

RATKAISUKESKEINEN TAVOITEHAASTATTELU
JA MIELIKUVAOPPIMINEN YKSILÖLLISESSÄ
TERVEYSKASVATUKSESSA

Iris von Harpe

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2003

Tiivistelmä

Iris von Harpe: **Ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu ja mielikuvaoppiminen terveyskasvatuksessa** (78 sivua ja 5 liitettä)

Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2003

Tämän kokeellisen interventiotutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, soveltuisiko ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu yhdistettynä suggestiorentoutukseen terveyskasvatuksen menetelmäksi. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia intervention terveys- ja muita vaikutuksia. Tutkimuksessa oli kaksi interventioryhmää ja vertailuryhmä, jotka valittiin vapaaehtoisten joukosta kahdesta eri organisaatiosta huhtikuussa 2001. Tutkimukseen osallistui yhteensä 42 henkilöä, jokaiseen tutkimusryhmään kuului 14 henkilöä. Osallistujat työskentelivät asiakaspalvelu- ja toimistotehtävissä. Iältään he olivat 25-60-vuotiaita, miltei kaikki naisia.

Ryhmä A kuunteli mielikuva- ja rentoutusäänitettä ja kirjasi rentoutumiskerrat lomakkeelle.

Ryhmälle B tehtiin tavoitehaastattelu ja äänitettiin yksilöllinen, koehenkilön määrittelemää tavoitetta tukeva suggestiorentoutusäänite. Osallistujat kuuntelivat äänitettä ja pitivät kokemuspäiväkirjaa sekä täyttivät tutkimuksen lopussa loppuarviointilomakkeen.

C oli verrokkiryhmä, joka täytti ainoastaan alku- ja loppukyselyn.

Kaikki osallistujat täyttivät terveydentilaa mittaavan alku- ja loppukyselyn. Intervention kesto oli kahdeksan viikkoa.

Ryhmä B raportoiman koetussa terveydentilassa oli selvä trendi parantumisen suuntaan, vaikka tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä. Muissa ryhmissä muutokset olivat vähäisiä.

Ryhmiä A ja B koettu rentoutumiskyky parantui tilastollisesti merkitsevästi.

Verrokkiryhmän rentoutumiskyvyssä ei tapahtunut mainittavia muutoksia.

Ryhmässä A ja B koettujen somaattisten oireiden määrässä oli selvä trendi vähentymisen suuntaan, vaikka muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Verrokkiryhmässä ei tapahtunut mainittavia muutoksia.

Ryhmän B kaikki osallistujat raportoivat kokeneensa intervention myönteisesti. Kaikki 13 ryhmäläistä aloitti tavoitteensa mukaisen toiminnan tutkimuksen alussa. Tutkimuksen

lopussa kahdeksan henkilöä arvioi toimineensa aktiivisemmin tavoitteensa suuntaisesti kuin tutkimuksen alussa. Kokemuspäiväkirjoista näkyi, että sairastuminen ja kiire olivat yhteydessä aktiivisuuden vähentymiseen.

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että tavoitehaastattelun ja yksilöllisen suggestioäänitteen avulla koehenkilöt aktivoituivat tavoitteelliseen toimintaan, joka jatkui tutkimuksen ajan.

Ryhmän B interventio näytti olevan yhteydessä koetun terveydentilan parantumiseen. Mielikuvarentoutusäänitteen sekä suggestioäänitteen kuuntelu vaikutti sopivan rentoutumisen opetteluun.

Tutkimustulosten perusteella näyttää tavoitehaastattelu yhdistettynä yksilölliseen suggestioäänitteeseen olevan soveltuva menetelmä terveysneuvontatilanteisiin, joissa pyritään tukemaan asiakkaan omaa halua toimia terveyttä edistävällä tavalla.

Avainsanat: mielikuvaoppiminen, rentoutuminen, ratkaisukeskeisyys, suggestiot, terveyden edistäminen, terveyskasvatus

Abstract

Iris von Harpe: **Solution-oriented goal-interview and imagery learning in individual health education** (78 pages and 5 appendices)

Master's Thesis in Health Education
University of Jyväskylä
Department of Health Sciences

The aim of this intervention-study was to study if the solution-oriented goal-interview was suitable as a method of individual health promotion. The aim was also to clarify if the intervention had health or other effects.

There were two intervention-groups and a control group, which were chosen among volunteers from two different organisations in April 2001. 42 participants took part in the study, there were 14 persons in each study-group. The participants were engaged in customer service and clerical positions. They were aged between 25-60 years, mostly female.

Group A listened to imagery relaxation-recording and listed the frequency of their relaxation times on a sheet. Group B had a goal-interview and got an individual suggestion-recording supporting their self-formed goal. The participants listened to the recording and kept diary about their experiences and filled a feedback questionnaire at the end of the study. C was a control-group, which only filled out a questionnaire at the beginning and end of the study. The intervention lasted for eight weeks.

There was a clear positive change in the experienced state of health informed by group B, although the result was not statistically significant. Changes in other groups were minor. The positive change in the experienced ability of relaxation was statistically significant in groups A and B. There were no changes worth mentioning in group C.

The amount of experienced somatic symptoms decreased, although the result was not statistically significantly in groups A and B. There were no changes worth mentioning in group C.

All the participants in group B informed that they had experienced the intervention positively. All 13 participants started goal oriented action in the beginning of the study. It could be seen from their diaries that getting ill and stressed, correlated with decreasing activity. At the end

of the study eight persons evaluated that they had become more active towards their goal than in the beginning of the study.

On the basis of this study it might be stated that it was possible to rise motivation to goal oriented action by the goal-interview combined with suggestion-recording. It seems that listening to imagery-relaxation-recording as well as suggestion-recording were suitable learning-methods for relaxation. The intervention of group B seemed to be in connection with the positive change of experienced state of health.

The goal-oriented-interview combined with suggestion-recording seems to be a suitable method in health-counselling situations where the emphasis is on rising motivation and changing habits in the direction of the health-promotion of the client.

Keywords: learning and mental imagery, relaxation, solution-oriented brief therapy, health promotion, health education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	8
2	KÄSITTEET	
2.1	Terveys	10
2.2	Terveysten edistäminen ja terveystasvatust.....	10
2.3	Ratkaisukeskeinen terapia	13
2.4	Mielikuvat.....	13
2.5	Rentoutuminen	13
2.6	Oppiminen	14
2.7	Suggestio	16
3	AIKAISEMPI KIRJALLISUUS	
3.1	Terveystasvatustun perinteiset toimintamallit, vaikuttavuus ja haasteet	17
3.2	Oppiminen	20
3.2.1	Oppimisen hermostollinen perusta	21
3.2.2	Arkipäiväoppiminen	23
3.2.3	Mielikuvaoppiminen.....	24
3.2.4	Suggestio ja oppiminen	27
3.3	Rentoutuminen	29
3.3.1	Rentoutumisen fysiologisia vaikutuksia	30
3.3.2	Rentoutumisen yhteydet terveysten.....	31
3.4	Ratkaisukeskeinen terapia	34
3.4.1	Ratkaisukeskeisen terapian perusajatuksia.....	36
3.4.2	Ratkaisukeskeisessä haastattelumallissa huomioitavia seikkoja.....	39

3.4.3 Tutkimuksessa käytetty ratkaisukeskeinen haastattelumalli	40
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	42
5 AINEISTO JA MENETELMÄT	
5.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku	44
5.2 Mittarit	46
5.3 Tutkimusjoukko	46
5.3.1 Tutkimusryhmien väliset erot alkutilanteessa	47
5.4 Interventiot ja niiden toteutuminen	50
5.5 Reliabiliteetti ja validiteetti	51
6. TULOKSET	
6.1 Kokemukset interventiosta	55
6.1.1 Kokemukset ratkaisukeskeisestä tavoitehaastattelusta	55
6.1.2 Kokemukset suggestioäänitteen kuuntelusta	55
6.1.3 Kokemukset tavoitehaastattelun yhdistämisestä suggestioäänitteen kuunteluun	56
6.2. Tavoitteen mukainen toiminta	56
6.2.1 Tavoitteen mukainen toiminta interventioryhmässä	56
6.2.2 Yksilötapaukset tavoitteen mukaisesta toiminnasta	57
6.3 Ryhmäkohtaiset terveys- ja muut vaikutukset	63
6.3.1 Elämään tyytyväisyys, unen laatu ja elintavat	63
6.3.2 Koettu terveydentila	64
6.3.3 Koetut oireet	65
6.3.4 Koettu rentoutumiskyky	66
6.3.5 Koettu stressi	68

7 POHDINTA

7.1 Tulosten merkitys69

7.2 Ehdotuksia jatkotutkimuksiin72

8 PÄÄTELMÄT73

LÄHTEET

LIITTEET79

Liite 1. Alku- ja loppukysely

Liite 2. Kokemuspäiväkirja

Liite 3. Kokemuspäiväkirja analyysissä käytetty pisteytys

Liite 4. Loppuarvio

Liite 5. Esimerkki ratkaisukeskeisestä tavoitteen muotoilusta

1 JOHDANTO

Kun vastaanotolleni tulee asiakas, hänellä on usein halu ja tarve henkilökohtaiseen muutokseen. Muutos voi liittyä itseluottamukseen, pitkäjänteisyyteen tai haluun päästä eroon esimerkiksi stressiin liittyvistä vaivoista, kuten niska- ja päänsärky, uni- ja keskittymishäiriöt. Näiden ongelmien ratkaisemiseksi olen kehittänyt menetelmää, jossa mielikuvaoppimista on yhdistetty rentoutumiseen. Käytännön työssä olen havainnut, että edellä mainitulla menetelmällä saadaan hyviä tuloksia.

Urheiluvälmennuksessa on käytetty mielikuvaoppimista jo 1900-luvun alusta lähtien. Pitkään ajateltiin, että mielikuvaharjoittelun sovellukset rajoittuvat fyysisiin suorituksiin ja sen käyttö kohdistuu urheilun alueelle. Mielikuvaharjoittelua voidaan kuitenkin käyttää miltei minkä tahansa tavoitteen tukemiseen. Suomessa esim. Raimo Lindh (1998) kiinnostui 60-luvun loppupuolella mielikuvamenetelmien käytöstä erityisopetuksessa. Hän on saanut käytännön työssään erinomaisia tuloksia mielikuvamenetelmillä niin opittavien aineiden sisällön oppimisen kuin myös oppimismotivaation parantumisen suhteen.

Pitkien psykoterapioiden rinnalle on Suomessakin kehitetty lyhyitä ratkaisukeskeisiä työskentelytapoja. Ratkaisukeskeistä lähestymistapaa voi käyttää kuka tahansa oman kehittymisensä tueksi tai tavoitteidensa toteuttamiseksi. Tässä lähestymisnäkökulmassa oletetaan, että jokaisella on voimavaroja ja kykyjä toivottuun muutokseen. Ratkaisukeskeisessä terapiassa käytetyt haastattelumallit auttavat ihmistä tarkastelemaan omaa elämäntilannettaan ja kysymykset tavoitteista auttavat häntä määrittelemään ja hahmottamaan elämässä toivottuja muutoksia. On havaittu, että oman elämän hahmottaminen ja tunne siitä, että voi vaikuttaa kehitykseen edistää elämään tyytyväisyyttä. Tämä on sidoksissa elämän hallinnan käsitteeseen, jonka katsotaan olevan edullista terveyden edistämiseksi.

Rentoutumisen terveysvaikutuksista on tehty lukuisia tutkimuksia. Esimerkiksi Helli Toivasen väitöskirjatutkimus (1994) rentoutumisen vaikutuksista osoitti selkeästi, että pienillä kustannuksilla voidaan saada aikaan ihmisen hyvinvoinnille myönteisiä niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin vaikutuksia.

Terveyskasvatuksen tehtävänä voidaan pitää ihmisten omien terveyttä edistävien muutostarpeiden avustamista ja tukemista. Laajat terveyskasvatusprojektit informoivat terveyteen vaikuttavista tekijöistä, kuten tupakointi, ravinto ja liikunta. Osa ihmisistä motivoituu kampanjoiden kautta terveyttä edistävään muutokseen, mutta monelta saattaa into loppua kesken yrityksen. Joku saattaa kokea syyllisyyttä ja joillekin kampanjalla ei ole merkitystä. Terveyskasvatuksen haasteena yksilötasolla voidaan nähdä yksilön koettujen tarpeiden selkeämmän huomioimisen muutosprosessia avustettaessa. Yksilöllisemmän ja henkilökohtaisemman työskentelyn seurauksena voidaan olettaa ihmisen motivaation ja sitoutumisen muutokseen lisääntyvän.

Koska nämä kolme toimintamallia: mielikuvaoppiminen, ratkaisukeskeisyys ja rentoutuminen ovat käytännön kokemuksen sekä tutkimusviitteiden mukaan hyvin toimivia, minua kiinnostaa tutkia niiden yhdistelmän soveltuvuutta yksilöllisen neuvonnan menetelmänä. Menetelmien eräänä potentiaalisena yhdistämisen hyötynä on jo haastattelun aikana tapahtuva asiakkaan sitoutuminen ja motivoituminen toivottuun muutokseen. Tutkimuksessa apuna käytettävän suggestioäänitteen voidaan olettaa myös tukevan pitkällä aikavälillä asiakkaan omaehtoista toimintaa tavoitteen saavuttamiseksi.

2 KÄSITTEET

2.1 Terveys

Terveys voidaan määritellä monin eri tavoin riippuen määrittelijän näkökulmasta. Lääketieteellisesti terveys nähdään sairauden puuttumisena. Toisaalta terveys voidaan nähdä voimavarana, jota kulutetaan ja täydennetään. Kolmanneksi terveyden ylläpitoa voidaan kuvailla tasapainoiluksi terveyttä kuluttavien ja terveyttä edistävien voimien kanssa. Ihminen voi itse vaikuttaa terveyteensä elämässään tekemillään valinnoilla.(Vertio, 1992.) Tässä yhteydessä terveyttä lähestytään sekä lääketieteelliseltä että ihmisen omien valintojen ja toiminnan näkökulmalta.

2.2 Terveiden edistäminen ja terveystieteet

Terveiden edistämällä tarkoitetaan terveyteen myönteisesti vaikuttavien sosiaalisten edellytysten lisäämistä sekä ympäristön ja ihmisten käyttäytymisen muuttamista terveyttä suosivaan suuntaan. (WHO,1984). Terveiden edistäminen käsitetään yläkäsitteeksi, joka kattaa sekä kasvatukselliset että yhteiskunnalliset toimenpiteet.

Terveiden edistämisen toiminta-alueet voidaan jaotella seuraavasti:

- Terveyttä lisäävä ja suojaava yhteiskuntapolitiikka
- Terveellisen ympäristön toteuttaminen
- Yhteisöjen ja kansalaistoiminnan kehittäminen
- Terveystieteiden kehittäminen
- Kasvatukselliset keinot

(Kannas 1991).

Terveystieteiden keinoilla pyritään useiden asiantuntijoiden mukaan vaikuttamaan sellaisiin arvoihin, tietoihin ja taitoihin, jotka ovat terveyden kannalta merkityksellisiä (mm. Nupponen ym. 1991,12-15.) Tavoitteena on, että ihmiset tunnistavat, tuntevat ja hallitsevat oman elämänsä terveystieteitä (Kannas 1992, Vertio 1992.) Terveystieteet voidaan ymmärtää myös prosesseiksi, joilla tuetaan ihmisten luonnollista tarvetta vaikuttaa myönteisesti oman elämän laatuun (Laitakari 1999). Erään näkemyksen mukaan olennaista terveystieteelle on, että se herättää ihmisen pohtimaan ja oppimaan sekä tietoisesti kehittämään itseään. (Nupponen ym. 1991,11-23.)

Terveyskasvatusta voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, riippuen ihmisryhmästä ja elämäntilanteesta. Laajamittaista terveyskasvatusta toteutetaan valistuksena, esim. kampanjoina, radio- tai tv-ohjelmina. Terveyskasvatusta voidaan toteuttaa myös opetuksena kuten esim. perhe- ja synnytysvalmennuksissa. Yksilöllisissä tilanteissa terveyskasvatusta voidaan toteuttaa neuvontana tai ohjauksena. (Nupponen ym. 1991, 15-17.) Terveyskasvatuksen toimintamallit pohjautuvat taustaoletuksiin sekä ihmis- ja terveystieteisiin. Taustaoletukset määrittelevät lähestymistavan ja ne vaikuttavat mm. tutkimusratkaisuihin, ohjaavat terveyskasvatuksen tavoitteita ja menettelytapoja ja vaikuttavat tuloksiin. (McQueen 1989, 339-342, Naidoo, Wills 1998, Nupponen ym.1991, 17-22.)

Käytännön työssä, tutkimuksessa ja erilaisissa terveyskasvatushankkeissa on usein havaittavissa vaikutteita useista taustaoletuksista (Shemeikka 1991, 87). Terveyskasvatustieteissä voidaan erottaa muutamia pääsuuntauksia: preventiivinen terveyskasvatus, rationaalihumanistinen lähestymistapa ja elämäntieteellinen terveyskasvatus. Kaikkien suuntausten tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen joko yksilöissä tai yhteiskunnallisessa toiminnassa. (Ewles & Simnett 1985, 34, Tones 1988,33-42.)

Preventiivisen terveyskasvatuksen tavoitteena on mm. sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisy ja riskikäyttäytymisen vähentäminen. Toiminta määräytyy usein lääketieteen pohjalta ja terveys käsitetään ensisijaisesti sairauden ja toimintakykyä alentavien oireiden puuttumiseksi. Terveyskasvatuksen tehtävänä on yksilön käyttäytymisen muuttuminen. Preventiivistä lähestymistapaa on nimitetty luonnontieteelliseksi, perinteiseksi, lääketieteellispreventiiviseksi. (Laitakari 1986, Tones1988,33-42.) Tämä lähestymistapa muistuttaa behavioristista näkemystä, jossa tavoitellaan käyttäytymisen muutosta vaikuttamalla asenteisiin ja uskomuksiin. (Ewles & Simnett 1985.)

Preventiivisen näkemyksen vastapainona voidaan erottaa rationaalihumanistinen lähestymistapa, joka korostaa kasvatettavan vapautta ja itsenäisiä valintoja. Terveyskasvatus perustuu tiedon jakamiseen ja arvojen selkiyttämiseen. (Shemeikka 1991.) Yksilöllä on vapaus valita. Hän päättää minkä tiedon hän vastaanottaa ja miten hän käyttää sitä. Terveyskasvatuksen tavoitteena voidaan pitää yksilön valintakyvyn edistämistä tai sitä, että

yksilö tekee tietoisin, omien arvojensa mukaisen valinnan, vaikka se ei välttämättä edistäisikään hänen terveyttään. (Nupponen ym. 1991.)

Ihmis- ja voimavarakeskeiselle (empowerment) lähestymistavalle on ominaista autonomia, tasa-arvoisuus, kumppanuus, yhteistyö, neuvottelu ja itsemääräämisoikeus. (Ottawa Charter 1986, Raeburn & Rootman 1998). Samansuuntaisena voidaan nähdä elämänhallintaa ja minän vahvistamista korostava, kasvatuksellinen lähestymistapa, jonka tavoitteina nähdään ihmissuhdetaitojen, sosiaalisten paineiden käsittelytaidon vahvistaminen sekä eheän, myönteisen minäkäsityksen luominen ja näiden rinnalla terveyttä edistävien päätöksentekotaitojen edistäminen. (Kannas 1992.) Terveyskasvatuksen tehtävänä on tukea näitä kehitys-, muutos- ja oppimistapahtumia. Pyrkimyksenä on lisätä ihmisen edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä ja terveyteensä, toisin sanoen lisätä hänen elämänhallintaansa. (Seedhouse 1986, Tones 1986.)

Tämän tutkimuksen lähestymisnäkökulmana voidaan nähdä ihmis- ja voimavarakeskeinen elämänhallintaa tukeva näkemys. Elämänhallinnan rinnalla voidaan myös erottaa rationaalishumanistiselle lähestymistavalle ominainen pyrkimys tukea yksilön itsenäisiä valintoja.

Terveyskasvatuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yksilön omista tarpeista lähtevän muutoksen avustamista. Terveyskasvattajan rooli on pikemminkin yhteistyökumppani, opastaja ja muutoksen avustaja kuin tiedon jakaja. Hänen keskustelunsa asiakkaiden kanssa on keskustelevaa kyselyä ja dialogia, jonka seurauksena ihmisen tavoite kirkastuu ja käsitys omasta elämän hallinnasta kohentuu. Kyseessä on ihmisen omien tavoitteiden ja toiveiden mukainen muutos- ja oppimisprosessi, joka suunnitellaan terveystieteiden avustuksella. Suunnitelmassa on oleellista se, että asiakas määrittelee jokaisen osatavoitteen omien voimavarojensa mukaisesti niin, että hän käytännössä motivoituu ja kykenee toteuttamaan osatavoitteet. Koko prosessin voi olettaa lisäävän elämään tyytyväisyyttä ja elämän hallinnan tunnetta sekä vaikuttavan myönteisesti terveyteen. Suomisen (1993, 122) mukaan elämään tyytyväisyys korreloi elämän hallinnan käsitteeseen, jonka katsotaan olevan eräs terveyttä edistävä tekijä.

2.3 Ratkaisukeskeinen terapia

Ratkaisukeskeisellä terapialla käsitetään tässä yhteydessä lyhytterapiaa, jossa keskustelun painopiste suuntautuu tulevaisuuteen ja niihin ratkaisuihin, joita ihminen tekee saavuttaakseen tavoitteensa. Ratkaisukeskeistä terapiaa kutsutaan myös voimavarasuuntautuneeksi terapiaksi, jossa lähtökohtana on, että ihmisillä itsellään on ratkaisut ja keinot ongelmiin. Terapeutti auttaa asiakasta löytämään voimavaransa, muotoilemaan tavoitteensa ja löytämään keinot, joiden avulla asiakas saavuttaa tavoitteensa tai ratkaisee ongelmansa. (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, de Shazer 1995).

2.4 Mielikuvat

Mielikuvavirtaukset sisältävät sekä spontaaneja että tahdonalaisia mielikuvia. Spontaanit mielikuvat pyörivät mielessä koko ajan. Ne heijastavat mielen ja sen tietoisuuden olemassaoloa. Uudet ulkoiset tai sisäiset havainnot tai ärsykkeet tuottavat spontaaneja mielikuvia kaikilla aistimodalityettialueilla. Mikäli mielikuviin ei suunnata energiaa, ne haihtuvat pois. Energian suuntaaminen tietoisesti niihin, tekee niistä tahdonalaisia mielikuvia. Nämä mielikuvat ovat se alue, jolla mielikuvaoppiminen toimii yhdistelevänä ja luovana prosessina. (Lindh 1998, 100.)

Tässä tutkimuksessa mielikuvilla tarkoitetaan lähinnä tietoisia mielikuvia, jotka liittyvät oppimistapahtumaan. Intervention ohjaajan käyttämä kieli ohjaa kuulijan mielikuvien muodostumista. Näillä mielikuvilla voi olla yhteyksiä myös alitajuisiin muisti- tai mielikuviin, jotka "virkistyvät" oppimistapahtuman yhteydessä.

2.4 Rentoutuminen

Rentoutumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä kokemuksellista olotilaa, jonka aikana vireässä valvetilassa vallitsevat beetamuotoiset aivoaalot muuntuvat usein hitaiden alfamuotoisten aaltojen suuntaan. Knoxin (1981) mukaan rentoutuneilla ihmisillä havaitaan aivoaaltojen muutos esim. biofeedback-laitetta käytettäessä, mutta pelkkä fysiologinen muutos ei takaa rauhallista mentaalitilaa. Olennaista rentoutumiselle on subjektiivinen kokemus, ajatusten rauhoittuminen sekä rauhallinen, jopa välinpitämätön asenne. Tällöin rentoutumisen vaikutus ulottuu autonomiseen hermostoon sen toimintaa tasapainottavana.

Rentoutumisen aikana verenpaine laskee, sydämen syke harventuu ja lihasten tonus laskee. Rentoutumista voidaan nimittää hypometaboliseksi tilaksi, jonka aikana veren laktaattipitoisuus ja hapenkulutus vähentyvät. (Benson 1976.) Rentoutuessa koetaan myös usein ajan muuntumista sekä hyvän olon ja onnen tunnetta, jota Csikzentmihalyi (1991) kuvaa ilmaisulla flow.

2.6 Oppiminen

Oppimisesta on vallalla useita eri teoreettisia näkemyksiä. Oppimisen teoreettinen viitekehys ohjaa opetusprosessin suunnittelua ja oppimisprosessin arviointia.

Behavioristisessa oppimiskäsityksessä ajatellaan ihmisen oppivan rangaistusten ja palkintojen ohjaamana. Tämä oppimiskäsitys näkee oppimistapahtuman pitkälti ulkoa säädellyksi. Opettaja määrittää subjektiksi ja oppilaat objekteiksi, joiden oppimista opettaja säätelee. Oppimista on mitattu ja arvioitu päätekäyttämällä. Mittareina ovat olleet kokeet ja numerot sekä arvioitu käyttäytymisen tai toiminnan lopputulos.

Kognitiivinen oppimiskäsitys näkee ihmisen aktiivisena tiedon prosessoijana. Oppiessaan ihminen liittää tietoa aiempaan tiedolliseen skeemaansa, mikä laajentuu oppimisprosessiin kuuluvan informaation vertailun ja yhdistelemisen seurauksena. Konstruktivistisessa ja kognitiivisessa oppimiskäsitelmässä lopputulosta tärkeämpää on itse oppimisprosessi.

Oppimaan oppiminen on tiedon lisääntyessä muodostunut tärkeäksi oppimisen kohteeksi. Yksilöt konstruoivat, muokkaavat opittavan asian oman elämänhistoriansa ja maailmankuvansa kautta. Konstruoitu informaatio liitetään aiempaan tietovarastoon. Näin eri ihmiset saattavat oppia samasta asiasta hyvinkin erilaisia elementtejä. (Rauste - von Wright & von Wright 1994.)

Konstruktivismiin liittyvän uudistavan oppimisen käsitteessä merkityksen konstruoinnilla on merkittävä sija. Omaksuttuja merkitysperspektiivejä, jotka määrittelevät mitä, miten ja miksi me opimme, voidaan muuttaa kriittisen reflektion kautta. Omien lähtökohtien ja ennakkoletusten reflektointi voi johtaa uudistavaan oppimiseen. Uudistavan oppimisen käsite liittyy aikuiskoulutuksen emansipatoriseen lähestymistapaan, jossa opiskelija pyritään kyseenalaistamaan ennakkoletuksiaan, tutkimaan vaihtoehtoisia perspektiivejä, muuttamaan aiempia käsitystapojaan sekä toimimaan uusien perspektiivien varassa. (Mezirow, 1996, 35-36.)

Oppiminen on elinikäinen prosessi ja siihen liittyy kiinteästi tiedollisen oppimisen rinnalla oman persoonallisuuden kehittyminen. Oppimista tapahtuu jatkuvasti monenlaisissa eri ympäristöissä. Oppiminen voidaan määritellä yksilön ja hänen ympäristönsä väliseksi vuorovaikutustapahtumaksi. Tällaisesta informaalioppimisesta käytetään nimitystä arkipäiväoppiminen. Toisinaan oppiminen voi olla tietoinen, toisinaan taas tiedostamaton tapahtuma. Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy tiedostamatonta oppimista, joka saattaa myöhemmin tulla myös tietoiselle tasolle. (Tuomisto 1998, 30-35.)

Oppimisen seurauksena käyttäytyminen, ajatukset, ymmärrys, tunteet, mielikuvat ja toiminnot muuttuvat. Muutos voi ilmetä esim. tilanteissa selviytymisenä, elämän tilanteiden parempana hallintana tai minäkäsityksen muuntumisena. (Lindh 1998.)

Tässä työssä nähdään oppimisprosessi lähinnä kognitiivisena ja konstruktivistisena prosessina, jolloin oppiminen pohjautuu oppijan elämänhistoriaan ja kokemuksiin. Kognitiiviseen ja konstruktivistiseen oppimisprosessiin liittyy usein myös kriittisen reflektioprosessin käynnistyminen.

2.7 Suggestio

Latinan verbi *suggero* tarkoittaa asettaa, tuottaa, tarjota, esittää, vihjata, ehdottaa. Suggestion voi määritellä ympäristömme ja tiedostamattoman sielunelämämme väliseksi jatkuvaksi kommunikaatioksi, jossa verbaalit ja nonverbaalit suggestiot ohjaavat toimintamme. Vuorovaikutuksessa välittyy sanojen lisäksi nonverbaalia viestintää, kuten äänensävy, ilmeet jne, jotka määräytyvät asenteemme pohjalta. Osa suggestioista voi siis välittyä tiedostamattomista elementeistä. (Saféris 1987.) Alitajunnan voimavaroja, keskittymistä, muistia ja pitkäjänteisyyttä on mahdollista ohjata suggestioiden avulla (Lindh 1983, 54.) Tässä tutkimuksessa tarkoitetaan suggestiolla tietoisia, tavoitteen mukaisia kielellisiä ilmauksia, joita tutkija välittää koehenkilölle keskustelun ja rentoutumisen aikana.

3 AIKAISEMPI KIRJALLISUUS

3.1 Terveyskasvatuksen perinteiset toimintamallit ja vaikuttavuus

Terveyskasvattajan taustaoletukset ja toimintamallit heijastavat hänen ihmiskäsitystään, oppimiskäsitystään sekä sitä millaisena hän yleisesti ottaen pitää ihmisten mahdollisuuksia ohjata omaa elämäänsä. Terveyskasvatuksessa (Shemeikka1991, 85) erottaa seuraavat terveyskasvattajan toimintamallit:

- 1) toimintaohjeiden jakaminen
- 2) tiedon jakaminen
- 3) omaksumistapahtuman ohjaileminen
- 4) vuorovaikutuksen ohjaileminen
- 5) yhteistyökumppanina toimiminen

Toimintaohjeiden antaminen ja tiedon jakaminen saattaa johtaa pintatason oppimiseen, jonka seurauksena toiminta on sattumanvaraista, jopa epä johdonmukaista. Tällaiseen toimintaan liittyvä motivaatio on usein heikkoa. Toisaalta tiedon ja toimintaohjeiden jakaminen voi rauhoittaa ja ne voivat toimia muutospyrkimysten apuna.

Omaksumistapahtuman ja vuorovaikutuksen ohjaaminen on oleellinen osa terveyskasvatusta. Luodon ja Aukeen (1991) mukaan onnistuneen terveyskasvatuksen edellytyksenä on tieto keinoista ja menetelmistä, joiden avulla muutosta yritetään saada aikaan.

Terveysneuvontatilanteissa on havaittu ilmeisiä puutteita henkilöstön didaktisissa valmiuksissa. (Luoto, Aukee, 1991.) Laitakari (1989) on havainnut, että terveyskeskuksissa työskentelevä henkilöstö kokee vaikeaksi yksilöllisen terveysneuvonnan, jossa pyrkimyksenä on edistää asiakkaan terveyttä tukevia elintapoja.

Ohjauksen pyrkimyksenä voi pitää autonomiaa tukevaa otetta. Sisäinen motivaatio liittyy itseohjautuvuuteen ja heijastuu siihen miten yksilö suhtautuu vuorovaikutuksessa tapahtuvaan terveysneuvontaan. Oman vastuun antaminen sitouttaa asiakkaan tavoitteisiin. Yksilö itse

tekee ratkaisut ja toteuttaa tai ei toteuta saamiaan ohjeita.(Kuusinen 1993,98-121.) Shemeikka (1991, 86-89) näkee, että terveyskasvatuksen vuorovaikutuksen ohjaajan tavoitteena on ongelmien ratkaisukyvyyn ja itsetuntemuksen lisääminen. Yhteistyökumppanina toimimisen perusajatuksena on aikuisen ihmisen vastuu itsestään ja aikuiskasvatukseen liittyvä itseohjautuvuuden käsite. Vuorovaikutussuhde perustuu ihmisten erilaisuuden ymmärtämiseen ja tasa-arvoisuuteen. Laitakari (1986,191) painottaa vuorovaikutuksessa sekä terveyskasvattajan että asiakkaan arvojen ja tunteiden huomioimista. Hänen näkemyksensä mukaan terveyskasvattajan eräs haasteellisimmista tehtävistä on omasta kulttuurisidonnaisuudestaan vapautuminen.

Riikonen (1992) on tutkinut vuorovaikutustapahtumassa ongelmakäsitysten, haastattelukäytäntöjen ja asiakkaan kompetenssin välistä yhteyttä. Hän on havainnut että mikäli asioita lähestytään ongelma-keskeisesti, niin vuorovaikutustilanteessa käytetty kieli on ”ongelmakieltä”. Asioita voidaan lähestyä myös ei-objektiivisesti jolloin tapahtumien merkitykset ja vaikutukset riippuvat käytetyistä näkökulmista ja kontekstista. Tämän lähestymistapa johtaa kompetenssikeskeiseen asiakkaan resurssit ja ongelmanratkaisumahdollisuudet huomioonottavaan työskentelyyn.

Terveyskasvatuksen vaikuttavuuden tutkiminen pohjautuu pitkälti sen taustalla oleville lähestymistavoille. Perinteisesti on vaikuttavuutta mitattu välittömällä tuloksilla (impact evaluation), kuten tieto-, asenne-, ja käyttäytymismuutoksilla. Kariston (1991,19) mukaan terveyskasvatuksen tuloksia aliarvioidaan helposti, jos odotetaan välittömästi havaittavia käytösmuutoksia. Käytännössä elämäntavan muutokset voivat suodattaa ajan kuluessa kaikkiin sosiaalisiin luokkiin ja alueellisiin ryhmiin. Näin onkin tapahtunut esim. ruokailu- ja liikuntatottumusten muuttuessa terveellisempään suuntaan.

Elintapoihin vaikuttavat monet seikat kuten poliittiset päätökset, mutta jonkinlaisia viitteitä terveyskasvatuksen tuloksista voi löytää esimerkiksi elämäntapa ja terveystutkimuksista. Kansanterveyslaitoksen terveystutkimuksen tutkimuksessa on havaittavissa, että kaikissa eri koulutusryhmissä 15-64 -vuotiaiden ruokailutottumukset ovat muuttuneet kevyempään suuntaan vuoden 1999 aikana ja liikunnan osalta on tapahtunut myönteistä kehitystä tasaisesti kaikissa koulutusryhmissä 80-luvulta lähtien. Alkoholin käyttö puolestaan on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä. (Helakorpi ym. 2000.) Koulutusryhmien väliset erot ovat edelleen selvät; esim. tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä.

Nuorten 14-18-vuotiaiden tupakointi ja humalajuominen on lisääntynyt 1900-luvulla. Vuosien 1999 ja 2001 humalajuomisen kasvu pysähtyi, mutta samalla nuoret kokeilevat aiempaa enemmän huumeita. Poikien tupakointi ei ole lisääntynyt, mutta tyttöjen tupakoinnissa on tapahtunut selkeää kasvua. (Rimpelä ym. 2001.) Terveyskasvatuksen haasteena on edelleen terveellisten elintapojen edistäminen ja riskiryhmien välisten elintapojen erojen kaventaminen tulevaisuudessa.

Lääketieteelliseen lähestymistapaan liittyy terveystulosten evaluointi (health outcome evaluation), joita mitataan muutoksissa sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Vaikutusten arvioiminen on kuitenkin ongelmallista, sillä sairauksien etiologiaan liittyy monia tekijöitä käyttäytymisen rinnalla.

Tones (1991, 124-125) katsoo, että arvioitaessa terveydenhuollon tuloksia on olennaista verrata niitä siihen mitä terveydenhuollon henkilökunta ja potilaat ovat asettaneet tavoitteekseen. Preventiivisessä lähestymistavassa päätöksentekotaidot ovat välillinen tekijä siihen, kuinka potilas ottaa vastuun terveyteen liittyvistä valinnoistaan. Self empowerment näkökulmasta päätöksentekotaidot ovat jo sinällään toivottu tavoite. Terveysneuvontaa, jossa potilas saa haluamaansa tietoa, voidaan arvioida potilastyytyväisyydellä. Mutta kun ajatellaan potilastyytyväisyyden aikaansaavan motivaatiota toivottuun käytöksen muutokseen, potilastyytyväisyydestä tulee välillinen tekijä.

Kuusisen (1993, 98) mukaan terveydenhuollon ongelmana on se, että elämäntapoja koskevia ohjeita noudatetaan puutteellisesti. Potilaista jopa 50% ei hoida itseään annettujen ohjeiden mukaisesti. Terveydenhuollon erityisenä haasteena voikin pitää sitä, miten asiakkaat saadaan noudattamaan hoito-ohjeita ja muuttamaan elämäntapansa terveellisempään suuntaan. Yhteiskunnalle hoito-ohjeiden noudattaminen tuo taloudellisia säästöjä parantuneiden hoitotulosten muodossa ja yksilöille seurauksena on hyvinvoinnin parantuminen. Terveydenhuollossa nimitetään asiakkaan tai potilaan ohjeiden mukaista käyttäytymistä hoitomyöntyvyydeksi. (Kuusinen 1993, 93-101.) Hoitomyöntyvyyden on moniulotteinen käsite, johon liittyvät asiakkaan asenteet, uskomukset, arvot, näkökulmat, sosiaaliset suhteet, fyysiset ja taloudelliset rajoitteet sekä terveydenhuollon henkilöstön käytös. (Tones, 1991, 128.) Ohjauksen kehittämisen kohteeksi on aiemman lääketieteen näkökulman hoitomyöntyvyyden

käsitteen sijaan osoittautunut se, miten yksilöä voidaan ohjata ohjaamaan ja hallitsemaan oman terveyden ylläpitoa ja kohentamista. (Kuusinen 1993.)

Itsensä hoitaminen on osa jokapäiväistä elämää. Yksilön identiteetillä on tärkeä merkitys elämäntapojen valinnassa. Ihminen pyrkii ylläpitämään johdonmukaista käsitystä itsestään. Elämäntapa heijastaa yksilön tavoitteita sekä sitä millainen käsitys hänellä on itsestään. Toisinaan saattavat lyhyen tähtäimen tavoitteet olla merkittävämpiä elämäntavan kannalta kuin pitkän tähtäimen terveystavoitteet. (Kuusinen 1993,101-107.)

Jotta terveystieteiden voisi paremmin tukea ihmisten muutospyrkimyksiä niin terveyden huollon parissa kuin sen ulkopuolella, tarvitaan lisää tietoa sekä käytännön menetelmiä perinteisen informaation jakamisen rinnalle. Terveystieteiden tulisi olla joustavaa ja luovaa toimintaa, sillä siinä tulisi ottaa huomioon yksilöiden arvot, sosiaalinen tuki sekä muutoksen mahdollistavat, että ehkäisevät tekijät. (Uutela, Härkäpää 1993, 44.)

Terveystieteiden haasteena on kehittää uusia joustavia ihmisen itseohjautuvuutta ja oppimista tukevia lähestymistapoja sekä tukea ihmisten luonnollista tarvetta vaikuttaa myönteisesti omaan terveyteensä. Lääketieteellisen, epidemiologisen näkökulman lisäksi terveystieteiden voi laajentaa toimintamallejaan tutustumalla kasvatustieteiden ja psykologian pohjalta kerättyyn tietoon.

3.2 Oppiminen

Oppimisen käsite laajentunut perinteisestä behavioristisesta teoriasta aina arkipäiväoppimisen käsitteeseen. Muutos heijastuu myös käsitykseen oppijasta. Aiemmin oppija nähtiin opetuksen kohteena, vastaanottajana, mutta nykyisen käsityksen mukaan oppijan rooli on aktiivinen, tietoa prosessoiva ja omaa oppimisprosessiaan ohjaava. (Rauste- von Wright & von Wright 1994, 9-21.) Kognitiivis-konstruktivisen näkemyksen pohjalta oppiminen voidaan määritellä prosessiksi, jossa ihminen valikoi, tulkitsee ja konstruoi informaatiota. Vastaanotettava informaation valikointi tapahtuu oppijan aistien, omien odotusten ja tavoitteiden pohjalta. Passiivisen tiedon vastaanottamisen sijasta oppija muokkaa informaation ja liittää sen aikaisemmin opittuun tietoon tai näkemykseen. (Miettinen 1995,

70-78.) Oppimiselle otollisen olotilan käsitys on laajentunut käsittämään tarkkaavaisen valvetilan lisäksi rentoutuneen olotilan. Seuraavassa käsittelemme oppimista mielikuva- ja arkipäiväoppimisen näkökulmasta, joissa oleellisena osana oppimista nähdään tietoisien prosessoinnin rinnalla myös alitajuinen toiminta.

Kaikissa kulttuureissa traditiot ovat siirtyneet sukupolvelta toiselle jo ennen kirjoitetun kielen omaksumista. Suomessa tieto on siirtynyt sukupolvelta toiselle esim. savupirtissä päreen valossa, kun vanhat kertoivat ja lauloivat tarinoita ja loruja nuoremmille keinutellen itseään hiljalleen rytmissä. Tällaiseen oppimiseen liittyi usein rentoutumisen elämys. (Lindh 1987, 41.) Suurin osa oppimisestamme tapahtuu alitajuisesti ja on hyvin monitasoinen yksilöllinen kokemus. On myös mahdollista oppia ilman ulkoista informaatiota. (Lindh 1995.) Tällä tarkoitetaan sitä, että meillä on olemassa valtava määrä sisäistettyä tietoa ja kokemusta, jota yhdistelemällä voimme kokea oivalluksia ja oppimiskokemuksia.

Oppimiselle on tyypillistä kokemuksellisuus, sillä ihmisten aikaisemmat kokemukset muodostavat laajan tieto- ja kokemusvaraston, joka auttaa orientoitumaan erilaisiin toimintatilanteisiin ja selviytymään uusista tehtävistä. (Aittola 1998, 63.)

3.2.1 Oppimisen hermostollinen perusta

Hermostomme koostuu keskushermostosta, joka käsittää aivot ja selkäytimen sekä ääreishermostosta, joka muodostuu somaattisesta- ja autonomisesta hermostosta. Autonominen, tahdostariippumaton hermosto jakautuu sympaattiseen- ja parasympaattiseen osaan. Sympaattisen hermosto aktivoituu kriisi- ja vaaratilanteissa ja on energiaa kuluttava, kun taas parasympaattinen hermosto aktivoituu lepotilassa ja on energiaa lataava systeemi. Väliaivoissa ja osassa aivojen kuorikerrosta sijaitsee limbinen systeemi, joka tulkitsee kokemuksia tunteiden perusteella sekä tekee esim. vaaratilanteissa nopeita ratkaisuja. Limbistä systeemiä voidaan pitää elämää suojaavana ja ylläpitävänä osana aivoja. (Nienstedt, Hänninen, Arstila, Björkqvist 1997, 516, 540-544.)

Haapasalon (1997, 217-230) mukaan aivoillamme on luonnollinen kyky oppia ts. ihminen oppii automaattisesti asioita, joiden kanssa aivot askaroivat ja joista hän on kiinnostunut. Oppimista helpottaa tarkkaavaisuus ja keskittyminen, tällöin aivoihin syntyy tukiaktiiviteettia, jonka seurauksena opittava asia nivoutuu aivoihin lukuisilla hermokytkennoillä. Toiston

avulla tapahtuu pitkäaikaista oppimista, jolloin aivosolujen välillä tapahtuu pysyviä kemiallisia muutoksia.

Lindh (1998, 17-18) kuvaa oppimistapahtumaa seuraavasti: Havaintomme, mielikuvamme, aistimuksemme, tuntemuksemme ja tunteemme kulkevat limbisen systeemin kautta muuttuen muistimateriaaliksi. Korteksilla (isoivojen kuorikerros) syntyvät mielikuvat kulkevat hypotalamuksen ja aivolisäkkeen kautta kehoon. Hypotalamus ja aivolisäke muuntavat mielikuvatasoisen kokemuksen viestimolekyyleiksi, jotka välittävät viestin kaikkialle aina perusaineenvaihduntaan saakka hermosolujen ja verenkierron kautta. Voimme siis ajatella, että mielikuvamme muuttuvat prosessin myötä kemiallisiksi viesteiksi kehossamme. Limbinen systeemi tulkitsee erilaisia viestejä ja sen tehtävänä on viestiä tunnetiloistamme. Järjestelmällä on tärkeä merkitys oppimistilanteissa, sillä asioiden muistaminen, mieleen painaminen on oleellinen osa oppimista. Muisti toimii laaja-alaisesti vain, jos limbisen systeemi viestittää turvallisen olotilan kokemusta. Samalla hypotalamuksen mielteet ja aistimukset ohjautuvat korteksille. Tämä selittää sen, miksi rentoutunut olotila on eduksi oppimiselle. "Aivot kokonaisuudessaan ovat joustava, plastinen ja yhtenäinen toimija, joka on yhteydessä kaikkiin ylläpitojärjestelmiin verenkierron, ääreishermoston ja immuunijärjestelmän kautta." (Lindh 1998.)

Aivojen yli viisikymmentä välittäjäainetta voidaan luokitella kolmeksi tyyppiä: aminohapot, monoamidit ja peptidit. Näistä peptidit liittyvät erilaisiin tunnekokemuksiin ja ne ovat vaikuttamassa emotionaalisesti latautuneissa tilanteissa. Peptideillä on kyky säädellä emotionaalisia tiloja ja siksi ne ovat tärkeitä oppimis- ja kasvatustilanteissa. Esimerkkejä peptideistä ovat kortisoli ja endorfiinit. (Haug, ym. 1995, Greenfield 1996.) Kortisolin runsas esiintyminen liittyy stressiin ja se vaikuttaa hippokampuksen soluihin, jotka ovat yhteydessä oppimiseen ja muistiin. (Vincent 1990, Machado 1994.) Endorfiinit liittyvät mielihyvän kokemuksiin. Kannustava puhe ja miellyttävä ilmapiiri voivat nostaa endorfiinitasoa ja edistää ongelmanratkaisukykyä ja oppimista sisäisen kemian avulla. (Lindh 1998, 31.)

Opetuksessa ja valmennuksessa käytettyjen kielellisten suggestioiden oletetaan saavan aikaan kuulijan mielessä mielikuvia. Kielen luomat mielikuvat ovat yhteydessä fysiologiaan ja neurologiaan sekä tunteisiimme. Esimerkiksi rentouttajan antamat suggestiot miellyttävästä lämmöstä ja maisemasta ohjaavat asiakkaan rentoutuneeseen tilaan. Tällöin rentoutujan

fysiologiassa ja neurologiassa tapahtuu muutoksia, autonomisen hermoston toiminta tasapainottuu ja hänelle syntyy miellyttävä tunnekokemus. (Asikainen & von Harpe 1994, Toivonen & Kauppi 1997.)

3.2.2 Arkipäiväoppiminen

Kokemuksiin perustuva oppiminen on vanhin oppimisen muodoista. Tällaista oppimista tapahtuu jatkuvasti niissä sosiaalisissa yhteyksissä, joissa elämme. Oppimisympäristönä voi olla niin perhe, työ kuin vapaa-ajan ympäristökin. Tällaisesta oppimisesta on alettu käyttää nimeä arkipäiväoppiminen. Aiemmin on aikuiskasvatuksen piirissä keskitytty tarkastelemaan lähinnä organisoiduissa opetustilanteissa tapahtuvaa oppimista. Kuitenkin valtaosa oppimisesta tapahtuu virallisesti organisoitujen koulutusten ulkopuolella. Oppiminen voidaankin nähdä yksilön ja hänen ympäristönsä välisenä vuorovaikutuksena. Suuri osa oppimisesta tapahtuu alitajuisesti “itsestään” muiden toimintojen ohella. Suunnittelematonta ja tiedostamatonta oppimista tapahtuu kaikessa inhimillisessä toiminnassa. Arkipäiväoppimiseen sisältyy aina jossain määrin sekä tavoitteellista että tavoitteetonta, sekä tiedostettua että tiedostamatonta oppimista. (Tuomisto1998, 30-35.)

Engeström (1982) katsoo arkitiedon olevan erillistietoa, joka ei muodosta mitään systemaattista järjestelmää eikä selitä ilmiöiden ristiriitaisuutta. Nykyisen käsityksen mukaan arkipäiväoppimista voi olla hyvin monenlaista. Arkipäiväoppimisen avulla ihmisen on mahdollista kehittää itsereflektiotaitoa, jonka kautta hän tulkitsee omaa elämäänsä ja hakee sille uusia merkityssisältöjä. (Mezirow 1996.) Itsereflektion avulla arkipäiväoppiminen voi kehittyä jatkuvaksi kriittiseksi reflektioksi.

3.2.2 Mielikuvaoppiminen

Yhteiskunnan ja koululaitoksen kehittymisen myötä, on opetus siirtynyt kotioloista kouluihin, missä oppiminen on perinteisesti tapahtunut pääasiassa paikallaan istuen ja lukien. Tällainen opetus sopii osalle oppijoita, mutta osa turhautuu eikä koe motivaatiota oppimiseen. Käytännön tarpeisiin on kehitetty erilaisia suggestiopohjaisia opetusmenetelmiä, kuten

suggestopedia. Giorgi Lozanov kiinnostui siitä, miten muissa järjestelmissä (esim. itämainen jooga) on voitu oppia valtavia määriä informaatiota ja taitoja. Hän havaitsi, että näissä eri oppimismenetelmissä oli yhtäläisiä tekijöitä: henkinen rentoutuminen, eläytyminen, suggestiivinen vaikuttaminen ja musiikin käyttö. Lozanovin kehittämässä suggestopediassa sekä Don Schusterin kehittämässä SALT:ssa (suggestive accelerative learning and teaching) käytetään edellä mainittuja elementtejä oppimisen edistämiseen. SALT menetelmään liittyvät tarkoin suunnitellut opetuksen jaksot ja syklit, kuten konsertit, joiden aikana opettaja lukee tarkoin määritellyn musiikin tahdissa opittavaan asiaan liittyviä tietoja. (Lindh 1995, 19.) Raimo Lindh on kehittänyt suggestopedian ja SALT:n pohjalta Suomessa suggestiivisen opetus- ja oppimismenetelmän, jota hän nimittää mielikuvaoppimiseksi.

Mielikuvaoppiminen on kokonaisvaltainen näkemys oppimisesta. Se vaalii kaikkien aistien sisäisiä mielikuvavirtauksia ja niihin liittyviä älytoimintoja. Eri aistien ulkoisten havaintojen saapuessa tietoisuuteen, ne muuttuvat mielikuvavirtauksiksi ja yhtyvät sisäisiin jo muistissa oleviin mielikuvavirtauksiin tuottaen kiinnittyessään muistiin uutta oppimista. Mielikuvaoppimisen käsite tarkoittaa mielikuvaoppimisen jouduttamista luomalla oppimistapahtumaan aivoille ja mielelle sopivan 1) tilan, 2) muistiin kulkevat virtaukset 3) aktivoivat kokemukset. (Lindh 1998, 11.)

Oppimiselle edullisessa tilanteessa ihminen kokee psykofyysistä onnen tunnetta rentoutuneessa olotilassa (Lindh 1995). 8-12 Hz värähtelytaajuus aivosähkökäyrällä on optimaalinen tila oppimiselle sekä terveyden kohentumiselle. Kyseinen tila saadaan aikaan tavallisella rentoutumisharjoituksella ja sen aikana olo on rento, mutta vireä. Rentoutumisen oppii kuukauden aikana, kun rentoutumista harjoitellaan päivittäin n. viisitoista minuuttia. Rentoutumisen lisäksi voi kokea valmiuden oppimiseen ja ajatteluun helpottuvan. Hyvä tila laajentaa havainnointiamme, vapauttaa laaja-alaiseen oppimiseen energiaa ja antaa mahdollisuuden uusiin tavallisuudesta poikkeaviin ideoihin. Miellyttävän musiikin käyttäminen avaa oppimiselle väyliä ja virkistää havaintoja ja mielikuvitusta. Mielikuvitusta voidaan kuvata oppimisen valtaväyläksi. Eri aistien välittämien ulkoisten havaintojen saapuessa tietoisuuteen ne muuntuvat mielikuvavirtauksiksi ja yhtyvät muistissa jo oleviin sisäisiin mielikuvavirtauksiin tuottaen kiinnittyessään muistiin uutta oppimista. (Lindh 1998, 22-25.)

Kaikki oppiminen on perusteiltaan mielikuvaoppimista. Mielikuvaoppimisen käsite eroaa perinteisestä oppimiskäsityksestä lähinnä siinä, että oppimistapahtuman otaksutaan nopeutuvan ja muuttuvan syvällisemmäksi, kun opiskelu tapahtuu muuntuneessa tietoisuuden tilassa. Mielikuvaoppimisen tavoitteena ei ole pelkästään opittavan asian mieleen painaminen, vaan myös motivaation ja innostuksen herättäminen oppimista kohtaan. Olennaista oppimisprosessin edistymiselle on emotionaalisesti miellyttävä ilmapiiri, johon liittyy rentoutumisen kokemus. Opettaminen parhaimmillaankin vain organisoii sellaisia tilanteita ja mahdollisuuksia, joissa oppijan mielessä kulkevat luonnolliset prosessit vapautuvat ja nopeutuvat. (Lindh 1998, 11.)

Kun oppijan olotila on miellyttävä ja turvallinen, on mahdollista aktivoida eri aistien sisältäviä mielikuvia niin tietoisella kuin tiedostamattomallakin tasolla. Tällöin limbisen systeemin kokoaa havainto-, kehon- sekä muisti-impulsseja välittääkseen ne edelleen talamukselle ja hippokampuksen kautta aivokuorelle. Limbisen järjestelmän myönteinen olotila on välttämätön edellytys uudelle ajattelu- ja luomistoiminnalle. (Lindh 1998, 73.) Liian korkea aktivaatiotaso häiritsee todennäköisesti aivojen prosessointia. Tämä ilmenee opiskelijan keskittymisvaikeuksina, levottomuutena ja hermostumisena. (Lozanov 1978, 92-113.)

Mielessä aktivoitu mielikuvien virta yhdistetään aikaisempiin kokemuksiin ilmaisemalla aktivoitua mielikuvavirtaa välittömästi sekä pidemmällä aikavälillä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että rentoutuneessa tilassa tapahtuneen työskentelyn jälkeen, kerrataan opittua erilaisilla ilmaisutavoilla. Ilmaisussa voidaan käyttää avuksi kielellistä (puhetta tai kirjoittamista), visuaalista ilmaisua, kinesteettistä (liikkumista, taitoa, työsuoritusta, tunnetta vaativaa) ilmaisua, musiikillista ilmaisua, sosiaalisia toimintoja, loogis-analyttisiä toimintoja sekä reflektointia omien ajatusten, tunteiden ja mielteiden käsittelyä. (Lindh 1998.)

Qualls ja Sheehan (1983) ovat tutkineet kuvitteluleikkien merkitystä lasten kehittymiseen. ”Kuvitellaan, että” leikeiksi he määrittelevät sen, kun lapset kuvittelevat, että esim. kivi on auto tai voikukka on voita. Samoin kuvitteluleikeissä lapset voivat vaihtaa sosiaalisia roolejaan olemalla esim. äiti, opettaja jne. Kuvitteluleikit edistävät mielikuvien, mielikuvituksen käyttöä ja vaikuttavat myönteisesti kognitiiviseen kehitykseen kokonaisuudessaan edistäen niin konvergenttia kuin divergenttiä ajattelua. Sosiaalista kehittymistä edistää roolien vaihto, he oppivat taidon asettua toisen henkilön asemaan.

Mielikuvittelun käytöllä on merkitystä myös aikuisen ihmisen elämälle ja oppimiselle. Unelmointi edustaa divergenttiä ajattelua, joka edistää pitkántähtäimen suunnittelua ja ongelman ratkaisutaitoa sekä edistää vahvuuden ja elämänhallinnan tunnetta. Mielessä kuviteltujen kokemusten avulla henkilön kyky käsitellä mielikuvia kasvaa ja hän on todennäköisesti vähemmän impulsiivinen ja riippuvainen ympäristön vaikutuksesta. Kyky kuvitella ja unelmoida luo perustan terveeseen ja tasapainoiseen elämäntapaan. (Qualls & Sheehan 1983, 75-98.)

Karniol ja Ross (1996) kuvaavat artikkelissaan, että ihmisillä on kyky luoda erilaisia mahdollisia tulevaisuuden mielikuvia. Nykyisyyden ja tulevaisuuden mielikuvien yhdistelyllä luodaan mahdollisuus tehdä päätöksiä siitä, miten tavoitteet saavutetaan. Yksilö ei arvioi suunnitelmia ainoastaan hyötynäkökulmalta, vaan pikemminkin moraalisten periaatteiden, sosiaalisten normien ja omaan arvomaailmaan sopivuuden näkökulmalta. Nykyhetken tiedot ja tunteet voivat vaikuttaa siihen millaisen mielikuvan yksilö muokkaa tulevaisuudesta ja tämä tulevaisuuden mielikuva puolestaan vaikuttaa yksilön kognitiiviseen ja emotionaaliseen tilaan. Ihmiset, jotka eksplisiittisesti kuvittelevat ja unelmoivat erilaisia tulevaisuuden mahdollisuuksia, omaavat korkeamman ennusteen kuvitelmien toteutumisen suhteen. He rupeavat toimimaan mielikuviansa suuntaan todennäköisemmin kuin ne henkilöt, jotka eivät unelmoi tulevaisuudesta. (Karniol & Ross 1996, 593-620.)

Csikzentmihalyi (1996) on tutkinut luovuutta ja löytänyt tutkimuksen ohella käsitteen, jota hän nimittää optimaaliseksi psykologiseksi kokemukseksi (optimal psychological experience) eli flow ilmiöksi. Flow tuntemuksella Csikzentmihalyi tarkoittaa vapautunutta, innostavaa, täydellisen keskittynyttä dynaamista olotilaa. Tässä olotilassa minätietoisuus sekä ajan merkitys häviää ja ihminen kokee virtaavaa onnellisuuden tunnetta. Flow-kokemukset liittyvät taiteen, urheilun, musiikin yms. harrastamiseen, mutta myös rentoutuminen voi tuottaa flow kokemuksen. Sekä rentoutumiselle että flow kokemukseksi on yhteistä optimaalinen energian käyttö. (Csikzentmihalyi 1996.) Lukeminen on useille tuttu flow kokemus. Lukiessa lukijan mielikuvamaailma aktivoituu ja tämän myötä koetaan ”tarinaan uppoutuminen” flow kokemukseksi. Lindhin (1998) mukaan myös mielikuvaoppiminen voi aikaansaada oppimista edistäviä flow kokemuksia. (Lindh 1998, 77.)

3.2.3 Suggestio ja oppiminen

Suggestiot ovat osa jokapäiväistä ajatteluamme. Ajatteluamme, sisäiseen puheeseemme liittyy suggestioita, joiden avulla suuntaamme voimavarojamme päämääriimme. Nämä itesuggestiot muokkaavat persoonallisuuttamme ja vaikuttavat toimintamme suuntautumiseen merkittävällä tavalla. Olemme myös jatkuvasti alttiita ulkopuolelta tuleville suggestiolle. Mainoksiin liittyvillä suggestioilla pyritään vaikuttamaan alitajuntaamme. Kaikki sosiaalinen vuorovaikutus sisältää suggestiota ihmisten pyrkiessä vaikuttamaan toisiinsa. Opetukseen ja kasvatukseen liittyy myös vaikuttamisen pyrkimyksiä, joita ilmaistaan usein suggestioiden muodossa. (Kauppila 1999, 9-10.) Emil Coué käytti menestyksekkäästi viime vuosisadalla itesuggestiota myönteisten muutosten aikaansaamiseksi. Hänen yksinkertainen ja toimiva suggestionsa oli: ”Päivä päivältä ja joka suhteessa tulen paremmaksi ja paremmaksi” (Coué 1977, 149). Kauppilan (1999) mukaan alitajuiseen mieleen juurtuneet suggestiot voivat edistää tai hidastaa oppimisprosessia. Suggestioiden käytön tavoitteena oppimisprosessissa on poistaa mahdollisia oppimisen esteitä sekä edistää toivottua oppimista. Suggestiivisille opettamismenetelmille on yhteistä se, että niissä käytetään muuntunutta tietoisuuden tilaa oppimisen edistämiseen. Tavoitteena on ollut oppimisen edistäminen tai myönteiset henkiset muutokset. (Kauppila 1999.)

Hypnoosin vaikutusta oppimiseen on tutkittu runsaasti. Eysenckin tutkimus puoltaa hypnoosin myönteistä vaikutusta oppimiseen (talukko 1.) ja on sitä mieltä, että Youngin tulokset ovat samankaltaisia kuin hänen tuloksensa. Eysenck olettaa että sekä fyysisiä että psyykkisiä toimintoja voidaan edistää hypnoosin avulla.

Muuntuneessa tietoisuuden tilassa annetuilla suggestioilla on motivaatiota vahvistava merkitys. Suggestiivisessa motivoitumisessa on syytä ottaa huomioon yksityiskohtaisia motivoitumiseen liittyviä asioita, kuten tavoitteen määrittely. Rentoutumistutkimuksissa, joissa on tutkittu oppimista, on ollut puutteena se, että rentoutunutta tilaa ei ole voitu erottaa hypnoositilasta. Kauppila olettaa omassa tutkimuksessaan, että hypnoositilaan liittyy rentoutunut olotila, joka lisää henkisten voimavarojen käyttöönottoa ja auttaa henkisen ja fyysisen tasapainon löytämistä (Kauppila 1999, 61-85.) Toisaalta Lindh ja Lozanov olettavat, että jo pelkkä rentoutuminen lisää oppimiskykyä, jolloin tilan syvyyden merkitys häviää.

TAULUKKO 1. Kooste aikaisemmista hypnoosia ja oppimista koskevista tutkimuksista

Tutkimuksen tekijä	Oppimistehtävä	Koejärjestely	Vaikutuksen suuruus
Cole 1979	Lukutesti, sanastotesti, kirjoitustesti	Koehenkilöinä 31 opiskelijaa. Koe-, kontrolli- ja valvetilaryhmä	Ei tilastollisesti merkitseviä eroja
Cooper 1952	Merkityksettömien tavujen oppiminen hypnoositilassa	Vertailu suorituksiin valvetilassa.	Hypnoositilan etu 15-25%
Eysenck 1941	Psyykkiset ja fyysiset kokeet: mm. reaktioaika, liikkeen tarkkuus, lasku-, lajittelutehtävät, painojen arviointi, kirjoittaminen, muistitehtävät.	Suorituksia verrattiin hypnoositilan ja valvetilan välillä.	Hypnoositilan etu 0-77%.
Illovsky 1963	Lukemaan oppiminen.	Vertailu kontrolliryhmään.	Muutaman kuukauden ero lukemaan oppimisessa.
Sears 1954	Esineiden muistaminen.	Välitön ja viivästetty mieleen palauttaminen. Koe- ja kontrolliryhmä.	Hypnoosin eduksi tilastollinen $p=.01$
Stickler 1929	Nopea lukeminen.	Samat henkilöt lukivat hypnoosi- ja valvetilassa.	Hypnoosin eduksi noin 33 %.
White, Fox ja Harris 1940	Runomuotoisen tekstin muistaminen.	Koe- ja kontrolliryhmän tulosten vertailua.	Hypnoosin etu 53 %.
Young 1925	Mm. piirtämistehtäviä, merkityksettömien tavujen opettelemista, muistitehtäviä, reaktioaikatesti.	Koehenkilöitä 22 opiskelijaa, joista 6 kontrolliryhmässä. Kokeet suoritettiin hypnoosi- ja valvetilassa.	Ei tilastollisia merkitsevyyksiä. Kivun ja väsymisensieto parantui. Pitkäaikainen muisti parempi kuin valvetilassa.

(Kauppila 1999).

Omassa tutkimuksessaan Kauppila on tutkinut suggestiivista valmennusta, johon liittyy mielikuvaharjoittelua ja itesuggestiivisten taitojen opettelua. Hänen tutkimuksensa perusteella näyttää siltä, että suggestio on menetelmä, jolla voidaan aktivoida alitajuisia voimavaroja haluttuun tavoitteeseen, tehostaa kognitiivista oppimista sekä tukea opiskelijan persoonallisia ominaisuuksia. Lisäksi itesuggestiivisilla keinoilla voidaan tehostaa oppimista. Suggestioiden vaikutus voimistuu toistokertojen myötä. (Kauppila 1999, 164-166.)

3.3 Rentoutuminen

Kautta historian on ihmisillä ollut erilaisia tapoja rentoutua. Moniin idän sekä lännen uskontoihin liittyy mietiskelyä ja hiljentymistä. Mietiskely on ollut ja on edelleenkin osa hengellistä toimintaa, jonka avulla on saatu kokemus yhteydestä ikuisuuteen ja korkeampiin voimiin. Mietiskelylle, meditaatiolle olennaisia piirteitä ovat hiljentymisen, rauhalliseen ympäristöön vetäytyminen, rukoilu ja erilaisten mantrojen toistaminen. Tällä toiminnalla tavoitellaan muuntunutta tietoisuuden tilaa, joka on keskittynyt ja rauhallinen valvetila. Tässä muuntuneessa tietoisuuden tilassa aivojen alfa- ja toisinaan myös theta muotoiset aallot lisääntyvät. Meditaatioon liittyvä hengellinen näkökulma voidaan nähdä erona muihin rentoutumismenetelmiin verrattaessa. Meditaatiolle ominainen rentoutunut ja rauhallinen olotila voidaan saavuttaa myös ”ei hengellisellä” tavalla. Ihmisen kiinnittäessä katseensa johonkin pisteeseen kunnes ympäristön merkitys häviää, on saatu aikaan samanlaisia fysiologisia muutoksia kuin meditaatiolla. (Benson ym.1974.)

Länsimaissa kiinnostus rentoutumisen ja mietiskelyn tutkimiseen on herännyt lähinnä lääketieteen puolella stressi-ilmiöiden yleistyessä. (Benson 1976.) Klassisen länsimaisen menetelmän, autogeenisen rentoutumisen, on kehittänyt psykiatri J.H. Schulz vuonna 1932. Tämän menetelmän ideana on, että ihminen oppii rentouttamaan itsensä itesuggestiivisesti. Tällä tarkoitetaan sitä, että puhumalla hiljaa mielessään esim. ”käteni on lämmin ja painava...”, ihminen vaikuttaa mielellään kehoonsa. (Luthe, 1963.) Toinen tunnettu länsimainen rentoutumismenetelmä on niin kutsuttu Jakobsenin menetelmä, jossa kaikki kehon lihakset jännitetään ja rentoutetaan fyysisesti vuoron perään. Näin pyritään

tiedostamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen ero kokemuksen avulla. Näiden menetelmien lisäksi käytetään rentouttamisessa erilaisia mielikuvamenetelmiä. Nykyisin käytetyt rentoutustekniikat ovat useimmiten yhdistelmiä idän uskontojen rituaaleista, kuten hiljainen ympäristö, jonkin mantran (sanan) toistaminen hiljaa mielessä sekä hengityksen syventäminen. Rentoutumisessa käytetään usein apuna musiikkia ja sitä voi harjoittaa yksin tai toisen ohjauksessa, jolloin rentouttajan käyttämä kieli luo kuulijalle miellyttäviä mielikuvia.

Rentoutumisen, joogan, meditaation ja hypnoosin yhteydessä käytetään usein ilmaisua muuntunut tietoisuuden tila. Benson (1976) olettaa rentoutumisen liittyvän muuntuneeseen tietoisuuden tilaan. Hän määrittelee muuntuneen tietoisuuden tilan olotilaksi, jota emme normaalisti koe ja koska se ei ilmaannu spontaanisti, täytyy se herättää tietoisesti. Kuitenkin rentoutuminen ja siihen yhdistynyt muuntunut tietoisuuden tila ovat kuuluneet kaikkina aikoina niin läntisiin- kuin itäisiinkin kulttuureihin. Subjektivisia kuvauksia tästä olotilasta ovat kokemukset kuten, täydellisen rentoutunut ja vapautunut olotila sekä luovuuden lisääntyminen, elämäntehtävän kirkastuminen, rajattomuuden ja ikuisuuden tunne sekä fyysisten vaivojen lieventyminen tai katoaminen. Suurin osa rentoutujista kuvaa olotilaa hyvin miellyttäväksi ja erilaiseksi kuin tietoinen vireä valvetila (Benson 1974 ym., Benson, ym. 1976.)

3.2.2 Rentoutumisen fysiologiset vaikutukset

Rentoutumisen on ajateltu vähentävän sympaattisen hermoston aktiivisuutta, tai ainakin tasapainottavan autonomisen hermoston toimintaa parasympaattisen hermoston suuntaan. Rentoutumista on kuvattu valveilla olevaksi hypometaboliseksi tilaksi, joka eroaa unesta. (Toivanen 1994, 29, Benson ym. 1974, 38.) Unen aikana hapenkulutus vähentyy hitaasti noin kuuden tunnin aikana, kun taas rentoutuessa hapen kulutus on vähenee merkittävästi heti alussa ja jatkuu niin kauan kuin rentoutuminen kestää. Rentoutumisen aikana tihentyviä alfa muotoisia aivoaaltoja ei myöskään yleisesti esiinny unen aikana (Benson 1976.)

Rentoutumiselle ominainen tietoisuuden tilan muuntuminen ja aivosähkökäyrässä näkyvä hitaiden alfa-aaltojen lisääntyminen (joskus myös theta-aaltojen lisääntyminen) sekä hypometabilia on ominaista myös meditaatiolle, joogalle, transkendenttaaliselle mietiskelylle

(transcendental meditation) sekä hypnoositalalle. (Benson ym.1974.) Näiden muutosten arvellaan johtuvan integroidusta hypotalamisesta reaktiosta, joka saa aikaan sympaattisen hermoston toiminnan vähentymisen. Transkendentiaalisen mietiskelyn seurauksena hapenkulutus ja hiilidioksidin tuotanto laskee ja hengitystiheys harventuu. Nämä muutokset eroavat vastaavista unenaikaisista muutoksista ja ovat yhteneväisiä hypotalamiseen vasteeseen, jota kutsutaan nimellä relaxation response, ”rentoutumisvaste”. Tämä mekanismi liittyy trophotrooppiseen systeemiin, jolla on terveyttä suojaava ja edistävä vaikutus. Trophotrooppinen alue sijaitsee hypotalamuksen etupuolella ja suojareaktio välittyy parasympaattisen hermoston kautta. Tämän alueen sähköinen ärsyttäminen saa aikaan luurankolihasrentoutumisen, verenpaineen laskun, hidastuneen hengitysrhythmin ja pupillien supistumisen (Beary, Benson 1974.)

3.2.3 Rentoutumisen yhteydet terveyteen

Rentoutumista voidaan Toivasen (1994) mukaan pitää sairauksia ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä ja terapeuttisena tapahtumana. Se vaikuttaa edullisesti mm. verenpaineeseen ja kolesterolin määrään, veren triglyserideihin, veren stressihormonipitoisuuksiin, unihäiriöihin, psykosomaattisiin oireisiin. (Benson ym. 1974, Toivanen 1994.) Oppiessaan rentoutumaan myös ihmisen havainnointi ja asenne muuttuvat usein. Tätä kuvaa se, että rentoutumisen on raportoitu lisäävän subjektiivista elämään tyytyväisyyttä monella eri tavalla. (Toivanen 1994.)

Tietoisuuden tilan muuntumisen vaikutusta on tutkittu erityisesti sairauksien hoidossa. Esimerkiksi biopalaute laitteen (EMG) avulla ihminen voi itse oppia säätelemään sydämen lyöntejään rauhallisempaan tai kiivaampaan suuntaan. Aiemmin ajateltiin, että biofeedback harjoittelulla saadaan samanlaiset edulliset vaikutukset kuin meditaatiolla. Biofeedback harjoituksissa ei käytetä mantran toistoa (loogisesta ajattelusta poissiirtyminen), ei passiivisen mielen asenteen omaksumista eikä hiljaista ympäristöä kuten perinteisissä mietiskelyharjoituksissa. Vaikka biofeedback harjoitusten seurauksena näkyy aivojen alfa-aalloissa rentoutumista kuvaavia muutoksia, eivät sen vaikutukset ole samanlaiset kuin mietiskelyn. Tulokset eivät puollakaan biofeedbackin käyttöä kokonaisvaltaista rentoutumista tavoiteltaessa. Biofeedbackillä saadaan kyllä lihakset rentoutumaan, mutta ei saada aikaan kokonaisvaltaista niin henkistä kuin fyysistäkin tasapainoisuuden ja miellyttävyyden kokemusta. (Knox 1981.)

Suomessa Helli Toivanen on tehnyt on tehnyt puoli vuotta kestäneen interventiotutkimuksen rentoutumisen käytöstä työelämässä, joka antaa luotettavaa viitettä rentoutumisen vaikutuksista pitkällä tähtäimellä. Toivanen tutki rentoutumisen vaikutuksia pankkitoimihenkilöillä, kotiaivustajilla sekä sairaalasiivoojilla. Tutkimukseen osallistuneet olivat selvästi stressaantuneita ja kotiaivustajilla ja sairaalasiivoojilla olivat ongelmana töistä poissaolot. Toivanen tutki, kuinka ammatillinen stressi näkyy fysiologisissa mittauksissa ja sitä, miten rentoutuminen näkyy fysiologisissa mittauksissa ja töistä poissaolojen määrässä.

Tutkimus suoritettiin interventiotutkimuksena, jossa koeryhmät rentoutuivat puolen vuoden aikana päivittäin työpaikalla. Tutkimuksessa käytettiin hyvin yksinkertaista lihasten jännittämiseen ja rentouttamiseen perustuvaa rentoutusmenetelmää. Rentoutuminen kesti 15 minuuttia ja sen sai tehdä kahvi- tai tupakkataukojen aikana päivittäin. Tutkimusmittauksia suoritettiin trapeziuksen lihastonuksesta, autonomisen hermoston toiminnasta sekä hormonierityksestä (adrenaliini, noradrenaliini, kortisoli). Lisäksi kerättiin tietoa psykososiaalisista työoloista sekä poissaolojen määrästä. (Toivanen 1994, 17.)

Etenkin sairaalasiivoojilla oli voimakasta niskahartiaseudun jännitystä. Staattinen lihasjännitys ei liittynyt välttämättä työsuoritukseen, vaan johtui pikemminkin henkisestä kokemuksesta. Se, kuinka stressaavaksi työ koettiin, korreloi merkittävästi lihasjännitykseen kaikilla koeryhmillä. Kaikki ryhmät oppivat rentouttamaan lihaksensa intervention aikana. Koeryhmät raportoivat, että he oppivat tunnistamaan ja rentouttamaan lihasjännityksen joka kehon osassa. Myös vatsavaivat, ummetus, gynekologiset ja urologiset vaivat vähentyivät. Lisäksi koehenkilöt kertoivat kipujen ja särkyjen vähentyneen sekä särkylääkkeiden käytön vähentyneen. (Toivanen 1994.)

Ammattien väliset erot olivat alussa suuret plasman adrenaliini- ja noradrenaliini määrissä. Säännöllinen rentoutuminen tasapainotti koeryhmien autonomisen hermoston toimintaa. Tämä hermoston toiminnan tasapainottuminen ilmeni veren stressihormonipitoisuuksien madaltumisena. Kotiaivustajien poissaolot olivat ennen tutkimusta olleet keskimäärin 20h/hlö/kk. Tutkimuksen aikana koeryhmän poissaolot vähentyivät selkeästi n. 17h/hlö/kk. Muiden koeryhmien poissaoloissa tapahtui myös selkeästi vähentymistä. Helli Toivanen toteaa, että koska rentoutumisen myönteiset vaikutukset ovat merkittäviä, tulisi tulevaisuudessa tutkia rentoutumisen käyttöä ennaltaehkäisevänä ja kuntouttavana toimenpiteenä terveydenhuollossa. (Toivanen 1994.)

Rentoutumisen ja itsehypnoosin käytön etuja on vertailtu esim. psyykkisten vaivojen hoidossa. Eräässä tutkimuksessa 32 koehenkilöä kärsivät neuroottisesta ahdistuneisuudesta. Heidät jaettiin kahteen ryhmään hypnoosiherkkyyden perusteella: erityisen hypnoosiherkät, tavanomaisen hypnoosiherkät. Koehenkilöt ohjattiin käyttämään yksinkertaista meditaatio rentoutumistekniikkaa tai itsehypnoositekniikkaa päivittäin kahdeksan viikon ajan. Koetuloksia arvioitiin psykiatrisesti, fysiologisesti ja itsearvioinnilla. Psykiatrin arvioinnissa 34%:n koehenkilön tila edistyi myönteiseen suuntaan, itsearvioituna 63%:n tila kohentui. Menetelmillä, meditaatiorentoutumisella ja itsehypnoosilla ei todettu olevan terapeuttisia eroja. Ne koehenkilöt, jotka olivat erityisen hypnoosiherkkiä, edistyivät psykiatrin arvion mukaan riippumatta käytetystä menetelmästä ja heidän systolinen verenpaineensa laski keskimäärin 126.1:stä 122.5:n mm Hg kahdeksan viikon aikana. (Benson ym.1978.) Tulokset viittaavat siihen, että hoitotulokset ovat sitä parempia mitä herkempi henkilö on rentoutumaan. Toisaalta voi päätellä, että ne henkilöt jotka eivät ole erityisen herkkiä, tarvitsevat todennäköisesti pidemmän ajan rentoutumisen oppimiseen.

Transkendenttisen mietiskelyn vaikutusta on tutkittu neljään stressiin liittyvään hormonin eritykseen: kortisoliin, kasvuhormoniin (GH), kilpirauhasta stimuloivan hormoniin (TSH) sekä testosteroniin. Hormoni pitoisuudet mitattiin sekä ennen että jälkeen intervention. Koeryhmä ohjattiin käyttämään transkendenttista mietiskelyä 15-20 minuuttia kahdesti päivässä neljän kuukauden ajan. Verrokkiryhmä osallistui kurssille ”stressin hallinta”, jonka aiheina olivat stressin tunnistaminen omassa elämässä, kuinka voi tehokkaasti vähentää stressin vaikutuksia sekä ajan hallinta. Verrokkiryhmän kurssi oli muodoltaan, aikataulultaan ja kestoltaan samanlainen kuin koeryhmän. Koe- ja verrokkiryhmän tulokset erosivat merkittävästi toisistaan. Koeryhmän keskimääräinen veren kortisolipitoisuus laski alku- ja loppumittauksen välillä ja GH-, TSH- sekä testosteronipitoisuus lisääntyivät mittauksen välillä. Testosteroni ja kortisoli tulokset tukevat aiempaa tietoa, jonka mukaan transkendenttinen mietiskely voi toimia apukeinona pitkäaikaisen stressin terveyttä heikentäviä vaikutuksia torjuttaessa. (Christopher ym.1997.)

3.3 Ratkaisukeskeinen terapia

Tässä kappaleessa esitellään lyhyesti ratkaisukeskeisen lyhytterapian taustaa. Alun perin perheterapiamuotona käytettyä menetelmää sovellettiin myös yksilöterapiaan.

Vähitellen sovellusalueiden laajentuessa, ratkaisukeskeisyydestä on muodostunut myös filosofinen asioiden ja ongelmien lähestymistapa.

Ratkaisukeskeinen terapia, jota kutsutaan myös voimavarasuuntautuneeksi terapiaksi on USA:ssa 1970-80-luvulla kehittynyt psykoterapiamuoto. Menetelmää on alun perin sovellettu perhe- ja pariterapiaan, mutta myös yksilöterapiaan. Ratkaisukeskeisen terapian eräs merkittävimmistä uranuurtajia on Steve de Shazer (1985; 1988; 1995.) Hänen lisäksi lyhytterapian kehitykseen ovat vaikuttaneet useat eri henkilöt, mm. Paul Watzlawick, John Weakland ja Richard Fish. He ovat julkaisseet vuonna 1974 suomeksi käännetyn teoksen ”Muutoksen avaimet”, jonka teoreettisena taustana käytettiin systeemiteoriaa, peliteoriaa sekä kybernetiikkaa. (Furman 1999.)

Lyhytterapian kehittämisen lähtökohtana voi pitää Milton H. Ericksonia, joka käytti työvälineinään epäsuoria hypnoosimenetelmiä. Erickson kehitti niinkutsutun ”kristallipallopohjaisen tekniikan”, jossa hän loi kristallipalloon katsoville henkilöille illuusion, että he voivat siirtyä ajassa taaksepäin tai eteenpäin. Erickson pyysi asiakkaitaan kuvittelemaan, että he siirtyvät tulevaisuudessa siihen aikaan, jolloin heidän ongelmansa on ratkennut. Tämän jälkeen Erickson pyysi heitä kertomaan, kuinka he olivat ratkaisseet heitä vaivanneen ongelman. (O’Hanlon, Weiner-Davis 1989, 28.) ”Kristallipallo”-tekniikan pohjalta Steve de Shazer kehitti niinsanotun ihmekysymyksen, joka toimii ratkaisukeskeisen terapian lähtökohtana. Ihmekysymys kuuluu: Kuvittele, että eräänä yönä nukkuessasi tapahtuu ihme, ja ongelmasi on ratkennut. Mistä tiedät sen? Mikä on toisin?

Ratkaisukeskeinen lyhytterapia on levinnyt maailmalle nopeasti ja sitä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon alueella ja sovellettuna myös koulumaailmassa sekä yritys-elämässä. (Furman 1999.) Sitä ei tarvitse pitää ainoastaan terapiamuotona, vaan esimerkiksi Yhdysvalloissa käytetään Suomessa käytetyn ”terapia” sanan rinnalla sanaa ”counseling”. Ilmaisua counseling voidaan määritellä ohjaukseksi tai neuvonnaksi, joka kuvaa tapahtumaa paremmin kuin sana terapia. (Coe & Zimpler 1996.) Ohjaaja voidaan määritellä

asiantuntijaksi, joka auttaa ohjattavaa ymmärtämään ongelmaa ja auttamaan häntä löytämään ratkaisun. Ohjaus voidaan myös nähdä oppimiseen suuntautuneena prosessina. Ohjauksessa ollaan kiinnostuneita auttamaan ohjattavaa saavuttamaan oma tavoitteensa. (Helander 2000, 6.) Terapian ja ohjauksen erona voidaan pitää sitä, että terapiassa pyritään parantamaan jotain asiakkaan ominaisuutta terapeuttisessa vuorovaikutuksessa. Ohjauksessa taas pyritään löytämään ratkaisuja käytännön elämässä kohdattaviin ongelmiin. (Peavy 1999, 26-33.) Käytännössä on ratkaisukeskeisestä lyhytterapian näkökulmasta kehittynyt filosofinen tapa käsitellä ja ratkoa ongelmia muuallakin kuin terapiassa. Sitä voidaan käyttää milloin hyvänsä, kun halutaan ratkoa ongelmia ja suunnitella parempaa tulevaisuutta. (Coe & Zimpler 1996.) Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa käyntikertoja ei ole rajattu, mutta usein niitä on huomattavasti vähemmän, kuin perinteisissä terapiamuodoissa. Lyhytterapia työskentelytapana, soveltuu kaikenlaisiin mielenterveys- sekä ihmissuhdeongelmiin. (Furman 1999.)

Lyhytterapialle ominainen lähtökohta on asiakaskeskeisyys. Asiakas määrittelee itse ongelman, tavoitteen ja ratkaisun. Erickson ilmaisee asian tyypillisellä tavallaan metaforisesti: "Liian monet terapeutit vievät asiakkaansa ulos syömään ja sanovat heille mitä heidän tulee tilata. Itse vien asiakkaani psykoterapialounaalle ja sanon: "Ole hyvä ja tilaa.". (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990.)

Terapeutti kunnioittaa asiakkaan kykyä löytää keinot ja ratkaisut ongelmiin. Em. työskentelymallin voidaan olettaa edistävän henkilön itsenäisyyttä sekä itsehallintaa. (Vikeväinen- Tervonen 1998, 45-46.)

Ratkaisukeskeisessä terapiassa kiinnostus ei kohdistu ongelman syihin, vaan tavoitteisiin, ratkaisuihin ja ratkaisukeinoihin (de Shazer 1988, 5-9, O'Hanlon & Weiner-Davis 1990, Furman & Ahola 1993.) Menneisyyttä ei nähdä esteenä tai syynä, vaan asiakas voi itse luoda tulevaisuuteen uusia tapoja käyttäytyä ja ajatella oman luovuutensa ja mielikuvituksensa tuottamien ratkaisujen tuloksena. Terapiassa kiinnitetään huomio asiakkaan onnistumisiin ja voimavaroihin, joiden avulla hän voi saavuttaa tavoitteensa. (Vikeväinen- Tervonen 1998, 43.) Tällainen lähestymistapa auttaa niitä asiakkaita, jotka ovat menettäneet voimansa, kunnioituksensa ja itsenäisyytensä, löytämään terveen ja itsenäisemmän minäkäsityksen. (Coe & Zimpfer 1996.)

Ratkaisukeskeinen terapia rakentuu käytännön toiminnalle ja sen lähtökohtana on, että pienet muutokset johtavat suurempiin ja että muutos henkilön käyttäytymisessä tuottaa muutoksia myös ajattelussa sekä tunteissa. Tämä muutos heijastuu yksilön käsitykseen itsestään, siihen mihin hän pystyy ja identiteettikäsitykseen. (de Shazer 1985; 1988.)

Kommunikaatioteoreetikko Robert Norton (1981, 370) kuvaa ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa seuraavasti: Lyhytterapeutti tyytyy mihin tahansa ”likaiseen ratkaisuun”, joka toimii, siinä missä suurin osa psykiatreista yrittää selvittää ongelman oikean, selkeän syyn laatimalla kristallinkirkkaita, johdonmukaisia ja selkeitä analyysyjä. Rakenne saa olla sekava, epälooginen ja epäjohdonmukainen kunhan ”ratkaisu” vain toimii. (ks. de Shazer 1995,70.) Tämä kuvaus kertoo perinteisen psykiatrian ja ratkaisukeskeisen terapian erosta. Hyvin usein me ajattelemme, ettei ongelma voi selvitä, ellemm tiedä sen syytä. Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa ajatellaan, että mikäli syy on ilmiselvä, voidaan siihen puuttua. Mutta toisaalta ongelma voi ratketa vaikkei sen syytä tiedetäkään. Tärkeintä on määritellä asiakkaan tavoite ja ne konkreettiset tavat ja keinot, jolla hän saavuttaa tavoitteensa pala palalta.

3.3.1 Ratkaisukeskeisen terapian perusajatuksia ja terapeutteja vaikutuksia

Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan lähemmin ratkaisukeskeisen terapian perusajatuksia sekä terapian tuloksellisuuden arviointia.

Walter ja Peller (1992) ovat keränneet ratkaisukeskeiseen terapiaan liittyviä perusajatuksia:

1. Positiivisen näkökulman korostaminen; keskitytään siihen mikä on myönteistä sekä ratkaisuun.
2. Poikkeukset kertovat ratkaisusta. Ratkaisua ongelmaan voidaan etsiä hetkestä, jolloin ongelmaa ei esiinny.
3. Mikään ei pysy samanlaisena. Muutosta tapahtuu jatkuvasti.
4. Pieni muutos saa liikkeelle suuremman.
5. Yhteistyö on väistämätöntä, asiakkaat toimivat aina yhteistyössä, he päättävät muutoksista. Kun terapeutti ymmärtää heidän ajatuksiaan ja toimii niiden mukaisesti, yhteistyö lujittuu.
6. Ihmisillä on voimavaroja. Heillä on kaikki tarvittava ongelmien ratkaisemiseen.

7. Tarkoitus on vastaus. Vastaanottaja tulkitsee ja määrittelee viestin merkityksen ja toimii sen perusteella.
8. Asiakas on asiantuntija. Hän määrittelee tavoitteen ja toimii oman elämänsä asiantuntijana tulevaisuuden tapahtumiin.

Nämä ennako-oletukset toimivat vuorovaikutuksen perustana asiakastilanteissa. Terapeutin uskomus siitä, mitä voidaan saavuttaa, on ratkaisevan tärkeä tekijä, kun luodaan muutoksen odotusta (Coe & Zimpfer 1996.) Tällä viitataan siihen, että terapeutin käyttämä kieli ja nonverbaaliviestintä heijastuvat terapiatilanteeseen. Terapeutin käyttämät kysymykset vaikuttavat siihen, mitä asiakas ajattelee mahdollisuuksistaan ja siihen miten hän määrittelee ongelmansa ratkaisun.

Ratkaisukeskeinen terapian tavoitemäärittely perustuu asiakkaan omalle toiminnalle. Terapeutti voi esimerkiksi kysyä: “Jos näyttäisit videon minulle sen jälkeen, kun olet saavuttanut tavoitteesi, mitä asioita näkisit itsesi tekevän silloin? Miten muut huomaisivat muutoksen?” (Coe & Zimpfer 1996.) Muutoksen oletetaan lähtevän ensisijaisesti asiakkaan toiminnasta. Olennaista työskentelylle on pienienkin onnistumisten huomaaminen ja tämän kautta voimavarojen havaitseminen (O’Hanlon & Weiner-Davis 1990.) Pieni muutos toimii ikään kuin ponnahduslautana ja johtaa usein suurempiin ja muutoksiin. Samalla muutos jollakin elämänalueella heijastuu usein myös muille alueille. Esimerkiksi liikunnan lisääminen voi saada aikaan tunteen oman kehon hallinnasta. Hallinnan tunne voi heijastua elämässä muiden myönteisten päätösten tekemiseen esimerkiksi painon pudotukseen. Tämä kuvaa systeemistä lähestymisnäkökulmaa.

Terapiasuhde perustuu neuvotteluun, vapaamuotoisiin sopimuksiin ja yhteistyöhön (de Shazer 1995.) Kun ihminen on ryhtynyt toteuttamaan tavoitettaan, on hyvä aika ajoin tarkistaa suunnitelman eteneminen, aikataulu sekä henkilön motivaatio. Tavoitteen toteutumista voidaan kartoittaa erilaisilla asteikko kysymyksillä tai tarkistamalla, mikä on sujunut hyvin ja mitä pitää tehdä lisää. Näillä kysymyksillä suunnataan asiakas eläytymään toivottuun muutokseen ja autetaan häntä näkemään tavoitteen toteutuminen mahdollisena. (Vikeväinen-Tervonen 1998.)

Milton Erickson kuvaa ratkaisukeskeistä terapiaa seuraavasti:

Asiakkaat tulevat siis luoksesi, koska he eivät tiedä tarkasti minkä vuoksi he tulevat. He tietävät, että heillä on ongelmia ja jos he tietäisivät, mitä ne ovat, he eivät olisi tulleet. Koska he eivät oikein tiedä, mitä ongelmia heillä on, he eivät pysty kertomaan niistä sinulle. He esittävät ajatuksensa sekavasti. Sinä (terapeutti) kuuntelet omaan taustaasi nojaten etkä tiedä, mistä he puhuvat, mutta sinun on syytä tunnustaa, ettet tiedä. Sinun täytyy yrittää tehdä jotakin, mikä aiheuttaisi muutoksen potilaassa... minkä tahansa pienen muutoksen, koska potilas haluaa muutosta, vaikka pientäkin, ja hän hyväksyy sen muutokseksi ja toimii sen mukaisesti. Hän ei ole kiinnostunut sen suuruudesta. Hän hyväksyy sen muutokseksi ja toimii sen mukaisesti ja se kehittyy hänen omien tarpeidensa mukaan...Se on kuin vuoren laelta putoava lumipallo. Aluksi se on pieni, mutta alaspäin vieressään se suurenee jatkuvasti...ja siitä tulee vuoren muotoinen lumivyöry (de Shazer 1995, 96).

Ratkaisukeskeisen lyhytterapian käyttäjät raportoivat käytännön työn menestyksellisistä tuloksista. Lyhytterapian tulosten vertaaminen pitkiin terapioihin esimerkiksi psykoanalyttiseen terapiaan on hankalaa. Pitkän terapian eräänä onnistumisen merkinä pidetään sitä, että potilas ei palaa vastaanotolle. Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa asiakkaan saapuminen uudelleen vastaanotolle saatetaan tulkita merkiksi siitä, että muutosprosessi jatkuu juuri toivotulla tavalla. (Steenbarger 1992.)

Lyhytterapioiden on traditionaalisesti oletettu sopivan asiakkaille, joiden ongelmat eivät ole syvällisiä, esimerkiksi identiteettitason ongelmia. Kuitenkin on selkeää näyttöä siitä, että esim. depression hoidossa on saatu varsin pysyviä tuloksia lyhytterapiamenetelmillä. On myös näyttöä siitä, kuinka lyhytterapialla voidaan auttaa psykiatrisessa hoidossa olevia henkilöitä. (Steenbarger 1992.)

Helander (2000) tutki sitä, miten asiakkaat ja sosiaali- ja terveystieteiden toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa olevat opiskelijat jäsensivät ongelmiaan sekä sitä mikä merkitys oppimisella on näissä muutoksissa ratkaisusuuntautuneessa terapiassa ja ohjauksessa. Opiskelijoiden ongelmat liittyivät sosiaalisiin tilanteisiin, omaan itseen ja opiskeluun. Helanderin (2000, 65-74) mukaan näyttäisi siltä, että ratkaisusuuntautuneesta työskentelystä hyötyvät erityisesti esiintymis- ja sosiaalisista peloista sekä itsekontrollistaan tai opiskelutaidoistaan huolestuneet henkilöt. Helander toteaa että ohjaajan tulisi olla tietoinen siitä, miten ohjattava attribuoi ts. selittää omaa sekä ympäristön käyttäytymistä. Tutkimus osoittaa, että ratkaisukeskeinen työskentely kannattaa suunnata yhdelle ulottuvuudelle kerrallaan. Käytännössä tämä tarkoittaa ongelman riittävää määrittelyä ja tavoitteen muotoilua niin, että sen saavuttamista voidaan tarkastella ohjauksessa.

Ratkaisukeskeisessä terapiassa vuorovaikutussuhde on eräs keskeinen vaikuttava tekijä, sillä myönteinen vuorovaikutussuhde ennustaa toivottuja muutoksia lyhytterapiassa. Onnistuneessa terapiaprosessissa asiakas luo myönteisiä odotuksia terapeutista jo tapaamisten alkuvaiheessa. Tämä edistää molemminpuolista vuorovaikutusta, joka puolestaan aikaansaa toivottuja tuloksia. Näin ollen terapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet (herkkyys, empaattisuus, aito kiinnostus) vaikuttavat terapian onnistumiseen merkittävästi. (Steenbarger 1992.) Pitkän psykoanalyttisen terapian ja ratkaisukeskeisen lyhytterapian vuorovaikutussuhde asiakkaaseen nähden on hyvin erilainen. Täysin erilaisen lähtöasetelman vuoksi niitä ei ole hedelmällistä verrata toisiinsa.

3.4.2 Ratkaisukeskeisessä haastattelumallissa huomioitavia seikkoja

Ratkaisukeskeinen terapia saa usein miten alkunsa tavoitteen määrittelystä, joka perustuu asiakkaan haastatteluun. Oheen on kerätty ratkaisukeskeisessä haastattelumallissa huomioon otettavia seikkoja. (Hämeenaho 1997, Kiviaho 1993, Walter & Peller 1992.)

1. Tavoitteen tulee olla henkilökohtaisesti tärkeä sekä määritelty asiakkaan omalla kielellä. Sopivia kysymyksiä ovat esim. Millaista muutosta haluat? Minkä toivot tulevaisuudessa olevan toisin? Kun ensi yönä nukkuessasi tapahtuu ihme – ongelmasi poistuu - mistä havaitset sen? Mikä silloin on toisin?
2. Tavoite määritellään myönteisesti ja konkreettisesti. Kielellinen ilmaisu kertoo mitä asiakas haluaa. Mikäli asiakas ilmaisee tavoitteen negatiivisessa muodossa (esimerkiksi en halua epäonnistua), voidaan esittää vastakysymys, mitä hän haluaa sen sijaan. Tavoite/päämäärä on preesensmuodossa. Substantiivien sijaan käytetään mahdollisimman paljon verbejä etenkin osatavoitteita muotoiltaessa. Kuinka kysymyksillä saa vastaukseksi helpommin prosessikuvauksia, kuin mikä-kysymyksillä. Tavoitteen toteutumisen tulee olla omasta toiminnasta riippuvainen ja sen pitäisi olla konkreettinen, määriteltävissä oleva, käyttäytymiseen liittyvä. Tavoitteen ja osatavoitteiden selkeä määrittely antaa mahdollisuuden iloita edistymisestä.
3. Tavoite kytkeytyy nykytilanteeseen, etäiselläkin tavoitteella tulee olla yhteys tähän hetkeen. Asiakkaalla on näkyvässä polku, joka johtaa tavoitteeseen. Hän on jo polulla

ottamassa askelia kohti päämääräänsä. Tätä ajatteluprosessia voi edistää kysymyksellä: “Kun lähdet täältä ja olet matkalla kohti tavoitettasi, niin mitä teet silloin, mitä teet eri tavalla?”

4. Tavoitteen tulee olla ekologinen toisin sanoen pitkällä tähtäimellä sopiva. Kysymyksiä voi olla esim. Mitä tapahtuisi, jos saavutat tavoitteesi? Mitä se merkitsee vapaa-aikasi kannalta? Mitä se merkitsee perhe-elämäsi kannalta? Tuottaako se haittaa jollain alueella? Mitä myönteistä siitä seuraa?
5. Tavoitteella tulee olla optimaalinen taso, jotta se ei stressaa, vaan motivoi muutokseen. Asiakkaan elämänolojen kannalta realistinen ja saavutettavissa oleva. Asiakas tietää itse mikä on hänelle mahdollista ja mikä ei.
6. Tavoitteen tulee olla käsiteltävissä ja saavutettavissa. Kysymyksiä, joilla tavoite realisoituu asiakkaan mielessä on esim. Mistä tiedät, että olet saavuttanut tavoitteesi? Kuvittele, että olet saavuttanut tavoitteesi: Mitä koet silloin? Mitä näet ja kuulet silloin? Osatavoitteet määritellään selkeästi sellaisiksi, että ne voidaan varmasti toteuttaa. mitä teet, milloin, missä, miten usein jne.

3.4.3 Tässä tutkimuksessa käytetty ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelumalli

Ohessa on edellisessä kappaleessa määriteltyjen seikkojen pohjalta kehitetty haastattelumalli tutkimuksen interventio-osaa varten.

Ratkaisukeskeinen haastattelumalli:

1. Mikä on tavoitteesi tai unelmasi? Mitä toivoisit tapahtuvan? Se voi liittyä työhön, vapaa-aikaan, harrastuksiin tai omaan hyvinvointiin.
2. Mikä tavoitteessa on sinulle tärkeää? Mitä hyötyä on tavoitteen toteutumisesta?
3. Milloin tavoitteesi on toteutunut?
4. Mitkä ovat osatavoitteesi? Mitä sinun täytyy tehdä, jotta saavutat tavoitteesi? Mikä on ensimmäinen askel kohti tavoitetta? Mitä konkreettista teet ja millä aikataululla (montako

kertaa päivässä, viikossa?) Milloin aloitat? Miten ajattelet itsestäsi, jotta tavoitteesi toteutuu?

5. Mitä voimavaroja tarvitset tavoitteesi toteuttamiseen?
6. Voiko joku muu auttaa sinua?
7. Ajattele, että näytät minulle videon siitä ajasta, jolloin tavoitteesi on toteutunut; Mikä silloin on toisin? Miltä sinä näytät ja mitä sinä näet? Miltä sinusta tuntuu? Mitä kuulet? Mitä voimavaroja ja taitoja sinulla on?
8. Kun tavoite on toteutunut, miten se heijastuu ympäristöösi? Lähimmäisiin? Työtovereihin? Ystäviin?
9. Kun tavoitteesi on ollut toteutuneena vuoden, mitä myönteistä siitä on seurannut?

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Terveyskasvatuksen eräänä haasteena on kehittää strategioita, joilla voidaan tukea ihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tiedon jakamisen rinnalle tarvitaan elämänhallintaa ja yksilön itseohjautuvuutta tukevia lähestymistapoja, joissa huomioidaan yksilöllinen oppimisprosessi. Näin oppimisen seurauksena käsitys itsestä ja omista kyvyistä ja mahdollisuuksista voi muuttua.

Ratkaisukeskeisen lähestymistapa perustuu asiakkaan omaan työskentelyyn. Toiminnan lähtökohtana on asiakkaan määrittelemä tavoite. Onnistuneen tavoitteen suuntaisen työskentelyn voi olettaa tukevan henkilön itsenäisyyttä, itseohjautuvuutta ja päätöksentekotaitoja. Nämä taidot ovat avainasemassa elämäntapojen valinnassa ja toteutuksessa. Ratkaisukeskeistä tavoitehaastattelua ei ole aiemmin sovellettu terveystkasvatukseen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää soveltuisiko ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu yhdistettynä suggestiorentoutukseen terveystkasvatuksen menetelmäksi.

Tutkimuskysymykset jaettiin kolmeen ryhmään:

1. Missä määrin ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu ja suggestiorentoutus olisi toteutettavissa ja miten se koettiin?

- Miten ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu koettiin?
- Missä määrin suggestiorentoutusäänitteen kuuntelua toteutettiin ja miten se koettiin?
- Miten tavoitehaastattelu yhdistettynä suggestioäänitteen kuunteluun koettiin?

2. Missä määrin suggestiorentoutuminen ja tavoitehaastattelu saivat aikaan tavoitteen mukaista toimintaa?

- Tavoitehaastattelun ja suggestiorentoutumisen vaikutukset verrattuna ei-interventioon

3. Missä määrin tavoitehaastattelu ja suggestiorentoutuminen saivat aikaan terveys- ym. vaikutuksia verrattuna pelkkään rentoutumiseen ja ei-interventioon?

- Oliko interventiolla enemmän vaikutuksia kuin pelkällä mielikuvarentoutumisella?
- Tavoitehaastattelun ja suggestiorentoutumisen vaikutukset verrattuna ei-interventioon
- Mielikuvarentoutumisen vaikutukset verrattuna ryhmään, joka ei kuunnellut mielikuvarentoutusäänitettä

5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimusasetelma on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimusaika: viikot	RYHMÄ A Mielikuvarentoutus- äänite	RYHMÄ B Tavoitehaastattelu + henkilökohtainen rentoutusäänite	RYHMÄ C Verrokki Ei interventiota
0 – 1	Tutkimuksen esittely- tilaisuus Alkumittaus	Tutkimuksen esittely- tilaisuus Alkumittaus	Tutkimuksen esittelytilaisuus Alkumittaus
1 - 3	Rentoutusäänitteiden nauhoitus ryhmälle A ja ryhmälle B tavoitteiden puhtaaksikirjoitus sekä suggestioäänitteiden nauhoitus (2 vkoa)		
3 – 11	Mielikuvarentoutus- äänitteiden jako Rentoutumiskertojen kirjauskaavake jaetaan Äänitteen kuuntelu 4 vkoa Rentoutumiskertojen kirjauskaavake jaetaan uudestaan Äänitteen kuuntelu jatkuu 4 vkoa	Yksilöllisten suggestioäänitteiden jako Kokemuspäiväkirjojen jako neljäksi viikoksi Äänitteen kuuntelu 4 vkoa Kokemuspäiväkirjojen jako neljäksi viikoksi Täytettyjen päiväkirjojen keruu Äänitteen kuuntelu jatkuu 4 vkoa	
12	Loppumittaus Kirjauskaavakkeiden keruu	Loppumittaus Loppuarvion täyttäminen Kokemuspäiväkirjojen keruu	Loppumittaus

Tutkimus toteutettiin kahdessa organisaatiossa (I ja II), joissa yhteyshenkilöt etsivät sähköpostitse työntekijöitä, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Organisaatiosta I valittiin 42 ja organisaatiosta II valittiin 42 vapaaehtoista osallistujaa. Huhtikuussa 2001 alkutilaisuuteen saapuneet osallistujat saivat tutkijan esityksen perusteella kummassakin organisaatiossa valita joko ryhmän A (rentoutus), ryhmän B (tavoitehaastattelu) tai verrokkiryhmän C.

Verrokkiryhmien osallistujat saivat poistua tiedotustilaisuudesta sen jälkeen, kun he olivat täyttäneet alkukyselyn. Ainoastaan interventioryhmien A ja B jäsenet kuuluivat tarkemman selostuksen tutkimuksen kulusta. Verrokkiryhmään tutkija oli myöhemmin yhteydessä postitse. Ryhmälle A ja B suoritettiin myös tiedotustilanteessa alkumittaus. Tutkija sopi samassa tilaisuudessa ajat henkilökohtaisia tavoitehaastatteluita varten. Tavoitehaastattelut tehtiin työpaikalla tavoitehaastattelukaavakkeen mukaisesti, jokaiselle osallistujalle varattiin aikaa 45 minuuttia. Tutkija kirjoitti jälkeinpäin koneella puhtaaksi käsinkirjoitetut tavoitehaastattelut ja äänitti henkilökohtaiset suggestioäänitteet ryhmälle B. Ryhmän A jäsenille tutkija äänitti kaikille samanlaisen rentoutusäänitteen.

Kahden viikon kuluttua alkumittauksesta tutkija lähetti ryhmälle A rentoutusäänitteet sekä lomakkeen, johon he voivat kirjata rentoutumiskertansa viikoittain. Ryhmälle B lähetettiin henkilökohtainen suggestiorentoutusäänite, puhtaaksikirjoitettu tavoitehaastattelu sekä helposti täytettävä osittain strukturoitu kokemuspäiväkirja.

Koehenkilöt saivat ohjeen kuunnella äänitettä säännöllisesti 4-7 kertaa viikossa kahden kuukauden ajan. Kahdeksan viikon kuluttua tutkimuksen alkamisesta organisaation I, ryhmä A sai loppukyselyn ja ryhmä B edellisen lisäksi loppuarviointi kyselyn. Organisaation II ryhmän A ja B jäsenistä osa pääsi tulemaan työnsä lomassa lopputilaisuuteen, jossa he täyttivät samat kyselyt kuin toinenkin organisaatio, tämän lisäksi osallistujilla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan. Verrokkiryhmä C sai loppukyselyn postitse kahdeksan viikon kuluttua tutkimuksen alkamisesta, kyselyt palautuivat tutkijalle postitse.

5.2 Mittarit

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kaikilla ryhmillä koettua terveydentilaa, koettuja oireita sekä elintapoja mittavaa alku- ja loppukyselyä (Liite 1), joka koottiin Kansanterveyslaitoksen käyttämästä Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytymisen ja terveys - kyselystä. Tässä tutkimuksessa käytettyyn kyselyyn valittiin elintapoihin liittyvät kysymykset tupakoinnista ja alkoholin käytöstä sekä koettuun terveyden tilaan liittyviä kysymyksiä. KTL:n kyselylomakkeessa oireita tai vaivoja kartoittavaan luetteloon lisättiin stressiin liittyviä oireita (ylirasittuneisuus, väsymys, keskittymiskyvyn puute ja hermostuneisuus) ja osa oireista (hammassärky, turvotus jaloissa, suonikohjut, närästys) jätettiin pois. Lisäksi kyselyyn lisättiin itse arvioitua rentoutumiskykyä mittaava kysymys. Elintapoihin ja koettuun terveydentilaan liittyvien kysymysten lisäksi tässä tutkimuksessa käytetyn kyselyn loppuun liitettiin elämäntilannetta kartoittava kysymys.

Ryhmä A:lle jaettiin lomake, johon he kirjasivat rentoutumiskertansa. Tavoiteryhmä B täytti kokemusten kirjaamiseensa viikoittain kokemuspäiväkirjaa (Liite 2). Tutkija laati kokemuspäiväkirjan kysymykset, joilla pyrittiin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Loppukyselyn yhteydessä ryhmä B täytti myös loppuarviointi lomakkeen (Liite 3).

5.3 Tutkimusjoukko

Ryhmät koottiin kummassakin organisaatiossa sähköpostitiedustelun avulla. Tutkimusjoukko muodostui 42:sta vapaaehtoisesta henkilöstä (taulukko 3.) Tutkimusryhmiin A ja B kuuluvat henkilöt olivat naisia, verrokkiryhmä koostui 12:sta naisesta sekä kahdesta miehestä. Osallistujat olivat iältään 25-60-vuotiaita keskiasteen tai ylioppilaspohjaisen kaupallisen koulutuksen suorittaneita, ryhmässä A oli kaksi korkeakoulututkinnon suorittanutta jäsentä. Osallistujat työskentelivät toimisto- ja asiakaspalvelutehtävissä ja heidän työnsä oli ajoittain hyvin kiireistä.

TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistujat tutkimusryhmittäin ja organisaatioittain

	RYHMÄ A pelkkä rentoutus (n)	RYHMÄ B tavoitehaastattelu + suggestiorentoutus (n)	RYHMÄ C verrokki ei interventiota (n)
ORGANISAATIO I	7	7	7
ORGANISAATIO II	7	7	7
YHTEENSÄ	14	14	14

5.3.1 Tutkimusryhmien väliset erot alkutilanteessa

Elämään tyytyväisyys, unen laatu ja elintavat

Suurin osa ryhmän A ja ryhmän B henkilöistä ilmoitti olevansa erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä. Puolet verrokkiryhmässä C ilmoitti olevansa erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä ja puolet ei tyytyväisiä, mutta ei tyytymättömiäkään (taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Elämään tyytyväisyys ryhmittäin

RYHMÄ	erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen (n)	ei tyytyväinen – ei tyytymättönmkään (n)
A	12	2
B	12	2
C	7	7

Verrattaessa A ja B ryhmän henkilöiden lukumäärää, jotka raportoivat olevansa erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä elämään ryhmän C vastaavaan, saatiin Fisherin testistä merkitsevyytasoksi .052. Tulos ei ole tilastollisesti melkein merkitsevä, mutta ryhmien A ja B elämään tyytyväisyys on suuntaa antavasti korkeampi kuin ryhmän C.

Tutkimusryhmien terveyteen liittyvissä elintavoissa ei ilmennyt erityistä eroa. Alkoholin käyttö ja tupakointi oli hyvin vähäistä kaikissa ryhmissä. Unen laadussa ja ei ryhmien välillä ilmennyt mainittavia eroja.

Koettu terveyden tila

Ryhmän C koettu terveydentila oli suuntaa antavasti parempi kuin ryhmän A, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi parempi kuin ryhmän B (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Koettu terveydentila ryhmittäin

RYHMÄ	hyvä t. melko hyvä (n)	keskitaso tai melko huono (n)
A	7	7
B	9	5
C	12	2

Ryhmästä A puolet raportoi koetun terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi ja puolet keskitasoiseksi tai melko huonoksi. Kukaan ei ilmoittanut kokevansa terveyttään huonoksi.

Ryhmästä B yli puolet raportoi koetun terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, ja 5 henkilöä keskitasoiseksi tai melko huonoksi. Kukaan ei ilmoittanut kokevansa terveyttään huonoksi.

Ryhmästä C suurin osa raportoi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Ryhmän C koettu terveydentila oli suuntaa antavasti parempi kuin ryhmän A koettu terveydentila. Fisherin testistä saatiin merkitsevyystaso .052 eli ei aivan tilastollisesti merkitsevä tulos.

Koetut oireet

Ryhmässä A ja B oli tutkimuksen alussa lähes yhtä paljon oireita (taulukko 6.) henkilöä kohden ja verrokkiryhmässä C oli vähemmän oireita.

TAULUKKO 6. Oireiden keskiarvo henkilöä kohden ryhmittäin

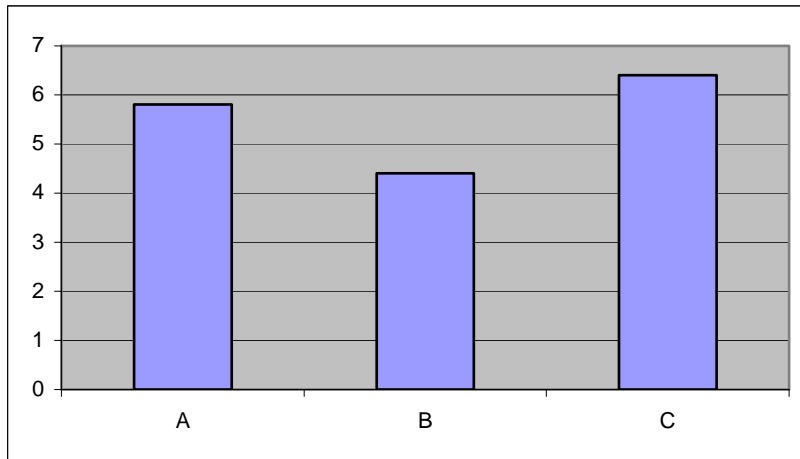
	oireiden keskiarvo henkilöä kohden	yhteenlasketut oireet
RYHMÄ A	5,6	78
RYHMÄ B	5,8	81
Verrokki C	4,7	66

TAULUKKO 7. Ryhmien erot koetuissa oireissa, yksisuuntainen varianssianalyysi

	<i>ka.</i>	<i>kh.</i>	<i>p-arvo</i>
Koeryhmä B	5,8	3,4	.344
Kontrolliryhmä	4,7	2,6	

Koe ja kontrolliryhmien koettujen oireiden keskiarvoja analysoitiin varianssianalyysillä, jonka tuloksena havaittiin, että ryhmien B ja C koettujen oireiden keskiarvojen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Koettu rentoutumiskyky



KUVIO 1. Koettu rentoutumiskyky, keskiarvo ryhmissä A = 5,8 B = 4,4 ja C = 6,4 (asteikko 0-10)

Koetun rentoutumiskyvyn keskiarvo tutkimuksen alussa oli korkein verrokkiryhmässä C ja matalin tavoitehaastatteluryhmässä B (kuvio 1.)

Koe- ja kontrolliryhmien rentoutumiskyvyn keskiarvojen välistä eroa analysoitiin varianssianalyysillä, jonka tuloksena havaittiin, että ryhmän C koettu rentoutumiskyky oli tilastollisesti melkein merkitsevästi parempi kuin ryhmän B koettu rentoutumiskyky (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Ryhmien erot rentoutumiskyvyssä, yksisuuntainen varianssianalyysi

	<i>Keskiarvo</i>	<i>Keskihajonta</i>	<i>p-arvo</i>
Koeryhmä A	5,8	2,4	0,067
Koeryhmä B	4,4	2	
Kontrolliryhmä C	6,4	2,3	

Koettu stressi

Ryhmien välillä ei ollut mainittavaa eroa koetussa stressissä.

5.4 Interventiot ja niiden toteutuminen

Ryhmä A: Tutkija äänitti jokaiselle A ryhmän jäsenelle samanlaisen mielikuvarentoutusäänitteen ilman suggestioita. Ryhmän A jäsenet kuuntelivat kirjaustensa perusteella mielikuvarentoutusäänitteitään keskimäärin 4 kertaa viikossa ja kirjasivat rentoutumiskertansa heille jaettuun kaavakkeeseen.

Ryhmä B: Tavoitehaastattelut tehtiin työpaikalla tavoitehaastattelu kaavakkeen mukaisesti, jokaiselle osallistujalle varattiin aikaa 45 minuuttia. Tutkija kirjoitti jälkepäin koneella puhtaaksi käsinkirjoitetut tavoitehaastattelut ja äänitti henkilökohtaiset suggestioäänitteet ryhmän B jäsenille.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat henkilöt saivat valita tavoitteekseen minkä hyvänsä alueen elämässään. Oletuksena on, että minkä tahansa muutoksen voi olettaa heijastuvan muille elämänalueille, esimerkiksi opiskelun tai kunnon kohennuksen aloittaminen pitkällä tähtäimellä voi olettaa lisäävän sitkeyttä ja pitkäjänteisyyttä. Kolmentoista osallistujan tavoitteet liittyivät hyvinvoinnin kohentamiseen kuten painon pudotukseen, rentoutumisen oppimiseen ja fyysisen kunnon kohentamiseen (Liite 4 esim. tavoitteen muotoilusta). Yhden henkilön tavoite liittyi asunnon kunnostukseen. Tutkija muotoili suggestiot osallistujan tavoitteen mukaan, esim. ”...eteneminen päämääräsi lisää terveyttä, suorituskykyä ja jaksamista sekä osoittaa, että arvostat itseäsi ja hyvinvointiasi. Ja kaikki askeleet kohti tavoitettasi toteutuvat sinulle oikealla nopeudella ja jokainen saavutettu osatavoite vahvistaa onnistujan identiteettiäsi. Tunnet itsesi varmaksi ja huomaat, että nautit erilaisista liikuntamuodoista...” Ryhmän B jäsenet kirjasivat kokemuksiaan ja havaintojaan kokemuspäiväkirjaan viikoittain.

Ryhmän B jäsenet kuuntelivat suggestioäänitettä keskimäärin 4 kertaa viikossa kokemuspäiväkirjojen mukaan. Kaikki ryhmän jäsenet täyttivät viikoittain kokemuspäiväkirjaa, jossa he kuvasivat kokemuksiaan ja tavoitteensa toimintaansa.

5.5 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen tiedon laatua arvioitaessa on olennaista tarkastella tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuus liittyy tutkimusasetelmaan, mittaamiseen, aineiston keruuseen. Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä reliabiliteetti ja validiteetti. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206-214, Heikkilä 1999.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten virheettömyyttä ja toistettavuutta. (Heikkilä 1999.) Ihmiselle on olennaista ajan kuluessa tapahtuva muutos, joten täysin samanlaisia tuloksia tuskin saadaan ihmisiä tutkittaessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.) Vaikka täsmälleen samanlaisina toistuvia tutkimuksia on vaikea tehdä, on tärkeää säilyttää toiston mahdollisuus ja avoimuus tutkimuksen myöhempää arviointia varten.

Validiteetti tarkoittaa sitä, missä määrin on tutkittu tai mitattu sitä ilmiötä mitä on tarkoituskin. Validiteetin yhteydessä puhutaan sisäisestä validiteetista ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisellä validiteetilla arvioidaan käytettyjen mittarien kykyä mitata kohteena olevaa sisältöaluetta sekä arvioidaan kysymystä, seuraako interventiosta todellisia muutoksia ja sitä kuinka paljon ulkopuolisilla tekijöillä on vaikutusta lopputulokseen. (Cohen ym. 1995, 199-201.)

Todellisen ja kvasikokeellisen tutkimuksen erottaa koeryhmän valintatapa. Varsinaisessa kokeellisessa tutkimuksessa otos valitaan satunnaistamalla, jolloin osallistujien ominaisuuksissa ei tapahdu kumuloitumista. Käytännössä opetus- ja ohjaustilanteiden tutkimuksessa osallistujien satunnaistaminen on hankalaa. Kuitenkin tyydyttävän kvasikokeellisen tutkimuksen voi järjestää käyttämällä tutkimusryhmän rinnalla kontrolliryhmää, joka koostettu mahdollisimman samankaltaiseksi tutkimusryhmän kanssa. (Cohen & Manion 1995, 168-169.) Tones (1991) toteaa, että kontrolloituun kokeelliseen tutkimukseen verrattuna kvasikokeellisen tutkimuksen heikkous kontrolloida tutkimushenkilöitä ja muuttujia korvautuu realistisen tilanteen tuomilla hyödyillä. Tämä tutkimus vastaa edellä mainittua kvasikokeellista tutkimusta tutkimusryhmien ja otannan osalta.

Tutkimusryhmissä on todennäköisesti tapahtunut valikoitumista, sillä verrokkiryhmän C koettu terveydentila oli alkutilanteessa jonkin verran parempi kuin ryhmän A, mutta ei

tilastollisesti merkitsevästi parempi kuin ryhmän B. Samoin verrokkiryhmä C raportoi keskimäärin vähemmän koettuja oireita kuin A ja B ryhmä, vaikkakaan keskiarvojen ero ei ollut tilastollisesti merkittävä. Verrokkiryhmän C itse arvioiman rentoutumiskyvyn keskiarvo oli tilastollisesti lähes merkitsevästi parempi kuin ryhmän B keskiarvo. Tutkimuksen tulosten yleistettävyydessä on oltava varovainen, sillä tuloksia heikentävät ryhmien väliset erot alkutilanteessa. Se, että ryhmän C koettu terveyden tila on jo lähtötilanteessa parempi kuin ryhmän A ja B saattaa merkitä sitä, ettei ryhmän C koettu terveydentila voikaan enää parantua. Samoin saattaa ryhmän C rentoutumiskyky olla jo tutkimuksen alussa niin hyvä ettei se voikaan parantua. Tutkimukseen ei liittynyt seurantaa, joten tuloksia arvioitaessa on huomioitava, ettei niiden pysyvyydestä ole näyttöä.

Tässä tutkimuksessa ryhmien A ja B alku- ja loppumittaus sekä verrokkiryhmä C:n alkumittaus tapahtui tutkijan ollessa paikalla. Verrokkiryhmä C:n a loppukysely tapahtui postitse. Tutkijan mahdollinen poissa olo ryhmien A ja B loppumittauksesta olisi saattanut vaikuttaa heidän vastauksiinsa, mutta tutkijan poissaolo verrokkiryhmä C:n loppumittauksesta ei todennäköisesti vaikuttanut tuloksiin, sillä ryhmälle C ei tehty interventiota. Validiteettia vahvistaa se, että kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt palauttivat alku- ja loppukyselyn. Samoin kaikki A ryhmän koehenkilöt palauttivat rentoutumiskertojen kirjauskaavakkeensa ja kaikki B ryhmän koehenkilöt palauttivat kokemuspäiväkirjansa sekä loppuarviointi-kaavakkeen.

Tässä tutkimuksessa käytettyjä alku- ja loppukyselyn osioita on käytetty Kansanterveyslaitoksen aikuisten terveys- ja -käyttäytymistutkimuksissa. KTL:n kyselyn luotettavuus pohjautuu Kristiina Manderbackan (1998) väitöskirjaan, jonka perusteella voi kyselyssä käytettyä itse arvioitua terveydentilaa pitää reliaabelina ja validina kokonaisterveyden mittarina. Itse arvioitu terveydentila kuvaa moniulotteisesti kokonaisterveydentilaa, johon sisältyy erilaisia elementtejä, kuten sairaudet ja niiden funktionaaliset seuraukset sekä omat kokemukset terveydestä ja oireista. (Manderbacka 1998). Alku- ja loppukyselyssä elintapoja kartoittavat kysymykset on laadittu WHO:n suositusten mukaisesti (tiedonanto Satu Helakorpi/ KTL 19.11.2002).

Alku- ja loppukyselyn lisäksi interventioryhmään B:n osallistujat kirjasivat viikkopäiväkirjaansa kokemuksiaan kuluneelta viikolta. Viikkopäiväkirja esitettiin kymmenellä henkilöllä ennen tutkimusta. Esitestauksessa kiinnitettiin huomio siihen, että

koehenkilö ymmärsi kysymykset niin kuin tutkija oli ne tarkoittanut. Sisäistä validiteettia tukee se, että osallistujat täyttivät päiväkirjojaan huolellisesti ja niiden avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkija havaitsi päiväkirjoista, että rekisteröity terveydentilan heikentyminen näytti olevan yhteydessä aktiivisuuden ja tavoitteen mukaisen toiminnan heikentymiseen. Samoin osallistujat kuvasivat läheisten sairastumisen heijastuneen olotilaan ja työkiireiden vähentäneen suggestioentoutusäänitteen kuuntelukertoja. Tämän voidaan katsoa tukevan validiteettia, sillä tutkijan havaintojen mukaan kuvauksissa ei ole havaittavissa miellyttämistä tai epärealistisen positiivisia tulkintoja, vaan tutkimushenkilöiden kuvaukset näyttävät vastaavan todellista tilannetta.

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti liittyy tutkimuksen tulosten yleistettävyyteen, jolloin tutkimusotoksen tarkastelu on olennaista. (Tones, 1991,18, Cohen & Manion 1995, 168-174.) Tutkimusjoukko oli tässä tutkimuksessa melko pieni eikä otosta oltu satunnaistettu. Tutkimukseen osallistujat edustavat työikäisiä toimistotyöntekijöitä, mutta koska tutkimusasetelma perustuu koehenkilön itsensä asettamaan tavoitteeseen, voi intervention olettaa toimivan myös muissa ammattiryhmissä.

Tutkimuksen toistettavuus on mahdollinen, luonnollisesti tutkijan oma persoona heijastuu haastatteluun ja suggestioiden muotoiluun. Haastattelun toistettavuutta helpottaa strukturoitu haastattelulomake. Haastattelija voi vaikuttaa koehenkilöön esim. ohjaamalla häntä tavoitteen muodostamisessa, etenkin jos haastateltavan tavoite vaikuttaa epäselvältä. Haastattelijan oma persoonallisuus ja vuorovaikutustaidot sekä asenne voivat vaikuttaa haastateltavan motivoitumiseen. Aika vaikuttaa koehenkilön lisäksi myös haastattelijaan, todennäköisesti hän muotoilisi suggestiot eri tavalla eri ajankohtana ja eri haastattelija muotoilisi toisenlaiset suggestiot kuin toinen. Huomioimalla edellä mainitut seikat luotettavuuden suhteen on tutkimus toistettavissa.

6 TULOKSET

6.1 Kokemukset interventioista

6.1.1 Kokemukset ratkaisukeskeisestä tavoitehaastattelusta

Jokainen ryhmän B 14:sta jäsenestä koki haastattelun myönteisenä. Tutkijan havainnoinnin mukaan osallistujat olivat haastattelutilanteessa innostuneita ja kommentoivat tilannetta seuraavasti: ”Kylläpä aika meni nopeasti”, ”Tämähän oli hauskaa”, ”Tässä joutui ajattelemaan uudella tavalla elämäänsä”, ”Tällaista pitäisi olla enemmän.”

Loppuarvioinnissa eräs henkilö kuvaili haastattelun antaneen ”hyvän potkun” kuuntelulle. Toinen henkilö kertoi, että hänestä oli mielenkiintoista tuoda julki omia tavoitteita, näin syntyi motivaatio tavoitteeseen. Eräs osallistujista kuvasi haastattelua lyhyesti: ” Se oli hauska!” Hyvänä asiana pidettiin yleisesti sitä, että haastattelussa joutui täsmentämään ja selkiyttämään toiveitaan. Osallistujien kommenteissa oli mainintoja siitä, että jo pelkkä tavoitehaastattelu käynnisti ajatteluprosessin.

6.1.2 Kokemukset äänitteen kuuntelusta

Ryhmän B jäsenet kuuntelivat suggestioäänitettä keskimäärin 4 kertaa viikossa kokemuspäiväkirjojen mukaan. Äänitteen kuuntelua pidettiin miellyttävänä, joskin neljä henkilöä kertoi, että heidän piti ”järjestää aikaa” kuuntelulle. Yksi koehenkilö kuvaili kuunteluna seuraavasti:” Vireystilan ollessa otollinen, kuuntelu tuntui oikein hyvältä. Ajoittain olen työpäivän jälkeen niin hermostunut, ettei kasetin kuuntelu onnistunut.” Eräs osallistuja kertoo kokevansa sekä työssä että muuna aikana erittäin kovaa stressiä, mutta mainitsee äänitteen kuuntelun helpottavan tilannetta. Kokemuksiaan hän kuvailee: ”Olen oppinut hiljentymään” sekä ”Minä nautin musiikin kuuntelusta ja rentoudun nykyisin ilman rentoutusäänitettäkin”.

Koehenkilöt kuvasivat henkilökohtaisia ohjeita mukaviksi ja sopiviksi. Eräs osallistuja kuvailee kokemustaan seuraavasti: ”Ajoittain henkilökohtaiset ohjeet saivat minut

”hymyilemään” (=iloiseksi, tyytyväiseksi) jo siitä ajatuksesta millaista elämäni olisi vuoden kuluttua.”

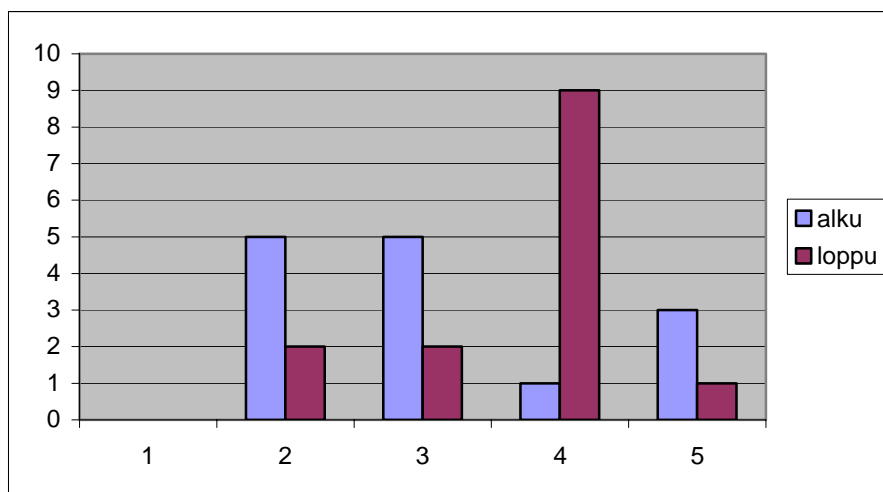
6.1.3 Kokemukset tavoitehaastattelun yhdistämisestä suggestioäänitteen kuunteluun

Viikkopäiväkirjojen muistiinpanojen ja loppuarviointikaavakkeen perusteella kaikki 14 osallistujaa pitivät interventiosta, siihen liittyvästä äänitteen kuuntelusta sekä tavoitehaastattelusta.

6.2 Tavoitteen mukainen toiminta

6.2.1 Tavoitteen mukainen toiminta interventioryhmässä

Ryhmän B osallistujista 13 henkilöä aloitti tavoitteen mukaisen toiminnan tutkimuksen alkaessa. Yksi henkilö määrittäi tavoitteen toteutumisajankohdan kesäkuulle, joten hänen osalta ei tässä tutkimuksessa saada tietoa siitä, kuinka tavoitteen mukainen toiminta toteutui. Kolmentoista osallistujan tavoitteet liittyivät hyvinvoinnin kohentamiseen kuten: painon pudotukseen, oman ajan järjestämiseen, harrastuksissa kehittymiseen, rentoutumisen oppiminen ja fyysisen kunnon kohentamiseen. Yhden henkilön tavoite liittyi kodin kunnostukseen. Viikkopäiväkirjoista voi nähdä kuinka tavoitteen mukainen toiminta vaihteli osallistujan työhön liittyvien paineiden tai sairastumisen vuoksi.



KUVIO 2. Tavoitteen mukainen toiminta itse arvioituna tutkimuksen alussa ja lopussa (asteikko: en ole toiminut tavoitteen mukaisesti = 1 - olen toiminut tavoitteen mukaisesti =5)

Tutkimuksen alussa yhdeksän osallistujaa arvioi tavoitteen mukaisen toimintansa (asteikolla 1-5) vähintään kolmeksi. (kuvio 2.) Kahdeksan viikon kuluttua kymmenen osallistujaa arvioi tavoitteen mukaisen toimintansa (asteikolla 1-5) vähintään neljäksi. Kahdeksan henkilöä arvioi tutkimuksen lopussa toimineensa aktiivisemmin tavoitteen suuntaisesti kuin tutkimuksen alussa. Kukaan ei lopettanut toimintaansa, vaan jatkoi tavoitteensa mukaisesti kahdeksan viikon ajan.

6.2.2 Yksilötapauskertomuksia tavoitteen mukaisesta toiminnasta

Yksilötapauskiksi on valittu ryhmän B tyypilliset kertomukset tavoitteellisen toiminnan vaihtelun suhteen.

Koehenkilö A oli määritellyt tavoitteekseen kohentaa kokonaisvaltaisesti terveyttä talvella vaivanneen pitkällisen sairauden jälkeen.

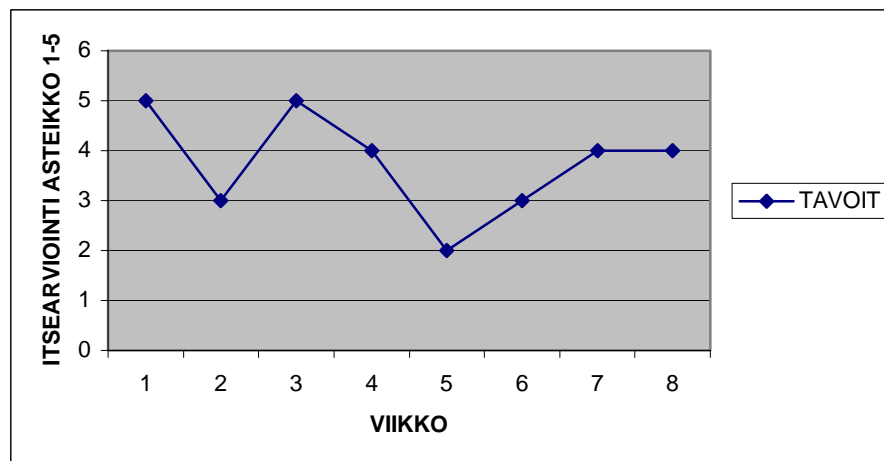
Koehenkilön itse arvioima terveydentila on parani kahdeksan viikon aikana huonosta melko hyvään.

Tutkimuksen loppukyselyssä hän ilmoitti ”kokevansa” vähemmän stressiä kuin alussa ja hän raportoi unenlaatunsa on muuttuneen myönteiseen suuntaan. Samoin hän arvioi elämään tyytyväisyytensä kohentuneen ja hän arvioi rentoutumiskykynsä parantuneen kolmesta kahdeksaan (asteikolla 1-10). Koehenkilö raportoi tutkimuksen alussa 11 oiretta: verenpaine,

sydämentykytys, unettomuus, masennus, hengenahdistus, astma, ihottuma, hermostuneisuus, väsymys, yllärasitus ja keskittymiskyvyn puute. Loppuarviossa vaivat vähentyivät viiteen oireeseen: lihas- ja nivelsärkyyn, hermostuneisuuteen, väsymykseen ja keskittymiskyvyn puutteeseen. Koehenkilön itse asettama tavoite toteutui kahdeksan viikon aikana.

Viikkopäiväkirjoista näkyy koehenkilön tavoitteen mukaisen toiminnan ja aktiivisuuden vaihtelu tutkimusajan kuluessa. Samoin hän arvioi, että tyytyväisyys ja innostuneisuus sekä ajatusten selkeys kohentuivat samansuuntaisesti. Viikolla 1 ja 2 koehenkilö kertoo kuuntelevansa säännöllisesti kasettiaan. Viikolla 3 hän kertoo, että on ollut vaikea löytää tilaisuutta äänitteen kuunteluun. Viikolla 4 hän kertoo nukahtavansa kesken kasetin. Näin käy myös viikolla 5, jolloin hän kuvaa oloaan jollakin tavalla masentuneeksi. Viikolla 8 on suuret perhejuhlat, jotka vaativat paljon järjestelyjä.

Loppuarviossa hän toteaa: ”Kasetin kuunteleminen oli alussa kiinnostavaa ja lopussa pystyin rentoutumaan jo ilman äänitteen kuuntelua. Tavoitteet ja niistä muistuttaminen sopi hyvin kasettiin, sillä arjen keskellä tavoitteet unohtuvat muuten helposti. Menetelmä tuntui hyvälle, mutta kuitenkin on oltava lisäksi omaa aktiivisuutta, pitää tahtoa muuttaa elämäänsä. Voisin suositella menetelmää muillekin.”

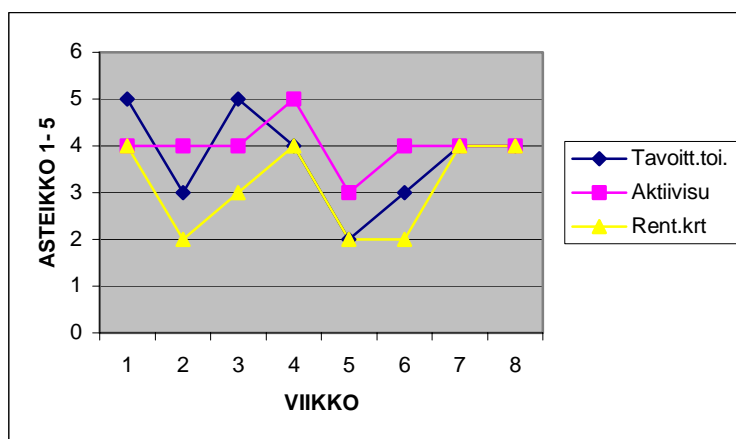


KUVIO 3. Tavoitteen mukainen toiminta, koehenkilö A

Koehenkilö B määritteli tavoitteekseen itsensä kehittämisen ja siihen liittyen ajan järjestäminen oman tavoitteen saavuttamiselle.

Tutkimuksen alkukyselyssä koehenkilö ilmoitti kärsivänsä kolmesta oireesta: päänsärky, sydämen tykytys ja väsymys. Tutkimuksen lopussa oireet ovat hävinneet. Tutkimuksen alussa koehenkilö ilmoitti käyttäneensä päänsärkylääkkeitä viimeisen viikon aikana, loppukyselyssä hän ei maininnut päänsärkylääkkeiden käyttöä viimeisen viikon kuluessa. Kahdeksan viikon kuluttua koehenkilö raportoi loppukyselyssä rentoutumiskykynsä lisääntyneen kolmesta kahdeksaan (asteikolla 1-10).

Viikkopäiväkirjassa koehenkilö kertoi, että ensimmäisen viikon aikana oli helppo kuunnella äänitettä, koska hän oli lomalla. Toisella viikolla koehenkilöllä oli töissä kiireitä ja kertoo alkuviikosta ajatustensa harhailleen työssä, mutta loppuviikolla suggestiorentoutusäänitteen kuuntelu oli helpompaa. Viikoilla 3 ja 4 koehenkilö kuvaili, että työkiireistä huolimatta kuuntelu muuttui osaksi iltarutiinia, jota hän odotti jo etukäteen. Viikolla 5 koehenkilöllä oli töissä todella mahtava työruuhka ja tästä johtuen hän ei ehtinyt kuunnella äänitettä. Viikolla kuusi ja seitsemän koehenkilö kertoi pystyvänsä rentoutumaan paremmin ja viikolla kahdeksan hän kuvasi tuntemuksiaan: ”Töistä tullessa on tullut tavaksi rentoutua ja irrottautua työajatuksista. Loma alkaa hämmöttää!”



KUVIO 4. Tavoitteen mukainen toiminta, aktiivisuus (asteikko 1-5) ja rentoutumiskerrat / viikko, koehenkilö B

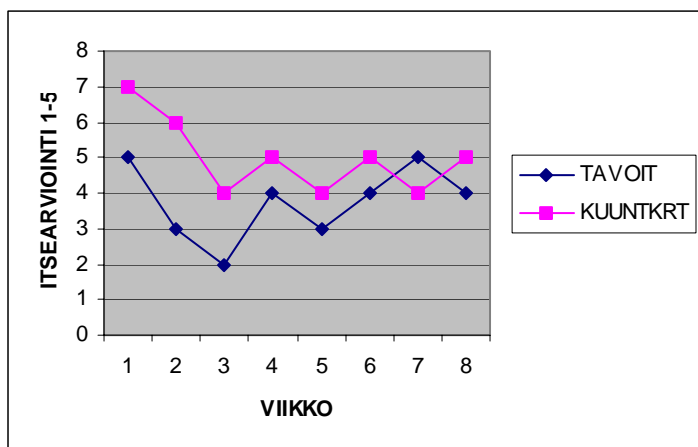
Suggestiorentoutusäänitteen kuuntelukertojen määrä näyttää kulkeneen samansuuntaisesti tavoitteellisen toiminnan ja aktiivisuuden lisääntymisen kanssa. (kuvio 4.) Samoin koehenkilö kertoi rentoutuneisuuden tunteen lisääntyneen kuuntelukertojen myötä.

Kokemuspäiväkirjassa koehenkilö raportoi työkiireitä viikolla 2, 5 ja 6. Tämä näyttää heijastuneen tavoitteellisen toiminnan ja aktiivisuuden laskuna ko. viikoilla. Viikolla 7 äänitteen kuuntelukerrat ja tavoitteen mukainen toiminta lisääntyivät. Kokemuspäiväkirjan perusteella näyttää siltä, että koehenkilö on tutkimuksen alussa toiminut tavoitteensa mukaisesti ja vaikka työkiireet vaikeuttivat tavoitteellista toimintaa, niin toiminta jatkui koko tutkimuksen ajan varsin tyydyttävästi.

Loppuarvioinnissa koehenkilö toteaa: ” Äänitteen kuunteleminen on tuntunut erittäin hyvältä. Henkilökohtaiset ohjeet sopivat hyvin rentoutusäänitteeseen. Ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu tuntui ensin hankalalta, mutta kun ”pää aukesi” niin tarinassa ei näkynyt loppua. Olisin voinut visioda vaikka kuinka pitkään. Voisin suositella menetelmää muillekin.”

Koehenkilö C määritteli tavoitteekseen fyysisen hyvinvoinnin kohentamisen. Tutkimuksen aikana hän raportoi koetun terveydentilansa muuttuneen keskitasoisesta melko hyväksi. Samoin hän ilmoitti, että unen määrä lisääntyi ja rentoutumiskykynsä hän arvioi parantuneen 6:sta 8:aan kahdeksan viikon kuluessa. Alkukyselyssä koehenkilö raportoi 4 oiretta: päänsärky, lihas- ja nivelsärky sekä väsymys ja verenpaine. Loppukyselyssä koehenkilö ilmoitti että oireet hävisivät.

Viikkopäiväkirjassa koehenkilö kertoi, että ensimmäisellä viikolla oli runsaasti äänitteen kuuntelukertoja. Tämä näytti heijastuvan tavoitteelliseen toimintaan, aktiivisuuteen, innostukseen ja energisyyteen sekä rentoutuneisuuden tunteeseen myönteisesti. Kokemuspäiväkirjassa, koehenkilö ilmoitti, että hänen toimintansa viikoilla 1 ja 4-8 oli tavoitteen mukaista. Laskua tavoitteen mukaisessa toiminnassa näkyi viikoilla 2 ja 3, jolloin koehenkilön ilmoittama terveydentilan heikentyminen näyttää vaikuttavan kaikkiin muuttujiin. Terveydentilan kohentuminen puolestaan näkyi tavoitteen mukaisen toiminnan lisääntymisenä viikolta 5 lähtien.



KUVIO 5. Tavoitteen mukainen toiminta (asteikko 1-5) ja suggestiorentoutusäänitteen kuuntelukerrat / viikko, koehenkilö C

Koehenkilö kuvasi viikkopäiväkirjassaan:

Viikko 3: ”Vaikea keskittyä, koska olin sairaana. Kävin töissä, mutta minulla oli jatkuvaa vaivaa. Illalla olin aivan läkähtynyt ja tein vain pakolliset kotityöt.”

Viikko 7: ”Äänitteen kuuntelu on miellyttävää. Minulla on ollut mukavia tapaamisia tuttavien kanssa.”

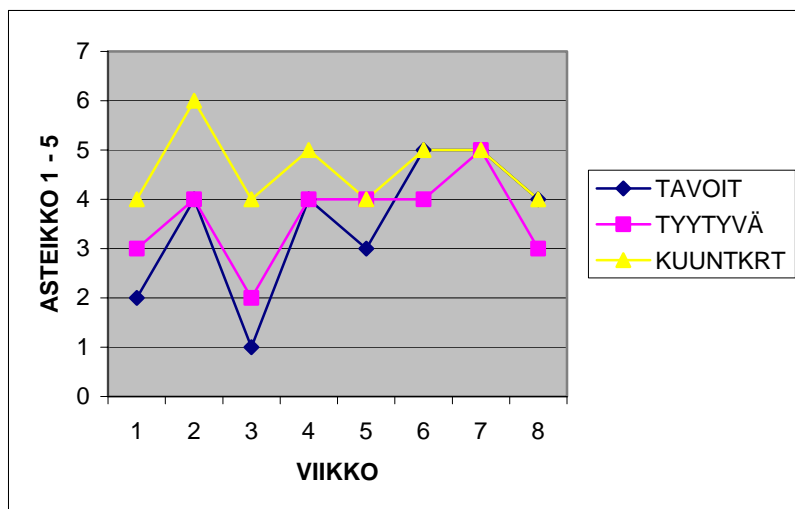
Tutkijan havaintojen mukaan tutkimuksen kuluessa näyttää kaikissa muuttujissa tapahtuneen muutosta myönteiseen suuntaan sairastumisen jälkeen. Tavoitteen mukainen toiminta on jatkunut varsin tyydyttävällä tavalla, huolimatta tilapäisestä laskusta. Ainoastaan rentoutumisen kokeminen näyttää kokemuspäiväkirjan perusteella vaihtelevan jännittyneeseen suuntaan. Kuitenkin loppumittauksessa koehenkilön kyky rentoutua on kohonnut kuudesta kahdeksaan. Saattaa olla että kokemuspäiväkirjassa on oloa arvioitu esimerkiksi työpäivän kiireisyyden mukaan eikä yleisen rentoutuneisuuden pohjalta.

Loppuarviossa koehenkilö toteaa: ” Kasetin kuunteleminen on tuntunut miellyttävältä ja antoisalta. Ohjeet kasetilla tekevät asian omakohtaiseksi. Tavoitehaastattelu sopii tilanteeseeni erittäin hyvin. Voin suositella menetelmää muillekin.”

Koehenkilö D määritteli tavoitteekseen harrastuksissa kehittymisen ja kevyemmän olon. Alku- ja loppukyselyn vertailusta näkyy, että itse koettu terveydentila on kohentunut melko hyvästä hyväksi. Koehenkilö ilmoitti stressin tunteen vähentyneen samalla kun unen määrä

lisääntyi. Hänen kokemansa kyky rentoutua on parantui kuudesta yhdeksään (asteikko 1-10) tutkimuksen aikana. Tutkimuksen alussa koehenkilö raportoi yhden oireen ja lopussa 2 oiretta.

Kokemuspäiväkirjassaan koehenkilö ilmoitti, että hän on kuunnellut säännöllisesti äänitettään ja että hän on toiminut tavoitteellisesti, ollut aktiivinen, innostunut ja energinen.



KUVIO 6. Tavoitteen mukainen toiminta, tyytyväisyys (asteikko 1-5) ja suggestiorentoutusäänitteen kuuntelukerrat / viikko, koehenkilö D

Koehenkilö kuvaili äänitteen kuuntelun tuntuneen miellyttävälle viikolla 1 ja 2 ja kertoi, että harrastuksissakin tapahtui edistystä. Viikolla 3 koehenkilö sairastui ja töissä oli kiireitä ja stressiä. Tämän vuoksi äänitteen kuuntelu jäi vähälle. Viikoilla 4-8 koehenkilö kertoi rentoutuneensa säännöllisesti ja nauttineensa samalla ajatustensa kokoamisesta (kuvio 6.) Kokemuspäiväkirjassaan koehenkilö ilmoitti, että hän on kuunnellut säännöllisesti äänitettään sekä toiminut tavoitteellisesti, ollut aktiivinen, innostunut ja energinen. Lisäksi hän kertoo olevansa tyytyväinen harrastuksissa kehittymiseen ja mainitsee olonkin olevan kevyt.

Loppuarviossa koehenkilö toteaa: ” Kasetin kuunteleminen on tuntunut ihan kivalta. Olen oppinut rentoutumaan myös ilman kasettia. Henkilökohtaiset ohjeet sopivat melko hyvin kasetin yhteyteen. Ratkaisukeskeisessä tavoitehaastattelussa oli mielenkiintoista tuoda julki omia tavoitteita. Näin on helpompi alkaa toimia tavoitteiden mukaisesti. Voin suositella menetelmää myös muille.”

6.3 Ryhmäkohtaiset terveys- ja muut vaikutukset

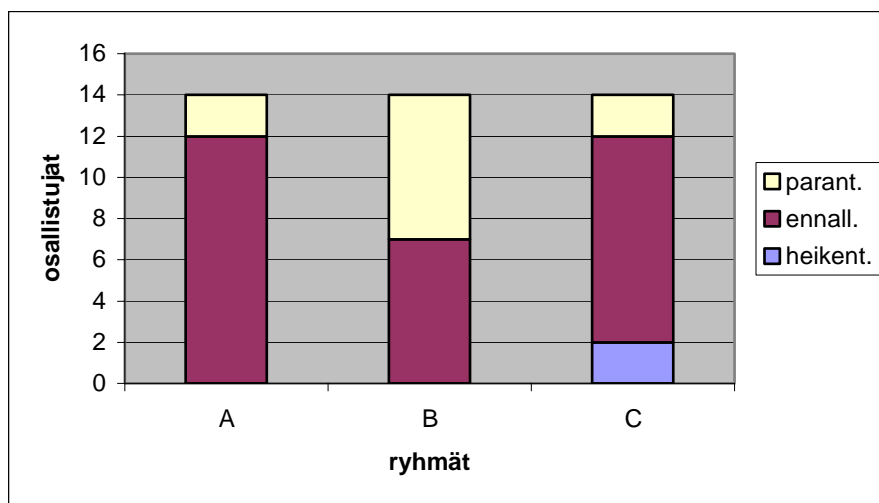
6.3.1 Elämään tyytyväisyys, unen laatu ja elintavat

Interventioryhmissä A ja B eikä vertailuryhmässä tapahtunut tutkimuksen aikana mainittavia muutoksia elämään tyytyväisyydessä eikä unen laadussa. Elintavat pysyivät ennallaan kaikissa ryhmissä.

6.3.2 Koettu terveydentila

Kahdeksan viikon aikana ryhmäkohtaiset muutokset olivat seuraavat:

Ryhmän B koetussa terveydentilassa tapahtui kahdeksan viikon intervention aikana tilastollisesti merkitsevä * 0,01 muutos (sign-testi) (Cooligan 1999) parantumisen suuntaan. Muissa ryhmissä muutokset olivat vähäisiä eivätkä tilastollisesti merkitseviä (kuvio 7.)



KUVIO 7. Muutokset koetussa terveydentilassa ryhmissä A, B ja C

TAULUKKO 9. Koetun terveydentilan muutokset ryhmissä A, B ja C

	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C	Yhteensä
Ennallaan	12	7	10	29
Parantunut	2	7	2	11

Heikentynyt	0	0	2	2
Yhteensä	14	14	14	42

Ryhmästä A koki 12 henkilöä terveydentilansa pysyneen ennallaan ja kaksi koki terveydentilansa parantuneen. Kenenkään terveydentila ei heikentynyt. Muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

Ryhmästä B koki seitsemän terveydentilansa pysyneen ennallaan ja seitsemän koki terveydentilansa parantuneen. Kenenkään terveydentila ei heikentynyt. Tulos on tilastollisesti merkitsevä parantumisen suuntaan (sign-testi).

Verrokkiryhmästä C koki 10 henkilöä terveydentilansa pysyneen ennallaan ja kaksi koki terveytensä parantuneen. Kaksi henkilöä koki terveydentilansa heikentyneen. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

TAULUKKO 10. Koetun terveydentilan muutokset ryhmissä A, B ja C intervention aikana

<i>alussa</i>	<i>N</i>	<i>ka.</i>	<i>kh.</i>	<i>p-arvo</i>	<i>lopussa</i>	<i>N</i>	<i>ka.</i>	<i>kh.</i>	<i>p-arvo</i>
A	14	2,6	0,85	0,032	A	14	2,4	0,84	0,161
B	14	2,6	0,93		B	14	2,4	0,62	
C	14	1,8	0,89		C	14	1,9	0,86	
yhteensä	42	2,3	0,95		yhteensä	42	2,2	0,8	

Koetussa terveydessä ryhmien A, B ja C välillä ei ole havaittavissa tilastollisesti merkitsevää muutosta tutkimuksen aikana (taulukko 10.)

6.3.3 Koetut oireet

Koetuissa oireissa tapahtui molemmissa interventioryhmissä A ja B tilastollisesti merkitsevä vähentymisen suuntaan, kun taas vertailuryhmässä muutos ei ollut tilastollisesti merkittävä (taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Koettujen oireiden yhteenlaskettu määrä ryhmissä A, B ja C sekä vähentyneiden oireiden määrä tutkimuksen alussa ja lopussa

	Tutkimuksen alussa	Tutkimuksen lopussa	Vähentyneet oireet
RYHMÄ A	78	44	34
RYHMÄ B	81	39	42
VERROKKI C	66	58	8

Ryhmän A koettujen oireiden määrässä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos * 0,025 (sign-testi) vähentymisen suuntaan.

Ryhmän B koettujen oireiden määrässä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos * 0,025 (sign-testi) vähentymisen suuntaan.

Verrokki ryhmän C muutos koetuissa oireiden määrässä ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

TAULUKKO 12. Koettujen oireiden keskiarvot ja muutokset ryhmissä A, B ja C tutkimuksen aikana

	Tutkimuksen alussa	Tutkimuksen lopussa	Muutos	% - muutos
RYHMÄ A	5,6	3,1	- 2,5	- 44
RYHMÄ B	5,8	3	- 2,8	- 48
RYHMÄ C	4,7	4,1	- 0,6	- 13

TAULUKKO 13. Koettujen oireiden lukumäärä ryhmittäin tutkimuksen alussa ja lopussa

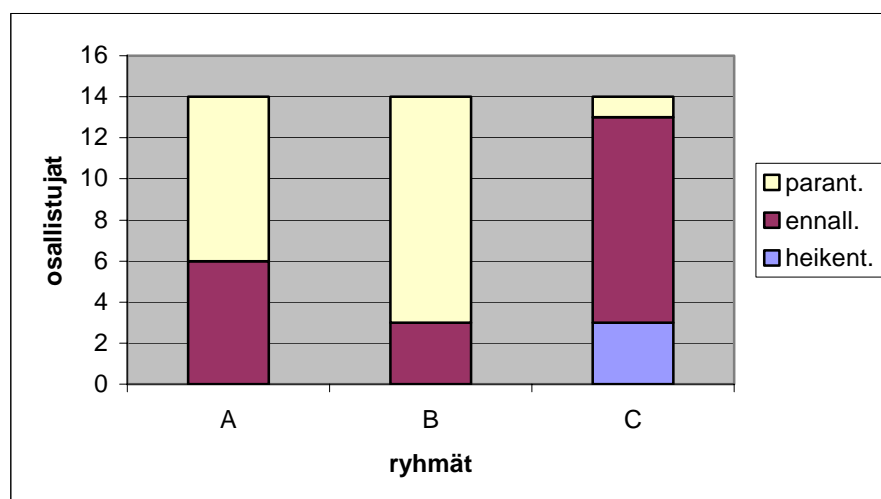
	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C	Yhteensä
Alussa	78	81	66	225
Lopussa	44	39	58	141

Yhteensä	122	120	124	366
-----------------	------------	------------	------------	------------

Ryhmissä A ja B koettujen oireiden vähentyminen lähentelee tilastollisesti melkein merkitsevää verrattuna verrokkiryhmään C (taulukko 13.)

6.3.4 Koettu rentoutumiskyky

Molempien interventoryhmien A ja B rentoutumiskyvyssä tapahtui muutoksia myönteiseen suuntaan, kun taas vertailuryhmän tilanne pysyi ennallaan. (kuvio 8.)



KUVIO 8. Koettu rentoutumiskyky ryhmissä A, B ja C

Ryhmästä A koki kuusi henkilöä rentoutumiskykynsä olevan ennallaan ja yli puolet parantuneen. Ne henkilöt, jotka olivat kuunnelleet rentoutusäänitettä säännöllisesti, kokivat rentoutumiskykynsä parantuneen. Rentoutumiskyvyn parantumisessa tapahtui tilastollisesti merkittävä muutos ($p=0.005$) parantumisen suuntaan. Kenenkään rentoutumiskyky ei heikentynyt. Ryhmän A rentoutumiskyvyn keskiarvo tutkimuksen alussa oli 5,8 ja lopussa 7.

Ryhmästä B koki 3 henkilöä rentoutumiskykynsä olevan ennallaan ja 11 parantuneen. Kenenkään rentoutumiskyky ei ollut heikentynyt. Rentoutumiskyky parani tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p=0.0005$). Tutkimuksen alussa rentoutumiskyvyn keskiarvo oli 4,4 ja lopussa 6,6.

Verrokkiryhmän C koetun rentoutumiskyvyn keskiarvo oli sama kuin tutkimuksen alussa. Suurin osa koki rentoutumiskykynsä pysyneen ennallaan ja yksi parantuneen. Kolme koki rentoutumiskykynsä heikentyneen. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

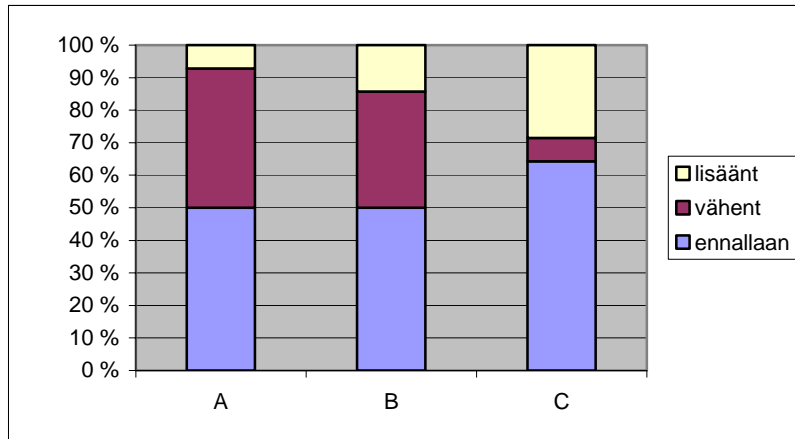
6.3.5 Koettu stressi

Muutokset stressin kokemisessa eivät ole merkitseviä, mutta trendi on vähentymisen suuntaan ryhmissä A ja B. Ryhmän C tilanne on miltei ennallaan (kuvio 9.)

Ryhmä A: Kuusi neljästätoista henkilöstä koki, että he tuntevat itsensä vähemmän stressaantuneiksi kuin aiemmin. Yksi henkilö ilmoitti tuntevansa enemmän stressiä kuin tutkimuksen alussa. Seitsemän henkilöä raportoi kokemansa stressin samaksi kuin tutkimuksen alussa. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

Ryhmä B: Viisi henkilöä ryhmästä raportoi tuntevansa vähemmän stressiä kuin tutkimuksen alussa. Seitsemän henkilöä ilmoittaa tilanteen olevan sama koetun stressin suhteen kuin tutkimuksen alussa. Kaksi henkilöä raportoi tuntevansa enemmän stressiä kuin tutkimuksen alussa. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).

Verrokkiryhmä: Yksi henkilö raportoi tuntevansa vähemmän stressiä ja 4 tuntevansa enemmän stressiä kuin tutkimuksen alussa. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä (sign-testi).



KUVIO 9. Koettu stressi ryhmissä A, B ja C

7 POHDINTA

7.1 Tulosten merkitys

Interventiosta saadut kokemukset näyttävät menetelmää (tavoitehaastattelua yhdistettynä suggestiorentoutukseen) tukevilta.

Ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu koettiin menetelmänä miellyttäväksi ja koehenkilöt olivat haastattelutilanteessa innostuneita. Terveyskasvatuksen eräänä tavoitteena on virittää ihmisessä omakohtaista pohdintaa muunmuassa elintavoista. Vaikuttaisi siltä, että haastattelu on käynnistänyt osalla koehenkilöitä omaa hyvinvointia koskevan ajatteluprosessin. Kokemuspäiväkirjojen perusteella näyttää siltä, että valtaosalla interventioon osallistuneista

koehenkilöistä tavoitteellinen toiminta käynnistyi ja lisääntyi tutkimuksen aikana. Vaikka äänitteen kuuntelukertojen määrä ja tavoitteellinen toiminta näyttävät välillä vähentyneen työkiireiden ja sairauden vuoksi, niin kaikki interventioon osallistuneet ovat jatkaneet tavoitteen mukaista käytöstään tutkimuksen aikana. Nämä kokemukset ja tulokset ovat esimerkki ratkaisusuuntautuneen työskentelyn innostavasta ilmapiiristä. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset kuin Reijo Kauppilan (1999) havaintojen kanssa. Hän tutki suggestioiden vaikutusta oppimiseen ja tutkimustuloksissaan hän painotti tavoitteen määrittelyn tärkeyttä motivaation herättämiseksi.

Interventioon osallistuneet pitivät poikkeuksetta suggestiorentoutusäänitteen ideasta ja sen kuuntelusta. Kauppila (1999) päätelee, että suggestioiden avulla voidaan aktivoida alitajuisia voimavaroja haluttuun tavoitteeseen sekä tukea oppijan persoonallisia ominaisuuksia. Lindhin (1998) mukaan eräs mielikuvaoppimisen tehtävä on motivaation ja innostuksen herättäminen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia edellisten kanssa, sillä interventioon osallistuneet motivoituivat tavoitteelliseen toimintaan ja jatkoivat sitä kahdeksan viikon aikana kuunnellessaan suggestiorentoutusäänitettä.

Helli Toivasen (1994) tutkimus kesti kuusi kuukautta ja koehenkilöt oppivat tässä ajassa rentoutumaan fyysiseen lihaksen jännittämiseen ja rentouttamiseen perustuvan menetelmän avulla. Raimo Lindh (1998) puolestaan arvioi, että rentoutumisen oppiminen mielikuvien avulla voi tapahtua kuukauden kuluessa, mikäli sitä harjoitellaan päivittäin 15 minuuttia. Tämän tutkimuksen tulos rentoutumisen oppimiseen tarvittavan ajan suhteen on samansuuntainen Lindhin (1998) kanssa. Tutkimuksessa havaittiin, että koettu rentoutumiskyky parani kahdeksan viikon aikana, kun harjoituskertoja oli keskimäärin 4 kertaa viikossa. Vaikuttaa siltä, että rentoutumisen oppimisessa menetelmän merkitystä tärkeämpää on säännöllinen harjoittelu ja että oppimiseen on syytä varata aikaa kuukaudesta kahteen.

Viikkopäiväkirjoista ilmenee, että kaikki interventioon osallistuneet aloittivat tavoitteellisen toiminnan tutkimuksen alussa. Kahdeksan osallistujaa arvioi tutkimuksen lopussa toimivansa tavoitteensa suuntaisesti aktiivisemmin kuin tutkimuksen alussa. Vaikka tavoitteen mukainen

toiminta vaihteli osallistujan työhön liittyvien paineiden tai sairastumisen vuoksi, ei kukaan lopettanut tavoitteen suuntaista toimintaansa tutkimuksen aikana.

Tavoitehaastattelun ja suggestiorentoutumisen vaikutus näyttäisi heijastuvan myönteisesti koettuun terveydentilaan. Tutkimuksen aikana tapahtunutta muutosta koetussa terveydessä voidaan pitää suuntaa antavana. Näyttäisi siltä, vaikka muutokset koetussa terveydentilassa eivät ole tilastollisesti merkittäviä, niin koetussa terveydentilassa tapahtui intervention aikana muutos parantumisen suuntaan.

Koska vertailuryhmän koettu terveys alkutilanteessa oli parempi kuin ryhmässä B, sitä ei voi käyttää vertailupohjana tämän muuttujan kohdalla. Sen sijaan ryhmän A huonompi alkutilanne antaa sen vertailulle oikeutuksen. Interventioryhmän koetussa terveydessä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos parantumisen suuntaan sign- testillä tarkasteltuna, jonka avulla voidaan arvioida suuntaa antavasti menetelmän vaikutus. Ryhmässä A muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. On mahdollista, että ryhmän B erityisinterventiolla on yhteys koetun terveyden parantumiseen. Muutos saattoi olla yhteydessä äänitteeseen liittyvien suggestioiden aikaansaamaan mielikuvaoppimiseen. Toisaalta tavoitteen asettamisen ja sen toteuttamisen seurauksena saattaa yksilö kokea elämänhallinnan tunteen lisääntyneen, joka puolestaan heijastuu myönteisesti koettuun terveydentilaan.

Tutkimuksen alussa rentoutusäänitettä kuunnelleissa ryhmissä oli miltei saman verran koettuja oireita henkilöä kohden ja tutkimuksen lopussa kummassakin ryhmässä koettujen oireiden määrä oli vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi sign- testillä tarkasteltuna. Kuitenkaan χ^2 -testissä ei ryhmien välillä ole havaittavissa oireiden vähentymisessä tilastollisesti merkitsevää eroa, vaikkakin interventioryhmän ero vertailuryhmään on lähellä melkein merkitsevää. Koettujen oireiden vähentyminen saattaa liittyä rentoutumiskyvyn parantumiseen. Myös Helli Toivasen (1994) tutkimuksessa koehenkilöiden kokemat vaivat vähentyivät rentoutumisen harjoittelun myötä. Vertailuryhmä ilmoitti tutkimuksen alussa keskimääräisesti vähiten koettuja oireita, tosin ero interventio- ja vertailuryhmän välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksen lopussa vertailuryhmässä oli kuitenkin keskimääräisesti eniten oireita verrattuna rentoutusäänitettä kuunnelleisiin ryhmiin.

Näyttää siltä, että mielikuva- ja suggestiorentoutusäänite sopivat rentoutumisen opetteluun, sillä kahdeksan viikon aikana sekä mielikuvarentoutus-, että suggestiorentoutusäänitettä

kuunnelleiden osallistujien koetussa rentoutumiskyvyssä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos parantumisen suuntaan. Jotkut kertoivat oppineensa rentoutumaan harjoittelun seurauksena jopa ilman äänitettä. Koska vertailuryhmän koettu rentoutumiskyky oli jo tutkimuksen alussa paras ei sitä voi käyttää vertailupohjana tämän muuttujan tarkastelussa.

Koetun stressin suhteen mielikuva- ja suggestiorentoutusäänitettä kuunnelleissa ryhmissä trendi oli vähentymisen suuntaan, mutta tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Vertailuryhmässä ei myöskään tapahtunut mainittavia muutoksia koetussa stressissä.

Elintavoista alkoholin käyttö ja tupakointi oli kaikissa tutkimusryhmissä tutkimuksen alussa hyvin vähäistä eikä niissä tapahtunut muutosta tutkimuksen aikana. Samoin unen laatu pysyi ennallaan kaikissa ryhmissä tutkimuksen ajan. Rentoutusäänitettä kuunnelleen sekä interventioryhmän elämään tyytyväisyys oli tutkimuksen alussa melkein merkittävästi parempi kuin vertailuryhmän, tutkimuksen aikana elämään tyytyväisyydessä ei tapahtunut muutosta. Tämän tutkimuksen perusteella ei saada tietoa siitä, mistä ero elämään tyytyväisyydessä ryhmien välillä johtui.

7.2 Ehdotuksia jatkotutkimuksiin

Tässä tutkimuksessa otos oli pieni ja rajautui toimistotyöntekijöihin. Tutkimukseen ei sisällynyt seuranta. Jatkotutkimuksissa luotettavuus lisääntyisi mikäli otos olisi suurempi ja ryhmät satunnaistettaisiin sekä seuranta pidennettäisiin. Pidempi aikaväli mahdollistaisi tulosten pysyvyyden arvioinnin ja sen avulla saatettaisiin saada enemmän tietoa intervention mahdollisista muista pitkän aikavälin vaikutuksista esim. stressin kokemisen suhteen. Samoin pidemmän ajan kuluessa saattaisi olla selkeämmin nähtävissä mahdolliset terveystulokset. Mittauksissa voisi hyödyntää kokemuspäiväkirjan ja strukturoidun kyselyn rinnalla haastattelua, joka täydentäisi koehenkilöiden kokemusten kuvausta.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla se, olisiko tavoitehaastattelu jo sinällään tuloksellinen terveyden kasvatuksen menetelmänä. Tässä tutkimuksessa koehenkilöt raportoivat kokevansa tavoitehaastattelun menetelmänä miellyttäväksi, mutta tämän perusteella ei voi päätellä mitä tuloksia tavoitteellisen toiminnan suhteen saataisiin pelkällä haastattelulla ilman

suggestioäänitettä. Tavoitehaastattelun eräänä hyvänä puolena on se, että henkilö voi itse vaikuttaa tavoitteen muotoiluun ja toteutukseen. Edellä mainitussa asiakaslähtöisessä haastattelussa voi olettaa asiakkaan motivoituvan ja sitoutuvan tavoitteen mukaiseen toimintaan alusta. Tilannetta voidaan kuvata myös niin, että asiakas on objektin sijasta toimiva subjekti. Tämän voi olettaa tukevan terveyskasvatuksen tavoitetta tukea ihmisten omaa halua muuttaa toimintaansa terveyttä edistävään suuntaan.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tavoitehaastattelun jälkeen tapaamista haastattelijan eikä muiden tutkimukseen osallistuneiden kanssa. Jatkotutkimuksissa voisi selvittää sitä, auttaisivatko yksilölliset tai ryhmätapaamiset motivaation ylläpitämistä pidemmällä aikavälillä.

Jatkotutkimuksissa voisi tutkia myös sitä, olisiko koko ryhmälle äänitetty samanlainen suggestiorentoutusäänite toimiva terveyskasvatuksen menetelmänä. Tällöin kiinnostuksen kohteena voisivat olla kuntoutettavat ryhmät kuten esim. diabeetikot, sydänleikatut, astmaatit ja niin edelleen.

8 PÄÄTELMÄT

Terveyskasvatuksen eräänä tavoitteena on elämän hallinnan tukeminen, johon liittyy yksilön tunne siitä, että pystyy tekemään päätöksiä, asettamaan tavoitteita sekä toimimaan tavoitteidensa mukaisesti. Lisäksi ohjauksen haasteena on tukea ihmisten halua vaikuttaa myönteisesti omaan terveyteensä.

Tässä tutkimuksessa lähdettiin hakemaan vastausta siihen, soveltuuko mielikuvaoppiminen, ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja rentoutuminen yksilöllisen terveysohjauksen menetelmäksi.

Tavoitehaastattelusta ja suggestiorentoutusäänitteestä raportoitujen myönteisten kuvausten ja kokemusten perusteella vaikuttaisi siltä, että menetelmä oli sovelias terveysohjauksen menetelmäksi. Intervention aikana koehenkilöt motivoituiivat ja aloittivat tavoitteen mukaisen toiminnan. Tämän perusteella näyttää siltä, että tavoitehaastattelun ja

suggestiorentoutusäänitteen avulla voitiin tukea ihmisten omaa halua vaikuttaa myönteisesti omaan terveyteensä. Lisäksi taustakirjallisuus ja ryhmien väliset erot viittaavat siihen, että tavoitehaastattelun yhdistäminen suggestiorentoutusäänitteen kuunteluun voi katsoa olevan yhteyttä koetun terveydentilan ja koetun rentoutumiskyvyn parantumiseen.

LÄHTEET

Aittola, T. 1997. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Teoksessa P.Sallila & T.Vaherva (toim.) Aikuiskasvatuksen 39. Vuosikirja. Saarijärvi: Gummerus.

Asikainen, R., von Harpe, P. (toim.)1997. Monessa mielessä: NLP mielikirja II. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Beary, J.F. & Benson, H. 1974. A simple psychologic technique which elicits the hypometabolic changes of the relaxation response, *Psychosomatic Medicine* 36, 115-120.

Benson, H. 1976. *The relaxation response*. USA: William Morrow.

Benson, H., Beary, J.F., Carol.M. 1974. *The Relaxation Response*. *Psychiatry* 37, 37-45.

Benson,H., Frankel, F., Apfel, R., Daniels, M., Schiewind, H., Nemiah, J., Sifneos, P., Crassweller, K., Greenwood, M., Kotch, J., Arns, P., Rosner, B. 1978. Treatment of anxiety: a comparison of the usefulness of self-hypnosis and a meditational relaxation technique. *Psychother. Psychosom.* 30, 229-242.

Christopher, R., Mac Clean, K., Walton, K., Wenneberg, S., Levitsky, D., Mandarino, J., Waziri, R., Hillis, S., Schneider, R. 1997. Effects of the transcendental meditation program on

adaptive mechanisms: changes in hormone levels and responses to stress after 4 months of practice. *Psychoneuroendocrinology* 22, 277-295.

Coe, D. & Zimpler, D. 1996. Infusions solution oriented theory and techniques into group work. *Journal for Specialists in Group Work* 21, 49-58.

Cohen, L, Maninon, L. 1995, *Research methods in education*, Great Britain: Biddles Ltd.

Cooligan, H. 1999. *Research methods and statistics in psychology*. London: Hodder & Stoughton.

Coue', E. 1977. *Kuinka parannan itseni suggestiolla*. Pori: Sallinen & Virtanen.

Csikzentmihalyi, M. 1991. *Flow. The Psychology of Experience*. New York: Harper Perennial.

de Shazer, S. 1988. *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton.

de Shazer, St. 1995. *Ratkaisevat erot: ratkaisukeskeinen terapia auttamistyössä*. Tampere: Vastapaino.

Ewles, L., Simmnett, I. 1985. *Promoting health. A practical guide to health education*. Wiley: Chichester.

Engeström, Y. 1982. *Perustietoa opetuksesta*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Furman, B. *Lyhyt ja häikäisevä ratkaisukeskeisyyden historia*.
URL:[http:// www./ratkes.fi/yleinen/historia.htm](http://www.ratkes.fi/yleinen/historia.htm)> 12.12.2002.

Furman, B. & Ahola, T. 1993. *Muuttuset: terapiasta ratkaisuihin*. Keuruu: Otava.

Greenfield, S. 1996. *The Human Mind Explained. An Owner's Guide to the Mysteries of the Mind*. New York: Henry Holt and Company.

Haapasalo, S. 1997. *NLP ja aivot*. Teoksessa R. Asikainen. & P. von Harpe (toim.) *Monessa mielessä NLP mielikirja II*, Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 1995. *Ihmisen fysiologia*. Helsinki: WSOY.

Helander, J. 2000. *Oppiminen ratkaisusuuntautuneessa terapiassa ja ohjauksessa*. Helsinki: Yliopistopaino.

Helakorpi, S., Uutela, A., Prättälä, R., Puska, P. 2000. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2000*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/ 2000. Helsinki: Hakapaino Oy.

Heikkilä, T. 1999. *Tilastollinen tutkimus. Uudistettu painos*. Helsinki: Edita.

- Hirsjärvi, S. & Hurme E. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hämeenaho, P. 1997. NLP psykiatrin työssä. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö.
- Kannas, L. 1991. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 2. Eripainos.
- Karniol, R., Ross, M. 1996. The Motivational Impact of Temporal Focus: Thinking About the Future and the Past. Annual Review of Psychology. Vol. 47.
- Karisto, A. 1991. Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 3/1991. Helsinki: Vapokustannus.
- Kauppila, R. 1999. Oppimisen edistäminen suggestioiden avulla. Tutkimus posthypnoottisten suggestioiden vaikutuksesta oppimiseen. Sipoo. IMDL Oy.
- Kiviaho, M. 1993. Tavoitteen muotoilu. VAK-lehti 1, 20-22.
- Kiviaho M. 1993. Tavoitteen muotoilu. VAK-lehti 2, 23-25.
- Kiviaho M. 1993. Vielä kerran tavoitteista. VAK-lehti 3, 23-25.
- Knox, S. 1981. Biofeedback of EEG alpha: methodological aspects and theoretical considerations. Psykologiska institutionen. Stockholms universitet. Stockholm.
- Kuusinen, K-L. 1993. Hoito-ohjeiden noudattaminen – yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa (toim.K-L. Kuusinen) Terveyspsykologia. Juva: WSOY.
- Laitakari, J. 1999. Terveyskasvatus muuttuvassa maailmassa. Virkaanastujaisesityelmä Jyväskylän yliopistossa 24.11.1999.
- Laitakari, J. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Laitakari, J. 1986. Terveyskasvatuksen suunnittelu. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Lindh, R. 1983. Mielikuvaoppiminen, suggestiopohjaisen oppimisen opas. Juva: WSOY.
- Lindh, R. 1987. Suggestiiviset mielikuvamallit käyttäytymisen muokkaajina tarkkailuluokkalaisilla. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 60. Jyväskylän yliopisto.
- Lindh, R. 1995. Suggestiopohjaisesta pedagogiikasta. Teoksessa R. Lindh & K. Mustonen. (toim.) Suggestiopohjaista pedagogiikkaa suomalaisittain. Helsingin yliopisto. Vantaan täydennyskoulutuslaitos.
- Lindh, R. 1998. Mielikuvaoppiminen. Juva: WSOY.
- Lindh, R. 1995. Huikaisevat kokemukset auttavat oppimaan. Fysioterapia 42, 16-19.
- Luoto, R., Aukee, R. Teoksessa Karisto, A. Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 3/1991. Helsinki: Vapokustannus.

- Lozanov G. 1978. Suggestology and Outlines of Suggestopedy. An Interface Book. New York: Gordon and Breach.
- Luthe, W. 1963. Autogenic training: method, research and application in medicine American Journal of Psychotherapy 17,174-195.
- Manderbacka, K. 1998. Questions on survey questions on health. Swedish institute for social research 30. Edsbruk: Akademitryck AB.
- Mc Queen, DV. 1989. Thoughts on the ideological origins of health promotion. Health Promotion.
- Mezirow, J. et al. 1996. Uudistava oppiminen, kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Helsinki: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Miettinen, R. 1995. Kognitiivisen oppimisenäkemyksen tausta. Julkaisusarja B. Helsinki: Edita.
- Naidoo, J., Wills, J. 1998. Practising Health Promotion. Dilemmas and Challenges. London: Baillie`re Tindall.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A., Björkqvist, S. 1997. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo: WSOY
- Norton, R. 1981. Soft magic. Kirjassa: C. Wilder & J.H. Weakland (toim.) Rigor & imagination: Essays from the legacy of Gregory Bateson. New York: Praeger.
- Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O., ja Urponen, H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Terveyskasvatuksen vuosikirja. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 2, 11-25. Tampere.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. 1990. Ratkaisut löytyvät: psykoterapian uusi suunta. Helsinki: Tammi.
- Ottawa Charter for Health Promotion.1986. Health Promotion 1986:4:iii-v.
- Peavy, R.V. 1999. Sosiodynaaminen ohjaus. Konstruktivistinen näkökulma 21. vuosisadan ohjaustyöhön. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Qualls, P., Sheehan, P. 1983. Imaginative, Make-Believe Experiences and Their Role in the Development of the Child. Teoksessa Mental Imagery and Learning. USA: Educational Technology Publications.
- Raeburn, J.,Rootman, I.1998. People-Centered health promotion. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. Porvoo:WSOY.

- Riikonen, E. 1992. Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 32/1992.
- Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S., Rimpelä, M. 2001. Nuorten terveystapatutkimus.
URL:<http://www.stakes.fi/teidotteet/2002/17.htm>>.25.5.2002
- Saféris, F. 1987. Suggestopedia, oppimisen vallankumous. Keruu: Otava.
- Seedhouse, D. 1986. Health: The foundations for achievement. Wiley: Chichester.
- Shemeikka, S. 1991. Terveyskasvattajan omaksumat toimintamallit ja niiden vaikutusten tutkiminen. Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2/92, 83-90.
- Steenbarger, B. 1992. Toward science –practice integration in brief counselling and therapy. Counseling Psychologist 2, 403-451.
- Suominen, S. 1993. Perceived health and life control. STAKES. Reseach reports 26.Turku.
- Toivonen, V-M., von Harpe, P. (toim.) 1994. NLP mielikirja: Kuinka muuttaa mieltään. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Toivanen, H. 1994. Occupational Stress in Working Women and the Benefits of Relaxation Training. Studies on Bank Employees, Home Helps and Hospital Cleaners.Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 54. Kuopio.
- Tones, K. Selecting indicators of success in health education: the importance of theory and philosophy. Teoksessa L. Kannas, S. Miilunpalo (toim.) Terveyskasvatuksen vuosikirja 1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 8, 33-42. Jyväskylä.
- Tones, K., Tilford, S., Robinson, Y. 1991. Health education: Effectiveness and efficiency. London: Chapman & Hall.
- Tuomisto, J. 1998. Arkipäiväoppiminen aikuiskasvatuksen ja elinikäisen oppimisen kontekstissa. Teoksessa P.Sallila & T.Vaherva (toim.) Aikuiskasvatuksen 39. Vuosikirja. Saarijärvi: Gummerus.
- Walter,J & Peller, J. 1992. Becoming solution-focused in brief therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Vertio, H. 1992. Terveiden edistäminen: valintojen virta. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Vikeväinen-Tervonen, L. 1998. Akateemisten työnhakijoiden psyykkinen valmennus. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 602.

Vincent, J.D. 1990. The Biology of Emotions, Cambridge: Mass. Basil Blackwell.

WHO. 1984. Health Promotion. A Discussion Document on the Concepts and Principles. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Liite 1.

Kysely on luottamuksellinen, henkilötiedot jäävät ainoastaan tutkijan tietoon.

Päivämäärä.....

Nimi.....

Ikä.....

Sukupuoli 1 mies

2 nainen

Siviilisäätö 1 parisuhteessa

2 naimaton

2 asunuserossa tai eronnut

3 leski

Perheeseeni kuuluu.....henkilöä

Koulutus.....

Ammatti.....

Työpaikka.....

Osoite.....

Puhelinnumero työ:..... koti.....

E-mail.....

Ympyröi alla olevista kohdista oikea vaihtoehto:

Haluan rentoutusäänitteen 1 CD levynä

2 kasettina

1. Terveystilani on mielestäni tällä hetkellä

1 hyvä

2 melko hyvä

3 keskitasoinen

4 melko huono

5 huono

jatkuu

Liite 1.

2. Oletko viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana käyttänyt seuraavia lääkkeitä?

	kyllä	ei
verenpainelääkkeitä	1	2
päänsärkylääkkeitä	1	2
muita särkylääkkeitä	1	2
rauhottavia lääkkeitä	1	2
unilääkkeitä	1	2
mitä?.....	muita lääkkeitä,	

3. Oletko tuntenut itsesi jännittyneeksi, stressaantuneeksi tai kovan paineen alaiseksi viimeksi kuluneen kahden viikon aikana?

- 1 kyllä – elämäntilanteeni on miltei sietämätön
- 2 kyllä – melkoisesti enemmän kuin ihmiset yleensä
- 3 kyllä – jonkin verran, mutta en enempää kuin ihmiset yleensä
- 4 vähemmän kuin ihmiset yleensä
- 5 en ollenkaan

4. Miten paljon poltat nykyisin keskimäärin päivässä?

- 1 savukkeitakpl
- 2 sikareita.....kpl
- 3 piippua.....piipullista
- 4 en polta

jatkuu

Liite 1.

5. Alkoholin käyttö

Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olet juonut tavallisen viikon aikana

olutta (III tai IV) tai long drink-juomia _____ pullollista

väkevää alkoholia _____ ravintola-annosta

viiniä tai vastaavaa _____ lasillista

6. Montako tuntia on yöunesi? Keskimäärin.....tuntia

7. Millainen on yöunesi laatu?

- a. nukun hyvin
- b. nukun melko hyvin
- c. nukun huonosti
- d. nukun erittäin huonosti

8. Kuinka tyytyväinen olet elämääsi nykyisin?

erittäin tyytyväinen	1
melko tyytyväinen	2
en tyytyväinen mutta en tyytymätönkään	3
melko tyytymätön	4
erittäin tyytymätön	5

jatkuu

Liite 1.

9. Onko sinulla viimeksi kuluneen kahden viikon aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

	kyllä	ei
päänsärkyä	1	2
lihas- ja nivelsärkyä	1	2
selkäkipuja	1	2
korkea verenpaine	1	2
rintakipuja	1	2
sydämen tykytystä	1	2
unettomuutta	1	2
masentuneisuutta	1	2
kuumetta	1	2
hengenahdistusta	1	2
vatsavaivoja	1	2
astmaa	1	2
ihottumaa	1	2
hermostuneisuutta	1	2
väsymystä	1	2
ylirasittuneisuutta	1	2
keskittymiskyvyn puutetta	1	2

10. Miten arvioisit rentoutumiskykyäsi tällä hetkellä asteikolla 1-10

Rentoutuminen on vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rentoutuminen on helppoa

jatkuu

Liite 1.

11. Mitä asioita haluaisit muuttaa elämässäsi? (Korkeintaan 3)

12. Mitä erityistä on sattunut elämässäsi viimeisen 2 ½ kuukauden aikana?

Liite 2.

KOKEMUSPÄIVÄKIRJA

Pyydän sinua täyttämään viikoittain kokemuspäiväkirjaa. Sen avulla autat tutkimuksen tekemistä. Kokemuspäiväkirjaa on tarkoitus täyttää kerran viikossa esim. sunnuntai-iltana. Tyhjään tilaan voit kirjoittaa muita huomioitasi tai ajatuksiasi. Henkilötiedot ovat luottamuksellisia ja ne jäävät ainoastaan tutkijan tietoon.

Nimi: _____ Päivämäärä _____

Rengasta sopivin vaihtoehto seuraavista:

Viimeisen viikon aikana olen tuntenut, että olen:

tyytyväinen	1	2	3	4	5	tyytymätön
olen toiminut tavoitteeni mukaisesti	1	2	3	4	5	en ole toiminut tavoitteeni mukaisesti
passiivinen	1	2	3	4	5	aktiivinen
rentoutunut	1	2	3	4	5	jännittynyt
kyllästynyt	1	2	3	4	5	innostunut
terve	1	2	3	4	5	ei aivan terve
uupunut	1	2	3	4	5	energinen
ajatukseni ovat selkeät	1	2	3	4	5	ajatukseni harhailevat

Kuinka monta kertaa olet kuunnellut äänitettäsi tällä viikolla? _____

Miltä äänitteen kuunteleminen on tällä viikolla tuntunut?

Mitä erityistä tällä viikolla on sattunut sinulle tai läheisillesi? (sairastuminen, stressi, kiireitä, iloisia tapahtumia)

Liite 3.

Kokemuspäiväkirjojen analyysissä on muuttujat osittain pisteytetty käänteisesti. Pisteytyksessä on myönteistä muutosta kuvaava puoli muuttujista pisteytetty arvoltaan suuremmaksi.

Analyysissä käytetty pisteytys viikoittain täytetyssä kokemuspäiväkirjassa:

tyytymätön	1	2	3	4	5	tyytyväinen
en ole toiminut tavoitteen mukaisesti	1	2	3	4	5	olen toiminut tavoitteen mukaisesti
passiivinen	1	2	3	4	5	aktiivinen
jännittynyt	1	2	3	4	5	rentoutunut
kyllästynyt	1	2	3	4	5	innostunut
ei aivan terve	1	2	3	4	5	terve
uupunut	1	2	3	4	5	energinen
ajatukseni harhailevat	1	2	3	4	5	ajatukseni ovat selkeät

Liite 4.

LOPPUARVIO

Miltä äänitteen kuunteleminen on tuntunut?

Miten henkilökohtaiset ohjeet ovat sopineet rentoutuskasetin yhteyteen?

Mitä mieltä olet ratkaisukeskeisestä tavoitehaastattelusta?

Miltä ohjaaja on vaikuttanut?

Voisitko suositella menetelmää muille?

kyllä 1 ei

Liite 4.

ESIMERKKI RATKAISUKESKEISESTÄ TAVOITTEEN MUOTOILUSTA

Mikä on tavoitteesi tai unelmasi? Mitä toivoisit tapahtuvan? Se voi liittyä työhön, vapaa-aikaan, harrastuksiin tai omaan hyvinvointiin.

Fyysisen hyvinvoinnin parantaminen

Mikä tavoitteessa on sinulle tärkeää? Mitä hyötyä on tavoitteen toteutumisesta?

Oman itsensä arvostaminen, oman hyvinvoinnin arvostaminen

Milloin tavoitteesi on toteutunut?

Kesään mennessä -> liikunta osaksi jokapäiväistä elämää

Mitkä ovat osatavoitteesi? Mitä sinun täytyy tehdä, jotta saavutat tavoitteesi? Mikä on ensimmäinen askel kohti tavoitetta? Mitä konkreettista teet ja millä aikataululla (montako kertaa päivässä, viikossa?) Milloin aloitat? Miten ajattelet itsestäsi, jotta tavoitteesi toteutuu?

- lähden kotiin klo 16-17 välillä
- kotiin tultua ulkoilen (n. 1 h kävelyä)
- töissä kävelen portaat päivittäin
- lumensulamisen jälkeen aloitan pyöräilyn
- viikonloppuisin käyn kävelylenkillä
- ensi syksynä menen jumppaan – viikonloppu kävelyt jatkuvat
- Ajattelen: ”Minä kyllä pystyn!”

Mitä voimavaroja tarvitset tavoitteesi toteuttamiseen?

- Päätäväisyyttä, uskoa itseen, luottamusta siihen, että hyvä olo lisääntyy

Voiko joku muu auttaa sinua?

- Lapsista jompikumpi on mukana, usein ulkoilutetaan naapurin koira

jatkuu

Liite 4.

Ajattele, että näytät minulle videon siitä ajasta, jolloin tavoitteesi on toteutunut; Mikä silloin on toisin? Miltä sinä näytät ja mitä sinä näet? Miltä sinusta tuntuu? Mitä kuulet? Mitä voimavaroja ja taitoja sinulla on?

Olen löytänyt ryhdikkyyttä ja jämäkkyyttä muuhunkin elämään.

Minulla on hyvä mieli, löydän aktiivisuutta itsestäni.

Pystyvyyden tunne kasvaa. Minulla on taito ryhtyä ja tehdä asioita.

Kun tavoite on toteutunut, miten se heijastuu ympäristöösi? Lähimmäisiin? Työtovereihin? Ystäviin?

Heijastuu myönteisesti, iloisuus ja innostus tarttuu. Pinna pitenee, ärsytyskynnys laskee

Kun tavoitteesi on ollut toteutuneena vuoden, mitä myönteistä siitä on seurannut?

Muutoksesta on tullut elämäntapa. Elämän laatu on parantunut.

Millä tavoin kiität itseäsi? Viikon, kuukauden, vuoden..... päästä?

Ostan itselleni jotain urheiluun liittyvää esim. lenkkarit.

Kiitän itseäni mielessäni: ”Olipa hyvä, että tein muutoksen. Hyvä minä!”