

MUSIIKKITERAPIA KESKOSVAUVAN JA -PERHEEN TUKENA

Toimintatutkimus musiikkiterapiasta vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla

Laura Maukonen
Musiikkiterapian pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Musiikin laitos
Joulukuu 2012

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistinen tiedekunta	Laitos Musiikin laitos
Tekijä Laura Maukonen	
Työn nimi Musiikkiterapia keskosvauvan ja -perheen tukena Toimintatutkimus musiikkiterapiasta vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika 2012	Sivumäärä 78
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän laadullisen toimintatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää musiikkiterapian mahdollisuuksia keskosten hoidossa suomalaisessa sairaalassa. Tavoitteena oli löytää osaston arkeen sopivia musiikkiterapeuttisia interventioita ja pohtia, miten musiikkiterapia soveltuisi suomalaiseen sairaalaympäristöön sekä kyseiselle osastolle. Tutkimus pyrki vastaamaan kysymyksiin, miten ja millä menetelmillä keskosten musiikkiterapiaa voisi soveltaa keskostenosastolla. Tavoitteena oli myös kartoittaa, mitä musiikkiterapian menetelmiä osaston henkilökunta voisi käyttää työnsä ohessa ja vanhemmat vauvansa kanssa vuorovaikutuksen tukena.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kesän 2011 aikana kahdessa eri jaksossa vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla. Tutkimukseen osallistui kaksi perhettä, joista toisen perheen kanssa musiikkiterapia kesti molempien jaksojen ajan kotiutumiseen saakka. Tutkimusaineisto kertyi videotallenteista, äitien/hoitajien havainnoista terapatilanteesta, terapeutin havainnoista ja muistiinpanoista, äitien haastatteluista sekä hoitohenkilökunnalle tehdyistä kyselylomakkeista. Tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttämällä hyväksi laadullista sisällönanalyysia.</p> <p>Tutkimuksessa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät olivat kannel, merirumpu, hyräily, laulaminen sekä keskustelu.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat, että musiikkiterapia soveltuu hyvin käytettäväksi suomalaisessa sairaalaympäristössä. Sekä äitien että keskososaston henkilökunnan näkökulmasta musiikkiterapia osoittautui toimivaksi menetelmäksi. Tutkimuksessa toteutuneen musiikkiterapiaprosessiin aikana nousi esiin ajatus musiikkiterapian jatkamisesta keskosten kotiutumisen jälkeen, ja yksi kotikäynti toteutuikin tutkimuksen aikana. Musiikkiterapian jatkaminen keskosten kotiuduttua voisi olla mielekäs jatkotutkimusaihe.</p>	
Asiasanat Musiikkiterapia, keskonen, toimintatutkimus	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TAUSTATEORIAA.....	5
2.1 Keskосуus ja pienen elämän alku	5
2.1.1 Keskosen auditiivinen maailma.....	6
2.2.2 Varhainen vuorovaikutus keskosvauvan kanssa	8
2.1.3 Äiti.....	10
2.2 Musiikkiterapia keskosvauvojen ja perheiden kanssa.....	12
2.3 Suomalainen keskosten musiikkiterapiatutkimus.....	16
3 METODOLOGIA JA TUTKIMUKSEN KUVAUS	17
3.1 Toimintatutkimuksen määrittelyä	17
3.2 Kuvaus tutkimuksesta.....	20
3.2.1 Alkutilanteesta toteutukseen.....	21
3.2.2 Toteutus	22
3.2.3 Pohdintavaiheen kuvaus	23
3.2.4 Pohdinnasta jälleen alkuun	25
3.3 Perheet	26
4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTO	28
4.1 Tutkimuksessa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät	28
4.2 Videotallenteet	28
4.3 Omat muistiinpanot ja havainnot	29
4.4 Äitien haastattelut	30
4.5 Kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle	30
5 AINEISTON ANALYSOINTI	33
5.1 Laadullisen aineiston analyysistä.....	33
5.2 Videotallenteet ja omat muistiinpanot	35
5.2.1 Omat muistiinpanot, Pilotti 1	36
5.2.2 Omat muistiinpanot, Pilotti 2	39
5.3 Kyselylomakkeiden purkaminen ja analyysi	40
5.3.1 Ennen pilottijaksoja.....	43
5.3.2 Pilottijaksojen aikana	44
5.3.3 Pilottijaksojen jälkeen	45
5.4 Äitien haastattelut	47
6 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO	48
6.1 Ongelmien tarkastelua	48
6.2 Perhe A	50

6.3 Perhe B	53
6.4 Perhe B, 2. Pilottijakso.....	57
6.5 Osaston hoitohenkilökunta.....	58
6.6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	61
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	63
LÄHTEET.....	68
LIITE 1.....	73
LIITE 2.....	75
LIITE 3.....	76

1 JOHDANTO

Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth -raportin (2012, 13) mukaan maailmassa syntyy vuosittain noin 15 miljoonaa keskoslasta. Tämä tarkoittaa sitä, että yli kymmenen prosenttia maailmassa syntyvistä lapsista syntyy enneaikaisesti. Luku on suuri ja jatkaa yhä kasvuaan. Vuonna 2009 Suomeen syntyi 3 334 keskoslasta. Tämä on noin 5,5 prosenttia kaikista vastasyntyneistä. (Käypä hoito -suositus 2011, 2.) Vaikka suomalainen keskoshoito onkin laadultaan epäilemättä maailman kärkeä, liittyy heidän hoitoonsa myös olennainen ristiriita.

Kristen Stewart toteaa artikkelissaan (2009), että on ironista, miten elämän suojelemiseksi tarkoitettu keskosten akuuttihoito voi samanaikaisesti vahingoittaa terveyttä ja kehitystä sekä heikentää luonnollista sidettä vanhemman ja vauvan välillä. Vauvan selviäminen on nykylääketieteen kehittämien laitteiden varassa, mutta toisaalta teknologia taas vaikuttaa negatiivisesti vanhempien ja vauvan väliseen suhteeseen. (Schulman 2003, 151.)

Näkisin musiikkiterapian roolin tämän ristiriidan ratkaisemisessa merkittävänä, sillä se tarjoaa vanhemmille luonnollisia välineitä olla yhteydessä vauvaansa myös sairaalamaailmassa laitteiden keskellä. Vanhemman käsi ei voi aina koskettaa vauvaa, mutta hänen äänensä voi.

Haslbeckin (2004, 3–4) mukaan jatkuvat ärsykkeet keskosten hoidossa aiheuttavat stressiä ja häiritsevät unta ja tärkeitä lepojaksoja. Näin ollen oikeanlainen uni–valve-rytmi ei pääse kehittymään.

Viime vuosina tietoisuus vastasyntyneiden tarpeista ja kokonaisvaltaisesta hoitosuunnitelmasta, johon myös musiikkiterapia sisältyy, on lisääntynyt, mutta tietoisuus koko kehityksen laajuudesta ja useista lähestymistavoista on silti vielä puutteellista. Sen vuoksi hoidon monitieteellisellä lähestymistavalla on kiistämätön painoarvo, ja musiikkiterapialla on siinä merkittävä roolinsa. Hoidon

muuttumisen myötä myös normaali aivokehitys voidaan turvata entistä paremmin. (Fischer and Als 2004, 1.)

Fulton (2010) kirjoittaa artikkelissaan ”A Warm Welcome into the World”, että hänen ympäri maailmaa lähettämästään kyselystä eri sairaaloille käy ilmi, että keskosten musiikkiterapia on lisääntynyt yli viisinkertaisesti vuodesta 2002. Vuonna 2002 keskosten kanssa musiikkiterapiaa käytti vain seitsemän sairaalaa, mutta nyt niitä on jo 36. Meitä lähin sairaala, jossa musiikkiterapiaa käytetään keskosvauvoille, on Ruotsin Värmlannissa.

Suomessa keskoslasten musiikkiterapiaa ei harjoiteta systemaattisesti lainkaan. Myös sen tutkimus on alkutekijöissään. Ainut Suomessa tehty laajempi tutkimus on Pia Teckenberg-Janssonin, Minna Huotilaisen, Tarja Pölkin, Jari Lipsasen ja Anna-Liisa Järvenpään (2011) tutkimus musiikkiterapiasta kenguruhoitossa. Tässä tutkimuksessa tutkittiin kenguruhoiton ja musiikkiterapian yhteisvaikutusta verrattuna pelkkään kenguruhoitoon. Yksistään tämän tutkimuksen tulokset olivat lupaavia.

Koska asia on maassamme vielä uusi, valmiita malleja tämänkaltaiselle tutkimukselle ei ole olemassa. Halusin omalla pro gradu -tutkielmallani selvittää hieman niitä mahdollisuuksia, joita musiikkiterapia keskostenhoidossa voisi antaa. Tutkimukseni on laadullinen toimintatutkimus, jonka tavoitteena on tutkia, miten ja millä menetelmillä musiikkiterapiaa voidaan käyttää keskoslasten hoidossa suomalaisessa sairaalassa. Tarkoituksena on myös, että hoitohenkilökunta voisi halutessaan hyödyntää menetelmiä myöhemmin työnsä ohessa ja vanhemmat kotona sairaalajakson päätyttyä, jolloin sairaalasta kotiin siirtyminen myös helpottuisi.

Tutkielmani luvussa kaksi käyn läpi tutkimukseni teoriapohjaa sekä käsitteistöä. Lähdekirjallisuuteni musiikkiterapiasta keskosten hoidossa on pääosin vieraskielistä johtuen siitä, ettei suomalaista tutkimusta alalta vielä ole. Eniten olen hyödyntänyt tutkimuksessani Monika Nöcker-Ribaupierren toimittamaa

kirjaa *Music Therapy for premature and newborn infants*. Kirja kattaa laajasti keskosten hoitoa ja musiikkiterapiaa ja antaa myös käytännön esimerkkejä keskosten kanssa tehtävästä musiikkiterapiasta. Luvussa kaksi on myös kohta, jossa tarkastelen äidin roolia teorian valossa. Tarkoitukseni ei ole vähätellä isän roolia keskoslapsen hoidossa eikä tarkoituksellisesti ”pudottaa” häntä pois. Koska työskentelin pääasiassa äitien kanssa, halusin tuoda esille sen traumaattisen muutoksen, joka kohtaa myös äitejä keskosen syntyessä. Normaalitilanteessa keskosvauva ja äiti jatkaisivat vielä yhteistä kohtuelämää, mutta keskosen syntyessä tämä suhde katkeaa liian äkkiä.

Luku kolme esittelee tutkimukseni kulun sekä tarkastelee toimintatutkimusta teorian valossa. Sen tarkoituksena on antaa käsitys tutkimuksen lähtökohdista. Tein tutkimustani varten kaksi pilottijaksoa vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle. Molemmat jaksot kestivät kaksi viikkoa, ja niiden välissä oli kahden viikon tauko. Musiikkiterapiamenetelminä käytin pääasiassa kannelta ja omaa ääntäni sekä jonkun verran myös merirumpua. Terapiat toteutuivat kahden perheen kanssa, joista toinen perhe oli mukana molemmissa pilottijaksoissa. Perheet ovat tässä tutkimuksessa perhe A ja perhe B. Tapasin perheitä päivittäin sairaalassa ja toisen perheen luona kävin myös kotona vauvan kotiuduttua.

Käyttämäni musiikkiterapiamenetelmät on tarkemmin esitelty luvussa neljä, jossa käydään läpi myös tutkimukseni aineisto. Koko tutkimusaineisto koostuu videotallenteista, äitien/hoitajien havainnoista terapiatilanteesta, terapeutin havainnoista ja omista muistiinpanoista, äitien haastatteluista sekä hoitohenkilökunnalle tehdyistä kyselylomakkeista. Näin ollen aineistoon tuli rikkautta erilaisilla aineistonkeruumenetelmillä. Äitien haastattelut toteutettiin ensimmäisen pilottijakson jälkeen ja hoitohenkilökunnan kyselylomakkeet jätettiin täytettäväksi molempien pilottijaksojen jälkeen.

Olen analysoinut aineiston käyttämällä hyväkseni laadullista sisällönanalyysia. Analyysivaihe on ollut tässä tutkimuksessa mielekäs ja haastava, koska aineisto on niin monipuolista ja koostuu useista eri tavoin kerätyistä kokonaisuuksista. Analyysivaihetta käsittelen luvussa viisi.

Vanhempien päivät sairaalassa ovat pitkiä ja huolentäyteisiä, mikä kävi ilmi myös tässä tutkimuksessa. Hoitohenkilökunnalla on useita vauvoja ja perheitä hoidettavanaan, ja heidän resurssinsa vanhempien tukemiseen ovat ymmärrettävästi rajalliset. Tutkimuksessani on ollut mahdollista seurata niin henkilökunnan kuin vanhempien aikaa sairaalassa ja tarkastella tutkimuskysymystä kummankin osapuolen näkökulmasta. Tarkastelen tutkimustuloksia luvuissa kuusi ja seitsemän.

Keskosten musiikkiterapia ei tähtää pelkästään vastasyntyneen aseman kohentamiseen, vaan ihanteellinen tilanne syntyy silloin, kun se palvelee koko perhettä ja hoitavaa henkilökuntaa sairaalasta aina kotiin saakka. Tulevaisuudessa yhä tärkeämmäksi tulee myös se, millä tavalla keskoslasten musiikkiterapialla voidaan vaikuttaa keskoshoidon kasvaviin kustannuksiin, sillä lähivuosina huoltosuhteen heikkeneminen johtaa enenevässä määrin resurssien niukkuuteen läpi koko julkisen sektorin.

Korhosen (2003, 102) mukaan vuonna 2003 keskoslasten hoidosta syntyneet kustannukset hoitopäivämaksuina vaihtelivat 10 629 euron ja 121 107 euron välillä. Keskimäärin ensimmäinen hoitajakso kesti 66 vuorokautta, jolloin sen kustannukseksi tuli 42 177 euroa/hoitajakso. Schwartz (2004, 91) toteaa, että useat tutkimukset osoittavat, että keskoslapset, joiden kanssa on käytetty musiikkia, kotitutuvat 3–5 päivää aiemmin. Näin ollen musiikkiterapia voisi säästää Suomessakin jopa 16 670 hoitopäivää. Keskoshoidon lyheneminen musiikkiterapiaa hyödyntämällä on siten merkittävä keino säästää yhteiskunnan yhä väheneviä resursseja. Musiikkiterapian lukuisista hyödyistä huolimatta tämä seikka voikin tulevaisuudessa nousta johtavimmaksi perusteeksi keskoslasten musiikkiterapian lisäämiseksi sairaaloissamme.

Se, ettei maassamme ole valmiita malleja keskosten musiikkiterapiasta, toi tutkimukseeni omat haasteensa mutta teki siitä myös erityisen mielenkiintoista. Pro gradu -tutkielmani on vain pieni alku siihen, että tietoisuus musiikkiterapian

mahdollisuuksista keskosten hoidossa lisääntyisi, mutta toivon sen raottavan hieman niitä arvokkaita hetkiä, joita se voi keskoslasten perheille antaa.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTATEORIAA

2.1 Keskosuus ja pienen elämän alku

Käypähoitosuosituksen (2011, 2–3) mukaan synnytys katsotaan ennenaikaiseksi, kun se tapahtuu ennen 37:ää täyttä raskausviikkoa. Se ryhmitellään hieman ennenaikaiseksi (*late preterm*) 34–36 raskausviikolla, kohtalaisen ennenaikaiseksi 28–33 raskausviikolla sekä erittäin ennenaikaiseksi (*extremely preterm*) alle 28 raskausviikoilla. Vuonna 2009 Suomessa elävänä syntyneistä lapsista 5,5 % syntyi ennen raskausviikkoa 37+0 ja 0,8 % ennen raskausviikkoa 32+0.

Kun vauva syntyy täysiaikaisena, hän makaa äidin vatsan päällä ja molemmat toipuvat synnytyksestä. He tutkivat toisiaan, ja äidin sisäinen turvallisuus, hyväolo, helpotus ja rauha valuvat lapseen ja lapsesta takaisin äitiin. Tapahtuu molemminpuolinen samastuminen hajujen, makujen, kosketusten, katseiden, liikkeiden ja rytmin avulla. Vuorovaikutuksen avulla alkukaaokseen syntyy järjestystä ja rakennetta. (Siltala 2003, 27.)

Korhosen (1999, 162, 165) mukaan keskosvauvoilla ja äideillä nämä kokemukset ovat estyneet. Koskettaminen on ensiarvoisen tärkeää kiintymyksen kehittymiselle, mutta siihen ei välttämättä ole mahdollisuutta. Tehohoidossa vanhemmat ovat ristiriitaisten tunteiden edessä: toisaalta se aiheuttaa stressiä ja pelkoja, toisaalta antaa turvallisuudentunnetta siitä, että lapsen eteen tehdään kaikki mahdollinen. Hoitoteknologia ja hoitohenkilökunta tuovat tilanteeseen turvallisuutta, eivätkä vanhemmat välttämättä uskalla kontaktiin lapsensa kanssa.

Keskosvauva aloittaa syntymänsä jälkeen kamppailun elämästä ja kuolemasta. Hän on sekä fysiologisesti että psykologisestikin rajamaastossa, hän ei ole kohdussa eikä pääse äidin syliin, ja hänen elämänsä on laitteiden varassa. Normaalisissa tilanteissa vauvat saavat äidin sylissä turvaa, suojaa ja ravintoa. Sairaalaympäristön melu ja valot voivat häiritä kuuloa ja näköä, ja vauvan käsittely voi olla hänen kannaltaan stressaavaa ja huonosti ajoittunutta. Vauvalle tehdään kivuliaita toimenpiteitä. Kun normaalisti terve vauva herättää äidissä hoivaamisen tarpeen, keskosvauvan kohdalla näin ei tapahdu. Vauvan viestit eivät välity niin selvästi kuin terveellä vauvalla. Hän voi myös olla liian heikko sylissä pidettäväksi. (Schulman 2003, 153–154.)

Keskosvauva joutuu syntyessään kokemaan kaksinkertaisen trauman. Sen lisäksi että hän joutuu liian aikaisin pois kohtuympäristöstään, hän aloittaa elämänsä keskoskaapissa, joka on dramaattisesti erilainen kuin äidin syli, silmät, ääni, rinta ja rakastava ympäristö. Äidin verenkierron virtaava ääni, sydämen syke ja hengitys katoavat yhdessä hänen äänensä kanssa, ja ne korvataan mekaanisilla koneiden äänillä ja signaaleilla. (Maiello 2003, 60.)

Lapsen jouduttua pois biologisesta ympäristöstään ja saadessaan osaksi epämurkkaavia kokemuksia ja toimenpiteitä hellä vuorovaikutuksellinen kontakti omaan äitiin on hänelle erityisen tärkeää. Äidin ääni on ennestään tuttu, ja näin muodostuu tuoksujen, varhaisten kosketusten ja äänien yhteyksiä äidin ja keskosvauvan välille. (Schulman 2003, 154.)

2.1.1 Keskosen auditiivinen maailma

Ero kohdun ja keskosten hoidon äänimaailman välillä on dramaattinen. Gerhardtin & Abramsin (2004, 31–32) mukaan on havaittavissa kaksi pääkohtaa, jotka vaikuttavat keskoseen tässä stressaavassa äänimaailmassa:

1. Keskosen auditiivinen järjestelmä ei ole vielä valmis vastaanottamaan laitteistosta ja ihmisten äänistä tulevaa korkeataajuisia ärsyettä, joka on tavallista keskosten hoidossa. Sikiö vastaanottaa ensin matalataajuisia ääniä, jotka välittyvät kohdun äänimaailmaan.
2. Erityinen muutos kuulemisen kehityksessä, mikä ilmaantuu välittömästi syntymän jälkeen: keskosen keskikorva aloittaa toimintansa.

Sikiö kuulee äänen luun kautta (johtuminen). Ulkokorvan resonointi voi lisätä ilmassa olevien äänien intensiteettiä tärykalvossa 20 desibeliin. Epäkypsä keskonen on pommitettuna äänillä, joita hän ei ole vielä kokenut. Kehittymätön sisäkorva ja keskeinen auditiivinen järjestelmä eivät luultavasti pysty tulkitsemaan tai sopivasti integroimaan näitä ääniä niillä keinoin mitä kohtuympäristössä. (Gerhardt & Abrams 2004, 31–32.)

Henkilökunnan äänet, muiden lasten itku, puhelimen äänet, osaston puhtaanapitoon liittyvät äänet, laitteiston siirtely ja radion äänet rakentavat pysyvää äänialaa, mikä tekee äidin äänen erottamisen siitä melkein mahdottomaksi. Fischerin & Alsin artikkelissa (2004, 11) Gottfriedin (1985) ja Philbinin (2000b) mukaan äänimaailmaa keskoskaapin sisällä on mitattu 50 desibelin ja 109 desibelin väliltä. Vauvalle sormien naputus keskoskaappiin vastaa raskaan liikenteen hälyä, 80 desibeliä, ja kiinteän muovisen luukun sulkeminen 100 desibeliä. Pään laskemisen patjaan keskonen kokee 120 desibelin äänenä, mikä on äänen tuottaman kivun raja. (Fischer & Als 2004,11, AAP Committee on Environmental Healthin, 1997 mukaan.)

Jos asiaa lähestytään puhtaasti biologisesta perspektiivistä, kohdun kaltainen ääniympäristö voisi luoda parhaat mahdollisuudet keskeisen auditiivisen järjestelmän kehittymiseen. Keskostenhoidon ääniympäristössä olisi suositeltavaa kiinnittää huomiota siihen, että äänitasot ovat tarpeeksi matalia, jotta keskosvauvat voivat levätä ilman häiriöitä. Useimmat tutkijat eivät niinkään ole huolissaan siitä, että äänitasot keskostenhoidossa voisivat aiheuttaa kuulon

menetystä, vaan siitä, että äänitasot, jotka häiritsevät käyttäytymistä, estävät suotuisan signaali-kohinasuhteen. Mitkä tahansa luonnottomat äänet, mukaan lukien taustamusiikki, joiden vuoksi hoitajat joutuvat korottamaan ääntänsä, lisäävät epäsuotuisaa ääniympäristöä ja vähentävät signaali-kohinasuhdetta. (Gerhardt & Abrams 2004, 32.)

Kun musiikkia käytetään keskosten hoidossa, suositeltavaa on Gerhardtin & Abramsin (2004, 32) mukaan puhuminen lähellä keskosen päätä, ja musiikissa on suosittava bassoa ja vähennettävä diskanttia. Tutkimusta tarvitaan kuitenkin lisää keskosten äänimaailman vaikutuksista, erityisesti sen liittymisestä nukkumiseen ja aisti-organisaatioon. Musiikin valinta hauraille keskosvauvoille täytyy olla tarkkaan harkittua. Painotuksen tulisi olla yksinkertaista, kuten pehmeä rytmi, virtaava ja lyyrinen melodia, yksinkertainen harmonia ja pehmeä äänenväri. Voimakkuuden muutoksia tulisi välttää, samoin kuin odottamattomia muutoksia tempossa. (Cassity & Ditty 1998, 94; Schwartz 2004, 94.)

2.2.2 Varhainen vuorovaikutus keskosvauvan kanssa

Lapsen ollessa keskonen vanhempien lapsen kiintymisen prosessit voivat häiriintyä varhain. Vauvan syntymään liittyvät huolet tulevaisuudesta ja vauvan selviämisestä voivat vaikuttaa siihen, etteivät vanhemmat uskalla tutustua tai kiintyä lapseen. Aiemmat toiveet ja mielikuvat ihanasta vauvasta ja vanhemmuudesta rikkoutuvat, ja tilalle tulee erilaisia pelkoja. Tapahtumilla voi olla ohimeneviä mutta myös pitkäkestoisia intrapsyykkisiä vaikutuksia siihen, miten vanhemmat kokevat lapsensa ja toisensa sekä itsensä yksilöinä. Oleellisia ovat merkitykset, joita nämä kokemukset heissä herättävät, ja minkälaista apua he saavat. Tilanne voi yhdistää tai erottaa vanhempia toisistaan. Vanhempien hoiva, rajoittunutkin, on keskosvauvan kehityksen kannalta oleellista. (Schulman 2007, 344.)

Keskeiseksi haasteeksi Schulmanin (2003, 151) mukaan nousee, miten äitejä ja isiä autetaan toimimaan keskosvauvojen teho-osastolla. Vauvalle ennenaikainen

syntymä on traumaattista, ja jos hänen stressiään ei huomata, hänen olonsa jää vaille helpotusta.

Vanhemmat voivat kokea vauvansa vieraaksi, mikä liittyy siihen, ettei äiti ole ehtinyt psyykkisesti valmistautua synnyttämään, koska vauvakaan ei ole ollut vielä valmis syntymään. Äkillistä synnytystä on vaikea käsittää. Äiti joutuu äkillisesti pois fysiologisesta ja psykologisesta tasapainostaan, ja tilanteen korjaantuminen voi viedä kuukausia. (Schulman 2003, 156.)

Varhainen vuorovaikutus alkaa jo vauvan ollessa kohdussa. Äidin mielikuvat vauvasta, omasta äitiydestään, vauvan isästä, omista vanhemmistaan sekä omasta itsestään vauvana rakentavat vuorovaikutusta. Myös isällä on mielikuvia, jotka auttavat häntä olemaan ruumiillisessa dialogissa vauvansa kanssa koskettelemalla tämän liikkeitä äidin vatsanpeitteen läpi. Kun äiti on kyllin tasapainoinen, hän tunnistaa sikiövauvansa liikkeet, rytmit, hiljaisuuden ja vastaa niihin omalla tavallaan. Äidin ja vauvan yhteiset tunnetilat ja hetket löytyvät jo kohtuaikana. (Siltala 2003, 19, 22.)

Piontelli (1992) on Siltalan (2003, 23) mukaan havainnut sikiövauvojen kehittyvän myös mentaalisesti valmiiksi synnytykseen. Jos sikiövauva ei ole mentaalisesti valmis syntymään, hän on erityisen herkkä liikkeille, äänille, kosketuksille ja valolle. Heille tarpeellista on erityisen herkkä huolenpito. Joillekin vauvoille täysin kohtuaikaisen dialogin menettäminen äitinsä kanssa vaikeuttaa sen uudelleenlöytämistä syntymän jälkeen. Vauva voi jäädä ikään kuin ikävöimään kohtukotiaan. Näissä tilanteissa sekä vauvat että äidit tarvitsevat kannattelua ja huolenpitoa, jotta löytävät keskinäisen yhteyden ja jatkavat sitä.

Dardartin (2004, 138) mukaan vie joskus kuukausia, että vanhemmat tuntevat onnellisuutta ja ovat kyvykkäitä huomioimaan vauvaansa. Myös mahdollisissa myöhemmissä raskauksissa, jotka palauttavat muistot pintaan, voi tarvita paljon tukea.

2.1.3 Äiti

Dardartin (2004, 131) mukaan äiti kokee keskosvauvan synnyttyä raskautensa keskeneräiseksi; hän ei ole enää raskaana mutta ei silti tunne olevansa äiti. Hänen kohtunsa on tyhjä, mutta niin ovat kädetkin. Äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus on hyvin herkkää, ja se haavoittuu helposti esimerkiksi vauvan psyykkisen ja fysiologisen erityisherkkyyden, vammaisuuden tai keskosuuden vuoksi. Äiti ei pysty kommunikoimaan spontaanisti vauvansa kanssa, joka on aikaisen syntymänsä vuoksi keskoskaapissa. Näin ollen hänen on hyvin vaikeaa luoda emotionaalista suhdetta vauvaansa. Kuinka hän voi näyttää lapselleen että rakastaa tätä? Kuinka hän voi huomata että lapsi rakastaa häntä? (Siltala 2003, 18; Zimmer 2004, 117.)

Äiti on keskosien syntymän jälkeen fyysisesti heikko ja kokee itsensä psykologisesti jostakin erotetuksi. Joskus äiti on vasta todella sisäistänyt raskauden ja emotionaalisesti yhdistynyt uuteen elämään sisällään, joten hyvin usein hän ei pysty käsittämään tilannetta. Hän ei näe tai koe lastaan erillisenä persoonana ja käpertyy itseensä ahdistuneena ylivoimaisesta teknisestä ympäristöstä. (Nöcker-Ribaupierre 2004, 102.)

Äiti on uudessa tilanteessa ennenaikaisen synnytyksen jälkeen, ja hänen on hylättävä aiemmat mielikuvansa vuorovaikutuksesta täysiaikaisen vauvansa kanssa. Uudet tulevaisuudensuunnitelmat eivät ole vielä mahdollisia, koska kaikki vauvaan liittyvä on epävarmaa. Zimmer (2004, 118) on havainnut työssään yhtymäkohtia keskosvauvojen äitien sekä läheisensä menettäneiden asiakkaiden psykologisessa selviytymisprosessissa.

Zimmer (2004, 119–120) luettelee artikkelissaan sveitsiläisen psykoterapeutin Verena Kastin (1982) määrittelemät neljä tasoa, jotka ovat nähtävissä suruprosessissa. Ne sopivat kuvaamaan myös keskosvauvojen äitien suruprosessia:

1. Kieltäminen. Äiti, jolla ei ole ollut mahdollisuutta valmistautua ennenaikaiseen synnytykseen, kokee usein turtumusta. Äidin on tällöin tärkeää tietää, ettei se tarkoita sitä, etteikö hänellä olisi tunteita vauvaansa kohtaan.
2. Emotionaalinen purkaus. Tunteiden kaaos seuraa usein tunteettomuutta. Tilanteessa, jolle ei voi mitään ja jota ei voi muuttaa, surun seuralaisena on viha. Tunne on ensin tuskallinen ja melkein sietämätön. Syyllisyydentunne voi olla musertava. Viha purkautuu usein muihin, kuten kumppaniin, kättilöön, hoitajiin, lääkäreihin ja niin edelleen. Vihantunteen alla on haudattuna pelko siitä, ettei lapsi selviä tai että hän voi olla vakavasti vammautunut. Kun äiti ymmärtää että hänen tunteensa ovat oikeutettuja ja osa hänen kamppailuaan todellisuuden hyväksymisen kanssa, hänellä on paremmat mahdollisuudet rakentaa uusi suhde lapseensa.
3. Itsetutkiskelu ja irti päästäminen. Tässä vaiheessa äiti usein aloittaa sisäisen tutkimisen: Mitä hän voisi säilyttää aiemmista suunnitelmistaan uutena äitinä ja mitä hän voisi yhdistää uuteen elämäänsä keskosen äitinä? Mikä on mahdollista, mitä pitää miettiä uudelleen ja mitä ratkaisuja voisi löytää? Epätoivo ja suru voi silti käydä sietämättömäksi, koska elämä ei koskaan ole samanlaista kuin ennen eikä luultavasti aivan sellaista kuin äiti oli toivonut.
4. Uusi suuntautuminen kohti itseä ja todellisuutta. Äiti alkaa hyväksyä tilanteensa ja pohtii, kuinka edistää olosuhteita ja mistä hän voisi saada lisää tukea. Hän alkaa vahvistaa suhdettaan muihin äiteihin ja kuvittelee elämäänsä kotona vauvan kanssa. Hän pystyy ottamaan aikalisän ja menemään viikonlopuksi kotiin.

Monica Nöcker-Ribaupierre (2004, 105) kirjoittaa tutkimuksestaan äidin äänestä keskoslasten kanssa, että pyytäessään äitejä laulamaan kehtolaulutyypisiä lauluja hän ymmärsi pian, ettei se siinä tilanteessa ollut useinkaan mahdollista. Laulaminen näyttäisi tuovan pintaan enemmän emootioita kuin äidit voivat käsitellä siinä tilanteessa. Hän on tavannut ainoastaan kaksi äitiä yli 200:sta, jotka ovat kyenneet laulamaan. Usein puhuminenkin vaivattomasti keskosvauvalle on mahdotonta. Laulamisen sijaan hän kehotti äitejä lukemaan nauhalle esimerkiksi otteita Antoine de Saint-Exupéryn kirjasta *Pikku prinssi*.

2.2 Musiikkiterapia keskosvauvojen ja perheiden kanssa

Kun äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutus vaarantuu, molemmat tarvitsevat uuden tilan, jolle rakentaa uutta yhteyttä toisiinsa. He tarvitsevat tilan, jossa molemmat voivat olla yhdessä rentoutuneena, leikkisinä ja huolettomina ilman erityisiä päämääriä. Musiikkiterapia soveltuu erityisen hyvin vastasyntyneille ja lapsille. Se tarjoaa tilan, jossa sekä äiti että lapsi voivat liikkua toisiaan kohti ja erilleen, musiikki tarjoaa heille mahdollisuuden kohdata hausalla ja vapaalla tavalla. Musiikkiterapia on vaikuttava väline varhaiseen vuorovaikutukseen. Musiikkiterapia kuten varhaisimmat vuorovaikutuksen muodotkin perustuvat musiikillisiin parametreihin, kuten sävelkorkeuteen, ääneen, voimakkuuteen, melodiaan ja dynamiikkaan. Musiikki on lähimpänä Sternin kuvaamaa vitaali-affekti-käsitettä. Musiikki tarjoaa mahdollisuuden, jota äiti ja vastasyntynyt etsivät ja tarvitsevat epätoivoisesti: tyytyväisyyttä, onnellisuutta ja iloa. (Lenz & von Moreau 2004, 80–81.)

Haslbeck (2004, 9) kuvaa artikkelissaan ”Music Therapy with preterm infants – Theoretical approach and first practical experience” kuinka keskosvauva reagoi musiikkiterapiaan. Tutkimuksessaan Haslbeck kuvaa Nelly-vauvan reaktioita musiikkiterapiaan. Aluksi epäsäännöllinen ja nopea hegitys muuttui rauhallisemmaksi ja säännöllisemmäksi. Neljännessä istunnossa 15:stä hän havaitsi, kuinka vauva reagoi lisääntyvällä aktiivisuudella ja reagoi näkyvästi hänen lauluunsa.

Terapiaistunnon alussa Haslbeck havaitsi, kuinka Nelly alkoi tuottaa ajoittain hentoja imemisen liikkeitä. Lyhyen ajan jälkeen he löysivät yhteisen rytmin. Nelly alkoi imeä rytmillisesti suhteellisen säännöllisin väliajoin musiikillisten fraasien lopussa. Pian rytmillinen dialogi ja musiikillinen kontakti saivat alkunsa. Terapian edetessä imemisliikkeet voimistuivat fraasien loppuissa tai taukojen aikana, ja Nellyn eleet olivat näkyviä. Vaikka Haslbeck muutti ja pidensi musiikillisen fraasin kestoa, ei se vaikuttanut Nellyn kykyyn vastata oikea-aikaisesti. Näin ollen

Nelly ei pelkästään tunnistanut ajallista rakennetta, vaan hän myös loi tämän ajallisen kokemuksen.

Muita esimerkkejä keskosvauvan reaktioista musiikkiin ovat Haslbeckin (2004, 11) mukaan vartalon liikuttaminen musiikin aikana, käsien aukominen, sormien liikkuttelu ja kulmien kurtistaminen. Kyseisessä esimerkissä Nelly-vauva aukaisi silmänsä, kun melodia nousi ylös, ja sulki ne melodian laskiessa. Hän myös hymyili usein ja oli eleissään aktiivinen.

Maiellon (2004, 65) mukaan vastasyntyneiden havainnoinnissa on huomattu, että vauvat, jotka eivät ole vielä kypsiä kenguruhoitoon, kuuntelevat innokkaasti äidin laulua tai puhetta keskoskaapin takaa. Vauvat eivät pelkästään kuuntele vaan myös ilmaisevat mieltymyksiään kasvojen ilmeillä ja liikkeillä erityisesti rentouttamalla ja supistamalla lihaksiaan. Näitä vauvan antamia merkkejä seuraamalla äidit voivat sovittaa äänensä kuuluvuuden ja rytmin vauvansa tarpeisiin. Kaikki havainnoidut vauvat näyttivät mieltävän hitaisiin lauluihin, joissa melodia laskee alaspäin, ja pieniin intervaleihin, joita on yleensä löydettävissä kehtolauluista.

Mietittäessä keskosvauvoille sopivaa musiikkia voidaan sen rakenteesta tehdä muutamia huomioita. Psykoanalyytikko Pirkko Siltala (2003, 13) on havainnut kehtolaulujen käyttökelpoisuuden ja kuvaa niiden perinnettä näin:

”Kehtolauluissa virtasi melodia ja nukuttajan äänensävy vauvaan ja koko vauvan ruumiiseen. Siihen oli hyvä nukahtaa ja vähitellen sisäistää äidillisen toisen läsnäolo, joka sallii nukahtamiskokemuksen.”

Myös Schwartzin (2004, 94) tekemät havainnot kehtolauluista tukevat niiden soveltuvuutta keskosten musiikkiterapiaan. Hänen mukaansa kehtolaulut voivat olla erityisen vaikuttavia, koska ne sisältävät naisen äänen yksinkertaisessa järjestyneessä muodossa. Kaikille kehtolauluille on yhteistä myös hitaus,

monotonisuus ja toistuvuus, eivätkä ne sisällä jännittäviä muutoksia rytmissä tai melodiassa. Vaikuttavimmillaan ne ovat lauletaessa matalalla äänellä.

Loewyn (2004, 166–167) mukaan vauvalle, joka on ylikuormittunut ja/tai tarvitsee unta, yksinkertaiset kehtolaulut (vähemmän kuin viisi nuottia) voivat luoda hoitavan ääni-ilmaston. Kehtolaulun tempon muuttaminen voi auttaa vauvaa rentoutumaan ja saavuttamaan unitason. Musiikki tarjoaa suojan, joka tuo lohdutusta ja kannattaa vauvaa koneellisessa ympäristössä. Se tuo myös turvaa tuskallisissa toimenpiteissä. Musiikki mahdollistaa keskosvauvan luottamisen ympäristöönsä ja tarjoaa ennakoitavuutta. Muun muassa Gato Box (soitin) sekä hengitysäänet voivat olla hyödyllisiä auttamaan vauvaa tahdistamaan ja säätelemään hengitystään. Gato Box luo ennustettavan rytmin, joka jäljittelee sydämen ääntä. ”Merirumpu” luo kohdunsisäistä äänimaailmaa, mikä luo turvaa ja kotoisuutta, stimuloiden vauvan hengitysprosessia.

Nöcker-Ribaupierren (2004, 97–98) mukaan äidin sydämenlyönnit suojelevat lasta, koska ne symbolisoivat suojaa ja jatkuvuutta. Rythmi onkin musiikin tärkein komponentti. Äidin ääni on sikiön ja äidin yhteyden perusta. Äänen soinnulla, melodiolla ja rytmillä on hyvin tärkeä formatiivinen psykologinen vaikutus. Loewyn (2004, 166) mukaan musiikkiterapiassa vauvan sydämen rytmiä jäljittelemällä pyritään luomaan rytmiä imemiselle. Turvalliset äänet voivat houkutella esiin jokeltamista ja vegetatiivista imemistä.

Kohtuvauva muodostaa Schulmanin (2003, 155) mukaan kohdussa yhteyden äitiinsä tämän ruumiin rytmillisten liikkeiden ja sydämen sykkeen kautta. Määttänen (2003, 61–62) on erotellut neljä vaikuttavaa aspektia, jotka jäsentävät kohtuvauvan olemismaailmaa. Ensimmäisenä vauvan kokemista rytmeistä on äidin *sydämen syke*. Syke tuntuu kohdussa kumeana ja voimakkaana synkoopisena rytminä. Sydämen sykkeen rytmi tai sitä muistuttavat rytmiset kuviot ovat musiikissa sangen yleisiä ja vahvasti vaikuttavia. Toinen vaikuttavista rytmeistä on äidin *hengityksen rytmi*. Se saa sikiöveden liikkumaan rytmisesti, ja kohtuvauva tuntee äidin hengityksen rytmin olemuksessaan ja koko ruumiillaan.

Kolmas vauvan kokemusmaailmaa jäsentävä tekijä on *äidin ääni, äidin puhe*. Lapsivesi värähtelee äidin puhuessa, ja näin äidin yksilölliset puheen musiikilliset piirteet tuntuvat sikiöveden värähtelyjen kautta kohtuvauvan koko olemuksessa. Neljäs aspekti on *äidin liikkeet*. Kohtuvauva tuntee äidin liikekulkujen hahmot omassa ruumissaan ja lapsiveden rytmisenä liikkeenä sekä omina myötäliikkeinään.

Tehohoidossa kohdusta tutun rytmisyyden noudattaminen on usein mahdotonta tiheästi toistuvien hoitojen ja toimenpiteiden vuoksi. Tämä ennalta-arvaamattomuus kuormittaa aistijärjestelmiä. Äidin ja isän äänien kuuleminen tehohoidon aikana antaa lapselle jatkuvuuden ja tuttuuden tunnetta, joihin hän tottui jo raskausaikana. (Korhonen 1999, 161, 156.)

Nöcker-Ribaupierren (2004, 98) artikkelin mukaan äidin ääni luo sidettä vauvan välille seuraavilla tasoilla:

- vastasyntyneelle kohtumaailmasta kohdun ulkoiseen elämään
- vastasyntyneelle kohtumaailmasta sairaalahoidon läpi kotiin
- äidille kokemukseen raskaana olon ja sen äkilliseen päättymiseen
- molempien emotionaaliseen yhteyteen.

Musiikilla voidaan luoda rauhallinen ympäristö, jossa keskosvauva voi rentoutua ja saavuttaa kehityksen tasoja, jotka normaalisti tapahtuisivat raskauden jatkuessa täysiaikaiseksi (Nöcker-Ribaupierre 2004, 97).

Terapeuttisten hyötyjen lisäksi musiikkiterapialla voidaan katsoa olevan myös talodellista merkitystä. Useat tutkimukset osoittavat, että keskoslapset, joiden kanssa on käytetty musiikkia, kotiutuivat 3–5 päivää aiemmin. Tämä vähentää merkittävästi sairaalahoidon kustannuksia. (Schwartz 2004, 91.)

2.3 Suomalainen keskosten musiikkiterapiatutkimus

Suomalainen keskosten parissa tehty musiikkiterapiatutkimus on sananmukaisesti vielä lastenkengissä. Ainoa laajempi tutkimus toteutettiin suomalaisessa yliopistollisessa keskussairaalassa vuosien 2006–2007 aikana. Tutkimuksessa selvitettiin kenguruhoidon ja musiikkiterapian yhdistelmän vaikutuksia pelkkään kenguruhoitoon verrattuna.

Tutkimukseen osallistui 61 perhettä. Tutkimuksessa mukana olleet vauvat olivat syntyneet ennen 37. raskausviikkoa. Pelkän kenguruhoidon aikana vauva oli vanhemman sylissä tai ihokontaktissa, ja musiikkiterapian ja kenguruhoidon yhdistelmään sisältyi lisäksi samanaikainen musiikillinen stimulaatio. Musiikkiterapian menetelminä käytettiin kymmenkielistä pentatonista lyyraa sekä laulua ja/tai hyräilyä.

Kenguruhoidon ja musiikkiterapian yhdistelmä laskee pulssia sekä rauhoitti hengitystä. Tämän lisäksi se lisäsi happisaturaatiota. Kenguruhoidon ja musiikkiterapian yhdistelmähoito vaikutti verenpaineeseen tehokkaammin verrattuna pelkkään kenguruhoitoon. Terapiajaksojen jälkeen vanhemmat kokivat terapian rentouttaneen ja rauhoittaneen sekä vauvoja että vanhempia. Kokonaisuudessaan tutkimustulokset osoittivat, että kenguruhoidon ja musiikkiterapian yhdistelmä voi olla tehokkaampaa verrattuna pelkkään kenguruhoitoon. (Teckenberg-Jansson ym. 2011, 22–28.)

3 METODOLOGIA JA TUTKIMUKSEN KUVAUS

3.1 Toimintatutkimuksen määrittelyä

Kuulan (2001, 29, 32) mukaan toimintatutkimuksen alkupistettä tai keksijää ei voi määrittellä yksiselitteisesti, mutta hän on lukemansa perusteella havainnut Kurt Lewinin (1890–1947) toimintatutkimuksen isähahmoksi. Lewinin keskeisimpiä ansioita on käytännön ja teorian yhteen liittäminen. Eniten toimintatutkimusta on sovellettu kasvatustieteellisessä tutkimuksessa sekä sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 29).

Kuula (2001, 218) toteaa, että toimintatutkimukselle ei ole olemassa mitään yksiselitteistä, kaikkien hyväksymää määritelmää. Eri toimintatutkimuksia yhdistäviä piirteitä ovat kuitenkin käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Tutkittavana voi olla melkein mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre, olennaista on tuottaa uutta tietoa sekä pyrkiä tutkimisen avulla mahdollisimman reaaliaikaisesti erilaisten asiointilojen muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä jollain tavalla. Jotta tavoite tutkittavan käytännön muutoksesta tapahtuisi, toimintatutkijan on tavalla tai toisella mentävä mukaan tutkittavaan käytäntöön. Ilman vuorovaikutusta kohteen kanssa ei ole olemassa toimintatutkimusta. Tutkijan on saavutettava keskusteluyhteys ja luottamus kohteeseen, mikä edellyttää tutkijalta halua, tahtoa ja kykyä tehdä toimintatutkimusta ja saada ratkaisuja käytännön ongelmiin. (Kuula 2001, 11, 208.)

Yleensä toimintatutkimus on rajattu ajallisesti, jolloin uusia toimintatapoja suunnitellaan ja kokeillaan. Tämä edellyttää yhteistyötä muiden kanssa, ja sen vuoksi työn kehittäminen vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Toimintatutkimukseen kuuluu kokeilu sekä kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Se voidaan nähdä syklisenä, jolloin

toimintaa hiotaan peräkkäisten suunnittelu- ja kokeilusyklien avulla. Kokeilut ja tutkimukset muodostavat näin ollen vuorovaikutuksena etenevän spiraalin. (Heikkinen, 2008, 16, 19.)

Toimintatutkimuksen syklissä voidaan nähdä sekä konstruoivia että rekonstruoivia vaiheita. Konstruoiva toiminta suuntaa tulevaisuuteen ja rakentaa uutta, kun taas rekonstruoiva vaihe painottuu toteutuneen toiminnan havainnointiin ja arviointiin. Vaiheet vuorottelevat kehämäisesti, mikä tässä tutkimuksessa tarkoittaa sairaalakokeilun aikana toimintatavan havainnointia ja havainnointiaineiston keräämistä. Seuraavaksi toimintaa arvioidaan, ja siitä syntyneet ajatukset ovat uuden kokeilun pohjana. (Heikkinen, Roivio & Kiilakoski 2008, 78, 79.)

Vaikka toimintatutkimus tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmiksi, toiminnan kehittäminen on kuitenkin jatkuva prosessi. Näin ollen toimintatutkimuksen tulos ei ole jokin tietty, entistä parempi toimintatapa vaan uudella tavalla ymmärretty prosessi. (Aaltola & Syrjäjä 1999, 18.)

Tutkija on toimintatutkimuksessa osallistuva ja tekee tutkimuskohteeseensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän intervention. Näin tutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Tutkijan omat kokemukset ovat osa aineistoa, ja hän käyttää omia havaintojaan tutkimusmateriaalina, jolloin tutkijan ymmärrys kehkeytyy hiljalleen. (Heikkinen 2008 19, 20.)

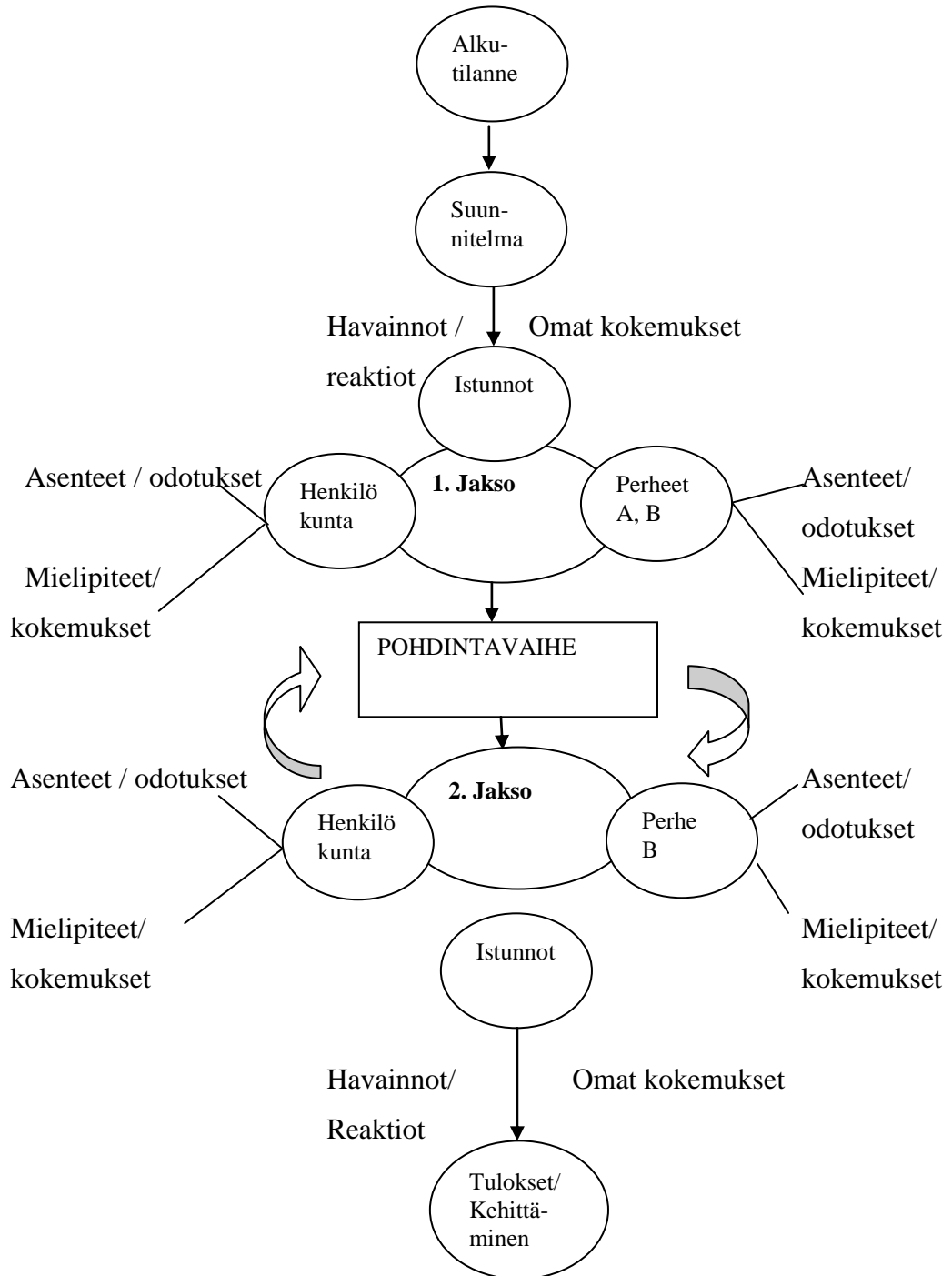
Tutkijan roolin Kuula (2001, 208–209) valottaa vuorottelevana sisä- ja ulkopuolisuutena suhteessa tutkittavaan kohteeseen. Tutkija astuu sisälle tapahtumiin, ja toisaalta hän voi astua niistä ulos. Ulkopuolisena tutkija ei ole, eikä hänestä tule tutkimuskohteen jäsentä. Sisäpuolisuus puolestaan kiteytyy vaatimukseen olla empaattinen ihminen. Tutkijan ollessa aktiivinen tekijä hänen saamansa tieto ei voi olla objektiivista kuten puolueettomalla tarkkailijalla. Näin ollen todellisuutta tarkastellaan ihmisten konteksteista, joissa tutkija ja hänen

tulkitseva horisonttinsa on yksi huomioon otettava tekijä. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 47.)

Kenttätöön vaatimus tulee ilmi siinä, että siihen ikään kuin kuuluvat todelliset tunteet, salaisuudet, seikkailut ja taistelut tai jokin, mitä ei voi tutkimustekstissä paljastaa. Kun toimintatutkimuksessa pyritään aitouteen ja tasavertaisuuteen, on kyse sekä moraalisesti eheän ja empaattisen tutkijahahmon luomisesta että käytännön tasolla myös yhteistyön edellytysten turvaamisesta. Kun tutkimusaineisto kuvataan avoimeksi, välittömäksi ja luottamukselliseksi, pyritään samalla esittämään, että tutkijan keräämä aineisto on luotettavaa ja hän on päässyt ihmisten ja näin ollen myös tutkittavan todellisuuden kanssa aitoon kosketukseen. (Kuula 2001, 169–170.)

Tässä tutkimuksessa aineisto koostuu useista eri lähteistä. Coheni, Manion (1989) ja Elliott (1992) kuvaavatkin Kiviniemen (1999, 75) mukaan, että tyypillistä toimintatutkimukselle on useiden eri menetelmien käyttö osana aineistonkeruuta, jolloin aineistosta on mahdollisuus saada läheinen ja monipuolinen kuva tutkittavana olevasta käytännöstä.

3.2 Kuvaus tutkimuksesta



KUVIO 1. Kuvaus tutkimuksesta

3.2.1 Alkutilanteesta toteutukseen

Tutkimukseni pääpiirteet ovat nähtävissä edellisellä sivulla olevasta kuvasta (Kuvio 1). Siinä näkyy toimintatutkimukselle tyypillinen eteneminen, joka usein kuvataan spiraalin muodossa (vrt. Heikkinen & Jyrkämä 1999, 37).

Tämä toimintatutkimus lähti liikkeelle pohdinnasta, kuinka keskosten musiikkiterapiaa toteutetaan Suomessa. Kirjallisuudesta on selvästi nähtävissä, että muualla maailmassa keskosten musiikkiterapiaa käytetään ja siitä on tehty useita tutkimuksia. Ongelmaksi nousikin se, ettei Suomessa ole valmiita malleja tällaisen terapian toteuttamiseen, eikä siitä ole saatavilla myöskään suomenkielistä kirjallisuutta. Miten keskosten musiikkiterapiaa voisi toteuttaa suomalaisessa sairaalassa? Millaisia menetelmiä voisi käyttää? Kuinka se sopisi osaston arkeen? Toimintatutkimus mahdollistaa kokeilun, pohdinnan ja jälleenkokeilun avulla uusien toimintatapojen löytymistä, tutkimista ja edelleenkehittämistä.

Suunnitteluvaiheessa pohdin, kuinka toimintatutkimuksen voisi toteuttaa ja minkälaisessa aikataulussa. Esitin tutkimusidean ennestään tutuille keskososaston työntekijöille, jotka kiinnostuivat myös asiasta ja esittivät niitä eteenpäin oman sairaalansa sisällä. Osaston henkilökunta suhtautui myönteisesti tutkimuksen toteuttamiseen, minkä pohjalta oli antoisaa lähteä suunnittelemaan tutkimusta.

Kävin sairaalassa tapaamassa ylihoitajaa sekä osastonhoitajaa, joiden kanssa kävimme läpi erilaisia vaihtoehtoja liittyen tutkimukseni toteuttamiseen. Näitä olivat muun muassa osaston arkirytmiiin liittyvät seikat sekä se, milloin tutkimuksen terapiatapaamiset aloitettaisiin. Laadin myös kirjallisen yhteenvedon, mitä musiikkiterapia keskosten kanssa pitää sisällään. Se tuli jaettavaksi sekä osaston henkilökunnalle että vanhemmille. Sovimme ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa, että aloitan tutkimusjaksoni kertomalla osastolla, mitä musiikkiterapia keskosvauvojen kanssa on. Pohdin myös erilaisia musiikkiterapiamahdollisuuksia sekä omia vahvuuksiani keskosten ja perheiden

kanssa tehtävään terapiatyöhön. Tutkimusluvaksi riitti ylihoitajan myöntämä kirjallinen lupa.

3.2.2 Toteutus

Tutkimus toteutettiin kahdessa eri jaksossa, joiden pituudet olivat kaksi viikkoa. Ensimmäinen jakso oli kesäkuussa 2011 ja toinen heinäkuussa 2011. Jaksojen välillä oli kahden viikon tauko. Pilottijaksot tehtiin keskussairaalaan vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle. Tavoitteena oli löytää osaston arkeen sopivia musiikkiterapeuttisia interventioita ja pohtia, miten musiikkiterapia soveltuisi suomalaiseen sairaalaympäristöön sekä kyseiselle osastolle. Tavoitteena oli myös kartoittaa, mitä musiikkiterapian menetelmiä osaston henkilökunta voisi käyttää työnsä ohessa ja vanhemmat vauvansa kanssa vuorovaikutuksen tukena.

Mukana tutkimuksessa oli kaksi perhettä, joista vain toinen oli mukana molemmissa pilottijaksoissa. Jälkimmäisen pilottijakson alkaessa toinen perheistä oli jo kotiutunut. Hoitajat kertoivat etukäteen tutkimuksesta vanhemmille, minkä jälkeen sovimme vanhempien kanssa tapaamisesta. Ensimmäisessä tapaamisessa oli mukana koko perhe tai pelkästään äiti. Tapaamisessa käytiin läpi tutkimuksen tarkoitusta ja siihen liittyviä menetelmiä sekä vanhempien toiveita, mihin musiikkiterapiasta voisi olla heidän kannaltaan hyötyä. Molemmat perheet halusivat osallistua tutkimukseen.

Kaiken kaikkiaan istuntoja kertyi molempien perheiden kanssa yhteensä 23 kertaa, joista yksi tapahtui perheen kotona toisen pilottijakson lopussa. Istuntojen kestot vaihtelivat puolesta tunnista kahteen tuntiin, riippuen suuresti osaston arkeen liittyvistä tapahtumista sekä vauvan senhetkisestä tilanteesta. Osastolta löytyi aina jokin rauhallinen paikka ja tila, jossa musiikkiterapiahetket toteutettiin.

Tutkimukseni alkuvaiheessa osastolla oli rauhallista ja keskosvauvoja vähän. Ensimmäisessä jaksossa aikaa meni enemmän myös osaston rytmiin

tutustumiseen sekä sen käytäntöihin. Myöskään kaikille hoitajille asia ei ollut tuttu. Ensimmäinen jakso oli kaiken kaikkiaan uuden opettelua, hakemista, totuttelua ja ihmettelyä. Pohdintavaiheen jälkeen oli löytynyt jo jonkinlainen rytmi ja malli, jonka pohjalta lähdin seuraavaan jaksoon.

3.2.3 Pohdintavaiheen kuvaus

Koska kaikki oli uutta sekä tutkijalle että tutkittaville sekä koko keskososastolle, alkuun liittyi paljon kokeilua ja rutiinien hakemista. Mielestäni työskentely keskososastolla vaati tutkijalta joustavuutta, tilannetajua sekä sopeutumiskykyä. Ensimmäiseksi asiaksi, joka nousi selkeästi pohdintaan, oli hoitohenkilökunnan informointi. Se ei selvästi ollut taholtani riittävää, ja siihen oli pohdittava uusia lähestymistapoja. Pohdittavaksi jäi myös, miten tiedonkulkua voisi parantaa. Toisessa pilotissa voisi mahdollisesti kertoa enemmän musiikkiterapiasta tilanteissa, joissa hoitajilla on aikaa. Parhaiten tietämystä voisi lisätä keskustelemalla sillä hetkellä paikalla olevien hoitajien kanssa ja olemalla itse mahdollisimman aktiivinen. Mikäli se sopisi henkilökunnalle, osastolla voisi ennen terapiaa tai sen jälkeen viettää hetken aikaa. Selvästikään yksi alkupalaveri ei ollut riittävä, koska paikalla oli vain neljä hoitajaa. Myöskään monisteiden jättäminen ei tavoita kaikkia, koska ne jäävät helposti lukematta töiden ohella.

Koska keskososastolla oli ensimmäisen pilotin aikana hyvin rauhallista, tilat olivat toimivia. Vaikka osasto on pieni, siellä oli mahdollisuus rauhalliseen työskentelyyn äidin ja vauvan kanssa, ja hoitohenkilökunta etsi ajan, jolloin rauhallinen hetki voitaisiin toteuttaa. Seuraava pilottijakso toteutuisi ajalla, jolloin osasto toimisi väliaikaisesti toisissa tiloissa, joten siihen en voinut ennalta vaikuttaa.

Pilottijaksojen välinen aika oli kaksi viikkoa, ja jätin nauhurin osastolle, jotta hoitohenkilökunta voisi halutessaan kuunteluttaa sitä vauvalle. Opastin yhden hoitajan käyttämään sitä ja jätin ohjeet osastolle. Yksi iso ongelma olivat laitteet.

Käyttämäni nauhuri oli laadukas, mutta se ei välttämättä ollut paras nauhoittamaan ääniä kotona. Toisena ongelmana olivat kaiuttimet, joista saisi äänen ulos laadukkaana. Itselläni ei ollut kokemusta kyseisistä laitteista eikä myöskään mahdollisuutta hankkia sellaisia tämän tutkimuksen puitteissa, joten tämä jäi vielä jatkoa ajatellen pohdittavaksi. Millaiset kaiuttimet olisivat pienen keskosen kuulon kannalta hyvät, ja voisiko ne mahdollisesti sijoittaa keskoskaapin sisään?

Tapaamisajat vaihtelivat enemmän perhe A:n kanssa, mutta perhe B:tä tapasin aina aamupäivällä. Ihanteellista olisi, jos aika pysyisi samana, mutta tämä ei aina ollut mahdollista, koska aikataulutus riippui osaston rutiineista ja äidin pääsystä paikalle. Ajatuksena olisi, että aika saataisiin pidettyä toisessakin pilottijaksossa mahdollisimman samana, mutta sen suhteen on syytä olla joustava. Tapaamisten tiheys, eli joka päivä mikäli mahdollista, oli mielestäni toimiva työskenneltäessä keskosten kanssa. Kun ottaa huomioon sen, että sairaalajakson pituus vaihtelee suuresti, ovat tiheät tapaamiset perusteltuja.

Istunnon pituus vaihteli myös suuresti, joten sille oli syytä varata runsaasti aikaa toisessa pilotissa. Vauva päättää pitkälti sen, milloin musiikkiterapia alkaa, joten aikaa on varattava runsaasti odottamiseen. Pidän tärkeänä myös sitä, että äidin kanssa jää aikaa keskusteluun, joten aikoja ei ole mielekästä varata kovin peräkkäin.

Toimivina menetelminä ensimmäisen pilotin perusteella näkisin oman äänen käytön sekä kanteleen. Merirumpu voisi olla hyvä tilanteissa, joissa vauva on keskoskaapissa ja esimerkiksi levoton. Tällaisissa tilanteissa en päässyt kokeilemaan kyseistä soitinta. Äidin ja vauvan kanssa käytin merirumpua mutta jäin hieman pohtimaan, mikä sen tarkoitus siinä oli. Yritin käyttää sitä vauva A:n kanssa tukemaan imemistä, mutta en nähnyt siitä olevan siihen hyötyä. Tarkoituksena oli äänen avulla herättää vauvan mielenkiintoa ja pitää häntä hieman pidempään hereillä, mutta en kokenut sitä siinä tilanteessa niin toimivaksi kuin esimerkiksi omaa ääntä tai kannelta. Äidin ja vauvan yhteisiin hetkiin kannel

sopi mielestäni hyvin, se on pieni ja kevyt soitin, jossa on pehmeä ääni. Oman äänen koin kuitenkin tärkeimmäksi instrumentiksi. Toiseen pilottiin lähdin samoilla menetelmillä kuin ensimmäiseen, kanteleen ja äänen käyttö ensisijaisena menetelmänä.

Kun alkutilanteessa ongelmat nousivat mallien puutteesta, miten musiikkiterapia soveltuisi suomalaiseen sairaalaan, voisi pohdintavaiheen jälkeen määritellä yhteenvetona uusiksi ongelmiksi informaation tuottamisen, tiedonkulun, laitteet, terapian säännöllisen ajan sekä menetelmät.

3.2.4 Pohdinnasta jälleen alkuun

Pohdintavaiheen jälkeen oli syytä tarkastella tutkimusta toimintatutkimukselle tyypillisen spiraalin kautta eli palata alkutilanteeseen. Jonkinlainen malli oli jo olemassa, mutta mitä siitä voisi jättää toiseen pilottijaksoon ja mitä muuttaa? Toisen pilotijakson alkaessa osasto oli väliaikaisesti toisissa tiloissa. Keskosvauvoja oli edelleen erittäin vähän osastolla. Myöskin se, että jakso oli vain kaksi viikkoa eikä kolmatta jaksoa ollut tulossa, toi omat rajoituksensa. En kokenut mielekkäänä ottaa perhettä vastaan viimeisinä päivinäni osastolla, koska kuten ensimmäinen pilottijakso osoitti, vanhempien kanssa on varattava aikaa pohdinnalle, tutkimuksen tekemiselle sekä myös sen purkamiselle.

Koin ensimmäisen jakson aikana, että on tärkeää pitää kiinni terapeuttina siitä, että toteuttamiselle on selkeä rakenne: alku, jossa tavoitteet asetetaan, toteutus, jossa terapia tapahtuu, sekä lopetusvaihe, jossa terapiajakso käydään vielä yhdessä läpi. Myös työskentely ilman vanhempien läsnäoloa, vaikka lupa olisi ollutkin, tuntui tämän tutkimuksen puitteissa vieraalta. Koska kyse oli vauvoista, jotka olivat käyneet jo mahdollisen tehohoitovaiheen läpi ja olivat siirtymässä hiljalleen keskoskaapista vanhempien syliin, musiikkiterapia nimenomaan vauvan ja vanhempien kanssa oli perusteltua.

Toinen pilottijakso käynnistyi tutun perheen kanssa, ja terapiat toteutettiin samanlaisella rakenteella kuin aiemminkin. Tosin tila oli nyt eri kuin ensimmäisen pilottijakson aikana, ja myös vauva oli vahvistunut, hän oli juuri siirtynyt keskoskaapista kehtosänkyyn.

Vaikka terapiassa olikin tuttu perhe ja rakenne, pohdintaa eri toimintatavoista ja malleista oli silti koko ajan tehtävää. Kirjasin esiin nousseita havaintoja ja ongelmia ylös, jotta voisin palata tarkastelemaan niitä myöhemmin. Näihin asioihin perehdyn tarkemmin luvussa kuusi.

3.3 Perheet

Ensimmäiseen tutkimukseen osallistuneeseen perheeseen (perhe A) kuuluivat äiti, isä, aiempi sisarus sekä vauva, joka syntyi viikolla 31+1. Perhe asui noin 100 km:n päässä sairaalasta, joten he eivät päässeet tutkimukseeni aikana joka päivä sairaalaan. Tullessani osastolle vauva ei ollut enää keskoskaapissa, ja haastatteleman hoitajan mukaan hänen ongelmansa liittyivät lähinnä syömiseen: hän ei osannut rytmittää vielä syömistään pullosta, ja musiikkiterapiasta toivottiin apua siihen. Ensitapaamisessa äidin kanssa äiti toivoi tukea imetystilanteisiin, ja sovimme, että hän keskittyy vauvan syöttämiseen ja voi halutessaan osallistua musiikilliseen toimintaan.

Toiseen perheeseen (perhe B) kuuluivat äiti, isä sekä vauva. Vauva syntyi viikoilla 30+4 ja tuli juuri jakson alkaessa yliopistollisesta sairaalasta, jossa oli viettänyt kaksi viikkoa. Hän oli perusterve ja vietti ensimmäisen pilottijakson ajan keskoskaapissa ja toisen pilottijakson ajan kehtosängyssä. Perhe oli motivoitunut lähtemään tutkimukseen, ja he toivoivat musiikkiterapiaa kenguruhoidon yhteyteen sekä kotiäänien tuomista osastolle.

Kuten ihmiset yleensä, myös perheet ovat keskenään hyvin erilaisia. Molempien perheiden kanssa yhteistä oli se, että he halusivat osallistua musiikkiterapiaan

sekä se, että äidit pyrkivät olemaan paljon kontaktissa vauvansa kanssa. Tutkimuksessa on esitelty perheet erikseen juuri siitä syystä, että musiikkiterapian toteutustapa on riippuvainen siitä perheestä/äidistä ja vauvasta, keiden kanssa sitä toteutetaan.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTO

4.1 Tutkimuksessa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät

Tutkimuksessa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät oli suunniteltu mahdollisimman yksinkertaisiksi, jotta niiden toistettavuus olisi helppoa ja keskosvauvojen kehitykselle sopivaa. Tarkoituksena oli myös, että menetelmiä voisivat käyttää sekä vanhemmat kotona että hoitajat osastolla.

Musiikkiterapian alkuvaiheessa mietimme molempien äitien kanssa vauvalle oman laulun, jota jokaisessa tapaamisessa laulettiin. Muita menetelmiä olivat hyräily, matalalle viritetyn kanteleen soittaminen sekä merirumpu. Myös äidin/vanhemman kanssa käytävät keskustelut olivat osa menetelmiä. Äidin tai perheen äänten nauhoittamiseen käytin nauhuria, jota sekä yhdessä äidin kanssa että henkilökunta yksin kuuntelutti vauvalle vanhempien poissa ollessa.

Istunnoissa toistui musiikkiterapialle tyypillinen tuttu rakenne ja kaari, musiikkihetket alkoivat joka kerta samalla tavalla ja päättyivät samaan tapaan. Näin vauvalla oli mahdollisuus ennakoida tutun hetken alkaminen ja myös se, milloin hetki päättyy. Musiikilliset rakenteet koostuivat noin kolmesta nuotista/soinnuista, ja ne toistuivat samanlaisina koko istunnon ajan. Vauvan ”oma laulu” sijoittui istunnon keskivaiheille.

4.2 Videotallenteet

Tutkimuksessani oli lupa käyttää videokameraa, mutta aikataulullisista syistä lupa koski vain monitorin kuvaamista, ihmisiä ei ollut lupa kuvata. Videotallenteita ei myöskään ole jokaisesta istunnosta, kuten ei myöskään monitoria, koska sen käyttö riippuu vauvan senhetkisestä tilanteesta ja sen sallivuudesta.

Videotallenteiden voidaan katsoa tukevan omia havaintoja ja muistiinpanoja, koska niistä voi tarkastaa terapiatilanteessa käytyt keskustelut ja varmistua niiden paikkansapitävyydestä.

Videotallenteita on tosin sen verran vähän verrattuna kaikkiin terapiaistuntoihin 12/24, etteivät ne kata koko tutkimuksen kulkua. Sen vuoksi niiden tarkka analysointi on jätettävä tässä tutkimuksessa vähemmälle, tosin myös siksi, ettei niiden pikkutarkka analysointi vastaa myöskään tutkimuskysymykseen. Ne voisi nähdä omalta osaltaan tukemassa analyysia sekä tuomassa luotettavuutta, mutta täytynee todeta, että ne ovat vain pieni osa kaikkea tutkimusmateriaalia.

4.3 Omat muistiinpanot ja havainnot

Merkittävä osa aineistosta koostuu omista muistiinpanoista ja havainnoista, joihin myös äitien ja osittain osaston henkilökunnan kanssa käytyt keskustelut kuuluvat. Kirjasin muistiinpanot ylös jokaisen istunnon jälkeen, jotta ne olisivat mahdollisimmat totuudenmukaisia ja luotettavia. Kirjasin ylös myös omia tunteuksiani ja ajatuksiani.

Toinen pilottijakso erosi ensimmäisestä siten, että siinä perheitä oli vain yksi. Istuntoja toteutui yhteensä 10, joista vain neljästä on videotallennetta. Kolmessa niistä oli monitori mukana. Vauva kasvoi tutkimuksen aikana ja pääsi toisen pilottijakson aikana kehtosänkyyn eikä tarvinnut enää monitoria. Tästä syystä luovuin loppujen istuntojen videoinnista, koska ajattelin sen hyödyn olevan verrattain pieni. Istuntojen kulku noudatti koko ajan samaa rakennetta. Sen sijaan jokaisesta istunnosta on tehty muistiinpanot, joihin myös äidin kommentit on kirjattu.

Toisen pilottijakson aineisto nojaa näin ollen suurimmalta osin omiin muistiinpanoihini, havaintoihini sekä keskusteluihin äidin kanssa ja hänen kokemuksiinsa.

4.4 Äitien haastattelut

Päädyin haastattelemaan äitejä, koska haastattelun etuna on ennen kaikkea joustavuus. Kuten Tuomi & Sarajärvi (2009, 73) toteavat, kysymys on mahdollista esittää uudelleen, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastattelut olivat myös ajan puitteissa mahdollisia, koska äitejä oli vain kaksi. Näin niihin oli mahdollista varata runsaasti aikaa. Haastattelin äitejä tilanteessa, jossa muutenkin oltiin yhdessä vauvan kanssa. Näin tilanne oli mahdollisimman luonteva ja antoi tilaa siinä hetkessä nousseille kysymyksille ja keskustelulle. Haastateltavilla oli tiedossa etukäteen, mitä haastattelu koskee ja minkälaisia teemoja lähestytään.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja niiden muotona oli teemahaastattelu, missä on Hirsjärven ym. (2003, 195) mukaan tyypillistä, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Teemat olivat äideille jo sinänsä tuttuja, koska niistä oli keskusteltu myös aiemmin terapiaistuntojen kuluessa.

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joiden pohjalta keskustellaan. Sen etuna on joustavuus sekä se, ettei se ota kantaa siihen, montako haastattelua tehdään, eikä siihen, miten syvälle aiheen käsittelyssä mennään. Keskeisiä ovat ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset sekä se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28.)

4.5 Kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle

Alkuperäinen suunnitelmani oli haastatella myös keskososaston hoitajia, mutta tulin siihen tulokseen, että lomakekyselyllä saan mahdollisimman usealta henkilöltä tietoa. Haastatteluissa olisin joutunut rajaamaan määrän vain

muutamaan hoitajaan ajan rajallisuuden vuoksi. Koska aineistoa on kerätty monilla eri menetelmillä, määrältään useiden ja pitkien haastattelujen tekeminen ei olisi palvellut loppujen lopuksi tämän tutkimuksen tarkoitusta.

Hirsjärven ym. (2003, 182) mukaan kyselyn etuna voidaan nähdä se, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Se on menetelmänä tehokas, koska se säästää aikaa ja tutkijan vaivannäköä. Ongelmaksi voi kuitenkin muodostua tulosten tulkinta. Muita heikkouksia edellä mainitun lisäksi ovat myös:

- Ei varmistusta siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti.
- Ei selvyyttä siitä, miten onnistuneita vastausvaihtoehtot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. Näin ollen voi syntyä väärinymmärryksiä.
- Ei tietoa, miten vastaajat ovat selvillä kyseisestä alueesta tai ovat perehtyneet kyseiseen asiaan, josta kysymykset ovat esitetty.
- Hyvän lomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta monenlaista tietoa ja taitoa ja vie aikaa.
- Jossain tapauksissa vastaamattomuus nousee suureksi.

Kyselylomake (Liite 3) sisältää sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Tällä on pyritty siihen, että aiheesta voisi saada monenlaisia vastauksia, myös niitä, joita ei kyselylomaketta laadittaessa osaa ennalta arvioida. Monivalintakysymysten tarkoituksena on antaa vaihtoehtoja, koska kyseisestä aihealueesta ei välttämättä ole monella tietoa. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää, mitä aiheesta jo tiedetään, mitä ajatuksia pilottijakso on herättänyt ja mitä yleisiä käsityksiä ja asenteita aiheeseen liittyy. Myös sen selvittäminen, voisiko musiikkiterapiaa vastaajan mielestä jatkossa käyttää keskosten hoidossa, on oleellista tutkimuksen kannalta.

Hirsjärven ym. (2003, 191) mukaan lomakkeen valmistelussa on merkittävää käyttää apuna esitutkimusta eli lomaketta kokeillaan käytännössä. Näin on mahdollista havaita ongelmakohdat ja puuttua niihin ennen kuin lomake annetaan kohdejoukolle.

Pyrin pitämään lomakkeen selkeänä ja ytimekkäänä, jotta sen täyttäminen työn ohessa ei vaatisi turhan suurta ajankulua ja jäisi sen vuoksi täyttämättä. Jaoin kyselylomakkeita osastolle yhteensä 15 kappaletta, joista palautettiin 12.

5 AINEISTON ANALYSOINTI

5.1 Laadullisen aineiston analyysista

Olen käyttänyt tutkimuksessa hyväkseni Kiviniemen (1999, 77) kuvausta laadullisen aineiston analyysin pääpiirteisestä etenemisestä. Kun aineistonkeruu on päättynyt, analysointi etenee usein analyttisen ja synteettisen vaiheen kautta. Analyttisessä vaiheessa aineisto luokitellaan ja järjestetään systemaattisesti eri teema-alueisiin ja koodataan helpommin tulkittavissa oleviin osiin. Käytännössä tämä vaihe muodostuu lopulliseen muotoonsa useiden eri analysointivaiheiden jälkeen. Tutkimuksessani esiin nousee jo heti alkuvaiheessa kategorioita, jotka karkeasti voidaan jakaa *osaston henkilökuntaan, perheisiin* sekä *terapiajaksoihin*. Näiden sisällä vaikuttavat taas useat eri kategoriat ja teemat, joita ovat muun muassa asenteet, odotukset, kokemukset, havainnot, mielipiteet.

Analysoinnin synteettisessä vaiheessa keskeistä on löytää kantava temaattinen kokonaisrakenne, joka kannattaa koko aineistoa. Raportoinnissa tulee pyrkiä tarkasteltavien teemojen kokonaisvaltaiseen käsittelyyn, mikä tästä näkökulmasta tarkoittaa, että aineiston analysoinnin yhtenä tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa käytäntöä ja joiden varaan tulosten analysointi voidaan rakentaa. Tehtävänä on löytää ne keskeisimmät käsitteet, jotka määrittelevät runsasta aineistokokonaisuutta ja joiden avulla epäolennaista aineistoa voidaan karsia pois. (Kiviniemi 1999, 77.)

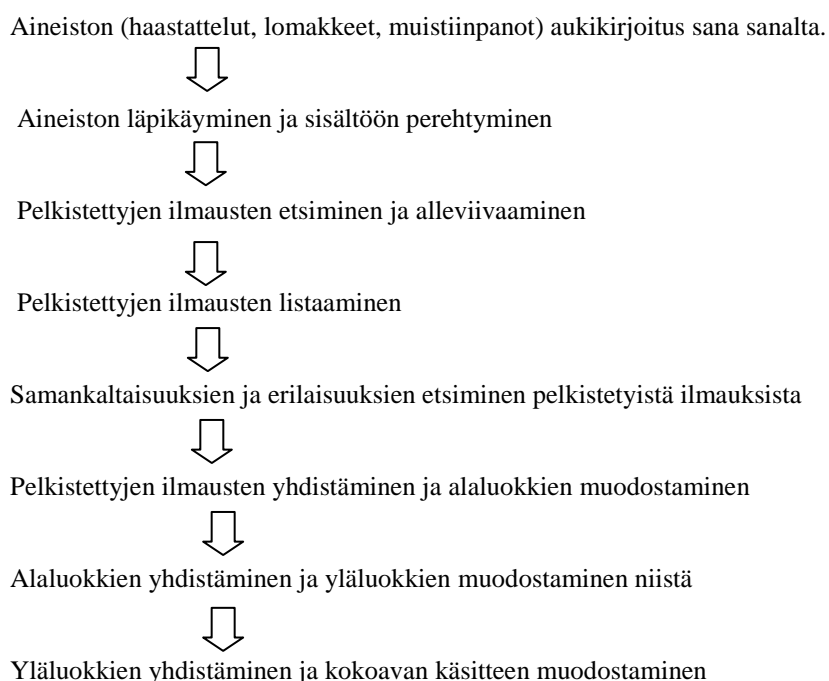
Aineiston analyysi on toteutettu sisällönanalyysia hyväksikäyttäen, mikä sopii myös täysin strukturoimattoman aineiston analyysiin, kuten Tuomi & Sarajärvi (2009, 103) toteavat. He ovat tuoneet esille Grönforsin (1982, 161) ajatuksen, että sisällönanalyysilla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, mutta kerätty aineisto saadaan sillä vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Tässä törmätäänkin sisällönanalyysilla toteutettujen

tutkimusten kritiikkiin sillä niissä tutkija on voinut kuvata analyysia hyvin tarkasti, mutta ei ole kyennyt tekemään siitä mielekkäitä johtopäätöksiä.

Aineiston analyysin muotona tässä tutkimuksessa on *aineistolähtöinen sisällönanalyysi*, jossa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Siinä Tuomen & Sarajärven (2009, 95) mukaan aikaisemmat teoriat ja havainnot eivät vaikuta lopputulokseen, vaan analyysi on aineistolähtöistä. Koska tässä tutkimuksessa tuotetaan paljon uutta ja eri tavoin hankittua materiaalia, on aineistolähtöisen sisällönanalyysin käyttäminen perusteltua. Taustateoria ei voi eikä saa vaikuttaa lopputulokseen, koska tutkimus on tällaisenaan ainutkertainen.

Tuomi & Sarajärvi (2009, 108) ovat esitelleet Milesin ja Hubermanin (1994) kuvauksen aineistolähtöisestä analyysistä kolmevaiheisena prosessina: 1. aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2. aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty Tuomen & Sarajärven (2009, 109) kuviota tämän tutkimuksen aineistolähtöisestä sisällönanalyysin etenemisestä:



KUVIO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

On kuitenkin syytä todeta, että kyseinen kuvio on antanut tutkimuksen analyysille rungon, mutta sitä on sovellettu joustavasti eri tutkimusaineistoissa.

5.2 Videotallenteet ja omat muistiinpanot

Videomateriaalin vähyyden ja tämän tutkimuksen puitteet huomioon ottaen tulin siihen tulokseen, ettei videotallenteiden tarkka analysointi ole mielekästä. Esitän kuitenkin tavan, jolla kävin aineiston läpi ja josta myös otin otteen istunnon pääsääntöisestä kulusta.

Kuuntelin videotallenteet tarkasti ja merkitsin ylös kaikki muutokset. Seuraavassa esimerkki videotallenteen läpikäynnistä:

"4.7.2011

MUSIIKIN KESTO N.17min

1 ... valmistelua

2:10–04:00 s.183 sat. 97 jutustelua, asennon laittamista, imetykseen valmistautumista

4:00–04:30 hiljaista s.153 sat.93

4:30- kannel alkaa s.159 sat.100

4:30–6:20 hiljaista perusnäppäilyä s n156 sat.100

6:20 hyräily alkaa s161 sat.100

6:20–7:39 syke laskee hiljalleen 141

7:39–8:25 imemisääniä, öhinää, äidin ääntä s.158 sat.100

8:40 taustääniä, s. hyppäsi 177

8:52–8:55 kovaa naurua, sat.laskee 98 s.170, laulu loppuu 8:41 kannel jatkaa

9–9:14 syke tasainen 167 sat 100

9:22–9:44 hiljaista näppäilyä, s. tasainen 161–162

9:44 s 143–162 sat. 95–100

10:22 hyräily alkaa s.159, sat.100"

Mitä enemmän kävin videomateriaalia läpi, sen selvemmäksi kävi myös sen heikkous. Äidin ja vauvan kanssa työskenneltäessä istutaan lähekkäin ja ollaan hyvin herkässä tilanteessa. Keskustelu on luonnollisesti myös normaalia puhetasoa vaimeampaa. Tämän vuoksi kaikki keskustelut eivät kuulu tarpeeksi hyvin videolta tai joitain sanoja peittyi kohinaan. Tämän vuoksi olen analyysivaiheessa liittänyt videotallenteet ja omat muistiinpanoni yhteen, ne täydentävät toinen toistaan, mutta kumpikaan ei yksistään ole riittävän kattava perinpohjaisen analyysin tekemiseen tässä tutkimuksessa. Omista muistiinpanoistani merkittäviä ovat omat tai äidin/hoitajan havainnot.

5.2.1 Omat muistiinpanot, Pilotti 1

Esitän seuraavaksi otteen omien muistiinpanojen analysointiprosessista, esimerkissä on ensimmäinen pilotti ja molemmat perheet. Toisen pilotin kävin läpi samalla tavalla.

Ensimmäiseksi etsin omia sekä äidin ilmauksia, joita listasin ylös.

Perhe A:

Omat ilmaukset/havainnot:

- äiti yhteistyöhaluinen
- äidin toive imetyksen tukemisesta
- äidillä oli kontakti koko ajan vauvaan
- ... aluksi sessiota häytti monitorin jatkuva piippaus
- toinen äiti lypsämässä samassa huoneessa
- Vauva nukahteli rinnalle
- Vauva nukahteli rinnalle, se hieman turhautti äitiä
- vauva a:n äiti ei tullutkaan, joten lähdin pois koska maito laitettiin letkuun

Seuraavaksi lähdin etsimään oleellisia ilmauksia sekä äidin että hoitajan ilmauksista:

O	<i>Yhteistyö: Äidin toiveet</i> <i>Haasteet: monitorin piippaus---yleinen tila---äidin estyminen---</i> <i>Vuorovaikutus vauvan kanssa</i>
M	
A	
T	

Äidin/hoitajan ilmaukset:

- happisaturaatio pysyi tasaisena eikä maitoa mennyt ollenkaan henkeen.
Vauva kuunteli
- Toivoi että tulen huomenna uudestaan imetykseen mukaan
- kotiinmenokin on sitten varmasti pieni stressi kun ympäristö vaihtuu
- Äidillä ollut mielessä kehtolaulu, jota hyräilin.

Ä	H	<i>Havainnot vauvasta:</i>
I	O	
T	I	
I	T	
A		- Tasainen happisaturaatio
J		- Maitoa ei mennyt henkeen
A		- vauva kuunteli
		<i>Yhteistyö: Äidin toiveet ----pohdinta----laulun valinta</i>

Lopuksi pohdin, mitkä käsitteet voisivat kuvata edellä olleita ilmauksia ja hahmottelin niistä kokoavia käsitteitä:

YHTEENVETO

Yhteistyö äidin kanssa	Haasteet	Havainnot vauvasta
------------------------	----------	--------------------

Perhe B:

Omat ilmaukset/havainnot:

- Vanhemmat vaikuttivat motivoituneilta
- Piti yhdeltä olla kotiäänien kuuntelu, mutta huoneessa muut vanhemmat joten se peruuntui
- hyräiltiin yhdessä
- Äidin kanssa pitkä jutteluhetki
- Tunnelma rauhallinen
- vauvalla ollut aiemmin röntgenkuvaus
- Oli hereillä koko laulusession ajan ja pyrki katselemaan ympärilleen.
- Syke pysyi tasaisena eikä monitori piippaillut musiikkihetken aikana, vasta sen jälkeen.
- Äiti hyräili mukana
- vauva selvästi reagoi. Heilutteli käsiään ja raotteli silmiään
- äiti seurasi reaktioita mielellään.
- kenguruhoito-hetki, missä vauva kuunteli musiikit ja nukahti äidin hyräilyyn

O
M
A
T

Havainnot: Motivaatio, Tunnelma, Vauva

Haasteet: Tila, aiemmat toimenpiteet, tiedon kulku

Yhteistyö äidin kanssa: Hyräily, keskustelu

Äidin ilmaukset/havainnot:

- äidin mielestä reagoi musiikkiin.
- äiti oli huomannut muutoksen vauvassa kun näppäilin kanteletta yksi kieli kerrallaan.
- äidistä olisi mieluisaa jos kävisin laulamassa ilta-aikaan.
- Äiti kertoi että kaikki on mennyt hyvin, eikä takapakkeja ole tullut

Ä
I
T
I

Havainnot: Vauva ——— reagointi, muutokset

Yhteistyö: Toiveet, keskustelu

5.2.2 Omat muistiinpanot, Pilotti 2

Perhe B:

Havahtuminen, pään kääntely,

Silmien aukominen

Reagointi

Havainnot: Vauva

O
M
A
T

Yhteistyö: Keskustelua, hyräilyä, sopimista kotikäynnistä

Haasteet: Vauvan tutkimukset, tila, hoitajat seuraamassa

Ä
I
T
I

Havainnot: Vauva Reagoi musiikkiin, kuuntelee tarkasti, reagoi tuttuun lauluun, maiskuttelua soiton aikana, nauttii musiikin kuuntelusta, tunnistaa äänen

Yhteistyö: Äiti laulanut tauon aikana, toi ilmi että kiva keskustella kun päivät sairaalassa pitkiä.

5.3 Kyselylomakkeiden purkaminen ja analyysi

Kyselylomakkeiden (Liite 3) avulla kartoitettiin osaston hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia musiikkiterapiajaksoista. Purin kyselylomakkeet kahdella tavalla. Ensin kirjoitin muistiin kysymykset, joiden alle kokosin kaikkien vastaukset. Esimerkiksi:

Miten musiikkiterapeutin läsnäolo on mielestäsi vaikuttanut osaston toimintaan?

- 1. Varmaankin myönteisellä tavalla. Erityisesti vanhemmille siitä on ollut hyötyä (olen näin kuullut)
- 2. Mielenkiintoista olisi seurata ko.terapiaa
- 3. En koe sen hankaloittaneen toimintaa, vaikka tilat ovat ajoittain olleet ahtaatkin.
- 4.---
- 5. Läsnäolo ei ole millään tavalla esim. hankaloittanut hoitotyötä. Yhteistyö on toiminut hyvin. Varmaan pidemmätkin jaksot olisivat toivottavia, palvelisi keskosperheitä ☺.
- 6. en osaa sanoa
- 7. Toiminta jatkunut entisellään. Vanhemmat saaneet eväitä ja tukea hyvällä tavalla.
- 8. ei erityistä (ainakaan ei negatiivisesti!)
- 9. Ei haittaa osaston toiminnan kannalta
- 10. ---
- 11. Mukava on ollut seurata sinua ja perheitä
- 12. Positiivisesti! Vanhemmat ovat olleet kovasti innostuneita asiasta. uutta meille kaikille.

Seuraavaksi purin kyselyt taulukkoon, jossa on mahdollista tarkastella jokaisen vastaajan vastauksia erikseen. Esimerkiksi:

	Kysymys1	Kysymys2	Kysymys3	Kysymys4	Kysymys5	Kysymys6	jne
Vastaaja1	Ei	En	a, d	a,b	Uusi mielenkiintoinen alue/asia, toivottavasti jatkossa olisi enemmänkin tällaisia musiikkiterapeutin palveluja	Positiivisesti! Vanhemmat ovat olleet kovasti innostuneita asiasta. uutta meille kaikille	
Vastaaja2	Ei	Kyllä, Cd-levyjen soitteluun, hyräilyä hoitotilanteessa	a,b,c,d,e,f	a,b,d,e	Aihe on mielestäni erittäin mielenkiintoinen! Uskon, että musiikkiterapia hyödyttää keskoslapsen kehitystä monellakin tavalla. Toivon, että tutkimustulokset jäävät jollain tavoin ”elämään” keskolaan.	Mukava on ollut seurata sinua ja perheitä	
Jne.							

KUVIO 3. Esimerkki kyselylomakkeen purkamisesta

Koska kyselylomake ei ollut kovin pitkä ja lomakkeita oli suhteellisen vähän, katsoin niiden purkamisen ilman tietokoneohjelmia mahdolliseksi.

Sovelsin aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemistä (kuvio 2) kyselylomakkeisiin joustavasti. Ensin perehdyin kysymyksiin ja jaoin aihealueet kolmeen alueeseen:

1. Ennen pilottijaksoja:

- *Kokemukset* musiikkiterapiasta keskosten kanssa
- *Mielikuvat* musiikkiterapian käytöstä keskosten kanssa

2. Pilottijaksojen aikana

- *Kokemukset* pilottijaksoista
- Pilottijaksojen *vaikutukset* osaston toimintaan

3. Pilottijaksojen jälkeen

- Pilottijaksojen *vaikutukset suhtautumiseen* musiikkiin keskosvauvojen hoidossa
- Muuta (*huomioita, ehdotuksia*)

Seuraavaksi lähdin purkamaan vastauksia ja etsimään niistä teemoja. Tarkastelin vastauksia ja kirjasin ylös ne kysymykset, jotka olivat saaneet saman vastauksen kaikilta vastaajilta. Tällainen tapaus oli esimerkiksi kysymys 1: musiikkiterapia keskosten kanssa ei ollut kenellekään tuttua. Seuraavassa alaluvussa esimerkki sisältöön perehtymisestä.

5.3.1 Ennen pilottijaksoja

Kokemukset:

- Musiikkiterapia keskoslasten kanssa ei tuttua.
- Musiikkia keskoslasten kanssa käyttänyt 5.
- *CD-levyjen soittaminen (3)*
- *Hyräily (3)*
- *Laulaminen (2)*
- Korvalappusstereoiden kautta musiikkia keskosten kaappiin (1)

Mielikuvat:

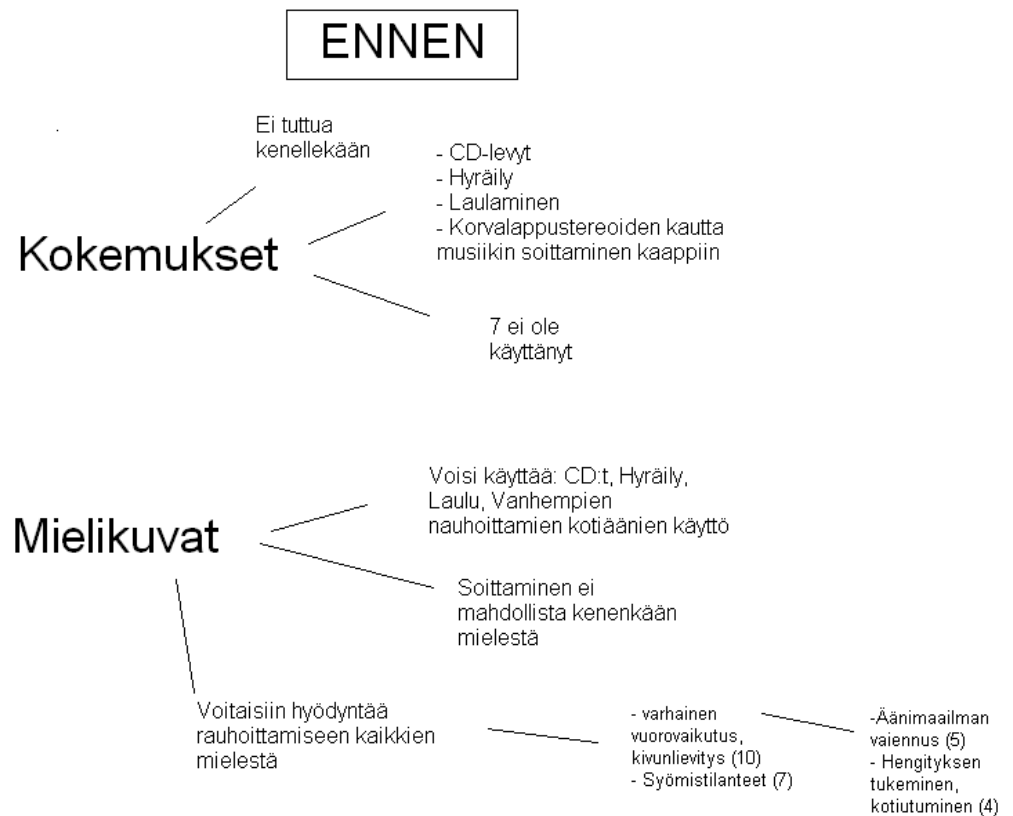
Voisi hyödyntää:

- Rauhoittuminen (12)
- Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen (10)
- Kivunlievitykseen (10)
- Syömistilanteiden tukemiseen (7)
- Äänimaailman vaientamiseen (5)
- Hengityksen tukemiseen (4)
- Johonkin muuhun (0)
- En näe hyötyä (0)

Työssä olisi mahdollista käyttää:

- *Valmiit CD:t (11)*
- *Hyräily (10)*
- *Laulaminen (8)*
- *Vanhempien nauhoittamien äänitteiden käyttäminen (8)*
- Soittaminen (0)
- Ei mielipidettä (0)
- Ei ole mahdollista käyttää (0)
- Jokin muu (0)

Tämän jälkeen listasin aineistosta yhtenäisyydet ja merkittävimmän vastaustuloksen saaneet ja hahmottelin kuvion (kuvio 4), jonka pohjalta olennaisia vastauksia on helppo tarkastella ja myös kirjoittaa lopulliseen muotoonsa myöhemmin. Jatkoisin aineiston läpikäymistä samalla tavalla, tosin avoimissa kysymyksissä pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja sitä kautta luokittelu on luonnollisesti erilaista.

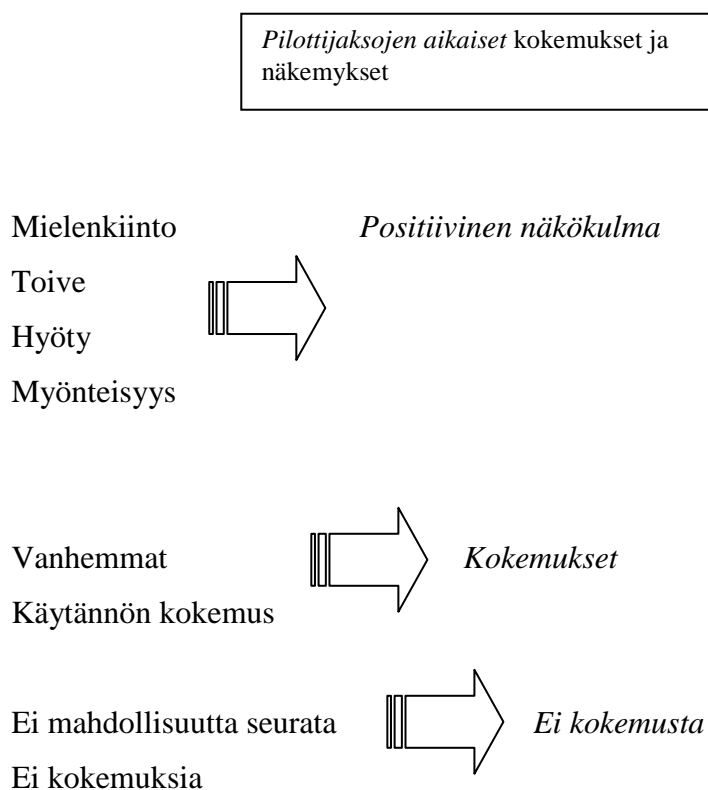


KUVIO 4. Kyselylomakkeen purkaminen

5.3.2 Pilottijaksojen aikana

Kaksi seuraavaa kysymystä, eli “Mitä kokemuksia sinulla on musiikkiterapeutin tekemistä pilottijaksoista?” ja “Miten musiikkiterapeutin läsnäolo on vaikuttanut mielestäsi osaston toimintaan?”, ovat avoimia ja sen vuoksi helpommin

sovellettavissa aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemiseen. Alleviivasin eri värillä pelkistettyjä ilmauksia ja sain niiden pohjalta seuraavat teemat: mielenkiinto, toive, hyöty, vanhemmat, käytännön kokemus, ei mahdollisuutta seuraamiseen, ei kokemuksia ja myönteisyys. Esimerkiksi: ”*Uusi mielenkiintoinen alue/asia, toivottavasti jatkossa olisi enemmänkin tällaisia musiikkiterapeutin palveluja.*” Lauseessa esiintyy ”mielenkiinto” sekä ”toive” jatkosta. Seuraavassa esimerkki, kuinka hahmottelin alaluokat ja yläluokat:



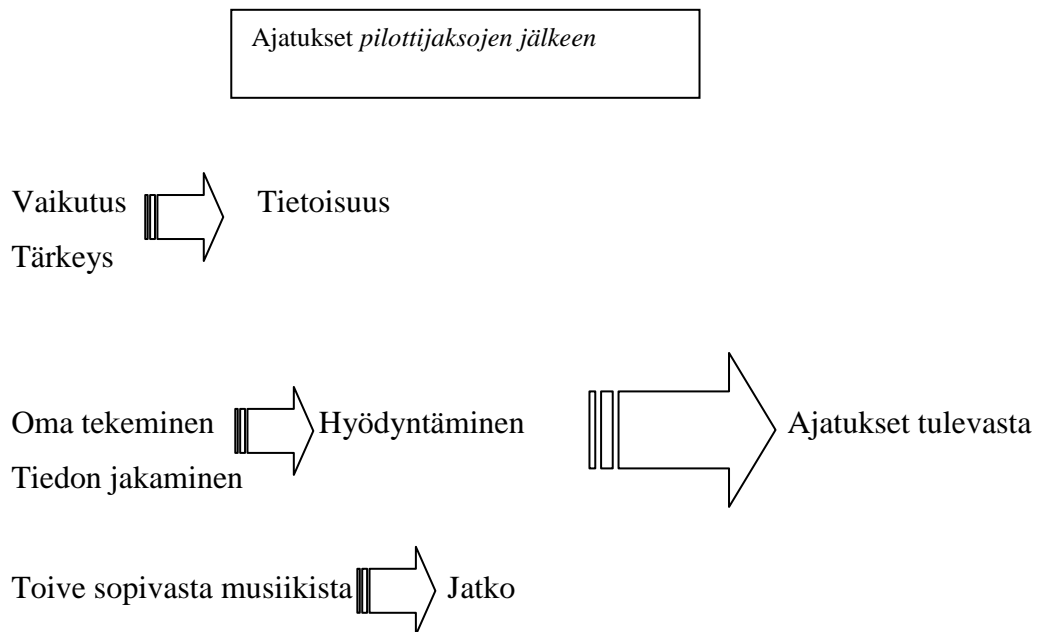
KUVIO 5. Avointen kysymysten purkaminen

5.3.3 Pilottijaksojen jälkeen

Kysymykset, jotka kuvaavat kokemuksia ja ajatuksia pilottijaksojen jälkeiseltä ajalta, ovat:

- Vaikuttivatko musiikkiterapeutin tekemät pilottijaksot suhtautumiseesi musiikin hyödyntämiseen keskosvauvojen hoidossa? Kyllä. Miten? -----
Ei.
- Muuta (huomiot, ehdotukset...)

Kyllä-vastauksia oli yhdeksän ja ei-vastauksia kaksi. Lisäksi yhtenä vastauksena oli pelkkä kysymysmerkki. Vastausten pohjalta alaluokiksi nousivat tietoisuus, hyödyntäminen ja jatko. Esimerkiksi vastauksessa: ”Kyllä, ehdottoman tärkeä asia. Yritän osaltani toteuttaa musiikin hyödyntämistä jatkossa.”



KUVIO 6. Ajatukset pilottijaksojen jälkeen kyselylomakkeen pohjalta

5.4 Äitien haastattelut

Äitien haastattelut analysoin käyttämällä hyväkseni Tuomen & Sarajärven (2009, 109) mallia (Kuvio 2). Litteroinnin jälkeen alleviivasin pelkistettyjä ilmauksia, toisin sanoen ilmauksia, jotka kertovat jotakin olennaista tutkimukseen liittyen.

Kun lähdin etsimään pelkistettyjä ilmauksia, esiin nousi myös teemahaastattelun pohjalta seuraavat kohdat: odotukset, tiedon saanti, kokemukset, havainnot vauvasta, menetelmien hyödyntäminen sekä toiveet. Sen jälkeen yhdistin teemat seuraavanlaisesti:

Ennen	Pilottien aikana	Jälkeen
<i>Odotukset</i>	<i>Kokemukset</i>	<i>Menetelmien hyödyntäminen</i>
-Vauva A:n äiti	-Vauva A:n äiti	-Vauva A:n äiti
-Vauva B:n äiti	-Vauva B:n äiti	-Vauva B:n äiti
<i>Tiedonsaanti</i>	<i>avainnot vauvasta</i>	<i>Toiveet</i>
-Vauva A:n äiti	-Vauva A:n äiti	-Vauva A:n äiti
-Vauva B:n äiti	-Vauva B:n äiti	-Vauva B:n äiti

Koska molempien äitien haastattelut etenivät samojen teemojen varassa, tämä malli sopii molempien haastattelujen purkamiseen. Kirjoitin tulokset näiden teemojen mukaan ja yhdistin sekä vertailin haastatteluissa saatua informaatiota myös toisiinsa.

6 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO

6.1 Ongelmien tarkastelua

Tutkimuksellani pyrin selvittämään, kuinka keskosten musiikkiterapiaa voisi toteuttaa suomalaisessa sairaalassa. Ennen tulosten lähempää tarkastelua on syytä käydä läpi eräitä haasteita, jotka nousivat esiin tutkimuksen eri vaiheissa. Ensimmäisen pilottijakson myötä pohdittavaksi jäi *alkuinformaatio, tiedonkulku, musiikkiterapian säännöllisyys, terapiassa käytettävät menetelmät sekä tekniset laitteet*.

Havaitsin melko pian, ettei hoitohenkilökunnasta kovin moni tiennyt, mitä tulen osastolla tekemään. Vaikka pidin ennen tutkimuksen alkamista pienen tilaisuuden, johon hoitohenkilökuntaa osallistui, se ei selvästi ollut riittävä. Pohdintavaiheen aikana päädyin siihen, että ratkaisen asian viettämällä enemmän aikaa osastolla ja kertomalla mahdollisimman usealle, mitä musiikkiterapia keskosvauvojen kanssa on, sekä kuvaamaan, mitä terapiaistunnoissa tapahtuu. Tosin tutkimukseni ei kyennyt ratkaisemaan tätä ongelmaa täysin. Henkilökunnan informointi vie paljon enemmän aikaa kuin mitä tässä tutkimuksessa oli, ja se tulisi tehdä jatkossa suunnitellusti sekä systemaattisesti useassa eri osassa ennen varsinaisen työskentelyn alkamista keskolassa.

Tiedonkulun ongelma koski kaikkia osapuolia, mutta korostui erityisesti keskusteluissa äidin kanssa. Se oli seikka, johon todella tuli kiinnittää huomiota. Pohdin asiaa usealta eri kannalta pilottijaksojen välissä ja tulin siihen tulokseen, että olisi syytä varmistaa terapian ajankohta usein eri hoitajille ja varmistaa, että tuloni on kaikkien tiedossa. Näin ollen äidin ei tarvitsisi kertoa siitä hoitohenkilökunnalle eikä kantaa vastuuta siitä, tietävätkö kaikki tulostani. Toisen pilottijakson aikana paransin tiedonkulkua jättämällä myös kirjallisia viestejä hoitajille, mitä äidin kanssa oli sovittu. Toisen pilottijakson aikana äiti pääsi

liikkumaan vauvan kanssa odotustilaan, jossa tapasimme, joten tiedokulun ongelma helpottui myös osittain tästä syystä. Varasin aikaa myös tapaamisiin runsaasti, joten terapia alkoi, kun äidillä ja vauvalla oli siihen hyvä hetki. Kirjallinen viesti näkyvällä paikalla oli toimiva tapa tiedottaa terapian ajankohdasta, ja mikäli muutoksia tulisi, hoitohenkilökunnan olisi helpompaa soittaa ja sopia mahdollisista muutoksista. Koin hyväksi myös selvittää, keitä hoitajia seuraavana päivänä olisi vuorossa ja varmistaa, että myös he saisivat viestin, milloin tulen paikalle.

Terapian ajankohta oli haaste alusta alkaen. Hyvä olisi, jos aika voisi pysyä samana, mutta se on erittäin haastavaa keskososaton vaihtelevan arjen vuoksi. Hoitajien kanssa keskusteluissa päädyttiin kuitenkin siihen, että ilta-aikana vauvat usein nukkuvat, joten terapian olisi hyvä tapahtua päiväsaikaan. Toisen pilotin aikana aika oli helpompaa pitää samana, koska vauva oli päässyt pois keskoskaapista ja vietti paljon aikaa äidin kanssa.

Ensimmäisen pilottijakson aikana pohdin, kuinka paljon erilaisia musiikkiterapiamenetelmiä olisi mielekästä käyttää tutkimuksessa. Pohdintavaiheen aikana oli huomioitava useita vaihtoehtoja seuraavaan pilottiin. Jos vauvoja olisi paljon, voisi menetelminä olla myös musiikkiterapian toteuttaminen keskoskaapin ulkopuolelta. Jos vauvoja on vähän, mahdollisuudet luonnollisesti pienenevät. Koska vauvoja oli toisessa pilotissa vähän, menetelmät muodostuivat ensimmäisen pilotin pohjalta, ja ne olivat tuttuja sekä vauvalle että äidille. Miten musiikkiterapiaa voisi toteuttaa keskoskaapissa olevan vauvan kanssa suomalaisessa sairaalaympäristössä? Se kysymys jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle ja olisi erittäin mielenkiintoista selvittää myöhemmin.

Ongelma, johon en löytänyt ratkaisua toisen pilotin aikana, oli äänen toistaminen keskoskaappiin. Toinen perhe oli erityisen kiinnostunut siitä, että he nauhoittivat kotiaaniä, mutta käyttämämme laitteet eivät olleet tähän toimintaan erityisen hyviä. Tarvittaisiin lisätietoa ja koulutusta laitteista, jotka tällaiseen työhön sopivat, jotta kaikki sujuisi moitteettomasti. Jatkossa onkin syytä selvittää

tarkemmin keinoja musiikin/äänen toistamiseen suoraan keskoskaappiin keskosvauvojen erityistarpeet huomioon ottaen. Laitteiden täytyisi olla myös niin helppoja käyttää, että sairaalan hoitohenkilökunta pystyisi käyttämään niitä työnsä ohessa ilman suurta vaivaa.

6.2 Perhe A

Perheeseen kuuluivat äiti, isä, aiempi sisarus sekä vauva, joka syntyi viikolla 31+1. Terapian alkaessa vauva ei ollut enää keskoskaapissa. Sovimme äidin kanssa, että hän saa keskittyä imettämään vauvaa ja halutessaan voi myös osallistua musiikilliseen toimintaan. Hän toivoi musiikkiterapian tuovan apua imetystilanteisiin, joissa hän koki epävarmuutta. Hoitaja puolestaan toivoi apua pulloruokintaan, jonka hallinnassa vauvalla oli vielä vaikeuksia.

Ennen perheen tapaamista vanhemmat saivat tietoa hoitajilta tulevasta musiikkiterapiatutkimuksesta. Itse musiikkiterapiasta ei vanhemmilla ollut mitään käsitystä, eivätkä he myöskään saaneet siitä kovin paljon tietoa etukäteen. *”No ne kerto et sinä tuut tänne soittelemaan sitä kanteletta ja sitten ne sano että sinä kerrot enemmän.”* Tapaamisemme jälkeen sovimme yhdessä tavoitteista.

Tapaamisia perheen kanssa toteutui yhteensä seitsemän kymmenestä. Näistä kuudessa äiti oli mukana ja yhdessä tapaamisessa isä ja äiti molemmat yhtä aikaa. Hoitajan ja vauvan kanssa tapasimme kerran. Terapia toteutui sairaalan perhehuoneessa, jossa oli mahdollisuus olla rauhassa ja muusta osastosta erillään. Videotallenne on neljästä terapiakerrasta, ja monitori oli mukana kolmessa istunnossa. Sen lisäksi aineisto koostuu terapeutin ja äidin havainnoista, muistiinpanoista sekä äidin loppuhaastattelusta.

Terapiatapaamiset toteutuivat peräkkäisinä päivinä. Tapaamisista toinen, kuudes sekä kahdeksas peruuntuivat. Tapaamisten kesto vaihteli suuresti tunnista yli kahteen tuntiin. Kestoon vaikuttivat vauvan senhetkinen tilanne, kuten

vaipanvaihdot, syöttämisen ajoitus sekä vauvan nukkuminen. Musiikillisissa hetkissä oli sen sijaan sama kaari, sama aloitus sekä lopetus. Musiikillisen hetken jälkeen aikaa oli reilusti keskusteluun.

Äiti toivoi musiikkiterapiasta apua imetykseen. Imetystilanteessa vauvan ongelmana ei niinkään ollut se, että hän olisi niellyt maitoa liian nopeasti, vaan se, ettei hän jaksanut vielä imeä tarpeeksi, jotta paino olisi noussut selvästi. Tutkimustulosten valossa en kuitenkaan näe, että musiikilla olisi ollut suoranaista apua juuri tähän ongelmaan. Tosin se on voinut auttaa äitiä jaksamaan olemaan läsnä imetystilanteissa, ja sitä kautta musiikin vaikutukset ovat voineet heijastua myös vauvaan.

Aineiston perusteella näkisin selvimmäksi hyödyksi sen, että musiikin avulla oli mahdollista liittyä tilanteeseen, mikä muulla tavoin ei olisi ollut mahdollista. Imetystilanteessa keskustelu olisi ollut vaikeaa, koska äidin olisi pitänyt jakaa huomionsa kahdelle taholle. Musiikki mahdollisti äidin keskittymisen vauvaan, ja tilanteeseen pystyi osallistumaan ulkopuolelta. Lisäksi voisi todeta, että musiikkiterapian hyöty tälle perheelle oli äidin tukeminen myös muuten sairaalassa.

Musiikista näyttäisi selvästi olleen eniten hyötyä syömiseen silloin, kun hoitaja syötti vauvaa tuttipullosta. Tosin niihin aikoihin tuttipullosta syöminen ilmeisesti helpotti muutenkin, joten suoranaista johtopäätöstä tästä on vaikea vetää. Sekä hoitajan että oman havainnointini perusteella musiikki näytti tauottavan syömistä ja selvästi herätti vauvan mielenkiinnon. Hoitaja kuvasi tilannetta osuvasti: *”Se ihan pysähtyi kuuntelemaan. Pulssi putosi 170:stä sinne 140:een. Silmät pyöreenä kuunteli.”*

Aineistosta on nähtävissä myös se, että terapian edetessä musiikilliset hetket pitenivät. Alun kuudesta minuutista musiikillinen osio piteni viimeisen tapaamisen kahdeksaan ja puoleen minuuttiin, jonka perään vielä laulettiin vauvan oma laulu kokonaan.

Kokemuksiaan musiikkiterapiasta äiti kuvaa seuraavalla tavalla: *”tunnostaa et [vauva] on reipastunu et heti kun sä kävit siellä ekan kerran ku mä en ollut paikalla, ni sehän oli seuraavana päivänä semmonen oikein virkee ja sillähän mä ajattelin et auttokohan se musiikkiterapia et se jaksaa enemmän?”* Äidin mukaan vauva on ollut musiikkiterapiahetkissä rauhallinen ja rauhoittunut musiikin alkaessa, mikä näkyy myös muistiinpanoissa sekä pulssissa niiltä osin kuin monitoria on saatu kuvattua.

Äiti oli motivoitunut osallistumaan musiikkiterapiaan, mistä kertoo muun muassa se, että hänellä oli toiveita sen suhteen. Äiti ei päässyt sairaalaan jokaisella kerralla, mihin oli yhtenä syynä kodin ja sairaalan välimatkan pituus ja se, ettei hän saanut sairaalaan kyytiä. Muuten hän oli paikalla sovituilla tapaamisilla. Äidille sopi se, että musiikkiterapiahetki toteutetaan vaikka hän ei pääsisi paikalle, mutta se toteutui niissä puitteissa vain kerran.

Pitkä matka sairaalaan on haasteellista äidille. Kulkeminen sairaalaan joka päivä ei välttämättä ole mahdollista jo kotona olevan lapsenkin vuoksi. Olisi ollut hyödyllistä vastata äidin toiveeseen, että vauvan luona käydään hänen estyessä. On kuitenkin huomioitava osaston senhetkinen tilanne sekä vaihtuvat hoitajat ja heidän tietämyksensä musiikkiterapiasta. Asioista saatettiin sopia edellisenä päivänä, mutta seuraavan päivän vuorossa ollut hoitaja ei tiennyt asiasta, jolloin terapiaa ei päästy tekemään.

Haasteena tässä terapiassa oli myös ajoittaiset monitorin piippaukset, joita ei välillä saatu omin voimin sammutettua. Vauva reagoi ääniin, ja se häiritsi musiikillista tekemistä. Myös tila toi omat haasteensa, välillä huoneessa oli toinen äiti tai siellä kävi hoitaja, jolloin odotimme että huone tyhjenee. Tätä tosin ei tapahtunut usein.

Äiti koki, että käyttökelpoisina menetelminä kotona olisivat hyräily ja lauleskelu. Hän ei varsinaisesti kokenut saaneensa musiikkiterapiasta mitään uutta, mutta totesi: *”no ehkä se musiikin tärkeys et kuunteluttaa että sekin niinku ja niitä lasten*

lauluja esimerkiksi pääsee kuuntelemaan”. Hän pohti myös sitä, muistaakohan vauva tutun laulun myöhemmin.

Äidillä oli selvä toive jatkosta, hän haluaisi, että musiikillista toimintaa tehtäisiin ryhmässä, jossa olisi mahdollisuus jakaa ajatuksia muiden samassa tilanteessa olevien äitien kanssa. Hän liittyisi mielellään mukaan ryhmään, johon myös isompia sisaruksia voisi ottaa mukaan. Laululeikit vauvan kanssa ryhmässä olisi hänen mielestään tervetullutta myös sairaala-ajalle sekä sen jälkeen.

6.3 Perhe B

Perheeseen kuuluivat äiti, isä sekä vauva. Vauva syntyi viikoilla 30+4 ja tuli juuri jakson alkaessa Oulun yliopistollisesta sairaalasta, jossa oli viettänyt kaksi viikkoa. Hän oli perusterve ja vietti ensimmäisen pilottijakson ajan keskoskaapissa. Äidillä ei ollut ennako-odotuksia musiikkiterapiasta. Äiti pohti musiikkiterapiaan lähtemistä näin: ”*Ainut minkä takia mietti et lähteekö niin oli se oma jaksaminen et jos on kovin aikataulutettua hommaa tai jos kovasti vaaditaan omaa panosta niin jaksaminen ei riitä sitten, mutta kun nämä saatiin järjestettyä näin mukavasti.*” Ennen terapian alkamista tapasin molemmat vanhemmat. Jatkossa tapasimme äidin ja vauvan kanssa.

Vanhempien toiveena oli kotiäänien kuunteluttaminen vauvalle ja kenguruhoidon tukeminen musiikillisin keinoin. Sovittiin näistä menetelmistä. Molemmat vanhemmat olivat motivoituneet musiikkiterapian aloittamiseen.

Ensimmäisen pilottijakson aikana toteutui seitsemän tapaamista. Kamera ja monitori olivat mukana kolmessa tapaamisessa sekä äidin haastattelussa. Tapasimme osastolla huoneessa, jossa vauvat olivat. Ensimmäisen pilottijakson aikana oli rauhallista ja väljää, paikalla vain kaksi–neljä vauvaa. Äiti istui musiikkiterapian aikana keinutuolissa, jonne vauva annettiin hänelle kenguruhoitoon. Itse olin tuolilla kiikkustuolin vieressä. Kahden seinän välissä

oleva sermi pantiin usein kiinni, joten musiikkiterapia tapahtui rauhallisessa tilanteessa. Taustalla kuului vaimeasti hoitajien keskustelua ja välillä muiden vauvojen itkua, mutta muuten oli rauhallista.

Olimme sopineet äidin ja isän kanssa, että kuuntelemme heidän nauhoittamiaan kotiaaniäniä heti seuraavalla tapaamisella, mutta se peruuntui, koska osastolla oli sillä hetkellä toinen perhe käymässä. Aloitimme kenguruhoidolla. Äidin kanssa keskusteltiin musiikin merkityksestä kenguruhoidossa: *”Kun tulee osastolle niin sitä herkästi kattlee ympärilleen ja kelloa, mutta kun musiikki on mukana niin sitä keskittyy siihen hetkeen. Varsinkin kun vauva nukkuu niin ei viitti koko ajan höpöttääkkään.”* Äiti kertoi kokevansa olonsa hyväksi musiikkiterapian aikana. Hän osallistui vauvan oman laulun laulamiseen tai hyräilyyn jokaisella kerralla ja oli paljon kontaktissa vauvaansa.

Terapiajakson hän koki myönteisenä: *”Positiivisesti mielestäni toteutunut että tuota hirmu mukavia ollu nämä yhteiset jutut ja saanu vähän itellekki ideoita et miten voisi kontaktia solmia vauvan kanssa.”*

Keskusteluissa äidin kanssa tuli ilmi toive, että koko henkilökunta tietäisi jollakin lailla, mitä teemme ja kuka olen. Hän koki puutteelliseksi tiedonkulun minun ja hoitajien välillä. Kaikki hoitajat eivät olleet tietoisia siitä, milloin tulen ja mitä tapahtuu. Äiti ei halunnut, että osastolla ajatellaan heidän toivovan itselleen erityiskohtelua. Tämä on mielestäni erittäin tärkeää, kun työskennellään keskosten ja vanhempien kanssa. Vanhemmilla on jo itse tilanteesta niin paljon huolta ja kuormitusta, että jos terapia tekee kuormitusta lisää, ollaan pahasti väärällä polulla. Äiti pohti asiaa: *”Olis hyvä olla kaikki semmoset toimintamallit ja muut jo valmiina ettei joutuis kauheesti resursseja käyttämään siihen että miettii että millon on hyvä ja onko nyt hyvä, että olis se yhteistyökuvio selvillä jo valmiiksi täällä koko henkilökunnalla et miten se toimii et siihen solahtaa silleen automaattisesti mukaan et tietysti tämmösessä tutkimustilanteessa oo vielä mut ei siitä siltikään koitunu ainakaa paljoo semmosta ylimäärästä stressiä.”*

Vauva oli musiikillisissa hetkissä rauhallinen. Syke pysyi musiikin aikana tasaisena 135–155 välillä. Myös happisaturaatio pysyi tasaisena, monitori ei hälyttänyt kertaakaan musiikillisen osion aikana. Äiti havainnoi paljon vauvansa ilmeitä ja eleitä musiikkiterapian aikana, koska hän näki suoraan vauvan kasvoihin. Äiti kuvasi muun muassa: *”kun tuli erilaisia ääniä ja vaihtelua niin rupesi suu käymään. kielellä rupes makustelemaan. en tiää oliko sattumaa vai vaikutusta. kun vähän kovemmin kielillä näppäilit. musta se oli ihan selkee että kun ruvettiin laulamaan niin imemisrefleksi lisääntyi. alussa katteli, lopussa nukahti kun oli oma laulu”*

Äidin mukaan vauva reagoi musiikkiin ensimmäisellä tapaamiskerralla: *”kun aloit laulamaan, hän avasi silmiään tarkkaavaisesti, tykkäsi kuunnella.”* Äidillä oli mielessä laulu vauvalleen, ja sitä hyräiltiin yhdessä. Omiin muistiinpanoihin olen kirjannut seuraavaa: *”Vauva oli hereillä koko lauluseSSION ajan ja pyrki katselemaan ympärilleen. Syke pysyi tasaisena eikä monitori piippaillut musiikkihetken aikana, vasta sen jälkeen.”* Usein mainitsen *”rauhallinen tunnelma”*.

Kotiäänäitä kuuntelutettiin vauvalle kaksi kertaa. Ensin kirjan lukemista ja sitten muita kotiin liittyviä ääniä. Kun muut äänet alkoivat, vauva selvästi reagoi. Hän alkoi heilutella käsiään ja raotteli silmiään. Koiran läähätyksen kuultuaan vauvan syke nousi. Kun koira haukahti, me säikähdimme, ja naapurin vauva alkoi itkeä, mutta perheen vauva ei reagoinut ääneen poikkeavasti.

Suurimmaksi haasteeksi tässä terapiajaksossa näyttäisi nousevan tiedonkulku, josta äiti mainitsi. Se, että vain muutama keskososaston hoitaja oli kuuntelemassa alkuinformaation, ei ollut riittävää. Vaikka pyrin kertomaan mahdollisimman monelle mitä teen, silti oli hoitajia, jotka eivät sitä tienneet. Osastolla jaetut paperit eivät ole riittävän kattavia kuvaamaan koko prosessia. Ehkä useampaan otteeseen vierailu osastolla ennen varsinaista terapiaa olisi auttanut.

Haaste oli myös sovittaa musiikkiterapiahetki päivän kulkuun. Vauvan tutkimukset vaikuttivat myös vauvan viretilaan. Koska aikaa oli paljon, osastolla oli mahdollista odotella sopivaa aikaa musiikkiterapian toteutukselle. Jos aikataulu olisi ollut tiukempi, terapian sovittaminen olisi ollut haastavampaa. Mutta koska terapia on yhtä paljon äidin kuin vauvankin hetki, odottelu käytettiin keskustelemiseen ja ihan vain vauvan äärellä olemiseen.

Oman haasteensa toivat myös osaston rajalliset tilat, jotka eivät kuitenkaan osoittautuneet tässä tapauksessa ongelmaksi. Osaston henkilökunta teki parhaansa, jotta saatiin rauhallinen tila toteuttaa terapia, ja äiti kykeni sulkemaan ympärillä olevan hälinän ulkopuolelle. Kuten hän totesi: *”kyllähän siinä muutaman kerran on hoitajat käyny muita lapsia kattomassa mut en oo varmaan ees rekisteröiny niitä kaikkia kertoja et ei sillä tavalla sit huomaa ku siitä alkutilanteesta pääsee ku rupee keskittymään siihen tilanteeseen mutta välttämättä kaikilla ei oo niin että pystyy keskittymään .”*

Äiti koki saavansa terapiasta käyttökelpoisia asioita kotiin. Hän kertoi: *”Ainaki nuo kaikki satuhommat ja lauluhommat tulee varmasti käyttöön kotona tulee varmempi olo kun näkee täällä jo sen että varmaan tuskin tulis ite kauheesti lauleskeltua tai mitään kotiasioita tuotua jos ei olis tätä ollu tavallaan senkin uskaltaa rennommin ottaa sen mukkaan, koittaa tuua sitä kotia tänne niin se kotiin meno olis sitten helpompaa ja sinne sitte viiä täältä myös niitä tuttuja asioita.”*

Äiti pohti, että osallistuisi varmaankin musiikkiterapiaan, jos tällainen tilaisuus olisi sairaaloissa. Tosin edellytyksenä se, että se tulisi siinä ohessa. Hän pohti myös sitä, että jo osaston rutiinit ovat vanhemmille vieraita, ja jos siihen tulee vielä ylimääräistä sopeuduttavaa, kynnys mukaan lähtemiseen voi olla isompi.

6.4 Perhe B, 2. Pilottijakso

Kahden viikon tauon jälkeen saavuin jälleen tutulle osastolle keskolaan. Keskososasto oli tällä kertaa eri tiloissa, koska osastoa siivottiin. Tilanne oli siitä johtuen uusi. Vauvoja oli myös sillä hetkellä vähän, joten terapia aloitettiin tutun perheen kanssa, eikä uusia vauvoja tullut pilotin aikana terapiaan.

Vauva oli tauon aikana päässyt keskoskaapista kehtosänkyyn. Tapasin äitiä ja vauvaa yhdeksän kertaa sairaalassa ja kerran kotona vauvan kotiuduttua. Terapiat toteutuivat synnytysosaston tuloaulassa, jossa oli välillä myös muita ihmisiä. Tila oli kuitenkin suhteellisen rauhallinen, ja sitä sai myös rajattua jonkin verran sermeillä.

Koska takana oli jo yksi terapiajakso, oli aloittaminen tuttua kaikille osapuolille. Äiti osallistui musiikilliseen tekemiseen hyräilemällä mukana, ja keskustelimme tapaamisessa paljon. Äiti toi esille, että tapaamisemme olivat hänelle tärkeitä, koska päivät sairaalassa olivat pitkiä: *”Kiva kun saa puhella niitä näitä kun päivät pitkälle saman seinän tuijotusta.”*

Äiti havainnoi paljon vauvansa eleitä musiikkihetkien aikana, ja hän kertoi vauvan reagoivan musiikkiin. Hän kertoi vauvan myös reagoivan ääneeni, kun saavuin paikalle. Vauva näytti kuuntelevan musiikkia tarkkaavaisesti jopa siinä määrin, ettei äidin mukaan malttanut keskittyä syömiseen. Vauva havahtui musiikin alkaessa, alkoi käänellä päätään ja aukoi silmiään. Äidin kertoman mukaan hän maiskutteli suullaan aina musiikin aikana ja tunnisti oman laulun. Äiti pohti myös sitä, että tuttu musiikki saattaisi helpottaa kotiin pääsyä. Hän oli laulanut tuttua laulua vauvalleen myös pilottien välissä olevan tauon aikana.

Keskustelimme äidin kanssa kotikäynnistä sen jälkeen, kun he ovat kotiutuneet, ja sovimme siitä. Vauvan kotiutuminen tapahtui pian toisen pilotin loputtua. Vauva oli rauhallinen musiikillisissa hetkissä, ja vaikka hän oli levoton ennen musiikin alkua, hän rauhoittui kuuntelemaan, kun musiikki alkoi.

Omat haasteensa toiseen pilottiin toi aula, jossa terapia toteutui. Siellä saattoi olla pariskunta istumassa ja odottamassa pääsyään synnytysosastolle. Potilas tuli sinne myös paareilla ensiapuhenkilökunnan saattelemana. Kun keskososastolla oli tyhjempiä, kaksi hoitajaa tuli seuraamaan terapiaa, tosin toinen joutui lähtemään puhelimeen kesken terapian. Tilanne herätti välillä hilpeyttä, mutta ei kuitenkaan estänyt terapian toteutumista. Musiikki teki hetkestä tavallaan ”intiimin”, eivätkä ulkopuoliset äänet suuremmin häirinneet.

Tein kotikäynnin, kun vauva oli ollut kolme päivää kotona. Nyt ympäristö oli täysin eri, mutta terapian rakenne sama kuin sairaalassa. Vauva nukkui terapiahetken ajan äitinsä sylissä. Keskustelimme äidin kanssa kotiinpaluusta ja ajasta kotona. Isä oli myös osan aikaa paikalla. Lupasin toimittaa äidille nauhoituksen terapiahetkistämme ja soittaa vielä myöhemmin. Soitin heille alkuvuodesta 2012 ja juttelin heidän arjestaan nyt jo hieman isomman lapsen kanssa. Terapiaprosessi oli päättynyt.

6.5 Osaston hoitohenkilökunta

Osaston hoitohenkilökunnalla ei ollut kyselylomakkeiden mukaan ennakkotietoa musiikkiterapiasta keskoslasten kanssa. Heistä 5/12 oli kuitenkin käyttänyt musiikkia hoitotyönsä ohessa laulamalla ja hyräilemällä vauvoille hoitotilanteissa ja sylittelyjen aikana, kuunteluttamalla heille CD-levyjä sekä soittamalla korvalappustereoiden kautta musiikkia keskoskaappiin.

Vaikka 7/12 vastaajasta ei ollut käyttänyt musiikkia keskosvauvojen kanssa, kaikki olivat kuitenkin löytäneet vaihtoehdon, johon musiikki heidän osastollaan sopisi. Kukaan ei myöskään ollut rastinut kohtaa ”en näe hyötyä”. Kaikkien vastaajien mielestä musiikkia voisi hyödyntää vauvojen rauhoittumiseen. Kymmenen vastaajista oli merkinnyt musiikin soveltuvan varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen sekä kivunlievitykseen. Syömistilanteiden

tukemiseen näki hyötyä seitsemän vastaajista. Äänimaailman vaientamiseen sekä hengityksen tukemiseen näki hyötyä alle puolet vastaajista.

Kaikkien vastaajien mielestä omassa työssä olisi mahdollista käyttää musiikkia keskosvauvojen hoidossa. 11/12 vastaajasta piti valmiiden CD-levyjen soittamista mahdollisena. Kymmenen piti hyräilyä mahdollisena. Kahdeksan vastaajaa koki vanhempien nauhoittamien äänitteiden käytön sekä laulamisen mahdollisena omalla osastollaan. Kukaan ei kokenut soittamista mahdolliseksi työnsä ohessa.

Avoimeen kysymykseen ”Mitä kokemuksia sinulla on musiikkiterapeutin tekemistä pilottijaksoista? Myönteiset/kielteiset jne.” kirjoitti kahdeksan vastaajaa. Loput olivat tyhjiä tai oli kirjoitettu ”ei kokemuksia”. Vastaajien näkökulma oli positiivinen, ja esiin nousivat vanhempien kokemukset viidessä vastauksessa. *”Vanhemmat olleet innostuneita, odottaneet mus.terapiaa.”* *”Vanhemmat vaikuttivat olevan hyvin otettuja ja tyytyväisiä musiikkiterapian mahdollisuuteen ja toteutukseen.”* *”Vanhemmat ovat olleet kovasti innostuneita asiasta.”* Vaikka omaa kokemusta ei olisi ollut, vanhempien välittämä kokemus tuli ilmi vastauksissa: *”En ole ollut kuulemassa paikan päällä. Äidin kertoman mukaan ovat aiheellisia.”* *”Koen jaksot myönteisinä, vaikken ole fyysisesti tilanteissa ollut läsnä. Olen kuitenkin vanhempien kokemusten kautta ajatellut asian olevan erittäin hyvä ajatus.”*

Kiinnostus aiheeseen nousi esiin useassa vastauksessa. *”Uusi mielenkiintoinen alue/asia. Toivottavasti jatkossa olisi enemmänkin tällaisia mus.terapeutin palveluja.”* *”Uskon että musiikkiterapia hyödyntää keskoslapsen kehitystä monellakin tavalla. Toivon että tutkimustulokset jäävät jollain tavoin ”elämään” keskolaan.”*

Koska hoitohenkilökunnalla ei useinkaan ollut mahdollisuutta osallistua seuraamaan terapiatilanteita, kokemuksia terapian vaikutuksista suoraan vauvaan tai äitiin tuli ilmi vain yhdessä vastauksessa: *”Vauvat vaikuttivat rauhoittuvan äänitteitä kuunnellussa.”*

Kysymykseen ”Miten musiikkiterapeutin läsnäolo on vaikuttanut osaston toimintaan?” vastasi 9/12. Muut olivat jättäneet kohdan tyhjäksi ja yhteen oli kirjoitettu ”en osaa sanoa”. Musiikkiterapeutin läsnäoloa ei vastausten perusteella koettu häiritseväksi. *”Läsnäolo ei ole millään tavalla esim. hankaloittanut hoitotyötä. Yhteistyö on toiminut hyvin.”* *”Toiminta jatkunut entisellään. Vanhemmat saaneet eväitä ja tukea hyvällä tavalla.”* *”Ei haittaa osaston toiminnan kannalta.”* *”En koe hankaloittaneen toimintaa, vaikka tilat ovat ajoittain olleet ahtaatkin.”* Vastauksissa on nähtävissä myönteinen sävy: *”Positiivisesti!”* *”Mukava on ollut seurata sinua ja perheitä.”* *”Varmaankin myönteisellä tavalla. Erityisesti vanhemmille siitä on ollut hyötyä (olen näin kuullut.)”*

Siihen, vaikuttivatko musiikkiterapeutin tekemät pilottijaksot suhtautumiseen musiikin hyödyntämisestä keskosvauvojen hoidossa, kyllä-vastauksia tuli yhdeksän ja yksi selkeä ei-vastaus. Yhteen oli merkitty kysymysmerkki ja yhteen kirjoitettu: *”Ei vielä, mutta jatkossa varmasti mahd. mukaan tietoisuus hyödyllisyydestä!”*

Pilottijaksot vaikuttivat vastaajien mukaan seuraavilla tavoilla: *”Avoimin mielin ottaisin mukaan hoitoprosessiin.”* *”Otetaan esim. hyräily käyttöön.”* *”Asian tärkeys muistui taas mieleen.”* *”Ehdottoman tärkeä asia, yritän osaltani toteuttaa musiikin hyödyntämistä jatkossa enemmän.”* *”Käytännössä nähnyt vaikutuksen vauvaan, rauhoittuminen, keskittyminen, kuuntelu.”* *”Mus.ter.kokemusta kuunnella ehkä hyödyntäisi.”* *”Kuuleman mukaan vauvoille hyväksi!”*

Kohtaan ”Muuta (huomiot, ehdotukset)” oli vastannut kaksi vastaajaa, ja yksi piirsi nuolen edellisestä vastauksesta myös tähän kohtaan. Tähän kohtaan tuli myös havainto vauvasta: *”Vauva joka oli ollut musiikkiterapiassa selvästi rauhoittui kuultuaan tutun laulun laulettavan hoitotilanteessa ☺”* Toinen vastaaja toivoi ehdotuksia sopivaksi musiikiksi, esimerkiksi sopivia CD-levyjä.

6.6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tuomi & Sarajärvi (2009, 140–141) tuovat kirjassaan esille sen seikan, ettei laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. He ovat kuitenkin listanneet asioita, joihin on hyvä kiinnittää huomiota luotettavuutta arvioitaessa:

1. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus: mitä tutkitaan ja miksi.
2. Oma sitoutuminen tutkijana kyseisessä tutkimuksessa: miksi tutkimus on tutkijalle tärkeä jne.
3. Aineiston keruu: miten aineiston keruu on tapahtunut sekä menetelmänä että tekniikkana, aineiston keruun erityispiirteet sekä ongelmat ja tutkijan mielestä muut merkitykselliset seikat.
4. Tutkimuksen tiedonantajat: miten tutkimuksen tiedonantajat valittiin jne.
5. Tutkija–tiedonantaja-suhde: miten suhde toimi, ovatko tiedonantajat lukeneet tulokset ennen julkaisua jne.
6. Tutkimuksen kesto
7. Aineiston analyysi
8. Tutkimuksen luotettavuus: on arvioitava, miksi tutkimus on eettisesti korkealaatuinen, miksi tutkimusraportti on luotettava.
9. Tutkimuksen raportointi: miten tutkimusaineisto on koottu ja analysointi.

On kuitenkin hyvä muistaa, että vaikka tutkimusraportissa edelliset kohdat olisivat hyvin täyttyneet, niiden tulee olla sitä myös suhteessa toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 140).

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2002, 214) painottavat tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tämä tarkoittaa myös aineiston tuottamisen olosuhteiden kuvausta, esimerkiksi missä olosuhteissa aineistoa on kerätty ja mitkä seikat ovat siihen vaikuttaneet. Huomioitava on myös analyysissa käytettävien luokittelujen perusteet ja kerrottava ne lukijalle. Sama tarkkuus pätee myös tulosten tulkintaan. Millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, mihin hän päätelmänsä perustaa?

Tutkimukseni luotettavuuteen vaikuttaa triangulaatio, jonka Tuomi & Sarajärvi (2009, 143) yksinkertaistavat näin: ”triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa.” Hirsjärvi ym. (2002, 215; Tuomi & Sarajärvi, 2009, 144–145) kuvailevat Denzin (1970) tekemää jakoa triangulaatiosta neljään tyyppiin: 1. Metodologinen tai metodinen triangulaatio tarkoittaa useiden menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa, 2. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa useampien tutkijoiden osallistumista tutkimukseen aineistonkerääjinä ja tulosten analysoijina ja tulkitsijoina, 3. teoreettinen triangulaatio, jossa ilmiötä lähestytään eri teorioiden näkökulmasta sekä 4. aineistotriangulaatio, jossa saman ongelman ratkaisemiseksi kerätään useita eri tutkimusaineistoja.

Tutkimuksessani triangulaatio näyttäisi tulevan esille juuri aineistotriangulaatiossa, jossa useita eri tutkimusaineistoa kerätään useilla eri tavoilla. Tietoa on tutkimuksessani kerätty havainnoimalla (omat muistiinpanot), äänitallenteilla (terapiatilanteet), haastatteluilla (äidit) sekä kyselylomakkeilla (osaston henkilökunta). Tämä monipuolistaa tutkimusaineistoa ja pienentää virheitä, joita voi tulla tuloksiin yksittäisistä mittareista, mistä Hirsjärvi ym. (2002, 214) mainitsevat.

Perinteiset käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti eivät sellaisenaan sovi toimintatutkimukseen. Erityisesti käsite reliabiliteetti soveltuu huonosti, koska toimintatutkimus on itsessään ”väliintuleva muuttuja”, jota käytetään tarkoituksellisesti muuttamaan tilannetta. Tutkimus perustuu interventioon, eikä sama tulos näin ollen ole saavutettavissa uudelleen intervention jälkeen, koska tilanne on sitten jo toinen. Validiteetin käsitys puolestaan perustuu ajatukselle, että väite on tosi, jos väitelause vastaa ulkoisessa maailmassa olevaa tosiasioiden tilaa. Toimintatutkimuksessa taas intervention avulla kerätty tieto on pätevää siinä ajan ja paikan määrittämässä hetkessä, jossa se saavutettiin (Huttunen, Kakkori & Heikkinen, 1999, 113–114.) Olen pyrkinyt parantamaan tutkimukseni luotettavuutta kuvaamalla koko tutkimusprosessin mahdollisimman tarkkaan.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten ja millä menetelmillä musiikkiterapiaa voidaan käyttää keskoslasten hoidossa suomalaisessa sairaalassa. Heti alkuun voidaan todeta, että musiikkiterapia soveltuu hyvin käytettäväksi suomalaisessa sairaalaympäristössä.

Toisin kuin täysiaikaisena syntyneillä vauvoilla, keskosvauvojen kiintymyssuhteen rakentuminen keskeytyy dramaattisella tavalla heidän joutuessaan keskoshoitoon ja eroon äidistään. Tunneyhteys äidin ja vauvan välillä katkeaa, ja vauva jää emotionaalisesti yksin. Mielestäni musiikkiterapian tarjoaminen mahdollisimman pian keskosien syntymän jälkeen voi ehkäistä mahdollisia myöhempiä kiintymyssuhdehäiriöitä tai ainakin lieventää niitä. Nöcker-Ribaupierre (1999, 62) näkeekin, että musiikkiterapeutin rooli on tukea äitiä ja auttaa häntä löytämään voimavarojaan selviytyäkseen äärimmäisestä tilanteesta ja vahvistamaan äidin ja vauvan vuorovaikutusta. Kuten äiti haastattelussa totesi: ” – – ja saanu vähän itellekki ideoita et miten voisi kontaktia solmia vauvan kanssa. ”

Jacobsen (2012, 36) kuvaa tutkimuksensa teoriaosiossa, kuinka emotionaalisesti laiminlyödyt tai emotionaalisesti häiriintyneet lapset hyötyvät musiikkiterapiasta. Musiikkiterapiassa on mahdollista käsitellä asioita nonverbaalilla tavalla musiikin kautta ja tuntea turvallisuutta. Uskon musiikkiterapian vaikuttavan samalla tavoin myös vanhempiin tilanteessa, jossa äkillisen traumaattisen muutoksen vuoksi voi olla vaikea saada kiinni omista tunteistaan, saati löytää yhteys elämän ja kuoleman kanssa kamppailevaan vauvaansa.

Kaiken kaikkiaan musiikkiterapialla perheiden kanssa on saatu tutkimusten mukaan positiivisia tuloksia. Vanhemmat saavat uusia näkemyksiä heidän kyvykkyydestään, lasten emotionaalisten tunnetilojen lukeminen on helpompaa, ja heillä näyttäisi olevan positiivisempi käsitys lapsistaan. Vanhemmat ja lapset

oppivat uuden, terveemmän tavan olla yhteydessä toisiinsa, ja jotkut vanhemmat käyttävät tietoisesti musiikkia lastensa kasvattamiseen. (Jacobsen 2012, 48.)

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta voisi ajatella, että musiikkiterapia soveltuisi hyvin keskosten hoitoon, koska heillä kaikilla oli kyselylomakkeen perusteella ajatus, että siitä olisi hyötyä. Heidän vastauksistaan ei myöskään tullut ilmi, että musiikkiterapeutin läsnäolo osastolla häiritsisi heidän työtään. Koska kenelläkään vastaajista ei ole mahdollisuutta soittaa mitään instrumenttia osastolla, voisi hyvin ajatella, että musiikkiterapeutilla olisi työyhteisössä oma paikkansa. Selvää on se, että hoitajien taholta tulevan musiikillisen toiminnan tulee olla helposti toteutettavissa. Musiikkiterapeutin olisi mahdollista luoda puitteet, joilla toimintaa voisi toteuttaa, kuten laitteet, joilla on helppo toistaa vanhempien tuomaa musiikkia tai nauhoittamia ääniä.

Vaikka hoitohenkilökunta ei ollut seuraamassa terapiatilanteita kuin parilla kerralla, heidän vastauksistaan kävi kuitenkin ilmi vauvan reagointi musiikkiterapiajaksolla. Mielestäni kommentti: *”vauva joka oli ollut musiikkiterapiassa selvästi rauhoittui kuultuaan tutun laulun laulettavan hoitotilanteessa ☺”* kertoo kokonaisuudessaan sen, mihin tällä pilotilla on pyritty. On selvää, että tutun laulun säännöllinen kuunteleminen turvallisesti äidin sylissä luo muistijäljen, joka palautuu mieleen musiikin mukana muissa tilanteissa. Musiikkiterapeutin ja hoitohenkilökunnan välillä tulisi tällaisen tilanteen saavuttamiseksi olla välitön ja luottamuksellinen vuorovaikutus.

Musiikkiterapiamenetelmistä kannel toimi terapiatilanteissa hyvin hiljaisen äänensä ja pienen kokonsa vuoksi. Pieni soitin mahdollisti äidin ja vauvan lähellä olemisen ja helpotti vuorovaikutusta välillämme. Valittaessa keskosten musiikkiterapiassa käytettävää soitinta onkin syytä kiinnittää huomiota erityisesti sen liikuteltavuuteen ja äänenvoimakkuuden säädeltävyyteen.

Myös oman äänen käyttö, laulaminen ja hyräily, osoittautuivat toimivaksi menetelmäksi. Yksinkertaiseen hyräilyyn on myös äidin helppo halutessaan tulla

mukaan. Äidin valitsema kehtolaulu vauvalle jäi myös muistoksi kotiin, ja sitä voi käyttää erilaisissa tilanteissa vauvan kanssa. Henkilökunnan kyselylomakkeista kävi myös ilmi, että hyräily on heille tuttua ja näin ollen soveltuva menetelmä käytettäväksi myös heidän osaltaan.

Ajatus musiikkiterapian kotikäynnistä heräsi toisen pilottijakson aikana, ja sen myötä syntyi tietoisuus siitä, miten tärkeää tuki sairaalasta kotiutumisen jälkeen on. Kuten Schulman (2003, 166–167) toteaa, kotiin pääseminen pitkän sairaalajakson jälkeen on sokki vanhemmille, vaikka sitä on kovasti odotettu. Tuttu hoitotiimi jää sairaalaan, ja kotona pitääkin pärjätä yksin. Vanhemmat kokevat epävarmuutta, turvattomuutta ja pelkoa omasta selviytymisestään vauvan kanssa. Sekä vauva että vanhemmat ovat pitkään haavoittuvaisia, ja vanhemmat voivat vasta kotona ymmärtää, mitä heille todella on tapahtunut.

Perheet saavat toki tukea kotiutumisen jälkeen keskososastolta, ja heille muodostuu oma verkostonsa erilaisista mahdollisista kuntoutuksista ja sairaalakäynneistä, mutta uskoisin, että musiikkiterapian jatkaminen vielä kotona voisi auttaa vanhempia ja vauvaa suuressa muutoksessa. Toki perheet ovat erilaisia, eivätkä kaikki välttämättä halua jatkaa tapaamisia enää kotona, mutta se mahdollisuus olisi hyvä olla tarjolla. Perheen terapeuttinen hoitosuhde voi kestää kuukausia, eikä kotiin siirtyminen ole mahdollisesti paras ajankohta katkaista sitä.

Toinen äideistä esitti toiveen myös musiikkiterapiaryhmästä, jossa voisi tavata muita äitejä. Musiikillisen tekemisen kautta omien kokemusten jakaminen muiden samassa tilanteessa olevien perheiden kanssa voisi olla luontevampaa kuin tapaaminen satunnaisesti osastolla. Tosin tämä olisi mahdollista siinä vaiheessa, kun vauva olisi jo vanhempi ja pois keskoskaapista, elleivät vanhemmat tapaisivat tällöin keskenään. Ehkä tällainen ryhmä palvelisi myös kotiutumisen jälkeen.

Yhdeksi tärkeäksi kehityskohteeksi nousi informaation jakaminen sekä itseni että hoitohenkilökunnan välillä. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että tiedonkulun esteitä

karsitaan ja niiden tilalle luodaan selkeä malli, jonka avulla ajantasainen tieto välittyy automaattisesti kaikille osallisille.

Toinen esiin noussut seikka, joka tulee ottaa huomioon tulevaisuuden tilasuunnittelussa, on häiriöttömän tilan mahdollistaminen, sellaisen, jossa terapia voidaan viedä läpi ilman keskeytyksiä. Tällöin vanhemmilla on mahdollisuus käydä läpi kipeitäkin tunteita ilman pelkoa tulla yllätetyksi.

Ennen tämän tutkimuksen alkamista mielessäni oli ajatus, että musiikkiterapiaa voidaan hyödyntää useiden vauvojen kanssa erilaisissa tilanteissa. Tutkimuksen alkaessa päädyttiin kuitenkin kahteen perheeseen, joiden kanssa sain työskennellä pidemmän jakson. Tähän vaikutti se, ettei vauvoja ollut osastolla niin paljon tutkimuksen alkuvaiheessa, sekä se, että tutkimus oli rajattu tiettyyn ajanjaksoon. Kesken jakson ei olisi ehtinyt tapaamaan uusia perheitä montakaan kertaa. Henkilökohtaisesti koen tällaisen pidemmän jakson perheen kanssa mielekkäänä: musiikit tulevat tutuksi sekä vauvalle että äidille, ja terapeutin suhde ehtii muodostua. Luottamuksellisen suhteen rakentaminen vaatii aikaa, ja se on kuitenkin kaiken terapian lähtökohta. Toki musiikin käyttö myös toisella tavalla osaston arjessa olisi mielenkiintoista, mutta se vaatisi jo kokonaan uuden tutkimuksen.

Ne hetket, joita vietin hiljaisella osastolla äidin ja vauvan kanssa, vahvistivat sitä, mitä haluan jatkossakin tehdä. Tässä tutkimuksessa, vaikkakin pienessä, ei tullut esiin yhtäkään seikkaa, miksi musiikkiterapiaa keskosten kanssa ei tarvittaisi. Kun ottaa vielä huomioon tutkimukset keskosten musiikkiterapiasta maailmalla ja uusimman tutkimuksen täällä Suomessa (Teckenberg-Jansson ym. 2011), voi todeta, että lisätutkimusta tarvittaisiin kiireesti lisää. Tällaisia tutkimuskohteita voisivat olla muun muassa musiikkiterapian hyödyntäminen kotiutumisen sekä musiikkiterapian hyödyt keskoslapsilla pitkällä aikavälillä. Lisäksi olisi satsattava resursseja keskoslasten hoitoon soveltuvien äänentoistolaitteiden kehittämiseen.

Elämä alkaa pienestä. Toivon, että voisin olla jatkossa osana tukemassa keskosvauvojen ja -perheiden pehmeämpää alkua ja käyttää musiikkia siellä, missä sitä myös todella tarvitaan.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen, L. T., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 18.

Born too soon. The Global Action Report On Preterm Birth. 2012, 13. (Viitattu 19.9.2012). Saatavilla [www-muodossa:](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

Dardart, E. 2004. Life in Neonatal Care. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 131, 138.

Fischer, C. B. & Als, H. 2004. Trusting behavioral communication: Individualized relationship-Based developmental care in the newborn intensive care unit – A way of meeting the neurodevelopmental expectations of the preterm infant. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 11.

Fulton, K. 6.5.2010. A Warm Welcome into the World. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.therapytimes.com/0607MTF1) <http://www.therapytimes.com/0607MTF1>

Gerhardt, K. J. & Abrams, R. M. 2004. Fetal Hearing: Implications for the Neonate. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 31–32.

Grönfors M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Helsinki WSOY, 161.

Haslbeck, F. 2004. Music Therapy with preterm infants – Theoretical approach and first practical experience. Music therapy today. Vol. V (4) August 2004, 7–11. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.therapytimes.com/0607MTF1)

http://www.haslbecks.info/page0/page8/files/MTT5_4_Haslbeck.pdf

Heikkinen, H. L. T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy, 16, 19, 20.

Heikkinen, H. L. T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: Heikkinen, L. T., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 29, 37.

Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy, 78, 79.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 28

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.–9.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 214–215.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. L. T. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa: Heikkinen, L. T., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 113–114.

Jacobsen, S. L. 2012. Music Therapy Assessment and Development of Parental Competences in Families Where Children Have Experienced Emotional Neglect. An Investigation of the Reliability and Validity of the Tool, Assessment of Parenting Competencies (APC). Aalborg university. Danmark, 36, 48.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, L. T., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 77.

Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot. Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 156, 158–159, 161, 162, 165.

Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Oulu: Oulun yliopisto, 102. Saatavilla myös www-muodossa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514271912/isbn9514271912.pdf>

Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy, 11, 29, 32, 208, 209, 218, 169, 170.

Käypä hoito -suositus 2011, 2, 3. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50089.pdf>

Lenz, G. M. & von Moreau, D. 2004. Coming Together-Resonance and Synchronization as a Regulating Factor in Relationships. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 80–81.

Loewy, J. V. 2004. A Clinical Model of Music Therapy in the NICU. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 166–167.

Maiello, S. 2004. On the meaning of prenatal auditory perception and memory for the development of the mind: a psychoanalytic perspective. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 60, 65.

Määttänen, M. 2003. Tunnot ja liikkeet sanattoman ymmärtämisen perustana. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: Ws Bookwell Oy, 61–62.

Nöcker-Ribaupierre, M. 1999. *Premature Birth and Music Therapy*. Teoksessa Wigram, T. and De Backer, J. (toim.) *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*. Jessica Kingsley Publishers, 62.

Nöcker-Ribaupierre, M. 2004. *The Mother's Voice – A Bridge Between Two Worlds*. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) *Music Therapy for Premature and Newborn Infants*. Barcelona Publishers, 97–98.

Piontelli, 2003. Siltalan mukaan. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 23.

Schulman, M. 2003. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Juva: Ws Bookwell Oy, 151.

Schulman, M. 2007. Vanhempien haavoittuvuudesta. Teoksessa *Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet*. *Therapeia-säätiö* 2007. Helsinki, 151, 153–154, 155, 156, 166, 167, 344.

Schwartz, F. J. 2004. *Medical Music Therapy for the Premature Baby-Research Review*. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) *Music Therapy for Premature and Newborn Infants*. Barcelona Publishers, 91.

Teckenberg-Jansson, P., Huotilainen, M., Pölkki, T., Lipsanen, J. & Järvenpää A-L. 2011. Rapid effects of neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely-born infants. *Nordig Journal of Music Therapy*, 20:1, 22–42.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 96–97, 140–141, 143, 144–145.

Zimmer, M-L. 2004. Premature Babies Have Premature Mothers. Teoksessa Nöcker-Ribaupierre (toim.) Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Barcelona Publishers, 117, 118, 119–120, 127.

LIITE 1

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

MUSIIKIN LAITOS
Musiikkiterapian
maisteriohjelma

TALLENNUS- JA TUTKIMUSSOPIMUS

Kyseessä olevan sopimus koskee Jyväskylän yliopiston musiikin laitoksen musiikkiterapian maisteriohjelmassa pro gradu-tutkimusta keskosten hoidossa käytettävästä musiikkiterapiasta. Tutkimuksen kohteena on musiikin käyttö vauvan ja äidin/vanhemman vuorovaikutustilanteissa sekä musiikin käyttö vauvan hoitotilanteessa. Kyseessä on laadullinen toimintatutkimus. Tutkimukseen kuuluu Jyväskylän yliopistosta annettava ohjaus ja tutkimuksen toteuttaa pätevä musiikkiterapeutti.

Terapian kirjaamisen tueksi ja tieteellisen materiaalin keräämiseksi tutkimusjaksossa käytetään äänitallennetta. Tallennettu aineisto on potilasasiakirja, jota säilytetään sosiaali- ja terveysministeriön antamien potilastietojen arkistointia ja salassapitoa koskevien säännösten mukaisesti. Henkilötietoja ei luovuteta sivullisille henkilöille. Kaikki muu tallenteiden käyttö on kirjallisesti erikseen sovittava asianosaisten kanssa.

Me allekirjoittaneet suostumme siihen, että tutkimus- ja terapiakäyntimme kyseisen pro gradu- tutkimuksen aikana tallennetaan ja niitä käytetään yllä kuvatulla tavalla. Olemme saaneet tiedon siitä, mihin sitoudumme ja meillä on oikeus perua tämä sopimus milloin haluamme.

aika ja paikka
ja nimenselvennys

vanhemman allekirjoitus

aika ja paikka
nimenselvennys

terapeutin allekirjoitus ja

p. 044 0707733

LIITE 2

Hyvä keskolan hoitohenkilökunta!

Ohessa kyselylomake, jonka avulla kartoitan musiikkiterapian mahdollisuuksia osastollanne. Vastauksenne käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Vaikka et olisi ollut paikalla musiikkiterapiajaksojen aikana, toivon sinun silti vastaavan. Jokainen vastaus on erittäin tärkeä tutkimukseni kannalta!

Haen vastauksenne sunnuntaina 17.7.2011. Mikäli vastaat tämän ajankohdan jälkeen, jätän lomakkeita sekä palautuskuoren, johon vastauksen voi jättää. Osastonhoitajanne toimittaa loput vastauksista minulle myöhemmin.

Kiitokset!

Terveisin, Laura Maukonen
p. 044 0707733

LIITE 3**KYSELYLOMAKE**

Ole hyvä ja ympyröi sopiva vastausvaihtoehto ja/tai kirjoita vastauksesi omin sanoin sille varattuun tilaan. Jos et osaa tai halua vastata johonkin kysymykseen, jätä se väliin. Tarvittaessa voit jatkaa kirjoittamista kysymyksiin lomakkeen kääntöpuolelle. Kaikenlaiset mielipiteesi ovat tutkimukselleni erittäin arvokkaita!

1. Onko musiikkiterapia keskosvauvojen kanssa sinulle ennestään tuttua?
Ympyröi sopiva vaihtoehto:

Kyllä. Mistä olet saanut tietoa? _____
Ei

2. Oletko itse käyttänyt musiikkia keskosvauvojen kanssa?

a) Kyllä.
Miten? _____
b) En

3. Mihin tilanteisiin musiikkiterapiaa voitaisiin hyödyntää keskoslasten hoidossa omalla osastollasi? Ympyröi sopiva/sopivat vaihtoehdot:

- a) Rauhoittamiseen
- b) Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen
- c) Syömistilanteiden tukemiseen
- d) Kivunlievitykseen
- e) Hengityksen tukemiseen
- f) Äänimaailman vaientamiseen
- g) Kotiutumisen tukemiseen
- h) Johonkin muuhun, mihin?
- i) Ei mielipidettä
- j) En näe musiikkiterapiasta olevan hyötyä omalla osastollani

4. Mitä seuraavista musiikkiterapiamenetelmistä sinun olisi mahdollista käyttää työssäsi? Ympyröi sopiva/sopivat vaihtoehdot:

- a) Hyräily
- b) Laulaminen
- c) Soittaminen (kitara, kannel, merirumpu tai jokin muu soitin)
- d) Vanhempien nauhoittamien äänitteiden käyttäminen
- e) Valmiit musiikki-CD:t

- f) Ei mielipidettä
- g) Minun ei ole mahdollista käyttää musiikkiterapiamenetelmiä työssäni
- h) Jokin muu, mikä?

5. Mitä kokemuksia sinulla on musiikkiterapeutin tekemistä pilottijaksoista?
(Myönteiset / kielteiset jne.)

6. Miten musiikkiterapeutin läsnäolo on mielestäsi vaikuttanut osaston toimintaan?

7. Vaikuttivatko musiikkiterapeutin tekemät pilottijaksot suhtautumiseesi musiikin hyödyntämiseen keskosvauvojen hoidossa?

a) Kyllä.

Miten? _____

b) Ei.

8. Muuta (huomiot, ehdotukset...)

Sydämelliset kiitokset vastauksistasi!

