

Musiikin kuuntelun järjestäminen sairaalassa  
aivoverenkiertohäiriöistä  
kuntoutuvien hoidon tukena.  
Osallistava toimintatutkimus.

Sari Laitinen FM

Jyväskylän yliopisto

Musiikin laitos: Musiikkiterapia  
Lisensiaatintutkimus

Kevät 2008



Tiedekunta Humanistinen	Laitos Musiikin laitos
Tekijä Sari Laitinen	
Työn nimi Musiikin kuuntelun järjestyminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien hoidon tukena. Osallistava toimintatutkimus.	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Lisensiaatintutkimus
Aika Kevät 2008	Sivumäärä 84
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän työn tavoite on yhteisammattillisuuden kehittäminen musiikkiterapeuttien ja hoitohenkilöstön välillä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden varhaiskuntoutuksessa. Tutkimus on ajankohtainen, koska mielimusiikin kuuntelun on todettu kohentavan aivoinfarktiin sairastuneen kognitiivisia toimintoja sekä mielialaa.</p> <p>Osallistavan toimintatutkimuksen avulla musiikkiterapeutti-tutkija ohjasi kahdessa sairaalassa kuntoutusosastoilla työskenteleviä hoitajia käyttämään musiikin kuuntelua kuntouttavan hoitotyön osana. Kummassakin sairaalassa hoitajat järjestivät potilaille mieluisaa kuunneltavaa ja kertoivat menetelmän käyttöönottoon liittyvistä havainnoista puolen vuoden aikana järjestetyissä viidessä ryhmähaastattelussa. Ryhmähaastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Muu tutkimusaineisto koostui alkutietolomakkeista, hoitajien täyttämistä seurantalomakkeista sekä tutkijan reflektiopäiväkirjasta.</p> <p>Haastattelut analysoitiin induktiivisella ja abduktiivisella laadullisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tuloksena esitetään hoitajien kuvaamat havainnot musiikin kuuntelun käyttööntamisesta. Puhevaikeuksista kuntoutuvat, rauhattomat tai syrjäänvetäytyvät potilaat hyötyivät hoitajien mukaan avustetusta kuuntelusta. Toisaalta hoitajat huomasivat saavansa menetelmän avulla potilaista uutta tietoa, joka avarsi hoitaja-potilas-suhdetta. Musiikin kuuntelun käyttöön ottaminen tarvitsee lisäksi musiikkiterapeuttien antamaa koulutusta hoitohenkilöstölle.</p>	
Asiasanat Musiikin kuuntelu, aivoverenkiertohäiriöt, varhainen kuntoutus, musiikkiterapia, osallistava toimintatutkimus, kuntouttava hoitotyö, yhteisammattillisuus	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos	
Muita tietoja Tekijä on saanut tutkimusta varten Miina Sillanpään Säätiön sekä Konkordiaaliiton apurahan.	



## Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	7
2 AVH-potilaiden kuntoutus Suomessa .....	9
2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys Suomessa.....	9
2.2 Oirekuva .....	10
2.3 Varhainen moniammatillinen kuntoutus.....	11
2.4 Laitos- ja avokuntoutus.....	13
2.5 Toimintakyvyn määrittely .....	14
2.6 Kuntouttava hoitotyö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö .....	15
3 Musiikkiterapian mahdollisuuksista AVH-potilaiden kuntoutuksessa .....	18
3.1 Musiikkiterapiamenetelmiä neurologisessa kuntoutuksessa.....	18
3.2 Toimintakykyä kehittävä ja psykoterapeuttinen musiikkiterapia.....	20
3.3 Strategiana toiminnan parantuminen tai kompensatio .....	21
3.4 Musiikin kuuntelu ja sen tutkimus MuKu-projektissa .....	24
4 Musiikin kuuntelu terapiassa ja hoitotyössä .....	26
4.1 Musiikkiterapian menetelmänä kuuntelu .....	26
4.2 Musiikin kuuntelu terapeuttisena toimintana kivun ja stressin lievityksessä.....	27
5 Tutkimusprosessi.....	30
5.1 Tutkimuksen lähtökohtia .....	30
5.2 Toimintatutkimus .....	31
5.3 Tutkimustehtävä.....	32
5.4 Organisaatiot .....	32
5.5 Menetelmän käyttöönoton vaiheet.....	34
5.6 Tutkimusaineisto.....	35
5.6.1 Alkutieto.....	35
5.6.2 Haastattelut .....	35
5.6.3 Seurantalomakkeet .....	37
5.6.4 Reflektiopäiväkirjamerkinnot .....	37
5.6.5. Loppuarviointikeskustelu .....	37
5.7 Aineiston analyysi .....	37

6 Tutkimustulokset.....	40
6.1 Alkutietolomakkeiden tulokset.....	40
6.2 Hoitajien käyttämien seurantalomakkeiden tulokset.....	42
6.3 Ryhmähaastattelujen sisällönanalyysin tulokset .....	43
6.3.1 Musiikin kuuntelu kuntouttavan hoitotyön osana: potilaan, hoitajan ja organisaation näkökulma.....	47
6.3.2 Kuuntelumenetelmän kuvaus haastatteluista poimittuna .....	50
6.3.3 Käytännön järjestelyt.....	51
6.3.4 Potilaiden kulttuurin huomioiminen .....	55
6.3.5 Kuuntelun soveltuvuus erilaisille potilaille .....	58
6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys: Koulutusmallin luominen.....	60
7 Toimintatutkimuksen toteutuksen reflektio.....	64
7.1 Toimintatutkijan rooli .....	64
7.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	65
8 Tulosten pohdintaa.....	67
Kirjallisuus .....	70
Muut lähteet .....	79
Taulukot.....	80
Kuviot.....	80
Liitteet .....	81
Liite 1. Kysely hoitavalle henkilöstölle .....	81
Liite 2. Kuuntelun järjestymisen seuranta.....	83
Liite 3. Musiikkilista.....	84

## 1 Johdanto

Aivoinfarktiin sairastuneen varhaiskuntoutus on myöhemmälle elämänlaadulle ja toimintakyvylle arvokkain ja strategisin kuntoutumisen vaihe. Toimintakyvyn palautuminen eli kuntoutuminen perustuu aivojen re-organisaatioon, jolloin uusia hermoyhteyksiä syntyy vaurioituneiden tilalle aktiivisen toiminnan ja rikastetun havaintoympäristön avulla (mm. Virsu 1991, Witte 1998, Chen et al. 2002, Rossini et al. 2003, Kreisel et al. 2006). Tutkimuksen mukaan n. 20% aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista jatkavat akuuttivaiheen jälkeen sairaalassa tai muussa laitoksessa kuntoutumistaan (Rydal-Torp 2006), jolloin tulisi erityisesti panostaa ympäristön virikkeellisyyteen.

Idea musiikin kuuntelun hyödyntämisestä ja sen lanseeraamisesta kuntoutusosaston hoitajien työväliseksi syntyi, kun minua pyydettiin mukaan Helsingin ja Jyväskylän yliopistojen yhteiseen Musiikin Kuuntelu -projektiin. Musiikin kuuntelu aivoinfarktipotilaiden kuntoutuksessa (MuKu)-tutkimusprojektin tarkoituksena oli selvittää kuuntelukokeiden, neuropsykologisten testien sekä aivotutkimusten avulla musiikin kuuntelun mahdollista vaikutusta aivoinfarktin jälkeiseen hermostolliseen uudelleen järjestäytymiseen 60 potilaalta kerättävän tiedon avulla. Tutkimus oli kontrolloitu ja satunnaistettu tutkimus, jossa 20 potilasta kuunteli musiikkia, 20 äänikirjoja ja 20 potilasta kuului verrokkiryhmään. Näiden tietojen pohjalta saatiin näyttöä kuunteluun pohjaavasta kuntoutusmenetelmästä. Tietoa menetelmän vaikutuksesta saatiin mittausten avulla, jotka toteutuivat MuKu-projektissa magneettikuvauksen (MRI) sekä magnetoenfalografiatutkimuksen (MEG) avulla, jossa käytetään MMN (mismatch negativity) lähestymistapaa. Lisäksi tehtiin neuropsykologinen kartoitus sekä kysely ajankäytöstä. Nämä mittaukset tehtiin heti sairastumisen tapahduttua, kolmen kuukauden kuluttua sekä kuuden kuukauden kuluttua sairastumisesta. Tutkimus alkoi vuonna 2004 ja tuloksia raportoitiin keväällä 2008. (Särkämö, Tervaniemi et al. 2008.)

Osallistava toimintatutkimus lähti liikkeelle edellä esitetystä MuKu-projektista. Samaan aikaan MuKu-projektin kanssa tiedotettiin kahdessa kaupungin sairaalassa, joissa kuntoutetaan aivoverenkiertohäiriön saaneita henkilöitä, musiikin kuuntelun mahdollisista positiivisista vaikutuksista. Haluttiin käytännössä kokeilla, voisiko mielimusiikin järjestäminen olla neurologisia potilaita kuntouttavassa ympäristössä toimiva kuntoutusta edistävä, helposti käyttöönotettava väline muunkin henkilöstön kuin musiikkiterapeuttien toteuttamana.

MuKu-tutkimuksessa tärkeää oli aktivoida potilasta mieluisan musiikin kuunteluun heti aivoinfarktin akuuttivaiheessa. Musiikin kuuntelu aloitettiin diagnoosin ja tutkimuskriteerien varmistuttua ja potilaan suostuttua tutkimukseen mukaan. Kuuntelu oli luonteeltaan aktiivista, mutta ei kuormittanut potilasta fyysisesti. Seuranta tehtiin säännöllisesti kahden kuukauden ajan, ja kuntoutujat pitivät kuunteluistaan päiväkirjaa

Sairaalaolosuhteissa musiikin on todettu vähentävän psyykkistä jännittyneisyyttä ja rauhoittavan kuuntelijaa (Pelletier 2004). Mielimusiikin kuunteleminen soveltuu varhaisvaiheen kuntoutuksen tueksi, koska se aktivoi paitsi sairastuneen kognitiivisia toimintoja myös tuottaa mielihyvää (Peretz & Zatorre 2005). Musiikin kuuntelu koetaan positiivisena, koska usein kyky nauttia musiikista säilyy vam-

mautumisesta huolimatta ja se ei ole fyysisesti rasittavaa. Aivoverenkiertohäiriön johdosta joskus saattaa ilmaantua amusiaa, jolloin henkilö menettää kyvyn kuulla musiikkia ja nauttia siitä (mm. Peretz 1985; 1990).

Musiikki ei tässä tutkimuksessa ole pelkkä akustinen stimulus. Musiikin kuuntelu tässä kontekstissa tarkoittaa jotain merkityksellistä sairastuneen historiassa. Se on itse valittua ja miellyttävää. Tiedetään, että musiikin hahmottaminen tapahtuu aivoissa ja että se on monimutkaista keskushermoston toimintaa sisältäen musiikin kuulemiseen, äänien erotteluun, rytmin ymmärtämiseen sekä peräkkäisesti ja samanaikaisesti kuullun ärsykkeen tiedonkäsittelyyn liittyviä operaatioita (Altenmuller 2003, 347). Jo sellaisenaan musiikin kuuntelu aktivoi aivoja, mikä aivohalvauspotilaan kuntoutuksessa on keskeistä. Tutkimuksen lähtökohta on kuitenkin se, että entuudestaan tuttu tai tutulta kuullostava musiikki on yhteydessä aiempiin inhimillisesti merkityksellisiin kokemuksiin. Musiikki voi olla keino lievittää potilaan sairastumiseen liittyvää kriisin kokemusta ja myöhemmin mahdollisessa laitoshoidossa se voi lisätä henkilökunnan tietoa potilaan tärkeäksi kokemista asioista, sekä tukea kuntoutumista.

Tutkimus kohdistuu kuuntelumenetelmän käyttöönoton kuvaamiseen kahdessa eri sairaalaorganisaatiossa. Toimintatutkimus osallisti omahoitajat musiikinkuuntelukokeilun sisäänajajiksi. Heidän avullaan hoitomenetelmää kehitettiin eteenpäin ja pyrittiin selvittämään kuunteluun liittyviä mahdollisia ongelmatilanteita. Varsinaisia käyttöönottajia ovat laitokset ja niiden työntekijät. Tarkoitus oli aktivoida sairaalat/kuntoutuslaitokset kiinnostumaan kuuntelun terapeuttisesta vaikutuksesta, ottamaan se osaksi kuntouttavaa hoitotyötä ja kannustaa hoitajia kiinnittämään huomiota kuuntelumateriaalin olemassaoloon.

Käytännön työntekijöiden osuus korostuu nykyisessä terveydenhuollon mallissa, kun priorisointi ja taloudellisuus samoin kuin potilaitten näkemysten huomioon ottaminen lisääntyy. Uusien hoitomenetelmien käyttöönotto on päätös, joka on riippuvainen ajasta, paikasta, vallitsevasta terveystaloustilanteesta, arvoista ja ideologeista. Kuopion yliopistossa tehdyn terveydenhuollon priorisointiin keskittyneen tutkimuksen mukaan voimavarojen lisääntyessä pidetään tärkeänä terveyden edistämiseen liittyviä palveluja, kun tiukoissa oloissa keskitytään akuutisairaanhoidon (Lammintakanen 2005). Edellä mainitussa tutkimuksessa todettiin, että päätösten teko on yhtä tärkeää kuin se, miten tehdyt päätökset tulkitaan ja miten ne toimeenpannaan käytännössä. Tämän osallistavan toimintatutkimuksen osalta keskeistä oli tehdä havaintoja musiikin kuuntelun mahdollisista käytännön hyödyistä, auttaa hoitohenkilöstöä tekemään potilaan kannalta kuntoutumista edistäviä päätöksiä ja toimia kuntoutumista edistävästi.

Tässä tutkimuksessa esitellään aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutusta yleisesti, kuntouttavaa hoitotyötä, musiikin kuuntelusta tehtyjä tutkimuksia ja käytätapoja, osallistavaa toimintatutkimusta sekä raportoidaan tehdyn tutkimuksen tuloksia. Lopuksi esitetään tehdyn tutkimuksen pohjalta luotu koulutusmalli, jonka avulla musiikin käyttöä voidaan lisätä potilaiden kuntoutumiseksi sairaalolosuhteissa.



## 2 AVH-potilaiden kuntoutus Suomessa

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on yleisnimitys aivoverenkierron sairaustiloille. Sen seurauksena on yleensä aivohalvaus. Tämä aivojen toimintahäiriö johtuu aivokudoksen vaurioitumisesta, ja sillä tarkoitetaan tahdonalaisten lihasten halvausta ja aivojen pysyvää toiminnanvajausta. Taustalla yleensä oleva aivoverenkiertohäiriö puolestaan johtuu aivovaltimotukoksesta, aivoinfarktista, joka on vaillinaisen verenvirtauksen tai verenvirtauksen puuttumisen aiheuttama aivokudoksen pysyvä vaurio. Näitä on 80 % tapauksista, kun taas aivoverenvuotoja ilmenee n. 10 % tapauksista. Aivoverenkiertohäiriöiden todetaan aiheuttavan enemmän laatu- ja elinvoimien menetystä kuin minkään muun sairauden, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyvä haitta (Kaste et al. 2001, 247).

Myös aivovamma, aivokasvain tai tulehdus voivat aiheuttaa aivojen toimintahäiriötä ja halvauksia. Aivoverenkiertohäiriöihin kuuluvia tiloja ovat nopeasti ohimenevä aivoverenkiertohäiriö eli TIA, aivoinfarkti (aivokuolio), aivoverenvuoto eli valtimovuoto aivoaineeseen sekä SAV eli valtimovuoto lukinkalvon alaiseen tilaan (HUS-tietopankki 2004; Kauhanen 1999).

Infarktin ollessa kyseessä liotushoito tulisi saada kolmen tunnin kuluessa kohdasta. Tämä on mahdollista suurimmissa asutuskeskuksissa, joissa ambulanssien saatavuus on hyvä ja sairaaloissa on tehokas alkuhoitojärjestelmä. Meretojan (2007, 6) tekemän selvityksen mukaan vain noin puolet suomalaisista potilaista on asuinpaikkansa perusteella liotushoidon ja AVH-yksiköiden piirissä. Vuonna 2003 kattavat AVH-keskukset olivat HYKS, TYKS, ja TAYS, ja perustason AVH-keskuksia olivat KYS, OYKS, Etelä-Karjalan, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan, Länsi-Pohjan, Lapin, Satakunnan, Etelä-Pohjanmaan ja Päijät-Hämeen keskussairaalat (emt., 9).

Kun henkilö sairastuu aivoverenkiertohäiriöön, paras kuntoutumisennuste saavutetaan silloin, kun potilas pääsee kattavan aivoverenkiertohäiriötä hoitavan yksikön hoitoon. Tutkimuksissa on todettu kuolleisuuden vähentyvän, laitoshoidon tarpeen vähentyvän ja omatoimiseksi kuntoutumisen edistyvän, kun akuuttihoito tapahtuu erikoistuneessa AVH-yksikössä (mm. Jörgensen 2000). Kolmasosa Suomen uusista AVH-potilaista pääsi v. 2003 kattavan AVH-yksikön hoidon piiriin (Meretoja 2007, 21).

### 2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys Suomessa

Aivoverenkiertohäiriöt ovat suuri terveysongelma kaikissa teollistuneissa maissa; se on toiseksi yleisin kuolinsyy Suomessa (4 606 kuolemaa v. 2004) ja kolmanneksi merkittävin vammaisuuden syy maailmassa (Meretoja et al. 2007, 6). Arviot ja tilastot uusista sairastapauksista vaihtelevat: syynä vaihteluun voi olla diagnosointiin ja tilastointiin liittyvät erilaiset kriteerit. Aieminpina vuosina on esitetty arvioita, että aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain 12 000–14 000 henkilöä (Kaste et al. 2001, 247; Ollila 2002; Kallanranta 2002, 100), mutta uudemman selvityksen mukaan on todettu uusia AVH-tapauksia olleen 22 800 vuonna 2003 (Meretoja 2007, 20). AVH on erityisesti vanhojen ihmisten sairaus, mutta voi esiintyä nuoremmillakin. Sairastavuus eri ikäryhmissä vaihtelee: kaksi tuhannesta 25–74-vuotiaasta, kaksi sadasta 75–84-vuotiaasta ja kolme sadasta yli 85-vuotiaasta

sairastuu aivohalvaukseen (Tuomilehto 2002). Noin 80 % eloonjääneistä selviytyy myöhemmin kotonaan ja viidennes palaa työelämään. Joka vuosi noin 5000 uutta potilasta tarvitsee Suomessa lääkinällistä kuntoutusta; lisäksi n. 30 000 aiemmin sairastunutta tarvitsee ajoittain toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta (Kaste ym. 2001; 247, 296). Nykyisin arvioidaan päivittäin 38 henkilön sairastuvan aivoverenkiertohäiriöön (HUS-tietopankki 2004); joka vuosi sairastuu yksi kolmestasadasta suomalaisesta aivoverenkiertohäiriöön (Meretoja et al. 2007, 6). Suomessa arvellaan olevan kaikkiaan 41 000 aivohalvauspotilasta (Rissanen 2007).

## 2.2 Oirekuva

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen yleisin oire on hemipareesi, sillä sitä on eri lähteissä raportoitu olevan 70–80 prosentilla potilaista akuuttivaiheessa. Usein halvaus kohdistuu yläraajaan, koska media cerebri arteria (keskimäinen aivoja ruokkiva verisuoni), johon aivoinfarkti yleisimmin kehittyy, suonittaa käden toimintojen ohjauskeskusta aivoissa. Muita yleisiä oireita ovat afasia (20–30%) sekä kognitiiviset häiriöt (27–35%), puhehäiriöiden ja kognitiivisten häiriöiden yhdistelmät samoin kuin muisti ja havainnoimishäiriöiden yhdistelmät. Psykkisistä oireista masennus ja aloitekyvyttömyys ovat yleisiä. Afasia ja masennusoire yhdessä heikentävät kognitiivista suorituskykyä. (Kauhanen 1999, 17–18; Kallanranta 2002, 100.)

*Taulukko 1. Tavallisia kognition häiriöitä oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioituttua. (Kuikka et al. 2001, 63.)*

Oikea aivopuolisko	Vasen aivopuolisko
Heikentyneisyyttä kehon ja ympäristön vasemman puolen huomioinnissa	Kielellisen viestinnän ymmärtämisen häiriöt
Tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöt	Kielellisen viestinnän tuottamisen häiriöt
Kehon ympäristön vasemman puolen huomiotta jääminen ja muita tarkkaavuusongelmia	Heikentyneisyyttä kehon ja ympäristön oikean puolen huomioinnissa
	Oheisviestinnän tuottamisen häiriöt
Pukeutumisen ja paikkojen löytämisen vaikeuksia	Tahdonalaisten liiketaitojen häiriöitä molemmissa käsissä
Ei-kielellisen muistamisen häiriöt	Kielellisen muistamisen häiriöt
Sairaudentunto usein heikentynyt	Sairaudentunto jopa korostunut
<b>Tyypillisiä muita muutoksia:</b>	
Kehon vasemman puolen halvaus ja tuntopuutoksia	Kehon oikean puolen halvaus ja tuntopuutoksia
Näkökenttävajauksia vasemmalla	Näkökenttävajauksia oikealla

Afasia eli kielellisten toimintojen häiriö kehittyy dominoivan aivopuoliskon aivoverenkiertohäiriön vuoksi kolmasosalle AVH-potilaista (Pedersen et al. 1985). Silloin vaurioituvat vaurion laajuudesta johtuen eriasteisesti puheen tuottaminen ja/tai puheen ymmärtäminen, mahdollisesti myös kirjoittaminen, lukeminen ja laskeminen. Ei-dominantin aivopuoliskon vaurioon voi liittyä vastakkaisen puolen havaintokentän ja oman kehon huomiotta jättämistä. (Kaste et al. 2001, 296.) Taulukossa 1 on esitelty tavallisia kognition häiriöitä oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioissa.

Kuntoutumista heikentäviä tekijöitä on todettu olevan toispuoleinen raaja-halvaus, toispuoleinen toimintatilan huomiotta jääminen (neglect-oireisto) sekä sairauden tiedostamisen vaikeus tai oireiden vähättely (anosognosia). Neglect on kykenemättömyyttä prosessoida jompaan kumpaan havaintokenttään tulevaa sensorista tietoa, ja se näyttää olevan yleisempää oikean aivopuoliskon vaurioissa (Kajaste & Putkonen 1990, 164). Tyypillistä on lisäksi tunnereagoinnin latistuminen. Varsinkin anosognosia ja neglect pidentävät tutkimuksen mukaan sairaalassaolo-aikaa ja ennakoivat myös heikompaa kuntoutumista (Jehkonen 2002).

Osallistavaa toimintatutkimusta käynnistäessäni hoitajat pyysivät minua tapamaan musiikin kuuntelijaksi ryhtynyttä potilasta. Tämän potilaan kuvaamana neglect-hahmotushäiriö näyttäytyy näin (P1 on potilas, T on tutkija):

*P1: Mulla toi hahmottaminen on ongelma. Ja kun sitä ei itse tajua, niin se on suorastaan kiusallista.*

*T: Ettei huomaakaan että toinen puoli puuttuu.*

*P1: Mulla on yksi kaistale, mistä mä en näe, mikä ei piirrä kuvaa aivoihin. He-sarin otsikosta voi jäädä alkuosa puuttumaan. Pystyy kyllä lukemaan, näössä ei ole mitään vikaa. Mutta se on se hahmottaminen.*

*T: Se jää puutteelliseksi.*

*P1: Toimintaterapeutti pisti mut kokoamaan palapeliä niin mä en saanu sitä tehtyä. Kuva ei tule kokonaiseksi. Jäi kesken.*

*T: Voiko kysyä, että näetkö mielikuvissasi esim. maiseman kokonaisena vai jääkö siitäkin puuttumaan osa pois?*

*P1: Kyllä mä sen näen kokonaisena. Voin kuvitella. En kauhean aktiivisesti ole kuvitellut, mutta pystyn kyllä.*

### 2.3 Varhainen moniammatillinen kuntoutus

Lähes poikkeuksetta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet tarvitsevat varhaisvaiheessa sairaalahoitoa, jossa toteutuu moniammatillinen hoito. Aktiivinen kuntoutus voidaan aloittaa heti, kun elintoiminnot ovat vakaat ja vaara sairauden pahenemisesta on ohitettu. Aktiivinen työote ja erityisosaaminen ovat keskeisiä tekijöitä hyvän hoitotuloksen saavuttamisessa. (Jörgensen et al. 2000, Puumalainen 2002, 20–21; Kallanranta 2002, 101.) Aivoinfarktipotilaan ikä, sukupuoli tai halvauksen vaikeusaste eivät ole esteenä tehokalle kuntoutukselle. Tärkein kuntoutumista ennustava tekijä on AVH:n vaikeusaste (mm. Jörgensen 1999).

Nopean kuntoutumisen vaihe kestää 3–6 kuukautta välittömästi alkuvaiheen jälkeen. Tämä vaihe päättyy, kun mainittavaa toiminnallista edistymistä ei enää

tapahdu (Korpelainen et al. 2001, 230). Kuntouttavan toiminnan teoreettisena lähtökohtana on aivojen muovautuvuus (mm. Virsu 1991). Hermoverkkojen uudelleen järjestymisen ja synapsien syntyminen on mahdollista vain kuntoutujan aktiivisen toiminnan avulla. Toiminnalla on vaikutusta: kustannusvaikuttavuustutkimuksissa on saatu parhaita tuloksia, kun kuntoutus on aloitettu 12-20 vuorokauden kuluessa sairastumisesta. Tehdyissä tutkimuksissa on todettu kustannusvaikuttavuutta vielä silloinkin, kun kuntoutus on aloitettu 240 vuorokautta sairastumisen jälkeen. (Kallanranta 2002, 102.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutusketjussa neurologian erikoislääkärit, hoitohenkilökunta ja terapeutit ovat alkuvaiheessa tärkeät hoito- ja kuntoutustyön edustajat. Puheterapian tavoitteena on parantaa kommunikointikykyä, tarvittaessa harjoituttaa kielellisiä toimintoja tai arvioida korvaavia kommunikointimahdollisuuksia ja kommunikoinnin apuvälineitä. Sosiaalihoitaja tiedottaa ja auttaa löytämään yhteiskunnalliset etuudet, jotka sairastuneelle ja hänen perheelleen kuuluvat. Lakisääteisiä palveluja ja tukitoimia vammaisuuden perusteella määritetään laissa. Järjestettäviä palveluita ovat mm. kuljetuspalvelut 5§, asunnonmuutostyöt 12§, kuntoutusohjaus 14§ sekä henkilökohtaisen avustajan järjestäminen 16§ ([www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759); luettu 8.3.2008). (Salonen 1994, 11; Korpelainen et al. 2001, 236–237)

Toimintaterapiassa keskitytään arkipäivän toimintojen sujuvuuteen; pyrkimyksenä on oppia uudessa tilanteessa toimimaan mahdollisimman itsenäisesti. Harjoitteet painottuvat arkipäivän toimiin, itsestä huolehtimisen taitoihin ja käden käytön harjaantumiseen. Fysioterapiassa pyritään palauttamaan sairastuneen liikuntakyky mahdollisimman hyväksi virheasentoja estämällä. Harjoittelu painottuu kävelyn, siirtymisten tai painonsiirtojen kehittymiseen, oikaisu-, tasapaino- ja suojareaktioiden tutkimiseen ja niiden helpottamiseen sekä kunnan kohentamiseen kuntoutujan voimavarojen mukaan. Molemmissa terapioiden sopivien apuvälineitten avulla parannetaan toimintojen ja liikkumisen itsenäisyyttä. Kotona selviytymistä helpottavat kodinmuutostyöt, joita toiminta- ja fysioterapeutti arvioivat ja suosittelevat.

Neuropsykologinen kuntoutus kohdistuu aivojen toimintaan. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on lieventää vaurion aiheuttamia toimintakyvyn rajoituksia jäsentämällä muuttunutta toimintakykyä uudelleen ja tukemalla ympäristöön sopeutumista. Kuntoutuksella pyritään lievittämään kognitiivisia puutosoireita aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Näitä neuropsykologisia häiriöitä ovat kielelliset häiriöt, ympäristön ja oman kehon hahmottamisen häiriöt, tahdonalaisten liikkeiden häiriöt, muistin ja orientaation häiriöt, keskittymisen, tarkkaavuuden, vireyden häiriöt, sekä neglectoireisto, toiminnan ohjailun häiriöt, oiretiedostuksen häiriöt sekä tunnereagoinnin, mielialan ja persoonallisuuden muutokset. Jehkosen (2006) mukaan jatkotutkimuksen haasteena kognitiivisten toimintojen kuntoutuksen pätevyyden osoittamiseksi on tutkia mm. psykologisen supportin merkitys.

Psykologi ja taideterapeutit käyvät parhaassa tapauksessa kuntoutujan kanssa sairastumiseen liittyviä tunteita ja kokemuksia läpi (Tuikka 2000). Psykososiaalisella kuntoutuksella pyritään tukemaan uusien roolitoimintojen tai toimintamallien löytymisiä sekä lieventämään psyykkistä ahdistuneisuutta. Sosiodraama on osoittautunut hyväksi menetelmäksi AVH-potilaiden sopeutumisvalmennus-

menetelmänä (Pyyppönen 1990, Marna 1995). Myös musiikkiterapian avulla on mahdollista vahvistaa toiminnallisia valmiuksia, vähentää psyykkistä oireilua tunteiden ilmaisun avulla sekä lisätä kuntoutujan voimavaroja (mm. Morgan & Tilluckdharry 1982; Magee 2002). Yleisesti musiikkiterapia voi olla sekä toiminnallisia valmiuksia kehittävää että psykodynaamisesti suuntautunutta neurologisten potilaitten kuntoutuksessa (Jochims 2004).

Kaikilla kuntoutusinterventioilla pyritään tukemaan kuntoutujan arjesta selviytymistä ja palauttamaan toimintakykyä vaikkakin eri osa-alueiden tavoitteet tarkentuvat kunkin ammattiryhmän mukaan. Potilaan tutkimisen avulla määritellään soveltuvimmat hoitomenetelmät. Kuntoutujan tarpeet on selvitettävä asiakaslähtöisesti. Päällekkäisyyksiä ja toisaalta ”tarpeettomia” terapioita pyritään vähentämään kustannusten alentamiseksi, ja siksi myös musiikkiterapeuttien on löydettävä vaikuttavia tapoja, joilla perustellaan musiikkiterapian hyödyllisyyttä AVH-potilaiden kuntoutumisessa. (Scalenghe & Murphy 2000, 29.)

## 2.4 Laitos- ja avokuntoutus

Kuntoutustarvetta selvitetään alkuvaiheen sairaalahoidon ja kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan julkisen terveydenhuollon kuntoutustii-  
missä. Siinä mainitaan kuntoutuksen tavoitteet, menetelmät, määrät ja tiheys, sekä keneltä kuntoutus hankitaan. Kuntoutus voi toteutua kunnan palveluna, Kelan maksamana tai muun sopimuksen mukaan. Lääkärin kirjoittamaa B-lausuntoa tarvitaan Kelalta anottavaa kuntoutusta varten, jota tarjotaan sekä vaikeavammaisten lakisääteisenä että harkinnanvaraisena kuntoutuksena (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566). Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta on mm. fysio-, toiminta-, puhe- tai musiikkiterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus. Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen piiriin pääsyn ehtona on korotettu hoitotuki sekä kotona asuminen.

Kuntoutus voi olla joko laitostuntoutusta tai avopalveluna tapahtuvaa. Laitostuntoutus on tyypillisesti intensiivistä, moniammatillista ja kuntoutujaa sekä omaista tukevaa toimintaa. Tiiviisti toteutetussa sopeutumis- ja kuntoutuskurssilla voidaan kartoittaa kuntoutujan toimintakykyä monipuolisesti ja samalla arvioida hänen jaksavuuttaan, lisätä hänen tietoaan sairauteen liittyvissä asioissa asiantuntijaluentojen kautta ja antaa psykososiaalista tukea. Ryhmätoiminnot ovat keskeisiä ja niihin osallistuminen on tärkeää. Vertaistuen merkitys on sairastuneelle sekä hänen puolisolleen suuri, sillä ryhmässä kerrotut tapahtumat ja kokemukset helpottavat osallistujia ymmärtämään ettei ole kokemuksineen yksin. (Nummi 1991; Salonen 1994.)

Avokuntoutus on luonteeltaan pitkäjaksoista, kerran tai kaksi kertaa viikossa toteutuvaa. Terapian tavoitteet liittyvät usein toimintakyvyn parantumiseen, hahmottamiskyvyn kehittymiseen ja korvaavien kommunikaatiotaitojen oppimiseen. Palveluntarjoajat ovat tehneet sopimuksen Kelan kanssa palveluntuottajina, jolloin asetetut standardit kuntoutuksen suhteen täyttyvät. Aivohalvauspotilaan kuntoutusura on pitkä, ja jossain vaiheessa huomataan, etteivät kuntoutujan taidot enää kehity, ja kuntoutuksen painopiste vaihtuu toimintakykyyn liittyvien stra-

tegioiden harjoitteluun tai henkilökohtaisten voimavarojen lisäämiseen (Baker & Roth 2004).

Toimintakyvyn rajoittuminen fyysisesti, kommunikaation ongelmat tai hahmotushäiriöt heikentävät kuntoutujan omatoimisuutta ja osallistumisen mahdollisuuksia. Perheen kuormittuneisuus on otettava huomioon myös sairastumisen alkuvaiheessa sekä kuntoutuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa. Erityisiä sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja järjestetään joko Kelan kustantamana tai valtion muuten tukemana toimintana valituissa kuntoutumispaikoissa. Näitä ovat mm. Turussa Aivohalvaus- ja dysfasialiiton kuntoutuspaikka Suvituuli, Kankaanpään kuntoutuskeskus, Rokuan kuntoutuskeskus, Oulun diakonissalaitos sekä Synapsia Invalidiliiton kuntoutuskeskus että Wilhelmiina-asumispalvelukeskus Helsingissä.

Moniammatillinen ote kuntoutuksessa saavuttaa parhaiten potilaan tarpeet, ja erilaisilla menetelmillä voidaan luoda parhaita kuntoutusmetodeja yksittäisen kuntoutujan avuksi. Voihan olla niin, että rajoitukset toiminnassa ovat hoitohenkilökunnan tai terapeutin näköalan puutetta, ja tieto-aidon siirtäminen ammatikunnalta toiselle yhteisammattillisesti on asiakkaan eduksi. Pitkät terapiasuhteet ovat haasteellisia, ja hyvä työntekijäverkosto tukee kuntoutujaa tämän pitkällä ”kuntoutusuralla”.

## 2.5 Toimintakyvyn määrittely

WHO on määritellyt toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä ICF (International classification of functioning, disability and health) -luokituksen mukaan. Sen mukaan keskeistä on tukea paitsi kuntoutujan toimintakykyä niin myös merkittävästi panostaa ympäristöön ja lisätä kuntoutujan osallistumisen mahdollisuuksia. Suoritukset ovat riippuvaisia terveydentilasta, ruumiin ja kehon toiminnoista, tilannekohtaisista tekijöistä sekä osallistumisesta. Tilannekohtaisia tekijöitä ovat sekä ympäristötekijät että yksilötekijät. Yleinen tavoite on, että henkilön toimintarajoitteet eivät saisi heikentää hänen osallistumismahdollisuuksiaan. (WHO 2001.)

Suorituksia ja osallistumista kuvaavia ulottuvuuksia ICF-luokituksessa ovat: oppiminen ja tiedon soveltaminen, erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen ehdot, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet (mm. työ, koulutus), yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta. Näitä arvioidaan suorituskyvyn ja -tason mukaan. (Taulukko 2).

Nämä yhdeksän ulottuvuutta kiteyttävät kuntoutustoiminnan yhteydessä syntyvän muutoksen selvittämisen. Huomattavaa on, että vuorovaikutus ja kotielämä on otettu huomioon tasavertaisiksi arvioinnin kohteiksi, mikä osoittaa näkökulman laajentuneen aiemmasta hyvinkin haittakeskeisesti painottuneesta ICIDH (International classification of impairments, disabilities, and handicaps) sosiaalisen haitan ulottuvuusmallista (WHO 1980). Tuossa mallissa tulkittiin haitan aiheuttajaksi yksilön vajavuus. Yksilön vajaakuntoisuutta arvioitiin ympäristön asettamien normien ja rooliodotusten pohjalta, kun nykyisen ICF-luokituksen mukaan selkeästi painotetaan paitsi toimintakykyä ja sen rajoitteita niin myös tilannekohtaisia tekijöitä, joihin liittyvät sekä ympäristö että yksilötekijät. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 98–101.)

*Taulukko 2. Suorituksia ja osallistumista kuvaavat ulottuvuudet ICF-luokituksessa. Ulottuvuuksia tarkastellaan suorituskypvyn ja -tason mukaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 101.)*

	suoriutumistaso	suorituskyky
Oppiminen ja tiedon soveltaminen		
Erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen vaateet		
Kommunikointi		
Liikkuminen		
Itsestä huolehtiminen		
Kotielämä		
Vuorovaikutus ja ihmissuhteet		
Keskeiset elämänalueet ( mm. työ, koulutus)		
Yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta		

Ympäristötekijöitä ovat sosiaalinen, fyysinen ja asenteellinen ympäristö, jossa ihminen toimii. Ne vaikuttavat joko kielteisesti tai myönteisesti yksilön osallistumiseen ja suoriutumiseen. Ympäristötekijöinä voi yksittäisen ihmisen kannalta olla sellaisia arkipäiväisiä paikkoja kuten koti, työpaikka tai koulu, tai ne voivat olla yhteiskunnallisia, kuten esimerkiksi palvelut, normit ja järjestelmät. Erilaiset henkilökohtaiset elämäntapahtumat, elämäntavat sekä selviytymisstrategiat muiden muassa vaikuttavat yksilön selviytymiseen tehtävistään. (emt, 101–102.)

Kuntoutuksella tuetaan ihmistä saavuttamaan omia päämääriään. Kuntoutus on muuttumassa monimuotoiseksi kuntoutujien erilaisten arvostusten, tarpeiden ja elämäntilanteiden myötä. Priorisointia tehtäessä, vaikuttavuusmittareita valittaessa ja kuntoutustoimia arvioitaessa kuntoutujan omat tavoitteet ja niiden saavuttamiset ovat aiempaa merkittävämpiä. Osallistumisen mahdollisuus kuntoutujalle tärkeäksi kokemaan tilanteeseen tulee pyrkiä järjestämään hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti.

## **2.6 Kuntouttava hoitotyö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö**

Sairaaloissa ja kuntoutuslaitoksissa hoitajien oletetaan nykyisin toimivan kuntouttavan työtteen mukaisesti. Sen avulla potilas itse tekee niin paljon kuin kykenee turvallisessa ohjauksessa ja seurannassa. Kuntouttavan työtteen omaksuminen vaatii hoitajilta riittävää teoriatietoa ja käytännön osaamista. Vanhustyötä tekevien asennoituminen näkemään vanhenemisen voimavaralähtöisesti on edellytys kuntouttavalle hoitotyölle, sillä se on enemmänkin yhdessä kuin toisen puolesta tekemistä. (Leminen 1999, 12–15.)

Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan muun muassa sellaista asiakastyötä, jossa asiakkaan subjektiivisuuden (käsitys itsestä toimijana), osallisuuden ja vaikutus-

mahdollisuuksien korostaminen ovat peruseriaatteina. Lähtökohtana on, että asiakkaalla on mahdollisuus tehdä valintojaan hoitoonsa ja arkipäivään liittyvissä asioissa. Sillä on tarkoitus parantaa ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyisyyttä ja arkielämän hallintaa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22.)

“Hoitotyössä kuntoutus nähdään osana potilaan hyvää hoitoa, ja se sisältyy kaikkeen päivittäiseen hoitotyöhön potilaan omatoimisuutta tukevana toimintana (Alin 1999, 73).” Perusajatus on se, että potilaan puolesta ei tehdä vaan häntä ohjataan omatoimisesti, kohtuullisen ajan puitteissa suoriutumaan itsenäisesti toimista. Apua annetaan aktiivisesti, esimerkiksi etukäteisjärjestelyjen tai vihjeiden avulla. Kuntouttavaa työtettä käytetään erityisesti päivittäisten toimintojen ohjauksessa. Hoitaja antaa mahdollisuuden toistaa oikeita suorituksia moneen kertaan päivän aikana. (Alin 1999, 73–74.)

Kuntoutumista edistävällä hoityöllä tarkoitetaan yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista, jossa sairaanhoitajan toiminta tukee kuntoutujan itsenäistä toimintaa. Fyysisen toiminnan harjoittamisen lisäksi edellytetään itsemääräämisoikeuden, elämän mielekkyyden ja turvallisuuden tunteen toteutumista. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä sekä kuntoutuja että hoitaja ovat subjekteja, kun taas kuntouttavassa hoitotyössä kuntoutuja käsitetään Routasalon ja Laurin (2001) mukaan objektiksi ja kuntouttaja on subjekti. Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää myös toimintaympäristön tarkastelua, jolla mahdollistetaan erilaisia tapoja yhteistyössä toimimiseen. Kaiken kaikkiaan AVH-potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää Mäntysen (2008) mukaan valmiuksia laaja-alaisen tietojen ja taitojen soveltamiseen. Kuntoutusosaamisen vahvistamisessa kuntoutusyksiköiden luomat edellytykset tiedon syventämiseen ovat merkittäviä neurologisesta kuntoutuksesta kiinnostuneen hoitajan kannalta.

Kun haastattelin sairaanhoitajaa (Kh1) osallistavan toimintatutkimuksen aikana AVH-potilaiden kohdalla toteutuvasta hoityöstä, hän kuvaili omahoitajan työtä ja kuntouttavaa työtettä seuraavasti:

*Kh1: Meillähän se lähtee kaikilla potilailla niin se on se kuntouttava työote. Että se kaikki tapahtuis ensin ohjaamalla ja sitten vasta auttamalla. Ja meillä on siihen ihan Bobathin tekniikat pukemiseen, siirtymisiin, tietyn kaavan mukaisesti. Tää koskee nyt AVH-potilaita ensisijaisesti. Meillä on ne tietyt kirjat perehdytyksessä. Pukemisessa käytetään aika pitkälle näitä Bobathin tekniikoita. Siirtymiset tulee kuntoutumista tukevasti. Se on se suurin ero mikä tapahtuu AVH-potilaalla, hän joutuu Meilahdesta muuhun tukisairaalaan esim. Y:hyn tai Ö:hön niin se missä me ollaan heidän kanssaan ongelmissa, on kun ne saa paikan meiltä, niin ..... ja tuolla annetaan kahvaluvat, ja he tekee kaiken tervettä puolta käyttäen. Niin tavallaan potilaat menettää osan omatoimisuudestaan, kun todetaan että terve puoli on yliaktiivinen. Palataan mataliin siirtymisiin, vaikka he on jo ehkä siirtynyt omatoimisesti pyörätuoliin aikaisemmin. Nää on ongelmatilanteita mitä tulee. Että kun alussa ei ole lähdetty katsomaan kuntouttavasti sitä kaikkea. Meillä fysioterapeutti hirveen tarkasti ohjaa siirtymiset, ja me ollaan aika tarkkoja niissä. Hän määrää. Siinä tulee ihan tarkasti matala siirto, onko kahvat luvallisia vai eikö oo luvallisia. AVH-potilailla näkyy ihan vuodepöytien sijoittelussa, eli vuodepöytä tulee halvaantuneelle puolelle että*



*aktiivatio tulee sieltä. ---. Oikeestaan kaikki muu aktiivatio pitäis tapahtua halvaantuneelta puolelta paitsi syöttäminen. Että se tehdään terveeltä puolelta, että näkee paremmin sen nielemisen ja muun.*

Sairaalan kuntoutusosaston hoitajat ovat saaneet opastusta fysioterapeuteilta potilaan aktiivisuutta lisäävistä siirtymisistä, lepoasunnoista ja vuodepöytien asetteluista. Taustalla on spastisuutta vähentävien liikemallien vahvistaminen ja heikomman puolen aktivoiminen. Taustateorioina on aivojen kyky organisoitua uudelleen (mm. Virsu 2001, 78–80), motorinen oppiminen sekä liikkumisen kontrolli (Schumway-Cook & Woollacot 1995). Kuntoutumiseen tarvitaan stimulaatioita ja kuntoutujan omaa motivaatioita, halua ja uskoa sekä toimintaa. Riittävän suuri toistojen määrä ennustaa hyvää toimintakyvyn palautumista.

Erityinen Bobath-menetelmä edustaa tällaista aktiivisuutta korostavaa lähestymistapaa (Bobath 1965; 1990). Ei vain fysioterapeutin ohjauksessa vaan myös omaisten ja hoitajien toimesta ympäristön järjestäminen kuntoutusta tukevasti, aktiivisesti ohjaten, muttei puolesta tehden, voidaan kuntoutujan toimintakykyä stimuloida pitkin päivää. Tämä kansainvälisesti ja laajasti käytössä oleva metodi aivohalvauspotilaiden liikkumisen uudelleen oppimisessa on tullut käyttöön Suomessa enenevästi Suomen aikuisneurologisen fysioterapiayhdistyksen (SANFY) aktiivisen toiminnan tuloksena. Bobath-konseptin läpäiseminen sairaalaosastolla on vaatinut 20 vuotta aktiivista koulutus- ja konsultaatiotyötä, ja nyt on tuloksia nähtävissä tiedon juurtuessa varsinaisiin kuntoutussairaaloihin. Bobath-konseptia hyödyntävät terapiassa myös puhe- ja toimintaterapeutit, ja tulevaisuudessa mahdollisesti myös musiikkiterapeutit.

Toinen selkeä kuntouttavaan työotteeseen suuntaava ajattelumalli löytyy kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa käytettävästä mittarista FIM 5.0. (Functional Independence Measurement). Se on kansainvälisesti laitoksissa käytettävä 18 osa-alueella arvioiva toimintakykyä, psyykkisiä toimintoja, kommunikaatiota sekä omatoimisuutta kuvaava mittari (Ring, Feder & Schwartz 1997). FIM-mittarin avulla hoitaja arvioi kuntoutujaa biopsykososiaalisesti. Hoitajan tiedot arkiselviytymisestä tuottavat arvokasta tietoa tiimin muille jäsenille, ja sen avulla voidaan suunnata kuntoutustoimenpiteitä järkevästi.

Tutkimuskohteena oleva mielimusiikin kuuntelun vaikutus potilaassa havaittaviin seikkoihin näyttäisi sopivan hyvin myös hoitajan arvioinnin kenttään. Musiikin kuuntelu ei ole niin vahva konsepti kuin edellä esitetty Bobath-menetelmä, ja sen käyttö kuntoutuksen osana vaatii tiedon lisäystä monin tavoin. Millainen potilas hyötyy kuuntelusta? Potilaat voisivat halutessaan tehdä sitä riippumatta hoitajista, kunhan saavat tarvitsemansa avun. Kuuntelulaite voidaan sijoittaa kuntouttavasti halvaantuneelle puolelle, jolloin aktiivisuutta lisätään heikommalta puolelta. Laitteen käsittely vaatii harjoitusta. Tavoitteena on potilaan ajan kuluminen mielekkäästi laitospöytäsuhteissa. Päivästrukturiin voisi tulla selkeyttä kuuntelun avulla – esimerkiksi puoli tuntia kuuntelua tiettyyn aikaan päivässä. Kuuntelulla voitaneen aktivoida aivotoimintoja, jotka näkyvät myös potilaan käyttäytymisessä. Esimerkiksi muistin arvioinnin välineenä voisi olla keskustelu siitä, mitä potilas on kuunnellut ja mitä ajatuksia kuunneltu on herättänyt, ja tätä tietoa voisi hyödyntää FIM-mittarissa.

### 3 Musiikkiterapian mahdollisuuksista AVH-potilaiden kuntoutuksessa

Musiikkiterapia määritellään kuntoutus- ja hoitomuodoksi, jossa musiikin eri elementtejä (rytmi, melodia, harmonia, sointiväri, dynamiikka ja muoto) käytetään vuorovaikutuksen välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Musiikkiterapia voi olla yksilö- tai ryhmäterapiaa. Musiikkiterapia soveltuu lapsille, nuorille, aikuisille ja vanhuksille. (Suomen musiikkiterapiayhdistys.)

Monissa raporteissa on todettu, että musiikkiterapian avulla on mahdollista vahvistaa neurologisen potilaan toiminnallisia valmiuksia, vähentää psyykkistä oireilua tunteiden ilmaisun avulla sekä lisätä voimavaroja ja orientaatiota (McMaster 1996; Wigram ym. 1999; Swallow 2002; Tomaino 2002; Baker ym. 2004; Aldridge 2005). Laulaminen, soittaminen, rytmin hyödyntäminen liikkumisessa sekä musiikin kuuntelu ovat sovellettavissa AVH-kuntoutukseen. Erityisesti rytmin käytön on todettu parantavan motorisia toimintoja (mm. Thaut et al. 1993, 1995, 1997, 1999). On osoitettu, että musiikin hahmottaminen liittyy muistin kuntoutukseen (Thaut et al. 2005). On tehty huomioita siitä, että musiikkiterapiamenetelmät parantavat neurologisen aikuiskuntoutujan mielialaa sekä sosiaalista toimintakykyä laitospöloosuhteissa (mm. Magee 2002, Nayak et al. 2000). Puheentuottoa on voitu aktivoida vielä vuosienkin jälkeen afasian ilmaantumisen jälkeen laulupohjaisella terapeuttisella menetelmällä (Jungblut 2005).

Musiikkiterapian roolia on osittain määritelty toiminnallisia valmiuksia kehittävänä tai psykoterapeuttisena menetelmänä neurologisesti sairastuneiden kuntoutuksessa (Jochims 2004). Joka tapauksessa on myönnetty, että musiikki tuo uusia mahdollisuuksia aikuisten kuntoutukseen (Ansdell 2000).

#### 3.1 Musiikkiterapiamenetelmiä neurologisessa kuntoutuksessa

Kuntoutuslaitoksessa on saatu positiivisia tuloksia aktiiviseen soittamiseen perustuvan kuvionuottimenetelmän käytöstä AVH-potilaiden kuntoutumisessa (Laitinen & Pataila 2000; Laitinen 2003). Lisäksi pitkäaikaiset, yli kahdenkymmenen vuoden aikana tehdyt kliiniset havainnot terapian vaikutuksista potilastyössä ovat olleet merkittäviä Puolarmetsän sairaalan kuntoutusosastolla. Musiikin kuuntelun on todettu rauhoittavan levotonta potilasta, musiikkiryhmiin tulo on ollut haluttua, ja monimuotoiset ryhmät, kuten musiikki-kommunikaatioryhmät puheterapeutin kanssa sekä musiikki-tanssi-sovellukset fysioterapeuttien kanssa toteutettuna, ovat olleet sairaalan kuntousosastolla hyvin toimivia menetelmiä. Lisäksi syvä ääniterapia afasiapotilaiden kuntoutuksessa on ollut tehokasta hengityksen oppimisen, huulion motoriikan parantumisen sekä äänentuoton helpottumiseksi. (Saloheimo 12.12.2005, suullinen tiedonanto).

MIT (Melodic intonation therapy) (Albert et al. 1973) pyrkii rytmin ja helppojen fraasien avulla palauttamaan afasiakuntoutujalle sanoja arkipäivään. Helpon musiikillisen melodian ja rytmitetyn laulun avulla siirrytään vaiheittain rytmitettyyn puheeseen ja viimein pyritään puheentuottoon ilman musiikillisiä vihjeitä. MIT-menetelmää on tutkittu, ja tuloksissa on raportoitu ei-dominantin aivopuoliskon aktivoitumisesta varsinkin Brockan alueen afasian kuntoutuksessa (Naeser

et al. 1985, Baker 2000). Muita laulamiseen perustuvia menetelmiä on kehitetty ja tutkittu, mm. SIPARI (singing-intonation-prosody-activation-rhythmic-improvisation) (Jungblut 2005), jonka tuloksena on raportoitu kroonisen afasiapotilaan puheen tuoton parantuminen. Toivelaulujen laulaminen on kuntoutujalähtöistä ja yleisesti käytettyä AVH- ja muiden iäkkäämpien potilaiden laitoshoidossa.

Aktiiviset menetelmät kuten musisointi, improvisaatio, laulaminen, puheenharjoittaminen rytmin avulla sekä tanssiminen musiikin mukaan on luontevaa ja motivoivaa harjoittelua AVH-kuntoutujille. Neglect-oireyhtymästä kuntoutuvalle voidaan ohjata tavoitteellista musiikkiterapiakuntoutusta (Bauman et al. 2007). Potilaan kävelytempoa voidaan parantaa käyttämällä sopivaa tempoa ja musiikkia apuna. Tätä on tehty myös yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa (Mainka, henkilökohtainen tiedonanto 7.10.08).

Värähtelytuolisovelluksia, mm. fysioakustisen tuolin ja musiikin kuuntelun yhdistämistä, voidaan myös hyvin käyttää AVH-potilaan kuntouksessa. Vaikeavammaiset, kivuliaat ja jännittyneet henkilöt hyötyvät matalataajuisen äänen resonoinnista, kun se johdetaan fysioakustisen rentoutustuolin avulla koko kehoon. Tuolin resonoidessa matalilla äänitaajuksilla (27–113 Hz) tuolissa istuvan keho saa värähtelynä tuntuvaa siniääniäaltohoitoa, joka vaikuttaa rentouttavasti tai aktiivisesti. Fysioakustisia tuolihoito-ohjelmia voidaan suunnata erilaisiin tarpeisiin sopiviksi kuten unettomuuden, spastisuuden tai kivun lievittyminen. (mm. Lehtikoinen 1988; Wigram & Dileo 1997; Ala-Ruona 1999; Punkanen 2006.)

Psykoauditiivinen -menetelmä (Ahonen-Eerikäinen 1996, 33–45) yhdistää aktiivisen musiikin kuuntelun, johdetun mielikuvan ja fysioakustisen tuolihoitoon. Terapeutti keskusteleo teraioitavan kanssa saadakseen tietoa siitä, millaisessa tunne- ja tarveaailmassa teraioitava istunnon hetkellä on. Terapeutti valitsee musiikin ja johdattaa mielikuviin. Teraioitava kertoo näkemistään maisemista ja teraioitti pyrkii avoimin kysymyksiin johdattamaan ”kulkijaa” kertomaan omista tuntemuksistaan, näköaloistaan, mielikuvien tapahtumista ja muutoksista. Menetelmässä käytetään musiikin kuuntelun lisäksi aktiivista soittamista, improvisaatiota, jossa mahdollistuu internalisaatio–eksternalisaatio-prosessi: sisäisestä ulkoiseksi tulemista, ja esiin nousseiden tunteiden ja vaihtoehtojen kokeilua käytännössä. Musiikin kuultava tunnelma voi muuttaa kuulijan tunnetilaa, ja niin tehdessään myös kuulijan käyttäytyminen muuttuu kuunnellun musiikin ja sen aiheuttaman kokemuksen kautta. Apuna voi käyttää myös piirtämistä, mitä hyödynnetään myös Guided Imagery and Music -menetelmässä. Tätä menetelmää esittelen musiikin kuuntelu menetelmistä kertovassa luvussa (kts. luku 4.1).

Musiikin havaitsemisen on todettu nykytutkimuksissa tapahtuvan laaja-alaisen hermoverkoston yhteistoiminnan tuloksena. Musiikin ymmärtämiseen tarvitaan sekä analyttistä tiedonkäsittelyä (esim. tarkat rytmin kestot ja intervallien erottaminen) että laaja-alaista assosioivaa tiedon yhdistämistä (esim. melodian hahmo, harmonia ja metri). Oikean puoleisesta aivovauriosta kärsivä kokee musiikissa olevan tunnelman heikommin kuin vasemman puoleisen aivovaurion saanut. Muutoin musiikin prosessointi tapahtuu molemmissa aivopuoliskoissa, ja on riippuvainen yksilön aiempaan elämään liittyneestä musiikillisesta taustasta. (Schuppert et al. 2000.)

Pitkäaikaispotilaiden surun ja menetysten kohtaaminen on haasteellista hoitotyössä. Musiikin on todettu helpottavan pitkäaikaisen hoidon piiriin päässeiden

tunneilmaisua. Kun potilas ilmaisee tunteitaan, hänen ahdistuneisuutensa, depressiivisyytensä sekä eristäytyneisyyden tunteensa vähentyy. Mm. Clements-Cortes (2004) on raportoinut, että musiikki jo sinällään on lisännyt muistelua ja vuorovaikutusta ikääntyneiden hoitolaitoksessa ja sen terapeuttisen toiminnan yksikössä. Toisaalta musiikki voi lisätä potilaan orientaatiota nykyhetkeen (Ansdell 2000, 135). Erilaiset pukemiseen, syömiseen tai peseytymiseen liittyvät laulut voivat selkeyttää potilaan toimintoja ja parantaa nykyhetkeen keskittymistä. Musiikkiterapiatekniikoita voidaan hyödyntää paitsi potilaan myös heidän omaistensa auttamiseksi. Perheet ja potilaat ovat saaneet niistä apua surun ja menetysten kanssa elämiseen, kipuun ja ahdistukseen, merkityksettömyyden tunteeseen ja toivotonmuuteen. (Hilliard 2001.)

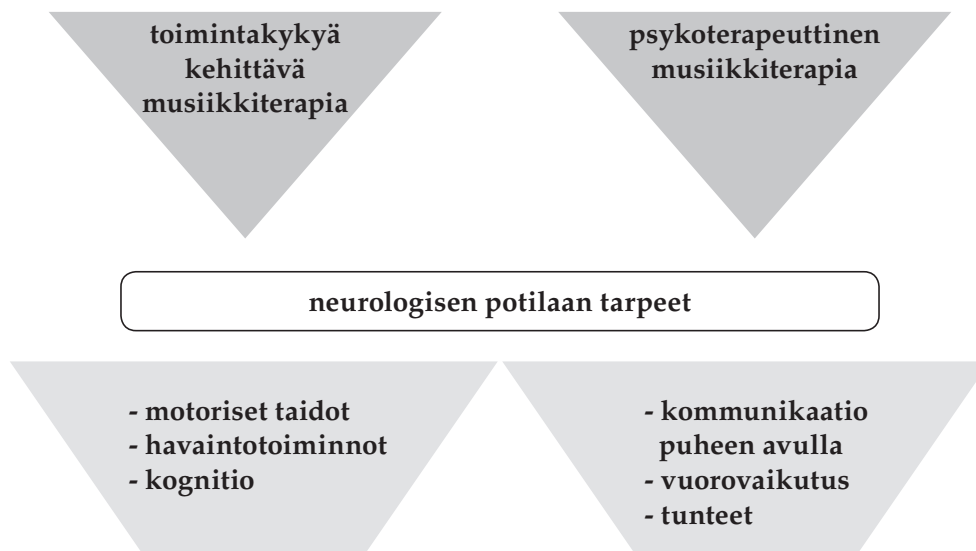
Aivovammapotilaiden toimintakykyä ylläpitävässä kuntoutuksessa musiikki voi olla merkittävä tekijä vuorovaikutuksen saavuttamisessa. Musiikki voi helpottaa kommunikaatiovaikeuksien kanssa elävää tarjoten tunteille ilmaisukanavan. Käytössä on paljon valmiiksi sävellettyä materiaalia, jonka avulla potilas voi saada kosketuksen omiin tunteisiinsa, ja ilmaista niitä muille liikuttamalla, laulamalla tai osoittamalla levollisuutta. Kommunikaatiovaikeuksien ja vaikeiden kognitiovajavuuksien ylittämässä kehollisten viestien tulkinta, kuten kasvojen ilmeiden, merkityksellisten katseiden tai kyynelten ilmestyminen ovat niitä ilmiöitä, joita tutut omaiset tai hoitajat voivat potilaasta tehdä. Potilaan ymmärtämistä lisää, kun terapeutti, omainen ja hoitaja yhdessä jakavat potilaan entisiä elämänvaiheita. He voivat myös yhdessä havaita tietyn musiikkikappaleen vaikuttavan potilaaseen rauhoittavasti. Tällaiset kokemukset edesauttavat potilasta lähellä olevien henkilöiden vaihtoehtoisten kommunikaatiokeinojen etsimiseen. (O'Callaghan 1993, 55.)

### 3.2 Toimintakykyä kehittävä ja psykoterapeuttinen musiikkiterapia

Toimintakykyyn keskeisesti vaikuttava asia on toiminnan kokeminen tärkeäksi ja potilaan motivoituminen harjoitteluun. Potilaan tarpeet voivat olla monenlaisia, ja laaja-alainen ote palvelee parhaiten myös aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta.

Tutkiessaan musiikkiterapian vaikutusta neurologisesti sairastuneen potilaan mielialaan laitososuhteissa, musiikkiterapeutti Magee sai selville, että musiikkiterapian keinoin voidaan kohentaa potilaan mielialaa, joka parantaa hänen sitoutumistaan muuhun kuntoutukseen. Lomaketutkimuksena toteutettu mielialan muutosta selvittävä tutkimus osoitti, että musiikkiterapia soveltuu lievittämään neurologisten potilaitten negatiivisia tunnetiloja. Lisäksi todettiin, että tarvitaan lisää myös laadulliseen aineistoon perustuvaa tietoa potilaiden kokemuksista terapiatilanteesta, koska kommunikaatorajoitteet estävät kyselymittareiden käytön joidenkin potilaiden kohdalla. (Magee & Davidson 2002.)

Jochims (2002, 2003, 2004) on omissa neurologisen musiikkiterapian kirjoituksissaan tuonut esiin jaottelua AVH-kuntoutujien sekä toimintakykyyn liittyviin että psykoterapeuttisiin tarpeisiin. Useinkaan vain jomman kumman strategian käyttäminen ei riitä. Toisaalta potilaan omasta tavoitteestaan riippuu, mihin kuntoutustoimet suunnataan. Jochims on jaotellut neurologisen sairauden aiheuttamat ongelmat kuuteen eri kategoriaan: motoriset, havaintotoiminnot, kognitio, kommunikaatio puheen avulla, sosiaaliset suhteet ja tunteet. Tavoitteet asetetaan näiden



Kuvio 1. "Jochimsin malli". Musiikkiterapian strategiat neurologisen potilaan tarpeisiin (Jochims 2004).

osa-alueiden suhteen. Motoristen taitojen, havaintotoimintojen sekä kognition, kuten muistin, parantuminen nähdään Jochimsin mallissa (Kuvio 1) toimintakykyä parantavan musiikkiterapian osana. Kokemuksiin orientoivia terapiastrategiata käytetään erityisesti silloin, kun kuntoutumisen tavoitteita ovat kommunikaatio, sosiaalisten suhteiden käsittely ja vuorovaikutustaitojen parantuminen sekä tunteiden ilmaisu, niiden tutkiminen, itsetunnon parantuminen ja esimerkiksi kuntoutusmotivaation syntyminen. Silti, myös vaikeasti vammaiset, jotka eivät edisty kuntoutuksesta huolimatta, tarvitsevat hellyyttä ja huolenpitoa, empatiaa ja ymmärretyksi tulemisen tunnetta (Jochims 2004).

Musiikin kuuntelu ei vaadi erityistaitoja, mutta voi soveltua hyvinkin vaikeasti vammautuneelle tuoden esiin hänen terveitä puoliaan. Musiikin kuuntelu voi sinällään olla eheyttävää, identiteettiä tukevaa ja näin ollen enemmän psykoterapeuttista tukea antavaa kuin toiminnallisia valmiuksia kehittävä. On huomattava, että kun kuntoutujan psyykinen hyvinvointi kohentuu se voi edesauttaa toimintakyvyn parantumista. Kuntoutumisella on vaikutusta, kun sillä saavutetaan asetettuja tavoitteita. Vuorovaikutteinen toiminta korostuu erityisesti musiikkiterapiassa: kuntoutujan rytmin löytäminen, kuntoutujan toivomien tuttuun laulujen laulaminen yhdessä, mielimusiikista kiinnostuminen, tunteiden ja kokemusten jakaminen. Musiikkiterapiassa on mahdollista psyykkisen tuen saaminen samanaikaisesti kun harjoitellaan muita taitoja.

### 3.3 Strategiana toiminnan parantuminen tai kompensatio

Toinen jaottelu, jota tarkastellaan, on kuntoutumisvaiheeseen liittyvä strategian valinta. Baker ja Roth (2004) esittelevät ajatuksen siitä, että musiikkiterapian avulla voidaan kuntoutuksen stabiilissa vaiheessa tähdätä toimintojen kompensatioon. Aivojen plastisiteetti, aivojen turvotuksen vähentyminen ja kokemukset normaali-

leista liikkeistä näkyvät toiminnan palautumisena. Noin vuoden kuluttua vammautumisen kuntoutuminen ei enää ole yhtä nopeaa kuin alkuvaiheessa ja tällöin voidaan alkaa harjoitella toimintakykyä helpottavia strategioita. Virsun mukaan (2001, 80) vasta sitten, kun normaalia toimintaa ei kannata tavoitella, turvaututaan korvaaviin keinoihin kuten uusien strategioiden oppimiseen, apuvälineisiin, uudelleen koulutukseen ja sopeutumiseen.

Kuntoutumista on todettu tapahtuvan läpi koko elämän; sitä ovat sekä toiminnan kompensatio, synaptogeenisten yhteyksien syntyminen että piilevien hermoyhteyksien syntyminen. Aivot käyttävät terveitä alueitaan monipuolisesti ja luovat uusia hermoyhteyksiä. Synapsiyhteydet ovat muotoutuvia, joten niitä voidaan kuntoutuksella vahvistaa sekä järjestää uudelleen. Aivoilla on valmius uudistaa toiminnallista organisoitumistaan, jolloin vahingoittumaton aivoalue voi tulla vahingoittuneen korvaajaksi. Kuntoutuminen on käyttäytymisen ja toiminnan muutosta, sekä oppimista ja kehittymistä ympäristön ja organismin vuorovaikutuksessa. (mm. Hebb 1949; Tsukahara 1982; Witte 1998; Virsu 1991; 2001.)

Kuntoutuksessa aivojen aktivoitumista ja kortikaalista uudelleen järjestymistä tapahtuu aluksi halvaantuneen aivopuoliskon vastakkaisilla alueilla, mutta kuntoutuksen edetessä myös vaurioalue aktivoituu. Halvaantuneen käden kuntoutuksen yhteydessä on todettu fMRI-kuvilla, että käden liikkeitä kontrolloivan vaurioalueen vastakkaisen aivoalueen premotorinen ja somatosensorinen aivokuori sekä pikkuaivojen molemmat puolet aktivoituvat. Afasiapotilaan puheen kuntoutumisen yhteydessä on huomattu, että vasen aivopuolisko on vastuussa kielellisistä toiminnoista. Lisäksi tiivis puheterapiakuntoutus antaa paremman vasteen kuin harvempijaksoinen kuntoutus. Puheen palautuminen on riippuvaista molempien aivopuoliskojen hermostollisista yhteyksistä. Ylipäänsä terapioiden yhdistely, intensiiviset kuntoutusjaksot sekä monipuoliset aistiärsykkeet (tunto, kuulo, liike) näyttävät tutkimusten mukaan parantavan AVH:sta kuntoutumista sekä osoittavat aivokuvien perusteella aivojen muovautumiskykyä. (Teasell 2003.)

Afasian tutkimuksissa on todettu puheen parantumista vasemman media-suonen vaurion jälkeen erityisen voimakkaasti 3–6 kuukauden kuluttua sairastumisesta (Kertesz & McCabe 1977; Laska et al 2001). Akuutin vaiheen ongelma on aivojen turvotus, joka lievittyy ensimmäisten viikkojen aikana. Puolesta vuodesta puheen spontaani palautuminen on ohi. Vuoden kuluttua tapahtumasta merkittävät kuntoutumiset ovat harvinaisia, mutta puheen ymmärtämisen parantumista on todettu tapahtuvan vielä kahden vuoden kuluessa niillä potilailla, joilla on globaali afasia (Naesser et al. 1990). Kuitenkin kommunikaatiotaitojen parantumista on havaittu tapahtuvan intensiivisen terapian jälkeen kymmenenkin vuoden kuluttua sairastumisesta (Naesser et al., 1998). Keskeiset tekijät, jotka vaikuttavat afasiasta parantumiseen, ovat kielellisen häiriön tyyppi ja aste, ikä sairastumishetkellä, sairauden alkuvaihe, elämä ennen sairastumista ja vaurion sijainti sekä koko (Kertesz & McCabe 1977). Mimuran (1998) työryhmä on todennut, että afasia-kuntoutuksessa vasen aivopuolisko on aktiivisempi ensimmäisten yhdeksän kuukauden ajan sairastumisesta, kun taas pitkäaikaisen kielellisen toiminnan palautumisessa (seitsemän vuotta) oikean puoleisen hemisfääriin kompensatio on merkittävää.

Nykyaikaisilla aivokuvantamismenetelmillä kuten funktionaalinen magneettiresonanssikuvaus (fMRI), voidaan havaita missä vaurio sijaitsee. MEG (mag-

neettiencephalokuvaus) -kuvilla voidaan sen sijaan todeta kuinka nopeasti aivot käsittelevät esimerkiksi kuulo- tai näköärsykettä. Näiden kuvantamismenetelmien avulla on pystytty havaitsemaan muutoksia aivokuvissa kuntoutumisen edistyessä. MuKu-tutkimuksessa käytettiin paitsi MRI-kuvantamismenetelmää myös MEG-lähestymistapaa, jonka sovellus MMN (mismatch negativity, poikkeavuusnegatiivisuus) on (Särkämö et al. 2008). Ilvosen tutkimusryhmä käytti MMN-paradigmaa tutkiessaan afasiaan sairastuneiden äänen keston ja korkeuden erottelukykyä. Tutkimustuloksissa todettiin, että MMN osoittaa äänen erottelukyvyn parantumista ja afasian lievittymistä kortikaalisen aivoverenkiertohäiriön jälkeen ja että MMN lähestymistapaa voidaan käyttää osoittamaan auditiivisen erottelukyvyn parantumista kliinisissä tutkimuksissa. (Ilvonen 2006.)

Musiikkiterapian etu kuntoutuksessa on se, että musiikkiterapiaohjelmat tuottavat erilaisia aktiviteetteja verrattuna muihin terapiaohjelmiin, ja nämä monenlaiset aktiviteetit puolestaan lisäävät hermojen synaptisia liitoksia (Baker & Roth 2004, 28). Alkuvaiheen kuntoutuksessa musiikkiterapian avulla pyritään aktivoimaan uusien synapsiyhteyksien syntymistä ennemmin kuin vakinnuttamaan kompensatorista strategiaa. Puheentuottoon liittyen musiikin roolia voisi korostaa alkuvaiheen kuntoutuksessa aktivoimalla vasemman aivopuoliskon musiikillista ominaispiirrettä, erityisesti rytmiä, puheen tuoton harjoituksissa. Jos puhenopeus on liian kiivasta, sitä voidaan jarrutella akustisella stimulaatiolla (Rhythmic Speed Cuing) (Thaut 2004). Melodian hyväksi käyttö lyhyiden fraasien ja sanajärjestysten oppimisessa on todettu kehittävän sananmuodostamista (Melodic Intonation Therapy, MIT) (Albert 1973). Myöhemmässä puheen kuntouttamisen vaiheessa olisi järkevää panostaa oikean aivopuoliskon musikaalisiin ilmiöihin kuten melodioihin, kokonaisvaltaiseen kuunteluun, mielikuviin ja musiikin synnyttämiin tunteisiin ja niiden prosessointiin (Mimura et al. 1998).

Aiemman käsityksen mukaan aivojen musiikin havaitseminen on painottunut eri osa-alueisiin oikean ja vasemman hallitessa enemmän jotain osa-alueita, mutta nykykäsitys on erilainen. Musiikin ymmärtäminen on monimuotoista ja laajasti hermoverkkoa aktivoivaa eikä sitä voi kaventaa edellä esitettyyn muotoon (vrt. Schuppert et al. 2000). Kuitenkin kliinisessä työssä kuntoutujien reagoiminen musiikkiin antaa tukea joiltain osin eriytyneeseen aivolohkojen toimintaan myös musiikin hahmottamisen ja ymmärtämisen suhteen.

Kompensaatio on vaurioituneen toiminnan kompensoimista apuvälineen avulla tai uudenlaisen, vaihtoehtoisen toiminnan käyttöönottoa. Se liittyy itsenäiseen toimintaan, ja vaatii uuden keinon käyttöönottoa (Baker & Roth 2004, 22). Esimerkiksi puheen tueksi otetaan käyttöön kuvia, ruoanlaittoon hankitaan yksikätesen apuvälineitä, kävelyn varmentumiseksi ja kaatumisen ehkäisemiseksi otetaan käyttöön keppi. Musiikkiterapian avulla voidaan muistia helpottaa sanoittamalla loruja ja lauluja, joiden avulla muistetaan esimerkiksi missä järjestyksessä kuntoutujan kannattaa pukea vaatteet päälleen. Toinen esimerkki kertoo laulun tekemisestä turvallisen pyörätuolin käytön muistamiseksi: musiikkiterapeutti sävelsi ja sanoitti huonomuistiselle potilaalle laulun, jossa muistutettiin jarrujen olemassaolosta ja niiden käytöstä (emt., 23). Tällä turvattiin kuntoutujan itsenäinen liikkuminen pyörätuolilla ja riskien välttäminen, koska hänen muistinsa oli merkittävästi heikentynyt, mutta laulun avulla hän kykeni toimimaan.

Toimintakyvyn palauttamisessa, erityisesti ns. Bobath-konseptissa, jota aivo-  
halvausyksiköissä sekä kuntoutuslaitoksissa yleisesti käytetään, keskeistä on eh-  
käistä liiallinen aktiivisuus terveeltä puolelta ja toisaalta vähentää vammautuneen  
puolen epänormaaleja liikemalleja sekä epänormaalia tonusta (Bobath 1978, 1990).  
Lihasten tai vartalon tonus voi olla joko liian korkea tai matala, ja johtaa siten epä-  
normaalien liikemallien syntymiseen. Toimintakyvyn palauttamisessa liikku-  
misen suhteen on ennen kaikkea kyse tonuksen eli jänteyden normalisoimisesta  
ennen toiminnallisia harjoituksia. Hahmottamiseen liittyvät vaikeudet ohjaavat  
kuntoutujaa aktivoimaan liiaksi tervettä puolta, jolloin vammautunut puoli ei saa  
normaaleja ärsykeitä. Toisaalta liiallinen ponnistelu lisää vammautuneen puolen  
epänormaaleja liikemalleja, mitä pyritään ehkäisemaan fasilitoinnilla ja turvalli-  
sella ympäristöllä. Tästä syystä ei tulisi liian aikaisin lopettaa normaalin kehon  
kaavan etsimistä ja molemminpuoleisen kuormituksen harjoittelua.

Musiikkiterapiassa voidaan yhdistää Bobath-lähestymistapaa tekemällä tonus-  
ta normalisoivia harjoituksia ennen soittoa. Lisäksi soittimet voidaan sijoittaa niin,  
että kuntoutuja joutuu kiertämään vartaloaan ja siirtämään katseen halvaantuneelle  
puolelle. Tietoisuus omasta soittoasennosta, soittimen soittamiseen tarvittavista tai-  
doista sekä kuultavasta äänestä antavat palautetta kuntoutujan toiminnasta, kehon  
liikkeistä, siitä saatavan auditiivisen palautteen avulla. (Laitinen 2003.)

Ympäristön rakentaminen on tärkeää. Seinän tulisi olla toispuolihalvaantu-  
neen terveellä puolella, jolloin ärsykkeiden tulo estetään terveen puolen kautta.  
Ärsykkeet on haettava heikommin toimivan puolen kautta. Esimerkiksi kuntoutuja  
sijoitetaan istumaan terve puoli aivan seinän viereen, tyynyillä tukien jos tuntuu  
tarpeelliselta, ja rumpu tai ksylofoni asetetaan kuntoutujan halvaantuneelle puo-  
lelle toiselle sivulle, jolloin aktivoidaan häntä osallistumaan musisointiin. Ylei-  
sesti puheen käyttöä rajoitetaan liikkeiden hahmottamisen harjoittelussa, koska  
kuntoutujalle pitää antaa aikaa todeta kehossaan tapahtuvia asioita. Sanattoman  
ohjauksen aikana tehostetaan potilaan tuntoaistin hyväksikäyttöä, ja tuetaan hä-  
nen omien ratkaisumallien syntymistä siitä, miten toiminta onnistuu (Forsbom &  
Taskinen 1999). Näillä menetelmillä tuetaan toiminnan palautumista pikemmin-  
kin kuin kompensatiota, koska heikompaa puolta aktiivisesti koetetaan aktivoida  
yliaktiivisen terveen puolen toiminnan tasapainottamiseksi.

Mietittäessä erilaisia lähestymistapoja pitäisi kuntoutumisen herkkyysvai-  
heet tunnistaa. Itsenäiseen toimintaan ja kompensatoristen strategioiden käyttöön  
siirrytään siinä vaiheessa, kun on oletettavissa että toiminnan palautumista ei  
enää tapahdu. Intensiivisen kuntoutuksen jälkeen siirrytään ylläpitävään kuntou-  
tukseen, johon ohjataan alueellisen hoito- ja kuntoutusohjelman mukaisesti. Mu-  
siikin kuuntelun miettiminen kuntoutusstrategiana liittyy enemmän neuroplasti-  
siteettiin kuin kompensatioon AVH-potilaan varhaisvaiheen kuntoutuksessa.  
Kuitenkin musiikin kuuntelu voi myöhemmässäkin vaiheessa edistää kuntoutus-  
tavoitteiden saavuttamista, kuten esimerkiksi sellaisten laulujen oppiminen, joilla  
ohjeistetaan arkipäivän toimia.

### **3.4 Musiikin kuuntelu ja sen tutkimus MuKu-projektissa**

Kognitiivisessa neurotieteessä on viime aikoina tehty löydöksiä, jotka epäsuorasti



kannustavat musiikin kuuntelun käyttöön terapeuttisena välineenä. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että koehenkilöillä, joilla on henkilökohtainen suhde musiikkiin, lisää musiikin kuuntelu aivotoiminnan synkroniaa laajassa hermoverkossa. On myös viitteitä siitä, että miellyttävimmäksi koettu musiikki aktivoi voimakkaimmin positiivisia tunnekokemuksia välittäviä aivoalueita (Bhattacharya ym., 2001).

Koska positiivinen hermostollinen palaute on tärkeää kaikelle toipumiselle tai kuntoutumiselle, saattaisi musiikin kuuntelu tarjota työkalun, joka kiihdyttää kognitiivisten toimintojen kuntoutumista vaikuttamalla positiivisesti mm. vireystilaan, motivaatioon ja mielialaan. MuKu-projektissa käytettiin kuunteluun perustuvaa musiikkiterapiaa, jota varten kuntoutujille annettiin musiikinkuuntelulaitteet jo sairaalassa. Heitä ohjattiin musiikinkuunteluun päivittäin, ja kuuntelun toteutumista seurattiin kuuntelupäiväkirjan avulla. Musiikkiterapeuttien työnä oli etsiä sopivaa kuuntelumateriaalia kuntoutujien mieltymysten mukaisesti sekä motivoida kuntoutujia päivittäiseen kuunteluun. (Särkämö et al. 2008.)

Musiikin Kuuntelu (MuKu) -tutkimukseen valittiin HYKS:n neurologisen osaston aivoinfarktipotilaiden MuKu-tutkimukseen osallistuneiden 60 potilaan joukosta 20 koeryhmään kuuluvaa henkilöä. Koeryhmään kuuluneet kuuntelivat musiikkimaun ja mieltymysten kartoittamisen jälkeen 2 kk:n ajan päivittäin vähintään 1 tunnin päivässä valitsemaansa lempimusiikkia. Jokainen potilas sai 10 cd-levyä ja cd-soittimen käyttöönsä. Musiikkiterapeutit kannustivat kuunteluun ja kuuntelupäiväkirjan ylläpitämiseen. Muut tutkimukseen osallistuvat 20 henkilöä kuuntelivat valitsemaansa äänikirjamateriaalia, ja loput 20 henkilöä olivat vertailuryhmässä, eikä heitä varten laadittu kuunteluohjelmaa. Musiikkiterapeutit haastattelivat heitä kaikkia.

AVH-potilaan kokemat toiminnan menetykset voivat olla niin suuria, että keskittyminen yhteen asiaan voi tuntua ponnistelulta. Motivoiva ja aktivoiva tekeminen on kuntoutuksen alkuvaiheen haaste, johon MuKu-projektilla pyrittiin löytämään sopiva keino. Mielimusiikin kuuntelu on potilaiden omaehtoista, joskin kannustettua, toimintaa kuntoutumisen edistämiseksi.

MuKu-tutkimukseen saatiin mukaan 61 henkilöä. Viimeiset loppumittaukset tehtiin marraskuussa 2006. Mukanaolleista vain kolme keskeytti tutkimuksessa mukanaolon, ja tutkimusryhmässä käsitimme sen kertovan siitä, että musiikin tai äänikirjojen kuuntelu koettiin mielekkäänä, toisaalta rekrytointi oli onnistunutta sekä siitä, että tutkimukset joihin potilaat pääsivät sekä niiden antama tieto aivoista oli kiinnostavaa. Musiikin kuuntelijoiden neuropsykologiset seurantatutkimustulokset olivat osittain paremmat kuin verrokkien tai äänikirjoja kuunnelleiden. Sekä verbaalinen muisti, tarkkaavuuden suuntaaminen että mieliala kohentuivat kuuden kuukauden seurannassa ensimmäistä kertaa aivoinfarktiin sairastuneen neuropsykologisissa testituloksissa paremmin kuin kirjan kuuntelijoilla tai verrokkiryhmään kuuluneilla (Särkämö et al. 2008).

## 4 Musiikin kuuntelu terapiassa ja hoitotyössä

Musiikin kuuntelun avulla voidaan tavoittaa Salmisen (1989) mukaan aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyviä muistoja ja merkittäviä kokemuksia, jotka muutoin saattaisivat jäädä tavoittamattomiksi. Tällaisten kokemusten sanotaan tulevan sitä tärkeämmiksi, mitä enemmän sosiaaliset suhteet vähenevät.

Musiikin kuuntelu sisältää paljon terapeuttisia piirteitä: se sitoo tunteita tai toisaalta auttaa niiden ilmaisua. Ulkoisesta tulee sisäinen tunne tai sisäisestä ulkoinen kokemus. Musiikissa oleva tunne voi muuttaa kuulijan tunnetilaa, ja siten myös muuttaa hänen käyttäytymistään. Sairaalassa oleva potilas voi hyvinkin tyydyttyä mielimusiikin kuuntelusta, jolloin se sisältää edellä mainittuja terapeuttisia piirteitä. Tätä hoitajat voivat tukea helpottamalla kuuntelun järjestymistä.

### 4.1 Musiikkiterapian menetelmänä kuuntelu

Musiikin kuuntelu on aktiivinen menetelmä, silloin kun se herättää kuulijassaan mielenkiintoa, tunteita, muistoja tai tarinoita. Kun aktiivinen soittaminen tai laulaminen tuntuu liian vaativalta, voidaan musiikkiterapiassa vahvistaa kuntoutujan voimavaroja psyykkisesti musiikin kuuntelun avulla. Masentuneen voimavaroja koottaessa mielimusiikin on todettu helpottavan elämisen merkityksen löytymistä jälleen. Smejsterin (1995) mukaan reseptiivinen, kuunteluun perustuva, musiikkiterapia sopii masentuneille, koska musiikki herättää henkilökohtaisia arvoja kuuntelijassa. Arvot ovat yhteydessä tunteisiin, mutta ne ovat järkiperaisesti muodostuneita. Musiikin kuulijassa herättämiin arvoihin liittyy olennaisesti elämän tapahtumat, aiempi musiikkikasvatus, musiikin kuuntelutavat sekä hoidettavan depression laatu.

Tanskassa on raportoitu Guided Imagery and Music-menetelmän (GIM), johdettu mielikuva ja musiikki, soveltuvuudesta mielikuvien herättäjänä ja rentoutuskokemusten vahvistajana oikean aivopuoliskon vaurion jälkeisessä kuntoutuksessa. Kuntoutujat ohjattiin valitun klassisen musiikin avulla mielikuvamatkalle, ja mielen sisäisistä kuvista ja tuntemuksista voitiin keskustella rentoutuksen ja musiikin kuuntelun jälkeen. Havaittiin, että ryhmäkertojen edetessä mielikuvia syntyi helpommin ja runsaammin, ja kuntoutujat oppivat rentoutumaan hyvin. Kaikkiaan yhdeksän kokoontumisen aikana viiden ryhmään osallistuneen ajattelu pysyi melko konkreettisenä koko prosessin ajan. Tietyt kappaleet tukivat enemmän mielikuvien kehittymistä, esim. Mahlerin 4. sinfonia oli kaikkien osallistujien kokemusten mukaan tunteita herättävää ja mielikuvia aktivoivaa. He pystyivät kuitenkin liittämään mielikuvan kuunneltuun musiikkiin, mikä tukee ajatusta, että musiikki aktivoi aivoja monipuolisesti, ja sen havainnoimiseen tarvitaan molempia aivopuoliskoja. Tämä potilasryhmä on erityisen kiinnostava ja haasteellinen, koska oikeanpuoleisen aivoverenkiertohäiriön jälkeen on todettu tunneilmaisun ja abstraktin ajattelun kaventumista. (Moe & Thorstrup 1993, 97–103.)

Kuuntelu koetaan positiivisena, koska usein kyky nauttia musiikista säilyy vammautumisesta huolimatta. Towsowin (1995, 329) mukaan kuuntelu tuo esiin kykyjä paremminkin kuin menetettyjä taitoja. Se luo estetiikkaa laitoksessa asuvalle, mahdollistaa kognitiiviset taidot ja se voi olla myös tunneperäinen kokemus.

Terapeutin ohjaamassa musiikinkuunteluryhmässä osallistuja voi tuoda esiin pohdintojaan itsestään, tunteistaan ja elämän merkityksestä (emt., 340). Laitoksessa asuvan voi olla vaikeaa tai mahdoton kertoa omista syvistä tuntemuksistaan työntekijöille tai muille potilaille, koska kivuliaita tunteita joudutaan pidättelemään toisten kuormittuneisuuden välttämiseksi. Psykogeriatrian alaan kuuluva vanhusien psykoterapia hyödyntää musiikin käyttöä tunneperäisen ahdistuksen vähentämiseksi.

Yleisesti käytetty menetelmä vaikeasti vammautuneiden kanssa on elämän kohokohtien muistelu musiikin keinoin. Muistelun avulla voidaan helpottaa nykytilan hyväksymistä ja valmistautumista uusiin luopumisiin. O'Callaghanin mukaan Bennettin ja Maasin (1988) tutkimuksessa todettiin musiikin avulla elämäntarinan muistelun olevan vaikuttavampaa pyrittäessä tuomaan esiin elämään tyytyväisyyttä, kuin pelkän keskustelun keinoin tapahtuva muistelu. Osallistujat olivat myös raportoineet musiikin avulla elämänsä muistelun olleen nautittavampaa ja helpompaa kuin keskusteluun pohjautuva elämäntarinan kertominen. (O'Callaghan 1993, 53–55.) Varsinkin vanhemmat henkilöt, jotka tietävät hiljalleen tarvitsevansa muiden apua enemmän, kokevat oman elämäntarinan kertomisen lisäävän turvallisuuden tunnetta ja tuovan esiin sen, että he ovat aiemmin eläneet itsenäistä elämää.

#### **4.2 Musiikin kuuntelu terapeutisena toimintana kivun ja stressin lievityksessä**

Pelletierin (2004) kirjoittamassa meta-analyysissä musiikin kuuntelun merkityksestä stressin lievittämiseksi todettiin sen olevan vaikuttavaa. Meta-analyysiin valittiin 22 kvantitatiivista tutkimusta, joissa aiheena oli musiikin vaikutus ahdistuneisuuden lievittymiseen. Tutkimukset oli tehty sairaalaolosuhteissa tai muissa lääketieteellisissä klinikoissa sekä yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa. Tulosten mukaan musiikki yksin ja yhdistettynä muihin tekniikoihin merkitsevästi alensivat stressin kokemista. Stressi määriteltiin kohonneeksi ahdistuneisuuden, pelon ja jännittyneisyyden tuntemuksiksi. Korkeaksi stressi määriteltiin traumaattisen diagnoosin, leikkauksen sekä synnytyksen yhteydessä. Kyselytapoja oli kuuntelijan kokemusten kysely, fysiologiset mittaukset sekä käyttäytymisen havainnointi.

Mielenkiintoista oli se, että tutkitusti rentouttava musiikki (esim. Debussyn *Prelude to afternoon of a Faun*, jota ovat tutkineet mm. Bolwerk 1990; Ellis & Brighthouse 1952; Rider, Floyd & Kirkpatrick 1985) vaikutti paremmin kuin kuuntelijan oma mielimusiikki. Meta-analyysin mukaan muusikot hyötyivät enemmän kuin ei-muusikot, ja alle 18-vuotiaat erityisesti kokivat musiikin rentouttavana. Yksilöllinen kuuntelu oli tehokkaampaa kuin ryhmässä toteutettu. Tekniikan toistaminen paransi koettua stressin lievittymistä. (Pelletier 2004.)

Musiikkia on myös käytetty lasten kivunlievityksessä. Pölkki (2006) tutki 11 tieteellistä artikkelia, joissa arvioitiin musiikin kuuntelun vaikutusta lyhytaikaisissa hoitotoimenpiteissä, jotka tuottivat lapselle kipua. Interventiona käytettiin äänitettyä musiikkia, joka vähensi lasten kivun voimakkuutta ja kipukäyttäytymistä sekä vaikutti suotuisasti verenpaineeseen, pulssi- ja happiarvoihin. Tulosten perusteella musiikkia voidaan suositella yhtenä kivunlievitysmenetelmänä hoitotyössä. Sen valin-

nassa on huomioitava lapsen ja perheen yksilölliset tottumukset ja mieltymykset.

Iäkkään ortopedisen potilaan musiikin kuunteleminen postoperatiivisesti sairaalassa vuodelevon aikana todettiin alentavan merkitsevästi kivun kokemista japanilaisen tutkijaryhmän tutkimuksessa (Masuda et al. 2005). 44 potilasta randomisoitiin, ja heistä puolet kuunteli valitsemaansa musiikkia annetuista vaihtoehdoista (japanilaista kansanmusiikkia, populaarimusiikkia tai länsimaista klassista musiikkia), ja puolet eivät tätä tehneet. Vaikutus arvioitiin VAS-janalla (Visual Analogue Scale) sekä piirretyillä kasvonilmetestistöllä (Wong/Baker Faces Rating Scale). Molemmilla mittareilla arvioituna kipu aleni merkitsevästi ( $p < 0.01$ ) musiikkia kuunnellen tällä potilasryhmällä verrattuna kontrolliryhmään. Tuloksena todetaan, että musiikin kuuntelu saattaa olla helppo, noninvasiivinen metodi, jolla lievitetään iäkkäiden ihmisten leikkauksen jälkeistä kipua, ja että muiden stressitekijöiden tutkiminen tällä populaatiolla on tarpeen. (Masuda et al. 2005, 12.)

Ridder (2005, 74) on kirjoittanut musiikin kuunteluun perustuvasta tutkimuksesta. Alzheimer-potilaiden rauhallisen musiikin kuuntelu (Lindenmuth et al. 1992) helpotti potilaan nukahtamista. Hoitajat käyttivät rauhoittavaa musiikkia potilaiden levottomuuden vähentymiseksi. Tutkimustuloksena oli, että musiikkia kuunnelleet Alzheimer-potilaat nukkuivat kauemmin kuin verrokkit, joille kuuntelua ei tarjottu. Hanser ja Clair (1996) ovat kehittäneet tekniikan erityisesti vasta diagnostisoitujen Alzheimer-potilaiden stressin lievitykseen. Potilaan rauhoittamiseksi hoitajat tai omaiset ohjaavat potilasta liikkumaan musiikin avulla, hierovat musiikin soidessa taustalla tai ohjaavat potilasta luomaan musiikista mielikuvia keskustellen.

Rett-potilaiden musiikkimieltymyksiä ja kuuntelutapoja tutkittiin Ruotsissa (Merker et al. 2000, 42–53). Rett on perinnöllinen, neurologinen sairaus, joka periytyy tyttärille. Rett-potilaiden toimintakyky heikkenee hiljalleen monienkin vuosien aikana ensimmäisen ikävuoden jälkeen. Liikunnallisten vaikeuksien lisäksi kommunikaatio on haasteellista. Tutkimukseen osallistuneet iältään 4–53-vuotiaat Rett-potilaat kuuntelivat musiikkia erilaisissa tilanteissa. Omahoitajien täyttämässä lomakekyselyiden vastauksissa kuvailtiin milloin, miten ja mitä musiikkia kuunneltiin. Omahoitajat käyttivät musiikkia lääkkeen tavoin esimerkiksi silloin, kun potilas oli surullinen, pitkästynyt tai kivulias. Myös arkipäivän toimissa musiikkia käytettiin tukena, kuten pukeutumisen, peseytymisen ja nukkumaanmenon aikana. Musiikkimieltymykset olivat erilaisia painottuen lastenlauluihin ja iskelmiin, ja niiden muuttumista vuosien varrella omahoitajat olivat kyenneet seuraamaan. Tutkimuksen tuloksena oli, että suosikkisävelmien ja niiden herättämien aktiivisten toimintojen välillä saattaa olla merkitystä tutkittaessa valinnan tekemistä ja tarkoituksellista kommunikaatiota. Myönteisiä havaintoja musiikkimaun muuttumisesta oli tehty.

Sirpa Hankelan hoitotieteen väitöskirjassa (1999) tutkittiin leikkaustilanteessa potilasta auttavia hoitajien toimenpiteitä. Potilaita haastateltiin ja lopputuloksena todettiin epävarmojen potilaiden hyötyvän hoitajien tarjoamasta emotionaalisesta tuesta, johon liittyi läsnäolo, rohkaisu, kosketus, huolenpito ja musiikin kuuntelun mahdollistaminen. Rohkeille potilaille oli merkityksellisempää tiedollinen tuki (esim. ajan tasalla pitäminen, ajallaan informointi, valmentaminen). Leikkauksen aikaiseen hyvinvointiin ja turvallisuudentunteeseen liitettiin hoitajien

osoittama kokonaisvaltainen ammattitaito. Musiikin kuuntelun järjestäminen oli osoitus välittämisestä.

On todettu, että hoitajilla on kyllä asiantuntijuus moniin hoitoon liittyvissä asioissa, mutta heillä ei ole tietoa potilaan elämäntilanteeseen ja elämäntapaan liittyvistä seikoista, jotka voisivat lisätä hoitosuhteen positiivisia vaikutuksia. Kohtaaminen hoito- ja terapiasuhteessa luo uusia näkemyksiä ja ajatuksia, joita yksin ajattelemalla ei olisi pystytty tavoittamaan. Positiivisen prosessin alku on usein se, että nähdään toinen uudessa valossa ja että tämä uudenlainen kohtaaminen on rikastuttanut kumpaakin osapuolta, sekä hoitajaa/terapeuttia että potilasta. (Mannström-Mäkelä 2005, 32.)

Musiikkia voi käyttää terapeuttisesti kuka tahansa, jos siitä ollaan kiinnostuneita. Musiikkia terapeuttisesti käytettäessä voidaan auttaa toista ihmistä ilmaistamaan itseään, auttaa häntä rentoutumaan tai lievittää hänen ahdistustaan. Mielimusiikin kysyminen saattaa olla tällainen positiivinen hoitajan ja kuntoutujan hoitosuhdetta lujittava tekijä.

## 5 Tutkimusprosessi

Tässä osallistavassa toimintatutkimuksessa kuvataan musiikin kuuntelun järjestämisestä saatuja kokemuksia ja siitä tehtyjä havaintoja kahdessa kaupungin sairaalassa ja niiden kuntoutusosastoilla. Kuuntelun ajatellaan olevan osa kuntouttavaa hoitotyötä akuutisti sairastuneen aivoinfarktipotilaan hoidossa (Tervaniemi 2003). Kuuntelua muokattiin omahoitajien kanssa käytännölliseksi. Toimintatutkimuksen mukaisesti ne ihmiset joita toiminta koskettaa otetaan mukaan kehittäelytyöhön heidän omassa ympäristössään (Heikkinen et al. 1999). Sairaalat hankkivat tarvittavat välineet kuuntelua varten, vähintään cd-kasettisoitimet, kuulokkeet sekä kuuntelumateriaalia. Tutkimuksen myötä selkiintyi, miten vastuuhenkilöt kokivat uudenlaisen hoitotyönvälineen. Toimijatahoja kuvataan anonymisti. Erilaisia toimintamahdollisuuksia tuli projektin aikana esiin. Seurannassa selvisi, miten kuuntelu oli järjestynyt. Parhaassa tapauksessa tutkimuksen pohjalta voidaan kehittää musiikin kuunteluun perustuva kuntoutustekniikka suhteellisen pienellä resurssoinnilla.

Liittyen tähän toimintatutkimukseen ja uuden näkökulman tuomiseen hoitotyöhön musiikin kuuntelun muodossa, ajattelen, että hoitohenkilöstö arkityössään tekee tietonsa pohjalta parhaita mahdollisia päätöksiä, jotka kokonaisvaltaisesti kohentavat potilaan elämänlaatua. Vuorovaikutuksellisuus lisää työhön sisältöä, jonka avulla potilaan kanssa tehtävät hoitotoimenpiteet ja kuntoutusohjaukset ovat yksilöllisiä.

### 5.1 Tutkimuksen lähtökohtia

Tutkijan ja terapeutin välisestä toiminnankehittämisestä on raportteja, ja jonkin verran myös potilaitten mukaan ottamisesta tutkimusprosessiin vastavuoroisina toimijoina (Stige 2005). Tämä tutkimus oli ammattihenkilöiden toiminnan kehittämiseen tähtäävä tutkimus. Tämän osallistavan toimintatutkimuksen osalta tutkija-musiikkiterapeutti esitteli mielimusiikin kuuntelun kuntouttavana mahdollisuutena hoitoyksiköissä ja neuvotteli kahdessa kaupungin sairaalassa menetelmän käyttöönottoon liittyvistä vaiheista. Henkilökuntaa motivoitiin kuuntelumateriaalin hankkimisessa, ja heitä haastateltiin ryhmissä.

Koska olin kiinnostunut hoitajien kertomista kokemuksista musiikin kuuntelun järjestämisen suhteen, valitsin tutkimusotteekseni fenomenografisen lähestymistavan. Vaikka puhuttiin kokemuksista, ne liittyivät sellaisiin tilanteisiin, joissa hoitajat arvioivat musiikin kuuntelua osana potilaan hoitoa sairaalaolosuhteissa. Näin ollen tutkimuksessa ei oltu pelkästään kiinnostuneita potilaiden tai hoitajien kokemuksista vaan siitä, miten hoitajat käsittivät musiikin kuuntelun soveltuvan potilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön osaksi.

Fenomenografisen tutkimusotteen piirteet soveltuivat tähän tutkimukseen siitä syystä, että hoitajat kertoivat kokemuksistaan ikään kuin toisen käden tietona tutkijalle ryhmähaastattelutilanteissa. Heidän puheensa toivat esiin heidän käsityksiään musiikin kuuntelun soveltuvuudesta sairaalaoloissa. Tutkimuksessa kuvataan miten haastateltavat kokivat ja kuvasivat tutkimuskohteen, mikä on fenomenografisen tutkimuksen erityispiirre. Fenomenografiassa tarkastellaan yksilön

kokemuksia ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmasta. Ensimmäinen aste kuvaa henkilön omia kokemuksia asioista, toinen aste kuvaa henkilön orientoitumista toisen yksilön ajatuksiin, kokemuksiin ja käsityksiin, ja tekee niistä päätelmiä. (Marton & Booth 1997, 117–121.) Tässä tutkimuksessa hoitajat olivat paikalla kun kuuntelua järjestettiin. He kertoivat siitä tutkijalle, joka analysoi puheista esiin tulleet teemat ja luokitteli ne toisen asteen näkökulmasta.

## 5.2 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen ideana on tieteen käytännöllisyys: ei paperipinoja vaan toiminnan ymmärtämistä ja sen kehittämistä (Heikkinen et al. 1999). Toimintatutkimuksessa tutkitaan muutettavaa käytäntöä. Samanaikaisesti, kun kehitetään toimintaa, arvioidaan muutoksia. Tavoitteena on sekä ratkaista tutkimuksen avulla käytännön ongelmia että tuottaa uutta tieteellistä tietoa. (Kuula 1995, 9.) Argyriksen (1982) mukaan pyrkimyksenä on sekä edistää tutkittavien ilmiöiden teoreettista ymmärrystä että niiden käytännöllistä hallintaa. Tutkimuksen aikana toimijoilta kysytään miten pitäisi toimia ja miten pitäisi olla. Lopulta tutkimuksen avulla selitetään ja tulkitaan laadullisesti muutosta ja toimintaprosessia. ”Mikäli tulokset ovat toivotut, legitimoituu itse tutkimus ja samalla myös käytetty kehittämisstrategia.” (Kuula 1995, 13).

Työelämässä on tapahtunut muutoksia, jotka ovat lisänneet toimintatutkimuksellisen toimintatavan merkitystä erilaisten organisaatioiden ja toimintatapojen kehittäjänä. Tällaisia muutoksia ovat mm. seuraavat:

1. Siirtyminen ylhäältä ohjatuista, hierarkkisista organisaatioista verkostuneisiin organisaatioihin ja toimintatapoihin, joissa työntekijöiden asiantuntemusta ja osaamista pyritään hyödyntämään
2. Vaikutusvallan ja samalla vastuun jakaminen kaikille työntekijöille. Tähän liittyy empowerment-käsite, työn tekijöiden sisäisen voimantunteen eli itsensä valtaistamisen lisääminen.
3. Työn uudelleen organisointi liukuhihnamallista pienille, itseohjautuville tiimeille. Tällöin työtehtävien suunnittelu siirtyy myös niiden tekijöille.
4. Siirtyminen yksintekemisestä yhdessätekemiseen. (Suojanen 2004.)

Musiikkiterapiatutkimuksissa osallistava toimintatutkimus ei ole vakiinnuttanut asemaansa (Stige 2005, 412–413). Osallistavan toimintatutkimuksen ydin on kohdeyhteisön jäsenten osallistuminen kanssatutkijoina tutkimusprosessiin sen alusta loppuun saakka (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 51). Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa (Metsämuuronen 2003, 181). Erilaiset ideat ja toimenpiteet kirjataan ylös ja niiden toteutumista seurataan.

Tämän tutkimuksen lähtökohta oli käytännöllinen kehittämisprojekti. Työntekijöitä pyrittiin ”auttamaan tiedostamaan ja uudelleensuuntaamaan omaa tietoisuutta ja käytäntöä” (Metsämuuronen 2003, 182). Tutkijan rooli oli osallistava, vuoropuhelua ylläpitävä, mahdollisen uuden tiedon tai näkökulman antaja ja toiminnan kannustaja. Hoitajat kokeilivat mielimusiikin järjestämistä käytännössä yhteisten keskustelujen pohjalta. Tutkimuksen avulla lisättiin hoitajien tietoa musiikin

kuuntelun vaikutuksista hoitomenetelmänä. Tämä tutkimus antaa tietoa hoitajien näkökulmasta musiikin kuuntelun soveltuvuudesta osastotyöhön, sitä edistäviä ja haittaavia tekijöitä. Vallitsevaa todellisuutta muutettiin, jotta sovellettavaa käytäntöä voitiin tutkia. Toisaalta toimintatutkimuksessa todellisuutta tutkitaan, jotta sitä voitaisiin muuttaa. Sosiaalisella käytännöllä on tapana rakenteistua, muuttua rutiineiksi ja itsestään selviksi käytännöiksi. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 44.)

### 5.3 Tutkimustehtävä

Toimintatutkimuksen avulla hankittiin tietoa potilaan mielimusiikin kuuntelun järjestämismahdollisuuksista sairaalan kuntoutusosastolle. Halusin tällä tutkimuksella selvittää musiikin kuuntelun käyttö- ja sovellusmahdollisuuksia sairaalan osastohoidon AVH-potilaiden kuntoutuksessa.

*Tutkimuskysymykset:*

- Voidaanko osallistavan toimintatutkimuksen avulla lisätä mielimusiikin kuunteluun perustuva kognitiivisia toimintoja aktivoiva kuntoutusmenetelmä osaksi omahoitajien toteuttamaa kuntouttavaa hoitotyötä?
- Mitä hoitajat puhuivat kokemuksistaan ja havainnoistaan musiikin kuuntelun järjestämisestä AVH-potilaille?
- Millä ehdoilla musiikin kuuntelu nähdään sopivana menetelmänä osana hoitajien toteuttamaa AVH-potilaan kuntouttavaa hoitotyötä?
- Minkälaisille potilaille hoitajien näkökulmasta musiikin kuuntelu erityisesti soveltuu?

Ongelma pyrittiin ratkaisemaan osallistavalla toimintatutkimuksella. Hoitajille annettiin perustietoa musiikin kuuntelun tavoista musiikkiterapian alalla. Heitä tuettiin ja rohkaistiin kysymään potilaan kuuntelumielityksiä, järjestämään materiaalia kirjaston kautta sekä ottamaan selkoa omaisten mahdollisuuksista olla mukana kuuntelun järjestämisessä.

Tutkimustehtävänä on lisätä tietoa musiikin kuuntelun hoitokäytännöstä, ja saada tietoa siitä, mitkä ovat sen vaikutukset hoitajien raportoimina, ja miten kuuntelu nähdään soveltuvan sairaalan kuntouttavaan hoitotyöhön. Jos menetelmä soveltuu kuntoutusosaston käyttöön, se

- mielletään sopivana toimintana
- soittimia ja materiaalia on mahdollista saada
- omahoitajat ymmärtävät musiikin merkityksen kuntouttavan hoitotyön osana.

### 5.4 Organisaatiot

Kaksi pääkaupunkiseudun kuntoutussairaala valittiin tutkimukseen mukaan. Kaupunkien terveystoimelta saatiin tutkimukselle eettiset luvat ja toiminta vaiheistettiin molemmissa sairaaloissa. Sairaalat ovat kaupungin sairaaloita, joissa toteutuu kaupunkilaisten ensisijainen neurologinen laituskuntoutus. Mikäli alkuvaiheen jälkeen potilas ei kotiudu Meilahden neurologiselta klinikalta, hänet ohjataan näihin yksikköihin.



Kuntoutus on moniammatillista. Neurologin johtamassa yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat, perussairaanhoitajat, lähihoitajat sekä erityistyöntekijät: toiminta-, puhe-, musiikki- (sairaalassa B), fysioterapeutit, sosiaalihoitajat sekä neuropsykologit (sairaala A). Kuntoutusjakson pituus vaihtelee potilaan kuntoutumisen mukaan. Sairaalassa B keskimääräinen kuntoutusaika v. 2004 oli 70 vrk. Seurannassa oli huomattu hoitoajan pidentyminen potilaiden ollessa entistä sairaampia ja huonokuntoisempia siirtyessään erityissairaanhoidosta jatkokuntoutukseen. Toisaalta taas yhä useampi AVH-potilas oli voinut siirtyä sairaalasta kevyempään hoitolaitokseen tai hoivakotiin (Huusko ym. 2004, 9). Aktiivikuntoutus on lisääntynyt sairaalassa, ja osastolle on otettu lisää henkilökuntaa vastaamaan tarpeisiin Huuskon tekemän raportin esityksen myötä.

AVH-kuntoutus on muodostunut raportin (Huusko ym. 2004) mukaan pitkän ajan kuluessa sairaalassa B. Henkilökunta on kouluttanut itseään ja jatkuvasti ideoi uusia toimintatapoja. Esimerkiksi omaisten AVH-illoilla on parannettu omaisten tiedonsaantia siitä, miten aivohalvaus vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Tätä toimintaa on myös tutkimukseen osallistuneessa toisessa sairaalassa A. Omaisten osuutta painotetaan yleisesti AVH-kuntoutuksen onnistumisen yhteydessä laajemminkin (esim. Puumalainen 2004).

Sairaalassa B siirryttiin tutkimuksen aikana kahden ryhmän työskentelyyn. Ryhmät vastaavat 42 potilaan hoidosta. Haastatteluissa tuli esiin, että hoitajavahvuus potilasta kohden on 0,68. Sama miehitys on laskettu myös sairaalaan A, jossa potilaspaikkoja on 28 kahta kuntoutusosastoa kohti. Vuodeosastojen tehtävänä on antaa sairaalassa A laituskuntoutuspalveluja neurologisille ja fysiatris-ortopedisille kuntoutujille. Suuri osa potilaista on aivoverenkiertohäiriöistä tai aivovammoista kuntoutujia, jotka tulevat hoitoon joko erikoissairaanhoidon tai terveyskeskuksen akuuttiosastojen lähettäminä. Neurologian poliklinikan ylilääkäri vastaa vuodeosastotoiminnasta. Käytännössä tiimityöskentely on tullut yksilövastuiseen hoidon tilalle. Molemmissa sairaaloissa hoitajat työskentelevät kolmivuorotyössä.

Sairaaloissa toimii potilaskirjasto, joka on kaupungin hallinnoimaa toimintaa. Pääkaupunkiseudulla toimii 14 laituskirjastoa, ja lisäksi on kotipalvelukirjasto kotona asuvia heikkokuntoisia potilaita varten. Laituskirjaston käytössä on koko sama materiaali kuin pääkaupunkiseudun muillakin kirjastoilla. Hakukoneena palvelee hyvästä toiminnastaan erityismainintaa saanut HelMet, jota kautta voidaan tilata haluttu materiaali myös laitokseen. Kokoelmassa oli 1 962 328 teosta vuonna 2005 (kaupungin kirjaston toimintakertomus 2005). Eri aineistotyyppien prosenttiosuus koko kokoelmasta oli kirjoja 85,42 %, musiikkiäänitteitä 8,15 % ja puheäänitteitä 1,86%. Lisäksi laituskirjastolla on sopimus näkövammaisten kirjaston Celian kanssa kaikkiin äänikirjamateriaaleihin ([www.celialib.fi](http://www.celialib.fi)). Celiassa on kattava kokonaisuus kauno-, jännitys- ja tietokirjallisuutta sekä runo- ja kuunnelmateoksia. Ne ovat pääosin äänitetyt c-kaseteille, ja tuovat kömpelökätisille käyttäjille haasteita kasetin oikein päin laittamisessa nauhuriin, tarinan kuuntelemisessa kasettien osoittamassa numerojärjestyksessä, ja kasettien pitämisessä omilla laatoissaan järjestyksessä. Palvelu on maksuton Celian asiakkaille, jotka saavat luvan kirjaston käyttöön joko näkövammaisen takia tai heikentyneen lukutaidon vuoksi. Tällaisia potilaita ovat AVH-kuntoutujat suurimmalta osin. Asiantuntijan lausunto hakemuksen liitteenä riittää Celian asiakkaaksi hakeuduttaessa.

Tottuneet kirjaston käyttäjät osaavat hyödyntää myös sairaalan kirjastoa. Vaikka sairaalassa kirjavaunu tulee luo, monet potilaat eivät osaa tai jaksa valita itselleen materiaalia kirjastonhoitajan avustuksellakaan. Jos kuuntelumieltymyksistä saadaan tietoa, niin kirjastolla on tässä projektissa tärkeä tehtävä: kuuntelumateriaalin hankkiminen ja kuuntelulaitteiden lainaaminen.

## 5.5 Menetelmän käyttöönoton vaiheet

Alkuinfossa sairaanhoito- ja terapiahenkilöstö kokoontui moniammatillisesti pohtimaan musiikkiterapian ja varsinkin kuunteluun perustuvan kuntoutuksen mahdollisuuksia sairaalassa. Tilanteessa osallistujat täyttivät puolistrukturoidun kyselyn (liite 1: Kysely hoitavalle henkilöstölle), jossa kysyttiin arkitietoa kartoittavia asioita vastaajien omista kokemuksista tai arvostuksista liityen musiikin tai äänikirjojen kuunteluun.

Kyselyn tuloksista kerrottiin syksyllä toisessa vastaavassa tilanteessa, ja molemmissa sairaaloissa päädyttiin siihen, että omahoitajat ovat oikeat henkilöt toteuttamaan kuunteluun perustuvaa kuntoutusta. Erityistä lääkärin suositusta ei kaivattu.

Avainhenkilöiden kautta toimintaa pyrittiin vakiinnuttamaan ja kehittämään. Avainhenkilöiksi tuli molemmista sairaaloista kaksi omahoitajaa. Kummassakin sairaalassa valitettavasti toinen joutui luopumaan tehtävästä henkilökohtaisten syiden vuoksi, ja vuoden alusta jatkoi uudet vastuuhenkilöt alusta asti mukana olleen parina. Tukihenkilöiksi valikoitui sairaalassa A ylihoitaja ja sairaalassa B musiikkiterapeutti. Lisäksi sairaalan kirjastonhoitaja pidettiin tietoisena projektista. Sairaalassa A hänen osuuttaan korostettiin tutkijan puolelta, sairaalassa B musiikkiterapeutti käytti aktiivisesti kirjaston palveluja ja ohjasi henkilökuntaa myös siihen.

Myöhemmin toiminnan lähdettyä käyntiin palaverieja pidettiin pääsääntöisesti kuukauden välein, ja tukevoitettiin menetelmää esim. seurantalomakkeen käyttöönoton muodossa, kokemuksista kertomisen painottamisessa ja kaikkien uusien mahdollisten ideoiden esiin tuomisessa. Tärkeäksi keinoksi vakuuttaa omahoitajat musiikin kuuntelun vaikutuksesta oli järjestää osastotunti. Osastotunneilla hoito-osaston henkilöstö keskusteleo kertaviikkoisesti työn sujumisesta ja sen järjestämisestä. Osastotunneilla on mahdollisuus päättää uusista toimintatavoista ja tehdä sopimuksia siitä, miten työt jaetaan ja hoidetaan. Myös kuuntelumenetelmän esitleminen ja käytännön kokeileminen oli siellä mahdollista. Kuuntelun omakohtaisuus tuntui puhuttelevan hoitajia, ja sen yksi arvo on soveltuvuus myös omahoitajien itsehoidolliseen käyttöön.

Käännekohtana menetelmän aktivoitumiseksi voidaan pitää musiikkiterapeutin pitämää osastotuntia sairaalassa B. Sairaalassa A tulevaisuuden visiot uusista tiloista herättivät uusia näkökulmia menetelmän käyttöönotosta. Myös sairaalassa toimivien muiden kuin hoitohenkilöiden työn ymmärtäminen lisäsi näkökulmia kuuntelukuntoutusta mahdollistavana tekijänä. Näitä muita mainituja ammattihenkilöitä olivat mm. sairaalapappi tai kirjastonhoitaja.

## 5.6 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostuu pääasiallisesti ryhmähaastatteluista, jotka litteroitiin ja sisältö teemoiteltiin. Teemoja hyödynnettiin ryhmähaastatteluissa, joita pidettiin projektin aikana yhteensä viisi kertaa kummassakin sairaalassa noin kuukauden välein ajanjaksolla 10/05–3/06. Teemojen perusteella saatiin tietoa soveltuvista potilaista sekä musiikin kuuntelua tukevista ja sen toteuttamista estävistä seikoista.

Informantit antoivat luvat äänitysten tekemiseen kirjallisesti. Aineistoa säilytettiin litterointiin asti lain säätämällä tavalla ulkopuolisten saavuttamattomissa, ja tekstimuotoon saattamisen jälkeen nauhoitukset hävitettiin.

Tukiaineistona on alkutietokysely kuuntelun sopivuudesta kuntoukseen, joka täytettiin alkuinfossa, tutkijan reflektoinnit tapahtumista sekä hoitajien täyttämät kuuntelun kehittämiseen luodut seurantalomakkeet (liite 2: Kuuntelunseuranta).

### 5.6.1 Alkutieto

Alustavia tietoja saatiin lomakekyselyn avulla, jolla kartoitettiin sairaalan työntekijöiden mielipiteitä kuuntelusta (liite 1). Ylipääntään kuuntelun mahdollisuuksista oltiin kiinnostuneita. Moniammatillisesti kokoontunut kuulijakunta; sairaaloiden fysio-, toiminta-, puheterapeutit sekä osastonhoitajat osoittivat kiinnostuneisuutta, varsinkin, kun kaupunkien eettiseltä terveystoimelta oli annettu tälle tutkimukselle lupa. Sairaalassa B alkuinfossa ei ollut yhtään hoitajaa läsnä, koska informaatio musiikin kuuntelusta oli käsitelty alustavasti sairaalan kuntoutustimissä, johon ei kuulunut hoitajia. Alkutietokyselyyn vastasi näissä infotilaisuuksissa 28 sairaalan henkilöstöön kuuluvaa. Lisäksi kuntoutuslaitosten työntekijöiltä saatiin sähköpostitse viisi vastausta. Taulukossa 3 on lueteltu ammattiryhmät, jotka vastasivat kyselyyn. Vastanneiden työkokemuksen vaihteluväli oli 1–16 vuotta. Keskimääräinen työikä alalla oli 11 vuotta.

### 5.6.2 Haastattelut

Viisi äänitettyä ryhmähaastattelua järjestettiin ennalta sovittuina aikoina kummassakin sairaalassa. Haastatteluihin osallistui kerrallaan kaksi hoitajaa ja heidän tukihenkilönsä: sairaalassa A ylihoitaja ja sairaalassa B musiikkiterapeutti. Tukihenkilöt olivat pitkään jo tehneet töitä, hoitajien työikä oli lyhyempi. Molemmissa sairaaloissa vaihtui yksi avainhoitaja kesken tutkimuksen, joten haastateltuja hoi-

*Taulukko 3. Alkutietokyselyyn vastanneet ammattiryhmittäin.*

Sairaala A	Sairaala B	Kuntoutuspkl C* ja kuntoutuslaitos D*
5 puheterapeuttia	5 fysioterapeuttia	2 fysioterapeuttia
4 sairaanhoitajaa	3 toimintaterapeuttia	1 neuropsykologi
2 perushoitajaa	2 osastonhoitajaa	1 toimintaterapeutti
2 osastonhoitajaa	1 apulaisosastonhoitaja	1 puheterapeutti
2 lähihoitajaa	1 musiikkiterapeutti	
1 ?		

\* vastaukset sähköpostitse

tajia oli kaikkiaan kuusi. Keskimäärin haastateltavat olivat sairaalassa B tehneet perus- tai sairaanhoitajan töitä 21 vuotta, vaihteluväli 3–30 vuotta, ja sairaalassa A yhdeksän (9) vuotta, vaihteluväli 1–20 vuotta. Kerran haastateltiin erikseen musiikkiterapeuttia osastotunnin järjestämisestä sairaalassa B ja kerran sairaanhoitajaa kuntouttavan hoitotyön toteutumisesta sairaalassa A. Taulukossa 4 osoitetaan kaikkien haastattelujen päivämäärät, haastateltavien ammatit sekä kertyneet litteroidut sivut. Fonttina käytettiin Times 11 p, riviväli 1. Yhteensä haastatteluista kertyi 85 litteroitua sivua. Litteroitaessa puheet kirjoitettiin sana sanalta ylös.

Haastattelut olivat keskustelunomaisia reflektiolanteita siitä, mitä hoitajat olivat tehneet mielimusiikin tai äänikirjojen kuuntelun järjestymiseksi. Halusin kuulla kaikenlaisia kokemuksia, käsityksiä ja havaintoja. Pidin yllä keskustelua ja annoin tukimateriaalia tarvittaessa. Tukimateriaalia olivat:

1. tutkimussuunnitelma
2. kooste alkutietolomakkeiden tuloksista
3. hoitajien haastattelu- ja seurantalomake
4. lähdeluettelo neurologisesta musiikkiterapiasta
5. artikkeli omahoitajan potilaan puolisoa tukevasta toiminnasta
6. tunnemittari, Tikoteekkitietopaketti Ensiapua kommunikointiin
7. musiikkilista.

Viimeisellä haastattelukerralla olin tehnyt haastattelua varten kysymyksiä, joilla pyrin saamaan hoitajat kertomaan, miten asioiden olisi pitänyt olla ideaalitulossa kuunteluhankkeen suhteen. He kertoivat haastatteluissa myös omista musiikki-mieltymyksistään.

*Taulukko 4. Litteroidut haastattelut.*

Ryhmähaastattelut	Sairaala A; haastattelupäivä, litteroidut sivut (haastateltavat)	Sairaala B; haastattelupäivä, litteroidut sivut (haastateltavat)
1.	22.11.05 3 s (yh, K, kh1, kh3)	24.10.05 19 s (MT, ph1, ph3, ov)
2.	26.01.06 3 s (K,KE)	12.12.05 2 s (MT)
3.	30.1.06 10 s (yh, kh1, kh2)	19.1.06 9 s (ph1, ph2, MT)
4.	28.2.06 8 s (yh, kh1, kh2)	8.2.2006 12 s (ph1, ph2, MT)
5.	30.03.06 7 s (kh1, kh2)	23.3.06 9 s (ph1, ph2, MT)
6.	11.4.06 3 s (kh1)	
Yhteensä 11 haastattelua 85 sivua (Times 11 p.)	34 sivua	51 sivua

Yh= ylihoitaja, ov=osastovastaava, K= kirjastonhoitaja, KE=kirjaston esimies, MT=musiikkiterapeutti, kh=sairaalan A hoitajia 1,2,3, ph= sairaalan B hoitajia 1, 2, 3,

### 5.6.3 Seurantalomakkeet

Seurantalomake laadittiin hoitajan työn avuksi. Lomaketta käytettiin haastateltaessa potilaan musiikki-/äänikirjamieltymyksiä sekä kuuntelun seurannan apuna (liite 2). Sairaalassa A kuuntelu mahdollistui vain joko potilaan oman tai sairaalasta lainaksi saadun cd-kasettisoittimen avulla. Tämän lisäksi sairaalassa B oli käytössä tyynyradiot. Vastuuhoitajien tehtävä oli opastaa osaston muita hoitajia käyttämään kaavaketta, jolla seurataan kuuntelun toteutusta ja mahdollisia vaikutuksia.

### 5.6.4 Reflektiopäiväkirjamerkinnot

Pidin haastatteluista reflektiopäiväkirjaa heti tuoreeltaan haastattelujen jälkeen, ja litteroidessani tekstiä, ja aina, kun oli syytä kerätä ajatuksiani tutkimuksen suhteen. Erityisen kiinnostavia löytöjä olivat mielestäni ne, kun hoitajat kertoivat omista tunteistaan, kokemuksistaan ja ajatuksistaan musiikin kuuntelun suhteen. Toisaalta muistiinpanojen avulla huomasin, kuinka ulkopuolinen olin toisinaan tässä tuomassani tutkimusideassa, ja sen käytäntöönpanossa. Tapahtumien ja omien tuntemusten jäljittäminen onkin kenttäpäiväkirjan tehtävänä (Kuula 2001, 171). Reflektiopäiväkirjasta löytyy myös omaa toimintaa ohjaavia merkintöjä, jotta pitäisin toimintaa yllä tehokkaasti haastattelujen puitteissa. Esim:

- 26.1.06 Hoitajien potilaskontakteja tulee nyt lisätä, jotta*
- motivaatio säilyy*
  - tietoa kerätään*
  - tietoa jaetaan ryhmän kesken*

Reflektiopäiväkirja on tutkijan työkalu. Sen avulla voi jäsentää omia ajatuksiaan tutkimusprosessin sisällä, kääntää haastateltavien sanomisia käsitteellisemmälle tasolle, tunnistaa omat tunteet ja palata tutkimuksen kaikissa vaiheissa sen kaikkiin vaiheisiin. Muistiinpanojen kautta pystyin hyödyntämään eri haastatteluryhmien tuottamia ideoita ja tarjoamaan niitä toisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien avuksi. Tällaisia olivat mm. omaisten tukeminen pyytämällä heitä tuomaan musiikkia kuntoutujille sekä papin pyytäminen mukaan järjestämään hengellistä musiikkia sitä tarvitsevalle kuntoutujalle.

### 5.6.5. Loppuarviointikeskustelu

Lopullisten tutkimuksen tulosten esittely tapahtui kummassakin sairaalassa edeltäsovittuna ajankohtana. Keskusteluissa käytiin läpi tutkimuksen rakenne ja päätulokset. Nämä tulokset ja toiminnan kuvauksen haastateltavat sekä moniammatillinen tiimi hyväksyivät.

## 5.7 Aineiston analyysi

Kerättyä havaintoaineistoa, jota tässä tutkimuksessa ovat hoitajien ryhmähaastattelut, tutkijan reflektiopäiväkirjamerkinnot sekä alkutietolomakkeet samoin kuin hoitajien täyttämät menetelmän seurantalomakkeet, analysoin laadullisesti sisällönanalyysin menetelmällä. Sisällönanalyysi on menetelmä, joka sopii hyvin

strukturoimattoman aineiston analysointiin. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä, ja sen tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2004.) Sisällönanalyysissä havaintoaineistoa tiivistetään ja lisätään sen informaatioarvoa analyysin kautta. Tässä tutkimuksessa analyysi tapahtui monessa vaiheessa: ensin teemojen löytäminen horisontaalisen analyysin avulla, sitten yleisyysperiaatteen mukaan löydettyt luokat vertikaalisen analyysin kautta ja lopulta yhteisen ja yleisen näkökulman löytäminen koko aineistolle. Keskiössä on koko ajan ollut se, mitä hoitajat puhuivat musiikin kuuntelun järjestämisestä käytännöllisenä hoito- ja kuntoutusmuotona, ja mitä he siitä ajattelivat omien kokemustensa ja käsitystensä kautta. Vastaajien subjektiiviset käsitykset korostuivat sisällönanalyysissä fenomenografisen lähestymistavan avulla (mm. Uljens 1989, 1992).

Uljensin esittämä horisontaalinen, vertikaalinen ja hierarkkinen luokittelu oli käytännöllinen tapa luokitella tämän tutkimuksen aineistoa. Horisontaalinen luokittelu ottaa huomioon kaikki esiin tulleet asiat yhdenveroisesti, kun taas vertikaalisessa kategorisoinnissa huomioidaan kategorian painoarvoa yleisyysasteen näkökulmasta. Hierarkkisessa kuvaustavassa kuvattavat käsitykset ovat toisiinsa nähden eri kehitysasteella. (Uljens 1989, 46–51.)

Vertikaalinen analyysi tässä tutkimuksessa todensi sen, että hoitajat puhuivat musiikin kuunteluun liittyvistä käytännön järjestelyistä ja pohtivat musiikin kuuntelun merkitystä osana AVH-potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Haastatteluaineisto luokiteltiin yleisyysperiaatteen mukaan, jonka määrittelemiseen käytin apuna Microsoft Wordin sanalaskuria, ja tarkistin sanojen merkityksen analysoimalla kontekstin. Määrällisen analyysin avulla varmistuin siitä, että hoitajat painottivat erityisesti mielialan kohentumista ja puhevammaisten kuntoutusta menetelmän käytännön sovelluksia mietittäessä. Analyysi hierarkkisen kuvaustavan mukaisesti paljasti aineiston pohjalta sen, miten potilaat, hoitajat ja sairaalan organisaatio olivat haastateltavien puheissa esillä. Taulukossa 5 esitetään tutkimus- ja analyysiprosessi.

Oletin hoitajien työskentelevän kuntouttavan hoitotyön viitekehyksessä, koska he työskentelevät kuntoutusosastolla, jossa kuntoutetaan alkuvaiheen AVH-potilaita. Tutkin hoitajien puheita, ja huomasin, että heidän ajatteluaan ohjaa pikemmin hoitamisen kulttuuri kuin aktiivisen toimimisen viitekehys. Tästä syystä en voinut pitää kuntoutuksen teoriaa analyysia ohjaavana tekijänä. Analysoin hoitajien ryhmähaastattelut ensin induktiivisesti. Haastattelut toivat esille hoitajien kokemuksia ja käsityksiä kuuntelun järjestämisestä, ja mitä ajatuksia se heissä herätti. Huomioin myös sen, miltä potilaat kuulostivat hoitajien puheissa. Sisällönanalyysissä keskityin hoitajien kertomiin kokemuksiin, tuntemuksiin ja ideoihin heidän kokeiltuaan mielimusiikin kuuntelua työssään aivoverenkiertohäiröihin sairastuneiden kanssa.

Lopulta aineiston pohjalta induktiivis-abduktiivisen päättelyn kautta oli mahdollista löytää selitys ja käsitys siitä, minkätyyppisille AVH-potilaille menetelmän katsottiin soveltuvan. Induktiivisen analyysin avulla analysoin haastattelut ja löysin teemoja, joista hoitajat puhuivat. Abduktiivisen päättelyn avulla voin ottaa huomioon kuntoutuksen teoriat ja yhdistää ne aineistoon. Tällöin tutkijana pyrin yhdistelemään valmiita malleja ja aineistoa ”pakolla, puolipakolla ja välil-

lä luovasti” (Tuomi & Sarajarvi 2002, 99). Ahonen-Eerikäisen mukaan (1998, 21) abduktiivisessa päättelyssä yhdistyvät tehdyt havainnot tutkittavasta todellisuu-  
desta aineiston perusteella sekä teoreettinen tieto aiheesta.

Kuten edellä mainitsin, teemoittelin ensin litteroidut haastattelut sen perus-  
teella, mitä hoitajat kertoivat musiikin kuuntelun järjestymisestä sekä heidän poti-  
lashavainnoistaan. Sain alustavat musiikinkuuntelun toteutukseen liittyvät aiheet  
nimettyä horisontaalisen kategorisoinnin avulla. Teemojen sisällöistä hain yleis-  
simmin lausuttuja aiheita vertikaalisen kategorisoinnin keinoin. Analyysin monessa  
vaiheessa luin kaikki litteroidut tekstit vielä sen jälkeen, kun olin ne itse kirjoitanut  
puhtaaksi sana sanalta. Hoitajat refleктоivat kuuntelua osana osaston toimintaa. Vii-  
meisessä vaiheessa luokittelin aineiston sen mukaan, miten kuuntelu ymmärrettiin  
tai sen kerrottiin toimivan suhteessa hoitajien omaan työnkuvaan, mitä potilaat sii-  
tä hyötyivät hoitajien näkökulman mukaan ja miten organisaatio siihen suhtautui  
tai mitä hoitajat odottivat organisaatiolta sen suhteen. Tästä luotiin myös musiikin  
kuunteluun pohjautuva koulutus sairaalassa työskenteleville hoitajille.

Johtoajatuksena oli lopulta löytää käytännöllinen ja järkevä tapa käyttää  
musiikin kuuntelua omahoitajan työn osana sekä löytää sellaiset potilaat, joille  
hoitajat havaitsivat sen soveltuvan. Sairaalaympäristö loi puitteet tutkimuksella,  
ja se kuului hoitajien puheissa. Tämän tutkimuksen puitteissa ei tavoitettu sitä ti-  
laa, että toiminnasta olisi tullut rutiinia. Osallistavan toimintatutkimuksen avulla  
menetelmästä saatiin kokemuksia ja tietoa, miten sitä parhaiten voisi soveltaa, ja  
millaista koulutusta hoitajat aiheesta tarvitsisivat.

*Taulukko 5. Tutkimus- ja analyysiprosessi.*

<p>AINEISTONKERUU 2005–2006</p>	<p>Alkutieto: puolistrukturoitu haastattelulomake (yht. 33) - kevät 2005: kaksi AVH-potilaita kuntouttavaa kaupungin sairaalaa ja kaksi kuntoutuslaitosta - sairaaloiden omahoitajat valittiin lomakekyselyn pohjalta kuuntelumenetelmän toteuttajiksi</p> <p>Toimintaa ja haastatteluja 9/2005–3/2006 (yht. 11 haastattelua) Haastattelujen litterointi 9/2005–3/2006 Reflektiopäiväkirja Hoitajien täyttämät seurantalomakkeet (yht. 26)</p>
<p>SISÄLLÖNANALYYSI 2006–2008</p>	<p>Horisontaalinen luokittelu: Mistä teemoista hoitajat puhuivat? - 41 teemaa</p> <p>Vertikaalinen luokittelu: Mitkä aiheet olivat hoitajien puheissa keskeisiä? - 13 teemaa</p> <p>Hierarkkinen luokittelu: Aineiston tiivistäminen kolmen toimijan näkökulmaan musi- kin kuuntelun mahdollisuuksista sairaalan kuntoutusosastolla</p>

## 6 Tutkimustulokset

Tutkimus oli osallistava toimintatutkimus, jossa mielimusiikin kuuntelun järjestymistä arvioitiin työntekijöiden (varhaiset soveltajat) ryhmähaastattelujen avulla. Hoitajia ohjattiin kokeilemaan musiikin käyttöä potilaiden kuntouttavan hoitotyön osana tutkijan ehdotuksesta, ja he loivat itse toimintatapansa. Ryhmähaastattelut äänitettiin, litteroitiin ja analysoitiin. Muita aineistoja olivat tutkimuspäiväkirja, lomakkeet ja alkutiedosta tehty puolistrukturoitu kysely. Eri tutkimusaineistojen tuottamia tietoja esitellään tässä luvussa. Tutkimusraportissa kuvaillaan lisäksi, mitä toiminta kahdessa eri organisaatiossa on ollut ja mitä haastatteluista saatiin sisällönanalyysin avulla tutkimustuloksiksi.

Kysymykseen voidaanko omahoitajien avulla panna toimeen kuntouttava kuuntelumenetelmä sairaalan hoitoyksikköön, todetaan että voidaan. Tutkimus antaa tietoa hoitajien näkökulmasta toiminnan kokeilusta osastotyössä, sitä edistäviä ja haittaavia tekijöitä sekä niistä toimintamalleista, joita voidaan suositella samantyyppisesti toimiviin sairaaloihin, joissa halutaan hyödyntää mielimusiikin kuuntelua aktiivisemmin AVH-potilaiden kuntoutuksessa.

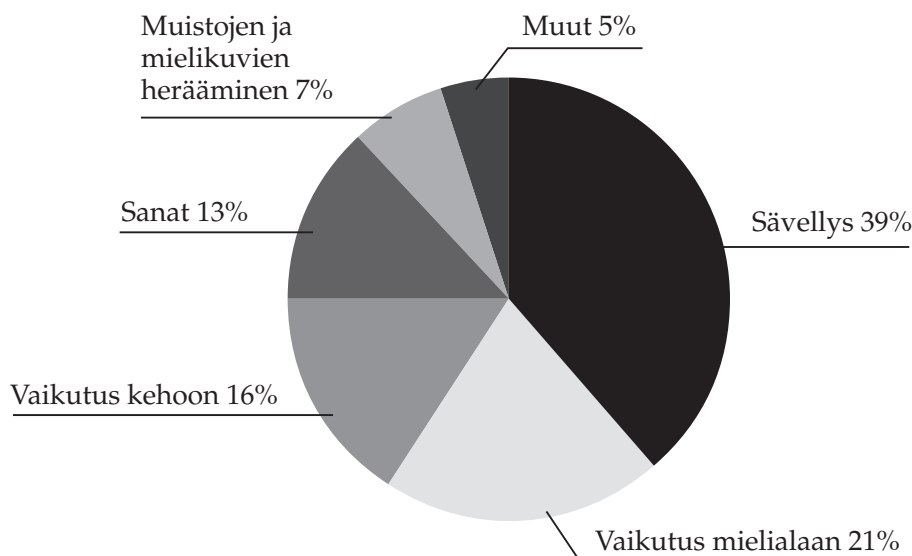
### 6.1 Alkutietolomakkeiden tulokset

Alkutiedon pohjalta kuuntelukuntoutus nähtiin arvokkaana nimenomaan kielellisen kuntoutumisen edistäjänä. Kysymykseen ”Mikä musiikissa kiinnostaa?” mahdollisia kiinnostuksen kohteita mainittiin yhteensä 102, n. kolme vaihtoehtoa/vastaaja. Vastaajat kokivat musiikin kiinnostavan monella eri tapaa. Eniten kiinnostivat sävellykset, musiikin vaikutus mielialaan ja kehoon. Kiinnostavaa oli myös sen herättämät muistot ja mielikuvat (kuvio 2). Äänikirjoista kiinnosti eniten tarina (39%), ja tunnelma ja mielikuvat (28%), äänikirjojen käytännöllisyys ja helppous (18%); vastauksia annettiin yhteensä 63. Kysyttäessä, miksi potilaan kannattaisi kuunnella, nähtiin syyksi mm. mielikuvien, puheen ja aivojen aktivoituminen (48%), rentoutuminen (30%) ja ajatusten saaminen pois sairastumisesta (20%) 75 vastauksen pohjalta. Kysymykseen Miten henkilöstö motivoisi potilaita? he vastasivat: perustelemalla (25%), hankkimalla materiaalia (20%) ja avustamalla laitteen käytössä (18%). Vastauksia tähän kysymykseen annettiin yhteensä 46. Tehdyn kyselyn tuloksena kuuntelun järjestämisen vastuuhenkilöksi ehdotettiin useimmiten omahoitajaa, musiikkiterapeuttia tai ylipäänsä vastuuhenkilöä (kuvio 3). Ehdotuksia annettiin kaikkiaan 44 (1,3 ehdotusta/vastaaja).

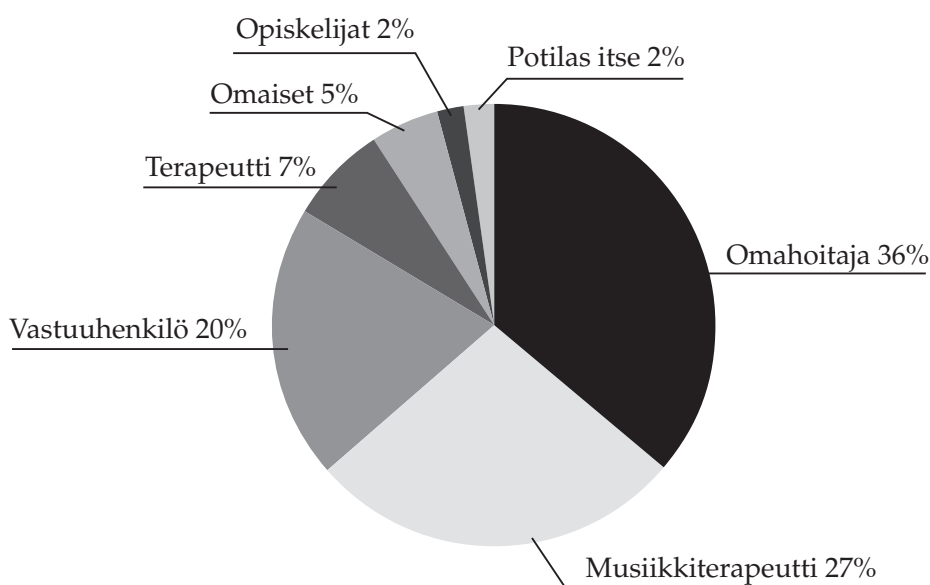
40 annetun vastauksen mukaan tietoja kaivattiin metodista (44%), tutkimustuloksista (30%) sekä soveltuvista potilaista (9 %). Erään vastaajan huolenaiheena oli musiikin mahdollinen liian voimakas vaikutus; jos musiikki herättää voimakkaita tunteita, pitäisi olla musiikkiterapeutin koulutus. 32 mielipidettä kirjattiin siitä, kuka päättää musiikin kuuntelun käyttöönotosta. Päätöksen hoitomenetelmän käyttöönotosta tekee pääasiallisesti kuntoutustiimi (43 %) , hoitava lääkäri (18%) tai hallinnollinen johto (12%).

Alkutietojen kartoituksen kautta tutkimustehtävä tarkentui. Tutkimus vastaa kysymykseen käytännönläheisesti: ketkä potilaat hyötyvät hoitajien näkökulmasta katsottuna kuuntelusta, millaisia päätöksiä pitää tehdä hoitomenetelmän





Kuvio 2. Mikä musiikissa kiinnostaa? Alkutietokysely.



Kuvio 3. Soveltuva vastuuhenkilö. Alkutietokysely.

käyttöön otosta ja kokeilun avulla tiedostaa, miten se soveltuu sairaalan kuntoutusosastolle.

Alkutiedon perusteella kaikki näytti hyvin positiiviselta ja helposti järjestettävältä. Rytmin hyödynnettävyys tai tarinaan uppoutuminen ymmärrettiin kuntoutujan kannalta helposti lähestyttävänä asioina, ja omakohtaiset mieltymykset vaikuttivat vastauksiin. Hoitohenkilökunta osoittikin kiinnostuksensa vastaamalla monipuolisesti esitettyihin kysymyksiin. Tilaisuudessa todettiin, että jos kuuntelu tuottaa potilaalle iloa, niin miksei sitä voi aloittaa ilman muuta. Koska musiikkiterapeutteja ei ole yleisesti Suomen sairaaloissa töissä (tietoni mukaan somaatti-

sella puolella kaksi), päädyttiin omahoitajiin toiminnan kehittäjiksi molemmissa sairaaloissa. Yllättävää ja ilahduttavaa oli se, että kuntoutustiimien päätäntävalta näyttää ohittavan hierarkisen byrokratian, kun kyseessä on tämänkaltainen terapeuttisen välineen käyttöönotto.

## 6.2 Hoitajien käyttämien seurantalomakkeiden tulokset

Sairaalassa B seurantalomakkeita (liite 2) oli täytetty seuranta-ajalla yhteensä 25, sairaalassa A yksi. Kaikki mukaan otetut potilaat kärsivät erilaisista aivoverenkiertohäiriöistä. Heidän sairastumisajankohdastaan oli kulunut lyhyimmillään 1 kk ja pisimmillään 2 vuotta, keskiarvo 4 kk sairastumisesta. Yhden potilaan kohdalla seurantaa ei oltu tehty, kaksi katsoi mieluummin TV:tä vaikka laitteet oli hankittu. Seitsemän potilasta olivat joko niin omatoimisia kuuntelun suhteen tai puoliset olivat järjestäneet sen, joten heistä ei oltu huomattu pitää seurantaa alkutilanteen kartoittamisen jälkeen 16:sta kuuntelijasta saatiin enemmän tietoa. Kolmen potilaan kirjatuiissa seurannoissa ilmeni epäilyksiä kuuntelun sopivuudesta. Jos potilas on levoton ja kuljeskeleva, laitteet voivat rikkoutua tai hävitä. Myös potilas, joka ei osaa itse säädellä kuuntelun voimakkuutta, saattaa kärsiä radiota kuunnelleessaan liian voimakkaaksi muuttuneesta musiikista. Kolmannen potilaan kohdalla kuvataan tilannetta, jossa alkuun kuunnelmat tuntuivat miellyttäviltä, mutta potilas ei jonkin ajan kuluttua ollutkaan viihtynyt niiden parissa, vaan katsoi mieluummin televisiota.

Muiden 13 potilaan seurannoissa vaikutukset olivat positiivisia hoitajien tekemien kirjausten mukaan:

*“Musiikki rauhoittaa ja piristää ja vie ajatukset pois sairauden ajattelusta”,  
“Musiikin kuuntelu virkistää ja rentouttaa”, “keskittymisvaikeudet ovat poissa  
musiikin kuuntelun aikana”, “Ajoittain huuteleva potilas rauhoittuu, kun saa  
puhekasetin korvilleen”, “Tyytyväinen mahdollisuuteen kuunnella radiota”,  
“Ilahtuu kuunnelleessaan.”*

Yleisiä hyötynäkökulmia nähtiin kuuntelun rauhoittavasta vaikutuksesta esimerkiksi huuteleville ja rauhottomille potilaille. Toisaalta nähtiin kuuntelun myös virkistävän ja edistävän kuntoutumista, erityisesti puheen alueella:

*“Puhe selkiintymään päin. Ääni vielä heikko. Kuuntelee mielellään musiikkia.”,  
“Kuuntelee mielellään radiota. Positiivinen vaikutus puheeseen.”,  
“Virkistyi radiota kuunnelleessaan”, “Musiikin kuuntelu vaikuttanut positiivisesti.  
Keskustelee, on positiivinen, sopeutunut hyvin. Kuntoutus on ollut tiivistä.”,  
“Sääteli itse kuuntelua, siirtyi päiväsairaalaan potilaaksi, omaehtoinen. Potilas  
kuntoutui nopeammin saatuaan kuuntelumahdollisuuden. Silminnähten ilahtui.”*

Kuuntelun nähtiin myös edistävän kuntoutusryhmiin, erityisesti musiikki-kommunikaatio tai musiikki-tanssiryhmiin, osallistumista. Kysely lisäsi hoitajien tietoa siitä, että potilasta kannattaa ohjata näihin ryhmiin. Radion kuuntelun nähtiin

lisäksi pitävän potilasta paremmin ajan tasalla. Lisäksi jos potilas kuunteli radiota ilman kuulokkeita, hänen tuli kyetä sopimaan asiasta muiden huoneessa olevien potilaiden kanssa.

Ryhmähaastatteluissa voitiin saada tietoa joidenkin tapausten pohjalta myös hoitajien kokemuksia haastattelutilanteista. Onnistumisen kokemukset paransivat hoitajien sitoutumista menetelmän kokeiluun ja jatkoseurantaan, mikä osaltaan lisäsi uudenlaista vuorovaikutusta potilaan kanssa.

### 6.3 Ryhmähaastattelujen sisällönanalyysin tulokset

Haastatteluissa osallistujat olivat aktiivisia, ja toivat mielipiteitään esiin. Kuitenkin menetelmän käyttöönotto vei aikaa melko paljon, ja vasta tutkimuksen loppupuolella menetelmää oli lähdetty käytännössä todella kokeilemaan.

Projektin alussa cd-soittimia oli saatu hankittua sairaalaan A, ja myös tyynyradiot pantiin kuntoon projektin aluksi sairaalassa B. Molemmissa sairaaloissa on kirjasto. Lisäksi todettiin, että omaiset ovat aktiivisia, ja he ovat tuoneet omia cd-soittimia. Haastattelujen perusteella ajan ja henkilöstön vähyyks estivät toiminnan aloittamista. Resursointi ei ollut ollut riittävää. Vaikka toisaalta todettiin, ettei musiikki- tai äänikirjamielityksen kysyminen vie kauan aikaa, sen asian muistaminen kuitenkin oli työlästä. Varsinkin kun jatkuva tehtävien uudelleenorganisointi päivänkin aikana muutti suunnitelmia, aiottuja tehtäviä jäi tekemättä. Myös vastuuhenkilönä oleminen koettiin raskaana, kun muut eivät lähteneet yhteisistä puheista huolimatta haastattelemaan potilaita. Ohjeistus oli ehkä liiankin vaativa, kun tavoitteena oli haastatella kaikki potilaat. Hoitajien mielestä keskittyminen muutamaan potilaaseen antoi parempia tuloksia.

*Ph1: Ehkä se olis ollu ihan fiksuja että keskittyy siihen yhteen, kahteen, kolmeen jos keskittyy, niin se olis ollu tälleen silleen antoisampi.*

*Ph2: Ja tietysti jos kaikki ois mukana, jokainen ottais yhden, niin kuin mä yritin. Sitten mä ahdistuin siitä vaan enemmän. Ja tein sen päätöksen että olkoon sitten näin, niin sain jotain tuloksia edes.*

Toisaalta todettiin, että kirjasto toimii moitteettomasti, ja sieltä saa hyvin monipuolista materiaalia ja jopa laitteita lainaksi mutkattomasti.

*Ph1: Onks meillä lisää noita kasettisoittimia? Ne on nykyään paljon parempia kuin ennen vanhaan. Ne oli hirveitä rötisköitä.*

*Mt: Kirjasto on tässä ollu aivan loistava.*

Haastattelut antoivat reaaliajassa tietoa menetelmän edistymisestä tai hankaluuksista. Reflektointi oli osittain työnohjauksellista, jossa tutkija otti vastaan työntekijöiden tunteita työkiireistä, ahdistuksista sekä mahdollisuuksista kehittää työtä. Uusia ideoita syntyi, mutta käytännössä ajateltiin niiden toteuttamisen olevan nyt mahdollisuuksien ulottumattomissa. Esimerkiksi aamutoimien ohessa voisi jos-

kus soittaa jotain musiikkia, jonka hoitaja veisi mennessään potilashuoneeseen. Se nähtiin kauniina kuvana, mutta vieraana omaan työhön sovellettuna.

*Ph2: Mä just mietin sitä, että aivan ihanne tilanne olis että sä aamulla että sä meet johonkin huoneeseen esimerkiksi, ja panisit sen musiikin soimaan ja pesisit ihan rauhassa. Mutta meillä ei ole ikinä semmoista. Mun täytyy sanoa, että mä en niin ku hoitajana, että mä en ole kertaakaan ollu niin rauhallinen, että mä olisin pystynyt tekemään sen asian. On niin paljon töitä, että mä en, se on varmaan minusta kiinni, mutt mä en oo pystyny semmosta vielä tekemään. Ajatuksena niin kuin aivan mahtava.*

-

*Ph2: ja vaikka mä sen kerkeisin tekemäänkin, mutta mun mielessä pyörii niin monta ajatusta, että tuntuu ihan syntiseltä että mä täs nyt rupeisin– ... Mä en osaa sitä selittää. Mulla on varmaan vielä joku prosessi käymättä.*

Tutkijan (T) rooli haastatteluissa oli pitää keskustelua aiheesta yllä, luoda yleiskuvaa sairaalan osaston toimintaan ja siihen miten se näyttäytyy kuuntelumethodin käyttöönoton valossa. Esiin nousivat hoitajien työn paljous, osastotuntien tärkeys, ja kirjaamisesta sopiminen. Kirjaaminen virallistaa toimenpiteet osaksi hoitotyötä. Lääkärin osuutta ei missään vaiheessa painotettu, pikemmin omaa muistamattomutta. Tutkija toi kirjoitettua aineistoa kannustaakseen omahoitajia, esim. artikkeli puolisoa tukevasta toiminnasta, Tikoteekin kuvapalvelumateriaalia puhevammaisten kanssa kommunikoidessa sekä tutkimustuloksia musiikkiterapiaan ja musiikin kuunteluun liittyen. Metodioppia menetelmästä ei kaivattu juurikaan. Sen sijaan lista musiikkimieltymysten kyselyyn toimitettiin (liite 3) samoin kuin seurantalomake kuuntelun toteuttamisesta (liite 2). Keskustelua syntyi potilaista, joille kuuntelun nähtiin olevan hyvä tai huono hoitomuoto. Menetelmä antoi myös työryhmälle uutta tietoa potilaan kyvyistä tavoista prosessoida tietoa.

*Ph2: No mulla on VV:n kanssa se kokemus, että kun mä kaikkee ja se ei vastaa, niin kun mä olin tehny nää kysymykset ja osotin ja sitten lähdössä pois niin sieltä kuullu että "jazz". Sitten mä tajusin että tää potilas ymmärtää!*

Osallistavan toimintatutkimuksen aineisto koostui pääasiassa näistä hoitajien ryhmähaastatteluista. Puhetta musiikin kuuntelun järjestymisestä osastoilla tuotettiin yhteensä 85 sivua litteroitua tekstiä. Koodasin analyysiä varten tekstit eri sanojien sekä eri päivämäärien mukaan, jonka jälkeen järjestelin tekstit eri teemoihin, joita oli lopulta 41. Nämä teemat löytyivät tekstiä lukiessani, ja ovat toisiinsa nähden samanarvoisia. Teemat olivat seuraavanlaiset lueteltuna siinä järjestyksessä, kun niitä lukiessani nimesin:

Toimintaa tukevat tekijät:

1. laitteet
2. käsitys, että menetelmä auttaa myös omaisia auttamaan
3. potilaan osoittama kiinnostus ja myönteiset kokemukset

4. musiikkiterapeutin tai kirjastonhoitajan työ ja siitä kertominen
5. projektin käynnistymiseen ja ylläpitämiseen liittyvien organisatoristen asioiden sopiminen; kirjaus, seuranta, osastotunnit, yhteistyö, vastuuhenkilöt, moniammatillinen keskustelu, henkilöstön sitoutuminen
6. kaavakkeen helppo täyttäminen, rutiini, kuuntelukansion tuttuus, ja saadun tiedon hyödyntäminen
7. hoitajien toimenpiteet, motivaatio ja empatia (innostus, sitkeys, ymmärrys, kekseliäisyys, muistaminen, halu ja usko)
8. hoitajien näkemys kuntoutuksesta aktiivisena toimintana
9. uusi tapa lähestyä potilasta koetaan positiivisena
10. esimiehen kannustus
11. hoitajien kokemus siitä, että potilaan mieliala muuttuu positiivisemmaksi
12. uudet ideat, tulevaisuusnäkökulma
13. hoitajien positiiviset kokemukset
14. kirjaston toiminta
15. potilaan kuntoutuminen
16. osaston resurssit

#### Toimintaa estävät tekijät:

1. Menetelmä ei ole toteutunut
2. vastuuhenkilön tehtävä koetaan raskaana
3. unohtaminen, vuorotyö, kiire
4. potilaiden tietämättömyys, ennakkoasenteet, jaksamattomuus tai omaksuttu potilaan rooli
5. työntekijöiden vaihtuvuus
6. tilan puute

#### Kokemuksia menetelmästä

1. kuuntelu on nähty mielekkäänä tekemisenä, joka rauhoittaa
2. menetelmä ei ole onnistunut rauhoittamaan huutavaa potilasta
3. potilas on nukahtanut
4. potilas on tullut iloisemmaksi kuuntelun aikana
5. nautinnon lähde

#### Menetelmän sopivuuden arviointia erilaisille potilaille

1. huonokuuloiset
2. nuoret
3. iäkkäät
4. disorientoitunut
5. afasiapotilas
6. huonomuistinen
7. itsemurhaa yrittänyt
8. seurallinen
9. huuteleva
10. pitkästynyt
11. omissa oloissaan viihtyvä

12. kirjoista kiinnostuneet
13. häiritsevästi vilkas
14. terveellisiin elämäntapoihin kannustettava potilas

Edellä luetellut teemat löytyivät hoitajien puheista. Puheista on otettu näytteitä, ja niitä esitellään tämän kirjoituksen eri vaiheissa. Teemoihin liittyvää litteroitua tekstiä oli lopulta 35 sivua, ja niistä etsin useimmiten toistuvia asioita. Halusin todentaa määrällisesti, mitkä olivat hoitajien keskeisiä ajatussisältöjä suhteessa tutkimusaiheeseen. Hoitajat puhuivat kaikkiaan eniten potilaista ja/tai kuntoutujista; potilaan roolista sairaalassa, potilaan/kuntoutujan päivän kulusta ja potilaan kuunteluun liittyvistä kokemuksista (180 mainintaa). Kuunteleminen (radion tai kasettien kuuntelu) ja musiikki olivat puheissa paljon mukana, ja myös osaston toiminta (taulukko 6). Hoitajat pohtivat musiikin kuuntelun mahdollisuutta osana osaston päivittäisiä toimintoja. Vaikka kiire tuntui olevan arkipäivän asia sairaaloissa tutkimusajankohtana, siitä ei puhuttu tässä yhteydessä kuitenkaan kovin useasti. Hoitajien työn kuvaan liitettiin kolmivuorotyön haasteet, hoitajapula, ja töiden jatkuvaan uudelleen organisointiin liittyvä stressi. Kuntoutuksesta puhuttiin enemmän kuin hoidosta (79/25). Kirjaston todettiin olevan välttämättömyys menetelmän onnistumiselle. Kuuntelun nähtiin vaikuttavan potilaan tunteisiin: potilas oli tullut iloisemmaksi, mieliala kohentui ja rauhattomuus vähentyi. Puhemammaisten kuntoutuksen osana kuuntelukäytäntö näyttäytyi erityisen järkevänä.

*Taulukko 6. Hoitajien puheiden sisällöt yleisyysperiaatteen mukaan.*

Mainittu asia	maininnat (n)
potilas/kuntoutuja	180
kuuntelu, kuunteleminen	167
musiikki	131
hoitaja	115
osaston toiminta	97
kuntoutus/terapia	79
kirjasto	73
TV/cd	72
tunne, mieliala	53
puhe/afasia	38
hoito	25
haastattelu	11
kiire	7

### 6.3.1 Musiikin kuuntelu kuntouttavan hoitotyön osana: potilaan, hoitajan ja organisaation näkökulma

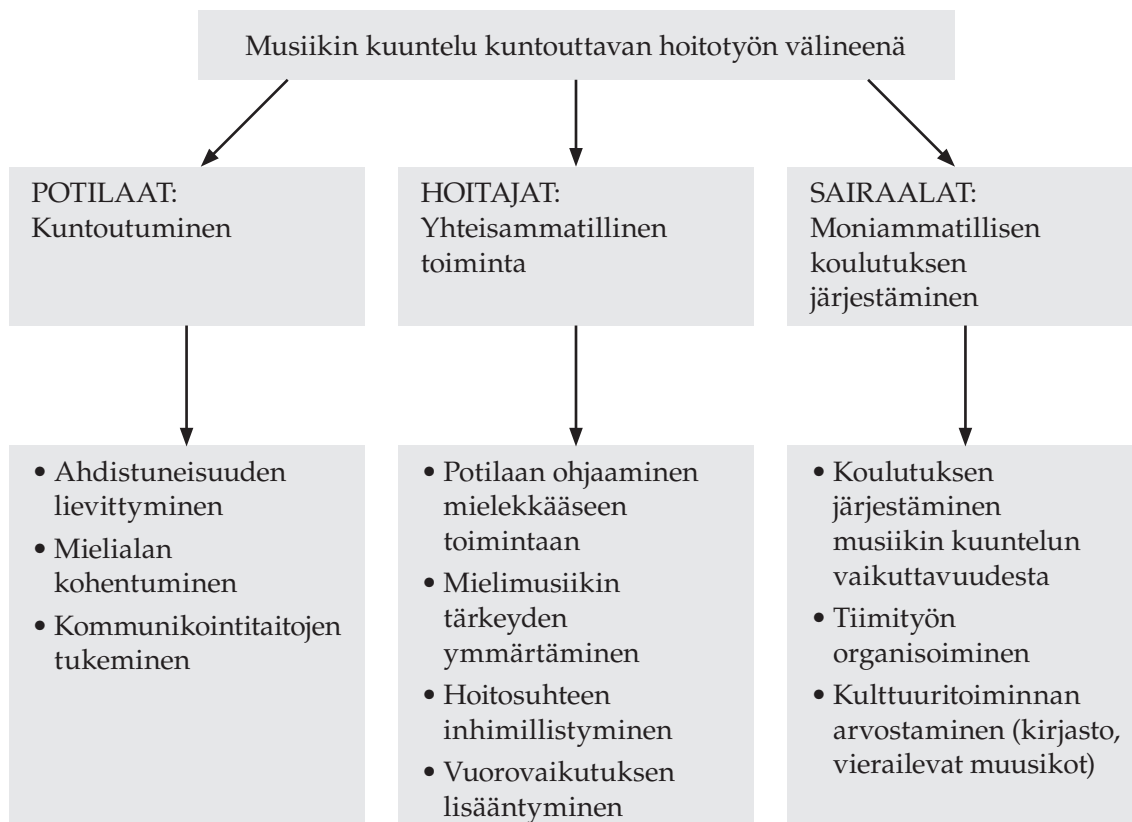
Haastatteluista kootut teemat, merkitykset ja näkökulmat muovautuivat sisällönanalyysin avulla kolmen tekijän vuoropuheluksi: potilaan, hoitajan ja ympäristön eli tässä tapauksessa sairaalaorganisaation. Taulukossa 7 esitellään sisällönanalyysin päätulokset.

Kuntoutumisen keskiössä on osallistuminen itseä kiinnostaviin asioihin. Kyselyn kautta hoitajat saivat uutta tietoa potilaasta, mikä helpotti kuntoutusmenetelmien valinnassa. Potilaita ohjattiin herkemmin musiikkipitoisiin kuntoutusryhmiin, kun niitä oli tarjolla. Myös hoitajan sitoutuminen potilaan mielimusiikin etsijäksi toi uuden näkökulman potilaan kulttuuriin ja sitä kautta potilaan voimavaroihin sekä ihmisyyteen. Sairaalaympäristö, jossa tuetaan taiteiden saatavuutta, parantaa työntekijöiden ja potilaiden yhteisöllisiä kokemuksia ja näillä on todettu olevan positiivista merkitystä hoitoprosessille (Liikanen 2003).

Hoitajien kokemukset vaihtelivat. Musiikista puhumisen todettiin kuitenkin tuovan jonkun uuden tunnelman hoitajan ja potilaan välille, vaikkei siitä joka hoitokerraksi apua tule.

*PH3: Ei, mulla oli ainakin ihan hauskaa kun mä täytin tätä. Se potilas alko elää ihan erilailla, kun katsottiin eri vinkkelistä. "Ai, tykkäät sä popista? Min-*

Taulukko 7. Hoitajien haastatteluista analysoidut näkökulmat musiikin kuuntelun asettumisesta potilaan, hoitajan ja sairaalan käyttöön.



*käläisestä?” Sitten kun toi X:kin sanoi, että “Rolling Stones”. “Ai”, mä sanoin, “Mick Jaggeri! Se vanha stara viel jyrää hei!” Sit me naurettiin ja siitä syntyi semmoinen uus juttu.*

*TV: Se on tavallaan teillekin semmoinen työväline, okei, se kuuluu tähän projektiin, mutta se on tapa lähestyä potilasta.*

*PH1: Niin on.*

Potilaan kannalta musiikin kuuntelu auttaa häntä kuntoutumistavoitteiden saavuttamisessa. Hoitaja soveltaa omassa työssään musiikkiterapian alaan liittyviä tietoja ja taitoja järjestäessään musiikin kuuntelua. Tässä yhteisammattillisessa toiminnassa arvostetaan kuntoutujan musiikkivalintoja ja ohjataan kuntoutujaa mielekkääseen toimintaan. Yhteisammattillisella toiminnalla sopeutetaan roolit, tiedot, taidot ja vastuut yhteisten keskustelujen ja päätösten mukaan. Musiikin kuuntelun käytännön rakenteistamisessa hoitajien työvälineeksi tarvitaan koulutusta ja yhteisiin sopimuksiin sitoutumista. Laajimmassa merkityksessä moniammatillisuus toteutuu tavanomaisten tieteiden välisten rajojen rikkoutuessa, kun tiedot, taidot ja osaaminen siirtyy tiimin sisällä. Organisaatio sitoutuu moniammatillisen tiimin koulutuksen järjestämiseen ja vastuukysymyksistä sopimiseen (mm. Isoherranen 2008). Lisäksi koulutuksissa voitaisiin painottaa kulttuurin merkitystä inhimilliselle hyvinvoinnille, mikä kuuluu myös työnteekijälle.

Potilaan saamat hyödyt musiikin kuuntelusta painottuivat hoitajien näkemysten mukaan kielelliseen kuntoutumiseen, mielialan kohentumiseen ja ahdistuneisuuden lievittymiseen. Hoitajat olivat huomanneet käyttäytymisen muuttumista kuuntelun vaikutuksesta: esimerkiksi ajoittain huuteleva potilas rauhoittui, kun hän sai kuunneltavaa.

*Ph1: Hän on vähän semmoinen, saanu tammikuussa oikean puoleisen infarktin, ja hemin. Hän on semmoinen sekava ajoittain, mutta sitten tosiaan tykkää kuunnella kuunnelmakasetteja. Laila Hietamiehen teoksia. Hän on niitä mielellään kuunnellu. Hän huutelee ja on ahdistunu välillä, mutta tää on rauhoittanut häntä. On oikein huomannu eron.*

Toisaalta kysyttäessä kuuntelun vaikutuksista potilas itse kertoi tulleen iloisemmaksi kuunneltuaan musiikkia.

*Kh1: Hänelle vietiin osaston laite, ... kykenee itse käyttämään sitä. Ei tarvitse periaatteessa apua. Tää on kuuden hengen huoneessa, ja tykkää kuunnella ilman kuulokkeita, on silleen niin ku kuunnellu päiväsaikaan. On yrittäny ottaa muut huomioon sitte. Ja sitte siinä vähän itte pohti, että tuli iloisemmaksi kuunneltuaan tätä.*

Potilaan kannalta kaikenlaiset vuorovaikutukselliset tilanteet osallistavat potilasta oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Turvallisuuden tunnetta lisää kokemus siitä, että on tullut ymmärretyksi. Mielipiteen kysyminen kuuntelun järjestymisestä potilaalta, jolla on puheen kanssa ongelmia, on hyvää hoitoa ja



kuntouttavaa toimintaa. Puheen harjoittelu on arkipäiväistä keskustelua, ja potilaan mielenkiinnon kohteet ovat tärkeitä puheenaiheita.

*Ph1: Hän kuuntelee sitä mielellään. Sitten me kysytään haluatko kuunnella, ja hän haluaa aina. Kun kysyy.*

*Mt. ... Ja siis kyllä hänessä on tapahtunut sellaista myönteistä muutosta.*

*Ph1: Joo hän keskustelee paljon enemmän.*

*Mt: Ääni on muuttunut, ei ole enää sellasta kuiskausta. Nyt ihan kuulee kun hän puhuu. Että siinäkin on mennyt eteen päin.*

Musiikin kuuntelun osatavoitteet, kuten kuntoutumisen tukeminen ja mielialan kohentuminen, soveltuvat kuntoutusosaston normeihin. Kuitenkaan resurssointi, koulutus ja yhteiset sopimukset eivät kehittyneet kokeilujakson aikana toimivaksi tavaksi.

Keskeinen kysymys on, miksi hoitajat motivoituisivat kuuntelun järjestämiseen. Mikä saisi hoitajat arvottamaan sen osaksi ammatillista identiteettiään? Hoitajien puheissa tavattiin ajatus, että kuuntelua ei mielletä kuntoutukseksi. Potilaan kannalta katsottuna kuuntelu olisi hoitajienkin puheiden mukaan heidän tarpeisiinsa soveltuva menetelmä. Vuorovaikutuksen lisääntyessä kuntoutujalla olisi tunne ymmärretyksi tulemisesta, jolla tuetaan hänen pärjäämistään laitososuhteissa. Potilaan kannalta hänen kulttuurinsa arvostaminen vahvistaa myönteistä identiteettiä.

Työntekijöiden kannalta katsottuna vuorovaikutuksellisuus lisää hoitajien ja terapeuttien työhön sisältöä, jonka avulla potilaan kanssa tehtävät hoitotoimenpiteet ja kuntoutusohjaukset ovat yksilöllisempiä ja inhimillisempiä. Tällöin tehtävät muuttuvat mielenkiintoisemmiksi. Kiireen tunnetta voidaan vähentää keskittymällä työnalla olevaan tehtävään, rauhoittamalla tilanne ja antamalla potilaalle tämän kaipaamaa aikaa. Musiikki voisi keventää joitakin hoitajien tehtäviä, kuten esimerkiksi potilaiden aamutoimien avustamista, jos sen katsotaan sopivan osaston, hoitajan ja potilaan toimintaympäristöön.

Haastattelu oli hoitajien tapa kerätä tietoa potilaan mieltymyksistä sekä saada palautetta ehdotetusta menetelmästä. Kun asiaan juuri vihkitytynyt hoitaja alkoi kysyä potilaan mielimusiikista, selvisi, että potilaat eivät käsittäneet kuuntelun olevan osa kuntouttavaa toimintaa. Tämä kuntouttava ajatus oli tutkijan tuoma, MuKu-tutkimukseen nojaten sekä omaan musiikkiterapeutin ammattiin liittyen.

*Ph3: Ja nyt haastattelujen myötä, että potilaat ei miellä radion kuuntelua tai musiikin kuuntelua, että se vois olla kuntoutusta.*

Kun hoitajat arvioivat kuuntelua kuntoutuksen osana ja siitä saatua hyötyä, näkemys saattoi olla potilaan kokemuksen kannalta katsottuna myönteinen:

*Ph2: En mä osaa sanoa onko sillä musiikin kuuntelulla ollu vaikutusta niin ku siihen kuntoutumiseen, mutta hän on tykännyt ja nauttinut siitä. Ihan selkeesti.*

Lomakkeisiin kootut tiedot tukivat käsitystä siitä, että puhevammaisten hoitoon kuuntelu saattaisi hyvin kuulua. Kerätyn tiedon ja haastatteluiden pohjalta heräsi ajatus siitä, että koulutus musiikin käytön lisäämisestä olisi paikallaan koko henkilökunnalle. Jos musiikin merkitys kasvaisi hoitajien oman kokemuksen ja ymmärryksen kautta, niin potilaiden ohjaaminen toimintaan tuntuisi luontevammalta.

*Ph3: Mut kun mä tarkoitan sitä, että miten me saadaan se motivaatio hoitajien keskuudessa syntymään. Me nimittäin hukutaan kaavakkeisiin. Jotta tää kantais tää projekti meidän pitää mieltää sen merkitys. Ihan henkilökohtaisellakin tasolla.*

Organisaation näkökulmasta musiikin kuuntelu luo tarpeita koulutukseen, joka liittyy hoitajien ammatillisuuden tukemiseen. Paitsi resurssien riittävyys myös uudenlaiset toimintatavat kehittävät osastotytyöskentelyä. Hoitajat puhuivat hoitotyön raskaudesta ja riittämättömyyden tunteesta potilaiden tarpeiden edessä. Hoitomenetelmien kehittäminen hoitajia kuormittamatta on haaste. Vaikuttavat hoitomenetelmät tuovat ryhtiä potilaiden hoitoon. MuKu-tutkimuksen ensimmäisessä raportissa todettiin sekä äänikirjojen että musiikin kuuntelijoiden nauttineen interventtiosta, ja musiikin kuuntelu koettiin helpompana tehtävänä ainakin varhaisen parantumisen vaiheessa. On mahdollista, että kirjankuunteluryhmässä olleilla afasiapotilailla kuuntelu oli hankalampaa ymmärtämisvaikeuksien vuoksi. Varsinaiset neuropsykologiset tulokset osoittivat, että säännöllinen itseohjautuva musiikin kuuntelu 2 kuukauden subakuutin parantumisvaiheen seurannassa paransi MCA (media cerebri arteria) infarktista toipumista sanallisen muistin ja tarkkaavaisuuden suuntaamisen osalta, ja ehkäisi depressiota sekä sekavaa mielialaa (Särkämö et al 2008).

Kun musiikin kuuntelusta on saatu näyttöä AVH-potilaiden kuntoutuksen edistämiseksi, ovatko sairaalat valmiit ottamaan kustannustehokkaan musiikin kuuntelun kuntouttavaan arkityöhönsä? Ideaalitulossa organisaatio sitoutuu uuden menetelmän toimenpanoon osastoille koulutuksen ja ohjauksen avulla, niin ettei se kuormita vain vastuuhoidajia, vaan koko henkilöstö omien sopimusten mukaisesti ottaisi sen käyttöönsä. Seuraavissa luvuissa esittelen tämän osallistavan toimintatutkimuksen vaiheet ja haastattelujen perusteella syntyneet ideat, joilla musiikin kuuntelu voitaisiin hyödyntää sairaalan kuntoutusosastoilla.

### *6.3.2 Kuuntelumenetelmän kuvaus haastatteluista poimittuna*

Koska tämä tutkimus pyrki selvittämään musiikin kuuntelua osana hoitajien työkenttää, halusin kuulla heidän itse luovan myös menetelmän ohjeistuksen. Seuraavissa repliikeissä haastateltavat kertovat keskeiset seikat kuuntelumenetelmästä puolen vuoden jakson aikana:

*YH: "Omahoitaja kysyy, kirjaston kautta sitten saa toivottua musiikkia.*

*Ja omaiset voi auttaa. Tausta-ajatus on todella hyvä, että kuuntelu edistää kuntoutumista.”...*

*...Ph3: ”Musiikkitoiveita tuli hyvin laajaalaisesti: pop, rock, jazz, kansanmusiikki ja Rolling Stones. On kirjattu hoitotiimilehdelle, että musiikinkuunteluhaastattelu on tehty.”...*

*...K1: ”Sairaalan kirjasto lainaa musiikin kaupungin kirjastolta. ”...*

*...K1: ” ... kyllä musta tuntuis, että kuuntelu tekis potilaat tyytyväisemmiksi. Yllättävään huonosti sitä hoidetaan.”...*

*...Kh1: ”Omahoitajat on varmaan paras ryhmä tätä kuuntelua toteuttamaan. Ne on ketkä siellä on aina läsnä. ... Se on se koko osaston informointi se tärkein. Että saatais kaikki mukaan. Sitä kautta se varmasti parhaiten menee.”...*

*...Ph2: ”Tätä vois semmoselle huonokuntoiselle afasiapotilaalle. ... ehdottomasti painottuu kielellinen kuntoutus.”...*

*...MT: ”Monet hoitajat sanoi, että meidän pitää tehdä tämmöstä useammin. Kuunnella musiikkia ja ihan niin ku antaa itselle tällaista.”...*

*...OV: ”Pitää nostaa sitä musiikkia tietoiselle tasolle henkilökunnan jaksamisessa.”*

*MT: ”Että voi esimerkiksi illalla kuunnella musiikkia ja rauhoittua sen avulla.”...*

*...Kh1: ”(Menetelmän hyöty) on just se kuunteleminen. Pystyy vähän rauhoittumaan. Toisaalta saamaan ajatuksensa pois sairaudesta. ... potilaalle vietiin osaston laite. On kuunnellut päiväsaikaan. Ja siinä sitten pohti, että tuli iloisemmaksi kuunneltuaan tätä.”...*

*...YH: ”Uudet tilat antaa uusia sovellusmahdollisuuksia kuten esim. kuuntelunurkkaus.”...*

*...OV: ”Teillä on mahtavat resurssit kun yhteen hiileen puhallatte!”...*

Hoitajien kanssa luotu menetelmä koostuu seuraavista vaiheista:

1. Kysytään potilaalta (tai omaiselta) hänen kuuntelumieltymyksensä, käyttämällä haastattelulomaketta apuna.
2. Kartoitetaan kuunneltavan saatavuus kirjastosta/kirjastonhoitajalta ja hankitaan se sekä autetaan kuuntelulaitteen hankkimisessa (omaisilta, kirjastosta tai mahdollisesti osastolta).
3. Seurataan kuuntelun sujumista kysymällä potilaalta hänen mielipidettään siitä.
4. Muutetaan toimintaa, jos se on tarpeen; sovitaan kuuntelukäytännöt potilaan kanssa, esim. hengellisten ohjelmien kuuntelu radiosta tiettyyn aikaan.
5. Kirjataan sovitut asiat potilaan/kuntoutujan hoitosuunnitelmaan.

### 6.3.3 Käytännön järjestelyt

Keskeiseksi kysymykseksi nousi toiminnan rakenne. Oli vaikea ryhtyä toimeen, kun ei tiennyt mitä ja miten tehdään. Oli tarve luoda struktuuri, selvät kaavakkeet ja kirjaamistavat kokeilua varten.

*Ph3: - Sitte siinä on ne kaavakkeet mitkä sä lähetit. Niistä me ollaan käyty nyt viikonloppuna keskustelua, että siinä on vaan se syntymäaika. Ja me ei mielletä potilaita syntymäajan perusteella, ... me puhutaan huonenumeraalla ja paikka-numeraalla tai nimellä. ...*

*Ph3: Siinä vaiheessa kun potilas tulee sisään, kun tehdään kaikki muukin, että tuotteko oman partakoneen ja omat tossut, niin kysytään pikkuhiljaa kaikki muukin, niin kuin tää musiikkijuttu.*

-

*PH3: Se on samalla tavoite- ja kuntoutuskokous, tämän arvoion vois ottaa siihen ihan samaan. Vaikka tohon kirjata suoraan silloin.*

Paljon yhteisiä sopimuksia ja tiedonantokanavia kuunteluun liittyen sovittiin. Myöhemmin tämän hoitajan vuorotteluvapaallejäännin jälkeen huomattiin, ettei seurantoja oltu tehty ja palattiin alkulähtökohtiin. Tunnustettiin ajan riittämättömyys ja oma muistamattomuus, sekä se ettei kirjaamiset olleet toteutuneet. Struktuurin lisäksi jo alkuvaiheessa kannettiin huolta motivaatiosta.

*PH3: Mut kun mä tarkoitan sitä, että miten me saadaan se motivaatio hoitajien keskuudessa syntymään. Me nimittäin hukutaan kaavakkeisiin. Jotta tää kantais tää projekti meidän pitää mieltää sen merkitys. Ihan henkilökohtaisellakin tasolla.*

Osastotuntien merkitystä korostettiin. Sitä kautta välitetään monipuolisin tieto osaston toiminnasta, akuuteista asioista ja sovitaan eri vastuut sekä toimintatavat.

*T: Mitä pitäis tapahtua?*

*PH2: Kaikki pitäis saada mukaan.*

*PH1: Ei me tätä kahdestaan.*

*PH2: Se vois konkretisoituu, jos omahoitaja olisi paikalla [osastotunnilla, jonka musiikkiterapeutti pitää], ja hän saisi sen tehtävän.*

*Mt: Ja se oli musta aika mukava,... kun mä pidin sen osastotunnin, niin hämmästyin, miten kaikki tuli silloin mukaan... Se oli sellainen hyvä lähtökohta tavallaan.*

Musiikkiterapeutti piti osastotunnin sairaalassa B kertoen MuKu-projektista ja musiikin kuuntelun terapeuttisesta vaikutuksesta. Hän soitti myös musiikkia ja pyysi hoitajia hetkeksi rentoutumaan (osaston kansliassa) ja hoitajat kertoivat pienekin kuuntelun irrottaneen heidät arkisesta ympäristöstä. Kokemus oli hyvin myönteinen, ja kannusti hoitajia keskustelemaan kuntoutujien kanssa musiikin tai äänikirjojen kuunteluun.

Sairaalassa A ryhmähaastatteluissa mukana ollut hoitaja piti osastollaan myös osastotunnin. Hoitajat käytännössä täyttivät lomakkeen, ja kävivät potilaan kanssa hakemassa kirjastosta kuunneltavaa. Kirjaston viestivihko myös esiteltiin. Osastotunnilla annettiin mallisuoritus toiminnasta.

*Kh1: Joo mä pidin osastotunnin, niin tavallaan sitten täytettiin ihan kunnolla tällainen lomake niin jonkun potilaan kohdalta ja että siinä ihan justiin, hän muistaakseni halusi jazz-musiikkia kuunnella, .... Mutta siinä oltiin vähän aktiivisempia, ettei odotettu että kirjastonhoitaja tulee osastolle vaan käytettiin hänet kirjastossa.*

Tietoa jaettiin monin tavoin, paitsi osastotunneilla myös tutkijan toimesta muutamassa isossa luentotyypissä tilanteissa. Sairaalassa A tutkimusprojektin aikana kutsuttiin koko kuntoutushenkilöstö johtavaa neurologia myöten musiikkiterapeutti-tutkijan pitämälle luennoille aiheesta musiikkiterapia neurologisten potilaiden kuntoutuksessa. Sairaalassa B oma musiikkiterapeutti järjesti osastotunnin ja toimi koko ajan osastolla pitäen asiaa esillä myös oman työnsä kautta. Lisäksi alkuinfot oli suunnattu molemmissa sairaaloissa kuntoutus- ja hoitohenkilöstölle. Kuitenkin musiikin kuuntelun järjestämisen käytännöllinen vastuu jäi yksin hoitajille, ja he myös päätyivät omiin ratkaisuihin. Apuja ei tarvittu muilta kuntoutusalojen edustajilta, vaan todettiin tietotaitoa olevan tarpeeksi.

*Kh1: Ehkä se on se koko osaston informointi se tärkein. Tavallaan että saadaan kaikki mukaan. Osastotuntien pitämiset ja tommoset. Sitä kautta se parhaiten varmasti menee.*

Strukturoitu työskentely on kiireisellä sairaalan osastolla helpompaa kuin uuden toimintatavan kehittäminen reflektoiden. Siinä mielessä vanhemman ajan ylhäälämpäin johdettu tapa ohjeistaa toimintoja olisi tuntunut luontevalta, mutta siihen ei lähdetty vaan annettiin hoitajien itse tehdä havaintoja ja kerätä kokemuksia, joista sitten keskusteltiin tapaamisissa.

Struktuurin luominen oli tehtävänä, ja sen puuttuminen koettiin ahdistavana. Tiimityöskentelyn kehittyminen omin voimin koettiin raskaana, varsinkin vastuuhenkilöt kokivat olevansa yksin kuuntelumenetelmän kehittämisen kanssa. Kaavakkeen luominen helpotti hieman ja toi konkretiaa kirjaamisiin ja seurantaan. Kokeilutoiminta "virallistui". Toisaalta eksakti tieto musiikin vaikutuksista kiinnosti hoitajia. Pelkästään omiin kokemuksiin vetoaminen ei riittänyt sen perusteeksi että sitä voitaisiin potilaille suositella.

Sairaalan tunnelmaan päästyäni voin allekirjoittaa Hanna-Liisa Liikasen (2003) siteeraaman ajatuksen sairaalan tapakulttuurista: "Asiakas kuuluu osana hoitoyksikön kokonaisuuteen, mutta on useimmiten toiminnan kohde kuin itse toimija. Hoitoyksikössä henkilökunta sitoutetaan työpaikkaansa ja asiakkaat jäävät usein vieraan asemaan 'laitostumaan' arjen kehyksessä" (Juhila 1999). Samaa aihetta kuvailee myös Viljaranta (1991, 34) kirjoittamalla aiheesta: "Asiakkaat ja henkilökunta elävät erillisissä maailmoissaan", sekä Elovainio (1995, 206) kirjoittaessaan seuraavasti: "Turvallisuuden tarve näyttää ohittavan ulkoisen autonomian tärkeyden... Laitoksessa on kyse olosuhteisiin sopeutumisesta... Ihminen näyttää pyrkivän harmoniaan järjestelemällä elämänsä sen kulttuurin ja niiden sääntöjen mukaan, joiden kanssa hänen on pakko elää." Laitostumiseen johtavasta sensorisesta deprivatiosta Elovainio huomioi: "...vähäiset ärsykkeet aluksi

kiihottavat psyykkistä toimintaa, näin jatkuessaan psyykkinen toiminta käy epäjohdonmukaiseksi ja johtaa ennen pitkää välinpitämättömään asenteeseen ulkomaailmaa kohtaan.” Liikasen (2003, 37) mukaan valinnan mahdollisuus on kaventunut hoitolaitoksissa, joita kahlitsevat hoitoyksikön normit, ympäristö ja sisäinen kulttuuri.

Kun taidetta viedään laitoksiin, sen pitää sopeutua vallitsevaan kulttuuriin. Vai mikä on taiteen tehtävä? Eikö sen pitä ollakin hieman vallankumouksellinen, koska se herättää ihmisen omia tuntemuksia? Mielimusiikin kuuntelu osoittautui mahdolliseksi, mutta kuitenkin hieman hankalaksi liitettynä hoitajien työhön. Sairaalassa toimiva kulttuurityöntekijä, kirjastonhoitaja, kokee olevansa outo lintu sairaalamaailmassa, vaikka liikkuu osastoilla viikottain ja jota toiset potilaat odottavat luokseen. Syynä haastateltu kirjastonhoitaja K1 sanoi olevan se, että hän ei ole hoitotyön tekijä, vaan edustaa sairaalassa toista kulttuuria. Ikäihmisten kulttuuri (IIK) -projektin aikaan v. 2000 Helsingissä eri kaupungin hoitolaitoksissa työskenteli kahdeksan taiteilijaa. Mona Taipale (2000) oli taidetyöläisten koordinaattori ja itse kuvataiteilija, ja hän koki kollegojensa kanssa jäävänsä hoitolaitoksen varsinaisen hoitotyön ulkopuolelle. Heidän tavoitteensa oli innostaa laitoksessa asuvia vanhuksia osallistumaan oman elämänsä päätöksentekoon, ryhtymään taisteluun laitostumista vastaan ja toisaalta herätellä hoitoyhteisöjä näkemään ympäristöään uudella tavalla (Liikainen 2003, 50–51). Vuoden työn tuloksena yksi taiteilija sai työpaikan Riistavuoren vanhainkodissa, muissa laitoksissa taitelijoiden toiminta päättyi.

Taiteesta voidaan puhua ihmisen perusoikeutena, heikon ihmisen tukijana, itseilmaisun välineenä ja tunteiden tulkkina. Dissanayakan ilmaisee asian sanomalla: ”Ilman taidetta tai musiikkia emme voisi elää, sen puuttuminen koetaan todellisena, kuin janona tai nälkänä” (1992, 33). Sairaalamiljöössä taiteen on todettu kohentavan ja pehmentävän ilmapiiriä (Langer & Rutenberg 1996). Jos miettään hoitotieteen määritelmää, voidaan arvioida käytännön hoitotyön periaatteita ja voidaanko taidetyö soveltua sen sisään.

Wickströmin (1994, 4) sanoin hoitotiede on inhimillisyyden tiede, joka tutkii ihmisten kehittymistä. Se pyrkii selittämään, kuvaamaan ja ennustamaan yksittäistä ihmistä ja hänen yhteyttään ympäristöönsä ja siten luomaan pohjaa käytännön hoitotyölle. Mannosen (1997) mukaan hyvän hoidon lähtökohtana on potilas ja hänen tarpeensa, ja silloin potilaan hoitoa tarkastellaan hänen elämismailmastaan käsin. Liikainen (2003, 42) esittelee Katie Erikssonin dynaamisen terveyden mallin, jossa ympäristön lisäksi potilaan tilaan vaikuttavat hänen fyysinen, psyykkinen sekä henkinen hyvinolontunteeensa, joka muodostuu hyvinvoinnista ja mielihyväsistä. Eriksson (1989, 1998) painottaa potilaan kokemaa hyvinolontunnetta terveyden olennaisena osana. Ruohosen (2001) mukaan taide voi olla myös ns. terveyselämys, joka antaa voimia ja iloa. Tässä mielessä mielihyvää tuottava asia on järjestettävä sairaalahoidossa olevalle potilaalle.

Huomattava on, että toimintatutkimusta tehtäessä myös MuKu-tutkimus oli vasta tekeillä. Ei ollut vielä varmaa tietoa, auttaako kuuntelu, mutta pohjatieto musiikin terapeuttisesta vaikutuksesta periaatteessa hyväksyttiin. Jos tutkimus tehtäisiin nyt, tutkimustulokset musiikin kuuntelun kognitiivisesta vaikutuksesta ja mielialan kohentumisesta otettaisiin vahvasti esiin. Särkämön ja tutkimusryhmän

tulokset todensivat sen, että mielimusiikin kuuntelu edisti ensimmäiseen aivoinfarktiin sairastuneen verbaalista muistia, keskittymiskykyä ja mielialaa (Särkämö et al. 2008).

#### 6.3.4 Potilaiden kulttuurin huomioiminen

Koska tutkimus oli osallistava, eivätkä hoitajat halunneet erikseen nähdä tutkija-terapeutin tekemää ”mallisuoritusta” siitä, miten mielimusiikin tai äänikirjojen kysely tehdään, niin tärkein kokemusten lähde oli itse tekeminen ja kuntoutujien kanssa työskentely. Kirjattuja kyselylomakkeita palautui 26, mutta kohtaamisia oli enemmän ryhmähaastattelujen perusteella. Jotkut potilaat tyrmäsivät hoitajat, ja hoitajien kokemuksena potilaat osoittivat sen puuttumisena heidän henkilökohtaisiin asioihin.

*Kh1: Viisi tyrmäs mut ja lomakkeen täyttämisen. He kuuntelee, mutta he ei lähde tähän mukaan. Viisi kuntoutujaa kieltäytyi ja koki tän liian kontrolloiduksi, jos mä lähden kyselemään. He kuitenkin kuuntelee, aika monellahan on omasta takaa laitteet,...*

*Kh2: Joo niin mullekin on tullu sanomaan, että voisinko tän kyselykaavakkeen täyttää, niin ”Ei!” he kuuntelee minkä kuuntelee, mutta ei ole sitten semmosta seuranta. Yksi rouva joka lähti kotiin, niin se on kuunnellu aina musiikkia, ... korvalaput on päällä, ettei muita häiritse. Ei ne muut munkaan potilaat halua. Ne kattoo sitä telkkaria tai lukee, ei ole tullu niin ku sellaisia että ne haluais kuunnella musiikkia.*

Kokemus aiheutti varovaisuutta kyseisissä hoitajissa. Kuntoutujien kuuntelu toteutui omaehtoisesti ja edusti ”omaa tilaa” sairaalassa. Se koettiin intiimiksi asiaksi tässä tapauksessa. Alasuutarin (1992) esittämässä tutkimuksessa TV-ohjelmien katsomisesta viitattiin samankaltaiseen ilmiöön. Kun haastateltiin ihmisiä heidän kotioloissa tapahtuvasta TV-ohjelmien katselutottumuksista, osoittautui että vastaajat arvottivat katselemansa ohjelmat korkeakulttuurisesti. He puhuivat hieman vähätellen omista mielisarjoistaan verrattuna esimerkiksi uutislähetysten seuraamiseen. Saattaa olla että radion tai muu kuuntelu on sitä omaa, jonka potilas haluaa-kin pitänä omiana asiaan. Toisaalta hoitajan kysymisen asenne voi vaikuttaa; halutaanko musiikkimieltymyksestä yhteistä kokemuskenttää ja toista huomioon ottavaa keskustelua, vai vain objektiivinen ”mittaustulos” potilaspapereihin.

Kesän 2007 aikana on julkisuudessa käyty keskustelua taide vs. kevyen musiikin arvottamisesta (mm. Helsingin Sanomat, yleisön palsta). Asia ei ole yksioikoinen. Jostain syystä jotkut henkilöt arvottavat taidemusiikin korkeammalle kuin kevyen pop-rock-musiikin. Tunteet käyvät kuumina; puhutaan snobismista, tai laiskuudesta opetella oikeasti soittamaan. Puhutaan hyvistä ja huonoista teoksista molemmilla genreillä. Kummankin alueen tuntemus ei haittaa muusikkoudessa. Potilas sensijaan voi kokea, että hänen mielipidettään arvotetaan sellaisissa henkilökohtaisissa asiassa, joka ei hoitajalle kuulu. Musiikkiterapiassa ollaan erityisen kiinnostuneita musiikkimieltymyksistä. Sen avulla saadaan tietoa kuntoutujan kulttuuritaustasta ja ylipäänsä kiinnostuksen kohteista. Mieluisan musiikin

selvittäminen vaikuttaa siihen, miten tulevaa terapiaa toteutetaan. Ehkä hoitajan tunkeutuminen tälle alueelle koettiin outona, ei sairaudenhoitoon liittyvänä, jopa tunkeilevana kysymyksenä.

Toisaalta heikompiuntoisten kanssa oli myönteisiä kokemuksia.

*Ph2: No sitte onkin just V.V. tää oli nyt tää mun. Uusi AVH. Oli niin vaikea tehdä tätä haastattelua, kun ne vastaukset tulee niin hirveen pitkällä viiveellä. Hän kyllä ymmärtää. Ja sitten kun mä kysyin tätä artistia tai yhtyettä, mä olin jo luovuttamassa ja lähdössä pois ettei sieltä mitään tuukaan, niin sit kun mä käännän selkäni niin kuuluu että "Malmsten".*

Tämä puhevammainen henkilö sai kerrottua mielipiteensä. Puhumisyritys oli hankalaa, mutta kun hoitaja jaksoi kuunnella ja antoi palautetta onnistumisesta ilahtumalla tästä tiedosta jonka potilas sanoi, hän kannusti potilasta kertomaan omia mielipiteitään. Sanojen muodostuksen hitaus estää sujuvaa kommunikointia. Hoitaja koki tekevänsä hyvää työtä, koska sai tilata kirjastosta musiikkia tietäen, että se on juuri tälle kuntoutujalle mieluista.

Toinen kokemus paljastaa musiikkimieltymyksen merkityksen:

*Ph2. ....hän tykkää klassisesta, ja erityisesti Bachista.*

*Mt: Ja sitte hän tykkää saksalaisista iskelmistä.*

*Ph2: Hän on äärettömän tarkka, mitä vaimo sanoo, siitä mitä haluaa kuunnella.*

Musiikkimaku on hyvin hienovarainen ja henkilökohtainen asia. Tässä esimerkissä hoitaja huomasi, että sen kuuleminen on tärkeää, koska muunlainen musiikki ei kuullosta miellyttävältä potilaan korvissa. Musiikin miellyttävyys perustuu osittain tuttuuteen. Nimenomaan mielimusiikin on todettu alentavan kortisoliarvoja stressin jälkeen, parantavan sydämen ja verisuonten sekä hengityksen toimintoja (Khalifa et al 2003; Leardi et al. 2007; Sokhadze 2007). Tällöin se myös tuntuu fysiologisesti kuuntelijassa mukavuutta lisäävänä olona.

Ymmärrettävä musiikki on kuulijalle nautinnollisempaa kuin paljon poikkeavuuksia tai yllättäviä käänteitä sisältävä musiikki. Tähän vaikuttavat aikaisemmat kokemukset ja kuuntelijan tottumus. Haastattelu lisäsi tietoa potilaasta kulttuurisena henkilönä, ja samalla pystyttiin saamaan hänelle sopivaa kuunneltavaa.

Kuuntelun todettiin soveltuvan myös omaisten kautta tapahtuvaksi:

*Ph1: Hän tykkää vaan katsoo telkkaria mielellänsä, ja ollaan vähän vaimon kanssa puhuttu, että voitais ottaa vähän musiikkia ja tämmöstä.*

Omaisten osuutta korostettiin hoitajien työn helpottajana. Todettiin musiikin tuomisen olevan helposti ehdotettavissa oleva asia, ja sairaalaympäristössä jopa parempi vaihtoehto kuin kukkien tai makeisten hankkiminen. Omaiset ottavat hyvin vastaan käytännön ehdotuksia kuntoutumisen edistymiseksi.

*Ph2: Sitte on yksi rouva, joka sanoi ettei jaksa nyt kuunnella. Kun hän on niin*



*sairas. Hän ei halunnut sitte. Hän ei halua musiikkiakaan kuunnella. Ei kuuntele koskaan radiota. Se tuli ihan selkeesti.*

Tässä potilas kertoi syyt, miksi ei halua kuunnella. Se oli selkeä tieto, joka potilaalta saatiin kysymällä sitä häneltä. Radion kuuntelemattomuus lisää viihtyvyyttä hänen osaltaan, ja hoitajien tietoa siitä, että hän ei ole tottunut kuuntelija.

*Ph2: Ja sitten on tää herra kenellä on kanssa oma telkkari, että hän mieluummin kattelee. Hänelle on kyllä tuotu kirjaston kuuntelukirjoja, ja kyllä hän niitä on tykänny jonkun verran sitten kuunnella. Se on ollut positiivista.*

Vaihtoehtojen antaminen potilaalle tuntuu järkevältä ja ammatilliselta toiminnalta. Äänikirjojen esille tuominen on kaiketi uutta monille.

*Ph1: Mä vein hänelle eilen radion.*

*Ph2: Hän sanoi, että hän ei kestä tota meteliä, kun kuuluu – ovien pauketta ja että hän haluaa mieluummin sen radion.*

*Ph1: Hän tykkäs siitä radiosta. Hänelle varmaan ei ole aloitettu vielä, hän on tullu viime perjantaina. Hän varmaan pystyy, ei ole afaatikko. On AVH, muttei afaatikko.*

*Ph1: Mutta hänelle se oli tosi tärkeä, niin kuin huomasit. Ja sitte eilen hän sanoi, että älä niin kovaa laita.*

Potilasta on kuultu ja häntä on ymmärretty; hän sai radion, hänellä oli siihen syytä ja hän kertoo vielä mielipiteen äänen voimakkuudesta, ja hoitajat ottavat nämä asiat huomioon. Lisääkö tämä motivaatiota kuuntelun suhteen? Ainakin selkeästi on tarjota jotain muuta melun kuuntelemisen tilalle.

*PH3: Se on on jännä nyt kun on haastatellut näitä potilaita, niin aluks tuntuu että siel ei oo mitään. Mutta sitten kun vaan sitkeesti istuu heidän kanssaan sängynlaidalla, ja yrittää --- niin sit sieltä alkaakin tulla: Kyllä mä kuuntelen. Kylä mä kotona. Mut sit koetaan jotenkin et se ei kuulu tänne.*

Haastattelutilanteet vaihtelivat myös hoitajien aktiivisuuden mukaan. Tutkijan kanssa käydyissä keskusteluissa puhuttiin myös potilaan roolista, miten potilaat/kuntoutujat itse sopeutuvat nopeasti osaansa järjestelmässä. Vaikka kuntouttavan hoitotyön pohjalta puhutaan paljon osallistamisesta, potilaiden näkökulma saattaa olla erilainen. Mahdollisuuksia itsensä toteuttamiseen tai kuntouttamiseen sairaalassa on jonkin verran (oma sänky ja pöytä, käytävät, päiväsalit, motomed, nojapuut) mutta suurelta osalta päivää ohjaavat aamu- ja iltatoimet, ruokailut, lääkärinkierrot sekä terapeuttien antamat terapiat. Käytännössä aika kuluu eniten omaehtoisesti, tutkimuksen (De Wit et al., 2005) mukaan eurooppalaisissa kuntoutuslaitoksissa AVH-potilaat viettävät 72% päivästänsä ilman terapeuttista aktiiviteettia, enimmäkseen huoneessaan. Tämä siitäkin huolimatta, vaikka tiedetään alkuvaiheen kuntoutuksen olevan ideaalista harjoittelu-aikaa aivojen reorganisoinnin kannalta (Witte 1998; Kreisel et al. 2006).

Hoitajia motivoi eniten kuuntelun järjestämiseen potilailta saatu palaute. Myös esimiehen tuki sekä vuorovaikutuksen lisääntyminen ja inhimillistyminen potilaan kanssa koettiin myönteisinä. Potilaan kuntoutuminen lisäsi kokeiluhaluutta myös siksi että tällaiselle potilaalle voi suositella muitakin osallistumisen mahdollisuuksia. Puheen ja muistin huomattiin seurannassa palautuvan. Syynä voi olla potilaan kanssa mielenkiintoiseksi koetun puheenaiheen löytyminen huomioiminen hänen kulttuuritaustansa ja kiinnostuksen kohteensa.

### 6.3.5 Kuuntelun soveltuvuus erilaisille potilaille

Hoitajien mielestä erilaiset potilaat hyötyvät kuuntelusta, esimerkiksi potilaat, jotka osoittavat kiinnostuneisuutta musiikkia kohtaan ja ovat aiemmin saaneet musiikista elämää rikastuttavia kokemuksia. Kuntoutukseen motivoituneet ja vastavuoroisesti keskustelevat kuntoutujat osallistuvat helposti tähän toimintaan. Sellaiset kuntoutujat haluavat jatkaa kuuntelua, jotka saavat siitä myönteisen kokemuksen. Myös puhevammaiset sekä kuuntelusta rauhoittuvat potilaat hyötyvät sen järjestämisestä. Hoitajat valitsevat sopivan ajankohdan kuuntelun ehdottamiseksi. Saattaa myös olla niin, että eri vaiheissa olevat kuntoutujat ovat aktiivisemmin hoitajien seurannassa. Hoitajat kertoivat panostavansa eniten kuntoutuviin, kotiin lähteviin tai moniongelmaisiiin ja paljon apua tarvitseviin potilaisiin. Vähäkankaan (2006) tekemän tutkimuksen mukaan kuntouttava hoitotyö toteutuu enimmältään sellaisten potilaiden kanssa, jotka tarvitsevat apua kognitiiviseen suoriutumiseen, päivittäisiin toimiin, inkontinenssin hoitoon, epävakaaan terveydentilan seuraamiseen, kaatumisten ehkäisyyn, masennuksen vuoksi, tai tarvitsevat paljon sosiaalista huomiota.

Hoitajat arvioivat kuuntelun mielekkäänä tekemisenä, joka rauhoittaa levottomat potilaat:

*MT: Näkeehän sen monta kertaa et nää ihmiset jotka kuuntelee, jotain keskittyneesti, äänikirjaa tai muuta, joka on heille mieleinen niin, eihän he sitten roiku siinä soittokellossa. Ett heillä on niin ku mielekästä tekemistä. Ja sit mä luulisin että myös se että kun on tällasta mielekästä tekemistä, että voi esim illalla kuunnella musiikkia, niin voi rauhoittua sen avulla. Varmaan yö menee paremmin.*

*PH1: nää tuntuu olevan aina levottomia.*

*MT: se on tietysti tästä neurologisesta sairaudesta johtuvaa;*

---

*T: mitä hyötyä ootte huomannu että menetelmästä on?*

*Kh1: se on just se kuunteleminen. Pystyy vähän rauhoittumaan. Toisaalta saamaan ajatuksia muualle pois sairaudesta.*

Hoitajat puhuivat myös kuuntelun parantavan potilaan mielialaa:

*Kh1: Hän kykenee itse käyttää kanssa, että hänelle vietiin osaston laite hänellä ei ole omaa, mutta kykenee itse käyttämään sitä. Ei tarvitse periaatteessa apua. Tää on kuuden hengen huoneessa, ja tykkää kuunnella ilman kuulokkeita, on silleen niin ku kuunnellu päiväsaikaan. On yrittäny ottaa muut huomioon. Ja sitte siinä vähän itte pohti, että tuli iloisemmaksi kuunneltuaan tätä.*

Jossain tapauksissa kuuntelun ilmaistiin olevan terveellinen nautinnon lähde:

*Kh1: On jotain sisältöä muutakin kuin aika usein tulee se, periaatteessa kun joutuu sänkyyn, niin ei ole muuta sisältöä tai nautinnonlähdettä kuin ruoka, niin onhan tää [kuuntelu] sitten positiivisempi asia kuin, niin ku kuntoutusta ajatellen, kuin herkuttelu. Että sais jotain sisältöä, jos ei pysty lukemaan. Monilla on se lukeminen, mutta jos sitä ei pysty tekemään niin jotain sisältöä päivään.*

Kuuntelun todettiin soveltuvan myös omaisten kautta tapahtuvaksi:

*Ph1: Hän tykkää vaan katsoo telkkaria mielellänsä, ja ollaan vähän vaimon kanssa puhuttu, että voitais ottaa vähän musiikkia ja tämmöstä. Ollaan juteltu siitä ensimmäisen kerran kun omaiset on sitä ehdottanu. Rupesin puhumaan sille niin nyt hän on saanu cd-soittimen sellaisen pienen kotoa. Sitten eilen mä hain hänelle kasettiradion alhaalta ja tänään hän on kuunnellut puhekasetteja "Jäniksen vuosi".*

Omaisten osuutta ei muutoin korostettu, siitä puhuttiin silloin kun se oli myönteistä. Todettiin musiikin tuomisen olevan toisinaan sairaalaympäristössä parempi vaihtoehto kuin kukkien tai makeisten hankkiminen.

Koko osasto saa myös hyödyn kuuntelun järjestämisestä, kun se rauhoittaa levottoman potilaan:

*Kh1: Itse kokis että okei, jos on sellainen häiritsevästi vilkas potilas, niin sellainen joka muita häiritsee, niin saadaan sellainen rauhoittumaan. Siitä tulee silloin koko osastolle hyöty. Muuten onhan se niin, että jos sen potilaan mielälä siitä paranee, niin jaksaaahan hän sitten paremmin yrittää ja tehdä muutakin. Tietysti se on se ratkaisevin, ja saada sille kuntoutujalle jollain tavoin hyvää mieli.*

Huonokuuloisten osalta todettiin kuuntelun olevan haasteellista. Kuulokkeiden käyttö ja äänenvoimakkuuden tarkka kontrollointi voi kuitenkin sen mahdollistaa. Nuoret koettiin suurimpana ja todennäköisimpänä kuuntelijaryhmänä. Musiikin kuuntelun arveltiin olevan nuorille elämäntapa ja osa heidän kulttuuriaan. Nuorten musiikin kuuntelua selvittävässä tutkimuksessa Saarikallio (2007) on raportoinut, että nuoret käyttävät musiikin kuuntelua tunteiden säätelyn apuna: musiikki voi tällöin merkitä nuoren elämässä viihtymistä, virkistymistä, vahvan tuntemuksen saamista, tunnetilan muuttumista, tunteen purkautumista, psyykkisen työn edistämistä ja rauhoittumista.

*Kh1: Kyllähän se varmasti, ettei siitä ole epäilystä, etteikö musiikkia ole kiva kuunnella. Kyllä se tosi paljon merkkää, ja jos on yhtään nuorempi, niin sitä tärkeempää se on. Nykynuoriso on oppinut niin elämään musiikin kanssa, että se korostuu.*

Iäkkäiden musiikkimakua pohdittiin myös, ja todettiin hengellisen musiikin mahdollisesti virkistävän heitä. Afasiapotilaan haastattelu jo sinällään tuo haastetta,

sillä korvaavat kommunikointikeinot – eleet, ilmeet, kuvat – otetaan käyttöön ja pyritään ymmärtämään kuntoutujan viesti oikein. Kuuntelutehtävien suorittaminen lisää hoitajan ja kuntoutujan välistä kommunikointia. Kuuntelun koetaan tuovan afasiapotilaan elämään mielekkyyttä.

*Ph2: No kyllä mä ajattelin ainakin ennen kaikkea afasiapotilaita, että se ois hyövä.*

*T: Että tää kielellinen kuntoutus painottuu.*

*Ph2: Aivan ehdottomasti.*

Rauhattomille ja pitkästyneille potilaille kuuntelun todettiin soveltuvan hyvin. Se on yksi mahdollinen keino saada potilas keskittymään.

*Ph1: Ainakin tää LL niin hän ainakin rauhoittui. Hän huuteli "Hoitaja, hoitaja" ilman mitään asiaa.*

Hoitajien mielestä myös omissa oloissaan viihtyvät saattaisivat kuunnella mielellään.

*Kh1: Musta ne on hyvin eri tyyppisiä. Että niin kuin osa on selkeesti sellaisia omissa oloissaan viihtyviä, tavallaan eivät jaksa lähteä sinne yleiseen hälyyn, että tavallaan on mielellään yksin ja tekee sitä mielellään rauhassa*

Äänikirjoista kiinnostuneet nähtiin sellaisina henkilöinä, jotka jo aiemminkin olivat lukeneet paljon kirjallisuutta.

*Kh1: Mutta varmaan heitä enemmän yhdistää se kokemus siitä, varsinkin äänikirjajuhmisiä, että on aina ollut kova lukemaan tai joku tällainen. En keksi että kukaan äänikirjoja meillä kuunnellut tänä aikana olis sellainen, josta en tietäisi, että ei ole lukenu aikasemmin.*

Tutkimustulokset osoittavat, minkälaisille potilaille hoitajat katsoivat kuuntelun parhaiten soveltuvan. MuKu-tulosten valossa aivojen kognitiivisten toimintojen edistäminen päivittäisellä musiikin kuuntelulla on mahdollista varhaisvaiheen aivoinfarttipotilaan kuntoutumisessa varsinkin tarkkavaisuuden suuntamisen ja kielellisen muistin suhteen (Särkämö et al. 2008). Hoitajien havainnot tukevat raportoituja neuropsykologisia tutkimustuloksia puhevammaisten sekä levottomien potilaiden saamista kuntoutushyödyistä. Tämän tiedon pohjalta voidaan todeta musiikin kuuntelun auttavan sellaista potilasta, jolla on kielellisiä ongelmia tai joka rauhoittuu musiikkia kuunnellessa.

#### **6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys: Koulutusmallin luominen**

Aktiivinen kuntoutus on mahdollista myös itsenäisesti ohjattujen toimintojen ulkopuolella. Ongelma AVH-potilailla on usein toiminnanohjauksen häiriöt tai aloitekyvyttömyys. Tällaisten itseohjautuvien kuntoutustekniikoiden, joissa on seurantaa, tulisi kehittää. Musiikin kuuntelu on aktivoiva menetelmä, joka tukee

kuntoutumista. Kuuntelua kannattaa tarjota, ja sen toteutumista seurata, jolloin siitä voidaan tarvittaessa keskustella ja huomioida sen vaikutuksia kuntoutujaan.

Edellä esitetyn perusteella musiikin kuuntelun soisi olevan arkirutiinia hoitolaitoksissa myös sellaisille potilaille, joilla ei ole aktiivisia omaisia, tai jotka eivät osaa sitä itse pyytää kysymättä. Varsinkin heikosti liikkuvien, puhumattomien ja jäsenymättömien potilaiden kanssa työskentely on erityisen vaativaa. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että tällaisille potilaille musiikin kuuntelua tulee avustaa, jos he kokevat sen miellyttävänä. Henkilökunnalle suunnatut koulutukset aiheesta voivat muuttaa asenteita ja helpottaa musiikin kuuntelun käyttöönottoa laajemmin.

<p><b>Koulutus musiikin tai äänikirjojen kuuntelun lisäämiseksi sairaalassa olevien potilaiden hoito- ja kuntoutusohjelmaan:</b></p>
--

- **Tieto**
  - “Musiikin kuuntelu on kognitiivista toimintaa, ja se parantaa mielialaa”: MuKu-koulutus hoitajille (Särkämö et al. 2008)
  - Tutkittu tieto AVH-potilaiden sairastumiskokemuksista (Burton 2000) sekä musiikin kuuntelun merkityksestä varhaisvaiheen AVH-kuntoutuksessa (Forsblom et al. 2008)
  - Tieto aivojen neuroplastisiteetista ja neurologisen kuntoutuksen perusteista (mm. Rossini et al. 2003, Teasell et al. 2003)
  - Tieto musiikin käytöstä neurologisessa kuntoutuksessa: muistin parantuminen, tunteiden säätely, identiteetin tukeminen, puhentuon parantuminen, rentoutuminen, kivun lievittyminen (mm. Aldridge 2005)
  - Millaiset potilaat hyötyvät tehdyn tutkimuksen mukaan kuuntelusta
- **Halu ja motivaatio**
  - Hoitajan omat arvot ja empatia; keskustelua esim. musiikkiterapeutin ja tiimin muiden jäsenten kanssa
  - Kokemusten vaihtoa omista musiikki- tai kirjallisuusmieltymyksistä, ja niiden merkityksestä
  - Yhteinen musiikin (tai runon) kuuntelu ja sen reflektointi (esim. osastotunti)
- **Struktuuri**
  - Työn tekeminen suunnitelmallista
  - Tiimityöskentely, palaverit ja kirjaaminen
  - Vastuuhenkilöt ja muiden tiimin jäsenten informointi
  - Kaavake ja haastattelukäytäntö
  - Resurssit: laitteet, materiaali, kirjasto, omaiset, muut tukihenkilöt
  - Esimiehen tuki
- **Kokemus ja reflektointi**
  - Osataan arvioida kuuntelun vaikutukset potilaan käyttäytymiseen
  - Huomioidaan kuuntelu osana välittämistä ja mahdollisuutena inhimilliseen vuorovaikutukseen
  - Keskustelut osastopalaverissa ja mahdollisissa koulutuksissa

Terveydenhoidon käytäntöjen muuttaminen on hidasta. Muutosten edellytyksenä on osallistuminen koulutustilaisuuksiin, joissa käsitellään potilastapauksia, sillä niillä syvennetään oppimista ja ymmärtämistä. Tärkeää on keskustelu muiden kanssa, ettei tule tunnetta, että joutuu muuttamaan toimintatapoja yksin. On nähty hyväksi käyttää mielipidejohtajia käytäntöjen muuttamisen apuna sekä antaa palautetta, muistutuksia ja toteuttaa opetus pienryhmissä. Lisäksi moniammatillisuus lujittaa muutosta. (Mäntyranta et al. 2007.)

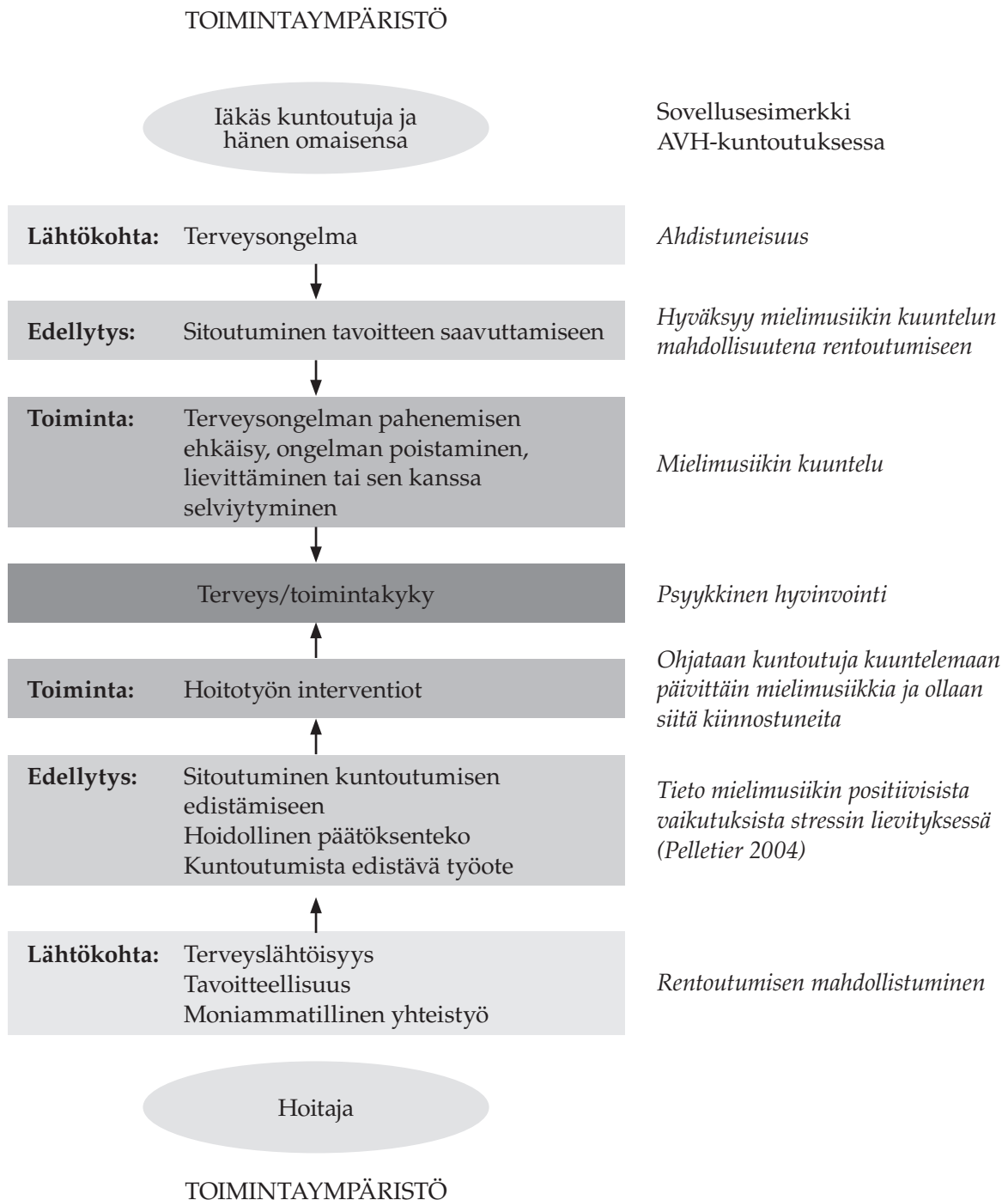
Koulutuksessa korostuu tiedon jakamisen lisäksi hoitajien omat kokemukset sekä potilaiden kokemusten havainnointi. Musiikin kuuntelun järjestymisen nähdään osana kokonaisvaltaista hoitoa ja välittämistä. Hoitajaa autetaan selvittämään potilaan mielimusiikki esimerkiksi käyttämällä apuna joitain musiikkityyli-listoja esiintyjineen tai kuuluisimpine sävellyksineen, ja pyrkiä helpottamaan kuntoutujan valintoja, jos ne eivät tule keskustelutilanteessa spontaanisti mieleen (liite 3).

Sekä hoitaja että potilas toimivat samassa ympäristössä. Routasalo ja Lauri (2001) ovat esittäneet iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin (kuvio 4), jossa molempien osapuolien sitoutuminen on tärkeää. Sekä potilaan että hoitajan tehtävänä on vaalia terveyttä. Molemmilla on vastuunsa: hoitaja toimii kuntoutumista edistävästi, ja potilas sitoutuu toimimaan siten, että terveysongelma lievittyy, poistuu tai sen kanssa selviydytään. Musiikin kuuntelun liittäminen tähän malliin kuntouttavan hoitotyön osana osoittautui mahdolliseksi. AVH-potilaan terveyslähtöisiä ja tavoitteellisia hoitokohteita ovat hoitajan näkökulmasta mm. haavaumien hoito ja ennaltaehkäisy, virtsatieinfektioiden välttäminen, ravinnon saannin tukeminen, puhtauden ylläpysyminen, unen mahdollistuminen, liikkumiseen ohjaus, kipujen hoito, mielialan pysyminen hyvänä.

Potilaan kannalta terveysongelmia ovat mm. kehon toimimattomuus, neuropsykologinen oirekuva, kommunikointivaikeus, psyykinen jännittyneisyys, sosiaalisten suhteiden puuttuminen. Kun tällaisessa tilanteessa edistetään kuntoutumista kysymällä yksilöllistä musiikkimieltymystä ja potilas haluaa kuunnella, saavutetaan osittain kuntoutustavoitteita: potilaan mieliala nousee, puhetilanne kehittää kommunikointia ja keskittyminen kuunneltavaan parantaa kognitiota. Tutkimuksissa on lisäksi osoitettu, että miellyttävän musiikin avulla ahdistuneisuus lievittyy (mm. Pelletier 2004, Roy et al. 2008), koettu kipu lievittyy (mm. Masuda 2005, Roy et al. 2008) ja mielihyvän tuntemus lisääntyy (Peretz et al. 2005, Roy et al. 2008). Koska musiikin kuuntelulla ei ole todettu olevan epätoivottuja sivuvaikutuksia, voidaan olettaa, että miellyttävän musiikin kuuntelun lisäys hoitajien työvälineeksi voisi osoittautua käytännölliseksi ja vaikuttavaksi menetelmäksi AVH-potilaiden kanssa työskennellessä. Hoitajien toimenpiteinä on avustus, ohjaus ja omaisten informointi.

Työkulttuuri ei muutu vaikeuksista, kirjoittavat Ulla Talvitie ja Merja Reunanen (2006, 21–25). Heidän mukaansa tutkimusta tarvitaan työkäytännön muutosten tueksi. ”Kysymyksessä on enemmänkin prosessi, jossa osallistumista, toisin sanoen työtä ja toimintatapoja, pyritään tekemään näkyviksi ja siten tehdään mahdolliseksi kriittinen keskustelu. Näin ollen kehityksen avain on siinä, miten työtä voidaan tarkastella uusien käsitteiden ja välineiden avulla. Toisin sanoen miten käytäntöjä pystytään esineellistämään erilaisen kirjallisen ja kokemusperäisen aineiston avulla” (emt. s. 24).

Tutkimuksesta syntyi vaikutelma, että hoitajat haluavat olla ammatillisesti oikeutettuja toimintatapoihinsa. Samalla he suhtautuvat empaattisesti potilaisiinsa. Hoitaja valitsee itse oman toimintatapansa, omien arvostustensa ja organisaation normiston mukaisesti.



Kuvio 4. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli ja sovellusesimerkki mukailten Routasalo ja Lauri 2001.

## 7 Toimintatutkimuksen toteutuksen reflektio

Aiemmin viittasin siihen, että hoitaja itse määrää työskentelyotteensa kunkin potilaan kanssa. Kuitenkin häntä ohjaavat myös ulkopuoliset normit. Moilasan (1999, 98) mukaan toimintaa ei tapahdu ihmisen aikomuksina ja haluina, vaan ihminen itse toimii. Hän toimii jossain rakenteellisessa kehyksessä, tässä tapauksessa sairaalassa.

Moilanen (1999, 99–100) esittää Kemmisin ja Wilkinsonin (1998, 27) mallin sosiaalisen todellisuuden muuttumisen dynamiikasta. Toimintakäytännöt ovat sen mukaan yhteisössä toimivien ihmisten toimintatapoja, jotka pitävät yllä yhteiskuntaa. Sosiaalisia käytänteitä ovat kommunikaatio, tuotanto ja sosiaalinen organisaatio. Työnjako organisoidaan mahdollisimman järkevästi, ja erilaisiin tilanteisiin on luotu erilaiset toimintatavat. Sosiaalisia rakenteita kuvastavat kulttuuri, talous ja politiikka. Sosiaalinen vaikuttaminen tapahtuu kielen, työn ja vallan kautta. Hoitaja neuvottelee potilaan kanssa, neuvoo sairauden hoidossa sekä tekee hoidollisia toimenpiteitä, koska hän on niiden asiantuntija. ”Ihmisen toiminnan syyt ovat hänen psyykkisessä rakenteessaan, yhteisön rakenteessa sekä ihmisen vapaassa tahdossa. Ihmisen toiminta on vapaata ja määräytynyttä yhtä aikaa” (Moilanen 1999, 101).

Tutkimuksella etsittiin hoitajille sopivaa toimintatapaa musiikin kuuntelun järjestämiseksi sellaisille potilaille, jotka siitä hyötyisivät. Tehtävää ei koettu helpoksi, mutta kuitenkin ymmärrettäväksi. Vastuuhenkilöt käyttivät sosiaalisia käytänteitä apunaan; he keskustelivat kollegoiden kanssa osastotunnilla menetelmän käyttöönotosta. Sosiaalisia rakenteita, kuten kirjastoa ja omaisia, hyödynnettiin myös. Vaikuttamiskeinoja hyödynnettiin, viimein niin, että sairaalassa B ylihoitaja määräsi annetun tehtävän tekemiseen. Auktoriteettiaseman hyödyntäminen auttoi tämän tutkimuksen tekemistä.

### 7.1 Toimintatutkijan rooli

Lähdin toiveikkaana sairaaloihin esittämään ajatusta mielimusiikin kuuntelun järjestämisestä lähtökohtana potilaiden tarpeet. Taustalla vaikutti voimakkaasti käynnissä oleva MuKu-tutkimus, joka toisi tulevana vuosina näyttöön perustuvaa tietoa sekä neuropsykologisten tutkimusten että aivokuvantamismenetelmien avulla musiikin kuuntelun vaikutuksista ensimmäiseen aivoinfarktiin sairastuneen varhaisvaiheen kuntoutuksessa. Työkäytännön hakeminen ja kokemusten saaminen kentältä hoitajien toimesta toteutui hitaanlaisesti tässä osallistavassa toimitutkimuksessa. Oma roolini oli kannustaa ja antaa tarvittavaa tietoa, jotta hoitajilla olisi valmiutta esittää asia potilaille. Johtoajatus oli se, että menetelmä on helppo ja potilaille mieluisa, ja lisäksi se helpottaisi hoitajien työtä. Kuvailisin itseäni Kuulan (2001, 116) esittelemän Sorensenin (1992) toimintatutkijoista tekemän roolituksen mukaisesti ”tehkää itse”-sukupolven edustajaksi. Tällöin tutkija ottaa tutkittavat aktiivisiksi osalliseksi tutkimus- ja muutosprosessiin. Tutkija organisoii toimijat itse pohtimaan ja löytämään ratkaisuja.

Reflektiopäiväkirjasta poimitut ajatukset erään haastattelun jälkeen kuvastavat tunnelmia, sekä toimenpiteitä, joilla pyrin auttamaan projektin etenemistä:



28.2.06

*läsnä yh, kh1 ja kh2*

*Hoitohenkilökuntaa vaivaa krooninen miehitysvajaus. Musiikin kuuntelu nähdään toteutettavissa olevana, ja se ei vie liikaa aikaa, kunhan vaan rauhallinen hetki löytyy. Kokemuksia tullut, jotka kannustavia. Kh2 kiinnittänyt huomiota potilaan omaan soittimeen ja sitä kautta lähestynyt kuunteluasioissa. Toiselle annettu osaston soitin, ja käyty yhdessä potilaan kanssa kirjastossa, josta löytynyt kuunneltavaa. Itsenäisiä kuntoutujia molemmat.*

*Osastotunti pidetty, ja täytetty yhdessä lomake. Afaatikon kanssa hyödynnetty soittolistaa, jonka lähetin. Kuntouttavasta työotteesta puhetta, ja päädyttiin musiikin kuuntelun olevan linjassa sen kanssa.*

*Uusia ideoita: papin keskustelu esim hengellisestä musiikista, kuuntelunurkkauksen perustaminen uusiin tiloihin, sekä kulttuurienergiaprojektiin ilmoittautuminen.*

Ryhmähaastatteluissa olin kiinnostunut hoitajien käsityksistä ja kokemuksista sekä heidän havainnoistaan, joita he olivat tehneet potilaista. Jos hoitajille oli tullut hyvä mieli kommunikoidessaan potilaan kanssa tämän aiheen kautta, koin syvä onnistumista. Puhevammaisten kanssa he itse kokivat saaneensa arvokkaimmat kokemuksensa menetelmästä.

Analysoin tekstit vasta, kun kaikki haastattelut oli tehty. Ennen kutakin ryhmähaastattelua olin kuitenkin käynyt läpi edellisen ryhmähaastattelun teemat, joista keskustelin hoitajien kanssa. Tällaisia asioita oli mm. tehdyt sopimukset, ajatukset kirjaamisesta, kirjaston käytön helpottuminen.

Syyt, joiden vuoksi menetelmä ei lähtenyt juurtumaan osastoille, jäivät osittain epäselviksi. Kiire, työvoimapula ja kolmivuorotyö olivat selittäviä seikkoja. En halunnut painostaa hoitajia. Ymmärsin, että sosiaalisesti henkilökohtaiselle alueelle ulottuva mielimusiikin kysyminen nähtiin ammatillisesti vieraana tehtävänä, vaikkakin sen avulla kommunikaatio syveni joidenkin potilaiden kanssa, ja se koettiin työtä keventävänä ja potilasta inhimillistävänä asiana. Koin olevani osa moniammatillista tiimiä, johon toin omaa näkökulmaani juuri musiikin käytön mahdollisuuksien esiintuomisessa.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validius tarkoittaa sitä, kuinka hyvin hyvin tutkimustulos vastaa asioiden tilaa todellisuudessa. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan sitä, kuinka samana tutkimustulos pysyy, jos se toistetaan uudelleen. Tutkimustulosta sanotaan validiksi, jos eri mittauskerroilla saadaan samat tulokset. Nämä käsitteet eivät täysin sovellu toimintatutkimukseen, koska toimintatutkimus sinällään on väliintuleva tekijä, jota käytetään muuttamaan tilannetta. Toimintatutkimuksen käytännöllisyys osoittaa tutkimuksen luotettavuutta. Samoja tuloksia ei voida siten saavuttaa intervention jälkeen, koska tulos toteutuu tietyn väliintulon seurauksena tietyssä paikassa ja ajassa. (Huttunen et al. 1999, 113–114.)

Tutkimuksen luotettavuus toteutuu siinä, että olen itse kerännyt materiaalin, haastatellut hoitajat, litteroinut haastattelut ja lukenut ne kokonaisuudessaan.

Luotettavuutta lisää tiivis työskentely MuKu-tutkimusryhmään kuuluvan työparin kanssa, aineiston kerääminen myös lomakkeilla sekä tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Toimintaa kuvattiin hoitajien kertomuksina todellisuudesta. En ollut itse paikalla videoimassa potilaiden ja hoitajien kohtaamisia, mutta luotan kertomuksiin niin kuin hoitajat ne minulle kertoivat. Apuna heillä oli seurantalomakkeet. Haastattelukertoja oli mielestäni riittävästi, ja puolen vuoden aikana kokemuksia tuli musiikin kuuntelun käytännöstä. Oma havainnointikierrokseni kirjastonhoitajan kanssa avasi silmäni kulttuuritoiminnan arjesta sairaalassa. Mielestäni osastoilla olisi tilaa muillekin virikkeille kuin TV:n katselu aulassa.

Tutkimusaineiston triangulaatio tukee tutkimuksen luotettavuutta. En tyytynyt pelkkiin haastatteluihin, vaan keräsin myös lomaketietoa omien päiväkirjamerkintöjeni lisäksi. Analyysi oli kolmivaiheinen: tuloksiin johtaneet teemat löytyivät horisontaalisen, vertikaalisen ja hierarkisen sisällönanalyysin kautta.

Alkuluennot sekä lopullisten tulosten reflektointi sairaaloissa toimineiden hoitajien ja terapeuttien luona pitivät yllä keskustelua aiheesta moniammatillisesti. Tutkittavat saivat kertoa mielipiteensä tuloksista, jotka heidän mielestään kuvasivat hoitajien näkemyksiä tutkimusaineiston keräämisen aikana. Loppukeskutelussa todettiin, että menetelmä ei jäänyt projektin jälkeen elämään. Selittäviä syitä voi olla hoitajien kokema kiire, vaikuttavuustutkimuksen tulosten puute sekä vieraus ottaa toisen ammattikunnan tehtäviä omakseen. Menetelmän juurrutus tarvitsee moniammatillista yhteistyötä sekä koulutusta aiheesta.

## 8 Tulosten pohdintaa

Hoitajat järjestivät mielimusiikin kuuntelua aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuville, keräsivät siitä kokemuksia ja refleктоivat asiaa tutkijan kanssa kuuden kuukauden seurannan aikana. Keskusteluihin perustuvat ryhmähaastattelut analysoitiin laadullisesti sisällönanalyysillä. Osallistavan toimintatutkimuksen orientaatiota käytettiin tutkimuksen menetelmänä, jota yleisesti käytetään mm. organisaatioihin ja työelämään suuntautuneen toimintatutkimuksen puitteissa (Heikkinen & Jyrämä 1999, 51–52).

Omaa ajattelua ohjasi tutkimusta tehdessäni ja sitä hoitajille esitellessäni vahvasti näkemys siitä, että musiikin kuunteleminen on aktiivista auditiivista havaintotoimintaa, järkevää tekemistä, joka osaltaan tukee kuntoutumista. Tähän johtopäätökseen olen tullut koulutukseni ja työni kautta, kun aivoverenkiertohäiriöisten ja muiden neurologisesti vaikeavammaisten fysio- ja musiikkiterapeuttina olen pyrkinyt palauttamaan/kehittämään kuntoutujan toimintakykyä. Tutkimuksen taustaorientaation luo olemassa oleva tieto aivojen muovautuvuudesta aktiivisen toiminnan kautta (mm. Virsu 1991), musiikin kuuntelun kognitiivisesta tapahtumasta (mm. Peretz & Zatorre 2003) ja mielekkään, osallistavan tekemisen kuntouttavasta vaikutuksesta (mm. ICF WHO 2001). Osallistuminen vammaisen henkilön ollessa kyseessä tarkoittaa myös ympäristön aktiivisia toimia osallistumisen mahdollistumiseksi.

Musiikkiterapeuttien käyttämistä menetelmistä musiikin kuuntelu on helposti ohjattavissa ja käyttöön otettavissa muun hoito- tai terapiahenkilöstön toimesta. Uutta tutkittua tietoa musiikin kuuntelun vaikuttavuudesta on saatavilla (Särkämö et al., 2008). Kuitenkin käytössä olevat menetelmät muuttuvat hitaasti. Hachinskyn (2007) mukaan mitä enemmän tiedetään, sitä suuremmaksi tulee kuilu käytössä olevien menetelmien ja vallitsevan tiedon välille. Uuden tiedon istuttamisessa käytäntöön on haasteita. On esitetty, että kuntoutumista edistävän hoitotyön interventioita tulisi kehittää ja arvioida toimintatutkimuksen keinoin (Mäntynen 2007).

AVH-potilaan varhaisvaiheen kuntoutuksessa kaivataan monenlaista potilasta kiinnostavaa järkevää toimintaa. Sairaalaosastolla kuntouttava toiminta keskittyy arkipäiviin, ja hiljaiset hetket näyttäytyvät tylsinä. Hoitajan havainto kuvaa tätä asiaa:

*PH3: Jos katsot tätä osastoa ja mä oon miettiny, kun on töissä pitkän päivän, [ja] kun sä näät aamusta iltaan sen potilaan niin – arkipäivänä on sitä terapiaa ja toimintaa, mutta siinäkin on sitten pitkät ajanjaksot ... sulla ei käytännöllisesti katsoen ole mitään. Se päivä kuluu niinku - istupa ite tuntitolkulla.*

Voitiinko toimintatutkimuksella lisätä kuuntelu hoitajien – ja potilaiden arkeen? Hoitajien puheissa kuntoutuja oli kolmas persoona, potilas, se jolle jotain suositellaan tai tehdään. Toisaalta he puhuivat myös potilaan inhimillistymisestä ja yhteisistä kiinnostuksen kohteista, mitkä tuovat hoitosuhteeseen uuden näkökulman. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan todeta, että hoitajat tekivät menetelmästä enemmän psyykkiseen tukeen liittyviä havaintoja kuin toimintakyvyn

parantumiseen viittaavia havaintoja. Puhetilanteiden helpottuminen ja toisen mielipiteen esille saaminen koettiin molemminpuolin tyydyttävänä tilanteena.

Virkistävä keskustelunaihe hoitajan ja kuntoutujan kesken osoitti välittämistä (esim. musiikki, lemmikkieläimet, kirjat). Hoitaja itse oli minä, ensimmäinen persoona, joka puhui paitsi empaattisesti potilaan tarpeista, omista arvoistaan sekä "meidän" organisaatiosta että sairaalan normeista. Musiikin kuuntelua ei vielä arvotettu osaksi hoitotyötä, vaikka ideaalitilassa se sellaisena näyttäytyi.

Sairaalaympäristöä ei mainita kodikkaaksi, se on laitos, jossa potilas on roolissaan. Kuitenkin kulttuuria on pyritty sinne järjestämään esimerkiksi kirjaston avulla. Omaiset ovat kuntoutujan tukiverkosto, ja he tuovat musiikin kuunteluun tarvittavia laitteita mielellään, jos sellaista pyydetään. Systeemit muuttuvat hitaasti, mutta yhden hoitajan panos on tärkeä hänen kohdatessaan potilaansa. Ruohonjuuritason toiminta korostuu hoitotyössä.

Osallisuus syntyy vuorovaikutuksesta yksilön ja yhteisön välillä. Yksilön minäkuva ja roolit muotoutuvat tässä vuorovaikutuksessa, myös vammautuneen. Sellaiselle koulutukselle olisi tarvetta, joka johdattaa kuntoutushenkilöstön osallistavaan asenteeseen suhteessa potilaaseen heti sairastumisen alkuvaiheessa.

Seuraava kysymys onkin se, voisiko kuuntelu olla laajemminkin tällainen osallistava tapa ja onko se hoitajien mielestä ammatillista työskentelyä. Koulutuksen kautta se saattaa sellaiseksi tulla. "Koulutus muokkaa ammattihenkilöiden arvoja ja asenteita sekä heidän kykyänsä tunnistaa ja huomioida asiakkaiden tarpeet." (Veijola 2004, 31). Musiikkikuntoutus on musiikkiterapeuttien alaa, mutta koska Suomessa somaattisissa sairaaloissa ei tällaista ammattiryhmää tapaa, täytyy eettisesti perusteltua kustannustehokasta hoitotapaa ajaa muilla keinoin sairaaloihin. Koulutus asiantuntijoita apuna käyttäen voisi mahdollistaa tämän. Johdon tulisi sitoutua toiminnan kehittämiseen myös niin, että uutta osaamista tuetaan moniammatillisesti. Yhteisammattillisuus laajentaa työntekijän roolitehtäviä, kunhan vastuut on sovittu ja koulutus aiheesta järjestetty (Isoherranen et al. 2008). Tutkimusten mukaan holistiset sairaanhoitajat nähdään taideterapioiden toteuttajina sairaalamaailmassa. Heillä on siihen omaa intressiä, henkilökohtaista kiinnostusta ja perinteisen sairaalahoidon yli näkemistä. Hoito voi olla humaanisempaa, ja sen avulla lievitetään pelkoja, ahdistuksia ja kipuja. Luovat interventiot näyttävät lyhentävän sairaalassaoloaikaa ja vähentävät potilaiden lääkityksen tarvetta. (mm. Pratt 2004; Lane 2005, 2006.) On myös raportoitu, että erityisesti teho-osastojen hoitajat ovat kiinnostuneita vaihtoehtoisten menetelmien käytöstä (complementary and alternative therapies, CAT) (Lindquist et al. 2003).

Toivon näkökulman herääminen akuuttivaiheen hoidossa on osa holistisen hoitotyön alueita. Tutkimuksen mukaan hoitajat voivat tukea AVH-potilaan aktiivista toivoa, jolla he löytäisivät parantumisen keinoja: se näkyy kärsimyksen tunteen muuttumisesta parantumisen mahdollisuudeksi (Arnaert et al. 2006). Mielenterveystyössä toivon näkökulman painottaminen on keskeistä. Koska hoito tapahtuu kahden ihmisen välillä, voidaan ajatella kaiken auttavien toimenpiteiden olevan mahdollisuus toivon heräämiseen kohtaamisten kautta (Koehn 2007).

Hoitajien rooli kuntoutustyössä on monipuolinen: potilaan tutkiminen ja sen kautta hoitomenetelmien kohdentaminen, niiden järjestäminen ja hoidon tavoitteista kommunikoiminen muun kuntoutustiimin kanssa, fyysinen huolenpito,

terapioiden integroiminen ja jatkosuunnitteluun osallistuminen, emotionaalisen tuen antaminen sekä perheen huomioiminen. Hoitajien kuntouttavan työotteen tulisi Longin mukaan (2002) kohdentua kuntoutujan omien tavoitteiden saavuttamiseen, mikä parantaa hänen itsenäistä asumistaan tulevaisuuden elinympäristössä. Kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutuessa huomioidaan sekä toimintaympäristö, vuorovaikutuksellisuus että sitoutuminen kuntoutujan terveystavoitteiden saavuttamisessa (Routasalo & Lauri 2001). Tutkimuksessa todettiin lisäksi, että hoitajien koulutuksessa tulisi olla selkeä kuntoutuksen peruseriaatteet ja eri kuntoutusmallit sisältävä koulutusohjelma. Sekä hoitajien itsensä että tiimin muiden jäsenten tulee arvostaa hoitajien roolia ja tunnustaa sen merkitys. (Long et al. 2002.)

Tässä tutkimuksessa saatiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

1. Osallistavan toimintatutkimuksen avulla saatiin musiikin kuuntelun järjestämisestä kokemuksia, ja niiden pohjalta hoitajat tekivät havaintoja kuuntelun soveltuvuudesta. Musiikin kuuntelu voi olla osa hoitajien työtä, kun he liittävät sen osaksi potilaan kuntoutumista edistävää hoitoa.

2. Hoitajat puhuivat menetelmän mahdollisuuksista ja esteistä osastotoiminnan yhteydessä. Esimiehen tuki, laitteet, struktuuri ja potilaan kulttuurin arvostaminen lisäävät musiikin kuuntelun käyttöä. Toisaalta huomattiin musiikkimaun olevan hienovarainen asia, jonka potilas saattaa haluta pitää omana tietonaan osastohoidon yhteydessä.

3. Hoitajat tarvitsevat moniammatillista koulutusta ja omia kokemuksia musiikin kuunteluun liittyvistä asioista. Lisäksi osaston toiminnan tulee tukea mielimusiikin käyttämistä.

4. Hoitajat huomasivat puhevammaisten kuntoutujien sekä ahdistuneiden potilaiden hyötyvän musiikin kuuntelun järjestämisestä.

Musiikin kuuntelu osana kuntouttavaa hoitotyötä aktivoi kuntoutujan osallistumista häntä kiinnostavaan seikkaan: mielimusiikin tai -äänikirjan kuunteluun. Potilaat kokevat kuuntelun järjestämisen osana emotionaalista tukea kun se samalla on aktiivinen auditiivinen stimulus. Tässä tutkimuksessa hoitajat totesivat puhevammaisten, syrjäänvetäytyvien tai rauhottomien potilaiden hyötyvän osastolla järjestetystä yksilöllisestä kuuntelusta. Hoitajat kokivat toimintatutkimuksen aikana olevansa haastattelukertojen välillä yksin kuunteluun liittyvien kysymysten kanssa. Työ oli hankalaa myös siksi, ettei MuKu-tutkimuksen tuloksia ollut vielä saatavilla.

Potilaat arvostavat emotionaalisen tuen saamista, ja hoitajat haluavat sitä antaa (Long 2002). Mielestäni lähestyminen musiikin kautta voi olla se tekninen apuväline, joka helpottaa kommunikointia, osoittaa välittämistä ja antaa tukea muuhun kuntouttavaan toimintaan. Jatkotutkimusaiheena kiinnostavaa olisi selvittää luodun koulutusohjelman pätevyyttä AVH-potilaita kuntouttavissa sairaaloissa.

## Kirjallisuus

- Aaltio-Marjosola, I. 2002. Uuden tieteellisen tiedon tuottaminen. [www.metodix.com](http://www.metodix.com) Luettu 30.3.2006.
- Ahonen, H. 1993. Musiikki sanaton kieli. Finn Lectura Oy.
- Ahonen-Eerikäinen, H. 1996. PAM, psykoauditiivinen musiikkiterapia. *Musiikkiterapia* 1/1996, 33–45.
- Ahonen-Eerikäinen, H. 1998. "Musiikillinen dialogi" ja muita musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. Väitöskirja. Joensuun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta.
- Ala-Ruona, E. 1999. Fysioakustisen hoidon kehittämisprojekti Seinäjoen sairaalassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Seinäjoen sairaala, fysiatria/musiikkiterapia.
- Alasuutari, P. 1992. "I'm ashamed to admit it but I have watched Dallas": The moral hierarchy of TV-programmes. *Media, Culture and Society* 14, no 4, 561–582.
- Albert, M. & Sparks R.W. 1973. Melodic Intonation Therapy for aphasics. *Archives of Neurology* 29:130–131.
- Aldridge, D. (toim.) 2005: *Music Therapy and Neurological Rehabilitation. Performing Health.* Jessica Kingsley Publishers.
- Altenmuller, E.O. 2003. How many music centers are in the brain? Teoksessa Peretz, I. & Zatorre, R. (toim.): *The cognitive neuroscience of music.* Oxford University Press, 346–357.
- Ansdell, G. 2000. *Music for life. Aspects of creative music therapy with adult clients.* Jessica Kingsley Publishers.
- Argyris, C. 1982. *Reasoning, learning and action.* Jossey-Bass.
- Arnaert A, Filteau N, Sourial R. 2006. Stroke patients in the acute care phase: role of hope in self-healing. *Holistic Nursing Practice* 20(3), 137–146.
- Baker, F. 2000. Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Nonfluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives*, 18, 110–114.
- Baker, F. & Roth, E. A. 2004 Neuroplasticity and Functional Recovery: Training Models and Compensatory Strategies in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 13 (1), 20–32.
- Batt-Rawden, K. B., DeNora, T. & Ruud, E. 2005. Music listening and empowerment in health promotion: a study of the role and significance of music everyday life of the long-term ill. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), 120-136.
- Baumann, M., Hinkelman, A., Jochheim, M., Mainka, S., Straub, S. & Unterharnscheidt, M. 2007. Indications for Music Therapy in Neurological Rehabilitation. *Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie.*

- Bennet, S.L. & Maas, F. 1988. The effect of musicbased life review on the life satisfaction and ego integrity of elderly people. *British Journal of Occupational Therapist* 51(12); 433–436.
- Bhattacharya, J., Petsche, H. & Pereda, E. 2001. Interdependencies in the spontaneous EEG while listening to music. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 287–301.
- Blonder, Lee X, Langer, S., Pettigrew, C. & Garrity, T. 2007. "The effects of stroke disability on spousal caregivers". *Neurorehabilitation* Volume 22, 2/2007, 85–92.
- Bobath, B. 1965. *Abnormal postural reflex activity caused by brain lesions*. London: Heineman.
- Bobath, B. 1990. *Adult hemiplegia: Evaluation and Treatment*. Oxford, England: Heineman.
- Bogopolsky, H. 2005. The effect of music on patients undergoing general anesthesia. *Music Therapy Today* Vol. 6, Issue 4 (November), p.776–791. Saatavana: [www.MusicTherapyWorld.net](http://www.MusicTherapyWorld.net) 15.3.2006.
- Burton, C. 2000. Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* Volume 32(2), August 2000, 301–309.
- Clements-Cortes A. 2004. The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *The American journal of hospice & palliative care*. Jul-Aug 21(4):255–60.
- De Wit L, Putman K, Dejaeger E, Baert I, Berman P, Bogaerts K, et al. 2005. Use of time by stroke patients: A comparison of four European rehabilitation centers. *Stroke* 2005; 36: 1977–83.
- Dissanayake, E. 1992. *Homo Aestheticus. Where Art Comes from and Why?* Washington University Press.
- Dissanayake, E. 2001. An Ethological View of Music and its Relevance to Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 10(2),159–175.
- Elovainio, P. Sensorinen deprivatio. *Gerontologia* 3/1995, 206
- Eriksson, K. 1989. *Caritas-idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö*.
- Eriksson, K. 1998. *Människans värdighet, lidande och lidandes ethos. Teoksessa: Tuhkaa ja linnunrata – henkisyys mielenterveystyössä. Suomen Mielenterveysseura*.
- Hachinski, V. 2007. Stroke and vascular cognitive impairment. A transdisciplinary, translational and transactional approach. *Stroke* 38, 1396–1403.
- Hankela, S. 1999. *Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto*.

- Hanser, S. & Clair, A.A. 1996. Retrieving the losses of Alzheimer's disease for patients and caregivers with the aid of music. In Wigram, T., Saperston, B. & West, R. (Ed.): *The art and Science of Music Therapy: A Handbook*. Harwood Academic Publishers.
- Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Juva, Atena kustannus.
- Heikkinen, L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. (toim.): *Siinä tutkija missä tekijä*. Juva, Atena kustannus, 25-62.
- Hilliard, RE. 2001. The use of music therapy in meeting the multidimensional needs of hospice patients and families. *Journal of palliative care* Autumn;17(3):161-6.
- HUS-tietopankki 2004. Luettu 7.4.06 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,81,1733,4484,5599>
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, L.T. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. (toim.): *Siinä tutkija missä tekijä*. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena kustannus, 111–135.
- Huusko, T., Guldogan, E., Kylmänen-Kurkela, E., Kanerva, M., Aholainen, L., Karppinen, M., Maja, M., Juntunen, J., Wahlberg, A-M., Kivi-Barbeba, O., Vainio, R. & Viinamäki, S. 2004. Raportti Puolarmetsän sairaalaosastojen toiminnan muutoksesta ajalla 1.1.–30.6.2004.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY.
- Jochims, S. 2002. Neurorehabilitation: A tool for understanding complex needs of handicapped human beings. Music therapy concepts in relation to these needs. In: Aldridge, D. (Ed.): *Info CD-ROM V*, University of Witten-Herdecke.
- Jochims, S. 2003. Connections between bonding theories and psychodynamic music therapy. Treatment of deprivation as an example. *Nordic Journal of Music Therapy* 12/1, 100–107.
- Jungblut, M. 2005. Music Therapy for People with Chronic Aphasia: a controlled study. Teoksessa Aldridge, D. (toim.): *Music Therapy and Neurological Rehabilitation*. Performing Health. Jessica Kingsley Publishers, 189–209.
- Juslin, P.N. & Sloboda, J. A. 2001. *Music and Emotion. Theory and research*. Oxford University Press. U.S.A.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY.
- Jørgensen, HS., Reith J. & Nakayama H. 1999. What determines good recovery in patients with the most severe strokes? The Copenhagen Stroke Study. *Stroke* 1999;30:2008–12



- Jørgensen, HS., Kammersgaard LP. & Houth J. 2000. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community-based study. *Stroke* 2000;31:434–9
- Kajaste, S. & Putkonen, A-R. 1990. Aivovaurion jälkeiset muutokset tunne-elämässä ja neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa Kalska, H., Laaksonen, R., Putkonen, A-R. & Olsson, K. (toim.): Neuropsykologinen kuntoutus. Kuntoutussäätiö.
- Kallanranta, T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, AM., Hurri, H., Järvikoski, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen P. (toim.): Kannaattako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes raportteja 267. ISBN 951-331-290-9, 99–107.
- Kaste, M. , Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindberg, P., Palomäki, H., Roinen, R., & Sivenius, J. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soimila, S., Kaste, M., Launes, J. & Somer, H. (toim.): Neurologia. Gummerus Kirjapaino Oy, 247–296.
- Kauhanen, ML. 1999 Quality of life after stroke. Clinical, functional, psychosocial and cognitive correlates. Acta University Oulu.
- Kaupungin kirjaston toimintakertomus 2005. saatavilla: <http://lasipalatsi.net/editfiles/Toimintakertomuskaupunginkirjasto2005.htm>. Luettu 8.3.2006.
- Kemmis, S. & Wilkinson, M. 1998. Participatory action research and the study of practice. Teoksessa Atweh, Kemmis, Weeks (toim.): Action research in practice. Partnerships for social justice in education. London: Routledge, 21–36.
- Kertesz, A. & McCabe, P. 1977. Recovery patterns and prognosis in aphasia. *Brain* 1977; 100: 1–18.
- Khalifa S, Dalla Bella S, Roy M, Peretz I, Blondin JP. 2003. Effects of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress. *Ann NY Acad Sci* 2003; 999: 374–6.
- Koehn, CV & Cutcliffe JR. 2007. Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 134–140.
- Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Leino, E. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kallanranta, Rissanen, Vilkkumaa (toim.):Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 223–242.
- Kreisel SH, Bazner H, Hennerici MG. 2006. Pathophysiology of stroke rehabilitation: temporal aspects of neuro-functional recovery. *Cerebrovasc Dis* 2006; 21: 6–17.
- Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. WSOY. ISBN 951-0-23973-9.
- Kuula, A. 1995. Toimintatutkimuksen mahdollisuudet. *Gerontologia* 1/1995, 8–15.

- Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino. ISBN 951-768-062-7.
- Leardi S, Pietroletti R, Angeloni G, Necozone S, Ranalletta G, Del Gusto B. 2007. Randomized clinical trial examining the effect of music therapy in stress response to day surgery. *British Journal of Surgery* 2007; 94: 943–947.
- Laitinen, S. & Pataila, H. 2000. Kuvionuottimenetelmän käyttö aivohalvauspotilaiden kuntoutumisessa. *Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:16*.
- Laitinen, S. 2003. Aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien musiikkiterapiaryhmä. Musiikkiterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, musiikin laitos.
- Lammintakanen, J. 2005. Health care prioritisation – evolution of the concept, research and policy process. *Kuopio University Publications e. Social Sciences* 116. Kuopio.
- Lehikoinen, P. 1988. Ääniaaltojen rentouttava vaikutus. *Musiikkiterapia*, 12, 21–25.
- Leminen, T-M. 1999. Vanhusten kuntoutusneuvojatoiminnan kehittäminen. *Vanhustyö* 1999; 8: 12–15.
- Liikanen, H-L. 2003. Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital -hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisen hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. SMS-Julkaisut. Otavan kirjapaino.
- Lindenmuth, G.F., Patel, M. & Chang, P.K. 1992. Effects of music on sleep in healthy elderly and subjects with senile dementia of Alzheimer's type. *American Journal of Alzheimer's disease and related Disorders and Research* 2, 13–20.
- Lindquist, R., Tracy, M.F. & Savik, K. 2003. Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 15(3):393–399.
- Long, A., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 37(1), 70–78.
- Magee, W. & Davidson, J. 2002. The effect of music therapy on mood states in neurological patients: A pilot study. *Journal of Music Therapy* 39, 20–29.
- Martin, M. 1990. On the induction of Mood. *Clinical Psychology Review*, 10, 6696–97.
- Marton, F. & Booth, S. 1997. Learning and awereness. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Masuda, T., Miyamoto, K. & Shimuzu, K. 2005. Affects of Music Listening on Elderly Orthopaedic Patients during Postoperative Bed Rest. *Journal of Music Therapy* 2005, 14(1), 4–14.

- Mattila, LR., Koivisto, V. & Häggman-Laitila, A. 2004. Tutkimustiedon hyödyntäminen kliinisessä hoitotyössä ja sen opiskelussa. *Tutkiva hoitotyö* 4, 30–35.
- McMaster, N. 1996. Finding a Positive Identity: Music therapy after a stroke. Teoksessa Bruscia, K. (toim.): *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona Publishers, 547–560.
- Meretoja, A., Roine, R.O., Erilä, T., Hillbom, M., Kaste, M., Linna, M., Liski, A., Juntunen, M., Marttila, R., Rissanen, A., Sivenius, J., Häkkinen, U. 2007. Perfect – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla. *Stakesin työpapereita* 23/2007.
- Merker, B., Bergström-Isacsson, M. & Witt-Engerström, I. 2000. Rett-toimintahäiriö ja musiikki. *Nordic Journal of music Therapy* 10 (1), 42–53.
- Metsämuuronen, J. 2003. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa: *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. ISBN 952-537-215-4, 160–213.
- Mimura, M., Kato, M., Kato, M., Sano, Y., Kojima, T., Naeser, M. & Kashima, H. 1998. Prospective and retrospective studies of recovery in aphasia. *Brain*, 121, 2083–2094.
- Moe, T. & Thorstrup C. 1995. Musikterapi med hojresidigt hjerneskadede, er det muligt? *Specialpedagogik* 2/95, 97-103.
- Moilanen, P. 1999. Piilevä tieto ja reflektio. Teoksessa Heikkinen, Huttunen & Moilanen (toim.): *Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*. Atena kustannus, 85–110.
- Morgan, O. & Tilleduckdharry, R. 1982. Preservation of singing function in severe aphasia. *West Indian Medical Journal* 31, 159–161.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. *Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisusarja E. Yhteiskuntatieteet* 144.
- Mäntyranta, T., Roine, R. P. & Mäkinen, R. 2007. Käytäntöjen muuttaminen. Teoksessa Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K & Teikari, M.(toim.): *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Kustannus Oy Duodecim, 156–166.
- Naeser, M.A., Helm-Estabrooks, N. 1985. CT scan lesion localization and response to melodic intonation therapy with nonfluent aphasia cases. *Cortex* 21:203.
- Nummi, H. (toim.) 1991: *Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus. Opas potilaille ja heidän omaisilleen*. Suomen sydäntautiliitto, Helsinki.
- O'Callaghan, C. 1993. Communicating With Brain Impaired Palliative care Patients Through Music Therapy. *Journal of Palliative Care* 9(4); 53–55.
- O'Callaghan, C. 1999. Recent findings about neural Correlates of Music Pertinent to Music Therapy Across the Life Span. *Music Therapy perspectives* 17 (1), 32–36.

- Oranta, O., Hupli, M. & Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 14, (1), 26–37.
- Pedersen, P.M., Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O. & Olsen TS. 1995. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol.* 1995;38:659–666.
- Pelletier, C.L. 2004. The effect of music on decreasing arousal due to stress: a meta-analysis. *Journal of Music Therapy* XLI (3), 192–214.
- Peretz, I. 1985. Hemispheric asymmetry in amusia. *Rev Neurol (Paris)* 141:169–183.
- Peretz, I. 1990. Processing of local and global musical information by unilateral brain-damaged patients. *Brain*113:1185-1205.
- Peretz, I. & Zatorre, R.J. 2005. Brain organization for music processing. *Annu Rev Psychol* 56:89–114.
- Pettersen, R., Dahl, T. & Wyller T. B. 2002. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16:149–159.
- Punkanen, M. 2006. Musiikkiterapia osana huume kuntoutusta: Hoitoon kiinnittymisestä kokemusmaailman integroitumiseen. *Lisensiaatintutkimus*. Jyväskylän yliopisto.
- Pölkki, T. 2006. Musiikin käyttö interventiona lasten kivunlievityksessä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 4/2006, 4–10.
- Pöpel, A., Jochims, S., van Kampen. N. & Grehl, H. 2001. Evaluation of Music Therapy in German Neurorehabilitation Starting point for European comparability. In: Aldridge, D. (Ed.): *Info CD-ROM IV*, University Witten-Herdecke.
- Ridder, H M. 2005. An Overview of Therapeutic Initiatives when Working with People Suffering from Dementia. Teoksessa Aldridge, D. (Ed.): *Music Therapy and neurological Rehabilitation performing health*. 2005, 61–82. Jessica Kingsley Publishers.
- Ring, H., Feder, M. & Schwartz, J. 1997. Functional measures of first stroke rehabilitation inpatients: usefulness of Functional Independence measure total score with a clinical rationale. *Arch Phys med Rehabilitation* 78, 630–635.
- Rissanen, A. 2007. Aivohalvauksen esiintyvyys. Käypä hoito-suositukset, luettavissa [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Luettu 10.3.2008.
- Rossini, P.M., Calautti, C., Pauri, F. & Baron, J-C. 2003. Post-stroke plastic reorganisation in the adult brain. *Lancet Neurology* 2003; 2, 493–502.
- Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3/2001, 207–216.
- Roy, M., Peretz, I. & Rainville, P. 2008. Emotional valence contributes to music-induced analgesia. *Pain* 134, 140–147.

- Ruud, E. 1998. *Music Therapy: Improvisation, communication and culture*. Barcelona Publishers. U.S.A.
- Rydahl-Torp, C, Vinkler, S, Damgaard-Pedersen, K., Rønholt-Hansen, P, Jørgensen, T., & Jens Olsen, J. 2006. Model of Hospital-Supported Discharge After Stroke. *Stroke* 2006;37:1514.
- Saarikallio, S. 2007. *Music as Mood Regulation in Adolescence*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Salminen, K. 1989. *Musiikkimakujen muotoutuminen. Musiikkikulttuurin sosiaalistuminen ja enkulturaation ongelmat*. Oy Yleisradio Ab.
- Salonen, T. 1994. *Kriisissä mahdollisuus. Aivohalvaukseen sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanne sairastumisen jälkeen. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto*. ISBN 951-95515-8-1.
- Schumway-Cook, A. & Woollacot, M.H. 1995. *Motor Control. Theory and practical applications*. Lippincot Williams & Wilkins.
- Smejster, H., Wijzenbeek, G. & Nieuwenhuijzen, N. 1995. The Effect of Musical Excerpts on the Evocation of values for Depressed patients. *Journal of Music Therapy*, 32, 167–188.
- Sokhadze, EM. 2007. Effects of music on the recovery of autonomic and electrocortical activity after stress induced by aversive visual stimuli. *Appl Psychophysiol Biofeed* 2007; 32: 31–50.
- Sorensen, A. 1992. *Evaluering av norsk arbeidslivs og aksjonsforskning. Fokus på Arbeidsforskninginstituttet (AFI) og Institutt for industriell miljøforskning (IFIM)*. Noras: Oslo.
- Stige, B. 2005. *Participatory Action Research*. Teoksessa Wheeler, B. (toim.): *Music Therapy Research*. Barcelona Publishers. ISBN 1-891278-26-6, 404–415
- Suojanen, U. 1992. *Toimintatutkimus koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen välineenä*. Helsinki: Finn Lectura.
- Suojanen, U. 2004. *Toimintatutkimus*. www.metodix.com. Luettu 30.3.2006.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I. & Hietanen, M. 2008. Music listening enhances cognitive recovery and mood after cerebral artery stroke. *Brain* (2008), 131, 866-876.
- Swallow, M. 2002. *The Brain – its Music and its Emotion. The Neurology of Trauma*. Teoksessa Sutton, J. P. (toim.): *Music, Music Therapy and Trauma. International Perspectives*. Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1-84310-027-4, 41–56.
- Taipale, M. 2000. *Narrin kaavussa; neljän taiteilijan kokemuksia työskentelystä hoitoyhteisössä*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, taidehistorian laitos.
- Talvitie, U. & Reunanen, M. 2006. Työkulttuuri ei muutu vaikeuksitta. *Fysioterapia* 2/2006, 21–25.

- Teasell, R. 2003. Stroke Recovery and Rehabilitation. *Stroke* 2003; 34:365–366.
- Thaut, M.H., McIntosh, G.C., Rice, R.R. & Miller, R.A. 1995. Rhythmic auditory-motor training in gait rehabilitation with stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease* 5, 100–101.
- Thaut, M.H. & Rathburn, J. 1997. Music vs. metronome timekeeper in a rhythmic motor task. *International Journal of Arts Medicine*. 5, 4–12.
- Thaut, M.H. & Nickel A.K. 2004. Neurologische Musiktherapie – übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. *Musiktherapeutische Umschau* 25 (1):35–44.
- Thompson, C.; McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A. & Thompson D. R. 2001. Research information in nurse's clinical decision making: what is useful?. *Journal of Advanced Nursing* 36(3), 376–388.
- Tomaino, C. 2002. The role of music in rehabilitation of persons with neurologic diseases. Music therapy today. saatavilla [www.muodossa.com](http://www.muodossa.com/musictherapyworld.net): <URL: <http://musictherapyworld.net>>. 12.11.2002
- Towsow, E. 1995. Listening and accepting. Teoksessa Wigram, T., Saperston, B. & West, R. (toim.): *The Art and Science of Music Therapy: a Handbook*. Harwood academic publishers, 324–341.
- Tsukahara, N. 1981. Synaptic plasticity in the mammalian central nervous system. *Annual Rev of Neuroscience*, 4:351–379.
- Tuikka, R. 2000. Aivohalvaukseen sopeutuminen keski-ikäisen mielenmaailman pohjalta tarkasteltuna. *Afasia*, 4–5.
- Uljens, M. 1989. *Fenomenografin - forskning om uppfattningar*. Studentlitteratur, Lund.
- Uljens, M. 1992. *Phenomenological Features of Phenomenography*. University of Göteborg. Reports of the Department of Education and Educational Research (3).
- Veijola, A. 2004. *Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Virsu, V. 1991. *Aivojen muovautuvuus ja kuntoutuminen*. Kuntoussäätiö.
- Virsu, V. & Haapasalo, S. 2001. *Oppiminen ja aivojen muovautuvuus kuntoutumisen lähtökohtina*. Teoksessa Kallanranta, T. Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.): *Kuntoutus*. ISBN 951-656-036-9, 72–85.
- Vähäkangas, P., Noro, A. & Bjorkgren, M. 2006. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 55(1), 29–35.
- Wigram, T. & Dileo, C. (toim.) 1997. *Music Vibration and Health*. Jeffrey Books.

- Wigram, T. & Jos De Backer 1999. *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*. Jessica Kingsley Publishers. London.
- Wickström, BM. 1994. Pleasant Guided mental Walks via Pictures of Works of Art. A Work of Art Stimulation Programme. Controlled Intervention Studies of the Effect on Psychomedical Health in Elderly Women. Karolinska Institutet.
- Witte OW. 1998. Lesion-induced plasticity as a potential mechanism for recovery and rehabilitative training. *Curr Opin Neurol* 1998; 11: 655–662.
- WHO 1980. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. World Health Organization, Geneva.
- WHO 2001. *International classification of functioning, disability and health*. World Health Organization, Geneva.

### **Muut lähteet**

- Bogopolsky H. 2004. The effect of music on patients undergoing generalanesthesia: neurological, behavioral and physiological aspects. Luento Euroopan 6. musiikkiterapiakongressissa, Jyväskylän yliopisto 17.6.2004.
- Forsblom, A., Laitinen, S., Särkämö, T. & Tervaniemi, M. 2008. The use of music listening to enhance cognitive recovery and mood after stroke. Tieteellinen poster-esitys Neuroscience and Music III -konferenssissa Montrealissa, McGill University 24.–27.6.08.
- Jehkonen, M. 2006. Näyttöön perustuva neuropsykologinen kuntoutus. Luento valtakunnallisilla AVH-päivillä Lahdessa 19.10.2006.
- Jochims, S. Integration of Different Music Therapy Concepts in the Field of Neurology / Neurorehabilitation: Pie in the Sky or Urgent Need? Luento Euroopan 6. musiikkiterapiakongressissa, Jyväskylän yliopisto. 16.6.2004.
- Mainka, S. Musiikkiterapeutin haastattelu 7.10.2007. Beelitz-Heilstätte.
- Puumalainen, A. 2004. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen ja omaisen kohtaaminen akuuttihoiossa. Luento valtakunnallisilla avhpäivillä Jyväskylässä 12.11.2004.
- Saloheimo, R. 2005. Musiikkiterapeutin haastattelu 12.12.2005.
- Tervaniemi, M. & Särkämö, T. 2003. Musiikin mahdollisuudet aivoinfarttipotilaiden kognitiivisessa kuntoutuksessa. Tutkimussuunnitelma. Helsingin yliopiston psykologian laitos, kognitiivisen aivotutkimuksen yksikkö.

## Taulukot

Taulukko 1. Tavallisia kognition häiriöitä oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioituttua. (Kuikka et al. 2001, 63.).....	10
Taulukko 2. Suorituksia ja osallistumista kuvaavat ulottuvuudet ICF-luokituksessa. Ulottuvuuksia tarkastellaan suorituskyvyn ja -tason mukaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 101.).....	15
Taulukko 3. Alkutietokyselyyn vastanneet ammattiryhmittäin. ....	35
Taulukko 4. Litteroidut haastattelut. ....	36
Taulukko 5. Tutkimus- ja analyysiprosessi. ....	39
Taulukko 6. Hoitajien puheiden sisällöt yleisyysperiaatteen mukaan. ....	46
Taulukko 7. Hoitajien haastatteluista analysoidut näkökulmat musiikin kuuntelun asettumisesta potilaan, hoitajan ja sairaalan käyttöön. ....	47

## Kuviot

Kuvio 1. "Jochimsin malli". Musiikkiterapian strategiat neurologisen potilaan tarpeisiin (Jochims 2004). ....	21
Kuvio 2. Mikä musiikissa kiinnostaa? Alkutietokysely. ....	41
Kuvio 3. Soveltuva vastuuhenkilö. Alkutietokysely. ....	41
Kuvio 4. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli ja sovellusesimerkki mukailten Routasalo ja Lauri 2001.....	63



**LIITTEET:**

Kysely hoitavalle henkilöstölle

Liite 1.

MUKU-projekti/Anita Forsblom, Sari Laitinen

Musiikin tai kielellisen äänimateriaalin kuunteluun perustuvan hoitomenetelmän kehittäminen

1. Mikä musiikissa kiinnostaa?
  
2. Mikä äänitetyssä tekstissä (runot, romaanit, kuunnelmat) kiinnostaa?
  
3. Miksi kannustaisit äskettäin aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta kuuntelemaan musiikkia/äänikirjoja?
  
4. Miten motivoisit kuunteluun?
  
5. Mitä välineitä kuunteluun tarvitaan? Missä niitä sairaalaloissa voisi säilyttää?
  
6. Kuka voisi olla vastuhenkilö kuuntelun järjestämisessä?

- Itse olen ammatiltani \_\_\_\_\_.

7. Minkälaista tietoa mielestäsi tarvitaan ennen kuin kuunteluun perustuva kuntoutusmuoto voidaan ottaa käyttöön?

8. Kuka päättää uuden hoitometodin käyttöönotosta?

Rastita vielä oikea vaihtoehto:

Olen työskennellyt aivoverenkiertohäiriöisten potilaiden hoito-/kuntoutustyössä

1–5 v.

6–10 v.

11–15 v.

16 v-

Kiitos yhteistyöstä!

Asiakas: syntymäaika\_\_\_\_\_ aloituspäivä\_\_\_\_\_

Diagnoosi:\_\_\_\_\_ Sairastumisvuosi/kk\_\_\_\_\_

1. Kuntoutuja pitää musiikin/äänikirjojen kuuntelusta (yliviivaa tarpeeton).  
Mieluisinta kuunneltavaa on (ympyröi tyyliuunta):

- a. Klassinen musiikki
- b. Pop
- c. Tanssimusiikki
- d. Jazz
- e. Kansanmausiikki
- f. Rock
- tai -
- g. Dekkarikirjallisuus
- h. Elämäkerrat
- i. Romaanit
- j. Tietokirjat
- k. Runot
- l. Kuunnelmat

2. Miten kuuntelu toteutuu?

- kuka järjestää materiaalia?

- Kuinka usein kja kuuntelee ja keskustelee kuuntelemastaan?

- tarvitseeko kuntoutuja kuuntelussa apua?

3. Mitä kuntoutuja sanoo hyötyvänsä kuuntelusta?

1. Hoitohenkilökunnan huomioita kuuntelun vaikutuksista? Muistiinpanoja merkittävistä keskusteluista.

2. Onko toiminnasta haittaa kuntoutujalle? Aiheuttaako kuuntelu ongelmia kuntoutusosaston muille toimille?

Seuraavassa hyvin yksinkertaistettu lista esimerkein eri musiikkityyleistä. Tavoitteena on esimerkkien avulla virkistää potilaan muistia ja helpottaa oman mieli-musiikin esiin tuomista.

**Tanssimusiikki:** esim

Yölintu, Jari Sillanpää, Arja Koriseva, Anne Mattila; Olavi Virta

**Jazz:** esim

Charlie Parker, Louis Armstrong, Miles Davis, Trio Töykeät;  
Johanna Iivanainen, Heikki Sarmanto, Dallape

**Pop/iskelmä/laulelma/viihde:** esim

Mikko Kuustonen, Jani Wikholm, Madonna, Whitney Houston, Lionel Richie;  
Laila Kinnunen, Carola, Katri-Helena, Lea Laven, Paula Koivuniemi, Marion,  
Kari Tapio; Yö, Tapio Rautavaara, Tapani Kansa; James Last (orkesteri), Engelbert  
Humperdinck, Jori Malmsten

**Klassinen:** esim.

Mozart, Beethoven, Sibelius, Chopin, Grieg, Arvo Pärt, Strauss, Bach, Vivaldi....

Huomaa: mahdollisuuksia valita kamari- tai sinfoniaorkesteriteoksia, myös soolo-  
teoksia eri soittimille kuten klarinetti, huilu, kitara toiveiden mukaan, mahdollis-  
ta myös klassinen laulu (aariat – kokoelmateoksia esittäjien mukaan kuten Karita  
Mattila, Raimo Sirkiä, Luciano Pavarotti) tai oopperateoksia kuten myös pelkkää  
kitara- (esitt. mm. Timo Korhonen), piano- (Ralf Gothoni), urkumusiikkia (esim.  
Bachin sävellyksiä).

**Kansanmusiikki:** esim.

Kuubalainen ("Buena vista social club", rytmikäs orkesterimusiikki), irlantilainen  
(riverdance), suomalainen (viulu ja haitari...), espanjalainen (flamenco), portugali-  
lainen fado-laulu, amerikkalainen kantri, saksalainen torvisoitto-kuntamusiikki;  
kaikki etninen musiikki

**Rock:** esim.

Beatles, Rolling Stones, Maarit, Toto, Neljä Ruusua, Jonna Tervomaa, Hector, Joe  
Cocker

Hengellinen musiikki

Rentoutusmusiikki