



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

SUUNNITELMALLINEN KOSKETUS KUNTOUTUMISEN TUKENA

Pallopeittohierontaa skitsofreniaa sairastaville ihmisille

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosionomi
Sosiaalipedagoginen aikuistyö
Opinnäytetyö AMK
Sari Luhtala
Kevät 2012

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

LUHTALA, SARI:

SUUNNITELMALLINEN KOSKETUS
KUNTOUTUMISEN TUKENA
Pallopeittohierontaa skitsofreniaa sairastaville ihmisille

Sosiaalipedagogisen aikuistyön opinnäytetyö, 33 sivua, 2 liitesivua

Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Tässä laadullis-toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkittiin skitsofreniaa sairastavien ihmisten kokemuksia pallopeittohieronnasta. Vastauksia tähän tutkimustehtävään pyrittiin selvittämään antamalla suunnitelmallista pallopeittohierontaa kolmelle henkilölle. Hieronnan jälkeen kokemuksista kerättiin tietoa teemahaastattelulla.

Opinnäytetyö oli kaksivaiheinen. Toiminnallinen osuus oli kymmenen kertaa käsittevä hieronta. Kvalitatiivinen, laadullinen osuus oli kokemuksia kartoittava teemahaastattelu. Menetelmä on luonteeltaan kuvaileva, induktiivinen.

Tutkimustulokset osoittivat, että hieronta koettiin miellyttävänä ja rentouttavana. Hieronnan kesto-aika kerrallaan koettiin liian lyhyeksi. Koehenkilöstä riippuen hierontoja toivottiin suoritettavaksi viikosta neljän viikon välein. Hierontajakson aikana huomattiin koehenkilöiden olevan entistä paremmin kontaktissa ja aloitekykyisempiä.

Tutkimuksen perusteella kuntoutujat hyötyivät suunnitelmallisesta kosketuksesta. Tutkimustuloksien perusteella todettiin, että tämän kaltaista palvelua on hyvä tarjota kuntoutumisen tueksi.

Avainsanat: pallopeittohieronta, skitsofrenia, kuntoutus, suunnitelmallinen kosketus, rentoutuminen, yksinäisyys

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services

LUHTALA, SARI:

Title
SYSTEMATIC CONTACT WITH
REHABILITATION SUPPORT
Ballplanket massage for people with
schizophrenia

Bachelor's Thesis in Social Pedagogy for work with adults,
33 pages, 2 appendices

Spring 2012

ABSTRACT

This qualitative-functional thesis studies people with schizophrenia experiences' of massage ball. Replies to this research task were gained by providing a structured ball massage to three people. After the massage experience, the information was collected through thematic interviews.

The study had two parts. The practical part involved a ten time massage session. The qualitative part contained an interview which aim was to study their experiences. The method is a descriptive, inductive.

The results showed that massage was seen as pleasant and relaxing. The duration of massage at a time, was felt to be too short. The desired time between two massage sessions varied between one week and four weeks. After the massage the studied persons were found to be more in contact and with better initiative.

The informants benefited from a structured rehabilitation massage. This study showed that this type of service could be offered as a support of rehabilitation.

Key words: ball blanket massage, schizophrenia, rehabilitation, systematic contact, relaxation, loneliness

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	0
2	TUTKIMUSTEHTÄVÄ	1
3	KOSKETUKSEN TUTKIMINEN	2
4	SKITSOFRENIA SAIRAUTENA	4
4.1	Skitsofrenia ja masennus	5
4.2	Skitsofrenia ja yksinäisyys	6
4.3	Skitsofrenia ja syrjäytyminen	7
5	KOSKETUKSEN MERKITYKSESTÄ KEHOLLE	9
5.1	Terapeuttinen kosketus	10
5.2	Kosketus asiakastyössä	11
5.3	Kulttuurin vaikutus kosketukseen	12
6	KUNTOUTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	14
6.1	Kuntoutusvalmius	15
6.2	Mielenterveystyö ja -kuntoutus	15
6.3	Stressistä kuntoutuminen rentoutuksen avulla	16
6.4	Työntekijän rooli	17
6.5	Kokonaisvaltainen kuntoutuminen sosiaali- ja terveystyössä	18
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
7.1	Tutkimuksen lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä	20
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä	22
7.3	Pallopeittohieronnän kuvaus	22
7.4	Tulosten käsittely ja analysointi	23
8	TULOKSET	24
	Tarkennetut kysymykset	25
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	28
10	POHDINTA	30
	LÄHTEET	34

1 JOHDANTO

Lastenpsykiatri Jukka Mäkelän mukaan länsimaisen ihmisen pahoinvointi saattaa johtua suurelta osin kosketuksen puutteesta, joka on voinut jatkua läpi ihmisen elämän. Mäkelä olettaa, ettei koskaan ole liian myöhäistä saada eheyttävää kosketusta osakseen mutta aikuisena koskettamisen sallimisen voi tehdä tietoisesti ja turvallisesti, toisen ammattitaitoa hyödyntäen. Hän myös uskoo, että koskettamisesta voisi olla hyötyä psykiatristen potilaiden hoidossa. (Mäkelä 2005, 1543 – 1549.)

Tässä toiminnallis-laadullisessa opinnäytetyössä tutkittiin skitsofreniaa sairastavien ihmisten kokemuksia ja tunteita pallopeittohieronnasta. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisesti, se aloitettiin kymmenen kertaa toteutetulla hieronnalla. Näiden hierontakertojen jälkeen kerättiin kokemuksia ja tunteita hieronnasta teemahaastattelulla, jota analysoitiin sisällön analysointimenetelmällä. Haastattelu on aineellisesti varustettu tiedonkeruumenetelmä, sillä siinä haastattelija ja tutkittava ovat suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Hierontavälineenä käytettiin pallopeittoa. Pallopeitto on rekisteröity tuote, joka sisältää 3-4 cm kokoisia muovipalloja. Peitto mahdollisti läheisyyden ja kosketustunteiden, mutta ei ihokosketusta.

Kiinnostukseni tähän aiheeseen on saanut alkunsa työssäni kohtaamien mielenterveyskuntoutujien, pääosin skitsofreniaa sairastavien ihmisten yksinäisyydestä ja toisen ihmisen lähellä olemisen vaikeudesta. Skitsofreniapotilailla on vaikeuksia solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 73). Pallopeittoon olen tutustunut edellisessä työpajassani kehitysvammaisten kanssa.

Suomessa yksineläviä on reilu miljoona aikuisväestöstä. Enemmistön heistä muodostavat keski-ikäiset miehet ja naiset (Tilastokeskus 2008). Tutkimuksessani mukana olleet asiakkaat ovat skitsofreniaa sairastavia työikäisiä ihmisiä, jotka asuvat ryhmäkodissa tai tukiasunnossa toisen kuntoutujan kanssa.

2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän laadullis-toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia voiko suunnitelmallisella kosketuksella tukea skitsofreniaa sairastavien ihmisten kuntoutumista siten, että läheisyyden kokeminen arkielämässä on luontevampaa ja siihen on helpompi hakeutua. Vastauksia tähän tutkimustehtävään on pyritty selvittämään antamalla suunnitelmallista pallopeittohierontaa kolmelle henkilölle. Tarkoituksena oli myös selvittää voiko kosketuksella tukea skitsofreniaa sairastavien ihmisten kuntoutumista siten, että läheisyyden kokeminen on luontevampaa ja siihen on helpompaa hakeutua. Koen tärkeänä, että nämä ihmiset saavat myönteisiä kokemuksia niistä asioista, jotka ovat heille haastavia, kuten toisen ihmisen lähellä oleminen. Suunnitelmallisen hieronnan antaminen heille on yksi tapa saada kokemusta läheisyyden sietämisestä, sillä läheisyyden kokemista ei voi harjoitella yksin. Monet jo varhaisessa iässä skitsofreniaan sairastuneet ihmiset ovat ilman pysyvää parisuhdetta ja perheettömiä läpi elämänsä. Yksinäisyys on läsnä sairauden puolesta emotionaalisesti ja fyysiset ihmiskontaktit rajoittuvat lähinnä lääketyksen vaatimiin seurantoihin.

Hanna Svennevigin (2003) väitöskirjassa Hyvän olon hoidot tutkittiin, voiko kehon hoitaminen kosketuksen avulla johtaa psykoterapeuttiseen työskentelyyn sekä sitä onko keholla merkitystä psykoterapeuttisessa prosessissa. Svennevig havaitsi hoitojen lisäävän vireyttä ja rentoutuneisuutta. Hoidot nostivat mielialaa ja vähensivät vihan tunteita. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hieronnan vaikutusta kuntoutumisen näkökulmasta. Tavoitteena on löytää uusia välineitä tukemaan sosiaalisen kanssakäymisen kuntoutumista. Skitsofrenia on yksi haastavimmista ihmiskunnan sairauksista, johon liittyy toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 73).

Tutkimustehtävään lähdettiin hakemaan vastauksia antamalla pallopeittohierontaa asiakkaille ja siten helpottamalla kosketuksen sietämistä. Peitto mahdollisti ihmisen läsnäolon kehon läheisyydessä mutta ei fyysistä kosketusta keholta toiselle. Hieronta tehtiin selän alueelle, joka on ihmisen kehon neutraaleja kehon alueita. Toimintatapana pallopeittohieronta on mielestäni turvallisempi lähestymistapa hoitaja - asiakassuhteessa kuin hieronta ihokosketuksessa.

3 KOSKETUKSEN TUTKIMINEN

Suomalaista tutkimustietoa kosketuksen vaikutuksista on melko vähän (Rautajoki 1996, Mäkelä 2005), sen sijaan Yhdysvalloissa Floridan Kosketustutkimusinstituutiossa (Touch Research Intitute) ja Duken Yliopistossa on tehty monenlaisia tutkimuksia kosketuksesta. Lasten läheisyyden tarpeen, varhaisen vuorovaikutuksen sekä kosketuksen merkityksiä (Field 2001, Yoder 2006) on tutkittu, mutta aikuisten tarvetta kosketukselle vähemmän. Eläinkokeita kosketuksesta on tehty apinoille ja rotille (Field 2001). Näissä kokeissa on vahvasti näkyvissä kosketuksen tarve ja merkitys eläinten hyvinvoinnille ja kehitykselle. (Koponen 2009, 9-25.)

Tässä opinnäytetyössä käsittelem pääosin suomalaisia väitöskirjoja, pro gradu- tai opinnäytetöitä, joissa on käytetty tietolähteinä myös kansainvälisiä teoksia sekä eritasoisia tutkimuksia. Näistä lähteistä Svennevigin (2003 ja 2005) ja Koposen (2009) tutkimukset käsittelevät mielestäni parhaiten kosketuksen merkitystä aikuiselle ihmiselle. Lasten kehitysvaiheita olen ottanut mukaan siksi, että tutkimukset kuvaavat kehitysvaiheiden tärkeyttä kokemusten ja aistituntemusten käsittelyssä myös aikuisiässä.

Professori Synnöve Carlsonin (2011) mukaan lapsi tarvitsee kehittyäkseen hyväilyjä ja kosketuksia, jotka piirtävät kartan aivoihin lapsen omasta kehosta. Aivot kehittyvät voimakkaimmin ihmisen ensimmäisinä vuosina ja vasta parikymppisen aivot ovat muokkautuneet aikuisen tasolle. Varhaislapsuus on aivojen kehitykselle tärkeä vaihe koko loppuelämää varten. Aivoihin varhaislapsuudessa kertynyt informaatio vaikuttaa ratkaisevasti siihen, minkälaiset valmiudet lapsi saa elämäänsä. (Carlson 2011). Psykodynaamisessa lähestymistavassa ihmisen kokemuksilla lapsuudesta aikuisuuteen nähdään olevan merkitystä läpi elämän. Psykkiset oireet ovat aiheutuneet sisäisistä ristiriidoista lapsuudessa ja ovat seurausta sisäisen tasapainon järkkymisestä. (Aalberg 2008, 763.)

Psykologian tohtori Hanna Svennevig (2003) on väitöskirjaansa tutkinut kosketukseen perustuvien hoitojen vaikutuksia. Väitöskirjan pohjalta tehty kirja, Kehon mieli (Svennevig 2005), pohtii kosketushoitojen käyttöä hyvinvoinnin ja itseym-

määräyksen lisäämisen välineenä. Svennevigin mukaan ihminen hakeutuu näihin hoitomuotoihin usein kokeilumielessä, itsetuntemuksen lisäämisen toivossa, tai vain rentoutuakseen. (Svennevig 2005, 188). Vaihtoehtohoidoissa Svennevig kokee hoidettavan aseman vaihtelevan passiivisesta vastaanottajasta aktiiviseen toimijaan. Tässä työssä itseymmärryksen lisääntyminen sekä aktiivisuuteen pyrkiminen nähdään kuntoutumisen ja voimaantumisen näkökulmasta. Mielestäni itseymmärrys lisää ihmisen itsetuntoa ja näin edistää kuntoutumista ja voimaantumista, joita käsitelen omina kappaleinaan tässä työssä. Keltinkangas-Järvisen (1994) mukaan ihmisen itsetuntoa voi luonnehtia kyvyksi luottaa itseensä, arvostaa itseään ja hyväksyä itsensä heikkouksistaan huolimatta (Keltinkangas-Järvisen 1994, 16).

Kosketuksen merkitystä pro gradu-tutkielmassaan on käsitelty myös Jukka Koponen (2009). Hän on tutkinut laajasti erilaisia kansainvälisiä tutkimuksia kosketuksen tarpeellisuudesta ihmisille, eläinkokeista, lapsen kehityksestä, kulttuurieroista ja kosketuksen esteistä ja -eroista sekä korvikkeista. Kosketuksen puutteella on yhteyksiä erilaisten tutkimusten mukaan tunne-elämän häiriöihin, väkivaltaisuuden aikuisena, unihäiriöihin, kasvuongelmiin, immuunijärjestelmän heikkenemiseen, stressihormonin tuotantoon, vastustuskykyyn, allergioiden ja erilaisten sairauksien syntyyn sekä kommunikointitapoihin. Vähän kosketusta saaneet ovat hiljaisempia, sulkeutuneempia ja heillä on matalampi itsearvostus. (Koponen 2009, 46-49.)

Asiakkaillani on usein vaikeuksia pitää yllä normaalia vuorokausirytmää. Unihäiriöt ovat tavallisia ja vuorokausirytmää tukemassa on erilaisia nukahtamis- ja unilääkkeitä. Myös psyykelääkkeet määrätään usein pääpainoisesti illalla otettaviksi, jotta nukahtaminen mahdollistuisi normaalisti. Skitsofreniaan kuuluu myös tunne-elämän häiriöitä, kuten anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää) ja asiakas saattaa vaikuttaa piittaamattomalta. (Isohanni ym. 2008, 88-89.)

4 SKITSOFRENIA SAIRAUTENA

Skitsofrenia on usein nuorella aikuisiällä alkava psykoosiksi luokiteltu vakava mielenterveyden häiriö. Siihen liittyy merkittävästi toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Se vaikuttaa kognitiivisiin (muisti, keskittymiskyky, tarkkaavaisuus ja toiminnan ohjaus) ja emotionaalisiin (tunne-elämän) toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen oireet, kuten tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Pääosa potilaista oirehtii vuosikymmeniä. Oireet vaihtelevat yksilöstä toiseen. Skitsofreniaa luonnehditaan aivojen säätelyhäiriöksi, joka vaikeuttaa inhimillisiä toimintoja. Skitsofreniapotilaalla on vaikeuksia ajatella luovasti, solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita, ilmaista selvästi omia ajatuksia, sekä keskeisiä tunteita kuten pelkoa ja rakkautta. Heidän arkeensa voivat kuulua pelottavat mieleen työntyvät äänet, ulkoiset uhat ja vieraat voimat. (Isohanni ym. 2008, 73.)

Kansainvälinen tautiluokitus DSM-IV jaottelee skitsofrenian viiteen alatyyppiin (1) paranoidinen (vainoharhaisuus), (2) hajanainen, (3) katatoninen (kiihtymystila), joka tarkoittaa katatonista asentokäyttäytymistä tai vahamaista taipuisuutta, negativismia, mutismia ja stupor-tilaa, sekä (4) jäsentymätön ja (5) jäännöstyyppinen skitsofrenia (Isohanni ym. 2008, 75 -81). ICD-10 tautiluokitus jaottelee skitsofrenian kolmeen päätyyppiin katatoninen, paranoidinen ja hebefreeninen. Hebefreeninen on nuorena alkava hyvin vaikeakuvainen skitsofreniamuoto. Skitsofrenian oireet jaetaan perinteisesti positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan aistiharhoja ja harhaluuloja sekä hajanaista puhetta ja käytöstä. Negatiivisiin oireisiin luetaan tahdottomuus, anhedonia ja tunneilmaisun latistuminen. (Isohanni ym. 2008, 75 -81; Isohanni & Joukamaa 2012.)

Arjen työssä oireet näkyvät vetäytymisenä toisten ihmisten seurasta, asioiden unohtamisena, aloitekyvyn puutteena sekä elämän tyhjiytenä. Ihmisten kanssa ollaan tekemisissä vain välttämättömissä asioissa. Tahdottomuus näkyy joko tahallisenä tai tahattomana unohtamisena. Aloitekykyä kuntoutuksessa tuetaan asiakkasta yhdessä tekemällä tai saattamalla asiat alkuun siten, että asiakkaan on siitä hyvä jatkaa. Elämän tyhjiys näkyy kokemusten ja elämyksien niukkuutena, mi-

kään ei tunnu miltään eikä kokemuksiin joko uskaltauduta tai kiinnostus asioihin puuttuu. Tällöin myös yksinäisyys ja masentuneisuus lisääntyvät.

4.1 Skitsofrenia ja masennus

Laura Pulkki-Råbeckin BMC Public-Health –lehdessä esitetyn tutkimuksen mukaan yksin asuvilla on 80 prosenttia suurempi riski sairastua masennukseen. Tutkimuksen mukaan yksin asuminen lisäsi masennuslääkkeiden käyttöä. Masennuslääkkeiden käyttöä naisilla lisäsivät myös työttömyys ja huonot asumisolot. Yksin elävillä miehillä tyytymättömyys työoloihin ja sosiaalisten verkostojen puute lisäsivät lääkkeiden käyttöä. Miesten yksinasuminen oli yhteydessä myös alkoholin käyttöön. Yhteistyössä Työterveyslaitoksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa seurattiin 3500 työikäisen naisen ja miehen masennuslääkkeiden ostoja seitsemän vuoden ajalta. Yksin asuvista ihmisistä 25 % osti masennuslääkkeitä ja ei-yksin asuvista 15 %. (Yksinasuminen saattaa olla riski mielenterveydelle.)

Monet skitsofreenikot kärsivät masennuksesta. Enäkosken mukaan (2002) masennus on eristävä sairaus, jonka oireisiin kuuluvat mielialan huonontuminen, mielihyvän kokemisen katoaminen, henkisen vireyden heikkeneminen, jatkuva väsymys, keskittymiskyvyn puute, muistihäiriöt, avuttomuuden ja toivottomuuden tunne, itsensä syyllistäminen sekä kuoleman toiveet ja itsetuhoisuus (Heiskanen, Saaristo, 2011, 98).

Isolahnen ym. (2008) mukaan pitkästä vakavasta sairaudesta kuten skitsofreniasta saattaa seurata alakuloisuutta, surua ja jopa masennusta. Virikkeetön ja säilövä laitospäätös voi laskea mielialaa ja näin mielialan lasku saattaa heikentää elämisen laatua jopa enemmän kuin aistiharhat tai harhaluulot. Skitsofreniapotilaista 10 – 80 % sairastaa samanaikaisesti masennusta. Näiden asiakkaiden psykoosi on vaikeaoireisempi ja ennuste huonompi. He käyttävät paljon terveystalouksellisia palveluita eivätkä reagoi hoitoon. He eristäytyvät usein ja heidän kuolemahakuisuutensa on kohonnut. (Isolahnen ym. 2008, 90.)

4.2 Skitsofrenia ja yksinäisyys

Peplau ja Perlman (1982) ovat kiteyttäneet yksinäisyyden näin: yksinäisyys on sosiaalisten suhteiden puuttumista, se on henkilökohtainen kokemus, joka eroaa sosiaalisesta eristyneisyydestä ja se on epämiellyttävää ja ahdistavaa. (Heiskanen & Saaristo 2011, 78).

Ihmiselämässä vuorottelevat tarve olla muiden kanssa ja tarve olla yksin (Heiskanen, Salonen ja Sassi 2006). Tarvitsemme omaa aikaa, mutta myös sosiaalista vuorovaikutusta. Heiskanen kumppaneineen (2006) jaottelee yksinäisyyden sosiaaliseen, fyysiseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen. Läheisen menetyksen jälkeen saattaa sosiaalinen yksinäisyys tuntua vahvana, siten ettei uusien ihmissuhteiden luomiseen ole voimia. Fyysinen yksinäisyys voi liittyä sosiaaliseen siten, ettei lähellä ole ketään johon turvata, tukea tai jota koskettaa. Läheisen ihmisen menetys voi myös synnyttää emotionaalista yksinäisyyttä, jolloin ihminen vieraantuu vanhasta lähipiiristä. Siihen saattaa liittyä myös tarpeettomuuden tunteita. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 61-62.)

Psykodynaamisen teorian mukaan psyykkisten häiriöiden ajatellaan johtuvan ihmisten kyvyttömyydestä luoda ja ylläpitää tunnesiteitä toiseen ihmiseen. Teorian mukaan yksinäisyyden tunteen ymmärtämisessä on huomioitava ihmisyyteen kuuluvana oleellisesti läheisyyden tarve kahden ihmisen välisessä vuorovaikutuksessa. Varhaisessa lapsuudessa tämä suhde on äitiin, joka luo turvallisuutta ja jatkuvuutta. Myöhemmin tämä suhde korvautuu muilla henkilöillä, joiden kanssa muotoutuu vastaava tunneside. Teorian mukaan lapsuuden kielteiset kokemukset ja epäonnistuminen tunnesiteiden muodostamisessa johtavat yksinäisyyteen ja äärimmillään psyykkisten sairauksien kehittymiseen. Tosin ihmiselämään liittyy monia tilanteita, jotka voivat aiheuttaa yksinäisyyttä. (Heiskanen & Saaristo 2011, 60-61.)

Eksistentiaalisen teorian mukaan yksinäisyys kuuluu ihmisen olemassaoloon. Olemassaolon ehtona ja olennaisena osana elämää on erillisuus muista ja tämä erillisuus avaa tien omaan itseen. Teorian mukaan täydellinen kommunikointi ei muiden ihmisten kanssa ole mahdollista. Toinen ei voi kokea toisen ihmisen aja-

tuksia ja tunteita. Erilaiset elämän muutosvaiheet ja traumat saattavat synnyttää yksinäisyyttä – olemassaolon uhkaa. Näitä voivat olla siirtymävaiheet lapsuudesta nuoruuteen, nuoruudesta aikuisuuteen ja vanhuuteen, oma tai läheisen sairastuminen tai läheisen kuolema. (Heiskanen & Saaristo 2011, 62-63.)

Kognitiivinen teoria näkee yksinäisyyden taustalla persoonaan ja eri tilanteisiin liittyviä tekijöitä. Siihen, miten ihminen oman tilanteensa kokee, vaikuttavat monet persoonaan liittyvät tekijät, kuten ujous, sisäänpäin kääntyneisyys, viha, neuroottisuus, jännittyneisyys, ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Ulkopuolisen on vaikeaa arvioida toisen yksinäisyyden kokemuksia. (Heiskanen & Saaristo 2011, 63-66.)

Yksinäisyys asiakkaillani näkyy ystävyysuhteiden puuttumisena. He elävät lähes kaikki ilman parisuhdetta. Vaikka toista ihmistä kaivataankin, on kontaktin ottaminen vaikeaa. Läheisimpiä ihmissuhteita ovat omat vanhemmat tai muut mielen-terveyskuntoutajat. Päivät kuluvat arjen rutiinien hoitamisessa. Keskittymisvaikeuksien vuoksi lukeminen on työlästä. Lisäksi harha-aistimus äänet saattavat häiritä keskittymistä ja kanssakäymistä. Epäluuloisuus ja pelot vaikuttavat ihmissuhteisiin ja osallistumiseen, vähäiset rahavarat kokemuksen mahdollisuuksiin. Köyhyys yksinäistää ja eristää (Heiskanen & Saaristo 2011, 38.)

4.3 Skitsofrenia ja syrjäytyminen

Syrjäytyneiksi ihmisryhmiksi on esimerkiksi nimetty pitkäaikaistyöttömät, pitkäaikaissairaat ja päihdeongelmaiset. Minkään yksittäisen ongelman ei katsota aiheuttavan syrjäytymistä vaan syyn epäillään olevan ongelmien kasaantuminen. Syrjäytyminen kuvataan yhteiskunnan ja yksilön yhdistävien siteiden heikkoudeksi. Syrjäytyneinä pidetään ihmisiä, jotka eivät pysty osallistumaan täyspainoisesti yhteiskuntaan. Syrjäytyneet voivat olla joko Acting out – syrjäytyneitä, jota kääntävät pahan olon ulospäin ja uhkaavat lähiyhteisön turvallisuutta ja rauhaa. Itsetuhoisesti käyttäytyvät kääntävät pahan olon sisäänpäin ja ovat näin Acting in - syrjäytyneitä. (Syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen 2009, 5.)

Syrjäytymisen oireita ovat esimerkiksi aloitekyvyttömyys, elämänilon väheneminen, epäluulot, eristyminen, harrastusten puute, ihmissuhteiden puute, innostuksen puute, kiinnostuksen puute ja itsetuhoisuus. (Syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen 2009, 5).

Syrjäytymisen oireet ovat hyvin paljon skitsofrenian oireiden kaltaisia. Oli syy syrjäytymiseen ihmisellä sairaus, työttömyys tai yksinäisyys ovat sen seuraukset moninaisia ja yhteiskunnallisesti mittavia ja kalliita. Heiskasen ja Saariston (2011) mukaan köyhyys on aineellisen puutteen lisäksi eristäytymistä ja näin syrjäytymistä. Rahattomuus voi olla maailman ja ihmisen itsensä välisen yhteydenpidon esteenä. (Heiskanen & Saaristo 2011, 38.)

”Kaste-ohjelman (2012) päätavoitteisiin kuuluu lisätä kansalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä”. Toimenpiteiden on tarkoitus kohdentua muun muassa pitkäaikaistyöttömiin. (Kaste – ohjelma 2012). Koen että innovatiivisuutta tarvitaan nyt enemmän kuin koskaan. Asiakkaani ovat mitä suurimmassa määrin syrjäytyneitä. He yrittävät kaikin tavoin pitää kiinni siitä pienestä omasta elämästä, jota heillä on. Eriarvoisuus korostuu, sillä rahan merkitys kokemusten ja elämysten laajentajana on merkittävä.

5 KOSKETUKSEN MERKITYKSESTÄ KEHOLLE

Ihmisen taktillinen järjestelmä, tuntoaisti, saa kosketukseen liittyvää tietoa ihon reseptorisolujen kautta. Reseptoreita on kaikkialla kehossa. Reseptorit antavat tietoa kevyestä kosketuksesta, paineesta, värähtelystä, lämpötilasta ja kivusta. Järjestelmä toimii jo kohdussa. Tuntoaisti on tärkeä kasvulle, kehitykselle ja eloonjäämiselle. Keskokset, joita hierotaan säännöllisesti, ovat virkeämpiä, aktiivisempia ja rauhallisempia kuin kosketusta ilman jääneet. Heidän painonsa lisääntyy ja orientaatioreaktionsa paranevat. (Yack, Sutton & Aquilla 2001, 49–50.)

Vastasyntyneen lapsen hermoston toimiessa hyvin säädellysti, hän oppii vastaanottamaan kosketuksia hänestä huolta pitävältä ihmiseltä ja hyväily saa hänet tuntemaan olonsa lämpimäksi ja turvalliseksi. Fyysinen kiintymys huolenpitäjään luo perustan kaikille edessä oleville ihmissuhteille. Aikuisessa parisuhteessa voi olla ongelmia, jos toisen osapuolen taktillinen häiriö haittaa tunnepitoista läheisyyttä. Liian vähäinen kosketus saa toisen tuntemaan itsensä hylätyksi ja liian ahkera koskettaminen ettei häntä kunnioiteta. (Kranowitz 2003, 91–92.)

Kosketuksella on vahva vaikutus ihmiseen. Reagoimme välittömästi kosketukseen aistien sen sävyä ja sen välittämää kosketuksen tarkoitusperää. Kosketus voi joko lisätä tai vähentää fysiologista stressiä. Koskettaa voi erilaisilla tavoilla, kuten silittää, sivellä, taputtaa, rutistaa, kätellä, halata, kiinnipitää tai hieroa (Enäkoski & Routasalo 1998, 63.)

Kutittava kosketus kiihottaa, tasainen voimakasrytmisen kosketus rentouttaa. Tyynnyttävä kosketus hidastaa nukutetun ihmisen syketasoa. Ymmärtämällä kosketuksen vaikutusta paremmin voisimme oppia hyödyntämään kosketusta siellä, missä stressi vaikuttaa ihmisen toimintaan, selviytymiseen ja kehitykseen. (Mäkelä, 2005, 1543.)

Kosketus ilmaisee välittämistä, hyväksyntää ja liittyy olennaisena osana läheisiin ihmissuhteisiin (Koponen, 2009, 15). Voidakseen hyvin ihminen tarvitsee kosketusta eli taktillisen aistin ärsykeitä. Toistuva pitkäaikainen miellyttävä kosketus saa aikaan oksitosiini hormonin erittymistä ja näin ollen sisäinen hyvän olon tun-

ne kasvaa. Oksitosiinin sanotaan edistävän elimistön eritteiden normaalia muodostusta, laskevan verenpaine- ja pulssitasoa, vähentävän stressiä ja kivun tunnetta, sekä aktivoivan endorfiinin eritystä. (Vuori & Laitinen 2005, 72.)

5.1 Terapeuttinen kosketus

Anja Rautajoen (1996) pro gradu – tutkielmaan perustuva kirja *Terapeuttinen kosketus, therapeutic touch*, toteaa terapeuttisen kosketuksen olevan holistista hoitotyötä, jossa ihminen huomioidaan kokonaisuutena, ainutlaatuisine tunteineen, tarpeineen ja huolineen. Kosketuksen tarkoituksena on aktivoida asiakkaan omat voimavarat käyttöön. Energiaa siirretään kehon selkärangan varrella sijaitsevien seitsemän energiakeskuksen (chakrojen) kautta. Terapeuttinen kosketus ei korvaa lääketiedettä tai hoitotyötä vaan täydentää sitä. Energian siirtovaihe kestää noin viisi minuuttia kerrallaan. (Rautajoki 1996, 5-65.)

Rautajoen (1996) mukaan kosketuksella on merkitystä elämänkaaren eri vaiheissa. Rautajoki on käyttänyt menetelmää menestyksekkäästi astma, aids, Alzheimerin, synnytys ja terminaalivaiheen potilaisiinsa. Kosketus aktivoi asiakkaan omat voimavarat ja näin asiakas eheyttää itse itsensä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat ovat saaneet helpotusta ongelmiinsa. Skitsofreniaa sairastavien parissa ei Rautajoki ole vastaavaa menestystä asiakkailleen kosketuksesta pystynyt antamaan. (Rautajoki 1996, 68-71.)

Terapeuttinen kosketus perustuu persoonalliseen ja emotionaaliseen vuorovaikutukseen ja tärkeimmäksi edellytykseksi Rautajoki (1996) näkee kosketusta antavan henkilön vahvan melko terveen kehon, persoonallisuuden ja auttamishalun. Terapeuttista kosketusta antavan henkilön työominaisuuksiin tulisi kuulua tavoitteellisuus, motivaatio kohdistettuna asiakkaan intresseihin sekä tahto asettua kasvokkain itsensä kanssa. Kosketusmenetelmä sisältää neljä - kuusi vaihetta; kosketusta antavan henkilön keskittymisen, arvioimisen, tasoituksen sekä suuntauksen ja moduloimisen. Asiakkaalta menetelmä edellyttää sairautensa tunnistamista, hyväksymistä, positiivista asennetta muuttumiseen sekä halua ottaa apu vastaan. (Rautajoki 1996, 41-45.)

Terapeutin kosketuksen eri osioista keskittymisen tarkoituksena on löytää sisäinen tasapaino, arvioimisen tarkoituksena on löytää eroavaisuudet energiavirrassa. Tasoituksen tarkoitus on laittaa liikkeelle tukkeutumat energiavirrassa. Terapeutin kosketuksen eri vaiheiden tarkoituksena on myös suunnata kosketuksen antajasta tuleva energia ja saada aikaan asiakkaan omien energioiden uudelleen muodostuminen ja eheytyminen. Kosketusmenetelmä ei vaadi fyysistä kontaktia, vaan hoito voi tapahtua joko käsi kiinni ihossa tai muutaman senttimetrin etäisyydellä kehosta. Kertaaminen ja menetelmän säännöllisyys on tärkeää. Jo 1-2 istuntoa saattavat johtaa tuloksiin. Terapeutista kosketusta toistetaan joko päivittäin tai vähintään kolmesti viikossa. Terapeutin kosketus sai aikaan syvän rentoutumisen, joka ilmeni objektiivisesti hitaampana hengitystiheytenä ja rauhallisempaan olemuksena. (Rautajoki 1996, 45-73.)

Tässä opinnäytetyössä ei ole tietoisesti käytetty terapeutista koskettamista, mutta yhtymäkohtia löytyy, kuten aluksi työntekijän oma rauhoittuminen ja asiakkaan rentoutumisen mahdollistuminen, joita pidän myös tässä työssä tärkeänä päämääränä. Hoitoa voidaan antaa etäisyydeltä, kuten pallopeittohieronnassa, menetelmästä on asiakkaalle hyötyä toistojen ja jatkuvuuden ansiosta.

5.2 Kosketus asiakastyössä

Kosketus on oleellinen osa terveydenhuollossa tapahtuvaa ohjausta. Ennen koskettamista on syytä kertoa asiakkaalle aikomuksestaan. Toiset pitävät koskettamisesta ja se on heille luonnollista ihmisten välistä vuorovaikutusta. Toiset saattavat kaihtaa sitä. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 48.)

Routasalon (1998) tutkimusten mukaan kosketus vanhusten hoitotyössä tuo hyvän olon niin potilaalle kuin myös hoitajille, varsinkin jos kosketus koetaan myönteisenä. Hoitaja viestii kosketuksella välittämisestä, pitämisestä, inhimillisyydestä ja huolenpidosta. Kosketus helpotti asiakkaan surua, mielipahaa tai rauhattomuutta. Kosketus koettiin merkitykselliseksi asiakkaan ollessa huonovointinen, kivulias, sekava tai terminaalivaiheessa. Se helpotti myös sanallisen viestin perillemeno.

Routasalo (1998) tähdentää, että asiakkaan sekä hoitajan tunteen tulee olla sama kun kosketuksella välitetään tunnepitoisia viestejä. Kosketuksellisella viestillä voi tehostaa sanallisen viestin aitoutta (Svennevig 2003, 27).

Mielenterveystyössä asiakkaat ovat usein yksineläviä ja ihmisten välinen kosketus rajoittuu verenpainemittauksiin ja säännöllisiin lääkehoidon vaatimiin seurantaverikokeisiin. Kokemukseni mukaan joskus jopa kiinnipitotilanne saattaa olla asiakkaasta tyydyttävää ja rauhoittavaa. Jos luonnollista ihmisten välistä kosketusta ei ole, saattaa vähäininkin kosketus tuntua pelottavalta tai vastenmieliseltä.

Koskettaminen ja sille altistuminen on hyvin henkilökohtainen asia. Kaikki eivät halua tulla kosketetuksi ja joskus kosketus voi olla sietämätöntä. Mielenterveyspotilaan kehon raja on joskus niin hauras, että hän ei kestä kosketusta lainkaan ahdistumatta (Svennevig 2005, 46).

5.3 Kulttuurin vaikutus kosketukseen

Kosketukseen liittyvät tavat eri kulttuureissa on hyvä selvittää huolellisesti nykyisessä monikulttuurisessa yhteiskunnassamme. Suomalaiset ovat tottuneet kaihtamaan toisen ihmisen kosketusta. Linja-autossa tai raitiovaunussa yritämme istua siten, että kosketusyhteyttä vieressä olevaan ihmiseen ei syntyisi. Esimerkiksi venäläisessä kulttuurissa ei kosketusta vältellä, tämä näkyy katukuvassakin. Nainen ja mies tai kaksi naista voivat kulkea kadulla "käsikynkkää" keskenään. Vaikka kulkijat olisivat eri sukupuolta, se ei tarkoita, että heidän välillään olisi muuta kuin tuttavuussuhde. On vain kohteliasta, että mies tarjoaa etenkin liukkaalla tai epätasaisella kadulla kätensä naiselle tukeakseen tätä. (Peda.net 2005.)

Englantilaiset, australialaiset ja uusi-seelantilaiset kättelevät tavatessaan ja vielä lähtiessään. Ranskalaiset kättelevät aamulla, iltapäivällä ja tarvittaessa useamminkin saman päivän aikana. (Vartia 2009, 81). Thaimaassa pää on pyhä paikka, siihen ei sovi koskea. Kiinalaiset eivät pidä liiallisesta tunteiden osoittamisesta, sylleilyt ja suudelmat ovat syytä unohtaa. (Peda.net 2012.)

Suomalaiset karttavat koskettamista ja oma ns. intiimireviiri on noin puolimetriä. Tälle vyöhykkeelle pääsevät vain läheiset. Henkilökohtainen vyöhyke on puolesta metristä metriin. Sosiaalinen reviiri, johon kuuluvat tuntemattomat ihmiset, on metristä neljään. (Enäkoski & Routasalo 1998, 27-28.) Kulttuuri ja kansallisuus vaikuttavat omiin vyöhykkeisiimme, mutta myös tavat ja tottumukset eri perheissä ja läheisissä suhteissamme. Monet nuoret ja naiset halaavat toisiaan tavatessaan. Tämä käyttäytymispiirre on tullut meille globalisaation myötä.

Kulttuurimme on kosketuksen osalta muuttumassa, mutta tietyt asiat pysyvät. Voimme melko huoletta koskettaa toisen hartioita, käsivartta tai yläselkää suunnilleen lapojen korkeudelta ilman, että kosketus koetaan liian intiiminä. Pää, kasvot, kaula, kämmenet, koko vartalon etupuoli, alaselkä, pakarat, ja jalat kokonaisuudessaan ovat alueita, joiden koskettamiseen vaaditaan ehdottomasti lupa. (Svennevig 2005, 46.)

6 KUNTOUTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Kuntoutus ja kuntoutuminen käsitteet tarkoittavat ihmisen toimintakyvyn lisäämistä (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 71). Kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Kuntoutuspalveluihin voi kuulua esimerkiksi ohjausta, neuvontaa, tutkimusta ja selvitystä, erilaisia terapioita, kuntoutuslaitosjaksoja, sopeutumisvalmennusta, kuntoutusohjausta ja apuvälinepalveluita. Kuntoutus voi olla lakisääteistä tai harjunnanvaraista. Kuntoutukseen kuuluu terveydenhuollon puolella lääkinällinen kuntoutus ja sosiaalihuollossa vammaisten kuntoutus, päihdekuntoutus, sosiaalinen kuntoutus sekä ammatillinen kuntoutus. Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työssäkäyvälle tai työelämään siirtyvälle henkilölle, jonka työkyky on jo heikentynyt tai jota uhkaa työkyvyttömyys lähivuosina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kuntoutuksen käsitteen määrittelyssä on keskeistä tavoitteellisuus ja tavoitteiden tulee perustua kuntoutujan omiin tavoitteisiin. Siksi muutokseen vaikuttaa myös kuntoutuspalveluiden ajoitus. (Koskisuus 2004, 92). Laajasti kuntoutus merkitsee ihmisen elämäntilanteen muutosta, uusien mahdollisuuksien avausta, elämän mielekkyyden löytymistä, arjen esteiden poistamista, syrjäytymisen ehkäisemistä lisäksi kuntoutus nähdään suhteessa ympäristöön ja sen tulisi olla kaikille tarvitseville mahdollista (Suvikas, Laurell & Nordman 2009, 8-9).

Tässä työssä olen kertonut hierottaville tarkasti mitä olen tekemässä ja miten. Olemme myös työryhmässä pohtineet, keitä hierottaviksi pyydän. Tärkeää tämä on siksi, että kovat nuoruuden ja lapsuuden kokemukset saattaisivat herätä kosketuksen kautta käsiteltäviksi asioita, jotka voisivat aiheuttaa hierottavassa ahdistuneisuutta. Viime kädessä hierottava on itse päättänyt osallistumisestaan. Sovimme myös, että hieronta lopetetaan välittömästi, mikäli hieronta aiheuttaa ahdistuneisuuden tunteita.

6.1 Kuntoutusvalmius

Kuntoutusvalmiudella tarkoitetaan kuntoutujan kykyä asettaa omaa elämäänsä koskevia kuntoutustavoitteita (Koskisuus 2004, 93). Kuntoutujaa tuetaan elämäntilanteensa arvioinnissa ja vaikuttamisessa. Keskeisiä lähtökohtia ovat kuntoutumisnäkökulma ja yksilöllisen prosessin tukeminen. Eri menetelmien palveluohjauksesta arjen apuun tulisi rakentua kuntoutumisen eri vaiheiden mukaan. (Narumo 2006, 9-14.)

Ohjauksessa kuntoutujan motiivi tai sen puute ei estä ohjauksen aloittamista. Narumon (2006) mukaan ei ole edes realistista vaatia motivaatiota tilanteessa, jossa kuntoutumisen suunta ja koko elämän mielekkyys ovat hukassa. Narumo puhuu mieluummin kuntoutusvalmiudesta. Kuntoutusvalmiuteen vaikuttavat arjen mielekkyys, sosiaalinen tuki ja fyysinen hyvinvointi. Valmius on aina suhteessa johonkin, esimerkiksi valmiutta edetä jossakin asiassa tai jonkun tavoitteen suunnassa. Se sisältää myös ympäristön, jossa kuntoutuja elää, ja on siten vuorovaikutuksellinen käsite. Arkea helpottavien palveluiden ja ratkaisujen löytyminen voi luoda edellytyksiä kuntoutumiselle. Ratkaisujen löytyminen esimerkiksi taloudellisiin tai asumisen ongelmiin luovat pohjaa kuntoutumiselle. (Narumo 2006, 14-16.)

Hierontavalmiuteen asiakkaita ohjattiin vaihe vaiheelta. Tähän työhön osallistuneille kuntoutujille annettiin mahdollisuus tutustua ensin välineeseen, eli pallopeittoon ja selvittämällä heille miten hierontaa ollaan tekemässä. Pallopeitto oli ryhmäkodin yhteisissä tiloissa kokeiltavana ja sen sai kuljettaa omaan asuntoon tutustumista varten. Ensimmäisen kontaktin hieronnasta asiakkaaseen otti tuttu omahoitaja.

6.2 Mielenterveystyö ja -kuntoutus

Mielenterveyslaissa mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

Siihen kuuluu myös elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 §.)

Koskisuun (2004) mukaan mielenterveyskuntoutuksen tarkoituksena on tukea yksilön kykyä, voimavaroja ja pätevyyttä. Kuntoutuksen hyöty on kuntoutujan näkökulmasta parempi toimintakyky ja selviytyminen elämän eri toimintaympäristöissä. Kuntoutuminen on myös myönteisen minäkuvan luomista. Kuntoutukseen ihminen ei hahmota itseään mielenterveysongelmallisena vaan hän tavoittelee myönteistä minäkuvaa ja siirtyy sairaan tai potilaan roolista kuntoutujan identiteetin kautta. Kuntoutuksen tehtävänä on edistää kuntoutumisvalmiutta, tukea asiakasta saavuttamaan tavoitteensa sekä tukea yksilöllisen prosessin etenemistä ja joustaa tarpeen mukaan. (Koskisuun 2004, 29-50.)

Monet psyykkiset sairaudet vievät sairastuneelta aloitekyvyn. Varsinkin skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin toimintoihin. Arjessa nämä näkyvät toimintakyvyn ja elämänlaadun laskuna. Skitsofreniaa sairastavat ihmiset saattavat olla pelokkaita, arkoja ja uhkaaviakin (Lönnqvist ym. 2008, 73-75). Koska omat elämänhallintakeinot ovat rajoittuneet nämä ihmiset tarvitsevat paljon rohkaisua ja kannustusta uskaltautuakseen tai ryhtyäkseen arkiseen toimintoon.

6.3 Stressistä kuntoutuminen rentoutuksen avulla

Stressi sana tarkoittaa kuormittumista. Se voi olla äkillistä hyvinvointiamme uhkaavaa tekijää tai tällaisten tekijöiden elimistössä aiheuttamia muutoksia. Stressi voi johtua psyykkisestä tai psykososiaalisesta kuormituksesta, jonka aiheuttaa elämäntilanne, kuten avioero tai työttömyys ja se kielii sisäisen tasapainon häiriöstä. Lievimmillään stressi valpastuttaa, pahimmillaan se voi aiheuttaa jopa äkillisen kuoleman (Soinila 2003, 213-222.)

Mielestäni rentoutuminen on tärkeää kaikille ihmisille, mutta varsinkin pitkäaikaissairailta henkilöillä, kuten skitsofreenikot, jotka ovat stressaantuneita jopa toisten ihmisten tapaamisesta tai arjen asioista selviytymisestä. Näin ollen he saat-

tavat syrjäytyä ja vetäytyä ympäristöön, jossa on mahdollisimman vähän ärsykejä (Isohanni ym. 2008, 89).

Vainon mukaan (2009) jo 1970-luvulla tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että rentoutus vähentää sympaattisen hermoston ärtyvyyttä. Näin ollen Vainio katsoo sen vaikuttavan erityisesti oireisiin, jotka ovat pitkäaikaisen stressin aiheuttamia. Vainio uskoo rentoutumisella olevan sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia. Välitön vaikutus tulee heti, kun ihminen rentoutuu. Verenpaine, sydämen lyöntinopeus, hengityksenopeus ja hapenkulutus alenevat. Vainion mukaan säännöllisten rentoutusharjoitusten pitkäaikaisvaikutuksia ovat ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden väheneminen sekä parempi selviytyminen stressitilanteissa. (Vainio 2009.)

Yksilölliset erot stressinsietokyvyssä ovat osittain perinnöllisiä osittain asioita joihin voimme vaikuttaa. Vaikutus riippuu yksilön alttiudesta ja kyvystä sopeutua stressaavaan tilanteeseen. Tunnetilalla on merkitystä sairastavuuteen. Jos stressi on yhdistettynä negatiiviseen, vihamieliseen tunnetilaan, se lisää taipumusta sairastua. Älylliset tekijät myös vaikuttavat. Mitä enemmän tiedämme stressistä sen paremmin voimme siihen varautua. (Soinila 2003, 222-226.) Asiakkailani stressaavia tekijöitä ovat myös sairauden aiheuttamat pelot ja pään sisäiset äänet, jotka uuvuttavat heidän vähäisiä voimavarojaan vähättelyillään ja vaatimuksillaan.

6.4 Työntekijän rooli

Siitosen mukaan (2000) työntekijän rooli sosionomin asiakastyössä on luoda asiakkaan kanssa prosessia, jonka mukana asiakkaan omat voimavarat kasvavat ja hän kykenee ohjaamaan omaa elämäänsä. Muutos voidaan saada aikaiseksi vain siten, että ihminen itse päättää päämäärästään ja sitoutuu niihin. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 134.)

Muutosta ja kuntoutumista haen pallopeittohieronnan kautta siten, että näille ihmisille toisen kanssa kontaktissa oleminen tuntuisi luontevammalta. Työn asiakkaan eteen tulee olla jatkuvaa, sillä hyvät saavutetut tulokset katoavat, mikäli niil-

le ei saada jatkuvuutta. Jatkuvuutta voidaan tarjota myös pidemmällä aikavälillä kuten kerran viikossa ja niitä voidaan tihentää ja väljentää asiakkaan tarpeen mukaan. Svennevig (2003) tutkimuksissa puolen vuoden seurannassa havaittiin, että hoidoista saadut hyvät tulokset katosivat lähes täysin, jos hoitoa ei jatkettu säännöllisesti. Psykologista tukea tarvitsevat näyttivät hyötävän erityisesti hoidoissa käymisessä. (Svennevig 2003, 14.)

Puutteellinen stressinsäätelykyky asiakkaalla voi kosketuksen kautta tuoda välittömän kokemuksen rauhoittumisesta ja asiakkaan on mahdollista löytää apua pahaan oloonsa. Oksitosiinitason nosto kosketuksen kautta voi korjata aivojen kehityksellisiä puutteita tukemalla stressiä säätelevien ja stressireaktioita hillitsevien ratojen kasvua. Tämä voi toistettuna tuottaa kokemuksen, joka jää asiakkaan käyttöön vaihtoehtoisena kokemisen mallina yksinjäämiseksi ja toivottomuudelle. Mäkelän (2005) mukaan kosketuksen käyttöä psykiatrisissa sairauksissa olisi tutkittava tutkimustilanteissa, joissa hoitoa tuettaisiin kosketuksen luomilla mahdollisuuksilla. (Mäkelä 2005, 1543-1549.)

6.5 Kokonaisvaltainen kuntoutuminen sosiaali- ja terveystyössä

Kuntoutumisprosessissa tavoitteena on ihmisen voimaantuminen omassa elämässään. Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi ja se on yhteydessä ihmisen omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen, samoin luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa sekä näkemykseen itsestään ja omasta tehokkuudestaan. Vaikka voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, siihen vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. (Siitonen 2000). Ketään ei voi tehdä ulkoapäin vahvaksi, vaan tarvitaan ihmisen omaa panosta, jota voidaan kyllä edistää ja tukea (Mäkinen ym. 2009, 133).

Rinta - Harrin mukaan ihmisen oma keho ja suhde siihen ovat itsetuntoon ja minäkuvaan liittyviä asioita. Kehon kuva ja minkälaiseksi se muodostuu, riippuu osittain palautteesta jonka ympäristöltämme saamme. Miten ruumistani ja liikkumisestani on puhuttu kun olen ollut lapsi. Hyväksyttiinkö se, onko sitä ihailtu vai mitätöity. Syrjäytyneet ovat erkaantuneet omasta kehostaan ja siitä huolehtimis-

ta. Aikuisena omaan kehoon tutustuminen ei ole välttämättä helppoa. Hieronta voi olla keino avata tunteita, ajatuksia ja kontaktia toiseen ihmiseen. Kehon suojauminen kertoo, ettei mieleemme ole vielä valmis kohtaamaan kyseessä olevaa asiaa. Masentuneen, ahdistuneen ja syrjäytyneen ihmisen kehon kieli kertoo hänen voimistaan. (Rinta - Harri 2005, 72-80.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tarjota kuntoutujalle mahdollisuus valita pallopeittohieronta osaksi omaa kuntoutumisprosessia. Pallopeittohieronta on yksi tapa tuoda erilaisia tarpeita tyydyttäviä työvälineitä kuntoutuksen tueksi. Mielestäni toiminnan tulisi välittyä asiakkaalle hyväksyttynä toimenpiteenä, jotta asiakas voisi sitä turvallisesti vastaanottaa ilman häpeän ja kiusaantumisen tunteita, joista mielenterveyskuntoutujat sairautensa vuoksi kärsivät koko elämänsä.

Rinta-Harrin mukaan (2005) länsimäinen käsitys ihmisestä erottelee mielen ja ruumiin, järjen ja tunteet sekä ajattelun ja kokemuksen. Kehoa pidetään itsestään selvänä asiana, vaikka oman kehon hahmottamattomuus vaikeuttaa kehon hallitsemista tai jopa oppimista. Kuitenkin holistinen ihmiskäsitys sisältää kehon ja mielen yhteyden. Rinta-Harrin mielestä kehon liike saa yhteyden omaan ruumiiseen sekä pystyy tuottamaan hyvää, rentoutunutta oloa ja eheytyksen kokemuksia. Keho toimii oppimisen välineenä. Liikkeet heijastavat sisäisiä tiloja ja muutokset liikkeissä voivat johtaa muutoksiin psyyken tasolla. Kun ihmisen kehotietoisuus ja liikemaailma laajenee, sen kautta myös mieli laajenee. Ilmaisun laajentuminen vaikuttaa kehonkuvaan ja minäkuvaan sekä luo perustaa suhteelle omaan itseen ja sen arvostamiseen. Omasta kehosta tietoiseksi tuleminen vaatii pysähtymistä, rauhaa ja aikaa. Kehonkuvan kehittyminen on yhteydessä psyykkisen minäkuvan kehittymiseen, Omaa kehoa ei tulisi käyttää vain suorittamiseen. Syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten vieraantuminen omasta kehosta ja huolehtiminen siitä ovat tyypillisiä viestejä ihmisen tilasta. Välinpitämättömyys itseä kohtaan kertoo suhteesta itseemme. (Rinta-Harri 2005, 74-77.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat skitsofreniaa sairastavat mielenterveyskuntoutujat. Olin esitellyt henkilökunnalle pallopeittohieronta menetelmän ja tehnyt hoitajille pallopeittohierontaa. Kuntoutujien esivalinnan teki muu henkilökunta omista asiakkaistaan. Ensimmäisen yhteyden asiakkaaseen otti turvallinen omahoitaja. Mikäli asiakas oli kiinnostunut hieronnasta, kävin esittelemässä pallopeiton asiakkaalle ja kertomassa miten aioin hierontaa tehdä. Pallopeitto oli myös ryhmäkodin yleisissä tiloissa käytettävissä tutustumista varten. Mikäli asiakas edelleen osoitti olevansa kiinnostunut hieronnasta, sovimme aikataulusta hänen kanssaan. Asiakkaita tutkimuksessani oli kolme, joka on sopiva otanta kvalitatiivisessa, eli laadullisessa tutkimuksessa (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka 2006).

Kaksi hierottavista lupautui heti mukaan, kolmannen hierottavan mukaantulo viivästyi. Hoitajat kertoivat hierontamahdollisuudesta yhteisökokouksessa. Kokouksessa kukaan ei kertonut halukkuudestaan ja hoitajat unohtivat kysyä sitä jälkepäin ja näin asia viivästyi vuoden 2011 loppuun. Tarkoitus oli saada viisi henkilöä mukaan hierontaan. Tutkimusluvan pallopeittohieronnalle sain 28.9.2011 Peruspalvelukeskus Oivan johtajalta Eeva Halmeelta. (Liite 2).

Tutkimus tehtiin hierottavan omassa asunnossa ja omassa vuoteessa. Aloitin hieronnat vuoden 2011 marraskuussa, heti tutkimusluvan julkitulon jälkeen, jolloin tein kahdelle tutkimukseen osallistuneelle asiakkaalle hierontasarjan. Sarja koostui kymmenestä hierontakerrasta. Kolmannelle asiakkaalle hierontasarja toteutettiin vuodenvaihteessa 2012.

7.1 Tutkimuksen lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä

Tutkimus tehtiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen lähestymistapana oli fenomenologinen menetelmä, joka ei tavoittele selviä päätelmiä, vaan asioita kuvataan sellaisena kun ne esiintyvät. Tavoitteena ei ole myöskään muodostaa teorioita tai malleja eikä liioin kehittää yleistyksiä, vaan päämää-

ränä on kuvata eletyn kokemuksen rakenne mahdollisimman laajana kokonaisuutena, sisältäen ne merkitykset, joita näillä kokemuksilla on yksilölle. Fenomenologisessa tutkimuksessa valitaan tutkittaviksi henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä ja jotka ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. (Burns & Grove 1993, 81; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152-155.)

Tutkimuksen tarkoitus ja aineistonkeruutapa vaikuttavat tutkittavien määrään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää skitsofreniaa sairastavien ihmisten kokemuksia pallopeittohieronnasta. Hierottavia oli kolme henkilöä. Fenomenologinen tutkimustapa soveltuu tämänkaltaisen aineiston keruutapaan. Kvalitatiiviseen tutkimukseen riittää jo pieni otos, muutamista henkilöistä muutamiin kymmeneen tutkittaviin. Jos tietoa kerätessä tapahtuu saturaatiota, eli ilmenee samankaltaisia vastauksia, on tutkimuksessa tarpeeksi tiedonantajia. Haastattelut tallennetaan yleensä ääninauhalle, josta ne sanatarkasti kirjoitetaan tekstiksi, litteroidaan. Aineisto muunnetaan analyysia varten aina kirjoitetuksi tekstiksi. (Burns & Grove 1993, 82-83; Åstedt - Kurki & Nieminen 1997,155-157.)

Tässä työssä tutkimuksen kokemukset kerättiin puolistrukturoiduilla teemahaastattelukysymyksillä. Teemana kyselyssä olivat hoidosta saadut kokemukset, sekä mahdolliset kehon tuntemukset, nukkumisen tai elintoimintojen muutokset. Teemojen valintaa ohjasivat pallopeittohieronnasta mahdollisesti saatavat kokemukset ja tuntemukset, joita keho voi kokea kosketuksen aikana tai sen jälkeen. Puolistrukturoidusta haastattelustakin käytetään toisinaan nimitystä teemahaastattelu esimerkiksi silloin, jos siinä esitetään tarkkoja kysymyksiä tietyistä teemoista. Teemahaastattelu voidaan suunnitella aiemmin tehdyn lomakehaastattelun pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 44-65.) Tässä tutkimuksessa haastattelut kirjattiin sanatarkasti ja kirjoitettiin puhtaaksi. Litteroitua tekstiä kertyi lähes kolme A4 sivua. Kysymykset olivat lomakkeella (liite 2), josta ne kysyttiin samassa järjestyksessä tutkittavilta henkilöiltä aina kymmenen hierontakerran jälkeen. Hieronnoista ja haastatteluista kaksi tein marraskuussa 2011 ja viimeinen valmistui 19.1.2012.

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä oli kolme skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Psykelaäkkeen lisäksi heistä kahdella oli masennuslääkitys. Iältään he ovat 42-48 -vuotiaita. Asiakkaista kaksi oli naisia ja yksi oli mies. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, (Hirsjärvi ym. 2007, 160) kuten tässä tutkimuksessa skitsofreniaa sairastavista henkilöistä.

Kaksi heistä asuu tukiasunnoissa, yksi asuu ryhmäkodissa. Ryhmäkodissa asutaan omassa huoneessa, mutta yhteiset tilat ovat kaikkien käytössä. Tukiasunnoissa asukkaat asuvat yksin tai yhdessä toisen asukkaan kanssa. Yhteiset tilat ovat molempien asukkaiden käytössä ja lisäksi on oma yksityinen huone. Arjen asiat hoiduvat lähes itsenäisesti, mutta tarvittaessa asukkaat saavat ohjausta ja apua asioiden hoitoon. Työntekijä vierailee asunnossa 3 - 5 kertaa viikossa. Kaikki hierontaa osallistuneet ovat eläkkeellä sairautensa vuoksi.

7.3 Pallopeittohieronnan kuvaus

Pallopeittohieronta kesti noin 10 minuuttia kerrallaan ja se tehtiin arkipäivisin 10 kertaa noin kahden viikon aikana, kerran päivässä. Tilana oli oma huone ja sänky. Hieronnan aikana tutkittava oli vatsallaan sängyllä ja pallopeitto asetettiin selän päälle. Hieronta aloitettiin hartioista. Ensin palloja paineltiin kehoa vasten ylhäältä hartioista alaselkään ja takaisin ylös, jonka jälkeen palloja hierottiin pyörittävin liikkein kehoa vasten hartioista alaselkään ja takaisin. Tämän jälkeen palloja paineltiin samaan tapaan kuin ensimmäisellä kerralla hartioista alaselkään ja takaisin ylös. Tahti oli rauhallinen ja kuunteleva.

Hieronnan aikana ei keskusteltu. Tämä oli aluksi vaikeaa yhdelle hierottavista, mutta useamman tapaamisen jälkeen keskustelua ei enää hieronnan aikana käyty. Hiljaisuus oli tärkeää oman keskittymisen sekä asiakkaan rauhoittumisen ja rentoutumismahdollisuuden vuoksi. Keskittymisen tarkoituksena on huomion kiinnittäminen hierottavaan (Rautajoki 1996, 47). Jatkuvat keskeytykset häiritsivät hie-

rontarytmiä ja -tunnelmaa. Hiljaisuuden sijaan taustaaäänenä voisi käyttää rentouttavaa, rauhallista musiikkia.

7.4 Tulosten käsittely ja analysointi

Tässä laadullis-toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkittiin skitsofreniaa sairastavien ihmisten kokemuksia pallopeittohieronnasta. Vastauksia tähän tutkimustehtävään on pyritty selvittämään antamalla suunnitelmallista pallopeittohierontaa kolmelle henkilölle. Hierontojen jälkeen tietoa kokemuksista kerättiin teemahaastattelulla. Tutkimustehtävän ja tutkimusstrategian selvittyä on hyvä miettiä erilaisia vaihtoehtoja ongelman ratkaisemiseksi ja valita niistä sopivin menetelmä tähän tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 180). Päädyin teemahaastattelumenetelmään koska halusin tietää miten nämä ihmiset kokivat pallopeittohieronnan.

Haastattelukysymykset olivat kaikille samat ja kysymykset tehtiin samassa järjestyksessä. Kolmannessa kysymyksessä, joka kartoitti mahdollisia vireystilan, elintoimintojen, tunnetilojen kuvauksia, ohjattiin haastateltavia esimerkiksi, kuten vireystilassa aloitekyvyn arvioinnissa ja elintoiminnoissa esimerkiksi kehon lämpötilan arvioinnissa. Haastattelut kirjoitettiin mahdollisimman sanatarkasti ja litteroitiin tekstinkäsittelyohjelmalla. Litteroinnilla tarkoitetaan esimerkiksi nauhoitetun puhemuotoisen aineiston tai tutkimukseen osallistuneiden vastaajien omalla käsialallaan kirjoittamien tekstien puhtaaksi kirjoittamista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Litteroinnin jälkeen aineistoa luettiin useaan kertaan ja selvitettiin esiintyykö saturaatiota, eli samankaltaisuutta vastauksissa. Koodausta tehtiin aineistosta kysymys kerrallaan ja vastauksesta tehtiin ensin yleistys ja sitten poikkeama/. Koodauksessa saadaan kartoitettua mitä tutkimusaiheeseen liittyvää aineistossa on, tästä on hyvä jatkaa varsinaiseen analyysiin, tiivistämiseen ja tulkintaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Analyysissä tutkijan tulisi pyrkiä kiteyttämään aineiston keskeinen anti tutkimustehtävän kannalta ja kyetä sitä komenzoimaan, keskusteluttamaan ja tarkastelemaan kriittisesti muiden tutkimusten, näkökulmien ja oman ajattelun kautta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

8 TULOKSET

Haastattelussa oli neljä varsinaista kysymystä, joista kolmessa oli tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastatteluun käytettiin aikaa korkeintaan puoli tuntia kerrallaan. Vastaajista yksi kertoi laveammin, muut olivat melko lyhytsanaisia.

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan kokemuksia pallopeittohieronnasta. Yhdellä tutkimuksessa mukana olleella ei ollut kokemusta hieronnasta aikaisemmin. Kokemukset olivat kaikki positiivisia sekä rentouttavia, mutta kahdella hierottavalla tuntui alussa kipukohtia pallon koskettaessa luuhun tai kipeään lihakseen. Kipukohdat helpottivat hieronnan edetessä. Asiakkaat eivät keroneet näistä kiputuntemuksista hierontajakson aikana. Negatiiviseksi kokemukseksi koettiin hieronnan lyhyt kesto.

”Parhaassa tapauksessa lopputuloksena mukava, rento olo, jollai vois jäädä vähäks aikaa paikalleen lepäämään.”Saattaa tuntua ne kohat jotka on niinku jännitteessä tulleet kovat ja jännitteiset paikat kehossa.”

Toisessa kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan kehon tuntemuksia hieronnasta. Lisäkysymyksiä kysyttiin olisiko hieronnalla ollut vaikutuksia kehon lämpötilaan, rentoutumisen tuntemuksiin, ahdistukseen tai hermostuneisuuteen liittyviä tuntemuksia. Kokemuksena oli lämmin ja rentoutunut olo kehossa. Selkärankaan osuva pallo aiheutti lievän kivun tunteen.

”Selässä oli kuin veri olisi ruvennu kiertämään paremmin. Pallot siinä hieronta-peatossa jännät - tuntuu kylmiltä ja oli kiva kokemus joka kerta tuntu kyllä.”

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan vielä lisää niitä kokemuksia, mikäli hieronnalla oli ollut vaikutuksia vireystilaan, tunnetiloihin tai elintoimintoihin. Myös nukkumisesta tai nukkumattomuudesta kysyttiin lisäkysymyksillä. Osallistujat kokivat muutoksia omassa vireystilassaan siten, että olivat saaneet jotakin aikaa kotona. Kahdella oli tarvetta jäädä lepäämään hetkeksi hieronnan jälkeen.

” Ehkä oma-aloitteisuutta – alkaa tehdä jotakin. Oli vähä pirteämpi olo.”

Elintoiminnoista kysyttäessä kaikki kertoivat kokeneensa kehossaan lämmön tunteita ja yksi hierottavista koki vessaan menon tarvetta heti hieronnan päätyttyä.

”Saattaa tulla tarve mennä vessaan.”

Hierottavista yksi koki muutoksia omassa tunne-elämässään siten, että olisi ollut rauhoittuneempi ja levollisempi.

”Rauhoittuneempi, levollisempi.”

Nukkumiseen liittyvistä vaikutuksista yksi hierottavista kertoi nukkuneensa paremmin kuin ennen hierontajaksoa. Muut osallistujat eivät olleet huomanneet muutoksia nukkumisessaan.

”Sellanen muistikuva et nukuin paremmin.”

Neljännessä kysymyksessä

kysyttiin olisiko tämänkaltaiselle toiminnalle tarvetta? miten toteutettuna, kuinka usein, kesto aika/kerta, kuka olisi hieronnan tekijänä ja mikä olisi paras paikka tehdä hierontaa.

Tämänkaltaiselle toiminnalle koettiin olevan tarvetta. Yksi hierottavista koki hieronnan auttavan rentoutumiseen, kaksi muuta hierottavaa kokivat hieronnan tarpeelliseksi mutta eivät selkeästi kuvanneet mihin hieronnalla olisi vaikutusta.

”Jossain voisi olla tilausta tollaselle systeemissä.”

Tarkennetut kysymykset

Seuraavaksi kysyttiin toteutustapaa. Millainen hierontatapa olisi asiakkaasta hyvä. Vähäiset kokemukset hieronnasta vaikuttivat todennäköisesti siihen, ettei vastauksissa käsitelty erilaisia hierontatapoja. Pallopeitto koettiin hyväksi välineeksi. Yk-

si haastateltavista kertoi omakohtaisen kokemuksen lääkärin tutkimukseen liittyvästä kosketuksesta.

” Ei se nyt tarvii olla kovin ihmeellinen systeemi mul on esimerkiksi tost jutusta kumä elin sellaisessa tilassa kun mun lääkepitoisuus oli aika alhaalla. Olin osaks vaipunut psykoosiin. Se saatto tavallaan olla sellainen herättelevä juttu et jos lääkäri teki jotain esim. (näyttää: taputtelee jalkoja pitkin käden lateraalipuolella poikittain edes takaisin). Tavallaan jos poissaoleva, sellainen juttu saattaa herättää.”

Seuraava tarkentava kysymys koski hieronnan tiheyttä. Hierontaväliksi esitettiin ensin joka toinen päivä ja kahdesti viikossa, jotka korjattiin viikon välein tapahtuvaksi tai kuukauden välein.

”Vaik kerran kahdessa viikossa, kerran kuukaudessa.”

” Joka toinen päivä, ehkä kerran viikossa riittäisi.”

Hieronnan jatkosta en osannut sanoa varmuutta ja tiesin, ettei oma työaikani riitä siihen. En myöskään voinut luvata hierottaville, että hoitajat tekisivät pallopeittohierontaa, siksi kysyin kuka voisi heidän mielestään olla hieronnan tekijänä? Yksi hierottava koki hierojan persoonalla olevan merkitystä, toinen ehdotti ammattilaisesta tekijäksi, kolmannen mielestä hieronnan tekijällä ei ollut merkitystä.

”Persoonalla on merkitystä tuo hyvän jonkinlaisen sävöyksen siihen riippuen kuka ja missä.”

”Fysioterapeutti tai semmonen joka osaa hieroa. Pallopeitolla perheenjäsen tai tuttava.”

Viimeisessä osakysymyksessä tiedusteltiin Mikä olisi paras paikka tehdä hierontaa? Nämä hieronnat tehtiin asiakkaiden omissa sängyissä. Paikka koettiin hyväksi mutta ammattilaisen tiloissa olisi ollut myös hyvä olla.

”Kotiolois.”

”Jos ammattilainen sen luona.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä kokemuksia pallopeittohieronnasta. Teema-haastattelun avulla saatiin esille miten nämä ihmiset kokivat hieronnan. Vain yhtä heistä ei ollut koskaan hierottu. Muilla tutkimuksessa mukana olevilla oli muutama yksittäinen kokemus, mutta tämänkaltaista suunnitelmallista hierontasarjaa ei kukaan heistä ollut kokenut.

Kokemus oli kaikille myönteinen. Kaikista hierottavista saattoi havaita, että muutamana kerran jälkeen he vasta uskaltautuivat rentoutumaan. Rentoutuminen näkyi hitaampana ja rauhallisempana hengitystiheytenä ja kasvojen lihasten levollisuutena. Päinvastoin kuin stressireaktio (Vainio 2009), rentoutusreaktio ei ole automaattinen, vaan sitä pitää harjoitella. Rentoutumisella voidaan vaimentaa elimistön jatkuvaa taistele tai pakene – reaktiota. (Vainio 2009).

Hieronta vaikutti vireystilaan, rentoutti sekä kohensi mielialaa, kuten Svennevigin (2003) tutkimuksissa oli ilmennyt. Hieronnan myötä havaitsin heidän olevan aloitekykyisempiä, yksi siivosi omaa huonettaan itsenäisesti, toisen kanssa laitettiin yhdessä vaatehuonetta kuntoon. Skitsofrenian negatiivisiin oireisiin kuuluu tahdottomuus (Isohanni ym. 2008, 75 -81 ja Isohanni & Joukamaa 2012) ja masennuksen oireisiin liittyy henkisen vireyden heikkeneminen (Heiskanen & Saaristo 2011, 98). Kuntoutuksen tavoite on edistää vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, toteutui ainakin väliaikaisesti, (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) sillä hieronnan aikana aloitekykyä oli selvästi enemmän.

Keskustelua käytiin muistakin asioista kuin asiakkaan sairauksista ja toimintakyvyn puutteista. Läheisyys oli myös luontevampaa. Vuorovaikutus oli kepeämpää ja iloisempaa. (Salo, 2007; Vuori & Laitinen 2005, 72). Lisääntynyt avoimuus oli myös huomattava vaikutus, kuten Rautajoen tutkimuksissakin ilmeni (Rautajoki 1996, 67). Psykodynaamisen teorian mukaan psyykkisten häiriöiden ajatellaan johtuvan ihmisen kyvyttömyydestä luoda ja ylläpitää tunnesiteitä toiseen ihmiseen (Heiskanen & Saaristo 2011, 60–61), jos pallopeittohieronta ja näin suunnitelmallinen koskettaminen antoi luvan olla toisen ihmisen lähellä ja vuorovaikuttaa avoimemmin, on sen mahdollista mielestäni tehdä ihmissuhteiden kokemisesta

skitsofreniaa sairastaville helpompaa ja näin kuntouttaa heitä sosiaalisissa suhteissaan ja lieventää syrjäytymisen kokemuksia ja yksinäisyyttä. Syrjäytymisen ja yksinäisyyden oireita ovat esimerkiksi elämänilon väheneminen ja ihmissuhteiden puute (Syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen 2009; Heiskanen & Saaristo 2011, 78)

Kaste-ohjelmassa (2012) pyritään syrjäytymisen vähentämiseen. Kuitenkin köyhyys ja rahattomuus aiheuttavat syrjäytymistä (Heiskanen & Saaristo 2011, 38) ja estävät näitä ihmisiä hankkimasta itselleen esimerkiksi säännöllistä hierontapalvelua alan ammattilaisilta. Tämän vuoksi mielestäni yhteiskunnan olisi hyvä miettiä erilaisia toimintatapoja ihmisten erilaisten tarpeiden tyydyttämiseen ja näin osaltaan vaikuttaa yksinäisyyden ja syrjäytymisen vähentämiseen. Nämä ihmiset kokevat myös stressiä, joka saattaa johtua psyykkisestä ja psykososiaalisesta kuormituksesta (Soinila 2003, 213 -222). Näiden vaikeiden oireiden helpottamisessa saattaa koskettamisen kautta saavutetulla rentoutumisella (Rautajoki 1996, 45 – 73) olla suuri merkitys kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen ja itsensä hyväksymiseen (Rinta-Harri 2005, 72 – 80).

Alussa kahdelta ensimmäiseltä hierottavalta mitattiin verenpaine ennen ja jälkeen hieronnan. Tästä kuitenkin luovuttiin, sillä hieronnan ajankohta vaihteli ja asiakkaat olivat saattaneet nauttia verenpainetta nostavia elintarvikkeita, suolapitoista ruokaa tai runsaasti kahvia, juuri ennen hierontaa. Koin ettei verenpaineseuranta ollut relevantti tutkimuksen kohde. Analyysivaiheessa tutkittavia oli neljä, joista yhden diagnoosina oli kaksisuuntainen mielialahäiriö. Yhdenmukaisuuden vuoksi koin tämän diagnoosin käsittelyn tässä työssä haastavaksi ja siksi luovuin tästä. Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyy joustavuus ja suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaan (Hirsjärvi ym. 2007, 160).

10 POHDINTA

Työn tavoitteena oli tutkia voiko suunnitelmallisella kosketuksella tukea skitsofreniaa sairastavien ihmisten kuntoutumista siten, että läheisyyden kokeminen on luontevampaa ja siihen on helpompaa hakeutua. Svennevigin (2005) mukaan mielenterveyspotilaan kehon raja on joskus niin hauras, että hän ei kestä kosketusta lainkaan ahdistumatta (Svennevig 2005, 46). Mäkelän (2005) mielestä ihmisen ei ole koskaan liian myöhäistä saada eheyttävää kosketusta osakseen ja uskoo kosketuksesta olevan hyötyä myös psykiatristen potilaiden hoidossa (Mäkelä 2005, 1543 – 1549). Kosketuksella on myös merkitystä stressihormonin tuotantoon (Koponen 2009, 46–49), joten stressin vähentäminen on myös tärkeä elämänlaatua nostava tekijä näillä ihmisillä.

Kaikille mielenterveysasiakkaille menetelmä ei varmasti sovi, mutta he jotka sitä uskaltavat käyttää, on mahdollista eheyttää kosketuksen vajavuutta. Tavoite mielestäni saavutettiin väliaikaisesti, kuten jo aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että kertaaminen ja menetelmän säännöllisyys on tärkeää (Rautajoki 1996, 45 – 73). Kokemukseni mukaisesti skitsofreniaa sairastavat hyötyivät rentoutumisen kautta pallopeittohieronnasta, vaikka Rautajoki (1996) ei vastaavaa hyötyä koskettamisesta omissa tutkimuksissaan pystynytkään tutkittavilleen antamaan (Rautajoki 1996, 68 -71).

Tutkimusmenetelmien valinnat olivat minusta onnistuneet hyvin, sillä toiminnallisen opinnäytetyössä haastattelu kokemusten kartoittajana, oli toimiva menetelmä. Pystyin keskittymään yhteen haastateltavaan kerrallaan ja haastateltava sai mahdollisuuden vastata oman kokemuksensa mukaisesti. Haastattelulla saatiin selville asiat joita tutkimuksessa tarkasteltiin, mutta kysymyksissä on mielestäni kehitettävää. Toiminnalliseen osuuteen olisin toivonut saavani enemmän osallistujia esimerkiksi suunnitellut viisi henkilöä, mutta kolme henkilöä on riittävä määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa, joka perustuu kokemukseen tutkittavasta ilmiöstä.

Eettisesti katsoen kosketus on kovin henkilökohtainen asia ja siten aiheena ajatuksia herättävä. Moni meistä terveyden- ja sosiaalialan ammattilaisista vieroksuu ajatusta asiakkaan koskettamisesta näinä päivinä, jolloin tällä alalla tapahtuu mo-

nenlaista arveluttavaakin. Ammatillinen, asiallinen suhtautuminen asiakkaaseen ja tehtävään toimenpiteeseen on pidettävä mielessä ja lisäksi mietittävä, kenelle tätä hierontamenetelmää tarjoaa ja miten sen aikoo toteuttaa käytännössä, missä tilassa ja olisiko hyvä, että läsnä olisi myös työpari.

Toiminnallisen osuuden läpivienti työn ohessa oli ajoituksen kannalta huono, sillä ensimmäisen hierontaviikon aikana hoidin myös työparini tehtäviä ja näin ollen aikatauluuni oli kiireinen. Lisäksi uskaltauduin tekemään kaksi hierontasarjaa kerralla, joka ei myöskään helpottanut aikatauluani. Tiivis hierontarytmi oli meille, myös hierottaville, haastavaa. He mukauttivat oman aikataulunsa minun aikatauluuni sopivaksi päivittäin, jotta hierontakerrat toteutuivat. He tekivät sen, sillä he kokivat hieronnan hyväksi itselleen. Toistuva pitkäaikainen miellyttävä kosketus saa aikaan oksitosiini -hormonin erittymistä ja näin ollen sisäinen hyvän olon tunne kasvaa (Salo, 2007; Vuori & Laitinen 2005, 72). Koska tutkimus suoritettiin lyhyellä aikavälillä, vain kahdessa viikossa henkilöä kohden, tulokset ovat mielestäni puutteellisia. Pidemmällä aikavälillä menetelmän avulla saavutettujen hyötyjen seuranta olisi mahdollistanut menetelmän tarpeellisuuden todentamisen vielä vakaammin.

Jatkossa hierontaa voisi tehdä siten, että yksi asiakas olisi menetelmän käyttäjänä vuorollaan, esimerkiksi kahden kuukauden ajan kerran viikossa. Näin ollen tämä ei kuormittaisi liikaa yhtä työntekijää muiden työtehtävien lisäksi. Pallopeitto on lisäksi hintava, noin 400 euroa, joten yksi hoidettava kerrallaan mahdollistaisi saman peiton käytön. Hierontapaikkana mielestäni sopivin on oma koti, koska yleistä tilaa, jossa asiakas pääsisi makuuasentoon, ei tällä hetkellä ole käytössämme.

Luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tieteellistä tutkimusta. Luotettavuuskysymyksissä keskeisiä käsitteitä ovat perinteisesti olleet reliabiliteetti eli luotettavuus, johdonmukaisuus ja havaintojen pysyvyys eri aikoina, ja validiteetti eli onko tutkimus pätevä, onko se perusteellisesti tehty sekä ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Kaikissa

näissä luotettavuuden määritelmässä pyrin olemaan rehellinen ja tuomaan kaiken tutkimukseen liittyvän tiedon tähän kirjalliseen työhöni.

Tutkimus tehtiin asiallisesti ja hyvää työtapaa noudattaen. Henkilöiden kotiin mentiin vain sovittua aikataulua noudattaen ja heiltä tiedusteltiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Myös oman hierontasarjan keskeyttäminen oli mahdollista, mikäli asiakas niin olisi halunnut. Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkijalta hyvän tutkimuskäytännön noudattamista. Ensisijaista on tällöin tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Pelkonen & Louhiala 2002, 129.)

Haastattelu tehtiin hierontojen jälkeen asiakkaiden kotona. Haastattelutilanteessa läsnä oli vain haastateltava ja haastattelija. Pääkysymykset tehtiin suoraan kyselylomakkeesta samassa järjestyksessä ja samassa muodossa. Lisäkysymyksiä kuten kolmannessa ja neljännessä kysymyksessä oli, avustettiin eri tavalla asiakkaan mukaan, kuitenkin siten, ettei tutkimustulos vaarantuisi haastattelijan oman mielipiteen sekoittumisella tutkimukseen. Vastaukset kirjoitettiin sanatarkasti ylös paperille ja sanatarkasti ne myös litteroitiin. Vapaamuotoisemmassa (Mäkelä 1987) tiedonhankintatavassa tutkijan ja tutkittavan suhde on epämuodollisempi. Tällöin tutkijalle jää suurempi moraalinen vastuu tutkimuksen eettisten kysymysten käytännön ratkaisemissa. Tutkijan vastuulla ovat seuraukset, joita tutkimus saattaa tutkittavalle aiheuttaa. (Mäkelä 1987, 195).

Tutkimuksen läpivienti vaatii tutkijalta reflektiota ja ammatillista suhtautumista asiakkaaseen. Työroolini on ohjaajan rooli ja tämä työtapani oli myös tehdessäni pallopeittohieronta. Mikäli olisin huomannut hierottavissani ahdistuneisuutta tai vastemielisyyttä hierontaa kohtaan, olisin keskustellut asiakkaani kanssa ja ehdottanut hierontasarjan keskeytystä. Pidin tärkeänä selvittää osallistujille tarkasti toiminnan tarkoitus ja perustella toimintaani hierontatilanteessa ja pyrin toimimaan tämän selvitykseni mukaisesti. Pidin myös tärkeänä rauhallisen ja turvallisen ilmapiirin luomisen hierontojen aikana.

Lisätutkimuksia kosketuksesta olisi hyvä tehdä monella eri tasolla lapsesta vanhuksiin, mielenterveyskuntoutujiin kuin myös muille yksineläville. Läheisyys ja luonteva koskettaminen on suomalaiselle vierasta. Voisiko ahdistunut ihminen tiedostamalla kosketuksen tarpeen välttyä epätoivoiselta teolta? Jukka Mäkelän tutkimusten mukaan (2005) potilaalle, jolla on alhainen stressinsäätelykyky voi hänen tilaansa virittynyt kosketus tuoda välittömän kokemuksen rauhoittumisesta ja hän voi löytää avun omaan pahaan oloonsa (Mäkelä 2005, 1543-1549).

Koen opinnäytetyöni olevan työelämää palveleva ja realistinen toteutuksen suhteen myös arkielämässä ja siten se on myös omassa työssäni hyödynnettävissä. Tutkijana olen kokematon ja uskon, että kokemuksen myötä olisin saanut vielä enemmän tästä aineistosta irti. Tutkimusaikataulu varsinkin kirjoittamisen osalta venyi useaan kertaan ja jouduin tavoiteaikatauluani muuttamaan. Vaikeuksia oli myös aineiston rajaamisessa ja lopulta aineistoa tuli hankkia lisää, jotta tarvittava sivumäärä olisi riittänyt opinnäytetyön kriteereiden mukaan. Ohjausta olen käyttänyt työni eri vaiheissa ja saanut sitä riittävästi. Erityisesti kiitollinen olen ohjaavalle opettajalleni Tarja Kempe - Hakkaraiselle hyvästä ohjaustyöstä ja kannustuksesta koko prosessin ajan. Lisäksi suurkiitos vertaisarvioijalleni sekä työkavereilleni, jotka lukemalla työtäni, ehdottamalla minulle materiaalia työtäni varten sekä monin muin tavoin auttamalla ja kannustamalla työn etenemisessä, ovat olleet merkittävästi tukenani.

LÄHTEET

Aalberg, V. 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus

Burns, N. & Grove, S. 1993. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 2nd ed. Saunders, Philadelphia.

Carlson, S. 2011. MTV 3 uutiset [viitattu 14.10.2011] Saatavissa:

<http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2011/10/1410951/kosketus-kehittaa-vauvan-aivoja>

Enäkoski, R. & Routasalo, P. 1998. Kosketuksen voima. Helsinki: Kirjayhtymä Oy [viitattu 20.8.2011] Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105127697>

Heiskanen, T. & Saaristo L. (toim.) 2011. Kaiken keskellä yksin. Juva: PS-Kustannus

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden Ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy

Hirsjärvi & Hurme. 2001. Haastattelu 6.3. Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] [viitattu 28.12.2011] Saatavissa: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki; Tammi

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus

Isohanni, M., Joukamaa, M. 2012. Therapia Fennica.fi [viitattu 21.4.2012] Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit

Keltinkangas-Järvinen, L. 1994. Hyvä itsetunto. Juva; Wsoy

Koponen, J. 2009. Kosketuksen merkitys. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto

Koskisuu J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy

Kranowitz, C. 2003. Tahatonta tohellusta. Juva: WS Bookwell Oy

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2008. Psykiatria. 5-6 painos. Jyväskylä: Gummerus

Mielenterveyslaki. 1116/1990. [viitattu 22.12.2011] Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A. & Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOY

Mäkelä, J. 2005. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä - artikkeli. Suomen Lääkärilehti 14/2005, 1543 – 1549

Mäkelä, P. 1987. Kvantimotiv - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Eettiset kysymykset.[viitattu 8.10.2011]

Saatavissa: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html

Narumo, R. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? Ohjaava työote mielenterveys-työssä. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy

Peda.net 2005. Venäläiset tavat. ja kulttuuri[viitattu 20.2.2012] Saatavissa http://www.peda.net/veraja/projekti/centraali/jao/venaja/matk/3?vp=singlemodule&m_id=310199&sp=viewannounce&a_id=39226

Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. KvantiMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Eettiset kysymykset [viitattu 8.10.2011]
 Saatavissa: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html

Rautajoki, A. 1996. Terapeuttinen kosketus. Tampere; Tammer - Paino Oy

Rinta-Harri, A. 2005. Sosiaalipedagoginen ammatillisuus – Madsenin kukasta toiminnan tulppaaniksi. Satakunnan ammattikorkeakoulu

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. [viitattu 8.10.2011]
 Saatavissa: www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Salo, M. 2007. Dementoituneiden hyvinvointi – kaikille aisteille virikkeitä. Suomen Dementiayhdistys. Luentomateriaali 16.10.2007. Seinäjoki.

Siitonen, J. 2000. Voimaantumisteoria. Oulun Yliopiston kirjaston sivustot. [viitattu 25.3.2012] Saatavissa:
<http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/html/cfadhjcg.html>

Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. Duodecim. Jyväskylä; Gummerus

Kaste-ohjelma. 2012. Kaste-ohjelma vuosille 2012 - 2015. [viitattu 24.02.2012]
 Saatavissa Sosiaali- ja terveysministeriön tietokannassa:
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. [viitattu 13.5.2012] Saatavissa Sosiaali- ja terveysministeriön tietokannassa:
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus

Suvikas, Laurell & Nordan. 2009. Kuntouttava lähihoito. Helsinki; Edita Prima

Svennevig H. 2003. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseyttämyksen lisäämisen välineenä. Tampere: Tampereen yliopisto

Svennevig H. 2005. Kehon mieli, Helsinki: Wsoy

Syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen – työryhmän raportti. 2009. Helsingin kaupungin turvallisuusohjelma 2009. [viitattu 14.3.2012] Saatavissa http://www.hel2.fi/ajankohtaista/Syrjäytymisen_ehkäisy_ja_vähentäminen.pdf

Tilastokeskus 2008. Tilastoja. [viitattu 5.2.2012] Saatavissa Suomen yksinelävät ry: <http://www.yksinelävät.fi/fakta/tilastoja.html>

Vainio, A. 2009. Kivun hallinta. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim [viitattu 7.4.2012] Saatavissa Terveyskirjaston tietokannassa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088

Vartia, N. 2009. Kotona kaikkialla, Helsinki: Kirjapaja

Vuori, H.-L. & Laitinen, M. 2005. Synnytyslaulu. Helsinki: Edita

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus. Helsinki: Edita Prima

Yack, E. & Sutton, S. 2001. Leikki linkkinä lapseen: Juva: PS-Kustannus

Yksinasuminen saattaa olla riski terveydelle. 2012. Etelä Suomen Sanomat. 27.3.2012

Åstedt - Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskäsitteet hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen - Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY

Liite 1

TUTKIMUSKYSYMYKSET PALLOPEITTOHIERONNASTA

1. Kuvaile kokemuksiasi pallopeittohieronnasta
 - positiivisia, negatiivisia

2. Kuvaile kehon tuntemuksiasi hieronnasta
 - lämpötilaa, rentoutumisen tuntemuksia, ahdistuksen tuntemuksia, hermostuneisuuden tuntemuksia

3. Kuvaile kokemuksiasi
 - vireystilassasi: asioiden hoitaminen - aikaansaamattomuus, aloitekyky eri asioissa
 - elintoiminnoissasi: virtsaaminen, ulostaminen, hikoilu, vapina, paleleminen, lämpö
 - vaikutukset seuraaviin: nukkuminen/nukkumattomuus
 - tunnetiloissasi: vihaisuus, levollisuus, kärsivällisyys, ahdistuneisuus, hermostuneisuus, rauhoittuminen, rentoutuminen, jaksaminen

4. Koetko tämänkaltaiselle toiminnalle olevan tarvetta?

Miten toteutettuna

Kuinka usein, miksi

Kesto aika/kerta

Kuka tekijänä, miksi

Mikä olisi paras paikka ja miksi

