli kokenut pelottavana. Kuten tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutuja kuvasi myös Meehanin ja muiden tutkimuksessa (374) tuli ilmi, että potilaat olivat kadottaneet eristyshuoneessa ajantajun ja he pelkäsivät menettävänsä kontrollin. Potilaat kuvasivat erilaisia tapoja selvitä virikkeettömässä huoneessa kuten puhumalla itselleen ja tekemällä ” pieniä typeriä asioita”. Kuten Soinisen (2013, 37) tutkimuksen mukaan,

myös kuntoutuja kuvasi puutteita hoitohenkilökunnan ja potilaan välissä vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä. Kuntoutuja koki, ettei päässyt osallistumaan rajoituksia koskevaan päätöksentekoon, hänen kanssaan ei pyritty neuvottelemaan niistä. Hän kuvasi pelkoa hoitohenkilökuntaa kohtaan ja hän oli menettänyt luottamuksensa sairaalan henkilökuntaan. Meehanin ja muiden (373) tutkimuksessa osalla potilaista oli positiivisia kokemuksia eristämisestä. Tähän tutkimukseen osallistunut kuntoutuja ei keksinyt yhtään positiivista näkökohtaa kokemuksestaan.

Kuntoutuja liitti eristämisen tarpeen aggressiiviseen käyttäytymiseen. Kuntoutuja pohitti eristämisen aloitukseen johtaneita syitä, sillä hän koki, ettei ollut millään lailla aggressiivinen tilanteessa. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat kokivat aggressiivisen käyttäytymisen olevan syy eristämislle ja kokivatkin siksi eristykseen joutumiseen epäoikeudenmukaisena toimenpiteenä (Meehan ym. 2000, 372). Mahdollisesti historialla on oma vaikutuksensa tähän, sillä mielisairaina pidettiin ennen rai-voavia ja sekavia ihmisiä ja Sariolan ja Ojasen (2000,244) mukaan mielisairaaloilla oli tehtävänä mm. kontrolloida eristämällä oudot ja pelottavina pidetyt ihmiset. Roberts ja kumppaneiden (2009, 28) tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista vain yksi tiesi syyn eristämisen aloitukselle. Sibitzin ja muiden tutkimuksen (2011, 242) sekä Soinisen (2013) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat tahdonvastaisen hoidon oikeudenmukaisena vain niissä tilanteissa, joissa esiintyi todellista vaaraa itselle tai toisille, he kuitenkin kritisoivat tapaa, jolla tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet olivat toteutettu.

Aiempien tutkimusten mukaan tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet jättivät tunteen arvottomuudesta ja leimautumisesta (Sibitz ym. 2011, 239). Anttosen (2011, 111) mukaan ihmisen tekemä leima itselleen aiheuttaa erilaisia negatiivisia tuntemuksia mm. arvottomuudesta, kyvyttömyydestä ja heikkoudesta. Ihminen voi kokea itsensä erilaiseksi ja joukkoon kuulumattomaksi. Leimaaminen lisää sairaudesta kärsivän taakkaa ja voi eristää muista ihmisistä ja näin ollen hidastaa kuntoutumisprosessia. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja toi esille eristämisen jälkeen kokemuksen itsestä erilaisena ja vaarallisena muille. Sibitz ja muut (239) toivat tutkimuksessaan esille vaikeuden eritellä mikä on tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden ja sairastumisesta johtuvan elämänmuutoksen tuomaa vaikutusta kuntoutujan elämään. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja kuvasi eristämiskokemuksen vaikutusta mm. identiteettiin, mutta yleistettävää johtopäätöstä ei voida tehdä. Mahdollisesti eristäminen voi vahvis-

taa itseleimaamista, johon liittyä potilaiden ajatukset eristämisen tarpeellisuudesta vain aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla, joka taas vahvistaa kokemusta itsestä ”hulluna ja pahana”, jonka myös Sibitz ja muut (2011, 243) toivat esille.

Aivan kuten Robertsin ja muiden (2009, 28) tutkimukseen osallistuneet olivat kokeneet, myös kuntoutuja koki eristämisen rangaistuksena. Heidän tutkimuksen mukaan tutkittavat kokivat, että hoitoon sitoutumattomuus tai henkilökunnan antamien ohjeiden noudattamattomuus johti eristämiseen ja se sai siten rangaistuksenomaisia piirteitä. Kuntoutuja toikin esille pelkoa hoitohenkilökunnan kanssa syntyviä konflikteja kohtaan, mutta myös hoitajien ja muiden potilaiden konfliktit pelottivat. Meehanin ja muiden (373) tutkimuksessa potilaat kuvasivat yhtäläillä pelkoa tilanteissa, joissa toinen potilas oli joutunut eristykseen. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja kuvasi menettäneensä luottamuksen sairaalan henkilökuntaan. Pelko lupien menettämisestä ja uudelleen eristykseen joutumisesta sai aikaan sen, että kuntoutuja pyrki käyttäytymään tavalla, joka miellyttäisi henkilökuntaa. Tutkimusten mukaan tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet aiheuttivat vihamielisyyttä hoitohenkilökuntaa kohtaan ja saivat kuntoutujat karttamaan hoitotahoa (Sibitz ym. 2011, 243; Koivisto ym. 2004, 273).

Tämän tapaustutkimuksen tuloksissa on paljon yhteneväisyyksiä Sibitzin ja muiden tutkimuksen (2011, 239, 243) kanssa, jonka mukaan tahdosta riippumattomilla hoitotoimenpiteillä voi olla negatiivisia vaikutuksia kuntoutujan elämänlaatuun ja nimenomaan kuntoutumisprosessiin. Kuntoutuja myös kuvasi samanlaisia tunteita kuin Koiviston ja kumppaneiden (2004, 273) tutkimuksessa oli tullut esiin eristämisen aiheuttamasta pelon lisääntymisestä ja itsetunnon laskusta. Tutkimusten mukaan eristämisen kokeneet potilaat kärsivät kokemukseen liittyvästä pelokkuudesta ja haavoittuvuudesta jopa kaksi vuotta eristämiskokemuksen jälkeen (Meehan ym. 2000, 375).

Kuten aikaisempien tutkimusten mukaan myös tapaustutkimuksen kuntoutuja toi esille, että olisi kokenut purkukeskustelun tarpeelliseksi (Meehan ym. 2000, 375). Yhtäläillä Needhamin ja muiden (2010, 222-223) tutkimuksen kanssa, myös kuntoutuja esitti, että purkukeskustelua tulisi tarjota järjestelmällisesti kaikille. Kuten Soinisen ja muiden (2013, 53) tutkimuksen mukaan myös mielenterveyskuntoutuja toi esiin, että olisi mahdollisesti suhtautunut eristämiseen eri tavalla, jos kokemus olisi käyty lävitse ja hän olisi saanut perustelua eristämiselle. Soinisen ja muiden (53) tutkimuksen mukaan kuntoutujat, jotka ymmärsivät eristämisen syyn ja tarpeellisuuden suhtautuivat

sen tehokkuuteen positiivisemmin. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja pohti, olisiko hänen kuitenkin tarvinnut purkukeskustelusta huolimatta hyväksyä eristämistä.

Ryan ja Happel (2009, 105) toivat tutkimuksessaan esille, että hoitajien toteuttama purkukeskustelu saattoi keskittyä saamaan potilas ymmärtämään eristämiseen johtaneet syyt ja sen välttämiseen jatkossa eikä niinkään auttaa potilasta selviämään kokemuksesta heränneiden tunteiden kanssa. Kuntoutuja toi esille, että hoitohenkilökunnan tulisi suhtautua avoimesti keskusteluun eristämisen tarpeellisuudesta, josta voisi edelleen käydä keskustelua kuntoutujan kanssa, vaikka kyseiseen toimenpiteeseen olisi päädytty. Mahdollisesti asian avoimelle tarkastelulle haasteen muodostaa historian painolastina tuoma ennakkoluulo siitä, että mielenterveyshäiriöistä kärsivä ei pysty tekemään vastuullisia päätöksiä (Korkeila 2011, 23). Purkukeskustelun yksi tarkoitus on kuitenkin myös estää jatkossa eristämisen tarve (Ryan & Happel 2009, 101) ja tämä vaatii vastavuoroista keskustelua ja yhteistyötä kuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välillä.

Mielenterveyskuntoutuja kuvasi, että luottamus hoitohenkilökuntaan saatetaan menettää eristämiskokemuksen vuoksi. Ryan ja Happelin (2009, 105) tutkimuksen mukaan myös hoitajat kokivat purkukeskustelun tarjoamisen tärkeänä ymmärryksen herättäjänä, mutta myös terapeutin hoitosuhteen uudelleen luoja. Kuntoutuja kertoi itsekin menettäneensä luottamukseen sairaalan hoitohenkilökuntaan, mutta omahoitajakeskustelujen kautta luottamus oli pikkuhiljaa rakentunut uudestaan. Tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan purkukeskustelun vetäjä voisi olla myös ulkopuolinen henkilö (Kontio ym. 2012, 23) esimerkiksi kokemusasiantuntija (Ryan & Happel 2009, 105). Mielenterveyskuntoutuja toi esiin ajatuksen kokemusasiantuntijan ja hoitohenkilökunnan työnjaosta käsitellessä kuntoutujan eristämiskokemusta. Hän koki, että vertaiselle ja saman kokemuksen omaavalle voisi olla helpompi puhua kokemuksesta syntyneestä traumasta ja käsitellä vaikeita tunteita. Hän toi myös esille, että asian käsittelystä tulisi jäädä sellainen olo, että siitä voi puhua ja saa puhua niin osastolla kuin avohoidossakin. Ryan ja Happelin tutkimuksen (2009, 105) mukaan hoitajat kokivat, että kokemuksen käsittelyyn meni useita päiviä eikä yhden käsittelykerran nähty olevan riittävä. Vaikka purkukeskustelukäytännettä kehitetäänkin, on hyvä muistaa, että kokemuksen käsittely voi olla pidempiaikaisempi prosessi, johon voi olla mahdollisuus palata useammin. Kuntoutuja myös pohti ajankohdan sopivuutta ja välttämättä hoitajakson aikana kokemuksen läpikäyminen ei ole mahdollista johtuen kokemuksen arka-

luontoisuudesta, kuntoutujan voinnista ja menetystä luottamuksesta hoitohenkilökuntaan, jonka vuoksi tiedon tästä tulisi siirtyä avohoitoon.

9.2 Yhteenveto ja jatkotutkimushaasteet

Sibitzin ja muiden tutkimuksesta (2011, 324) käy ilmi, että tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vaikutusta mielenterveyskuntoutujan elämänlaatuun ja kuntoutumiseen on vielä vähän tutkittu. On myös vaikea erottaa tahdosta riippumattoman hoidon ja hoitotoimenpiteiden sekä sairaudesta johtuvan elämänmuutoksen aikaansaamia vaikutuksia mielenterveyskuntoutujan elämänlaatuun. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja kuvasi sekä sairastumiseen että eristämiskokemukseen liittyviä vaikutuksia elämänlaatuunsa, mutta on hyvin vaikeaa eritellä tarkasti, mikä rooli tahdosta riippumattomilla hoitotoimenpiteillä on ollut. Kuntoutujan mukaan eristäminen, sen tarkoituksena tukea potilasta selviytymään oireidensa kanssa ja taata potilaan sekä ympäristön turvallisuus (Roberts ym. 2009, 28), hankaloitti hänen vointia entisestään.

Soinisen (2013, 40) tutkimuksessa tutkittiin ensimmäistä kertaa eristämisen vaikutusta potilaiden elämänlaatuun hoitajakson lopulla ja vastoin ennako-oletuksia eristetyt potilaat kokivat elämänlaatuunsa paremmaksi kuin potilaat, joita ei ollut hoitajakson aikana eristetty. Varmoja johtopäätöksiä ei kuitenkaan ollut mahdollista tehdä. Tämän tutkimuksen kuntoutuja kertoi, että eristämiskokemus oli jäänyt vaivaamaan hänen mieltään pitkäksi aikaa ja vaikuttanut hänen kuntoutumiseensa. Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön mahdollisia laaja-alaisempia seurauksia tulisikin tarkastella ja tutkia edelleen tarkemmin. Esim. psykiatriassa sairaalahoidossa on puhuttu ns. pyörovisyndroomasta, jolloin kuntoutuja palaa sairaalaan lyhyellä aikavälillä. Erilaisia syitä syndrooman syyksi on tutkittu (Salokangas, Helminen, Koivisto, Rantanen, Oja, Pirkola, Wahlbeck & Joukamaa 2009, 1967) mutta tietoa siitä ei ole, kuinka paljon näihin kuntoutujiin on mahdollisesti kohdistunut tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet vaikuttavat kuntoutumiseen ja nimenomaan kielteisesti hoitomyönteisyyteen aiheuttamalla myös hoitotahon karttamista. On mietittävä, onko kuntoutujiin kohdistuneilla tahdosta riippumattomilla hoitotoimenpiteillä yhteyttä toistuviin sairaalahoitoihin?

Psykoosi sairautena aiheuttaa potilaissa heidän kuvaaminaan erilaisia muutoksia omassa itsessään. He toivovat tulevansa kokemuksensa kanssa ymmärretyksi, kunnioi-

tetuksi ja luotetuksi. Ympäristön tapahtumien ymmärtämättömyys voi lisätä pelon tunteita. (Koivisto ym. 2004, 273-274.) Tässä tutkimuksessa kuntoutuja kuvasi itsensä psykoosisairauden tuomia rajoitteita ymmärtää ympäristön tapahtumia ja omaa käytöstä. Eristämiskokemuksen ja muiden rajoitustoimenpiteiden vuoksi kuntoutuja koki, että psykiatrisessa sairaalahoidossa ei arvostettu kuntoutujia. Hänelle jäi hämääviä muistikuvia tapahtumista eikä hän siten tiennyt mikä oli ollut todellista ja mikä ei. Hän toikin esille, että hänen kokemuksensa mukaan eristämisen läpikäymisellä on tärkeä rooli kuntoutumisen edesauttajana.

Koivisto ja muut (2004, 274) toivat tutkimuksessaan esille, että kuntoutujan näkökulmasta psykiatrisen hoidon tulisi keskittyä tukemaan kuntoutujaa hallitsemaan itse päivittäistä arkea ja uudelleen rakentaa kokemusta omasta itsestä ja elämästä. Tässä tutkimuksessa kuntoutuja kuvasi eristämiskokemuksella olleen päinvastaisia vaikutuksia ja hän kuvasi vaikeutunutta minäkuvan uudelleen rakentumista, joka jätti kokemuksen itsestä vaarallisen ja erilaisen. Hän kuitenkin pohti, että mahdollisesti kokemuksen läpikäyminen olisi voinut auttaa hyväksymään kokemus ilman, että se olisi vaikuttanut negatiivisesti kuntoutumiseen. Kuntoutujan kokemuksen mukaan purkukeskustelumahdollisuutta tulisi tarjota eristämisen jälkeen systemaattisesti kaikille, mutta sen toteuttamistapa olisi hyvä olla yksilökohtainen. Purkukeskustelun muodostuessa käytetyksi hoitotyön menetelmäksi eristämisen jälkeen tulisi tutkia sen toimivuutta ja tehokkuutta edesauttaa traumaattisesta kokemuksesta toipumista. Vaikka tässä tutkimuksessa keskityttiin eristämisen jälkeiseen purkukeskusteluun, olisi kuntoutujaan kohdistuneista muistakin tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä hyvä keskustella vielä myöhemmin hoitajakson aikana.

Koska tutkimuksessa tarkasteltuja näkökulmia on vasta vähän tutkittu aiemmin ja tutkimuksen tuloksia ei voida pitää yleistettävänä sen ollessa tapaustutkimus, tulisi aihetta tutkia laajemmin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää purkukeskustelun kehittämiseen. Tutkijat ovat suositelleet, että hoitajat kehittävät purkukeskustelu menetelmää yhdessä potilaiden kanssa (Needham ym. 2010, 230). Tässä tutkimuksessa kuntoutuja toi esiin omaan eristämiskokemukseensa vedoten ehdotuksia purkukeskustelun toteuttamiseen.

Tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus oli kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia eristämisen purkukeskustelusta ja löytää kehittämissuhteita sen sisällölle. Syitä

sille, että tarpeeksi vastaajia ei saatu, voi vain arvailla, mutta mahdollisesti yksi vaikuttava tekijä voi olla sama, jonka Sibitz ja muut (2011,242) tuovat esille tutkimuksessaan. Tutkimuksen mukaan osa mielenterveyskuntoutujista ei halunnut muistella tapahtunutta, vaikka he olivat kokeneet, että kokemus oli vaikuttanut heidän elämäänsä. Myös tapaustutkimukseen osallistunut kuntoutuja toi esiin, että yritti ensiksi unohtaa eristämiskokemuksen. Aiheen arkaluontoisuus on myös saattanut estää kokemuksen omaavia vastaamasta. Tutkimusten mukaan kuntoutujat ovat kokeneet osastohoidon aikana, etteivät he ole tulleet kuulluksi vaikka ovat saaneetkin sanottua mielipiteensä ääneen (Soininen ym. 2013, 47). Pohtia voi, näyttäytyykö tämä kokemus myös tutkimukseen osallistumisessa. Jatkotutkimuksia tehdessä tuleekin miettiä, kuinka tavoittaa kyseinen kohderyhmä.

Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi:

- Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käytön vaikutus mielenterveyskuntoutujan elämänlaatuun
- Kuntoutujien kokemuksia purkukeskustelusta
- Purkukeskustelun toimivuus ja tehokkuus edesauttaa eristämiskokemuksesta toipumista
- Kuntoutujien kehittämissuhteita purkukeskustelun toteuttamiselle

Lähteet

Achte, K., Alanen, Y.O. & Tienari, P. 1981. Psykiatria. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Allen, M., Carpenter, D., Sheets, J., Miccio, S. & Ross, R. 2003. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *Journal of Psychiatric Practice* 9 (1), 39-58.

Anthony, S. & Jack, S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 65 (6), 1171-1181.

Anttonen, S. Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa Irtti häpeäleimasta. Toim. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo: Bookwell Oy, 108-115.

Case-tutkimus. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Viitattu 29.10.13. <http://www2.amk.fi>, ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi, analyysimenetelmiä.

Eriksson, P. & Koistinen, K. 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimus keskus. Julkaisuja 4. Viitattu 27.1.2014. <http://www.ncrc.fi/>

Frueh, B.C., Knapp, R., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.C., Yim, E., Robins, C.S., Monnier, J. & Hiers, T. G. 2005. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Settings. *Psychiatric Services* 56, 1123- 1133.

Gallop, R., McCay, E., Guha, M. & Khan, P. The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care for Women International* 20, 401-416.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hoekstra, T., Lendemeijer H.H.G.M, Jansen, M.G.M.G. 2004. Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 276-283.

Huckshorn, K. 2005. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors. Viitattu 20.5.13. http://www.hogg.utexas.edu/uploads/documents/SR_Plan_Template.pdf.

Kananen, J. 2013. Case- tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja.

Keski-Valkama A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry, A Persistent Challenge over Time. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 945. Viitattu 20.5.13. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8025-6.pdf>.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2004. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 268-275.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – toward evidence based clinical nursing. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 13.6.13.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48, 16-24.

Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa Irti häpeäleimasta. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo: Bookwell Oy, 20-29.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2004. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 268-275.

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A.R., Katajisto, J. & Välimäki, M. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Issues and innovations in nursing practice*. Blackwell Publishing Ltd.

Kuosmanen, L., Lehtilä., Makkonen, P. & Salminen, H. 2011. Psykiatrisen potilaan sitominen eettisesti vaikeaa. *Sairaanhoitaja- Sjuksköterskan* 84, 42-43. Viitattu 22.5.13. <http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sairaanhoitaja/2011/8/5>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Editä Prima Oy.

L 731/1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 22.5.13. www.finlex.fi.

L 14.12.1990/1116. Hoito tahdosta riippumatta. Mielenterveyslaki. Viitattu 22.5.13. www.finlex.fi.

L 21.12.2001/1423. Potilaan määritelmä ja perusoikeuksien rajoitusten yleiset edellytykset. Mielenterveyslaki. Viitattu 22.5.13. www.finlex.fi.

L 21.12.2001/1423. Erityiset rajoitukset. Mielenterveyslaki. Viitattu 22.5.13. www.finlex.fi.

L 21.12.2001/142. Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Mielenterveyslaki. Viitattu 22.5.13. www.finlex.fi

Lapin sairaanhoitopiiri. Tahdonvastainen hoitotoimenpide. Purkukeskustelu – ohje ammattilaisille.

Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. 2000. Patients' perceptions of seclusion a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), 370-377.

Moring, J. 2013a. Pakon vähentäminen psykiatrisessa hoidossa. Akuutti-psykiatrian verkoston kokoontuminen 22.5.2013 Turussa.

Moring, J. 2013b. Pakkotoimien vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen. Akuutti-psykiatrian verkoston kokoontuminen. 22.5.2013 Turussa.

Mustonen, I. Purkukeskustelu vastentahtoisen hoitotoimenpiteen jälkeen. Sähköpostiviesti 31.5.2013. Vastaanottaja K. Hämäläinen.

National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) 2009. Training Curriculum for the Reduction of Seclusion and Restraint. Preventing Violence, Trauma and the Use of Seclusion and Restraint in Mental Health Settings. Niuvanniemi Hospital 22-23.9.2011.

Needham, H., Dip, G. & Sands, N. 2010. Post- Seclusional Debriefing: A Core Nursing Intervention. Perspectives in Psychiatric Care 46, 221-233.

Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on Pohjoismaiden yhteinen tavoite. 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 12.6.13.
www.thl.fi, ajankohtaista, tiedotteet.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2011. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.6.13.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1.

Roberts, D., Crompton, D., Milligan, El. & Groves, A. Reflections on the Use of Seclusion In an Acute Mental Health Facility. 2009. Journal of Psychosocial Nursing 47, 25-30.

Ryan, B. & Happell, B. 2009. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusional debriefing. International Journal of Mental Health Nursing 18, 100-117.

Robins, C.S., Sauvageot, J.A., Cusack, K., Suffoletta- Maierie, S. & Frueh, B.C. 2005. Special Section on Seclusion and Restraint: Consumers' Perception of Negative Experiences and Sanctuary Harm in Psychiatric Settings. Psychiatric Services 56, 1134-1138.

Rose, S., Bisson J. & Wessely, S. 2003. A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following Trauma. Psychother Psychosom 72:176-184. Viitattu 13.6.13.
http://simonwessely.com/downloads/publications/Other_p/93.pdf.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006a. Sisällönanalyysi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 14.5.13. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka. A.2006b. Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 12.2.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Salize, H. & Dressing, H. 2004. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal Psychiatry* 134, 163- 168.

Salokangas, R., Helminen, M., Koivisto, A-M., Rantanen, H., Oja, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Joukamaa, M 2009, Skitsofreniapotilaat tarvitsevat yhä paljon sairaalahoittoa. *Suomen lääkirilehti* 21-22, 1967-1972.

Sangster- Gromley, E. 2013. How case-study research can help to explain implementation of the nurse practitioner role. *Nurse researcher* 20 (4), 6-11. Viitattu 27.1.13. [http:// www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco.

Sariola, E. & Ojanen. P. 2000. Hoito vai pakkohoito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Seitamaa- Hakkarainen, P. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 15.1.2014. http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi.

Selonteko Suomen hallitukselle kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean (cpt) käynnistä Suomessa. 2008. Epävirallinen käännös. Viitattu 30.5.13. http://www.cpt.coe.int/en/states_finland.

Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. 2011. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry* 199, 239-244.

Soininen, P. 2014. COERCION, PERCEIVED CARE AND QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 28.1.2014. <http://www.doria.fi/handle/10024/94318>

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. 2013. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* 22, 47-55.

Suomen akuuttipsykiatrian verkosto. 2013. Yhteenveto sairaaloiden käytännöistä. Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa verkostopäivät 14-15.11.2013 Imatralla.

Trauman jälkeinen stressihäiriö (PTSD). Trauma ja dissosiaatio. Viitattu 21.5.13. <http://www.traumajadissosiaatio.fi>, trauman jälkeiset reaktiot.

Tuohimäki C. 2007. The Use Of Coercion In The Finnish Civil Psychiatric Inpatients. Viitattu 13.6.13. <http://herkules.oulu.fi/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vuorela, M. & Aalto, I. 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa Irti häpeäleimasta. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo: Bookwell Oy, 32-36.

Wale, J.B., Belkin, G.S. & Moon, R. 2011.Reducing the Use of Seclusion and Restraint in Psychiatric Emergency and Adult Inpatient Services – Improving Patient-Centered Care. Spring; 15(2):57-62.

Yksittäistapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen. KOPPA. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 29.10.13. <https://koppa.jyu.fi>, avoimet, humanistinen tiedekunta, menetelmäpolkuja humanisteille,menetelmäpolku, ongelmanasettelu.

Liitteet

Liite 1. Tutkimusilmoitus

Oletko ollut eristettynä lepositeisiin tai huoneeseen? Oliko sinulla mahdollisuus keskustella eristämiskokemuksistasi jälkikäteen henkilökunnan kanssa? Kerro kokemuksistasi ja osallistu tutkimukseen!

Nykytiedon mukaan suositellaan, että sinulla on mahdollisuus keskustella eristyskokemuksistasi henkilökunnan kanssa. Tällä hetkellä tutkimustietoa eristyskokemuksien läpikäymisestä on hyvin vähän ja tämän vuoksi kertomuksesi kuuleminen on tärkeää ja arvokasta, jotta käytänteitä voidaan kehittää. Kirjoitus saa olla vapaamuotoinen, mutta toivoisin sinun huomioivan vastauksessasi ainakin seuraavat teemat:

- Käytiinkö keskustelua kokemuksestasi eristämisen jälkeen? Missä ja milloin keskustelu käytiin? Oliko ajankohta mielestäsi sopiva?
- Minkälaisista asioista keskustelitte ja/tai olisit kokenut tarvetta keskustella? Kenen kanssa olisit halunnut keskustella asiasta?
- Auttoiko keskustelu sinua käsittelemään eristämiseen liittyviä kokemuksiasi ja millä tavalla? Muuttuiko käsityksesi kokemuksesta keskustelun jälkeen?
- Minkälaisia kehittämisehdotuksia sinulla on keskustelun toteutukseen liittyen?

Tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan siten, että yksittäisen vastaajan tai vastauksessa ilmenneen hoitoyksikön tunnistaminen ei ole mahdollista. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimustulosten valmistuttua. Kirjoita minulle osoitteeseen: g1552(at)student.jamk.fi tai Kaisu Hämäläinen Poste Restante 40100 Jyväskylä. Sinulla on vastausaikaa kesäkuun loppuun asti.

Kaisu Hämäläinen, sairaanhoitaja

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/ Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

Liite 2. Tutkimusilmoitus puhelinhaastattelusta

Oletko ollut eristettynä lepositeisiin tai huoneeseen? Oliko sinulla mahdollisuus keskustella eristämiskokemuksestasi jälkikäteen henkilökunnan kanssa? Kerro kokemuksestasi ja osallistu puhelinhaastatteluun tai kirjoittaen!

Nykytiedon mukaan suositellaan, että sinulla on mahdollisuus keskustella eristyskokemuksestasi henkilökunnan kanssa. Tällä hetkellä tutkimustietoa eristyskokemusten läpikäymisestä on hyvin vähän ja tämän vuoksi kertomuksesi kuuleminen on tärkeää ja arvokasta, jotta käytänteitä voidaan kehittää. Tutkimukseen voit osallistua joko kirjoittamalla tai kertomalla kokemuksista puhelinhaastattelun kautta.

Mikäli halut osallistua **puhelinhaastatteluun**, pyydän sinua välittämään puhelinnumerosi yksikössänne tätä tutkimusta varten nimetylle henkilölle 20.10.13 mennessä. Tulen ottamaan puhelinnumerosi antaneihin yhteyttä tiistaina 22.10.13 klo 8-16 välillä yhteyttä, jolloin sovitaan haastattelu-aika seuraavalle viikolle ja samalla on vielä mahdollisuus kysyä tarkempia tietoja tutkimuksesta.

Mikäli haluat **kirjoittaa** kokemuksestasi, sinulla on vastausaika 22.10.13 saakka. Kirjoitus saa olla vapaamuotoinen, mutta toivoisin sinun huomioivan vastauksessasi ainakin seuraavat teemat:

- Käytiinkö keskustelua kokemuksestasi eristämisen jälkeen? Missä ja milloin keskustelu käytiin? Oliko ajankohta mielestäsi sopiva?
- Minkälaisista asioista keskustelitte ja/tai olisit kokenut tarvetta keskustella? Kenen kanssa olisit halunnut keskustella eristämiskokemuksestasi?
- Auttoiko keskustelu sinua käsittelemään eristämiseen liittyviä kokemuksiasi ja millä tavalla? Muuttuiko käsityksesi kokemuksesta keskustelun jälkeen?
- Minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on keskustelun toteutukseen liittyen?

Tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan siten, että yksittäisen vastaajan tai vastauksessa ilmenneen hoitoyksikön tunnistaminen ei ole mahdollista. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimustulosten valmistuttua. Kirjoita minulle osoitteeseen: g1552(at)student.jamk.fi tai Kaisu Hämäläinen Poste Restante 40100 Jyväskylä.

Kaisu Hämäläinen, sairaanhoitaja
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/ Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

6.11.2013

Pyydän suostumustanne osallistua opinnäytetyönä tehtyyn tutkimukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata leposide- ja/tai huone-eristämiskokemuksen vaikutusta kuntoutujaan elämään sairaalahoidon jälkeen sekä kuvata purkukeskustelun tarvetta eristämisen jälkeen että löytää sen toteuttamiselle kehittämisehdotuksia. Tutkimusmenetelmänä on tapaustutkimus ja aineistoa on tarkoitus kerätä sekä vapaamuotoisten kirjoituksin että puhelinhaastatteluin useampaan kertaan siten, että ilmiöstä saadaan mahdollisimman kattava kuvaus. Vastaukset tullaan käsittelemään nimettömänä niin, ettei vastaajan henkilöllisyys eikä hoitoyksikkö käy ilmi tutkimuksesta. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimuksesta tai haluatte keskeyttää tutkimuksen, voitte olla yhteydessä tutkijaan joko puhelimitse tai sähköpostitse. Tutkimuksen keskeyttäminen on mahdollista tutkimuksen aikana teidän niin halutessanne.

Kaisu Hämäläinen
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
G1552@student.jamk.fi
p. 040 7485847

Liite 4. Teemahaastattelu 1

Haastattelukysymykset

Teema 1. Purkukeskustelu

Mitä sinun mielestäsi eristämisen purkukeskustelu tarkoittaa?
Minkälainen näkemys sinulla on, onko se käytössä eristämisen jälkeisenä toimintamuotona psykiatrisissa sairaaloissa?

Teema 2. Kokemuksia purkukeskustelu

Minkälaisia kokemuksia sinulla on eristämisen jälkipuinnista?

Teema 3. Purkukeskustelun kehittäminen

Minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on jälkipuinnin toteutukseen liittyen?

Tarkentavat kysymykset

- Missä ja milloin keskustelu olisi hyvä käydä? Mikä ajankohta on mielestäsi sopiva keskustelulle? Tulisiko keskustelua tarjota useamman kerran?
- Kenen kanssa olisi hyvä keskustella kokemuksesta? Kokemusasiantuntijan mukaan ottaminen?
- Minkälaisista asioista olisi hyvä keskustella?
- Millä tavalla arvelet, että keskustelu voisi auttaa kokemusten käsittelyssä?
- Koetko eristämiskokemuksen läpikäynnin tärkeänä? Minkä vuoksi?
- Voiko kokemuksen läpikäymisestä olla jotain haittaa?

Liite 5. Teemahaastattelu 2

Teema 1. Miten eristyskokemus on vaikuttanut elämään sairaalahoidon jälkeen

- **Miten eristyskokemus vaikutti hoitomyönteisyyteesi**

Pelko puhua?

Minkälainen suhtautuminen oli avohoitoon?

Pelko joutua sairaalaan uudelleen?

Oman sairauden hoitaminen?

Miten eristyskokemus vaikutti sairaudentuntoosi?

Käyttäytymisen ymmärtäminen?

Millainen käsitys omasta sairaudesta jäi?

Sairauden hyväksyminen?

Miten eristyskokemus vaikutti käsitykseen itsestä ja miten tämä näyt- täytyi arjessa?

Kokemus itsestä vaarallisena itselle ja muille?

Näkyikö tämä ystävyssuhteissa? Miten muut kohtelivat?

Kokemus itsestä hävettävänä?

Tavoitteita elämälle?

Teema 2. Miten purkukeskustelu olisi voinut tukea eristämiskokemuksen käsitte- lyssä

- **Miten eristystilanteessa syntyneitä ikäviä tunteita tulisi käsitellä?**

Miten hoitohenkilökunta voisi ottaa nämä tunteet huomioon keskustelussa?

Miten hoitohenkilökunnan tulisi suhtautua mielenterveyskuntoutuajan ko-
kemukseen eristyksen tarpeettomuudesta?

- **Miten keskustelussa voisi vahvistaa omanarvontuntoa?**

Liite 6. Esimerkki sisällönanalyysin muodostamisesta

Keskeneräinen sisällönanalyysi

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Kokemus väärinkohdeksi tulemisesta	Heikentynyt hoitomyönteisyys	Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä
Kokemus mielivaltaisista toimintatavoista		
Pelko hoitohenkilökuntaa kohtaan		
Pelko tapahtuman toistumista kohtaan	Heikentynyt sairaudentunto	
Realiteettitajun hämärtyminen		
Puuttellinen ymmärrys sairaudesta		
Heikentynyt itseluottamus	Heikentynyt omanarvontunto	
Itseleimaaminen		
Pelko puhua tapahtuneesta		

Valmis sisällönanalyysi

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Epäoikeudenmukainen kohtelu	Henkilökunnan toiminta	Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia eristämisestä
Mielivaltaiset toimintatavat		
Perusteeton toimenpide		
Luottamuksen menettäminen		
Riittämätön hoitajakontakti		
Virikkeetön huone	Eristystila	
Epämukava huone	Pelon tunteet	
Pelko hoitohenkilökuntaa kohtaan		
Pelko kokemuksen toistumista kohtaan		
Pelko puhua tapahtuneesta	Muutokset omassa voinnissa	
Puutteellinen sairaudentunto		
Realiteettitajun hämärtyminen		
Heikentynyt itseluottamus		
Negatiivinen minäkuva		