

Päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta



Karbov, Krista

2009 Otaniemi

Krista Karbov

Päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta

Vuosi 2009 sivumäärä 43

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta ja tuottaa näiden kokemusten kautta tietoa menetelmän käyttömahdollisuuksista päihdekuntoutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun Kriiseistä selviytyminen -hanketta yhteistyössä Kolmirannan hoitokodin kanssa. Kolmirannan hoitokodin asiakkaina ovat päihdekuntoutajat, joiden ensisijaisena päihteenä on alkoholi.

Opinnäytetyön empiirinen vaihe toteutettiin keväällä 2008. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla kolmelta päihdekuntoutujalta, jotka ennen haastatteluja osallistuivat kuusi kertaa fysioakustiseen rentoutushoitokeiluun. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin teoriasidonnaista sisällönanalyysimenetelmää.

Fysioakustinen rentoutushoito oli kaikille tutkimukseen osallistuneille uusi kokemus. Päihdekuntoutajat kokivat fysioakustisen rentoutuksen miellyttävänä, rauhoittavana ja kokonaisvaltaisesti hyvää oloa tuottavana. Rentoutuksen vaikutusten painopiste ja merkitys oli jokaisen tutkittavan kohdalla erilainen. Selvimmin tulivat haastatteluvastauksista esiin fysioakustisen rentoutuksen vaikutukset unen laatuun, kipujen kokemiseen ja väsymykseen. Rentoutus sessi-
on aikaiset kokemukset vaihtelivat selvästi ruumiillisista tuntemuksista kuntoutujia hämmen-
täviin mielensisäisiin kokemuksiin. Musiikilla oli kaikkien tutkittavien mielestä tärkeä rooli
rentoutumisen onnistumisessa. Hoitotilanne koettiin rauhallisena ja rentoutumista edistävä-
nä. Rentoutuksen kehittämisideana esitettiin asennon vaihtamisen mahdollisuutta session ai-
kana.

Tämän tutkimusten tulosten perusteella voi väittää, että fysioakustinen rentoutus on kokei-
lemisen kelpoinen keino päihdekuntoutujien hyvinvoinnin ja selviytymisen tukemisessa.

Asiasanat: alkoholismi, fysioakustinen menetelmä, kuntoutus

Krista Karbov

Intoxicant rehabilitants' experiences of physioacoustic relaxation

Year 2009 pages 43

The purpose of this qualitative thesis was to find out how intoxicant rehabilitants experience physioacoustic relaxation and to produce information about the possibilities of using the physioacoustic method in intoxicant rehabilitation. This thesis was a part of Laurea's Kriiseistä selviytyminen (Coping with crisis) -project and it was implemented in cooperation with Kolmiranta rehabilitation centre. The clients of Kolmiranta rehabilitation centre are intoxicant rehabilitants, whose main intoxicant is alcohol.

The empirical phase of the thesis was implemented in spring 2008. The data was collected by theme interviews from three rehabilitants, who had physioacoustic relaxation treatment six times before the interviews. The data was analyzed by abductive content analysis.

Physioacoustic relaxation was a new experience for all the interviewees. The rehabilitants described the experiences of physioacoustic relaxation as positive, calming and holistically promoting well-being. The meaning and the focus of the effects of physioacoustic relaxation was different for each rehabilitant. The main effects of physioacoustic relaxation were decrease of pain, improvement in the quality of sleep and decrease of tiredness. The experiences during the relaxation varied from clearly physical sensations to mental experiences, which were slightly confusing for the interviewees. All the interviewees pointed out that music had an important role in the relaxation. The treatment situation was described as peaceful and relaxation-promoting. A suggestion for developing the relaxation was to give the client a possibility to change position during the relaxation.

On the basis of the findings of this thesis it can be claimed that physioacoustic relaxation is a method that is worth trying in supporting the well-being of intoxicant rehabilitants.

Key words: alcoholism, physioacoustic method, rehabilitation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA.....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	9
	3.1 Päihteiden ongelmakäyttö ja päihderiippuvuus.....	9
	3.2 Päihdekuntoutus.....	10
	3.3 Kokemus ja sen tutkiminen.....	11
	3.4 Holistinen ihmiskäsitys.....	12
	3.5 Äänen terapeuttinen käyttö ja fysioakustinen menetelmä.....	13
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
	4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	16
	4.2 Tutkimusmenetelmät ja tiedonhankinta.....	16
	4.3 Tutkimuksen järjestelyt.....	19
	4.4 Aineiston analyysi.....	21
5	TULOKSET.....	24
	5.1 Aistikokemukset hoitotilanteessa.....	24
	5.2 Fysioakustisen rentoutuksen vaikutukset hyvinvointiin.....	26
	5.3 Hoitotilanteen arviointi ja kehittäminen.....	28
	5.4 Yhteenvetoa tuloksista.....	29
6	POHDINTAA.....	30
	6.1 Tulosten tarkastelu ja tutkimusmenetelmän arviointi.....	30
	6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi.....	33
	6.3 Opinnäytetyön hyödyllisyys.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET.....	39
	LIITE 1: Teemahaastattelun runko.....	40
	LIITE 2: Esittelykirje Kolmirannan hoitokodin asiakkaille.....	41
	LIITE 3: Tutkimuslupa-anomus.....	42
	LIITE 4: Haastattelusuostumus.....	43

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen, koska päihteiden liikkakäytöstä on kehittynyt Suomessa vakava kansanterveydellinen ongelma. Päihteiden käytöstä, päihdeongelmista ja päihdepolitiikasta on julkisuudessa paljon keskusteltu. Päihteistä aiheutuvien haittojen lisääntyminen on myös tiukentanut väestön yleistä suhtautumista päihteisiin (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17). Päihdekuntoutusta täytyy kehittää jatkuvasti, jotta se pystyisi vastaamaan asiakkaiden tarpeita mahdollisimman hyvin. Uusien menetelmien käyttöönotto on tärkeä osa tätä kehittämistyötä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta ja tuottaa näiden kokemusten kautta tietoa menetelmän käyttömahdollisuuksista päihdekuntoutuksessa. Työni kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun Kriiseistä selviytyminen -hankkeeseen. Opinnäytetyön liittäminen laajempaan hankkeeseen lisää työn vaikutavuutta työelämän kehittämiseen (Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohje. 2008). Olen pyrkinyt opinnäytetyössäni tuottamaan tietoa, jota voi käyttää hyväksi päihdekuntoutuksen kehittämisessä. Motivoitumista tämän opinnäytetyön toteuttamiseen on edistänyt henkilökohtainen kiinnostukseni päihdetyötä kohtaan. Mielestäni tietoa päihteistä ja päihderiippuvuudesta tarvitaan melkein kaikissa hoitotyön tehtävissä.

Fysioakustinen menetelmä on kehitetty Suomessa fysiologian, psykologian, lääketieteen ja elektroakustiikan asiantuntijoiden yhteistyönä (Fysioakustiikka. Next Wave Oy). Siinä käytetään hyväksi siniäänen terapeuttista vaikutusta. Siniääni kohdistetaan fysioakustisen tuolin sisään rakennettujen kaiuttimien kautta hoidettavan kehoon. Äänen tuottama värähtely vaikuttaa elimistössä syvärentouttavasti. (Ahonen 2000, 119 - 120.) Fysioakustinen tuoli on USA:n lääkintöhallituksen (FDA) rekisteröimä hoitoväline, jonka on todettu vilkastuttavan verenkiertoa, vähentävän lihasjännityksiä sekä lieventävän kiputiloja (Fysioakustiikka. Next Wave Oy). Fysioakustisen menetelmän osalta löytyy kirjallisuudesta viitteitä siihen, että vaikka menetelmää käytetään jo monilla terveydenhuollon osa-alueilla, on siitä vieläkin suhteellisen niukasti tutkimustietoa (Ala-Ruona 2003; Punkanen 2002).

Opinnäytetyön taustalla vaikuttaa tärkeimpänä teoriana holistinen ihmiskäsitys. Tämän teorian mukaan ihminen ymmärretään kokonaisuutena, jonka eri ilmenemismuotoja ovat kehollisuus, henkisyys ja situationaalisuus (Rauhala 1988; 2005). Muutos jossain tämän kokonaisuuden osassa saa aikaan muutoksia muissa osissa. Koska häiriö on kokonaisuuden toiminnassa, tulisi hoitaa koko ihmistä, eikä vain pelkkää häiriötä.

Olen käyttänyt opinnäytetyössäni laadullista tutkimusotetta, joten työn tavoitteena ei ole tuotteen löytäminen tai tilastollisen yleistettävyyden saavuttaminen. Tavoitteena on

tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää jotakin, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa (Vilkka 2005, 98). Pyrin välittämään lukijalle mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan tutkimushenkilöiden kokemuksista. Kokemusten tutkiminen on haasteellinen, mutta samalla myös mielenkiintoinen tehtävä. Hoitotyössä on oleellista ymmärtää kokemuksen merkitys, koska ihminen luo kokemuksensa kautta oman todellisuutensa ja tavoitteensa sekä toimii niiden mukaan (Ruisniemi 1997, 6).

Käytän työssäni jatkossa sanasta "fysioakustinen" lyhennettä "FA". Tutkimukseni empiiriseen osioon kuuluvasta FA rentoutushoitokokeilusta käytän tekstissä ilmaisua "FA rentoutus" tai "rentoutushoito", korostaakseni sitä, että kyseessä on juuri rentoutus FA tuolilla eikä terapeuttinen hoitomuoto. FA hoitoa voi antaa ainoastaan terapeutin pätevyyden omaava henkilö, ja silloin liitetään hoitoon myös terapeuttista keskustelua. Käytän raportin tekstissä kuitenkin myös ilmaisuja "hoitosessio", "hoitotilanne" ja "hoitokerta", jolloin sana "hoito" esiintyy sen laajemmassa merkityksessä.

Käsittelen raportissani ensin tutkielmani taustaan liittyvää. Luvussa 2. esittelen hankkeen kuvauksen ja päihdetilastollisen katsauksen lisäksi myös opinnäytetyöni mahdollistavaa työelämän yhteistyökumppania Kolmirannan hoitokotia. Kolmas luku sisältää tutkielmani aihepiiriin liittyvän kirjallisuuskatsauksen. Kerron siinä myös tarkemmin FA menetelmästä. Seuraavissa luvuissa esittelen työn toteutuksen ja tulokset. Luvusta 6. löytyy pohdintaa tuloksista ja tutkimusmenetelmän sopivuudesta sekä työn eettisyydestä ja luotettavuudesta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on osa ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoimintaa, mikäli se on osa laajempaa tutkimus- ja kehittämishanketta. Osana laajempaa hanketta yksittäisen opinnäytetyön vaikuttavuus työelämän ja alueen kehittämiseen kasvaa. Opinnäytetyössä voidaan parhaimmillaan tuottaa työelämästä ja sen kehittämisestä sellaista uutta tietoa ja osaamista, jonka avulla on mahdollista kehittää ja uudistaa työelämän osaamis- ja tietopohjaa. (Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohje. 2008.) Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen - tarkoitukseni on tuottaa tietoa, jota voi käyttää hyväksi päihdekuntoutuksen kehittämisessä. Pyrin tutkielmallani tuomaan esiin uutta tietoa sekä vahvistamaan jo olemassa olevaa tutkimusnäyttöä FA menetelmästä. Toteutan opinnäytetyöni Kriiseistä selviytyminen -hankkeessa, jonka virallisia yhteistyötahoja ovat mm. Syömishäiriökeskus, Espoon mielenterveysyhdistys, Miesten kriisikeskus, Espoon turvakoti ja Mannerheimin lastensuojeluliitto. Työni sopii aiheen puolesta tähän hankkeeseen, vaikka tämän opinnäytetyön mahdollistava työelämän yhteistyökumppani Kolmirannan hoitokoti ei kuulu tämän hankkeen varsinaisiin yhteistyötahoihin.

Kolmirannan hoitokodissa tarjotaan kuntouttavaa laitoshoidtoa ja asumispalveluja täysikäisille päihdeongelmasta kärsiville espoolaisille, joiden ensisijainen päihde on alkoholi. Kolmirannan hoitokodin, asuntolan ja tukiasuntojen toiminnan tavoitteena on katkaista päihdekierre, mahdollistaa riippuvuudesta irtipääsy ja motivoida asiakkaita työhön, harrastuksiin ja uudenlaiseen päihderiippuvuudesta vapaaseen elämäntapaan. (Kolmirannan hoitokodin toimintakerhotoimus 2006.)

Hoito-osastolla sekä asuntolassa on kummassakin 8 hoitopaikkaa ja tukiasunnoissa 6 paikkaa. Hoito-osastolle pääsyaatimuksena on katkaisuhuolto, katkon selvitys katkaisuhoidontarpeesta tai esim. yli viikon kestänyt sairaalahoito. Tämän lisäksi asiakkaan pitää ottaa henkilökohtaisesti yhteyttä hoitopaikkaan ja osallistua haastatteluun. Asuntolaan pääsyaatimuksena on päihdehoito ja asunnottomuus. Tukiasuntoihin siirrytään aina asuntolan kautta. (Kolmirannan hoitokodin toimintasuunnitelma vuodelle 2008.)

Hoitojaksojen pituudet Kolmirannan hoito-osastolla ovat 1 - 4 kk. Hoito-osastolla on päivittäin kaksi erilaista ryhmää. Aamuryhmät ovat kognitiiviseen ja voimavarakeskeiseen ajatteluun perustuvia keskusteluryhmiä ja iltapäivän ryhmät ovat toiminnallisia ryhmiä. Ryhmiä ohjaa aina kaksi työntekijää. Toiminnallisten ryhmien tavoitteena on aktivoida asiakasta liikkumaan, ilmaisemaan tunteitaan ja toteuttamaan itseään mm. taiteellisin keinoin. Hoitoon kuuluu kuukausittain kaksi retkeä, joiden tavoitteena on päihdeettömien kokemusten tarjoaminen asiakkaille, heidän aktivoiminen osallistumaan erilaisiin ryhmätoimintoihin sekä virkistäytyminen

nen. Retkien kohteita ovat esim. erilaiset museot, liikuntapaikat, päihdetyöhön liittyvät kohteet ja luonto. Tämän lisäksi asiakkailta on mahdollisuus osallistua akupunktioon. (Kolmirannan hoitokodin toimintasuunnitelma vuodelle 2008.)

Kolmirannassa on melko korkea hoitojen keskeyttämisprosentti, joka selittyy osittain asiakaskunnalla. Monet asiakkaat ovat pitkäaikaisia päihdehoidon asiakkaita ja ensikertalaisten osuus koko asiakaskunnasta on vain 41,6 %. Näistäkin asiakkaista lähes jokainen on ollut aikaisemmin päihdepalveluiden piirissä. (Kolmirannan hoitokodin toimintakertomus 2006.)

Kolmirannan hoitokoti aloitti verkostoitumisen lisäämisen ja sopivien yhteistyötahojen etsimisen vuoden 2006 lopulla (Kolmirannan hoitokodin toimintakertomus 2006). Verkostoitumalla pyritään löytämään mahdollisimman hyviä yhteistyötahoja, joihin asiakkaiden on mahdollista kiinnittyä hoidon jälkeen sekä luodaan toimivia suhteita muuhun palvelujärjestelmään. Yhteistyötä kehitetään esim. katkaisuhoidon, asumispalveluiden, työvoimapalveluiden, velkaneuvonnan ja asumispalveluiden kanssa. Muita yhteistyötahoja ovat mm. A-klinikka, Kalliolan Askel, Riihenaika, Laurea-ammattikorkeakoulu, DIAK Järvenpää, Espoon seurakunnat ja OMNIA. (Kolmirannan hoitokodin toimintasuunnitelma vuodelle 2008.)

Toimiville päihdehuollon palveluille on yhteiskunnassa tarvetta, koska päihteiden liikkakäyttö on Suomessa vakava kansanterveydellinen ongelma. Vuonna 2005 arvioitu alkoholin kokonaiskulutus oli 10,5 litraa alkoholia henkeä kohden. Alkoholin arvioidaan aiheuttavan vuosittain noin 3000 kuolemaa ja lähes kymmenkertaisen määrän sairaalahoitojaksoja. Osa alkoholinkäytön haitoista jää helposti tilastojen ulkopuolelle. Tällaisia ovat esimerkiksi vanhempien alkoholinkäytön heijastukset lasten elämään ja turvallisuuteen, tai monet alkoholin senioriväestölle aiheuttamat ongelmat. (Eskola 2007.) Vuonna 2006 työikäisten naisten ja miesten yleisin kuolemansyy oli alkoholisytyt (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17). Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutuksen kasvu pysähtyi vuonna 2006. Alkoholinkäyttö on yleistynyt erityisesti naisten keskuudessa. Huumausaineiden kokeilun yleistymisen on tasaantunut 2000-luvulla, mutta toisaalta ongelmakäyttäjien määrä on kasvanut. (Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma. 2007.)

Päihteistä aiheutuvien haittojen lisääntyminen on muuttanut myös kansan suhtautumista päihteisiin. Väestön alkoholiasenteet ovat tiukentuneet viime vuosina. Yhä suurempi osa suomalaisista tukee vallitsevia alkoholipoliittisia rajoituksia tai niiden tiukentamista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17.)

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Päihteiden ongelmakäyttö ja päihderiippuvuus

Päihteiksi määritellään aineet, jotka aiheuttavat aineen keskushermostovaikutuksista johtuvia korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Niitä käytetään nautinnon tai huumauksen saavuttamiseksi ilman terapeutista tarkoitusta. Päihteitä ovat alkoholi ja huumeet. Huumeisiin kuuluvat nikotiini, opiaatit, kannabistuotteet, hallusinogeenit (LSD), barbituraatit, bentsodiatsepiinit, joukko stimulantteja (amfetamiini, kokaiini ja kofeiini), jotkut tekniset liuottimet sekä eräät muut edellisten kaltaiset aineet. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110.)

Päihteiden jatkuvaa käyttöä voidaan pitää vakavana tunne-elämän ja mielenterveyden häiriönä, jossa päihde tarjoaa kanavan sisäisten ristiriitojen laukaisemiseen ja pahasta olostapakenemiseen. Tyypillistä on myös eräänlainen autistisuus, jolloin tunteita pystytään purkamaan vain juovuksissa ollessa. Päihteiden liiallista käyttämistä voidaan pitää myös epäsuorana itsestuhokäyttäytymisenä. Humanistis-eksistentiaalisiin terapioihin lukeutuvan logoterapian mukaan monet psyykkiset häiriöt johtuvat vastuun puuttumisesta, joka siten aiheuttaa elämän tarkoituksettomuutta. (Ahonen 2000, 279 - 280.)

Psykodynaamisen käsityksen mukaan jokainen ihminen pyrkii ylläpitämään eheää ja mielihyvänvänsävytteistä minäkuvaa, joka on erilaisten sisäisten ja ulkoisten vaatimusten ja uhkatekijöiden jatkuvan altistuksen kohteena. Keskeinen lähtökohta huumeita tai muita päihteitä väärinkäyttävän henkilön kohdalla on kyvyttömyys ylläpitää riittävän hyvää psyykkistä tasapainoa psyykkisen itsesäätelyn vajavuuksien vuoksi. (Granström & Kuoppasalmi 2003, 30 - 31.)

Ahosen (2000, 171) mukaan alkoholismia voidaan pitää psykofyysisenä sairautena, jolloin persoonallisuuden rakenteessa olevat ristiriidat lisäävät juomista ja saavat näin aikaan fyysistä ehdollistumista sairauteen. Kuten yleensä depressiivisellä ihmisellä, myös alkoholistin itsetunto on usein heikko ja hänellä on huono pettymysten, ahdistuksen ja kritiikin sietokyky, lyhytjänteisyyttä, mustavalko-ajattelua sekä voimakas hoivatuksi tulemisen tarve. Hän saattaa olla mieleltään herkästi haavoittuva. Päihteiden käyttö merkitsee hänelle mielihyvän saamista ja saattaa usein olla elämän ainoita tyydytyksen muotoja. Päihteet lievittävät aggressiota ja masennusta ja luovat illuusiota ahdistuksen ja jännityksen katoamisesta. Alkoholistilla on usein suuria ongelmia tunteiden ymmärtämisessä ja niiden ilmaisemisessa. Tunteisiin ei voi vaikuttaa muulla tavalla kuin juomalla ne unohduksiin. Monesti juominen kyllä halutaan lopettaa, mutta hyvät päätökset eivät saa aikaan konkreettista toimintaa. (Ahonen 2000, 279 - 280.)

Päihteiden käyttäjillä on lähes kaksi kertaa enemmän mielenterveysongelmia kuin muilla väestöryhmillä. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt, masentuneisuus ja itsetuhoisuus sekä erilaiset psykoottiset tilat. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 105.)

Päihteiden käyttö vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen monella eri tavalla ja se voi myös pahentaa perussairauksia. Koska alkoholi on yleisin päihde, sen somaattisia vaikutuksia on tutkittu paljon. Alkoholi vaikuttaa monella tavoin ihmisen aineenvaihduntaan, ja se voi vaurioittaa lähes kaikkia ihmisen elimiä. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa mm. maksan ja haiman sairauksia, lisää erilaisten syöprien riskiä, nostaa verenpainetta, lisää aivoverenkiertohäiriöiden riskiä ja voi johtaa aivovaurioihin. Useimpien huumeiksi luokiteltavien aineiden pitkäaikaiskäytön terveysvaikutuksista tiedetään vielä vähän ja tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 85 - 98.)

Päihderiippuvuus on krooninen, relapsoiva sairaus, jonka ominaispiirteitä ovat toleranssin kehittyminen sekä pakonomainen tarve saada päihdettä. Riippuvuuden vaikutukset heijastuvat ihmisen terveyteen kokonaisvaltaisesti. Päihderiippuvuuden käsitteeseen liittyvällä toleranssin käsitteellä tarkoitetaan yksilön päihteen kestokyvyn kasvamista ja päihteen vaikutusten vähenemistä toistuvilla nauttimiskerroilla. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110 - 111.)

Päihderiippuvuudesta voidaan puhua, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä eikä hän enää hallitse suhdettaan riippuvuuden kohteeseen. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. Fyysisessä riippuvuudessa elimistö on tottunut päihteeseen niin, että päihteiden puuttuminen aiheuttaa eriasteisia elintoimintojen häiriöitä, jotka ilmenevät vieroitusoireina. Psykkisessä riippuvuudessa päihteiden käyttäjä kokee päihteen ja sen vaikutuksen hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Sosiaalinen riippuvuus ilmenee ihmisen kiinnittymisenä sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa päihteiden käytöllä on keskeinen asema. (Sutinen, Partanen & Havio 2000, 31.)

3.2 Päihdekuntoutus

Kuntoutus jaetaan neljään alueeseen: lääkinnälliseen, kasvatukselliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen. Tavoitteena on kuntoutujan voimavarojen tukemisen kautta hänen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kokonaisvaltainen koheneminen. Päihdekuntoutuksessa ei käsitellä vain yksilön päihteidenkäyttöä vaan selvitetään koko hänen sosiaalinen elämäntilanteensa. Kuntoutumishoito voi olla joko avo- tai laitoshoidon. Yhteistä kuntoutuksille on se, että ne järjestetään mahdollisen vieroitushoidon jälkeen ja että ne kestävät yleensä vähintään neljä viikkoa ja pisimmillään useita vuosia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 171 - 172.)

Ongelmajuomisen lyhytaikainen keskeyttäminen on usein helpompaa kuin raittiuden tai kontrolloidun juomisen ylläpitäminen. Valtaosa hoidossa olleista käyttää alkoholia laitoshoidon seuraavana vuonna. Näin ollen retkahduksen ehkäisy on hoidon tuloksellisuuden kannalta oleellista. (Holmberg 2003, 215.) Toisaalta päihdeongelmasta toipuminen on kuitenkin useimmiten prosessiluonteista: päihteen käyttökaksoja esiintyy, mutta toipumisen myötä ne lyhenevät ja niiden aiheuttamat haitat vähenevät. Samalla pitenevät raittiit jaksot, joiden aikana tapahtuu sisäistä kasvua ja ulkoisten olosuhteiden muuttamista. (Sutinen, Partanen, Haviero, Mattila & Syysmeri 2000, 163.)

Kaikkein vaativin vaihe vaikeasti päihderiippuvaisen toipumisprosessissa on onnistuneen laitostokkaisuhoiton jälkeinen siirtyminen omaan asuinympäristöön. Onnistuneen kuntoutus- ja toipumisprosessin perusta on toimiva jälkihoito, johon kuuluu mm. vakaan asumisen ja toimeentulon turvaaminen, päihdeettömyyteen tukeva sosiaalinen turvaverkko, terapeutin, pitkäaikainen tuki ja mielekäs harrastus-, opiskelu-, oppisopimus- tai työtoiminta. (Sutinen ym. 2000, 164.)

3.3 Kokemus ja sen tutkiminen

Perttula (2005, 116 - 117) kuvailee kokemusta merkityssuhteena. Kokemus sisältää sekä tajuavan subjektin ja hänen tajunnallisen toimintansa että kohteen, johon tuo toiminta suuntautuu. Kokemuksen rakenne on juuri tämä suhde, joka liittyy subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi. Kotkavirran (2002, 16) mukaan kokemukset ovat voimakkaita elämyksiä, jotka vahvistavat tai joskus jopa muuttavat kokijan omaa identiteettiä.

Perttula (2005, 123) erottelee toisistaan neljä kokemuslaatua: tunteet, intuitio, tieto ja usko. Tunteet ovat kokemuksia, jotka ilmentävät ihmisen tajunnallista suhdetta aiheeseen niin välittömänä kuin se on ihmiselle mahdollista. Ne eivät vaadi muodostuakseen kieltä eivätkä käsitteitä. Intuition erottaa tunteesta siihen sisältyvä itsetiedostuksen kyky. Myös intuitio on kielellinen. Yritys kuvata intuitiota kielellisesti saattaa jopa kadottaa sen. Tieto rakentuu aiheesta, joka on ihmisen oman tajunnallisen rakennustyön tulos. Usko on tiedon lailla rakennettua ymmärtämistä ja saa aiheensa ideaalisesta elämäntilanteesta. (Perttula 2005, 123 - 133.)

Ihmistyössä kokemuksen tutkiminen on erittäin tarpeellista, koska se antaa tietoa auttamismenetelmien toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta. Ruisniemen (1997, 6) mukaan kuntoutus on onnistunut, jos asiakas kokee sen mielekkäänä ja merkityksellisenä. Asiakas itse on hoidon

päähenkilö, joka kokemuksensa kautta luo oman todellisuutensa ja tavoitteensa sekä toimii niiden mukaan. (Ruisniemi 1997, 6.)

Eksistentiaalisen fenomenologian näkökulmasta on tutkijan tavoitteena ymmärtää kokemuksellinen ilmiö sellaisena, kuin se on, ja kuvata se niin, että se säilyttää oman merkitysyhteytensä muuttumatta tutkijan merkitysyhteydeksi. Tutkijalta se edellyttää tietoista pyrkimystä ennako-oletuksettomuuteen ja pidättäytymistä teoreettisesta tutkimusasenteesta. (Lehtomaa 2005, 163)

3.4 Holistinen ihmiskäsitys

Rauhala (2005, 18) määrittelee ihmiskäsityksen empiirisen tutkimuksen kannalta seuraavalla tavalla: "sillä tarkoitetaan kaikkia niitä tutkimuskohdetta 'ihminen' koskevia edellyttämisiä ja olettamisia, jotka ovat mukana siinä vaiheessa, kun tutkija rajaa kohteensa, asettaa hypoteesinsa sekä valitsee menetelmänsä." Ihmiskäsityksen pitää ensisijaisesti paljastaa, millaisissa olemisen perusmuodoissa ihminen on todellistunut. Toisaalta sen pitää osoittaa, miten ihminen kuitenkin on kokonaisuus. Ihmiskäsityksen luonnehdinnan tulisi olla niin kattava, että se sulkee piiriinsä kaiken olennaisen ihmisestä. (Rauhala 2005, 18 - 22.)

Rauhala (2005, 32) esittää ihmisen ontologisen perusmuotoisuuden kolmijakoisena: tajunnallisuus eli psyykkis-henkinen olemassaolo, kehollisuus eli olemassaolo orgaanisena tapahtumana ja situationaalisuus eli olemassaolo suhteina todellisuuteen. Rauhalan (2005, 47) mukaan tämä on vain minimijäsennys, jota vähemmällä erittelyllä ei voida edes orientoitua ongelmaan, mitä ihminen on. Tämä perusjäsenitys on empiirisen ihmistutkimuksen kannalta erittäin tärkeä siksi, että se paljastaa problematiikkatyyppien peruslaatuisen erilaisuuden. (Rauhala 2005, 32 - 47.)

Rauhalan (1988, 195) mukaan on suhteellisen helppo ymmärtää kehollisuus ja tajunnallisuus ihmisen olemassaolon perusmuotoina, mutta situationaalisuuden ymmärtäminen on vaikeampaa. Kuitenkin vasta situationaalisuuden käsittäminen ihmisen yhtenä olemuspuolena tekee ymmärrettäväksi, miten elämäntilanne on esimerkiksi ihmisen terveyden ja sairauden osatekijä.

Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on aina toiminnallinen kokonaisuus, myös silloin kuin hänen olemassaolonsa eri ulottuvuudet otetaan huomioon (Rauhala 1988, 190). Ihmisen olemispuolet ovat yhdessä ja niitä edustavat mikrotapahtumat kietoutuvat jatkuvasti jo olemassaolossaan erottamattomasti kokonaisuudeksi (Rauhala 2005, 54).

3.5 Äänen terapeuttinen käyttö ja fysioakustinen menetelmä

Jokapäiväisessä puheessa ääneksi kutsutaan niitä ilmanpainevaihteluita, joita voidaan mitata ihmiskorvalla. Tarkka värähtelyalue vaihtelee eri ihmisillä. Ultra- ja infraääniä ihminen ei kuule, mutta voi kokea ne. Ihmiskorvan rajallisuuden perusteella ei voida määrittellä, mikä on ääntä ja mikä ei. Esimerkiksi kuurokin voi nauttia musiikista tuntemalla sen värähtelyn. (Ahonen 2000, 37.)

Musiikin terapeuttisella käytöllä on pitkä perinne ihmiskunnan historiassa. Jo vuosituhansia on musiikkia käytetty hoitomuotona ja hoidon välineenä erilaisten noitatorien ja poppamiesten toiminnassa. Varhaisimpia mainintoja musiikin terapeuttisesta käytöstä voidaan löytää yli 4000 vuotta vanhoista egyptiläisistä papyruskirjoituksista. Raamatun teksteistä löytyy maininta heprealaisesta Daavidista, jonka tehtävänä oli harppua soittamalla rauhoittaa kuningas Saulin raivokohtauksia. Nykyaikainen musiikkiterapia sai alkunsa Yhdysvalloissa toisen maailmansodan jälkeen, kun huomattiin, että sotaveteraanien psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia voidaan tehokkaasti hoitaa musiikin avulla. (Ahonen 2000, 26 - 27.)

Musiikkiterapeuttisissa tutkimuksissa on tehty useita havaintoja siitä, että mitä yksinkertaisempi ääni on, sitä helpommin se etenee hermosysteemeissä. Monimutkaisen äänikonstruktion sisältämän informaation prosessointi vaatii hermosysteemiltä enemmän. Esimerkiksi eri soittimista huilun ääntä pidetään rentouttavimpana. Huilun ääni on akustisista soitin-äänistä kaikkein lähinnä siniääntä. (Ahonen 2000, 38.) Se on erittäin yksinkertaista ääntä, jossa on vain yksi ääniaalto. Siniääni etenee tasaisesti lihasten läpi kaikkialle elimistössä ja tästä syntyy äänihieronnan syvärentouttava vaikutus. Siniäänit värähtelevät ihmisen lihaksistossa ja vaikuttavat lihassoluihin, koska ne ovat lähellä niiden omia luonnollisia värähtelytaajuuksia. Lihaksissa syntyy resonanssitilanne eli niiden värähtelyn amplitudi kasvaa. Kun lihakset resonoivat äänen mukana, ylimääräinen jännitys laukeaa niistä, veri pääsee paremmin kiertämään, kehon osat lämpenevät, kuona-aineet kulkeutuvat nopeammin pois ja elimistön solujen hapensaanti paranee. (Ahonen 2000, 119 - 120.)

FA menetelmällä tarkoitetaan tietokoneohjatun, matalajaksoisen äänen terapeuttista käyttämistä ja kohdistamista nk. FA tuolin sisälle rakennetuista kaiuttimista ihmisen kehoon. Äänen taajuus on 27 - 113 Hz. Laite tuottaa puhdasta siniäaltoa, johon voidaan haluttaessa sekoittaa musiikkia tai muuta ääntä. Laitteen on kehittänyt suomalainen musiikkiterapeutti ja tutkija Petri Lehikoinen. (Ahonen 2000, 119.) Ensimmäinen FA tuolin prototyyppi valmistui vuonna 1988 (Paju 2003, 145). FA menetelmä on jo laajalti käytössä Suomessa, Englannissa, Saksassa, USA:ssa ja useissa muissa maissa työterveydenhoidossa, urheilulääketieteessä ja -

valmennuksessa, biofeedback-terapiassa, psykoterapiassa sekä vanhus- ja vammaiskuntoutuksessa (Fysioakustinen hoito. Next Wave Oy).

FA hoito stimuloi lihasten verenkiertoa ja aineenvaihduntaa samalla tavoin kuin liikunta, koska se aiheuttaa lihaksissa värähtelyä. Erona on se, että lihasvoima ja kunto eivät kasva, sillä hoitoon ei liity fyysistä raskautta ja kohonnutta sykettä. (Kärkkäinen. Lihasten stimulointi.)

FA menetelmässä käytetään hyväksi äänen voimakkuus-, taajuus ja kiertovaihteluita. Voimakkuusvaihtelu saadaan aikaan niin, että äänenvoimakkuus nousee ja laskee portaattomasti tietyssä aikajaksossa. Toiminnolla voidaan estää tasaisena jatkuvan äänen aiheuttamaa puutumista. Taajuusvaihtelulla puolestaan voidaan vaihdella äänen korkeutta halutulla nopeudella ja halutussa laajuudessa. Tällä turvataan se, että hoidettavan jokainen lihas pystytään käsittelemään sen omalla resonanssitaajuudella. Lihas myös reagoi luonnollisesti hoidon ollessa alhaisellakin äänenvoimakkuustasolla tehokasta. Kiertovaihtelu saadaan aikaiseksi ohjaamalla siniääntä portaattomasti kaiuttimesta toiseen. Kiertosuuntaa voidaan muuttaa päinvastaiseksi, käyttää vaihtelevaa kiertoa tai poistaa kierto kokonaan. FA hoidon yhteydessä ei ole välttämätöntä käyttää musiikkia, mutta se voi myötäillä ja tukea hoitoa. (Hairo-Lax 2005, 57 - 58.)

Keho reagoi siihen ulkoapäin johdettuun värähtelyyn. Esimerkiksi solukalvot reagoivat elektromagneettiseen ja akustiseen värähtelyyn, sekä kemialliseen ja mekaaniseen stimulaatioon. Solukalvojen resonanssitilat muuttavat solukalvojen läpäisyominaisuuksia ja avaavat ionikanavia, joiden avulla solujen aineenvaihduntaan osallistuvien entsyymien kulku helpottuu. Monissa tutkimuksissa on todettu, että ihmisen pulssi, verenpaine, ja ihon lämpötila seuraavat jossain määrin musiikin vaihtelua. (Ahonen 2000, 118.)

Norjalainen musiikkiterapeutti Olav Skille esitteli äänialloilla toteutettavaa terapiamenetelmää (engl. vibroacoustics) julkisuudessa ensimmäistä kertaa vuonna 1982. Menetelmä on kehittynyt näiden vuosien aikana merkittävästi ja terapiamuodon positiivisia vaikutuksista on raportoitu runsaasti, mutta vankkaa tutkimusnäyttöä menetelmästä ja tietoa menetelmän vaikutuksista solutasolla on edelleen niukasti. (Definition. Vibroacoustics)

Olav Skille kirjoittaa internetin kotisivuillaan, että FA stimulaatio on elimistön soluille ja erityisesti aivosoluille vähintään yhtä tärkeä kuin yskiminen keuhkoille. Värähtely tukee aivosolujen aineenvaihduntaa tehostamalla diffuusiota. Värähtelyä voidaan saada aikaan esimerkiksi laulamalla tai FA menetelmän avulla. Skille esittää hypoteesin, jonka mukaan tietty määrä värähtelyä on välttämätöntä, jotta aivot toiminta pysyisi normaalina. Hänen mukaan ajattelutavan, jossa poikkeavaa hiljaisuutta ja vetäytyneisyyttä pidetään mielenterveydenhäi-

riön merkkinä, voisi kääntää päinvastaiseksi: hiljaisuus voi olla syynä tai ainakin osasyynä mielen-terveydenhäiriön syntymiselle. (Skille)

Ala-Ruona (2003, 179) korostaa, että FA hoito on erittäin kokonaisvaltainen lähestymistapa. Sen painotus voi asiakkaan ja tilanteen vaatimusten mukaan vaihdella fyysisten, psykosomaattisten ja psyykkisten ilmiöiden alueilla. Esimerkiksi keskittyessä fyysisten oireiden lievittämiseen, on kuitenkin mahdollisuus huomioida myös asiakkaan henkisen tason prosesseja. (Ala-Ruona 2003, 179.)

Punkanen (2002) on tutkinut FA menetelmään, musiikin kuunteluun ja terapeutiseen keskusteluun rakentuvan hoitomallin toimivuutta huumeriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa. Hän totesi tutkimuksessaan, että tämän hoitomallin avulla kuntoutujat pääsivät kosketuksiin omien torjuttujen tunteidensa kanssa ja kykenivät siten syvempään itsetutkiskeluun. Siinä onnistumisessa oli terapeutin keskustelu kuitenkin erittäin tärkeä. Kaikki neljä kyseiseen tutkimukseen osallistunutta olivat sitä mieltä, että tämä hoitomalli tulisi liittää osaksi huume-kuntoutusta. (Punkanen 2002.)

Viimeisimmässä tutkimuksessaan musiikkiterapian käytöstä huumehoidossa Punkanen (2006) toteaa, että "fysioakustisen menetelmän avulla voidaan lievittää potilaan vieroitusoireisiin liittyviä kipuja, vähentää potilaan hoitotilannetta kohtaan tuntemaa sekä muuta psyykkistä jännitystä, rakentaa terapeutista suhdetta ja tarjota huumeita korvaavia mielihyvän kokemuksia". Punkanen esittää siinä hahmotelman musiikkiterapiaan pohjautuvasta huume-kuntoutuksen mallista. FA hoidon rooli korostuu selkeästi mallin osiossa, joka käsittelee kehon kanssa työskentelyä eli sensorimotorista kokemisen tasoa. Siinä on tavoitteina potilaan kehotietoisuuden kehittäminen, korvaavien mielihyvän kokemusten tarjoaminen, potilaan terapiaprosessin ja työskentelyn aktivointi sekä kehomuistojen tavoittaminen. (Punkanen 2006.)

Myös Hairo-Lax (2005) on saanut Punkasen (2002; 2006) tutkimustulosten kanssa samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan FA menetelmän käyttöä päihdeongelmien hoidossa. Hänen mukaan fyysisten ja psyykkisten kipupisteiden tiedostaminen auttaa löytämään uusia näkökulmia oman elämän merkittäviin tapahtumiin, tunnekokemuksiin ja ihmissuhteisiin sekä saa aikaan uudenlaisen suhteen omaan kehoon. (Hairo-Lax 2005, 188.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia FA rentoutuksesta ja tuottaa näiden kokemusten kautta tietoa menetelmän käyttömahdollisuuksista päihdekuntoutuksessa. Opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiä ovat:

- Miten päihdekuntoutajat kokevat FA rentoutuksen?
- Mihin tutkimushenkilöiden kokemiin oireisiin FA rentoutus auttaa?

4.2 Tutkimusmenetelmät ja tiedonhankinta

Käytän työssäni laadullista lähestymistapaa. Laadullisella aineistolla tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmiänsuhtaan tekstiä (Eskola & Suoranta 2000, 15.) Vilkan (2005, 100) mukaan laadullisen tutkimusmenetelmän tutkimusaineistoksi soveltuvat niin esi- neet, ihmisen puhe kuin kuva- ja tekstiaineistot, kuten kuvanauhoitteet, monimediatuotteet, dokumenttiaineistot, päiväkirjat, kirjeet, elämäkerrat, kirjoitelmat, kouluaineet, sanomalehdet, aikakaus- ja ammattilehdet, arkistomateriaali, mainokset ja valokuvat.

Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämiseen. Siinä ei pyritä asettamaan asioita riippuvuuden tai syyn ja seurauksen suhteeseen niiden yhdessä esiintymisen perusteella. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään aineistosta löytyneet merkitykset ymmärrettäviksi. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 126.) Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Merkitykset ilmenevät suhteina ja niiden muodostamina merkityskokonaisuuksina. Tavoitteena on ihmisen oma kuvaus koetusta todellisuudesta. Kohderyhmän ja kulttuurin tuntemus on monella tavalla tärkeä käytettäessä laadullista tutkimusmenetelmää. Ihmisten kokemukset ja käsitykset ovat kulttuurisidonnaisia ja tilannekohtaisia. Siksi ihmisten käsitysten ja kokemuksen ymmärtäminen ja tulkinta edellyttävät sen kohderyhmän, kulttuurin ja tilanteen tuntemusta, jossa ihminen kokee ja käsityksiään muodostaa. (Vilka 2005, 97 - 109.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettavaan tutkimukseen sisältyy aina kysymys: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Sen takia täytyy täsmentää, tutkitaanko kokemuksiin tai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Käsityksen ja vastaavan kokemuksen välillä ei ole välttämättä yhteyttä. Kokemus on aina omakohtainen, mutta käsitykset kertovat pikemminkin yhteisön perinteellisistä ja tyypillisistä ajattelutavoista. (Vilka 2005, 97.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Sen takia siinä on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Tässä mielessä tiedonantajien valinnan ei tule olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87 - 88.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Tavoitteena on tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää esimerkiksi ihmisen toiminnasta tai hänen tuottamistaan kulttuurituotteista jotakin, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa. (Vilka 2005, 98.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 - 5.) Laadullisen aineiston käsittelyyn perustuvassa tutkimuksessa analyysia tapahtuu kaikissa vaiheissa aineiston ensilukemisesta alkaen. Analyysia ei voi erottaa omaksi erilliseksi vaiheeksi. (Syrjälä ym. 1994, 166.)

Tuomi ja Sarajärven (2002, 94) mukaan on laadullisen aineiston analyysissä erittäin tärkeää päättää heti alussa, mikä aineistossa kiinnostaa. Aineistosta etsitään kiinnostukseen sisältyvät asiat ja kaikki muu jätetään pois tutkimuksesta. Laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy aina useita kiinnostavia asioita, joka voi saada aloittelevan tutkijan hämilleen. Sen takia on tärkeää pysyä etukäteen tarkkaan rajatussa ilmiössä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysia aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmät. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 95) tuovat esille, että laadullisen analyysin jako induktiiviseen ja deduktiiviseen perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytettävän päättelyn logiikasta, joka on joko induktiivinen eli yksittäisestä yleiseen etenevä tai deduktiivinen eli yleisestä yksittäiseen etenevä. Tieteellisesti tämä jaottelu on hyvin ongelmallista mm. siksi että "puhtaan" induktion mahdollisuus on asetettu kyseenalaiseksi: ajatellaan, että uusi teoria ei voi syntyä aino-

astaan havaintojen pohjalta. Esitetyn kahtiajaon suurin ongelma on kuitenkin käytännöllinen. Siinä unohdetaan kokonaan kolmas tieteellisen päättelyn logiikka eli abduktiivinen päättely, jonka mukaan teorianmuodostus on mahdollista silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus tai johtolanka. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95 - 97.)

Aineistolähtöisessä analyysissä on avainajatuksena, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Teoria ohjaa analyysia ainoastaan tutkimuksessa julkilausuttujen metodologisten sitoumusten kautta. Aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Puhtaasti aineistolähtöistä tutkimusta on kuitenkin vaikeaa toteuttaa, koska myös havainnot ovat teoriapitoisia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97 - 98.)

Teoriasidonnaisessa analyysissä vaihtelevat tutkijan ajatteluprosessissa aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Siinä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät pohjaudu suoraan teoriaan. Teoriasidonnaisessa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Teoria voi kuitenkin toimia apuna analyysin etenemisessä. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava vaan uusia ajatusuria aukova. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98 - 99.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Abstrahoinnin eli käsitteellistämisen vaiheessa yhdistetään samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita, joille myös annetaan sisältöä hyvin kuvaavia nimiä. Abstrahointia jatketaan muodostamalla yläkategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty harkinnanvaraista otantamenetelmää, joka muistuttaa määrällisessä tutkimusperinteessä käytettävää eliittiotantaa. Eliittiotannassa tiedonantajiksi valitaan vain henkilöt, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88). Tutkimushenkilöinä olivat Kolmirannan hoitokodin asiakkaat, jotka valikoituivat seuraavien kriteerien kautta: he olivat päihdekuntoutujia, he olivat tutkimusidean esittelyn aikana hoitokodin asiakkaina, he osoittivat halukkuutta osallistua tähän tutkimukseen, heillä ei ollut FA menetelmän vasta-aiheisiin kuuluvia perussairauksia. Tutkimus oli suunniteltu toteutettavaksi 3 - 6 tutkimushenkilön kanssa. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Opinnäytetyön aineisto on koottu yksilöhaastatteluina toteutetuilla teemahaastatteluilla rentoutushoitajakson jälkeen. Teemahaastattelun toteutuksessa käytettiin apuna haastattelurunkoa (LIITE 1), joka koostuu tietyistä keskeisistä etukäteen valituista teemoista ja niihin liittyvistä tarkentavista kysymyksistä. Tutkimushaastattelujen keräämisessä on omat riskinsä, koska tutkija on siinä tekemisissä sanojen kanssa. Sanat sisältävät aina riskin tulkintaongelmiin. (Viikka 2005, 104.)

Haastattelussa pyritään löytämään tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän kannalta merkityksellisiä vastauksia. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen. Teemahaastattelun avoimuudesta riippuen teemojen sisältämien kysymysten suhde tutkimuksen viitekehyksessä esitettyyn kuitenkin vaihtelee intuitiivisten ja kokemusperäisten havaintojen sallimisesta varsin tiukasti vain etukäteen tiedettyihin kysymyksiin pitäytymiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77 - 78.) Tämän tutkimuksen haastattelut olivat varsin avoimia - haastattelu muistutti osittain keskustelua. Haastateltavien vastaukset vaikuttivat seuraaviin kysymyksiin ja haastattelun kulkuun.

Haastattelun alussa on suositeltavaa varmistaa, millaista elämää, kokemuksia ja käsityksiä vasten ihminen puhuu tutkittavasta asiasta. Taustatiedot eivät ole aina välttämättä juuri ikä, sukupuoli ja koulutus, vaan tutkimusongelmaa säätelee, millaista taustatietoa tutkija haastateltavasta tarvitsee. Taustatietojen kuvaaminen auttaa tutkijaa hahmottamaan haastateltavan maailmaa ja siten ymmärtämään, millaista esitietoa, asiantuntemusta ja aihepiiriä koskevaa ymmärrystä vasten haastateltava asioita kuvaa. (Viikka 2005, 110.)

4.3 Tutkimuksen järjestelyt

Toteutin opinnäytetyöni yhteistyössä Kolmirannan hoitokodin kanssa. Pidin opinnäytetyöni etenemisestä tarkkaa päiväkirjaa, jotta tutkimuksen kulkua olisi jälkikäteen helpompi kuvailla ja kuvaus olisi luotettavampi.

Tutkimukseen oli suunniteltu 6 - 8 rentoutushoitokertaa FA tuolilla ja aineistonkeruu teemahaastatteluilla. Alun perin oli tutkimukseen suunniteltu myös kuntoutujien oireiden kartoitus kyselylomakkeen avulla, mutta suunnitelmavaiheessa päätettiin jättää lomakekysely pois. Hoitokertoja toteutui jokaisen tutkittavan kohdalla kuusi. Rentoutushoidoissa käytetty tuoli sijaitsee Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa Otaniemessä. Hoitokokeilujen aikana Kolmirannan hoitokodissa asuvien asiakkaiden kuljetuksesta oli sovittu hoitokodin henkilökunnan kanssa. Tutkimushenkilöistä yhden kuntoutusjakso Kolmirannassa oli päättynyt jo ennen rentoutushoitojen alkamista, joten hän sitoutui huolehtimaan kuljetuksestaan itse.

Tutkimushenkilöitä tiedotettiin tutkimuksesta 28.2.2008 pidetyssä pienmuotoisessa esittelytilaisuudessa, jonka yhteydessä jaoin aiheesta kiinnostuneille tutkimusta alustavasti selostavan esittelykirjeen (LIITE 2). Suunnitelman mukaan tutkimukseen tarvittiin 3 - 6 osallistujaa. Tutkimusidean esittelyn yhteydessä ilmoittautui tutkimukseen mukaan 6 henkilöä. Tässä tutkittavien määrässä oli varaa myös peruutuksille, koska jo muutamalta tutkimushenkilöltä kerättävä aineisto oli riittävä tämän tutkimuksen tavoitteiden täyttämiseen. Mukaan ilmoittautuneet osoittivat mielenkiintoa tätä tutkimusta kohtaan, heillä olivat hyvät suulliset ilmaisutaidot, he vaikuttivat osaavan kuvata tuntemuksiaan ja kokemuksiaan. Lisäksi he vaikuttivat motivoituneilta sitoutumaan tähän projektiin. Kuitenkin tutkimukseen toteutuksen vaiheessa saatiin rentoutuskokeiluun mukaan vain kaksi etukäteen ilmoittautuneista, joten Kolmirannan hoitokodin henkilökunta valitsi lisäksi vielä kaksi kuntoutujaa. FA rentoutuksen aloitti näin neljä kuntoutujaa. Yksi kuntoutujista joutui kuitenkin keskeyttämään rentoutushoidot aikatauluongelmien vuoksi. Loput kolme tutkittavaa kävivät rentoutuksessa kuusi kertaa, kuten suunniteltu. Tutkimukseen osallistui lopulta kaksi miestä ja yksi nainen. Kaikki olivat kuntoutumassa alkoholiriippuvuudestaan, muita päihteitä ei ollut yksikään tutkittavista riippuvuustasolla käyttänyt. Tutkittavista yhdellä oli menossa ensimmäinen päihdekuntoutusjakso, yksi oli ollut kerran aikaisemmin laitospääntöä ja yksi useita kertoja.

Ensimmäisillä hoitokerroilla oli ohjaajani Veikko Rantanen mukana opastamassa ja neuvomassa. Jatkossa toteutin rentoutushoidot itsenäisesti. Ennen rentoutuksen aloittamista keskustelin tutkittavan kanssa siitä, minkälaista musiikkia hän haluaisi tuolissa ollessaan kuunnella. Tarjottavana oli erilaista rentoutusmusiikkia, klassista musiikkia, panhuilumusiikkia ja luonnonääniä. Ensimmäisellä tapaamisella kerroin tutkittaville uudestaan lyhyesti FA tuolista, sen vasta-aiheista sekä rentoutushoidon kestosta ja kulusta. Informoin tutkittavia myös siitä, että olen oven ulkopuolella saatavilla koko rentoutushoidon ajan ja että ohjelman voi keskeyttää, jos tulee epämiellyttäviä tuntemuksia.

Otin tutkimushenkilöt vastaan Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa. Ennen rentoutushoidon aloittamista ohjasin kuntoutujan ottamaan pois kengät ja asettumaan tuolille. Tuolia säädelten yritettiin löytää mahdollisimman hyvä asento, varmistin sen vielä lopuksi kuntoutujalta kysymällä. Sen jälkeen annoin kuntoutujalle stereokuulokkeet, joiden kautta hän voisi kuunnella valitsemaansa musiikkia. Etsittiin yhdessä sopiva äänenvoimakkuus. Ohjasin myös kuntoutujaa säätämään itse äänenvoimakkuutta sopivaksi, jos siihen on myöhemmin tarvetta. Laitoin tuolin toimimaan standardiohjelmalla 20 minuutiksi keskivoimakkuudella. Ensimmäisellä kerralla oli tuolin teho suunnattu jalkoihin, muilla kerroilla koko vartaloon. Säädin tilan valaistuksen himmeämmäksi ja kerroin kuntoutujalle, että jätän hänet rentoutuksen ajaksi omaan rauhaan ja tulen takaisin vasta ohjelman loputtua. Ala-Ruonan (2003, 186) mukaan hoitoa antavan henkilön tulisi kertoa asiakkaalle, missä hän aikoo olla hoito-ohjelman ajan. On tärkeää, että asiakas tietää että häntä ei häiritä, jotta hän voisi keskittyä rentoutumiseen.

(Ala-Ruona 2003, 186.) Muutamalla kerralla, kun kuntoutuja nukahti tuoliin, herätin hänet ohjelman loputtua varovaisesti yrittäen välttää säikähtämistä. Neuvoin häntä nousemaan hitaasti istumaan ja vasta vähän ajan päästä tuolista ylös, jotta olo ehtisi tasaantua. Rentoutuksen jälkeen keskusteltiin lyhyesti sen aiheuttamista tuntemuksista, musiikin sopivuudesta ja muista rentoutuksen aikana mieleen tulleista asioista.

Haastattelut pyrin toteuttamaan mahdollisimman pian rentoutushoitojakson jälkeen. Yhtä tutkimushenkilöä haastattelin heti viimeisen rentoutuksen jälkeen Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa, kahta muuta Kolmirannan hoitokodissa heille tutussa ympäristössä 6 päivää viimeisen rentoutushoitokerran jälkeen. Haastattelun ajankohdasta oli sovittu etukäteen ja haastattelua varten oli varattu rauhallinen tila, jotta haastattelutilanne olisi miellyttävä ja nauhoitus onnistuisi.

Ennen haastattelun alkua kysyin uudestaan lupaa haastattelun nauhoittamiseen. Ensimmäiseksi pyysin haastateltavaa kertomaan omasta päihteidenkäytön historiastaan. Annoin hänen vapaasti kertoa omista kokemuksista - tämän osan haastattelusta oli tarkoitus toimia johdatusena ja haastattelutilanteen käynnistykseenä. Sinä aikana ehdin hieman tunnustella tutkittavan senhetkistä mielialaa ja keskusteluhalukkuutta. Sen jälkeen siirryttiin haastattelun varsinaiseen aiheeseen. Haastattelut kestivät keskimäärin 25 minuuttia.

4.4 Aineiston analyysi

Tallennettu laadullinen aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sananasaisesti eli litteroida, vaikka päätelmien tekeminen suoraan aineistosta on myös mahdollista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 210). Litteroinnin tulee vastata haastateltavien suullisia lausumia ja niitä merkityksiä, joita tutkittavat ovat asioille antaneet. Tämä tarkoittaa, että haastateltavien puhetta ei saa litteroinnissa muuttaa tai muokata. Litterointi on työlästä, mutta samalla se lisää tutkijan vuoropuhelua tutkimusaineistonsa kanssa. (Vilkkä 2005, 115 - 116.) Kuuntelin ja litteroin haastattelut heti niiden nauhoittamisen jälkeen. Jo litteroinnin aikana alkoi muodostua kokonaiskuva aineistosta. Pyrin litteroimaan haastattelutekstit siten, että mahdolliset sanattomasti ilmaistut merkitykset säilyisivät.

Valitsin tämän tutkimuksen analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, koska se sopii mielestäni parhaiten keräämäni haastatteluaineiston analyysiin. Ajatuskokonaisuuksien pilkkominen osiin ei ole mielestäni järkevää, kun analyysin tavoitteena on tuottaa mahdollisimman totuudenmukainen kuvaus haastateltavien kokemuksista. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen luin aineistoa ensin useita kertoja ja pyrin muodostamaan kokonaiskäsityksen haastattelujen oleellisesta sisällöstä.

Analysoin litteroinnin tuloksena saadun tekstin teoriasidonnaista sisällönanalyysin menetelmää käyttäen. Teoriasidonnainen analyysi sopii tähän tutkimukseen, koska siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta teoria voi kuitenkin toimia apuna analyysin etenemisessä. Aikaisemman tiedon merkitys ei ole siis teoriaa testaava vaan uusia ajatusuria aukova. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 98.)

Sisältöön perehtymisen jälkeen erottelin tekstistä tutkimuksen tarkoituksen kannalta tärkeät ilmaisut ja ajatuskokonaisuudet. Suhteellisen ison osan haastatteluteksteistä muodostivat tutkittavien kertomukset omasta menneisyydestään ja päihdetaustastaan. Tämä osa aineistosta oli kuitenkin jätettävä tässä tutkimuksessa sisällönanalyysin ulkopuolelle.

Pelkistin haastatteluja lukemalla löydetyt ilmaisut (taulukko 1.) ja muodostin niistä samanlaisuuksia etsien alakategorioita (taulukko 2.). Samansisältöisiä kategorioita yhdistellen muodostin aineistosta yläkategorioita ja yhdistävän kategorian (taulukko 3.). Vertailemalla analyysin tuloksena syntyneitä kategorioita tutkimuskysymyksiin varmistin, että tutkimuksen tulokset palvelevat tutkimuksen tarkoitusta ja antavat vastauksen tutkimuskysymyksiin.

Taulukko 1. Esimerkki pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>No mä en ole kyllä nyt huomannut, että olisi niinkun päätä särkenyt siinä kun mä oon nytten ...niin kuin tätä hoitoa...täällä käynyt.</i>	päänsärky pysynyt poissa
<i>... ne unet tuli, ne tuli paljon raskaammin... niin kuin vahvempana se uni, ei se ollut semmoista koiran unta että toinen silmä auki</i>	uni rauhallisempi ja syvempi
<i>emmä niitä huolia paljon ajatellut siinä sen hoidon aikana, kun mä siinä olin, kyllä se sitten rauhoitti.</i>	rauhottava kokemus

Taulukko 2. Esimerkki ryhmittelystä

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
jalkojen särky vähentynyt	kiputilat vähentyneet
selkäsärky vähentynyt	
niskasärky vähentynyt	
päänsärky pysynyt poissa	
uni rauhallisempi ja syvempi	unen laatu parantunut
herätyksiä ei ole	
hoidon jälkeen on pystynyt hyvin nukkumaan	
uni on parantunut	
hoidon jälkeen on energinen olo	väsymys vähentynyt
väsymykseen on auttanut	
ei ole päivällä niin paljon väsymystä	

Taulukko 3. Esimerkki abstrahoinnista

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
jännittyneisyys ensimmäisellä kerralla	aistikokemukset hoitotilanteessa	kokemukset FA rentoutuksesta
fyysiset tuntemukset		
vaikeasti selitettävät kokemukset		
unenkaltaiset kokemukset		
musiikkikokemukset		
kiputilat vähentyneet	FA rentoutuksen vaikutukset hyvinvointiin	
unen laatu parantunut		
väsymys vähentynyt		
hoitotilanteen arviointi	rentoutusmenetelmän arviointi ja kehittäminen	
asennon muuttaminen		

5 TULOKSET

Haastatteluaineiston sisällönanalyysin tuloksena muodostui aineistosta löytyneitä merkityksiä yhdistäväksi kategoriaksi "kokemukset FA rentoutuksesta". Nämä kokemukset jakautuvat sisällönanalyysin yläkategorioiden mukaisesti kolmeen ryhmään, joiden otsikkoina ovat "aistikokemukset hoitotilanteessa", "FA rentoutuksen vaikutukset hyvinvointiin" sekä "hoitotilanteen arviointi ja kehittäminen". Seuraavassa kolmessa alaluvussa esittelen näiden kategorioiden sisältämiä aineistosta löytyneitä merkityksiä ja alaluvussa 5.4 esitän yhteenvedon tuloksista.

5.1 Aistikokemukset hoitotilanteessa

FA rentoutushoito oli kaikille tutkimukseen osallistuneille uusi kokemus. Haastatteluissa tuli esiin, että ensimmäiseen hoitokertaan liittyi pientä jännittyneisyyttä, joka ei kuitenkaan oleellisesti haitannut rentoutumista ja hoitotilanteesta nauttimista.

"Joo no siis, en ollut juurikaan kuullut alkuunkaan tästä hoidosta, mutta sitten ihan mielenkiinnolla lähdin mukaan ja yllätyin kyllä siitä positiivisesti -- että se ensimmäisen kerran jälkeen se oli vähän semmoista kokeilua ehkä ja silloin ehkä pikkasen jännitin sitä mutta tuota seuraavat kerrat sitten oikeastaan nukahdin heti kun se oli niin rentouttavaa se hoito. Että tosi positiivinen kokemus on ollut mulle".

"-- sitä niinku miettii, että no kauan tää nyt kestää, vaikka sen tiesi, se aika tuntui hirveän pitkältä ja sitten sitä oli että no mitä tää tuoli nyt tekee ja miettii kaikkea ja sit oli ihan vähän silleen hermostunut, että sitä sitten sen takia ei pystynyt niinku rentoutumaan. Mutta tuota se oli vaan se kerta, eikä siitäkään tullut mitään niinku pahoja tuntemuksia... silleen."

Tutkimushenkilöt olivat kuitenkin sitä mieltä, että ennen rentoutushoitoa oli annettu riittävästi tietoa hoitosession kulusta. Kaikkien tutkittavien mielipide oli, että ensimmäisen hoitokerran jännittyneisyyteen ei oikeastaan voida vaikuttaa. Uuden kokemuksen laatua ei ole mahdollista selittää etukäteen, koska jokainen henkilö kokee asiat omalla tavalla.

"-- Sitä kokemustahan ei kuitenkaan... se täytyy itse tuntea se, mikä vaikutus sillä on. Eikä ennen ollut... mitään tietoa tuommosesta."

FA rentoutushoidon aiheuttamista välittömistä tuntemuksista ja aistikokemuksista haastattelutavat toivat esiin tykytyksen ja lämmön tunteen sekä äärimmäisen rentoutuneisuuden tunteen lihaksissa. Syvällä elimistössä tuntunut värähtely koettiin poikkeuksetta miellyttävänä.

"Elimistössä oli semmoista tykytystä, sellaista niin kuin värinää, jalat kuumotti ja... sen jälkeen."

"-- siis alkuun niinkuin emmä tiä se toi niin kuin semmoista mukavaa värinää kehossa -- siis, mä vaan tunsin niitä väreitä, niin että se tuntui että se meni ihan niin kuin sisäelimiin asti tai ihan koko krooppaan asti."

"Kun lähti niin vähän aikaa tuntui epävarmalta että kun lähtee kävelemään niin... että jotenkin niin kuin veltostuu, vähän niin kuin harkitsin ettei lennä nuriin. kyllä se niin kuin veltoksi vei. Ja kaikki jännitteet lähti."

Osa tutkimushenkilöiden kuvaamista tuntemuksista olivat laadultaan sellaisia, että niitä vaikutti olevan vaikeaa sanoa kuvailla. Haastatteluaineistossa se ilmeni runsaina taukoina, sanojen hakemisella ja metaforien käytöllä. Muutaman kerran haastateltava ilmaisi myös sanoa sitä, että kyseistä kokemusta on vaikeaa kuvailla.

"-- että sillein se muhun vaikutti että se niin kuin tuntui, että se olisi jotenkin niin kuin aaltomaisesti vienyt mut johonkin niin kuin semmoiseen veteen tai johonkin, että se jotenkin niin silleen hoiti mut siihen johonkin uneen tai johonkin... emmä osaa selittää."

"No joskus oli vähän niin kuin pää olisi ollut vähän... ettei nyt oo ihan oma. Sellainen... kyllä se tuohon aivoihinkin jotenkin vaikuttaa."

Yksi tutkimushenkilöistä kertoi nähneensä jopa unia hoitosessioiden aikana. FA rentoutushoito vaikutti häneen niin syvärentouttavasti, että hän pystyi nukahtamaan melkein jokaisella hoitokerralla. Selvää muistikuvaa rentoutuksenaikaisista unista hän ei pystynyt palauttamaan mieleen, mutta unet olivat sävyiltään kuitenkin positiivisia.

"-- ja sitten joko mä olin siinä niin kuin nukkumistilassa tai syvässä rentoutumisessa, mutta mä rupesin näkee niin kuin jotain unii tavallaan tai sellaisii.-- en muista mistä asioista mutta sen tiedän että jotain kuvia tuli päähän jostain henkilöistä, mut siis se oli ilmeisesti jotain tämmöisii niin kuin hyviä koska mulla oli niin kuin sellainen niin kuin tosi hyvä olo aina sen jälkeen --"

Hoitotilanteisiin valittu musiikki koettiin siihen hyvin sopivaksi. Tutkittavat olivat kaikki myös sitä mieltä, että musiikilla on rentoutumisessa oleellinen rooli.

Yksi haastateltavista kertoi kokevansa musiikin erottamattomana osana FA rentoutusta. Hänen kokemuksen mukaan rentoutuksen vaikutus painottui enemmän psyykkiselle tasolle ja musiikilla oli siinä erittäin tärkeä rooli. Hän kuvasi kokemuksiaan seuraavalla tavalla:

*"-- ainakin minulla se musiikki kuuluu siihen. Tuota musiikkia kun kuuntelin niin ... sitä ei tavallaan niin kuin huomakaan, ne niin kuin tavallaan puki toisiaan. Sit-
ten kun se värinä tuli, tuntui että se musiikki väreilee niin kuin siinä sisällä... ja
siinä musiikkikokemuksessa, niin, se oli ihan toinen kuin kuuntelee pelkkää mu-
siikkia. Tuota niin kuin odotti sitä värinää kun se tuli."*

Itse hoitotilanteissa ei tullut kenellekään tutkittavista epämiellyttäviä tuntemuksia. Kaikki tutkittavat pitivät kokemuksiaan FA rentoutuksesta kokonaisuudessa miellyttävinä ja rentouttavina.

*"-- olipa tä kovemmalla tai ... hiljaisemmalla ei se... en minä tuntenut mitään
epämiellyttävää."*

"Jos siellä olisi ollut paha olla niin enhän mä sit olisi tullutkaan!"

5.2 Fysioakustisen rentoutuksen vaikutukset hyvinvointiin

Tässä opinnäytetyössä on käsitelty FA rentoutuksen psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia yhtenäisenä ryhmänä, koska ne kietoutuvat haastateltavien kertomuksissa tiivisti yhteen. Joidenkin vaikutusten kohdalla on myös vaikeaa lajitella niitä selvästi vain yhteen ryhmään kuuluviksi. Rentoutuksen vaikutuksista korostuivat haastatteluvastauksissa kipujen vähentyminen, unen laadun parantuminen ja väsyneisyyden vähentyminen. Tutkittavien kertomuksien mukaan rentoutuksen vaikutukset ilmenivät yllättävän nopeasti. Esimerkiksi vaikutukset uneen ja vireys-tilaan ilmestyivät jo ensimmäisen hoitokerran jälkeen.

FA rentoutus oli vähentänyt jonkin verran päänsärkyä sekä niskan, selän ja jalkojen särkyä. Hoidon kipuja vähentävä vaikutus ilmeni kaikkien tutkittavien kohdalla.

*"No mä en ole kyllä nyt huomanut, että olisi niinkun päätä särkenyt siinä kun mä
oon nytten ...niin kuin tätä hoitoa...täällä käynyt."*

"No kyllä se niihin alaraajoihin on vaikuttanut sillai, että ne on paljon paremmanolaiset kuin... ja se selkäkin joskus jomottelee vielä, mutta ei se nyt oo koko aikana oikeastaan..."

Haastateltavien kertomuksista kävi kuitenkin ilmi myös, että ennako-odotukset FA rentoutuksen kipua lievittävää vaikutusta kohtaan olivat olleet korkeat. Pientä pettymystä aiheutti se, että joihinkin kiputiloihin tähän tutkimukseen kuulunut rentoutusjakso ei vaikuttanut ollemaan.

"Mutta ei se tuollaisiin niin kuin joskus niitä olkapäitä ja muita kolottelee niin ei se semmoiseen oo..., kyl ne on pysyneet nä vaivat."

Yksi tutkittavista kertoi myös rentoutushoidon jälkeen illalla saunassa ilmaantuneista kouristuksista vatsan alueella. Hän arveli näiden liittyvän FA hoitoon, sillä koskaan aikaisemmin sellaisia oireita ei ollut ilmaantunut.

"Saunan siellä lauteilla rupesi semmoisia kouristuksia... siis tää vatsa-alue, että täytyi nousta pois sieltä lauteilta oikein. Ei mulla oo ennen koskaan tullut sellaista. Sitten mä ajattelin, että varmaan se siitä sitten johtuu ... no kun ei muuten ole tullut semmoisia."

Yhdelle tutkimushenkilölle oli FA rentoutuksen tärkeimpänä vaikutuksena unen laadun paraneminen. Hän kertoi nukkuneensa hoitojen jälkeen pitempään ja rauhallisemmin kuin aikaisemmin. Aikaisempi katkonainen yöuni oli vaihtunut pitkään yhtäjaksoiseen uneen.

"-- ne unet tuli, ne tuli paljon raskaammin... niin kuin vahvempana se uni, ei se ollut semmoista koiran unta että toinen silmä auki."

"Joo, se on parantunut niin, ettei ole yhtään herätyksiäkään ollut, että kun on mennyt illalla sänkyyn niin on vetänyt aamuun saakka sitten."

"Ja on se uni... ainakin mulle. Se on tosi tärkeää, että se ei oo semmoista pätkittäistä se yöuni, eikä näe paljon uniakaan. Meni monta yötä aina sen jälkeen kun oli tuolissa ollut niin en mä nähnyt mitään. Ja illalla ei jaksanut enää katella viimeisiä telkkariohjelmia, niinku ennen aina kyttäsi niitä. -- Välillä yhdeksään asti aamulla nukuin - se on harvinaista."

Kaikki tutkittavat kokivat fysioakustisen rentoutuksen tuottaneen heille yleisen rentoutuneisuuden ja hyvän olon tunteen. Rentoutuneisuuden tunne jatkui pitkään hoitokerran jälkeenkin.

"No siinä rentoutui ... siinä niin kuin tavallaan laukesi, että niin kuin olisi halunut sitten kun se musiikki loppui niin nukahtaa sen päälle."

"No se oli sellainen rentouttava..., rauhallista siinä oli se hetki kun siinä tuolissa oli --"

"Ja se että oon huomannut että oon saanut sitten... oon silleen rentoutunut ja sit sen hoidon jälkeen niin on ollut semmoinen energinen ja virkistynyt ja oon huomannut että ei ole kyllä mitään särkytiloja ollut sen jälkeen kehossa."

5.3 Hoitotilanteen arviointi ja kehittäminen

Hoitotilannetta kuvailtiin rauhalliseksi ja ympäristöä hyvin tähän tarkoitukseen sopivaksi. Tutkimushenkilöiden mielestä oli FA rentoutuksesta annettu etukäteen riittävästi tietoa ja hoitotilanne oli järjestetty niin, että ilmapiiri ja olosuhteet edistivät rentoutumista.

Haastateltavista kaksi toivat esiin tarpeen muuttaa tuolin asentoa hoitosession aikana. Haastatteluista kävi ilmi, että tutkittavat kokivat hieman hankalana samassa asennossa pysymisen koko 20 minuuttia kestävä ohjelman ajan. Tutkittavien mielestä mahdollisuus säätää tuolia ohjelman aikana palvelisi parempaa rentoutumista. Rentoutushoidon alussa tulisi siis ohjata asiakasta käyttämään kaukosäädintä ja asettaa se hänen käden ulottuville. Ehdotuksena oli myös, että hoitoasentona voisi olla kylkiasento tai päinmakuu.

"No siinähan voisi sitä asentoa vaikka muuttaa kesken... niin sen hoidon. Kun nyt vaan jäi aina se asento, mikä nyt otettiin niin kuin käsituntumalla, että sitähan voisi vaikka ite sitten liikuttaa."

"Mutta sellaista mä ajattelin, että voisiko siinä olla mahallaan? -- kävi vaan mielessä kun olin siinä, kun mä oon itse semmoinen kyljellä nukkuja, en pysty olemaan selälläni kovinkaan kauan. Että sen oman asennon löytäminen..."

5.4 Yhteenvetoa tuloksista

Kuntoutujat kokivat FA rentoutuksen kokonaisvaltaista hyvää oloa tuottavana. Selvimmin tulivat haastatteluvastauksista esiin FA rentoutuksen vaikutukset unen laatuun, kipujen kokemiseen ja väsymykseen. Rentoutuksen aikaisista kokemuksista kuvailtiin erilaisia fyysisiä tunteita elimistössä, mutta myös kuntoutujia hieman hämmentäviä mielensisäisiä kokemuksia. Musiikki koettiin tärkeänä osana rentoutusta. Hoitotilanne koettiin rauhallisena ja rentoutumista edistävänä. Rentoutuksen kehittämisideana esitettiin asennon vaihtamisen mahdollisuutta session aikana.

Ensimmäiseen hoitokertaan liittyi kaikkien tutkittavien kohdalla hieman jännittyneisyyttä, joka saattoi huonontaa rentoutuksen tehoa. Rentoutushoitokokeilun suunnittelussa ja toteutuksessa oli tämä otettu huomioon. Jännittyneisyyden vähentämiseksi pyrin selostamaan menetelmän pääperiaatteet ja rentoutuksen aikana tapahtuvan mahdollisimman ymmärrettävällä tavalla. Pyrin myös edistämään rentoutumista omalla rauhallisella käyttäytymisellä ja tilanteen kiireettömyydellä. Tutkittavat olivatkin sitä mieltä, että hoitotilanne oli järjestetty hyvin, mutta ensimmäisen hoitokerran jännittyneisyyden poistaminen ei ole käytännössä mahdollista.

Kaikki kolme tutkimushenkilöä kokivat FA rentoutuksen eri tavalla. Haastatteluaineistoon perehtymisen vaiheessa ymmärsin, että jokaisen haastateltavan kertomuksessa korostui selvästi yksilöllinen suhde FA rentoutukseen. Yhdelle tutkittavista oli rentoutuksessa merkittävintä musiikin ja värähtelyn yhdessä muodostama aistikokemus, jonka vaikutus tuntui enimmäkseen psyykkis-henkisellä tasolla. Toiselle oli rentoutuksen tärkeimpänä vaikutuksena unen laadun parantuminen, jonka hän koki hyvin voimakkaana. Kolmannelle tutkittavalle hoito oli yleisesti rentouttava kokemus, joka vähensi väsymystä, kipuja ja hermostuneisuutta. Kuntoutujien rentoutukselle antamat merkitykset olivat erilaisia, mutta kaikkien kokemukset olivat pääosin myönteisiä.

6 POHDINTAA

6.1 Tulosten tarkastelu ja tutkimusmenetelmän arviointi

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta ja tuottaa näiden kokemusten kautta tietoa menetelmän käytettävyydestä päihdekuntoutuksessa. Tutkimuksen avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kuntoutujat kokivat FA rentoutuksen positiivisena ja hyvinvointia tukevana. Kokemusten kuvauksissa korostui kunkin haastateltavan yksilöllinen suhde FA rentoutukseen. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä isompaan perusjoukkoon. Pyrin tutkimuksellani ymmärtämään kolmen tutkimukseen osallistuneen päihdekuntoutujan kokemuksia FA rentoutuksesta. Tulosten perusteella voi mielestäni väittää, että FA rentoutus on kokeilemisen kelpoinen keino päihdekuntoutujien hyvinvoinnin ja selviytymisen tukemisessa.

Tutkimusaineiston kerääminen teemahaastattelulla oli mielestäni tässä tutkimuksessa toimiva valinta, koska esimerkiksi kokemusten pyytäminen kirjallisena olisi saattanut vähentää vastaajien määrää entisestään. Haastattelua aineistonkeruumenetelmänä käyttäen oli mahdollisuus varmistaa, että saan kaikilta hoitokokeilun loppuun asti käyneiltä myös haastattelun. Toisaalta vapaan kirjoittelun mahdollisuus olisi voinut antaa mahdollisesti tuloksena spontaanimpia vastauksia. Siinä on kuitenkin vaara, että vastauksia ei tulekaan tai ne eivät vasta aihetta.

Teemahaastattelu sopii tähän tutkimukseen myös siinä mielessä, että tässä oli tarkoitus tutkia kokemuksia, tulkintoja ja ihmismielessä syntyviä merkityksiä. Hirsjärven ja Hurmen (2001, 48) mukaan teemahaastattelussa otetaan huomioon se, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teoriasidonnainen analyysi on mielestäni joustavuutensa ansiosta tähän opinnäytetyöhön sopiva menetelmä. Tarkoitukseni oli antaa aineistosta löytyvien merkitysten ohjata analyysia, mutta samalla käyttää apuna myös teoriapohjaa ja aikaisempia tutkimuksia.

Nauhoitettujen haastattelujen kuuntelemis- ja litterointivaiheessa aineisto vaikutti siltä, ettei siitä löydykään mitään muuta kuin itsestänselvyyksiä. Aineistoon perehtymisen aikana ymmärsin kuitenkin, että rentoutuskokemukset olivat jokaiselle tutkimushenkilölle olleet omalla tavalla merkityksellisiä. Koska FA tuoli ei ole "ihmeväline", ei voi rentoutuskokeilultaakaan odottaa uskomattomia vaikutuksia. Koottu aineisto vastasi heikommin opinnäytetyöni toiseen tutkimuskysymykseen (Mihin tutkimushenkilöiden kokemiin oireisiin FA rentoutus auttaa?). Aineistosta löytyi oireiden ja FA rentoutuksen vaikutusten kuvauksia, mutta ei ole varmuutta siitä, pystyttiinkö haastattelutilanteessa käsittelemään kaikkia tutkimushenkilöiden

kokemia oireita ja mahdollisia FA rentoutuksen vaikutuksia. Tähän tutkimuskysymykseen tarkemman vastauksen saamiseksi olisi kuitenkin ollut hyvä kartoittaa tutkimuksen alussa kuntoutujien kokemia oireita kyselylomakkeen avulla. Lomakekyselyn tuloksia olisi voinut silloin käyttää hyväksi haastattelukysymysten laatimisessa.

Tutkimukseen kuulunut rentoutushoitojakso oli suhteellisen lyhyt. Pitemmällä jaksolla olisi mahdollisesti voinut saada huomattavampia ja varmempia tuloksia. Toisaalta on merkittävää sekin, että jo kuudesta rentoutuskerrasta koostuva jakso tuotti tuloksia. Menetelmän käyttökelpoisuuden puolesta puhuu mielestäni myös se, että kaikki tutkimushenkilöt kertoivat olevan valmiina sitoutumaan pitempään FA rentoutusjaksoon, jos siihen olisi mahdollisuus.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia muiden Suomessa toteutettujen FA menetelmää käsittelevien tutkimusten tulosten kanssa. Esimerkiksi Hairo-Laxin (2005, 188) tutkimuksessa todetaan, että FA hoito yhdistettynä musiikin kuunteluun tukee kuntoutumista kuntoutujan oman kehonkuvan selkiytymisen kautta tuottamalla erilaisia sekä kehollisia että miellensaisiä aistimuksia. Tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten tulosten vertailussa on kuitenkin otettava huomioon, että tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain FA menetelmän käyttöä rentoutusmenetelmänä.

En pitänyt tämän tutkimuksen kannalta oleellisena lajitella rentoutuksen vaikutuksia niiden laadun mukaan fyysisiin ja psyykkisiin, koska tutkittavien kertomuksissakaan ei ole raja hoidon fyysisten ja psyykkisten vaikutusten välillä selkeä. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voi sanoa, että FA rentoutushoito oli tutkittaville kokonaisvaltainen kokemus, jota heidän on vaikea pilkkoa osiin. Tätä tulkintaa tukee myös holistisen ihmiskäsityksen teoria. Holistisuuden idea edellyttää, että ihmistä tarkastellaan ja häntä koetetaan ymmärtää kehollisuuden, tajunnallisuuden ja situationaalisuuden toiminnallisena kokonaisuutena (Rauhala 2005, 57).

Holistisen ihmiskäsityksen teorian näkökulmasta tarkastellen on kuntoutujien kokemusten kuvauksissa helpommin huomattavissa kehollisuuden ja tajunnallisuuden ulottuvuudet. Rentoutuksen vaikutukset situationaalisuuteen ei ole suoraan tutkimustulosten perusteella osoitettavissa, koska situationaalisuus ilmenee suhteina todellisuuteen. Tässä tutkimuksessa ei kartoitettu kuntoutujien elämäntilanteita laajemmin. Vaikutukset kuntoutujien elämäntilanteisiin eivät välttämättä ilmene niin lyhyellä tarkastelujaksolla tai niin kapealla tutkimusasetelmalla suoraan tutkimustuloksissa. Myös Rauhala (1988, 195) korostaa, että ihmisen olemassaolon perusmuodoista juuri situationaalisuuden ymmärtäminen on vaikeinta.

Situationaalisuudesta voi kuitenkin tehdä joitakin päätelmiä tarkastellen tutkimushenkilöiden käyttäytymistä laajemmin. Kuntoutujien elämäntilanteeseen tapahtui muutoksia esimerkiksi

silloin, kun he omaksuivat tutkimushenkilön roolin ja sitoutuivat tutkimukseen. Nämä kuntoutajat antoivat panoksensa päihdetyön kehittämiseen. Kuntoutujien sitoutuminen rentoutusjaksoon voi auttaa rytmittämään ajan kulkua ja antaa päihdeettömiä kokemuksia. Sitoutuminen voi vaatia kuntoutujilta myös ponnisteluja. Tämä korostui erityisesti sen kuntoutujan kohdalla, joka saapui itsenäisesti rentoutushoitoihin. Sovittu määrä rentoutuskertoja toteutui, vaikka välillä tuli peruutuksiakin. Kuntoutuja pystyi näin ottamaan itsenäisen toimijan roolin.

Samalla tavalla kuin ihmisen kokonaisuus koostuu eri olemispuolista, myös päihderiippuvuus voi ilmetä fyysisenä, psyykkisenä tai sosiaalisena (Sutinen ym. 2000, 31). FA rentoutuksella voi parhaimmillaan vaikuttaa kaikkiin kolmeen ihmisen olemassaolon muotoon. Myös Ala-Ruona (2003, 179) toteaa, että FA hoito on erittäin kokonaisvaltainen lähestymistapa. Rentoutus parantaa fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia sekä antaa mahdollisuuden hankkia päihdeettömiä kokemuksia. Kehollisuuden ja tajunnallisuuden kautta voi vaikuttaa myös kuntoutujan elämäntilanteeseen, koska ihminen on toiminnallinen kokonaisuus.

Päihdekuntoutuksessa on käytössä monenlaisia auttamismenetelmiä, joihin FA rentoutus voisi olla sopiva lisäys. On hyvää, jos kuntoutujille voidaan antaa mahdollisuus valita itselleen sopivimmat ja parhaiten hyvinvointiaan ja päihdeettömyyttään tukevat menetelmät. Terapeuttisen FA hoidon toteuttamiseen tarvitaan terapeutin koulutuksen saanutta henkilöä, mutta FA rentoutusta voisi kuntoutuja käyttää lyhyen perehdytyksen jälkeen myös itsenäisesti. Silloin ei vaadi menetelmän käyttöönotto merkittävää lisäystä kuntoutuslaitoksen henkilöstömenoihin. Ainakin tähän tutkimukseen osallistuneiden päihdekuntoutujien mielestä olisi tuolin hankkiminen hoitolaitokseen erittäin hyvä idea.

Olisi ollut mielenkiintoista tutkia FA rentoutuksen vaikutuksia ja muutoksia kuntoutujien hyvinvoinnissa laajemmin. Myös muiden aineistonkeruumenetelmien, kuten esimerkiksi kokeuspäiväkirjan tai oireiden, toimintakyvyn ja muutosten perusteellisemmän kartoituksen käyttö olisi voinut antaa mielenkiintoisia tuloksia. Tämän työn tavoitteena oli kuitenkin ensisijaisesti kuntoutujien omien kokemusten selvittäminen, joten muut tutkimusmenetelmät saavat jäädä jatkotutkimuksiin.

FA menetelmästä on edelleen niukasti tutkimusnäyttöä ja FA tuoli on monille terveydenhuollon ammattilaisille vielä vieras hoitoväline. Jotta FA menetelmän käyttö yleistyisi terveysalalla, tarvitaan tästä menetelmästä enemmän tutkimusta. Ala-Ruona (2003, 191 - 192) huomauttaa, että vaikka asiakkaiden, hoitoa antavien ja lähettävien tahojen myönteiset kokemukset ovat yhdensuuntaisia, FA menetelmän systemaattinen soveltaminen on suhteellisen vähäistä. Hänen mukaan lupaavia kliinisiä havaintoja on paljon, mutta ilmiötä integroivia ja hyvin argumentoituja perusteita melko vähän.

Myös Marko Punkanen (2003, 215) kirjoittaa, että musiikkiterapiaa ja FA menetelmää on käytetty Suomessa riippuvuusongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa jonkin verran, mutta varsinaista tutkimusta on tehty hyvin vähän. Aiheesta tarvitaankin runsaasti lisää tutkimusta, jotta menetelmä tulisi tunnetuksi. Tämän tutkimuksen pohjalta voisi ehdottaa jatkotutkimuksen aiheeksi esimerkiksi arviointitutkimusta FA rentoutuksen käyttöönoton vaikutuksista päihdekuntoutuksen laitoshoidon tuloksellisuuteen tai keskeyttämisprosenttiin. Mahdollisena jatkotutkimuksena voisi myös selvittää FA rentoutuksen käyttökelpoisuutta päihdekuntoutuksen avopalveluissa.

6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen joka vaiheessa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19). Tuomen ja Sarajärven (2002, 126) mukaan jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Sen takia jo aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.) Tässä tutkielmassa on pyritty selvittämään FA menetelmän vaikutuksia asiakkaiden näkökulmasta - aihevalinnan lähtökohtana on ihminen ja hänen subjektiivinen kokemus. Työn tarkoitus on tuottaa tietoa, jota voi käyttää päihdepalvelujen kehittämisessä eli tutkimuksen on tarkoitus palvella päihdekuntoutuksen asiakkaita.

Ihmistutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkimukseen osallistujille on selvitettävä heille ymmärrettävällä tavalla tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistumisen pitää perustua vapaaehtoisuuteen ja osallistujien hyvinvointi on turvattava. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128 - 129.) Pyrin koko tutkimuksen aikana huomioimaan osallistujien itsemääräämisoikeuden ja turvaamaan omalla toiminnalla heidän hyvinvoinnin. Haastatteluja toteuttaessa pyrin olemaan hienotunteinen. Kiinnitin erityistä huomiota siihen, ettei opinnäytetyöstä koidu mitään haittaa siihen osallistuville henkilöille.

Olen noudattanut työssäni salassapitovelvollisuutta ja käsitellyt tiedonhankinnan yhteydessä saamani yksittäisiä henkilöitä koskevia tietoja luottamuksellisesti. Tutkimuksen tekoa varten saatiin lupa Kolmirannan hoitokodin johtajalta (tutkimuslupapyyntö: LIITE 3). Myös haastattelutilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (haastattelusuostumus: LIITE 4). Ennen sitä pyrin varmistamaan, että tutkittavat olivat ymmärtäneet, mistä tutkimuksessa on kyse, ja että heillä on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen omalta osaltaan milloin tahansa.

Eettisestä näkökulmasta on tärkeää, että haastateltava antaa suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta. Tutkimuksen kohteena olevien ihmisten tulee voida hyväksyä tutkimus tai kieltäytyä osallistumasta siihen sen tiedon varassa, joka koskee tutkimuksen luonnetta ja tarkoitusta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Pyrin informoimaan tutkittavia tutkimuksen ja käy-

tettävän rentoutusmenetelmän luonteesta ja vastamaan kaikkiin tutkittavien kysymyksiin, jotta tämä eettinen vaatimus tulisi täytettyä. Toisaalta siinä piilee vaara, että tutkittaville etukäteen annettu tieto hoidon oletettavista vaikutuksista on voinut vinouttaa tutkimuksen tuloksia ja näin ollen vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Tutkimuksen eettisyys vaatii hyvän tieteellisen käytännön noudattamista (Vilka 2005, 29). Olen pyrkinyt välttämään opinnäytetyössäni hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia, joita ovat esimerkiksi puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien huolimaton raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen.

Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäessä ei voi tutkimuksen tekemistä ja tutkimuksen luotettavuutta pitää toisistaan erillisinä tapahtumina (Vilka 2005, 158). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen toteutuksen kaikista vaiheista. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee esitellä totuudenmukaisesti. Myös mahdolliset häiriötekijät ja virhetulkinnat sekä haastatteluihin käytetty aika tulee olla tutkimusraportissa esillä. (Hirsjärvi ym. 1997, 214.) Olen pyrkinyt esittämään tutkimuksen toteutuksen mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Tarkoituksena on antaa lukijalle mahdollisimman hyvä kuva siitä, miten tutkimuksen tuloksiin on päädytty.

Työni luotettavuutta saattaa heikentää hieman se, että olen toteuttanut tutkielmani yksin. Toisaalta työn alustavien versioiden käsittely työpajoissa ja ohjauskeskusteluissa on auttanut tarkastelemaan työtäni eri näkökulmista. Työskentely työparin kanssa olisi mahdollisesti voinut auttaa välttämään joitakin virheitä tutkimusprosessissa. Huomasin esimerkiksi vasta aineiston analyysivaiheessa, että osa teemahaastattelun teemoista ei mennyt täysin yhteen tutkimuskysymyksiä kanssa. Tämä ei kuitenkaan mielestäni haitannut tutkimuksen luotettavuutta, koska haastatteluaineisto antoi silti vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Vilkan (2005, 105 - 110) mukaan kohderyhmän, kulttuurin ja tilanteen heikko tuntemus saattaa aiheuttaa sen, että tulkintaan jää aukkoja tai tulkinta vääristää tutkittavan kuvausta. Tästä vuorostaan seuraa, että tutkimus ei ole uskottava. Pyrin tutustumaan aihepiiriin ja tutkimuksen kohderyhmään mahdollisimman hyvin jo ennen tutkimusta kirjallisuuden avulla. Tutkimuksen alussa tutustuin alustavasti myös tutkimuksesta kiinnostuneiden kuntoutujien taustaan keskustelemalla heidän kanssa. Vilkan mukaan kohderyhmän tuntemus auttaa myös teemahaastattelun kysymysten muotoilussa. Kysymyksissä näkyy kuitenkin usein tutkijan ennakkokäsitys asiasta. Vastaja tunnistaa tämän ja vastaa tutkijan toivomalla tavalla eikä omien kokemustensa tai käsitystensä mukaan. (Vilka 2005, 105 - 110.) Tämä tutkijan ennakkokäsitysten tunnistettavuus ja myös haastateltavien mahdollinen tiedostettu tai tiedostamaton pyrkimys miellyttää haastattelijaa saattoi vääristää tämän tutkimuksen tuloksia.

Haastattelujen toteuttaminen olisi vaatinut enemmän koulutusta ja kokemusta. Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2000, 68) ovat todenneet: haastattelijaksi ei synnytä, haastattelijaksi opitaan. Vasta haastattelujen jälkeen niitä litteroidessani ymmärsin, missä olin tehnyt virheitä. Huomasin monessa kohtaa, että haastattelusta tuli välillä enemmän keskustelu, jossa oma näkemykseni saattoi mahdollisesti ohjata haastattelun kulkua ja vaikuttaa vastauksiin. Haastattelutilanteessa oli vaikeaa esittää kysymyksiä näin, että saisi houkutelua haastateltavan kertomaan kokemuksistaan spontaanisti omin sanoin. Jälkeenpäin haastatteluja lukiessa huomasin myös sen, että keräämästäni aineistosta iso osa on sellaista, jota ei voi sisällyttää tähän tutkimukseen. Tutkittavat kertoivat mielellään elämäntilanteistaan ja elämänhistoriastaan. Rentoutuksen aiheuttamista kokemuksista kysyttäessä olivat vastaukset yleensä aika lyhyitä, jonka takia jouduin kysymään paljon tarkentavia kysymyksiä. Haastattelutaitojen kehittymisen myötä pystyin viimeisessä haastattelussa muotoilemaan kysymyksiä hieman paremmin ja saamaan haastateltavalta enemmän kuvailevia vastauksia. Vilkan (2005, 109) mukaan teema-haastattelussa koehaastattelujen tekeminen on hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä kohderyhmässä. Koehaastattelujen tekeminen olisi tässä tutkielmassa antanut mahdollisuuden kehittää haastattelukysymyksiä ja omia haastattelutaitoja ennen varsinaista aineistonkeruuta.

Tavoitteenani oli haastatella opinnäytetyötäni varten kolmesta kuuteen kuntoutujaa. Vaikka alussa kiinnostuneita oli jopa seitsemän, rentoutushoitokokeiluihin lupautui tulemaan viisi ja kokeilut aloitti neljä kuntoutujaa, haastatteluihin asti oli mukana vain kolme tutkittavaa. Kolmelta henkilöltä kerätty haastatteluaineisto oli mielestäni kuitenkin riittävä tämän tutkimuksen luotettavuuden kannalta, koska en pyri opinnäytetyöni tulosten yleistettävyyteen. Toisaalta suurempi määrä tutkittavia olisi antanut enemmän analysoitavaa aineistoa. Tällä tavalla olisi voinut varmistaa paremmin aineiston kylläntymisen. Opinnäytetyössäni oli kuitenkin tarkoituksena selvittää päihdekuntoutujien yksilöllisiä kokemuksia FA rentoutuksesta. Tämä myös toteutui opinnäytetyössäni.

6.3 Opinnäytetyön hyödyllisyys

Opinnäytetyöni merkityksenä työelämän kannalta on FA hoidon tunnettumammaksi tekeminen. Opinnäytetyöprosessin tärkeimpänä tavoitteena ei ole yleensä tieteellisesti merkittävien tulosten tuottaminen, vaan opiskelijan ammatillisten taitojen kehittyminen. Tutkimukseni voi kuitenkin edesauttaa menetelmän käytön lisääntymistä sosiaali- ja terveystieteillä. Ainakin Kolmirannan hoitokodin henkilökunnan ja asiakkaiden seassa tiedetään siitä nyt hieman enemmän. Valmis opinnäytetyön raportti lähetetään Kolmirannan hoitokotiin, jotta henkilökunta voisi tutustua tutkimukseni tuloksiin. Toivottavasti tutkimukseni lisää mielenkiintoa menetel-

mää kohtaan niin, että tuolin hankkimista harkitaan. Tutkittavien toiveena oli, että hoitokodissa voisi käyttää FA tuolia päihdekuntoutuksen osana.

Inhimillisellä tasolla pidän työtäni merkityksellisenä myös siinä mielessä, että sitä kautta avautui kolmelle päihdekuntoutujalle mahdollisuus kokeilla uutta rentoutusmuotoa. He saivat uusia päihteettömiä kokemuksia ja samalla myös mahdollisuuden vaikuttaa päihdehoidon kehittämiseen. Toivon, että pystyin viestittämään riittävästi omaa suhtautumistani kuntoutujiin tasavertaisina ihmisinä, joiden kokemusta ja mielipiteitä arvostetaan.

Oman oppimiseni ja ammatillisen kehittymiseni kannalta on opinnäytetyön prosessi ollut erittäin hyödyllinen. Olen saanut tämän prosessin kautta paljon uutta tietoa ja kokemusta FA menetelmästä ja päihdetyöstä. Hoitokokeilujen toteuttaminen on antanut kokemuksia alkoholi-riippuvaisten kanssa työskentelystä. Olen perehtynyt sisällönanalyysin tekemiseen ja saanut harjoitella teemahaastattelun toteuttamista. Olen saanut kokemusta yhteistyökumppaneiden etsimisestä ja asioiden järjestelemisestä, jossa ajan hallinta sekä kyky työskennellä johdonmukaisesti ja pitkäjänteisesti osoittautuivat tärkeiksi. Myös itseni ja omien ideoideni markkinoinnin kyky on kehittynyt tässä prosessissa merkittävästi. Tiedonhaun ja tieteellisen kirjoittamisen osaaminen sekä lähteiden kriittinen käyttö on kehittynyt. Työn eri vaiheiden esittäminen työpajoissa ja valmiin raportin esittäminen arvioivassa seminaarissa ovat antaneet mahdollisuuden kehittää esiintymistaitojani sekä kykyä argumentoida julkisesti valintojani ja päätöksiäni.

LÄHTEET

- Ahonen, H. 2000. Musiikki – sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. 3. painos. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab
- Ala-Ruona, E. 2003. Fysioakustinen hoito osana erikoissairaanhoidon ja kuntoutustutkimusta. Teoksessa Ala-Ruona, E., Erkkilä, J., Jukkola, R. & Lehtonen, K. (toim.) Muistoissa Petri Lehtinen 1940 - 2001. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys ry, 173 - 193
- Definition. Vibroacoustics. Viitattu 20.9.2008. Saatavissa www-muodossa: http://members.tripod.com/~quadrillo/VAT/e_manual-2.html
- Eskola, J. 2007. Terveys mukaan alkoholipolitiikkaan. Kansanterveys -lehti 3/2007
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino
- Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma. 2007
- Fysioakustiikka. Next Wave Oy. Viitattu 9.4.2008. Saatavissa www-muodossa: <http://www.nextwave.fi/finnish/fa.htm>
- Fysioakustinen hoito. Next Wave Oy. Viitattu 9.4.2008. Saatavissa www-muodossa: <http://www.nextwave.fi/finnish/fa.htm>
- Granström, V. & Kuoppasalmi, K. 2003. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 29 - 32
- Hairo-Lax, U. 2005. Musiikkiterapiaprosessin merkittävät tekijät ja merkittävät hetket päihteettömän elämäntavan tukijoina. Sibelius-Akatemia. Musiikkikasvatuksen osasto. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Tammi
- Holmberg, N. 2003. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 212 - 219
- Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 110 - 119
- Kolmirannan hoitokodin toimintakertomus 2006. (Julkaisematon lähde)
- Kolmirannan hoitokodin toimintasuunnitelma vuodelle 2008. (Julkaisematon lähde)
- Kotkavirta, J. 2002. Kokemuksen ehdot ja hahmot. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. Kokemus. Tampereen yliopisto, 15 - 36
- Kärkkäinen, M. Lihasten stimulointi. Viitattu 20.9.2008. Saatavissa www-muodossa: <http://www.fysioakustinenhoito.autta.fi/5>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol. 11, no 1/99, 3 - 12
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY

Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohje. 2008. (Julkaisematon lähde)

Lehtomaa, M. 2005. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia OY, 163 - 194

Paju, K. 2003. "Parantavat hertzit". Teoksessa Ala-Ruona, E., Erkkilä, J., Jukkola, R. & Lehtonen, K. (toim.) Muistoissa Petri Lehikoinen 1940 - 2001. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys ry, 141 - 172

Perttula, J. 2005. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteen-teoria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia OY, 115 - 162

Punkanen, M. 2002. "Matkalla mieleen ja tunteisiin" Fysioakustinen menetelmä ja musiikkiterapia huume kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Musiikkitieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Punkanen, M. 2006. Musiikkiterapia osana huume kuntoutusta. Hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailmaan integroimiseen. Jyväskylän yliopisto.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Stakes

Rauhala, L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1988:25, 190 - 201

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino

Ruisniemi, A. 1997. Asiakkaana päihdekuntoutuksessa. Asiakkaiden kokemuksia laitospainotuksesta Kankaanpään A-kodissa. Helsinki: A-klinikkasäätiön

Skille, O. Mechanical cleaning of brain cells and muscle cells by sound vibration. Viitattu 20.9.2008. Saatavissa www-muodossa:
http://members.tripod.com/~quadrillo/VAT/e_jindrak-2.html

Sutinen, T., Partanen, A. & Havio, M. 2000. Ihmisen riippuvuusikäyttäytyminen. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi, 26 - 36

Sutinen, T., Partanen, A., Havio, M., Mattila, R. & Syysmeri, L. 2000. Hoitava ja kuntouttava päihdehoitotyö. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi, 129 - 165

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

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

LIITTEET

- LIITE 1 Teemahaastattelun runko
- LIITE 2 Esittelykirje Kolmirannan hoitokodin asiakkaille
- LIITE 3 Tutkimuslupa-anomus
- LIITE 4 Haastattelusuostumus

LIITE 1: Teemahaastattelun runko

1. Kokemus FA rentoutuksesta

Kerro, miten olet kokenut fysioakustisen rentoutuksen?

Minkälaisia muutoksia olet kokenut tapahtuvan elimistössäsi ja mielessäsi rentoutushoitjakson aikana?

Millaisia tunteita FA rentoutus herätti?

Aiheuttiko hoito missään vaiheessa epämiellyttäviä tunteita?

2. FA rentoutuksen vaikutus

Kerro, mihin oireisiin fysioakustinen rentoutus on auttanut?

Esim. kivut, lihasjännitys, päänsärky, yleinen väsymys, unettomuus, keskittymiskyky

Muu (myönteinen) vaikutus

3. FA rentoutuksen rooli raittiina pysymisessä

Millä tavalla fysioakustinen rentoutus voisi tukea sinua raittiina pysymisessä?

Vaikutukset fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn

Olisitko valmiina sitoutumaan pitempään vastaavanlaiseen hoitajaksoon, jos sellainen olisi kuntoutuksesi jatkohoitona tarjolla?

4. FA hoidon kehittäminen

Miten tärkeänä pidät mahdollisuutta keskustella hoidon aiheuttamista kokemuksista ja tunteista?

Pitäisikö hoitoon kuulua mahdollisuus keskustella hoidon herättämistä ajatuksista jokaisen hoitokerran aikana tai heti sen jälkeen?

LIITE 2: Esittelykirje Kolmirannan hoitokodin asiakkaille

Hyvä Kolmirannan asiakas

Olisitko kiinnostunut osallistumaan opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen, jossa arvioidaan asiakkaan kokemuksen kautta fysioakustisen rentoutuksen vaikutusta vieroitusoireiden hallintaan ja sen käyttöä raittiuden tukemisessa. Tässä tutkimuksessa ovat pääroolissa SINUN kokemuksesi.

Fysioakustinen menetelmä on kehitetty Suomessa fysiologian, psykologian, lääketieteen ja elektroakustiikan asiantuntijoiden yhteistyönä. Fysioakustisessa menetelmässä käytetään matalajaksoista siniääntä, jonka taajuus vaihtelee välillä 27 – 113 Hz. Matalan siniäänen etuja ovat hyvä läpäisykyky, tasainen stimulaatiovaikutus ja tarkka kontrolloitavuus. Hoidon teho perustuu siniäänen aikaansaamaan resonanssi-ilmiöön.

Fysioakustisen hoidon on todettu vilkastuttavan verenkiertoa, vähentävän lihasjännityksiä, lieventävän kiputiloja sekä tarjoavan korvaavia mielihyvän kokemuksia. Fysioakustinen hoito auttaa myös erilaisten kipujen, stressin ja unettomuuden hoidossa. Sitä käytetään jo laajalti Suomessa, Englannissa, Saksassa, USA:ssa ja useissa muissa maissa työterveydenhoidossa, urheilulääketieteessä ja -valmennuksessa, erilaisissa terapioissa sekä vanhus- ja vammaiskuntoutuksessa. Hoito suoritetaan fysioakustisella tuolilla, joka on USA:n lääkintöhallituksen (FDA) rekisteröimä hoitoväline.

Tutkimukseen kuuluu hoitajakso ja sen aikana halutessanne keskustelua kokemuksistanne sekä nauhoitettavat haastattelut hoitajakson alkaessa ja päättyessä. Alustavan suunnitelman mukaan tutkimukseen kuuluva hoitajakso kestää n. 4 viikkoa, 2 hoitokertaa viikossa. Fysioakustinen tuoli sijaitse Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen toimipisteen tiloissa.

Kaunista kevättä kaikille!

Krista Karbov, sairaanhoitaja-opiskelija

LIITE 3: Tutkimuslupa-anomus

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi
Metsäpojankuja 3
02130

25.4.2008

Hyvä Kolmirannan hoitokodin johtaja Mika Ikkala

Olen sairaanhoidon opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni Laurea-ammattikorkeakoulun Kriiseistä selviytyminen - hankkeessa. Opinnäytetyöni aiheena on päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta.

Tarkoitukseni on pyytää tutkimushenkilöiksi 3-6 Kolmirannan hoitokodin asiakasta. Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jonka toteutukseen kuuluu 6-8 rentoutushoitokertaa fysioakustisella tuolilla sekä teemahaastattelut rentoutushoitajakson jälkeen. Koska tutkimuksessa käytettävä fysioakustinen tuoli sijaitsee Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen toimipisteen tiloissa, pyydän teidän apuanne tutkimushenkilöiden kuljetuksen järjestämisessä.

Haastattelut on tarkoitus toteuttaa Kolmirannan hoitokodissa etukäteen sovitussa tilassa ja sovituna ajankohtana. Haastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Pyydän myös haastateltavilta luvan haastattelujen nauhoittamiseen.

Tutkimuksen tiedonkeruu on tarkoitus toteuttaa tämän kevään aikana: rentoutushoidot aloitetaan mahdollisimman pian tutkimusluvan saamisen jälkeen ja teemahaastattelut on tarkoitus toteuttaa heti rentoutushoitajakson päättyessä.

Analysoin keräämäni aineiston teoriasidonnaista sisällönanalyysin menetelmää käyttäen. Käsittelem saamani tiedot luottamuksellisesti ja hävitän haastattelut aineiston analysoimisen jälkeen. Lopullisesta opinnäytetyöraportista ei käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys.

Pyydän lupaa opinnäytetyöni toteuttamiseen Kolmirannan hoitokodissa.

Vastaan mielelläni opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin.

Laurea-ammattikorkeakoulun puolesta opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Veikko Rantanen (veikko.rantanen@laurea.fi).

Ystävällisin terveisin

Krista Karbov
krista.karbov@laurea.fi

LIITE 4: Haastattelusuostumus

Osallistun Krista Karbovin opinnäytetyöprojektiin fysioakustisesta rentoutuksesta. Olen saanut riittävästi tietoa tämän tutkimuksen kulusta, tarkoituksista ja menetelmistä ennen haastattelusuostumuksen allekirjoittamista.

Annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen. Samalla suostun siihen, että haastattelemani saa käyttää aineistona Krista Karbovin opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä ei mainita missään vaiheessa nimeäni eikä siinä ole mitään tunnistettavaa tietoa. Nauhoitukset hävitetään aineiston analysoimisen jälkeen.

Espoossa _____

haastateltavan allekirjoitus