



Tanja Jakonen

Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä

Akateeminen väitöskirja, joka Lapin yliopiston
kasvatustieteiden tiedekunnan suostumuksella esitetään
julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston Castrén-salissa
maaliskuun 5. päivänä 2004 kello 12

Lapin yliopisto
Kasvatustieteiden tiedekunta

Copyright: Tanja Jakonen

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 16 341 2924, fax + 358 16 341 2933
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/julkaisut

Painettu
ISBN 951-634-909-9
ISSN 0788-7604

PDF
ISBN 978-952-484-140-5
ISSN 1796-6310
www.ulapland.fi/unipub/actanet

Marille ja Mikolle

Abstract

Jakonen Tanja

Massage - a treatment for mental patients.

Rovaniemi: University of Lapland 2004, 298 pp. Acta Universitatis Lappo-
niensis 65

Doctoral thesis: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 951-634-909-9

The purpose of this study was to describe how mental patients experience massage and how massage affects these patients. Methodologically this research is a qualitative case study. The empiric research material consists of theme interviews with mental patients (5), their personal nurses (6), and a physiotherapist, observations made by personal nurses and the physiotherapist, and a survey of patient records. The empiric data was examined by inductive content analysis.

For the examined patients, the fundamental experience of massage was the feeling of well-being. This included physical, mental, and social dimensions. The most important factor in creating physical well-being was the human touch. In examining mental well-being, the main findings included the patients' improved state of mind, experienced well-being and pleasure as well as a more balanced mood. Social well-being consisted of a confidential and positive treatment relationship, where the central elements were discussions, the personality and professionalism of the masseur. The negative experiences of massage concerned physical pain and the transmission of negative sentiments during the treatment.

Massage had a clear impact on the patient's overall functional ability which included physical, mental and social capacities. The patient's physical capacity was improved mainly by relieving, lessening and removing pain, ache, anxiety, and tension. The patients became more capable of handling their daily tasks, when massage helped them to sleep more peacefully, to become more vital and active physically, and to reduce the need for medication. One manifest of the patients' improved handling of daily chores was the fact that they took themselves better care of their personal hygiene. The improved mental capacities were manifested in mental strengths such as

calmness, untension, openness, optimism, and hopefulness. In addition, these included the patient's commitment to the massage treatment, and their improved self-esteem. Massage had a clear positive effect on the patients' state of mind, which additionally improved their mental well-being. The impact that massage had on the patient's social capacity was evidenced in patients' activity, initiatives, confidence in patient - therapist relationships, and improved communication.

The findings of this research can be applied in the field of social services and health care, in providing continuing and complementary education in this field for physiotherapists, nurses and masseurs as well as in developing new treatment methods for mental health care.

Keywords: mental health, mental illness and mental disorder, massage, touch, mental patient, well-being, functional ability, case study.

Tiivistelmä

Jakonen Tanja

Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä.

Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2004, 298 s. Acta Universitatis Lapponiensis 65

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 951-634-909-9

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatristen potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Tutkimus on metodiselta luonteeltaan kvalitatiivinen tapaustutkimus. Aineisto koostuu psykiatristen potilaiden (5), omahoitajien (6) ja kuntohoitajan teemahaastatteluilta, omahoitajien ja kuntohoitajan havainnoinneista sekä potilasasiakirjoista. Tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden perustava kokemus hieronnasta oli koettu hyvä olo. Se sisälsi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon. Fyysisen hyvän olon keskeisin tekijä oli kosketus. Psyykkisen hyvän olon kokemuksista merkittävimmäksi muodostui mielialan kohoaminen, hyvän olon ja mielihyvän tunne sekä tasapainoisempi olo. Sosiaalisen hyvän olon kokemus muodostui luottamuksellisesta ja hyvästä hoitosuhteesta, jonka keskeisimmäksi tekijäksi nousi keskustelu, kuntohoitajan persoonallisuus ja ammattitaito. Hieronnan negatiiviset kokemukset muodostuivat kivusta ja negatiivisten tunteiden välittymisestä hierontatapahtuman aikana.

Hieronalla oli merkitystä potilaiden kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Keskeisimpiä fyysisistä toimintakykyä lisääviä tekijöitä olivat kipu-, särky-, tuskaisuus- ja jännitystilojen helpottuminen, väheneminen ja poistuminen. Toimintakykyisyyden lisääntyminen ilmeni potilaiden elinvoimaisuuden ja liikunnan lisääntymisenä, lääkkeiden tarpeen vähenemisenä, rauhallisena yönä ja hygieniasta huolehtimisena. Psyykkisen toimintakyvyn alueella hieronnan merkitykset ilmenivät psyykkisinä voimavaroina: rauhallisuutena, rentoutuneisuutena, vapautuneisuutena, optimistisuutena, toiveikkuutena, sitoutuneisuutena hierontaan ja itsetunnon kohoamisena. Mielialaan hieronta vaikutti merkittävästi lisäten psyykkistä hyvinvointia. Hieronnan merkitykset sosiaaliseen toimintakykyyn ilmenivät aktiivisuutena, oma-aloitteisuutena, luottamukselli-

suutena kuntohoitaja/hoitaja - potilassuhteessa ja vuorovaikutuksen edistymisenä.

Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä alan koulutuksessa, kuntohoitajan, lähihoitajan ja hierojan täydennys- ja jatkokoulutuksessa sekä kehitettäessä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveysongelma ja -häiriö, hieronta, kosketus, psykiatrinen potilas, hyvä olo, toimintakyky, tapaustutkimus.

KIITOKSET

Työskentelyni vuosia sitten mielenterveysongelmaisten kanssa oli koskettava ja herätti monenlaisia tunteita. Erityisen koskettavaa oli nähdä potilaiden psyykkinen hätä, ahdistus ja tuskaisuus. Tuolloin kiinnostuin mielenterveyteen ja mielenterveysongelmiin liittyvien tekijöiden merkityksistä ihmisten hyvinvoinnille. Pro gradu työni käsitteli mielenterveysongelmaista asiakasta työterveyshuollon sairausvastaanotolla ja terveystarkastuksissa. Tässä tutkimuksessa olen keskittynyt hierontaan psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä.

Opiskelu on lähes aina kuulunut rakkaimpiin harrastuksieni. Olen saanut opiskella oman rytmini mukaan silloin kun se on tuntunut mukavalta ja mielekkäältä. Väitöskirjan tekeminen on ollut erittäin mielenkiintoinen, haastava oppimisprosessi ja kokemus. Kasvaminen tutkijaksi ei kuitenkaan ole ollut helppoa ja tuskatonta. Se on vaatinut paljon työtä ja ollut myös hyvin yksinäistä uurastamista.

Kukaan tutkija ei kuitenkaan tee työtänsä yksin. Ilman sopivaa tukijoukkoa tutkimuksen tekeminen on mahdotonta. Tutkimusprosessi on nyt siinä vaiheessa, että on vihdoin tullut kiitosten aika. Kiitän ohjaajaani professori, KT Kyösti Kurtakkoa, joka on vuosien aikana uskonut asiaani, innostanut ja kannustuksellaan siivittänyt työtäni eteenpäin. Professori, KT Kaarina Määttä ansaitsee kiitoksen tutkimukseni loppuvaiheen ohjauksesta, rohkaisevista ja kannustavista kommentteista, jotka antoivat intoa ja voimaa tehdä tämä tutkimus loppuun. Kiitän väitöskirjatyöni esitarkastajia ma professori, THT Merja Nikkosta ja THT Ulla Talvitietä asiantuntevasta, kannustavasta, asiallisesta ja ajatuksia herättävästä kriittisestä palautteesta, jota olen heiltä saanut. Esitarkastajieni perusteellinen paneutuminen väitöskirjatyöhöni esitarkastusvaiheessa edisti tieteellistä työs-

kentelyä, opetti minulle tutkimuksen tekemisen tarkkuutta ja paransi tutkimustani.

Osoitan lämpimät kiitokseni tutkimukseen osallistuneille potilaille, kuntohoitajalle, omahoitajille ja muulle hoitohenkilöstölle hyvästä yhteistyöstä. Ilman heidän myönteistä ja avointa suhtautumistaan tutkimukseni ei olisi ollut mahdollinen. Sairaalan johtoryhmälle kuuluu kiitokset myönteisestä suhtautumisesta tutkimukseeni, hyvästä yhteistyöstä ja niistä käytännön järjestelyistä, jotka olivat työni etenemisen kannalta välttämättömiä. Erityiskiitoksen ansaitsevat sairaalan ylihoitaja ja hieronnan toteuttanut kuntohoitaja. He ovat innokkuudellaan ja myötämielisellä suhtautumisellaan vaikuttaneet siihen, että tämä tutkimus yleensä voitiin käytännössä toteuttaa.

Kiitän ystävääni TtL Kerttu Oikarista tutkimuksen alkuideasta, joka muotoutui lopulta tähän muotoon. Ystävääni koulutuspäällikkö, KM Tuula Tolppia kiitän siitä, että hän on auttanut minua tutkimukseen liittyvissä käytännön järjestelyissä. Pitkäaikaiselle ystävälleni ja tutkijakollegalleni TtL Eevi Kurtti-Sonniselle osoitan lämpimät kiitokseni siitä tuesta, kannustuksesta ja motivoinnista, jota hän on minulle puhelinseminaareissa osoittanut. Hän on elänyt myös kanssani monet epätoivon ja ilon hetket, joka on liittynyt viimeisen vuoden aikana tutkimukseni tekemiseen. Eevin kanssa käydyissä monissa väitöskirjatyöskentelyä koskevilla keskusteluilla olen saanut uskoa ja intoa tehdä tutkimukseni loppuun. FM Raija Ahlsved on tarkastanut tämän raportin äidinkielen kieliasun ja kielenkääntäjä Paula Mikkola on tehnyt tarvittavat käännökset englanniksi. Kiitos heille molemmille nopeasta ja huolellisesta työskentelystä.

Taustatukenani ja tärkeimpinä kannustajinani ovat olleet läheiseni: ydinperheeni, vanhempani ja sisarukseni. He ovat seuranneet tutkimukseni edistymistä, osoittaneet kiinnostusta,

kannustaneet opiskeluani, rohkaisseet ja tukeneet kukin omalla tavallaan. Siitä heille kiitokset. Lämpimät kiitokseni osoitan siskolleni Kielolle. Hän on kannustanut ja tukenut sekä taloudellisesti että henkisesti tämän tutkimusprosessin eri vaiheissa. Hän on koko ajan uskonut tämän tutkimuksen valmistumiseen, osannut motivoida juuri oikealla hetkellä silloin, kun itse olen ollut valmis siirtämään työni valmistumisen myöhemmäksi.

Olen työstänyt tutkimukseni kotona, mikä on vaatinut mieheltäni Artolta suurta kärsivällisyyttä ja joustavuutta. Erityiskiitos kuuluu Artolle siitä, että silloin kun kaikki on jumiutunut paikoilleen, on apu ja tuki löytynyt häneltä. Tyttäreni Mari ja poikani Mikko sekä hänen elämänkumppaninsa Anna ovat kannustaneet, tukeneet, motivoineet ja myötäeläneet tutkimuksen eri vaiheissa. Siitä heille rakkaimmat kiitokset ja lämpimät ajatukset.

Erityisen suurta iloa ovat elämäni tuoneet poikani lapset, Verna ja Mitja. Heitä kiitän siitä, että ovat omalla olemassaolollaan tuoneet elämäni sellaisia asioita, joita en osannut odottaa. He ovat ohjanneet minut kysymyksillään, tarinoillaan ja leikeillään parhaimpiin elämänfilosofisiin pohdintoihin, saaneet ajatukseni sopivasti pois tutkimuksen tekemisestä, ja ovat siten olleet tärkeimmät innoittajani ja kannustajani tämän tutkimuksen tekemisessä. Rakkaat, lämpimät ja ikävöivät ajatukseni Vernalle ja Mitjalle.

Taloudellisesta tuesta kiitän Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekuntaa.

Rovaniemellä joulukuussa 2003 Tanja Jakonen

LUETTELO KUVIOISTA

Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettiset sisältöalueet

Kuvio 2. Valtterin kokemukset hieronnasta

Kuvio 3. Hieronnan merkitykset Valtterille

Kuvio 4. Annin kokemukset hieronnasta

Kuvio 5. Hieronnan merkitykset Annille

Kuvio 6. Jennin kokemukset hieronnasta

Kuvio 7. Hieronnan merkitykset Jennille

Kuvio 8. Riitun kokemukset hieronnasta

Kuvio 9. Hieronnan merkitykset Riitulle

Kuvio 10. Veeran kokemukset hieronnasta

Kuvio 11. Hieronnan merkitykset Veeralle

SISÄLLYSLUETTELO

ABSTRACT

TIIVISTELMÄ

KIITOKSET

LUETTELO KUVIOISTA

1. JOHDANTO	15
2. KLASSINEN HIERONTA	21
2. 1. Klassisen hieronnan määrittelyä	21
2. 2. Hierontaa määrittävät tekijät	24
2. 2. 1. Hierojan koulutus	24
2. 2. 1. 1. Uudistunut ammattitutkintojärjestelmä.....	26
2. 2. 1. 2. Näyttötutkintojen tehtävät ja tavoitteet.....	26
2. 2. 1. 3. Erikoisammattitutkinto	27
2. 2. 2. Kuntohoitajan koulutusammatti, tutkinto ja toimialueet	28
2. 2. 3. Mielenterveyteen, mielenterveysongelmaan ja –häiriöön liittyvien tavoitteiden ilmeneminen kuntohoitajan ja hierojan opetussuunnitelmien oppikursseissa	30
2. 2. 4. Lähihoitajan opetussuunnitelman kuntoutuksen ja mielenterveys-/päihdetyön koulutusohjelman antamista valmiuksista mielenterveyteen ja hierontaan	33
2. 3. Hierojan hyvä ammattitaito	35
2. 4. Kosketus	38
2. 4. 1. Kosketus lähestymis- ja auttamismenetelmänä.....	39
2. 4. 2. Kosketus hoitaja – potilas vuorovaikutussuhteessa	40
2. 4. 3. Kosketus kulttuurisena tekijänä.....	42
2. 4. 4. Kosketus viestinä.....	43
2. 5. Hieronnan fysiologiset vaikutukset	45
2. 5. 1. Vaikutukset ihoon.....	45
2. 5. 2. Vaikutukset kipuun.....	46
2. 5. 3. Vaikutukset hermokudokseen.....	48
2. 5. 4. Vaikutukset eri hormonien vapautumiseen ja aivolisäkkeen toimintaan	49

2. 6. Hieronnan psykologiset vaikutukset	51
2. 7. Yhteenvedo hieronnasta psykofyysisenä tapahtumana	54
3. MIELENTERVEYS, MIELENTERVEYSONGELMA JA - HÄIRIÖ. 56	
3. 1. Mielenterveyden määrittelyä	56
3. 2. Mielenterveysongelma ja -häiriö	60
4. PSYKIATRISEN HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMISTÄ.....	67
4. 1. Psykiatrinen hoitotyö.....	67
4. 2. Lyhyt historiallinen katsaus psykiatrisen hoitotyön hoitomenetelmiin.....	77
4. 3. Vuorovaikutuksellisia auttamismenetelmiä	84
4. 4. Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista sisältöalueista	88
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	91
6. TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	92
7. TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT.....	97
7. 1. Triangulaatio	97
7. 2. Haastattelu- ja havainnointiaineistot.....	101
7. 2. 1. Tutkimukseen osallistujat.....	104
7. 2. 2. Potilashaastattelujen aineisto.....	107
7. 2. 3. Omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluaineisto	109
7. 2. 4. Havainnointiaineisto.....	110
7. 2. 5. Aineiston analyysi	112
7. 3. Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökohtia	117
8. TUTKIMUKSEN TULOKSET	120
8. 1. Alkoholipsykoosista kärsivä Valtteri.....	120
8. 1. 1. Valtterin kokemukset hieronnasta	126
8. 1. 1. 1. ” Parempaan uneen on auttanu ”	126
8. 1. 1. 2. ” Piristää ja on virkistänyt ”	129
8. 1. 1. 3. ” Jutellaan kaikenlaista ”	131
8. 1. 2. Hieronnan merkityksiä Valtterille	133
8. 1. 2. 1. ” Kipu- ja särkytilat on helepottanu ”	134
8. 1. 2. 2. ” Vähentynyt ahdistus ”	135

8. 1. 2. 3. ” Avoimuuskin on lisääntynyt ”	137
8. 2. Rajatilapotilas Anni.....	142
8. 2. 1. Annin kokemukset hieronnasta.....	148
8. 2. 1. 1. ” Helepottaa minun kipua ”	148
8. 2. 1. 2. ” Rentouttaa se sillai ”	151
8. 2. 2. Hieronnan merkityksiä Annille.....	153
8. 2. 2. 1. ” Särkylääkkeitä on tarvinnu vähemmän ” ...	153
8. 2. 2. 2. ” Rauhottuhan se ajan kanssa”	154
8. 2. 2. 3. ” Kertoo minulle paljon ”	156
8. 3. Vakavasta masennuksesta kärsivä Jenni.....	160
8. 3. 1. Jennin kokemukset hieronnasta	165
8. 3. 1. 1. ” Oikein hyvältä se tuntuu”.....	165
8. 3. 1. 2. ” Hyvällä mielellä lähen hieronnasta ”	167
8. 3. 1. 3. ” Mukava ihminen, jutellaan ”	168
8. 3. 2. Hieronnan merkityksiä Jennille	170
8. 3. 2. 1. ” Hymyä, ilmettä ja eloisuutta on tullu ”	170
8. 3. 2. 2. ” Ommaa tahtoaki ilmenee ”	172
8. 3. 2. 3. ” Tullee semmonen vilkastuminen loppua kohen ”	175
8. 4. Skitsofreniapotilas Riitu.....	179
8. 4. 1. Riitun kokemukset hieronnasta.....	183
8. 4. 1. 1. ”Jännitys on poistunut ”	183
8. 4. 1. 2. ” Oon tullu levollisemmaksi – jos lääkitystä vähennettäis ja hierontaa lisättäis, se ois hyvä minulle ”	186
8. 4. 2. 3.” Hyvin juttuun tullaan...se ymmärtää mitä mie haluan”	188
8. 4. 2. Hieronnan merkityksiä Riitulle.....	190
8. 4. 2. 1. ” Lihaskireys on vähentynyt ”	190
8. 4. 2. 2. ” Yksi keino tutkia omaa kehoaan ”	191
8. 4. 2. 3. ” Voi olla hiljaa tai jutella, luottaa minnuun ”	192
8. 5. Paranoidista skitsofreniaa sairastava Veera.....	195
8. 5. 1. Veeran kokemukset hieronnasta	200
8. 5. 1. 1. ” Kosketus tuntuu oikein hyvältä ”	200
8. 5. 1. 2. ” Mieliala on ollut virkeämpi...minulle avautuu aina se kesämökin maisema ”	201
8. 5. 1. 3 ” Tämä on ollut tärkeä tämä suhde hierojaan ”	203

8. 5. 2. Hieronnan merkityksiä Veeralle	206
8. 5. 2. 1. ” Näkkee, että on huolehtinut hygieniastaan ”	206
8. 5. 2. 2. ” Valoisampi se on ollu nyt ja keskittymiskyky on selvästi lisääntynyt ”	207
8. 5. 2. 3. ” On tullu aina sovitusti, ja niinku jäsentää arkipäivää sillä lailla ”	211
9. POHDINTA	216
9. 1. Tutkimuksen luotettavuus.....	216
9. 2. Tutkimuksen tulosten tarkastelua	226
9. 2. 1. Potilaiden kokemukset hieronnasta	226
9. 2. 2. Hieronnan merkitykset psykiatrisille potilaille	231
9. 2. 3. Koulutuksen kehittäminen ja haasteita	242
täydennyskoulutukselle.....	242
10. JOHTOPÄÄTÖKSET	248
11. JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET JA TULOSTEN KÄYTTÖ...	250
12. ENGLISH SUMMARY	252
13. LÄHTEET	256
14. LIITTEET	279

Olipa kerran Fatima-niminen nuori nainen, jota anoppi lakkaamatta moitti ja torui. Vihdoin Fatima sai tarpeekseen ja meni pyytämään kylän yrttiparantajalta myrkkyä, jolla saisi eukon hengiltä. Kotvan mietittyään parantaja antoi Fatimalle vahvantuoksuista nestettä. Hän sanoi, että kun sitä hierottaisiin päivittäin anopin ihoon, tulisi kuolema kuuden viikon kuluttua.

Fatima toimi neuvon mukaan ja hieroi anoppiaan joka päivä. Vanhan naisen paha luonto tuntui vähitellen lauhtuvan, naisten välille versoi kiintymys ja he alkoivat ymmärtää toisiaan.

Fatima alkoi katua tappohalujaan ja huolestui määräjän lähetessä yhä pahemmin. Vihdoin hän meni pyytämään parantajalta vastamyrkkyä. Viisas ukko selitti hymyillen, ettei sellaista tarvittu. Myrkky, jota Fatima oli hieronut anoppinsa ihoon oli ollut vain tuoksuviien öljyjen sekoitus - vastamyrkky tukalalle tilanteelle. (Maxwell-Hudson 1989.)

1. JOHDANTO

Tämän monitieteisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida psykiatristen potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Hieronnan kokemuksia ja merkityksiä selvitetään hieronnan taktiilisesta (kosketukseen tai tuntoaistiin perustuva tai kuuluva) ja kosketuksen antaman viestinnän näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitettäessä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä, alan koulutuksessa kehitettäessä lähihoitajan/hierojan opetussuunnitelmia ja kunto-/lähihoitajien sekä hierojien täydennys- ja jatkokoulutuksessa.

Tutkimuksen tietoteoreettiset lähtökohdat ovat fenomenologiassa ja filosofiset lähtökohdat eksistentialismissa. Tutkimus on metodiselta luonteeltaan kvalitatiivinen tapaustutkimus ja perustuu teemahaastattelulla kerättyyn aineistoon. Potilailta (5) saatua tietoa on täydennetty omahoitajien (6) ja kuntohoitajan haastatteluilla ja havainnoinneilla sekä potilasasiakirja – aineistoilla. Tämä on ensimmäinen kansallisesti ja kansainvälisesti tehty tutkimus hieronnasta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä.

Hieronta on vanha, arvossapidetty, muotonsa ja suoritustapsansa vuosituhansia lähes muuttumattomana säilyttänyt, suosittu hoitomenetelmä, jota on harjoitettu kaikissa kulttuureissa aikojen alusta. (Hernesniemi 1995, 31; Saarinen 1998, Arponen & Valtonen 1999, 17; Arponen & Airaksinen 2001, 16-17). On vaikea sanoa, mihin hieronnan satoja, jopa tuhansia vuosia kestänyt suosio perustuu. Hieronnan suosiota selittänee se, että se on yksinkertainen ja välitön ihmiskontaktin muoto. Sen taakse

ei voi kätkeytyä, eikä siinä käytetä välineitä eikä koneita, siinä on vain hieroja ja hierottava. Lääketieteen jatkuva ja nopea kehitys sekä ihmiskehon rakennetta ja toimintaa koskevan tiedon kasvu ovat vaikuttaneet hieronnan muovautumiseen tämän päivän tietoja vastaavaksi. Hieronnassa on edelleenkin kysymys käsin suoritetusta pehmeitten kudosten muokkaamisesta, kuten jo tuhansia vuosia sitten. Perinteinen hieronta on miellyttävää, rentouttavaa ja rauhoittavaa (Longworth 1982, Oleson & Flocco 1993, van Starten 1990, Corner ym. 1995, Talvitie ym. 1999, Blomqvist 2000).

Hieronnan perusta on kosketus. Sen avulla voimme tyydyttää yhden perustarpeistamme, halun koskettaa ja tulla kosketetuksi. Hieronnan ja vaihtoehtoisen lääketieteen piirissä on jo kauan oltu tietoisia kosketuksen myönteisestä vaikutuksesta sekä kehoon että mieleen (Maxwell-Hudson 1989, Mayland 1992, Pert 1994, 1997, Borelius 1995, Rautajoki 1996, Svennevig 2003). On todettu, että perheissä, joissa osoitetaan fyysistä läheisyyttä lapset ovat terveempiä, vastustuskykyisempiä, sietävät kipua (Nielsen 1989) ja kehittyvät paremmin (Field ym. 1992). Koskettelua pidetään myös edellytyksenä lapsen turvallisuudentunteen kehitykselle. (Svennevig 2003, 24). Maxwell-Hudson (1989, 6) toteaa, että jos perheenjäsenet hieroisivat toisiaan muutaman minuutinkin päivässä, välttyttäisiin monelta mielen ja ruumiin vaivalta. Kosketuksella on merkitystä koko ihmisen elämänkaaren ajan. Se on tärkeä rakkauden, lämmön, turvallisuuden, mielihyvän, ymmärtämisen ja läheisyyden välittäjä. Kosketuksella ilmaistaan sekä positiivisia että negatiivisia tunteita (Hogstel 1985, Karr 1985, Peloquin 1989, Hucstadt 1990, Vortherms 1991, Snyder 1992a, Snyder 1992b).

Suomesta hieronnan fysiologinen tutkimus puuttuu lähes kokonaan. Kansainvälisesti tarkasteltuna asiaa koskevaa tutkimusta on viime vuosina tehty muutamia (Brattberg 1999, Laun-

son ym. 1999, Tiidus 1999, Werners ym. 1999, Preyde 2000). Joitakin kansainvälisiä tutkimuksia on tehty myös hieronnan vaikutuksista ahdistuneisuuteen (Spielberger ym. 1970, Longworth 1982, Field ym. 1992, Stevens 1994), masennukseen (Faustman ym. 1990, Field ym. 1996, 1997b), pelko- ja jännitystiloihin (Oleson & Flocco 1993, Van der Riet 1993, Corner ym. 1995), unettomuuteen ja stressiin (McKehnie ym. 1983, Jodo 1988, Weinberg ym. 1989, Levin 1990, Field ym. 1992, Caan & Read 1993, Sandler 1993).

Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä ovat perinteisesti olleet lääkehoito ja erilaiset vuorovaikutukselliset menetelmät, kuten yksilö-, ryhmä-, perhe- ja verkostoterapiat sekä toiminnalliset ja luovat terapiat. (Salokangas ym. 2000, 139-140). Nyt Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä on tilanteessa, jossa mielenterveysongelmien hoitoon tarvitaan uusia auttamismenetelmiä, koska mielenterveysongelmat ja -häiriöt ovat jatkuvasti lisääntyneet, monimutkaistuneet ja ne muodostavat vakavan kansanterveydellisen ongelman. Mielenterveysongelmat olivat 1990-luvulla, ja ovat edelleen, suurimmat pitkäaikaistyöttömyyttä ja eläköitymistä aiheuttavat sairaustekijät. Mielenterveyspalvelujen kulutus on kasvanut samanaikaisesti, kun psykiatriset sairaansijamäärät ovat vähentyneet. Nämä tiedot osoittavat, että kyseessä on laaja terveysongelma. Mielenterveysongelmat aiheuttavat suuria ongelmia ja inhimillistä kärsimystä potilaille ja heidän perheilleen (Salokangas 1997, Isometsä 1999, Martti 2000, Välimäki ym. 2000) sekä yhteiskunnalle ja talouselämälle taloudellisia kustannuksia (Enäkoski 2002, Mattila 2002).

Laitospaikkojen vähentämisen ja avohoidon riittämättömyyden resurssien vuoksi psykiatrisen hoitojärjestelmä ei kykene vastaamaan jatkuvasti lisääntyviin mielenterveysongelmiin ja sen seurauksiin yhteiskunnassamme. Nopea yhteiskunnallinen

muutos, kuten työn ja perheen muutokset, syrjäytyminen, väestön jakaantuminen hyvin ja huonosti toimeentuleviin, yksilöihin kohdistuvien vaateiden kasvu elämän eri sektoreilla sekä muutosten mukanaan tuomat ongelmat ja pahoinvointi ovat vaikuttaneet mm. masennuksen lisääntymiseen huomattavasti. Myös mielenterveyshoitojärjestelmä on muuttunut niin, että päävastuu lievempien mielenterveyshäiriöiden ja pitkäaikaispotilaiden hoidosta on siirtynyt perusterveydenhuoltoon. Eri asioista johtuvat, erilaiset, ja eri asteiset mielenterveyden häiriöt ovat tällä hetkellä yleisiä etenkin perusterveydenhuollon suurkuluttajilla. Perusterveydenhuollon työntekijät ovat niitä ammattihenkilöitä, joiden puoleen asiakas/potilas ensiksi kääntyy. Edellä mainitut asiat tuovat haasteen erityisesti perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ja käyttämien menetelmien kehittämiseksi. Perusterveydenhuollon työntekijät ovat avainasemassa psyykkisten häiriöiden varhaisessa toteamisessa sekä tutkimuksen ja hoidon oikean porrastuksen järjestämisessä. (Hyvönen ym. 2002).

Psykiatriseen palvelujärjestelmään kohdistunut rakenneuudistus 1990-luvulla (Lehtinen 1991, Isohanni ym. 1992, Pylkkänen 1994, Tuori 1994, Taipale 1996, Nikkonen 1996, Lepola 1997, Salokangas 1997, Latvala 1998, Martti 2000, Kostamo-Pääkkö 2001, Mattila 2002) on vaikuttanut siihen, että avohoidossa olevat mielenterveyspotilaat ovat entistä sairaampia ja yksinäisempiä, eivätkä he saa tarvitsemaansa tukea ja hoitoa psykiatriselta hoitojärjestelmästä. Psykiatrisen hoidon painopisteen siirtyessä avohoitoon ja laitoshoidon muuttuessa lyhytkestoiseksi tarvitaan erilaisia yksilöllisiä vaihtoehtoja potilaiden selviytymisen tukemiseen. Psykiatrisen hoitotyön haasteina (Latvala 1998) voidaan nähdä mm. seuraavia: potilaan tarpeiden ymmärtäminen ja tunnistaminen, potilaan voimavarojen löytäminen ja niiden käyttäminen, potilaslähtöinen hoito sekä

yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyön keskeisin haaste on potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa. Ihmisläheinen hoito, joka sisältää mm. turvallisuuden, kunnioituksen, arvostuksen, itsensä hyväksymisen, kuulumisen johonkin, kannustamisen, luottamuksen, tiedottamisen ja itseenäisen päätöksenteon, on lähellä potilaslähtöistä hoitotyötä, johon psykiatrisen potilaan hoidossa tulisi pyrkiä. Potilaslähtöisen potilaan hyvän hoitamisen edellytyksenä voidaan nähdä myös hoitajan ja potilaan välinen yhteistoiminnallinen työskentelytapa, joka mahdollistaa potilaan aktiivisen osallistumisen hoitoonsa Latvala (1998 17-22).

Enäkosken (2002) tutkimuksen mukaan esimerkiksi masennusta hoidetaan vain lääkkeillä. Kuitenkaan, tutkimuksen mukaan, lääkehoidolla ei aina saavuteta niitä tuloksia, joita mielenterveysongelmien hoitaminen vaatisi. Lääkehoito aiheuttaa myös paljon sivuvaikutuksia, jotka lisäävät entisestään potilaiden pahaa oloa. Lepola (1997,18) on sitä mieltä, että psykiatrisen hoitotyön tutkimuksessa olisi selvitettävä, mitkä hoitotyön taidot auttavat erityisesti sairaalahoitoa tarvitsevia psykiatrisia potilaita. Edellä mainittuihin tutkimustuloksiin liittyen psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä olisi monipuolistettava ja kehitettävä. Mielenterveysongelmista ja -häiriöistä kärsiville tulisi olla tarjolla erilaisia auttamismenetelmiä lääkehoidon ja vuorovaikutuksellisten menetelmien rinnalle. Ensisijaisesti pitäisi ohjata omaisia ja muita läheisiä löytämään auttamiskeinoja näiden ongelmien helpottamiseksi ja ehkäisemiseksi. Hieronta mielenterveystyön auttamismenetelmänä voisi olla eräs ratkaisu edellä kuvattuihin ongelmiin, koska hieronta kosketuksen avulla tuottaa mm. hyvän olon, luo läheisyyden, turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta sekä rentouttaa ja rauhoittaa.

Mielenterveysongelmien ja -häiriöiden määrän nopean lisääntymisen vuoksi käytännön hoitotyössä toimivat kunto- ja

lähihoitajat sekä hierojat ovat työssään saaneet uusia ja aiempaa vaativampia haasteita vastattavakseen työelämän ja erilaisten elämäntilanteiden aiheuttamiin ongelmiin. Heidän on tärkeää tiedostaa, ja ottaa huomioon työssään mielenterveyteen sekä mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin vaikuttavat tekijät, sillä se auttaa heitä tunnistamaan asiakkaiden/potilaiden ongelmia ja valitsemaan tarkoituksenmukaiset auttamismenetelmät, kuten esimerkiksi hieronta. Tämä lisää hoidon laadukkuutta. Kyetäkseen vastaamaan edellä mainittuihin työelämän haasteisiin kunto- ja lähihoitajien sekä hierojien on tiedostettava ja päivitettävä myös koulutukselliset tarpeensa, mielenterveyteen, mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin liittyvien tekijöiden osalta, tämän päivän työelämän ammattitaitovaatimuksia vastaavaksi.

Tutkimusraportin teoreettisessa osassa kuvaan hierontaa, hierontaa määrittäviä ja mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä, psykiatrasta hoitotyötä sekä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä historiallisesta ja vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta. Tutkimustehtävien jälkeen käsittelen tutkimuksen menetelmällisiä lähtökohtia, esittelen tutkimusaineistot ja tutkimuksen empiirisen kulun. Tämän jälkeen kuvaan tutkimuksen tulokset. Lopuksi pohdin tutkimuksen luotettavuutta, esitän johtopäätökset sekä tulosten hyödyntämis- ja jatkotutkimusehdotuksia.

2. KLASSINEN HIERONTA

2. 1. Klassisen hieronnan määrittelyä

Hieronnan alkujuuret löytyvät 5000 vuoden takaa, mutta siitä huolimatta hieronnan määrittely on vielä nykyäänkin ristiriitaista ja epätarkkaa. Suomenkielisen sanan hieronta, vastineena käytetään, alkuperältään hieman epäselvää, kansainvälisesti tunnettua ranskankielistä sanaa ”massage.” Sanan alkuperä voi olla arabiankielen ”mash ” tai ”mass”, joka tarkoittaa painaa pehmeästi, kreikankielen ”massein ” (vanuttaa) tai hebrealaisesta ”mashet ” sanasta (Arponen & Airaksinen 2001, 25). Hieronnassa on erilaisia suuntauksia, joille on ominaista oma hieronnassa käytettävä tekniikka, esimerkiksi lymfa-, piste-, sidekudos-, intuitiivinen-, hermorata- kajava- jne. hieronta. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on klassinen hieronta.

Klassista hierontaa on määritelty muun muassa kosketuksena, järjestelmällisenä hoitomenetelmänä, erilaisina toimintojen joukkona, lihasten käsittelynä, taiteena ja psykofyysisenä hoitotapahtumana (esim. Alaranta ym. 1992, Mayland 1992, Snyder 1992b, Heikkilä 1996, Arponen & Valtonen 1999, Arponen & Airaksinen 2001). Kosketukseen perustuen hierontaa on kuvattu mm. kaksisuuntaisena kosketuksen ja reaktion kuluna, jossa viestinnän välineinä ovat kädet ja iho. Se ei kohdistu pelkästään kudoksiin, vaan on kokonaisvaltaista ihmiseen vaikuttamista. Hieronta on fyysikaalinen kontakti, joka tapahtuu useimmiten käsillä hierojan ja potilaan välisessä aktiivisessa vuorovaikutuksessa. (vrt. Weaver 1990).

Hierontaa voidaan tarkastella myös järjestelmällisenä hoitomenetelmänä, tapana hoitaa koskettamalla (Mayland 1992, Snyder 1992b, vrt. Svennevig 2003), jonka tarkoituksena on

saada aikaan rentoutuminen (vrt. Longworth 1982, Oleson & Flocco 1993, Corner ym. 1995). Käsillä tehtäviä hoitoja ja käsittelyjä on vain rajallinen määrä, mutta silti vaihteluvaraa on huomattavan paljon. Fyysisen kosketuksen merkitys hieronnassa on hyvin monipuolinen. Käsillä voidaan esimerkiksi rauhoittaa, lievittää ahdistusta, rentouttaa, virkistää, vilkastuttaa verenkiertoa jne. Hieronnan avulla voidaan kokea läheisyyttä ja kosketusta ilman seksuaalisia vaateita, ja sillä on aina oltava tavoite, kuten kivun lievittyminen (Kirsta 1999, Talvitie ym.1999, 14), lihasjännityksen laukeaminen, paikallisen aineenvaihdunnan ja nestekierron edistäminen (Alaranta ym. 1922, 322; Arponen & Airaksinen 2001).

Kun hierontaa tarkastellaan toimintojen näkökulmasta, sitä pidetään mm. käsin suoritettuna, erilaisten toimintojen joukkona, joka kohdistuu kehon uloimpiin kudoksiin ja jonka tarkoitus on parantava, korjaava tai terveyttä edistävä. (Arponen & Valtonen 1999, 6). Lisäksi hieronta on toimintoja, joita useimmat tekevät tietämättään. Se on esimerkiksi ohimoiden painelua kun päätä särkee, kipeiden lihasten hieromista, jäykän niskan puristelu- ja kipeän nilkan kosketusta, ilman painelua vatsasta. Kosketus lievittää kipua ja parantaa, ja kaikilla on jonkinlainen kyky hierontaan (Norberg & Szil 1993).

Alaranta ym. (1992, 322-323) näkemyksen mukaan hieronta on toimintaa, jossa hieroja tai lääkintävoimistelija (fyysioterapeutti) käsittelee potilaan paljasta ihoa ja kudoksia erilaisin ottein kämmenillä, sormenpäillä, kädensyrjillä jne. Erilaisia hieromaotteita ovat muun muassa sively- (effleurage), hankaus- (friction), pusertelu- (petrissage), taputus- (tapotement), täritys- ja ravistelutekniikka (vibratio) (Talvitie ym. 1999, 14). Eri hieromaotteita käytetään eri tarkoituksiin, kuten lihasten pehmittämiseen (Kirsta 1999), aineenvaihdunnan paikalliseen parantamiseen, paikallisen tai yleisen verenkierron vilkastuttamiseen,

imunesteen virtauksen paranemiseen (Arponen & Valtonen 1999, 17 myös Saarinen 1998, Blomqvist 2000, 137), hyytymien ja turvotusten poistamiseen sekä jännityksen ja säryn poistamiseen ja lievittämiseen. Hieronnalla pyritään, pehmeitä kudoksia käsittelemällä, vaikuttamaan myös hermo-, lihas- tai hengitysjärjestelmiin (emt). Alaranta ym. (1992, 322) määrittelevät klassisen hieronnan olevan sitä, mitä yleensä sanalla ”hieronta” ymmärretään. Se on lihasten käsittelyä erilaisin ottein, aina sen mukaan miten lihakseen halutaan vaikuttaa.

Heikkilä (1996, 71) tarkastelee hierontaa taiteena. Taitava hieroja tuntee käsillään lihasten viat ja kykenee hoitamaan potilasta yksilöllisesti potilaan tarpeista lähtien. Hyvä hieroja on kuin instrumentin virittäjä, joka edellyttää hierojalta herkkyyttä vaistota potilaan tila. Heikkilä on sitä mieltä, että ”*hyvä hieroja on painonsa arvoinen kultaa, ja tällainen hieroja pitää ihmisiä enemmän työkykyisenä kuin suuri hoitolaitos.*” Arponen ja Airaksinen (2001, 25) pitävät hierontaa psykofyysisenä hoitopahtumana, jossa käsin suoritetuilla, pehmeisiin kudoksiin kohdistuvilla, liikkuvilla, sujuvan rytmisillä ja voimakkuudeltaan oikein säädetyillä otteilla kudoksia painaen ja / tai venyttäen pyritään edistämään tai rauhoittamaan erilaisten kudosten toimintoja tietyn tavoitteen suuntaisesti.

Hieronnessa merkittävin tekijä on kosketus, mutta vain muutamissa hieronnan määritelmässä se on mainittu terminä, ensisijaisesti hierontaan liittyvänä. Useimmissa hieronnan määritelmässä kosketuksen merkitys tulee esille epäsuorasti. Nykyinen käsitys hieronnasta, on hoidollinen ja hoitotyöhön perustuva, kuten esim. Arponen ja Airaksinen (2001), Heikkilä (1996), Mayland (1992) ja Snyder (1992b) sen näkevät, ja se on myös tämän tutkimuksen käsitys. Hieronnan määritelmässä on niukasti kuvattu hieronnan psykologisia, terveyttä ja hyvinvointia edistäviä tekijöitä. Sen sijaan määritelmässä korostuu hieronnan

fysiologinen osuus. Jos hieronta määritellään vain fysiologisesti näkökulmasta, niin silloin jää huomioimatta hieronnan psykologisten vaikutusten suuri merkitys yksilön kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille.

2. 2. Hierontaa määrittävät tekijät

2. 2. 1. Hierojan koulutus

Lyhyt historiallinen katsaus hierojan koulutukseen

Varsinainen hierojakoulutus on maassamme alkanut vasta noin sata vuotta sitten. Sitä ennen hieronta tunnettiin ainoastaan kansanomaisena hoitomenetelmänä, hieromataidon siirtyessä polvesta toiseen. Suomessa aloitti toimintansa Suomen Kansanomaisen Hieromaopisto syksyllä 1893, jonka tarkoituksena oli *" Suomen kansalle ominaisten terveydenhoitotapojen, ennen kaikkea suomalaisille ominaisen hieroma - ja kylpytavan vaaliminen, kotimaisten hierojien yhteiskunnallisen aseman parantaminen ja opin tasamukainen levittäminen. "* Opetus oli pääasiallisesti käytännöllistä ja aluksi oppilaina oli vain voimistelunopettaja- ja lääkärikokelaita. Tietopuolinen opetus liitettiin koulutukseen vuonna 1897. Mauri Hartea, hieromaopiston perustaja ja johtaja, oli perehtynyt kansanomaiseen hierontaan ja yhdisti sen lääketieteellisiin oppeihinsa (Arponen & Valtonen 1999, Arponen & Airaksinen 2001). Vuonna 1904 lääkintöhallitus määräsi hierontakurssin pakolliseksi lääketieteen kandidaateille. Hieroja säilyi virkanimikkeenä vuoteen 1919, jolloin se muutettiin mekanoterapeutiksi. Vuodesta 1936 toimintaa jatkoi Saima Tawast-Rancken, jota voidaan pitää paitsi hieronnan myös suomalaisen

lääkintävoimistelun (fysioterapian) uranuurtajana. 1900-luvun alkupuolella hierojina toimivat paitsi perinteiset kansanhierojat myös hieronnan opetusta saaneet lääketieteen opiskelijat. (Arponen & Valtonen 1999, Arponen & Airaksinen 2001.)

Hieronnan opetus vapaaehtoisena aineena voimistelunopettajakoulutuksen yhteydessä alkoi vuonna 1882. Opetus jatkui vuonna 1908 alkaneen lääkintävoimistelijakoulutuksen (fysioterapia) yhteydessä. Hieronta on säilynyt esimerkiksi fysioterapeuttien opetuksen opetussuunnitelmissa aina nykypäiviin saakka. Ilmasen ja Voutilaisen (1982) mukaan eräs tunnetuimpia yksityisiä hieromakouluja on ollut Kaarlo Taskisen vuonna 1921 perustama koulu. Heidän mukaansa näkövammaisten kouluttaminen hierojiksi alkoi 1940. Myös vuonna 1972 alkaneeseen kuntohoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaan kuului täydellinen hierojan ammattipätevyyteen tähtäävä opetus.

1990-luvulla hieronnan lisääntyntä kysyntää koetettiin tyydyttää järjestämällä hierojakoulutusta työllisyyskursseina eri kurssikeskuksissa ja kylpylöissä. Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuolto-oppilaitoksissa järjestetään jatkuvana koulutuksena hierojakoulutusta. Koulutuksen kesto on 40 opintoviikkoa. Hierojan ammattitutkinto on terveys- ja sosiaalialan toisen asteen tutkinto (Opetushallitus 1995). Hierojan työ on ihmisen terveyden edistämistä, ylläpitämistä ja korjaamista sekä erilaisten, lähinnä lihasperäisten, kipujen ennaltaehkäisyä ja hoitoa/helpottamista hieronnan keinoin (Opetushallitus 1995).

2. 2. 1. 1. Uudistunut ammattitutkintojärjestelmä

Ammattitutkintolaki (306/94) ja sitä täydentävä ammattitutkintoasetus (308/94) tulivat voimaan 1. 5. 1994. Ammattitutkintolain mukaan tutkintorakenteella tarkoitetaan tutkintojen jakautumista aloittain ammatillisiin perustutkintoihin, ammattitutkintoihin ja erikoisammattitutkintoihin. Tutkintorakenteessa on vahvistettu tutkintonimikkeet ja niistä päättää opetusministeriö. Tutkintoja voidaan muodostaa eri koulutusasteille. (Opetushallitus 1995.)

Ammatilliset perustutkinnot vastaavat nuorten ammatillisessa koulutuksessa suoritettavia tutkintoja tutkintorakenteen, ammattialan kuvauksen, ammatillisten tavoitteiden ja jatko-opintokelpoisuuden osalta. Ammattitutkintolain mukaisesti suoritettu tutkinto antaa kansainvälisen kelpoisuuden ammatti-tehtäviin samalla tavalla kuin oppilaitoksessa suoritettu perustutkinto (Opetushallitus 1995.)

2. 2. 1. 2. Näyttötutkintojen tehtävät ja tavoitteet

Näyttötutkinnot ovat ammattitaidon hankkimistavasta riippumattomia. Koulutuksessa, työelämässä ja harrastuksissa hankittua osaamista käsitellään yhtenä kokonaisuutena siten, että osaaminen voidaan hyödyntää tutkinnoissa vaaditun ammattitaidon näytöissä. (Opetushallitus 1999.)

Näyttötutkinnot ovat rakenteeltaan modulaarisia. Ne muodostuvat työelämästä ja sen kehittämistarpeista johdetuista tehtäväkokonaisuuksista, joille on ominaista toiminnallisen ja tiedollisen perustan yhteisyys, ammattitaidon monipuolisuus sekä työprosessin ja sen tulosten yhdentyminen. Tutkinnon osa muodostaa ammattipätevyyden osa-alueen, joka voidaan erottaa

luonnollisesta työprosessista itsenäiseksi ja arvioitavaksi kokonaisuudeksi. Näytöt järjestetään ja suoritetaan joustavasti tutkinnon osa kerrallaan. Koko tutkinnon sijasta tavoitteena voi olla myös tietyn tai tiettyjen tutkinnon osien suorittaminen. (Opetushallitus 1999.)

Ammattitaitovaatimusten kuvauksen perustana on pätevyystyypitys, jonka katsotaan parhaiten soveltuvan ammattialalle. Kuvauksessa keskitytään ammatin ydintoimintojen vaatimukseen, toimintaprosessien hallintaan ja laaja-alaiseen ammatikäytäntöön. Vaatimukset kattavat myös työelämässä tarvittavat kielitaidolliset ja sosiaaliset valmiudet. (Opetushallitus 1999.)

Työ- ja elinkeinoelämä osallistuu näyttötutkintojen suunnitteluun ja toimeenpanoon. Työelämän ja opetusalan asiantuntijoista koostuvat tutkintotoimikunnat johtavat tutkintojen järjestämistä ja myöntävät tutkintotodistukset. Työelämän asiantuntijoita osallistuu myös näyttöjen suunnitteluun ja arviointiin. (Opetushallitus 1999.) Hierojan ammattitutkinto hyväksyttiin tutkintorakenteeseen 1995, ja ensimmäiset hierojat ovat suorittaneet tutkintonsa näyttökokeella tammikuussa 1996 (Arponen & Airaksinen 2001, 30).

2. 2. 1. 3. Erikoisammattitutkinto

Opetusministeriö hyväksyi hierojan erikoisammattitutkinnon tutkintojärjestelmään keväällä 1999. Tutkinnon perusteet otettiin käyttöön vuonna 2001. Hierojan erikoisammattitutkinnon voi suorittaa TEO:n (Terveysturvakeskus) rekisterissä oleva koulutettu hieroja tai kuntohoitaja. Tutkinnon tavoitteena on syventää hierojan ammatillista osaamista ja laajentaa valintamahdollisuuksia asiakkaiden hoitamiseksi. Tar-

koituksena on myös kehittää hierojan ammattitaitoa ohjaamisessa ja hierojan työn arvioinnissa ja siten antaa valmiuksia toimia arvioijana hierojan ammattitutkinnoissa. (Arponen & Airaksinen 2001, 33.)

Tutkinto muodostuu neljästä pakollisesta ja yhdestä valinnaisesta osasta. Erikoisammattitutkinto on valmis, kun sen kaikki osat on hyväksytysti suoritettu. Hierojan erikoisammattitutkinto yhdistettynä ammattitutkintoon antaa yleisen kelpoisuuden ammattikorkeakouluopintoihin (emt).

2. 2. 2. Kuntohoitajan koulutusammatti, tutkinto ja toimialueet

Lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeellisuuteen ja merkittävyyteen 1970-luvulla vaikutti yhteiskuntarakenteen muutos ja siihen liittyvä vanhusten ja pitkäaikaissairaiden määrän lisääntyminen. Kuntoutuspalvelujen kysynnän kasvaessa fysioterapeuttien määrä ei riittänyt vastaamaan kysyntään. Aikaisemmin oli koulutettu hierojia, joiden koulutus ei kuitenkaan antanut riittäviä valmiuksia varsinaisella terveydenhuoltoalalla esiintyvään toimintaan.

Ammattikasvatushallituksen terveydenhuolto-opetuksen toimisto perusti vuonna 1971 työryhmän laatimaan opetussuunnitelman fysioterapeutin koulutusta suppeammin koulutetulle henkilöstölle. Opetussuunnitelma tehtiin lääkintöhallitukselle tehtyjen aloitteiden perusteella. Kuntohoitajan koulutukseen sisällytettiin, terveydenhuoltoviranomaisten kannanottojen perusteella, hierojan kelpoisuuteen johtava sisältöalue. Kuntohoitajien koulutus alkoi syksyllä 1972 kolmessa sairaanhoitopilaitoksessa. Lääkintöhallituksen hyväksymänä koulutuksen saaneiden ammattinimikkeeksi tuli kuntohoitaja.

Terveydenhuoltoalalla toimivan kuntohoitajan ammatin ensisijaisena tavoitteena opetussuunnitelmassa (1984) oli työikäisen ja ikääntyvän henkilön fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen parantaminen, odotettavissa olevien toimintakyvyn häiriöiden ennaltaehkäisy ja poistaminen sellaisissa tapauksissa, jotka eivät edellyttäneet fysioterapian erityismenetelmien hallintaa. Tavoitteena opetussuunnitelmien (1984, 1992) mukaan oli myöskin antaa opiskelijalle valmiudet toimia sosiaali- ja terveydenhuollossa kuntohoitajan tehtävissä fysioterapian alueella ja lisäksi antaa valmiudet toimia itsenäisenä ammattiharjoittajana, hierojana. Opiskelijalle asetettiin tavoitteeksi saada valmiuksia toimia yhteistyössä muiden terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiden kanssa potilaan hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi hoitoprosessin mukaisesti. Opiskelijan asenteisiin pyrittiin vaikuttamaan siten, että hänellä ammatissa toimiessaan oli halua itsensä ja ammattinsa kehittämiseen, ja että opiskelija sisäistäisi hoitotyöhön ja fysioterapiaan liittyvän eettisen vastuun. (Ammattikasvatushallitus 1984, Opetushallitus 1992.) Kuntohoitajien käytännöllinen, kliininen opetus sisälsi sekä laboratorio-opetusta että ohjattua opiskelua terveydenhuollon palvelujärjestelmän erilaisissa yksiköissä. (Ammattikasvatushallitus 1984.) Kuntohoitajien lisäksi koulutuksen saaneet henkilöt työskentelevät itsenäisinä yrittäjinä tai toisen palveluksessa erilaisissa terveysalan, liikunnan ja vapaa-ajan yhteisöissä (Ammattikasvatushallitus 1984). Työympäristönä voi olla esimerkiksi hoiva-, hoito- ja kuntoutuslaitokset, kylpylät, urheilu- ja liikuntakeskukset ja kodit. Kuntohoitajat työskentelevät myös fysioterapian alueella, yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa, osallistuen perusliikunnassa ilmenevien ja muuta fyysistä toimintakykyä alentavien ongelmien selvittelyyn, fysioterapian suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Ammattikasvatushallitus 1984.) Kuntohoi-

tajien ammattityöhön sisältyy oleellisesti sellainen liikunnallinen ohjaus ja neuvonta, jonka perusteella potilas kykenee toimimaan terveyttään ja elämänsä laatua edistävällä tavalla. 1990-luvulla koulutason ammatit yhdistettiin lähihoitajan tutkinnoksi, johon myös kuntohoitajien koulutus liitettiin.

2. 2. 3. Mielenterveyteen, mielenterveysongelmaan ja –häiriöön liittyvien tavoitteiden ilmeneminen kuntohoitajan ja hierojan opetussuunnitelmien oppikursseissa

Kuvaan tässä kappaleessa kuntohoitajan (1984 ja 1992) ja hierojan (1995 ja 1999) opetussuunnitelmien oppikursseissa esiintyneitä mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja häiriöön liittyviä tavoitteita (Liitteet 5 ja 6). Kyseiset opetussuunnitelmat on valittu satunnaisesti. Opetussuunnitelmien oppikurssien (29) tavoitekuvausten tarkastelun tarkoituksena oli saada käsitys siitä, miten kuntohoitajan ja hierojan koulutuksessa eri vuosina on huomioitu mielenterveyteen liittyvät tekijät, ja miten he mahdollisesti voisivat hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia työssään, jatko- ja täydennyskoulutuksessaan. Opetussuunnitelmien tarkastelu tämän tutkimuksen kannalta auttaa ymmärtämään kuntohoitaja- ja hierojakoulutuksen antamia valmiuksia, mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja -häiriöön liittyen. Kuntohoitajan työopetusmateriaalin (1984 ja 1992) oppikurssien mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja -häiriöön liittyvien tavoitteiden tarkastelu osoitti niiden vähäisen ilmenemisen oppikurssien tavoitteissa. Tavoitteet esiintyivät yksittäisinä ja irrallisina eri tieteenalojen piirissä (Liitetaulukko 1). Tieteenaloista lääketieteen osuus hieman korostui. Myös käytäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin, yleissivistäviin sekä ammatti-

aineisiin kuuluvissa yksittäisissä kursseissa esiintyi mainitun tyyppisiä tavoitteita. Mielen terveyteen liittyviä tavoitteita oli asetettu mielen terveyden edistämiseen kolme ja hoitajan työssä jaksamiseen ja kehittymiseen kaksi tavoitetta. Muita tavoitteita esiintyi yksittäisinä ja irrallisina eri oppikursseissa seuraavasti: hieronnan psykologiset vaikutukset, sosiaalinen ja kulttuuriympäristö, terveyskasvatus, psyykkisten toimintojen ja avuntarpeen perusteiden ymmärtäminen. Mielen terveydenhäiriöön ja -hoitoon liittyviä tavoitteita esiintyi seuraavasti: mielen terveydenhäiriöt ja niihin vaikuttavat tekijät sekä työn psyykinen kuormittuminen. Näihin molempiin aiheisiin oli asetettu kaksi tavoitetta. Yksi tavoite liittyi mielen terveyshäiriön oireisiin. Kuntohoitajan vuosien 1984 ja 1992 opetussuunnitelmista löytyi molemmista neljästä oppikurssista edellä mainittuihin tekijöihin liittyviä tavoitteita. Myös hierojan vuoden 1999 opetussuunnitelman yhdestä oppikurssista löytyi yksi tavoite mielen terveyteen liittyen.

Tavoitekuvaukset opetussuunnitelmissa oli ilmaistu kirjavasti ja moniselitteisesti. Kirjoitettujen opetussuunnitelmien tulisi olla muodoltaan sellaisia, että opiskelijat kykenevät muodostamaan kokonaiskuvan opiskeltavasta aineesta tavoitekuvausten perusteella. Mielen terveyttä kuvaavat tavoitteet ilmaistaan yksittäisinä, sirpalemaisina ja asiayhteyksistään irrallisena tavoitteina, joten mielen terveyteen liittyvät tekijät ovat jääneet opetussuunnitelmien oppikurssien tavoitteiden perusteella opiskelijan itsensä koottavaksi, monitieteisestä ja ristiriitaisesta aineksestä. Tällainen tavoiteasettelu ei voi edistää opiskelijan kykyä muodostaa opiskeltavasta aineesta kokonaisuutta, tai että tietoa voisi soveltaa käytännössä. Mielen terveyttä ilmentävät tavoitteet ovat enemmän pinnalliseen oppimiseen perustuvaa osaamista kuin teemakokonaisuuksien hallintaan ja syväoppiin perustuvaa osaamista. Edellä esitetyn perusteella voi-

daan todeta, että kuntohoitajan koulutus ei ole antanut riittäviä valmiuksia, liittyen mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja-häiriöön, toimia mielenterveystyön alueella. Selviytyäkseen mielenterveystyössä kyseisten opetussuunnitelmien mukaisesti opiskelleet kuntohoitajat ovat joutuneet itse hankkimaan lisäkoulutusta esimerkiksi työpaikkakohtaisena tai muuna koulutuksena. Hierojien koulutuksen osalta voidaan myös todeta, että koulutus ei anna opetussuunnitelmien mukaan mielenterveyden osalta minkäänlaisia valmiuksia mielenterveystyöhön.

Vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyviä tavoitteita kuntohoitajan opetussuunnitelmien eri oppikursseissa (1984, 1992) esiintyi laaja-alaisesti eri tieteenalojen alalta (Liitetäulukko 2). Tavoitteissa ammatillisten aineiden osuus painottui jonkin verran. Käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden osuus oli melko tasavertainen. Myös yleissivistävien aineiden osalta opetussuunnitelmista löytyi tähän aiheeseen liittyviä tavoitteita. Eniten tavoitteita esiintyi kuntohoitajan opetussuunnitelmissa. Niitä löytyi 14 oppikurssista ja hierojien osalta kuudesta oppikurssista. Oppikurssien tavoitteissa korostuivat ihmissuhteisiin ja yhteistyöhön liittyvät tavoitteet. Myös viestintään, sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja vuorovaikutustaitojen soveltamiseen liittyviä tavoitteita löytyi. Yhteistyöhön liittyvät tavoitteet jakaantuivat eri aiheisiin seuraavasti: yhteistyö yhteisöjen kanssa, yksilö ja ympäristö, sairaus, vamma ja poikkeavuus, hoitaja – potilas – suhde, autettavana olevan tunteet ja ihmiskäsitys. Yksittäisiä tavoitteita oli mm. sukupuolisuudesta, kansainvälisyydestä ja yhteistyöstä yritysten kanssa. Viestinnän osalta tavoitekuvaukset liittyivät suulliseen ja kirjalliseen viestintään, viestin vastaanottamiseen ja lähettämiseen sekä viestin ilmaisuun ja ilmaisutapaan. Sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät tavoitteet jakaantuivat seuraavasti: manuaalinen ja verbaalinen ohjaus, ryhmässä toimiminen, käyttäytyminen ja hieronnan sosiaali-

nen vaikutus. Vuorovaikutuksen soveltamiseen, harjoittelemiseen ja kehittämisen oli asetettu muutama tavoite. Parhaiten vuorovaikutukseen liittyvät tavoitteet oli huomioitu kuntohoitajien vuoden 1992 (17) ja vuoden 1984 (10) opetussuunnitelmissa. Hierojien opetussuunnitelmissa vuorovaikutukseen liittyvät tavoitteet jakaantuivat melko tasapuolisesti vuoden 1995 (8) ja vuoden 1999 (6) opetussuunnitelmien kesken.

Opetussuunnitelmien tarkastelun perusteella voidaan todeta, että vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyvät tavoitteet antavat kyseisten koulutusalojen opiskelijoille valmiuksia toimia mielenterveystyössä.

2. 2. 4. Lähihoitajan opetussuunnitelman kuntoutuksen ja mielenterveys-/päihdetyön koulutusohjelman antamista valmiuksista mielenterveyteen ja hierontaan

Lähihoitajien opetussuunnitelman (2001) karkean analyysin perusteella voidaan todeta, että lähihoitajakoulutuksen kuntoutuksen koulutusohjelma (40ov) antaa mielenterveyden ja mielenterveysongelmien osalta perustiedot esimerkiksi kokonaisuus- ja toimintakyvyn (fyysinen 18 ov, psyykinen 6 ov, sosiaalinen 12 ov) tukemisesta ja edistämisestä, vuorovaikutuksesta ja kommunikaatiosta, itsetuntemuksesta sekä mielenterveyden edistämisestä. Koulutusohjelma antaa tietoa myös yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä kuten, psykoottiset-, mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus-, uni-, syömis-, ruumiillisina oireina ilmenevät - ja vanhuuteen liittyvät mielenterveyshäiriöt. Myös aggressiivisuuden ja itsemurhavaaran tunnistaminen kuuluvat tavoitteisiin. Opetussuunnitelman (2001) mukaan opiskelijan on osattava hyödyntää työssään mielenterveyspalvelujen kehittämistä koskevia ohjelmia esimerkiksi *Mielekäs elämä*, tunnet-

tava mielenterveys- ja päihdetyön julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palvelujärjestelmät, osattava tunnistaa mielenterveyspalvelujen tarve, tunnettava tavallisimmat mielenterveys- ja päihdetyössä käytettävät lääkkeet sekä niiden haitta- ja sivuvaikutukset. Lähihoitajien kuntoutuksen koulutusohjelman tavoitteissa opiskelijan edellytetään osaavan ohjata asiakasta tunnistamaan: mielenterveydellisiä voimavarojaan, tiedostamaan päivittäisistä haasteista selviytymistä ja elämänhallintaa tukevia psyykkisiä voimavaroja.

Hieronnan osalta kuntoutuksen koulutusohjelmassa on esitetty seuraavia tavoitteita: ” *Opiskelijan on osattava käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa (luusto, lihakset ja hermosto) hieronnassa. Hänen on tunnistettava ja osattava nimetä pinnallisten lihasten sijainti (lähtö- ja kiinnityskohdat) sekä osattava palpoimalla tunnistaa lihasten jännittyneisyyden ja rentouden tila. Hänen on tunnettava kipuun vaikuttavat tekijät, kivun eri muodot ja kipua lievittävät mekanismit. Hänen on osattava selvittää hieronnan aiheet ja vasta – aiheet. Opiskelijan on osattava suunnitella hieronta asiakaslähtöisesti ja perustellusti. Hänen on osattava klassisen hieronnan otteet. Opiskelijan on osattava tuottaa kuntoutujalle hyvää oloa, rentouttaa lihaksia ja lievittää kipua”.*

Lähihoitajien opetussuunnitelman (2001) analyysin perusteella voidaan todeta, että kuntoutuksen (40ov) koulutusohjelma ei anna valmiuksia hierontaan siinä määrin, että opiskelija tutkinnon suorittuaan pystyisi toimimaan itsenäisenä ammatinharjoittajana, hierojana. Mielenterveys-/päihdetyön koulutusohjelman analyysi osoitti, että koulutusohjelma ei anna min-käänlaisia valmiuksia hierontaan.

2. 3. Hierojan hyvä ammattitaito

Hierojan hyvä ammattitaito pohjautuu alan ammatillisessa koulutuksessa saatuun tietoperustaan. Ammatillisessa koulutuksessa hieroja saa työssään tarvittavat tiedot ja taidot mm. hieronnan hoitotapahtumasta, joka on moninainen vuorovaikutussuhde, jossa vaikuttavat asiakas/potilas, hoitava henkilö, hoitoympäristö ja aikatekijät, hierontamenetelmistä ja -tekniikoista sekä niiden yksilöllisestä ja joustavasta soveltamisesta. Myös hyvä ihmiskehon anatomian ja fysiologian, erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön, tunteminen sekä vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä edellytyksiä hierojan ammattitaidolle. (Arponen & Airaksinen 2001, 58 ja 62-69.) Hierojan ammattitaito vaikuttaa hoidon lopputulokseen ja asiakkaan tyytyväisyyteen.

Kiikkalan (1991) mukaan hoitotyö on päämäärään suuntautunutta tarkoituksellista toimintaa, jolle on ominaista rationaalisuus, joka ohjaa hoitotyöntekijöitä etsimään tietoa toimintansa lähtökohdaksi. Tämän tiedon avulla jäsennetään sitä todellisuutta, jossa hoitotyön potilas/asiakas toimivana yksilönä elää ja jossa häntä autetaan hoitotyön auttamismenetelmillä. Hoitotyö koostuu prosessiajattelun mukaisesti tarpeen määrittelystä, tavoitteiden asettamisesta, hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta sekä arvioinnista.

Tässä tutkimuksessa hoitotyöllä tarkoitetaan kokonaisuutta, joka pohjautuu monitieteiseen tietoon: asiakkaan/potilaan ja omaisten sekä eri tavoin ammatillisesti koulutettujen ja erilaisen tietopohjan omaavien työntekijöiden kanssa tehdään yhteistyötä ja potilaan erilaisiin hoitotarpeisiin vastataan käyttämällä monipuolisia ammatillisia auttamismenetelmiä. Tarkoitan tässä tutkimuksessa käsitteillä hoitotyöntekijä ja hoitohenkilöstö, kunto-, mielenterveys-/mielisairaanhoitajan ja psykiatrian erikoissairaanhoitajan tutkinnon suorittaneita.

Hoitosuhde

Hierontatapahtumaa voidaan tarkastella asiakaslähtöisenä, tavoitteellisenä ja suunnitelmallisena hoitotyönä, jossa lähtökohdiana on asiakkaan ongelmien selvittäminen. Hieronta on asiakaspalvelua, ja sen tärkeimpänä edellytyksenä on, että työntekijä kykenee luomaan avoimen, luottamuksellisen, tasa-arvoisen ja vastavuoroisen vuorovaikutussuhteen asiakkaansa kanssa. (Arponen & Valtonen 1999, 38-39; Arponen & Airaksinen 2001, 56-58).

Hierontatapahtumassa korostuu hierojan ammattitaidon ja persoonallisuuden merkitys. Hoitotyössä työskentelevältä edellytetään tiettyjä psyykkisiä ominaisuuksia, kuten hyvää itsetuntemusta, itseluottamusta ja ihmistuntemusta. Hierojan itsetuntemus ja omien tunteiden käsitteleminen ovat tärkeitä tekijöitä hierontatilanteessa. Hierojan on tiedostettava oman tunnetilansa siirtyminen kosketuksen välityksellä hierottavaan. Hänen suhtautumisessaan asiakkaisiinsa tulee esille hänen asenteensa, elämäkatsomuksensa ja ihmiskäsityksensä. Hierontatilanne on hyvin intiimi tilanne, ja hierojan on ymmärrettävä hienotunteisuuden merkitys. (Arponen & Valtonen 1999, 39; Arponen & Airaksinen 2001, 58-59).

Hyvän hierojan keskeisimpiä taitoja (emt) ovat mm. aito kiinnostus asiakasta ja hänen ongelmiaan kohtaan, asiakkaan aktiivinen kuunteleminen, empatia, erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen, asiakkaaseen keskittyminen, auttamishalu ja ulospäinsuuntautuneisuus. (vrt. Svennevig 2003, 42). Hyvä hieroja on myös ihmiskeskeinen, inhimillinen ja luonteeltaan välitön. Hierontatapahtumassa asiakas on hoidon tärkein tekijä, ja yhteistyö hänen kanssaan on olennainen osa hoitoa.

Svennevig (2003) selvitti tutkimuksessaan, hyvän olon hoidot, kosketukseen perustuvien hoitojen käyttöä hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä. Tutkittavia hoitomuotoja olivat Rosen-menetelmä, Rebalancing-kehoterapia, Kajavahieronta ja vyöhyketerapia. Hoitoja yhdisti se, että kaikissa käytettiin hoidon välineenä kosketusta. Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli: millainen merkitys hoitosuhteella hoitotyytyväisyyden kannalta on? Tutkimustulosten mukaan hoitosuhde oli hyvin keskeinen tyytyväisyyteen yhteydessä oleva tekijä. Jos hoidettavan ja hoitajan välinen vuorovaikutus toimii hyvin, hoidettavan psyykinen hyvinvointi parani ja hän oli hoitotuloksiin tyytyväinen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet pitivät hoitajaansa myös lämpimänä ja hyväksyvänä ihmisenä.

Myös Ramos (1992) on raportoinut tuloksia, jonka mukaan potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde ja sen onnistuminen ovat ehdottomasti keskeisiä potilaan tyytyväisyydelle ja terveydelle. Samoin kuin Ramos, myös Leino-Kilpi (1991, 109-110) ja Leino-Kilpi-Vuoreneho (1992, 19-21) ovat tutkimuksissaan saaneet tuloksia, joiden tutkimusten mukaan luottamuksellinen hoitosuhde on yksi hoitotyön laatuun vaikuttava tekijä. Hoitosuhteen merkitys tulee hyvin esille psykiatrisessa hoitotyössä, jossa työssä potilaan ja hoitotyöntekijän välinen vuorovaikutussuhde on itse asiassa kaikkein tärkein auttamismenetelmä.

Svennevigin (2003, 45) mukaan hoitosuhde ja hoitajan persoonallisuus ovat hoidon onnistumiselle avaintekijöitä. Hän toteaa myös, että ” hyvä hoitosuhde toimii plasebona ja paraneminen tehostuu. Huonolla hoitosuhteella on päinvastainen vaikutus. Piittaamattomuus potilaasta tai välinpitämätön ja innoton suhtautuminen hoitoon voivat estää hyviäkin menetelmiä tehoamasta parhaalla mahdollisella tavalla. ” Tasa-arvoiseen ja molemminpuoliseen luottamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluu

myös molemminpuolisen ja rehellisen palautteen vastaanottaminen ja antaminen. (Arponen & Airaksinen 2001, 58).

Hierontahoidon hyvään lopputulokseen vaikuttaa myös aikatekijät ja hoitoympäristöön liittyvät tekijät. Hierojan on varattava riittävästi aikaa hierontahoitoon, ettei kiireen tuntu häiritse hoitotapahtumaa. Hoitoympäristön tulee olla hoitotavoitteita edistävä, viihtyisä, lämmin, vedoton, miellyttävä, rauhallinen, siisti ja valoisa. (emt. 62-69.)

2. 4. Kosketus

Ammattitaitoinen hieroja toimii tavoitteellisesti tietäen miten ja mihin kehon eri toimintoihin hän erilaisten otteiden, toimenpiteiden ja kosketuksen avulla pyrkii, ja voi vaikuttaa. Hierontahoidossa potilas/asiakas ei välttämättä tiedä näiden erilaisten hieromaotteiden ja toimenpiteiden tarkoitusta ja mihin niillä pyritään vaikuttamaan, hän aistii kosketuksen antaman viestin eri merkitykset. Tästä syystä, tämän tutkimuksen kannalta on tärkeää ymmärtää kosketuksen laaja-alaisempi merkitys eli mitä sillä voidaan ilmaista yleensä hoitotyössä. Tarkastelen seuraavassa kosketusta hoitotyön/hierontahoidon lähestymis- ja auttamismenetelmän, hoitaja/kuntohoitaja - potilas- vuorovaikutussuhteen, viestinnän ja kulttuurin näkökulmasta.

Kosketuksen voima on tunnettu vuosituhansia, ja sitä on tutkittu mm. hoitotieteessä (Krieger 1979, 1987, 1990, Quinn 1984, 1988, Randolph 1984, LeMay ym. 1989, Heidt 1990, Eastabrooks ym. 1992, Routasalo 1999), geriatriassa (Hollinger 1980, Howard 1988) ja psykologiassa (Svennevig 2003). Howardin (1988) mukaan kosketus on taktisen stimulaation antamista ja vastaanottamista. Kosketuksella on sekä symbolinen että konkreettinen merkitys, ja se on fyysinen kontakti kahden

tai useamman yksilön välillä. Siihen liittyy kunnioitus kehon osia kohtaan ja henkilöiden sukupuoli ja sosiaalinen status vaikuttavat sen käyttöön. (Watson 1975.)

2. 4. 1. Kosketus lähestymis- ja auttamismenetelmänä

Kosketus kuuluu hoitotyöhön välttämättömästi (Blondis & Jackson 1988, 30). Tässä tutkimuksessa hieronta ja kosketus liitetään psykiatrisen potilaan lähestymis- ja auttamismenetelmiin. (vrt. Svennevig 2003). Hoitotyössä/hierontahoidossa hoitaja/kuntohoitaja voi kosketuksen avulla luoda läheisen suhteen psykiatriseen potilaaseen ja osoittaa hänelle välittämistä ja hyväksyntää. (vrt. Vortherms 1991). Heidtin (1990) mukaan hoitotyössä, hoitajan tietoinen itsensä käyttäminen sisältää enemmän kuin fyysisen kosketuksen aistimisen. Siihen sisältyy terapeutin yhteys, joka synnyttää toivoa. Hoitotyössä hoitajilla, ja hierontahoidossa erityisesti hierojalla, on ainutlaatuinen lupa koskettaa potilasta.

Hierontatapahtumassa keskeiseksi tekijäksi muodostuu kosketus ja sen merkitys hierottavalle. Hoitotyössä yleensä hoitajan kosketustavalla ja sillä, kuinka potilaat sen kokevat, on merkitystä potilaalle ja se vaikuttaa myös hoidon laatuun ja tuloksiin. Kosketuksella hoitaja voi ilmaista esimerkiksi psykiatriselle potilaalle lohduttamista, välittämistä, rakkautta (Heidt 1990), rauhoittamista, mielihyvää, turvallisuutta (Talvitie ym. 1999, 285), ymmärtämistä, huolehtimista, läheisyyttä ja tukea sekä empatiaa (Vortherms 1991). Useiden lähteiden (Pratt ym.1981, Peloquin 1989, Hucstadt 1990, Vortherms 1991) mukaan kosketuksella voidaan ilmaista myös negatiivisia tunteita kuten vihaa ja vastenmielisyyttä. Snyderin (1992a) mukaan kosketuksella voidaan ihminen palauttaa todellisuuteen.

2. 4. 2. Kosketus hoitaja – potilas vuorovaikutussuhteessa

Hoitaja - potilas –suhteessa, kosketus nähdään primitiivisimpänä, välittömimpänä ja voimakkaimpana kaikista kommunikatiotavoista (Thayer 1986a, Clement 1987, Hucstadt 1990). Blondis ja Jackson (1988, 13-18) kuvaavat kosketusta vuorovaikutukseksi. Tässä tutkimuksessa käsien avulla tapahtuvan koskettamisen rytmin, voimakkuuden, jatkuvuuden ja keskittyneen kontaktin avulla kuntohoitaja voi luoda läheisen vuorovaikutussuhteen psykiatriseen potilaaseen. Kosketus on kaksisuuntaista dynaamista viestintää ja siihen liittyy ihon tuntoaistin käyttö, joka toimii viestin välittäjänä. Karrin (1985) mukaan kosketuksen merkitys vuorovaikutuksessa, paranemisessa, ja parantamisessa on vuosisatojen aikana osoittautunut tärkeäksi tekijäksi. Kosketuksen avulla hoitaja voi ilmaista potilaalle huolenpitoa, joka liittyy hellyyteen. Koskettamalla tapahtuva huolenpito voi olla instrumentaalista, tavoitehakuista tai ekspressiivistä, tunneperäistä toimintaa (Clement 1987, Wharton & Pearson 1988, Eastabrooks 1989, Routasalo 1999). Pratt ym. (1981) ovat sitä mieltä, että koskettamiseen voi huolenpidon lisäksi sisältyä myös hylkäämistä, tiedostamattomuutta ja välinpitämättömyyttä. Routasalo (1993) lisää edellä mainittuihin tekijöihin vielä torjumisen ja halveksimisen.

Yllä mainittujen tekijöiden lisäksi kosketuksen kokemiin vaikuttavat hoitajasta, johtuvat tekijät (hoitajan mieliala, väsymys, kiire) elämäkokemus, persoonallisuus, työskentelyilmapiiri, hoitaja - potilas - suhde sekä potilaasta johtuvat tekijät (tilanne, ongelmat, muuttuvat tilanteet) (Peloquin 1989, Eastabrooks 1989, Snyder 1992b).

LeMay ja Redfern (1989) selvittivät kosketuksen käyttöä havainnointitutkimuksessaan, joka toteutettiin neljällä pitkäaikaisosastolla, neljällä akuuttiosastolla, yhdessä päiväsairaalassa ja yhdessä vanhainkodissa. Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka olivat olleet laitoshoidossa yli kuukauden, saivat koskettelua enemmän kuin lyhyen aikaa hoidossa olleet. Potilaat, jotka olivat hoidossa sosiaalisista syistä tai olivat hoitajien avusta riippuvaisia, saivat hoitajien ei - välttämätöntä kosketusta enemmän kuin lääketieteellisistä syistä hoidossa olevat potilaat. Hoitajien asenteilla potilaita kohtaan, kosketustavalla ja -määrällä ei ollut merkittävää yhteyttä, mutta vanhemmat (> 40-vuotiaat) hoitajat koskettivat enemmän potilaita kuin nuoret. Hovardin (1988) tutkimuksen mukaan kosketuksella osoittautui olevan voimakas vaikutus potilaalle työskennellä hoitajan kanssa. Kosketuksen käyttö lisäsi verbaalista vuorovaikutusta, tiedottamista ja läheisyyttä sekä auttoi vanhusta orientoitumaan ja vähensi hämmennystä. (Hollinger 1980, Pratt ym. 1981).

Weiss (1992) tarkastelee kosketusta laatimansa, taktiilisen vuorovaikutuksen indeksien (The Tactile Interaction Index TII), laadullisen mittarin avulla. Indeksi laadittiin Weissin (1979) taktiilisen vuorovaikutuksen symboleiden luokittelusta, videomalla 166 koehenkilön kosketusta kotioloja vastaavassa tilassa. Jokaisen henkilön kosketusta analysoi videonauhalla 5-10 arvioijaa. Taktiilisen vuorovaikutuksen symboleita laatiessaan Weiss (1979) jakoi kosketuksen kuuteen erilaiseen keskenään vaikuttavaan laadulliseen taktiiliseen symboliin: kosketuksen kestoon, sijaintiin, toimintaan, intensiteettiin, säännöllisyyteen ja aistimukseen. Weissin mukaan nämä laadulliset symbolit ovat ” kosketuksen kielen ” merkityksiä. Symbolien merkitys perustuu niiden vaikutukseen: yksilön kykyyn tunkea ja erotella sensorisesti, mielihyvä/kipu – tasapaino kehossaan, itsetuntemus ja oman kehon hyväksyminen. Weiss painottaa sitä, että

hoitajan olisi arvioitava kosketuksensa vaikutusta: onko se voimavara vai haitta, ja edistääkö kosketus fyysistä tai emotionaalista sopeutumista. Hoitajan tulisi pohtia myös erilaisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä ilmenevän kosketuksen viestiä potilaalle.

Weissin (1979) mukaan ” kosketuksen kielen ” symbolit on muutettavissa puhuttuun kieleen; eheän, kokonaisen kosketuksen viesti voisi olla: ” Sinä olet sellainen fyysinen ja sosiaalinen olento, jonka kanssa haluan olla tekemisissä säännöllisesti (säännöllisyys), ja pitkän ajan kerrallaan (kesto). Pidän koko kehostasi, en vain joistakin sen osista (sijainti). Haluan sinun tuntevan olosi hyväksi (aistimus), koska olet kykenevä tuntemaan erilaisia tuntemuksia useimmiten voimakkaasti ja intensiivisesti (toiminta, intensiteetti).” Edellä mainittujen ” kosketuksen kielen ” symbolien merkitysten ymmärtäminen, erityisesti hierontahoidon hieroja – potilassuhteessa, on merkityksellistä luotaessa vuorovaikutussuhdetta hierottavaan, tässä tutkimuksessa psykiatriseen potilaaseen

2. 4. 3. Kosketus kulttuurisena tekijänä

Tarkasteltaessa kosketuksen kokemista kulttuurisesta näkökulmasta on tärkeää, että hoitotyöntekijät, tässä tutkimuksessa erityisesti kuntahoitaja, tuntevat ja ymmärtävät potilaan kulttuuriset tekijät. Kosketuksen kokeminen, käyttö ja siihen suhtautuminen ovat sidoksissa kulttuuriin, ajattelutapoihin ja kokemuksiin. (Weber 1984, Remland & Jones 1988, Ingham 1989, Pelouquin 1989, Weaver 1990, Routasalo 1999). Joissakin kulttuureissa koskettaminen kuuluu jokapäiväiseen elämään, toisissa kulttuureissa kosketukseen suhtaudutaan negatiivisesti tai siihen ei rohkaista millään tavalla (Ingham 1989, Weaver 1990).

Hogstelin (1985) mukaan ihmiset eivät koskaan kasva erilleen kosketuksen tarpeesta. Monet aikuiset ovat oppineet välttämään kosketusta tai eivät ole tottuneet siihen, että heitä kosketetaan (Karr 1985). Tämän tutkimuksen kannalta on tärkeää muistaa, että psykiatrisen potilaan hieronnan kokemiseen vaikuttavat yksilölliset kulttuuriset tekijät, kuten ympäristö, tavat, tottumukset, arvot, käsitykset eri asioista sekä tapa ajatella ja toimia.

2. 4. 4. Kosketus viestinä

Kosketusta voidaan tarkastella sanattomana hiljaisena viestintänä. Se käsittää kehon viestit (asento, eleet, ilmeet ja silmien liikkeet, ihmisten ympäröimä tila, hiljaisuus), aktiivisen kuuntelelun ja ajan (Clement 1987, LeMay & Redfern 1989, Svennevig 2003, 21). Kosketus on varhaisin viestintämuoto, jonka ihminen oppii (Barnett 1972, Hollinger 1980, Blondis & Jackson 1988, 30) ja se on perusturva, jonka tarve säilyy koko elämän ajan (Hollinger 1980, Tobiason 1981, Hogstel 1985, Vortherms 1991, Parkkila ym. 2000, 33). Kun ikäihmisillä kuulo, näkökyky ja aistit heikentyvät sekä ruumiinkuva muuttuu, heihin saadaan kosketuksella vahvempi yhteys. Ihmisestä, jolle oma ruumis tuottaa tuskaa ja hämmennystä, huolehtiva ystävällinen kosketus on hyvin terapeutin kokemus.(Hollinger 1980).

Koskettaminen on yksi nonverbaalisen kommunikoinnin muoto, jonka hoitaja oppii omassa kulttuurissaan, kodin vuorovaikutussuhteissa, aikaisemmissa kokemuksissaan sekä työyhteisössä sosiaalistumalla kokemuksen kautta. Potilaat suhtautuvat kosketukseen oman kulttuurinsa mukaisesti. Hoitajien tulisikin muistaa tietty varovaisuus esimerkiksi psykiatrisen potilaan koskettamisessa hoidon yhteydessä. Karrin (1985) mukaan liian spontaani ja impulsiivinen koskettaminen voi säikäyttää

potilaan, ja hän voi kokea sen jopa tungetteluna. Tämän tutkimuksen kannalta erikoisen tärkeää on huomioida toisen ihmisen koskettamisen aiheuttama pelko tai ahdistus, joka psykiatrisella potilaalla voi liittyä sairauteen. Jokainen ihminen kokee koskettamisen yksilöllisesti ja reagoi siihen omalla tavallaan. Esimerkiksi hierontahoidossa hieroja voi kosketuksella viestittää mm. ymmärrystä potilaalle, jota on vaikea ilmaista sanoin (vrt. Karr 1985). Ingham (1989) ja Weaver (1990) esittävät, että kosketuksen pitäisi kuulua hoitajan perustaitoihin, hoitamiseen luonnollisena kuuluvana asiana. He pohtivat syitä siihen, miksi hoitaja ei halua tai ei voi koskettaa potilasta, ja toteavat, että se voi olla hoitajan koskettamisen taidon puute, tapa tai mieltymys olla koskettamatta potilasta. Heidän mukaansa potilaalle hoitajan koskettamisen puute voi viestiä, että syynä siihen on potilaan persoona tai sairaus.

Vortherms (1991) ja Blomqvist (2000, 137) puhuvat siitä, kuinka hoitaja voi työssään osoittaa monella tavalla potilaalle tunneperäistä koskettamista, esimerkiksi kädestä kiinni pitämällä tai ottamalla kiinni hartioista. He toteavat, että tunneperäisen koskettamisen tarkoituksena on osoittaa potilaalle välittämistä, hyväksyntää, suojelua, hoivaamista ja tiedostamista. Oliver ja Redfern (1991) sekä McCann ja McKenna (1993) tuovat esille, että koskettamista voi opiskella niin kuin muitakin vuorovaikutuksen taitoja. Heidän mielestään hoitaja ei voi tunnistaa tunneperäisen kosketuksen merkitystä, ellei hän ole sitä opiskellut.

Kosketus hoitomuotona liittyy muun muassa klassiseen ja pistehierontaan, shiatsuun (Maxwell-Hudson 1989, Mayland 1992, Snyder 1992b, Norberg & Szil 1993), kajavahierontaan, vyöhyketerapiaan, rosen-menetelmään (Svennevig 2003, 52-53), manuaaliseen ohjaamiseen (Talvitie ym. 1999, 97-100; Arponen & Airaksinen 2001), Roxendaalin kehittämään keho-terapiaan, psykomotoriseen fysioterapiaan, psykodynaamiseen

terapiaan (Talvitie ym. 1999, 170) ja rebalancing-kehoterapiaan (Svennevig 2003, 54).

2. 5. Hieronnan fysiologiset vaikutukset

Tutkimustietoa hieronnan fysiologisista vaikutuksista on vähän, ja niiden selvittämistä vaikeuttaa se, että hieronnalla on hyvin moninainen ja monta eri mekanismia käyttävä vaikutus elimistöön. Näitä ovat esimerkiksi hieronnan mekaaninen, kemiallinen, reflektioninen sekä psykologinen vaikutus. Hieronnan vaikutukset ovat aina yhteisvaikutuksia, eli jokainen edellä mainituista vaikutusmekanismeista toimii yhdessä muiden kanssa. (Arponen & Valtonen 1999, 49; Arponen & Airaksinen 2001, 71-74.)

Esitän tässä osiossa niitä hierontahoidon fysiologisia vaikutuksia kehon eri toimintoihin, jotka ovat tämän tutkimuksen ymmärtämisen kannalta olennaisia. Näitä vaikutuksia ovat mm. vaikutukset ihoon, kipuun, hermokudokseen, eri hormonien vapautumiseen ja aivolisäkkeen toimintaan.

2. 5. 1. Vaikutukset ihoon

Kirjallisuuden (Arponen & Valtonen 1999, 50-51; Arponen & Airaksinen 2001, 74) mukaan iho on hyvin soveltuva vastaanottamaan ja välittämään hieronnan vaikutuksia eteenpäin, ja se on tärkein kosketustunnon välittäjä. Hieronnalla on mekaanisia vaikutuksia ihon syöttösoluihin. Faustmanin ym. (1990) mukaan jo kevyt mekaaninen ihon puristelu aiheuttaa histamiinin ja serotoniini johdannaisten vapautumisen solujen lähimpään ympäristöön. Histamiini ja serotoniini johdannaisineen laajen-

tavat pieniä verisuonikapillaareja, mikä aiheuttaa ihon lievää kuumotusta ja punoitusreaktion (Arponen & Valtonen 1999, 50-51; Arponen & Airaksinen 2001, 74). Tämä mekaaninen vaikutus muuttuu kemialliseksi vaikutukseksi. Pertin (1994) mukaan erilaiset polypeptidit toimivat välittäjäaineena ihoon kohdistuvan mekaanisen hierontavaikutuksen muuttumisessa paikalliseksi kemialliseksi reaktioksi. Ihosta sisäelimiin johtuvat ns. kuti-viskeraaliset refleksit selittävät monia hieronnan etäisvaikutuksia samoin kuin eräitä sidekudoshieronnassa, akupainannassa ja vyöhyketerapiassa tavattavia ilmiöitä. (Arponen & Valtonen 1999, Arponen & Airaksinen 2001).

2. 5. 2. Vaikutukset kipuun

Malmbergin (2000, 185) mukaan kipureseptorit ovat avoimia hermopäätteitä, ja niitä on paljon esimerkiksi iholla, limakalvoissa, nivelissä, nivelsiteissä, sisäelimissä, luukalvossa, lihaksissa ja hermorungossa sekä aivokalvoissa. Hänen mukaansa kipureseptoreita on vähän tai ei ollenkaan maksakudoksessa, munuaisissa (ei munuaisaltaan alueella), aivoissa ja keuhkoissa. Liukkonen ym. (1998) sekä Saresvaara ja Ojala (2000, 48) esittävät, että kipuaistimus välittyy keskushermostoon iholla ja muissa kudoksissa olevista reseptoreista hermosyiden ja välittäjäaineiden avulla. Kipukohdasta vapautuvat kemialliset aineet herkistävät hermopäätteet ja välittävät impulssin selkäyttimeen ja sieltä edelleen väliaivoihin, joissa kipuaistimus syntyy. Aivokuoressa tunnistetaan kivun laatu, voimakkuus ja sijainti. Liukkonen ym. (1998) ja Malmberg (2000) tuovat esille välittäjäainetasolla keskushermostossa kivun aistimukseen vaikuttavat kolme järjestelmää: endorfinerginen järjestelmä, joka liittyy fyysiseen vireystilaan, serotonerginen järjestelmä, joka liittyy

psykkiseen perusvireeseen ja noradrenerginen järjestelmä, joka liittyy stressiin.

Meltzakin ja Wallin (1965) kehittämän akupunktuurin kiteorioista niin sanottu porttikontrolliteoria sopii käytettäväksi myös hieronnassa. Porttikontrolliteorian mukaan kipuimpulssit, jotka kulkevat ohuissa ja hitaissa hermosäikeissä, estetään aikaansaamalla tuntoimpulsseja, jotka kulkevat paksuissa ja nopeissa hermosäikeissä. " Portti " (keskushermostossa) suljetaan kipuimpulsseilta, ja tämän sulkemisen suorittavat hieronnan aikaansaamat tuntoimpulssit. Akupunktuurin kivunpoistoa koskevissa tutkimuksissa (Laatikainen 1989, Chan ym. 1993, McLean ym. 1994) on selvitelty endorfiinien (ks. Svennevig 2003, 51) ja enkefaliinien kipua lieventäviä vaikutuksia. Tutkimusten (McNair 1971, Pert 1997), mukaan näiden samojen aineiden voidaan katsoa liittyvän myös hieronnan kipua poistaviin vaikutuksiin. Kipu on monimuotoinen ilmiö, ja erilaisilla tunnetiloilla on merkittävä osuus kivun syntymisessä (ks. Svennevig 2003, 45-47). Tämän vuoksi hieronnan sosiaalisella merkityksellä voi olla huomattava vaikutus potilaan kokemaan kipuun (Alaranta ym. 1992, Blomqvist 2000).

Tutkimusten (Ferrel & Glick 1993, Van der Riet 1993, Stevens 1994, Corner ym. 1995) mukaan hieronnalla on edullinen vaikutus monenlaiseen kivuliaaseen tuntemukseen, ja se on turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Kivun ja hieronnan kipua lievittävän vaikutuksen kokeminen on subjektiivista (Alaranta ym. 1992, 69; Saresvaara & Ojala 2000, 47). Brattberg (1999) on raportoinut tuloksia, jonka mukaan hieronta helpotti fibromyalgiapotilaiden subjektiivista kipua ja paransi koettua toimintakykyä, heidän saatuaan 15 kertaa sidekudoshierontaa. Launson ym. (1999) selvittivät seurantatutkimuksessaan niska-, hartia- ja päänsärkypotilaiden lääkkeiden käytön muutosta hierontahoidon avulla. Tulosten mukaan kolmen kuu-

kauden seurantajakson jälkeen 81% : lla potilaista niska- hartia- seudun kipu ja päänsärky väheni tai he paranivat. Säännöllisesti lääkkeitä käyttäneistä potilaista 19 % lopetti lääkkeiden käytön kokonaan. Myös Puustijärvi ym. (1990) ovat saaneet tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia kuin Launson ym. Tutkimukseen osallistui 21 kroonisesta jännityspäänsärystä kärsivää naista. Heistä jokainen sai kahden ja puolen viikon aikana kymmenen rentouttavaa yläselän hierontaa. Tulosten mukaan naisilla esiintyi välittömästi hierontajakson jälkeen merkittävästi vähemmän päänsärkyä, ja esiintyvyys pysyi monta kuukautta alhaalla.

Preyden (2000) tutkimuksessa verrattiin sub-akuuttia selkäkipua kärsivillä potilailla perinteisen hieronnan, pehmytkudosmanipulaation ja lääke- ja harjoitushoidon sekä ryhtineuvonnan vaikuttavuutta toisiinsa. Tulosten mukaan selkävauriosta kärsivät potilaat kokivat subjektiivisen toimintakykynsä parantuneen ja kivun vähentyneen välittömästi saatuaan hierontaa, kolmea vertailuhoitoa saaneisiin verrattuna. Päinvastaisen tuloksen kuin Preyde saivat Kankaanpää ym. (1999) tutkimuksessaan, jossa verrattiin kroonisten selkäkipupotilaiden aktiivista harjoittelua ja hierontahoitoa. Potilaita seurattiin puolen vuoden ja kahden vuoden ajan. Tulosten mukaan aktiivinen harjoittelu lievitti potilaiden kipua ja paransi heidän subjektiivista koettua toimintakykyään ja lihaskestävyyttään huomattavasti paremmin kuin hierontahoito. Hieronnan kipua lievittävästä vaikutuksesta ovat raportoineet myös Pihlajaniemi (1992) ja Vallimies-Patomäki (1998), joiden tutkimusten mukaan hieronta auttoi useimmiten synnytyskipujen lievittymistä.

2. 5. 3. Vaikutukset hermokudokseen

Hieronnan vaikutus hermokudokseen on melko vähäinen. Joitakin vaikutuksia hermoihin hieronnalla kuitenkin on, esimerkiksi vaikutus kipuun. Woodin (1974, 51) mukaan hieronta vaikuttaa sekä keskushermostoon että paikallisesti tuntoaistiin ja mahdollisesti myös motorisia toimintoja säätelevään hermostoon. Usein hieronta koetaan rentouttavana, rauhoittavana, hie- man unettavana ja yleisenä hyvän olon tunteena. Tämä johtuu ihon tuntohermoradoista, jotka ovat keskushermoston välityk- sellä yhteydessä aivoihin. Vaikutus tuntuu koko kehossa ja vä- hentää stressiä (Caan ja Read 1993, Oleson & Flocco 1993, Sandler 1993, Touch Research Institute 1996). Hieronnan aika- na saavutettu rentoutuminen saa aikaan luonnollisen palleahen- gityksen, joka on tärkeä vatsan alueen hyvinvoinnille. Kuona- aineiden kasautumisesta johtuva stressi ja uupumus vähenevät ja aineenvaihdunta paranee. (Blomqvist 2000, 137.)

2. 5. 4. Vaikutukset eri hormonien vapautumiseen ja aivolisäkkeen toimintaan

Tutkimusten (Spielberger ym. 1970, McNair ym. 1971, Field ym. 1996) mukaan hieronta vaikuttaa hermostossa olevien välittäjäaineiden, kuten histamiinin, serotoniinin ja dopamiinin vapautumiseen kudoksista. Adrenaliinia ja noradrenaliinia va- pautuu huomattavassa määrin. Ne stimuloivat keskushermostoa ja seurauksena voimakkaasta hieronnasta on virkistävä vaiku- tus. (Arponen & Airaksinen 2001.)

Pertin (1994) mukaan vanhojen tunnetottumusten arvellaan säilyvän selkäytimen hermosoluissa ja hermoston muissa so- luissa. Aktivoimalla nämä alueet kosketuksella hieronta vaikut- taa mieleen. Hierominen aiheuttaa rentoutumisreaktion ja saa neuropeptidit, kemialliset ” viestinviejät ” virtaamaan hermos-

ton läpi aivoihin. Tunnetuimpia neuropeptidejä ovat endorfiinit, jotka tuottavat miellyttäviä ja myönteisiä tunteita. Svennevigin (2003, 51) mukaan ” endorfiinit vaikuttavat elimistössä monella tavalla: ne vaimentavat sydämen ja keuhkojen fysiologisia refleksejä, laajentavat verisuonia mm. ihossa, vaimentavat useiden elinjärjestelmien sympatikus-toimintaa, vaikuttavat kasvuhormonin, prolaktiinin ja vasopressiinin eritykseen ja niiden arvelaan vaikuttavan psyyken toimintoihin, tunteisiin, oppimiseen ja muistiin. Endorfiinit voivat vaikuttaa aivojen hypothalamuksen hormoneihin ja näiden välityksellä lisämunuaisen kuorikerroksen hormoneihin ja sitä kautta moniin fysiologisiin tapahtumasarjoihin. Niinpä vaikutuksia voidaan havaita aineenvaihdunnassa (veren valkuais- ja rasvahappopitoisuudessa) nestetasapainossa ja immunologisissa toiminnoissa. ”

Pert (1994) esittää myös, että ahdistuksella, vihamielisyydellä ja negatiivisilla tunteilla saattaa olla kielteinen vaikutus immuunijärjestelmään, joka puolustaa kehoa infektioilta. Hänen mukaansa ahdistusta vähentämällä, mielialaa parantavalla ja rentouttavalla hieronnalla on tärkeä rooli immuunijärjestelmän tukijana ja terveyden edistäjänä. Myös Touch Research Institute (1996) on raportoinut hieronnan vaikutuksia immuunijärjestelmään. Tutkimus kohdistui HIV - positiivisiin miehiin. Osallistujat saivat kuukauden ajan, viisi päivää viikossa, 45 minuuttia hierontaa. Tutkimuksen lopussa stressihormoni kortisolin tasot olivat laskeneet ja mielialaan vaikuttavan hormonin, serotoninin, nousseet. Merkityksellistä tutkimuksen mukaan oli, että hierontaa saatuaan osallistujat tuottivat enemmän soluja, jotka torjuvat viruksia ja bakteereja. Tutkimukseen osallistujat korostivat myös sitä, miten tärkeää hieronta heille oli. Se antoi heidän elämäänsä myönteisen lisän. Paitsi että se lievitti fyysisiä vaivoja, se sai heidät tuntemaan, että heistä välitettiin ja että heitä tuettiin.

Rautajoen (1996, 14) mukaan hieronnan on todettu vapauttavan myös betaendorfiineja, jotka ovat kivunsaätelyn ja elimistön hyvän olon tunteeseen liittyviä neurohormoneja. Borelius (1995, 86) esittää, että betaendorfiinien on todettu olevan maksimissaan noin viiden minuutin kuluttua hieronnan jälkeen ja olevan koholla vielä tunnin kuluttua verenkierrosta mitattuna.

Kirjallisuuden (Talvitie 1999, 170; Sane 2000, 123) mukaan hieronnalla on huomattava vaikutus aivolisäkkeen toimintaan. Tiettyjen alueiden stimulaatio vapauttaa aivolisäkkeen takalohkosta hormoneja verenkiertoon, esimerkiksi oksitosiinia. Borelius (1995, 73) puhuu oksitosiiniradoista, jotka kiertävät lähes koko aivojen ympäri. Hänen mukaansa ne kulkevat stressi-, levottomuus- ja kipukeskuksen sivuitse. Borelius esittää, että esimerkiksi stressi aiheuttaa oksitosiiniratojen tukkeutumisen ja voi estää imetyksen. Borelius (1995, 88) ja Sane (2000, 123-124) tarkastelevat oksitosiinin vaikutuksia parisuhteeseen. He toteavat, että parisuhteen kannalta oksitosiini on osoittautunut " yhteenkuuluvuuden " hormoniksi. Rakastelun yhteydessä syntyy hyvin paljon oksitosiinia, joka luo tunneperäistä yhteenkuuluvuutta.

2. 6. Hieronnan psykologiset vaikutukset

Hieronnan psykologisista vaikutuksista on jonkin verran tieteellistä tutkimusnäyttöä (vrt. Svennevig 2003). Myös kokemusperäisten havaintojen perusteella voidaan olettaa, että psykologiset vaikutukset ovat merkittäviä (Arponen & Airaksinen 2001, 82).

Yleensä perinteinen hieronta koetaan miellyttävänä, ja " hyvää tekevänä " hoitona. Vain hyvin harvat ihmiset eivät pidä hieronnasta. Hierojan taitamattomuus voi aiheuttaa kipua tai

muita epämiellyttäviä kosketusaistimuksia, jolloin hieronnan tuottama mielihyvän kokeminen luonnollisesti estyy (Wood 1974, 59; van Starten 1990, 87). Hieronta myös rauhoittaa (Longworth 1982, Maxwell-Hudson 1989, 8; Norberg & Szil 1993, 13; Talvitie 1999, 170; Blomqvist 2000, 137).

Stressi- ja jännitystilat ovat syynä useisiin vaivoihin. Stressi ilmenee fyysisenä jännityksenä, lihasten kireytenä, henkisenä ylijännittyneisyytenä tai ahdistuksena. Nämä tekijät vaikuttavat elimistön toimintoihin negatiivisesti esimerkiksi ruoansulatukseen (Sandler 1993). Tutkimusten mukaan huolella tehty hieronta poistaa psyykkisiä pelko- jännitystiloja (Oleson & Flocco 1993, Van der Riet 1993), vähentää stressiä ja unettomuutta (McKehnie ym. 1983, Jodo 1988, Weinberg ym. 1989, Levin 1990, Field ym. 1992, Caan & Read 1993), rentouttaa kireät lihakset, vähentää ahdistusta (Spielberger ym. 1970, Longworth 1982,) ja masennusta (Faustman ym. 1990, Field ym. 1996, 1997b).

Stevensin (1994) tutkimuksessa 100:lle sydänleikkauksesta toipuvalla potilaalla annettiin 20 minuuttia jalkahierontaa. Tulosten mukaan jalkahieronta alensi pelko- ja ahdistustasoa, vähensi kipua ja lievitti jännitystä. Myös Corner ym. (1995) ovat raportoineet tutkimuksesta, jossa 24:lle syöpäpotilaalle annettiin kahdeksan kertaa hierontaa viikossa. Kontrolliryhmään verrattuna hierontaa saanut ryhmä oli vähemmän peloissaan, rentoutuneempi, koki vähemmän kipuja ja oli enemmän jalkeilla. Van der Rietin (1993) vertaileva tutkimus 60 leikkauspotilaan peloista osoitti, että hieronta vähentää kipua ja pelkoa. Puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista sai ennen leikkausta 45 minuuttia hierontaa, ja heidän todettiin olevan paljon vähemmän peloissaan kuin niiden potilaiden, jotka eivät saaneet hierontaa.

Longworthin (1982) tutkimuksessa 32:lta hoitoalan opiskelijalta mitattiin stressitaso kymmenen minuutin levon jälkeen, kolme ja kuusi minuuttia kestäneen hitaan selkähieronnan jälkeen, ja vielä kymmenen minuutin levon jälkeen. Opiskelijoiden ahdistustasot testattiin joka kolmas minuutti, ja tulokset osoittivat, että kuuden minuutin hieronta vaikutti autonomiseen hermostoon rauhoittavasti ja tuotti rentoutuneen tilan. Field ym. (1992) tutkimuksen mukaan hieronta helpottaa erilaisia psyykkisiä tunnetiloja. Tutkimukseen osallistui 52 psyykkisten ongelmien takia hoidossa ollutta lasta ja nuorta. Heille annettiin viiden päivän ajan 30 minuuttia kerrallaan selkähierontaa. Verrattuna kontrolliryhmään, joka oli katsellut rentouttavia videoita, hierotut potilaat olivat vähemmän ahdistuneita, levottomia, ja lisäksi he nukkuivat paremmin ja olivat yhteistyöhaluisempia. Myös McKehnie ym. (1983), Weinberg ym. (1989) sekä Caan ja Read (1993) ovat raportoineet samansuuntaisia tuloksia hieronnan vaikutuksista yöunen paranemiseen.

Kirjallisuuden mukaan, (van Starten 1990, 87; Arponen & Airaksinen 2001, 82) h Hieronta, paitsi lievittää saajan levottomuutta, auttaa häntä lisäämään tietoisuuttaan omasta kehostaan (Mayland 1992, Norberg & Szil 1993, 12 ja 97). Wood (1974, 59) esittää, että hierojan asiakkaaseensa keskittämä huomio yhdessä hieronnan aiheuttaman rentouttavan, fyysisen tunnekokemuksen kanssa muodostaa läheisen ja hyvin luottamuksellisen suhteen asiakkaan ja hierojan välille. Hieronta myös tukee hoitosuhteen muodostumista ja lisää yhteistyöhalukkuutta (Blomqvist 2000, 137).

Norberg ja Szil (1993, 97) toteavat hieronnan antavan hyvän olon, turvallisuuden ja ilon tunteen sekä vapauttavan energiaa rentoutumisen myötä. Rentouttavan ja rauhoittavan (Oleson & Flocco 1993) vaikutuksensa ansiosta hieronta auttaa sel-

viämään myös paremmin arjesta sekä toipumaan helpommin ja nopeammin vaikeista tilanteista (Levin1990).

Eri lähteiden (Mayland 1992, 31; Talvitie ym. 1999, 163; Keltikangas-Järvinen 2000, 202-203, vrt. Svennevig 2003, 14-15) mukaan hieronta tyynnyttää, tasapainottaa ja piristää, antaa myönteisiä kokemuksia kehosta ja auttaa ihmistä hyväksymään itsensä paremmin. Pert (1994, 1997) on sitä mieltä, että mieli ja keho ovat erottamattomasti yhteydessä toisiinsa. Kehon ja mielen yhteys toimii siten, että hyvä fyysinen kunto vaikuttaa mielen ja henkinen rentoutuminen auttaa kehoa toimimaan paremmin. (ks. Svennevig 2003).

Hieronta on säilynyt suosittuna hoitomenetelmänä vuosituhansien ajan. Lääketiede ja hoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti, mutta samalla ne ovat tulleet yhä persoonattommiksi. Ehkäpä juuri näistä syistä hieronnan kysyntä on selvästi kasvanut. Hieronnan aikana potilas saa hoitajan jakamattoman huomion osakseen. Tähän liittyy yleensä miellyttävä kosketusaistimus, joka lähes poikkeuksetta luo läheisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen potilaan ja hoitajan välille (Alaranta ym. 1992, 322). Hieronnan aikana potilas rohkaistuu usein kertomaan huolistaan ja ongelmistaan sekä sairautsiensa taustatekijöistä, millä jo sinänsä saattaa olla psyykkisesti rentouttava vaikutus (Arponen & Valtonen 1999).

2. 7. Yhteenveto hieronnasta psykofyysisenä tapahtumana

Hieronta on psykofyysinen hoitotapahtuma, jossa käsin suorite-
tuilla, pehmeisiin kudoksiin kohdistuvilla erilaisilla otteilla pyritään edistämään tai rauhoittamaan erilaisten kudosten toimintoja tietyn tavoitteen suuntaisesti (Arponen & Airaksinen 2001, 25).

Hieronnan perusta on kosketus. Kosketuksen avulla potilaalle/asiakkaalle voidaan ilmaista sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Hoitotyöhön kosketus kuuluu välttämättömästi ja sitä voidaan tarkastella eri näkökulmista, kuten lähestymis- ja auttamismenetelmänä (Vortherms 1991), hoitaja - potilas - vuorovaikutussuhteessa (Thayer 1986a, Clement 1987, Hucstadt 1990), viestintänä (Clement 1987, Karr 1985) ja kulttuurillisena tekijänä (Hollinger 1980, Ingham 1989, Peloquin 1989). Tässä tutkimuksessa kosketusta tarkastellaan psykiatristen potilaiden hieronnan kokemusten kautta.

Ammatillisessa koulutuksessa hieroja saa ammattinsa harjoittamiseen tarvittavat valmiudet. Uudistuneen ammattitutkin-
tojärjestelmän (1994) mukaan hierojan ammattitutkin-
non voi suorittaa kuka tahansa osoittamalla ammattitaitonsa näyttötut-
kinnossa. Hierojan hyvä ammattitaito koostuu mm. hieronta-
menetelmien ja tekniikoiden hallinnasta, hierojan persoonalli-
suudesta, vuorovaikutustaidoista, hyvästä ihmiskehon, anato-
mian ja fysiologian tuntemuksesta.

Hieronnan fysiologisista vaikutuksista (kivun lievitys) on tehty muutama tieteellinen tutkimus (Brattberg 1999, Launson ym. 1999, Preyde 2000). Tutkimusten mukaan huolella tehty hieronta mm. rauhoittaa, rentouttaa, virkistää, vähentää ahdistusta, masennusta ja pelkoa, poistaa psyykkistä ja fyysistä jännitystä ja stressiä sekä tuo hyvän olon tunnetta. (Spielberger ym. 1970, Longworth 1982, McKehnie ym. 1983, Jodo 1988, Weinberg ym. 1989, Faustman ym. 1990, Levin 1990, Field ym. 1992, Caan & Read 1993, Oleson & Flocco 1993, Sandler 1993, Van der Riet 1993, Corner ym. 1995). Tämän tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on hieronnan käyttömahdollisuuksien selvittäminen psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä.

3. MIELENTERVEYS, MIELENTERVEYSONGELMA JA - HÄIRIÖ

Tarkastelen mielenterveyden käsitettä sekä mielenterveysongelmia ja -häiriöitä niiden sisällöllisestä näkökulmasta. Mielenterveys, mielenterveysongelma ja -häiriö käsitteiden määrittelyjen jälkeen tarkastelen mielenterveysongelmista masennusta eli depressiota, koska se on osatekijänä lähes kaikissa mielenterveysongelmissa ja -häiriöissä. Masennus on myös yleisin työkyvyttömyyttä ja eläköitymistä aiheuttava mielenterveysongelma tällä hetkellä. Seuraavassa tarkastelen mielenterveyttä, biologis - geneettisestä/lääketieteellisestä, psykodynaamisesta, kognitiivisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta.

3. 1. Mielenterveyden määrittelyä

Mielenterveys käsitteenä on moniulotteinen ja sen määrittely yksiselitteisesti on ongelmallista, jopa mahdotonta. (Salonen 1998, 69; Vuorinen 2000, 230). Määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit, lainsäädäntö, ihmisen omat tarpeet ja eri esittäjien käsitykset mielenterveydestä. (Salonen 1998, 69).

Biologis - geneettinen näkökulma

Biologis - geneettisessä näkökulmassa korostetaan biologisten, fyysisten ja perinnöllisten seikkojen osuutta mielenterveyteen ja mielenterveysongelmien syntyyn. Edellä mainitut tekijät säätelevät mielenterveyden rakentumista. (Jokinen 2000, 24). Tässä

näkökulmassa painottuvat biologisten tekijöiden yhteydet aikuisiän psyykkiseen kokemusmaailmaan.

Ihminen on ympäristönsä ohella jatkuvassa vuorovaikutuksessa kehonsa kanssa. (Vuori-Kemilä, 2000, 15; ks. Mayland 1992). Psykyen ja elimistön kiinteästä vuorovaikutuksesta johtuen yksilön psyykkiset kokemukset, kuten pelko ja ahdistus, ilmenevätkin useimmiten psykosomaattisina oireina esimerkiksi sydämentykytyksinä, hikoiluna tai jännittyneisyytenä. (Isohanni ym. 1996, 20, Salokangas 1997, 97-100). Toisaalta fyysiseen kokemukseen, kuten hikoiluun liittyy aina psyykinen kokemuksellisuus, esimerkiksi epätoivo ja ahdistuneisuus. (Vuori-Kemilä, 2000; 15).

Biologis - lääketieteellinen näkökulma

Biologis - lääketieteellinen näkökulma korostaa yksilön kokemusten sijasta biologisia ja lääketieteellisiä seikkoja. Tämän näkökulman mukaan mielenterveys on tila, josta sairaus tai oireet puuttuvat (Jokinen 2000, 24). Edellä mainittu näkökulma mielenterveyteen on negatiivinen, ja on enemmänkin mielen-terveyshäiriön kuin mielenterveyden määritelmä. Näkökulma tuo esiin ajattelun, että normaalin eli terveen ja sairaan rajat ovat yksiselitteisesti ja objektiivisesti määriteltävissä. Mielenterveys on luonteeltaan kokonaisvaltainen ja mielenterveyttä näin määriteltäessä se jää irralliseksi ihmisen kokonaisuudesta.

Psykodynaaminen mielenterveyskäsitely

Psykodynaamisen mielenterveyskäsitelyn mukaisesti psyykkisten tapahtumien kokonaisuuden saavat aikaan psykologiset voimat. Näkemyksen ydintä ovat ihmisen subjektiivinen sisäinen maailma ja sen lainalaisuudet. Psykodynaamisen näkemyksen mukaan mielenterveyden keskeisin tunnusmerkki on tosiasioiden tiedostaminen eli realiteetin taju (ks. Hirvonen 1989, 180; Helminen & Kauttu 1998, 110; Martti 2000, 12). Mielenterveyteen sisältyy tämän näkemyksen mukaan myös realistinen käsitys itsestä, hyvä itsetunto, itseluottamus ja itsearvostus. (Jokinen 2000, 26; Taipale 1998, 12). Mieleltään terveellä ihmisellä on kykyä kohdata elämään kuuluvat kriisit, selvitä vaikeuksista ja ongelmista (Helminen & Kauttu 1998, 111; Vuorinen 2000, 232; ks. myös Martti 2000), kestää kohtuullista räsitystä, pettymyksiä, mielipahaa ja ristiriitoja (Hirvonen 1989, 180).

Vuorovaikutus ja ihmissuhteet ovat olennainen osa elämää. Ihminen elää ja kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristönsä, lähimmäistensä, elinpiirinsä ja sen kulttuurin kanssa. Yksilön mielenterveyden, hyvinvoinnin ja mielenterveysongelmien synnyn kannalta on huomioitava myös hänen nykyhetken elinympäristö ja elämäntilanne, elämänsä tapahtumat, kuten perhevuoovaikutus, kasvatus, kasvuolosuhteet (ks. Taipale 1998, 30), kehitykseen kuuluvat elämänsä kriisit ja traumaattiset kriisit. (Jokinen 2000, 13). Suotuisilla elinoloilla on keskeinen merkitys mielenterveyden kehitykselle kaikissa ikävaiheissa. Mielenterveyden kannalta suotuisa ympäristö taas on voimavara, jonka turvin yksilö voi elpyä psyykkisestä kuormittumisesta ja saada korjaavia kokemuksia esimerkiksi ympäröivistä ihmissuhteista (emt.)

Kun mielenterveyden rakentumista tarkastellaan vuorovai-
kutussuhteena ihmisen elinympäristön kanssa, ei riitä, että mie-
lenterveyttä tarkastellaan vain yksilön näkökulmasta. Tämän
päivän mielenterveysongelmat liittyvät yhä enemmän yhteis-
kunnallisiin ja sosiaalisiin ilmiöihin, kuten päihteiden käyttöön,
syrjäytymiseen, sosiaaliseen turvattomuuteen, heikkoon
koulutustasoon, työttömyyteen ja taloudelliseen
vähäosaisuuteen. Luotaessa mielenterveyden kehitykselle
parempia edellytyksiä, on mielenterveydelliset näkökohdat ja
ennaltaehkäisy otettava huomioon koko yhteiskuntapolitiikassa;
asuinalueiden suunnittelussa, rakentamisessa ja
talouspolitiikassa. (Jokinen 2000, 14).

Kognitiivisen psykologian näkökulma

Kognitiivisen psykologian mukaisesti kaikki ymmärtämiseen ja
tietämiseen liittyvät toiminnot sekä tunteet ja käyttäytymismal-
lit ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tästä näkökulmasta
tarkasteltuna keskeisiksi tekijöiksi muodostuvat havaitseminen,
oppiminen, muistaminen, älykkyys, ajattelu, luovuus ja persoo-
nallisuuden ominaisuudet. (Rissanen 1999, 35). Kognitiivinen
näkemys korostaa ihmisen myönteistä kuvaa itsestään, omista
voimavaroistaan ja kyvyistään selviytyä eri ihmisyyhteisöissä.
Tämän näkemyksen mukaan mielenterveyttä voidaan tarkastella
psykkisenä suoriutumisenä, kykynä käyttää kulloisessakin
elämäntilanteessa psyykkisiä voimavaroja (Lehtinen 1991.)

Kulttuurinen näkökulma

Eri kulttuureiden terveys ja mielenterveyskäsitteet vaihtelevat hyvin paljon. (ks. esim. Hassinen Ali-Azzani 2002, 108-109). Koska mielenterveyden kehittyminen ja psyykkisen normaaliuden määrittely ovat olennaisesti riippuvaisia kulttuurista ja elämänhistorian tapahtumista, tulisi myös mielenterveyden määrittelyn olla suhteessa siihen kulttuuriin missä asiaa tarkastellaan. Kansainvälistymisen myötä yhteiskunnat muuttuvat yhä monikulttuurisemmiksi, joten mielenterveystyössä tuleekin entistä enemmän kiinnittää huomiota kulttuuriin eroihin ja siihen, mitä eri kulttuureissa ajatellaan mielenterveydestä ja siihen liittyvistä ilmiöistä. (Vuori-Kemilä 2000, 14).

3. 2. Mielenterveysongelma ja -häiriö

Mielenterveysongelma

Salokankaan (1997, 31) mukaan ammattikielessä käytetään usein sanaa ongelma tai problematiikka, joilla voidaan tarkoittaa hyvin laaja-alaista oireiden, sairaudenmerkkien tai käyttäytymisen poikkeavuuksien muodostamaa kokonaisuutta. Puhutaan esimerkiksi depressio- tai depressiivisestä problematiikasta, jolla voidaan tarkoittaa syndroomaa tai oireita, joskus jopa tautikäsitettä vastaavaa biologisen tason häiriötä. Salokangas on sitä mieltä, että ongelman termiä pitäisi käyttää stressiä aiheuttavien tekijöiden yhteydessä eikä tautitilan, oireiden tai syndrooman tasolla, koska se aiheuttaa sekaannusta niin etiologian kuin hoitotoimenpiteiden suunnitteluunkin.

Mielenterveysongelmat käsittävät laajan kirjon eritasoisia ihmisen hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Tilapäisistä mielen-terveysongelmista huolimatta (esim. alakuloisuus, lievä masenus) ihminen voi selviytyä arkipäivän tehtävistään läheistensä tuella tai ilman ulkopuolisen apua. Ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Nämä kolme toisiinsa vuorovaikutussuhteessa olevaa olemuspuolta ovat perustana mielen-terveydelle, ja ne ovat keskeisiä tekijöitä myös psyykkisissä häiriöissä. Kehon rakenne ja toiminta luovat pohjan ja perustan henkisille toiminnoille. (Salo & Tuunainen 1996.) Useimmiten mielenterveysongelmat ja -häiriöt liittyvät jollakin tavalla ihmissuhteisiin niiden toimivuuteen ja kestävyteen (Martti 2000, 58).

Mielenterveysongelmat voivat ilmetä monella eri tavalla (Achte' ym. 1990, Salonen 1998). Usein vaikeudet ilmenevät jokapäiväisinä, henkisiä voimavaroja ja hyvinvointia uhkaavina; ne voivat ilmetä myös somaattisina tuntemuksina, ruumiillisina kipuina ja toimintakyvyttömyytenä (Ojanen 1994, Salokangas 1997, 25). Ongelmat vaikuttavat ajatuksiin, uskomuksiin, asenteisiin ja muistiin (Salonen 1998). Lähiympäristön ihmiset voivat huomioida mielenterveysongelmat mm. keskittymisvaikeuksina, ärtyneisyytenä, masentuneisuutena, yhteistyökyvyttömyytenä, seksuaalisina vaikeuksina, epäluuloina vailla todellisuuspohjaa, liiallisena touhukkuutena, alkoholin liikakäyttönä, väsymyksenä, päänsärkynä ja käyttäytymisen muuttumisena (Achte' ym. 1990, Achte'1992, Isohanni ym. 1996, 19-21; Lehtinen 1996, 68-69; Salokangas 1997, 22-23; Isometsä 1999, Tontti 2000).

Mielenterveyden häiriö

Termi häiriö (disorder) viittaa patologiseen neurofysiologiseen funktioon ja käsite on lähellä taudin (disease) käsitettä, joka sisältää oletuksen rakenteellisesta keskushermoston poikkeavuudesta. Salokangas (1997, 30-31) toteaa, että koska mielenterveyden häiriöissä ei tällaisia rakenteellisia poikkeavuuksia ole riittävän luotettavasti kyetty osoittamaan, on luontevampaa käyttää häiriön käsitettä. Sairauden (illness) käsite on laajempi ja viittaa taudin tai häiriön lisäksi potilaan subjektiiviseen kärsimykseen, mikä usein myös määrää sairauskäyttäytymistä, ennen muuta hoitoon hakeutumista. Psykkinen sairaus (mental illness) kuuluu tämän käsitteistön piiriin. Usein häiriön ja sairauden käsitettä käytetään kuitenkin toistensa synonyymeina.(emt).

Mielenterveyden häiriöihin liittyy edelleen ennakkoluuloja, pelkoja, tietämättömyyttä ja leimaamista, jotka merkitsevät yksilöille ongelmia avun löytymisessä, työ- ja koulutuspaikkojen saamisen vaikeutta sekä huonoa kohtelua. Negatiivinen suhtautuminen mielenterveysongelmiin aiheuttaa häpeän tunteuksia sekä salailua (esim. Nikkonen 1996, 65).

Salosen (1998, 73) mukaan mielenterveyden häiriöistä tai psyykkisestä sairaudesta voidaan puhua silloin, kun mielenterveysongelmat ovat vakavampia, ne pitkittyvät tai ne heikentävät ihmisen kykyä selviytyä hänelle kuuluvista tehtävistä. Ihmisen käyttäytyminen on huomattavan poikkeavaa aiheuttaen hänelle itselleen tai muille kärsimystä ja haittaa. Hän tarvitsee joko tilapäisesti tai pidempiaikaisesti terveydenhuollon palveluja toipuakseen ja selviytyäkseen jokapäiväisessä elämässään eteenpäin (Välimäki ym. 2000, 13).

Rauhala (1990), Puhakainen (1999) ja Perttula (2001) tarkastelevat psyykkisiä häiriöitä fenomenologis - eksistentiaali-

sesta näkökulmasta, joka painottaa kokemuksellisuutta. He esittävät, että psyykkisiä häiriöitä voitaisiinkin kutsua elämäntaidollisiksi ongelmiksi, ei taudeiksi tai sairauksiksi. Rauhalan (1988, 88) mukaan psyykkisiä häiriöitä ei pitäisi kuvata taudeiksi tai sairauksiksi kehollisten sairauksien tapaan, koska psyykkisissä häiriöissä on kyseessä merkityssuhteiden epäsuotuisuus tai häiriintyneisyys. Tauti- ja sairausdiagnoosien sijasta pitäisi puhua psyykkisistä ilmiöistä kokemuksen luonteen edellyttämällä tavalla.

Elämänmuutosten yhteydessä ilmenevistä mielialahäiriöistä on eniten tutkittu eriasteisia masennustiloja. Niiden on havaittu liittyvän yhteen useissa eri tutkimuksissa (Grant ym. 1981, Ormel ym. 1993, Patience ym. 1995, Vahtera & Pentti 1995, Lehtinen 1996, Poutanen 1996, Kalimo & Toppinen 1997, Rajala 1997, Salokangas 1997, Juuti 1998, Kangas 1999, Tontti 2000).

Depressio

Arkikielessä depressiolla eli masennuksella on useita synonyymeja. Usein näyttää siltä, että sanoja uupumus, ” burn out ” tai suru käytetään tavalla, joka lähenee masennuksen merkitystä. Psykiatrisessa merkityksessä depressio voi olla psyykinen oire, oireyhtymä tai sairaus. (Salokangas 1997, 29-30). Kognitiivinen teoria painottaa kognitioihin ja aistitoimintoihin liittyviä tekijöitä. Masennus on ajattelun häiriö, ja se on seurausta opitusta avuttomuudesta. Depressiosta kärsivän henkilön näkemys itsestään, muista ja ympäristöstään on muuttunut pessimistiseksi. Hänen mielikuvansa menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta ovat negatiivisesti värittyneitä. Masentunut ihminen kokee menneisyyden täynnä epäonnistumisia, itsensä huonona

tai pahana sekä tulevaisuuden toivottomana ja synkkänä. (Salokangas 1997, 24; Enäkoski 2002, 14).

Biologisesti depressio voidaan määritellä sairautena, johon on olemassa perinnöllinen alttius sekä oireyhtymänä, johon liittyy biokemiallisia ja/tai neurofysiologisia muutoksia (Salokangas 1997, 89-90). Biologisen lähestymistavan mukaisesti alttius depression välittyy siten, että hermovälittäjäaineiden toiminnassa on muutoksia. Masennus ilmenee myös psykologisina, vegetatiivisina ja somaattisina oireina sekä aivojen biokemiallisten muutosten aikaansaamana käyttäytymisen joustavuuden menetyksenä. (Enäkoski 2002, 18). Psykodynaamisessa ajattelumallissa painottuvat tiedostamattomat tunteet, tarpeet ja vaistot. Depressiota ei käsitetä sairaudeksi vaan affektiksi. Ongelmalliset ihmissuhteet lapsuudessa toimivat tiedostamattomina altisteina masentumiselle vaikeissa elämäntilanteissa. Masennuksen syynä on esim. omanarvontunteen menettäminen ja toisaalta sisäinen konflikti idealisoidun ja todellisen minän välillä. Lääketieteessä masennusta tutkitaan lähinnä biologisen selitysmallin mukaisesti, jolloin huomion kohteena ei ole kokemuksellisuus, vaan ulkopuolinen sairauden oireiden havainnointi, huomiointi ja diagnosointi. Hyvösen ym. (2002) mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä perusterveydenhuollon suurkuluttajilla ja mielenterveystyön laatusuosituksissa perusterveydenhuoltoa pidetään mielenterveyden häiriöiden ensisijaisena hoitopaikkana. Perusterveydenhuollon ongelmana kuitenkin on masennuksen havaitsemisen ja tunnistamisen puutteellisuus, jolloin osa masentuneista jää lääketieteellisen taudinmäärityksen ulkopuolelle eivätkä he saa apua ongelmaansa. (vrt. Poutanen 1996, Enäkoski 2002, 17-19).

Depressio voi olla myös lyhytaikainen epätoivon hetki tai pitkään jatkunut toivottomuuden tunne. Depressiota voidaan kuvata sanoilla alakuloisuus, toivottomuus, synkkämielisyys ja

elämän tarkoituksettomuus. Siihen yleensä liitetään vaikeus selviytyä päivittäisistä velvollisuuksista, kuten kodinhoidosta, perheestä huolehtimisesta, työnteosta ja ystävyyssuhteiden vaalimisesta. Ihminen kokee itsensä lomaantuneeksi ja kyvyttömäksi toimimaan aiempaan tapaan. (Isohanni ym. 1996, 19-21; Seppälä 1997, 9-10). Masennusta voidaan pitää mielenterveyden häiriönä silloin, kun sillä on merkittäviä psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia seurauksia (Farill & Klopfenstein 1991, 210-216).

Salokankaan (1997, 27) mukaan depressio on moniulotteinen, käsitteenä merkityksiltään laaja ja tavallisin mielialahäiriö. Se on ihmisen luontainen tapa suhtautua hänen kielteiseksi kokemiinsa elämäntapahtumiin. Masennus voi vaivata itse kutakin ohimenevästi. Masentuneisuus aiheuttaa paljon inhimillistä tuskaa ja kärsimystä, se sitoo voimavaroja ja vaikuttaa monella tavalla ihmisen kokonaisterveyteen. Tontti (2000, 23-27) on sitä mieltä, että masennuksen kokemuksiin kuuluu tunne oman arvokkuuden menettämisestä, tarpeettomuuden, vajavaisuuden, puutteellisuuden ja kyvyttömyyden tunne. Hän toteaa että " masennus ei aina ole vain negatiivinen tai patologinen ilmiö, se voi edustaa myös esimerkiksi kokemuksen syventämistä, luovuutta, muutosta tai elämäntilanteen uudelleen arviointia. "

Enäkosken (2002, 193) mukaan masennuksen kokemisessa sisäinen ja ulkoinen elämäntilanteen tunne heikentyy ja kosketus omaan minään katoaa. Tuorin (1999, 4) mukaan masennus oli vuonna 1999 yleisin, ja Enäkosken (2002, 15) mukaan se on tällä hetkellä suurin yksittäinen, työkyvyttömyyttä aiheuttava mielenterveysongelma.

Suomalaisten henkinen pahoinvointi on tutkimusten mukaan lisääntynyt viime vuosikymmenen puolivälistä (Salokangas ym. 2000). Erityisen selvästi ovat lisääntyneet vakavat masennustilat, mutta entistä useampi kärsii myös ahdistuksesta,

paniikkihäiriöistä ja erilaisista psykosomaattisista oireista
(Kiikkala 1996, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 1998, Isometsä
1999)

4. PSYKIATRISEN HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMISTÄ

4. 1. Psykiatrinen hoitotyö

Tarkastelen tässä osiossa psykiatrista hoitotyötä, hyvää oloa ja toimintakykyä, psykiatrisen hoitotyön hoitomenetelmiä historian näkökulmasta ja psykiatrisen hoitotyön vuorovaikutuksellisia auttamismenetelmiä.

Käsitteellä psykiatrinen hoito tarkoitetaan monitieteistä psykiatrisen potilaan kokonaishoitoa, johon osallistuu eri ammattiryhmien edustajia sekä yhteistyötä psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä selviytymisen edistämiseksi. Käsitteellä hoitotyö ja psykiatrinen hoitotyö tarkoitetaan hoitotieteellistä näkökulmaa, jota ensisijaisesti hoitajat edustavat psykiatrisen potilaan kokonaishoidossa potilaan ja hänen perheensä auttamisessa sekä hoitajien osallistumista moniammatilliseen yhteistyöhön (Latvala 1998, 18).

Psykiatrisen hoitotyön käsitettä (psychiatric nursing) käytetään kansainvälisesti. Käsitteen rinnalle on tullut laajalaisempi mielenterveystyön (mental health care) käsite. (Välimäki ym. 2000, 13). Mielenterveystyön käsite sisältää psykiatrisen sairaanhoidon, avohoidon ja kaiken muun, mitä tehdään ihmisten elinolojen parantamiseksi ja samalla mielenterveydellisten vaurioiden välttämiseksi (Martti 2000, 16). Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain (1116/90, asetus 1247/90) mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

Mielenterveystyön kohteena laissa (1116/90) on mainittu yksilöiden, perheiden ja ryhmien ohella myös sosiaalinen ja

fyysinen ympäristö. Erityisesti perheet nähdään keskeisenä kohderyhmänä, jota yhteiskunnassa tulisi tukea. Laki kehottaa myös väestön elinolojen kehittämiseen sellaisiksi, että ne ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntymistä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Säädöksissä korostuu voimakkaasti ennaltaehkäisy ja avohoidon merkitys.

Tutkimusten mukaan (Tuori 1994, Pylkkänen 1994, Piirto-la 1995, Nikkonen 1996, Lepola 1997, Salokangas 1997) yhteiskunnassa ja psykiatrisessa terveyspalvelujärjestelmässä tapahtuneet suuret muutokset, arvostukset ja asenteet ovat vaikuttaneet psykiatrisen hoidon muotoihin ja auttamismenetelmiin. 1990-luvulla toteutettiin Suomessa psykiatrisessa laitoshoidossa nopea purkaminen. Hoidon painopiste siirrettiin avohoitoon. (Mattila 2002, 7). Muutoksen vuoksi hoitotyöntekijät ovat joutuneet sopeutumaan tilanteeseen ja muuttamaan uusiin hoitoympäristöihin sekä ottamaan käyttöön uusia auttamismenetelmiä lyhyellä aikavälillä.

Suomen psykiatrisen palvelurakenteen muutoksen taustalla on yleinen länsimainen kehitys, joka alkoi 1960-luvulla. Esimerkiksi Yhdysvalloissa, Italiassa ja Englannissa laitoshoidon purkaminen ja hoidon painopisteen siirtäminen avohoitoon tapahtui kaksi – kolmekymmentä vuotta aikaisemmin kuin Suomessa (Nikkonen 1996, 18-20; Lepola 1997, 30; Latvala 1998, 21; Kostamo-Pääkkö 2001, 43).

Suomessa psykiatrisen hoitojärjestelmä on ollut laitospainotteinen 1990-luvun alkuun asti, jonka jälkeen avohoitopainotteisuus lisääntyi useimpien psykiatristen sairaaloiden lopettaessa toimintansa. Tätä muutosta vauhditti erikoisesti 1990-luvun alkupuolen taloudellinen lama. Laman seurauksena psykiatrisen hoitojärjestelmä joutui suuriin vaikeuksiin. (Nikkonen 1996, 22; Lepola 1997, 30). Sairaaloiden sulkemisen myötä laitos-

paikkoja vähennettiin niin, että vuonna 1980 psykiatrisessa sairaalassa oli potilaita 17300, 1990-luvun alussa noin 12300 ja vuonna 1999 enää 6200 sairaansijaa, eli 1,2 sairaansijaa 1000 asukasta kohden (Kostamo-Pääkkö 2001, 39).

Laman seuraukset kohdistuivat myös psykiatristen sairaaloiden henkilökuntarakenteeseen. 1990-luvulla psykiatristen sairaaloiden henkilökuntaa vähennettiin siten, että kun vuonna 1990 sairaaloissa oli 13700 työsuhdetta niin vuoden 1993 lopussa luku oli 9800. Muutokset kohdistuivat vähimmin koulutettuihin ryhmiin, kuten mielenterveyshoitajiin. Erikoissairaanhoidajien määrä lisääntyi ja potilasta kohti oli hoitajia enemmän kuin 1980-luvulla. Yliopistokoulutuksen saaneiden osuus väheni vain hieman. (Lepola 1997, 30-31).

Painopisteen siirtyminen avohoitoon on käynnistänyt voimakkaan palvelurakenteen muutoksen, jonka johdosta uudenlaisten, joustavampien ja monimuotoisten, itsenäistä asumista ja kuntoutumista tukevien avopalvelujen kehittäminen on ollut välttämätöntä. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) antoi tärkeää tietoa ja käyttökelpoiset kehittämissuunnitelmat mielenterveystyön uudistamiseen. (ks. Nikkonen 1996, Latvala 1998). Avohuollon kehittäminen ei kuitenkaan ole edennyt suunnitellulla tavalla säästöpäätösten ja taloudellisten resurssien vähenemisen vuoksi. Avohuollon palvelujen tasoa on kritisoitu kysynnän kannalta asianmukaisuuteen pohjautuen. (Kostamo-Pääkkö 2001, 39; ks. Nikkonen 1996). Psykososiaalinen pahoinvointi ja tätä myötä mielenterveyspalvelujen tarve yhteiskunnassa on huomattavasti lisääntynyt. Psykkinen pahaoloisuus näkyy mm. päihde- ja huumeongelmien sekä masennuksen yleistymisenä ja masennuslääkkeiden käytön voimakkaana kasvuna (ks. Enäkoski 2002). Myös avohoidon henkilöstön määrä on riittämätöntä ja tästä johtuen mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä.

Hoitotyöntekijät ovat joutuneet siirtymään avohoito- palvelujen kehittämisen myötä uusiin hoitoympäristöihin: kotisairaanhoido, erilaiset tuetut asumispalvelut, kotipalvelu, kodit, ryhmäkodit, asuntolat, kuntoutuskodit ja yhteisöhoidot. Myös keskussairaaloihin on perustettu uusia psykiatrisen hoidon yksiköitä, kuten sisäänottopoliklinikat, lastenpsykiatrian poliklinikat ja psykogeriatriset tutkimusosastot. (Välimäki ym. 2000, 72-73).

Uusien hoitoympäristöjen, lisääntyneiden, ja monimutkaisuutuneiden mielenterveysongelmien sekä tutkimustiedon lisääntymisen vuoksi hoitotyöntekijät ovat joutuneet ottamaan käyttöön myös uusia auttamismenetelmiä kuten, perhe- ja verkostokeskeinen lähestymistapa, joka on lisännyt omaisten ja läheisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Omaisten ja läheisten selviämisen tukeminen on tuonut selkeästi esiin sen, että sairastuneen perheenjäsenillä on monenlaisia ongelmia, tuen, ohjauksen ja tiedon tarvetta. Tämän vuoksi heidät on otettava huomioon entistä paremmin. Perhekeskeiset mallit ovat laajentuneet yksilön tasolta perheen ja yhteisön tasolle. Erilaisten kriisiryhmien perustaminen on nähty tarpeellisena psyykkisen sairastumisen yhteydessä, jolloin tarvitaan tehokasta ja joustavaa apua välittömästi.(emt). Esimerkiksi Keroputaan sairaalassa Torniossa on kehitetty ns. verkostotyö, joka ottaa huomioon potilaan perheen, sosiaalisen verkoston ja sairaalan välisen yhteistyön. Liikkuva kriisiryhmä reagoi nopeasti ja verkostokeskeisesti perheen ja yhteisön kriiseihin.

Latvalan (1998) tutkimuksen mukaan yhteistoiminnallinen ja potilaslähtöinen hoitotyö asettaa hoitotyöntekijöille uusia haasteita ja erilaisten taitojen oppimista. Hoitotyöntekijöiden on pidettävä yllä ammattitaitoaan, hyödynnettävä eri tieteenalojen tietoa, opiskeltava uusia auttamismenetelmiä ja laajennettava teoreettista viitekehystään, että he osaisivat vastata entistä pa-

remmin mielenterveysongelmien monimuotoisuuteen. Uusiin hoitoympäristöihin siirtymisen vuoksi hoitotyöntekijöiden on osattava suunnata omaa toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla, huolehdittava omasta jaksamisestaan, luovuttava perinteisistä hoitomalleista ja tehtävä lisääntyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (emt.).

Psykiatrinen hoitotyö on tyypillisesti monen ammatin välistä tiimityöskentelyä, ja se muodostuu kokonaisuudesta, jossa eri tavoin koulutetut työntekijät (psykiatrit, psykologit, sosiaalityöntekijät, sairaalateologit, sekä fysio- ja toimintaterapeutit) ja erilaisen tietopohjan omaavat hoitoalan työntekijät (sairaanhoitajat, mielenterveys-/mielisairaan- ja lähihoitajat) vastaavat potilaan erilaisiin hoitotarpeisiin. Kaikkien ammattiryhmien osa-alueet ovat toisistaan riippuvaisia. (Välimäki ym. 2000, 17).

Moniammatillinen työryhmä mahdollistaa Miettisen (1991) tutkimuksen mukaan tehokkaan tiedonkulun ja eri ammattiryhmien keskinäisen hoitoa ja muita yhteisiä asioita koskevan mielipiteiden ja näkemysten vaihdon sekä osallistumisen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Moniammatillinen työryhmä suo mahdollisuuden tuoda esiin hoitotyön perustehtävän osana työryhmän työtä. McKennan (1994) ja Matilaisen (1997) mukaan psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana on potilaan selviytymisen tukeminen, voimavarojen löytäminen sekä potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja auttaminen.

Psykiatrisessa hoitotyössä hoidon tavoitteena on tukea potilasta yksilöllisten resurssien mukaisesti selviytymään osallistumalla aktiivisesti ja vastuullisesti omaan hoitoonsa. Psykiatrisen hoitotyön ominta aluetta on potilaan kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitamiseen liittyvät asiat, jossa korostuvat potilaan terveyden ja selviytymisen tukeminen arkipäivän tilanteissa. (Latvala 1998, 25; Välimäki ym. 2000, 17).

Hyvä olo ja toimintakyky

Rauhalan (1989) mukaan psykiatrisessa hoitotyössä painottuu psyykkinen hyvinvointi. Tavoitteena on auttaa ihmistä vahvistamalla hänen psyykkistä toimintakykyään, hyvänolon tunnettaan, inhimillistä kasvuaan ja ihmissuhteidensa kehittymistä entistä myönteisimmiksi. Rauhala esittää, että psykiatrisessa hoitotyössä pyritään vaikuttamaan myös ihmisen minäkuvaan eheyttävästi, säilyttämään psyykkinen tasapainoisuus ja vähentämään psyykkistä pahanolon tunnetta sekä palauttamaan heikentynyt toimintakyky.

Hyvä olo

Hyvän olon käsite liitetään useimmiten terveyteen.(Åstedt-Kurki 1992). Myös Eriksson (1981, 89 ja 100) liittää hyvän olon käsitteen terveyteen. Hänen mukaansa terveys on henkistä ja fyysistä terveyttä sekä hyvänolontunnetta. Hyvä olo on tyytyväisyyttä, joka liittyy tarpeiden tyydyttämiseen, ja hyvinvointia, joka liittyy voimavaroihin. Eriksson toteaa, että kun yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet on tyydytetty, hän on tyytyväinen. Yksilö kokee Erikssonin mukaan hyvinvointia kun hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaransa riittävät hänen omien pyrkimyksiensä toteuttamiseen. Ojanen (1994, 7) tarkastelee hyvää oloa psykologisesta näkökulmasta. Hänen mukaansa hyvää oloa voidaan kuvata esimerkiksi sanoilla elämisen laatu, psyykkinen hyvinvointi, psyykkinen toimintakyky ja mielenterveys.

Rissasen mukaan (1999, 25) fyysistä hyvää oloa voidaan mitata päivittäisistä toiminnoista selviytymisen, oman tervey-

den kokemisen, väsymyksen, kipujen ja särkyjen näkökulmasta sekä toimintakykynä. Tarkasteltaessa psyykkistä hyvää oloa keskeisiksi tekijöiksi muodostuvat mielenterveyteen liittyvät tekijät, kuten masentuneisuus, pelot, ahdistukset, tuskaisuus, jännittyneisyys ja elämään tyytymättömyys. Sosiaalista hyvää oloa voidaan tarkastella esimerkiksi vuorovaikutus- ja ihmisuhteisiin sekä yksinäisyyteen liittyen. Tässä tutkimuksessa hyvää oloa tarkastellaan subjektiivisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon näkökulmista. Subjektiivinen kokemus kuvaa psykiatrisen potilaan omaa arviointia hyvästä olost. Tarkastelun kohteena on potilaiden oma kokemus hieronnan tuottamasta hyvästä olost.

Toimintakyky

Toimintakyvyn käsitteeseen sisältyy toiminnan käsite, joka liittyy yksilön tietoisuuteen ja persoonallisuuteen. Toimintakykyä voidaan tarkastella, laajasti ja hierarkkisesti, jolloin siihen sisällytetään fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja ne kaikki vaikuttavat toisiinsa. (Kukkonen ym. 1997, Talvitie ym. 1999, 57). Rissasen (1999, 31 vrt. Nojonen 1990) mukaan toimintakykyä voidaan tarkastella myös perustarpeiden tyydyttämisen kannalta. Esimerkiksi kognitiiviset tarpeet auttavat ihmistä hankkimaan uusia tietoja. Ihmisellä on tarve olla tekemisissä muiden kanssa ja olla hyödyllinen yhteiskunnassa (Talvitie ym. 1999, 57). Se kuinka hyvin tarpeet on tyydytetty, vaikuttaa mm. ihmisen toimintakykyyn, hyvinvointiin, onnellisuuteen, elämisen laatuun ja terveyteen. Tarpeiden tyydyttämättömyys voi johtaa toimintakyvyttömyyteen (Talvitie ym. 1999, Rissanen 1999, 31).

Kokonaistoimintakyvyllä tarkoitetaan Heikkisen (1990) mukaan useimmiten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muodostamaa kokonaisuutta. Kokonaistoimintakyvyn osatekijöiden optimaalinen suhde vaihtelee eri yksilöillä. Se ei ole vakio elämänkaaren aikana, vaan toimintakyky on sidoksissa aikaan, ympäristöön ja yksilön ikään. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueet ovat jossakin määrin suhteessa toisiinsa, niitä ei voida käytännössä erottaa yksiselitteisesti toisistaan (Kukkonen ym. 1997, 42).

Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky voidaan Rissasen (1999, 31) mukaan määritellä henkilön kyvyksi suoriutua tietyistä fysiologisista toiminnoista tai kyvyksi selviytyä fyysistä kuormitusta edellyttävistä tehtävistä ja sille asetetuista tavoitteista. Rissasen (1999, 32) ja Talvitien 1999 ym. (1999, 58) mukaan fyysistä toimintakykyä voidaan mitata henkilön kyvyllä suoriutua päivittäisistä arkielämän toimista, joiden suorittaminen edellyttää fyysistä aktiivisuutta. Fyysinen toimintakyky on mm. selviytymistä työstä, harrastuksista, arkiaskareista, syömisestä, juomisesta, pukeutumisesta, nukkumisesta, lääkkeistä ja itsestä huolehtimisesta. Terveystieteissä fyysistä toimintakykyä tarkastellaan henkilön selviytymisenä päivittäisistä toiminnoista. Tässä tutkimuksessa fyysistä toimintakykyä tarkastellaan edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös fyysisten kipu-, särky-, levottomuus-, ja jännitystilojen sekä kosketuksen näkökulmasta.

Psyykinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn käsitettä ei ole voitu määritellä täsmällisesti ja sen määrittely riippuu tarkastelunäkökulmasta (Kukkonen ym. 1997, 42; Rissanen 1999, 35). Talvitien ym. (1999, 59) mukaan ” psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, missä määrin henkilö pystyy eri elämänvaiheissaan käyttämään psyykkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään työelämässä ja vapaa-aikana tavoitteidensa ja toiveidensa mukaisella tavalla ”. Kukkonen ym. (1997, 44) esittävät psyykkiseen toimintakykyyn lukeutuvaksi myös kokemukselliset elementit, kognitiiviset toiminnot, yksilön voimavarat, selviytymisen päivittäisen elämän vaatimuksista sekä muutos- ja kriisitilanteiden hallinnan ja käyttäytymisen. Ojasen (1994) mukaan psyykkinen toimintakyky tarkoittaa suunnilleen samaa kuin psyykkinen hyvinvointi, mutta siinä painottuu toimintakyvyn psyykkinen puoli. Psyykkinen hyvinvointi Ojasen mukaan kattaa sekä terveyden että toimintakyvyn. Hyvinvoiva ihminen on terve ja pystyy suoriutumaan jokapäiväisen elämän fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaatimuksista.

Psyykkistä toimintakykyä on tutkittu mielialana, kognitiivisena toimintakykynä, minäkäsityksenä ja käyttäytymisenä. Kognitiivista toimintakykyä voidaan tarkastella muistin, älykkyyden, oppimisen, luovuuden, persoonallisuuden ja havaintotoimintojen näkökulmasta (Rissanen 1999, 37; Talvitie ym. 1999, 59). Persoonallisuuteen liittyen minäkäsitys on keskeinen. Siihen sisältyvät tieto, tunne - elämä, asenteet, itsearvosuus, itsetunto ja itsensä hyväksyminen. Itsensä hyväksymisen ja itsetunnon kannalta ihminen tarvitsee itseluottamusta, onnistumisen, muiden hyväksymisen ja elämänhallinnan tunteita. Näiden tunteiden puuttuminen voi johtaa toimintakyvyttömyyteen (Rissanen 1999, 35). Persoonallisuuden ominaisuuksia ovat motivaatio, mielentila ja kyky tiedostaa omat vahvat ja heikot puolensa sekä psyykkinen hyvinvointi. Psyykkiseen hyvinvoin-

tiin liittyy myös usko tulevaisuuteen, jolloin siihen liittyy yleinen haasteista selviytymisen ja elämän onnistumisen näkökulma. Ojanen (1994, 7) liittää psyykkiseen hyvinvointiin kuuluvaksi myös optimismin, tyytyväisyyden elämään, tarkoituksen kokemisen, sosiaalisen taitavuuden ja toiminnallisuuden. Terveiden näkökulmasta psyykkiseen toimintakykyyn liittyy yksilön mielenterveys ja elämän kokeminen tarkoituksenmukaisena. Psyykkinen toimintakyky on yhteydessä henkilön muihin toimintakyvyn osa-alueisiin, etenkin sosiaaliseen toimintakykyyn, ja niitä on joskus vaikea eriyttää toisistaan. (Rissanen 1999, 36; Talvitie ym. 1999). Tässä tutkimuksessa psyykkistä toimintakykyä tarkastellaan lähinnä terveyden ja persoonallisuuden näkökulmasta.

Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on monitahoinen ja ongelmallinen määriteltäväksi kuten muutkin toimintakyvyn alueet. Kukkosen ym. (1997, 44), Talvitien ym. (1999, 59) ja Rissanen (1999, 40-41) mukaan sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella ihmisen edellytyksinä suoriutua erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä, vuorovaikutussuhteissa toisten ihmisten kanssa, perheissä, työssä, harrastuksissa, aktiivisena osallistumisena harrastus- ja kulttuuritoimintaan sekä koko yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää toteutuakseen myös fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä (Talvitie ym. 1999, 59-60). Rissanen (1999, 40) toteaa yksilön mielenterveyden kehittymiselle ja säilymiselle olevan välttämätöntä yhdessäolon tarpeiden tyydyttymisen. Hänen mukaansa ihmisten väliset suhteet vaikuttavat elämänlaatuun ja antavat elämälle merkityksen ja arvon. Talvitie ym. (1999, 60) nimeävät sosiaalista toimintakykyä tukeviksi asioiksi

kiinnostavan työn, myönteisen näkemyksen työstä, tyydyttävän roolin perheessä sekä ystävä ja tuttavapiirissä. Kukkonen ym. (1997, 44) ovat sitä mieltä, että vuorovaikutustaidot ovat sosiaalisten taitojen ydin. Heidän mukaansa hyvä sosiaalinen toimintakyky edellyttää sekä tiedollisia että tunneperäisiä valmiuksia. Tässä tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä tarkastellaan lähinnä vuorovaikutussuhteiden näkökulmasta.

4. 2. Lyhyt historiallinen katsaus psykiatrisen hoitotyön hoitomenetelmiin

Psykiatrisen hoitotyön hoito/auttamismenetelmät ovat kehittyneet monien eri vaiheiden kautta nykyiseen vuorovaikutteiseen hoitokäytäntöön. Hoidossa ovat korostuneet eri aikakausina erilaiset käsitykset ” hyvästä hoidosta ” ja ” hoitomuodoista, ” joita nykykäsityksen mukaan ei mitenkään voi ymmärtää menetelmiksi, joilla mielenterveysongelmista kärsiviä olisi autettu. Hoito/auttamismenetelmien kehitykseen on vaikuttanut mm. lääketieteen, lääketieteen tekniikan, modernin aivotutkimuksen ja erikoisesti psykiatrian kehitys, hoitotieteellinen tieto ja tutkimus sekä kulttuurin muutokset.

Keskiajalla psyykkisiä häiriöitä pidettiin Jumalan rangaistuksena. Häiriintyneitä pidettiin syntisinä ja riivattuina, joiden katsottiin liittoutuneen paholaisen kanssa, harjoittaneen noituutta tai paholaisen palvontaa. ” Parannuksen ” mielisairauteen ajateltiin löytyvän uskonnollisesta pelastuksesta, rukouksista ja Jumalasta. Monet mielisairaajat menettivät henkensä noituudesta syytettynä. Tuolloin häiriintyneitä pidettiin henkilöinä, jotka olivat vaarallisia myös ympäristölleen. Heidät eristettiin omaisten huostaan, köyhäinhoitolaitoksiin tai spitaaliparantoloihin. (Salo & Tuunainen 1996, 462).

Mielisairaiden hoito muuttui inhimillisemmäksi 1700-luvulla, jolloin lääkäri Philippe Pinel vapautti mielisairaas kahleistaan Pariisissa. Suomessa rakennettiin ensisijaisesti spitaalipotilaita varten hospitaaleja, joissa hoidettiin myös mielisairaita. Kun luonnontieteellinen ajattelutapa 1800-luvulla valtasi alaa, psyykkiset sairaudet määriteltiin hoidettaviksi taudeiksi, jotka johtuivat erilaisista keskushermoston häiriöistä. Tauteja pidettiin parantumattomina. Potilas piti nopeasti eristää ja tehdä vaarattomaksi. Levottomia potilaita pidettiin kahleissa ja tavalinen rauhoituskeino oli ruoska. (Salo & Tuunainen 1996, 463).

1800-luvulla mielisairaiden hoito tuli yhteiskunnan vastuulle ja mielisairaita varten rakennettiin sairaaloita, lääninlasaretteja, joihin perustettiin mielisairasosastoja (Achte' ym. 1989, 12). Helmikuussa 1840 annetun keisarillisen asetuksen mukaisesti oli mielisairaaksi todetun, hoitoa tarvitsevan henkilön käytävä läpi lääninlasaretissa kaksi kuukautta kestävä koehoito, kuten asetus määräsi ” *Se jossa heikkopäisyyden merkit havaitaan, pitää joutuisammasti saatettaman hourukuurin alla oleman* (Achte' 1974, 102). Jos potilas parani, hän pääsi kotiin. Päinvastaisessa tapauksessa hänet siirrettiin mielisairaalaan saamaan lisähoitoa (Achte' ym. 1989, 12).

Vuonna 1835 asetettiin komitea kehittämään mielisairaanhoidon järjestämistä Suomessa. Lapinlahden hourinhoitolaitos rakennettiin 1840-luvulla. Hoitomenetelminä laitoksessa käytettiin esimerkiksi koppihoitoa, oksennuskuuria, ihotulehdusta aiheuttavia ihovoiteita, kuppaamista, pakkopaitaa, päänviilennyslaitetta ja pakkotuolia (Achte' ym. 1989, 12). Potilaita koetettiin saada rauhoittumaan myös pitkällä makuukuureilla. Rauhoittavina lääkkeinä käytettiin erilaisia, pikemminkin unilääkkeinä vaikuttavia aineita. Vesihoito oli pitkien kylpyjen muodossa käytössä vanhoilta ajoilta.

Vuonna 1889 annetun keisarillisen asetuksen määräyksestä kunnat saivat perustaa mielisairasosastoja kunnalliskoteihin. Useimmiten näistä osastoista tuli mielisairaiden ja köyhien säilytyspaikkoja (emt). Mielisairaanhoidossa koulutusta ei pidetty tarpeellisena vielä 1800-luvulla. Hoitajat olivat ” houruin varti-joita ” ja heidän asemansa oli alhainen ja huono.(Achte` 1974, Kaila 1966).

Hoitomenetelmistä 1900 – 1940-luvuilla

Mielisairaanhoido oli ” koppihoitoa ja eristämistä ” 1900-luvun alkuun saakka. Hoidon esteeksi muodostui sopivan henkilökunnan puute, koska hoitolaitosten henkilökunta oli kouluttamatonta. Vielä 1920-luvullakin oli tavallista pitää rauhattomia potilaita kylvyssä koko päivä, varhaisesta aamusta myöhään iltaan (Kaila 1966,110). Lääkkeistä olivat käytössä eteeriset öljyt, juurekset, kamferi, espanjan kärpänen, fosfori, eetteri ja ammoniakki. Esimerkiksi Lapinlahden sairaalassa käytettiin suurinta osaa näistä lääkkeistä. Myöhemmin käytettiin lääkkeinä valeriaanaa, ooppiumia, morfiinia, kiniiniä ja ipekakuanhaa. (Achte` ym.1982, 7).

Psykiatrian kehittymisen myötä myös mielisairaanhoido muuttui ja psykiatrit alkoivat kiinnittämään huomiota hoitajien ammattitaitoon. Ensimmäiset kolmen kuukauden mittaiset mielisairaanhoidokurssit järjestettiin Suomen Psykiatrisen yhdistyksen aloitteesta Pitkäniemen sairaalassa 1913 - 1914, ja Lapinlahden sairaalassa ylilääkäri Christian Sibeliuksen toimesta 1913. Vuoteen 1917 asti kurssit olivat puolen vuoden pituisia, ja sen jälkeen vuoden pituisia (Achte`1974, 26-27).

Uusia hoitomenetelmiä mielisairaiden hoidossa pyrittiin kehittämään 1920-luvulta alkaen. Tuolloin alettiin käyttää työ-

terapiaa ruumiillisesti terveiden potilaiden jatkuvaa toimitto-
muutta, haluttomuutta ja aloitekyvyttömyyttä vastaan. Työtera-
pian tuli olla potilaalle mielekästä ja hyödyllistä, niin että poti-
laat tunsivat todella tekevänsä työtä. Potilaille järjestettiin esi-
merkiksi kehruu- ja kutomasaleja, erilaisia työpajoja, harjoitet-
tiin maanviljelystä, puutarhanhoitoa jne. Työterapian kuitenkin
syrjäytti joksikin aikaa sokkihoitojen käyttöönotto. (Kaila 1966,
110-112). Myös hoitotyön sisältö alkoi kehittyä 1920-luvulla,
jolloin koulutettiin jo sairaanhoitajiakin. Vuonna 1929 edus-
kunta hyväksyi sairaanhoitajia ja heidän koulutustaan koskevat
säädökset. Koulutuksesta tuli kolmevuotinen valtion vastuulla
oleva koulutus. Useimmissa kouluissa otettiin käyttöön lääkin-
töhallituksen laatima opetussuunnitelma (Paldanius 2002, 45).
Maassamme olikin jo 1930-luvun alkupuolella suhteellisen
laajapohjainen sairaanhoidon koulutus, johon sisältyi eri alojen
opetusta mm. psykologisia ja sosiologisia aineita.

1930-luvun puolivälissä tulivat vallitseviksi hoitomene-
telmiksi insuliini-, kardiatsoli- ja sähkösokkihoidot. Sokkihoi-
tojen ajateltiin katkaisevan sairauden aiheuttamat piinalliset
ajatuskulut, ja siten parantavan potilaan. Insuliinisokkihoidossa
potilaalle aiheutettiin koomatila ylisuurella insuliiniannoksella.
Kardiatsolisokkihoidossa aiheutettiin skitsofreenikolle keino-
koisesti kouristus- ja tajuttomuuskohtauksia. Epileptisten kal-
taisia kohtauksia aiheuttavana aineena oli kardiatsoli. Kardi-
atsolisokkihoidoista luovuttiin niiden epämiellyttävyyden takia ja
kouristus- ja tajuttomuuskohtauksia aiheuttavana keinona alet-
tiin käyttää sähkösokkihoitoa. Sähkösokkihoidon on todettu
auttavan etenkin vaikeissa masennustiloissa. Tällä mielisaira-
uksien hoidolla 1930-luvulla ei kuitenkaan saavutettu mitään
merkittäviä tuloksia. Hoito ei lisännyt täysin parantuneiden
skitsofreniapotilaiden määrää, mutta sairauden vaikeusaste lie-

veni (Kaila 1966, 110-111; Achte'ym. 1982, 8-9; Achte'ym. 1989, 15).

Lobotomia (aivoleikkaus) oli 1940-luvulla erityisesti kroonisten mielisairauksien parantamiseksi käytetty leikkaus. Leikkauksen ajateltiin rauhoittavan potilasta. Lobotomiasta luovuttiin sen sivuvaikutusten (piittaamattomuus, karkeus, vastuuttomuus, apaattisuus, aloitokyvyttömyys, muistin heikkeneminen, dementoituminen, epilepsia) ja kuolleisuutta (aivoverenvuoto) aiheuttavien syiden vuoksi.

Hoitomenetelmistä 1950 - 1990-luvuilla

Lääkehoidon tulo 1950-luvun alkupuolella aiheutti uuden valankumouksen psykiatrisissa sairaaloissa. Hoitohenkilöstön määrää lisättiin ja uuteen lääkehoitoon suhtauduttiin hyvin optimistisesti. 1950-luvun loppupuolella keksittiin antidepressiiviset lääkkeet ja samoihin aikoihin myös uudet rauhoittavat lääkkeet, ns. lievät ataraktit. (Kaila 1966, 113-114; Achte'ym. 1982, 8-9; Achte'ym. 1989, 15). Vuoden 1952 mielisairaslain mukaisesti psykiatrinen hoito painottui A – (akuutti hoito) ja B – (krooniset potilaat) sairaaloihin. Entisten B - sairaaloiden hoitoidologiaa kuvaavat termit säilyttävä hoito ja laitostaminen. Mielisairaanhoidon asiantuntemusta lisäsi myös vuonna 1955 alkanut psykiatriaan erikoistuneiden sairaanhoitajien erikoiskoulutus. (Välimäki ym.2000).

1960-luvulla psykiatrinen toiminta alkoi yliopistollisissa keskussairaaloissa. Ajatuksena oli parantaa psykiatrisen hoidon tarpeessa olevien henkilöiden palvelua. Vuonna 1978 voimaan tullut uudistettu mielisairaslaki poisti A – ja B – sairaala jaon. Psykiatrasta hoitojärjestelmää muutettiin avohoitokeskeisemmäksi. Päiväsairaalatoimintaa laajennettiin ja kehitettiin psyki-

atrisia viikko-osastoja. Mielisairaiden hoidon lisäksi korostettiin mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyä, tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Hoitomenetelminä psykoterapeuttiset suuntaukset, jotka tulivat Suomeen 1960-luvulla, lisääntyivät (Välimäki ym. 2001, 70). Koulutuksen osalta vuonna 1967 annetun lain nojalla mielisairaanhoitajakurssien johto ja valvonta siirtyi lääkintöhallitukselta ammattikasvatushallitukselle. Tämä asetus muutti mielisairaanhoitajakoulutuksen siirtymistä sairaaloista sairaanhoito-oppilaitoksiin (Achte' 1974, 27). Avohoitoon suuntautuneisuus näkyi myös sairaanhoitajien koulutuksen opetussuunnitelmien tarkistuksessa, kun psykiatrinen sairaanhoito-käsite muutettiin ja yhtenäistettiin vuonna 1977 käsitteeksi mielenterveystyö - psykiatrinen sairaanhoito.

Psykiatrian kehitykseen ja sitä kautta myös psykiatrisen hoitotyön kehittymiseen on vaikuttanut Sigmund Freud, joka kehitti psykoanalyysin. Psykoterapeuttisista suuntauksista 1970-luvulla mm. oppimisterapeuttinen menetelmä otettiin käyttöön laitostuneisuuden vähentämiseksi. Skinnerin oppimisteorian sovelluksella pyrittiin muuttamaan potilaan käyttäytymistä aktiivisemmaksi, vastuuntuntoisemmaksi ja ympäristöstään kiinnostuneemmaksi. Hoitoideologiaan kuului, että toivotusta käyttäytymisestä potilas palkittiin ja ei - toivottu käyttäytyminen jätettiin huomiotta. Menetelmää kehitettiin edelleen, ja se otettiin käyttöön eri psykiatrisissa sairaaloissa erityisesti 1980-luvulla. (Välimäki ym. 2001, 71). Myöhemmin Suomeen ovat tulleet yksilö-, ryhmä-, toiminta-, perhe- ja verkostokeskeinen terapia ja viimeisimpänä voimavara- ja ratkaisusuuntautunut terapiamuoto sekä verkostotyö. Myös kuvaa, runoa, musiikkia, draamaa ja tanssia eli erilaisia ilmaisun muotoja on opittu käyttämään psykiatrisessa hoitotyössä avuksi. (Salo & Tuunainen 1966, 463-464).

1980-luvulla psykiatrisessa hoidossa otettiin käyttöön myös kuntouttavia (skitsofreniaprojekti 1981-1987) hoitomenetelmiä. Tarkoituksena oli hoidon porrastamisen avulla lisätä avo- ja sairaalahoidon välistä kuilua pienemmäksi. Suomessa pitkäaikaispotilaiden hoidon edelläkävijänä oli erityisesti tamperelainen Sopimusvuori ry. (emt). Sektorisaation eli väestövastuuperiaatteen uudistuksen tavoitteena oli edelleen pienentää avo- ja sairaalahoidon välistä kuilua, edistää palvelujen tavoitettavuutta, joustavuutta ja tehostaa resurssien käyttöä sekä lisätä organisaatioiden välistä yhteistyötä. (Välimäki ym. 2001, 72-73).

Terveystieteiden alan ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmien sisältöihin, ja sitä kautta myös hoitotyöhön vaikutti 1970-luvun loppupuolella alkanut hoitotieteellisen tutkimuksen ja yliopistojen terveydenhuollon kandidaattikoulutuksen alkaminen. Suurin muutos opetussuunnitelmien osalta oli se, että entisen lääketiedepainotteisen opetussuunnitelman tilalle tuli hoitotietokeskeinen suunnitelma. Koulunuudistuksessa vuonna 1987 tarkistettiin terveydenhuolto-alan koulutuksen rakennetta ja se muutettiin muun ammatillisen koulutuksen mukaiseksi.

Vuonna 1990 voimaan tullut mielisairaslaki (1116/90) painottaa avopalvelujen merkitystä potilaan hoidossa, korostaa asiakkaan oma-aloitteisuutta hoitoon hakeutumisessa ja itsenäisen suoriutumisen tukemista. Psykoosien lääkehoidossa otettiin käyttöön uudet, vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttavat neuroleptit. Näillä lääkkeillä saadaan entistä täsmällisempää tehoa psykoosien negatiivisiin oireisiin, kuten vetäytyneisyys ja tunteettomuus. Myös masennuksen hoitoon 1990-luvulla kehitettiin uusia ja entistä turvallisempia lääkkeitä. Masennuksen ja vakavien mielialahäiriöiden lisääntymisen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi valtiovalta käynnisti vuonna 1998 esimerkiksi

Mielekäs elämä projektin. Moderni aivotutkimus (esim. Syvälahti 1998) ja lääketieteen tekniikan kehittyminen on tuonut uudenlaista tietoa skitsofreniasta ja sitä pidetäänkin nykyään yhä yleisemmin aivojen varhaisen kehityksen häiriönä. (Koivula 1998).

Koulutuksellisia muutoksia mielenterveystyön - psykiatrisen sairaanhoidon osalta olivat mielenterveyshoitajien koulutuksen liittäminen vuonna 1992 lähihoitajien koulutukseen, jossa valmiudet voi saada mielenterveys - päihdetyön suuntautumislinjalla. Koulutus on sosiaali- ja terveystieteiden toisen asteen nuorisokoulutusta ja koulutuksen pituus on kolme vuotta. Myös ammattikorkeakoulukokeilu käynnistyi Suomessa vuonna 1992. Nykyisin valmiudet psykiatriseen hoitotyöhön voi saada myös terveystieteiden ammattikorkeakoulun mielenterveystyö/psykiatrisen sairaanhoidon suuntautumislinjalla. Näiden koulutusten tavoitteena on laaja-alaista ja lisätä mm. psykiatrisen hoitotyön asiantuntijuutta.

4. 3. Vuorovaikutuksellisia auttamismenetelmiä

Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät ovat kehittyneet huomattavasti vuosikymmenien myötä. Pakkokeinojen käytöstä on luovuttu. Psykoanalyysin, psykoterapeuttisten suuntausten ja systeemiteoriaan perustuvien lähestymistapojen myötä vuorovaikutusta hyödyntävät menetelmät ovat tulleet keskeisiksi psykiatrisessa hoidossa. Auttamismenetelmistä lääkehoidolla on edelleenkin keskeinen merkitys, kuin myös erilaisilla virkistys-, kulttuuri- ja sosiaalisilla tapahtumilla. Vuorovaikutuksellisia menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset yksilö-, ryhmä-, verkosto-, perhe-, miljöö-, luovat ja toiminnalliset terapiat sekä terapeut-

tiset yhteisöt. (Salo & Tuunainen 1996, 464; Alanen 1997, Salokangas ym. 2000, 139-140).

Nykyisen psykiatrisen hoitotyön painopiste on mielenterveysongelmista kärsivän ihmisen kohtaaminen eri ympäristöissä ja yhteistyösuhteessa. Kaikkein tärkein auttamismenetelmä psykiatrisessa hoitotyössä on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde. Hoitosuhde on ammatillinen suhde, jonka tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia. Hoitotyöntekijältä suhde vaatii paitsi tietoa ja taitoa myös riittävää itsetuntemusta, jottei suhteesta muodostuisi väline hoitajan tarkoitusperiä varten. Ammatillisuus on taito auttaa apua tarvitsevaa, mutta se on myös hoitajan oman perustan tuntemista, tiedostamista ja oivaltamista (Latvala 1998, 17).

Salon ja Tuunaisen (1996, 447 vrt. Svennevig 2003, 42-45) mielestä luottamus hoitosuhteessa merkitsee uskoa siihen, että toinen ihminen pystyy auttamaan hädässä ja todennäköisesti tekee niin. He esittävät luottamuksellisen suhteen tunnusmerkkeinä aitouden, avoimuuden, teeskentelemättömyyden, rehellisyyden ja vilpittömyyden. Heidän mukaansa hoitosuhde edellyttää myös toisen ihmisen hyväksymistä ja kuuntelemista sekä ajatusten, tunteiden ja toiveiden jakamista. Hoitajalta vuorovaikutuksellinen hoitosuhde vaatii empatian ja läheisyyden taitoja. Empatia merkitsee hoitotyössä potilaan tunteiden ymmärtämistä ja niihin eläytymistä. Tuori (1994) ja Välimäki ym. (2000, 45-46) pitävät ratkaisevan tärkeänä auttamissuhteessa tapaa, jolla hoitotyöntekijä on vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa. He toteavat potilaiden odottavan hoitotyöntekijöiltä lämpöä, läheisyyttä, huolenpitoa ja inhimilliseen hyvyyteen perustuvaa auttamista. Hoitosuhteen onnistuminen riippuu siitä, kuinka luottamuksellisen ilmapiirin hoitotyöntekijä pystyy saamaan vuorovaikutustilanteessa.

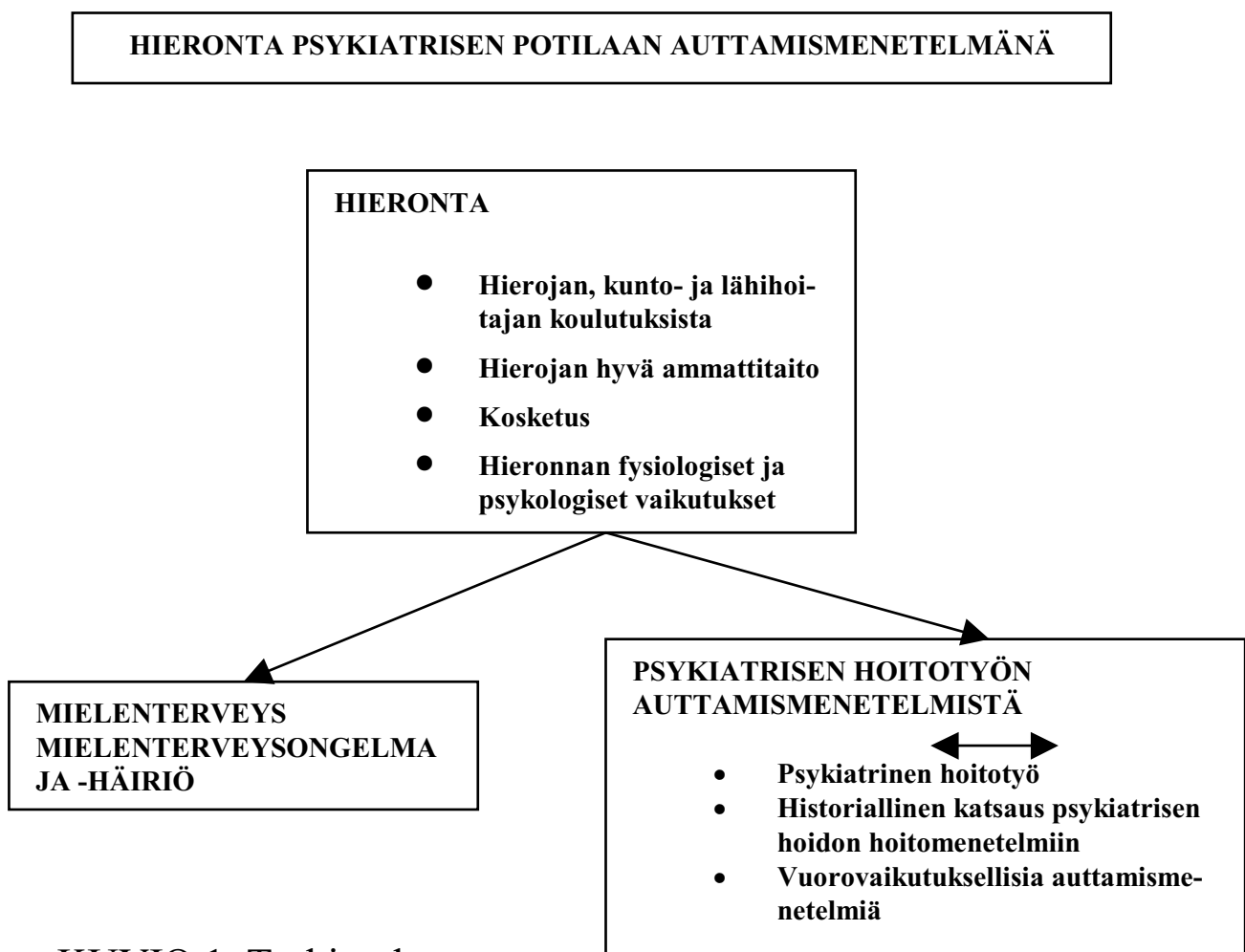
Rauhalan (1989) mukaan psykiatrisilla hoitotyön auttamismenetelmillä vaikutetaan ihmiseen tajunnan kautta. Pelkistetyimminkin tajunnan kautta vaikuttamista Rauhalan mielestä on varsinainen psykoterapiatyö, jota tekevät psykoterapeuttikoulutuksen saaneet terapeutit. Päätoimisten psykoterapeuttien ohella psykiatrisessa hoitotyössä esimerkiksi erikoissairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijöiden toiminta lähenee usein psykoterapeuttien työtä. He voivat käyttää työssään psykoterapeuttisia teorioita pyrkiessään toteuttamaan ammatillisia tavoitteitaan. (Rauhala 1989, Salo & Tuunainen 1996, 466-468.) Tänä päivänä useimmilla psykiatriaan erikoistuneilla sairaanhoitajilla on psykoterapian ja muiden terapiasuuntausten koulutusta, joita koulutuksia he voivat hyödyntää työssään.

Enäkoski pohtii tutkimuksessaan (2002, 194-195) sitä, miksi masennuksen hoidossa painotetaan lääkehoidon merkitystä. Tutkimuksen mukaan masennuslääkityksen ei koeta lisäävän itseymmärrystä, vahvistavan itsetuntoa eikä palauttavan masentuneen elämänhallinnan tunnetta. Enäkosken (2002) tutkimuksen mukaan potilaat pelkäsivät masennuslääkityksen aiheuttavan fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, persoonallisuuden muuttumista, oman kehon hallinnan menettämistä ja minuuden häivyttämistä. Lääkityksen koettiin myös aiheuttavan sivuvaikutuksia, kuten yhteisvaikutusta muiden lääkkeiden kanssa, ja ”tokkuraista” oloa. Enäkoski (2002) kysyykin tutkimuksessaan, miksi psykiatrisessa hoitotyössä ei käytetä muita auttaviksi koettuja keinoja, kuten vertaisryhmiä, liikuntaa, ajattelun opettelua tai tunteiden tarkastelua ryhmässä. Hänen mielestään, koska masennus on monipuolinen ilmiö, myös auttamismenetelmien tulisi olla monipuolisesti käytetty fyysisten kipu- ja särkytilojen hoitamiseen ja poistamiseen. Hieronnan psykologisista vaikutuksista on tehty muutamia kansainvälisiä tutkimuksia.

Suomesta tämän aiheen tutkimus puuttuu kokonaan. Tässä tutkimuksessa aiemmin esitettyjen tutkimusten mukaan hieronnassa kuitenkin on huomattavan paljon elementtejä, joita voitaisiin hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä. Hieronnalla voidaan edistää mielenterveyttä ja vaikuttaa siihen myönteisesti. Hieronnan perusta on kosketus ja tämän merkityksen ymmärtäminen tunne-elämän ongelmien korjaamisessa ja helpottamisessa on huomattava. Kosketukseen liittyvät tutkimukset (esim. Krieger 1987, 1990, Heidt 1990, Routasalo 1999, Svennevig 2003) tuovat esille sen kuinka tärkeää toisen ihmisen koskettaminen ja läheisyys ovat. Kehon ja mielen yhteys on kiistaton. Vaikuttamalla kehoon vaikutetaan myös mieleen. Tämä yhteys pitäisi hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä.

4. 4.Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista sisältöalueista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida psykiatristen potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Tutkimuksen teoreettiset sisältöalueet esitän kuviossa 1.



KUVIO 1. Tutkimuksen teoreettiset sisältöalueet

Tutkimuksessa tarkastellaan hieronnan käyttömahdollisuuksia psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Hieronta on vanha arvossapidetty kosketukseen perustuva hoitomuoto. Perinteisesti hierontaa on käytetty fyysisten kipu- ja särkytilojen hoitamiseen ja lievittämiseen. Tutkimusten mukaan (esim. Faustman ym. 1990, Levin 1990, Field ym. 1992, Caan & Read 1993, Oleson & Flocco 1993, Sandler 1993, Van der Riet 1993, Corner ym. 1995, Field ym. 1996, 1997b) hieronnassa on kuitenkin huomattavan paljon elementtejä, joita voitaisiin hyödyntää psykiatrisen potilaan hoitotyössä edistämällä mielenterveyttä. Edellä mainittujen tutkimusten mukaan hieronta mm. lievittää erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä jännitys- ja pelkotiloja, vähentää ahdistuneisuutta, masennusta ja stressiä sekä rauhoittaa, rentouttaa ja kohottaa mielialaa.

Mielenterveysongelmien jatkuvan lisääntymisen, monimutkaistumisen ja psykiatrisen avohoidon riittämättömien resurssien vuoksi psykiatrisen hoitojärjestelmä ei kykene vastaamaan psykiatrisen hoidon suureen kysyntään. Psykiatriset potilaat ja heidän omaisensa jäävät liian usein yksin ja vaille tukea yrittäessään selviytyä sairauden aiheuttamista monitahoisista ongelmista. (Latvala 1998, 33) Tämän vuoksi psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä olisi kehitettävä. Olisi löydettävä keinoja, joilla voitaisiin helpottaa ja auttaa mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä ja heidän omaisiaan. Psykiatrisen hoitotyön perinteisten auttamismenetelmien rinnalle, vaihtoehtoisena auttamismenetelmänä, hieronta on miellyttävä ja hyvää oloa tuottava menetelmä.

Tässä tutkimuksessa tarkastelu kohdistuu hierontaan, hierontaa määrittäviin tekijöihin, mielenterveyteen, mielenterveysongelmiin ja –häiriöihin, psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiin, psykiatristen potilaiden kokemuksiin hieronnasta, hie-

ronnan merkityksistä potilaille, ja sitä kautta hieronnan käyttömahdollisuuksiin psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmänä.

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida psykiatristen potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Hieronnan kokemuksia ja merkityksiä selvitetään hieronnan taktilisesta ja viestinnällisestä näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää psykiatristen potilaiden hoitotyössä, sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksessa, kunto- ja lähihoitajan sekä hierojan jatko- ja täydennyskoulutuksessa.

Tutkimuksessa haetaan vastausta pääongelmiin:

1. Millaisia ovat psykiatristen potilaiden kokemukset hieronnasta?
2. Mitä merkityksiä hieronnalla on psykiatrisille potilaille?

6. TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen tapaustutkimus (Syrjälä & Numminen 1988, Moberg & Tuunainen 1989, Yin 1993, 1994, Syrjälä 1994, Stake 1994, Eskola - Suoranta 1998). Tapaustutkimus-käsite viittaa siihen, että hankitaan yhteen tai muutamaankin yksikköön liittyvää tietoa. Tavoitteena ei ole kvantifioitava yleistettävyyttä vaan tutkittavan yksikön tai ilmiön monipuolinen kuvaus ja mahdollinen teoreettinen yleistettävyyttä (Moberg & Tuunainen 1989, 120-125, Yin 1993, 1994, Eskola - Suoranta 1998, 62). Syrjälän (1994, 17) mukaan tapaus on ikään kuin esimerkki jostain suuremmasta joukosta. Tapaus voi kertoa jotain merkittävää myös laajemmasta kokonaisuudesta, jonka osa se on. Tulosten yleistäminen tai soveltaminen muuhun tapaukseen edellyttää kuitenkin tutkitun ja muun tapauksen vertailua.

Tässä tutkimuksessa tutkittavana yksikkönä on viisi psykiatrista potilasta, joista kukin muodostaa oman tapauksen. Tapaustutkimus on empiirinen tutkimus, joka tutkii ilmiötä sen arkitodellisuuden kontekstissa (Syrjälä & Numminen 1988, 7; Yin 1994). Tapaustutkimus on sopiva menetelmä silloin, kun halutaan ymmärtää jonkin ilmiön dynamiikkaa ympäristössä, jota ilmentää monimutkaisten suhteiden kerroksisuus. Tavoitteenani on kuvata kokonaisvaltaisesti ja systemaattisesti psykiatristen potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Kuvaan tutkittavaa ilmiötä ensisijaisesti haastatteluaineiston ja toissijaisesti havainnointi- ja asiakirja-aineiston avulla (Syrjälä 1994, 12-14).

Tutkimuksen ontologisena lähtökohtana on Rauhalan (1990) esittämä teoria ihmiskäsityksen olemuspuolista, jotka

ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Ihminen todellistuu näiden olemassaolomuotojen kautta, jotka hahmotuvat kokemuksellisuudesta käsin (Rauhala 1990, 35; 1993, 99-100). Tutkimukseni lähtökohta on tutkia ihmisiä, joiden situation eli elämäntilanteen yhteisenä tekijänä on mielenterveysongelma tai -häiriö. Tästä lähtökohdasta olen kiinnostunut selvittämään psykiatristen potilaiden tajunnallisia merkityksiään eli kokemuksiaan hieronnasta. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on että, psykiatrinen potilas on tietoinen olento, joka pohtii olemassaoloaan ja elämänsä tarkoitusta. Jokainen potilas on ainutkertainen ja siksi tarkastelun kohteena on psykiatrisen potilaan subjektiivinen kokemus. Potilaat ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän todellisuuden kanssa, ja siksi potilaiden kokemukseen liittyvät merkitykset ja arvot rakentuvat siihen situaatioon, jossa he kulloinkin elävät.

Ihmisen kokemukselliseen olemuspuoleen, tajunnallisuuteen, liittyvät mieli ja merkityssuhteet. Mieli koetaan aina josakin elämyksessä. Tajunta reaalistuu, kun ihminen kokee jotakin, esimerkiksi pelkää. Mielet sitoutuvat toisiinsa merkityksen kautta (Rauhala 1992, 93; 1993, 100.). Selvitettäessä empiirisesti subjektiivisten kokemusten maailmaa, tässä tutkimuksessa potilaan hierontaan liittyviä kokemuksia, tarkastellaan potilaiden inhimillisiä kokemuksia tajunnallisuuden eritasoisina psyykkisinä ja henkisinä tapahtumamuotoina. Psyykkinen liittyy alempaan tajunnallisuuteen, tässä esimerkiksi potilaiden hierontatapahtuman aikana kokemat hyvän- ja pahanolon tuntemukset (Rauhala 1990, 38). Henkinen edustaa kokemuksellisuudessa toisen asteen tajunnallisuutta ja mahdollistaa sen, että ihminen voi arvioida omaa ensiasteista kokemustaan, esimerkiksi tässä potilaat voivat arvioida saamaansa kosketusta hierontatapahtuman jälkeen. (Rauhala 1990, 38; 1992, 94; 1993, 101.)

Kehollisuudessa on kysymys ihmisen olemuspuolesta orgaanisena tapahtumana. Ihminen käsittää ulottuvuuksia, koska keho on avaruudellinen. Tajunnallinen mielekkyys ihmisessä sijoittuu siten kehollisuuden asettamiin rajoihin ja on olemassa juuri sen avulla. Hierontatapahtumaan liittyvillä tekijöillä on välitön ja merkittävä kosketus potilaan keholliseen olemuspuoleen. Ajattelun, tunteiden sekä aistitoimintojen välityksellä syntyvillä keholliseen olemuspuoleen liittyvillä kokemuksilla on merkitystä psykiatrisen potilaan hieronnan aikaisen eheyden kokemiseen. (ks. Rauhala 1992, 94; 1993, 101.)

Rauhalan (1990, 40; 1993, 102) mukaan situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta. Hänen mukaansa ihminen rakentaa kokemuspiirissään suhdettaan ulkomaailmaan ja omiin kokemuksiinsa. Situaation erilaisia osarakennetekijöitä Rauhala (1993, 101-102) nimittää situaation komponenteiksi. Näitä ovat esimerkiksi kieli, arvot, normit, sosiaalinen instituutio ja ideaalinen todellisuus. Hierontatapahtuman aikainen situaatio on kuntohoitajan ja niiden asiantilojen kokonaisuus, joiden alaisena psykiatrisen potilaan kehollinen ja tajunnallinen olemuspuoli reaalistuvat. (ks. Rauhala 1990, 89; 1993, 101-102.)

Tutkimuksen tietoteoreettisena lähtökohtana on Heideggeriläinen fenomenologia ja filosofisena lähtökohtana eksistentia-lismi (Varto 1992, 85-100; Syrjälä 1994, 74-75). Nämä lähtökohdat painottavat kokemuksellisuuden merkitystä, antavat mahdollisuuden saada kuvailevaa tietoa ja tarkastella hieronnan kokemuksia ja merkityksiä sellaisena kuin ne psykiatrisille potilaille itselleen ilmenevät. Tieto on vain yksi tapa kokea todellisuutta, vain yksi tapa tiedostaa, sillä psykiatrisen potilas tiedostaa myös tunnetilojensa kautta. Tällöin tietoteoreettiset kysymykset on osittain alistettava olemista koskeville kysymyksille, ontologialle, joka nojaa tunnekokemuksiin. Laadullisen meto-

din valinta tässä tutkimuksessa on perusteltua siksi, että psykiatrisen potilaan hierontakokemuksista ja merkityksistä potilaille tiedetään vähän, ja tässä tutkimuksessa lähestytään aihepiiriltään tuntematonta aluetta (Varto 1992, 23-24). Aineistossa painottuu psykiatristen potilaiden kokemuksellinen tieto. Potilaiden kokemukseen sisältyy intensiteetiltään erilaisia tunteita, elämyksiä, mielikuvia, muistoja, aistimuksia, ja ne merkitsevät potilaille erilaisia asioita. Lisäksi potilaiden inhimillisten kokemusten ymmärtäminen on mahdollista vain siinä kontekstissa, jossa niillä on merkitystä. (Varto 1992, 26).

Fenomenologia on Edmund Husserlin perustama filosofian haara (Rauhala 1990, 130), jolle on leimallista enemmänkin tietty filosofinen ote kuin mitkään erilliset teesit. Fenomenologia perustuu ymmärtävään tutkimusperinteeseen ja tutkii maailmaa sellaisena kuin se ilmenee. Fenomenologisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään inhimillisen toiminnan ja kokemuksen subjektiivisia merkityksiä mm havaintoja, uskomuksia, kuvitelmia, muistoja ja kokemuksia. Fenomenologia voidaankin ymmärtää filosofisena suuntauksena, lähestymistapana ja tutkimusmetodinä. Fenomenologinen tutkimussuunta tuo tutkijan teoreettisista abstraktioista takaisin kokemusten todellisuuteen, jolloin tutkija kuvaa mahdollisimman tarkasti, miten tutkittavat ilmiön kokevat. Tutkimalla kokemuksen laatua päädytään sen ydinsisältöön, tunnistetaan potilaan käyttäytymisen ydin ja lisätään näin ymmärrystä ihmisestä. (Heinämaa 1996, 17; Saarinen 1997, 255-257; Lindvall 1997, 28.) Husserl edustaa niin sanottua puhdasta eli transsendentaalista fenomenologiaa, joka on kiinnostunut tajunnan rakenteista, mutta ei kiellä ulkoisen maailman olemassa oloa ihmisen tajunnan ulkopuolella. Husserlin mukaan toinen koetaan psykofyysisenä kokonaisuutena, olentona, joka kokee saman maailman kuin minä ja olentona, joka kokee minut samalla lailla kuin minä. Toista

koskevalle kokemukselle on siis luonteenomaista ruumiillisuus, maailmallisuus sekä tietty vastavuoroisuus: toinen havaitaan minän havaitsijana. (Heinämaa 1996, 31-32.)

Eksistentialismi korostaa inhimillisen olemassaolon erityislaatua, ihmisen ainutlaatuisuutta, tunnekokemuksia sekä yksilöllisyyttä ja tutkii ihmisen filosofista perustaa (Rauhala 1990, 130-131). Olemassaolon ongelma nousee esille Martin Heideggerin vaikutuksesta (Rauhala 1990, 130). Heidegger otaksui, että ihminen määrittelee itse itsensä. Hän osoittaa toimintansa kautta kuka on. Minuutta ja identiteettiä ei ole olemassa etukäteen. Ihmistä on aina tarkasteltava tilanteissa. (Rauhala 1990, 130; Saarinen 1997, 207-208.) Heideggerin inhimillisen olemassaolon hermeneutiikassa ihmistä tarkastellaan maailmassa olevana, jolloin fenomenologiseen deskriptioon tuodaan mukaan hermeneuttinen näkökulma. (Lindvall 1997). Hermeneutiikassa keskeiset avainkäsitteet ovat ymmärtäminen, tulkinta, esiymmärrys ja hermeneuttinen kehä. Ymmärtämisen ja tulkinnan perusteet ovat tässä tutkimuksessa hermeneutiikassa, jolloin ilmiötä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti, ilmiön ehdoin, sen ainutlaatuisuus huomioon ottaen ja ilman jäykkiä ennakko-odotuksia (Varto 1992, 26-27). Tällöin tutkimuksen kohde saa lähtökohtansa ja merkityksensä elämämaailmasta, siitä psykiatrisen potilaan hieronnan aikaisesta kokemustodellisuudesta, joka on koko ajan läsnä, yhtä aikaa muuttavana ja muutettavana (Varto 1992, 23-24)

7. TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT

7. 1. Triangulaatio

Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten tutkimusmenetelmien yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Tavoitteena on saada erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön ja varmistaa tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaatiossa voidaan erottaa neljä erilaista tapaa: aineisto-, tutkija-, teoria- ja metoditriangulaatio (Dyffy 1987, Syrjälä & Numminen 1988, 140; Silverman 1993, 157, Eskola - Suoranta 1998, 69-75; Janhonen & Nikkonen 2001, 12). Staken (1995, 106-129) mukaan tapaustutkimuksen triangulaation tarve on suhteessa muun muassa tutkittavaa ilmiötä koskevaan tutkimusaineistoon. Hänen mukaansa tapaus-tutkimuksessa, jossa aineistosta voidaan esittää hyvin erilaisia, tulkinnanvaraisia tuloksia, tarvitaan vahvistusta triangulaation avulla. Tässä tutkimuksessa käytin aineisto-, henkilö-, teoria- ja metoditriangulaatiota.

Aineistotrianguloinnissa yhdistellään yhdessä tutkimuksessa useammanlaisia aineistoja, esimerkiksi haastatteluja, lehtiartikkeleita, tilastotietoja ja kuvanauhoituksia. (Yin 1994, ks. Eskola - Suoranta 1998). Aineistotriangulaatio voi toteutua ajan, paikan tai osallistujien triangulaationa (Janhonen & Nikkonen 2001, 12). Aineistotriangulaatio toteutuu tutkimuksessa ni siten, että yhdistelin haastattelu-, havainnointi ja potilasasiakirja-aineistoja. Aineistot täydentävät ja tukevat toisiaan rakentaen kokonaisvaltaisempaa kuvaa tutkittavasta ilmiöstä.

Henkilötriangulaatiota olen aineiston keruussa käyttänyt niin, että potilasta koskevaa tietoa olen saanut paitsi potilaalta, myös omahoitajilta ja kuntohoitajalta. Henkilötriangulaation tarkoituksena oli varmistaa yhdeltä lähteeltä saadun tiedon

paikkansapitävyyttä muilta lähteiltä kerätyllä tiedolla (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). Tutustuin potilasasiakirjoihin haastattelujen jälkeen. Niistä saatu tieto oli lähinnä lääketieteellistä ja auttoi kokonaiskuvan muodostamisessa potilaan tilanteesta.

Teoreettisen tarkastelun tarkoituksena on tutkimuksen kannalta olennaisten kysymysten esiin nostaminen. Denzinin (1994, 307-308) mukaan tutkimuksessa voidaan käyttää teoreettista triangulaatiota, jolloin tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan useammasta teoreettisesta näkökulmasta. Näin saadaan tutkittava ilmiö jäsenettyä paremmin. Pohjolan (1994, 37) mukaan yksi teoria on riittämätön analysoitaessa monitahoisia prosesseja. Teoriatriongulaatio toteutuu tässä tutkimuksessa siten, että tarkastelen tutkimuskohdettani eri tieteiden näkökulmista. Tässä tutkimuksessa erilaisten teoreettisten näkökulmien käyttö on tarkoituksenmukaista, koska tutkimukseni on monitieteistä.

Methodisessa triangulaatiossa tutkimuskohdetta tutkitaan useilla eri aineistonhankinta- ja tutkimusmenetelmillä (Janhonen & Nikkonen 2001, 13), joita voivat olla esimerkiksi osallistuva havainnointi, toimintatutkimus, syvähaastattelutekniikat ja kirjalliset tietolähteet (Yin 1994, ks. Eskola - Suoranta 1998). Methodisessa triangulaatiossa voidaan yhdistää kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote mahdollisimman laajan ja kattavan kuvan saamiseksi tutkittavasta ilmiöstä (Denzin 1994). Kahden tutkimusmetodin käyttö on yleisin triangulaation muoto ja sen katsotaan lisäävän tutkimuksen validiteettia.

Yinin (1994, 92) mukaan tapaustutkimuksessa mikä tahansa tulos on aina uskottavampi, jos se on saatu perustuen useaan tietolähteeseen. Eskolan ja Suorannan (1998, 72) mukaan menetelmätriangulaation käyttöä voidaan kuitenkin myös kritisoida tieteenfilosofisin kriteerein, koska tutkimusmenetelmät voivat perustua erilaisiin metakäsityksiin. He esittävät, että tutkijan

on valittava, painottaako hän metodisten ratkaisujen tieteenfilosofista perustaa vai mielenkiintoisia tuloksia.

Metodinen triangulaatio toteutuu tutkimuksessani siten, että käytän aineiston hankintamenetelminä haastattelua, havainnointia ja potilasasiakirjoja. Triangulaatio aineistonkeruumenetelmänä auttaa jäsentämään tutkittavan ilmiön paremmin kuin yhdellä menetelmällä kerätty tieto (Polit & Hungler 1993, Stake 1995, 106-129).

Teemahaastattelu

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska tutkittavasta aiheesta on vain vähän aikaisempaa tietoa ja koska menetelmä mahdollistaa haastateltavan ja haastattelijan välisen keskustelun, jolloin henkilöiden omat kokemukset ja merkitykset tulevat mahdollisimman todellisina ja itsestään esille (Hirsjärvi ym. 1988). Erityisesti psykiatrisen potilaan haastattelussa on tärkeää haastattelijan ja potilaan luottamuksellinen suhde sekä tutkijan kyky antautua vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Esimerkiksi hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimussuhde vaatii erityistä huomiota silloin, kun tietolähteenä on terveyspalvelujen käyttäjä, potilaana oleva ihminen, jonka riippuvuus häntä hoitavista ihmisistä ja järjestelmistä on jonkinasteisesti olemassa.

Teemahaastattelussa halusin valituilla teemoilla jäsentää moniulotteista tutkimusaluetta selkeäksi kokonaisuudeksi. Haastattelutilanteessa ohjasin haastattelun kulkua teemoihin liittyvillä kysymyksillä. Haastatteluteemat (Liitteet 1-3) olivat tutkimusongelmien mukaisesti hieronta, kosketus, hieronnan merkitys psykiatriselle potilaalle ja psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät. Kävin kaikkien tutkimukseen osallistuneiden

henkilöiden kanssa läpi samat haastatteluteemat. Kysymysten muoto ja järjestys vaihtelivat haastateltavan ja tilanteen mukaan. Pyysin vastauksista myös perusteluja, esimerkkejä, tarkennuksia ja kuvauksia. Kysyin esimerkiksi potilaalta: ” Mitä hierontahoito on sinulle merkinnyt? ” ” *No pelekotilat on helepottunneet kyllä se hieronta on niitä helepottanu liikajännitys on poistunu. Hyvän olon on tuonu. On rentouttanut ja rauhoittanut. Onhan se auttanut unettomuuteen kun jännitykset on poistunu, niin parempaan uneen on auttanut. Sitä niin ku jotaki avautuu ku lapaluitten alta hieroo.* ” Pyytäessäni potilasta perustelemaan, mitä ” avautuminen ” tarkoittaa, hän vastasi ” *se tuntuu hyvältä, tulee hyvä olo.* ” Hyvää oloa potilas kuvasi seuraavasti: ” *Se on semmosta, että jos vaikka on ollu mieli maassa tai oon ollu vihanen hierontaan mennessä, niin kun lähtee hieronnasta on virkeä olo ja hyvä mieli.* ” Saatoin myös varmistaa tulkinnan nimeämällä esitetyn asian. Haastattelut antoivat vastaajille mahdollisuuden pohtia asiayhteyksiä ja esittää teemoihin liittyviä näkökulmia omista kokemuksistaan lähtien. Lisäksi haastattelujen edetessä minulla oli tilaisuus täsmentää joidenkin kysymysten syy - seuraussuhteita ja syventää esiin nousseita uusia näkökohtia. Haastattelutilanteessa tämä merkitsi pysähtymistä tietyn osa-alueen tarkasteluun joidenkin haastateltavien kohdalla enemmän kuin toisten. Tätä etua ei olisi saavutettu kyselyllä.

Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu oli motivoivampi ja joustavampi kuin kysely, koska kunkin haastattelun analyysi ohjasi seuraavaa haastattelua. Haastattelussa oli myös mahdollisuus varmistaa, että tutkittavat ymmärsivät heille esitetyt kysymykset (vrt. Hirsjärvi & Hurme 1988).

Nauhoitin haastattelutilanteet ja kirjoitin ne myöhemmin sanasta sanaan tekstiksi. Tämän jälkeen kirjoitin tiedot teema-alueittain omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluista. Oma-

hoitajilta ja kuntohoitajalta olen kerännyt tietoa teemahaastattelun lisäksi strukturoidulla havainnointilomakkeella (Liite 4). Havainnointilomakkeen tuloksia olen käyttänyt täydentämään teemahaastattelulla saatua kuvaa etsimällä luokitelluista aineistoista sisällöllisiä yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia sekä vertailemalla aineistoja keskenään. Tämän metodisen triangulaation avulla olen halunnut varmistaa mahdollisimman monipuolisen tutkittavaa aihetta koskevan tiedon saannin ja lisätä samalla tutkimustulosten luotettavuutta. (Miles & Huberman 1994).

Hirsjärven ja Hurmeen (1988, 36) mukaan teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelu etenee etukäteen sovittujen aiheiden mukaisesti, mutta strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Alasuutari (1993, 65) tuo esille, että tarkkaan muotoillun haastattelulomakkeen ei katsota antavan mahdollisuutta tehdä tulkintoja siitä, mitä merkityksiä haastateltavat antavat haastattelussa keskusteltaville asioille. Hänen mukaansa merkitysrakenteiden tutkimiseen tarvitaan tekstiä, jota tutkittavat tuottavat omin sanoin. Hirsjärvi ja Hurme (1988, 8) toteavat teemahaastattelun antavan tutkittaville tilaa näkemystensä esittämiseen, ja he voivat helpommin kuvata ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Heidän mielestään tutkijan tehtäväksi jää tulkita tutkittavien vastauksia. Tutkimuksen tarkoitus ohjaa tätä tulkintaa. Hirsjärvi ja Hurme (1988, 41) painottavat, että tutkija voi kuitenkin rajata tuotettavan tekstin tutkimuksen kannalta keskeisiin, laajahkoihin aihealueisiin eli teemoihin.

7. 2. Haastattelu- ja havainnointiaineistot

Tutkimuksen aineisto koostuu potilaiden (5), omahoitajien (6) ja kuntohoitajan (1 x 5) haastatteluista, omahoitajien ja kunto-

hoitajan havainnoinneista sekä potilasasiakirjoista. Potilaiden haastatteluaineisto on pääaineisto, jota omahoitajien ja kuntohoitajan haastattelut ja strukturoitu havainnointi sekä potilasasiakirjat täydentävät. Potilasasiakirjat täydentävät aineistoa lääketieteellisestä näkökulmasta, lähinnä sairastumiseen ja sairauteen liittyvien tekijöiden osalta.

Tämän tutkimuksen tutkimusaineistot, aineistojen keruu ja analyysi on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimusaineistot, aineistojen keruu ja analyysi.

Tutkimuskysymys	Aineistonkeruun ajankohta	Aineistot ja aineistonkeruumenetelmä	Analyysimenetelmä
1. Millaisia ovat psykiatristen potilaiden kokemukset hieronnasta?	Helmikuu 1998 Kesäkuu 1998	Kuntohoitajan haastattelu Potilaiden (2) omahoitajien (2) ja kuntohoitajan (2 potilasta) haastattelu ja havainnointilomake haastattelun tukena	Haastattelu- ja havainnointiaineiston laadullinen sisällön analyysi teema-alueittain (Potilaat, omahoitajat, kuntohoitaja)
2. Mitä merkityksiä hieronnalla on psykiatrisille potilaille?	Syyskuu 1998	Potilaan (1) omahoitajien (2) ja kuntohoitajan (1 potilas) haastattelu ja havainnointilomake haastattelun tukena	Haastattelu- ja havainnointi-aineiston laadullinen sisällön analyysi teema-alueittain (Potilaat, omahoitajat, kuntohoitaja)
	Marraskuu 1998	Potilaiden (2) omahoitajien (2) kuntohoitajan (2 potilasta) haastattelu ja havainnointilomake haastattelun tukena	Haastattelu- ja havainnointi-aineiston laadullinen sisällön analyysi teema-alueittain (Potilaat, omahoitajat, kuntohoitaja)
	Syyskuu 2001	Potilasasiakirjat	Potilasasiakirjojen sisällön analyysi

7. 2. 1. Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistui viisi psykiatrissa avo- tai laitoshoidossa olevaa potilasta, kuusi omahoitajaa ja kuntohoitaja.

Potilaat

Keräsin potilaiden taustatiedot heiltä itseltään. Joiltakin osin tarkistin tietoa hoitohenkilökunnalta. Potilaat olivat iältään 44-54 -vuotiaita. Heistä kaksi oli naimatonta, yksi naimisissa, yksi eronnut ja yksi leski. Potilaista kolme asui yksin.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat kansa- ja kansalaiskoulun suorittaneita. Yhdellä oli ylioppilastutkinto. Potilaisista kolmella oli palvelualan ammatillinen koulutus ja kahdella ei ollut ammatillista koulutusta. Potilaiden laitoksessa oloaika vaihteli vuodesta kahteen vuoteen ja avohoidossa sairastamisaika neljästä 20 vuoteen.

Diagnoosit olivat alkoholipsykoosi (1), rajatila (1), vakava masennus (1) ja skitsofrenia (2).

Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat sairaala X:n avo- tai laitoshoidossa olevia potilaita. Tutkimukseen osallistujat valittiin harkinnanvaraisesti useammalta osastolta. Valinnan tutkimukseen osallistuvista potilaista suoritti hoitohenkilöstö. Valintakriteerit olivat: diagnosoitu mielenterveysongelma, vapaaehtoisuus, yli 18 vuoden ikä, aikaan ja paikkaan orientoituneisuus, niin hyvä fyysinen ja psyykinen kunto, että potilas kykeni osallistumaan haastattelutilanteeseen ja säännöllinen osallistuminen kahden kuukauden ajan, kerran viikossa, puoli- tai kokovartalohierontaan.

Omahoitajat

Tutkimukseen osallistuneet omahoitajat olivat koulutukseltaan mielisairaan- tai mielenterveyshoitajia ja psykiatriaan erikoistuneita sairaanhoitajia. Lisäksi yhdellä omahoitajalla oli peruskoulutuksensa lisäksi psykoterapeutin ja yhdellä vaativan tason psykoterapeutin koulutus.

Työkokemus mielenterveystyössä vaihteli 10 - 24 vuoteen. Useimmilla hoitajilla oli työkokemusta sekä avo- että laitoshoidosta. Perustutkinnon suorittamisvuosi vaihteli vuodesta 1969 vuoteen 1992. Työnkuvaan nykyisellään kuului avo- ja laitoshoidossa toimimista, hallinnollisia tehtäviä, kouluttajana, sekä yksilö-, perhe- ja verkostoterapeuttina toimimista. Taulukko 2 kuvaa omahoitajien taustatietoja.

TAULUKKO 2. Omahoitajien taustatiedot (N = 6)

Perustutkinnon valmistumisvuosi

1965 - 1969	1
1970 - 1974	2
1975 - 1979	-
1980 - 1984	1
1985 - 1989	1
1990 - 1994	1

Koulutus

Mielisairaan- / mielenterveyshoitaja	2
Psykiatrinen erikoissairaanhoitaja	4

Lisäkoulutus

Psykoterapeutti	1	
Vaativan tason psykoterapeutti		1

Työkokemus mielenterveystyöstä

6 - 10 vuotta	1
11 - 15 vuotta	1
16 - 20 vuotta	3
21 - 30 vuotta	1
Yli 30 vuotta	-

Työalue ja tehtävä

Avo- / laitoshoido	2
Apulaisosastonhoitaja	1
Osastonhoitaja	2
Kouluttaja, yksilö-, perhe- ja verkostoterapeutti	1

Kuntohoitaja

X - sairaalan hierontaa toteuttava henkilö on koulutukseltaan artesaani, ja hän on valmistunut vuonna 1992 kuntahoitajaksi. Kuntohoitajan työtehtäviin kuuluu toimintaterapiassa potilaiden ohjaaminen ja kaksi kertaa viikossa hieronnan antaminen. Kuntohoitaja osallistuu työryhmän jäsenenä potilaiden kuntoutumisen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Mielensterveystyössä kuntahoitaja on toiminut 24 vuotta. Tiedollisia ja taidollisia valmiuksiaan mielensterveystyöhön hän pitää hyvinä, vaikka kuntahoitajakoulutuksessa hän ei ole mielestään saanut valmiuksia mielensterveystyöhön. Hän on ylläpitänyt ammatillisia valmiuksiaan osallistumalla säännöllisesti työpaikka- ja muuhun koulutukseen sekä työnohjaukseen

7. 2. 2. Potilashaastattelujen aineisto

Keräsin potilaiden haastatteluaineiston kesä - marraskuussa 1998 sairaala X:stä. Hain tutkimusluvut sairaanhoitopiirin X:n kuntayhtymän eettiseltä toimikunnalta. Sain yhteyden potilaisiin ylihoitajan välityksellä. Lähetin sairaala X:n ylihoitajalle tutkimussuunnitelman ja sen lisäksi tein henkilökohtaisen käynnin sairaalaan, jossa keskustelin sairaalan johtoryhmän kanssa tutkimuksen toteuttamisesta. Sairaalan ylihoitaja toimi yhdyshenkilönä ja kertoi osastojen hoitohenkilökunnalle tutkimuksesta. Osastojen hoitohenkilökunta sai esitteen tutkimuksesta, havainnointilomakkeen (Liite 4) sekä esitteen tutkimuksesta potilaille jaettavaksi. Esitteen lisäksi hoitajat kertoivat potilaille tutkimuksestani.

Koska haluan suojella tutkimukseen osallistunutta sairaa-
laa ja henkilöitä identifiointilta, käytän sairaalasta nimeä X ja
tapauskuvauksissa potilaiden nimet on muutettu.

Haastattelin neljää naista ja yhtä miestä. Sovin haastattelu-
ajan ja -paikan erikseen jokaisen potilaan kanssa. Haastattelujen
edellytyksenä oli, että potilaat olivat osallistuneet säännöllisesti
kahden kuukauden ajan, kerran viikossa, puoli- tai kokovarta-
lohierontaan. Hieronnan toteutti sairaala X:n kuntohoitaja.
Haastattelupaikkana oli sairaala X:n rauhallinen ja häiriötön
toimintaterapiatila tai kokoushuone. Ennen varsinaista haastat-
telua tapasin viidestä potilaasta kolme. Keskustelut potilaiden
kanssa antoivat käsityksen heidän kommunikointitavastaan.
Kahden avohoitopotilaan osalta ennakolta tapaaminen ei ollut
mahdollista käytännön syistä.

Haastattelin jokaisen potilaan erikseen. Nauhoitin haastat-
telut ja auki kirjoitin tekstin sanatarkasti. Aloitin haastattelut
keskustelemalla yleisistä asioista. Tarkensin myös sen, että
potilas tiesi tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Selitin vielä
tutkimussuunnitelman mukaisesti kaikki tutkimukseen liittyvät
seikat sekä korostin tutkimustietojen luottamuksellisuutta ja
potilaiden anonymiteetin säilymistä. Kaikki tutkimukseen vali-
tut potilaat halusivat osallistua tutkimukseen, olivat motivoitu-
neita haastatteluun ja kiinnostuneita saamaan tutkimusraportin.

Aluksi kyselin haastateltavilta taustatietoja, minkä jälkeen
siirryin terveydentilaa koskeviin kysymyksiin. Sitten keskustel-
tiin teema-alueittain (Liite 1) tai potilas voi myös vapaasti ker-
toa aiheeseen liittyvistä asioista. Pyrin luomaan haastattelutilan-
teesta mahdollisimman vapaamuotoisen. Teemahaastattelulle
tyypilliseen tapaan sallin joidenkin vaikeiden aiheiden sivuut-
tamisen. Johdattelin keskustelun niihin myöhemmin, jolloin
arkaluonteisistakin asioista oli helpompi puhua. Valmistauduin
haastatteluihin kertaamalla haastattelutekniikkaa. Potilaan kie-

len ymmärtämistä helpotti työskentelyni psykiatrisessa sairaalassa ja kokemukseni yksilöterapeuttisesta hoitotyöstä. Useimmat potilaat olivat yhteistyökykyisiä ja haluisia haastateltavia ja tuottivat runsaasti monipuolista tietoa. Haastattelut kestivät 40 minuutista 1 1/2 tuntiin.

7. 2. 3. Omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluaineisto

Omahoitajat

Keräsin hoitajien haastattelut kesä - marraskuun 1998 välisenä aikana. Haastattelin tutkimukseen osallistuneiden potilaiden (5) kuutta omahoitajaa. Yhden potilaan kaksi omahoitajaa osallistuivat tutkimukseen.

Hoitohenkilöstön tutkimukseen osallistumisen edellytyksenä oli, että hoitajalla oli alan ammatillinen koulutus. Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa joko koulu- tai opistoasteen koulutuksen saanutta hoitohenkilöstöä (mielisairaanhoidon/ mielensterveystoimittaja, psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimittaja). Hoitajat valikoituivat tutkimukseen potilaiden omahoitajuuden mukaisesti.

Omahoitajien haastattelut tapahtuivat sairaala X:n tiloissa, yleensä kokous- tai toimintaterapiatiloissa. Haastattelupaikka oli rauhallinen ja häiriötön. Haastattelut kestivät 50 minuutista 1 tuntiin 20 minuuttiin. Omahoitajien haastattelu (Liite 2) käsittelee taustatietoja, hoitosuhdetta, potilaiden terveydentilaa, kosketusta, hieronnan merkityksiä potilaille ja hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitajien kanssa kävin myös jälkikeskustelun. Yhden omahoitajan haastattelu tapahtui puhelinhaastatteluna käytännön syistä.

Kerroin kaikille haastateltaville haastattelun alussa tutkimuksen tarkoituksen. Jokainen hoitaja oli tietoinen haastattelun nauhoituksesta. Kukaan ei kieltäytynyt haastattelusta. Minulla oli nauhurin lisäksi muistiinpanot, joita oli mahdollisuus täydentää heti haastattelun jälkeen.

Kuntohoitaja

Haastattelin sairaalan kuntahoitajaa taustatietojen saamiseksi helmikuussa 1998. Potilaita (5) koskeva kuntahoitajan haastattelu tapahtui kunkin potilaan hierontajakson jälkeen. Haastattelut ajoittuivat kesä- marraskuulle 1998. Haastattelupaikkana oli häiriötön ja rauhallinen toimintaterapiahuone. Haastattelut kestivät 30 minuutista 1 tuntiin 10 minuuttiin.

Suorittamani kuntahoitajan haastattelu, joka koski potilaita, pohjautui teemahaastattelurunkoon (Liite 3). Haastattelussa käytiin läpi potilaan alkutilanne, hierontajakson aikana tapahtuneet muutokset potilaan käyttäytymisessä ja terveydentilassa, hierontaa ja kosketukseen suhtautuminen, hoitosuhteen laatu sekä keskustelut hieronnan aikana.

7. 2. 4. Havainnointiaineisto

Keräsin tietoa hieronnan merkityksistä psykiatrisille potilaille havainnoinnilla. Havainnoinnin suorittivat pääasiallisesti potilaiden omahoitajat ja kuntahoitaja, mutta myös muu hoitohenkilöstö osallistui havainnointiin. Osastoilla oli tiedossa tutkimukseen osallistuvat potilaat. Heitä havainnoitiin säännöllisesti heti hierontahoidon jälkeen sekä yleisesti päivittäistoiminnoissa osastolla ja muualla. Psykiatrinen hoitotyö on jatkuvaa potilai-

den terveydentilan ja käyttäytymisen havainnointia sekä analysointia, joten havainnointi ei aiheuttanut mitään erikoisjärjestelyjä. Havainnoinnin apuna hoitohenkilöstö käytti lomaketta (Liite 4). Havainnointitietoa käytin lisäämään potilaiden kokemuksista saadun tiedon luotettavuutta, kun vertasin havainnoimalla saatua tietoa potilaiden kuvauksiin hierontakokemuksistaan. Myös aineiston analyysivaiheessa vertasin potilaiden kuvauksia hierontakokemuksistaan havainnoimalla saatuun tietoon. Potilaiden kokemukset ja kunto- ja omahoitajien havainnot tukivat toisiaan suurimmaksi osaksi. Jos potilaiden kokemukset ja kunto- ja omahoitajien havainnot eivät tukeneet toisiinsa, erittelin tulokset poikkeavuuksien osalta ja jätin ne voimaan sellaisenaan. Tulosten osalta en tehnyt tarkempaa erotte-luanalyysia, koska tarkoituksena ei ollut erotella havainnointi- ja haastatteluaineiston tuloksia kahteen, toisensa poissulkevaan ryhmään.

Aluksi hoitohenkilöstöllä ei ollut tarpeeksi tietoa omasta tehtävästään havainnoinnin suorittamisessa. Havainnointilomaketta ei käytetty ja potilaiden havainnointi oli epäsäännöllistä. Tämän vuoksi henkilökunnalle järjestettiin tiedotustilaisuus syyskuussa 1998, jonka jälkeen tehtävä selkiytyi. Suurin osa henkilökunnasta oli innostuneesti mukana tutkimuksessa ja piti tutkimuksen aiheita tärkeänä ja mielenkiintoisena.

7. 2. 5. Aineiston analyysi

Analysoitava aineisto muodostui 17 haastattelusta seuraavasti: kuntahoitajan, omahoitajien (6), potilaiden (5) ja kuntahoitajan (1x5) haastattelut jokaisen potilaan osalta. Tekstiksi kirjoitettuna haastattelu-, havainnointi- ja potilasasiakirja-aineistoa kertyi 178 sivua. Havainnointiaineisto muodostui kuntahoitajan ja omahoitajien tekemistä havainnoista, jotka koskivat potilaan käyttäytymisen ja terveydentilan muutoksia.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Pattonin (1990, 377) mukaan kerätessään aineistoa tutkija muodostaa alustavia malleja havaitsemistaan seikoista sekä miettii asioiden yhteyksiä ja toistuvuuksia. Patton toteaa, että usein onkin vaikea määrittää, milloin aineiston keruu päättyy ja analyysi alkaa. Laadullisen aineiston analysoinnissa yhdistyvät analyysi ja synteesi. Kerätty aineistokokonaisuus hajotetaan analyttisen prosessin avulla käsitteellisiksi osiksi ja kootaan myöhemmin uudelleen synteessin avulla tieteellisiksi johtopäätöksiksi. (Taylor & Bogdan 1984, 128; Alasuutari 1993, 21-37.)

Laadullisen aineiston analyysi voi tapahtua usealla eri menetelmällä. Tässä tutkimuksessa käytin aineistojen analyysimenetelmänä sisällön analyysiä. Sisällön analyysi käsittää joukon menettelytapoja, joiden avulla dokumenttien sisällöstä tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen tehdään havaintoja ja kerätään tietoja. Nämä tiedot voivat koskea dokumenttien sisältöä ilmiöistä sinänsä tai tietoa niistä ilmiöistä, joita dokumenttien sisältö voi epäsuorasti ilmaista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-9; Latvala & Vanhanen 2001, 23.)

Sisällön analyysia voidaan tehdä aineistolähtöisesti induktiivisesti tai aikaisempaan tietoon perustuvaa luokittelurunkoa käyttäen deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-9, Jan-

honen & Nikkonen 2001, 24). Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi eteni ensin deduktiivisesti perustuen tutkimusongelmien pohjalta laaditun teemahaastattelun runkoon, sitten induktiivisesti, aineistoon perustuen. Aloitin induktiivisen analyysin yleisen mallin rakentamisella. Analyysin luokat ja ulottuvuudet muodostin avoimista havainnoista aineistossa (Patton 1990, 44). Aineistolähtöinen sisällön analyysi voidaan jakaa pelkistämiseksi, ryhmittelyksi ja abstrahoinniksi. Pelkistin aineiston koodaamalla aluksi teema-alueisiin liittyviä ilmaisuja. Tätä vaihetta ohjasivat tutkimusongelmat. Luin ilmaisuja etsimällä niistä erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä ja ryhmittelemällä yhteen kuuluvat asiat samaan luokkaan omiksi ryhmikseen. Yhdistin samansisältöiset luokat. Abstrahointia jatkoin niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekäästä ja mahdollista (Kyngäs & Vanhanen 1999, Janhonen & Nikkonen 2001, 26-29).

Aineistoa analysoidessani selvitin (tutkimusongelmien mukaisesti) ensin potilaiden kokemuksia hieronnasta. Sen jälkeen analysoin omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluun ja havaintoihin perustuen hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Analyysiyksikkönä oli sana, yksi tai useampi lause siten, että ne yhdessä muodostivat ajatuksellisen kokonaisuuden (Hämäläinen 1987, 32-44; Syrjälä ym. 1994, 89-90; Janhonen & Nikkonen 2001, 25).

Aineiston prosessointi on tapahtunut manuaalisesti. Ensimmäisessä vaiheessa kuuntelin nauhoitetut haastattelut, kirjoitin ne sanatarkasti auki, luin kaikki haastattelut läpi ja erotin samalla tekstistä poikkiviivoin (alleviivaten) ja marginaalimerkinnöin aihealueet, joita haastattelun aikana oli käsitelty. Vaihetta ohjasi teemahaastattelun runko (Liitteet 1-3), mutta pyrin pitämään tarkastelun avoimena myös aihealueille, jotka eivät sisältyneet haastattelurunkoon (Hämäläinen 1987, 40; Syrjälä

ym. 1994, 45). Tällä tavalla sain kokonaiskuvan siitä, mistä aineisto kertoo ja mitä aineistossa tapahtuu. Näiden ensimmäisten merkintöjen avulla oli helppo palata analyysin eri vaiheissa tekstiin ja tarkistaa, mitä kukin henkilö oli jostain tietystä asiasta sanonut. Myös suorat lainaukset tekstistä löytyivät helposti näiden merkintöjen avulla.

Tutkimuksen analysoinnin ja luokittelun aikana esitin aineistolle kysymyksiä siitä minkälaisista kokemuksista tämä aineisto kertoo? Kysymysten avulla merkitsin tekstiin ilmaisut, jotka kertoivat potilaiden hierontakokemuksista ja hieronnan merkityksistä potilaille. Tämän tarkoituksena oli aineiston pelkistäminen.

Aineiston pelkistämistä ohjasi esimerkiksi tutkimusongelma Millaisia kokemuksia potilailla on hieronnasta? Alkuperäisilmaisuja (psyyykinen kokemus) haastattelusta : ” ... *virkeä olo, hyvä mieli .. mukava olo, tulee hyvä olo,* ” ... *paljo piristää ...*”. Edellä olevista alkuperäisistä ilmauksista muodostin pelkistykseen : hyvä olo.

Pelkistämisen jälkeen kokosin yhteen eri osapuolten selvän merkityksen sisältävät tärkeät ilmaisut, sanat tai lauseet esitettyjen kysymysten mukaisesti. Näiden yhteenvetojen avulla oli helpompi hahmottaa eri osapuolten näkemysten eroja ja samankaltaisuuksia samasta aihealueesta (Hämäläinen 1987, 41; Syrjälä ym. 1994, 92; Janhonen & Nikkonen 2001, 28). Seuraavaksi kokosin yhteen kaikkien haastateltavien tärkeät ilmaisut esitettyjen kysymysten mukaisesti ja henkilöryhmittäin. Tärkeiden ilmaisujen perään lisäsin koodin, jonka avulla niiden esittäjät olivat koko ajan tunnistettavissa, esimerkiksi hieronta: potilas (P), omahoitaja (OH) ja kuntohoitaja (KH) (Hämäläinen 1987, 44; Miles & Huberman 1994, 50-72; Janhonen & Nikkonen 2001, 28-29).

Näiden prosessointivaiheiden jälkeen ryhmittelin eli klusteroin ilmaisut eli vastaukset esitettyihin kysymyksiin (Hämäläinen 1987, 41) kysymyskohtaisesti niiden sisällöstä nouseviin kategorioihin henkilöryhmittäin. Esimerkiksi potilaiden hierontakokemuksista muodostin samoja asioita merkitsevistä ryhmittyneistä koodeista alakategoriat. Nimesin alakategoriat niitä mahdollisimman hyvin kuvaavilla nimillä (hyvä olo, mieliala, hyvänolontunne). Nimeämisessä käsitteellistin ilmaisut. Analyysin jatkuessa alakategorioiden vertailussa muodostui kolme yläkategoriaa: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvä olo (abstrahointi). Induktiivisen sisällön analyysin, pelkistämisen, koodien ja kategorioiden muodostamisen ja teoreettisten huomioiden avulla yhdistin ala- ja yläkategoriat kategorioita yhdistäväksi kategoriaksi: koettu hyvä olo (Kuviot 2, 4, 6, 8 ja 10) (Hämäläinen 1987, 44; Syrjälä ym. 1994, 92; Janhonen & Nikkonen 2001, 29). Nämä aineiston prosessoinnin vaiheet olivat luonteeltaan mekaanisia. Niiden avulla järjestin aineiston muotoon, josta päätelmien tekeminen oli mahdollista. Analyysivaiheen jälkeen luin uudelleen kaikki haastattelut sekä havainnointiaineiston tiedot ja pyrin muodostamaan kaikkien haastateltavien kokemuksiin perustuvan käsityksen siitä, mikä oli hierontaan liittyvä kokemus itse kullakin potilaalla ja millaisia merkityksiä hieronnalla oli potilaille.

Analyysin seuraavassa vaiheessa tein päätelmiä klusteroiduista aineistoista käyttäen apuna vertailua ja tulkintaa. Rakensin tuloksista systemaattisesti ja loogisesti etenevän kirjallisen kokonaisuuden, jonka kirjoittamisen yhteydessä tapahtui koko ajan aineiston jatkoanalyysiä: luokitusten tarkistusta, vertailua, uusiin yksityiskohtiin perehtymistä ja niiden sisällön luokittelua. Lopuksi tein johtopäätökset saaduista tuloksista ja vertasin tuloksia aikaisempaan tietoon. Aineiston analyysiin liittyi aineiston keruusta lähtien muistiinpanojen tekeminen eli kirjoitin

ylös ajatuksia ja oivalluksia, joita syntyi tutkimuksen ja analyysin eri vaiheissa. Tekemiäni tulkintoja ja päätelmiä olen tulosten esittämisen yhteydessä havainnollistanut kuvioilla ja haastatteluteksteistä poimituilla suorilla lainauksilla.

Havainnointiaineiston analyysi tapahtui samalla tavalla kuin haastatteluaineiston analyysikin. Luin kaikki havainnointiaineistot läpi useamman kerran ja erotin samalla tekstistä alleviivaten ja marginaalimerkinnöin hieronnan merkityksiä kuvaavat ilmaisut kunkin potilaan osalta erikseen (pelkistäminen). Pelkistämisen jälkeen kokosin teema-alueittain (Liite 4) yhteen eri osapuolten tärkeät ilmaisut hieronnan merkityksistä kunkin potilaan osalta. Ilmaisujen perään lisäsin koodin, jonka avulla niiden esittäjät oli helppo tunnistaa esimerkiksi KH ja OH.

Seuraavaksi ryhmittelin ilmaisut hieronnan merkityksistä teema-alueittain niiden sisällöstä nouseviin kategorioihin henkilöryhmittäin (KH, OH). Esimerkiksi hieronnan merkityksistä muodostin samoja asioita merkitsevistä ryhmittyneistä koodeista alakategoriat, nimesin ne niitä mahdollisimman hyvin kuvaavilla nimillä (avoimuus, luottamuksellisuus, aktiivisuus, omaaloitteisuus, vuorovaikutus/ihmissuhteet jne.) ja käsitteellistin ilmaisut. Analyysin tuloksena kategorioiden vertailussa muodostui kolme yläkategoriaa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (abstrahointi). Induktiivisen sisällön analyysin, pelkistämisen, koodien ja kategorioiden muodostamisen ja teoreettisten huomioiden avulla yhdistin ala- ja yläkategoriat kategorioita yhdistäväksi kategoriaksi: kokonaistoimintakyky (Kuviot 3, 5, 7, 9 ja 11). Näiden prosessointivaiheiden avulla tein päätelmiä klusteroidusta aineistosta vertailun ja tulkintojen avulla. Analyysin jälkeen yhdistin havainnointiaineiston tiedot haastatteluaineistoon vertaamalla niitä keskenään ja tekemällä niistä johtopäätöksiä.

7. 3. Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökohtia

Tieteellinen tutkimus on inhimillistä toimintaa, jonka eri vaiheisiin liittyy myös eettisiä kysymyksiä (Miles & Huberman 1994). Tutkimuksen eettisyys tulee varmistaa jo suunnitteluvaiheessa sekä asetettaessa tavoitteita ja laadittaessa kysymyksiä (Eskola-Suoranta 1998, 52-60). Eettinen pohdinta tässä tutkimuksessa kohdistuu tutkimusaiheen valintaan ja sen merkitykseen, tutkijan ja tutkittavien väliseen suhteeseen, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhteeseen sekä aineiston keruuseen ja tulosten julkaisemiseen. Edellä mainitut näkökohdat ovat tärkeitä tutkijan eettisessä toiminnassa (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Tutkijan eettinen velvollisuus on tehdä tutkimusta, joka on tutkimusalan kannalta tärkeää. Mielenterveysongelmat ovat jatkuvasti lisääntyneet viimeisten vuosien aikana ja näyttää siltä, että ne lisääntyvät koko ajan. Tästä syystä mielenterveysongelmista kärsiviin ihmisiin ja psykiatriseen hoitotyöhön kohdistuva tutkimus on tärkeää nyt ja tulevaisuudessa. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voi verrata aikaisempiin tutkimuksiin, koska tästä aiheesta ei ole tehty kansallisesti eikä kansainvälisesti aiemmin tutkimusta. Siksi tätä tutkimusta voidaan pitää merkittävänä.

Eettinen problematiikka tässä tutkimuksessa liittyy pääasiassa siihen, että tutkimuksen kohteena ovat psykiatriset potilaat ja heidän asemansa. Mielenterveystyön tutkimuksessa tutkijan on oltava tietoinen potilaan sairauden ja lääkityksen vaikutuksista potilaan mahdollisuuksiin antaa vapaaehtoinen, tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tästä syystä, ja hoidossa olevien potilaiden suojelemiseksi, tutkimuksesta kertominen ja potilaan suostumuksen kysyminen sovitut kriteerit täyttäviltä potilailta oli yhteyshenkilöiden tehtävä. Tutki-

mukseen osallistuvilla ihmisillä on oikeus tietää mitä heille tehdään ja tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. (Latvala 2001). Potilaan suullisen suostumuksen kysymisen yhteydessä potilaalle kerrottiin, että tutkimuksen tavoitteena on selvittää potilaiden kokemuksia hieronnasta ja hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseksi tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Myös omahoitajien ja kuntohoitajan osallistuminen oli vapaaehtoista. Kukaan ei kieltäytynyt tutkimuksesta. Useimmat tutkimukseen osallistuneet potilaat, omahoitajat ja kuntohoitaja pitivät tutkimustani tärkeänä ja tarpeellisena. Ennen haastattelua kerroin haastateltaville, että heillä on oikeus vetäytyä tutkimuksesta silloin kun haluavat, tutkimuksen missä vaiheessa tahansa, ja heillä on vapaus kieltäytyä haastattelusta. (vrt. Parse ym. 1985, 18; Mäkelä 1995, 190-196, Latvala 2001). En esimerkiksi pyrkinyt suostuttelemaan haastateltavia eri keinoin haastateltavaksi (Hirsjärvi - Hurme 1988, 70-71).

Tietojen luottamuksellisuus ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden identifiointiin liittyvät kysymykset ovat osa tutkimuksen eettistä arviointia. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden nimi on ollut asianosaisten lisäksi vain sairaalahenkilökunnan ja minun tiedossani. Haastattelut ja haastattelujen kirjoittamisen tekstiksi olen suorittanut itse, joten henkilöllisyys ei ole paljastunut muille tässäkään vaiheessa. (ks. Latvala 2001). Tutkimukseen osallistuneet henkilöt tiesivät, että tutkimuksessa saatuja tietoja käytetään vain tässä tutkimuksessa ja aineisto hävitetään raportoinnin jälkeen. Kirjoitustyön jälkeen tyhjänsin pienoiskasetit, joita käytin haastattelujen nauhoituksissa. Tässä tutkimusraportissa olen myös pyrkinyt suojaamaan tutkimukseen osallistuneita henkilöitä identifiointilta. Tutkimukseen osallistuneesta sairaalasta ja

hoitohenkilöstöstä olen käyttänyt kirjainkoodeja ja tapauskuvauksissa potilaiden nimet ovat keksittyjä, samoin kuntohoitajan. Tutkimusraportissa on suoria lainauksia potilaiden, kuntohoitajan ja omahoitajien haastatteluista. Esitän ne kuitenkin siten, ettei niistä voi tunnistaa tiedonantajan henkilöllisyyttä (Vehviläinen-Julkunen 1990, 4-7).

Tutkimusluvan anomisen yhteydessä tutkimussuunnitelma oli tutkimukseen osallistuneen sairaalan eettisen toimikunnan arvioitavana. Tutkimusvaiheiden huolellisella kuvauksella pyrin tutkimuksen tulosten avoimeen ja rehelliseen julkaisemiseen (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31).

8. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Esitän tulokset tapauskohtaisesti ja tutkimusongelmittain niin, että ensimmäisenä kuvaan potilaiden kokemuksia hieronnasta ja sitten hieronnan merkityksiä psykiatrisille potilaille. Jokaisesta tapauksesta teen yhteenvedon ja vertailen potilaan kokemusten ja hoitohenkilökunnan havaintojen vastaavuutta.

8. 1. Alkoholipsykoosista kärsivä Valtteri

Valtteri on 1940-luvun loppupuolella syntynyt poikamies ja asuu yksin. Äiti asuu samalla paikkakunnalla, isä on kuollut ja neljä sisarusta asuu muualla. Valtterin elämänkulkua ovat varjostaneet monenlaiset ongelmat, joiden takia hän ei ole voinut elää tasapainoista elämää. Synnytyksessä Valtteri on saanut aivovaurioita ja nuoresta saakka hänellä on ollut tajunnanmenetyiskohtauksia, myöhemmin muistikatkoja. Lapsena kehitys on ollut hidasta. Valtterin koulumenestys on ollut heikkoa. Hän ei ole koskaan oppinut kirjoittamaan kunnolla, mistä syystä tiettyissä virastoissa asioiminen on vaikeaa. Valtteri kuitenkin suoritti kansa- ja kansalaiskoulun loppuun, menestyen huonosti. Ammatilliseen koulutukseen hänellä ei ollut halua eikä taloudellisia mahdollisuuksia lähteä, koska koulutusta omalla paikkakunnalla ei ollut.

Aikuistuttuaan Valtteri muutti pieneen kaupunkiin ja haikautui työhön palvelualalle. Valtterin erilaisia elämänhallinnan tukipilareita olivat työ ja työpaikan ihmissuhteet. Hän viihtyi hyvin työssään useita vuosia. Työpaikan ihmissuhteet olivat Valtterille merkittäviä. Hän auttoi mielellään työkavereita ja sopeutui hyvin työyhteisöön. Työkaverit pitivät hänestä. Työn-

tekijänä Valtteri oli tunnollinen, ahkera ja pidetty. Työttömäksi Valtteri joutui 1990-luvun alussa. Aiemmin hän oli seurallinen, iloinen vitsiniekka. Nuoruudessaan hän harrasti aktiivisesti jalkapalloa.

Sairastuminen

Veljen kuolema (1992) ja työn loppuminen horjuttivat Valtterin elämää siinä määrin, että hän alkoi kärsiä masennuksesta, jota kesti useita vuosia. Hän ajautui myös alkoholikierteeseen, jonka seurauksena hänellä oli voimakkaita pelkoja sekä harhatiloja. Yksinäisyys ja turvattomuuden tunne hallitsivat voimakkaasti hänen elämäänsä.

Valtterin elämä alkoi vaikeutua monella tavalla. Hänelle puhkesi psoriasis vaikean masennuksen aikana. Psoriasis haittasi jokapäiväistä elämää ja unirytmä häiriintyi kiusallisen ihottuman takia. Vähitellen yhteydet entisiin työkavereihin ja ystäviin loppuivat ja Valtteri eristäytyi myöskin läheisistä ihmissuhteistaan. Valtterin läheisiltään saama sosiaalinen tuki oli vähäistä. Sisaret eivät pitäneet yhteyttä eivätkä ymmärtäneet hänen sairauttaan. Hänen sosiaalinen verkostonsa kutistuikin vain äidin käsittäväksi.

Vähitellen vaikea masennus alkoi näkyä Valtterin ulkoisessa olemuksessaakin. Hän ei välittänyt henkilökohtaisesta hygieniastaan, makoili vain sängyssään ja pelkäsi kovasti milloin mitäkin. Valtterin alkoholinkäyttö lisääntyi lähes päivittäiseksi. Tätä jatkui useita vuosia. Runsaan alkoholinkäytön seurauksena hänelle kehittyi elimellinen aivo - oireyhtymä. Valtterin fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky heikkenivät siinä määrin, että hän tarvitsi sairaalahoitoa. Ensimmäisen kerran Valtteri joutui psykiatriseen sairaalahoitoon vuonna 1996;

diagnoosi oli delirium tremens eli juoppohulluus. Valtterilla oli voimakkaita ääni- ja näköharhoja runsaan alkoholinkäytön jälkeen. Ääniharhat olivat pelottavia ja syyllistäviä. Myös unettomuutta, ruokahaluttomuutta, aloitekyvyn puutetta ja muistamattomuutta esiintyi. Valtteri oli ajoittain sekava, levoton ja harhat estivät oma-aloitteisen liikkumisen. Osastolla potilas oli vähäpuheinen, syrjään vetäytyvä, alakuloinen ja masentunut. Akuttilanteen jälkeen ääniharhat ja pelkotilat jäivät, vaikka alkoholinkäyttöön tulikin taukoja. Vuoden 1996 aikana Valtterilla oli useita hoitajaksoja sairaalassa. Eläkkeelle Valtteri jäi vuonna 1997 alkoholiin liittyvän psykoottisen häiriön vuoksi. Sen jälkeen hän oli pitkäaikaispotilaana Sairaala X:ssä muutaman vuoden, koska ei yksin pärjännyt kotona pelottavien äänten kanssa.

Valtterin diagnoosi on delirium tremens. Achte'n ym. (1991, 96) mukaan se on tavallisin alkoholipsykooseista. Sitä esiintyy yleensä yli 30-vuotiailla miehillä, joiden pitkään jatkunut alkoholinkäyttö joudutaan nopeasti keskeyttämään.

Varsinaisen psykoosin (Achte' ym. 1991, 96-98) puhkeamista edeltää yleensä vaihe, jossa ruokahalu häviää, ilmaantuu ärtyvyyttä, levottomuutta, unettomuutta ja painajaisunia. Potilaalla ilmenee myös erilaisia pelkotiloja sekä näkö- ja kuuloharhoja. Valveilla ollessaan potilas on realiteetintajuinen ja orientoitunut, mutta psykoottisen kehityksen edistyttyä potilas yhä harvemmin palaa realiteetteihin. Hän muuttuu täysin sekavaksi, on desorientoitunut aikaan, paikkaan ja ihmisiin nähden. Sekavuustilaa luonnehtii edelleen voimakas psykomotorinen levottomuus, tuskaisuus, pelko ja kauhu. Eloiset näköharhat ovat tavallisimmat hallusinaatiomuodot. Näköharhat ovat usein pieniä, liikkuvia, useimmiten värittömiä ja suurissa joukoissa esiintyviä olioita tai esineitä. Tavallisimpia eläinharhoja ovat pienet eläimet, kissat, hiiret tai hyönteiset. Tuntoharhoina poti-

las saattaa tuntea ihoa pitkin kulkevia hyönteisiä. Kuuloharhat eivät ole tavallisia. Kuuloharjojen esiintyessä potilas saattaa kuulla yksittäisiä sanoja tai musiikkia; nämä liittyvät yleensä näytelmänomaisiin näköharhoihin, kuten paraatiin, kansanjuhliin tai balettiin. Kinesteettisissä harhoissa tuntuvat lattia ja seinät vaappuvan. Deliriumiin kuuluu tyypillisenä oireena vahva suggestioalttius ja siihen saattaa liittyä itsemurhavaara. Myös hajuharjoja voi esiintyä. (emt.)

Achten ym. (1991, 96-98) mukaan psykoosin kesto on yksilöllinen, muutamasta päivästä runsaaseen viikkoon. Aina delirium ei kuitenkaan lopu äkkiä, vaan pienemmät aaltomaiset periodit saattavat edeltää täyttä toipumista. Sairaus saattaa myös pitkittyä. Alkoholipsykoosipotilaat saattavat muuttua myöhemmin skitsofreniasta kärsiviksi. (emt.)

Oireiden ilmeneminen

Valtteri oli selkeä käsitys siitä, miksi hänet toimitettiin pakkolähetteellä psykiatriseen sairaalahoitoon. Sairaalaan joutumistaan Valtteri kuvasi seuraavasti:

" Minulla oli niitä pelekoja ... kuoleman pelekoa ja kaikenlaisia tuntemuksia ... sitten oli unettomuutta ... ja mieli maassa ... ja alkoholia käytin vähän liikaa." (P)

Omahoitajan mukaan Valtteri oli osastolle tullessaan

" Pelokas ... ja tunsu itsensä turvattomaksi, ei pärjänny niitten pelekosten kanssa kotona ... kuuli ääniä. Psykiatrisen hoidon piirissä Valtteri on ollut nelisen vuotta ja sairaalassa

yhtäjaksoisesti toista vuotta. Välillä on kyllä käyny lomilla. "
(OH 1)

Valtteriin mielenterveydenongelmat ilmenevät kokonaistoimintakyvyn heikkenemisenä kuten, epäsiistinä käyttäytymisenä, passiivisuutena, jännittyneisyytenä, tuskaisuutena, ahdistuneisuutena, harhaisuutena, pelkoina, turvattomuuden tunteena ja vetäytymisenä ihmissuhteista. Valtteri on harvoin aggressiivinen. Hänen oireensa ovat tyypillisiä psykiatrisen pitkäaikaispotilaan oireita (Nojonen 1989, 12; 1990, 17-18; vrt. Nikkonen 1993, 10).

" On mielellään yksikseen huoneessaan. Viihtyy siellä. Ei paljon juttele toisten potilaitten ja hoitajien kanssa, vaan jos kyssyy jotaki ... välillä se tulee kertomaan, että hänet napataan, pittää päästä johonki turvaan. Illalla kun on osastolta lähteny hoitaja pois, niin Valtteri on menny toiselle osastolle, jossa ovet on lukossa ja hoitajat paikalla. Ottaa kontaktia hoitajaan sitten kun tulee vaikeata. Hän on masentunut ja sitä oma-aloitteisuutta puuttuu. Joskus on aggressiivinenki, mutta harvemmin. Ei se koskaan riehu eikä rähjää. Se vaan korottaa ääntäsä ... niinku sillon kerran kun se naispotilas huusi, niin Valtteri nousi seisomaan ja sano, että " ole hilijaa jo". Sano sen oikein lujjaa. " (OH 2)

" Valtteri ei harrasta mitään. Alkuun se kävi puutöissä, mutta ei se jaksu innostua siitä muutamaa kertaa enempä. "
(OH 1)

Hoitotyön auttamismenetelmät

Psykiatrisen hoitotyön tarkoituksena on mm. tukea potilasta selviytymään arjessa. Hoitotyö perustuu hoitoprosessiin, jonka mukaan hoidon tarve määritellään. Potilaalle asetetaan tavoitteet sen mukaan, miten hän kykenee selviytymään joko sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella itsenäisesti avohoidon tuen avulla. Auttamismenetelmät valitaan hoidon tarpeen määrittelyn ja hoidolle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Auttamismenetelmät ovat kuvauksia siitä, miten tietyn toiminnon avulla potilaan terveyttä voidaan edistää (Laitinen 1999, 152).

Valtteriin auttamismenetelmiä ovat lääkehoito, yksilöterapiat keskustelut omahoitajan kanssa, ongelmien selvittäminen moniammatillisessa työryhmässä, puutyöt ja rentoutus. Kysyessäni Valtterilta, minkälaista hoitoa hän oli tähän mennessä saanut, hän vastasi:

" Niitä lääkkeitä saan niihin pelekoihin. " (P)

Omahoitajan kanssa käymiään keskusteluja, puutöitä ja rentoutusta hän ei nimennyt hoidoksi.

Psykiatrisessa hoitotyössä on jo pitkään toimittu yksilövastuun hoitotyönmallin mukaisesti. Omahoitajakäytäntö on työnjakomalli, joka perustuu yhden potilaan ja yhden hoitajan suhteeseen hyvin monista eri osista muodostuvan hoidon yhteydessä. Olennaista omahoitajakäytännössä on, että yhdellä hoitajalla on 24 tunnin vastuu nimettyjen potilaiden hoidosta. Omahoitajamallissa vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä voidaan kuvata intensiiviseksi, tavoitteelliseksi, jatkuvaksi ja turvalliseksi. (Munnukka 1993, Haukkavaara & Hyvärinen 1996, Depression alueellinen hoito-ohjelma 1994, 28.)

Valtteriolla oli kolme omahoitajaa. Kaksi edelliseltä ja yksi nykyiseltä osastolta. Nykyisellä osastolla oleva omahoitaja ei osallistunut haastatteluun, koska Valtteri oli ollut osastolla vain kolme päivää eikä hän vielä tuntenut potilasta riittävän hyvin. Valtteri oli halunnut vaihtaa osastoa jostakin syystä muutamaa päivää ennen hierontajakson päättymistä. Syytä osaston vaihtamiseen hän ei selittänyt. Aiemmin hän oli avo-osastolla, mutta halusi suljetulle osastolle. Hoitosuhdetta kuvasivat hyväksi ja luottamukselliseksi sekä Valtteri että omahoitajat.

8. 1. 1. Valtterin kokemukset hieronnasta

Analyysiin perustuen Valtterin perustava kokemus oli koettu hyvä olo. Se käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon. (Kuvio 2).

Kosken (2000, 39) mukaan maailma on olemassa ihmiselle vain henkilökohtaisena kokemuksena. Tähän sisältyvät sekä tajunnalliset kokemukset että ihmisen kehollisesta maailmassa olemisesta johtuvat kokemukset. Se, mikä koetaan kehossa, koetaan myös tajunnassa.

8. 1. 1. 1.” Parempaan uneen on auttanut ”

Valtterin haastattelussa tuli esille, että hän ei ollut saanut koskaan aiemmin hierontaa mihinkään vaivaan. Sairaalan kuntohoitajan antamaan hierontaan hän osallistui kahden kuukauden ajan, tunnin kerrallaan. Hän sai niska- hartiahierontaa, mutta ” *selekääki on hierottu* ” ja käsivarsia. Hierontaan Valtteri osallistui säännöllisesti.

Valtteriin fyysinen hyvä olo muodostui unen laadusta, fyysisten jännitystilojen vähenemisestä, liikunnasta ja kosketuksesta. Valtteri kuvasi hierontakokemuksiaan seuraavasti:

" Onhan se auttanut unettomuuteen kun jännitykset on poistunut, niin parempaan uneen on auttanut. Sitä niin kuin jotaki avautuu kun lapaluitten alta hieroo. " (P)

Pyytäessäni Valtteria perustelemaan, mitä " avautuminen " tarkoittaa, hän ei osannut siihen sanoa muuta kuin, että " se tuntuu hyvältä, tulee hyvä olo. "

Valtteriin fyysistä ja psyykkistä hyvää oloa kuvaa seuraava lause:

" Hieronta on virkistänyt, on virkeämpi olo, liikunta on lisääntynyt. " (P)

Kehossa on tiettyjä alueita, joihin koskettaminen on muita alueita hyväksyttävämpää esimerkiksi kädet, kyynär- ja olkapäät, olkapäät ja selkä. Peloquin (1989) ja Routasalon (1993) mukaan edellä mainitut kehon alueet kuuluvat ihmisen sosiaaliseen vyöhykkeeseen ja joihin koskettaminen ei yleensä aiheuta hämmennystä eikä välttämättä vaadi lupaa kosketeltavalta. Joillekin ihmisille toisen ihmisen koskettamisen hyväksyminen, hoitajankin kosketus, voi olla vaikeaa. Valtterilla tässä asiassa ei ollut vaikeuksia. Valtteriin oli helppo hyväksyä kuntahoitajan kosketus, koska hierontahoidossa koskettaminen kuuluu luonnollisena osana hoitotyöhön ja siihen liittyi avun saanti. Hieronnan avulla potilaan mielestä voidaan ilmaista " kaikenlaista, " mitä ilmaista hän ei kuitenkaan perustellut.

" Hellävaraista se hieronta on. Välillä on kovakouraistaki. Kylä se hyvälle tuntuu. Nyt sen tietää, että se on auttanut. Kyllä se hieroja saa koskea joka paikkaan mikä on tarpeellista kun hierotaan. Hieronta kuuluu hierojan työhön ja työn puolesta on lupa koskettaa. " (P)

Myös kuntohoitaja oli sitä mieltä, että Valtterin suhtautuminen kosketukseen oli luontevaa.

" Valtteri on suhtautunut hienosti hierontaan ja tykkää, että siitä on hänelle hyötyä. On vain sanonut siitä ihottumasta, että ei tarte välittää, siitä ei oo mitään haittaa se on vaan väri. " (KH)

Kosketuksen terapeuttinen vaikutus hoitotyössä liittyy sekä potilaaseen että hoitajaan. Fyysinen kosketus voi johtaa läheisyyteen hoitajan ja potilaan välillä, ja tätä kosketusta voidaan käyttää terapeuttisesti. Tapa, jolla hoitaja koskettaa ja käsittelee potilasta osoittaa, mitä hän tuntee potilasta ja tämän sairautta kohtaan. Rautajoen (1996, 11-12) mukaan suojelevaa kosketusta käytetään suojaamaan potilasta fyysisesti tai hoitajaa fyysisesti ja emotionaalisesti. Tehtäväsuuntautunut ja suojeleva kosketus menevät osittain päällekkäin. Hoitajan tarkoitus on luoda etäisyyttä potilaaseen. Mikä tahansa kontrolloiva tai etäisyyttä luova kosketus voi toimia myös hoitajan emotionaalisenä suojana. Seuraava hoitajan lausuma kuvaa tätä asiaa:

" Minä kosketan Valtteria vain hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Kun sitä ihoa oon hoitanut. Käsineet käessä oon rasvannu ja tukkaa kammannu. Tavallaan en oo paljain käsin kosketanut. Minulla ei oo mitään syytä koskettaa kun hän on mies. Silleen asiallisesti ollaan käestä tervehitty kun on tavattu ja

esitelty. Minulla ei oo ollu minkäänlaista luontevaa tilannetta kosketella, koska en mie oikeastaan voi mennä taputtelemaan Valtteria, koska se on ollu ... joku toinen potilas voi olla sellainen, että voi kosketella, lohutella, mutta ei Valtterin kanssa. Se on semmosta asiallista. Sillon kun se koskettaminen on luontevaa esimerkiksi kun joku sanoo, että minulla on hartiat kipiät, hieroppa ... se on semmosta luonnollista ... että se mennee luontevasti. " (OH 2)

Jokaisella kulttuurilla on sääntönsä, miten, milloin ja missä kosketusta käytetään. On olemassa ns. kontaktikulttuureita ja ns. ei kontaktikulttuureita (Eastabrooks 1989). Meidän kulttuurissamme kosketus on asia, joka on sallittu lasten ja vanhempien välillä, läheisten ystävien ja rakastavaisten kesken, muttei vieraiden kesken.

Valtterin kulttuuriin ei ole kuulunut koskettaminen. Hänen kotonaan ei ollut tapana halata tai kosketella " *ei ees syntymäpäivänä.* " Sukulaisten tai tuttavienkaan kanssa edellä mainittu tapa ei ollut käytössä. Kertomansa mukaan Valtteri kyllä voisi halata omahoitajaa ja toista potilastakin. Koskettaminen potilastovereiden ja hoitajien kanssa on kuitenkin ollut vain " *käestä pitämistä ja tervehtimistä.* " Valtteri ei kosketa myöskään kuntohoitajaa.

8. 1. 1. 2. ” Piristää ja on virkistäny ”

Valtterin psyykinen hyvä olo muodostui seuraavista tunnekokemuksista: mielialan kohoamisesta, rentoutumisesta, rauhoittumisesta, virkistymisestä, hyvän olon tunteesta, pelkotilojen helpottumisesta, jännitystilojen vähentymisestä ja toiveikkuudesta.

Seuraava Valtterin lauselmä kuvaa hieronnan myönteistä vaikutusta tunne - elämän alueelle:

" Se niin paljo piristää ... ja on virkistänyt ... mukava olo, on hyvä olo. " (P)

Pyysin Valtteria kuvailemaan, mitä hyvä olo tarkoittaa. Hän kuvasi sitä seuraavasti:

" Se on semmosta, että jos vaikka on ollu mieli maassa ... tai oon ollu vihanen hierontaan mennessä, niin kun lähtee hierontasta on virkeä olo ja hyvä mieli. " (P)

Rentoutuminen on samalla sekä fyysinen että psyykinen kokemus. Lihasrentoutumista seuraa henkinen vapautuminen, psyykinen hyvä olo.

" No ... pelekotilat on helepottuneet ... kyllä se hieronta on niitä helepottanu ... liika jännitys on poistunu. Hyvän olon on tuonu. On rentouttanu ja rauhoittanu. " (P)

Psykiatrisen hoitotyön yhtenä tavoitteena on pitää yllä toiveikkuutta. Turunen (1990, 80-86) on sitä mieltä, että usko ja toivo ovat tärkeitä voimia, ja ne rakentavat elämää ja lujittavat ihmistä. Toiveissa yhdistyvät ihmisen voima ja tarkoitus. Ihmisen tahto perustuu aina sitä edeltäneisiin toiveisiin, ja toiveet ovat se progressiivinen voima, joka vie ihmistä eteenpäin. Toivo on positiivinen tunne. Valtterin seuraavassa lauselmassa tulee esille toiveikkuus. Merkkejä on myös itsetunnon kohoamisesta ja optimistisuudesta.

" Uusia ajatuksia tulee mieleen. Että pitää päästä täältä pois ... se ajatus on tullu nyt hieronnan aikana ... ei oo niin ennen ollu mielessä ... se on nyt tullu. Kyllähän sitä voisi pärjätä siviilissäkin ... pitää hankkia asunto. " (P)

Valtteri oli kokenut hieronnan niin tärkeänä, hyvänä ja apua tuovana hoitomuotona, että kysyessäni häneltä, voisiko hän kokeilla lääkkeiden poisjättämistä ja hieronnan lisäämistä, hän vastasi:

" Jos saisin hierontaa esimerkiksi kolme kertaa viikossa, niin voisin kyllä kokeilla semmostaki, kyllä se hieronta auttaa. Kyllä se on tärkeä asia ... pitää saaha sitä hierontaa, en oo kertaakaan myöhästyny. " (P)

8. 1. 1. 3. ” Jutellaan kaikenlaista ”

Valtterin sosiaalinen hyvä olo koostui hyvästä hoitosuhteesta ja keskustelusta kuntohoitajan kanssa.

Hoitosuhde kuntohoitajan kanssa oli ollut Valtterille positiivinen kokemus. Kun asiakas/potilas nähdään yhteistyökumppanina, tarpeisiin pystytään vastaamaan paremmin. Tällöin myös vuorovaikutus on avointa ja tasavertaista.

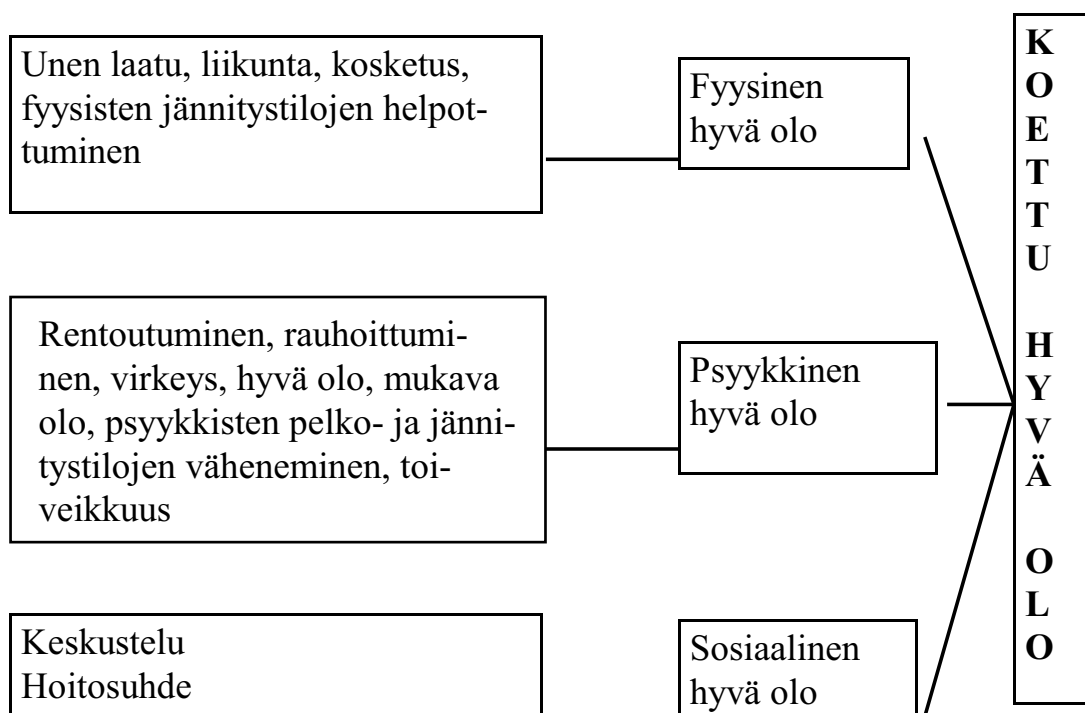
" Hieroja on mukava ihminen, kova porisemaan. Sinne on mukava mennä. Tämän sairaalan hieroja on mukava ihminen. Me jutellaan kaikenlaista, jokapäiväisistä asioista. Välillä heitetään huumoria joukkoon. Se on kyllä luotettava ihminen. " (P)

Valtterin mukaan hieronnassa on parasta se

" Kun hierotaan ja se keskustelu. Huonoja puolia siinä ei oo, hyviä vaan. Ei sitä kyllä kukkaan voi sanoa, että se pahaa tekkee. " (P)

Kuntohoitaja ei kysele tai " patistele " potilaita juttelemaan, vaan: " olen ajatellut, että Valteri saa vapaasti kertoa asioistaan jos haluaa. Hieronnan aikana Valteri keskustelee äidistään, kertoilee lomareissuistaan, ihottumastaan. " (KH).

Seuraava kuvio havainnollistaa Valterin kokemuksia hieronnasta.



KUVIO 2. Valterin kokemukset hieronnasta

Yhteenveto Valtterin hierontakokemuksista

Yhteenvetona Valtterin fyysisistä hyvän olon hierontakokemuksista voidaan todeta, että koskettaminen oli Valtterille erittäin myönteinen kokemus. Hänen kokemuksensa mukaan fyysiset jännitystilat olivat helpottuneet tai poistuneet. Tällä oli vaikutusta rauhallisempaan yöuneen. Liikunta oli lisääntynyt. Kuntohoitajan kosketus oli Valtterin mielestä miellyttävää ja voimakasta. Kosketukseen Valtteri suhtautui luonnollisesti, vaikka hänen kulttuuriinsa ei kosketus ole koskaan kuulunutkaan. Valtterin mielestä hierojalla on lupa koskettaa, koska se kuuluu hänen työhönsä.

Valtterin psyykkisen hyvän olon kokemukset hieronnasta olivat erilaiset positiiviset tunnekokemukset. Valtterin useissa lausumissa tulee esille hieronnan aiheuttama hyvä olo. Myös optimistisuus ja toiveikkuus oman elämän suhteen tulivat esille.

Valtterin sosiaalisen hyvän olon kokemukset muodostuivat laadukkaasta hoitosuhteesta kuntohoitajan kanssa, jossa suhteessa tärkeäksi tekijäksi osoittautui kuntohoitajan persoonallisuus ja ammattitaitoisuus. Hierontaan oli mukava mennä, ja Valtterin mielestä hieronnassa oli parasta " *se kun hierotaan ja se keskustelu.* "

8. 1. 2. Hieronnan merkityksiä Valtterille

Oma- ja kuntohoitajan haastattelu- ja havainnointiaineiston analyysin perusteella hieronnalla oli merkitystä potilaan kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. (Kuvio 3).

8. 1. 2. 1. ” Kipu- ja särkytilat on helepottanu ”

Hieronnan merkitykset Valtterin fyysiseen toimintakykyyn ilmenivät elinvoimaisuutena, kipu- ja särkytilojen helpottumisena, tarvittavan lääkkeenkäytön vähenemisenä ja hygieniasta huolehtimisena.

Omahoitaja kuvasi hieronnan merkityksiä Valtterin fyysiseen toimintakykyyn seuraavasti:

” Valtteri on kuin ” virtaa ” saanut mies hieronnan jälkeen. On kuin olisi kasvanut pituutta. ” (OH 1)

Kunto- ja omahoitajien tekemien havaintojen mukaan Valtterin kipu- ja särkytilat helpottuivat ja tarvittavan lääkkeen käyttö väheni hierontajakson aikana.

” Hieronnassa on sanonu, että kipu- ja särkytilat on helepottanu. Valtterillahan oli kipeät niskat ja niin tiukat hartiat että. ” (KH)

” Valtterin psyyken lääkitystä on vähennetty huomattavasti hierontajakson alkamisen jälkeen, hänen omasta pyynnöstään. Kuitenkaan psyykinen kunto ei ole huonontunut, mutta en osaa sanoa mikä on hieronnan osuus tähän asiaan. Ei myöskään tarvittavaa lääkettä ole suuremmin halunnut. ” (OH 1)

Seuraava lauselmä kuvaa Valtterin toimintakykyisyyden lisääntymistä.

” Valtterilla ei ole joskus motivaatiota hoitaa hygieniaansa, mutta aina kun on hierontapäivä, niin hän omatoimisesti käy suihkussa. ” (OH1)

8. 1. 2. 2. ” Vähentynyt ahdistus ”

Hieronnan merkitykset Valtterin psyykkiseen toimintakykyyn ilmenivät mielialan kohoamisena, rentoutumisena, levollisuutena, vapautuneisuutena, ahdistus- ja pelkotilojen helpottumisena, optimistisuutena, sitoutumisena hierontaan, motivoitumisena sekä tyytyväisyytenä hoitoon ja hierontaan.

Kunto- ja omahoitajien tekemien havaintojen mukaan hieronnalla oli merkitystä Valtterin psyykkiseen toimintakykyyn. Etenkin hierontajakson loppupuolella kuntohoitajan havaintojen mukaan Valtterin mielenterveyden kohoaminen tuli selvästi esille. Fyysisten kipujen lievittyminen oli rentouttanut ja kohottanut mielialaa, joka näkyi pirteytenä, reipastumisena ja rentoutuneisuutena. Psyykkisen toimintakykyisyyden lisääntyminen ilmeni myös vapautuneisuutena, josta kertoo huumorin käyttäminen hierontatilanteessa. Psyykkisten voimavarojen lisääntyminen tuli esille positiivisten tunteiden heräämisestä, joka ilmeni levollisuutena, tyytyväisyytenä hoitoon ja hierontaan sekä optimistisuutena tulevaisuuden suhteen.

Omahoitajan mielestä ” *hieronnan jälkeen Valtteri on vapautuneempi, sosiaalisempi, optimistisempi oman tulevaisuutensa suhteen.* ” (OH 1)

” *Hieronnan jälkeen, ainakin sen päivän, Valtteri on vapautuneempi.* ” (OH 2)

” *Valtteri on ollut paljon tyytyväisempi oloonsa, vaikka se osasto on paljon huonompi. Siellä on levotonta, äänekkäämpiä potilaita ... kun oon kysynyt vointia, on oikein tyytyväinen. Nyt ei oo valittanu mitään ... kyllä se Valtteri sanosi jos joku paikka olisi kipeä.* ” (OH 2)

" Valtteri oli pirteän oloinen ja kertoi hieronnan rentoutavan. Omasta mielestään Valtteri on tyytyväinen hierontaan. Kertoi olon olevan rentoutuneempi, kivut ovat lievittyneet. Hänen mielialastaankin kyllä huomaa, että hän on paljon pirteämpi kuin hierontajakson alussa. Huumorin pilkettäkin on silmäkulmassa. Hieronnan aikana hän on hyvin levollinen ja rentoutuu, sanoo olevansa raukea. Useimmiten hän menee nukkumaan tai levähtämään hieronnan jälkeen. " (KH)

Myös Valtterin tunne - elämän alueen tilat helpottuivat.

" Levottomuutta ja tuskaisuutta on ollu vähemmän. Vähemmän on tarvinnut sitä tarvittavaa lääkettä ahistukseen ja pelkoon, että kyllä se on vähentynyt se ahistus. " (OH 2)

Omahoitajien mukaan hieronnan suoranaisia merkityksiä potilaan käyttäytymisen muuttumiseen oli vaikea sanoa. Valtterin kohdalla osaston vaihdollakin saattoi olla osuutta tasapainoisemman ja turvallisemman olon tuntemiseen. Suljetulla osastolla, jossa ovet ovat lukossa, on turvallista. Turvallisuuden tunteella on suuri merkitys psykiatrisen potilaan hyvinvoinnin kannalta.

" Työryhmissä on kyllä puhuttu. Sitä on vaikea sanoa kun tässä on ollu se osaston vaihdoskin samalla, mutta ihan on Valtteri ollu tyytyväinen kun on työryhmissä käyty ... ei ole puhunut mistään ahistuksistaan eikä peloista ... sillä lailla ... en tiijä ... kun se on siirtynyt tuonne osastolle, jossa hoitajat on kolomessa vuorossa. Onko se osatekijä ja tämä hieronta vai onko ne molemmat ... varmaan molemmat. On vaan sanonu (Valtteri), että hyvältä se tuntuu, mutta ei kovin tarkasti eikä niin perusteellisesti. " (OH 2)

Omahoitajan mielestä Valtterin mieliala oli kohonnut ja hieronnan jälkeen hän oli tasapainoisemman oloinen. Potilaalla esiintyi kuitenkin ongelmallisuutta yöllä.

" Valtterin mieliala kohoaa ja hieronnan jälkeäen Valtteri on rentoutunu ja selkeän oloinen, mutta yöt ovat ongelmallisia. " (OH 1

Hieronnan merkitys psyykkiseen toimintakykyyn tuli esille myös motivoitumisena ja sitoutumisena hierontaan, jotka ilmenivät sääntöjen noudattamisena, hieronnan ajankohdan varmistamisena ja innostuneisuutena.

" Hierontajakson alusta alkaen Valtteri on oma-aloitteisesti mennyt hierontaan ja on sitoutunu siihen. Omatoimisesti mennee hierontaan ja muistaa hieronta-ajat, vaikka usein joissain muissa asioissa muisti pätkii. " (OH 1)

" Tullee säännöllisesti hierontaan, oma-aloitteisesti, puolta tuntia ennen sovittua aikaa. Ja on mielellään sen ajan mikä siihen on varattu. Kyssyy aina seuraavaa kertaa ... siitä voi päätellä, että on kokenut sen hyvänä, ja että se on hänelle tärkeää. " (KH)

8. 1. 2. 3. ” Avoimuuskin on lisääntynyt ”

Hieronnan merkitykset Valtterin sosiaaliseen toimintakykyyn tulivat esille sosiaalisuuden ja avoimuuden lisääntymisenä, kiinnostuksen osoittamisena toimintoihin yleensä, luottamuk-

sellisuutena ja turvallisuutena hoitosuhteessa, luottamuksellisuutena hoitoon, oma-aloitteisuutena ja aktiivisuutena.

Psykiatristen potilaiden suurin yksittäinen ongelma on syrjäytyminen sosiaalisista kontakteista, ja heillä voi olla merkittäviä puutteita sosiaalisissa taidoissa. Näitä ongelmia esiintyy myös Valtterilla. Omahoitajan havaintojen mukaan Valtterin sosiaalisuus oli huomattavasti lisääntynyt hierontajakson aikana.

" Huomattavan positiivinen vaikutus hieronnalla on ollut sosiaalisuuteen. Kyllä se kuulema kakkosellakin istuu päiväsalissa toisten potilaitten kanssa, ei ole niin paljon siellä omassa huoneessaan kun ennen ... kun viimeisessä työryhmässä puhuttiin. Seuraa sitä elämää siellä päiväsalissa, pella korttia, nauruskelee vitseille, on toisten seurassa enemmän ... on mukana siinä. Valtteri viihtyy toisten potilaitten seurassa. Haluaisi huonekaverin itelleen. Haluaisi olla kahen hengen huoneessa. Ehkä tuommonen avoimuuskin on lisääntynyt hieronnan ansiosta. " (OH 2)

Nojosen (1990, 17-18) mukaan pitkään sairaalahoidossa olleen potilaan tavat ovat vakiintuneet, hän on välinpitämätön ulkonnäöstään, haluton ponnistuksiin, luulee itseään kyvyttömämmäksi kuin todellisuudessa on. Arkielämässä vaadittavat taidot ovat unohtuneet. Psykiatrinen pitkäaikaispotilas ei kykene huolehtimaan itsestään ilman erityistä ohjausta. Motivaation puute rajoittaa uusien asioiden oppimista ja muutokset pelottavat. Myös Valtterilla oli esiintynyt edellä mainittuja ongelmia.

Haastateltavien mukaan hieronnan merkitys sosiaalisen toimintakyvyn osalta tuli esille Valtterin oma-aloitteisuuden ja aktiivisuuden lisääntymisenä. Valtterin luottamus hoitoon yleensä oli ehkä lisääntynyt.

" Hierontaan pääseminen Valtterille on ollut erittäin tärkeää ja hän on tyytyväinen kun on päässyt projektiin. Uskon, että sitä kautta luottamus hoitoon on kasvanut. " (OH 1)

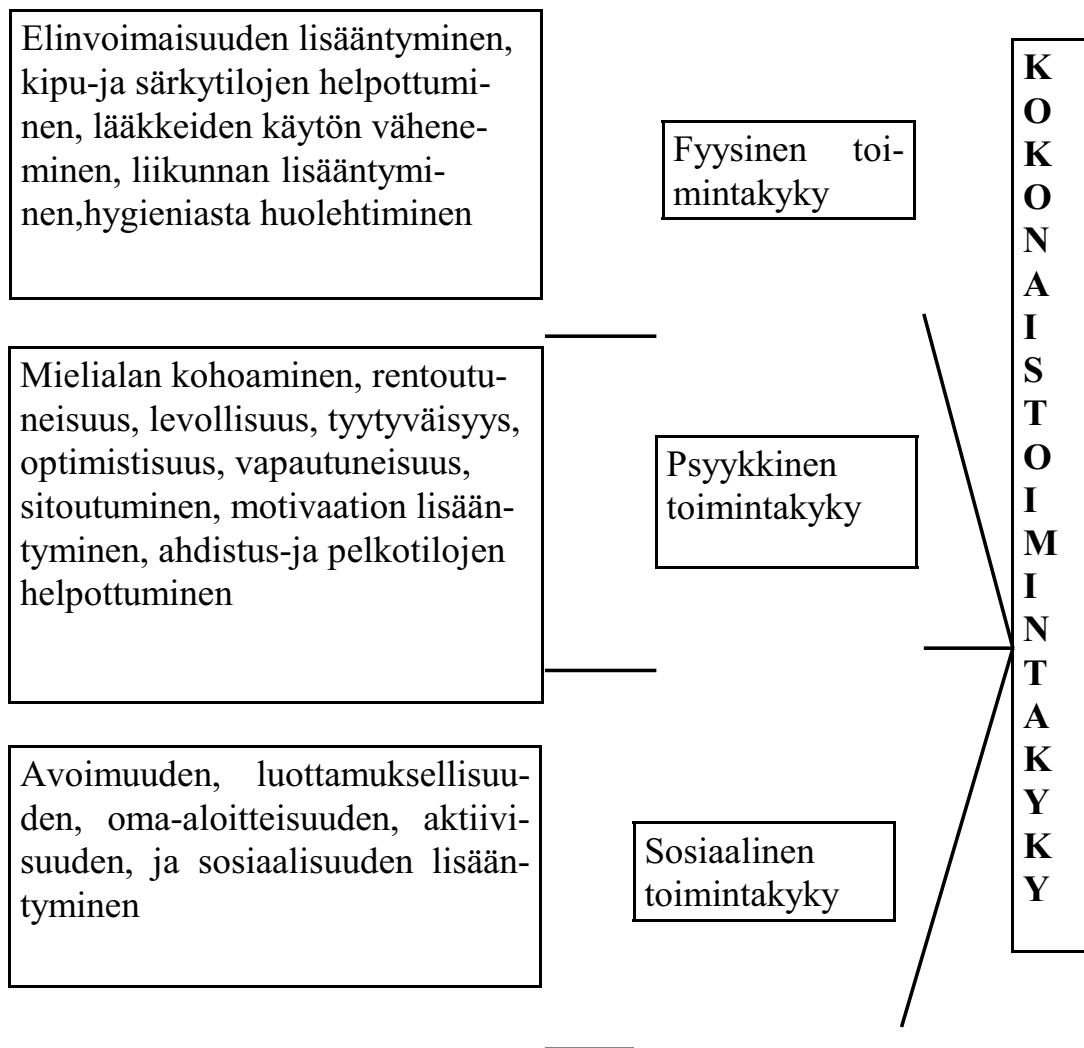
" Hirveän tärkeänä Valtteri on kokemu hieronnan. Ei oo koskaan tarvinnu patistella. Aina on lähteny sinne hyvissä ajoin. On sitoutunu siihen. On oma-aloitteinen. " (OH 2)

Valtterin fyysisen toimintakykyisyyden lisääntymisen myötä myös sosiaalinen toimintakykyisyys näytti lisääntyneen.

" Hän käy lenkillä, ulkoilee oma-aloitteisesti, se oli välillä pois, mutta nyt on taas alkanu lenkkeilemään, pyytää kavereitaki osastolta mukkaan. " (OH 1)

" Hän käy yksinkin päivittäin lenkillä. Jonkun verran aktiivisuus on lisääntynyt hierontajakson aikana ... se näkyy semmosena reipastumisena ja rentoutena siinä, mutta en ossaa sanoa onko mittään ratkasevva tapahtunu. Mie oon nähny, että se on osastolta tahtonu jopa muitakin lenkille, että aika yllättävää ... kun hän on masentunut ja alotekyvyytön. Tänään Valtteri tuli reippaasti hierontaan. Oli käynyt ulkoilemassakin jo. Tykkäsi, että on kiva vointi. On omatoimisesti venytellyt ja voimistellutkin pikku hiljaa. Motivaatio oman kunnon itsensäseen hoitoon on lisääntynyt. Ulkoilee päivittäin huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin. " (KH)

Kuvio 3 esittää hieronnan merkityksiä Valtterille.



KUVIO 3. Hieronnan merkityksiä Valtterille

Yhteenveto hieronnan merkityksistä Valtterille

Kunto- ja omahoitajien havaintojen mukaan hieronnalla oli merkitystä Valtterin kokonaistoimintakykyyn ja hyvinvointiin. Hieronnan merkitys fyysiseen toimintakykyyn oli elinvoimaisuuden lisääntyminen, joka ilmeni käyttäytymisen reipastumisena. Kipu-, särky- ja fyysisten jännitystilojen helpottuminen ilmeni lääkkeiden käytön vähenemisenä. Päivittäisistä toiminnoista selviämisestä tuli esille oma-aloitteinen hygieniasta huolehtiminen.

Hieronnan merkitykset psyykkiseen toimintakykyyn tulivat esille Valtterin psyykkisinä voimavaroina, jotka ilmenivät positiivisena tunnetilana, tyytyväisyyden ja motivaation lisääntymisenä, optimistisuutena ja toiveikkuutena oman elämänsä suhteen. Valtteri myös kykeni sitoutumaan hierontaan. Lisääntynyt toimintakykyisyys ilmeni myös, levollisuutena, rentoutuneisuutena ja vapautuneisuutena. Hieronta lisäsi psyykkistä toimintakykyä helpottaen ahdistuneisuus- ja pelkotiloja.

Hieronnan merkityksistä sosiaaliseen toimintakykyyn selvemmin oli havaittavissa sosiaalisuuden lisääntyminen. Tämä ilmeni Valtterin vuorovaikutuksen lisääntymisenä, avoimuutena, luottamuksellisuutena ja osaston toiminnasta kiinnostumisena. Oma-aloitteisuus ja aktiivisuus lisääntyivät ja ilmenivät esimerkiksi Valtterin kiinnostumisena oman kunnan ylläpitämisestä liikunnan avulla.

Suurimmaksi osaksi potilaan kokemukset hieronnasta ja omahoitajien ja kuntahoitajan havainnot hieronnan merkityksistä potilaalle tukivat toisiaan. Valtterin kokemus yöunen paranemisesta ja omahoitajien havainnot poikkesivat toisistaan. Valtteri koki yöunensa fyysisten jännitystilojen poistumisen ansiosta parantuneen. Omahoitajat olivat sitä mieltä, että Valtterin yöt ovat ongelmallisia. Sosiaalisuus omahoitajien ja kun-

tohoitajan mielestä oli lisääntynyt huomattavasti, kun taas potilas kertoi vain liikunnan lisääntyneen kohdallaan, mutta ei maininnut siihen liittyvää sosiaalisuuden lisääntymistä.

8. 2. Rajatilapotilas Anni

Anni on 47-vuotias leski, jonka aviomiehen kuolemasta on useita vuosia. Nykyisin Anni asuu avomiehensä kanssa kahdestaan. Hänellä on kolme lasta, jotka ovat aikuisia ja asuvat muualla. Anni on suorittanut kansakoulun. Hän on toiminut toimistotyöntekijänä eri työnantajien palveluksessa.

Annin elämänpolku on ollut hyvin monimutkainen ja täynnä hankalia, epäluotettavia, lyhytaikaisia ja väkivaltaisia ihmissuhteita sekä alkoholin aiheuttamia vaikeuksia. Hänellä ei ole kokemusta vakaista, kestävästä ja luottamuksellisista ihmissuhteista. Annin lapsuus oli vaikea ja raskas. Hänen lapsuuttaan rasitti äiti – lapsi suhteen ongelmallisuus. Suhde äitiin oli vaikea, riitaisa ja vihamielinen. Äidiltään Anni ei saanut hellyyttä, rakkautta eikä huomiota. Äiti ei välittänyt Annista, hyljeksi ja komenteli häntä jatkuvasti. Anni vieraantui äidistään, vihasi häntä. Isän ja Annin suhde oli hyvä. Anni olikin " isän tyttö. "

Miehen kuoleman jälkeen Annin elämä muuttui hyvin värikkääksi. Siihen kuului vastoinkäymisiä, alkoholia, velkaantumista ja erilaisia hankalia miessuhteita. Elämänkumppani vaihtui usein ja niihin kaikkiin liittyi alkoholin runsasta käyttöä, riitoja ja epäsäännöllistä elämää. Annin viimeisin miesystävä oli hyvin hankala ja riidanhaluinen. Elämä miehen kanssa oli jatkuvaa juopottelua ja riitelemistä. Tilanne kotona kehittyi niin huonoksi, että naapurit ja tuttavat hermostuivat, ottivat yhteyttä viranomaisiin, ja Anni toimitettiin sairaalahoitoon. Annin nopeat mielialan vaihtelut ja aggressiivinen käyttäytymisensä ovat

olleet rasite läheisissä ihmissuhteissaan. Luonteeltaan Anni on hyvin seurallinen, aito ja mukava ihminen, ja toisaalta täysin kyvytön olemaan esimerkiksi ryhmätilanteissa tai muuten yhteistyössä toisten ihmisten kanssa.

Sairastuminen

Anni on kärsinyt mielenterveyden ongelmista vuodesta 1974 lähtien. Hän on ollut useita kertoja sairaalahoidossa. Välillä hän on ollut vuosiakin pois sairaalahoidosta, mutta palannut aina uudestaan. Annilla on alkoholiongelma, jonka hän kieltää täysin. Uskonto on tullut potilaalle tärkeäksi, mutta omahoitajan mukaan ” *uskonto ei ohjaa Annin elämää.* ” Annilla on pitkä sairaushistoria takanaan. Nyt hän on ollut sairaalassa vuodesta 1997 lähtien.

Annin diagnoosi on rajatila. Rajatila - nimitys (Achte' ym. 1990, 294) viittaa siihen, että se sisältää sekä psykooseihin että neurooseihin liittyviä piirteitä (Vuorinen 2000, 243; Välimäki ym. 2000, 62). Ulospäin rajatilapotilaat vaikuttavat neuroottisilta, mutta sisäisen kokemuksen kannalta he ovat lähempänä psykoottikkoja, ja potilaan mieliala heilahtelee usein. Rajatilahäiriöisiä kutsutaan myös epävakaaiksi persoonallisuuksiksi (Achte' ym. 1990, Seppälä 1997, 76, Fontainen & Fletcher 1999, Vuorinen 2000, 243). Naukkarinen (1998, 129) toteaa, että yksilöllä saattaa esiintyä impulsiivisuutta, itsemurhayrityksiä, harkitsematonta käyttäytymistä, lyhyitä kontaktin menetyksiä todellisuuden eräänlaisina minipsykoosijaksoina. Hänen mukaansa häiriötilaan liittyy usein myös mielialan häiriöitä. Vuorisen (2000, 243) mukaan rajatilapersoonallisuushäiriöisen käyttäytymisessä esiintyy aggressiivisuutta, hyökkäävyyttä ja vihan tunteita muita kohtaan, mutta myös täysin vastakkaista käyttäy-

tymistä. Seppälä (1997, 77) ja Välimäki ym. (2000, 63-64) esittävät, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä ihmisellä voi olla taipumusta oikosulunomaisiin raivonpurkauksiin. Heidän mukaansa monet rajatilapotilaat ovat impulsiivisia päihteiden käytössä, sukupuolisuhteissa, epäsosiaalisessa toiminnassa ja he joutuvat toistuvasti vaikeuksiin ihmissuhteissaan.

Osa tutkijoista pitää persoonallisuushäiriötä sairautena ja osa näkee ne sosiaalisena ongelmana (Välimäki ym. 2000, 62). Seppälän (1997, 76) mukaan rajatilojen taustalta löytyy myös monia tekijöitä: synnynnäistä yliherkkyyttä, hoitosuhteiden häiriötä, itsenäistymisvaikeuksia ja kehitystehtävän epäonnistumisia. Näiden seurauksena potilaan psykologiseksi ongelmaksi muodostuu sisäistettyjen psyykkisten rakenteiden puutteellisuus.

Oireiden ilmeneminen

Tämänkertaiseen hoitoon Anni on tullut pakkolähetteellä. Tullessaan sairaalaan hän oli hyvin aggressiivinen ja psyykkisesti huonokuntoinen. Sairaalaan tulon syynä oli se, että

” Anni polttaa sillat takanaan siviilissä. On toistuvasti samanlainen tapa tulla sairaalaan eli järjestää elämänsä jollakin tavalla mahottomaksi. Sillon ulkopuoliset ihmiset puuttuvat asiaan ja ottavat Annin pois siviilistä ja tuovat sairaalaan. Annin elämään on kuulunut alkoholia, velkoja, hillitön käyttäytyminen, mahoton suustaan. Ei tiiä mikä on psykoottista ja mikä ilkeyttä, semmonen räjähtävä käyttäytyminen. ” (OH)

Annin mielenterveysongelmat ilmenevät omahoitajan mukaan käyttäytymisenä:

” Laidasta laitaa. Hän on erittäin hyväntuulinen ja ystävällinen ja silleen, mutta enemmän on ei - hyväntuulinen, syyttävä ja erittäin värikäs. En tiedä onko psykoottista vai ilkeyttä, mutta on tosi hankala, todella hankala. Annin käytös on hankalaa sekä potilastovereita että hoitohenkilöstöä kohtaan, mutta enemmän se aina kulminoituu hoitohenkilöstöön, koska vallankäytöstä on kysymys, mutta ihan samalla tavalla on potilaitten kanssa. ” (OH)

Omahoitajan mukaan Annin käyttäytyminen on ristiriitaista.

” Anni ei ole yksinäinen, vaan hän on seurallinen. Vaikka hän on erittäin hankala, niin kuitenkin siihen liittyy semmonen aitous. Toisaalta Anni on sosiaalinen, toisaalta täysin kyvytön siihen. Ryhmätilanteissa Anni ottaa tilan itsellensä väkisin jos ei sitä muuten saa. Pystyy kokoamaan itensä, mutta sitten useasti poistuu. ” (OH)

Psyykkinen sairaus näkyy tunne - elämän häiriötilana. Monet hakevat apua oireisiinsa tunnistamatta niiden yhteyttä psyykkiin tekijöihin. Mielenterveysongelmista kärsivän ihmisen sairaudenkuvaan saattaa kuulua heikko tai puuttuva sairaudentunto. Annin mielenterveysongelmat tulevat esille myös sairaudentunteen puuttumisena. Hän ei ole omasta mielestään mielenterveyspotilas, vaan on hoidossa selkäkipujen vuoksi.

” Halveksii potilastovereita ja sanoo, että hän ei muitten hullujen kanssa ... ja hänet on tuotu väkisin. Hänellä ei ole mielenterveysongelmaa omasta mielestään. Välillä sitten sanoo, että hän on niin kipeä, että ei pystynyt puhumaan. Hänen itsetuntemuksensa ei ole jatkuvaa ... se on ailahtelevaa. ” (OH)

Rajatilapotilaan käyttäytymisen piirteisiin kuuluu vihamielisyys ja mielialan suuret heilahtelut. Keltikangas-Järvisen (2000, 246-247) mukaan hostileetti eli vihamielisyys, silloin kun se tarkoittaa käytöstä, ilmenee kiukun ja vihan purkauksina tai aggressiona, jonka vahvuus vaihtelee verbaalisesta hyökkäyksestä aina avoimeen, jopa fyysiseen aggressioon saakka. Tällainen käyttäytyminen on tyypillistä myös Annille. Fyysistä aggressiivisuutta Annilla ei esiinny. Sanallista sitäkin enemmän. Annin aggressiivista käyttäytymistä omahoitaja kuvaili seuraavasti:

” Pahinta on se, että se on pitänyt puhelinta käessä, että lyökö lattiaan. Joskus kun se on oikein kiihtynyt, on tuntunut, että se raja on lähellä ... niin tuntuu, että vois vaikka tehdä jotain, mutta ei se koskaan oo tehny mitään. Se raivo on niin valtavaa. Anni myös paukuttaa ja paiskoo ovia, huutaa ja haukkuu, ottaa jonkun, joka kuuntelee ja sitten haukkuu. Sen jälkeen mennee ommaan huoneeseen. ” (OH)

Hoitotyön auttamismenetelmät

Annin pääasiallisimmat auttamismenetelmät ovat lääkehoito ja omahoitajien kanssa käydyt yksilöterapeuttiset keskustelut. Näitä keskusteluja Anni ei kuitenkaan nimennyt hoidoksi. Lääkitystä hän saa selkäkipuihin, johon on voimakas kipulääkitys. Selän kiputilan vuoksi hän käy myös kipupoliklinikalla.

” Ainut hoito mulla on kipupiikki ... se kipupiikki se parhaiten auttaa ... ei tuohon selekään muu auta ... se on niin kipiä ... se tuska. ” (P)

Psykyen hoitoon potilas saa neuroleptilääkitystä. Hänellä on dosetti ja hän itse huolehtii lääkkeen ottamisesta. Omahoitajan kertoman mukaan Anni

” Kovasti käy kamppailua sen kanssa, tarviiko lääkettä vai ei. Välillä on ihan selvästi sellasia hetkiä, että panee ilmeisesti lääkettä syrjään. ” (OH)

Annin ja omahoitajien yksilöterapeuttiset keskustelut ovat yleensä kerran viikossa, ja impulsiivisia keskusteluja on silloin, kun Anni haluaa.

Hyvä hoitosuhde on psykiatrisen hoidon lähtökohta. Se on prosessi, jonka aikana sekä hoitaja että potilas oppivat jotain toinen toisiltaan. Hoitosuhde ei aina onnistu, ja silloin sen tavoite jää saavuttamatta. Haastateltavana ollut omahoitaja kuvasi Annin ja hänen välistään hoitosuhdetta seuraavasti:

” Virkani puolesta olen Annin hoitaja. Siis meillä ei ole mitään suhdetta. Anni ei luota kehenkään. Mikään luottamuksellinen suhde se ei ole. Ehkä jotain luottamustakin on. Jos Anni luottaa, se on syväällä Annin sisällä ja sen hän kyllä piilottaa. ” (OH)

Myös Anni on kokenut omahoitajasuhteen etäiseksi ja viileäksi.

” Se on kyllä vaikiaa ... ei mulla oo tarvetta niitten kanssa jutella ... en mie välitä. Ne on suuria terapeutteja olevinaan ... se valta ... se tekkee ihmisen kovaksi. ” (P)

8. 2. 1. Annin kokemukset hieronnasta

Analyysiin perustuen keskeinen kokemus oli koettu hyvä olo. Se käsitti fyysisen ja psyykkisen hyvän olon (Kuvio 4).

8. 2. 1. 1. ” Helepottaa minun kipua ”

Annin fyysisen hyvän olon kokemuksista nousivat esille kosketus ja hieronnan positiiviset vaikutukset kipu- ja särkytiloihin, uneen, tuskaisuuteen ja jännitykseen.

Anni oli osallistunut hierontaan sairaalassa säännöllisesti kahden kuukauden ajan. Hän oli saanut niska-, hartia-, selkä- ja jalkahierontaa. Kokemukset hieronnasta olivat positiivisia. Anni on saanut hierontaa aiemminkin niska- hartiavaivoihin ja selkäkipuun. Myös vyöhyketerapiaa potilas on saanut selkävaivoihinsa, minkä hän oli kokenut miellyttävänä.

” Mulla on ollu sitten ... on varmasti kymmeniä kertoja ollu hierontaa elämäni aikana. Mulla on nämä hartiat pettäny ja tuo selekä, että kaikkihan ne on yhteydessä toisiinsa. Vyöhyketerapiaa oon saanu selekävaivoihin ja se oli kyllä ... se oli ... se tuntu hyvälle. ” (P)

Annin mielestä hieronta oli tuonut helpotusta kipu- ja särkytiloihin ja siten auttanut unen laatuun.

” Se vähäksi aikaa poistaa sen. Niin sekö se on justiin niin, että kun kaikki on rempallaan, yksi johtaa yhteen ... ei se hermoissa tartte se vika olla. Se on hyväksi kelle vaan. Hieronnan ansiosta, kivun hellitettyä, uni on ollu yhtäjaksosta ja syvää. ” (P)

Anni oli sitä mieltä, että hieronta tuo helpotusta monenlaisiin vaivoihin.

” Unettomuuteen varmasti auttaa kun sitä on mulla itelläki. Se niin rentouttaa. Minä en jaksaisi tässä puhua jos en olisi saanu hierontaa, mulla on niin kovat kivut. Hieronta auttaa tuskasuuteen. Jos ihminen on aggressiivinen, se varmasti saahaan rauhottummaan hieronnalla ... unettomuuteen se auttaa. Tämän säryn kanssa on niin hirviä olla, niin kokemuksesta sen tiijän, että hartiajännityksiin auttaa vyöhyketerapia, niin sillailla ... kyllä se vaan auttaa. ” (P)

Annin kertoman mukaan hänellä ei ole kokemusta toisen ihmisen kosketuksesta muuta kuin hoitotoimenpiteisiin liittyvä hoitajan " pakollinen " koskettaminen sekä parisuhteeseen liittyvä normaali koskettaminen. Lapsuus- ja nuoruusvuosilta hänellä ei ollut muistikuvia perheenjäsenten välisestä koskettamisesta. Omassa perheessä lasten ja vanhempien välillä ei myöskään ollut minkäänlaista kosketusta, paitsi mitä lasten hoitaminen yleensä vaati. Kotona, sukulaisten ja tuttavien kesken ei koskeltu tai halailtu. Annin täti oli kuitenkin ollut poikkeus tältä osin, ja hän oli opettanut potilaan halaamaan.

” Eipä sitä oo muuten ollu sitä koskettamista ku mitä nyt hoitajien on pakko kun ne hoitaa ... tuon selän kanssa kun oon joutunu niin paljo kärsimmään. Onhan sitä koskettamista tietenki ollu avioliitossa ... ja mieskavereitten kanssa ... eipä sitä muuten. Kotona se mitä nyt penskojen hoito vaatii. Ei sitä ... ei se ... sukulaiset ku joskus kävi, tai joku tuttu ... ei sitä halattu tai muuta. Minulla täti opetti lapsena sen, että aina kun mie menin sinne, isän sisko, aina halasi. ” (P)

Kuntohoitajan kosketuksen Anni oli kokenut fyysistä kipua helpottavana. Potilaan mielestä kuntohoitajan tunnetila tuli esille hieronnan yhteydessä, ja sillä oli vaikutusta myös hänen tunnekokemukseensa.

" Mua on niin paljon hierottu. On ollu miestä ja naista. Se vaan helepottaa minun kipua. Tämä maailma on niin kova asia. Ihmiset on niin rakkauvettomia. Jos ympärillä ihmiset voi hyvin, niin ei minullakaan oo paha olla. Oon kyllä kokenu sen hieronnan aikana, että minnuun on purettu kiukkua ja kyllä minäki oon sillon itekki kiukustunu. " (P)

Kuntohoitajan mukaan Anni suhtautui luonnollisesti kosketukseen hieronnan yhteydessä. Potilas oli myös sanonut *" että hieronta tuntuu hyvältä. " Kuntohoitajaa Anni ei " suoranaisesti kosketa, mutta joskus saattaa halatakin. "*

Omahoitajan ja Annin välinen kosketus on vähäistä. Annin käyttäytyminen on hyvin ristiriitaista omahoitajan koskettamisen suhteen. Hän tykkää kosketuksesta, jopa *" kerjää " sitä ja toisaalta torjuu kosketuksen.*

" Anni oli vihanen ja huusi ja sitä kärsi mennä koskettamaan ja hieromaan. Toisella puolella se koko ajan aggressiivisesti karju. Moitti kun menin hieromaan sen selkää. Se tuli niinku kissa lähemmäs kun hieroin sitä ... että hyvin ristiriitais-ta se on. Nyt tällä hetkellä Anni ei huoli minun kosketusta. Ihan yritin koskettaa, pukkas pois, hätistää pois, joka on Annille tyypillisempää käyttäytymistä. " (OH)

Anni koki omahoitajien koskettamisen vaikeana, mutta kertoi voivansa kyllä halata toisia potilaita. Anni kuitenkin kokee kosketuksen erittäin tärkeänä ja kaipaa sitä.

" En minä välitä, en. Kyllä minä ennemmin hallaan näitä asiakkaita ku Lilliä ja Lottaa. Ja toivoisin, että kirkkoon mennessäkin olisi kiva, jos joku sanosi käestä päivää. Ihmisen kosketus ... jo pelekästään se on paljon kun tuolla vanhusten kanssa toimiessa saa halata. " (P)

Omahoitajan ja kuntohoitajan havaintojen mukaan Anni koskettaa toisia potilaita vain vähän, ja koskettaminen riippuu hänen mielialastaan.

" Joskus haluaa toisia potilaita, jos on hyvä mieli, niin onnitteluhalausta tai semmosia, mutta ei muuta. Ei hakeudu läheisyyteen. " (OH)

" Hieronnan aikana on tullu esille, että toisen potilaan koskettamisesta Annilla ei ole kokemusta. " (KH)

8. 2. 1. 2. ” Rentouttaa se sillai ”

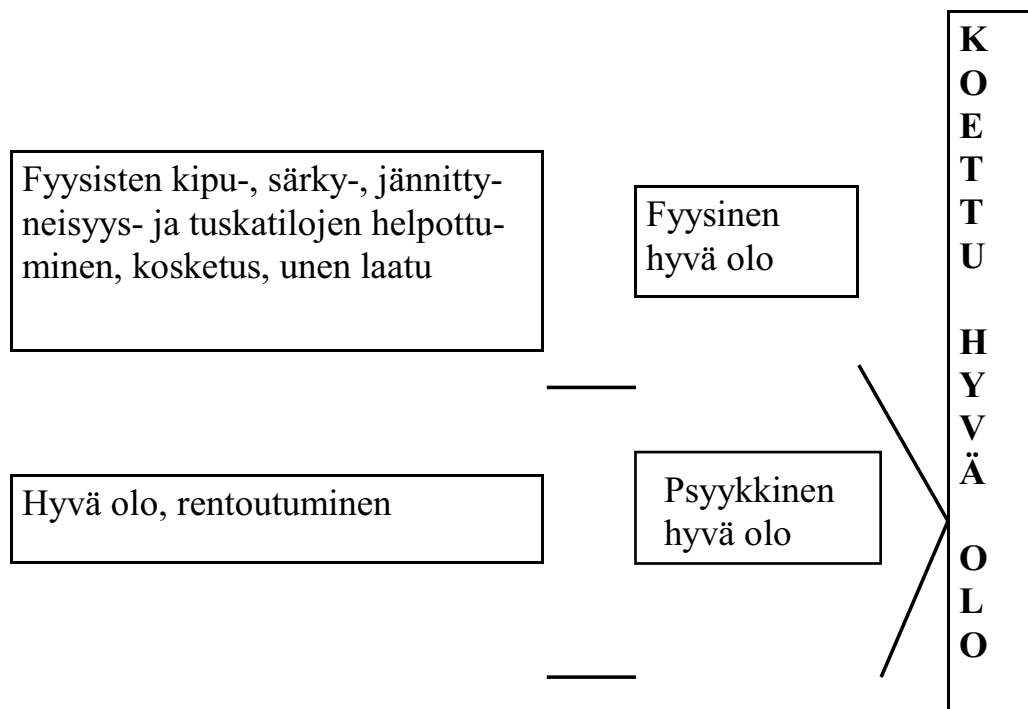
Annin psyykkinen hyvä olo muodostui seuraavista tekijöistä: rentoutuminen ja hyvänolon tunne.

Maxwell-Hudsonin (1989, 56) mukaan jalkaterien hieronta on hyvin rentouttavaa, ja sillä on esimerkiksi vyöhyketerapeutien mielestä vaikutus koko kehoon. Myös Anni oli kokenut jalkapohjien hieronnan mukavana ja rentouttavana, vaikka voimakkaat särkylääkkeet aiheuttivatkin epätavallisen olon.

Hieronnan hän koki erittäin tärkeäksi kohdallaan ja tunsu olonsa hyväksi saatuaan hierontaa.

” Kyllä se rentouttaa, rentouttaa se sillai, että siinä jalkapohjista kun hieroo ku päätäki särkee, niin ihan tuntuu päässä asti. Ja kun niitä voimakkaita särkylääkkeitä syö, niin onhan sitä ihan tokkurassa, mutta kyllä se rentouttaa. Mulle se hieronta on ainaki ainutlaatunen tällä hetkellä ... siihen ei muuta. Olo tuntuu hyvältä hieronnan jälkehen. ” (P

Kuvio 4 havainnollistaa Annin kokemuksia hieronnasta.



KUVIO 4. Annin kokemukset hieronnasta

Yhteenveto Annin hierontakokemuksista

Annin fyysisen hyvän olon kokemukset liittyivät kipu-, särky-, jännittyneisyys ja tuskatilojen helpottumiseen. Hänen kokemuksensa kosketuksesta olivat pääasiallisesti hyviä. Hieronta oli poistanut fyysisiä jännitystiloja, ja tästä syystä unen laatu parani. Annin mukaan hieronnalla voidaan ilmaista erilaisia tunteita kuten esimerkiksi kiukkua, jota hän oli kokenut hieronnan aikana. Hierontaan hän suhtautui luonnollisesti, vaikka kosketus ei ollut kuulunutkaan hänen kulttuuriinsa eikä elämänkaaren eri vaiheisiin. Hoitohenkilöstön kanssa koskettaminen oli hyvin vähäistä, mutta potilastovereita hän saattoi joskus halata. Anni kuitenkin kaipaa kosketusta kovasti, vaikka ei ole siihen tottunutkaan eikä osaa itse koskettaa toisia.

Psyykkisen hyvän olon kokemusten osalta tuli esille hieronnan aiheuttama rentoutus. Hieronta tuntui hyvältä ja toi hyvän olon. Anni koki hieronnan erittäin tärkeäksi ja koki, että se on ainutlaatuista tällä hetkellä hänen elämässään.

8. 2. 2. Hieronnan merkityksiä Annille

Oma- ja kuntohoitajan haastatteluaineiston analyysin perusteella voidaan todeta, että hieronnalla oli merkityksiä potilaan kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Kuvio 5).

8. 2. 2. 1. ” Särkyläkkeitä on tarvinnu vähemmän ”

Hieronta lisäsi Annin fyysistä toimintakykyä helpottaen kipu -ja särkytiloja, joka ilmeni särkyläkkeiden käytön vähenemisenä.

Hieronnan aikana Anni pohti kipulääkityksensä tarpeellisuutta. Annin tunne - elämän ailahtelevaisuus tuli esille hänen käyttäytymisessään hierontatilanteessa.

” Anni on sitä mieltä, että tarvittaessa otettavia särkylääkkeitä voi vähentää, kun kivut selkälihaksista vähenevät. Toisella kertaa Anni kuitenkin on sitä mieltä, että kipupiikki säännöllisin väliajoin auttaa. Hän on mulle kertonu, että särkylääkkeitä on tarvinnu vähemmän kun on hierottu.

Kerran Anni sano, että pitäs rauhottua ja yrittää nauttia tästä hieronnasta, kun se oli oikein vihanen. Anni ei malta olla kauan hiljaa. Toisena päivänä on kaulassa kiinni, ja toisena päivänä saattaisi vaikka potkasta. (KH)

8. 2. 2. 2. ” Rauhottuhan se ajan kanssa”

Hieronnan merkitykset psyykkiselle toimintakyvylle olivat seuraavia: rauhoittuminen, rentoutuminen, tasaantuminen, keskittyminen, sitoutuminen ja ahdistuneisuuden helpottuminen.

Omahoitajan havainnon mukaan hieronnan merkitys Annille näkyi hänen käyttäytymisessään

” Minä luulen, koska se oli niin kummallista sen käytös tässä kun hieroin sitä. Samalla kun se antaa hieroa itseänsä, samalla haukkuu täysin rinnoin ... aivan kuin asentoa korjaten, se on niin kummallista. Se on niin ristiriitaista. Minä tein sitä useamman kerran, että kun minä tajusin sen, että hyvänen ... että silleen jotenkin ... ja rauhottuhan se ajan kanssa sitten. Se on ihan totta. Yritin tässä kerran kun se oli oikein vihanen hieroa sitä, niin se tuuppasi minut pois. Minä uskon, että sillä on

merkitystä, että se on saanut tätä kosketusta. Minä uskon, että sillä on vaikutusta, merkitystä. ”(OH)

Hoitohenkilöstön havaintojen mukaan potilaan käyttäytyminen oli ollut rauhallisempaa.

” Me eilen puhuttiin tästä hieronnasta työryhmässä ja todettiin, että on se Anni rauhottunut, se on selvästi rauhallisempi kuin ennen. Sillä on erilainen olo, vaikka se välillä pimahdaakin ... se tuntuu ... kun sen kielen käyttö on niin kauhean ilikiää, että on se kyllä selvästi rauhottunut. Sellasta tasaantumista on tapahtunut. ” (OH)

Mayland (1992) toteaa, että joku saattaa kokea olonsa hieronnan aikana ja sen jälkeen hyvin herkäksi ja saattaa jopa itkeä. Tämä on hänen mukaansa täysin luonnollista. Hieronnan aikana ihminen on myös tunneperäisesti avoin ja tunteita saattaa tulla esiin. Tämä on luonnollinen osa rentoutustapahtumaa, ja jälkeinpäin olo tuntuu paljon paremmalta.

Kuntohoitajan mukaan, tunnetilastaan huolimatta, Anni pystyi keskittymään hierontaan. Hieronta ilmeisesti helpotti Annin ahdistus- ja tuskatiloja.

” Vaikka Annin mieliala on vaihteleva, riippuen siitä, miten osastolla on mennyt, keskittyy kuitenkin hyvin hierontaan, vaikka olisi vihanenki. Hieronnan aikana Anni huokailee syvästi ... kun on oikein ahistunu, vetää henkeä ja purkaa mieltään. Itkee ja kertoo elämänsä tarinaa aina ja aina uudestaan ja uudestaan. Toisena hetkenä kokee itsensä auttajaksi. Hän on väsymykseen asti auttanut alkoholisteja. Lähtiessään hän haluaa ja itkee. Anni kertoo myös, että sairaalassa saa levätä, kun on

aina auttanut muita. Sanoo tulevansa vielä sittenkin kun on muuttanut pois sairaalasta. ” (KH)

Kuntohoitajan mielestä hieronta auttoi Annia fyysisesti, koska

” Annihan ei tunnusta olevansa hoidossa mielenterveyden takia. Kuitenkin Anni sanoo, että olo on niin rentoutunut ja lauhkea hieronnan jälkeen. ” (KH)

8. 2. 2. 3. ” Kertoo minulle paljon ”

Annin sosiaalinen toimintakyky sisälsi avoimuuden, luottamuksen, aktiivisuuden ja hoitosuhteen.

Kun hoitosuhde on turvallinen, potilas pystyy tarkastelemaan elämänsä tapahtumia ja niiden merkitystä itselleen. Terapeutti auttaa häntä ymmärtämään oireilua ja vähentää sen aiheuttamaa turvattomuuden tunnetta.

” Anni on yleensä avoin, mutta hänen ajatusmaailmansa on suppea. Tuntuu, että aina pyörii sama levy. Anni sanoo, että ei puhuta niistä vaikeista asioista, mutta ei pysty kuitenkaan olemaan hiljaa. Lapsuudestaan ja suhteestaan vanhempiansa Anni kertoo minulle paljon. Käy aina uudestaan läpi lapsuuden kokemuksiaan. Annin isä oli hyvä ja äiti huono. Anni oli isän tyttö. Kertoo elämäntilanteestaan hieronnan aikana. Itkee. On kokenut vääryyttä ja painostusta ympäristössä asuvien ihmisten taholta. Hän käyttää hyvin massiivisesti hyväkseen kaikki palvelut. Ei pysty kiinnittymään kehenkään, eikä yleensä luota kehenkään. ” (KH)

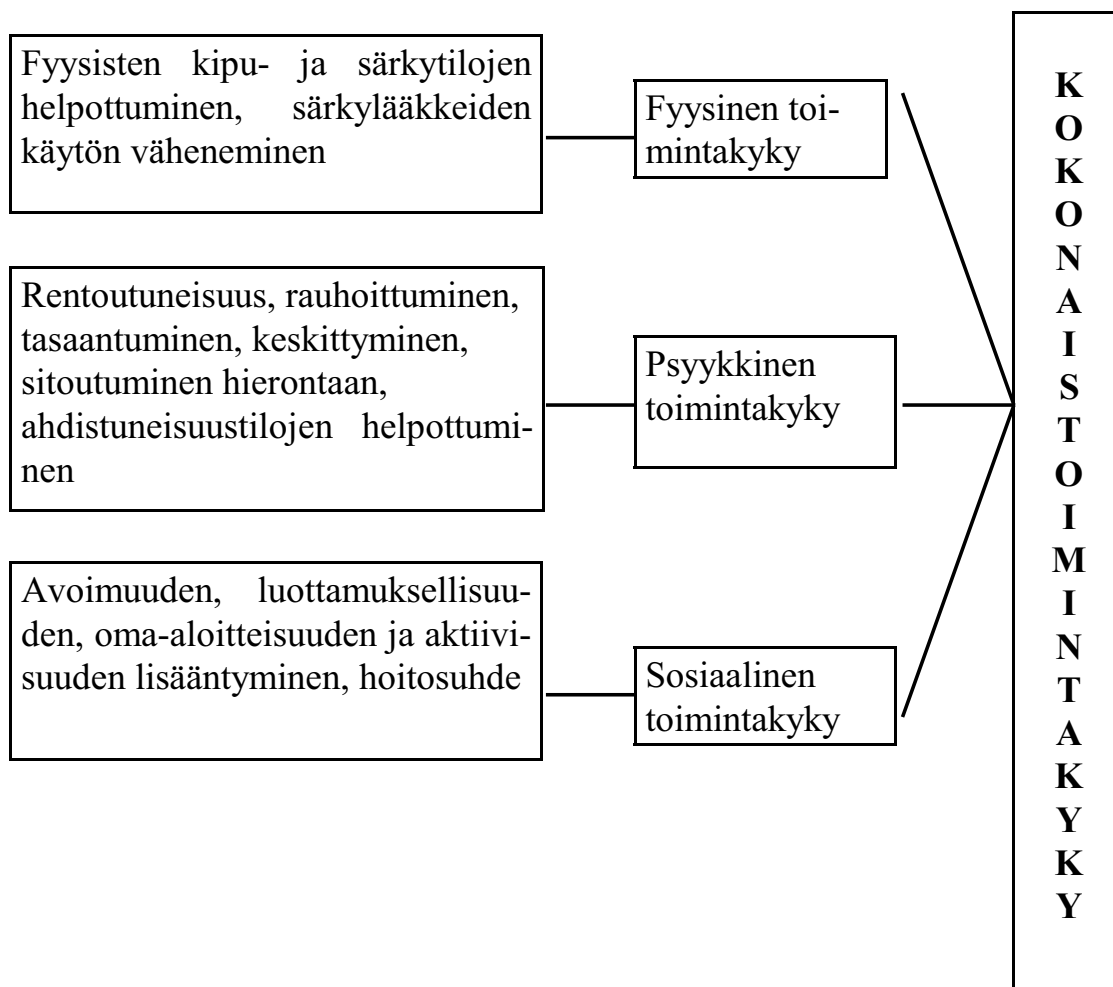
Luottamus hoitosuhteessa syntyy kun vuorovaikutus on rehellistä ja avointa. Luottamus rakentuu kun jokaisella on mahdollisuus olla ja tulla hyväksytyksi omana itsenään. Nämä seikat tulevat esille omahoitajan kuvauksessa Annin ja kuntohoitajan hoitosuhteesta.

" Anni on halunnut sen jotenkin ihan selvästi erottaa, että se on hierojan ja hänen välinen juttu. Se on Annille niin tärkeää ... toisaalta siinä on sellasta epäluulosuutta, että jos hän puhuu siitä, niin hän menettää sen. Anni on sanonu, että hieroja on voimakas persoona, voimakkaampi kun hän. Hieroja on terapeutti. " (OH)

Seuraava kuntohoitajan lauselma kuvaa Annin sosiaalista toimintakykyisyyttä:

" Omatoimisesti ja aktiivisesti tulee aina hierontaan. On aktiivinen ollut koko ajan. " (KH)

Kuvio 5 esittää hieronnan merkityksiä Annille.



KUVIO 5. Hieronnan merkityksiä Annille

Yhteenveto hieronnan merkityksistä Annille

Hieronnan merkitykset Annin fyysiseen toimintakykyyn tulivat esille kipu- ja särkytilojen helpottumisena, mikä ilmeni särky-lääkkeiden käytön vähenemisenä.

Hieronnan merkitykset psyykkiseen toimintakykyyn tulivat esille Annin rauhoittumisena ja tasaantumisenä. Omahoitajan mukaan kosketuksella oli tähän vaikutusta. Potilas oli raukean oloinen hieronnan jälkeen, mikä kertoo jännitysten poistumisesta ja rentoutumisesta. Psyykkisten voimavarojen käytöstä tuli

esille sitoutuminen hierontaan, joka ilmeni yhteisten sopimusten noudattamisena. Anni pystyi myös keskittymään hierontaan voimakkaasta tunnetilastaan huolimatta. Itkeminen ilmeisesti helpotti Annin ahdistuneisuutta.

Hieronnan merkitykset sosiaaliseen toimintakykyyn tulivat esille Annin lisääntyneenä avoimuutena ja luottamuksellisuutena hoitosuhteessa. Tämä näkyi siinä, että Anni pystyi kertomaan kuntohoitajalle kipeitäkin asioita, mikä ilmeisesti helpotti hänen oloaan. Toimintakykyisyyden lisääntyminen tuli esille myös oma-aloitteisuutena ja aktiivisuutena, joka ilmeni säännöllisyytenä hieronta-aikojen suhteen. Hieronta oli Annille tärkeää, kuntohoitajan hän koki hyvänä terapeuttina.

Vertailtaessa potilaan kokemuksia ja hoitotyöntekijöiden havaintoja keskenään, voidaan todeta, että vastaavuus on hyvä. Annin kokema hyvä olo, hieronnan rentouttava vaikutus, jännitysten poistuminen ja kosketuksen merkitys näkyivät hänen käyttäytymisensä muuttumisessa. Potilas ei itse maininnut suoraan hyvää ja luottamuksellista suhdettaan kuntohoitajaan. Se tuli esille kuitenkin hänen lausumissaan. Myös tältä osin hoitohenkilöstön havainnot ja potilaan kokemus tukevat toisiaan. Hoitohenkilöstön havainnot ja potilaan kokemukset eivät tuke-neet toisiaan yöunen ja negatiivisen tunnekokemuksen suhteen. Potilas koki yöunensa laadun parantuneen kipu- ja särkytilojen poistumisen myötä, kun taas omahoitajat eivät maininneet tästä asiasta. Hoitohenkilöstön haastatteluissa ei tullut esille Annin hierontatilanteessa kokemaa negatiivista tunnekokemusta ja sen siirtymistä hänen käyttäytymiseensä.

8. 3. Vakavasta masennuksesta kärsivä Jenni

Jenni on 45-vuotias, naimisissa ja kolmen lapsen äiti. Lapset ovat aikuisia eivätkä he asu enää kotona. Jenni asuu kahdestaan miehensä kanssa. Hän on käynyt kansakoulun; ammatillista koulutusta hänellä ei ole.

Sairastuminen

Jennin elämänkokemuksiin on kietoutunut paljon erilaista häntää, tuskaa ja kärsimystä syvän masennuksen vuoksi. Jennin kokonaistoimintakyky alkoi heikentyä aviomiehen sairastuttua vakavasti, jolloin Jenni joutui huolehtimaan perheen asioista. Jenni kävi töissä ja huolehti yksin lähes kaikista kodinhoitoon ja talouteen liittyvistä tehtävistä. Taloudelliset huolet uuvuttivat hänet niin, että hän hakeutui väsymyksen takia terveyskeskukseen. Sieltä Jenni sai lähetteen mielenterveyskeskukseen, josta sai lääkityksen uupumukseensa. Kahden viikon aikana potilas kuitenkin alkoi kärsiä unettomuudesta ja erilaisista peloista: koti menee, kaikki tuhoutuu, kaikki menee hullusti. Etenkin talvi oli Jennille erittäin vaikeaa aikaa. Hänelle kehittyi epärealistisia kuvitelmia kaiken menettämisestä eikä hän pystynyt enää hoitamaan asioita. Vähitellen Jennin ruokahalu katosi, hän laihtui eikä jaksanut huolehtia itsestään. Ennen ensimmäistä sairaalahoitajaksoa Jennillä esiintyi kahden vuoden ajan unihäiriöitä ja kodin tuhoutumisen pelkoa.

Jenni joutui pakkohoitoon kahden viikon unettomuuden, levottomuuden, hermostuneisuuden, muistamattomuuden, itkuisuuden, sekavuuden ja pelkotilojen vuoksi. Nämä oireet diagnosoitiin psykoosiksi v. 1994. Sairaalaan hän tuli terveyskeskuksen läheteellä. Vuodesta 1995 lähtien Jenni on ollut

useita kertoja sairaalahoitossa. Tilanne on sairaalaan tullessa ollut samantyyppinen lähes joka kerran. Psykoottisuuden lisäksi Jenni kärsii syvästä masennuksesta ja sairaushistoriaan sisältyy useita itsemurhayrityksiä.

Tämänkertaisen sairaalahoidon syynä on Jennin vakava masennus. Oireina hänellä esiintyi, unettomuuden ja väsymyksen lisäksi, epärealistisia ajatuksia, pelkotiloja, ylisuuria syyllisyydentunteita, häpeää, itkuherkkyyttä, arvaamattomuutta ja käytöksen hajanaisuutta. Nyt Jenni on avohoidossa ja käy sairaalassa yksilöterapiassa ja hieronnassa. Jennin sosiaaliset suhteet ovat hyvät, ja hän on luonteeltaan ymmärtäväinen, pidetty, hyvä, ahkera ja tunnollinen ihminen.

Vakavalla masennustilalla tarkoitetaan Isohannin ym. (1996, 20) mukaan masennusjaksoa, joka on kestänyt vähintään kaksi viikkoa ja jota luonnehtivat sekä fyysiset että psyykkiset oireet. Vakavat masennustilat ovat vaikeita häiriöitä, joihin usein liittyy itsemurha-ajatuksia. Perinnölliset tekijät, varhaiset menetykset ja itsetunnon vauriot altistavat ihmistä depression puhkeamiselle (Salokangas 1997, 97-100). Laukaisijana voivat toimia äkilliset elämänmuutokset, kuten ihmissuhteisiin, terveyteen tai sosiaaliseen asemaan liittyvät menetykset (Lehtinen 1996, 71).

Naukkarisen (1998, 60-63) mukaan vakava masennus saattaa kehittyä hitaasti vuosien myötä. Syyt voivat olla syvällä, ja ne muodostuvat monista eri tilanteista ja tapahtumista. Masentunut henkilö kärsii mielialan laskusta, keskittymiskyvyn puutteesta, kyvystä nauttia, kiinnostuksen ja mielihyvän kokemisen menettämisestä lähes kaikkeen toimintaan liittyen, uupumuksesta ja toivottomuudesta. Tontin (2000, 25) mukaan vakavasta masennuksesta kärsivän uni on häiriintynyt, ruokahalu vähentynyt tai lisääntynyt. Itseluottamus ja itsetunto ovat melkein aina laskeneet. Somaattisia oireita ovat päänsärky ja paineen tuntu

päässä, ummetus, suun kuivuminen, vatsa- ja selkäkivut. Tontti (2000, 25) kuvaa depressiivistä potilasta seuraavasti: potilas näyttää hitaammalta, kasvot, ilmeet ja eleet ovat alakuloisia, hän ei hymyile eikä naura. Masennuspotilas itkee herkästi, tuntee itsensä sairaaksi ja kurjaksi sekä on puhumaton: hänen subjektiivinen kivuntuntemuksensa on lisääntynyt, ja pienikin kivun syy voi invalidisoida.

Vakavaan masennukseen liittyy myös voimakkaita syyllisyyden ja arvottomuuden tunteita sekä kuolemaan liittyviä ajatuksia (Partinen ym. 1991, 49; Depression alueellinen... 1994, 36 ja 40-41; Isohanni ym. 1996, 19-21; Lehtinen 1996, 68-69; Seppälä 1997, 9-10; Naukkarinen 1998, 60; Tontti 2000, 23).

Jotta masennus voidaan diagnosoida vakavaksi, on edellä mainittujen oireiden esiinnyttävä päivittäin ja ainakin viiden oireista on esiinnyttävä samanaikaisesti kahden viimeisen viikon aikana ja yhden oireista on oltava masentunut mieliala (Depression alueellinen ... 1994, 36). Salokankaan (1997, 27) mukaan masennus uusiutuu yli puolessa tapauksista.

Oireiden ilmeneminen

Sairaalaan tulotilanteessa Jenni oli ollut hyvin hätääntynyt, pelokas, levoton, muistamaton ja ahdistunut. Hänellä oli harhoja kodin tuhoutumisesta. Itse hän kuvasi sairastumisestaan ja oireitaan seuraavasti:

” Ahistus ja pelko on kova, masentuneisuutta, levottomuutta on nyt. Aika isoja pelkoja on. Minut on tuotu aivan sekavana tänne sairaalaan. Oon ollu useamman kerran täällä hoijossa. En mie muista kuinka pitkiä aikoja mie oon ollu hoijossa. Mie en tarkoin muista niitä minun kohtauksia, kun mulle on tullut

niin monta kohtausta. Mie en ossaa selittää minkälaisia ne on ollu. ” (P)

Jenni on itkuinen ja ilmeeton. Hän puhuu väsyneellä, hiljaisella äänellä. Näyttää siltä, että hänen masennuksensa on niin syvä, että hän ei jaksa puhuakaan. Olemus on jännittynyt ja alakuloinen. (Ote tutkijan päiväkirjasta).

Jennin oireet ilmenevät puhumattomuutena, itkuisuutena ja tunteettomuutena. Hänen liikkeensä ovat ilmeettömät ja jäykät. Hänellä ei ole omaa tahtoa, ja hän on pysähtyneen oloinen. Mieliala vaihtelee päivittäin. Jennillä ei ollut oma-aloitteisuutta eikä aktiivisuutta. Hänellä esiintyi myös pelkoja liikkua, ja uusiin tilanteisiin meneminen oli vaikeaa. Alkuvaiheessa hän vastusti kaikkea hoitoa, myös hierontaa. Hän olisi vain halunnut vetäytyä omiin oloihinsa. Sairaus pahenee avohoidossa siihen pisteeseen, että Jenni tarvitsee sairaalahoitoa kerran vuodessa. Syynä on vakava masennus ja psykoosi.

Omahoitaja kuvaili Jennin oireilua seuraavasti:

” On joskus aggressiivinen, levoton on, kävelee edestakaisin, vetäytyy, haluaa joskus eristykseseen. Masentuneisuutta on paljon, siitä sitten psykoosiin ... se on semmosta. ” (OH)

Jennillä ilmenee myös keskittymiskyvyn puutetta, ja hänen on vaikea olla vuorovaikutuksessa kenenkään kanssa. Jännittämisen vuoksi hän ei uskalla kohdata asioita eikä ihmisiä. Edellä mainitut asiat estävät häntä tekemästä mitään.

Omahoitajan mukaan potilaalla esiintyi sairaalaan tulovaiheessa ahdistuneisuutta, tuskaisuutta ja aggressioita itseään kohtaan. Hänen oli vaikea olla paikoillaan ja keskustella asioista. Hän vetäytyy sairaalassa ollessaan sosiaalisista suhteista, ja

sosiaalisten suhteiden palautumiseen ennalleen kuluu aikaa. Alkuun oli myös unettomuutta ja painajaisunia.

Hoitotyön auttamismenetelmät

Jennin auttamismenetelmät ovat yksilö- ja toimintaterapia sekä pari- ja perhekeskustelu kerran viikossa, lääkehoito ja nyt myös hieronta. Myös Jenni itse nimesi nämä menetelmät hoidoksi. Auttamismenetelmiään hän kuvasi näin:

” Lääkehoito, askartelu, mutta mie en enää käy ryhmässä, keskustelut omahoitajan kanssa, ja nyt tämä hieronta. ” (P)

Jennin ja omahoitajan hoitosuhde on alkanut potilaan tullessa sairaalahoitoon ensimmäisen kerran eli vuonna 1994. Se on jatkunut tiiviinä hoitosuhteena siitä lähtien. Jennin ja omahoitajan välinen hoitosuhde on avoin, tasa-arvoinen ja luottamuksellinen. Myös potilas itse on kokenut hoitosuhteen omahoitajan kanssa luottamukselliseksi. Potilas voi kertoa vaikeatkin asiat hoitajalle. Jenni kertoi keskusteluista omahoitajan kanssa, että *” ne ovat hoijossa parasta. ” (P)*

” Me on tehty puolen vuoden sopimus kerrallaan siitä miten jatketaan, aikataulut jne. Olen tukena hänelle tapahtuipa mitä tahansa, en jätä häntä. Olen vierellä kulkija ... psykoosisa ja muutenkin. Se on hyvin tiivis vuorovaikutuksellinen suhde. Jenni on sitoutunut hoitoon, ei myöhästele ja pitää kiinni kaikista sopimuksista. Hänen ehdoillaan mennään. Hänen jaksamisensa mukaan eletään. ” (OH)

Sairaalassa on kehitelty hoitojärjestelmää, ja se poikkeaa muusta sairaanhoidosta siinä, että

” Meillähän on semmonen yhen hoijon malli. Että potilasta ei siirretä monenlaiseen hoitoon. Oon ollu terapeutina Jennille. Minä oon ainut, joka ei oo vaihtunu. Lääkäri ja psykologi on vaihtunut. Kerran vuoressa tulee sairaalahoitoon psykoosin vuoksi. Hoidan koko perhettä, oon tullu tärkeäksi Jennille ja hänen perheelleen. ” (OH)

8. 3. 1. Jennin kokemukset hieronnasta

Analyysin mukaan Jennin perustava kokemus oli koettu hyvä olo, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon (Kuvio 6).

8. 3. 1. 1. ” Oikein hyvältä se tuntuu”

Jennin fyysisen hyvän olon kokemukset liittyivät kosketukseen. Jenni ei ole saanut koskaan hierontaa, ei aiemmin ollessaan sairaalassa eikä missään muuallakaan. Hänen kertomansa mukaan hänellä ei koskaan ole ollut mitään sellaisia kipuja, että siihen olisi hierontaa tarvinnut. Nyt Jenni oli saanut niska-, hartia- ja jalkapohjahierontaa sairaalan kuntohoitajalta kuuden viikon ajan. Hieronta oli edennyt potilaan psyykkisen kunnan mukaan. Se ei ole ollut säännöllistä. Jennin hierontajakso oli haastattelua tehdessäni vielä kesken. Hän kuvasi kokemuksiaan hieronnasta hyvin niukasti sanoen vain, että *” oikein hyvältä se tuntuu. ”*

Jennin käyttäytyminen oli tyypillistä aleksitymiasta (kyvyttömyys puhua tunteista) kärsivän potilaan käyttäytymistä. Alkutilanteessa Jennin masennus oli niin syvä, että hän ei tuntenut mitään: hän oli sekä fyysisesti että psyykkisesti kipsissä. Kuntohoitaja kuvasi Jennin alkutilannetta hieronnassa seuraavasti:

" Hänellä ei ole ollut sanoja, eikä ole tuntenut mitään, ei kipua, ei hyvää eikä pahaa eikä muutakaan. Jenni vain kyseli miten tässä pitää olla. Kuinka kauan. Sano, että ei hänestä tunnu miltään, ei oo mikkään paikka kipiä ... ja ihmetteli, että mitä hyötyä tästä on. Mutta sitten pikkuhiljaa kun me on juteltu, mie oon sanonu, että sie oot hirvittävän jännittynyt. Saattaa se käsikin olla irti hierontapöyvästä ... ulkopuolella ... ei se Jenni hoksaa yhtään mitään. Mie oon sanonu, että laske ihan rennoksi. Vähitellen oppii rentoutumaan. " (KH)

Jennin lapsuudenkodissa, tuttavien ja sukulaistenkaan kesken ei ole ollut tapana kosketella. Myöskään toisten potilaiden koskettamisesta Jennillä ei ollut kokemusta, eikä hän kosketa toisia potilaita. Jennin kertoman mukaan omahoitajan ja lääkärin kanssa ei ole muuta koskettamista kuin ” *sannoo kyllä käsipäivää ... lääkäri kans. Hoitajan kanssa me vaan jutellaan.* ” (P) Kysyessäni Jenniltä, onko kehossa sellaisia alueita, joihin ei saa koskea, hän ei osannut vastata. Hän ei osannut vastata myöskään kysymykseen, mitä kosketuksella voidaan ilmaista.

Omahoitaja kertoi koskettamisesta Jennin kanssa:

" Aika vähän ... kätellään ja näin. Meidän välillä ei oo kosketusta. Mutta sitten kun on huonossa kunnossa, aivan käpertyy tyttärensä kainaloon. Ja miehen kanssa on läheistä ja lähellä oloa. Potilaskaverit ei saa koskettaa. Sillon kun Jenni

on huonossa kunnossa, ei pysty syömään ja silleen, omaiset on hyvin tiiviisti yhdessä ja omaisten välillä on kosketusta. ” (OH)

8. 3. 1. 2. ” Hyvällä mielellä lähen hieronnasta ”

Jennin psyykkisen hyvän olon kokemus liittyi positiivisiin tunnekokemuksiin.

Jalkapohjat ovat hyvin herkkä alue, jossa on runsaasti hermopäitä, refleksialueita ja koko kehon rentoutuspisteet. Niinpä jalkapohjien käsittely voi vaikuttaa eri elimiin ja on myös syvästi rentouttava. Jennin mielestä hieronnassa oli parasta jalkapohjien hieronta. Se tuntui hyvältä. Jennin masennustila oli syvä, ja sen huomasi hänen olemuksestaan. Hän oli väsynyt ja itkuinen. Tästä huolimatta hän kuitenkin pystyi keskittymään haastatteluun hyvin.

” Jalakapohjien hieronta ... se tuntuu kaikista parhaimmalta. Se tuntuu ihan hyvältä, virkistää ... tuntuu kivalta. ” (P)

Jennin kokemukset hieronnasta tuottivat hänelle hyvän mielen, vaikka hän ei sitä kovin monisanaisesti pystynyt ilmaisemaan. Kysyessäni Jenniltä, miten hieronta oli vaikuttanut hänen hyvinvointiinsa yleensä, hän totesi:

” En mie ossaa sanoa. Hyvällä mielellä lähen hieronnasta. Jalakapohjien hieronta tuntuu mukavalta. ” (P)

Tahto tai tarpeet luovat perustan sisäiselle motivaatiolle, joka riippuu tavasta jäsentää tärkeiksi koettuja asioita elämässä. Jennin ilmaisussa tuli esille hieronnan tärkeys ja oma tahto. Kysyessäni Jenniltä, haluaako hän jatkaa hierontaa sitten, kun tämä kahden kuukauden jakso on tullut täyteen, hän vastasi:

” En ossaa sanoa. Nyt haluan käyvä ne kerrat vielä, jotka minulle kuuluu. Minähän en oo saanu kaikkia kertoja vielä. Mie en jäisi hieronnasta pois. Vastahan me on alettu. ” (P)

Kun kysyin potilaalta, oliko hieronta auttanut häntä masennuksen suhteen, hän itkuisena vastasi: *” En mie ... ei se sillä lailla oo helepottanu, vaikka hyvältä se tuntuu. ”* Jennin mielestä hieronnassa ei ole huonoja puolia: *” Mikkään ei tunnu pahalta. Ainoastaan mie en oikein rentouvu siinä, kun tuota varmasti toinen, joka ei oo tämmöstä läpikäyny ... se on varmasti jolleki hyväksi. ” (P)*

8. 3. 1. 3. ” Mukava ihminen, jutellaan ”

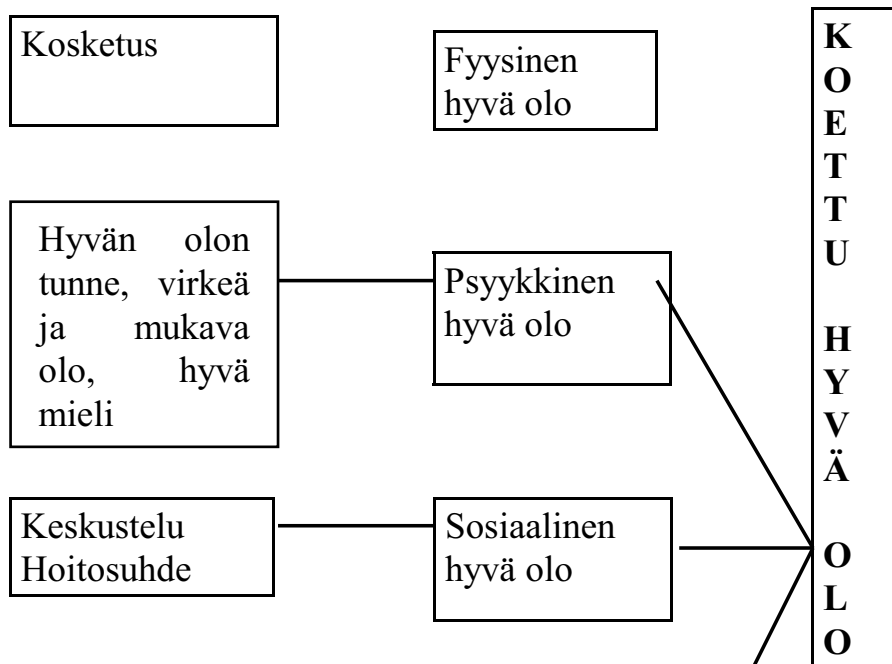
Sosiaalinen hyvä olo muodostui keskustelusta ja hoitosuhteesta.

Jennin sosiaalinen hyvä olo liittyi hyvään ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen kunto- ja omahoitajan kanssa sekä keskusteluun omahoitajan kanssa. Jenni luotti kuntohoitajaan ja kertoi, että

” Se on oikein mukava ihminen, pehmeäkätinen. Me jutellaan kaikenlaisista asioista hierojan kanssa. ” (P)

Alkutilanne hieronnassa oli huono, mikä johtui Jennin syvästä masennuksesta. Kuntohoitajan ja Jennin välit lähentyivät alkutilanteen jälkeen, ja heidän välilleen kehittyi syvä luottamus. Omahoitajan kanssa Jennillä on hyvä, luottamuksellinen ja tasa-arvoinen hoitosuhde. Jennin mielestä keskustelut omahoitajan kanssa *” ne on hoijossa kaikkein parasta ”*

Seuraava kuvio havainnollistaa Jennin kokemuksia hieronnasta



KUVIO 6. Jennin ~~kokemukset~~ hieronnasta

Yhteenveto Jennin hierontakokemuksista

Jennin fyysisen hyvän olon kokemukset liittyivät kosketukseen. Erikoisen hyvältä tuntui jalkapohjien hieronta. Hieronnan aiheuttama psyykkinen hyvä olo liittyi positiivisiin tunnekokemuksiin. Hieronta tuntui hyvältä, mukavalta ja kivalta. Se virkisti ja Jenni lähti hieronnasta hyvällä mielellä.

Sosiaalinen hyvä olo muodostui keskustelusta ja luottamuksellisesta hoitosuhteesta oma- ja kuntahoitajan kanssa.

8. 3. 2. Hieronnan merkityksiä Jennille

Oma- ja kuntahoitajan havainnointiaineiston mukaan hieronnalla oli merkityksiä potilaan kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Kuvio 7).

8. 3. 2. 1. ” Hymyä, ilmettä ja eloisuutta on tullu ”

Jennin fyysiseen toimintakykyyn merkittävät tekijät jakautuivat seuraavasti: kosketus, ilme, eloisuus, hymy, yöuni, painajaiset ja fyysiset jännitystilat.

Kuntahoitajan havaintojen mukaan vakavasta masennuksesta huolimatta Jenni oli kokenut hierontaa liittyvän kosketuksen hyvänä, tunteenilmaisu oli kuitenkin vaikeaa.

” Sillon kun Ville hiero sitä niin Jenni sano iloisesti, että sehän oli yllättävän helläkätinen mies ... kun oli pelännyt sitä. Kuitenki tuntee jotaki, vaikka ei sitä sano. On yleensä niin muistamaton, mutta sen se kyllä muisti hyvin. Siinä oli jotakin erityisen mukavaa ... ei eritelly sitä kuitenkaan ... sanoja ei niille tunteille oo. ” (KH)

Kuntahoitajan havaintojen mukaan

”Pikkuhiljaa hierontakertojen edetessä Jennin kasvoilla käy hymyä. Ilmettä ja eloisuutta on tullu. ” (KH)

Maylandin (1992, 61) mukaan kroonisen jännityksen alkulähde on emotionaalinen kokemus, joka ei ole koskaan löytänyt ilmaisuun. Terve ihminen ilmaisee tunteensa fyysisesti käsien tai puheen avulla. Mikäli lapsuudessa ei anneta mahdollisuutta vapaaseen tunteiden ilmaisuun, esimerkiksi vihan tai surun tunteen ilmaisuissa, ne kerääntyvät jännityksinä hartioihin ja niskaan. Siksi näiden alueiden hieronta on tärkeää.

Jennin fyysiset jännitystilat olivat selvästi havaittavissa hänen olemuksessaan. Rentoutumisen oppiminen oli vielä hieman vaikeaa, mutta pikkuhiljaa Jenni osasi rentouttaa osan kehostaan.

" Se on pikkuhiljaa alkanu muuttamaan ... tänä päivänä (haastattelupäivä) oli semmonen havainto, että käet oli ihan rennot. Se vaan ei oo tunnistanu jännitystään. Jalkapohjia kun mie hieroin ja Jenni siitä tykkää, jalka ojentuu ja nousee, vaikka mie kuinka sanon, että sinun ei tartte muuta kun olla vaan. Käsivarressa tunsu jonkun kipeän paikan tänä päivänä. Psyyke on niin kipsissä, että ei tunne yleensä paljo mittään. Tämä on liian lyhyt aika Jennille tämä kuusi kertaa, mutta pikkuhiljaa alkaa jännitys hävitä. " (KH)

Partisen ym. (1991, 69) mukaan painajaisunet ovat unenaikaisia pelko- ja ahdistustiloja, ja niitä esiintyy runsaammin skitsoideilla persoonallisuuksilla, rajatilahäiriöissä ja skitsofreenikoilla. Myös stressi, tietyt lääkkeet (beetasalpaajat, levodopa) ja REM - unta estävien tekijöiden poisjätö (esim. trisykliset antidepressantit, alkoholi, bentosodiatsepiinit) voivat aiheuttaa painajaisunia. Jennillä oli esiintynyt painajaisunia usein. Omaha-ajan mukaan hierontajakson aikana

*” Yöuni on tullu tasaiseksi ja on yheksän tunnin mittainen. Painajaiset ovat jääneet pois ja Jenni ottaa myös päiväunet. ”
(OH)*

8. 3. 2. 2. ” Ommaa tahtoaki ilmenee ”

Hieronnan merkitykset Jennin psyykkiseen toimintakykyyn ilmenivät seuraavasti: tarpeiden tiedostamisena, ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden helpottumisena, hyvänä olona, tunteiden ilmaisuna, keskittymiskyvyn ja muistin paranemisena, osittaisena rentoutuneisuutena, omana tahtona ja kivun tunnistamisena.

Kuntohoitajan havainnon mukaan hieronta oli Jennille tärkeää. Psyykkisten voimavarojen heräämisestä kertoo se, että Jennin alkoi tiedostaa tarpeensa ja halusi pitää oikeuksistaan ja sopimuksistaan kiinni. Potilaan psyykkinen tilanne oli epävakaa.

” Jalkapohjien hieronta on selvästi hyvä ja mukava asia. Näkkee kuitenkin, että se on hänelle tärkeä tämä hieronta. Tämä hieronta on ainoa asia missä hänen ei tarvitse skarpata ... olla vaan. Ei aina tartte ajatella muita. Orientoituu kuitenkin siihen, ommaa tahtoaki ilmenee. Niinku sekin kun sano niin napakasti, että haluaa jatkaa hierontaa, että se kuuluu hänelle ... ne kaheksan kertaa, että hän ei oo saanu vielä kaheksaa kertaa, kun sanon, että jos ei oo hyötyä ja on vaikea tulla ... napakasti kyllä sano, että on ainakin vielä kaksi kertaa jäljellä. Hierontajakson aikana tilanteet ovat vaihelleet välillä on pirteä, joskus hyvin itkuinen. ” (KH)

Haastateltavien mukaan Jennin psyykkinen paha olo alkoi hie-
man korjaantua.

” Jenni oli hyvin masentunut tullessaan ensimmäisen kerran hierontaan. Ei halunnut yhtään mitään, mistään ei ole hyötyä. Kaikki oli umpikujassa. Ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta ilmeni ensimmäisillä kerroilla. Hierontatilanteen tullessa tummaksi hän rohkeentuu ja reipastuu. ” (KH)

” Jenni on ulkopuolisesti rauhallisen oloinen. Ahdistuneisuus ja tuskatilat ovat pikkuhiljaa helpottuneet. Alkuvaiheessa potilaalla oli aggressioita itseä kohtaan. Tilanne tältä osin on helpottunut. ” (OH)

Pientä edistymistä oli havaittavissa myös Jennin tunteenilmaisussa.

” Jenni sanoo, että se tuntuu mukavalta. Mielellään lähtee hierontaan. Hänen on yleensä aika vaikea sanoa miltä hänestä tuntuu. Ei osaa puhua tunteistaan kovin hyvin. Ja sanoo, että hieronta tuntuu hyvältä, että on mukava kun on järjestetty tämmösti. ” (OH)

Potilaalla oli ollut syvän masennuksen takia muistamattomuutta, keskittymiskyvyn puutetta, levottomuutta ja itkuisuutta. Kuntohoitajan mukaan kuuden hierontakerran jälkeen

” Muisti näyttää nyt pikkuhiljaa palautuneen. Keskittymiskyky on parantunut hyvin. Muisti pätkee jonkun verran, mutta ensimmäisten kertojen jälkeen se on parantunut huomattavasti. Yhden kerran Jenni oli hieroja-opiskelijan hierottavana. Sen muisti kertoa ja piti sitä miellyttävänä kokemuksena. Opiskelija oli mies ja Jennin mielestä hieronta oli joka tapauksessa miellyttävä, sopiva ja rentouttava. Alkutilanteessa potilas oli hyvin

jännittynyt eikä itse huomannut milloin rentoutui. Nyt potilas osaa rentouttaa käsiään ja jalkojaan kun sanon hänelle siitä. ” (KH)

Hieronnan edetessä Jennin käyttäytymisessä oli alkanut näkyä muutoksia, jotka saattoivat johtua sekä hieronnasta että samana päivänä hieronnan kanssa olevasta keskusteluterapiasta omahoitajan kanssa.

Omahoitajan havaintojen mukaan hierontajakson aikana

” Potilaan käyttäytymisessä on tapahtunut muutosta. Minusta se on prosessi paranemiseen... on itensä kanssa edistynyt, psyykkiset oireetkin vähenee. Ei ainakaan mitään negatiivista sillä hieronnalla ole ollut. ” (OH)

Alkutilanteeseen verrattuna Jennin käyttäytymisessä oli myös kuntohoitajan havaintojen mukaan tapahtunut muutosta. Hierontakertoja oli ollut kuusi, ja se oli kuntohoitajan mielestä liian vähän Jennin kohdalla. Hieronta ei ollut myöskään yhtäjaksoista, vaan siinä oli ollut katkoksia, jotka johtuivat Jennin huonokuntoisuudesta. Kuntohoitajan mukaan Jennin käyttäytymisessä oli kuitenkin havaittavissa seuraavanlaisia muutoksia:

” Kyllä se on ollu havaittavissa tuo, että tunnetta tulee, se vaan vaatii pitemmän ajan. Masentuneella kun kaikki asiat mennee hittaammin perille, niin eihän se hieronnan viestikään voi mennä heti perille. Nyt tilanne hänen kohallaan on semmoinen, että sanoja on vielä vähän. Jalkapohjien hieronta on Jennin mielestä kaikkein rentouttavin. Hieronnan ajan olemme enimmäkseen hiljaa. Hän kuitenkin ilmaisee hyvin jämerästi haluavansa kaikki kahdeksan hierontakertaa. Jenni myös tunnistaa kivun, sanoo sen ääneen ja ihmetteli, että onko hänellä

kipeitä paikkoja. Hieronnan jälkeen potilas on raukea ja uninen. Itse sanoo olevansa pirteä, mutta haukottelee tiheään ja pyytää kahvia. ” (KH)

8. 3. 2. 3. ” Tullee semmonen vilkastuminen loppua kohen ”

Hieronnan merkitys Jennin sosiaaliselle toimintakyvyille oli hoitosuhde.

Kuntohoitajan ja Jennin välillä oli luottamuksellinen hoitosuhde. Potilas ei aloittanut keskustelua kuntohoitajan kanssa, mutta vastasi kysyttäessä. Jenni luotti kuntohoitajaan ja sanoi, että

” Se on oikein mukava ihminen, me jutellaan kaikenlaisista asioista hierojan kanssa. ” (P)

” Hieronnan aikana Jenni on enimmäkseen hiljaa. Hän ei puhu juuri mitään oma-aloitteisesti. Kun kyselen niin vastaa, mutta tuntuu, että nyt puhuu pikkusen enemmän kun sillon alussa. Mie annan hänen olla rauhassa jos haluaa. Siinä tulee semmonen vilkastuminen loppua kohen. Ja Jenni väittää, että häntä ei väsytä eikä muista sitä rentoutumista, mutta kyllähän se hirviästi raukasee. Kahvia kyllä kysyy kun hieronta on loppunut. ” (KH)

Jennin syvä masennus ilmeni alkuun oma-aloitteisuuden ja aktiivisuuden puutteena. Mikään ei kiinnostanut. Hierontaan oli vaikea lähteä. Hän koki sen jonkinlaisena pakkona, omaa halua siihen ei ollut. Pientä virkistymistä Jennin sosiaalisessa toimintakyvyssä oli havaittavissa.

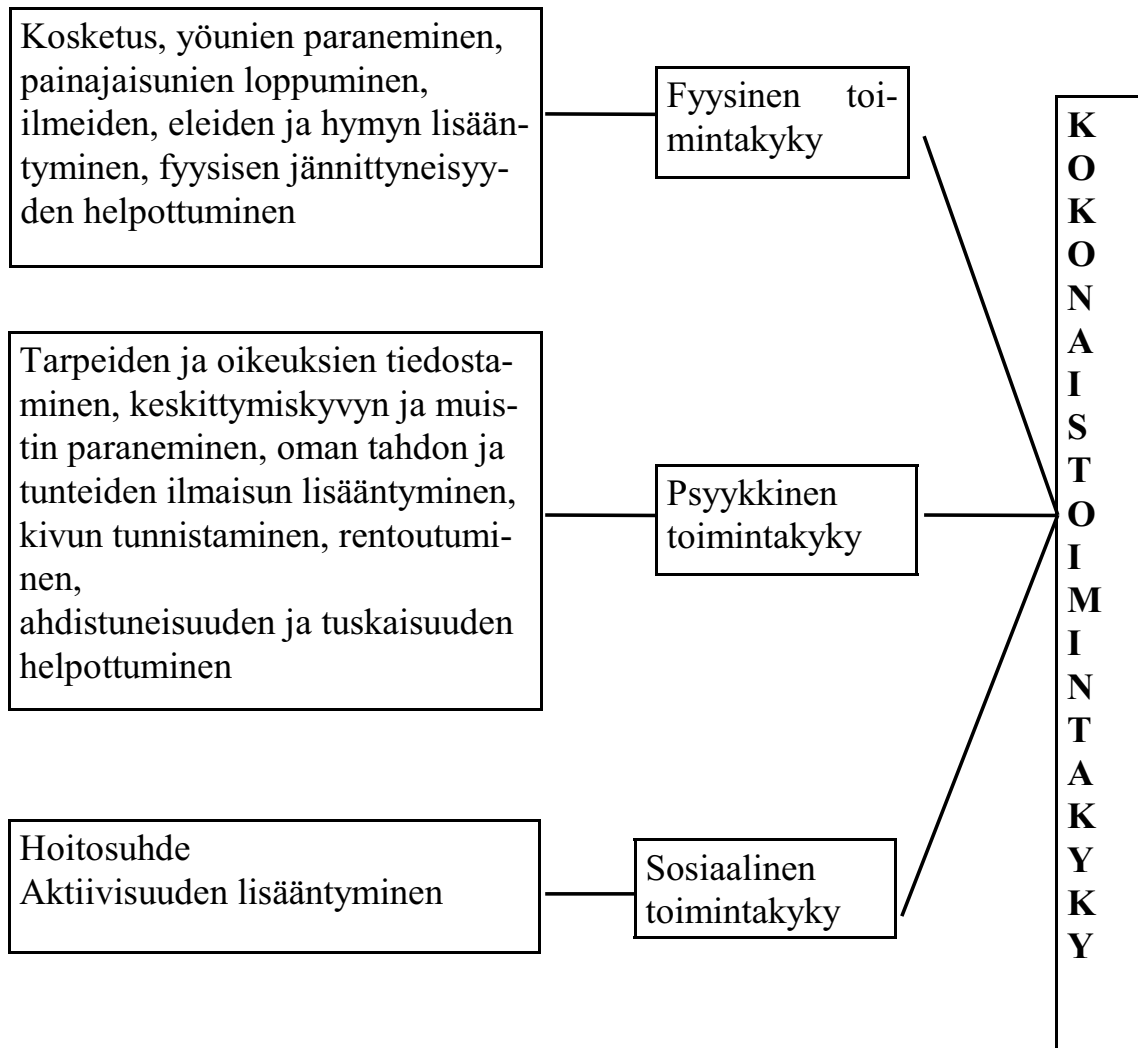
” Aluksi Jenni ei halunnutkaan tähän. Hän ei halunnut itse tulla hierontaan, mutta Jennin tyttö halusi, että kokeillaan. Hän tuli kuin robotti kun Liisa käski. Mies toi ja vei. Ajattelin, että hän ei tästä hyödy. Se oli vähän semmosta hankalaa. Ensimmäisellä kerralla oli pyytännyt, että ei lähetä. Toisella hierontakerralla ei sanonut mitään, suunnitteli jo käsitöiden aloittamista. ” (KH)

” Alkutilanne hieronnassa oli se, että Jenni kyseli, pittääkö minun mennä. Nyt käy mielellään hieronnassa. ” (OH)

Kuntohoitaja jutteli potilaiden kanssa hieronnan aikana tai antoi heidän olla hiljaa. Jenni ja kuntohoitaja keskustelivat masennuksesta.

” Hän ei ymmärrä sitä masennustaan, mitä se on ... se ei mene perille. Hän on sitä mieltä, että hänestä ei tule mitään. ” (KH)

Kuvio 7 havainnollistaa hieronnan merkityksiä Jennille.



KUVIO 7. Hieronnan merkityksiä Jennille

Yhteenveto hieronnan merkityksistä Jennille

Hieronnan merkitykset Jennin fyysiseen toimintakykyyn tulivat esille fyysisten jännitystilojen helpottumisena, joka ilmeni parantuneena ja tasaisempana unirytmienä sekä painajaisunien loppumisena. Olemukseen tuli ilmettä, eloisuutta, reippautta ja hymyä.

Merkitykset psyykkiseen toimintakykyyn näkyivät psyykkisten voimavarojen osittaisessa käytössä: Jennin muistin ja keskittymiskyvyn paranemista oli havaittavissa. Jenni oppi vähitellen rentoutumaan, ilmaisemaan tunteitaan ja tunnistamaan kivun. Myös psyykinen oireilu väheni. Omien tarpeiden tiedostaminen tuli esille siinä, että hän ei halunnut keskeyttää hierontaa, vaan halusi saada ne hierontakerrat, jotka hänelle kuuluivat. Hieronnan merkitykset sosiaaliseen toimintakykyyn tulivat esille lisääntyneenä aktiivisuutena, luottamuksellisuutena hoitosuhteessa sekä kiinnostuksen heräämisestä käsitöiden tekemiseen.

Jennin kokemukset hieronnasta ja hoitohenkilöstön havainnot hieronnan merkityksistä potilaan kokonaistoimintakykyyn olivat osittain samansuuntaisia. Potilaan kokemus hieronnasta oli positiivinen, ja saman saattoi havaita hänen käyttäytymisestään. Jennin kokemukset kivun tunteesta ja virkeydestä ja hoitajien havainnot tukivat myös toisiaan. Samoin oman tahdon ilmaisu, potilaan kokemuksena ja hoitohenkilöstön havainnointona, tukivat toisiaan.

Hoitohenkilöstön havainnot ja Jennin kokemukset eivät tukeneet toisiaan seuraavilta osin: Jenni ei tunnistanut uneen, painajaisiin, ahdistukseen, tuskatiloihin, levottomuuteen ja rentoutumiseen vaikuttaneita tekijöitä. Hän ei myöskään ilmaissut aktiivisuuteen, rohkeuteen, muistamiseen ja keskittymiskyvyn paranemiseenkaan vaikuttaneita tekijöitä. Hoitohenkilöstön

havaintojen mukaan potilaan käyttäytymisessä ja terveydentilassa oli kuitenkin havaittavissa edellä mainittuja muutoksia.

8. 4. Skitsofreniapotilas Riitu

Riitu on 44-vuotias eronnut kolmen lapsen äiti. Hän asuu yksin. Vanhimmat lapset asuvat muualla. Nuorin lapsista on 11-vuotias ja asuu isänsä kanssa. Riitu pelkää, että poika sairastuu samaan sairauteen kuin hän. Riitu on suorittanut kansakoulun; ammatillisen koulutuksen hän on hankkinut palvelualalta.

Sairastuminen

Riitun elämäntilanne muuttui avioeron myötä ja elämää rasittavana tekijänä on ollut myös pitkään jatkunut sairaus. Riitu on kärsinyt mielenterveysongelmista vuodesta 1970 alkaen ja ollut ajoittain sairaalahoidossa siitä lähtien eri osastoilla, esimerkiksi kuntoutus- ja kriisiosastolla. Nyt kahden viimeisen vuoden aikana Riitu on ollut 3 - 4 kertaa sairaalahoidossa, muutoin hän on pärjännyt kohtalaisen hyvin avohoidossa.

Yhden osan psykiatrisen potilaan hoidosta ja kuntoutukselta muodostaa lääkitys, jonka tehtävänä on lievittää sairauden oireita. Usein sairaalaan paluun syy on lääkityksen laiminlyöminen. Kohonnut itsetunto, oireiden lievittyminen ja avohoidossa selviytyminen aiheuttavat lääkkeiden poisjättöä. Lääkitys on erityisen tärkeää silloin, kun potilaan ympäristöltään saama tuki on vähäistä. (Lääkintöhallitus 1987, 82-83.) Edellä mainituista syistä myös Riitu on useimmiten joutunut takaisin sairaalahoitoon. Riitun diagnoosi on skitsofrenia. Itse hän sanoo, että sairastaa ” *sitä kaikkein pahinta tautia, skitsofreniaa.* ” Luon-

teeltaan Riitu on avoin, seurallinen, rauhallinen ja temperamenttinenkin. Ilmaisuisaan hän on jäykähkö.

Eri lähteiden mukaan (Achte' ym. 1990, 330; Tuori 1996, 77; Seppälä 1997, 64; Koivula, 1998, Vuorinen 2000, 240-242) skitsofrenia on vaikea-asteinen, tavallisesti nuorella iällä alkava mielisairaus, jolle on olennaista persoonallisuuden toimintojen eheän kokonaisuuden rikkoutuminen ja taipumus vetäytyä pois suhteesta toisiin ihmisiin, omaan usein harha-aistimusten sävyttämään miellemaailmaan.

Skitsofrenia saattaa antaa varoittavia merkkejä jo kauan ennen ensimmäistä vakavaa tautikohtausta, psykoosia. Koivula (1998) toteaaakin, että jos ennakoivat oireet tunnistettaisiin ajoissa, voitaisiin sairastuminen ehkä estää kokonaan. Naukkarisen (1998, 44), Vuorisen (2000, 241-242) ja Mattilan (2002, 10) mukaan skitsofrenian oireita ovat ajatusten ja puheen sekavuus, tunneilmaisujen köyhyys sekä erilaiset aisti- ja ajatusharhat. Sairastunut kuulee ääniä, puhuu mitä sattuu ja epäilee olevansa salaviihkaisen tarkkailun kohteena. Hän voi myös vetäytyä täysin omaan maailmaansa ja olla apaattinen, muistamaton sekä aloitekyvytön (Achte' ym. 1990, 330-334; Seppälä 1997, 64-65; Koivula 1998, Naukkarinen 1998, 44-45; Välimäki ym. 2000, 43.) Potilaan käyttäytymiseen voi tulla omituisia liikkeitä ja asentoja, hänellä voi esiintyä sanojen ja lauseiden toistamista tai toisten liikkeiden matkimista. Potilaan ulkoinen olemus ja käytöstavat muuttuvat, potilas ei huolehdi hygieniastaan ja hän voi käyttäytyä sopimattomasti. Potilaan tunteiden ilmaisu voi olla estynyttä tai hänen on vaikea tuntea mielihyvän tai mielihyvän tunteita. (Achte' ym.1990, Tuori 1996, Salokangas 1997, Fontaine & Fletcher 1999, Mattila 2002, 10)

Naukkarinen (1998, 47) pohtii skitsofrenian syitä ja toteaa, että skitsofrenian taustalla saattaa olla aivojen kehityshäiriö, joka todennäköisesti on monen tekijän summa. Toisaalta häiri-

öön saattavat vaikuttaa esimerkiksi raskauden aikainen virusinfektio, hapenpuute synnytyksessä (Hietala 1998) ja raskauden tai synnytyksen yhteydessä syntynyt aivotoiminnan häiriö eli eräänlainen aivovamma. Syvälahden (1998) mukaan viimeksi mainittu ei kuitenkaan välttämättä aiheuta sairastumista skitsofreniaan. Rauhalan (1988, 190) käsitys skitsofreniasta poikkeaa edellä esitetyistä. Hän ei pidä skitsofreniaa sairautena eikä tautina vaan maailmankuvan häiriönä.

Sairaalahoitoon Riitu oli joutunut sen takia, että

” Hän lopettaa omin päin lääkityksensä. Psykkinen kunto laskee ja tarttee sairaalahoitoa. Riitu on avoin ihminen. Sairaalassa ollessaan Riitun psykkinen kunto kohenee äkkiä kun lääkitys aloitetaan. Masentuneisuutta esiintyy esimerkiksi loppuvaiheessa kun potilas on itse lopettanut lääkityksensä. Itsetuhoajatuksekin on. Hän on hyvin seurallinen ja iloinen, sosiaalinen ihminen. On myös temperamenttinen. Potilastoverit tykkäävät hänestä. Kotona on elänyt ihan normaalia perhelämää. ” (OH)

Oireiden ilmeneminen

Riitu oli hyvin selvillä psykkinen sairautensa luonteesta. Hän kuvasi psykkinisiä oireitaan seuraavasti:

” Mulla on rintarangan tuska ja sitten silmissä kova tuska ... ja ahdistusta ... aika hyvin minä nukun. ” (P)

” Riitu tietää hyvin sairautensa vakavuuden ja kertoo siitä avoimesti. ” (KH)

Omahoitaja kuvaili Riitun sairauden ilmenemistä seuraavasti:

*” Hänellä esiintyy levottomuutta, ei keskity. Myös pelkoti-
loja esiintyy ja silloin alkaa värkätä lääkkeitten kanssa. Pelkoti-
lojen aikana ovet on lukossa, esteitä oven edessä. Pelkää, että
hänen asuntoonsa tulee joku. Siirtelee tavaroita eri paikkoihin.
On sitä mieltä, että auto seuraa häntä tai että sairaalasta joku
ihminen yrittää väkisin päästä hänen asuntoonsa. Riitun saira-
us ilmenee myös siten, että hän puhuu paljon, korottaa ääntän-
sä, ei kuuntele. ” (OH)*

Hoitotyön auttamismenetelmät

Riitun pääasiallisimpia auttamismenetelmiä ovat lääkehoito ja yksilöterapia. Riitulla on skolioosi ja kulumia yläselässä, jotka aiheuttavat välillä kovia kiputiloja, joihin parhaiten auttaa lääkehoito.

” Kyllä se on aika paljon ollu se lääke ... kun minulla painaa se hermo tuota selekäränkaa ... sitä ei pystytä leikkaamaan ... kyllä se on lääke. ” (P)

Riitulla oli kaksi omahoitajaa, kuten useimmilla potilailla, mikä on omahoitajasysteemiin kuuluva seikka. Toinen omahoitaja oli sairaalasta ja toinen avohoidosta, mielenterveystoimiston sosi-aalihoitaja. Omahoitajat tapaavat Riitun aina yhdessä.

Haastateltavana ollut sairaalassa oleva omahoitaja kuvasi hoitosuhdetta potilaan kanssa hyväksi, ja Riitu itse kuvasi sitä kohtalaisen hyväksi. Omahoitajan mukaan Riitu on avoin ihminen. Aluksi luottamusta hänen ja potilaan välillä ei ollut, mutta *” nyt on alkanut luottaa minuunkin, aluksi luotti Elliin enem-*

män. Kertoo jutuistaan mullekin. Ilmaisuisaan Riitu on jäykähkö. ” (OH)

Omahoitajat ja Riitu tapaavat sovittu kerran viikossa. Potilaalla ei ole puhelinta ja jos hän ei tule sovittuun tapaamiseen ” *sillon arvataan, että on jotaki häiskää. Kirjeellä lähestytään sitten. Mennään kotiin kattomaan mistä on kysymys. Se aina ennakoi sairaalareissua, jos Riitua ei kuulu tapaamisiin. Me tavataan viikottain kolomestaan. Kuunnellaan Riitua. ” (OH)*

Riitun mielestä kerran viikossa tapaaminen omahoitajien kanssa oli riittävä.

” Me on käyty enimmäkseen tuota ... tavarataloissa ja sillä lailla kiertelemässä. Ei tule sitä toimistossa oloa. Me tavataan viikottain ... jutellaan. Viikottainen tapaaminen riittää. Me ollaan aina kolomestaan. ” (P)

8. 4. 1. Riitun kokemukset hieronnasta

Analyysin perusteella Riitun pääasiallinen kokemus oli koettu hyvä olo, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon (Kuvio 8).

8. 4. 1. 1. ”Jännitys on poistunut ”

Riitun fyysisen hyvän olon tekijät muodostuivat kosketuksesta sekä kipu-, särky- ja jännitystilojen poistumisesta.

Riitulla on takanaan pitkä sairaushistoria. Sairaalassa ollessaan hän on saanut hierontaa aiemminkin lähinnä selkävai-

voihinsa. Nyt potilas on saanut hierontaa kahden kuukauden ajan, kerran viikossa, tunnin kerrallaan. Hierontaan Riitu on osallistunut säännöllisesti. Hän on saanut niska-, hartia-, selkä-, käsi-, pakara- ja jalkapohjahierontaa. Maxwell-Hudsonin (1989, 60) mukaan käsivarsien jännitystilat voivat aiheuttaa kipua ja särkyä hartioissa ja niskassa. Käsissä on runsaasti hermopäätteitä, ja käsien hieronta tekee hyvää koko keholle. Riitulla oli kokemuksia käsivarsien hieronnan tuottamasta jännitystilan helpottumisesta. Hän kuvasi kokemuksiaan hieronnasta seuraavasti:

" Hieronta on rentouttanut ... paljon löysännyt käsiä, jännitys on poistunut. Mie oon semmonen jännittäjä. Jännityksen on poistunut ... auttanut siihen tuo hieronta. Jalakapohjien hieronta tuntuu oikein hyvältä. " (P)

Riitun mukaan hieronnassa on parasta se *" kun löytää ne kipeät alueet ja oikeasta kohasta hieroo, niin se löysää niitä myhkyröitä siellä. "* Huono puoli hieronnassa hänen mielestään on se, että *" väärästä kohasta hieroo, esimerkiksi kuluman kohalta ... se vaan ärtyy siitä ja tulee kipiämmäksi. "*

Riitun kokemukset kuntohoitajan kosketuksesta olivat pääasiallisesti myönteisiä. Hänen mielestään hierojien kosketuksessa on eroja. Riitulle erojen erittelemine ei ollut vaikeaa.

" Se tuntuu hyvältä ... ei oo mitään moittimista. Kyllähän sen tietenkin tuntee ... ihmisellä on tunteet ja sillai. Kun se Ville hiero, joka oli täällä vähän aikaa ... yhen kerran hiero ... se oli helläkätisempi. Meidän hieroja on vähän semmonen tannakkätisempi. Ei liian lujaa saa hieroa. " (P)

Riitun lapsuudenkodissa ei ollut tapana koskettaa tai halata. Hän toteaa koskettamisesta seuraavaa: ” *se mitä avioliitossa on ollut ... lapsuudenkodissa ei oo kosketeltu ... tai hyvin vähän.* ”

Riitulla ei ole tapana koskettaa toisia potilaita, eikä hänellä ollut kokemusta toisen potilaan kosketuksesta. Omahoitajan ja potilaan välinen koskettaminenkin oli hyvin vähäistä: ” *kyllä me käestä joskus sanotaan päivää* ”. Myöskään tuttavien ja ystävien kesken Riitu ei ole tottunut halaamaan tai koskettamaan. Riitun mielestä kehossa ei ole sellaisia alueita, joihin esimerkiksi hieroja ei saisi koskea, paitsi ” *jos on kulumia tai tulehdus päällä ja sillai.* ”

Omahoitajan kertoman mukaan hän koskettaa Riitua:

” *Tervehin käjestä, otan olasta kiinni, jopa halataan. Riitu ottaa sen luonnollisesti.* ” (OH)

Kuntohoitajan mukaan Riitu piti kosketusta luonnollisena, eikä siinä ollut mitään vaikeaa. Psykkiseen sairauteen voi liittyä toisen ihmisen koskettamisen pelko.

” *Aivan luonnollisena Riitu pitää kosketusta. Riitu sairastaa skitsofreniaa ... ei oo minkäänlaista vaikeutta ollu kosketuksen kanssa. Riisuuntuminenkin on aivan luonnollista. Täytyy aina sanoa, että ei tarvii ottaa niin paljoa vaatteita pois. Asetuminenkin siihen pöyväälle on aivan luontevaa. Ja Riitun kohalla oli kerran mieshierojakin.* ” (KH)

8. 4. 1. 2 .” Oon tullu levollisemmaksi – jos lääkitystä vähennettäis ja hierontaa lisättäis, se ois hyvä minulle ”

Riitun psyykkinen hyvä olo muodostui positiivisista tunnekokemuksista: rentoutuneisuudesta, rauhoittumisesta, virkeydestä, levollisuudesta ja nautinnosta.

Maylandin (1992, 87) mukaan jännityksen vapautuminen avaa uusia mahdollisuuksia sekä lihaksille että tunteille. Emotionaalinen vapautuminen tuo mukanaan lisääntyneen hyvinvoinnin tunteen. Seuraava Riitun lauselmä kuvaa tätä asiaa:

” Olo on kyllä ollu rentoutunu ja virkistyny hieronnan jälkehen. Se rauhoittaa, tulee raukea olo, se tuntuu oikein hyvältä. ”(P)

Potilaan aiemmat kokemukset hieronnasta olivat fysikaalisesta hoitolaitoksesta. Siellä hieronta oli ollut enemmänkin laitteiden avulla tapahtuvaa. Se ei ollut tuottanut hyvää tulosta. Riitu oli tyytyväinen sairaalassa saamaansa hierontaan.

” Olen saanut niillä koneilla sähköhoitoa, se vaan huononi siellä, hieronta mikä on ollut täällä on paljon parempi. ” (P)

Riitu halusi nauttia hieronnasta keskittymällä siihen hyvin.

” Mie haluan nauttia siitä hieronnasta, keskityn siihen hierontaan. Mie yritän rentoutua siinä ... rentouttaa niskahartialihaksia ... etten jännittäisi. ” (P)

Riitun mielestä hieronta oli tuonut hyvänolon tunteen ja auttanut tasapainoisempaan olotilaan. Hän oli sitä mieltä, että liiallinen lääkitys aiheuttaa kyvyttömyyttä nauttia hieronnasta. Kui-

tenkin lääke on Riitulle tärkeä, ei pärjäisi ilman niitä. Psykykkisen olotilansa muutosta Riitu arvioi seuraavasti:

” Kyllä se hieronta on auttanut, mutta kyllä se lääkekin on minulle tärkeä. Mie oon tullu levollisemmaksi. Mie en tiijä onko se lääkitys vai hieronta. Lääkitystä ei oo kuitenkaan vaihettu ... sama lääkitys. Sen mie vaan sanon, että liika lääkityksestä ei oo mitään hyötyä hieronnan kanssa. Siitä ei oo mitään hyötyä, sitä on aivan tökkyrässä. Nyt on hyvä lääkitys, sopiva. Nyt kyllä pystyn nauttimaan hieronnasta. Jos lääkitystä vähennettäis ja hierontaa lisättäis, se ois hyvä minulle. Se tuntuu mukavalta tuo hieronta. ” (P)

Riitu oli sitä mieltä, että saadessaan kokovartalohierontaa hänelle ” tuli hirvittävän paha olo ” ja se hänen mukaansa johtui suuresta lääkityksestä. Riitun mielestä paras hoitomuoto pitkäaikaisen mielenterveyden häiriön hoitoon on kuitenkin lääkehoito.

” Se on hankala käsite tuo mielenterveys. Se ei oo mikään yksiselitteinen, simsalabim ... jos on vielä kroonisesti ... niin siihen ei ole mitään muuta ku se lääkehoito ... ainoa keino. Mutta kyllä se on tuo hierontaki siinä ollu hyväksi. ” (P)

Riitu oli kokenut hieronnan miellyttävänä, ja se oli helpottanut hänen psyykkistä oloaan. Hän halusi saada hierontaa vielä jatkossakin, tutkimuksen päätyttyä. Kuntohoitaja oli luvannut hänelle hierontaa vielä muutaman viikon ajan. Potilaalla ei kuitenkaan ole taloudellisista syistä mahdollisuutta käydä ” siviilissä ” hierojalla. Hän oli erittäin tyytyväinen, kun sai käydä sairaalassa hieronnassa.

8. 4. 2. 3.” Hyvin juttuun tullaan...se ymmärtää mitä mie haluan”

Riitun sosiaalinen hyvä olo muodostui hyvästä hoitosuhteesta.

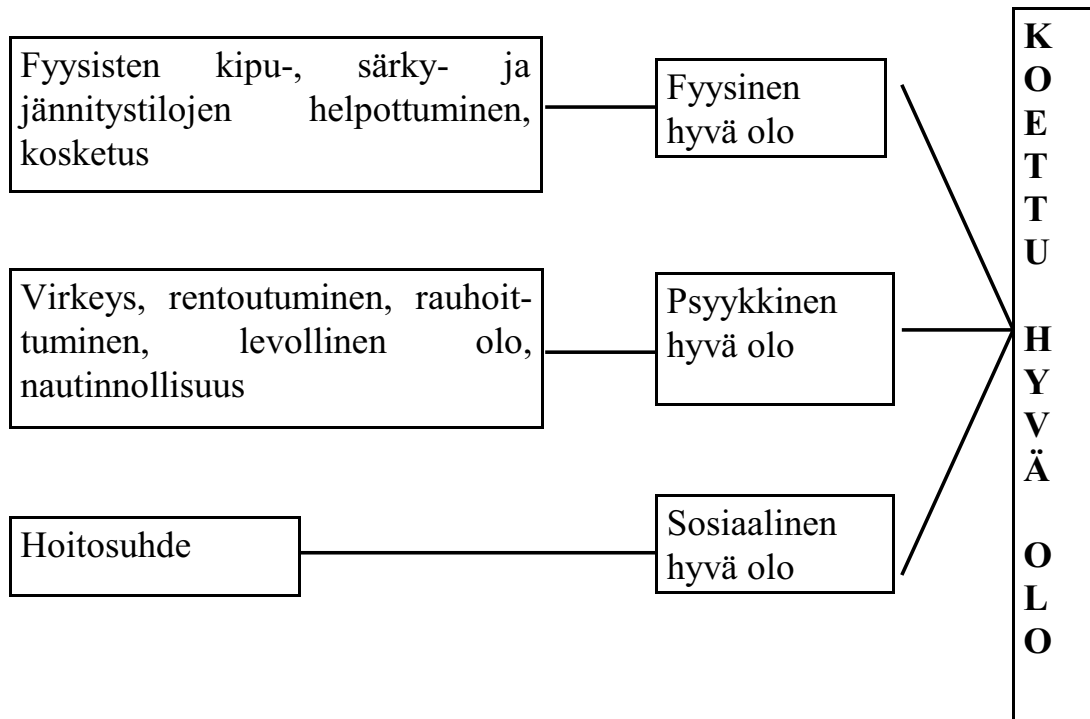
Riitun ja kuntohoitajan hoitosuhde oli hyvä ja luottamuksellinen molempien mielestä. Potilas luotti kuntohoitajaan ja piti häntä aitona, ammattitaitoisena ja inhimillisenä ihmisenä.

” Se ossaa ottaa ihmisen silleen ihmisenä, on mukava. Minä luotan siihen. ” (P)

Hieronnan aikana Riitu ei halunnut jutella, vaan halusi nauttia hieronnasta ja keskittyä siihen. Hän kyllä kuunteli mielellään kuntohoitajan puhetta, jos hän jutteli. Kuntohoitaja tiesi Riitun toiveet hierontatilanteessa ja kunnioitti niitä.

” Kyllä me hyvin juttuun tullaan ... kyllä me keskustellaan kaikenlaista. Mie haluan nauttia siitä hieronnasta ja keskittyä siihen. Mie voin kyllä kuunnella kun se juttelee ... kyllä se tietää, että mie en halua puhua siinä kun oon ... hieroja on niin mukava ... se ymmärtää mitä mie haluan. ” (P)

Seuraava kuvio havainnollistaa Riitun kokemuksia hieronnasta.



KUVIO 8. Riitun kokemukset hieronnasta

Yhteenveto Riitun hierontakokemuksista

Yhteenvetona Riitun hierontakokemuksista voidaan todeta, että hieronta tuotti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvänolon tunteen. Fyysinen hyvä olo muodostui kosketuksesta ja kipu-, särky- ja jännitystilojen helpottumisesta. Erikoisen hyvä olo tuli jalkapohjien hieronnasta. Kosketuksen Riitu koki miellyttävänä, ja että koskettamisen tavassa oli eroja kahden hierojan välillä. Kosketukseen hän suhtautui luonnollisesti, vaikka Riitun elämänkaaren eri aikoihin ei koskettaminen ole kuulunutkaan.

Psyykkisen hyvän olon kokemus tuli hieronnan aiheuttamasta rentoutuksen, rauhoituksen, levollisuuden ja virkistyneen tunteista. Hieronta poisti fyysisiä jännitystiloja, ja se tuntui myös psyykkisenä hyvän olon tunteena. Riitu koki hieronnan suurena nautintona ja halusi keskittyä siihen kokonaisvaltaisesti. Sosiaalinen hyvä olo tuli hyvästä ja luottamuksellisesta hoitosuhteesta kuntohoitajan kanssa. Riitu koki kuntohoitajan ammattitaitoisena, aitona ja inhimillisenä ihmisenä. Kuntohoitajan toiminta pohjautui potilaan tarpeisiin.

8. 4. 2. Hieronnan merkityksiä Riitulle

Kuntohoitajan haastattelu- ja havainnointiaineiston mukaan hieronnalla oli merkityksiä potilaan kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Kuvio 9).

8. 4. 2. 1. ” Lihaskireys on vähentynyt ”

Riitun fyysistä toimintakykyä lisääväksi tekijäksi muodostui jännitystilaukeaminen. Kuntohoitajan mukaan, alkutilanteeseen verrattuna, Riitun fyysisten jännitysten poistuminen oli selvästi havaittavissa.

" Riitulla on mahdottoman kipeät lihakset. Pakaralihaksetkin olivat alkuun niin kireät että. Kun se tuli sairaalaan niin se sano, että hän käveleeki ihan koukussa. Riitu iteki on sitä mieltä, että lihaskireys on vähentynyt. Hän pystyy kävelemään suorassa ja tuntee, että pakarot eivät oo niin kireät. Jännityksistä potilas on sanonu, että ne on poistunu, etenkin käsistä. Sen oon

kyllä huomannu kun hieron, ja yleensäkin se kireys on vähentynyt lihaksista. Riitulle kosketus on varmaankin tosi tärkeää. ” (KH)

8. 4. 2. 2. ” Yksi keino tutkia omaa kehoaan ”

Riitun psyykkiseen toimintakykyyn liittyivät seuraavat tekijät: kehonkuva, itsetunto ja sitoutuminen.

Hyypän (1986,107) mukaan mielenterveyden häiriöihin ruumiinkuvan häiriytyminen liittyy pikemminkin sääntönä kuin poikkeuksena, vaikka ruumiinkuvan häiriöitä voi havaita täysin terveinäkin pidetyillä ihmisillä. Haastateltavan mukaan hieronta oli ehkä lisännyt Riitun oman kehon tuntemista.

” Psyykkiseen puoleen ehkä semmonen asia, että kun Riitu tuli osastolle, niin semmonen itensä kättelemisen peilistä ... aika meni siihen. Semmonen itensä peilaaminen on vähentynyt. En tiijä sitten miten hieronta on siihen vaikuttanu. Osastolta sillon alkuun viestitettiin sitä, että jos se vähenisi ... se peilaaminen. Nyt ei kyllä oo kukkaan sanonu, että sitä olisi. Riitu on paljon yksin ja keskittyy vain itseensä. Hieronta on yksi keino tutkia omaa kehoaan muuta kautta kuin peilistä. ” (KH)

Nojonen (1990, 17-19) toteaa, että psykiatrisen pitkäaikaispotilaan yksilöllisiin reaktioihin kuuluva, kuntoutumisen kannalta merkittävä tekijä on huono itsetunto. Häntä pelottavat elämänmuutokset, ja vastuun ottaminen omasta elämästä tuntuu mahdollottomalta. Itsetuntoa voidaan kuitenkin vahvistaa onnistuneilla sosiaalisilla kokemuksilla ja toiminnalla. Riitun itsetunto vaikutti kohentuneen hierontajakson aikana. Hän halusi koulutus-

taan vastaavaa työtä palvelualalta muutaman tunnin viikossa. Hän oli myös sitoutunut hierontaan.

" Riitulle on tullu tässä hieronnan sivutuotteena kaikenlaisia ajatuksia mieleen. Esimerkiksi tämä työn kokeilemisen juttu, että voisi alkaa harrastamaan omaa ammattiaan kaupungilla tai täällä sairaalassa toimintaterapiassa, sais vähän rahhaa. Muutaman tunnin viikossa. Kun mie sanon, että se ei onnistu täällä sairaalassa, hän kyllä ymmärsi sen. Riitu on oma-aloitteinen ja sitoutunut hierontaan. " (KH)

8. 4. 2. 3. ” Voi olla hiljaa tai jutella, luottaa minnuun ”

Hieronnan merkitykset Riitun sosiaaliseen toimintakykyyn ilmenivät oma-aloitteisuuden lisääntymisenä ja luottamuksellisuutena hoitosuhteessa.

Kuntohoitajan mielestä potilas oli aktiivinen hieronnan suhteen. Hän kuvasi hoitosuhdetta potilaan kanssa helpoksi ja luottamukselliseksi. Riitun kanssa oli helppo toimia, koska sopimukset pitivät.

" On välillä puhelias, voi olla hiljaa tai jutella. Luottaa minnuun. Riitun kanssa pääsee aina sopimukseen. Joskus hän on temperamenttinen. Äskenki tuossa hieronnan aikana kirosi. Taisi olla joku kipeä paikka ... mie aivan säikähin. Riitu on yleensä rauhallinen ... semmonen mukava se on. " Riitu on aktiivinen, pitää kiinni niistä mitä on sovittu. " (KH)

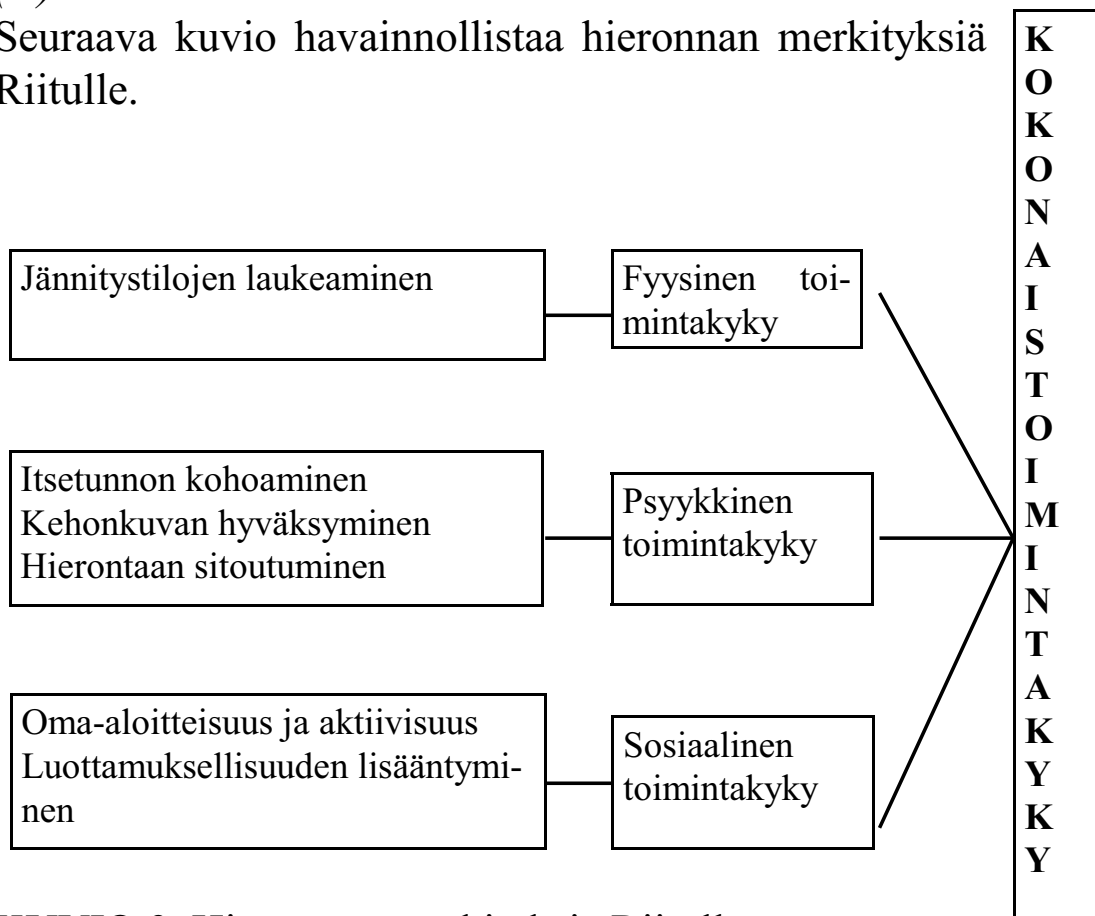
Hierontatilanteessa Riitu oli vähäpuheinen. Hän halusi keskittyä vain hierontaan ja nauttia siitä.

" Hieronnan aikana Riitu on rauhallinen, harvaksen puhuja, keskustelee kyllä, mutta tuntuu sille, että se hieronta on semmonen nautinto, että Riitu ei halua pilata sitä paljolla puhheella. " (KH)

Potilaalla oli oma-aloitteisuuta ja aktiivisuutta hoitaa kuntoaan ulkoilemalla ja lenkkeilemällä. Harrastuksiin kuului myös kotona voimistelu.

" Riitu on aina ollut kova liikkumaan ja lenkkeilemään. Oma-aloitteisesti lähtee ulkoilemaan useamman kerran päivässä. Ja harrastaa voimistelua, tekkee sitä kotona. Haluaa pittää kroppansa kunnossa. Riituhan on niin hoikka ja trimmattu. " (H)

Seuraava kuvio havainnollistaa hieronnan merkityksiä Riitulle.



KUVIO 9. Hieronnan merkityksiä Riitulle

Yhteenveto hieronnan merkityksistä Riitulle

Hieronnan merkitykset Riitun fyysiselle toimintakyvylle olivat lihaskireyden ja jännitysten poistuminen, jotka lisäsivät hänen fyysistä toimintakykyään helpottaen liikkumista. Merkitykset psyykkiseen toimintakykyyn ilmenivät rentoutuneisuuden lisääntymisenä ja kehonkuvan muutoksena. Kehonkuvan muutos tuli esille siinä, että Riitun tarve tarkastella itseään peilistä lopui. Psyykkisten voimavarojen käytöstä tuli esille se, että Riitun itsetunto vaikutti kohentuneen hänen suunnitellessaan ammatinharjoittamisen mahdollisuuksia. Sitoutuminen hierontaan näkyi aktiivisuutena ja sopimusten noudattamisena. Hieronnan merkitykset sosiaaliselle toimintakyvylle tulivat esille hierojan ja potilaan välisessä luottamuksellisessa ja hyvässä hoitosuhteessa, esimerkiksi keskustelussa. Riitun aktiivisuus ja omaaloitteisuus ilmenivät kiinnostuneisuutena liikuntaan ja kotona voimisteluun.

Verrattaessa potilaan kokemuksia ja kuntohoitajan havaintoja voidaan todeta, että ne tukevat toisiaan suurimmaksi osaksi. Potilaan ilmaisuissa ei tullut esille itsetuntoon eikä kehonkuvaan liittyviä asioita, joita kuntohoitaja oli havainnoinut. Omahoitajan havaintojen mukaan hieronnalla ei ole ollut Riitulle minkäänlaisia merkityksiä. Hän kertoi, että Riitu kyllä tykkää hieronnasta ja sanoo, että se tuntuu hyvältä, mutta hieronnan ei voi sanoa lisänneen potilaan fyysistä tai psyykkistä toimintakykyä. Tämä omahoitajan havainto poikkeaa kuntohoitajan potilaasta tekemistä havainnoista ja potilaan kokemuksista.

8. 5. Paranoidista skitsofreniaa sairastava Veera

Veera on 45-vuotias neiti, joka asuu yksin. Hän kirjoitti ylioppilaaksi 1970-luvun alkupuolella ja sai ylioppilastutkinnossa hyvät arvosanat. Veera aloitti yliopisto-opinnot, jotka kuitenkin keskeytyivät sairauden vuoksi. Ammatillista koulutusta hänellä ei ole.

Sairastuminen

Veeran sairaus puhkesi noin 20 vuotta sitten yliopistopiskelujen alkuvaiheessa. Hänen elämätilanteensa muuttui täysin, ja ammatin hankkiminen tyrehtyi toistuviin sairaalahoitojaksoihin. Veeran sairauden oireilu alkoi unettomuutena. Hänen psyykinen terveydentilansa alkoi vähitellen laskea ja sairauden oireita alkoi esiintyä yhä enemmän. Vuorokausirytmä muuttui niin, että Veera valvoi yöt ja nukkui päivät. Tästä aiheutui häiriöitä ja vaikeuksia muun perheen elämään. Ajatukset kiersivät samaa rataa, hän ei välittänyt eikä jaksanut huolehtia omasta eikä ympäristönsä siisteydestä. Masentuneisuus paheni, ja Veera vetäytyi omiin oloihinsa kotiin. Hän tarvitsi ohjausta pukeutumisen ja hygienian suhteen. Hänellä alkoi esiintyä levottomuutta, tuskaisuutta, ahdistuneisuutta ja pelokkuutta. Kotona ei enää pystytty huolehtimaan Veerasta ja hän joutui sairaalahoitoon. Psykiatrisessa sairaalahoidossa hän oli lyhyitä jaksoja kahden vuoden ajan. Tuolloin hänen sairautensa diagnosoitiin skitsofreniaksi. Veeran sairaus kroonistui melko nopeasti, ja hän on tarvinnut sairaalahoitoa 1970-luvun loppupuolelta lähtien. Diagnoosi täsmentyi myöhemmin skitsofrenian paranoidiseksi muodoksi. Veeran suvussa esiintyy myös skitsofreniaa. Syvälahden (1998) mukaan skitsofreniaan liittyy tietty

perinnöllinen alttius. Veeran on vaikea luottaa ihmisiin eikä hän pidä siitä, että hänelle asetetaan rajoituksia. Veera on älykäs, vapautta rakastava, mukava ihminen.

Skitsofrenian paranoidinen muoto (Ojanen & Sariola 1986, Achte' ym. 1990) alkaa yleensä nuorena, mutta voi alkaa vielä keski-ikäisenäkin. Tautiluokituksen mukaan sairastumisen rajana on 45 vuoden ikä. Achte'n ym. (1990, 360-361) mukaan skitsofrenia voi alkaa äkillisesti tai kehittyä hitaasti, asteittain. Hitaasti, asteittain alkavaa skitsofreniaa edeltää esivaihe, preskitsofreeninen vaihe, joka on usein vuoden tai parin pituinen. Tämä on tyypillistä etenkin nuorille, 20 ikävuoden molemmin puolin oleville, hebefreeniseen tai paranoidiseen skitsofreniaan sairastuville henkilöille.

Paranoidisessa skitsofrenian muodossa sairaudenkuvaa hallitsevat vainoamis- tai suuruusharhaluulot, eräissä tapauksissa mustasukkaisuusharhaluulot. Harhaluuloihin liittyy myös harha-aistimuksia, tavallisimmin kuuloharhoja. Potilaalla voi esiintyä myös haju- ja makuelämyksiä sekä erilaiset tunto- ja vaikutuselämykset ovat tavallisia. (Ojanen & Sariola 1986, 14; Achte' ym. 1990, 360-361; Naukkarinen 1998, 44-46.) Joillakin potilailla saattaa esiintyä aggressiivisuutta, ja seksuaalielämään liittyvät ongelmat ovat tavallisia. Potilaiden älykkyystaso on keskimääräistä korkeampi kuin muissa skitsofrenian muodoissa, ja heidän sosiaalinen selviytymisensä on saattanut olla hyvä. Jotkut paranoidista skitsofreniaa sairastavat potilaat saattavat olla vihamielisen epäluuloisia, jotkut vaarallisiakin. Potilaiden joukossa on kuitenkin myös sellaisia, joihin ei ole vaikeata saada kontaktia. (Achte' ym. 1990, 360-361.)

Oireiden ilmeneminen

Sairaalassa ollessaan Veeralla on esiintynyt monitahoisia oireita. Hän kiihtyy helposti, puhuu vuolaasti, syyttää toisia ja on aggressiivinen. Häneltä puuttuu sairaudentunto, minkä vuoksi esiintyy lääkevastaisuutta ja hoitomyönteisyys on kohtalaisen huono. Hän ei huolehdi itsestään, ja hänellä esiintyy paranoidisia ajatuskulkuja. Veera on myös sairaalassa ollessaan karkailut osastolta, uhkaillut toisia potilaita ja varastellut lääkkeitä.

Veeran hoitajaksot sairaalassa ovat vaihdelleet muutamasta viikosta kuukausiin. Avohoidossa hän selviää jonkun aikaa, mutta palaa aina takaisin sairaalaan. Avohoito on ollut epäsäännöllistä, ja ajoittain hän on käynyt myös yksityisellä psykiatrilla. " Siviilissä " Veera joutuu hankaluuksiin ihmisten kanssa, käyttäytyy epäsosiaalisesti ja itsestä huolehtiminen on olematonta. Lääkitys on epäsäännöllistä, levottomuus, tuskaisuus ja ahdistuneisuus lisääntyvät, jolloin sairaalahoito on välttämätöntä.

Veera itse kuvasi oireitaan seuraavasti:

" Minä olen hyvin rauhaton, levoton, tuskainen ja kärsin unettomuudesta ja olen myöskin masentunut ja eristäytyvä. Jo lapsesta asti minulla on ollut jännitystiloja, pelkotiloja, ahdistusta, neuroosia. Osastolle minut otettiin siksi kun minulla oli kovasti tuskaisuutta, ahdistusta, en nukkunut ja epäsosiaalista käytöstäkin oli. Minä varastelin kaupoista kaikenlaisia pikkutavaroita. " (P)

Veera kertoi tulevansa sairaalaan *" aina vähän ajan päästä kun siviilissä alkaa tulla huono olo. "*

Haastatteluun osallistunut hoitaja kuvasi Veeraa seuraavasti:

” Veera on hyvin älykäs ihminen. Aikoinaan koulumenestyskin on käsittäkseni ollut hirmu hyvä. Oon ollu joissakin työryhmissä mukana missä Veeran asioita on käsitelty, vaikka en omahoitaja oookkaan. Veera on semmonen vapaa-ajattelija. Arvostaa kaikkea vapautta ja sitä, että ite saa päättää asioista. Varmasti inhoaa kaikkia näitä sääntöjä ja rajoja. Sillon kun Veeraa joutuu kieltämään, asettamaan rajoja ... näkkee, että hän ei tykkää siitä. Toisaalta Veera hakkee niitä rajoja ja tuntee turvalliseksi sellaset henkilöt, jotka niitä asettavat. ” (OH)

Hoitaja kuvasi potilaan käyttäytymistä osastolla näin:

” Kyllä Veera aivan sosiaalisesti pystyy toimimaan ryhmässä, mutta kuitenkin joissakin asioissa tekkee justiin niinku ite haluaa, siitä huolimatta mitä muut sanoo. Toisten potilaiden kanssa tulee juttuun. Minusta tuntuu, että hoitajiin on aika semmonen ... sanosko stabiili suhtautuminen, tasanen suhtautuminen. Varmasti ei oo niin hirveästi hyviä ja huonoja hoitajia. ” (OH)

Veeran mielenterveysongelmat tulevat esille siten, että

” No se näkyy potilaan esimerkiksi semmosena ... kun lomilla käypi, niin semmosena epäsosiaalisena käyttäytymisenä. Ei välttämättä tule toimeen vanhempiansa kanssa tai asuin-kumppaninsa kanssa. Tai jossakin kaupassa saattaa tehdä jotakin pöljyyksiä, jotka kuitenkin ite tajuaa, että tämä on väärin, näin ei saa tehdä, ja kuitenkin tekkee. ” (OH)

Potilaan oireilu ilmenee kärsimättömyytenä ja hermostuneisuutena. Hän ei myöskään noudata yhteisesti sovittuja sääntöjä.

” Lupaa olla polttamatta, mutta polttaa kuitenkin. Veera haluaisi sairaalasta pois. Hänelle on pitkään etsitty asuntopaikkaa. Paikan saannin pitkittyessä hän hermostuu ja tulee kärsimättömäksi, joka on täysin ymmärrettävää. Veeralle on hyvin tärkeää, että hän pääsisi elämään omaa elämäänsä. ”
(OH)

Hoitotyön auttamismenetelmät

Veeran auttamismenetelmiä ovat lääkehoito ja keskustelut omahoitajan kanssa. Sairautensa kannalta Veera piti lääkehoitoa keskeisenä tekijänä.

” Lääkehoito on minulle välttämätöntä, ilman sitä minä en pärjää. Lääkehoidon ansiosta minä olen päässyt niin korkealle, että voin mennä hierontaankin. Minun sairaudessa lääkehoito on tärkeä, mutta hieronta on kyllä auttanu monessa asiassa. ”
(P)

Hoitajan mukaan lääkkeet ovat olleet Veeralle yksi ongelma

” Pamilääkkeitä, opamokseja, exatoleja ja tämmösiä, maistuneet aika hyvin. Se on ollu iso pino. Uskosin, että kaikki muu toiminta, jos ajattelee tätä hierontaa ... on niinku jotaki korvaavaa lääkkeitten tilalle. ” (OH)

8. 5. 1. Veeran kokemukset hieronnasta

Analyysin perusteella Veeran pääasiallinen kokemus oli koettu hyvä olo, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon (Kuvio 10).

8. 5. 1. 1. ” Kosketus tuntuu oikein hyvältä ”

Veeran fyysinen hyvä olo muodostui kosketuksesta ja fyysisen jännityksen poistumisesta.

Potilas ei ollut saanut hierontaa koskaan aiemmin mihinkään vaivaan. Nyt hän oli osallistunut säännöllisesti sairaalan kuntohoitajan antamaan hierontaan kahden kuukauden ajan, tunnin kerrallaan.

Veera kertoi, että hän oli saanut

” Oikeastaan kokovartalohierontaa. Pää ja jalatkin on hierottu, niskaa ja hartioita. Se on ollu niin, että mitä minä oon halunnu hierottavan, niin hieroja on sitä sitten hieronut. Kasvotkin on hierottu. Ja kädetkin se hieroo, molemmat kädet. ”
(P)

Veeran mielestä kosketuksen tapa ilmaisee hierojan tunnetilan, ja kosketuksen avulla voidaan ilmaista esimerkiksi toisesta ihmisestä välittämistä. Hierontakertojen lisääntyessä Veera tottui kuntohoitajan kosketukseen. Alkuun siinä oli hieman vaikeuksia, myöhemmin kosketus tuntui hyvältä.

” Sillä on merkitystä hieronnassa, että miten se koskettaa ja hieroo. Jos hieroja on kiukkunen, kyllä se tuntuu varmaankin. Sairaalan hieroja ei oo kiukkunen. Kosketuksella kerrotaan

toiselle ihmiselle ainakin sitä, välittääkö toisesta. Se hierojan kosketus tuntuu oikein hyvältä. Minä aina sanonki hierojalle, että sinä teet hyvää ihmisille. Alkuun oli semmosta, että en antanu koskea hartioihin kun ne olivat niin kipeät, mutta nyt jo saa koskea. Ja Tiina on helläkätinen. ” (P)

Hierontajakson alussa Veera kertoi jännittäneensä kovasti, mutta hieronnan avulla hän pääsi jännityksestä.

” Alkuun minä jännitin aivan kauhiasti, että kuuluuko se kun minä nieläsen tyhjää. Ne kaksi ekaa hierontakertaa meni vähän pieleen sen takia. Nyt en enää jännitä. Se jännitys on poistunut hieronnan ansiosta. Siinä on tapahtunut muutosta. ” (P)

Hoitohenkilöstön kosketuksen Veera hyväksyi silloin, kun se liittyi hoitamiseen. Hieronnan hyviä ja huonoja puolia Veera kuvaili seuraavasti:

” Parasta siinä on se kosketus ja hierominen. Hieroja ja hoitaja saa koskea silloin kun se on tarpeen hoitamisen kannalta. Alkuun en antanu koskea hartioihin enkä oikeastaan jalkoihinkaan. Minä kun oon niin lihava. Häpesin jalkoja, mutta nyt saa koskea niihinkin. Ei minusta hieronnassa oo mitään huonoja puolia. ”(P)

8. 5. 1. 2. ” Mieliala on ollut virkeämpi...minulle avautuu aina se kesämökin maisema ”

Veeran kokemukset psyykkisestä hyvästä olosta muodostuivat seuraavista tekijöistä: hyvän olon ja turvallisuuden tunteesta,

mielialan kohoamisesta, rentoutuneisuudesta, psyykkisten jännitystilojen vähenemisestä, levollisuudesta ja oman seksuaalisuutensa ymmärtämisestä.

Veeran kokemukset hieronnasta, alkujännityksen jälkeen, olivat vain positiivisia. Hänen mielestään hieronta on hyvä hoitomuoto. Koskettaminen tuo turvallisuuden tunteen ja halaaminen tuntuu mukavalta. Veera kuvasi kokemuksiaan hieronnasta seuraavasti:

” Hieronta on tuonut minulle hyvän olon tunnetta. Olen kokenut sen erittäin hyvänä hoitomuotona. Se hierontatilanne on niin intiimi, se kosketus. ”

” Kyllä minä halaan toisia potilaita. Esimerkiksi kun on levoton olo, toiselta saa turvallisuutta kun koskettaa. Omahoitajan kosketus ... se on mukava tunne. Ystävien ja tuttavienkin kanssa me kyllä halataan ... ja sekin on mukavaa. Hierojankin kanssa me halataan. Minä oon kova halaamaan. ”(P)

Maxwell- Hudsonin (1989, 51) mukaan päänahkaan voi kertyä yllättävän paljon jännitystä. Kasvoissa on runsaasti hermopäätteitä, ja siksi kasvo- ja päänahanhieronnalla voi olla voimakas vaikutus kaikkialle ruumiiseen: sillä voi muuttaa mielialan, edistää rentoutumista ja hallita kipua. Veeran mielestä hieronta oli helpottanut monella tavalla hänen psyykkistä pahaa oloaan. Erityisen hyvältä tuntui pään hieronta. Tätä hierontakokemustaan hän kuvasi seuraavasti:

” Mieliala on ollut virkeämpi. Se on rentouttanut. Hieronta on kyllä auttanut. Niin kun jo aikasemmin sanoinkin, ehkä eniten se on poistanut jännitystä. Kun päästä hieroo niin valot syttyvät, aurinko paistaa, tuntuu kuin olisin saunonut. Minulla tulee aina mieleen lapsuusajan kesämökki kun oon hierottava-

na. Kun Tiina hieroo päätä, niin minulle avautuu aina se kesämökin maisema ... silloin olin terve. Se maisema on semmonen, että se järvi on aivan tyyni ja aurinko paistaa. Ja minä istun laiturilla ja minulla on mahottoman levollinen ja hyvä olo. ” (P)

Mayland (1992, 93) toteaa, että emotionaalinen vapautuminen hieronnan aikana tuo useimmille asiakkaille välitöntä tietoa heistä itsestään. Tämä seikka tuli esille Veeran ajatuksissa omasta seksuaalisuudestaan.

” Oon tässä nyt huomannut sen, että minä en oookkaan lesbo. Yhteen aikaan pelkäsin, että oon. Minä oon 45-vuotias enkä ole ollut miehen kanssa sukupuoli-suhteessa. Kyllä minulla on ollut miesystäviä, mutta koskaan en oo halunnut seksiä. Ajattelin, että jos minä oonkin lesbo. Nyt hieronnan aikana on selvinnyt, että en minä ole. ” (P)

Hieronnan vaikutusta kokonaisuudessaan oman mielenterveytensä osalta Veera kuvasi seuraavasti:

” Minulle hieronta on niin tärkeä, että toivottavasti hieroja ei nyt potkase pellolle kun tämä tutkimus loppuu. Se on rentouttanut, virkistänyt ja poistanu jännitystä. Hyvän olon tunteita se on tuonut. ” (P)

8. 5. 1. 3 ” Tämä on ollut tärkeä tämä suhde hierojaan ”

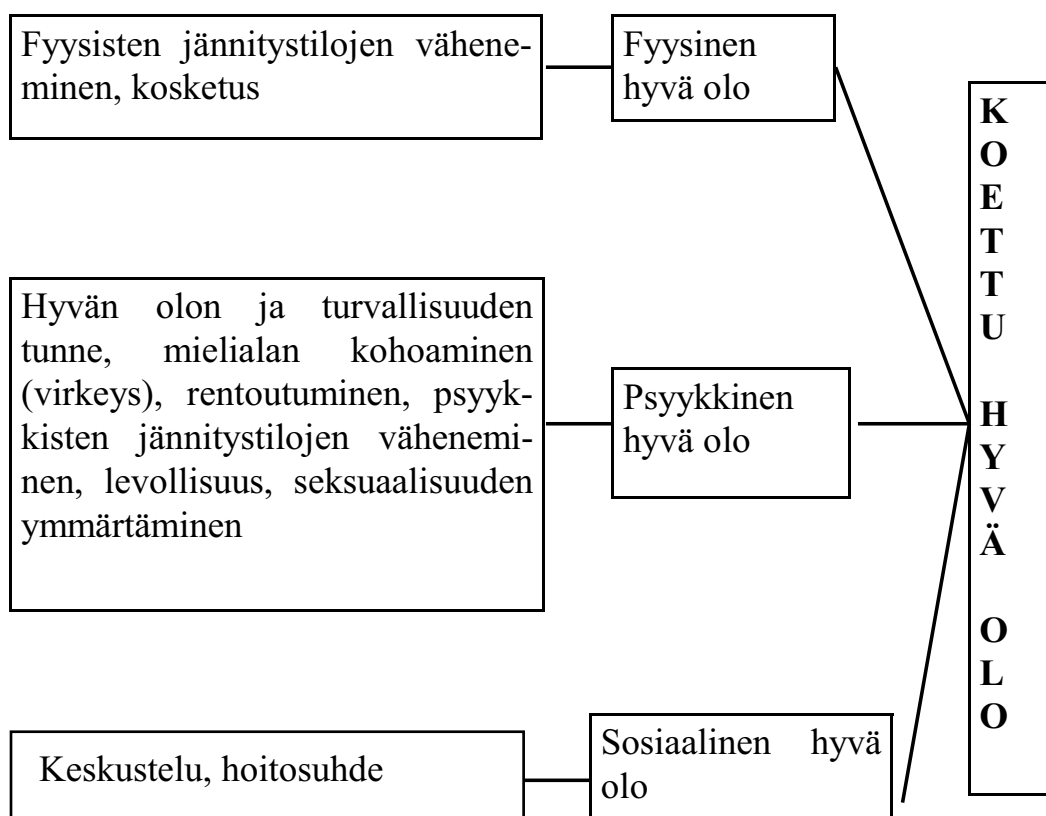
Veeran sosiaalinen hyvä olo muodostui keskustelusta ja hoitosuhteesta.

Veeran ja kuntohoitajan hoitosuhde kehittyi hyväksi, kunnioittavaksi ja luottamukselliseksi alkuvaikeuksien jälkeen. Hoitosuhde oli Veeralle tärkeä.

” Alkuun jännitin, mutta nyt oon oppinut tykkäämään. Se on niin mukava nainen. Luotan hierojaan. Olen kyllä aika paljon yksin viihtyvä, mutta tämä on ollut tärkeä tämä suhde hierojaan. Hän on niin ystävällinen ja mukava nainen. Minä en oo niin kovin sosiaalinen. Minun pitäs tulla joka alueella sosiaalisemmaksi. ” (P)

Veeran suhde sekä oma- että kuntohoitajaan oli luottamuksellinen ja hyvä. Veera totesikin, että *” se hoitaja on aina valmis auttamaan kun tarvii. ”*

Seuraava kuvio havainnollistaa Veeran kokemuksia hieronnasta.



KUVIO 10. Veeran kokemukset hieronnasta

Yhteenveto Veeran hierontakokemuksista

Yhteenvetona Veeran hierontakokemuksista voidaan todeta, että potilas oli kokenut hieronnan sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti hyvänä olona. Fyysinen hyvä olo muodostui kosketuksesta ja jännitystilojen helpottumisesta. Psyykkinen hyvä olo koostui jännitystilojen vähenemisestä ja mielialan kohoamisesta. Hieronta rentoutti toi levollisen, turvallisen ja hyvän olon. Veera oppi ymmärtämään myös omaa seksuaalisuuttaan. Sosiaalinen hyvä olo muodostui keskustelusta sekä hyvästä ja potilaalle merkityksellisestä hoitosuhteesta kuntahoitajan

kanssa. Hoitosuhteeseen liittyi avoimuus ja luottamuksellisuus. Veera pohti keskusteluissaan omaa seksuaalisuuttaan ja kertoi intiimeistä asioista kuntahoitajalle.

8. 5. 2. Hieronnan merkityksiä Veeralle

Oma- ja kuntahoitajan haastattelu- ja havainnointiaineiston mukaisesti hieronnalla oli merkityksiä potilaan kokonaistoimintakykyyn, joka käsitti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Kuvio 11).

8. 5. 2. 1. ” Näkkee, että on huolehtinut hygieniastaan ”

Hieronnan merkitykset Veeran fyysiseen toimintakykyyn ilmenivät kiputilojen helpottumisena ja hygieniasta huolehtimisena.

Kuntahoitajan kertoman mukaan Veera tuli hierontaan hoitajien ehdotuksesta, koska hän oli valittanut niskojaan. Lääkäri oli määrännyt fysioterapiaan, mutta ” *Veeralla ei oo rahhaa.* ” Potilas oli saanut vaihtelevasti hierontaa eri alueille. Hieronnan ansiosta Veeran fyysinen kipu oli jonkin verran helpottunut.

” Hartiaihakset ovat kosketusarat edelleenkin, ovat olleet koko ajan. Veera kuvaa kivun siten, että nahka on ohuempaa sillä kohtaa, missä kipu tuntuu. Lääkärit ovat potilaalle suosittelleet useasti hierontaa, mutta rahan puutteen vuoksi se on mahdotonta. Nyt se kipu on vähentynyt. ” (KH)

Veeran jalkapohjat ovat olleet huonossa kunnossa, ja pikkuhiljaa hierontajakson aikana hän alkoi kiinnostua jalkojensa hoidosta.

” Veeran lähtötilanne oli semmonen ... Veera jännitti, että minkä näkönen hän on. Jalat oli hirveen hoitamattomat. Kun kysyn jalkojen hoidosta niin on alkanu kiinnittää huomiota hoitoon. Näkkee, että on huolehtinu hygieniasta. ” (KH)

8. 5. 2. 2. ” Valoisampi se on ollu nyt ja keskittymiskyky on selvästi lisääntynyt ”

Hieronnan merkitykset Veeran psyykkiseen toimintakykyyn ilmenivät: kohonneena mielialana, keskittymiskyvyn paranemisena, ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden vähenemisenä, omanarvontunteen kohoamisena, kehonkuvan hyväksymisenä rentoutuneisuutena, rauhoittumisena, pelko- ja jännitystilojen helpotumisena sekä hierontaan sitoutumisena.

Hoitaja kuvasi hieronnan merkitystä Veeran psyykkiselle toimintakyvylle seuraavasti:

” Tuo masennus ... niin onhan se Veeralle iso asia. Täällä ei oo niin hirveesti tekemistä ja on täällä pitkän aikaa ollu, se on niinku vaihteluakin. Kyllä se on Veeran mielialaa kohottanu kun saa käyvä tuommosessa jossakin erityisessä jutussa. Sehän on niin henkilökohtainen kontakti. Valosampi se on ollu nyt. Kyllä Veera on sanonu, että on mukava käyvä ja hän haluaa jatkaa, ja että se kohottaa mielialaa, että kyllä se ihan kiva on ja hyvälle tuntuu. ” (OH)

Hierontakertojen lisääntyessä potilaassa oli kuntohoitajan havaintojen mukaan tapahtunut selvää keskittymiskyvyn parane-
mista.

" Kun vertaan sitä alkutilannetta Veeran tapauksessa, niin kyllä keskittymiskyky on selvästi lisääntynyt. Alussa hän ei maltanu, tai ei pystynyt keskittymään ku vähän aikaa. Nyt pystyy jo olemaan puolesta tunnista tuntiin paikallaan, että siinä on edistynyt. " (KH)

Hieronnan merkitykset Veeran psyykkiseen toimintakykyyn oli havaittavissa ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden vähenemisenä.

" Alkuun potilas jännitti, oli rauhaton ja ahdistunut. Se ahdistus on välillä ollut aivan käsin kosketeltavaa, heilutti jalkoja ... ei tiennyt mitä tekkee. Hieronnan ansiosta ahdistuneisuus on vähentynyt. Veera itse sanoo, että ahdistus aina vähenee kesää kohden. Hän ei tiedä mikä siihen vaikuttaa, mutta kesä on aina ollut helpompaa psyyken kannalta. Se semmonen tuskanen ja ahdistunut liikehtiminen on vähentynyt. Alussa Veera ei oikein tiennyt, missä käsien ja jalkojen olis hyvä olla. Koko ajan levottomasti heilutti niitä. Nyt on selvästi rauhallisempi. " (KH)

Hoitajan mukaan hieronnalla ilmeisesti oli merkitystä Veeran omanarvontunnolle.

" Hieronnalla näyttää olevan Veeran omanarvontuntoa kohottava vaikutus ... kun kuuluu johonkin, se on erityinen juttu potilaalle. Ilmeisesti se on vähentänyt sitä tuskaa kun joutuu kuukausikaupalla olemaan laitoksessa ... sitä kautta se myös vähentää ahdistuksen tuntemuksia. " (OH)

Hyypän (1986, 93) ja Taipaleen (1998, 137-138) mukaan ruumiinkuva, kehon kaava, ruumiin hahmo eli body - image on sisäinen käsitys oman ruumiin muodosta ja toiminnasta. Se muodostuu sisäisistä tuntemuksista, asennonmuutoksista, psyykkisistä asenteista, arvomaailmasta, mielikuvista ja jopa tavasta jäsentää ulkoista maailmaa. Se sisältää käsityksen ihmisen ulkonäöstä, sen sosiaalisesta kelpaavuudesta. Sen kokonaisuuteen kuuluu käsitys ruumiin antamista ja välittämistä aistikkokemuksista, kuten mielihyvystä, kivusta tms. ja niiden laadusta ja sijainnista. (Hyypä 1986, Taipale 1998.)

Kuntohoitajan mielestä Veera oli oppinut hyväksymään oman kehonsa sellaisena kuin se on.

" Veera alkuun jotenkin häpesi sitä, että kun hän on niin lihava ja ruma. Hänellä on paksut jalat ... ja mietti onko hän ihmisen näkönen. En saanu koskea jalkoihin hieronnan alussa. Nyt sanoo, että hän on tämmönen vähän paksu, mutta hänellä on hyvä olla, ja jalkoihin ja muuallekin kehoon saan koskea, se ei enää aiheuta ongelmia. On siinä mielessä hyväksynyt oman kehonsa. " (KH)

Kuntohoitajan kosketukseen Veera suhtautui aluksi kovasti jännittäen. Hän ei ollut tottunut kosketukseen. Ei etenkin niin intiimiin kuin hieronta on. Hierontakertojen lisääntyessä Veera oppi pitämään kosketuksesta, tunsikin sen rentouttavan ja rauhoittavan vaikutuksen, ja antoi siitä palautetta kuntohoitajalle.

" Veera alkuun epäili, että hän ei pysty tähän ja että miltä se tuntuu. Nyt se on antanut koko ajan palautetta siitä, että se on mukavaa ja sano, että kun hieroin päätä, että alko aivan ku aurinko paistamaan. Se tuntuu niin hyvältä. Aina kesämökki tulee mieleen, semmonen rauhallinen paikka. Veera on sanonut,

että hieronta niin rentouttaa ja rauhoittaa, tuo hyvän olon tunnetta. Tämä on ylellisyyttä, miten voin tämän korvata, minä en oo tätä ansainnut. ” (KH)

Kuntohoitajan mukaan potilaalla on esiintynyt pelko- ja jännitystiloja toisen ihmisen kosketuksesta. Hierontajakson aikana ne olivat vähentyneet.

” Kosketus on Veeralle vieras asia. Hän ei ole antanut miesten koskettaa itseään. Hänellä on kuitenkin ollut poikays-täviä on tälläkin hetkellä. Veera pelkää ja jännittää toisen ihmisen kosketusta. Veera alko hyvin varovasti tähän hierontaan. Ensin sain hieroa niskoja. Se jotenkin vaikuttaa hänen lääkkeit-ten käyttöön. Sitten pikkuhiljaa jalkoja, päätä. Sitten kun tuntu sille, että se ei vaikutakaan, alettiin joka kerta hieroa hartiat, kasvot, kädet. Alkuun Veera oli silleen hirveän arka, että miten-kähän hän ossaa siinä olla. Pystyykö olemaan hiljaa. Veera aina sanoo kuinka paljon ja mitä hierotaan. Veera on ite saanu valita mitä hierotaan ja se on rohkaissut häntä. Nyt ei ole en-nää kosketuksen kanssa mitään ongelmia, se pelko ja jännitys toisen koskettamisen osalta on poistunu. Ainakin minä saan koskettaa. Veera sanookin, että hieronta on parasta mitä hän on täällä sairaalassa saanu. Se kyllä kertoo siitä kuinka hyvältä koskettaminen potilaasta tuntuu. ” (KH)

Veera myös sitoutui hierontaan.

Potilas oppi luottamaan ja sitoutu asioihin. ” (KH)

8. 5. 2. 3. ” On tullu aina sovitusti, ja niinku jäsentää arki-päivää sillä lailla ”

Hieronnan merkitykset Veeran sosiaaliseen toimintakykyyn ilmenivät oma-aloitteisuuden, aktiivisuuden, ja avoimuuden lisääntymisenä sekä luottamuksellisuuden lisääntymisenä hoitosuhteessa.

Kunto- ja omahoitajan mukaan Veeran omatoimisuus ja aktiivisuus olivat lisääntyneet. Veera yleensä mielellään ” *olei-lee osastolla.* ”

” Alkuun Veera ei kiinnittyny mihinkään, ei hän alkanut tekemään mittään, oleskeli vain. Hierontaa Veera pittää hirveän tärkeänä. Käy tarkistamassa mikä kellonaika hänellä se hieronta on, ja on tullu aina sovitusti, ja niinku jäsentää arki-päivää sillä lailla ” (KH)

” Onhan se päivässä yksi semmonen tapahtuma ... täytyy lähteä ... ja Veera on mielellään lähteny hierontaan. Sitä omatoimisuutta ja aktiivisuutta on löytyny hierontajakson aikana. Se semmonen itsensä aktivointi Veeralla, että pystyy pitämään kiinni näistä jutuista, se on hieno asia. ” (OH)

Hoitajan mukaan hieronnan merkitykset Veeran sosiaaliselle toimintakyvyille ilmenivät Veeran avoimuuden ja luottamuksellisuuden lisääntymisenä hoitosuhteessa.

” Meillä on Veeran kanssa hyvät välit. Vaikka en oookkaan Veeran omahoitaja, niin paljon kuitenkin jutellaan keskenään. Veera on kertonu hieronnan kokemuksistaan ja siitä mille se tuntuu ... onhan se semmonen avoimuuden ja luottamuksen osoitus. Tuohon luottamuksellisuuteen ... Veera on huomannu, että

kun tämmösiä pitempiaikaisia juttuja järjestetään niin ne ihmiset niinko on sovitusti silloin tekemässä sitä hommaa paikan päällä, häntä varten. Veera on oppinu luottamaan hierojaan ja varmasti näkkee, että ihmisiin voi luottaa. Mitä on sovittu ja puhuttu niin näin ne tapahtuu. ” (OH)

Luottamuksellinen, avoin ja tasavertainen hoitosuhde on ensiarvoisen tärkeä tekijä psykiatrisen potilaan hoidossa. Avoimessa ja luottamuksellisessa vuorovaikutussuhteessa potilas uskaltaa olla enemmän oma itsensä. Kuntohoitajan ja Veeran hoitosuhde oli hyvä ja kunnioittava.

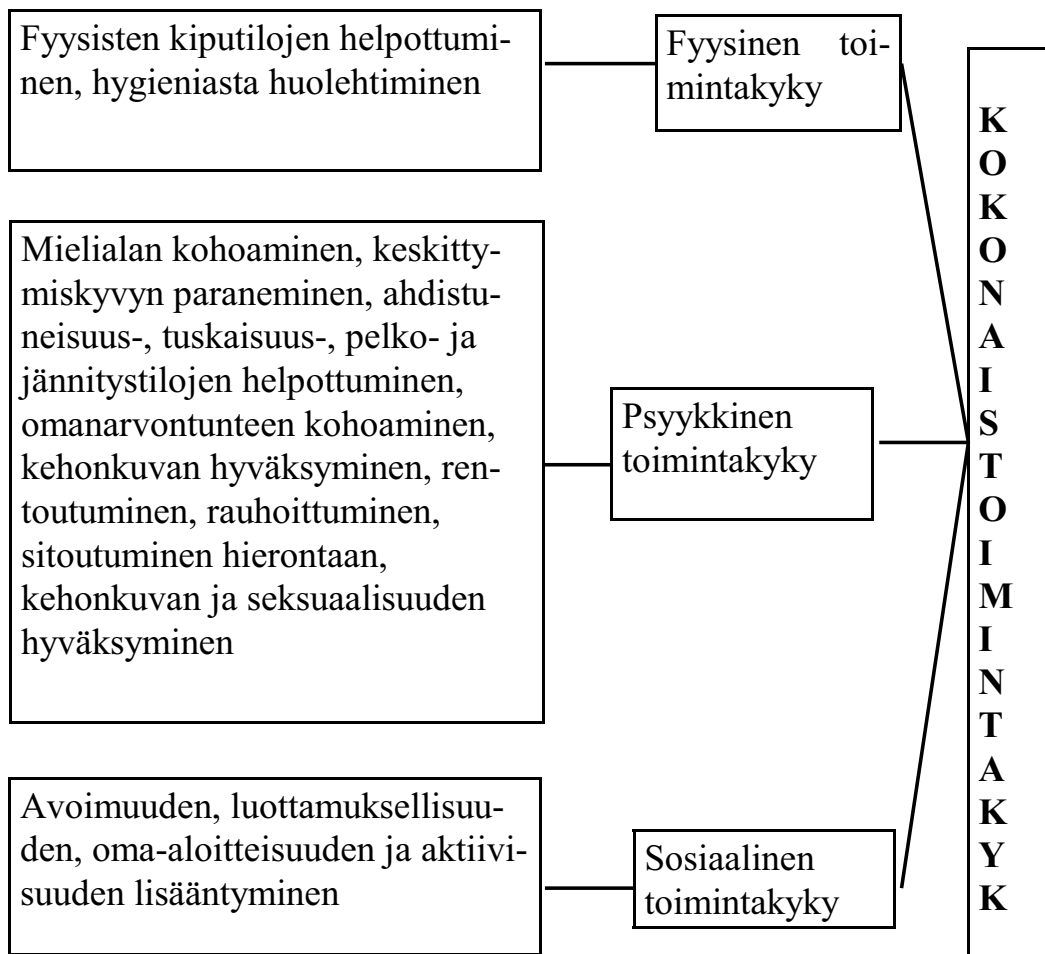
” Veera on kertonu, että vaikka hän on näin vanha, niin hän ei oo koskaan päästäny miestä lähelleen. Ja on miettiny, että onko hän nainenkaan. Hän on aina miettiny, että onko lesbo vai hetero. Sitten viime kerralla Veera sano, että kyllä hän on normaali. Hän vaan ei oo uskaltanu olla miesten kanssa. Monien hierontakertojen jälkeen on todennut, ettei ole lesbo. Hän vain ei välitä kummastakaan sukupuolesta. Hieronnan edetessä ja kun alettiin Veeran kanssa tulla tutuimmiksi keskenämme luottamus parani koko ajan. ” (KH)

Hoitajan mielestä hieronta oli Veeralle sosiaalisesti kasvattava tapahtuma.

” Semmonen kasvattava tapahtuma Veeralleki ... sitä sosiaalista puolta varmasti kasvattaa. Onhan se erityinen tapahtuma ... hierontajuttu. On paljon ihmisiä, jotka ei missään tapauksessa lähe toisen ihmisen kosketeltavaksi, hierottavaksi, miten sen nyt sanosi ... kyllä se on semmonen kasvattava tapahtuma, että uskaltautuu siihen niin intiimiin tilanteeseen melkein

vieraan ihmisen kanssa. Veeralle se on kyllä ollu iso asia. "
(OH)

Kuvio 11 havainnollistaa hieronnan merkityksiä Veeralle



KUVIO 11. Hieronnan merkityksiä Veeralle

Yhteenveto hieronnan merkityksistä Veeralle

Hieronnan merkitykset Veeralle tulivat esille fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä. Fyysinen toimintakykyisyys lisääntyi niin, että Veera alkoi huolehtimaan jalkojensa hygieniasta. Myös kiputilat helpottuivat. Psyykkisen toimintakyvyn alueella hieronnan merkitys tuli esille mielialan kohoamisena, joka näkyi potilaan virkeytenä ja aktiivisuuden lisääntymisenä. Sitoutuminen hierontaan ilmeni hieronta-aikojen noudattamisena ja varmistamisena. Hieronnan rentouttava ja rauhoittava vaikutus lisäsi psyykkistä toimintakykyä ilmeten levollisuutena, tasapainoisuutena, tuska- ja ahdistustilojen helpottumisena sekä jännitys- ja pelkotilojen vähenemisenä. Pelkotilat vähenivät erikoisesti kosketuksen alueella. Myös Veeran keskittymiskyky parani niin, että hän pystyi keskittymään hierontaan pitemmän ajan. Positiivinen vaikutus kehonkuvaan tuli esille potilaan jalkojenhoidon yhteydessä, samoin kuin ylipainoisuuden ymmärtämisenä ja hyväksymisenä. Hieronta oli potilaan mielestä ylellisyyttä. Tämä tunnekokemus kuvaa hyvin sitä kuinka merkityksellistä hieronta oli psyykkiselle hyvinvoinnille.

Sosiaalisen toimintakyvyn alueella hieronnan merkityksistä tärkeimmäksi tekijäksi nousi keskustelu ja hoitosuhde kuntahoitajan kanssa. Toimintakykyisyyden lisääntyminen ilmeni avoimuuden ja luottamuksellisuuden lisääntymisenä oma- ja kuntahoitaja - suhteessa. Potilas kertoi sekä hoitajalle että kuntahoitajalle intiimeistä asioistaan. Omatoimisuus ja aktiivisuus lisääntyivät ja näkyivät siinä, että potilas lähti hierontaan sovittu.

Vertailtaessa potilaan kokemuksia hieronnasta ja hoitohenkilöstön havainnointia hieronnan merkityksistä voidaan todeta, että ne olivat toisiaan tukevia. Keskittymiskyvyn lisääntymistä

tymisestä potilas ei mainitse mitään kun taas kuntohoitajan mukaan siinä oli tapahtunut selvää edistymistä. Veeran kielellinen ilmaisu oli hyvä.

9. POHDINTA

9. 1. Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yhtä yhtenäistä käsitystä. (Tynjälä 1991, 388; Åstedt-Kurki 1994, Mäkelä 1995).

Tapaustutkimuksessa luotettavuuden arviointi perustuu tutkimuksen validiteetin tarkasteluun (Syrjälä & Numminen 1988, 135; Syrjälä ym. 1994). Validiteetilla laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan todellisuuden kuvaamista sellaisena kuin se tutkimustilanteessa on esiintynyt. Validiteettia on tarkasteltava koko tutkimusprosessin ajan. Oleelliseksi tutkimustilanteessa nousevat kysymykset, miten tutkija on tavoittanut olennaiset piirteet tutkittavasta asiasta ja miten tutkimusaineistosta nostettujen käsitteiden avulla on kyetty tavoittamaan aineistoa vastaavat merkitykset. (Hämäläinen 1987, 55-57; Syrjälä & Numminen 1988, Mäkelä 1995.)

Tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta tutkimuksen totuusarvon, pysyvyyden, sovellettavuuden ja neutraalisuuden näkökulmasta. Useiden asiantuntijoiden mielestä edellä mainitut tekijät ovat tärkeitä arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (mm. Tynjälä 1991, Sandelowski 1994, Miles & Huberman 1994).

Laadullisessa tutkimuksessa totuusarvoon eli uskottavuuteen vaikuttaa koko tutkimusprosessin toteutus sekä monet varsinaiseen kenttätööhön liittyvät tekijät (Lincoln & Guba 1985, 43; Eskola - Suoranta 1998, 211). Tutkimuksen uskottavuuden kannalta tutkijan on pystyttävä johdonmukaisesti osoittamaan, miten hänen tulkintansa tutkimukseen osallistujien alkuperäisistä lausunnoista muodostavat uskottavan rakennelman ja miten

tulokset perustuvat aineistoon (Syrjälä 1994). Laadullisen tutkimuksen uskottavuuden edellytyksenä on tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien luottamuksellinen suhde (Leininger 1994). Tutkimuksen uskottavuutta voidaan varmistaa toistuvilla kenttäkontakteilla, toistetuilla havainnoinneilla ja triangulaation avulla. (Patton 1990, 157; Eskola - Suoranta 1998, 212-213).

Käytin tutkimuksessa aineisto-, henkilö-, teoria- ja metoditriangulaatiota. Aineistotriangulaatiota käytin niin, että yhdeksi lähteeksi (potilailta) haastattelemalla kerättyä aineistoa varmistin omahoitajien ja kuntohoitajan haastattelulla ja havainnoinneilla sekä potilasasiakirjoja täydentävällä aineistolla. Menetelmätriangulaation (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994) avulla voitiin osoittaa, että potilaiden, omahoitajien ja kuntohoitajan haastattelun sekä havainnoinnin avulla eri henkilöiden näkökulmasta saadut tiedot vahvistivat toisiaan ja/ tai tuottivat samansuuntaisia tuloksia. Eri tavoin kootut aineistot ja niihin pohjautuvat tulkinnat tukevat toisiaan ja antavat tältä osin viitteitä niiden luotettavuudesta.

Tutkimukseen osallistui viisi psykiatrista potilasta yhdestä sairaalasta. Henkilöt valikoituivat mukaan tutkimukseen vapaaehtoisuuden, iän ja yleiskunnon perusteella. Lisäksi tutkimukseen osallistui vapaaehtoisuuden pohjalta myös kuusi potilaan omahoitajaa ja kuntohoitaja. Tutkimukseen osallistujilta luottamuksellinen suhde edellyttää vapaaehtoisuutta ja halua osallistua tutkimukseen (esim. Leininger 1994). Potilaiden lukumäärää voidaan pitää riittävänä, koska laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa, jolloin yksikin tapaus voi olla riittävä. Tutkimuksen tavoitteena oli pääasiassa potilaiden kokemusten kuvailu, ja muilta osapuolilta saatua tietoa käytin lähinnä täydentämään sitä kuvaa, joka syntyi potilailta saadun tiedon perusteella.

Aineistonkeruu tutkimuksessa tapahtui teemahaastattelun avulla. Olin rajannut etukäteen tutkimuksen kiinnostuksen kohteet neljään teemaan. Haastatteluteemoja ja kysymysrunkoja en testannut etukäteen. Ensimmäisen haastattelun jälkeen tarkastelin ja arvioin saamaani tietoa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin perustuen. Kysymykset toimivat kuitenkin niin hyvin, että seuraavissa haastatteluissa en tehnyt kysymysrunkoon muutoksia.

Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä jäsensi keskustelua, lyhensi ehkä haastatteluun käytettyä aikaa ja helpotti merkittävästi aineiston analyysiä. Hirsjärven ja Hurmeen (1988, 36) mukaan teemahaastattelun etuna on, että tutkija voi tarkastella välittömässä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa esillä olevia aiheita. Lisäksi haastateltavilla on mahdollisuus painottaa tärkeiksi kokemiaan asioita ja esittää omia mielipiteitään, motiivejaan ja arvostuksiaan. Haastattelun ongelmana on haastateltavien erilainen valmius ilmaista sanallisesti näkemyksiään, mikä vaikuttaa tuloksiin. Teemahaastattelun ongelmana toisaalta on myös se, että haastateltavien mahdollisuudet tuoda spontaanisti esille asioita, joita heiltä ei kysytä, vähenee (Hirsjärvi & Hurme 1988.) Tämän ongelman otin huomioon olemalla haastattelujen aikana tarkkana ja esittämällä lisäkysymyksiä aina silloin, kun haastateltava toi esille asioita, jotka tuntuivat tärkeiltä. Tutkimuksen totuusarvon tarkastelussa on tärkeää pohtia myös sitä, olivatko esitetyt kysymykset sellaisia, että niillä saatiin vastaus tutkimusongelmiin eli voitiinko niiden avulla muodostaa kuva potilaiden hierontakokemuksista ja hieronnan merkityksistä psykiatrisille potilaille. (Burns & Grove 1993). Oma arvioni on, että esitettyjen kysymysten avulla sain tietoa juuri niistä asioista, jotka olivat tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että teemahaastattelun lisäksi keräsin tietoa omahoitajilta ja kuntahoitajalta

havainnointilomakkeella sekä potilasasiakirjoista. Aineistotriangulaatio antoi mahdollisuuden laaja-alaiseen näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Haastatteluvaihe oli minulle mielenkiintoinen ja antoisa kokemus, joka vahvisti näkemystäni teema-haastattelun osuvuudesta tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksen totuusarvoon ja uskottavuuteen vaikuttavat myös erilaiset haastattelutilanteeseen liittyvät tekijät, kuten tutkijan mahdollinen vaikutus tutkittaviin sekä tutkittavien ja tutkijan suhde. Nämä seikat on tutkijan tiedostettava. (Burns & Grove 1993, Miles & Huberman 1994). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on keskeinen tutkimusväline ja hän on aina osallisena tutkimusprosessissa subjektina. (Burns & Grove 1993, Sandelowski 1994, Miles & Huberman 1994).

En tuntenut tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ennen haastattelutilanteita. Viidestä potilaasta tapasin kolme ennen varsinaista haastattelua. Omahoitajista osan sekä kuntahoitajan tapasin ennen haastattelua useita kertoja. Olin vieras henkilö haastateltaville. Tällä seikalla voi olla vaikutusta siihen, mitä tutkimukseen osallistuneet henkilöt kertoivat minulle. Haastateltavat vastasivat esittämiini kysymyksiin avoimen ja rehellisen tuntuisesti omalla, luonnollisella kielellään (vrt. Hämäläinen 1987, 28). Osallistuin ennen potilaiden haastattelua yhteen osaston hoitokokoukseen, jossa sain ensivaikutelman kahdesta tutkimukseen osallistuneesta potilaasta ja omahoitajasta. Syrjälän ja Nummisen (1988, 95) mukaan luottamuksellisen suhteen syntyminen haastateltavien kanssa edellyttää tutkijalta aidon kuuntelemisen ja empaattisen ymmärtämisen taitoja ja kiinnostusta toista ihmistä kohtaan. Pyrin luomaan tutkimustilanteet miellyttäväiksi ja sellaisiksi, että haastateltava koki minun olevan aidosti kiinnostunut hänen kokemuksistaan. En vain esittänyt kysymyksiä, vaan pyrin sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti olemaan mukana haastateltavien kertomuksissa. Haastatte-

lutilanteet olivat rauhallisia eikä keskeytyksiä ollut. Luottamuksellisen suhteen muodostumiselle haastattelutilanteessa oli eduksi se, että minulla on kliinistä kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä, ja myös koulutuksessa olen saanut tietoa mielen-terveysongelmista ja niiden hoidosta. Tämä helpotti potilaiden kohtaamista haastattelutilanteessa ja auttoi ymmärtämään heidän tapaansa kommunikoida. Minulla oli myös riittävästi aikaa avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomiseen. Aikaisempi työskentelyni terveydenhuolto-organisaatioissa helpotti myös omahoitajien ja kuntahoitajan haastattelujen toteutusta. Taustalani oli merkitystä haastattelujen onnistumiseen, ja hoitohenkilökunta arvosti sitä, että minulla oli kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että keräsin haastateluaineiston ja analysoin sen itse. Tällöin ajatteluprosessi oli jatkuvaa ja tulkinta johdonmukaista (Åstedt-Kurki 1992, 147). Aineistonkeruu tapahtui kymmenen kuukauden aikana (Taulukko 1). Tänä aikana tutkittavan ilmiön tuntemukseni lisääntyi ja syventyi (Burns & Grove 1993). Tämä helpotti haastateltavien kokemusten ymmärtämistä ja tulkintaa aineiston analyysivaiheessa (emt.). Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös haastateltavien aktiivisuus: he osallistuivat mielellään tutkimukseen, pitivät tärkeänä ja mielekkäänä sitä, että mielenterveystyön auttamismenetelmien kehittämiseksi tehdään tutkimusta (vrt. Dyffy 1987, 229).

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että haastattelukertoja oli vain yksi kunkin potilaan kohdalla. Useampi haastattelukerta olisi antanut monipuolisempaa tietoa potilaiden kokemuksista. Koska haastattelukertoja oli vain yksi, kokemukset voivat värittyä yksipuolisesti sen tunteen mukaan, joka potilailla oli voimakkaimpana muistellessaan hierontatilannetta. Näin yksittäisten potilaiden kuvaukset hieronnasta saattavat

värityä esimerkiksi liian myönteiseksi. Myös kokemattomuuteni tutkijana saattoi kuitenkin tiedonkeruuvaiheessa vähentää tiedon luotettavuutta (Burns & Grove 1993). Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että tutkimuksessa mukanaolijat saattoivat vastata siten, kuin oli hieronnan merkitysten kannalta toivottavaa. Tämän ilmiön Polit ja Hungler (1993) nimeävät sosiaalisesti toivottavuudeksi (social desirability). Sosiaalinen toivottavuus saattoi vaikuttaa tässä tutkimuksessa potilaiden päivittäisten toimintojen havainnointiin, koska hoitohenkilöstö oli tietoinen havainnoinnin käyttämisestä hieronnan merkitysten arviointiin.

Haastattelujen kirjoittaminen tekstiksi voi vaikuttaa tutkimuksen totuusarvoon (Hirsjärvi & Hurme 1988, Sandelowski 1994a). Nauhoitin kaikki haastattelut ja kirjoitin ne sanatarkasti tutkimukseen osallistuvien omalla murteella melko pian haastattelujen jälkeen. Tämä menetelmä varmisti aineiston säilymisen muuttumattomana analyysivaiheessa ja mahdollisti haastattelutilanteisiin palaamisen jälkeenkäin, mikä helpotti työskenteilyäni. Myös tutkijanpäiväkirjaani tein merkintöjä jokaisesta haastateltavasta. Kirjoittamani havainnot haastateltavista, haastattelutilanteista, omista tuntemuksistani ja kokemukseni haastattelun onnistumisesta palauttivat mieleeni yksityiskohtia, jotka auttoivat palauttamaan mieleen haastattelutilanteen aineiston analyysivaiheessa ja helpottivat ymmärtämistä ja tulkintaa.

Haastattelutekstien analyysillä on suuri merkitys tutkimuksen totuusarvon toteutumiselle. Mäkelän (1995, 53) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysin onnistuminen riippuu aineiston laadusta ja riittävydestä, analyysin kattavuudesta sekä sen arvioitavuudesta ja toistettavuudesta. Aineiston keruuseen liittyvänä luotettavuuden kriteerinä eräät tutkijat ovat pitäneet aineiston kyllästeisyyttä (Mäkelä 1995, ks. Eskola - Suoranta 1998, 63), jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija on saanut kaiken

oleellisen tutkittavasta ilmiöstä. Mäkelän (1995) mukaan laadullisen tutkimuksen kerääminen voidaan lopettaa, kun haastattelut eivät tuo esiin uusia piirteitä tutkittavasta asiasta. Toisaalta voidaan pohtia sitä, voiko tällaisessa tutkimuksessa ylipäättänsä saavuttaa tiedon kylläntymistä?

En lisännyt haastateltavien lukumäärää, koska tulokset alkoivat toistua tietyiltä osin jo kolmannen haastattelun jälkeen. Varmistin aineiston kyllästeisyyttä myös omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluilla ja havainnoinneilla sekä potilasasiakirja-aineistolla. Tapaustutkimuksessa aineisto kerätään suhteellisen harvoilta tutkimushenkilöiltä. Aineistoa kerätessä pyritään siihen, että se antaa mahdollisuuden asioiden syvälliseen tarkasteluun. Tapaustutkimuksen aineiston keruussa ei pyritä laajuuteen eikä yleistettävyyteen. (Syrjälä & Numminen 1988, Stake 1995.)

Monien tutkijoiden (vrt. Miles & Huberman 1994, 49; Burns & Grove 1993, 83; Mäkelä 1995, 59) mielestä on suositeltavaa aloittaa aineiston analyysi samanaikaisesti aineiston keruun kanssa. Aineiston analyysi tässä tutkimuksessa tapahtui limittäin aineiston keruun kanssa. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska ymmärrys tutkittavasta aiheesta syveni tutkimuksen edetessä, ja näin pystyin keräämään haastateltavien kokemusten keskeistä merkitysisältöä ilmaisemilleen asioille.

Tutkimuksen aikataulu oli väljä, joten aineiston keruu pitkällä aikavälillä oli mahdollista. Tämä antoi mahdollisuuden aineiston välianalyysiin jokaisen haastattelun jälkeen. Tutkimuksen analyysiyksikön määrittämistä pidetään tärkeänä laadullisessa tutkimuksessa (Mäkelä 1995). Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli sana, lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisälsi tutkimuksen kannalta tärkeän ilmaisun.

Haastattelu- ja havainnointiaineistosta nousevat tärkeät ilmaisut analysoin pelkistämisen, ryhmittelyn, abstrahoinnin,

tulkinnan ja päättelyn avulla esitettyjen kysymysten mukaisesti, henkilöryhmittäin. Analyysin arvioitavuus ja toistettavuus edellyttää, että analyysin eteneminen ja tehdyt ratkaisut on selkeästi tuotu esille tutkimusraportissa. Tässä tutkimusraportissa esimerkki aineiston analyysistä on esitetty kuviona kunkin tapauskuvauksen tulosten esittelyn yhteydessä. Tekemiäni tulkin-
toja ja päätelmiä olen havainnollistanut haastattelujen ja havainnointien sisällöistä poimituilla suorilla lainauksilla.(vrt. Sandelowski 1994b). Näiden avulla lukija voi itse tehdä omat päätelmänsä siitä, ovatko tehdyt johtopäätökset tuloksista oikeita.

Tutkimuksen totuusarvoa voidaan arvioida ja parantaa myös niin, että tutkijan tekemät tulkinnat ja päätelmät alistetaan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden arvioitavaksi (Tynjälä 1991, Leininger 1994). Tässä tutkimuksessa osa omahoitajista ja kuntohoitaja ovat arvioineet tutkimuksen luotettavuutta. He ovat arvioineet ja kommentoineet tekemiäni analyysin tuloksia kuitenkin kyseenalaistamatta niitä. He eivät edellyttäneet muutoksia raportin sisältöön. Potilaiden osalta arvioinnin toteuttaminen oli hankalaa, koska kaikki tutkimuksessa mukana olleet potilaat olivat päässeet pois sairaalasta ja heidän tavoittamisensa oli vaikeaa.

Totuusarvon ohella tutkimuksen pysyvyys eli toistettavuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen tulosten pysyvyys on yhteydessä tutkimuksen vahvistettavuuteen (Lincoln & Guba 1985). Tulosten pysyvyyden keskeisenä kriteerinä on tulosten tutkittavuus, joka tarkoittaa sitä, että toinen tutkija voi seuraamalla tutkimusprosessissa tehtyjä ratkaisuja ja päätöksiä seurata tutkimuksen kulkua ja toistaa sen (Mäkelä 1995, 53; Eskola - Suoranta 1998, 212). Tapaustutkimuksessa tutkimuksen toistaminen on mahdotonta. Jokainen tapaustutkimus on ainutkertainen ja kontekstisidonnainen. Siksi sen tulok-

sia ei voi sellaisenaan soveltaa eikä yleistää muihin yhteyksiin. Keskeistä on, että tutkimusprosessi ja siinä tehdyt ratkaisut ovat seurattavissa ja toistettavissa. (Syrjälä & Numminen 1988, Sadelowski 1994). Tässä tutkimuksessa tulosten pysyvyyttä varmistin lähestymällä ilmiötä eri näkökulmista. Lisäksi keräsin aineistoa eri menetelmillä haastattelemalla, havainnoimalla ja potilasasiakirjoista. Haastateltavana oli kolme eri ryhmää: potilaat, omahoitajat ja kuntohoitaja. Menetelmätriangulaatio aineiston keruussa varmistaa sitä, että tutkijan tekemät tulkinnat perustuvat aineistoon. Tapa, jolla tutkimus raportoidaan, lisää tai vähentää sen toistettavuutta (Tynjälä 1991, Burns & Grove 1993). Tässä tutkimusraportissa olen pyrkinyt mahdollisimman selkeästi kertomaan tutkimuksen etenemisen eri vaiheet.

Tulosten sovellettavuus lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Sovellettavuudella tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset voidaan siirtää koskemaan muita tutkimuksen ulkopuolisia henkilöryhmiä ja tilanteita (Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991, Miles & Huberman 1994). Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Siirrettävyyteen olen pyrkinyt koko tutkimusprosessin ajan havaintojen käsitteellistämällä, abstraktiotasoa nostamalla (vrt. Alasuutari 1993). Tutkijan on arvioitava, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä tai sovellettavissa toiseen, samanlaiseen psykiatrisen hoitotyön kontekstiin. Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tulokset kuvaavat pohjoissuomalaisen keski-ikäisten, maaseudulta kotoisin olevien, psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kokemuksia hieronnasta. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää suomalaiseen psykiatriseen hoitotyöhön kun otetaan huomioon edellä kuvatut mahdollisesti tuloksiin vaikuttaneet tekijät.

Tutkijan lisäksi johtopäätöksiä arviointia voivat tehdä myös tutkimustulosten hyödyntäjät. Olen pyrkinyt kuvaamaan aineistoa ja tutkimuksen kulkua mahdollisimman tarkasti ja perustellen, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen siirrettävyyttä ja sitä, miten pätevältä ilmiölle annettu selitys vaikuttaa. Olen kuvannut tutkimukseen osallistujia, heidän taustaansa, terveydentilaansa ja kokemuksiaan niin tarkasti kuin mielestäni on ollut eettisesti mahdollista ottaen huomioon haastateltavien anonymiteetin turvaamisen. Samoin olen liittänyt raporttiini autenttisia lainauksia potilaiden, omahoitajien ja kuntohoitajan haastatteluista. Tällä kaikella olen pyrkinyt lisäämään tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä, koska tulosten siirrettävyyden tekee mahdolliseksi vain tutkimuskohteen riittävän tiheät kuvaukset (Tynjälä 1991, Eskola - Suoranta 1998).

Laadullisen tutkimuksen neutraalisuuteen pyritään tulosten todeksi vahvistettavuuden avulla (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1994). Tutkimuksen tulosten todeksi vahvistettavuus on saavutettu, kun tutkittavuus, totuusarvo ja sovellettavuus on varmistettu (Lincoln & Guba 1985). Tutkimuksessa korostetaan tulosten merkityksellisyyttä ja yhteyttä tutkittavaan ilmiöön. Samoin korostetaan tutkijan ja tutkittavien välistä yhteistyötä, esimerkiksi sitä, miten syvällisen ilmiöön paneutumisen haastattelujen toteuttamiseen käytetty aika on mahdollistanut. Lisäksi korostetaan aineiston keruussa sitä, miten tutkija tavoittaa tutkittavien subjektiivisen todellisuuden ja subjektiivisiin kokemuksiin ja ilmiöihin liittyvät merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu objektiivisuuden sijaan subjektiivisuus. Todeksi vahvistettavuus neutraalisuuden kriteerinä painottaa laadullisessa tutkimuksessa enemmän tuloksia kuin tutkijaa (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1994).

9. 2. Tutkimuksen tulosten tarkastelua

9. 2. 1. Potilaiden kokemukset hieronnasta

Hierontahoito näyttää tuottavan mielenterveysongelmista ja -häiriöistä kärsiville kokonaisvaltaista hyvää oloa. Psykiatristen potilaiden hyvän olon kokemukset olivat yhteydessä hieronta- hoitoon kuuluvaan kosketukseen, hoitosuhteeseen, hierojan persoonallisuuteen ja toimintatapaan. Kokemuksissa painottuivat psyykkisen hyvän olon kokemukset.

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden yhteisinä elämäkokemuksina oli pitkä sairastamisaika, joka vaikutti monella tavalla heidän elämäntilanteisiinsa. Useimpien potilaiden elämää olivat hankaloittaneet erilaiset rasitustekijät, kuten menetykset, vaikea taloudellinen tilanne, epäonnistumiset, vaikeudet ihmissuhteissa, sairaustilanteen uusiutuminen, laitos/avohoitokierre, asunnottomuus, yksinäisyys jne. perusturvaa horjuttavat asiat. Potilaiden yhteisenä elämäntilannetta kuvaavana tekijänä oli myös hoidon tahdonvastaisuus ja ammattitaidottomuus. Sairastumisen myötä lähes kaikkien potilaiden toiveet ammatin hankkimisesta tyrehtyivät sairaalakierteeseen. Yhteistä oli myös sosiaalisen tuen puuttuminen. Potilaiden kertomusten mukaan heidän sosiaalinen verkostonsa oli pieni, ja läheisiltä saadun tuen määrä oli vähäistä. Vain yhdellä potilaalla oli mahdollisuus saada riittävästi sosiaalista tukea läheisiltään. Nykyisessä elämäntilanteessaan potilaat tarvitsevat terveydenhuoltojärjestelmältä ja läheisiltä tukea selviytyäkseen sairauden aiheuttamien muutosten kanssa.

Potilaiden kokemuksissa korostui kosketuksen merkitys. Kosketus tarkoitti kokonaisvaltaista hyvän olon tunnetta. Se koettiin fyysisesti - kipua, särkyä ja jännityksiä poistavana ja helpottavana. Potilaiden hieronnan kipua ja särkyä lievittävät

kokemukset ovat samansuuntaisia McNairin (1971), Pihlajaniemen (1992), Pertin (1997) ja Vallimies-Patomäen (1998) tutkimustulosten kanssa. Psykkisesti hieronta koettiin turvallisuuden, ainutlaatuisuuden, ylellisyyden, nautinnollisuuden ja hyvän olon tuntemuksina sekä sosiaalisesti hyvänä vuorovaikutuksena kuntohoitajan kanssa. Potilaiden kosketukseen liittyvissä kokemuksissa huomio kiinnittyy siihen, että vain yhden potilaan kulttuuriin kuului koskettaminen. Ja ainoastaan kahdella potilaalla oli aiempaa kokemusta hieronnasta. Kuitenkin kaikki potilaat suhtautuivat kosketukseen luonnollisesti. Tulosten perusteella näyttää siltä, että hieronta poistaa kosketukseen liittyvät tabut ja luo tilaisuuden myönteiseen kosketukseen.

Fyysisesti hieronta ei kuitenkaan ollut kaikille potilaille pelkästään myönteinen kokemus, vaan siihen liittyi myös kahdella potilaalla negatiivisia kivuntunteita, yhdellä pahanolon tunteita kokovartalohieronnan yhteydessä, ja yhden potilaan kokemus oli negatiivisten tunteiden välittymisestä hieronnan aikana. Hoitohenkilöstön onkin tärkeää tiedostaa kosketukseen liittyvissä potilaskontakteissa, miten koskettaa, mitä kosketuksella viestittää ja mikä on asenne potilaita kohtaan. Huomionarvoista tuloksissa on kahden potilaan kokemus yönun laadun paranemisesta, ja yhden potilaan liikuntaharrastuksen elpymisestä. Tämä tulos saa tukea yönun paranemisen osalta Fieldin ym (1992) tutkimuksesta. Partisen ym. (1991, 152) mukaan sopivasti ajoitettu kevyt liikunta vaikuttaa unen laatuun rauhoittavasti.

Psykiatristen potilaiden psyykkiset hyvän olon kokemukset muodostuivat erilaisista positiivisista tunnekokemuksista. Tämä tutkimus osoittaa, että hieronta on erinomainen keino lievittää niin psyykkistä kuin ruumiillistakin jännitystä. Potilaiden kokemukset hieronnan jännittyneisyys- ja tuskaisuustilojen vähentymisestä ja helpottumisesta saa tukea Stevensin (1994) tutki-

muksesta. Psykykkisen terveydentilan kannalta hieronta tarkoitti myös oman tulevaisuuden suunnittelua, elämässä pärjäämisen, toiveikkuuden, optimistisuuden ja tyytyväisyyden tunteita. Hieronta herätti myönteisiä kokemuksia kehosta ja aktivoi miellyttäviä muistoja terveenä olemisen ja lapsuuden ajoilta. Nämä olivat osoituksia siitä, että potilailla oli halu olla kiinni elämässä ja että mielenterveyden voimavaroja on olemassa. Psykykkisen hyvän olon tunteeseen vaikutti myös kuntohoitajan potilaslähtöinen toimintatapa. Psykykinen hyvä olo mahdollistui avoimessa, luottamuksellisessa ja turvallisessa kuntohoitaja – potilas- suhteessa, jossa potilas hyväksyttiin omana itsenään, apua tarvitsevana, läheisenä ja ainutkertaisena yksilönä. Hyvä olo hieronnan jälkeen saattoi myöskin johtua vireystason noususta, minäkuvan kohenemisestä tai vain siitä, että hierontahoito toi vaihtelua potilaiden elämään, se oli osaston rutiineista irtautumista. Toisaalta hyvinvointia saattoi lisätä myös se, että osallistumalla tähän tutkimukseen potilaat olivat erilaisen huomion kohteena kuin normaalisti, ja se toi positiivisia muutoksia heidän elämäntilanteeseensa.

Tutkimusten (Spielberger 1970, Oleson & Flocco 1993, Sandler 1993, Pert 1994, 1997, Field ym. 1996) mukaan eri hormonien erityksellä on vaikutusta erilaisiin hyvän olon, virkistymisen, rauhoittumisen, rentoutumisen ja yhteenkuuluvaisuuden tunteisiin. Potilaiden ilmaiset subjektiiviset hyvän olon tunteet ja kokemukset kosketuksesta olivat merkkejä siitä, että potilaat kokivat voivansa hyvin hieronnan aikana. Tältä osin tutkimuksen tulos saa tukea Routasalon (1993) tutkimuksesta kosketuksesta vanhusten hoidossa vuodeosastolla. Myös Parkkilan ym. (2000) tutkimuksessa, pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä, potilaat kaipaivat hellyyttä ja koskettamista.

Tutkimustulosten mukaan näyttää siltä, että kun psykiatrinen potilas kokee itsensä turvattomaksi, masentuneeksi ja yksinäiseksi, tällöin kosketus on se tapa, joka kertoo potilaalle, että hänestä välitetään ja pidetään huolta. Hieronta auttamismenetelmänä onkin mitä parhain ja luonnollisin keino koskettamiseen, tapa lähestyä potilasta ja muodostaa hoitosuhde, koska sitä ei koeta hyökkääväksi eikä se ole väritynyt seksuaalisesti. Hieronta on niitä harvoja hoitomuotoja, joissa terapeutilla on todella läheinen kosketus asiakkaaseen. Monissa muissa hoitoissa potilaasta/asiakkaasta ei oteta edes missään vaiheessa kiinni. Läheisyydellä on tärkeä merkitys psykiatrisen potilaan hyvinvoinnille ja turvallinen kosketus auttaa rentoutumaan myös psyykkisesti. Tärkeää onkin huomioida se, että tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä kosketus kuuluu hoitajan/hierojan työhön ja heillä on lupa koskettaa työnsä puolesta. Tämä on tärkeä asia ottaa huomioon psykiatrisessa hoitotyössä, ja hyödyntää potilaita lähestyttäessä.

Hierontahoidon hyvään lopputulokseen vaikuttaa oleellisesti se, miten hieroja osaa kohdata ja käsitellä potilasta. Sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää tarpeiden tyydytystä kuvastaa tulos, jonka mukaan potilaille hoitosuhde ja keskustelu kuntahoitajan kanssa osoittautui tärkeäksi, ja tuotti heille sisäisiä voimavaroja. Tunteista puhuminen on tärkeää psykiatriselle potilaalle. Tärkeäksi osoittautui myös se, että keskustelun lisäksi heitä kuunneltiin. Hierontahoidon etuna voidaankin nähdä se, että se antoi kuntahoitajalle mahdollisuuden keskittyä vain yksinomaan tiettyyn potilaaseen, antaa hänelle kaiken huomionsa ja hänellä oli siihen myös riittävästi aikaa. Tämä oli potilaille tärkeää.

Haastatteluissa tuli ilmi, että kuntahoitaja ymmärsi ja myötäeli potilaiden elämäntapahtumia, ajatuksia ja tunnekokemuksia, ja siten auttoi potilaita heidän omissa pyrkimyksissään sel-

viytymiseen. Kun hoitosuhde koettiin turvalliseksi se antoi potilaille mahdollisuuden avautumiseen, tunteista ja kokemuksista puhumiseen, elämäntilanteen selkiyttämiseen jne. Keskustelun merkitys korostuu myös siksi, että potilaat hahmottavat tunteitaan ja tilannettaan keskustelun kautta. Puhuminen auttaa omien mahdollisuuksien hahmottamisessa. Keskustelu auttoi ja tuki potilaita todellisuuden ja identiteetin ylläpitämisessä ja vahvistamisessa. Nämä olivat merkkejä siitä, että potilaat uskalsivat olla omana itsenään kuntohoitajan seurassa. Suurin osa haastateltavista pitikin kuntohoitajaa luotettavana, mukavana ihmisenä, aitona, inhimillisenä ja ammattitaitoisena henkilönä. Tämä osoittaa, että hieronnan avulla voidaan luoda hyvä suhde psykiatriseen potilaaseen ja saavuttaa potilaan luottamus. Tutkimusten (Leino-Kilpi 1991, 109-110; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 19-21, vrt. Svennevig 2003) mukaan luottamuksellinen hoitosuhde on yksi merkityksellinen hoitotyön laatuun vaikuttava tekijä potilaiden näkemysten mukaan. Psykiatrisen potilaan hoitosuhteessa korostuu erityisesti kanssaihmisyyteen perustuva "toista ihmistä varten" oleminen. Luottamuksellinen hoitosuhde jo sinällään sisältää psykiatriselle potilaalle tärkeitä terveydentilaa parantavia asioita. Avohoidossa selviytymisen kannalta olisikin tärkeää, että tutkimukseen osallistuneilla potilailla olisi mahdollisuus jatkaa hyvää hoitosuhdettaan kuntohoitajan kanssa ja saada hierontaa avohoidossakin.

Kuntohoitajan potilasta kunnioittava, potilaan tarpeista lähtevä, aito ja ammatillinen toimintatapa edellytti häneltä verbaalista ja nonverbaalista kommunikaatiokykyä. Se edellytti myös molemminpuoliseen luottamukseen ja yksilöllisyyteen perustuvia ihmissuhdetaitoja ja aikaa potilasta varten. Nämä seikat toteutuivat erittäin hyvin tämän tutkimuksen kuntohoitaja – potilas - suhteessa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuntohoitaja osoitti toiminnallaan myös aitoa välittämistä, huolen-

pitoa, inhimillisyyttä ja empatiaa potilaita kohtaan. Tämä tulos saa tukea Ramosin (1992) tutkimuksesta.

Kertomansa mukaan, kuntohoitaja ei ollut ammatillisessa koulutuksessa saanut valmiuksia mielenterveystyöhön. Myös opetussuunnitelmien oppikurssien tavoitteiden analyysi osoitti, että kuntohoitajien koulutus ei ole antanut riittäviä valmiuksia mielenterveyden/mielenterveysongelmien ja -häiriöiden osalta. Sen sijaan vuorovaikutustaitoihin koulutus on, opetussuunnitelmien analyysin mukaan, antanut valmiuksia. Kyetäkseen toimimaan mielenterveystyössä, kuntohoitaja on aktiivisesti kehittänyt itseään ja ammattitaitoaan osallistumalla säännöllisesti työnohjaukseen, hankkimalla erilaista tietoa ja koulutusta mielenterveyden ja psyykkisten sairauksien osalta. Myös hänen positiivisella asenteellaan ja käyttäytymisellään mielenterveysongelmaisia potilaita kohtaan, persoonallisuudellaan, elämänkokemuksellaan ja pitkällä työkokemuksellaan psykiatrisesta hoitotyöstä, on merkitystä siihen, että hän saavutti erittäin hyviä tuloksia potilaiden kanssa. (vrt. Åstedt-Kurki 1992, 123, vrt. Svennevig 2003).

Potilaiden hyvien kokemusten vuoksi hieronta tulisikin ottaa yhdeksi psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmäksi, antamaan hoitohenkilöstölle uusia välineitä tukea potilaiden terveitä osa-alueita. Potilaiden kokemusten perusteella voidaan lisätä hoitohenkilöstön tietoutta ja ymmärrystä hieronnan tuottamista tunnekokemuksista ja nimenomaan kosketuksen tärkeydestä psykiatriselle potilaalle.

9. 2. 2. Hieronnan merkitykset psykiatrisille potilaille

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että hieronta on auttamismenetelmä, jonka avulla voidaan lisätä psyki-

atristen potilaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Hieronnan merkitykset psykiatristen potilaiden fyysisen toimintakyvyn lisääntymisen kannalta olivat tässä tutkimuksessa tärkeitä näkökohtia kipu- ja särkytilojen helpottuminen ja niihin käytettävien lääkkeiden käytön väheneminen. Tulos on samansuuntainen Puustijärven ym. (1990), Brattbergin (1999), Launsonin ym. (1999) ja Preyden ym.(2000) hieronnan kipua poistavien tutkimustulosten kanssa. Kun hierontahoito alkoi tuottaa tuloksia, potilaiden kokonaistoimintakyky lisääntyi, ja he alkoivat huolehtia itsestään konkreettisella tavalla. Potilaista kaksi kiinnostui oman terveytensä ylläpitämisestä huolehtimalla hygieniastaan. Tämä on merkityksellinen tulos, sillä etenkin pitkäaikaispotilaiden hygienian hoito on puutteellista (Ojanen 1986, Nojonen 1989, 1990, Nikkonen 1993). Fyysisen toimintakykyisyyden lisääntyminen ilmeni myös elinvoimaisuuden, liikunnan ja kuntoilun lisääntymisenä. Liikunnan määrällä ja psyykkisellä hyvinvoinnilla on selvä yhteys eri tutkimusten (Ojanen 1994, Graff & Landers 1998, Ylen & Ojanen 1999) mukaan. Useiden tutkimusten mukaan myös depressiosta kärsiville potilaille liikunnalla on oireita helpottava vaikutus sekä positiivinen vaikutus mielialaan, itsetuntoon ja minäkäsitykseen. (Stewart ym. 1994, Ritter & Low 1996, Martinsen ym. 1997, Graft & Landers 1998, Martti 2000, Enäkoski 2002).

Tulosten perusteella näyttää siltä, että hieronta toi esille myös potilaiden psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat sisäiset voimavarat. Psyykkisen toimintakyvyn lisääntyminen ilmeni potilaille epämukavien tunteiden, kuten ahdistuneisuuden, tuskaisuuden, levottomuuden, pelkojen ja jännittyneisyyden vähenemisenä tai helpottumisena. Potilaiden tunne - elämän muutokset tulivat esille levollisuutena, toiveikkuutena, optimistisuutena, tyytyväisyytenä, itsetunnon kohoamisena, motivoitumisena, keskittymiskyvyn lisääntymisenä, kehonkuvan hyväk-

symisenä ja huumorin käyttämisenä. Nämä ilmenivät yksittäisinä eri potilaiden kohdalla. Lisäksi kaikkien potilaiden kohdalla voitiin havainnoida hieronnan lisänneen rentoutuneisuutta, rauhoittuneisuutta ja hierontaa sitoutumista. Tämä tulos saa tukea Longworthin (1982) tutkimuksesta. Erityisesti hieronta kohotti psykiatristen potilaiden mielialaa. He olivat virkeämpiä ja reippaamman oloisia hierontahoidon jälkeen. Svennevig (2003) on saanut samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan kosketukseen perustuvien hoitojen käytöstä hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä. Tämä tulos on myös samansuuntainen kuin Faustmanin (1990), Sunshinen ym. (1996) ja Fieldin ym. (1996, 1997b) tutkimuksissa, joiden tutkimusten mukaan hieronta kohottaa mielialaa, vähentää ahdistusta ja masennusta.

Kun terveydentila hierontahoidon tuloksena hieman koheeni, potilailla alkoi esiintyä myös toiveikkuutta, tulevaisuuden haaveita ja elämään suuntautumista, joka tuli esille kahden potilaan ammatin harjoittamisen ajatuksena. Tämä tulos on samansuuntainen kuin Miettisen (1994) tutkimuksessa, jossa psykiatriset potilaat arvioivat henkilökunnan toimintojen ja käyttäytymisen hyödyllisyyttä. Merkittävimmäksi nousi se, että henkilökunta sai potilaan tuntemaan toivoa. Samoin toiveikkuudesta, selviytymisen tunteesta ja kiinnostuksen osoittamisesta terveytään ja paranemistaan kohtaan kertoo se, että yksi potilas halusi vähennettävän lääkkeitään hierontajakson alussa. Huomionarvoista on, että lääkkeiden vähentäminen ei omahoitajien mukaan kuitenkaan huonontanut potilaan psyykkistä tilaa. Tämä kuvaa hieronnan myönteistä merkitystä potilaan psyykkiseen toimintakykyyn ja psyykkisten voimavarojen esiin tulemiseen. Tämä tulos saa tukea lääkehoidon osalta Enäkosken (2002) tutkimuksesta, jossa selvitettiin masennuslääkkeiden käyttäjien kokemuksia masennuksesta, masennuksenaikaisesta elämäntilanteesta ja masennuslääkityksestä. Enäkosken (2002, myös

Martti 2000, 86) tutkimuksen mukaan sosiaalinen tuki on oleellinen masennuksesta selviämiselle ja masennuslääkkeillä ei kyetä ratkaisemaan masentuneen keskeisimmiksi kokemia ongelmia. Tässä tutkimuksessa kuntohoitajan antama sosiaalinen ja emotionaalinen tuki olivat merkittäviä potilaiden hyvinvoinnille. Enäkosken tutkimuksessaan esittämä kysymys miksi masentuneelle tarjotaan masennuslääkettä eikä muita auttaviksi koettuja asioita, on aiheellinen. Masennuksesta ja muista mielenterveysongelmista kärsivien oireita voidaan tämän tutkimuksen tulosten mukaan helpottaa ja vähentää hieronnalla.

Yhden potilaan psyykkisen toimintakyvyn lisääntymistä ilmensivät myös tyytyväisyys ja optimistisuus sekä huumorin käyttö hierontatilanteissa. Tyytyväisyyden osalta tulos on samansuuntainen Männistön (1990, 26) leikkauspotilaan kokemuksia käsittelevän tutkimuksen kanssa. Tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyyttä aiheuttavat tekijät olivat yhteydessä jollakin tavalla hoitohenkilökunnan positiiviseen toimintatapaan. Potilaat kokivat hyvänä, jos hoitaja oli ystävällinen, hienotunteinen, rauhallinen, persoonallinen, lämmin ja luottamuksellinen. Myös Leino-Kilpi ja Vuorenheimo (1992, 21) ovat sitä mieltä, että jos potilas on kokenut hoitajan ominaispiirteet ja toimintatavan hyvänä, myös hoitotyön toteutus on koettu hyväksi. Huumorin osalta tämä tutkimus saa tukea Enäkosken (2002, 92) tutkimuksesta, jonka mukaan masennuksesta kärsivä potilas koki terveydentilansa kohentuneen huumorin palatessa elämäänsä. Tulokset saavat tukea myös Vartin (2000, 89) käsityksestä, että huumori ja huumoriin mukaan lähteminen edellyttää jonkintasoista luottamusta potilaan ja hoitajan välillä. Tutkimusten mukaan (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 48-49, Åstedt-Kurki & Liukkonen 1993, 180-181) potilaan ottaminen mukaan huumoriin viestii, että potilas ja hoitohenkilökunta voivat nauraa yhdessä ja olla ystäviä. Tämän tutkimuksen tu-

lokset osoittavat, että kuntohoitajalla ja kyseisellä potilaalla oli hyvä hoitosuhde.

Tulosten mukaan hierontahoito lisäsi potilaiden sosiaalista toimintakykyä tuoden takaisin sosiaalisia taitoja, joita olivat avoimuuden, luottamuksellisuuden, oma-aloitteisuuden ja aktiivisuuden lisääntyminen. Nämä hieronnan merkitykset oli havaittavissa kaikkien potilaiden kohdalla. Merkityksellinen tulos psykiatrisen hoitotyön kannalta on se, että potilaat kykenivät luottamaan kuntohoitajaan. Viitteitä oli myöskin siitä, että luottamus yleensä hoitoa kohtaan näytti lisääntyvän. Psykiatrisilla potilailla voi olla vaikeuksia luoda luottamuksellisia ihmissuhteita, johtuen kokemuksista, jotka ovat liittyneet erilaisiin epäluotettaviin, hankaliin ja toimimattomiin ihmissuhteisiin. Yksilöllisiä sosiaalista toimintakykyä lisääviä tekijöitä olivat seuraavat: kiinnostuksen herääminen muita ihmisiä, osaston toimintaa, käsitöitä ja liikuntaa kohtaan, kommunikoinnin lisääntyminen sekä eristäytymisen väheneminen. Hierontaprosessiin sitoutuminen tuli esille kaikkien potilaiden vapaaehtoisuuteen ja aktiivisuuteen perustuvana käyttäytymisenä sekä sääntöjen ja ohjeiden noudattamisena hieronnan suhteen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan näyttää siltä, että kuntohoitajan ja potilaiden välinen hyvä hoitosuhde oli hierontaan sitoutumista edistävä tekijä. Potilaille hierontahoito oli paikka jonne oli mukava mennä. Näyttää siltä, että tietoisuus odotettavissa olevasta hierontatapahtumasta lisäsi potilaiden aktiivisuutta, oma-aloitteisuutta ja sitoutumista, ja lisäsi siten myös päivittäisistä toiminnoista selviämistä ympäristön kanssa. Tutkimusten mukaan hoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutussuhteella ja myönteisellä hoitotilanteella (vrt. Toljamo 1998, 29) on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ja hoitotuloksiin. Erityisesti potilaiden tyytyväisyys kontakteihin ja vuorovaikutukseen näyttää tärkeältä. (Thorne 1990).

Potilaiden aktiivisuus, kuntohoitajan antama tuki ja hyvä yhteistyö mahdollistivat myös potilaiden osallistumisen omaan hoitoonsa. Kuntohoitajan ja potilaan väliseen hierontatapahtumaan liittyi Latvalan (1998) kuvaamia potilaslähtöisen hoitotyön elementtejä. Tämä tuli esille yhteistoiminnallisena toimintana hierontaprosessin eri vaiheissa. Positiivisena asiana onkin nähtävä potilaiden säännöllinen ja aktiivinen osallistuminen hierontaan. Tämä on tärkeä tulos, koska mielenterveysongelmista kärsiviä, ja etenkin pitkäaikaispotilaita, on vaikea motiivoida minkäänlaiseen toimintaan. Heidän voi myös olla vaikeata sitoutua hoitoon, koska takana on useita hylkäämiskokemuksia. (Välimäki ym. 2000, 65).

Keskustelu sosiaalisena toimintakykyisyytenä tuli esille kaikkien potilaiden kohdalla. Tulosten perusteella näyttää siltä, että kuntohoitajan hierontatapahtuman aikaiseen läsnäoloon liittyvä emotionaalinen tuki ja keskustelu lisäsivät potilaiden sosiaalisia voimavaroja. Heikkilän (1996, 263) mukaan ihmisillä on käytettävissään runsaasti enemmän voimavaroja kuin he itse aavistavatkaan. Ne saattavat olla piilossa odottamassa esiin pääsyä sopivan tilaisuuden tullessa. Rohkaistessaan potilaita esimerkiksi liikuntaan, kuntohoitaja auttoi potilaita löytämään omia voimavarojaan. Hän vastasi potilaiden tarpeisiin ja ymmärsi heidän tilannettaan. Samalla hän loi toivoa ja uskoa muutokseen ja selviytymiseen. Tämä antaakin aihetta pohtia sitä, pystytäänkö psykiatrisessa hoidossa vastaamaan potilaan erilaisiin tarpeisiin, kuinka hyvin ja millä menetelmillä? Ja kuinka hyvin nämä asiat voidaan avohoidossa ottaa huomioon, kun tiedetään avohoidon vähäiset henkilöstöresurssit?

Tutkimuksen tuloksissa huomio kiinnittyy kuntohoitaja - potilas – suhteeseen ja sen merkitykseen potilaille. Hoitosuhde oli tasavertainen, lämmin ja kunnioittava. Hierontatapahtuman aikana potilaat saivat toivoa elämäänsä, ja heitä ymmärrettiin ja

kuunneltiin. Salliva ja turvallinen ilmapiiri hierontatilanteessa vapautti potilaan ilmaisemaan ajatuksiaan ja tunteitaan. Potilaat saivat kuntahoitajalta sosiaalista tukea, joka vaikutti epäsuorasti terveyteen vähentämällä ahdistuneisuutta, tuskaisuutta jne., jotka puolestaan lisäsivät psyykkistä hyvinvointia. Eduksi tässä tilanteessa oli se, että suhde kuntohoitajaan oli läheinen ja luottamuksellinen. Tulosten perusteella näyttää siltä, että kuntohoitajan herkkyyks, avoimuus, lämpö ja auttamisen halu olivat myös olennaisia ja hieronta oli muutakin kuin sarja erilaisia hieromaotteita. Tulos on yhdensuuntainen kirjallisuudessa (Wood 1974, Blomqvist 2000) esitettyjen ajatusten kanssa siitä, että hieronta lisää luottamusta ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.

Elämänlaadun paraneminen on yhä tärkeämpi tavoite psykiatrisen potilaan hoidossa. Tästä syystä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmien valinnassa tulee lähteä yksilökohtaisesti siitä, mikä menetelmä olisi kunkin potilaan kohdalla mielekkäin ja paras ratkaisu. Lääkehoidolla on pitkät perinteet psykiatrisessa hoidossa ja osalle potilaita se on erittäin tärkeä, jopa ainut tapa helpottaa oireita ja pahaa oloa. Lääkehoito kuuluukin lähes automaattisesti potilaan alkuvaiheen hoitoon. Potilaita tulee kuitenkin kuunnella entistä enemmän oman sairautensa suhteen esimerkiksi siinä, millaista hoitoa he haluaisivat tai mitä kokemuksia heillä on erilaisista hoidoista ja niiden tuomasta avusta. Potilailla pitäisi olla myös erilaisia vaihtoehtoja valittavana hoitonsa suhteen. Mietitäänkö psykiatrisessa hoidossa sitä, mitä potilas odotti ja miten hänen hoitoaan koskevat toivomukset ja odotukset todella toteutuivat?

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hieronnan tuottamat positiiviset tunnekokemukset, mielihyvän ja hyvän olon tunteukset kohottavat psykiatrisen potilaan jokapäiväistä elämää ja edistävät mielenterveyttä. Esimerkiksi näistä syistä hierontaa olisikin pidettävä tärkeänä terapiana ja ehkäisevänä psykiatrisen

hoidon välineenä. Tulosten mukaan vaikuttaa siltä, että hieronta on täydentävä hoitomuoto parhaimmillaan, positiivinen tapa tehdä psykiatrisen potilaan olo mukavammaksi ja lievittää erilaisia oireita. Kosketus näyttelee kaikessa yksinkertaisuudessaan tärkeää osaa psykiatrisen potilaan paranemisprosessissa. Koskettaminen tuo hyvää oloa, läheisyyttä ja turvallisuutta, viestittää potilaalle hoitajan hyväksyntää, ja sitä, että hänestä välitetään. (Tutton 1991, 144-147). Tämä lisää luottamusta osapuolten välillä, vapauttaa potilaan ilmaisemaan ajatuksiaan ja tunteitaan ja edistää siten hoidon tuloksia.

Tämä tutkimus osoittaa, että hieronta on hyvä psykiatrisen hoitotyön vuorovaikutuksellinen auttamismenetelmä mm. sen vuoksi, että se mahdollistaa pitkän fyysisen ja psyykkisen vuorovaikutuksen potilaan ja hierontaa antavan henkilön välillä. Koskettaminen on paljon konkreettisempaa kuin keskustelu, jota pidetään virallisena hoitomuotona erilaisissa psykoterapi-oissa, ja jonka avulla saadaan hyviä tuloksia. Näin ollen kosketuksen ja psykoterapeuttisen keskustelun avulla voidaan saada erinomaisen hyviä tuloksia psykiatrisen potilaan hoidossa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että kehon avulla voidaan lisätä psykiatrisen potilaan hyvinvointia, niin miksi sitten kehoa ei käytettäisi hoitamisen kanavana? On muistettava, että kaikille hieronta ja koskettaminen ei kuitenkaan sovi. Esimerkiksi psykoottisille potilaille hierontaa ei suositella, koska heillä useimmiten on heikko käsitys rajoista, ja hieronta voi aiheuttaa hajoamisen tunteen. Tästä syystä kehon työskentely ei palvelisi heitä.

Tulosten perusteella tuli selviä viitteitä myös siitä, että mielialaa kohottavan vaikutuksen vuoksi hieronnalla voitaisiin auttaa masentuneisuudesta ja yksinäisyydestä kärsiviä. Samasta syystä hieronta soveltuu lähes minkä tahansa mielenterveysongelman ja -häiriön hoitoon, psykoosia lukuun ottamatta. Ren-

touuttavan ja rauhoittavan vaikutuksen vuoksi hierontaa voitaisiin käyttää fyysisten ja psyykkisten jännitys-, ahdistuneisuus-, tuska- ja pelkotilojen poistamiseen sekä rauhattomien ja aggressiivisten potilaiden hoitoon. Myös univaikeuksia voitaisiin helpottaa ja poistaa hieronnan avulla. Samoin kuin kehonkuvan hahmottamisessakin hieronnasta olisi hyötyä.

Tämän tutkimuksen mukaan hierontahoidon etuina voidaan nähdä, että hieronta lisää yhteenkuuluvaisuuden tunnetta, lähentää hierojan ja potilaan välistä suhdetta, ja auttaa siten hoitosuhdetta ja sen syntymistä. Hieronta mahdollistaa luontevan kosketuksen, jonka potilas hyväksyy. Tästä syystä hieronta olisikin hyvä keino esimerkiksi hoitosuhdetta luotaessa ja sen ylläpitämisessä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hierontaa voitaisiin käyttää auttamismenetelmänä myös siksi, että se edistää potilaslähtöistä, yksilöllistä hoitoa. Antaa hyvän mahdollisuuden potilaan ainutkertaisuuden huomioon ottamiseen, lisää potilaaseen keskittymistä ja hänen kuuntelemistaan omassa hoidossaan ja ongelmissaan. Hieronta myös tarjoaa vaihtoehtoja potilaiden hoitoon. Koskettamista psykiatrisen potilaan hoidossa ei pitäisi pelätä, sillä kosketus tuo laatua potilaan elämään.

Hierontaa psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä voitaisiin käyttää esimerkiksi integroimalla se muuhun hoitoon kuuluvaksi, ja katsoa kuka siitä hyötyy. Hierontaa voitaisiin käyttää myös kuntoutuksessa interventiona niin, että suunniteltaisiin hieronnan kuuluvan hoitoon. Avohoidossa hierontaa voitaisiin käyttää ennaltaehkäisevänä hoitona esimerkiksi antamalla omaisille, ystäville ja muille läheisille tietoa ja ohjausta hieronnan eduista, mutta ennenkaikkea kosketuksen merkityksestä. Hieronnan valinta auttamismenetelmäksi tulisi perustua potilaan lähtökohtiin, vahvuuksiin, toiveisiin, elämisenongelmiin, sairauden piirteisiin jne. hierontahoidon järjestäminen

auttamismenetelmäksi vaatisi kuitenkin sen, että hierontaa antava henkilö on saanut hierontakoulutuksensa lisäksi myös mielenterveydenalan koulutusta. Psykiatrisella hoitohenkilöstöllä on koulutuksensa perusteella vahva psykoterapeuttinen ammattitaito. Jos tähän pätevyyteen lisättäisiin hieronnan ammattitaito saataisiin todella tehokas menetelmä auttaa mielenterveysongelmaisia. Mielenkiintoista olisikin selvittää, miten esimerkiksi omahoitajat suhtautuvat ajatukseen hieronnan antamisesta hoitosuhteessa. Miten se vaikuttaisi omahoitaja - potilas – suhteeseen? Olisiko se hoitosuhdetta edistävä vai haittaava tekijä?

Tutkimuksen tulokset herättävät monia kysymyksiä. Tulokset osoittavat, että psykiatriset potilaat tarvitsevat kosketusta, mutta haluavatko hoitajat koskettaa potilaita? Haastattelujen mukaan potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen koskettaminen oli hyvin vähäistä. Onko hoitajien koskettamisen puute osoituksena hoitajan kykenemättömyydestä vai haluttomuudesta koskettaa potilaita? Onko hoitajien koskettamisen puute osoitus siitä, että he eivät pidä sitä tärkeänä? Ovatko koskettamisen esteet tiedostamattomia vai tietoisia valintoja? Pohtivatko hoitajat, mitä esteitä potilaiden koskettamiseen heissä itsessään on? Hoitotyöntekijöiden koskettamisen puutteeseen voi olla syynä esimerkiksi se, että koulutuksessa ei ole annettu tietoa kosketuksen merkityksestä. Toisaalta psykiatrisessa hoitotyössä voi olla kysymys myöskin siitä, että ei tarkalleen tiedetä sitä rajaa mikä on sopivaa, luontevaa ja oikein, koskettamisen suhteen. Toisaalta koskettamisen puute voi olla osoitus siitä, että hoitaja haluaa suojella itseään, omaa tunne - elämäänsä, säilyttää etäisyyden potilaaseen. Kun psykiatrisessa hoitotyössä pyritään lisäämään potilaan hyvinvointia kosketuksen avulla, on hoitohenkilöstön itsensä ensin tiedostettava kosketuksen merkitys potilaan elämänlaatuun ja hyvään oloon vaikuttavana voimavarana. Voitaisiinko psykiatrisessa hoitotyössä yhdessä poti-

laan kanssa miettiä hieronnan/kosketuksen käyttämistä potilaan elämäntilanteiden selvittämiseen?

Myönteisten voimavarojen esiintymisestä hierontahoidon tuloksena kertovat potilaiden kokemukset kokonaisvaltaisesta hyvästä olost, samoin kuin terveydentilan muutokset parempaan suuntaan. On kuitenkin vaikea selkeästi osoittaa, miten hieronta vaikutti potilaiden terveydentilaan. Hyvällä hoitaja – potilas - suhteella ja lääkehoidolla on oma merkityksensä psykiatrisen potilaan hoidossa ja paranemisprosessissa. Vaikka tämän tutkimuksen tulokset olivatkin positiivisia ja yhdensuuntaisia potilaiden kokemusten, omahoitajien ja kuntahoitajan haastattelujen ja havaintojen kanssa, tästä aiheesta on ehdottoman tärkeää tehdä lisätutkimuksia, että voidaan selkeämmin osoittaa hieronnan merkitykset psykiatrisen potilaan hyvinvointiin.

Potilaiden positiiviset hierontakokemukset ja toimintakyvyn lisääntymisestä saadut kokonaisuudessaan suhteellisen pientä edistymistä kuvaavat tulokset ovat kuitenkin kannustavia, koska ne osoittavat, että hieronta on menetelmä, joka tuo esille potilaan voimavarat, ja jota menetelmää voidaan käyttää psykiatrisen potilaan tukemiseen ja elämänlaadun lisäämiseen. Hyvän olon ja toimintakykyisyyden lisääntyminen luovat potilaille valmiuksia myös laitoksen ulkopuoliseen elämään niin, että he selviävät paremmin päivittäisistä arkielämän toiminnoista kuten, kaupassa käymisestä, itsestä huolehtimisesta jne. Ovat kiinnostuneita ja motivoituneita pitämään huolta yleiskunnostaan ja terveydestään. Pystyvät olemaan ihmissuhteissa, elämään tasapainoisempaa ja laadukkaampaa elämää, hallitsemaan paremmin elämäänsä, uskaltavat haketua harrastustoimintaan ja selviävät avohoidossa.

9. 2. 3. Koulutuksen kehittäminen ja haasteita täydenniskoulutukselle

Potilaiden hierontakokemukset ja hieronnan merkitykset psykiatrisille potilaille antavat haasteita ja perusteita hierojan ja lähihoitajan koulutuksen sisällölliselle kehittämiselle ja kuntohoitajien täydenniskoulutukselle. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että hieronnan ja mielenterveyden asiantuntemuksen yhdistäminen olisi ehdottoman tärkeää. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että sekä hierojien että lähihoitajien kuntoutuksen koulutusohjelmaan tulisi lisätä mielenterveyteen/mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin liittyviä tavoitteita, ja myös alan kliinistä opiskelua, koska se auttaa hoitotyöntekijää asennoitumaan ja suhtautumaan oikealla tavalla mielenterveysongelmista kärsiviin asiakkaisiin. Vaikka lähihoitajan kuntoutuksen koulutusohjelma antaakin perusvalmiudet mielenterveysasioihin, he kuitenkin tarvitsevat lisää tiedollisia ja taidollisia valmiuksia, että voisivat työskennellä mielenterveystyössä auttavalla tavalla. Sen sijaan mielenterveys/päihdetyön koulutusohjelman tulisi sisältää hieronnan opetusta ja kliinistä harjoittelua. Hieronnan ja mielenterveystyön asiantuntemuksen yhdistäminen antaisivat vahvan hoidollisen ammattitaidon, jota voitaisiin hyödyntää laaja-alaisesti avo- ja laitoshoidossa. Tällöin molemmat koulutukset vastaisivat enemmän tämän päivän työelämän haasteisiin. Ehdotusten uudistus lisäisi, syventäisi, laajentaisi ja monipuolistaisi hierojan ja mielenterveystyöntekijöiden osaamista. Samalla voidaan todeta myös, että hieronnan ja erityisesti mielenterveyden asiantuntemusta tarvitaan ja osataan kysyä jo monella alueella.

Koulutuksellisia haasteita muodostuu myös terveydenhuoltojärjestelmän kehittymisestä ja muuttumisesta. Nämä ovat muuttaneet sekä mielenterveystyöntekijöiden että hierojan am-

mattikuvaa; tehtäväkenttä ja työympäristö on yhä laaja-alaisempi sisältäen kansanterveystyötä, avo-/sairaalahoitoa, kotona työskentelyä jne. Edelleen nopea yhteiskunnan rakennemuutos, työelämänmuutokset sekä niihin liittyvät elämäntapamuutokset, kiire, stressi ja vaatimusten sekä pahoinvoinnin lisääntyminen ovat tehneet mielenterveyden asiantuntemuksen entistä tarpeellisemmaksi paitsi psykiatristen sairauksien hoidossa myös niiden ennaltaehkäisemisessä. Työn sisällön ja luonteen muuttuminen eri aloilla, etupäässä automaatio ja tietotekniikan kehittyminen ovat lisänneet ja tulevat entisestään lisäämään sekä hieronnan että mielenterveyden asiantuntijuuden tarvetta.

Hierojan ja lähihoitajan (kuntohoitajan) hoitotyössä korostuu terveyttä edistävä ja ylläpitävä, kuntouttava sekä sairauksia ehkäisevä toiminta. Terveyttä edistävällä hoitotyöllä pyritään auttamaan asiakasta eri elämäntilanteissa vahvistamalla esimerkiksi hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvän olon tunnettaan, inhimillistä kasvuaan ja ihmissuhteiden kehittymistä entistä myönteisemmiksi. Vaikka hierojia, lähihoitajia (kuntoutuksen koulutusohjelma) ja kuntohoitajia ei olekaan koulutettu nimenomaan mielenterveystyöntekijäksi, joutuvat he yleisen terveydenhoidon ja ohjannan yhteydessä kuitenkin ottamaan kantaa myös mielenterveyttä koskeviin kysymyksiin. Työelämässä olevat kunto-, lähihoitaja- ja hierojakoulutuksen saaneet toimivat terveydenhuollon lähes kaikilla erikoisaloilla, myöskin psykiatrisessa hoitotyössä, joten mielenterveyteen liittyvät asiat ovat keskeisiä heidän työssään.

Mielisairaus todettiin kansantaudiksi 1990-luvulla. Tämänhetkisen tilanteen mukaan sairautta voidaan sanoa kansantaudiksi sen laaja-alaisuuden ja määrältään suuren esiintymisen vuoksi. Kuitenkaan esimerkiksi hierojien koulutusohjelmissa (1995,1999) ei tätä asiaa ole huomioitu. Hierojien koulutus

muodostaa oman koulutuksen omine tavoitteineen. Nykyisin koulutus on kuitenkin suuntautunut enemmän terveydenhuoltoon, ja tästä syystä mielenterveyskysymykset ovat tärkeitä myös heidän koulutuksessaan.

Kunto-/lähihoitajat (kuntoutuksen koulutusohjelma) ja hierojat kuuluvat siihen ryhmään, jotka vaikuttavat potilaaseen/asiakkaaseen kehon kanavan kautta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kehoon vaikuttamalla vaikutetaan myös mieleen. Tästä syystä on tärkeää, että kyseisten ammattien edustajat hallitsevat sekä kehon että mielen alueen auttamismenetelmiä. Aiemmin mainittujen opetussuunnitelmien tarkastelun perusteella näyttää siltä, että edelleen on vallalla käsitys, että psykiatrisista häiriöistä ja mielenterveysongelmista kuuluu tietää vain alan erikoisopiskelijoiden eli psykiatristen sairaanhoitajien ja mielenterveystyöhön kouluttautuvien henkilöiden. Aihetta pohdiskeluun antaa se, miten hierojat kykenevät tunnistamaan, kohtaamaan ja lähestymään asianmukaisesti mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä, joita he työssään välttämättä kohtaavat? Millaiset valmiudet heillä on tähän asiaan ja millaiseksi he itse arvioivat koulutuksessa saamansa valmiudet? Tämä olisi mielenkiintoinen tutkimuksen aihe, sillä tänä päivänä ei kukaan terveys- ja sosiaalialan hoitotyössä työskentelevä voi olla kohtaamatta edellä mainituista ongelmista kärsiviä ihmisiä. Nykyisellään tilanne työelämässä olevien kunto- (1984, 1992) ja lähihoitajien (kuntoutuksen koulutusohjelma) (2001) sekä hierojien (1995, 1999) osalta on se, että heillä ei ole opetussuunnitelmien mukaan riittäviä tiedollisia eikä taidollisia valmiuksia kohdata mielenterveysongelmaisia ihmisiä. Heidän tulisikin tältä osin täydentää koulutustaan työelämän tarpeiden mukaisesti. Eräs keskeisimmistä haasteista- hieroja- ja lähihoitajakoulutuksen sekä kuntohoitajan täydenniskoulutukselle- liittyykin opetussuunnitelmien sisällölliseen kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat haasteita ja perusteluja erityisesti hierojan opetussuunnitelman kehittämiseen. Opetussuunnitelmien tarkastelun perusteella näyttää siltä, että hierojien opetussuunnitelmien laatijat ovat edelleenkin sitä mieltä, että hierojat eivät tarvitse mielenterveyteen ja psyykkisiin häiriöihin liittyviä valmiuksia, koska tavoitteita tähän aiheeseen ei ole asetettu. Onko ajateltu niin, että hierojien asiakkaina ovat vain mieleltään terveet ihmiset? Hierojien opetussuunnitelmissa esitetään hierojan työn olevan kokonaisvaltaista ja ihmisläheistä hoitamista. Kokonaisvaltaisesta hoitamisesta puhuttaessa ei voida unohtaa mielenterveyttä. Kun puhutaan kuntoutuksesta ja mielenterveyden häiriöistä silloin on erikoisen tärkeää huomioida se, että esimerkiksi hierojien ammattitaitoa voitaisiin tämän tutkimuksen mukaan hyödyntää erityisen hyvin myös mielenterveyden kuntoutujien kohdalla. Hierojilla opetussuunnitelmien mukaan on mahdollisuus saada koulutusta esimerkiksi urheiluhierontaan, eläintenhierontaan jne. Eikö olisi erikoisen tärkeää, tämän päivän työelämän haasteita ja tarpeita ajatellen, kouluttaa myös hierojia, jotka hallitsevat mielenterveyteen liittyviä asioita, tai mielenterveystyöntekijöitä, jotka hallitsevat hieronnan taidon?

Tämän tutkimuksen perusteella haasteita muodostuu myös terveydenhuoltoalan opetussuunnitelmien laatijoille. Terveys- ja sosiaalialan koulutuksissa opiskellaan paljon tarpeellista tietoa hoitamisesta ja muista tieteistä. Mutta alati kasvavan, osittain teknistyvän tiedon lisääminen koulutuksessa ei lisää opiskelijan valmiuksia hoitamisen perusidean inhimillisen ja empaattisen potilaan kohtaamisen osalta. Hoitotyö pohjautuu mm. myönteisiin asenteisiin asiakkaita/potilaita kohtaan, aitoon välittämiseen ja lähimmäisenrakkauteen (ks. Paldanius 2002). Hoitotyöntekijöiden on osoitettava lämpimiä tunteita potilaita kohtaan, jotta he pystyvät todistamaan olevansa aidosti kiinnos-

tuneita potilaista. Tähän esimerkiksi kosketus antaa erinomaisen hyvät mahdollisuudet. Onkin kysyttävä, miten edellämainituissa, ja yleensä terveydenhuoltoalan koulutuksissa, on huomioitu opiskelijan persoonallisuuden kehittämiseen ja kehittymiseen, omien tekojensa motiivien ja voimavarojensa arviointiin, itsetuntemukseen ja vuorovaikutukseen liittyvä opetus? Onko kosketukseen erillistä oppikurssia? Onko esimerkiksi vuorovaikutuksen opiskelu integroitu muihin oppiaineisiin, ja kuuluuko se koko koulutuksen ajan, jatkuvana opiskeluna opetuksen sisältöihin? Tuottaako terveydenhuoltoalan koulutus itsetunnoltaan ja ammatti - identiteetiltään vahvoja, tunne - elämäänsä tarkastelemaan kykeneviä hoitajia? Antaako koulutus mahdollisuuden monipuoliseen, avoimeen tunteiden ilmaisuun ja erilaisien tunnetilojen käsittelyyn? Onko tähän varattu riittävästi aikaa, ja miten se näkyy opetussuunnitelmien tavoiteasettelussa? Jos opetussuunnitelmaan kirjattaisiin esimerkiksi omana kursinaan, itsetuntemukseen ja kosketukseen liittyvät asiat, ne tulisivat paremmin huomioiduksi myös opetuksessa. Kysymys on siitä, millä tavalla opetussuunnitelmat ohjaavat opettajan opetusta? Onko se opetusta ohjaava asiakirja, jolloin annettavan opetuksen oletetaan noudattavan opetussuunnitelmien tavoitteita? Näin varmistetaan se, että opiskelija saa perustiedot niistä tiedoista ja taidoista, jotka ovat ammatillisen osaamisen kannalta keskeisiä. Oma kysymyksensä on myös se, miten kirjoitettu opetussuunnitelma toteutuu käytännössä?

Edellä mainittuihin aiheisiin liittyvien opintojen pitäisi kulkea punaisena lankana koko koulutuksen ajan niin, että ne integroitaisiin muihin oppiaineisiin. Tällöin opiskelija saisi mm. mahdollisuuden käsitellä niitä moninaisia vuorovaikutukseen ja potilaan/asiakkaan kohtaamiseen liittyviä tunteita, joita hoitotyö herättää. Terveys- ja sosiaalialan koulutuksen opetus-

suunnitelmiin pitäisi lisätä edellä mainittuihin asioihin liittyviä nykyistä huomattavasti enemmän.

10. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa psykiatristen potilaiden yksilöllisistä hierontakokemuksista ja hieronnan merkityksistä psykiatrisille potilaille. Koska tutkimusjoukko oli pieni, tuloksiin ja johtopäätöksiin tulee suhtautua varovaisesti, tuloksia on tarkasteltava suhteessa tutkimuskontekstiin eikä tuloksia voida yleistää.

Tuloksiin perustuen voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Hieronta tuottaa psykiatriselle potilaalle fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon kokemuksen. Keskeisin tekijä fyysisen hyvän olon kokemuksessa on kosketus.
2. Hieronta antaa psyykkisen hyvän olon kokemuksen rentouttamalla ja rauhoittamalla. Hieronta kohottaa mielialaa ja tuo positiivisia tunnekokemuksia.
3. Hieronnan tuottamalla luottamuksellisella ja hyvällä hoitosuhteella on merkitystä sosiaalisen hyvän olon kokemukseen. Keskeisimmät tekijät sosiaalisen hyvän olon kokemuksessa ovat keskustelu, hierojan persoonallisuus sekä empaattinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen potilaaseen.
4. Tutkimustulokset antoivat viitteitä siitä, että hieronnalla on merkitystä psykiatrisen potilaan kokonaisuus-toimintakykyyn. Keskeisimpiä fyysistä toimintakykyä lisääviä tekijöitä ovat kipu-, särky- ja jännitystilojen

helpottuminen, väheneminen ja poistuminen. Hieronta lisää potilaan päivittäisistä toiminnoista selviämistä, kuten auttamalla rauhalliseen uneen, lisäämällä elinvoimaisuutta ja liikuntaa, vähentämällä lääkkeiden tarvetta sekä lisäämällä hygienian hoitamista.

5. Hieronta lisää psyykkistä toimintakykyä tuomalla esiin potilaan psyykkisiä voimavaroja, rentouttamalla ja rauhoittamalla potilasta, motivoimalla toimintaan, lisäämällä toiveikkuutta, optimistisuutta, hierontaa/hoitoon sitoutumista sekä auttaa potilasta hyväksymään itsensä. Mielialan kohoamiseen hieronta vaikuttaa merkittävästi lisäten psyykkistä hyvinvointia.
6. Sosiaalista toimintakykyä hieronta lisää edistäen vuorovaikutussuhteita, harrastuneisuutta, omaaloitteisuutta, aktiivisuutta ja luottamuksen syntymistä hieroja - potilassuhteessa.
7. Hieronta välittää myös negatiivisia tunteita, voi aiheuttaa pahaa oloa ja kipua.
8. Hieronta on hyvä vuorovaikutuksellinen auttamismenetelmä psykiatrisen potilaan hoidossa.

11. JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET JA TULOSTEN KÄYTTÖ

Tutkimus tuotti uutta tietoa psykiatristen potilaiden kokemuksista hieronnasta ja hieronnan merkityksistä psykiatrisille potilaille. Potilaiden kokemukset hieronnasta olivat pääasiallisesti positiivisia. Hieronta lisäsi potilaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Näillä tuloksilla on merkitystä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmien sekä terveys- ja sosiaalialan koulutuksen kehittämisessä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Jatkotutkimuksissa on tärkeää selvittää isommalla potilasjoukolla, miten hieronta lisää psykiatrisen potilaan elämänlaatua.
2. Lisätutkimusta tarvitaan myös psykiatrisen potilaan hierontakokemuksista ja hieronnan merkityksistä psykiatriselle potilaalle isommalla potilasjoukolla.
3. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella jatkotutkimuksissa olisi tärkeää selvittää, voitaisiinko hieronnan opetus liittää lähihoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmaan ja voitaisiinko mielenterveystyön opetus liittää lähihoitajan kuntoutuksen koulutusohjelmaan sekä hierojan koulutukseen.
4. Mielenkiintoista olisi tutkia työelämässä olevien hierojien, kunto- ja lähihoitajien kokemuksia ja käsityksiä mielenterveysongelmaisista asiakkaista ja potilaista sekä sitä,

millaiseksi he arvioivat valmiutensa kohdata työssään mielenterveysongelmista kärsivä asiakas/potilas.

5. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa, alan koulutuksessa, työelämässä olevien hierojien kunto- ja lähihoitajien täydennyskoulutuksessa sekä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmien kehittämisessä.

6. Kunto-/ lähihoitajat, hierojat ja mielenterveystyöntekijät voivat käyttää tämän tutkimuksen tuloksia kehittäessään mielenterveysongelmaisiin kohdistuvaa hoitotyötä. Vaikka tämän tutkimuksen tulokset eivät olekaan yleistettävissä, ne voivat auttaa edellä mainittujen koulutusalojen työntekijöitä tiedostamaan omat koulutuksen tarpeensa tällä alueella.

12. ENGLISH SUMMARY

Massage is an old, appreciated treatment which has been practised in all cultures throughout history. It is difficult to point out exactly what the centuries old popularity of massage stems from. Traditional massage is pleasant, soothing, and relaxing. As the treatment is based on natural health care, it can be regarded as the most secure form of cure. The basis of massage is the human touch. Touching has significance for a man throughout his whole span of life, and it can mediate both positive and negative feelings. Traditionally, massage has been used to relieve physical aches and pains. It has not been applied in treating people with mental problems.

In mental care, force treatments have become less common as the pharmaceutical treatment with drugs has developed. Medicine treatment has even today an important role in easing symptoms of mental disorders, for example. Communicative treatment methods have recently gained a central role together with psychoanalysis, different psychotherapeutic schools, and approaches that are based on system theory. These treatments include for example individual, group, network, environment, action, and art therapies as well as therapeutic communities.

Mental problems and disorders are major health ailments in Finland today. They are the most common health-related causes of long-term unemployment and early retirement. At the moment, mental health care system would desperately need new treatment methods because the amount of mental problems and disorders is constantly increasing and they make now a serious national health problem. Psychiatric nursing system is at the moment unable to meet the demands that the growing number of new mental care cases makes.

In helping the mental patient, treatment with pharmaceutical drugs is most common, for example in treating depression. Drug treatment does not, however (Enäkoski 2002), today achieve the results that the proper handling of mental health problems would require. Drug treatment causes also side-effects which add even more to patients' discomfort. Therefore, mental health care methods should be developed. In addition to treatment with drugs, there should be alternative treatments available for people who suffer from mental problems or disorders. Primarily, we should inform the relatives, friends, acquaintances, and other people who are in close contact with these patients, of the alternative remedies that are available. Massage therapy in mental health care could be one solution to this problem, as massage can generate a feeling of well-being, intimacy, security, and trust as well as be a relaxing and soothing experience. Massage is a pleasant and safe treatment method without any side-effects.

This research stems from nursing science, but it is multidisciplinary by nature. The purpose of the research is to describe and analyse how mental patients experience massage and how massage affects the patient. The experiences and meanings of massage are approached from a tactile and communicative point of view. The aim of the research is to produce data which can be applied in psychiatric care, and in social and health care education.

Methodologically this is a qualitative case study, and it is based on research material which was obtained by theme interviews. The research data was collected by interviewing mental patients (5), their personal nurses (6), and a physiotherapist, by observations that the personal nurses and the physiotherapist made, and by studying patient records. In processing the research material, data, person, method and theory triangulation

was applied. The data was examined by inductive content analysis.

The fundamental reaction that the patients participating in this research had to massage, was the experienced well-being. This included mental, physical and social well-being. The most central element affecting the patients' physical well-being was the human touch. Massage relieved or cured physical pain, ache, anxiety and restlessness. The most important mental experiences were the patients' improved spirits, feeling of well-being and pleasure as well as a more balanced mood. All patients felt that massage was relaxing and soothing. Social well-being was created by confidential and positive treatment relationship where the most central factors were discussions, the personality and professionalism of the masseur. Negative aspects of massage included physical pain and the transmission of negative sentiments during the manipulation session.

Massage had clear significance to the patients' overall functional ability including physical, mental and social capacities. Physical capacities were mainly promoted by easing, lessening and removing pain, ache, anxiety and tension through massage. This contributed to patients' better control of their own daily life, for example by helping them to sleep more peacefully, increasing their vitality and physical activity, and reducing their dependence on drugs. Patients assumed better control of their own daily life, which was manifested in their increased attention to their own personal hygiene, for example.

Massage promoted the patients' mental capacity by making them calmer, more relaxed, less inhibited, more optimistic and hopeful. The patients grew also more committed to the massage sessions and got higher self-esteem. Massage had a positive impact on their own body image and ability to concentrate. Massage removed mental tension, anxiety, unrest, and fear, and

generated overall well-being. Massage improved the patients' spirits, which significantly contributed to their overall mental well-being. The impact of massage on the patients' social capacity was evidenced in increased activity, initiatives, confidence in the patient-therapist relationship, and improved communication with others.

The findings of this research can be applied in health care and social services. They can also be put to use in educating professionals in this field, in arranging complementary and continuing education for physiotherapists, nurses and masseurs, as well as in developing new treatment methods for mental health care.

13. LÄHTEET

- Achte', K. (1974) Satakolmekymmentä vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841-1971. Otava. Helsinki.
- Achte', K., Alanen, Y. O. & Tienari, P. (1982) Psykiatria meille kaikille. WSOY. Helsinki.
- Achte', K., Kivalo, E., Kauttu, K., Lahti, P. & Vuoripalo, T. (1989) 1897-1987. Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä. Suomen mielenterveysseura. Gummerus OY. Jyväskylä.
- Achte', K. Alanen, Y. & Tienari, P. (1990) Psykiatria 1. WSOY. Juva.
- Achte', K. Alanen, Y. & Tienari, P. (1991) Psykiatria 2. WSOY. Juva.
- Achte', K. (1992) Depressiosta voi päästä. WSOY. Porvoo-Helsinki-Juva.
- Alanen, Y. O. (1997) Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted Treatment. Karnac Books, London.
- Alaranta, T., Pohjolainen, T., Rissanen, P. & Vanharanta, H. (1992) Fysiatria. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Alasuutari, P. (1993) Laadullinen tutkimus. Tampere. Vastapaino.
- Ammattikasvatushallitus. (1984) Terveysthuollon Peruslinja. Kuntotohtajan koulutusammatti. Opetussuunnitelma. Helsinki.
- Arponen, R. & Airaksinen, O. (2001) Hoitava hieronta. WS Bookwell Oy.
- Arponen, R. & Valtonen, E. J. (1999) Hieronta hoitomenetelmänä. WSOY. Porvoo.
- Barnett, K. (1972) A survey of the current utilization of touch by health team personnel with hospitalized patients. International Journal of Nursing Studies, (9):195-209.

- Blomqvist, C. (2000) Aikuisen tehohoitoipotilaan kivun hoito. Teoksessa: Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivun hoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Blondis, M. N. & Jackson, B. E. (1988) Inhimillinen yhteys - sanaton viestintä potilaan kanssa. WSOY. Juva.
- Borelius, M. C. (1995) Olet synnyttänyt - huolehdi itsestäsi. WSOY. Porvoo.
- Brattberg, G. (1999) Connective tissue massage in the treatment of fibromyalgia. *EUR J Pain*, (3): 235-244.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1993) The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. W. B. Saunders Company. Philadelphia.
- Caan, P. & Read, N (1993) Irritable bowel syndrome. Mind body medicine, Consumer report Books. University of Sheffield.
- Chan, E., Smith, R., Lewin, T., Brinsmead, M., Zhang, H-P., Cubis, J., Thornton, K. & Hurt, D. Plasma corticotrophin - releasing hormone, B - endorphin and cortisol interrelations hips during human pregnancy. *Acta Endocrinologica* 128: 344.
- Clement, J. (1987) Touch. *AORN - Journal* 45 (6): 1429-1439.
- Corner, C., Crawley, M. & Hildebrand, M. (1995) Evaluation of massage on cancer patients. *International Journal of Palliative Nursing*.
- Denzin, N. K. (1994) Research Act in Sosiology. A Theoretical Introduction to Sociological Methods. Butterworths. London.
- Depression alueellinen hoito-ohjelma (1994) [http. www. epshp.fi/psy/dep. alue/depress. htm](http://www.epshp.fi/psy/dep_alue/depress.htm).
- Dyffy, M. E. (1987) Methodological triangulation: a vehicle for merging qvantitative and qualitative research methods. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 19(3): 130-133.

- Eastabrooks, C. A. (1989) Touch: A nursing strategy in the intensive care unit. *Heart – Lung - Journal of critical care*. July. Vol. 18 (4): 392-401.
- Eastabrooks, C. A. & Morse, J. M. (1992) Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advanced Nursing*. (17): 448-456.
- Enäkoski, M. (2002) ” Kun elämä satuttaa. ” Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 57. Sosiaalfarmasian laitos. Farmaseuttinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Eriksson, K. (1981) Vårdprocessen - en utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Tutkimuksia no: 94 Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos. Helsinki.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Farill, M. & Klopfenstein, C. B. (1991) Depression. Teoksessa: McFarland, G. K. & Thomas, M. D. (toim.) *Psychiatric Mental Health Nursing. Application of the Nursing Process*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 210-216.
- Faustman, W. O., Faull, K. F., Whiteford, H. A., Borchert, C. & Csernansky, J. G. (1990) CSF 5 - HIAA, serum cortisol, and age differentially predict vegetative and cognitive symptoms in depression. *Biological Psychiatry*, 27 (3): 311-318.
- Ferrel, A. T. & Glick, O. (1993) The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, (16): 93-101.
- Field, T., Morrow, C., Valdeon, C., Larson, S., Kuhn, C. & Schanberg, S. (1992) Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychology*, (31): 125-131.

- Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S., Richardson, S., Kuhn, C. & Schanberg, S. (1996). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, (19): 107-112.
- Field, T., Sunshine, W., Hernandez-Reif, M., Quintino, O., Schanberg, S., Kuhn, C. & Burman, I. (1997b) Massage therapy effects on depression and somatic symptoms in chronic fatigue immunodeficiency syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Immunodeficiency Syndrome*, (3): 43-51.
- Fontaine, K. & Fletcher, J. (1999) *Mental Health Nursing*, Addison Wesley, J. Longman. Inc. Menlo Park, California.
- Graff, L. L. & Landers, D. M. (1998) The Effects of Exercise on Clinical Depression and Depression Resulting From Mental Illness: A Meta - Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, (20): 339-357.
- Grant, I. Sweetwood, H. L. Yager, J. & Gerst, M. (1981) Quality of life events in relation to psychiatric symptoms. *Archives of General Psychiatry*. (38): 335-339.
- Hassinen, Ali-Azzani., T. (2002) Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopio.
- Haukkavaara, M-L. & Hyvärinen, P. (1996) Tiedonkulun ja koordinoinnin parantaminen yksilövastuisessa hoitotyössä anestesiayksikön teho-osastolla ja lastenosastolla. Teoksessa: Munnukka, T. & Kiikkala, I. Teoriaa käytännössä. Kirjayhtymä Oy. Tampere.
- Heidt, P. R. (1990) Openness: A Qualitative Analysis of Nurses' and Patients' Experiences of Therapeutic Touch. *Journal of Nursing Scholarship* 22 (3): 180-186.

- Heikkilä, A. (1996) Täydentävä hoito. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Heikkinen, E. (1990) Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma Ikivihreät projektissa. Teoksessa: Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky: Ikivihreät projekti. Osa 1. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1990: 1. Helsinki.
- Heinämaa, S. (1996) Ele, tyyli ja sukupuoli. Gaudeamus - kirja. Tampere.
- Helminen, M. & Kauttu, K. (1998) Ajankuvia mielenterveydestä. Mielenterveyslehti aikansa tulkkina, 1928-1995. SMS - julkaisut. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.
- Hernesniemi, A. (1995) Jäsenet paikalleen, paha veri pois. Kansanlääkintä terveydenhoidon kentässä. 2. Uudistettu painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hietala, J. (1998) Skitsofrenia varoittaa ennen puhkeamistaan. Hyvä Terveys (10): 55-58.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1988) Teemahaastattelu. (4.p.) Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirvonen, L. (1989) Soveltavaa fysiologiaa. Oulun yliopiston fysiologian laitos. Oulun yliopiston monistus- ja kuvakeskus. Oulu.
- Hogstel, M. O. (1985) Older widowers, A small group with special needs. Geriatric Nursing, 24-26.
- Hollinger, L. M. (1980) Perception of touch in the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 6 (12): 741-746.
- Howard, D. M. (1988) The Effects of Touch in the Geriatric Population. Phys Occupat The Geriatric, 6 (2): 35-50.
- Huckstadt, A. (1990) The Touch Instrument. In O. L. Strickland & C. F. Walts (eds.) Measurement of Nursing Outcomes.

- Volume Four Measuring Client Self - Care and Coping Skills. New York: Springer Publishing Company, 267-285.
- Hyypä, M. T. (1986) *Ruumiinkieli*. Otava. Keuruu.
- Hyvönen, S., Nikkonen, M. & Tuori, T. (2002) Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät, mahdollisuudet ja esteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (39): 208-221.
- Hämäläinen, J. (1987) Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen käsityötaitoon. Kuopion yliopiston julkaisuja, yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2. Kuopio.
- Ilmanen, K. & Voutilainen, T. (1982) *Jumpasta tiedekunnaksi*. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Ingham, A. (1989) A review of the literature relating to touch and its use in intensive care. *Intensive Care Nursing* (5): 65-75.
- Isohanni, M., Nieminen, P., Moring, J., Pylkkänen, K., Wienblad, I. & Spalding, M. (1992) Tahdosta riippumaton hoito - vapaudenriistoa vai välttämätöntä hoitoa. *Duodecim* 108 (2): 148-156.
- Isohanni, M., Larivaara, P. & Winblad, I. (1996) *Perusterveydenhuollon psykiatria*. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Isometsä, E. (1999) Masennustilat - uusi kansantauti. *Hyvinvointikatsaus*, (2): 11-13.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2001) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WS Bookwell Oy. Juva.
- Jodo, S. (1988) Effects of facial massage on spontaneous EEG, *Tohoku Psychologica Folia*,(47): 8-15.
- Jokinen, M. (2002) *Mielenterveys käsitteenä*. Teoksessa: Välimäki, M., Holopainen, A. Jokinen. *Psykiatrinen hoitoyömuutoksessa*. WS Bookwell Oy. Juva.

- Juuti, P. (1998) Ylemmät toimihenkilöt esimiehenä. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Kaila, M. (1966) Psykiatrian historia. Lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. WSOY. Porvoo.
- Kalimo, R. & Toppinen, S. (1997) Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kangas, I. (1999) Maallikoiden masennuskertomukset ja käsitykset. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti. (4): 345-355.
- Kankaanpää, M., Taimela, S. & Airaksinen, O (1999) Lumbar paraspinal spectral EMG in isoinertial loading: Reference change limits and the effects of active low back rehabilitation. Pathophysiology (5): 217-224.
- Karr, K. (1985) How to care for, comfort, and commune at the emotional level. Activities, Adaptation & Aging 7 (1): 51-76.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2000) Tunne itsesi suomalainen. WS Bookwell Oy. Juva.
- Kiikkala, I. (1991) Hoitotyö tarkoituksellisuutena toimintana. Väitöskirja. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Kiikkala, I. (1996) Masennus käsitteenä - Mielenterveyshäiriön opettajien laatiin määrittelyihin perustuva masennus - käsitteen sisällön tarkastelu ja alustava uudelleen määrittely. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Kirsta, A. (1999) Kuinka vapaudun stressistä. Opi rentoutumaan ja elämään positiivisesti. WSOY. Porvoo.
- Koivula, L. (1998) Skitsofrenia varoittaa ennen puhkeamistaan. Hyvä Terveys (10): 55-58.
- Koski, T. (2000) Liikunta elämäntapana ja henkisen kasvun välineenä. Filosofinen tutkimus liikunnan merkityksestä, esimerkkeinä jooga ja zen - budo. Cityoffset Oy. Tampere.

- Kostamo-Pääkkö, K. (2001) " Puheet avohoitopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä." - analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Acta Universitatis Lapponiensis 39. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Krieger, D. (1979) The Therapeutic Touch. How to Use Your Hands to Help or to Heal. New York: Prentice Hall Press.
- Krieger, D. (1987) Living the Therapeutic Touch. Healing as a Lifestyle. New York: Dodd, Mead & Company.
- Krieger, D. (1990) Therapeutic Touch : Two decades of research, teaching and clinical practice. Imprint 37 (3): 83-88.
- Kukkonen, R., Hanhinen, H., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L. & Helminen, P. (1997) Työfysioterapiaa. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. Hoitotiede, Vol. 11 (1): 5-9.
- Laatikainen, T. (1989) Endorfiinit. Duodecim (105): 813-816.
- Lahti, P. (1995) Mielenterveyden menu. WSOY. Porvoo.
- Laitinen, H. (1999) Näkökulma potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Hoitotyön vuosikirja. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Latvala, E. (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto ja psykiatrian klinikka. Oulun yliopistosairaala. Oulu.
- Latvala, E. (2001) Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksessa. Hoitotiede Vol. 13 (2): 100-103.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

- Launson, L., Brendstrup, E. & Arnberg, S. (1999) An exploratory study of reflexological treatment for headache. *Altern Ther Health Med.* 5 (3): 57-65.
- Lehtinen, V. (1991) Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, AL, 33. Turku.
- Lehtinen, V. (1996) Depression hoito perusterveydenhuollossa. Teoksessa: Isohanni, M., Larivaara, P. & Winblad, I. Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Leininger, M. (1994) Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Teoksessa: *Critical issues in qualitative research methods.* Toim. Morse, J. M. USA: Sage, 98-115.
- Leino-Kilpi, H. (1991) Kehittävän opiskelija - arvioinnin kokeilu terveydenhuoltoalalla. Loppuraportti 1. yleinen osa. Opetushallituksen julkaisusarjat. Raporttisarja 1/91. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Vuoreneheimo, J. (1992) Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 68. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Le May, A. C. & Redfern, S. J. (1989) Touch an Elderly People. In J. Wilson-Barnett & S. Robinson (eds.) *Directions in Nursing Research: Ten Years of Progress at London University.* London: Scutari Press, 11-18.
- Lepola, I. (1997) Kolme vuotta muutoksessa mukana: Toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. *Acta Universitatis Ouluensis, D 436.* Oulun yliopisto. Oulu.
- Levin, T. (1990) Stress induced in healthy volunteers. University of North Carolina. USA.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985) *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills. Ca: Sage.

- Lindvall, L. (1997) Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta. Acta Universitatis Ouluensis Medica. D 433. Oulun yliopisto. Oulu.
- Liukkonen, A. & Åstedt-Kurki, P. (1994) Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenettelmänä. Hoitotiede 6 (2): 51-56.
- Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. (1998) Synnytyskivun lievittäminen. Tammer-Paino oy. Tampere.
- Longworth, J. (1982) Psychological effects of slow stroke back massage in normotensive females. Advanced Nursing Science, 4, (4): 44-61.
- Lääkintöhallitus. (1987) Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kuntoutus. Hoitomalli. Lääkintöhallituksen julkaisuja 103. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Malmberg, L. (2000) Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa: Sailo, E. & Varti, A-M (toim.) Kivun hoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Martinsen, E. W. & Morgan, W. P. (1997) Antidepressant Effects of Physical Activity. Teoksessa: Morgan William (toim.) Physical Activity & Mental Health, 95-97.
- Martti, S. (2000) Hyvän mielen tiedotuskeskus - paikka, johon tulla. Arviointitutkimus tiedotuskeskuksen vaikuttavuudesta mielenterveyskuntoutujien elämään. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 35. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Matilainen, D. (1997) Ide'mönter i Karin Neuman - Rahns Livsgäring och Förvattarskap - en ide'historisk - biokrafis studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900 - talets första hälft. Åbo Akademi University Press, Åbo.
- Mattila, E. (2002) Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pien-

- yhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179. Yliopistopaino. Helsinki.
- Maxwell-Hudson, C. (1989) Suuri hierontakirja. WSOY. Helsinki.
- Mayland, E. L. (1992) Rosen menetelmä - tie eheyteen ja hyvinvointiin. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- McCann, K. & McKenna, H. P. (1993) An examination of touch between nurses and elderly patients in continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 18 (5): 838-846.
- McKehnie, A. A., Wilson, F., Watson, N. & Scott, D. (1983) Anxiety states, a preliminary report on the value of connective tissue massage. *Journal of Psychosomatic Research* (27): 125-129.
- McKenna, H. (1994) The essential elements of a practitioners' nursing model: a survey of psychiatric nurse managers. *Journal of Advanced Nursing* 19 (5): 870-877.
- McLean, M., Thompson, D., Zhang, H-P., Brinsmead, M. & Smith, R. (1994) Corticotrophinreleasing hormone and B-enkephalin labor. *European Journal of Endocrinology* (13): 167-172.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1971) Profile of Mood States, San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965) Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965 (19) 150 (699): 971-979.
- Mielenterveyslaki 14. 12. 1990/1116. Helsinki.
- Mielenterveysasetus 21.12. 1990/1247. Helsinki.
- Miettinen, S. (1991) Moniammatillinen työryhmä yliopistollisessa sairaalassa. Lisensiaatintyö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuslaitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

- Miettinen, S. (1994) Psykiatrisille potilaille kehitetty hoidon arviointimittari. Metodisen kokeilun alustavia tuloksia ja arviointia. Pohjois - Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 16. Kuopio.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994) Qualitative data analysis. Sage Publications. Thousand Oaks, California. USA.
- Moberg, S. & Tuunainen, K. (1989) Eryityspedagogiikan metodologinen perusta. Jyväskylä. Ateena.
- Munnukka, T. (1993) Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Mäkelä, K. (1995) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gummerus Oy. Saarijärvi.
- Männistö, E. (1990) Leikkauspotilaan kokemuksia hoidosta potilaan omasta näkökulmasta. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Naukkari, H. (1998) Mielitaudit. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Nielsen, A-L. (1989) Vauvahieronta. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Nikkonen, M. (1993) Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan elämäntilanne. Rajoituksia ja mahdollisuuksia avohoidossa. Dialogi Savonlinnan Kirjapaino. Savonlinna.
- Nikkonen, M. (1996) Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Acta Universitatis Oulensis Medica. D 381. Oulun yliopisto. Oulu.
- Nojonen, K. (1989) Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan sosiaaliset taidot - haaste hoitotyölle. Hoitotiede Vol. 1 (1): 31-35.
- Nojonen, K. (1990) Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Norberg, B. & Szil, P. (1993) Hierontaa jokapäiväisiin vaivoihin. WSOY. Juva.

- Ojanen, M. (1986) Pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen. Potilasseurannan alustavia tuloksia. Report 69. Psychiatria Fennican julkaisusarja. Psykiatrian tutkimussäätiö. Helsinki.
- Ojanen, M. & Sariola, E. (1986) Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Otava. Keuruu.
- Ojanen, M. (1994) Can the True Effects of Exercise on Psychological variables Be Separated from Placebo Effects? *International Journal of Sport Psychology*, 25 (1): 63-80.
- Ojanen, M. (1994) Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Liikuntatieteellisen Seuran moniste Nro 19. Helsinki.
- Oleson, T. & Flocco, W. (1993) Randomized, controlled study of premenstrual symptoms treated with ear, hand, and foot reflexology. *Obstetrics & Gynaecology* 82, (6): 906-911.
- Oliver, S. & Redfern, S. J. (1991) Interpersonal communication between nurses and elderly patients: refinement of an observation schedule. *Journal of Advanced Nursing*. 16, (1): 30-38.
- Opetushallitus. (1992) Kuntohoitajan opetussuunnitelma.
- Opetushallitus (1994) Ammattitutkintolaki 306/94
- Opetushallitus (1994) Ammattitutkintoasetus 308/94
- Opetushallitus (1995) Hierojan ammattitutkinto. Tutkinnon perusteet.
- Opetushallitus (1999) Hierojan ammattitutkinto. Tutkinnon perusteet.
- Opetushallitus (2001) Lähihoitajan opetussuunnitelma.
- Ormel, J., Oldehinkel, T., Brilman, E. & Van Der Brink, W. (1993) Outcome of depression and anxiety in primary care. A three - wave 31/ 2 - year study of psychopathology and disability. *Arch Gen Psychiatry* (50): 759-766.
- Paldanius, A. (2002) Lähimmäisenrakkaus hoitotyön koulutuksessa. Miten hoitoyön opiskelijat kuvaavat lähimmäisen-

- rakkautta koulutuksen ja työkokemuksen edetessä? Acta Universitatis Lapponiensis 45. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. (2000) Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 12 (1): 31.
- Parse, R., Coyne, A. & Smith, M. (1985) *Nursing Research Qualitative methods*. A prentice Hall Publishing Company. Bowie. Maryland.
- Partinen, M. (1991) *Unettomuus ja sen hoito*. Kouvolan Painotuote Oy. Recallmed Oy.
- Patience, D. A., McGuire., Scott, A. I. F. & Freeman, C. P. L. (1995) The Edinburgh primary care depression study. Personality disorder and outcome. *Brit J Psychiatry* (167): 324-330.
- Patton, M. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Sage Publications, London.
- Peloquin, S. M. (1989) Helping touch: the embodiment of caring. *Journal of Religion and Health*, 28 (4): 299-322.
- Pert, C. (1994) *Massage Therapy*. Journal, 33 (4): 64-72.
- Pert, C. (1997) *Molecules of emotion*. Simon & Schuster.
- Perttula, J. (1995) Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* (26): 39-47.
- Perttula, J. (2001) *Olenko onnellinen? Psykologista tunnustelua suomalaisen aikuisen onnellisuudesta*. PS - kustannus, Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Piirtola, O. (1995) *An Evaluative Deskription of Changes in a Comperhensive Psychiatric Treatment system*. University of Helsinki. Department of Psychiatry. Stakes. Research Reports 57. Gummerus. Jyväskylä.
- Pihlajaniemi, A. (1992) *Synnytyskipu ja kättilön toiminta synnytyskipun lievittämiseksi*. Pro-gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Oulu.

- Pohjola, A. (1994) Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänkulku toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Acta Universitatis Lapponiensis 5. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1993) Nursing research. Principles and Methods. J. B. Lippincott Company. Toronto. Philadelphia.
- Poutanen, O. (1996) Depressio terveyskeskuspotilailla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Pratt, J. W. & Mason, A. (1981) The caring touch. London: Heyden.
- Preyde, M. (2000) Effectiveness of massage therapy for sub-acute low - back pain: a randomized controlled trial CMA, J. 1815-1820.
- Puhakainen, J. (1999) Persoonan kieltäjät: Ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa. 2. p. Like. Helsinki.
- Puustijärvi, K., Airaksinen, O. & Pöntinen, P. J. (1990) The effects of massage in patients with chronic tension headache. Acup and Electrother Research, Int. J. Pergamon Press, (15): 92-97.
- Pylkkänen, K. (1994) The Finnish National Schizophrenia Project 1982–1992 - Is a Balanced Deinstitutionalisation Process Possible? In: Psychiatria Fennica, 25 Annual Volume.
- Quinn, J. (1984) Therapeutic Touch as energy exchange: Testing the theory. Advanced in Nursing Science 6 (2): 42-49.
- Quinn, J. (1988) Building the body of knowledge: Research on therapeutic touch 1974-1986. Journal of Holistic Nursing 6 (1): 37-45.
- Rajala, T. (1997) Työstressin tutkiminen kunnallisissa työyhteisöissä. Väitöskirjatyö. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Ramos, M. (1992) The nurse - patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing* (17): 496-506.
- Randolph, G. L. (1984) Therapeutic and Physical Touch: Physiological Response to Stressful Stimuli. *Nursing research* 33, (1): 33-36.
- Rauhala, L. (1988) Holistinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 25.
- Rauhala, L. (1989) Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS. Karisto oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.
- Rauhala, L. (1990) Humanistinen psykologia. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, L. (1992) Henkinen ihmisessä. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, L. (1993) Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. *Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta*. Vol.41. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Rautajoki, A. (1996) *Terapeuttinen kosketus*. Kirjayhtymä Oy. Tampere.
- Remland, M. S. & Jones. T. S. (1988) Cultural and Sex Difference in Touch Avoidance. *Perceptual and Motor Skills*, (67): 544-546.
- Rissanen. L. (1999) Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu*. Acta Universitatis Ouluensis Medica D 560. Oulun yliopisto. Oulu.
- Ritter, M. & Low, K. G. (1996) Effects of Dance/ Movement Therapy. A Meta - Analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (3): 249-260.
- Routasalo, P. (1993) *Kosketus vuodeosastolla olevan vanhuksen hoidossa*. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Turun yliopisto. Turku.

- Routasalo, P. (1999) Physical touch in nursing studies : a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 30 (4): 850.
- Saarinen, E. (1997) *Filosofia*. WSOY. Porvoo.
- Saarinen, S. (1998) *Täydentävät vaihtoehdot terveydenhoidossa*. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Salo, O. & Tuunainen, K. (1996) *Da Capo - alusta uudelleen. Kliininen psykologia*. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Salokangas, R. (1997) *Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan?* WSOY. Porvoo – Helsinki - Juva.
- Salokangas, R. K. R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A. & Saarinen, S. (2000) *Sairaalasta yhteiskuntaan. Seuranta-tutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen*. Raportteja Sosiaali - ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Gummerus Oy. Saarijärvi.
- Salonen, K. (1998) *Mielenterveys - kriisi ja sairaus. Hoitotyön vuosikirja*. Tammer - Paino Oy. Tampere.
- Sandler, R. (1993) *Effects of stress on the abdomen*. Mind Body Medicine. Consumer Report Books. University of North Carolina. USA.
- Sandelowski, M. (1994a) Focus on qualitative methods. Notes on transcription. *Research in Nursing & Health* (17): 311-314.
- Sandelowski, M (1994b) Focus qualitative methods. The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing & Health* (17): 479-482.
- Sane, T. (2000) *Aivolisäkkeen takalohko ja vesiainenvaihdunta*. Teoksessa: Välimäki, M., Sane, T & Dunkel, L. *Endokrinologia*. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Saresvaara, M. & Ojala, B. (2000) *Nivelten ja lihasten fysioterapia*. Gummerus Oy. Jyväskylä.

- Satulehto, M. (1992) Elämismaailma tieteiden perustana. Edmund Husserlin tieteen filosofia. Filosofisia tutkimuksia. Vol. XXXIII. Suomen fenomenologinen instituutti. Jäljennepalvelu. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Seppälä, H. (1997) Vaikuttavat viestit. Opas kehitysvammaisten mielenterveyden ja käyttäytymisen arviointiin. Kehitysvammaliitto ry. Tutkimus ja kokeiluyksikkö. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Silverman, D. (1993) Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. Sage Publications London. Thousands Oaks. New Delhi.
- Snyder, M. (1992a) Independent Nursing Interventions. (2nded.). New York: Delmar Publisher.
- Snyder, M. (1992b) Touch: Massage. Abstracts, First international nursing research conference, Human caring: Philosophy, ethics, politics. Tokyo, 10.
- Sosiaali- ja terveystietomus (1998) ([http:// WWW.un.fi / vn / stm / suomi / eho / julkaisut /sosteker](http://WWW.un.fi/vn/stm/suomi/eho/julkaisut/sosteker)).
- Spielberger, C. D., Gorusch, R. C. & Lushene, R. E. (1970) The State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stake, R. (1994) Case Studies. In Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds.) Handbook of Qualitative Research. Sage Thousand Oaks, 236-247.
- Stake, R. E. (1995) The Art of Case Study Research. Sage Publications. California. Thousands Oaks.
- Stevens, C. (1994) The psychological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. Complementary Therapies in Medicine (2): 27-35.
- Stewart, N. J., McMullen, L. M. & Rubin, L. D. (1994) Movement Therapy with Depressed Inpatients: A Randomized

- Multiple Single Case Desing. Archives of Psychiatric Nursing, (1): 22-29.
- Sunshine, W., Field, T., Quintino, O., Fierro, K., Kuhn, C., Burman, I. Schanberg, S. (1996) Massage therapy and transcutaneous electrical stimulation effects on fibromyalgia. Journal Clinical Rheumatology, (2): 18-22.
- Svennevig, H. (2003) Hyvän olon hoidot. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä. Acta Universitatis Tamperensis 949. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Syrjälä, L & Numminen, M (1988) Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 51/1988. Oulun yliopisto. Oulu.
- Syrjälä, L. (1994) Tapaustutkimus opettajan ja tutkijan työvälineenä. Teoksessa: Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. (toim.) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä. Rauma.
- Syvälähti, E. (1998) Skitsofrenia varoittaa ennen puhkeamistaan. Hyvä terveys (10): 55-58.
- Taipale, V. (1996) Mielekäs elämä. ([http:// www. stakes.fi](http://www.stakes.fi)).
- Taipale, V. (1998) Lasten mielenterveystyö. WSOY. Porvoo – Helsinki - Juva.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. (1999) Fysioterapia. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1984) Introduction to Qualitative Research Methods. John Wiley & Sons, Inc. New York.
- Thayer, S. (1986a) Touch: frontier of intimacy. Journal of Non-verbal Behavior 10 (1): 7-11.
- Thorne, S. E. (1990) Constuctive noncompliance in chronic illness. Holistic Nursing Practice (5): 62-69.

- Tiidus, P. M. (1999) Massage and ultrasound as therapeutic modalities in exercise-induced muscle damage. *Can. J. Appl Physiol*, 24 (3): 267-278.
- Tobiason, S. J. B. (1981) Touching is For Everyone. *American Journal of Nursing* (4): 728-730.
- Toljamo, M. (1998) Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. *Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis. Oulun yliopisto. Oulu.*
- Tontti, J. (2000) Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. *Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos. Oy Edita Ab. Helsinki.*
- Touch Research Institute (1996) The effects of massage on anxiety and depression levels and on immune function. *International Journal of Neuroscience. Vol. (84): 205-217. University of Miami School of Medicine, Florida. USA.*
- Tuori, T. (1994) Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10- vuotis arvioinnista. Raportteja 143. *Stakes. Gummerus Oy. Jyväskylä.*
- Tuori, T. (1996) Skitsofrenia ja perusterveydenhuolto. Teoksessa: Isohanni, M., Larivaara, P. & Winblad, I. *Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus Oy. Jyväskylä.*
- Tuori, T. (1999) Skitsofreniapotilaat ja palvelurakenteen muutos. *Hyvinvointikatsaus (2): 2-7.*
- Turunen, K. E. (1990) Ihmisen ymmärtäminen. *Gummerus Oy. Jyväskylä.*
- Tutton, E. (1991) An exploration of touch and its use in nursing. Teoksessa: McMahan, R & Pearson, A. (toim.) *Nursing as Therapy. Chapman & Hall. London, 142-169.*
- Tynjälä, P.(1991) Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus (22): 387-397.*

- Vahtera, J. & Pentti, J. (1995) Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 7. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Vallimies-Patomäki, M. (1998) Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Van der Riet, P. (1993) Effects of therapeutic massage on pre-operative anxiety in a rural hospital. *Australian Journal of Rural Health* (1): 11-16.
- Van Starten, M. (1990) Vaihtoehtolääkintä. Otava. Keuruu.
- Vartti, A-M. (2000) Kipu ja huumori - tragediasta komediaksi. Teoksessa: Sailo, E & Vartti, A-M (toim.) Kivun hoito. Tammer - Paino Oy. Tampere.
- Varto, J. (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampereen yliopisto. Jäljennepalvelu. Tampere.
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Vortherms, R. C. (1991) Clinically Improving Communication Through Touch. *Journal of Gerontological Nursing* 17 (5): 6-10.
- Vuori-Kemilä, A. (2000) Mielenterveys vuorovaikutusprosessina. Teoksessa: Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY. Porvoo.
- Vuorinen, R. (2000) Persoonallisuus & minuus. WSOY. Helsinki.
- Välimäki, M., Holopainen, A & Jokinen, M. (2000) Psykiatrien hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva.
- Watson, W. H. (1975) The meaning of touch: geriatric nursing. *Journal of Communication*, (6): 104-111.

- Weaver, D . F. (1990) Nurses Views on the meaning of touch in obstetrial nursing practice. *JOGNN* 19: (2): 157-161.
- Weber, R. (1984) Philosophers on touch. In *The Many Facets of Touch*. Johnson and Johnson Baby Products Company. (7): 3-12.
- Weinberg, R., Jackson, A. & Kolodny, K. (1989) The relationship of massage and exercise to mood enhancement. *Sports Psychologist*, (2): 202-211.
- Weiss, S. J. (1979) The language of touch. *Nursing Research* 28 (2): 76-80.
- Weiss, S. J. (1992) Measurement of the sensory qualities in tactile interaction. *Nursing Research* 41 (2): 82-86.
- Werners, R., Pynsent, P. B. & Bulstrode, C. J. (1999) Randomized trial comparing interferential therapy with motorized lumbar traction and massage in the management of low back pain in a primary care setting. *Spine* 24 (15): 1579-1584.
- Wharton, A. & Pearson, A. (1988) *Nursing and Intimate Physical Care- the key to Therapeutic Nursing*. Teoksessa: A. Pearson (toim.) *Primary Nursing. Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units*. London, New York: Chapman and Hall, 117-123.
- Whitehead, W. (1993) *Gut feelings; stress and the G .I. tract*, John Hopkins University School of Medicine, *Mind Body Medicine*. Consumer Report Books.
- Wood, E. (1974) *Beard's Massage. Principles and Tecniques*. W. B Saunders Company, Philadelphia.
- Yin, R. K. (1993) *Applications of Case Study Research*. *Applied Social Research Methods Series 34*. Newbury Park, California: Sage.

- Yin, R. K. (1994) Case Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods Series 5. Newbury Park, California: Sage.
- Ylen, H. & Ojanen, M. (1999) Liikunta on hyväksi jos siltä tuntuu. Liikunta mielenterveyspotilaiden avohoidon tukena - projekti. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 145. Pain Media Oy. Helsinki.
- Åstedt-Kurki, H. (1992) Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A vol. 349. Tampereen yliopisto. Tampereen pikakopio. Tampere.
- Åstedt-Kurki, H. & Liukkonen, A. (1993) Huumori hoitotyössä " Imeläpussi leuan alla on hyvä elää." Hoitotiede 5 (4): 178-183.
- Åstedt-Kurki, P. (1994) Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede (6): 2-7.

14. LIITTEET

Liite 1. Potilaiden teemahaastattelu

Liite 2. Omahoitajien teemahaastattelu

Liite 3. Kuntohoitajan teemahaastattelu

Liite 4. Havainnointilomake hoitohenkilöstölle

Liite 5. Mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja –häiriöön liittyviä tavoitteita kuntohoitajan ja hierojan opetussuunnitelmien oppikursseissa

Liite 6. Vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyviä tavoitteita kuntohoitajan ja hierojan opetussuunnitelmien oppikursseissa

Liitetaulukko 1. Mielenterveyteen/mielenterveysongelmaan ja –häiriöön liittyvien tekijöiden ilmeneminen: oppikurssi, koulutusala, vuosi ja laajuus

Liitetaulukko 2. Vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyvien tekijöiden ilmeneminen: oppikurssi, koulutusala, vuosi ja laajuus

LIITE 1/1 Haastattelujen teema - alueet

POTILAIDEN TEEMAHAASTATTELU

1. Taustatiedot

Ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, ammatti, asuminen.

2. Terveystila

Kuinka kauan olet kärsinyt mielenterveysongelmista, joiden vuoksi tulit sairaalahoitoon?

Minkälaisista mielenterveysongelmista olet kärsinyt?

Mikä oli mielestäsi pääasiallinen syy siihen, että sinut otettiin osastolle hoidettavaksi?

Oletko aiemmin ollut hoidettavana mielenterveysongelmiesi vuoksi? Miksi? Missä?

3. Hoitotyön auttamismenetelmät

Minkälaista hoitoa olet saanut/saat ongelmiisi?

Mikä/mitkä hoitomenetelmä (t) on mielestäsi parhaiten auttanut ongelmiisi? Miten se on auttanut?

Minkälainen hoitosuhde sinulla on omahoitajasi kanssa? Perustele.

4. Hieronta

Oletko aiemmin saanut hierontaa mielenterveysongelmiisi? Millaista hierontaa? Missä? Millainen kokemus se oli? Kerro esimerkki.

LIITE 1/2

Kuinka kauan olet saanut hierontaa sairaalan kuntahoitajalta?

Millaista hierontaa?

Oletko osallistunut hierontaan säännöllisesti?

Miten olet kokenut hieronnan? Kuvaile tuntemuksiasi hieronnan aikana ja hieronnan jälkeen. Kerro esimerkki.

Ovatko mielestäsi mielenterveysongelmasi/oireesi helpottuneet saatuasi hierontaa? Miten? Kerro esimerkki.

Onko mielestäsi tapahtunut muutoksia terveydentilassasi saatuasi hierontaa? Millaisia muutoksia? Minkälaisissa asioissa? Kerro joku esimerkki.

Oletko oppinut jotakin uutta itsestäsi hierontajakson aikana? Mitä? Perustele.

Onko hieronnalla ollut vaikutusta sinun hyvinvointiisi yleensä? Millaisia vaikutuksia.? Kerro joku esimerkki.

Mikä mielestäsi hieronnassa on parasta? Miksi? Perustele.

Mitä huonoja puolia hieronnassa on? Perustele.

Mitä hierontahoito on sinulle merkinnyt? Perustele.

Millainen hoitosuhde sinulla ja kuntahoitajalla on? Perustele.

Millaisena koet kuntahoitajan ammattitaidon ja persoonallisuuden? Kerro esimerkki.

Miten kuntahoitajan persoonallisuus mielestäsi vaikuttaa hieronnan kokonaistulokseen? Perustele.

Keskusteletko kuntahoitajan kanssa hieronnan aikana? Mistä asioista keskustellette?

Millainen tunnelma/ilmapiiri mielestäsi hierontatilanteessa on? Kuvaile.

LIITE 1/3

5. Kosketus

Miltä kuntohoitajan kosketus tuntuu? Kuvaile

Miten olet hyväksynyt kuntohoitajan kosketuksen? Perustele.

Mitkä ovat sellaisia kehon alueita, joihin toinen ihminen saa koskettaa?

Mitä alueita tulisi välttää?

Onko kuntohoitajalla erilainen lupa koskettaa kuin muilla ihmisillä? Miksi?

Mitä kosketuksella voidaan ilmaista tai kertoa toiselle?

Ovatko omahoitajat/hoitajat halanneet tai hieroneet sinua?

Miltä em. kosketus on tuntunut? Kuvaile.

Milloin/miksi em. kosketus tuntuu erikoisen hyvältä? Perustele.

Milloin/miksi em. kosketusta tulisi välttää? Perustele.

Mikä on em. kosketuksen merkitys?

Voitko sinä koskettaa ja halata kuntohoitajaa/omahoitajaa/hoitajaa/toista potilasta? Perustele.

Onko kotonasi ollut tapana koskettaa tai halata toisianne?

Onko sinulla kokemusta toisen potilaan kosketuksesta? Miten olet kokenut em. kosketuksen? Kuvaile.

Onko sinulla ollut tapana koskettaa ystävien tai tuttavien kanssa?

Miten koet ystävien ja tuttavien kosketuksen?

Koskettaako omahoitajasi sinua? Miten koet omahoitajasi kosketuksen? Kuvaile.

LIITE 2/1

OMAHOITAJIEN TEEMAHAASTATTELU

1. Taustatiedot

Valmistumisvuosi, koulutus, työskentelyaika psykiatrisessa hoitotyössä, työtehtävä.

2. Hoitosuhde

Kuinka kauan olet tuntenut potilaan?

Onko potilas ollut aiemmin hoidossa tällä osastolla?

Mikä on ollut potilaan pääasiallinen syy hoitoon hakeutumiselle? (Diagnoosi)

Kuinka kauan olet toiminut potilaan omahoitajana? Luonnehdi omahoitajasuhdettasi.

Kosketatko/halaatko/hierotko potilasta? Miten potilas suhtautuu em. asioihin?

Miten potilaan mielenterveysongelmat ilmenevät? Kuvaile.

3. Hoitotyön auttamismenetelmät

Minkälaisia hoitomenetelmiä potilaan auttamiseksi käytetään?

Keskusteletko potilaan kanssa hänen hierontakokemuksistaan?

Mitä potilas kertoo hierontakokemuksistaan? Miten potilas suhtautuu hierontaan?

Oletko keskustellut potilaan kanssa heti hierontatilanteen jälkeen?

Millaiselta potilaan terveydentila on vaikuttanut?

Onko potilaan käyttäytyminen mielestäsi muuttunut hieronnan jälkeen? Miten? Kuvaile.

LIITE 2/2

Onko potilaan terveydentila mielestäsi muuttunut hieronnan vaikutuksesta? Miten? Kuvaile.

Onko hieronnalla ollut mielestäsi vaikutusta potilaan mielen-terveysongelmien/oireiden määrään ja laatuun? Millaisia? Kuvaile.

LIITE 3/1

KUNTOHOITAJAN TEEMAHAASTATTELU

1. Taustatiedot

Valmistumisvuosi, koulutus: tiedolliset ja taidolliset valmiudet mielenterveystyöhön, työskentelyaika psykiatrisessa hoitotyössä, työtehtävä.

2. Hoitosuhde

Kuinka kauan olet tuntenut potilaan?

Minkälainen hoitosuhde sinulla on potilaan kanssa? Kuvaile hoitosuhdetta.

Minkälaisia vuorovaikutustilanteet potilaan kanssa ovat? Kuvaile tilanteita.

Keskusteleeke potilas hierontatapahtuman aikana? Mistä potilas keskustelee?

Aloittaako potilas keskustelun?

Keskusteletteko potilaan kanssa hieronnasta?

3. Hierontatapahtuma

Kuinka kauan potilas on käynyt hieronnassa?

Kuinka kauan hieronta on kestänyt?

Onko potilas osallistunut säännöllisesti hierontaan?

Millainen oli potilaan ensimmäinen hierontakerta? Miten potilas käyttäytyi? Kuvaile potilaan alkutilannetta hieronnassa.

Miten potilas suhtautui/suhtautuu kosketukseen? Perustelee.

Koskettaako/halaako potilas sinua? Minkälaisissa tilanteissa?

Kuvaile tilanteita.

LIITE 3/2

Onko potilaan käyttäytyminen mielestäsi muuttunut hierontajakson aikana verrattuna lähtötilanteeseen? Miten? Kuvaile käyttäytymistä.

Ovatko potilaan mielenterveysongelmat/oireet mielestäsi helpottuneet hierontajakson aikana? Miten? Perustelee.

Onko potilaan terveydentilassa mielestäsi tapahtunut muutoksia hierontajakson aikana? Millaisia? Perustelee.

Kosketatko/halaatko potilasta muuten kuin hierontatilanteessa? Miten potilas suhtautuu em. asioihin?

Miten potilaan mielenterveysongelmat ilmenevät? Kuvaile.

LIITE 4/1

HAVAINNOINTILOMAKE HOITOHENKILÖSTÖLLE

Ohjeet

Pyydän sinua kirjaamaan havaintosi ja huomiosi hierontahoitoon osallistuvista potilaista/ asiakkaista yksilö-, ryhmä- ja yhteisöterapeuttisissa vuorovaikutustilanteissa, hierontatilanteissa sekä päivittäisten toimintojen yhteydessä. Havaintojen kirjaamiseen voit käyttää sairaalassa käytössä olevaa menetelmää tai oheista lomaketta. Kokonaisvaltaisen havainnoinnin lisäksi toivon, että kiinnität huomiosi oheisessa lomakkeessa mainittuihin tekijöihin.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että jokainen hierontaa saavien asiakkaiden hoitoon osallistuva hoitaja kirjaa omat havaintonsa ja huomionsa. Osuutesi on erittäin keskeinen ja jokainen tekemäsi havainto ja huomio on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeä.

Asiakas/potilas _____

Omahoitaja/hoitaja/kuntohoitaja _____

HIERONNAN MERKITYS PSYKIATRISEN POTILAAN /ASIAKKAAN TERVEYDENTILAAN JA KÄYTTÄYTYMISEEN

HAVAINNOT, HUOMIOT, TAPAHTUNEET MUUTOKSET,
PERUSTELUT

1. Masentuneisuus

2. Mieliala

LIITE 4/2

3. Omatoimisuus/aktiivisuus

4. Levottomuus/hermostuneisuus

5. Pelko- ja jännitystilat

6. Lääkkeiden käyttö

7. Ahdistuneisuus/tuskaisuus

8. Aggressiivisuus

9. Avoimuus/luottamuksellisuus

LIITE 4/3

10. Sosiaalisuus

11. Unettomuus

12. Fyysiset kipu- ja särkytilat

13. Muut ongelmat/oireet

LIITE 5/1 Mielen terveyteen/mielen terveysongelmaan ja – häiriöön liittyviä tavoitteita kuntahoitajan ja hierojan ope- tussuunnitelmien oppikursseissa

Mielen terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita

Mieltää terveyttä ylläpitäviä ja vaarantavia tekijöitä lisätäkseen valmiuksia toimia psyykkistä terveyttä edistävällä tavalla. (KH 1984)

Havaitsee mahdollisuuksia, jotka lisäävät mielen terveyttä edistäviä asenteita ja myönteisiä kokemuksia sosiaalisesta kanssakäymisestä. (KH 1984)

On tietoinen hieronnan fysiologisista ja psykologisista vaikutuksista. (H 1999)

Ymmärtää mielen terveyden osana terveyskasvatusta. (KH 1984)

On tietoinen tekijöistä, jotka tekevät ammatillisesta työympäristöstä kulttuuriympäristön ja tuntee ihmisen hyvinvointiin vaikuttavia ympäristön fyysisiä, psyykkisiä, esteettisiä ja sosiaalisia tekijöitä. (KH 1992)

Tunnistaa työssä esiintyviä työhygieenisistä, psyykkisistä ja fyysisistä kuormitustekijöitä. (KH 1992)

LIITE 5/2 Mielensterveysongelmaan ja -häiriöön liittyviä tavoitteita

Tunnistaa mielensterveyshäiriöitä ja niihin vaikuttavia tekijöitä. (KH 1984, 1992)

Pystyy ymmärtämään potilaan psyykkisen avun tarpeen ja tarvittaessa pyytämään asiantuntijan apua. (KH 1984)

LIITE 6/1

Vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyviä tavoitteita kuntohoitajan ja hierojan opetussuunnitelmien oppikursseissa

Hoitaja – potilas – suhteeseen liittyviä tavoitteita

Opiskelija ymmärtää ammatillisen vuorovaikutuksen rakentuvan luottamukselle ja pohtii luottamuksen syntyyn ja säilymiseen vaikuttavia tekijöitä. (KH 1984)

Hierojan ja asiakkaan/potilaan välinen hoitosuhde perustuu tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen ja molemminpuoliseen luottamukseen. (H 1999)

Ymmärtää fysioterapiatapahtuman kuntohoitajan ja potilaan välisenä vuorovaikutuksena, jossa kuntohoitajan tehtävänä on ohjata potilasta verbaalisin ja manuaalisin keinoin fysioterapialle asetettujen tavoitteiden suunnassa. (KH 1984, 1992)

Osa työssään hyödyntää erilaista vuorovaikutusta kuten verbaalista ja manuaalista ohjaamista sekä asentojen ja liikkeiden näyttämistä. (H 1999)

Ryhmässä toimiessaan kuuntelee toisia motivoivasti ja luo kannustavaa ilmapiiriä. (H 1995)

LIITE 6/2

Suulliseen ja kirjalliseen viestintään sekä kommunikaatioon liittyviä tavoitteita

Ymmärtää sosiaalsiin kontakteihin liittyviä suullisia ja kirjallisia viestejä, osaa vastata ja reagoida niihin. (KH 1992)

Hallitsee suullisen kommunikaation siten, että tulee ymmärretyksi ja ymmärtää kuulemansa keskeisissä kielenkäyttötilanteissa. (KH 1992)

Ymmärtää kielitaidon merkityksen työelämässä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä ja suhtautuu myönteisesti kielitaidon jatkuvaan kehittämiseen ja ylläpitämiseen. (KH 1992)

Oppii ilmaisemaan kokemuksiaan, havaintojaan ja tunteitaan taiteen keinoin. (KH 1992)

Osaa puhumalla ja kirjoittamalla ilmaista tietojansa, ajatuksiaan, tunteitaan ja elämyksiään luontevasti, selkeästi ja tilanteen kannalta tarkoituksenmukaisesti. (KH 1992)

Hierojan kommunikaatio on selkeää ja ymmärrettävää. (H 1995)

Harjaantuu kehittämään ilmaisuaan luontevasti ja selkeästi sekä rohkaistuu mielipiteensä ilmaisemiseen ja aloitteellisuuteen. (KH 1992)

LIITE 6/3

Vuorovaikutustaitojen harjoitteluun ja kehittämiseen liittyviä tavoitteita

Oivaltaa vuorovaikutustaitojen edellyttävän jatkuvaa taitojen kehittämistä ja harjoittelua. (KH 1984)

Saa valmiuksia kehittää ja soveltaa omia vuorovaikutustaitojaan eri-ikäisten ihmisten kanssa. (KH 1992)

Omaksuu positiivisen vuorovaikutuksen edellyttämät periaatteet. (KH 1992)

Osaa kuvata vuorovaikutustapahtuman ja ymmärtää siihen vaikuttavia tekijöitä. (KH 1992)

On selvillä vuorovaikutuksen lähestymistavoista ja tutkimusmenetelmistä. (KH 1992)

Eri tahojen kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyviä tavoitteita

Ymmärtää vuorovaikutuksen monitasoisena ilmiönä, joka on tunnistettavissa yksilöiden keskeisessä, yksilön ja yhteisöjen välisessä sekä yhteisöllisessä kanssakäymisessä. (KH 1984)

Hieroja osaa tarvittaessa toimia yhteistyössä kirjanpidon asiantuntijan kanssa. (H 1999)

LIITE 6/4

Hierojan asiakaspalvelu luo ja tukee pysyviä asiakassuhteita. (H 1999)

Hieroja on selvillä alan suomalaisista yhteistyöverkoista ja osaa hakeutua tarvittavaan yhteistyöhön. (H 1995)

Ymmärtää työryhmän jäsenenä yhteistyön merkityksen terveydenhuoltojärjestelmässä. (KH 1984)

Tuntee oman asemansa ja vastuunsa työyhteisössä ja kiinnostuu toimimaan yhteistyötä edistävällä tavalla. (KH 1992)

Työryhmässä toimiessaan hieroja sitoutuu noudattamaan yhteisesti tehtyjä sopimuksia. (H1995, 1999)

Yksittäisiä vuorovaikutukseen liittyviä tavoitteita

Mieltää sukupuolisuuden ilmenemismuotojen yhteyden ihmissuhteisiin. (KH 1984)

On selvillä kansainvälisen vuorovaikutuksen lisääntymisestä ja yksilöiden ja kansojen oikeuksista ja velvollisuuksista toisiaan kohtaan. (KH 1992)

Pyrkii omalla käyttäytymisellään edistämään lähiympäristön viihtyvyyttä ja rakentamaan positiivisia ihmissuhteita ryhmätyökurssia hyödyntäen. (KH 1984, 1992)

**LIITETAULUKKO 1. Mielen-tervey-
teen/mielen-terveysongelmaan ja -häiriöön liittyvien tekijöi-
den ilmeneminen: oppikurssi, koulutusala, vuosi ja laajuus**

OPPIKURSSI	KOULUTUSALA		VUOSI	LAAJUUS (OV)
	KH	H		
Hieronnan perusteet ja me- netelmät	-	+	1999	-
Keskushermoston taudit ja mielen-terveyden häiriöt	+	-	1984, 1992	0.5, 0.5
Kliininen lääketiede	+	-	1984	1.0
Psykologia	+	-	1984	1.0
Taide- ja ympäristökasvatus	+	-	1984	1.0
Terveyskasvatus	+	-	1984	1.5
Työterveys ja ergonomia	+	-	1992	1.5

LIITETAULUKKO 2. Vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyvien tekijöiden ilmeneminen: oppikurssi, koulutusala, vuosi ja laajuus

OPPIKURSSI	KOULUTUSALA		VUOSI	LAAJUUS (OV)
	KH	H		
Ensimmäinen vieras kieli	+	-	1992	1.5
Eri-ikäisten psykologia	+	-	1984	0.5
Fysioterapian johdanto	+	-	1992	1.0
Fysioterapian perusteet	+	-	1984	0.5
Hieronta	-	+	1995	-
Hieronta hoitotapahtumana	-	+	1999	-
Hieronnan perusteet ja menetelmät	-	+	1999	-
Hoitotapahtuma	+	-	1984	1.0
Itsenäinen ammatinharjoittaminen	-	+	1995,1999	-
Kansanterveystyön perusteet	+	-	1984	1.5
Ohjaus ja neuvonta	-	+	1995	-
Ryhmätyö	+	-	1984	1.0
Taide- ja ympäristökasvatus	+	-	1992	1.0
Terveyskasvatus	+	-	1984	1.5
Työikäisten fysioterapia	+	-	1992	6.0
Vanhusten hoito-oppi	+	-	1984	0.5
Vuorovaikutus	+	-	1984,1992	2.0, 1.0
Yleinen yhteiskuntatieto ja sosiaalipolitiikka	+	-	1992	1.0
Äidinkieli	+	-	1992	2.0