

**MUSIIKKITERAPIA SYÖPÄSAIRAIDEN  
KUNTOUTUSMUOTONA**

**MUSIIKKI TUNTEIDEN HERÄTTÄJÄNÄ**

**Musiikkiterapiaa Jyväskylän Sädesairaalassa**

**Eija Viljamaa**

**Musiikkiterapian pro gradu-tutkielma**

**Jyväskylän yliopisto**

**Musiikkitieteen laitos**

**Syksy 2000**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta:

HUMANISTINEN

Laitos:

MUSIIKKITIEDE

Tekijä:

EIJA VILJAMAA

Työn nimi:

**MUSIIKKITERAPIA SYÖPÄSAIRAIDEN  
KUNTOUTUSMUOTONA**

**Musiikki tunteiden herättäjänä  
Musiikkiterapiaa Sädesairaalassa**

Oppiaine:

MUSIIKKITERAPIA

Työn laji:

Pro gradu-tutkielma

Aika: Elokuu 2000

Sivumäärä:

128 sivua

Tiivistelmä - Abstract:

Tässä tutkimuksessa kartoitetaan musiikkiterapian mahdollisuuksia syöpäpotilaiden kuntoutuksessa. Tutkimus on tehty Keski- Suomen Keskussairaalan Sädesairaala-yksikössä osastoilla 31 ja 32. Tutkimuksen taustafilosofiana on ollut käsitys ihmisestä psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Käsitys perustuu eksistentiaalis- fenomenologiseen ihmiskäsitykseen.

Työn alkupuolella on kerrottu tutkimuksen taustafilosofiasta ja syöpäsairauteen vaikuttavista tekijöistä sekä syöpäpotilaiden kuntouksesta. Teoreettisessa osassa kerrotaan äänen ja musiikin vaikutuksesta ihmiseen sekä terapiassa käytetyistä musiikki-terapiamenetelmistä.

Tutkimuksessa kerrotaan musiikkiterapiasta saattohoidossa, jossa syöpää sairastavat ovat olleet mukana ja jo aikaisemmin tehdyistä musiikkiterapiatutkimuksista syöpäsairaille.

Seuraavaksi kerrotaan tutkimuksen käytännön toteutuksesta Sädesairaalassa. Tutkimus on kvalitatiivista tutkimusta, jossa on käytetty myös kvantitatiivisia menetelmiä ilmiöiden esiintymistä mitattaessa.

Tutkimus perustuu käytännön musiikkiterapiaan Sädesairaalassa, jossa kokoontuimme yhteensä 11 kertaa. Terapiat tapahtuivat avoimissa ryhmissä. Tutkimus tehtiin autenttisista terapiaistunnoista, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin.

Sen jälkeen aineisto analysoitiin Grouded teoriaan pohjatuvalle menetelmällä, jossa aineisto luokiteltiin ensin alaluokkiin, joista muodostettiin yläkategorioita, joita syntyi osastolla 31 yksitoista ja osastolla 32 kaksitoista kappaletta. Eri osastojen tuloksia vertaillaan keskenään ja vedetään niistä johtopäätöksiä musiikkiterapian käyttömahdollisuuksista syöpäpotilaiden kuntoutusmuotona.

Tutkimus osoittaa, että musiikilla on ollut voimakas tunteita herättävä vaikutus terapiaistunnoissa, tunteita on purettu ja niistä keskusteltu. Musiikin avulla on virinnyt vilkasta keskustelua elämän eri alueilta mm. sairaus, luonto, muistot, kulttuuri ja uskonto. Musiikki on toiminut virkistystoimintana sädesairaalan osastoilla.

Tutkimus osoittaa, että musiikkiterapia voisi olla yksi hyvä hoitomuotomuoto syöpäsairaiden kokonaiskuntoutuksessa muun lääketieteellisen hoidon rinnalla.

Asiasanat:

Musiikkiterapia, syöpä, kuntoutus, musiikki, tunteet.

Säilytyspaikka:

Jyväskylän yliopisto, Musiikkitieteen laitos

## Sisällys

1. Johdanto	6
2. Tutkimuksen taustafilosofia	8
2.1. Fenomenologinen ja holistinen ihmiskäsitys	8
2.1.1. Fenomenologia	8
2.1.2. Ihminen tajunnallisena, kehollisena, ja situationaalisen kokonaisuutena	10
2.1.3. Holistinen malli	12
3.. Syöpäsairaus	13
3.1. Syöpäsairaus ja psyyke	13
3.2. Psykososiaaliset tekijät ja syöpä	15
3.3. Syöpäpotilaan kuntoutuminen	16
3.4. Syöpäpotilaan psykososiaalinen tuki	17
3.5. Voiko potilas itse vaikuttaa paranemiseensa	19
4. Musiikin vaikutuksista ihmiseen ja terapiassa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät	21
4.1. Musiikki akustisfysikaalisena ilmiönä	21
4.2. Ääniterapia	24
4.3. Laulu terapiamuotona	25
4.4. Musiikin psyykkiset vaikutukset	28
4.4.1. Musiikin vaikutus ihmisen mieleen	28
4.5. Musiikin kuuntelu	31
4.6. Musiikkimaalaus	33
5. Musiikkiterapiaa syöpäpotilaille	34
5.1. Musiikkiterapiaa saattohoidossa	34
5.2. Tutkimuksia musiikin vaikutuksesta syöpäpotilaiden hoidossa	37
6. Tutkimusmenetelmät	41
6.1. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus	41
6.2. Toimintatutkimus tutkimusmetodina	44
6.3. Grounded teoria aineiston analyysivälineenä	46
7. Musiikkiterapiaa Sädesairaalassa	47
7.1. Musiikkiterapian käytännön toteutus Sädesairaalassa	48
7.2. Terapiamenetelmät	50
7.2.1. Yhteislaulu	51
7.2.2. Musiikin kuuntelu	52

8. Yhteenvettoa aineistoanalyysin pohjalta	53
8.1. Tutkimuksen taustaa	53
8.2. Tutkimustuloksia osastolla 32	54
8.2.1. Käytännön toteutus	55
8.2.2. Henkilöt, ihmiset	57
8.2.3. Tunteet	60
8.2.4. Musiikki	61
8.2.5. Luonto	66
8.2.6. Taito, osaaminen	67
8.2.7. Sairaus	70
8.2.8. Kulttuuri ja perinne	71
8.2.9. Uskonto	74
8.2.10. Paikkakunnat, kotipaikka, muistelut	75
8.2.11. Muuta	77
8.2.12. Pohdintaa	79
9. Osasto 31:n analyysin yhteenvettoa	80
9.1. Tutkimustuloksia osastolla 31	80
9.1.1 Käytännön toteutus	81
9.1.2. Henkilöt, ihmiset	84
9.1.3. Tunteet	87
9.1.4. Musiikki	91
9.1.5. Luonto	96
9.1.6. Taito, osaaminen	97
9.1.7. Sairaus	100
9.1.8 Kulttuuri	104
9.1.9. Uskonto	105
9.1.10. Muistelut, kotipaikkakunta	106
9.1.11. Muuta, yleistä	107
Taulukot	109
10. Pohdintaa	110
10.1. Yhteenvettoa ja johtopäätöksiä	110
10.2. Tutkimuksen uskottavuus	114
Lähteet	120
Liitteet	124

# 1. Johdanto

Tämän työn tarkoituksena on tutkia, minkälaisia mahdollisuuksia musiikkiterapialla on syöpää sairastavien potilaiden kuntoutuksessa ja miten musiikilla pystytään edistämään syöpäpotilaiden hyvinvointia. Aluksi esittelen tutkimuksen ontologista ja filosofista taustaa, joka perustuu käsitykseen ihmisestä kokonaisvaltaisena yksilönä, psykosomaattisena kokonaisuutena, joka on riippuvainen ympäröivästä maailmasta. Seuraavaksi tarkastelen jo aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia syövän syntymekanismiin vaikuttavista tekijöistä, lähinnä psyykkisten tekijöiden vaikutusta syövän kehittämisessä, syöpäpotilaiden kuntoutusta, heidän psykososiaalista taustaansa ja potilaan omia mahdollisuuksia vaikuttaa paranemiseensa. Luvussa neljä esittelen musiikkia akustisfysikaalisena ilmiönä, ja mitä fyysisiä vaikutuksia musiikilla on ihmiskehoon. Lisäksi kerron ääni- ja lauluterapiasta, koska laulu oli yhtenä vahvana menetelmänä sädesairaalan osastoryhmien musiikkiterapiassa. Kerron myös musiikin psykososiaalisista vaikutuksista, musiikin vaikutuksesta ihmismieleen, ja siitä mitä musiikin kuuntelu herättää ihmisessä. Sivuan lisäksi musiikkimaalasta. Luvussa viisi kerrotaan jo aikaisemmin tehdystä musiikkiterapioiden tutkimuksesta syöpäpotilaiden hoidossa. Luku kuusi käsittelee musiikkiterapioiden käytännön toteutusta Sädesairaalassa ja tutkimuksen tarkastelua aineistoanalyysin pohjalta. Tähän työhön olen ottanut tarkasteltavaksi osastojen 31:n ja 32:n aineistot, jotka käsittävät 11 istuntokerralta kerätyt nauhoitukset ja niiden litteroinnit sekä istunnoista kirjoitetut päiväkirjat. Aineistoa kertyi 146 sivun verran. Aineiston olen analysoinut Nud\*Ist aineistoanalyysi ohjelman avulla muodostaen ensin alaluokat, joita syntyi osastolla 32 yhteensä 72 kappaletta ja osastolla 31:llä 67. Alaluokista olen muodostanut yläkategorioita, joita muodostui kaksitoista osastolla 32 ja yksitoista osastolla 31. Niistä olen tehnyt kustakin erikseen yhteenvedon omaisen katsauksen, joista olen tehnyt johtopäätöksiä musiikkiterapioiden merkityksestä syöpäpotilaille tässä kontekstissa.

Oma ihmiskäsitykseni on holistinen, eli ihminen on psykofyysis-sosiaalinen kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen ja jos yksi ruumiinjäsen kärsii, niin koko

ruumis kärsii. Samalla myös psyyke kärsii. Tämä heijastuu ympäristöön, ja silloin myös yhteisö kärsii. Jos taas ympäristö sairastaa, se vaikuttaa yksilöön. Olemme riippuvaisia toisistamme tahdoimmepa tai emme. Meillä on suuri kyky vaikuttaa toisiimme niin positiivisesti kuin negatiivisestikin. Tässä tutkimuksessa haluan selvittää sitä, voimmeko musiikkiterapian avulla auttaa syöpäsairaita heidän taistelussaan tautiaan vastaa ja miten musiikkiterapian avulla voimme olla tukena sairauden viimeisissä vaiheissa.

Tämä tutkimus edustaa laadullista tutkimusta, mutta siinä käytetään myös määrällisiä esitystapoja, joilla pystytään antamaan täsmällinen kuvaus aineistossa esiintyvien ilmiöiden määrästä. Tutkimusmenetelmä vastaa lähinnä fenomenologista tutkimusmetodia, jossa tutkitaan ihmisten kokemuksia autenttisessa kontekstissa, jotka tällä kertaa ovat sädesairaalan vuodeosastot. Ilmiöt nostetaan esiin aineistosta käsin mahdollisimman vapaana ennakkokäsityksiä. Se tehdään kummallakin osastolla erikseen ja sen jälkeen tuloksia pystytään vertailemaan keskenään ja näkemään tukevatko ne toisiaan vai ovatko ne erilaiset.

Miksi olen kiinnostunut musiikkiterapian mahdollisuuksista nimenomaan syöpäsairaiden kuntoutuksessa? Tilaisuus tähän tuotiin eteeni ikäänkuin tarjottimella, kun professori Jaakko Erkkilä ilmoitti, että sädesairaala on otettu yhteyttä ja toivottu musiikkiterapiatoiminnan aloittamista siellä. Lisäksi meille tarjoutui samalla mahdollisuus tehdä siitä tutkimusta ja opinnäytetöitä. Tartuin tilaisuuteen ja kiinnostus asiaa kohtaan on kasvanut toiminnan myötä. Kiinnostukseeni vaikuttivat myös henkilökohtaiset syyt: Oma isäni sairasti syöpää ja menehtyi siihen. Olen myös itse saanut työskennellä sairaanhoitajana sädeosastoilla Oulussa virkaurani alkuaikoina ja pitänyt työstäni syöpäsairaiden parissa. Syöpä on vakava sairaus ajassamme eikä sitä olla vielä pystytty voittamaan. Suomessakin sairastuu vuosittain n. 20 000 henkilöä syöpään ja arviolta joka neljäs sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Se voi koskea joskus myös itseäni, läheistäni tai ketä tahansa ihmistä.

## 2. Tutkimuksen taustafilosofia

### 2.1. Fenomenologinen ja holistinen ihmiskäsitys

#### 2.1.1. Fenomenologia

Tämän työ on lähinnä laadullista tutkimusta ja sen taustafilosofiana on fenomenologiaan perustuva ihmiskäsitys. Fenomenologia tutkii maailmaa sellaisena kuin se ilmenee ja elämänilmiöitä lähestytään sellaisina kuin ne ilmenevät kokemusmaailmassa. Tässä työssäni tutkin sädesairaalan potilaiden kokemuksia musiikista ja sitä, mitä se herätti heissä istuntojen aikana.

Fenomenologisessa lähestymistavassa on monia eri suuntauksia ja sen isänä pidetään Edmund Husseria (Lindvall 1997). Edmund Husseria pidetään puhtaan fenomenologian luoja. Husserin mukaan tietoisuuden perimmäisenä olemuksena on intentionaalisuus. Tajuntaa hän piti relationaalisena; se suuntautuu aina johonkin kohteeseen. Husserin fenomenologian yksi keskeisistä pyrkimyksistä on tutkia tietoisuuden kohteeseen suuntautuvan luonteen perusrakennetta, joka on luonteeltaan merkitysrakenne. Merkitysrakennetta ei Husserin mukaan voinut tutkia sellaisenaan, vaan ainoastaan tietoisuuden suorittamien toimintojen kautta. Husserille ihmisen välitön kokemus on totuuden perusta ja hän suuntasi kiinnostuksensa maailman tutkimiseen juuri sellaisena kuin se näyttäytyy inhimillisessä kokemuksessa. (Perttula 1995,8,9.)



Martin Heidegger oli Husslerin kuuluisin oppilas. Heideggerin fenomenologia poikkeaa Husslerin ajattelusta tietyin osin. Hän siirtyi husslerilaisesta fenomenologiasta kohti eksistentialismia. Heidegger otaksui, että jokaisen ihmisen on itse muovattava oma todellisuutensa ja hänen mukaansa fenomenologisen tutkimuksen tulee kohdistua koko ihmisen elämismailmaan. Heideggerin inhimillisen olemassaolon hermeneutiikassa ihmistä tarkastellaan maailmassa olevana, jolloin fenomenologiseen deskriptioon tuodaan mukaan hermeneuttinen näkökulma. Heideggeristä eteenpäin kehittynyttä suuntausta kutsutaan eksistentiaalisiksi fenomenologiaksi. Fenomenologiassa ollaan kiinnostuneita ihmisen arkielämään, käyttäytymiseen ja puheeseen liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä. Fenomenologisesti orientoituneita tutkijoita kiinnostaa nimenomaan tiedon henkilökohtainen viitekehys ja he ovat kiinnostuneita siitä, miten ihmiset itse määrittävät elämänsä ja olemassaolonsa. Fenomenologit uskovat, että inhimilliseen kokemukseen liittyy ulkoisen, havaittavan todellisuuden lisäksi subjektiivinen todellisuus (Lindvall 1995, 29). Musiikkiterapiassa sädesairaalassa olimme kiinnostuneita potilaiden omista kokemuksista ja siitä minkälaisia ajatuksia musiikki heissä herätti nimenomaan jokaisen subjektiivisena ja henkilökohtaisena kokemuksena.

Suomessa Lauri Rauhala on jatkanut Erik Ahlmanin ja Sven Krohnin filosofista perinnettä ihmistutkimuksessa. Rauhala on ontologisessa analyysissään muodostanut synteetin Husslerin kokemuksen kokonaisrakenteen analyysistä ja Heideggerin olemassaolon analyysistä ja kehitellyt edelleen Husslerin ja Heideggerin filosofista ajattelua. Rauhalan eksistentiaalisen filosofian juuret löytyvät eurooppalaisesta filosofisesta perinteestä. (Lindvall 1995, 29.)

### 2.1.2. Ihminen tajunnallisena, kehollisena ja situationaalisenä kokonaisuutena

Tämän tutkimuksen lähtökohtana ja perusajatuksena on käsitys ihmisestä kokonaisvaltaisena, holistisena yksilönä, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen eli ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus. Rauhalan (1986) mukaan eräiden perusteellisten filosofisten analyysien pohjalta ihmisen ontologinen perusmuotoisuus voidaan esittää kolmijakoisena. Ihmisen olemassaolon perusmuodot voidaan nimetä tällöin seuraavin termein: tajunnallisuus (psykykkishenkinen olemassaolo), kehollisuus (olemassaolo orgaanisena tapahtumana), situationaalisuus (olemassaolo suhteina todellisuuteen). (Rauhala 1986, 25.)

Rauhalan mukaan *tajunnallisuuden* olemistapa ja tapahtumisperiaatteet ovat täysin erilaiset kuin kehollisuuden. Tajunta käsitetään tässä ihmiskäsityksessä inhimillisen kokemisen kokonaisuudeksi ja sen fundamentaalinen struktuuri on mielellisyyttä. Termi johdetaan sanasta mieli (kreikaksi noema). Mielen avulla ymmärrämme, koemme ja tunnemme, uskomme, uneksimme jne. ilmiöt ja asiat joksin. Mieli on tavallaan merkityksen antaja. Mieli ilmenee tai se koetaan aina jossakin tajunnan tilassa eli elämyksessä. Mieli ja elämys ovat aina yhdessä. Elämyksellisiä tiloja ovat esim. havainto-elämys ja tunne-elämys. Elämys ja mieli ovat tajunnallisen tapahtumisen perusyksiköitä. (Rauhala 1986, 26,27.) Musiikin havaitsemme ensisijaisesti aistien välityksellä ja koemme sen mielen kautta ja se herättää meissä välittömästi erilaisia reaktiota niin tunne-elämässä kuin fyysisessä olemuksessamme.

*Kehollisuudessa* on kysymys ihmisen olemassaolosta orgaanisena tapahtumisena ja se merkitsee sitä, että aivot, hermosto ja verenkierto täytyy olla olemassa, jotta olentoa voidaan kutsua ihmiseksi. Rauhala kuvaa ihmisen orgaanista elämää käsitteellä mielekäs, jolla hän viittaa elintoimintojen tarkoituksenmukaisuuteen. Orgaaninen olemassaolo ei toimi symbolisesti eikä käsitteellisesti eikä sen piiriin kuuluvia ilmiöitä myöskään voi tavoittaa käsitteiden tai symbolien tutkimukseen

soveltavilla tutkimusmenetelmillä. Elintoiminnot eivät esitä mitään, vaan kehollisuudessa on kysymys aineellisista konkreettisista koskettavista lähivaikutuksista. Ajovaja esim. ei pidetä ajattelevana, vaan mielekkäästi toimivana ajattelun edellytyksenä. Ilman aivoja ei kuitenkaan olisi ajattelua, mutta ajattelua sinällään ei tavoiteta tutkimalla aivoja. Sama pätee myös kokemukseen ja sen tutkimiseen. (Perttula 1995,17.)

Elämä orgaanisen tapahtumisen syvimpänä ytimenä täytynee käsittää periaatteessa samaan tapaan kuin mielellisyys tajunnallisuudessa eräänlaisena viimeisenä ja pitemmälle analysoimattomana olemuksena. Elämä on orgaanisen olemassaolon olemus kuten mielellisyys on tajunnallisuuden perusolemus. (Rauhala 1986, 32.)

*Situationaalisuudella* ihmisen olemassaolon muotona Rauhala tarkoittaa ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti. Situationaalisuus ihmisen olemassaolossa on käsitettävä siten, että kietoutuessaan situaationsa rakennetekijöihin eli komponentteihin ihminen samalla tulee sellaiseksi kuin niiden luonne edellyttää. Osa ihmisen tilanteen komponenteista määräytyy kohtalomaisesti, ts. hän ei itse ole voinut vaikuttaa niihin (vanhemmat, geenit, ihonväri, rotu, kansallisuus jne.). Monia tilanteensa komponentteja hän voi itse valita ja siten muunnella situationaalisuuttaan. Ihminen voi esim. valita aviopuolisonsa, ystävänsä, harrastuksensa, ammattinsa, työnsä, asuntonsa, ravintonsa jne. Hän ei kuitenkaan voi koskaan valita kohtalomaisuuden vastaisesti. Jos hän on sokea, hän ei voi valita autokuljettajan ammattia. Musiikillisesti heikkolahjainen ei voi valita muusikon tai säveltäjän uraa ammatikseen. (Rauhala, 1986, 33.)

Olellista on tilanteen rakenteessa myös jako konkreettisiin ja ideaaleihin komponentteihin. Edellisiä ovat mm ravinteet, bakteerit ja virukset, saasteet, maantieteelliset ja ilmastolliset olot, työpaikkojen ja kotien ulkoiset puitteet, monet yhteiskunnan ja kulttuurin muodot, kaikkinaiset reaaliset inhimillisen kanssakäymisen muodot, luonto kaikissa fyysisissä suhteissaan jne. Jälkimmäisiä edustavat arvot

ja normit ns. henkisen ilmapiirin muodot ja aatteelliset virtaukset, ihmissuhteet koettuina sisältöinä ja taide yleensä. Kun jokin komponentti kuuluu ihmisen tilaan, se määrää eri asteisesti sitä, mitä ihminen tajunnassaan ja kehon prosesseissaan on. Tilaa on kaikkea sitä, mihin ihminen on suhteessa ja käänteisesti tämä suhteessa oleminen on tilaan rakennetekijän vaikutuksenalaisuutta, joka näyttäytyy tajunnallisessa kokemuksessa ja kehon orgaanisissa prosesseissa. (Rauhala 1986, 33,34.)

### 2.1.3. Holistinen malli

Psykosomatiikka määritellään nykyisellään laajasti tieteenalaksi, joka tutkii biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveydessä ja sairaudessa. Sen mukaan, miten suhtaudutaan psyykkisen, somaattisen ja sosiaalisen näkökulman välisiin suhteisiin ihmisessä jakautuu psykosomatiikka kolmeen pääsuuntaukseen, jossa kolmatta suuntausta edustaa *holistinen malli*, jossa ei nähdä yksisuuntaisia vaikutuksia psyykestä somaan, vaan jossa tarkastellaan ihmisen sisäistä dynaamista tasapainoa sekä hänen vuorovaikutustaan ympäristönsä kanssa biologisista, psykologisista ja sosiaalisista näkökohdista käsin. Tässä multifaktorisessa mallissa nähdään, että ihminen itsessään muodostuu erilaisista toisiinsa nähden hierargisesti järjestyneistä järjestelmistä kuten solu, elin, elinjärjestelmä, organismi ja psyykkinen toiminta. Ihminen on puolestaan suhteessa yksilöllisiin järjestelmiin kuten perhe, sosiaalinen ryhmä, yhteiskunta, luonto ja kulttuuri. Osasysteemit ovat toiminnallisessa suhteessa toisiinsa ja muodostavat yhdessä hierargisen systeemin, ihmisen ympäristöineen. Holistisessa mallissa on näkemys siitä, että kaikissa sairauksissa on todettavissa paitsi biologisia myös psykologisia ja sosiaalisia prosesseja. (Sorri 1984, 30, 31.)

### 3. Syöpäsairaus

#### 3.1. Syöpäsairaus ja psyyke

Keskityn tässä luvussa tarkastelemaan enimmäkseen syövän psyko-sosiaalisia vaikutuksia ja tutkimuksia, joissa on valotettu psyyken vaikutusta syövän synnys-sä, koska musiikkiterapialla pyritään vaikuttamaan ihmiseen pääasiassa psyyken kautta. Tenkasen (1985) mukaan syöpä ja infarkti ovat elintapasairauksia ja niitä esiintyy eniten teollistuneissa, hyvin voivissa maissa, juuri siellä, missä ihmisellä on parhaat mahdollisuudet huolehtia terveydestään kuin ihmiskunnalla on ollut milloinkaan historiansa aikana. Syöpäsairaus on näissä maissa lievässä nousussa. Syövän syntyyn tarvitaan kuitenkin monen tekijän yhteisvaikutus. Tällaisina tekijöinä tunnetaan mm. tupakka, ravintotottumukset, ilman ja ympäristön karsino-geenit ja ionisoiva säteily. Parhaimmillaankin nämä tekijät tarjoavat vain osaseli-tyksen syövän syntyyn. Käsite ympäristötekijä on laajennettava käsittämään ihmi-sen koko vuorovaikutusverkostoa. Luonnontieteen ja sosiologian kehitys on mah-dollistanut ihmisen kokonaisvaltaisen tutkimisen. Samoin on tutkittu ihmisen psyykkisten tekijöiden vaikutusta syövän syntymekanismeissa. Karkeasti arvioiden psyyken ja fysiikan yhteisvaikutus ihmisen terveydentilaan voitaisiin ymmärtää seuraavasti: Tuntemuksemme vaikuttavat ihmisen umpieritysjärjestelmään sen tasapainotilaa muuttaen. Jos tunnetila on jatkuva, tämä muutos heijastuu puolus-tusjärjestelmän toimintaan. Puolustusjärjestelmä valvoo tai on valvomatta solujen välistä järjestystä ja tuhoaa yhteyteen kuulumattomat tunkeilijat kuten virukset, bakteerit ja solujakautumisen häiriönä syntyneet syöpäsolut. Tunnetilat saattavat rekisteröityä monin eri tavoin solujen pintaan. Täten sanonta ”tuntee joka solulla” saa näin uudenlaista merkitystä. (Tenkanen 1985, 18-19.)

Tenkanen jatkaa, että sydäninfarktien osalta on vahvaa näyttöä siitä, että tiettyjä luonteenpiirteitä omaava yksilö ns. persoonallisuustyyppi-A muodostaa riskin

sairastua infarktiin. Syövän suhteen ei näin selvää näyttöä ole pystytty osoittamaan, vaikka erilaisia uskomuksia onkin esitetty jo antiikin ajoista lähtien. Kerrotaan kreikkalaisen Galeenin huomanneen, että alakuloisilla naisilla esiintyy enemmän rintasyöpää kuin iloisen luonteen omaavilla naisilla. Psykkisten tekijöiden ja syövän yhteyttä on tutkittu viime aikoina paljonkin. Niissä on tutkittu syöpään sairastuneiden persoonallisuutta ja kysytty aiemmin sattuneita vastoinkäymisiä. Tällaisessa tutkimuksessa on vaikea päätellä syy - seuraussuhteen suuntaa, aiheuttavatko tietyt persoonallisuustekijät syöpää vai aiheuttaako jo olemassa oleva sairaus näitä piirteitä. Vakuuttavampaa näyttöä antavat tutkimukset, joissa on tutkittu stressin vaikutusta syövän synnyssä ns. seurantatutkimuksella, jossa tietty väestöryhmä on tutkittu ja sitten jääty odottamaan kuka sairastuu syöpään, kuka ei. Tällaisia tutkimuksia on kuitenkin vähän ja niissä on useinkin mitattu persoonallisuutta eri tavoin. (Tenkanen 1985, 19.)

Kissen on yksi uranuurtaja, joka on tutkinut psyykkisten tekijöiden vaikutusta syövän synnyssä. Hän on tutkinut 1960 - luvulla keuhkosityöpään sairastuneita miehiä ja todennut, että ratkaiseva ero keuhkosityöpään sairastuneiden ja sairastumattomien välillä oli hänen mukaansa se, että keuhkosityöpöpotilailla oli ”huonosti kehittynyt venttiili” kielteisille tunteen purkauksille. Greer on tutkinut rintasyövän ja psyykkisten tekijöiden välistä yhteyttä analysoimalla 160 potilasta vaiheessa, jossa he olivat tulleet tutkimukseen rintasyöpäkyhmyjen vuoksi, jolloin kyhmyjen laatu ei vielä ollut selvillä. Leikkauksessa todettiin, että 69:llä oli rintasyöpä ja lopuilla hyvänlaatuinen kasvain. Greerin psykologisella menetelmällä voitiin tunnistaa oikein 72% rintasyöpä tapauksista, mikä oli melkein yhtä hyvä tulos kuin mikä saadaan kliinisessä tutkimuksessa. Vihamielisten tunteiden hyvin huomattava ja pitkäaikainen hillintä oli se ominaisuus, jonka Greer katsoi parhaiten erottavan rintasyöpöpotilaat niistä, joilla oli hyvänlaatuinen kasvain. (Tenkanen 1985, 19 - 20.)

Ehkä tunnetuin on Thomasin tutkimus Hopkinsin yliopistossa. Tämän tutkimuksen tuloksena huomattiin, että syöpään sairastuneet muodostavat yhtä selvän ryhmän psyykkisiltä ominaisuuksiltaan kuin infarktiin sairastuneetkin, ja että nämä

ryhmät poikkeavat selvästi toisistaan. Syövän myöhemmin saaneilla potilailla oli puuttunut läheinen suhde vanhempiin, eivätkä he juuri osoittaneet voimakkaita tunteita. Länsi - Saksassa tehdyssä laajassa tutkimuksessa Grossarth - Maticekin tutkimusryhmä lähteekin oletuksesta, että sairauden kannalta ratkaisevaa on ihmisen tapa kommunikoida ympäristönsä kanssa. On olemassa ihmisiä, jotka alistuvat ja hakevat siten toisten hyväksyntää ja toisia, jotka alistavat. Jugoslaviassa tehdyssä tutkimuksessa alistuvien todettiin sairastuvan merkittävästi enemmän syöpään kuin infarktiin. Alistajien kohdalla tilanne oli päinvastainen. Vaikka Grossarth - Maticekin tutkimuksissa on erilainen näkökulma kuin Kissenillä ja Thomasilla ei voida välttyä vaikutelmalta, että jotain yhteistä heidän löytämillään syöväälle alttiilla persoonallisuustyypeillä on:

1. He eivät osoita vihamielisiä tunteita.
2. He eivät valita, eivätkä vaadi oikeuksiaan.
3. He yrittävät sovittaa ristiriitatilanteita, alistuvat ja kärsivät mieluummin kuin taistelevat.
4. He ovat parempia kuin jaksavat oikeastaan olla. (Tenkanen 1985, 19 - 20.)

### 3.2. Psykososiaaliset tekijät ja syöpä

Lönnqvistin (1990) mukaan samalla kun syöpää sairastavien määrä on koko ajan lisääntymässä, on syövän ennuste myös parantumassa. Syöpään sairastuneita ja sen läpikäyneitä on olemassa yhä enemmän. Syöpätauti on muuttumassa patologistista prosesseista psykososiaalisia ulottuvuuksia omaavaksi sairaudeksi. Sairastuminen on merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Vaikka psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksestä sairastumiseen johtavina tekijöinä on esitetty erilaisia tutkimustuloksia, silti vaikuttava näyttö psykososiaalisten tekijöiden syöpää synnyttävästä vaikutuksesta vielä puuttuu. Sensijaan sitäkin vahvempaa näyttöä on niiden tekijöiden vaikutuksesta itse sairausprosessia ohjaavina tekijöinä. Syöpään sairastuminen merkitsee psyykkistä kriisiä, johon liittyy aina voimakkaita tunnekokemuksia. Samanaikaisesti sairastuneen tulisi kyetä sairautensa asialliseen ymmärtämiseen, sitä koskeviin päätöksiin ja sairauden seuraamusten hallintaan. Syöpään sairastuminen herättää aina monenlaisia huolia. Osa niistä on asiallisia, osa pelkojen värittämiä todellisuuden vääristymiä. Sairauden kulkuun

liittyy usein kriisejä ja vuosien ajan kestäväää epävarmuutta. Vailla tukea ja asiallista tietoa jääneet alistuvat vieläkin suuremmalle riskille. Toiset ovat haavoittuvampia, toiset paremmin sopeutuvia. Syöpäsairaus on sairaus muiden sairauksien joukossa, mutta usein vielä enemmän. Siihen liittyy pelkoa salakavaluudesta, kivusta ja kuolemasta. Se vaikuttaa myös ihmisten välisiin suhteisiin kotona ja työpaikalla. Myös hoito voi olla raskasta ja psyykkisesti kuormittavaa. Riippuvuus hoitojärjestelmästä vaatii myös lisäsopeutumista. Syövän hoito on myös intensiivistä hoitohenkilöstön kannalta ja aiheuttaa psyykkistä kuormitusta myös heille. Kaikkien edun mukaista olisi mahdollisimman realistisen kuvan luominen niistä psyykkisistä ja sosiaalisista seuraamuksista, joita syövän sairastamiseen liittyy. Hyvä tutkimustyö ja kokemusten avoin tarkastelu ovat parhaat takeet hyvän hoidon sekä paremman elämänlaadun kehittämiseksi. (Lönnqvist 1990, 3.)

### 3.3. Syöpäpotilaan kuntoutuminen

Vierron (1994) mukaan syöpään sairastuu vuosittain lähes 19 000 suomalaista. Kaikki sairastuneet tarvitsevat tukea, jotta kuntoutuminen saataisiin alkuun. Tuen tarvetta aiheuttavia tekijöitä ovat mm. fyysisen toimintakyvyn menetykset, aisti-toimintojen vajavuus, ulkonäköä muuttavat tekijät sekä sosiaalisen selviytymisen ongelmat. Sairauden alkuvaiheessa on olennaista syöpää, sen ennustetta ja hoitoa koskeva tieto, samoin psykososiaalinen tuki. Sosiaalisen tuen puutteella on jopa yhteys syöpäkuolleisuuteen. Tukihenkilötoiminnan tarkoituksena on, että aiemmin syöpään sairastuneet henkilöt antavat tukea uusille potilaille. Sopeutumisvalmennukseen osallistuu vuosittain n. 2000 potilasta tai omaista. Kokemukset ovat olleet myönteisiä, vaikka kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tehokkuutta ei ole arvioitu riittävästi. Kuntoutus määritellään usein lääketieteellisen hoidon jälkeiseksi toiminnaksi, joka tähtää potilaan työkyvyn ja omatoimisuuden palauttamiseen. Syöpäsairauksista kuntoutumiseen sopii paremmin laaja määritelmä, jonka mukaan kuntoutuksella pyritään tukemaan yksilön psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia voi-



mavaroja sekä edistämään yksilön ja yhteisön välistä vuorovaikutusta. Sopeutumisvalmennus on määritelty kroonisen sairauden aiheuttamien haittojen vähentämiseen tähtääväksi sosiaalisesti kuntoutukseksi. Syöpään sairastuneen kuntoutuksen tavoitteita on fyysinen, mielenterveydellinen ja sosiaalinen kuntoutuminen. Aktiivinen kuntoutuminen tähtää potilaan kokonaisvaltaiseen, mahdollisimman tasapuoliseen terveyden edistämiseen. Tuen tarve on yksilöllinen, ja kuntoutuksen valinta edellyttää harkintaa. Vierron mukaan syöpään sairastuneen kuntoutus olisi aloitettava heti sairastuttua ja sen tulisi liittyä saumattomasti hoitoon ja jatkuva hoidon jälkeenkin. (Vierto 1994, 5.)

Kriisiteorian mukaan sairauden diagnosointia seuraa ns. sokkivaihe, johon sisältyy myös paljon epäuskoa ja sairauden kieltämistä, mutta samalla tiedon tarvetta. Tämän jälkeen seuraa reaktiovaihe, jolloin ihminen alkaa tietoisesti työskennellä sairautensa kanssa. Korjaamisvaiheessa kyetään jo paremmin arvioimaan sairauden aiheuttamaa menetystä. Neljännessä vaiheessa ihminen orientoituu uudelleen sairauden asettuessa osaksi arkielämää. Kriisiteoria pelkistää todellisuutta, joka on usein paljon monimutkaisempi. Vaihtelut voivat olla suuria eri vaiheiden kestossa ja jopa niiden esiintymisjärjestyksessä. (Vierto 1994, 5.)

### 3.4. Syöpäpotilaan psykososiaalinen tuki

Vierron (1994) mukaan psykososiaalinen tuki on vaikeasti määriteltävä käsite. Se voidaan määritellä niiksi toiminnoiksi, joiden tarkoitus on parantaa potilaan psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä sairauden eri vaiheissa. Se sisältää sosiaalisen tuen, jonka puute on yhdistetty syöpäkuolleisuuteen useissa tutkimuksissa. Suhteellinen kuolemanriski on sosiaalisesti eristyneillä jopa 2- 4-kertainen verrattuna muihin potilaisiin. Naimattomien syöpäpotilaiden kokonaisennuste näyttää huonommalta kuin naimisissa olevien potilaiden. Psykososiaaliseen tukeen kuuluu myös psykoterapia eri muodoissaan. Tukiryhmien on osoitettu parantavan potilaan mielentilaa, kipua ja sopeutumiskykyä, selviytymistä, elämänlaatua ja ehkä

myös ennustetta. Psykososiaalinen tuki tähtää potilaan voimavarojen ja selviytymiskeinojen aktivointiin, sosiaalisten verkkojen vahvistamiseen tai omaisten tuen käytön saamiseen. Psykososiaalisen tuen vaikutusmekanismit voivat olla monenlaiset. Pelkojen ja masennuksen väistyminen voi parantaa ravitsemusta, unen laatua ja aktiivista liikuntaa. Yksi mekanismeista saattaa olla myös hermostollinen. Sosiaalinen tuki voi vähentää stressin fysiologisia seurauksia ja myös immunologiset tekijät voivat toimia välittäjinä. Edellä esitetty lähestymistapa on lähinnä lääketieteellinen. Sosiaalisen työn käsitteistöön kuuluu psykososiaalinen työ, jonka avulla pyritään ratkaisemaan, miten sosiaaliset ongelmat ja psyykinen pahoinvointi kietoutuvat toisiinsa yksilöiden ja perheiden elämässä. Psykososiaaliseen työhön on sisällytetty myös psykoterapeuttisia otteita. Välitöntä psykososiaalista tukea potilas saa useimmiten sosiaalisesta lähiympäristöstään, sukulaisilta ja ystäviltään. Monet potilaat ovat tunteneet kuitenkin ystävien kaikkoavan kauemmaksi syöpädiagnoosin selvittyä. Siksi terveydenhuollon ammattilaisten tuki on tarpeen. Syöpäjärjestöt ovat perustaneet valtakunnallisen palvelevan puhelimen ”Syöpäyhteys,” joka on tarkoitettu mm. välittömän tuen tarpeen tyydyttämiseen. Puhelimeen oli tullut kahden vuoden aikana n. 2000 soittoa. Niistä noin 75% tuli potilailta tai omaisilta. Alueellista puhelinvalvontaa annetaan myös maakunnallisissa syöpäyhdistyksissä. Tukihenkilötoiminnan tarkoituksena on, että jo aiemmin syöpään sairastuneet henkilöt antavat tukea uusille syöpäpotilaille. Tällaista tukea saavat laajimmin rinta ja kurkkusyöpää sairastavat sekä avannepotilaat. (Vierto 1994, 6.)

Maakunnallisia syöpäyhdistyksiä on 11 eri puolilla maata. Ne järjestävät sopeutumisvalmennus ja tukihenkilötoimintaa. Ne järjestävät sopeutumisvalmennuskursseja, joiden tarkoitus on antaa potilaille ja omaisille valmius kohdata muuttunut elämäntilanne ja oppia elämään täysipainoista elämää omia voimavaroja hyväksi käyttäen. Kurssin tehtävänä on sairastuneen psykososiaalinen tukeminen ja lääketieteellinen kuntoutus, tiedon levittäminen, pienryhmätyöskentely, keskustelut, liikunta, lepo sekä sosiaalinen vuorovaikutus. (Vierto 1994, 6 -7.)

### 3.5. Voiko potilas itse vaikuttaa paranemiseensa ?

Tenkasen (1985) mukaan potilaan ennusteen arvioiminen on aina vaikeaa, syövässä aivan erikoisesti. Elämän halun ja taistelutahdon on yleensä havaittu vaikuttavan ennustetta parantavasti. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että syöpäpotilaiden kohdalla hoitoon aktiivisesti osallistuvien sekä mielipiteensä ja tunteensa selvästi esiintuovien potilaiden ennuste on paras. Tämä huomio on antanut sysäyksen uuden hoitomuodon kehittämiseksi USA:ssa. Garl ja Stephanie Simonton ovat antaneet klinikassaan psykoterapeuttista tukihoitoa potilaille, joilla monilla on ollut jo hyvin pitkälle kehittynyt syöpä. Simontonien hoitomenetelmä perustuu oletukseen, että puolustusjärjestelmän toiminnan vaihtelut ovat yhteydessä niin syövän syntyyn kuin myös sen paranemiseenkin. Ennen syövän ilmaantumista puolustusjärjestelmän toiminta on ollut syystä tai toisesta estynyttä. Usein syynä on ollut potilaan kokema menetys tai suurta surua aiheuttanut tapahtuma, josta ei ole pystynyt selviytymään. Osasyynä vaikeuksiin on ollut luonteenlaatu, joka pyrkii torjumaan negatiiviset tunteet ja välttämään viimeiseen asti konfliktitilanteita sietäen mieluummin sietämätöntäkin. Hoidossa oletetaan, että ihminen pystyy tahdonvoimansa avulla elvyttämään puolustusjärjestelmänsä toiminta ja suuntaamaan sen nimenomaan syöpänsä voittamiseksi. Potilasta rohkaistaan näkemään oma kokonaistilanteensa realistisesti, hyväksymään mahdolliset kielteiset tunteensa ja etsimään uusia ja parempia tapoja toimia ristiriitatilanteissa. Simontonit pitävät omaa menetelmäänsä rinnakkaisena hoitona muun lääketieteellisen hoidon rinnalla. Heidän terapiansa avulla potilaat saavat lisää elämänhalua ja taistelutahtoa, mikä saattaa moninkertaistaa muun hoidon tehoa. (Tenkanen 1985, 21 -22.)

Edellä esitettyyn perustuen katsoisin myös musiikkiterapialla olevan paikkansa ja mahdollisuutensa syöpäpotilaiden psyykkisessä ja fyysisessä kuntoutuksessa. Musiikilla on todettu olevan terapeuttisia vaikutuksia ihmiseen monilla eri tavoilla. Musiikin avulla saadaan aikaan mielihyvän kokemuksia, rentoutumista,

rauhottumista, ja sen avulla voidaan purkaa niin aggressiivisiä kuin negatiivisia-kin tunteita. Musiikin avulla pystytään nostattamaan tietoisuuteen muistoja ja mielikuvia, joista voidaan terapeutin ja ryhmän jäsenten kanssa keskustella. Musiikki vetoaa voimakkaasti ihmisen tunteisiin ja sitä on vaikea torjua. Se vaikuttaa meihin tahdoimmepa tai emme. Musiikin avulla pyritään vaikuttamaan psyyken kautta myös ihmisen fyysiseen olemukseen. Sillä on myös suoranaisia vaikutuksia ihmisen kehoon värähtelyjensä avulla.

## 4. Musiikin vaikutuksista ihmiseen ja terapiassa käytetyt musiikkiterapiamenetelmät

### 4.1. Musiikki akustisfysikaalisena ilmiönä

Musiikki on ilmiö, joka perustuu kuultavissa olevaan värähtelyyn. Tämän värähtelyn voi myös tuntea kehossa. Musiikissa ääni ja värähtelyt ovat erottamattomia. Musiikki on informatiivista ja sillä on oma erikoisvärinsä ja taajuutensa, jossa ääni värähtelee. (Ahonen 1993, 39.)

Värähtelyenergiaa on käytetty erilaisiin hoidollisiin tarkoituksiin jo kauan. Rumpuja, symbaaleita ja puhallinsoittimia käytettiin lähes kaikissa varhaiskantisissa kulttuureissa myös tähän tarkoitukseen. Parantajat olivat varsin tarkkaan selvillä siitä, että kehon eri osa-alueet, lihakset ja sisäelimet reagoivat hyvin herkästi ääneen, jonka taajuus on sama kuin näiden kudosten ominaisresonanssitaajuus. Instrumentit olivat tarkasti viritettyjä tai suorastaan rakennettuja siten, että ne tuottivat juuri näitä ääniä. (Lehikoinen, 1.)

Ihmisen keho on eräänlainen elektromagneettinen ja akustinen värähtelyjärjestelmä. Keho tuottaa varsin runsaasti sekä ääni- että sähkötoimintaa. Sikiön kehitys tapahtuu ympäristössä, jota hallitsee hyvin voimakas vibraatio- ja äänitaso, joka vastaa noin 85-90 desibelin äänitasoa vapaassa tilassa. Syntymän jälkeen ihminen joutuu mukautumaan ulkoisen maailman ääniin ja värähtelyihin. Tämä alkuperäinen olotila on tallentunut hermostojärjestelmän syvimmän alueen ohjelmistokieliksi. Laulajat joutuvat tekemään hyvin paljon työtä rakentaessaan itselleen instrumentin, jossa kehon värähtelyominaisuudet saadaan hyödynnetyksi mahdollisimman tehokkaasti. Kokeellinen tutkimustyö on antanut näyttöä siitä, kuinka keho reagoi siihen ulkoapäin johdettuun värähtelyyn. Näitä reaktioita voidaan havaita laajemmilla kehon alueilla ja jopa solun sisäisinä ilmiöinä. Vuoden 1991 Nobel -palkinto on annettu kahdelle Max Plankin instituutin tutkijalle (Erwin Neher ja Bert Sakman) heidän tutkimuksistaan, jotka koskivat solujen välistä tiedon-

välitystä. Nämä tutkijat onnistuvat osoittamaan kuinka solujen väliset ns. ionikanavat toimivat ja kuinka tietyt hivenaineet, erityisesti kalsiumhiukkaset osallistuvat tähän informaation kuljettamiseen. Carman kuvaa artikkelissaan kuinka solukalvot reagoivat elektromagneettiseen ja akustiseen värähtelyyn sekä myös kemialliseen ja mekaaniseen stimulaatioon. Näillä löydöksillä on suuri merkitys, kun pyritään vaikuttamaan solujen sisäiseen aineenvaihduntaan ja solujen kesken tapahtuvaan tiedonvälitykseen. Solukalvojen resonanssitilat muuttavat niiden läpäisyominaisuuksia ja avaavat ionikanavia, joita myöten solujen aineenvaihduntaan osallistuvien n. 3000:n entsyymien kulku helpottuu. (Lehikoinen, 3.)

Musiikkiterapiassa on tehty tutkimuksia siitä, että mitä yksinkertaisempi ääni on, sitä helpommin se etenee hermosysteemissä. Esim. soittamista huilun ääntä pidetään kaikkein rauhoittavimpana ja rentouttavimpana. Huilun terapeuttinen teho saattaa perustua siihen, että sen ääni on akustisista soitinäänistä kaikkein lähimpänä siniääntä, sinivärähtelyä, jossa ei ole lainkaan yläsäveliä. Siniäänit läpäisevät myös lihakset ja etenevät hermostossa ja kehossa esteettömästi ja tasaisesti. (Ahonen 1993, 39-40.)

Psykologi, musiikkiterapeutti Petri Lehikoinen on ollut mukana kehittämässä Suomessa fysioakustista tuolia, joka käyttää hyväkseen sini-äänen vaikutusta. Fysioakustinen menetelmä perustuu tietokoneohjatun, matalataajuisen äänen terapeuttiseen käyttöön. Äänen korkeus vaihtelee välillä 27-113 Hz. Laite tuottaa puhdasta siniääntä, johon voidaan haluttaessa sekoittaa musiikkia. Laitteen sisäänrakennettu tietokone ohjaa äänen toimintaa sekä menetelmässä käytettäviä valmisohjelmia. Laitteessa käytetään hyväksi taajuusvaihteluja, joiden tarkoitus on vaihdella äänen korkeutta ylös ja alas tietyn keskiarvon ympärillä. Tällainen toiminta on tarpeellinen, koska elävien kudosten ollessa kyseessä optimaali resonanssitaajuus vaihtelee yksilöstä toiseen, samallakin henkilöllä jännitysten ja muiden fysiologisten muutosten mukaan. (Lehikoinen, 5.)

Tietääkseni fysioakustisen menetelmän vaikutuksia ei ole vielä tutkittu syöpä potilaiden kuntoutuksessa. Tiedän kuitenkin yhden syöpää sairastavan henkilön käyttävän fysioakustista tuolihoitoa kuntoutuksessaan, ja hänen kokemuksensa mukaan sillä on ollut positiivisia vaikutuksia hänen yleiskuntoonsa ja vireyteensä.

Lääketiede on hyödyntänyt myös värähtelyenergiaa. Musiikin värähtelytaajuus vaihtelee n. 20 - 20 000 herzin välillä. Tämän alapuolella ovat infraäänit ja hitaat sähkömagneettiset värähtelyt. Lääketieteessä käytetään hyväksi näitä värähtelyjä. Hoitosovellutuksia ovat mm. magneettilaitteet, mekaaniset terapiavibraattorit ja muut ääneen perustuvat laitteet. Lääketieteessä käytetään hyväksi myös korkeita värähtelytaajuuksia esim. röntgen, laser ja säteilyhoidot. Musiikilla on todettu olevan monenlaisia vaikutuksia ihmisen fysiologiaan esim. ihmisen keskushermoston prosessointiin, vegetatiiviseen hermostoon, pulssiin ja lihasjännitykseen. On tutkittu esim. muutoksia sydämen toiminnassa sävellyksen luonteen mukaisesti, hengitysfrekvenssin vaihtelua ja galvaanisia ihoreaktioita rentoutuneisuutta mitattaessa. (Ahonen 1993, 41, 42, 50.)

Musiikin aiheuttamat mielihyvän tunteet liittyvät kemiallisiin yhdisteisiin, joita syntyy aivoissa. Näitä yhdisteitä kutsutaan endorfiineiksi, elimistön huumausaineiksi, jotka saavat aikaan hyvänolon tunteen ja vähentävät kipua. Musiikillinen osallistuminen siis aktivoi suuren määrän erilaisia fysiologisia toimintoja ihmisen kehossa. Musiikin kuuntelua voidaan käyttää tekniikkana kehon kemian muuttamisessa. Koska adrenaliinilla ja immunitaattisysteemillä on läheinen yhteys, voidaan otaksua, että lihasten rentoutumisella ja fyysisellä terveydellä voisi olla myös läheinen yhteys. (Ahonen 1993, 54.)

## 4.2. Ääniterapia

Sädesairaalan osastoryhmien yhdeksi päämenetelmäksi musiikkiterapiassa muotoutui laulu, yhteislaulu. Koska laulaminen perustuu ihmisäänen käyttöön, tarkastelen seuraavaksi äänen terapeuttisia vaikutuksia ihmiseen.

Ääniterapiamenetelmän tunnetuimpia kehittäjiä on ollut ranskalainen professori Igor Reznikoff, joka on kehittänyt gregoriaaniseen lauluun perustuvan ääniterapiamenetelmänsä, jota on käytetty hoidollisin tavoittein Keski - Euroopassa ja myös Suomessa. Menetelmä perustuu puhtaaseen luonnolliseen asteikkoon, jossa musiikki ja metodit on poimittu ihmisen oman äänen yläsävelsarjan sävelistä. Reznikoff käyttää ääniterapiassaan luonnollista ja pythagoralaista asteikkoa. Tällöin musiikki resonoi kehon oman värähtelyn kanssa. Luonnollisessa laulussa koko vartalo soi, ja siinä käytetään koko kehon eri osien resonaatiota. Matalat äänet resonoivat parhaiten kehon alimmissa osissa vatsan, rinnan, alaraajojen ja selän alueella. Korkeat äänet resonoivat kehon ylemmissä osissa kuten kaulan, niskan ja pään alueella. Ääniterapiassa ihminen laulaa itse ja samalla keskittyy kuuntelemaan. Aikojen kuluessa on esitetty monenlaisia teorioita siitä, että ihminen kokonaisuudessaan muodostaa harmoniajärjestelmän. (Ahonen 1993, 212-213.)

Vuoren (1995) mukaan luonnollisessa äänenkäytössä laulaminen on lähellä puhetta, jolloin äänen tuottoon sisältyy hengityslihasten hallinta. Itse äänen pitäisi soida vapaana. Lähtökohta oikein laulamiseksi on kyky kuunnella. Käytännön harjoituksessa Reznikoff opettaa intervaleja, jolloin yritetään oppia kuulemaan puhuttaita ääniä. Ääniterapiallaan hän tarkoittaa nimenomaan ihmisen äänen terapeuttista vaikutusta. Äänen, vokaalien ja konsonanttien avulla sekä kehon värähtelyn kautta on mahdollista koskettaa ihmisen ruumista. Äänen tärkeimpänä puolena hän pitää äänen väriä, harmonisten sarjaa, jotka muodostavat äänen kokonaisuudessaan. Tietoisuuden ja kehon välinen suhde on terapiassa tärkeää. Reznikoffin mukaan ihmisten monet ongelmat johtuvat huonosta ja puutteellisesta kehon osien



tuntemuksesta. Ääniterapian perusta on moodi, joka on kehon tilan äänellinen ilmaisu. Kuuloaistin lisäksi herkistyy myös tuntoaisti, sillä laulu herkistää koko ihmistä. (Ratia 1997, 9, 10.)

### 4.3. Laulu terapiamuotona

Sädesairaalan avoryhmissä tapahtuvan musiikkiterapiatoiminnan yhdeksi päämenetelmäksi vakiintui laulu, yhteislaulu yhdessä musiikin kuuntelun ja keskustelun rinnalla. Laulamiseen osallistuttiin joko itse laulamalla tai toisten laulua kuuntelemalla, kukin kykyjensä ja halunsa mukaan. Laulu tuntui sopivan kaikille, koska se oli jokaiselle tuttua jo entuudestaan ja jokainen osaa käyttää ääntään jollakin tavalla. Kuuluuhan laulu vahvasti suomalaiskansalliseen perinteeseen ja siihen meidät on kasvatettu jo pienestä pitäen. Ensin äidit ovat laulaneet lapsilleen ja myöhemmin lapset laulavat itse. Toiset oppivat laulamaan jopa ennemmin kuin puhumaan. Laulamista ei ole unohdettu onneksi myöskään kouluissamme. Myöhemmässä vaiheessa taitojen kartuttua ihmiset ovat hakeutuneet erilaisiin kuoroihin ja yhteislaulutoimintaan mukaan. Laulettaessa ei tarvita mitään erityisiä välineitä ja instrumentteja, koska ihminen on itse instrumentti.

Seuraavassa tuon esille laulamisen terapeuttisia vaikutuksia.

Laulaessaan ihminen kuulee ja tuntee kehossaan äänen värähtelyn. Värähtelyn voi tuntea myös laulavaa ihmistä koskettamalla. Laulaminen on kiinteässä yhteydessä koko ihmiseen ja harmoninen laulu tuntuu hyvältä. Ihmisen fyysinen ja psyykinen yhteys katkeilee usein esimerkiksi sairauksien, stressin ja kiireen takia. Laulaminen on yksi tapa säilyttää tämä yhteys ja kokea elämyksiä olemassaolostaan. Laulavat luonnonkansat tekevät havaintoja itsestään laulaessaan, mutta länsimainen ihminen voi sairastaa pitkäänkin ennenkuin huomaa vaivansa. Laulun avulla ihminen voi löytää yhteyden itseensä. Laulaminen musiikkiterapiassa voi olla:

1. Prosessia painottavaa laulamista ryhmässä
2. Prosessia painottavaa laulamista yksin
3. Esitykseen tähtäävää laulua ryhmässä
4. Esitykseen tähtäävää laulua yksin (Ahonen 1993, 210-211.)

Yhteislaulun avulla voidaan saavuttaa yhteisymmärrys ja harmonia ryhmän jäsenten kesken. Terapeuttisen lauluryhmän tavoitteena on antaa yhdessä laulamisen avulla sosiaalisia kokemuksia, kommunikaatiokokemuksia ja saada aikaan tunteiden ilmausta. Laulua voidaan käyttää siltana sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä tunteiden, jännityksen ja ahdistuksen purkamiseen. Lauletaessa terapian painopiste voi olla joko ryhmän jäsenten osallistumisessa, realiteettiorientaatiossa, laulujen erilaisissa tunnesisällöissä tai laulamisen itsensä herättämissä tunteissa ja havainnoissa itsestä suhteessa itseen, toisiin ryhmän jäseniin tai terapeuttiin kohdistetun transferenssin tulkitsemisessä. (Ahonen 210-211.)

Partasen (1996) mukaan yhteislaulun tavoitteet ovat:

1. Yhteislaulun aikana voi kokea suurta yhdessäolon tunnetta, siinä voi tuntea olevansa yksi joukosta ja oma itsensä.
2. Laulaminen voi olla tunteiden käsittelyä, ilon surun, eron, rakkauden, ikävän, toivomisen jne.
3. Laulu voi olla itsetunnon nostamista, koska sen avulla ihminen voi elää vapaasti mielikuvissaan.
4. Laulun avulla ihminen voi palata muistoihinsa.
5. Laulun avulla voidaan käsitellä ihmissuhteita.
6. Laulaessa saa lähettää viestejä toisille ihmisille ja sanoa hänelle enemmän kuin puhumalla pystyy sanomaan. Laulun avulla voi puhua siitäkin, mistä ei muuten uskaltaisi.
7. Laulussa ei tarvitse olla rehellinen, saa valehdella ja sanoa, mitä haluaa, voi panna monet asiat laulun tekijän piikkiin.

8. Laulun avulla voi tehdä myös surutyötä. Monet laulut kertovat menetetyistä ihmissuhteista. (Partanen 1996, 108.)

Laulujen sanojen ja sisällön kautta ihminen voi puhua omista tunteistaan ja ajatuksistaan, jos se muuten on vaikeaa. Lauluvalinnoillaan ihminen kertoo itsestään ja tunteistaan monesti paljon. Usein valitsemme lauluja, jotka vastaavat sen hetkistä tunnetilaa. Laulua laulettaessa voimme tuntea helpotusta ja purkautumista patoutuneista tunnelatauksista. Laulamalla myös Amerikkaan viedyt mustat orjat kertoivat kaipuustaan ja tuskaisista tunteistaan. Näin syntyi blues -laulumuoto, joka elää vielä tänä päivänäkin ihmisten keskuudessa, mutta eri merkityksessä.

## 4.4. Musiikin psyykkiset vaikutukset

### 4.4.1. Musiikin vaikutus ihmisen mieleen

Musiikilla on monenlaisia vaikutuksia ihmisen mieleen. Sen terapeuttinen arvo perustuu siihen, että sen avulla voidaan paljastaa asioita, nostaa niitä tietoisuuteen sekä käsitellä, parantaa, läpityöskennellä ja ratkaista ongelmia. Musiikki voi terapian välineenä kanavoida tiedostamattomia impulsseja, saada aikaan katharssin eli tunteiden purkautumisen, antaa turvaa eli toimia ns. transitionaaliobjektina. Se voi auttaa ongelmien läpityöskentelyssä, toimia ns. self-objektina. Musiikin avulla voidaan vahvistaa egon heikkoja rakenteita, lisätä itsetuntemusta, toimia eräänlaisena välittäjänä omien tiedostettujen ja tiedostamattomien psyyken rakenteiden välillä. Musiikin avulla saadaan aikaan vuorovaikutusta eli se toimii kommunikaatiovälineenä. Musiikki antaa esteettisiä kokemuksia ja saa aikaan mielihyvän tunteita. Musiikin avulla ihminen voi nostaa asiota piilotajunnastaan ja lisätä omien sisäisten prosessiensa ymmärtämistä, tiedostaa ristiriitojaan ja käsitellä niitä tunteen tasolla. (Ahonen 1993, 56-57.)

Eräs musiikin keskeinen tehtävä on sen non-diskursiivinen, ei-kerronnallinen kyky ilmentää kokemuksia. Tämän mahdollistaa musiikin laaja-alainen ja abstrakti symbolikieli. Musiikki on liikkeessä olevaa akustista energiaa, joka muodoiltaan on arvoituksellisen moni-ilmeistä ja kompleksista. Langerin (1967) mukaan musiikki voi olla tunteenomaisesti totta tavalla, johon kieli ei pysty. Samalla tavalla musiikin sisältämällä rakenteilla ja muodoilla on sisällöllinen ambivalenssi, jota ei voi olla tiettyihin sovittuihin merkityssisältöihin sidotuilla sanoilla. Musiikin sisäinen ambivalenssi ts. musiikin paradoksaalinen kyky ilmaista sellaista, mitä ei voi kertoa, on myös musiikkiterapiaan liittyvän merkityksen kannalta oleellinen. Musiikin muodot ja rakenteet ovat tietyllä tavalla verrattavissa ”tyhjiin skeemoihin”. Kuulija tai esittäjä voi sijoittaa skeemoihin omasta taustastaan ja sosiaali-historiasta nousevia sisältöjä ja merkityksiä. Musiikin non-diskursiivinen muoto mahdollistaa sen, että musiikin kanssa voidaan esim. terapiatilanteessa jakaa sel-

laisia kokemuksia ja tietoja, joita ei muuten saada kerronnallisen muotoon. Tällaisia kokemuksia ovat Recharidin mukaan mm. elämän rytmit ja orgaaniset, emotionaaliset ja mentaaliset merkityskokemukset, jotka eivät ole jaksottaisia, vaan loputtoman kompleksisia ja herkkiä muutoksille. Juuri nämä muodostavat inhimillisen tuntemisen dynaamiset muodot, jotka suurelta osin ovat ilmaistavissa ainoastaan ei-kerronnallisella symbolisilla muodoilla. Recharidt näkee juuri tässä ilmiössä koko taiteellisen ilmaisun tai taideterapian mielen ja tarkoituksen. Musiikin avulla voidaan kokea esim. sellaisia arkaaisia, yksilön varhaiskehitykseen liittyviä merkityskokemuksia, jotka eivät ole verbalisoitavissa. Musiikin muotojen ja rakenteiden merkitysten kokeminen, yksilön omien, ainutkertaisten nondiskursiivisten merkityskokemusten sijoittaminen musiikin muodostamiin ”avoimiin yhtälöihin” edustaa samalla myös syvälliseen emotionaaliseen tiedostamiseen perustuvaa läpityöskentelyä. Musiikin avulla yksilö voi ajatella asioita, jotka muutoin olisivat tavoittamattomissa. Tässä merkityksessään musiikkia voidaan pitää self-objektina, eräänlaisena yksilön minän jatkeena, jonka avulla yksilö voi suorittaa psyykkistä työskentelyä. Musiikkiin liittyvä psyykinen työskentely edustaa tietyllä tavalla siirtymistä ajattelun modaaliteeteistä toisen, toisin sanoen kielellistä ja käsiteellistä ajattelusta arkaaiseen ajatteluun. Tämän ajattelun symbolikieli voi olla muita paljon joustavampaa tai moniselitteisempää. Käsitteiden sijasta sen kieli käyttää erilaisia metaforia. Self-objekti-ominaisuutensa lisäksi musiikkia voidaan pitää yksilön varhaiskehitykseen liittyvänä transitionaali-objektina tai -ilmiönä. Tässä ominaisuudessa musiikki on analoginen lapsen leikin kanssa. Tällöin se sijoittuu lapsen sisäisen ja ulkoisen kokemusmaailman väliseen kokemuksen välimaastoon. Tuolla alueella lapset voivat turvallisesti kokea ja käsitellä vaikeitakin traumaattisia kokemuksia. Transitionaali-ilmiönä musiikki suojaa yksilöä sen synnyttämien tai siihen liittyvien psyykkisten kokemusten sisältämilta peloilta tai muuten epämiellyttäviltä tunnetiloilta. Musiikkia käyttämällä terapeutti voi tavoittaa ja jakaa asiakkaan psyykkisten häiriöiden takana olevan tajunnallisen eksistenssin. Musiikin objekti-ominaisuus liittyy musiikkiterapian filosofisen perustan olennaisella tavalla eksistentiaalis-fenomenologiseen filosofiaan. (Lehtonen 1985,4-5.)

Useat tutkimukset ovat raportoineet musiikin kyvystä vaikuttaa ihmisen mielialoihin. Mielialalla tarkoitetaan emootioon verrattuna pidempiaikaista, pysyvämpää mielentilaa. Kliinisesti ajatellen mielentila voidaan liittää esimerkiksi masennukseen, joka voi kestää tunteista jopa kuukausiin. Täten myös musiikin mielialalla (moodilla) tarkoitetaan lähinnä sitä perussävyä, joka kappaleella on, ja jonka se mahdollisesti pystyy välittämään kuulijalleen. Musiikkiteosta ajatellaan näin kokonaisuutena, joka viittaa ilmaisullisen elementtinsä kautta johdonmukaisesti tiettyyn mielialaan tai emootion näkökulmasta yhteen tunnetilaan. Kratusin (1993) mukaan musiikin kaksi vahvinta emootioon vaikuttavaa tekijää ovat tempo ja sävellaji. Muut emotionaaliset elementit musiikissa ovat artikulaatio, dynamiikka, harmoninen kompleksisuus, korkeustaso ja pulssin vahvuus. (Erkkilä 1997, 50.)

Mielialan indusoinnista musiikin keinoin vallitsee jossain määrin ristiriitaisia käsityksiä lähinnä siitä, miten itsestään selvää musiikin vaikutus mielialaan on. On olemassa empiristä tietoa siitä, että musiikki olisi itsestään selvä mielialan indusoija verrattuna muihin tekniikoihin, joihin on käytetty mm. hypnoosia, onnellisia ja surullisia kertomuksia ja onnellisten ja surullisten tarinoiden kuuntelemista. Musiikkia käytettäessä saavutetaan näiden tulosten mukaan suurempaa tilanteeseen omistautumista ja keskittymistä. Näin saavutetulla mielialalla on todettu olevan suurempi intensiteetti ja kesto kuin muilla tekniikoilla aikaan saaduilla mielialoilla. (Erkkilä 1997, 51.)

#### 4.5. Musiikin kuuntelu

Sädesairaalan musiikkiterapiassa käytimme yhtenä menetelmänä musiikin kuuntelua. Musiikkina käytimme pääasiassa klassista musiikkia sekä luonnon- ja aivoääniä yhdistettynä musiikkiin. Musiikin kuuntelun tarkoituksena oli herättää mielikuvia, joista sitten keskustelimme potilaiden kanssa.

Musiikkiterapiassa musiikin kuuntelu voi olla sekä aktiivista, että passiivista. Passiivisessa musiikkiterapiassa musiikki viedään potilaan luokse. Vaikka potilas saattaisi näennäisesti vaikuttaa passiiviselta, aktivoi musiikki tahdosta riippumattomia ruumiintoimintoja esim. hengitystä, verenkiertoa ja pulssia. Neurofysiologisten toimintojen kasvaessa potilaan tietoisuus musiikista vähitellen lisääntyy ja hän saattaa alkaa reagoida musiikkiin aktiivisesti. Aktiivisessa musiikin kuuntelussa käytetään pääasiassa neljää menetelmää.

1. Erittelevä ns. analyttinen kuuntelu
2. Eläytyvä eli tunteen tasolla tapahtuva kuuntelu
3. Mielikuvitusta aktivoiva kuuntelu
4. Motorisesti stimuloiva kuuntelu

Eläytyvän kuuntelun onnistuminen edellyttää vapaata ilmapiiriä ryhmässä sekä terapeutin ja potilaan välillä luottamuksellista suhdetta. Muuten potilas ei uskalla tuoda esiin todellisia tunteitaan, myös kipeitä, vaikeita, ahdistavia, pelottavia ja häpeällisiä tunteita. Mielikuvitusta stimuloiva kuuntelu on turvallinen tapa aloittaa ryhmämuotoinen musiikkiterapiatoiminta. (Ahonen 1993, 180-181.)

Erittelevät ja analyttiset musiikin kuuntelutilanteet onnistuvat vasta sitten, kun terapisuhde on muodostunut hyvin luottamukselliseksi ja terapeutti kokee tuntevansa potilaan melko hyvin. Musiikin synnyttämien symbolien analysoinnissa on muistettava, että potilas on itse paras mielikuviansa tulkitsija. Kuitenkaan musiikkiterapiassa sanallinen tulkinta ei ole aina välttämätöntä. Musiikkia voidaan tulkita ja selittää myös musiikin avulla. Joskus voi olla parasta antaa musiikin tehdä rauhassa työtään, puhutella ja koskettaa kuulijan sisintä, paljastaa asioita, eheyttää ja parantaa. Musiikin kuuntelija käy läpi samat ilmaisutarpeet ja itsetutkistelun kuin säveltäjäkin sävellyksessään, vaikka ehkä aivan eri sisältöisesti. Yleensä kuuntelija pitää musiikista, josta hän löytää itsensä ja tunnistaa omat tunteensa. Musiikin kuuntelutilanteita voidaan hyödyntää terapeuttisesti:

1. Säilyttämään tunnetilaa
2. Ymmärtämään itseä ja omaa tunnetilaa
3. Purkamaan tunnetilaa

4. Läpityöskentelemään ristiriitoja

5. Muuttamaan tunnetilaa

6. Auttamaan ongelmaratkaisussa

(Ahonen 1993, 182-184)

Helen Bonнын Gim-terapia menetelmä perustuu pääasiassa musiikin kuuntelun avulla tehtyihin mielikuvamatkoihin. Bonнын perusajatus on, että musiikin kuuntelun avulla on mahdollista siirtyä syvemmälle tajunnan tasolle ja sen myötä oppia paremmin tuntemaan ja ymmärtämään itseään ja käyttämään voimavarojaan tehokkaammin hyödyksi. Menetelmän avulla potilasta autetaan tiedostamaan, vahvistamaan ja kehittämään itseään musiikin herättämien mielikuvien avulla. Gim-terapiassa käytetään pelkästään ns. taidemusiikkia. Coplandin mukaan mestariteos nostaa meissä esiin tunteen mielenjärjestyksestä, joka on meissä jo olemassa, mutta on odottanut vain tulevansa herätetyksi. Taidemusiikki saa kuuntelijansa arvostamaan enemmän ympäristöään ja voi nostattaa kuulijassa ns. arkkityypisiä mielikuvia ja huippukokemuksia, jotka voivat käsitellä hengellisiä, sielullisia tai olemassa oloon liittyviä aiheita. Koska taidemusiikilla ei ole yksiselitteistä tarkoitusta, ei se myöskään rajaa herättämiään mielikuvia mihinkään tiettyyn suuntaan. (Ahonen 1993, 184-185.)

Lehtosen haastattelussa (1994) Bruscia on sitä mieltä, että Gim-terapiasta saattaa tulla musiikkiterapiassa hyvin keskeinen alue, sillä monet aikuiset ihmiset ymmärtävät sen helposti. Mielikuvien ja mielikuvituksen merkitys nousee keskeiseen asemaan monissa psykologisissa teorioissa, joiden mukaan mielikuvitus on mahdollisesti keskeisin maailmaan sopeutumisen väline. Tämä tulee esille myöskin lääketieteellisessä hoidossa. USA:ssa on tehty mielenkiintoinen tutkimus, jonka tekijä pyysi syöpäpotilaita kuvailemaan niitä mielikuvia, joita heillä oli syövästä. Jotkut näkivät syövän ikäänkuin sienirihmastona, joka leviää eri suuntiin. Toiset kuvailivat sitä käärmeeksi, joka luikertelee heidän elimistössään. Tämän jälkeen ihmisiltä kysyttiin mielikuvia, jotka koskivat parantumista. Toiset sanoivat, että tulee suuri lohikäärme, joka polttaa hengityksellään sienirihmaston, tai että tulee metsästäjä, joka tappaa käärmeen. Mielikuvissa oli keskeistä se, että ihmiset, jotka saattoivat kuvitella jotakin, joka hallitsee syöpään liittyviä mielikuvia myös



selvisivät siitä. Näyttää varsin selvältä, että mielikuvamaailmamme rikkaus liittyy henkilökohtaiseen elämän voimaan, joka taas puolestaan liittyy henkilökohtaiseen elämän hallintaan. (Lehtonen 1994, 7.)

#### 4.6. Musiikkimaalaus

Yhtenä menetelmänä sädesairaalassa kokeilimme musiikkimaalausta, joka jäi kylläkin vain kokeiluksi, koska potilaat tuntuivat vierastavan piirtämistä varmaan monistakin eri syistä johtuen. Olivathan istunnot joka kerta suurimmalle osalle potilaista ensimmäisiä kosketuksia musiikkiterapiaan. Potilaiden keski-ikä oli myös korkea, joten edellisestä värikynään tarttumisesta oli monenkin kohdalla pitkä aika. Myös kriittisyys oma piirustustaitoa kohtaan oli ankara. Eikä tilanne ollut vielä varmaankaan niin turvallinen, että olisi voinut paljastaa itsestään jotain piirtämällä.

Musiikkimaalaus on hyvin yleisesti käytetty musiikkiterapiamenetelmä, jossa potilas piirtämällä kuvaa musiikin kuuntelun hänessä herättämiä ajatuksia ja tunteita. Sisäisestä kokemuksesta tulee silmin havaittava ulkoinen tuotos, jota voi olla helppompi ymmärtää ja käsitellä kuin sekavia ajatuksia. Ajatukset tulevat selkeäksi kuvaksi, jota voidaan terapeutin kanssa yhdessä tarkastella. Musiikki herättää meissä jokaisessa erilaisia mielikuvia, psyykkisiä merkityskokemuksia, joita vain sen kokija itse ymmärtää. Kuvan tekeminen ja sen itse tulkitseminen voi helpottaa ristiriitojen ratkaisemisessa. Sellainen potilas, jonka on vaikea verbalisoida itseään voi piirtämällä kertoa itsestään paljon, saada ja antaa informaatiota itsestään. Piirustuksista voidaan myös soittaa, improvisoida ja muuntaa niiden sisällöt ja tunnelmat korvin kuultaviksi tuotoksiksi ja näin purkaa tunteita soiton avulla sekä päästä terapiaprosessissa eteenpäin

## 5. Musiikkiterapiaa syöpäpotilaille

### 5.1. Musiikkiterapia saattohoidossa

Suomessa on annettu musiikkiterapiaa syöpäpotilaille pääasiassa saattohoitokodeissa. Saattohoidon idea on tullut Suomeen Englannista 1960-luvulla. Se on saanut alkunsa hospice-liikkeestä. Sen keskeisenä tavoitteena on tukea terminaalivaiheessa olevaa kuolevaa potilasta selviytymään viimeisestä kriisistään rauhallisesti ja arvokkaasti siten, että hän voi kokea elävänsä loppuun saakka. (Ahonen, 1993, 290.)

Lääkintöhallitus antoi vuonna 1982 ohjeet, joissa erityisesti korostettiin hoidon perustana olevaa henkilökohtaista myötätuntoa ja ihmisarvon kunnioitusta. Tämän ohjeen mukaan saattohoidon tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisuus elää sairautensa terminaalivaihe ilman vaikeita oireita ja kipuja haluamassaan ympäristössä läheistensä seurassa. Samoin tulisi huolehtia siitä, ettei potilas jää yksin ja tunne itseään hylätyksi, ellei hän nimenomaan halua olla yksin. (Forsblom, Uimonen 1997, 9.)

Suomessa toimii tällä hetkellä neljä saattohoitokotia. Saattohoitokodeissa tehdystä musiikkiterapiasta on tehty myös opinnäytetöitä mm. Sibelius - Akatemiassa.

Ahro (1994) pohtii artikkelissaan sitä, että voidaanko musiikkiterapialla lisätä kuolevan potilaan elämäntarkoitusta, kokea elämyksiä ja ongelmien helpottumista ja onko musiikkiterapialla muutakin merkitystä saattokodin arjessa. Musiikkiterapia on yksi luovista terapioiden sopivuus saattohoitokotiin on kyllä yleisesti tunnustettu ja hyväksytty, mutta käytännössä niitä ei ole kuitenkaan vielä järjestetty toimivaksi kokonaisuudeksi.

”Kun mitään ei ole tehtävissä, olisiko kuitenkin jotain tehtävissä!” Saattokodin toiverikas ajatus haastaa musiikkiterapian käyttömahdollisuudet liikkeelle. Terapiaprosessin tavoitteet Ahro määrittelee seuraavasti: Musiikkiterapiaprosessin tavoitteena on pitää yllä ja edistää saattohoidossa olevan potilaan psyykkistä, fyysistä ja henkistä hyvinvointia. Psykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi tavoitteena on lähestyvän kuoleman tietoisuuden aiheuttaman tuskan ja ahdistuksen helpottaminen musiikkiterapialla sekä ratkaisemattomien elämänkaaren eri vaiheissa olleiden kysymysten ja kriisien läpikäymistä potilaan voimavarojen mukaan. Muina tavoittein on turvallisuuden tunteen lisääminen erilaisissa kuolemaan liittyvissä peloissa, lähimmäisenä oleminen, arvomaailman selkiyttäminen ja löytäminen sekä kuoleman yksilöllisen arvon ja tarkoituksen löytäminen kuolevalle itselleen, hänen läheisilleen ja ympäristölleen. (Ahro 1994, 20-21.)

Musiikkiterapian yleisenä hyötynä saattokodille Ahro näkee sen, että koska potilaan omaiset käyvät läpi samat kriisit kuin kuoleva ihminen, musiikkiterapialla olisi mahdollisuutensa sekä lähestyvän kuoleman ahdistuksen lievittämisessä että perheen voimavarojen tukemisessa ennen ja jälkeen omaisen kuoleman. Musiikin avulla voisivat purkaa myös saattokodin työntekijät paineitaan. Kysymykseen poikkeako saattokodin musiikkiterapia muille kuoleville annettavasta musiikkiterapiasta voisi vastauksen kiteyttää näin: poikkeaa, sikäli, että siellä on paljon laajemmat ja monipuolisemmat mahdollisuudet musiikkiterapialle! Musiikki voi toimia jännityksen laukaisijana, ahdistuksen poistajana ja helpottajana sekä myös surutyön eri vaiheiden lievittäjänä. Terapeuttisena musiikki on palvellut jo vuosituhansia, mutta se on keksittävä aina uudelleen. (Ahro 1994, 20-21.)

Deeken (1995) kertoo artikkelissaan kuinka koulutuksella voidaan parantaa potilaan elämän laatua jäljellä olevina päivinä. Koulutus ei rajoitu pelkästään kuolevaan tai kuolemaan, vaan sen tarkoituksena on opettaa ihmiselle kuinka elämästä luovutaan humanilla tavalla lopussa. Sitä voidaankin kutsua oikeastaan elämän kouluksi. Erityisesti niillä potilailla, joilla tauti on uusiutunut, lisääntyy pelko ja ahdistus kuolemaa kohtaan. Koulutus voi auttaa tilinteossa näiden tunteiden kanssa sekä vähentää liioiteltua pelkoa normaalia elämää kohtaan. Arvokas kuolema edellyttää täydellistä kivun kontrolloimista. Kokonaiskipu sisältää fyysisen,

psykyllisen, sosiaalisen ja hengellisen kivun. Kuoleman koulutuksessa käytetään yhtenä muotona musiikkiterapiaa. Lisäksi siihen kuuluu kirjallisuusterapia, taide-terapia sekä koko persoonallisuudesta huolehtiminen unohtamatta perheen, sukulaisten ja sairaalan henkilökunnan välistä vuorovaikutusta. (Deeken 1995, 22-5.)

Porchat – Murnon (1988) mielestä vaikuttaa ironiselta, että vielä nykyisinkin musiikkiterapiaa käytetään syöpäpotilaiden terapiana pääasiassa saattohoidossa ja että musiikkiterapia hyväksytään vain kuolevien syöpäpotilaiden hoitomuodoksi. Mielenkiintoista on huomata, että saattohoidossa focus kuolevien potilaiden kohdalla kaikkialla maailmassa on kokonaisvaltaisessa hoidossa. Kanadassa musiikkiterapiaa on käytetty ei ainoastaan psykososiaalisena tukena, vaan myös kivun hallinnan hoidossa. Musiikkiterapia voi olla avuksi vaativassa mielessä kaikissa syöpäsairauden vaiheissa. On syytä korostaa sitä, mikä erottaa musiikkiterapian muusta terapiasta ja se on musiikin ainutlaatuinen suuruus ja potentiaalisuus suhteessa ihmiseen. Musiikin monimutkainen rakenne mahdollistaa sen, että se koskettaa persoonaa psykososiaalisella, emotionaalisella ja hengellisellä tasolla. Se rikkoo rajoja, se tunkeutuu, se vihastuttaa ja se helpottaa. (Pochat – Murno 1988, 291-294.)

Salmon (1993) pohtii artikkelissaan ”Musiikki ja tunne saattohoidossa” sitä, mikä näyttäisi olevan yhtäläistä musiikin ja tunteiden välillä. Molemmat sisältävät monimuotoisia teemoja ja ne koostuvat jännityksen ja purkauksen vuorovaikutuksesta. Ne sisältävät symbolista ilmaisuja, muuttuvat ajassa ja liikkuvat aika-akselilla. Kuitenkaan musiikkia ja tunteita ei voida analysoida täydellisesti, koska niiden kokonaisolemukset nousevat korkeammalle kuin niiden osien summa. Ne ovat molemmat rikkaita, kompleksisia, moniulotteisia, usein salaperäisiä ja syvästi inhimillisiä kokemuksia. Molemmat ovat henkisiä elementtejä. Juuri musiikin ja emotionin syvyyden ja laajuuden resonanssi tekee musiikista arvokkaan työkalun saattohoidossa. Paras musiikki pitää sisällään supportiivisia elementtejä, rentoutusta ja muuttaa monimutkaisen inhimillisen kokemuksen kautta syvän kärsimyksen suunnattomaksi iloksi. Musiikkiterapeuteille on haastetta käyttää musiikkia ja terapeuttisia taitoja älykkäästi, herkästi ja avoimesti syvästi kunnioittaen musiikin ja henkisyyden olemusta. (Salmon 1993, 48-52.)

## 5.2. Tutkimuksia musiikin vaikutuksesta syöpäpotilaiden hoidossa

Standleyn (1995) tutkimuksessa kerrotaan viidestätoista 38-78 vuotiaasta aikuisesta potilasta, jotka saivat kemoterapiaa syöpäsairauteensa. Heidät oli määrätty kuuntelemaan musiikkia satunnaisesti hoitojen 1-4 tai 2-5 aikana. Tutkimustietoa kerättiin hoidon vaikutuksista ennen pahoinvoinnin alkamista, pahoinvoinnin aikana ja hoidon jälkeen. Tutkimuksessa potilailta seurattiin sormien lämpötilaa, ihon väriä ja asennetta syöpään ja sen hoitoon. Tietoa kerättiin myös kahdelta kontrolliryhmältä, jotka eivät kuulleet musiikkia. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan mielestä musiikista kemoterapian aikana oli hyötyä. Molemmissa musiikkiryhmissä raportoitiin vähemmän pahoinvointia kuin kontrolliryhmissä. Pahoinvointi alkoi musiikkiryhmissä myöhemmin. Suurin vaikutus musiikilla oli ajan nopeampaan kulumisen tunteeseen ja levottomuuden ja jännityksen vähenemiseen hoidon aikana. Pahoinvoinnin suhteen hyöty oli vähäisempi.. (Standley 1992, 27-35.)

Bailyn (1983) tutkimuksessa ilmenee seuraavanlaisia tuloksia: Vertailu on tehty viidellekymmenelle sairaalassa olevalle syöpäpotilaalle (17-69 v). Vertailussa on käytetty elävää laulu- ja kitaramusiikkia sekä äänilevymusiikkia. Testi oli umpimähkäisesti asetettua elävän ja levymusiikin kuuntelua 25 minuutin ajan. Mielialat ennen ja jälkeen musiikinkuuntelun oli merkitty muistiin mielialataulukkaan. Yhteenselätyt musiikinjälkeiset vastaukset oli merkitty kirjalliseen yhteenvetoon kyselykaavakkeeseen. Tulos osoitti, että elävällä musiikilla oli merkitsevämpi vaikutus jännitys-ahdistuksen lieventämiseen ja enemmän voima kuin äänilevymusiikilla. Lisäksi elävän musiikin kuuntelusta oli hyötyä psyykkisen ja fyysisen epämiellyttävän olotilan muutoksen aikaansaajana ja sitä suositeltiin toisille potilaille. Tulokset osoittivat erityisesti, että elävä musiikki vähentää jännitystä ja lisää voimia. Inhimillinen tekijä elävässä musiikissa on verbaalinen vuorovaikutus. (Baily 1983, 17-28.)

Artikkelissaan ”Musiikkia keholle lääketieteellisessä ympäristössä” (1993) Aldridge on tullut siihen tulokseen, että musiikilla on rauhoittava vaikutus ja se toimii vastamyökkynä teknistyvälle lääketieteelliselle lähestymistavalle. Musiikilla on onnistuttu helpottamaan mm. syöpäpotilaiden ahdistusta ja stressiä. Aldridge esittelee muutamia alueita, joissa musiikkiterapiaa on onnistuttu käyttämään menestyksellisesti:

1. Vaikuttamaan sydämen sykkeeseen ja verenpaineeseen
2. Helpottamaan syöpäpotilaiden levottomuutta ja stressiä
3. Apuna kivun hoidossa ja saattohoidossa
4. Kuntoutusmuotona neurologisissa ongelmissa
5. Vanhenevien ihmisten motoristen ja kongitiivisten ongelmien diagnostisoinnissa.

On havaittu että sairaat ihmiset reagoivat musiikkiin eri tavoin kuin terveet. Henkilöt, joilla on kielellisiä vaikeuksia esim. päähän kohdistuneen trauman seurauksena ovat saaneet terapeuttista apua artikulointiin ja puheen sujuvuuteen musiikkiterapiasta, koska musiikin rakenteessa on yhtäläisyyksiä puheen artikulaation kanssa. (Aldridge 1993, 17-35.)

Myös Presant, Kaseman, Friedeman & Strable (1988) ovat havainneet projektissaan musiikin stressiä vähentävät ja rentouttavat vaikutukset syöpäpotilaille. Tutkimustulosten mukaan stressipohjaiset oireet ovat yleisiä syöpäpotilaille eivätkä lääkärit juurikaan käytä stressiä vähentäviä ohjelmia vastaanotoillaan. Potilaiden on todettu olevan hyvin innostuneita rentoutusohjelmista. Rentoutusohjelmassa musiikki pitäisi valita potilaan ikäryhmän mukaan. Rentoutusohjelman pitäisi olla myös ilmaista tai hinnaltaan edullista, jolloin niiden käyttö voisi yleistyä. (Lahdenvesi 2000, 17.)

Porchet – Murno (1988) tekee yhteenvetoa musiikkiterapian vaikutuksista syöpäpotilaille artikkelissaan ”Musiikkiterapia tukena syöpäpotille”.

1. Fyysiset vaikutukset:

- edistää lihasten rentoutumista
- katkaisee kroonisen kivun aiheuttaman noidankehän

- helpottaa fyysistä osallistumista toimintoihin

## 2. Sosiaaliset vaikutukset:

- vahvistaa identiteettiä ja itsetuntoa
- helpottaa ahdistusta ja lievittää depressiota
- auttaa palauttamaan mieleen merkittäviä muistoja
- toimittaa sanatonta viestiä tajuttomuuden tilassa oleville
- vahvistaa todellisuudentajua
- stimuloi mielikuvitusta
- vetoaa tunteisiin

## 3. Sosiaaliset vaikutukset:

- toimii sosiaalisesti hyväksyttävänä itseilmaisun muotona
- toimii siltana kulttuuristen erojen ja eristäytyneisyyden välillä
- toimii siteenä perheenjäseniin ja muihin ihmisiin
- toimii siteenä menneisyyden ja nykyisyyden välillä
- yhdistää aikaan ennen sairastumista
- antaa tilaisuuden osallistua ryhmään
- toimii virkistysmuotona

## 4. Hengellinen vaikutus:

- antaa mahdollisuuden hengelliseen kokemukseen
- tukee ja rauhoittaa
- antaa mahdollisuuden epävarmuuden, vihan, pelon ja kärsimyksen purkamiseen sekä elämän perimmäisten kysymysten pohtimiseen

(Porchet – Murno 1988, 293.)

Aldridge (1995, 1999) on pohtinut termejä hengellisyys, toivo ja luovuus, joita tavallisesti ei ilmaista lääketieteessä. Silloin kun sairauden etenemisen seurauksena on lisääntyvä henkilökohtainen eristäytyminen, niin musiikkiterapeuttinen suhde on tärkeä ja sen avulla voidaan säilyttää henkilökontakteja varsinkin esteettisellä tasolla. Sairaille ja vammautuneille kauneuden kokeminen onkin tärkeää. Terapeuttinen kysymys ei olekaan ”Mitä olen?” vaan ”Kuka olen?”. Luovuus käsitetään laaja-alaisena. Potilas, jolta kysyttiin kokemiensa taideterapioiden arvoa, antoi vastauksen: ”En halunnut olla niin voimakkaasti luova (kuten taideterapiassa), mutta nautin musiikkiterapiasta, jossa sain laulaa.” Jos luovana olo käsi-

tetään uuden kasvuna, joten ei ole ihme, että jotkut potilaat hylkäävät luovuuden, koska he pitävät uutta kasvua terveyden heikentämisenä. Luovuutta voidaan käyttää aineettomassa mielessä, kuten musiikissa. Ylittäessämme aikarajat siirymme uuteen tietoisuuteen ja näin voimme löytää elämälle uuden tarkoituksen. (Aldridge 1995, 103, 109 ja 1999, 22-23, Lahdenvesi 2000, 21.)

Fagen (1982) on sitä mieltä, että musiikkiterapia ei ole kaikki sisäänsä sulkeva yleislääke (ihmelääke) helpottamaan suunnattoman suurta taakkaa syöpää sairastavien lasten saattohoidossa, mutta se on merkittävä apu sairaille lapsille ja heidän vanhemmilleen helpottamaan heidän pelkojaan ja ahdistustaan. Joissakin tapauksissa se on jopa korvaamaton kommunikaatiokeino. Ei ole kuitenkaan realistista saada loppumaan kaikkia kuolemaan liittyviä pelkotiloja yhdellä tai useammalla-kaan terapiakerralla. Terapeuttinen paljastaminen tuollaisten pelkojen kohdalla on hidas, joskus satunnainen ja jatkuva prosessi. Hoidon päämäärät näyttävät vaihtelevan tämän ryhmän kohdalla suuresti. Jokaisen yksittäisen lapsen ja perheen täytyy käydä läpi heidän omat ahdistuspatoutumansa. Musiikkiterapeutin tehtävä on helpottaa tätä vaihetta yrittämällä tehdä siitä mahdollisimman inhimillinen. Ei ole olemassa mitään musiikkiterapeutista mallivastausta ei myöskään lukumäärää ja kestoja musiikkiterapiasessioille. Se ei ole ratkaisevaa kuolemanpelkoon liittyvässä ilmaisemisessa, vaan on tarpeellista kärsivällisesti odottaa ja olla hienotunteinen. Vain siten on mahdollista saada piilevä tunne esille. Joustavuus on olennaista, kun työskennellään tämän ryhmän kanssa. Olosuhteet voivat muuttua dramaattisesti päivästä toiseen. On oltava valpas sovittamaan kulloiseenkin tilanteeseen sovelias musiikki. Työskenneltäessä lastentautien syöpäpotilaiden kanssa täytyy etsiä sopivia muotoja erittäin sairaita potilaita varten. Lasten luovaa elämää ei saa päästää menemään toisarvoisena sairauden vuoksi. Lyhyt ja jopa traaginen elämä voi olla mielekäs. Lapsen kuoleman katseleminen tuntuu hukkaan valumiselta, mutta elämä pitäisi saada elää kuitenkin rikkaasti vaikka vain hetken. Kasvotusten kuoleman toivottomuuden kanssa on mahdollista löytää jotain hyvin kallisarvoista ja hienoa. (Fagen 1982, 21,22.)



## 6. Tutkimusmenetelmät

### 6.1. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus

Tämän työn voisi määritellä kvalitatiiviseksi tutkimukseksi, jossa on käytetty myös kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä ilmaisemaan tutkittavien ilmiöiden määriä, jolloin niiden esiintyvyyttä on voitu verrata suhteessa toisiinsa.

Hirsjärvi, Remes, Sajasvaara (1997) määrittelevät kvalitatiivisen tutkimuksen seuraavasti:

1. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa aineisto kootaan luonnollisessa, todellisessa tilanteessa. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin todellisissa musiikkiterapiaistunnoissa.
2. Suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavansa kanssa kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Perusteluna tälle on näkemys, että ihminen on riittävän joustava sopeutumaan vaihteleviin tilanteisiin. Apuna tiedon hankinnassa monet tutkijat käyttävät myös lomakkeita ja testejä. Tässä tutkimuksessa tiedonhankinnan apuvälineenä käytimme nauhuria, jolle kaikki istunnot nauhoitettiin.
3. Käytetään induktiivista analyysiä. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Sen vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkasteleminen. Se mikä on tärkeää ei määrää tutkija. Tässä tutkimuksessa lähdin liikkeelle suuresta aineistomäärästä tietämättä tuloksista etukäteen paljoakaan. Analysoituani aineiston sain tietää mielenkiintoisen lopputuloksen, joka oli yllätys itsellenikin.
4. Laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa. Suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat mm. teemahaastattelut, osallistuva havainnointi, ryhmähaastat-

telut ja erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. Tässä tutkimuksessa potilaiden ”ääni” pääsi konkreettisesti kuuluville nauhoituksissa, jotka sitten litteroitiin teksteiksi sana sanalta, jotka analysoitiin tarkasti tekstiyksiköittäin.

5. Valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Kohdejoukko tutkimuksessani valikoitui sädesairaalan osaston potilaista. Tarkoitukseni olikin tutkia nimenomaan musiikin ja musiikkiterapian vaikutuksia syöpäsairaisiin sairaalaympäristössä.
6. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Koska tämä tutkimus oli ensimmäinen laatuaan Suomessa, mitään aikaisempaa mallia ei meillä ollut tutkimuksen toteuttamiseen, vaan metodit ja tutkimustapa kehiteltiin itse ja muutettiin niitä aina sen mukaan, kun katsottiin tarpeelliseksi ja nähtiin mikä toimi ja mikä ei toiminut musiikkiterapiaistunnoissa.
7. Käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. Mielestäni tämä tutkimus on todella ainoalaatuinen, koska jokainen istuntokertakin oli ainoalaatuinen johtuen terapioiden avoimesta luonteesta.  
(Hirsjärvi, Remes, Sajasvaara 1997, 165.)

Wheeler (1995) on sitä mieltä, että laadullisessa tutkimuksessa kaikkea, joka on tärkeää ei voi mitata. On tärkeää ottaa huomioon tutkijan ja tutkittavien välinen vuorovaikutus. Tuloksia ei voi yleistää ulkopuolelle sen kontekstin, jossa ne saatiin. Jokaiseen tutkimukseen kuuluu olennaisena osana arvot. (Wheeler 1995, 11.)

Hirsjärven & kumppanien (1997) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskeisiä seuraavat asiat:

- johtopäätökset aiemmista tutkimuksista
- aiemmat teoriat
- hypoteesien esittäminen
- käsitteiden määrittely

- koejärjestelyjen tai aineiston keruun suunnitelmat, joissa on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen numeeriseen mittaamiseen
- koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta, useinkin tarkat koehenkilömäärittelyt ja otantasuunnitelmat: määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä ja otetaan tästä perusjoukosta otos
- muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon
- päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen mm. tulosten kuvailu prosenttitaulukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyden tilastollinen testaus. (Hirsjärvi, Remes, Sajasvuori 1997, 137.)

Hirsjärvi & kumppanit (1997) pitävätkin kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimustapaa toisiaan täydentävinä ja ne ovat tutkimustapoja, joita on käytännössä vaikeaa erottaa tarkkarajaisesti toisistaan. Ne voidaankin nähdä tutkimuksen toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi, eikä kilpaileviksi suuntauksiksi. Ne voivat täydentää toisiaan ( kuten usein on laita psykologisissa tutkimuksissa) tarkoituksena taata, että aiotut mitattavat seikat ovat tarkoituksenmukaisia tutkimuksen ongelmien kannalta ja mielekkäitä tutkimushenkilöille. Kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä käytetään rinnakkain: esim. yksinkertaisten laskennallisten tekniikkojen avulla voidaan intensiivisen kvalitatiivisen tutkimuksen avulla saatuja tuloksia laajentaa koskemaan koko aineistojoukkoa, johon on muutoin kenties vaikea saada otetta. (Hirsjärvi, Remes, Sajasvaara 1997,133.) Omassa tutkimuksessani Nud\*ist-aineistoanalyysi-ohjelma teki tarkat laskennat luokitellusta aineistosta ja antoi numeeriset vasteet, joita oli vaikea olla käyttämättä hyväksi tutkimuksessa, koska se antoi tutkimukselle uuden ulottuvuuden ja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta ja vaikutti johtopäätöksiin sekä vakuutti itseni musiikkiterapian tarpeellisuudesta ja hyödystä syöpäpotilaille.

Bruscia (1995) mukaan musiikkiterapia on liian laaja ja monimutkainen, että sitä voitaisiin määritellä, sisällyttää tai rajoittaa yhteen ainoaan tutkimustapaan. Sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimustapaa tarvitaan. On

muistettava, että musiikkiterapian päätehtävä sekä oppiaineena että ammattina, on auttaa asiakkaita tulemaan terveeksi musiikin avulla. Asiakkaila on oikeus laajaan hoitoon ( joka ei ole rajoittunut mihinkään tiettyyn näkökulmaan) ja täydelliseen terveyteen. Meidän on käytettävä myös kaikkia musiikin puolia asiakkaan eduksi. Vaikka näyttääkin siltä, että musiikkiterapian pitäisi käyttää molempia paradigmoja (positivistinen - non-positivistinen), se ei ole kuitenkaan niin yksinkertaista. Bruscian mielestä näitä kahta paradigmaa ei voi kuitenkaan yhdistää. Voimme tutkia tiettyjä musiikkiterapian ilmiöitä yhdellä ja toisia toisella paradigmalla. Kumpikaan paradigma ei ole sopiva kaikkeen. (Buscia1995,71-73.)

## 6.2. Toimintatutkimus tutkimusmetodina

Tämän tutkimuksen katsoisin edustavan lähinnä toimintatutkimusta (action research), jota käytetään kliinisessä tutkimuksessa. Syrjälän (1988) mukaan toimintatutkimuksella tarkoitetaan käytännössä toimivien henkilöiden suorittamaa omien käytäntöjensä tutkimista. Toimintatutkimuksen avulla tutkijat pyrkivät parantamaan sosiaalisia tai kasvatuksellisia käytänteitään, ymmärrystä näitä käytänteitä ja olosuhteita kohtaan, jossa toimivat. Toimintatutkimuksen keskeinen metodi on jatkuvaan harkintaan perustuva vaiheittainen prosessi, jossa edetään suunnitelman teosta toimintaan, jota havainnoidaan ja muutetaan saatujen kokemusten perusteella (planning-acting-observing-reflecting). Prosessin aikana päädytään retrospection avulla tulkintaan toiminnasta tietyssä tilanteessa tulevan toiminnan perustaksi. (Syrjälä 1988, 50.) Tämä sädesairaalassa käytännössä suoritettu tutkimus voi olla mahdollinen säännöllisemmän musiikkiterapiatoiminnan aloitus sädesairaalassa, mikäli kokemukset ja tutkimustulokset puhuvat musiikkiterapiatoiminnan tarpeellisuudesta tässä kontekstissa.

Bruscia (1995) mukaan kliinisessä eli toimintatutkimuksessa on kolme eri perspektiiviä: Siinä tehdään työtä suoraan asiakkaan kanssa, tarkkaillaan

omaa työtä asiakkaan kanssa ja saadaan näin lisätietoa kliinisestä työstä. Tutkitaan oman kliinisen työn tarkkailuja tutkimustarkoituksiin. Kliininen työ pitää sisällään toimintaa ja reflektiota. Kliinisessä työssä on lisäperspektiivinä metareflektio (jälkeenpäin tapahtuvaa miettimistä). Vaikka käytäntö ja tutkimus näin sivuavatkin toisiaan, niin pitää tehdä kuitenkin tärkeitä eroja niiden välillä:

1. Niiden päämäärät ovat erilaiset:
  - tutkimus pyrkii muuttamaan tai lisäämään tietoa musiikkiterapiasta
  - Kliininen käytäntö pyrkii auttamaan asiakkaita saavuttamaan terveyden
2. Tutkimuksessa tietoa kerätään tiedon vuoksi. Kliinisessä työssä tietoa kerätään asiakkaan vuoksi.
  - Tutkimuksessa laajennetaan, yleistetään, siirretään, siirrytään erityisestä tiedosta yleiseen tietoon. Kliinisessä työssä käytetään hyväksi yleistä tietoa erityiseen asiakkaaseen.
3. Roolit ja edunsaajat
  - Tutkimuksessa asiakas auttaa tutkijaa saavuttamaan tutkijan päämäärän. Kliinisessä työssä tutkija auttaa asiakasta saavuttamaan asiakkaan päämäärän.
4. Kuka kuluttaa ja käyttää tietoa, jota saadaan käytännöstä / tutkimuksesta
  - Tutkimuksen tulokset jaetaan tutkijakollegoiden kanssa ja kaikkien asiata kiinnostuneiden kanssa. Edunsaajana on ammatillinen maailma, joka käyttää sitä asiakkaiden eduksi.
  - Kliinisessä käytännössä tiedot annetaan vain asiakkaille tai muille terapeuteille, jotka työskentelevät asiakkaiden kanssa.
  - Niinpä tutkimuksen tulokset melkein aina ovat julkisia. Kliiniset tiedot ovat aina luottamuksellisia.

(Bruscia 1995, 74-75.)

### 6.3. Grounded teoria aineiston analysointivälineenä

Olen käyttänyt soveltaen grounded teoriaan perustuvaa metodologiaa aineiston analyysissä. Siinä on kysymys esiintyvän ilmiön induktiivisesta tutkimisesta. Se tarkoittaa sitä, että tutkimusta ei aloiteta millään teorialla tai hypoteesilla, jota yritetään todistaa, vaan aineiston annetaan puhua puolestaan. Teoria muodostetaan aineistosta analyysin tulosten ja tulkinnan avulla. Koodaus on aineiston analyysin prosessi ja tekniikka, jonka avulla aineistoa voidaan tarkastella ja luokitella siten, että analysoinnin tuloksia (code notes) voidaan analysoida, tarkastella ja käsitellä uudelleen tutkimuksen eri vaiheissa. Koodaus on keskeisimpiä grounded teorian metodeja, jonka avulla aineisto ensin pilkotaan palasiksi, käsitteellistetään ja pistetään kasaan uudelleenlaisilla ja kenties monillakin erilaisilla tavoilla. Koodauksen tavoite on toimia analysoinnin välineenä ja näin auttaa (grounded) teorian rakentamisessa. Avoin koodaus on prosessi, jossa aineisto pilkotaan palasiksi ja jossa näitä palasia sitten tutkitaan, vertaillaan ja käsitteellistetään (konseptualisoidaan) ja luokitellaan (kategorisoidaan) eri tavoin. Luokkien luomisessa löydettyjä käsitteitä luokitellaan esim. samanlaisuuden tai erilaisuuden perusteella. Luokka kuvaa ilmiötä abstraktimmin kuin ilmiön käsite. Aineiston eri osien piirteet (attribuutit) ja ulottuvuudet (dimensiot) ovat tärkeitä ilmiön osien ja luokittelun apuna. Tärkeää on vertailu, nimeäminen ja kysymysten esittäminen. (Ahonen 1997, 23.)

Tässä työssä olen käyttänyt aineiston analysoinnissa apuna Nud\*ist –aineistoanalyysi ohjelmaa. Ohjelma on tarkoitettu erilaisten laadullisten aineistojen hallitsemiseen, luokitteluun ja analysointiin. Ohjelman avulla pilkoin aineiston ensin alaluokiksi (free nodes), jota syntyi osastolla 31 kuusikymmentäseitsemän kappaletta ja osastolla 32 seitsemänkymmentäkaksi kappaletta. Sen jälkeen muodostin käsin yläluokat, joita sain osastolla 31 yksitoista ja osastolla 32 kaksitoista kappaletta. Kutakin luokkaa olen käsitellyt erikseen, raportoinut ja tehnyt niistä johtopäätöksiä ja vertailut eri luokkia sekä eri osastojen välisiä tuloksia keskenään.

## 7. Musiikkiterapiaa sädesairaalassa Jyväskylässä

Sädesairaalasta oli otettu yhteyttä Musiikkitieteen laitokselle ja toivottu musiikkiterapiaa syöpää sairastaville potilaille. Sairaalasta kävi kaksi sairaanhoitajaa neuvottelemassa toiminnan aloittamisesta Musiikkitieteen laitoksella. Toinen sairaanhoitajista, Ester Marin, oli koko idean äiti. Hän oli ollut itse koulutuksessa ja tutustunut musiikkiterapiaan ja saanut siellä idean musiikkiterapian kokeilusta sädesairaalassa. Kaikki tutustumistilaisuuteen osallistuneet, kaksi musiikkiterapeuttia ja neljä opiskelijaa, jäivät projektiin mukaan. Tätä seurasi koko syksyn kestänyt suunnittelu ja lupahakemusprosessi, joka on oma tutkimuskohde sinänsä lukuisine kokoontumisineen Musiikkitieteen laitoksella ja tutustumiskäynteineen Sädesairaalassa.

Kohderyhmät jaettiin osallistujien mielenkiinnon ja kykyjen mukaan. Omalle osalleni tulivat osastojen ryhmät yhdessä Jaakko Erkkilän kanssa. Myöhemmässä vaiheessa Jaakon luovutettua vastuun meille opiskelijoille sain työparikseni Mervi Lahdenveden. Ryhmämuotoista musiikkiterapiaa olin tehnyt aikaisemminkin, joten se tuntui luontevalta kohdallani, samoin sitä lisäsi kiinnostus osastopotilaita kohtaan. Itselläni ei ollut aikaisempaa kokemusta musiikkiterapiasta aikuisten ihmisten parissa lukuunottamatta kehitysvammaisia aikuisia asiakkaita. Tosin tunsin kuitenkin olevani aika vahvoilla toimittuani ihmissuhdetyössä ja opetus-työssä myös aikuisryhmien kanssa.

Tarkoituksenamme oli tutkia musiikkiterapian vaikutusta syöpää sairastavien potilaiden psyykkisessä kuntoutuksessa. Jo suunnitteluvaiheessa meille selvisi se, että osastojen ryhmät tulisivat olemaan ns. avoimia ryhmiä, ts. asiakkaat tulisivat vaihtumaan melkein jokaisella kerralla. Tällä tulisi olemaan suuri vaikutus menetelmien valinnassa ja myös tutkimustuloksissa. Mistään ryhmäytymisestä ja pro-

sessista ei voitaisi puhuakaan. Tarkoituksenamme olisi tutkia myös sitä, mikä tehtävä musiikkiterapialla voisi olla tässä kontekstissa.

Alkuperäissuunnitelman mukaan menetelminä ajattelimme käyttää yhteislaulua ja Gim-terapia-tyyppistä toimintaa, musiikin kuuntelua, johon yhdistetään vapaata assosiaatiota, mielikuvamatkojen tekemistä, vapaata kerrontaa mielikuvista ja keskustelua niiden pohjalta ja mahdollisesti kirjallisia tuotoksia mielikuvien pohjalta sekä musiikkimaalausta. Tutkimusaineiston keräämiseksi suunnitelmissamme oli käyttää istuntojen nauhoitusta ja litterointia, päiväkirjan pitoa ja potilaiden observointia sekä henkilökunnan haastattelua. Menetelmien valinnassa lähdimme liikkeelle avoimella, kokeilevalla ja soveltavalla mielellä, koska jokainen istunto tulisi olemaan erilainen ja tavallaan ensimmäinen kerta ainakin suurimmalle osalle potilaista.

Musiikkiterapiatoiminta tulisi tapahtumaan osastoilla 31 ja 32 yhteensä 11 kertaa siten, että aloittaisimme osastolta 32 kuusi kertaa ja sen jälkeen osastolla 31 viisi kertaa. Ryhmäkooksi olimme kaavailleet enintään kuutta potilasta kerrallaan. Lähetimme osastoille etukäteen ilmoitukset terapia-ajoista ja potilastiedotteet, joista selvisi toimintaperiaattemme ja käytettävät menetelmät. Varsinaista toimintaa edelsi siis pitkä suunnitteluvaihe.

## 7.1. Musiikkiterapian käytännön toteutus Sädesairaalassa

Syöpätautien ja sädehoidon yksikkö on perustettu vuonna 1967 Keski - Suomen Syöpäyhdistyksen toimesta. Vuodesta 1969 lähtien yksikkö on ollut Keski - Suomen Keskussairaalan alainen. Yksikössä hoidetaan Keski - Suomen sairaanhoitopiirin alueen syöpäpotilaat. Osa potilaista tulee myös Mikkelin läänin alueelta. Yksikössä on perustamisesta lähtien toiminut kaksi vuodeosastoa. Täällä hetkellä vuo-



depaikkoja on 42. Vaikka nykyisin hoitopäivien määrä on laskenut huomattavasti, on potilaita kuitenkin lyhyestä hoitoajasta johtuen pystytty hoitamaan paljon enemmän kuin aikaisemmin. Yksikössä on käytössä vuonna 1981 ja 1997 hankitut sädehoitokoneet, vuonna 1985 hankittu simulaattori, atk-pohjainen annosuunnittelulaitteisto, röntgenhoitolaitteet ja muottihuone. Yksikkö palvelee vuodeosastolla sekä avohoidossa olevia potilaita. (Keskussairaalan tiedote 1998.)

Varsinainen musiikkiterapiatoiminta Sädesairaalassa aloitettiin maanantaina 26.1.1998. Ensimmäinen terapiaistunto pidettiin osastolla 32 potilaiden päiväsalissa, jossa oli cd-levysoitin ja riittävästi tilaa terapiaryhmälle. Jokainen terapiatuokio aloitettiin suostumuslupakaavakkeiden täytöllä ja pienellä informaatiolla toiminnasta, koska sairaalaa varten tarvitsimme potilailta luvan siihen, että saisimme käyttää terapiasta saatua materiaalia myöhemmin tehtävässä tutkimuksessa. Henkilökunnan tehtäväksi jäi kertoa potilaille musiikkiterapiatoiminnasta ja kerätä etukäteen potilaat tilaisuuteen, mikä toimikin vaihtelevalla menestyksellä riippuen terapian ajankohdasta jaksolla, osaston tilanteesta ja henkilökunnan kiinnostuksesta terapiaa kohtaan. Myös omalla aktiivisuudellamme oli merkitystä. Jos olimme muistuttaneet samana päivänä puhelinoitolla tulostamme, oli osallistujien määrä suurempi kuin silloin, jos emme olleet ottaneet yhteyttä etukäteen. Toki osallistujien määrään vaikutti myös potilaiden oma tilanne: kunto, sairaalaan saapumisajankohta ja kiinnostus musiikkia kohtaan. Potilaiden määrä vaihteli suuresti tilaisuuksissa 2-8:n osallistujan välillä, lisäksi joskus oli mukana myös potilaiden omaisia ja yhdellä kerralla oli paikalla viisi opiskelijaa. Ryhmässä tapahtui kaiken aikaa liikehdintää, koska jotkut potilaista olivat huonovointisia ja -kuntoisia, eivätkä jaksaneet olla tilaisuudessa loppuun saakka. Olimme antaneet siihen myös luvan, ja korostimme tilanteen vapaaehtoisuutta joka suhteessa. Kenenkään ei tarvinnut osallistua sellaiseen, mihin ei itse halunnut. Mukana sai olla ihan omilla ehdoillaan.

Huomasimme jo ihan terapian alkuvaiheessa, että musiikkiterapia oli käsitteenä uusia ja outo suurimalle osalle osaston potilaista. Uskon sillä olleen vaikutuksensa osallistujien määrään. Yleensähan ihmiset tuntevat ennakkoluuloa kaikkea uutta ja outoa kohtaan. Toisaalta se saattaa herättää rohkeimmista uteliaisuuttakin ja he

haluavat tulla ottamaan selvää siitä, mitä se pitää sisällään. Uteliaisuus on myös elämänhalun merkki. Huomasimme myös, että terapia-sanaa vierastettiin. Esitettiin toivomuksia potilaiden ja myös henkilökunnan taholta terapia -sanan poistamisesta. Yritimme selventää kuitenkin, että me olemme musiikkiterapiaihmisiä ja tarkoituksenamme on tehdä nimenomaan musiikkiterapiaa. Kerroimme myös, että sitäkin voidaan toteuttaa hyvin monella eri tavalla. Musiikkiterapia voi olla myös virkistykseen tähtäävää toimintaa ilman sen syvällisempiä terapeuttisia tavoitteita. Virkistystoiminta on terapeuttista itsessään. Lisäksi tällaisissa avoimissa ryhmissä se on yksi toiminnan päätavoitteista. Samalla potilaat pääsevät tutustumaan musiikkiterapiatoimintaan ja jos he kiinnostuvat asiasta, he voivat hakeutua myöhemmin musiikkiterapian palvelujen piiriin, mikäli havaitsevat sen vaikutukset hyväksi itselleen. Tilaisuuksilla oli valistus ja informaatiotehtävä. Tehtävässä onnistumisessa meillä työntekijöillä on suuri vastuu, olemmekan samalla musiikkiterapian mainostajia. Toimimme myös pioneereina musiikkiterapian mahdollisuuksien kartoittamisessa ja etsimisessä yhtenä somaattisten sairauksien kuntoutusmuotona.

## 7.2. Osastoilla käytetyt musiikkiterapiamenetelmät

Musiikkiterapiaa voidaan toteuttaa monin eri tavoin riippuen kohderyhmästä ja terapeutin taipumuksista, taidoista, instrumenttien hallinnasta ja mielenkiinnosta sekä suuntautuneisuudesta musiikin eri lajeihin. Pääasiallisiksi menetelmiksi osastoryhmissä muotoutui kokeilujen jälkeen yhteislaulu ja musiikin kuuntelu sekä niistä syntyneistä ajatuksista ja mielikuvista keskustelu sekä vuorovaikutus ryhmän jäsenten ja terapeuttien kesken. Kokeilimme myös musiikkipiirustusta muutamilla kerroilla, mutta tulokseksi emme saaneet potilailta montakaan työtä. Piirtäminen koettiin jotenkin väkimmäiseksi ja itsekritiikki omia taitoja kohtaan oli suuri. Lisäksi edellisestä piirtämistilanteesta tuntui olevan pitkä aika. Ehkä tieto siitä, että materiaalia tulnaisiin käyttämään yliopiston tutkimuksessa vaikutti myös piirustushalukkuuteen. Yhdellä terapiakerralla kokeilimme myös kirjoittamista

musiikin herättämistä ajatuksista, mutta potilailta ei syntynyt paperille yhtään sanaa. Sen sijaan verbaalikerrontaa tuli sitäkin enemmän. Potilaat kertoivat mielellään musiikin herättämistä mielikuvista ja ajatuksista. Musiikki sai aikaan myös potilaiden keskinäistä vuorovaikutusta ryhmässä, toistensa tukemista ja lohduttamista. Keskustelu oli vapaata ja pakotonta, ajoittain jopa vilkasta. Taukoja ei päässyt syntymään missään vaiheessa. Keskustelu, ajatusten ja kokemusten vaihto, vuorovaikutus näissä ryhmissä toimi todella hyvin, ja koska se toimi luontevasti ja pakottomasti, katsoimme parhaaksi luopua erilaisten menetelmien kokeiluista ja pitäytyä niissä, mitkä parhaiten toimivat..

### 7.2.1. Yhteislaulu

Yhteislaulu koettiin tutuksi ja turvalliseksi musisoinnin muodoksi. Siihen sai osallistua, jos halusi tai voi vain kuunnella, jos tuntui siltä. Terapiajakson alkupuolella Jaakko oli mukana vahvalla ammattitaidollaan johdattelemassa yhteislauluja omalla ”menetelmällään”, joka toimi hyvin. Liikkeelle lähdettiin jostakin teemasta, joka nousi keskustelusta. Lauluksi etsittiin aiheeseen sopiva kappale, joka laulettiin yhdessä Jaakon säestäessä kitaralla. Sen jälkeen laulusta virisi keskustelua, joka saattoi liittyä hyvin läheisesti ihmisten omaan elämän piiriin. Keskustelun aiheesta taas etsittiin uusi laulu. Yleensä ennen laulun aloitusta Jaakko piti pienen informaation laulusta, sen tekijöistä ja syntyvaiheista. Myös niistä keskusteltiin. Laulukirjoina käytimme Toivelaulukirjoja, joissa oli mukana pienet sanoitusvihkot osallistujille. Tämä menetelmä toimi erittäin hyvin. Yleensä istunnon aikana ei ehditty laulaa kuin muutama laulu, koska potilaat olivat innokkaita keskustelijoita. Terapian loppuosassa, jonka vetäjinä me Mervin kanssa toimimme, oli työnjako seuraavanlainen: Itse toimin säestäjänä syntetisaattorilla. Lauloin mukana sen minkä säestykseltä ehdin ja sanoja ulkoa osasin. Mervi hyvä äänisenä laulajana toimi esilaulajana Tämä työnjako sopi mainiosti meille kummallekin. Laulut olimme valinneet varman päälle. Tein monistenipun Kultaisesta laulukirjasta itselleni tuttuja lauluja. Laulut olivat pääasiassa kansanlauluja, Rautavaaraa, He-

lismaata ym. Terapiajakson aikana lisäsimme siihen potilaiden toivomuksesta hengellisiä lauluja.

Laulujen valinta tapahtui joko potilaiden tai terapeuttien aloitteesta. Tavoitteenamme oli saada toivomus potilailta, joka useimmiten onnistuikin. Joskus kuitenkin valinta tuntui niin vaikealta, että jouduimme ehdottamaan itse laulua.

Kaiken kaikkiaan yhteislaulu koettiin näissä ryhmissä hyväksi menetelmäksi. Onhan sillä ihmisiä yhdistävä voima ja laulun sanojen kautta voimme puhua omista tunteistamme turvallisesti. Lisäksi laulaminen virkistää ihmistä myös fyysisesti äänen värähtelyjen ja hengityksen kautta. Laulaessamme joudumme hengittämään tehokkaasti, ja samalla elimistö saa uutta virkistävää happea. Laulutuokion jälkeen voi tuntea olevansa todella virkistynyt. Ensimmäisen terapiakerran jälkeen kertoi yksi osaston sairaanhoitajista meille potilaiden silmien loistaneen heidän poistuessaan terapiasta. Se tuntui rohkaisevalta jatkoa ajatellen.

### 7.2.2. Musiikin kuuntelu

Toiseksi pysyväksi menetelmäksi Sädesairaalassa vakiintui musiikin kuuntelu. Kuuntelun tarkoituksena oli saada potilaat keskittymään omaan itseensä ja kuuntelemaan omia sisäisiä ääniään, jotka heräsivät eloon musiikin stimuloimina. Jälleen kerran huomattiin, miten sama musiikki herätti voittopuolisesti samantyyppisiä mielikuvia ja ajatuksia potilaiden mielessä. Joukkoon mahtui kuitenkin yksi selvä poikkeustapaus. Tämä potilas koki kaikki kuuntelumusiikin toisista täysin poikkeavalla tavalla. Kuuntelumusiikkina käytimme pääasiassa klassista musiikkia, luonnon- ja aivoääniä yhdistettynä musiikkiin ja myös joitakin tunnelmallisia, keveitä kappaleita. Kuuntelumusiikiksi pyrimme valitsemaan mielestämme sävyiltään iloisia, valoisia ja kepeitä duurivoittoisia kappaleita. Tarkoituksenamme oli johdatella potilaiden ajatukset myönteiseen, positiiviseen tunteeseen ja sitä kautta irrottautumaan ainakin hetkeksi pois sairauden aiheuttamista ajatuskuviosta ja peloista. Musiikin herättämät mielikuvat olivatkin etupäässä positiivisia, luontoon liittyviä.

## 8. Yhteenvetoa aineistoanalyysin pohjalta

### 8.1. Tutkimuksen taustaa

Terapiaistunnoista keräsimme aineistoa tutkimusta varten tarkoitukseni tehdä ensin proseminarityö ja myöhemmässä vaiheessa pro gradu- tutkielma. Tutkimus on laadullista tutkimusta ja sen tehtävänä on kartoittaa miten musiikki vaikuttaa syöpää sairastavien potilaiden mielikuviin ja ilmaisuun sairaalaympäristössä. Tutkimuksessani olen kartoittanut istuntojen tapahtumat ja keskustelujen sisällöt ja luokitellut ne aihepiireittäin. Aineiston olen kerännyt nauhoittamalla istunnot ja kirjoittamalla päiväkirjaa jokaisesta istunnosta. Nauhoitukset olen litteoinut mahdollisimman tarkasti. Aineistoa kertyi yhteensä 146 sivun verran. Määrällisesti aineisto jakautui tasaisesti eli kummaltakin osastolta saatiin aineistoksi 73 sivua. Tämä mahdollistaa aineistojen kvantitatiivisen vertailun. Lisäksi Nud\*ist-analyysiohjelma on mahdollistanut aineiston määrällisen luokittelun prosentuaalisesti ja ilmiöiden tarkastelun esiintymismäärän mukaan. Tämän ansiosta olen pystynyt myös vertailemaan eri osastojen tuloksia keskenään. Aineistoanalyysissä olen käyttänyt Nud\*ist tietokoneohjelmaa, jolla olen luokitellut koko aineiston ensin tekstiyksiköittäin sisällön mukaan. Alaluokkia saatiin osastolta 32 seitsemänkymmentäkaksi ja osastolta 31 kuusikymmentäseitsemän kappaletta. Sen jälkeen olen muodostanut alaluokista yläkategoriat, joita syntyi osastolle 32 kaksitoista ja osastolle 31 yksitoista. Olen tutkinut molempien osastojen aineiston erikseen ja luonut sekä ylä- että alaluokat ns. puhtaalta pöydältä. Näin olen voinut verrata osastojen tulosten samanlaisuutta ja erilaisuutta keskenään. Olen raportoinut kummankin osasto tulokset erikseen, koska tutkimusideanani on ollut vertailla saatuja tuloksia keskenään ja nähdä oliko eri osastoilla ja toisen terapeutin vaihtumisella merkitystä tuloksiin. Lisäksi uskoisin, että osastoja kiinnostaa nimenomaan oman osaston tulokset. Mielestäni kummallakin osastolla on oikeus saada tietoa siitä, mitä heidän terapiaistunnoissaan tapahtui. Määrällisesti tulokset ovat yllättävänkin paljon samankaltaiset, mutta sisällöllisesti niissä ilmeni eroavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa jokainen tutkija tuo tutkimukseen mukaan omaa persoonaansa. Siihen vaikuttavat tutkijan taustasta ja mielenkiinnon kohteet. Ahosen (1998) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkijan persoona ja kaikinainen tutkimuskohteeseen liittyvä esiymmärrys vaikuttaa vääjäämättä tutkijan työskentelyyn ja siihen, miten hän hahmottaa aineistoaan. Aigenin (1995) mukaan tutkimusongelman tulisi nousta tutkijan syvästä suhteesta tutkittavaan ilmiöön, toisin sanoen, mitä tutumpi ja läheisempi aihe on tutkijalle, sitä parempia tuloksia se tuottaa ilmiöstä, koska ne ovat sovellettavissa kokemuksiin ja kiinnostavat myös muita saman alan ihmisiä. Hallittu subjektiivisuus on myös yksi luotettavuuden takeista. Siksi teorialla ja aikaisemmalla tiedolla tutkittavasta ilmiöstä on merkitystä. Keskeistä tutkimusprosessissa on myös tutkijan ammatillinen persoonallisuus. (Ahonen 1998,4.)

Tutkimuksen aiheeseen liittyvä oma esiymmärrykseni, koulutukseni ja työkokemukseni vaikuttavat luonnollisesti kiinnostuksen kohteeseeni. Koska olen koulutukseltani sairaanhoitaja ja olen työskennellyt sädeosastoilla syöpää sairastavien ihmisten parissa, se vaikuttaa työskentelytapani myös musiikkiterapeuttina. Minun on helppo asettua terapeuttina myös hoitajan rooliin ja ottaa huomioon potilaiden sairauteen liittyvät näkökohdat.

## 8.2. Tutkimustuloksia osastolla 32

Aineistoanalyysin tuloksena syntyi yhteensä **72 alaluokkaa**. Aineisto koodattiin teksti- yksiköittäin eri luokkiin sisältönsä mukaan aihepiireittäin. Alaluokat koottiin **yläkategorioiden** alle, joita muodostui yhteensä kaksitoista. Yläkategoriat nimesin seuraavasti:

1. Musiikkiterapian käytännön toteutus 8,48%
2. Henkilöt 5,28%
3. Tunteet 12,2%
4. Musiikki 12,8%
5. Luonto 1,52%
6. Taito, osaaminen 5,21%

7. Sairaus 2,38%
8. Kulttuuri ja perinne 2,11%
9. Uskonto 0,33%
10. Paikkakunnat, kotipaikka, muistelua 5%
11. Muuta 4,06%
12. Reflektointia 1,28%

### 8.2.1. Käytännön toteutus

Musiikkiterapiaa vaatii hyvin paljon toteutusta myös käytännön tasolla. Erityisesti se tuli esille osastojen musiikkiterapiatoiminnassa. Toimintaan olimme valmistautuneet etukäteen koko edellisen syksyn ajan pitämällä yhteisiä palavereja, suunnittelemalla istuntoja, hankkimalla sairaalalta luvat toimintaa varten. Käytännön toteutuksen kokonaisprosentiksi saatiin 8,48.

”Ennen varsinaista musiikkiterapiatuokion toteutusta edelsi kiivastahtinen valmistautuminen tilaisuuteen: potilastiedotteiden ja suostumuslupalomakkeiden laatiminen ja muokkaus, kierros keskussairaalan ylihoitajalle hyväksyttäväksi, uudelleenmuokkaus ja printtaus, materiaalinhankinta: maalaustarvikkeita ja kasetteja.” (Päiväkirjasta)

Koska ryhmät olivat avoimia ja teimme tutkimusta terapiasta, vaati sairaala jokaiselta potilaalta suostumuslupakaavakkeen allekirjoituksen, ja koska potilaat vaihtuivat joka kerralla oli muodollisuus suoritettava aina istunnon alussa. **Järjestäytymisen** osuudeksi koko aineistosta kertyi 2,9%. Prosenttiluvut muodostuvat ko. luokan tekstiyksiköiden määrän suhteesta koko aineiston tekstiyksiköiden määrään.

*”Mutta se, että me saatiin tänne tulla, meiltä edellytettiin että, tämä sairaala edellytti sitä, että niin jokainen tekee sitten tämmösen suostumuksen siitä, että me voidaan tätä projektia sitten tutkimuksellisesti hyödyntää, eli tarkoitus on kehittää tämmöst musiikkiterapian menetelmällistä puolta. Tavallaan, että myöhemmin vois entistä tarkoituksenmukaisemmin järjestää tämmösiä musiikkihet-*

*kiä ja musiikkiterapioita. Ett jos tuota noin niin sen nimen vois jokaiselta pape-reihin pyytää. Siinähan se oikeestaan oliskin sitte.”*

Lupakaavakkeiden täyttö vei myös aika suuren osan aikaa terapialta, koska potilaat olivat monesti huonokuntoisia ja –näköisiä. Silloin, kun hoitajat olivat etukäteen suorittaneet informoinnin ja luvan saannin, pääsimme aloittamaan nopeammin ja itse pääasiaan jäi aikaa enemmän. Koska kysymyksessä oli kuitenkin meidän oma intressimme, suoritimme tehtävän tilaisuuden alussa asiaan kuuluvana muodollisuutena.

Tilaisuuden toiminnan **vapaaehtoisuutta** saimme myös korostaa. Tilaisuudet olivat avoimia, ja niissä sai olla niin kauan kuin halusi ja jaksoi. Kaikki toiminta oli myös täysin vapaaehtoista: mitään ei tarvinnut tehdä, jos ei halunnut.

*”Joo, semmonen on idea, että sitt jos tuntuu siltä, että pitää lähteä, niin voi milloin tahansa lähteä.”*

*”Tässä voitais kokeilla semmosta. Tää on kyllä ihan vapaaehtosta, että jos teillä alkaa tulla jotain mieleen tämän musiikin aikana niin vois vaikka piirtää tähän paperille. Ei oo pakko piirtää.”*

Myös itsestä kertominen oli täysin jokaisen omassa vallassa. Jokainen sai kertoa itsestään juuri sen verran kuin halusi.

*”Ei, ei. Jokainen saa kertoa just sen verran ku haluaa.”*

**Valintatilanteisiin** jouduttiin myös aika usein. Valintaa koskeva prosentti nousi 2,5%:iin. Valinnan kohteena olivat pääasiassa laulettavat laulut. Pyrimme siihen, että ehdotus tulisi potilaiden itseltään. Se vei usein aikaa, mutta tuotti kuitenkin enemmän keskustelua, kun laulu oli valitsijalleen tuttu ja läheinen.

**Tekniikka** näytteli osaa myös tuokiossamme. Teknisiä laitteita olivat nauhuri, levysoitin ja syntetisaattori. Ne palvelivat oivallisesti toimintaamme. Tekniikan osuudeksi aineistossa muodostui 0.51%.



Käytännön järjestelyihin kuuluu tutkimuksessa myös seuraavat alaluokat:

Projektin esittelyä, tilaisuuden kulku, liikehdintää, poistuminen kesken istunnon, hälyääniä, epäselvää, päällekkäistä puhetta, hyvästelyä.

Mielestäni **epäselvän puheen** osuus oli aika suuri, mikä ei johtunut huonosta äänityslaitteesta, vaan siitä, että potilaat puhuivat usein hyvin hiljaa. Litteroidessani nauhoituksia, tuotti joskus suuria vaikeuksia saada selvää potilaiden puheesta. Sen sijaan terapeuttien äänenkäyttö oli huomattavasti voimakkaampaa. Ero oli niin ”korviin pistävä”, että sitä ei voi jättää huomioimatta tässä tutkimuksessa. Sairaus oli varmaan syynä siihen, että voimat olivat vähentyneet ja se vaikutti myös äänen voimakkuuteen. Vakava sairaus tuo mukanaan myös masennusta, joka vaikuttaa äänen tasoon ja voimaan.

### 8.2.2. Henkilöt, ihmiset

Tilaisuuksissa keskusteltiin paljon ihmisistä. Tämän kategorian alle olen luokitellut seuraavat alaluokat: Potilaiden esittelyä, esittäytyminen, sukulaisuus, artistit, ulkopuoliset henkilöt, vetäjät, lapset ja ikä. Yhteisprosentiksi saatiin 5,28 tässä luokassa.

**Potilaiden esittely** muodostui pelkästään päiväkirjamerkinnöistä ja oli täten terapeutin subjektiivista näkemystä ja kokemista potilaista:

*”Potilaat saapuivat paikalle hieman myöhässä sovitusta alkamisajasta. Kaiken kaikkiaan paikalle saapui neljä potilasta: kaksi naista ja kaksi miestä. Myöhemmin tuli vielä yhden miespotilaan poika, jonka olimme tavanneet edelliselläkin kerralla. Tällä kertaa hän ei vienytkään isäänsä pois, vaan jäi tilaisuuteen mukaan. Vaikutti, että miespotilas oli motivoitunut jäämään, koska alkoi lauleskella itsekseen ennen varsinaista yhteismusisointia.”*

*”Sen jälkeen jokainen vuorollaan esittäytyi, sai kertoa itsestään juuri sen verran kuin halusi. Tällä kerralla tietoa potilaista ja heidän taustoistaan saatiin enemmän kuin aikaisemmilla kerroilla. Jopa omasta sairaudesta puhuttiin, mutta*

vain sivumennen mainiten. Onhan sairaus kuitenkin vain yksi osa ihmistä ja hänen kokonaistilannettaan.”

”Jotenkin liikuttava oli miespotilas, jonka sairaus oli jo edennyt melko pitkälle. Hän istui rullatuolissa ja oli varustettu letkulla ja tippakanyylillä, oli todella sairaan oloinen ja jo hieman sekava ja muistamatonkin. Aikaisemmassa ammatissaan hän oli ollut toimittaja ja siinä roolissa hän esiintyi nytkin, teki muistiinpanoja ja oli kiinnostunut ihmisistä ottaen ylös ryhmäläisten nimet. Hän sanoi, että otetaan ensi kerralla valokuva, johon liitetään ryhmäläisten tiedot. Huonosta kunnostaan huolimatta hän jaksoi olla tilaisuudessa loppuun saakka.”

Tilaisuuksien alkupuolella suoritettiin yleensä jonkinlainen **esittäytyminen**. Se perustui myös vapaaehtoisuuteen. Jokainen sai kertoa itsestään sen verran kuin halusi tai olla kertomatta, jos ei halunnut. Ihan selvästi ensimmäisillä terapiakerroilla ihmiset puhuivat itsestään paljon vähemmän kuin myöhemmissä istunnoissa. Mielestäni sillä, kuinka paljon me terapeutit paljastimme itseämme oli vaikutusta siihen, paljonko potilaat itsestensä kertoivat.

Ensimmäisen istunnon esittelykierroksen tulosta:

”Minä oon XX ja kotoisin Sumiaisista

”Minä oon laukaalaisia.”

Viidennellä kerralla juttua tuli jo paljon enemmän, vaikka kyseessä olivat eri ihmiset.

”Minä voin koettaa. Semmosia vaikeita tilanteita. Minun nimeni on XX ja olen tuolta lähtöisin Karjalasta Ruskealan pitäjästä ja olen tuolla nyt ollut 47 vuotta XX kunnan kirjanpitäjänä ja siitä ollut 14 vuotta eläkkeellä. No musiikkiharrastukset on, kuoro-toimintaan kuulunu silloin aikanaan ja hyvin.... Ja on vähän stereoita ja levyjä ja joita kuuntelen....”

”Minä olen XX ja XX:n maalaiskunnasta. Ja semmosen pientilan maanviljelijä ja nyt ollut luopumiseläkkeellä ja sairaus tuli. Nyt tuota tässä oon. Sitä ei oo ollu syöpäsairautta, kuuskytviis oli ja nyt sitten tuli toiseen paikkaan ja ei oo... Vähän oon soitella hanuria, nuorempana ja viulua ja mandoliinia. Musiikissa mukana ja tykkään siitä meidän ikäsestä, mikä on, mutta en minä kaikkia niitä nykyajan nuorison sävellyksiä jaksaa ymmärtää.”

Joskus aloitimme tilaisuuden musiikin kuuntelulla, uskoisin sillä olleen vaikutusta siihen, että potilaat avautuivat ja kertoivat itsestänsä enemmän. Myös ensimmäinen esittäytyjä antoi jonkinlaisen mallin siitä, mistä puhutaan ja minkälaisia asioita itsestä kerrotaan. Luonnollisesti olemme kaikki yksilöitä myös siinä, mitä haluamme itsestämme paljastaa, kenelle ja milloin. Toiset ihmiset kokevat ryhmässä puhumisen vaikeaksi. Olihan tapaamiset yleensä ryhmäläisillä ensitapaamisia. Helpommin virisi keskustelu yleisistä aiheista ja ulkopuolisista henkilöistä.

Suosituimmaksi puheenaiheeksi ulkopuolisista henkilöistä nousivat erilaiset **artistit**, pääasiassa musiikki-alan artistit, säveltäjät, sanoittajat ja esittäjät. Tähän vaikutti suurelta osalta se, että Jaakon metodiin kuului laulettavan laulun esittely, ja siinä kerrottiin myös laulun tekijöistä. Ihmisillä oli paljon tietoa taiteilijoista ja he mielellään muistelivat ja kertoivat heistä. Artisteista keskustelun prosentiksi saatiin 2,3.

Muun muassa Veera Telenius herätti paljon keskustelua ja sai osallistujat ottamaan kantaa :

*”Hei mä tykkään tästä ”Miljoona Ruusua” siitä syystä, kun mä oon joskus ostanu kotiin Veera Teleniuksen levyä... ja sitt mun mieheni inhoaa sitä levyä.*

Oman paikkakunnan artisteista kerrottiin mielellään. Nostavathan he paikkakunnan imagoa ja tekevät sitä tunnetuksi. Heitä pidetään ikään kuin ”omina poikina”.

*”Ja sinne se mäni Saksaan ja se oli moness maassa sitä ennen. Sitten se pääs sinne pääpaikalle ja siinä hän se sitten esitti semmosen suuren oopperaesityksen siellä. Kyllä myö kaikki oltii hartaana, kuunneltiin sitte, istuttiin ja ootettiin varmaan kaks vuorokautta sitä, millon se rupes laulamaan.*

Lasten osuus tässä kategoriassa jää aika pieneksi. Heistä puhuttiin vain 0.07%:n verran.

Potilaat olivat tällä osastolla aika iäkkäitä. Lapset olivat jo lähteneet pois kotoa ja elivät useimmat omillaan. Heidän asemansa ei ollut enää niin hallitseva näiden ihmisten elämässä kuin nuorempien ihmisten maailmassa.

### 8.2.3. Tunteet

Tunteet muodostavat mielenkiintoisen aihepiirin tässä tutkimuksessa. Tunteen ilmaisu esiintyi 12.02% koko dokumentista. Mielestäni se on aika iso prosentti, kun meitä suomalaisia pidetään yleensä pidättyväisenä kansana nimenomaan tunteenilmaisussa. Teoriaosuudessa kerrottiin siitä, että tutkimusten mukaan syöpään sairastuneiden ihmisten tunteenilmaisukyky on vajavaista, nimenomaan negatiivisten tunteiden osalta. Tätä löydöstä tukee myös tämä tutkimus. **Negatiivisten tunteiden** ilmaisuprosentiksi saatiin 0.42%. Sen sijaan muu tunteenilmaisu oli pääasiassa positiivista. Tutkimustuloksiin vaikuttaa se, että tuloksissa on mukana myös terapeuttien tunteiden ilmaisut. Tuloksiin vaikuttaa myös se, että **myöntelyä** tuli terapian aikana paljon, 6.3%. Mielestäni se kertoo terapian luonteesta sen, että se on ollut empaattista ja tukea antavaa, ns. supportiivisesti orientoitunutta terapiaa. Potilaat tukivat myös toinen toisiaan. **Kieltämisen** osuus jäi alhaiseksi, 0.51%. Vastaa sanominen ja eriävien mielipiteiden ilmaisu oli vähäistä. *”Meikäläinen ei tuu sitä ikää näkemään.” ”Ei mee läpi.”*

Varsinaisesti **positiiviset tunteet** luokka sai prosentiksi 2.5. Myös **huumoria** viljeltiin istunnoissa. Nauhalta istuntoja kuunnelllessani joskus ihmettelin, että ollaanko todella syöpöastolla. Tämä kertoi siitä, että oltiin tekemässä virkistystoimintaa ja kohottamassa potilaiden mielialaa. Onhan huumori myös yksi puolustusmekanismi ja hyvä sellainen onkin. Olen pannut merkille, että sitä käyttävät nimenomaan miehet, joille käsittääkseni suora tunteenilmaisu saattaa olla vaikeampaa kuin naisille. Tämän oletuksen jälkeen tarkistin, pitääkö asia paikkansa tässä ryhmässä ja tulos oli, että naisten osuus oli 18 miesten 13 repliikkiä vastaan. Tosin naisia oli prosentuaalisesti enemmän istunnoissa. Mielestäni tulos kertoo kuitenkin sen, että naisetkin osaavat laskea leikkiä.

*”Aina iltamat aloitettiin laululla ja eihän nämä nykyset ossaa enää tanssiakaan kunnolla, kiikkaavat siellä kuulemma eestakasi.”*

Muita tunteisiin liittyviä aihepiirejä olivat **ihmettely, toivomus ja painostus**. Painostus tuli potilaalta tunnustuksena terapiaan saapumisesta: ”*Siellä vähän hoitajat pisti lujille*” Voittopuolisesti kuitenkin potilaat ilmaisivat positiivisia tunteita: ”*Oikein mukava koittaa, miltä yhdellä keuhkolla laulaminen tuntuu.*” ”*Täällähän on ihan mukavaa!*”

Naurut olen myös rekisteröinyt positiivisiksi tunteen ilmaisuiksi. Niiden osuus ei ollut vähäinen istunnoissa tällä osastolla.

#### 8.2.4. Musiikki

Ennakkokäsitykseni siitä, että musiikin osuus tässä tutkimuksessa tulee olemaan ylivoimaisesti suurin, kaatui siihen, kun laskin sen osuuden prosentuaalisesti ja sain luvuksi 12,8 eli lähes saman kuin tunteiden osuus. Tulokseen vaikuttaa myös se, että musiikkia liittyy myös niihin aihepiireihin, jotka olen luokitellut kuuluvaksi jonkin toisen kategorian alle. Tosin sama tekstiyksikkö saattoi joutua luokitelluksi joskus kolmeenkin eri luokkaan, koska siinä esiintyi sisältöä useammasta aihepiiristä. Luku ei pidä sisällään kuitenkaan ihan kaikkea musiikkiin liittyvää. Esim. puhuttaessa artisteista liittyy siihen myös musiikkia. Luonnollisesti musiikilla oli suuri merkitys näissä istunnoissa. Oltiinhan tekemässä musiikkiterapiaa. Musiikki toimii työvälineenä musiikkiterapiassa ja sen avulla pyritään tekemään terapiaa, jonka tavoitteet määritellään jokaisessa tapauksessa erikseen. Ahosen(1998) mukaan musiikkiterapia on aina tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Tavoitteet voivat pyrkiä auttamaan asiakasta selviytymään terveyttään uhkaavan tai kehitystään häiritsevän asian kanssa tai pyrkiä ylläpitämään asiakkaan hyvää terveyttä ja toiminnan tasoa. Yleensä musiikkiterapian tavoitteena on jonkin asteinen terapeutin muutos. (Ahonen 1998, 15)

Tämän tutkimuksen yhtenä tarkoituksena on selvittää, mikä merkitys musiikkiterapialla on ollut sädesairaalan syöpäpotilaille. Tutkimustulokset osoittavat, että musiikin avulla on saatu herätetyksi tunteita ja tunteenilmaisua terapiaistunnoissa myös sädesairaalassa.

Ihmiset kertoivat mielellään omasta musiikkisuhteestaan ja -historiastaan. Jokaisella oli jonkinlainen suhde musiikkiin. Toiset olivat harrastaneet sitä aktiivisesti, toiset olivat kuuntelijoita. Kaikki kuitenkin pitivät musiikista. Musiikkimaku vaihteli suuresti eri ihmisillä: Toiset pitivät klassisesta musiikista, toiset taas kevyemmästä, jotkut molemmista. Tämän ikäluokan ihmiset eivät olleet mieltyneet nyky- nuorison musiikkiin.

*”Te ootte enemmän klassisen musiikin ystävä kuin kevyen?”*

*”Kyllä kaikki menee. Nuoruus tulee mieleen, kun radiosta humppaa, valssia ja tangoa, mutt tuota eihän nyt tällä iällä enää. Vähän siivilöidä sitä, mitä kuuntelee ja mistä pitää.”*

Keskustelut liikkuvat laajasti musiikin eri lajeissa. Keskusteltiin soittamisesta, laulamisesta, musiikin kuuntelusta ja tanssista.

*”Minä laulan keittiössä, kun laitan ruokaa, ja sitte jos mun mies sattuu olemaan jossakin muualla, niin sitt sieltä kuuluu vähän ajan päästä: Hei, mitä sä sanoit?”*

*”Mä tykkään hirveesti sillai itsekseen laulaa, vaikka mää en ossaa en yhtään.”*

*”Mä pidän ihan kaikista. Klassista musiikkia kuuntelen. Rokkia en oo oppinu vielä oikein ymmärtämään.”*

Kotipaikkakunnan musiikkielämästä kerrottiin.

*”Kuorotoimintaa. Nytkin oon ollu kuuntelemassa. Just oli tuon kirkkoherran oma keräämä kuoro. Siellä oli nuorista tehty. Kyllä ne esitti hienosti. Oli soitajat ja oli laulajat. Myö mäntiin kuuntelemaan.”*

Musiikkiterapian eri menetelmiä käytettiin vaihtelevalla menestyksellä istunnoissa. Niistä yksi oli **yhteislaulu**, joka muodostui eniten käytetyksi metodiksi tässä terapiassa. Se toimi myös parhaiten tässä kontekstissa. Kun Jaakko oli mukana toiminnassa, käytössä oli ”Jaakon metodi”. Se toimi ikään kuin ketjun omaisesti. Jostakin keskustelunaiheesta valittiin laulu ja laulusta taas keskusteltiin. Keskustelu saattoi poikia uuden aiheen, josta taas valittiin uusi laulu. Musiikilla on merkittävä kyky kirvoittaa kielen kannat. Keskustelu kävi vilkkaana. Koskaan ei tullut tunnetta siitä, että mistäs nyt puhuttaisiin, eikä myöskään pitempiä taukoja

päässyt syntymään. Musiikki olikin hyvä ja kaikkia kiinnostava keskustelun aihe. Se oli tarpeeksi neutraali ja kuitenkin niin laaja, että siitä riitti jokaiselle jotakin puhuttavaa. Musiikki toimi myös siltana muihin henkilökohtaisempiin aiheisiin.

Varsinaista yhteislaulua saatiin aikaiseksi eri ryhmissä eri tavalla. Monesti sairaus oli vaikuttanut ääneen ja voimat olivat vähissä. Aina eivät potilaat jaksaneet laulaa, mutta olivat kuitenkin hengessä mukana. Joskus, kun oli enemmän väkeä paikalla ja potilaat parempi kuntoisia, saatiin laulua aikaiseksi enemmän.

Yhteislauluja laulettiin alkuun Jaakon kitaran säestyksellä. Myöhemmin soittelin säestykset syntetisaattorilla. Yhteislaulujen aiheet vaihtelivat. Pääasiassa laulettiin kansanlauluja ja joitakin vanhoja iskelmiä. Lauluvalikoima koostui mm. seuraavista lauluista:

Tammerkoski-humppa, Osatapa poika se kukkuva kello, Miljoona ruusua, Iltatuulen viesti, Aamulla varhain, Rantakoivu, Vain merimies voi tietää, Nyt on aika auringon, Päivänsäde ja menninkäinen, Reissumies ja kissa, Niin minä neitonen sinulle laulan, Jo Karjalan kunnailla lehtii puu, Taivas on sininen ja valkoinen, Paimenpoika, Läksin minä kesäyönä käymään, Hyvää, hyvää iltaa ja Kun minä kotoani läksin. Lauluvalinnat tulivat enimmäkseen potilailta edellisestä keskustelun aiheesta. Listan olen kerännyt aineistosta.

Lauluvalintoihin ovat vaikuttaneet monet eri tekijät. Lauluvalinnoillamme kerromme jotakin itsestämme ja senhetkisestä tilanteestamme. Ne eivät tule sattumalta. Luonnollisesti siihen vaikuttaa saatavilla olevien laulujen tarjonta, joka jakson loppupuolella oli suppeampi terapeutin vaihdoksesta johtuen ja siten ohjaili pitkälle valintoja, eikä täten anna potilaiden mieltymyksistä todellista kuvaa.

**Musiikin kuuntelu** toimi toisena vahvana menetelmänä. Kuuntelumusiikin olimme me terapeutit valinneet itse etukäteen. Kuuntelumusiikkina käytettiin pääasiassa klassista musiikkia, musiikkia ja luonnonääniä, musiikkia ja aivoääniä ja jotain kevyempää, viihteellistä musiikkia. Kuunneltavia kappaleita olivat mm. Mozartin huilukvartetto Straussin Tonava kaunoinen, Kärjen Vibration sarjasta Unelma, Bachin Air ja Luonnon ääniä ja musiikkia. Kuunneltava musiikki oli

instrumentaalimusiikkia, jossa sanat eivät päässeet ohjailemaan kuulijoiden mielikuvia, vaan musiikki synnytti mielikuvia kuulijoissa, jotka sitten puettiin sanoiksi ja niistä keskusteltiin. Musiikin luonteen pyrimme pitämään tarkoituksellisesti positiivisena, kevyehkönä. Terapian luonteesta johtuen ei ollut tarkoituksemme herättää musiikin avulla kovin surullisia tunteita, koska terapiaistunto jäi monille ainoaksi, eikä jatkoa ollut odotettavissa. Tarkoituksemme oli tuottaa potilaille lähinnä mielihyvää ja saada aikaan keskustelua musiikin herättämistä mielikuvista ja tunteista.

Musiikin herättämistä **mielikuvista** keskusteltiin. Mielikuvia syntyikin ja keskustelua virisi niiden pohjalta. Ehkä eniten mielikuvia herätti Musiikki ja luonnonäänet.

*”Minulla se ainakin herätti kevään mieleen.”*

*”Niin minä ajattelin. Jos siinä ois tuo. Olik siinä niinku kurjet.”*

*”Mulla nousi mieleen semmonen jylhä korpimaisema, semmonen synkkä, jossa sitt on semmosia rauhajärviä ja siellä sitten nämä linnut. Kevet, kevät!*

**Musiikkimaalausta** kokeiltiin kahdella eri kerralla, mutta tuotoksia saatiin potilailta hyvin vähän. Piirtäminen koettiin vaikeaksi ja vieraaksi ja kritiikki omia taitoja kohtaan oli kova. Edellisestä kynään tarttumisesta saattoi olla pitkäkin aika. Potilaiden iällä oli merkitystä varmasti myöskin piirustushaluttomuuteen. *”Vaatii tuo piirtäminen aika paljon silmää.”*

Muutamia piirustuksia kuitenkin syntyi.

*”Mäpä pistän täältä soimaan ja, saa vaan ihan kuunnellakki, mutta voi pistää sinne paperille jotakin, ...”*

*”Mutta kyllähän sinne synty kuitenkin.”*

*”Ompas komea metsämaisema!”*

Päiväkirjasta Toisella istuntokerralla: *”Värien käyttö piirustuksissa oli hyvin yhtenäistä pääsääntöisesti oranssi, keltainen, vihreä, sininen, ruskea ja vähän punaista.*

*Vetäjien piirustusten aiheet olivat luonnosta.”*

Luovuimme kolmannella kerralla kokonaan musiikkimaalauksesta, koska se ei toiminut tässä kontekstissa ja koettiin jotenkin väkinäiseksi ja vaikeaksi.



Yhdellä istuntokerralla kehotimme potilaita kirjoittamaan paperille mieleen tulevia sanoja tai ajatuksia. Tuloksena emme saaneet ainuttakaan sanaa. Kiusalliseksi koettiin se, ettei paperille syntynyt mitään, vaikka korostimme vapaehtoisuutta tässäkin asiassa.

**Musiikki-info** sai aika suuren osuuden niillä kerroilla, joilla Jaakko oli mukana, koska se kuului osana hänen metodiinsa.

*”Joo, täällä sanotaan tästä Katariinan kammarista silleen, että tämän Jori Malmstenin tekele, niin ku varmaan siellä tein kirjoissa lukee ja että tämän ihan omistettu laulu ja tämän omistettu Martta Katri Rynnäselle. Mutta kuka tämä Martta Katri Rynnänen on, siitä mä en kyllä tiedä. Ja tota Helsingin Kruunuhaan seutuuihin tämän laulun tarina menee, että sieltä tämä on. No, voinhan mä lukeekin, mitä täällä sanotaan. Tämä laulu syntyi eräänä kesäiltana 1933 Malmsteenin ja sulhasmies Rynnäsen vieraillessa Katrin tyttöboksissa Helsingin Kruunuhaassa.”*

Yleensä nämä infot virittivät keskustelua lauluista ja niiden tekijöistä.

**Musiikkiterapia** nousi myös yhdeksi keskustelun aiheeksi. Meillä terapeuteilla oli siinä informaatiotehtävä. Useimmille potilaille musiikkiterapia oli vieras ja outo käsite ja sitä kohtaan tunnettiin ennakkoluuloa, mutta myös uteliaisuutta. Jo se, että oli rohkaistuttu tuleman musiikkiterapiaan, oli osoitus siitä, että asia kiinnosti.

*”Minun mielestäni täällä on sen kuntosia ihmisiä ehkä enemmänkin, että vois tänne tulla. Mutta onko tää musiikkiterapiaa nimenomaan. Että ihmiset ajattelee, että mitä siellä oikein tehdään.”*

*”Niin jotakin salaisoppia, koska siin on nimenoman se, että nää on semmosia ryhmiä, että tässä on joka kerta eri ihmiset. Niin että jos ois varsinaisia terapiaryhmiä, niin ne ois semmosia sitten, että pitäis olla sama ryhmä koko ajan. Tää on sitten tämmöstä, aika mukavaa yhdessäoloa. Että tää on semmosta, että tehdään sitä, mikä huvittaa.”*

*”Siinä voi olla jollekin kynnys korkea lähteä.”*

*”Se voi olla, mutt se on totta, että me ollaan niinku musiikkiterapian ihmisiä ja opiskellaan siihen, mutta tää meidän ammattikuvahan on aika laaja. Sisältää monenlaisia. Osa tätä toimintaa on just tämmönen aktivointi- ja virkistystoiminta.”*

*”Mikäpä se enemmän ihmisiä virkistää ja silleen kuin kaunis musiikki.”*

Keskusteltiin joskus musiikkiterapiasta syvällisemminkin, esimerkiksi huilun terapeuttisesta äänestä.

*”Joku sano sitä, ett se yksinkertainen ääni siinä ois... sill ois se terapoiva vaikutus.”*

*”Joo se on totta, että poikkihuilun ääntä, kun siitä tehdään semmonen tietokonekava, miss tulee ne ylä-äännet, yläsarjat, niin huilun se patsas, mikä muodostuu niist yläsävelsarjoista, niin se on ihan erilainen kun millään muulla soittimella. Ett sillä on perusteltu sitä sen omaleimaisuutta ja erikoislaatuista.”*

Ahosen mukaan musiikkiterapiaprosessissa asiakkaan musiikillinen tekeminen tulee hyväksyä sellaisenaan. Musiikkia voidaan kuunnella tai asiakas voi tuottaa itse sitä. Keskusteluissa käydään läpi hänen kokemuksiaan musiikin aikana ja ne voivat liittyä esim. vuorovaikutukseen. Keskeistä on, että asiakkaan musiikillista tuotosta ei koskaan arvostella, vaan se hyväksytään sellaisenaan riippumatta sen taiteellisesta arvosta. Asiakkaan ei siis tarvitse osata soittaa tai olla musikaalinen. (Ahonen 1998, 16.)

### 8.2.5. Luonto

Luontoon liittyvät aiheet nousivat etupäässä musiikin herättämistä mielikuvista. Niitä olivat **luonto yleensä, ilmat ja vesistöt**.

Luontoon liittyvät keskustelun aiheet tuottivat yhteistulokseksi 1.52%.

Keskusteltiin kasveista sisällä ja luonnossa.

*” Laatokan karjalahan on erittäin rikasta kasvillisuudesta. Siellähän on aivan, aivan ja kukkia, kaikkia sellaisia, mitä täällä Keski Suomessa ei oo ollenkaan, niin aivan lehdot täynnä ja...”*

Muuta luontoon liittyvää:

*” No miksei, onhan siellä niitä korpia ja soita, mutta eihän siellä niin paljon hallaa oo.*

*Kevään ääniä kuultiin musiikissa. Tekihän kevät myös tuloaan luonnossakin.*

*”Niin ne kevään äänet onkin voimakkaita.”*

*”Niinhän se on, kun luonto herää.”*

*”Niin on niinku kevät olis tullut jo.”*

**Ilmoista** myös puhuttiin, mutta vain kolmen tekstiyksikön verran.

**Vesistöistä** syntyi keskustelua sen sijaan runsaimmin. Keskisuomihan on erityisen rikas vesistöistään.

*”Kyllä se on ukkosmyrsky hieno merellä.”*

*”Kyllä ne vaan tulee mieleen kauniit asiat, kauniit rannat ja kaunis kesä”.*

Kalastuksesta myös keskusteltiin. Mukana oli kalamieskin.

*”Minkälaista kalaa sieltä nousee?”*

*”Kaikenlaista, muikkua, lohia, kuhaa ja kaikkea ihan arvokalaa, kyllä.*

Musiikissa kuultiin myös veden ääniä.

*”Oisko tää ollu niinku veden pauhua sitte.”*

*”Oli kyllä. Siellä kuulu niinku veden solinaa, että tosiaan niinko keväällä vesi sulaa ja purot lähtee virtaamaan.”*

## 8.2.6. Taito, osaaminen

Ihmisten erilaiset taidot ja osaaminen tulivat keskusteluissa esille. Puhuttiin osaamisesta yleensä, opiskelusta, tutkimuksen tekemisestä, työntekoon ja ammattiin liittyvistä asioista. Oltiin myös hyvin kriittisiä omaan osaamiseen ja esille tuli pettymys saavutettujen taitojen menetyksestä. Se tuntui olevan vaikea asia monille. Tästä ryhmästä kertyi prosentteja 5.21.

Esille tuli mm. iän mukanaan tuoma näkökyvyn heikkeneminen, kun olisi pitänyt kirjoittaa nimi paperiin tai lukea laulun sanoja, eikä ollut sopivia laseja mukana.

*”Kyllä minä oon sitä mieltä, että teän pitäs kirjoittaa, jos mä nään vähä huommin, niin sitte se ei yhtä kauniisti...”*

Harmillista oli huomata, miten lauluääni oli mennyt iän ja sairauden myötä.

*”Nii, altto oon ollu, semmonen hyvä. Kyllä siihen opittiin, mutta ne on nyt joutunu hukkaan kadonneet koko...”*

*”Joo sävel on tuttu, mutta sanat tahtoo tässä iässä unohtua... ei pysy päässä.”*

Koettiin myös erityisosaamista esim. silloin, kun joku aisti puuttuu, se voi korvautua toisella. Sokea nainen oli opettamassa meitä näkeviä ihmisiä omalla tyytyväisellä ja jalostuneella olemuksellaan.

*”Se on se keskittyminen toista sokealla kuin näkevällä. Voi todella keskittyä.”*

*”Sitthän on semmonen hämmästyttävä ilmiö olemassa tuolla musiikkimaailmassa. Muistaakseni hän soitti fibrafonia, vai olko se marimbaa, semmonen naispuolinen taiteilija, joka on sokea ja kuuro ja värähtelyyn, ihan kehoaistimuksiin perustuen niin on ihan huippuunsa vieny ja pystyy sinfoniaorkesterien kanssa esiintymään....Hän pystyy täysin musiikin vibraationa, värähtelynä aistimaan.”*

Kysymyksiä herätti myös se, mitä musiikkiterapiassa pitäisi osata ja miten olla.

*”Miten tässä täytyy pärjätä?”*

*”Ei, jokainen pärjää sillä tavalla... ei tässä oo mitään, vaan kuunnellaan musiikkia ja...”*

*”Joo ei täällä tarvi mitään tehdä, ihan voi olla...”*

Jotkut sanoivat, etteivät osaa soittaa eikä laulaa, mutta kuuntelevat kyllä mielellään musiikkia.

*”Joo mutta taitohan se on sekin, että osaa kuunnella.”*

*”Niin joo, osaan joo.”*

**Opiskelu ja tutkimus** tulivat esille lähinnä terapeuttien intresseistä johtuen. Alkuinformaatiossa teimme selväksi, että materiaalia tullaan käyttämään opinnäytteihin ja sitä varten tarvitsimme potilailta myös suostumuksen asiaan. Potilaat olivat myös kiinnostuneita meidän tekemisistämme.

*”Näistä tulee semmosia erilaisia opinnäytteitä, mitkä sitten julkastaan. Toivottavasti me saahan aikaseksi...”*

Jonkin verran ihmiset kertoivat omasta työstään, mitä ovat ennen sairastumistaan tehneet. Tällä osastolla se ei saanut kuitenkaan kovin suurta suosiota. Potilaiden keski-ikä oli aika korkea ja he olivat olleet jo pitkäänkin poissa työelämästä. Työelämän asiat tuntuivat aika kaukaisilta. Suurin osa potilaista oli jo eläkkeellä.

**Kritiikki** omia taitoja kohtaan oli joillakin potilailla ankara.

*”Se voi mennä se laulu ihni pilalle, jos myö ruvetaan laulamaan.”*

*”Niin tota, ei tässä nyt paljon sitä kauneutta kuulu, mutta... Soimut ei oikein sointuja lähe tulemaan, että en tiä oikein, mihinkä ne on männeet....Niin se on nyt vähän rumasti männy.”*

Kritiikkiä sai myös nykyajan nuorison musiikki:.....”*mutta en minä kaikkia niitä nykyajan nuorison sävellyksiä jaksa ymmärtää.”*

*”... valitettavasti ns. terveiden musiikki menee joskus yli rajojen.”*

Joku potilas oli saanut mielestään huonoa kohtelua lääkärissä käydessään ja se harmitti.

*”... vuos takaperin leikattiin. Leikkaus tehtiin täällä keskussairaalassa ja kotona piti mennä kuukaen päästä näyttämään lääkärille, onko parempi tai ei. Ei san-naa, tervehti sitte. Hyvä on saatte mennä. Ei päivää kunnolla sanonu lääkäri.*

*Syntetisaattori sai kuulla myös kunniansa, kun ei suostunut toimimaan, vai liekö ollut vika laitteen toisessa päässä.*

*”Tämä peli soittelee nyt mitä sattuu, mutta kyllä teiltä tuo laulu käy kuitenkin.”*

Kumpi on parempi, kääntäkö kritiikki itseensä vai heijastaako se toisiin ihmisiin. Jos on liian ankara itselleen, voi sairastua, mutta jos on kriittinen toisia kohtaan myrkyttääkö sillä itseään vai muita. Musiikkiterapiassa se voidaan heijastaa musiikkiin tai terapeuttiin. Toki tervettä kritiikkiäkin tarvitaan, mutta liika voi olla pahasta. Kriittisyys olisi voinut olla negatiivisten tunteiden luokassa, mutta kun se

tässä kontekstissa ilmeni pitkälle kriittisyytenä omia taitoja kohtaa, panin sen tähän luokkaan.

### 8.2.7. Sairaus

Osastolla 32 sairaudesta puhumisen prosentiksi tuli 2.38, mikä on mielestäni erittäin alhainen, kun otetaan huomioon, että ollaan sairaalassa ja kysymyksessä ovat vakavasti sairaat potilaat. Sairauksista puhuttiin yleisellä tasolla: Näkökyvyn heikentyminen koettiin puutteena samoin kuulon alentuminen aiheutti haittaa, myös kuulolaite aiheutti vaikeuksia ryhmässä. Yskä koettiin kiusallisena, kun ääni ei kulkenut eikä voinut kunnolla laulaa. Yhdessä istunnossa oli mukana täysin sokea nainen, jolla oli monenlaisia muitakin vaivoja, mutta kaikesta huolimatta hän vaikutti kuitenkin tyytyväiseltä.

*”Niin, että te ootte joutumu hyvin paljo sairastamaan.”*

*”Ai jai, kyllä (huokaisten) vuodesta 63 yhtä ja toista.”*

Viidennellä istuntokerralla potilaat kertoivat enemmän sairaudestaan ja sairastumisestaan. Ilmeisesti se, että joku aloitti avautumisen, vaikutti siihen, että toisetkin rohkenivat kertoa vaivoistaan. Mieluummin puhuttiin muista sairauksista kuin syövästä tai syöpä sanaa ei mainittu kuin yhden ainoan kerran koko tämän osaston terapiajakson aikana. Se tuntui olevan tabu.

*”.... Ja sairaus tuli nyt. Tuota tässä oon. Sitä ei oo ollu syöpäsairautta. Kuuskytviis oli ja nyt sitte tuli toiseen paikkaan....semminen lapshalvaukset ja luumädät, ne on koetellunna minua. Aina on selvitty.”*

Ryhmässä oli joskus hyvinkin sairaita potilaita, joita tauti oli jo uuvuttanut, niin että se näkyi selvästi ulkoisesta olemuksesta ja monesti he joutuivat lähtemään pois kesken istunnon, koska eivät jaksaneet olla loppuun saakka tai oli lääkityksen aika. Päiväsalin tuolit olivat joillekin potilaille liian kovat niin, etteivät he pystyneet istumaan terapian loppuun saakka, vaan poistuivat kesken istunnon.

Tällä osastolla tuli sellainen käsitys, että potilaat olivat tulleet terapiaan puhumaan jostakin aivan muusta kuin sairaudesta, saamaan tuuletusta ajatuksilleen ja virkistystä mielelleen. Heidän elämässään oli sairautta tarpeeksi, eikä meidän tehtävämme ollut muistuttaa heitä siitä silloin, jos se ei lähtenyt heidän omasta aloitteestaan ja tarpeestaan. Uskon, että meillä terapeuteilla olisi ollut valmiuksia keskustella myös syöpäsairaudesta, jos potilaat olisivat halunneet, mutta kunnioitimme potilaiden tahtoa. Musiikin avulla he saivat hetkeksi siirtyä mukavampiin ajatuksiin ja kokea mielihyvää. Ehkä tilaisuuteen tuli myös sellaiset potilaat, joilla ei ollut enää kriisivaihe omassa sairaudessaan. Olihan tapaamisemmekin useimmiten ensimmäinen, eikä ihmisillä ole tapana heti kättelyssä puhua itselleen vaikeista asioista.

**Sairaalasta ja sairaalassa olosta sitä vastoin puhuttiin . Siinä ei koettu mitään kiertämisen aihetta.**

*”Oon minä tässä talossa ollu monta kertaa. Oon monta viikkoakin joskus.”*

*”Kyllä tämä talo taitaa sillä lailla, että kyllä se aika isolla sätteellä ympäristöstä ihmisiä käy.”*

Tämä aihe oli ehkä neutraalimpi. Ei niin kipeä ja henkilökohtainen kuin oma sairaus.

### 8.2.8. Kulttuuri ja perinne

Kulttuurista ja perinteestä keskusteltiin 2.11 prosenttiyksikön verran. Aihepiireinä olivat tiedotusvälineet, kahvilakulttuuri, kirjallisuus, tanssi, urheilu, ja perinne.

Televisiosta ja sen tarpeellisuudesta **tiedotusvälineenä** puhuttiin. Myös television ohjelmasisällöstä ja katselun määrästä. Television musiikkiohjelmat nousivat keskustelunaiheiksi. Mm. Alatalon yhteislaulutilaisuuksista pidettiin. Mielenkiintoista myös oli, että joku oli kokenut television seurustelua häiritsevänä ja ”pannut sen pois”, koska itse oli sokea, eikä sitä tarvinnut.

*”...kun ei televisiota oo, eikä siitä välittäskään. Panin television pois, ku oli semmosia ystäviä, jotka tulivat ”Vuoristosairaala” kahtoon ja kaikenlaisia semmosia, istumaan ja minä sanoin: Minä haluan seuraa.”*

*” Eikö oo muuten jännä. Tuohan on muuten ihan yleinen ilmiö. Mä oon huomannu, että joskus meilläki, ku käy vieraita niin, joskus tulee vaan semmosia vieraita, ett ne tulee kattoon televisiota.”*

*”Siin on muuten jotaki semmost , joka kertoo tästä ajasta, että ihmiset ei ehkä...Semmonen keskustelukulttuuri, se on pikkusen varmaan tuon television myötä vähentyny.”*

Joillekin potilaille televisio oli tärkeä ja tietyt ohjelmat siinä, erityisesti ”Kauniit ja rohkeat” koettiin mieluisiksi. Tämä ohjelma saneli myös meidän terapia-istunnon ajankohdan. Terapian piti loppua ennen kuin kyseinen ohjelma alkaa.

*”Aikanaan sillon ko me sovittiin täällä henkilökunnan ka palaverissa näistä asioista, että pietään tässä ennen ku alkaa ”Kauniit ja rohkeat”*

*”Minä en oo kattonu yhtään ainutta kertaa ”Kauniita ja rohkeita”*

*” Minä jäin puolessa välissä koukkaun ja siitä pääse erroon...”*

**Radio** koettiin tarpeelliseksi tiedotusvälineeksi. Sen merkitystä ei kyseenalaistettu. Myös radion musiikkiohjelmat saivat kiitosta.

*”Minulla oli työmaallaki ennen ratio aina auki. Musiikki se niinko rauhotti siinä. Sitte työ mäni niinkö itsestään.”*

Tämä mies todisti musiikin terapeuttisen vaikutuksen ja radio oli toiminut sen välittäjänä.

Tiedotusvälineiden alkuaikoja muisteltiin. Se oli merkittävä muutos ihmisten elämänpiirin laajenemisessa.

*”Eikähän niitä joka kylässäkään ollu niitäkään radioita mäntiin kuuntelemaan naapuriin sitte ja...”*

Kahvilakulttuurista Jyväskylässä keskusteltiin, nimenomaan tietystä musiikkikahvilasta, jossa eräs potilas oli asioinut ja haaveili vielä pääsevänsä siellä käymään.



*”...ne itse laittaa tarjottavat tää herrasväki, ne tekevät ite. On niin pieni yrityk heillä ja seurustelevat vieraittensa kanssa ja asiakkaittensa kanssa....Sinne minä vieläki menisin, jos pääsisin.*

Terveiden ihmisten on joskus hyvä olla oppimassa tyytyväisyyttä sairailta ihmisiltä. Heidän toiveensa voivat olla ihan eri mittasuhteissa kuin meidän ns. terveiden ja he saavat tyydytystä joskus hyvinkin pieniltä tuntuvista asioista. Pitäne paikkansa vanha sanonta ”käydä sairaita oppimassa.”

**Tanssimisesta** puhuttiin ja vertailtiin tanssikulttuuria ennen ja nykyisin. Muisteltiin sota-ajan tanssijärjestelyitä. Myös kotipaikkakunnan tanssielämästä ja lavakulttuurista virisi keskustelua.

*”Sota-aikana, kun minäkin olin lapsi. Ei sillon, kun oli sota, saanut tanssia-kaan, niin sitä laulettiin ja sitte kuitenkin nurkkatanssit tanssittiin, kuitenkin, vaikka se oli kiellettyä.”*

*”Ja kun pojat tuli sodasta lomille, pistettiin viltit ikkunoihin, että saatiin tanssia.”*

Oli mukava muistella ”vanhaa hyvää aikaa” ja sitä miten makealta se ”kielletty hedelmä” maistui.

**Urheilusta** keskusteltiin näissä istunnossa ainoastaan yhden potilaan kanssa. Yllättävää kyllä, hän oli sokea nainen.

*”Teitä kiinnostaa jääkiekko.”*

*”Kaikki urheilu. Kaikki urheilu, totta kai.”*

Meitä suomalaisia pidetään ”urheiluhulluna” kansana, mutta täällä se ei enää merkinnyt kovinkaan paljon. Olisi mielenkiintoista tietää, oliko näille ihmisille urheilu ollut tärkeä missään elämän vaiheessa. Varjeleeko liikunta mahdollisesti syövältä, ja onko hyvällä yleiskunnolla syöpää torjuva vaikutus? Voisi olla mielenkiintoinen tutkimuksen aihe.

### 8.2.9. Uskonto

Uskonnon osuus keskusteluissa oli sangen vähäinen., yhteensä 0.33

Ehkä se, että olimme tekemässä musiikkiterapiaa ei ollut omiaan viemään ajatuksia uskonnollisiin asioihin, vaikka terapiajakson alkupuolella kummallakin terapeutilla oli takanaan seurakunnallinen koulutus, diakoni ja diakonissa, mikä ei tosin tullut esille missään vaiheessa. Uskoisin, että meillä kummallakin olisi ollut valmiuksia osallistua myös uskontoa koskeviin keskustelun aiheisiin, mutta kun aihe ei noussut potilailta ja heidän tarpeistaan, jäi sen osuus siksi, mikä se on. Myöskään yhtään hengellistä laulua ei laulettu osasto 32:n istunnoissa. Ilmoitustaululta huomasimme, että muut yhteisöt käyvät pitämässä sairaalassa hengellisiä laulutilaisuuksia.

**Kuolema-aihe** esiintyi istunnossa muutaman kerran. Puhuttiin lähinnä artistien kuolemasta. Myös lauluun liittyvästä kissasta, joka symbolisoi kuolemaa, keskusteltiin.

*”Joo, siin oli joku semmonen episodi. No, Veera on vissiin poistunu.*

*”Hän on poistunu, joo.”*

*”Mustiikkiin mennäkseni, Susuki on kuollu kuulemma, joka tän susukiopetuksen maailmaan toi.”*

Noin puolet kuolemaan liittyvistä puheenvuoroista tuli terapeutilta ja puolet potilailta.

Ainoastaan kerran mainittiin omaan kuolemaan liittyvää. *”...Sitä minä en tuu näkemään.”*

Kuolema aihe on varmasti hyvin arkaluontoinen tässä ympäristössä. Se on koko ajan läsnä ja aistittavissa, mutta siitä ei välttämättä haluta puhua ainakaan vieraille. Sitä paitsi se kuuluu osana jokaisen ihmisen elämään ja on luonnollinen ja väistämätön asia. En ole kuullut, että kukaan olisi täältä hengissä selvinnyt.

## 8.2.10. Paikkakunnat, kotipaikka ja muistelut

Tämän kategorian prosenttiluvuksi saatiin 5.0, josta **kotipaikkakunnan** osuus nousi 2.9%:iin. Kotipaikkakunnista puhuttiin mielellään. Olihan se tuttu ja mieluisen aihe jokaiselle. Potilaat olivat pääasiassa Keski-Suomesta, Mikkelistä, Pihtiputaalta, Viitasaarelta ja Saarijärveltä tällä osastolla, koska kuuluivat tämän sairaalan hoitopiiriin. Syntymäpitäjä saattoi sitä vastoin olla jossakin muualla mm. Karjalassa ja Keskipohjanmaalla. Kaikki olivat kuitenkin suomalaisia. Kotiseutuja muisteltiin ja syntymäjuurilla oli käyty. Kotipaikojen ihmisistä ja kulttuurista puhuttiin.

*”Laukaan emäpitäjästä, mistä tämä Jyväskyläänkin on erotettu joskus. Alkujaanhan on ollut Rautalammin suurpitäjä, emäpitäjä. Siitä on erotettu Laukaa ensimmäiseksi. Siitä sitten on erotettu Jyväskylän maalaiskunta ja siitä siten Jyväskylä.”*

*Kotimaan ja historian tuntemusta kartutettiin, kun ihmiset kertoivat kotipaikkakunnistaan.*

Kotipaikkakunnan taloudellinen tilannekatsaus myös saatiin.

*”Mutt ihan ollaan silleen tällä hetkellä vielä ihan mukavasti jaloillaan oleva kunta, että ei olla liittymässä mihinkään isompaan.”*

Karjalaisuus herätti paljon muistoja. Paikalla oli Karjalassa syntyneitä ja karjalaisten jälkeläisiä. Heimolaisuus on aina jonkinlainen yhdistävä tekijä, ikään kuin oltaisiin sukulaisia keskenään. Karjalassa oli käyty tutustumassa paikanpäällä omiin juuriin. Se nostatti voimakkaita tunteita esille.

*”...Mutta tämä Karjalassa käynti . Kyllä se kuitenkin oli mukava, mukava käydä. Siinä niinku rauhattu.”*

Tilaisuudessa lauloimme laulun ”Jo Karjalan kunnilla lehtii puu”, totta kai.

Potilaiden **muistelut** liittyivät monesti kotiseutuun ja lapsuuteen. Suurin osa potilaista oli jo sitä ikäluokkaa, että ajatukset palasivat lapsuuteen ja nuoruuteen, kultaisiin aikoihin ja ne olivatkin monesti tuoreemmassa muistissa kuin nykyhetken tapahtumat.

*”Mun äitini, äitivainaa on ollut Muuramesta kotosin ja mä oon pikkupoikana Muuramessa pyöriny täällä Keski-Suomessa. Mun äidin isän isä lähti tervanpolttoon, kun akat kävi liian kiukkuseksi.”*

Nuoruusmuistot kultaantuvat vanhetessa. Ikävillä asioilla on taipumus unohtua. Puolustusmekanismit suojelevat ihmismieltä ja ikävät asiat pyritään torjumaan ja painamaan taka-alalle.

*”Täytyy myöntää, että oi kultainen nuoruus.”*

*”Kultainen nuoruus, joo.”*

Oli myös hauskoja musiikkiin liittyviä muistoja.

*”Nii, äitivainaa ku joskus kiukustu sitten ku naapurin pojilla oli samanlaiset harrastukset (soittoharrastus) ja eikä se mulle, meille mitään voinna. Niin ennenku ol niitä isoja peltejä, niin se löi niihen rumpua ja me kyllästyttiin semmoseen pelimannii ja tuota semmosta se on ollu, oli nuorena ja sittenhän sitä sen Karjalan ja Suomen puolesta taisteltii viis-kuus vuotta.”*

Joukossa oli myös sotaveteraaneja, joilla sota oli hyvin muistoissa. **Sotamuistojen** osuus oli 0.33%. Sota-aika oli koettu kovana ja vaikeana eikä se varmasti unohtu koskaan niiltä, jotka sen ovat kokeneet.

*”Se on kuus kessääki, ku on yhtä kyytiä. Meikäläinen voi muuta kun sen välirauhatalven kotona, mutta siinäki välissä piti käyä kertausharjoituksissa. Joka siellä on ollu, tietää, miten tiukoilla siellä pietään. Toisen kerran vejetään vähän lonkkaa, mutta sitte oli aikoja niissä touhuissa, ei vejetty lonkkaa.”*

Musiikista ja huumorista oli ollut apua sodassa. Niiden avulla selvittiin vaikeista-kin tilanteista.

*”Kyllähän se aikoinaan oli, muistaa sen asemasodan ajan siellä, niin tota, jos ei ollu semmosta huumoria, laulua tommosta mukana, niin ei siellä ois pärjänny.”*

Joskus sodassa oli myös helpompia aikoja, jolloin voitiin panna maailman asioita järjestykseen.

*”Siellä ol semminkin asemasodan aikana aikaa ja liekki semmost asiaa Suomes ollu, mitä ei pohdittu ihan perusteellisesti. Ko siellä ol lääkäreitä, tuomareita, kaikkia pappia, mukana nii...”*

Muistot olivat usein hauskoja ja huumorin sävyttämiä, ja monesti iloinen nauru kaikui ilmoille. Ihmiset olivat ihmeen myönteisiä ja elämänhaluisia sairaudestaan huolimatta.

### 8.2.11. Muuta

Analyysissä muodostui sellaisia luokkia, joita oli vaikea sovittaa mihinkään edellä käsiteltyihin kategorioihin. Näitä olivat aika, lupaus, toteamus ja kysymys. Yhteisprosentiksi saatiin 4.06 tässä luokassa. Kysymysten osuus oli 1.3% ja toteamuksia tuli 1.9 %:n verran, muiden luokkien jäädessä merkityksettömimmiksi.

**Ajalla** ja sen tajuamisella on merkitystä ihmisen elämässä. Sillä mitataan olemista ja se säätelee pitkälle tekemisiämme. Se on jatkuvasti virtaavaa. Se, miten me koemme ajan kulumisen, riippuu jokaisen ihmisen elämäntilanteesta. Joskus aika voi kulua liiankin nopeasta, joskus taas se tuntuu pysähtyvän. Ajan kulumisen kokeminen on hyvin subjektiivista. Kun on paljon tekemistä tuntuu, ettei aika riitä, mutta silloin kun on odotettava jotakin tai oltava paikoillaan, se tuntuu pysähtyvän tai kuluvan hitaasti. Kuitenkin aika on sama meille kaikille. Siitä huolimatta jotkut ihmiset saavat ”enemmän aikaa” kuin toiset. Aika on meille annettu lahja ja on jokainen itse voi valita, miten sen käyttää. Silloin kun ihminen sairastuu, aika saa toisenlaisen merkityksen ja se voi tulla hyvin arvokkaaksi. Ajan taju voi myös hämärtyä sairauden aikana. *”Kun ollaan sairaalassa, niin menee ajan taju. Kohta kuukausi mennyt jo.”* Sairaalassa päivät ovat monesti hyvin samanlaisia ohjelmaltaan. Päiväritiini pyörii saman kaavan mukaan. Uskon, että musiikkiterapialla ja muulla vastaavalla toiminnalla pystytään tätä rutiinia katkaisemaan ja saamaan potilaiden ajatuksille vaihtelua. *”Niin, että on tää sairaalan ohjelma vähän kellon mukaan...”*

Ajassa mitattiin myös meidän terapiaistunnon pituutta ja ajankohtaa, joka ei ollut ehkä kaikkein paras mahdollinen potilaiden kannalta, koska monet potilaat saapuivat sairaalaan maanantaina. Se oli heidän ensimmäinen hoitopäivänsä, eivätkä he olleet vielä oikein kotiutuneent taloon. Ei ollut vielä tarvetta saada vaihtelua

sairaalarutiiniin. Usein hoitoajat olivat lyhyitä, niin ettei aika ehtinyt käydä edes pitkäksi. Mukaan tuli muutamia pitkäaikaispotilaita, jotka ehtivät olla mukana useammassakin istunnossa. Se, että tultiin mukaan uudestaan, oli meille terapeuteille jonkinlainen luottamuksen osoitus.

**Lupauksia** ei annettu kuin yhden ainoan kerran ja sekin lupaus jäi toteuttamatta. Yhdelle potilaalle luvattiin toimittaa hänen oma nauhurinsa seuraavaksi kerraksi tilaisuuteen. Tosin sitä ei tarvittu, kun hän ei enää vointinsa vuoksi jaksanut tulla istuntoihin.

**Toteamuksilla** pyrittiin yleensä varmentamaan tai tarkistamaan keskusteltavaa asiaa.

*"Se on totta kyllä", "Että tämä tästä", "Vai niin" "Uskomatonta, uskomatonta".* Irrallisina ne saattoivat vaikuttaa merkityksettömiltä, mutta asiayhteyteen liitettynä olivat kuitenkin paikallaan.

**Kysymyksiä** sisältyi keskusteluihin 1.3 prosenttia koko aineistosta. Kysymykset osoittivat, että oltiin kiinnostuneita toisistamme. Haluttiin tietää potilaiden kotipaikkakunta. *"Mistäpäin sä oot kotosin? Mistä pitäjästä?"* Terapeutteja kiinnosti myös, mitä musiikki toi mieleen ja minkälaisia ajatuksia se herätti. *"Mitäs tämmönen laulu tuo mieleen?"* Sillä saatiin potilaat avautumaan ja keromaan myös itsestään. Kysymyksillä tarkennettiin epäselviä asioita. *"Kysytäänkö minulta?"* tai jos ei kuultu jotain. *"Kuinka?"*

Kysymyssana on monesti pieni sana, mutta hyvin tarpeellinen. Sen avulla saadaan paljon asioita selville. Terve uteliaisuus on myös elämänhalun merkki. Silloin, jos mikään ei enää kiinnosta, tullaan apaattiseksi ja välinpitämättömiksi, eikä ole tarvetta ottaa asioista selvää ja kysellä.

## 8.2.12. Pohdintaa

Tämän otsikon alle tuli luokat tulkinta ja arviointia. Niistä kertyi yhteensä 1.28 %. **Tulkinta** otsikon alle mahtuu erilaisia tulkintoja esim. laulujen synnyistä ja sisälöistä.

*”Mites se nyt olikaan, että soitto on suruista tehty, että se on synnyttänyt se suru sitte tämmösen laulun.”*

Sokea naispotilas tulkitsi itse ”Päivänsäde ja menninkäis-laulua” sokeiden näkökulmasta.

*”Se on tuota meikäläiselle, joka on 21 vuotta taivaltanu sokeana. Niin se on aivan semmonen meille sokeitten ja näkövammasten yhteinen laulu. Hyvin usein lauletaan tätä, ja siinä on kysymys, että miten valon lapsi toinen saa olla täällä ja toisen täytyy pimeässä vaeltaa. Siihen täytyy kasvaa siihen ajatukseen, että näin on käynyt, ja ei siihen saa jäädä suremaan sitä, että toinen, eikä veratailla, että toinen näkee ja minä en näe. Sisäinen valo voi olla joskus kirkkaampi kuin sillä näkevällä ihmisellä.”*

Reissumies ja kissa-laulusta tuli myös tulkintaa.

*”Joku on niinku, en tiä onk se Helismaa itse vai mistä tää on lähtösin tämmönen tulkinta, että tää musta kissa tässä ois sitten kuolema, joka reissumiehen taipaleella seuraa ja tota sillä tavalla symbolisois semmosta reissumiehen elämää ja siihen liittyvää jatkuvaa etenemistä ja kulkemista ja lopulta sitten myöskin kuolemista.....”*

Potilaiden tuotoksia ja mielikuvia emme lähteneet istunnoissa tulkitsemaan. Näin vähäisen yhdessäolon ja tuntemuksen perusteella ei ollut syytä lähteä tulkitsemaan erilaista esille tulevaa symboliikkaa. Symboleilla voi olla jokaiselle oma merkityksensä ja liian hätäisesti tehdyillä johtopäätöksillä voidaan helposti saada aikaan virhetulkintoja. Monesti asiakas itse onkin paras omien symboliensä tulkitsija.

Terapioiden arviointia oli omissa päiväkirjamerkinnöissäni. *”Tällä kerralla esitely suoritettiin ilman ennakoivaa musiikin kuuntelua heti alkajaisiksi. Tietoa potilaista tuli ihan selvästi vähemmän kuin musiikin kuuntelun jälkeen. Potilaat kertoivat enemmän kotipaikkakunnastaan kuin itsestään.”*

## 9. Osasto 31:n analyysin yhteenvetoa

### 9.1. Tutkimustuloksia osastolla 31

Osasto 31:n aineiston analyysiä varten aloitin uuden projektin analyysiohjelmaan ja syötin koko aineiston uuteen projektiin, että voisin verrata myös tämän osaston aineistoa koko aineistoon tarkoitukseni sitten vertailla molempien osastojen tuloksia keskenään. Näin tulokset saatiin keskenään vertailukelpoisiksi. Aloitin analyysin teon täysin puhtaalta pöydältä ja tarkoitukseni oli katsoa, mitä tämä aineisto tuottaa. Ennakkokäsitykseni mukaa terapiat muodostuivat jonkin verran erilaisiksi sisällöltään ja tunnelmaltaan eli laadultaan eri osastojen kesken. Yllätyksekseni yläkategoriat muodostuivat yhtä lukuun ottamatta samanlaisiksi kummallakin osastolla, tosin esiintyvyyksiluvuissa oli vaihteluita osastojen välillä.

Aineistoa kertyi tällä osastolla 73 sivua eli yhtä paljon kuin os. 32:lläkin. Näin osastojen tutkimustulokset ovat keskenään vertailukelpoisia. Erilaisia vapaita oksia eli alaluokkia muodostui tästä aineistosta yhteensä 67, viisi luokkaa vähemmän kuin osasto 32:n aineistosta. Yläluokkia syntyi yhteensä 11, yksi vähemmän kuin 32:lla. Pohdinta jäi puuttumaan omana kategorianaan osasto 31:n analyysissä.

Yläluokat:

1. Tunteet 11,8%
2. Musiikki 11,61%
3. Käytännön toteutus 7,44%
4. Taito-osaaminen 4,83%
5. Sairaus 3,84%
6. Muuta, yleistä 3,61%
7. Henkilöt 3,55%
8. Kulttuuri 1,72%
9. Luonto 1,44%
10. Muistelut 1,42%
11. Uskonto 0,22%



### 9.1.1. Käytännön toteutus

Käytännön toteutuksen osuudeksi saatiin yhteensä 7,44%, mikä on hieman pienempi kuin osastolla 32, jossa se oli noin yhtä prosenttiyksikköä suurempi. Osastolla 31 hoitajat olivat huolehtineet pitkälle potilaiden informoinnista musiikkiterapiasta ja tutkimuslupakaavakkeiden täytöstä, mikä helpotti suuresti meidän musiikkiterapeuttien työtä, jolloin aikaa jäi näin enemmän itse varsinaiselle terapia-työlle.

*”Jälleen henkilökunta oli suorittanut tehtävänsä mallikkaasti: Suostumuslomakkeet oli valmiiksi täytettynä ja potilaat valmistettu.”*

*”Taas oli osastolla hoitajat tehneet parhaansa: Potilaat olivat täyttäneet suostumuslomakkeet ja heitä oli informoitu.” (Päiväkirjasta)*

Alaluokkia muodostui seuraavasti tässä kategoriassa:

Järjestäytyminen, epäselvää ja päällekkäistä puhetta, hyvästelyä, kesken poistumista, projektin esittelyä, valinta, tekniikka, ehdotus ja avustaminen.

Henkilökunnan aktiivisuudesta huolimatta **järjestäytymisprosentiksi** saatiin 3,1, joka oli hieman suurempi kuin toisella osastolla (2,9). Vaikuttaa siltä, että musiikkiterapiassa pitää huolehtia myös kaikenlaisista käytännöllisistä asioista kuten potilaiden hyvinvoinnista ja mukavuudesta terapian aikana. Mukana oli kerran myös vuodepotilas, jonka vuoteen sijoittaminen ahtaisiin tiloihin tuotti aika suuria vaikeuksia. Istumajärjestyksestä keskusteltiin, missä on hyvä paikka ja mikä on miellyttävä tuoli.

*”Tulkaa tänne vaa istumaan tänne keskelle.”*

*”Ne ois nuo tytötki menny sinne pöyän taa, mutta minä en luvannu niitten mennä.”*

Potilaat olivat usein kipeitä ja kovat tuolit tahtoivat painaa selkää myös tällä osastolla ja välillä piti vaihtaa asentoa ja poistua paikalta. Joskus jouduttiin hakemaan hoitajaa avuksi tippapullon vaihtoa varten. Koko ajan oli syytä huomioida

potilaiden vointia ja tilannetta. Olihan kyseessä vakavasti sairaat ihmiset. Nähtävästi hoitajat luottivat meidän ammattitaitoomme, koska kertaakaan ei terapioissa ollut mukana henkilökuntaa. Yhdellä kerralla tosin opiskelijat olivat tutustumassa musiikkiterapiaan.

Myös terapian ajankohdasta keskusteltiin. Todettiin, että maanantai ei ole osaston ja potilaiden kannalta paras ajankohta musiikkiterapialle, koska suurin osa potilaista saapui sairaalaan maanantaina.

*”Totesimme keskusteltuumme henkilökunnan kanssa, että maanantai-ilta ei ole paras mahdollinen kokoontumisilta, koska potilaat ovat usein vasta tulleet osastolle, eivätkä varmaankaan ole heti ensimmäisenä iltana valmiita osallistumaan johonkin niin tuntemattomaan kuin musiikkiterapia vielä on.”*

**Valintatilanteisiin** jouduttiin osastolla 1,6% prosenttiin verran, mikä on hieman vähemmän kuin 32:lla, jossa sen osuus nousi 2,5%:iin. Tämä selittyy ehkä sillä, että 31:lle uutena alaluokkana syntyi **ehdotus** (0,88%), jossa käsiteltiin lauluvallintoja ehdotuksen muodossa.

*”Otetaanko me joku laulu, jos otetaan sitte vielä loppuun yks...”*

*”Mite ois Soittajapaimen?”*

*”Kuunneltasko välillä taas valamista, niin lepuutetaan ääniä?”*

**Tekniikan** osuudeksi tuli tällä osastolla vain 0,40%. Osastolla 32 sen osuus oli 0,51%.

Oli ilmeisesti opittu jo käyttämään laitteita, niin ettei niiden kanssa tarvinnut kulluttaa kovin paljon aikaa. Potilaatkaan eivät olleet kovin kiinnostuneita tekniikasta johtuen ilmeisesti naisvoittoisuudesta terapioissa. Tekniset laitteet ovat hyvänä apuna musiikkiterapiassa. Vaikea kuvitella, miten musiikkiterapiakaan onnistuisi tänä päivänä ilman teknisiä apuvälineitä. Sädesairaalassa käytössämme olivat nauhuri, jolla äänitimme kaikki istunnot, syntetisaattori, jolla säestin laulut, cd-levysoitin, jolla kuuntelimme musiikkia. Tämän tutkimuksen tekemistä varten on tarvittu myös teknisiä apuvälineitä ja niiden opettelua ja hallintaa. On vuodatettu paljon hikeä ennen kuin työ on valmistunut. Päiväkirjojen kirjoittamisessa ja äänitteiden litteroinnissa on tarvittu tietokonetta ja korvalappunauhuria. Samoin

lopputyön kirjoittaminen on tehty tietokoneella. Tietokoneella on käytetty erilaisia ohjelmia, jotka ovat olleet avuksi työn valmistumisessa. Tekstin kirjoittaminen on tapahtunut tekstinkäsittelyohjelman avulla, aineiston analyysissä on käytetty Nud\*ist ohjelmaa ja taulukot on saatu aikaan Exel-ohjelman avulla. Myös kopio-konetta ja printteriä tarvitaan monistamaan sivuja. Välistä olen ihmetellyt, onko tekniikka palvelijani, vai olenko tekniikan orja, onko tekniikka isäntä vai renki. Onneksi on ollut omasta takaa ”tekniikan ihmelapsia”, jotka ovat auttaneet ja opastaneet teknisissä ongelmissa, jotka eivät ole olleet aivan vähäisiä tämän työn tekemisessä. Mutta jos ”loppu hyvin, niin kaikki hyvin.”

### 9.1.2. Henkilöt, ihmiset

Osastolla 31 keskusteltiin henkilöasioista 3,55% verran, hieman vähemmän kuin 32:lla, jossa yhteisprosentiksi saatiin 5,28. Arvelisin sen johtuvan Jaakon menetelmästä, joka oli käytössä 32:lla. Menetelmään kuului pieni informaatio laulun tekijöistä, sanoittajista, säveltäjistä ja esittäjistä. Alakategoriat olivat pitkälle samat kuin toisella osastollakin: ulkopuoliset henkilöt, artistit, henkilökunta, omaiset, ihmissuhteet, esittäytymistä, ikä ja kontaktin ottoa.

Tilaisuudet aloitettiin tälläkin osastolla yleensä jonkinlaisella **esittäytymisellä**. Jokainen sai kertoa itsestään sen verran kuin halusi. Tällä osastolla potilaat kertoivat itsestään enemmän ja avoimemmin kuin yläkerrassa. Jo esittelyssään he saattoivat kertoa sairastumisestaan ja siihen liittyvistä asioista.

*”Minun nimeni on NN ja minä tulen N:stä ja mun maailma on romahtanu noin kaks kuukautta sitte. Mulle tää tauti on ihan uusi ja tota mä oon kaikki, kaikki nää pankin rytkeet läpi käyny.”*

*”Minä oon XX tuolta X:stä. Ei oo ku kuus, seitsemän kilometriä ja mulla on neljä lasta ja tää tauti löyty syksyllä. Mulla on solusyöpä ja se on tuolla vähän siellä sun täällä ja tuota oon ollu täällä viis viikkoo, kolme viikkoo, kaks viikkoo,*

*semmosia jaksoja ja aluks mä en kapinoinu, enkä mitään, mulla ei niinko tapahtunu mitään, mitään semmosta. Mä otin kaiken tyynesti vastaan, mutta se johtu siitä, että mä söin kaikennäkosii piilereitä, jotka piti mun mielialan tämmösenä. Sitt mä menin kotiin ja mun sisko potki mua vähän persuille suoraan sanottuna: ”Ekkö sää ala kapinoimaan? Että tota niin, eihän tota voi jatkua, että sä noin tyynesti otat kaiken vastaan.” Sitt mä jätin pillereitä pois ko mä huomasin, että siin on semmosia pillereitä, jotka aiheutti sen, että mä pysin vaan palanssissa kaiken aikaa, ett ei tullu näitä, taikka niinku tavallaan säästettiin joko mua tai jotain muuta sillä., että lääkkeellä pietään kurissa, että pysyy se mieliala siellä korkeella, mutt ei se ole oikein. Ei se ole ihmiselle oikein. Kyllä ihmisellä on oikeus myös rähistä, ja sitte minä vasta rupesin rähisemään. En mää tiä, tauti leviää. Ilmiselvästi löytyy aina uus paikka. Aina, kun tulee uuteen hoitoon, niin että niin taas nää hoijot jatkuu. Sädehoitoja taas saan, oon saanu kolme kertaa ja sytostaattia viime viikolla, kahta droppii yhtä aikaa ja en minä sano. Kyllä se itku pääsee ja huuto. En mä kiroo, mutta tuota niin, kyllä sitä on mielessä katkera, että niin mikä mulla ja mä haluaisin vielä niin paljon ja mul-lakin on harrastuksena liikunta, jossa mää käytän musiikkia. Mä oon vesijumppan vetäjä. Mä viis vuotta vein vesijumppaa. Sitte viimeisen kaks vuotta musiikin kanssa, sitte kun älysin käyttää sitä niin. Miten äärettömän hyvä se oli. Että niin tuo musiikki on sillee hirveen lähellä ja rakastan musiikin kuuntelua, nimenomaan just semmosta oikein rauhallista kaunista huihumusiikkia ja mikä antaa. Se on lääke tässä. Ett semmosta.*

Potilaat olivat keski-ikältään nuorempia tällä osastolla ja monella taudin puhkeamisesta oli vasta vähän aikaa. Oli tarve puhua akuutista asiasta, oli mahdollisesti vielä kriisivaihe menossa. Ihan selvästi oli vaikutusta myös sillä, että jos joku avautui puhumaan omista asioistaan, niin toisetkin uskalsivat olla avoimempia..

**Omaisista ja lapsista** puhuttin tällä osastolla paljon. Joukossa oli myös nuori potilas, jolla oli vielä pieniä lapsia, joista hän mielellään kertoi. Lastenlapset olivat myös tärkeitä.

*”Minä oon NN täältä N:stä kotosin ja mullon pari tyttöä ja aina sillon tällön hoidossa.”*

*”Mull on kaksi aikuista lasta ja yksi lapsen lapsi Antti, joka täyttää viis v.*

*”Mi oon NN. Tulen N:stä ja miull on mies ja neljä poikoo, mitkä on sitte suaneet tyttöloitä siihen mukkaansa.”*

Ilmeisesti sillä seikalla, että me vetäjät olimme naisia ja kerroimme esittelyssä omista lapsistamme oli osuutensa siihen, että potilaatkin kertoivat omasta perheestään. Emme Mervin kanssa vetäneet ”pidättäytyvän” terapeutin roolia, vaan olimme pikemminkin mahdollisimman aidosti omina itsenämme, tavallisina ihmisinä potilaiden joukossa tarkoituksellisesti. Tämä ei sulje pois sitä, ettemmekö olisi silti toimineet ammatillisesti. Uskon avoimuuden ja aitouden nopeuttavan hyvän terapiasuhteen syntyä. Asiakkaat vaistoavat nopeasti, jos terapeutti vetää tiukkaa roolia eikä anna itsestään mitään. Tästäkin periaatteesta voidaan olla monta mieltä. Terapeutin toiminta riippuu myös terapian viitekehystä, onko kysymyksessä supportiivinen vai analyttinen terapia ja lähestymistapa. Mielestäni musiikkiterapeutti ei voi jäädä kovin viileäksi ja etäiseksi henkilöksi niin kuin psykoanalyysissä kuuluu asiaan. Musiikkiterapiassa terapeutti panee myös itsensä likoon ja on aktiivisesti mukana prosessissa.

Terapeutti tekee havaintoja ja analyysia koko terapian ajan, reflektoi niitä ja toimii tarkoituksenmukaisesti ja tietoisesti ammatti-ihmisenä asiakkaan parasta ajatellen. Terapeutin avoimuus ei tarkoita sitä, että hän toisi omia asioitaan terapiaan sen enempää kuin on tilanteesta riippuen sopivaa ja tarkoituksenmukaista **asiakkaan asian eteenpäinviemisen kannalta**, mutta ihmisenä hän on läsnä aktiivisesti terapiassa tasavertaisena asiakkaansa kanssa kunnioittaen asiakasta ja hänen tarpeitaan.

Myös kuuntelumusiikki herätti muistoja ja miellelyhtymiä menneisyydestä ja rakkaistaihmisistä.

*”Mulle se toi ainakin nuoruuden mieleen. Semmosen kevättalven (itkien). Mun mummola on Hankasalmella ja mä oon siellä sitten paljon viettäny aikaa. Mun setä asu siellä. Se piti sitte sitä, kun mummosta ja vaarista aika jätti. Hänen tyttärensä kanssa paljon sitte kulettiin nuorena. No, iltayöstä ja aamuyöstä.*

*Semmonen sumunen kevät taikka kesä aamu, usva nuosee... ja tuli se setä aika sillee tuosta mieleen. Se aikanaan sillon, kun oli vielä elossa..... soitteli kannelta. Siinä tuli sitten semmosia muistoja.”*

Myös **artisteista** keskusteltiin tällä osastolle, joskaan ei siinä laajuudessa kuin 32:lla johtuen varmaan vetäjistä, koska meillä ei ollut niin laajaa tietämystä heistä kuin Jaakolla oli. Artistien prosenttiluvuksi tuli 0,62. 32:lla se oli 2,3 eli huomattavasti suurempi kuin 31:llä.

Terapiassa oli mukana kuitenkin oikea artisti, laulujen sanoittaja. Hän kertoi tekemistään lauluista ja niiden syntyyn liittyvistä tekijöistä.

*”Sitten oli ”Iltä kesäinen.” Se on tehty toiselle tytölle, mutta se on vähän pitempi kappale se. Minä oon niin huono laulamaan. Niin , niin se on. Minä kirjoitin vaan sanoja ja sitten Sokkasen Arvi niitä sävelsi, ja sitten niitä eri artistit laulo.”*

Terapiassa olevat ihmiset kuuluivat siihen ikäluokkaan, joka tunsi mm. Tapio Rautavaaran ja Tauno Palon.

*”Kylpyhuoneessa minä laulan sitä Rosvo Roopee, sitä Tauno Palon laulua. Se on mun lempilaulu, aina kylppärissä.*

**Ihmissuhteet ja ulkopuoliset henkilöt** tulivat esille keskusteluissa. Ihminen on sosiaalinen olento ja tarvitsee toisia lajinsa yksilöitä pysyäkseen terveenä ja toimivana yksilönä. Myös elämän jatkamisessa tarvitsemme toisiamme. Eikä pieni lapsikaan voi selviytyä hengissä ilman äitiä tai hoitajaa. Paremmin pystymme selviytymään sairauksista ja vaikeuksista toisten ihmisten tukemana ja avulla. Tästä hyvänä esimerkkinä oli miespotilaan kertomus omasta suhteestaan elämänkumppaniinsa.

*”Mutt se on kymmenen vuotta ollut tämä dementia. Minä oon vähän reilu kymmenen vuotta ollu hänen kanssaan ja hoitanu koko tämän ajan. Enkä meinaa hylätä sittekään, vaikka tuota. Ku meillä ei oo koskaan vielä pahaa sanaa toisille sanottu, vaikka kymmenen vuotta ollaan yhdessä oltu. Riidely ei oo koskaan. Ei oo ollu aihetta.”*

### 9.1.3. Tunteet

Tunteiden osuus muodostui tällä osastolla kaikista suurimmaksi yläluokaksi. Niiden osuudeksi saatiin 11,80%. Luku ei kerro koko totuutta, koska potilaiden repliikit saattoivat olla pitkiäkin ja tunteita ilmaistiin hyvin voimakkaasti terapioissa. Osastolla 32 tunteiden osuus oli hieman suurempi numeerisesti 12,2%. Alaluokat olivat etupäässä samat kuin toisella osastollakin: huumori, ihmettelyä, empatiaa, kieltämistä, myöntelyä, negatiiviset ja positiiviset tunteet ja tunteet yleensä. Lisäksi tulivat lohdutus ja kohteliaisuus.

**Myöntelyn** osuus oli tälläkin osastolla noin puolet koko tunteiden osuudesta eli 6,5%, melkein sama kuin yläkerrassa, jossa se oli 6,3%. Ilmeisesti terapia on jatkunut samalla supportiivisella linjalla kuin toisellakin osastolla. Tulokseen vaikuttaa terapeutin aktiivisuus olla mukana myötäelävänä ja aktiivisena kuulijana ja saada potilas jatkamaan kertomustaan. Tarkoitukseni on ollut osoittaa empatiaa, ymmärtämystä ja hyväksyntää. Tapani tehdä työtä on yleensäkin hyvin supportiivisempainen. Se ei sulje pois sitä, ettenkö tekisi havaintoja ja tulkintoja tilanteista, mutta välttämättä en tuo niitä terapiassa esille ennekuin olen varma, että asiakas kestää ne ja on valmis niitä käsittelemään tai itse oivaltaa, mistä on kysymys. Aina ei liene syytä edes kertoa omista tulkinnoistaan asiakkaalle, jos ne vievät hänen tilannettaan taaksepäin. Potilaan lähestymisessä on syytä olla herkkä ja toimia hänen ehdoillaan. On parempi olla varovainen ja säästää potilasta jopa virheellisiltä tulkinnoilta kuin liian rohkeasti tuoda esille oma näkemyksensä. Potilaan oma oivallus saa paremmin aikaan muutoksen kuin ulkopuolinen tulkinta, jota potilas ei välttämättä edes hyväksy ja ymmärrä.

Supportiivinen eli tukea antava terapia on yksi psykoterapian muoto. Se ei ole pelkästään epämääräinen vaihtoehto dynaamiselle psykoterapialle. Se on psykoterapian muoto, joka soveltuu erityiseen ryhmään potilaita, joiden luonteenomaiset piirteet ovat selvästi tunnistettavissa. Suuriin osa potilaista psykiatrisissa klinikoissa, mielenterveystoimistoissa, terveyskeskuksissa ja yksityisvastaanotoilla

hoidetaankin supportiivisilla tekniikoilla. Supportiivisen ja dynaamisen tekniikan välillä ei käytännössä olekaan niin suurta eroa kuin usein luullaan. Molempia tekniikoita tarvitaan potilaiden auttamisessa. Supportiivisessa tekniikassa käytetään enemmän tai vähemmän myös dynaamisia tulkintoja. (Acte`1992, 10,11.)

**Empatiaa ja lohdutusta** jaettiin tämänkin osaston terapioissa. Parasta lohdutusta oli varmaan kohtalotoverin osanotto. Se oli varmasti aidosti ymmärtävää ja omakohtaisesti koettua.

*”Älä sure! Ei mullakaa oo ollu pitempää. Mie tuota tuun, mikä se oli se viimeinen pyhä joulun pyhistä, loppiaisen jälkeen selvis miunkin...”*

*”Siis tää on mielialasairaus ihan myöski, mitä suurimmassa määrin, että se kannattaa muistaa joka hetki, että ei lannistu.” (potilaan kommentti)*

Tunteen ilmaisua esiintyi myös tällä osastolla, naurettiin ja itkettiin. Tuntui hyvältä, kun potilaat uskalsivat näyttää tunteitaan, ja siihen myös annettiin lupa.

*”Minä oon XX tuolta L:n pitäjästä ja (puhuu itkien) se aivoissa on se kasvi ja painaa niin mieltä. En minä tätä sairautta itkekään, mutta minä oon liian herkkä ihminen.”*

*”Ja saa sitä itkeekin. Se helepottaa.”*

*”Ei taho miesporukassa ilikeä itkeä ihan kunnolla.”*

Kuuntelumusiikki herätti myös voimakkaita tunteita.

*”Mulle se toi ainaki nuoruuden mieleen. Semmosen kevättalven.” (itkien) ”Siitä tuli niin voimakkaita tunteita mieleen, vaikka siitä on ussempi vuosi.”*

*”Se oli hauska se nuoruus. Sitt siihen kuitenkin liitty haikeitakin muistoja.”*

Musiikki herättää muistoja menneisyydestä ja omakohtaisista kokemuksista ja nostatti mieleen niitä tunteita, mitä tilanteisiin liittyi. Musiikin avulla niitä voidaan elää tunnetasolla uudelleen ja käsitellä ja jakaa myös puhumalla niistä ja kokea vapautumista, katharssia.

*”No sanotaan, että ihan suurinpiirtein kaikkiin liittyy omakohtaisia kokemuksia. Se tulee niinku sydäimestä.”*



*”Tunteita ilmaistiin kyyneliin asti ja toisia lohduteltiin ja toivoa viriteltiin. Oli liikuttavaa nähdä, miten potilaat olivat toinen toistensa tukena.”*(Päiväkirja)

Lehtonen & Niemelän mukaan musiikin ja ajattelun suhdetta terapiassa voitaisiin kuvata sanomalla, että musiikki antaa vastaanottajalleen ajattelemisen aihetta. Musiikin soiden liikkuvat muodot toimivat psyykkisen pulppurin tavoin, joka koko ajan välittää merkityksiä, joihin kuulijan ajattelu ja tunne-elämä voivat kytkeytyä. Soiva musiikki ikään kuin levittää eteemme rikkaan, monisyisen ja jatkuvasti muuttuvan samaistumiskohteiden verkoston, joka ominaisluonteensa vuoksi pyrkii ankkuroitumaan kuulijan vastaaviin kokemuksiin.

(Lehtonen & Niemelä 1997, 7.)

Myöskin terapeutit kokivat voimakkaita tunteita terapiassa.

*”Jotenkin hyvin koskettavaa oli, kun eräs vanhempi mieshenkilö poistuessaan terapiasta vesissä silmin sanoi, että se oli taivaallista musiikkia. Olin pitkään hyvin liikuttunut ja toivoin tapaavani hänet vielä seuraavallakin kerralla. Jotain hyvin koskettavaa oli tässä tilaisuudessa.”*(Päiväkirja)

**Positiivisiakin tunteita** ilmaistiin myös tällä osastolla. Niiden osuus oli 1,6% koko aineistosta. Nauru kaikui osastolla 31 monta kertaa. Eikä **huumorikaan** puuttunut tämän osaston terapiasta. Huumoria esiintyi 1,2% verran. Tilanne komiikkaa viljeltiin ja jopa musiikista löytyi humoristisia ajatuksia.

*”Läksin minä kesäyönä käymään. Mulla tulee aina joku kaljatynnyri mieleen. Kalja lähtee käymään.”*

*”Missä se lähtee käymään?”*

*”Niin, että mitä sokeri ja hiiva sanoivat kesäyönä. Käymme yhdessä ain.”*

Myös **negatiivisille tunteille** löytyi sijaa näissä istunnoissa. Niitä ilmaistiin kuitenkin vain 0,35% verran. Niitä ei haluttu torjua terapiassa, vaan niille annettiin lupa ja tarkoituksena oli poistaa niiden aiheuttaja. Ellei siihen pystytty, yritettiin ainakin käsitellä asiaa. Ne vaikuttivat myös terapiassa olemiseen. Yksi terapian tarkoitus on käsitellä nimenomaan potilaiden ongelmia, eikä lakaista niitä maton alle, josta ne kuitenkin vaikuttavat. Sädesairaalan avoryhmäluonteen vuoksi tera-

piat eivät muodostuneet kuitenkaan ongelmakeskeisiksi, vaan olivat musiikkipainotteisia, mutta mikä nousi luonnostaan esille, siihen puututtiin. Terapioiden luonteen ja lyhytkestoisuuden vuoksi emme pyrkineet tietoisesti nostattamaan esille potilaiden ongelmia, koska aika niiden käsittelyyn olisi loppunut kesken. Mikä nousi luonnostaan esille, sitä käsiteltiin.

Langerin mukaan taideteos sisältää tunteita, mutta ei itse tunne niitä. Myös musiikkiterapeutti David John, jonka viitekehys pohjaa psykoanalyysin teoriaan on kehittänyt oman vertauskuvansa musiikista suhteessa ihmispsyken sisältöihin. Hänen mukaansa musiikkia voidaan ajatella karttana, jossa tunteet ja fantasiat on mahdollista paikantaa. Musiikin merkitys psykoanalyysin kannalta näyttää olevan sen kyvyssä symbolisoida psyyken sisältöjä niin tietoisia kuin ennen kaikkea tiedostamattomia ja alitajuisia. Lehtonen onkin verrannut musiikkia uneen näiden elementtien samankaltaisuudesta johtuen. Tästä johtuen psykodynaamisesti orientoitunut musiikkiterapeutti on kiinnostunut siitä, miksi terapoitava tuntee niin kuin tuntee eikä niinkään siitä, mikä on kokemuksen nostattaneen musiikillisen rakenteen osuus absoluuttisesta näkökulmasta. Absoluuttisen näkemyksen mukaan musiikillinen rakenne (musiikin formaali sisältö) itsessään aiheuttaa tunnekokemuksen viittaamatta itsestään pois päin eli ulkomusiikilliseen todellisuuteen. (Erkkilä 1996, 42,43.)

Musiikki muodostuu pääasiassa rytmistä, melodiasta ja harmoniasta. Bruscian mukaan musiikin rakenteessa juuri melodialla ilmaistaan tunteita ja vaikutetaan niihin. Melodia muodostuu asteikon sävelistä. Jos melodian sävelet sisältyvät pelkästään asteikon sävelikköön, se toimii tunteita rajoittavana ja estävänä tekijänä, mutta jos melodia poikkeaa asteikon sävelistä, sen sisältämät tunteet siirtyvät erilaisiin tunnetiloihin. *Melodia on spesifein tunteen ilmaisija.* Se on toive tai kaipaus rytmisessä impulssissa. Melodia lisää rytmiin tilaa koskevan ulottuvuuden ja paljastaa yksilön tunteiden suhteen itseen sekä asenteen impulsseja kohtaan. Muuttumaton melodia kuvaa pakkomielleltä tai pakonomaista tarvetta toistaa menneisyyttä. Jatkuvasti muuttuva melodia kuvaa taas sitä, että tunteet ovat

ailahtelevia ja epävakaita tai muotoutumattomia. (Erkkilä & Lehtonen 1999, Seilonen, 208.)

#### 9.1.4. Musiikki

Musiikin osuus tällä osastolla oli toiseksi suurin, 11,61%. 32:lla sen osuus muodostui hieman suuremmaksi, 12,8%:ksi. Alaluokkia olivat musiikki yleensä, laulu-yhteislaulu, musiikin kuuntelu, mielikuvat ja musiikkiterapia.

Tällä osastolla pohdittiin paljo itse kunkin musiikkisudetta. Jokaiselle terapiassa olleelle musiikki tuntui merkitsevän jotakin. Kaikilla tuntui olevan positiivinen suhde musiikkiin ja siksi he olivat varmaan musiikkiterapiaan tulleetkin. Mukana oli todella asiantuntevaa väkeä.

*”Minä oon tätä musiikkiterapiaa saanu koko ikäni. Isän puolelta on kaikki ollu kansanmusiikin harrastajia ja äidin puolelta on kirkkomusiikki sellainen. Siskoni on neljännen polven kanttori. Vähän niinku risteytetty nämä sitten. Ku juhlistaksi ollaan, niin samalla viululla soi kumpiki barokko ja kansanmusiikki.”*

*”En tiedä, minä olen siitä musiikista tykänny kakarasta asti ja tykkään edelleen. Olen itseksi sanottanu laulujen sanoja. On niitä esitetty. On niitä levylläkin joi-takin.”*

Mukana oli laulun tekijä, joka kertoi omien laulujensa synnystä.

*”Mulla on tuolla musta kirja, jossa on niitä aika montakin. Tulipalossa meni paljon levyjä minulta ja sitten noita omia sanoituksia. Yks oli semmonen, joka alkuperäiseltä nimeltään oli ”Jäähyväiset”. Siitä tehtiin sitten myöhemmässä vaiheessa, Matti Heinivaho teki siitä ”Jäähyväistangon”-nimellä. Nyt jäähyväisten tähden tulin luoksesi kerran viimeisen (laulaen). Tein semmosena päivä-*

*nä sen kappaleen, kun tuota minä lähin seuraavana aamuna armeijaan. Olin rakastunu yhteen tyttöön hirveesti.”*

Lehtosen & Niemelän mukaan musiikin luominen ja esittäminen on prosessi, jossa musiikkia harjoittava yksilö etsii itsestään erilaisia merkityskokemuksia ja –vivahteita samaistumalla musiikin muotoihin ja rakenteisiin. Musiikki on hänen mukaansa mahdollisten maailmojen välistä kommunikaatiota, jossa säveltäjä, esittäjä ja yleisö hahmottavat sekä omia, että toistensa tunnevireitä, ajatuksia ja intentiota. Myös musiikkiteosten syntyprosessit saattavat olla erilaisten ongelmien ratkaisuyrityksiä. Gustav Mahlerista on sanottu, että hän kukisti jokaisessa sinfoniassaan pelkäämänsä kuoleman. (Lehtonen & Niemelä 1997, 15.)

Kaikki eivät itse harrastaneet aktiivisesti musiikkia, mutta pitivät siitä kuitenkin.

*”No, kyllä mä tykkään, mutt isän mukana talvisodassa tuo nuottikorva paleltu.”*

Tulimme siihen tulokseen, että me suomalaiset taidamme olla ”moll-ihmisiä.” On aika vaikea löytää suomalaisesta laulukirjallisuudesta puhtaasti duurikappaleita. Varsinkin kansanlaulut ovat mollivoittoisia. Pitäneen paikkansa vanha Kantelettarin värsy: ”Soitto on suruista tehty, murehista muovaeltu.” Huomasimme terapian aikana, että laulumonisteet olivat myös hyvin mollivoittoisia. Se kertonee myös laulujen valitsijan mieltymyksistä ja mielenlaadusta jotakin.

*”Me ollaan molli-ihmisiä näköjään.”*

*”Niin, kyllä kai ne suomalaiset laulut enimmäkseen tahtoo olla mollissa.”*

*”Minä kerran ajattelin, kun opetin lapsille duurin ja mollin eroa, että nytpäs minä räväytän niille yhen duuri-laulun ja otin tämän ”Hopsis, hoposis, ratsastaa”. Mun mielestä se oli niin kauheen iloinen laulu. Sitt mä katoin, ett ei hyvänen aika, mollissahan se on tämäkin.”*

Jalkasen (1992) mukaan suomalaisiin kansanlauluihin ja iskelmiin on ollut vaikuttamassa voimakkaasti kalevalainen lauluperinne ja suomalainen virsisävelmistö, jolla on voimakas side kvintti-, asteikko ja mollikolmisointumotiiveihin. Virsien laskeva linja ja asteikkokulut mm. gregoriaanisperäisessä Herra armahdamessusävelmässä ovatkin saattaneet samankaltaisuutensa vuoksi edistää mainitun

kalevalaisen ominaisuuden säilymistä samalla tartuttaen sekä kansanlauluihin että iskelmiin perisuomalaista raskasmielisyyttä, säveliksi puettua turhuuksien turhuutta. (Jalkanen 1992, 14.)

**Yhteislaulu** oli tälläkin osastolla vahvassa asemassa. Lauluvalikoima oli vain pienempi kuin Jaakon aikana. Monistenippuun olin kerännyt mielestäni sellaista keskeistä ohjelmistoa, jota keski-ikäiset ja vanhemmat ihmiset ovat paljon laulaneet. Lauletuiksi lauluiksi valikoituivat: Soi kunniaksi Luojan (ainut hengellinen laulu, joka terapiassa laulettiin), Tein minä pillin pajupuusta, Matalan torpan balladi, Taivas on sininen ja valkoinen, Yksi ruusu on kasvanut laaksossa, Tammerkosken sillalla, Juokse sinä humma, On suuri sun rantas autius, Ken voi seilata tyynessä, Isoisän olkihattu ja Päivänsäde ja menninkäinen.

Laulujen sisällöistä ja tekijöistä keskusteltiin. Vanhoja lauluja muisteltiin ja esiintymisiä jopa orkesterin säestyksellä.

*”Sillon ku tuota Kuokkalan silto... Minäki olin siellä vihkiäisissä ja sitä kansaa ku Helluntai-Epistolassa. Sitä ol maapenkereellä ja sitä ol täynnä, ja sitten me mentiin siihen lähelle keskusta. Siin ol tuota orkester, siinä semmonen porukka ja siinä ol sitte vetäjä. Minä siinä vetäjän luona sitten laulon. Sano, että sinä oot hyvä laulamaan, että ette kai laulas tähän ohjelmaan jonku vanhan iskelmän. Minä sanon, että mikäs siinä. Minä sitte ”Kivikuden mies, joka kaikki temput ties”. Niin tuota kysyn niiltä orkesterilta, että ossaatteko. Niin sano, että kyllä osataan sävel. Minä lauloin, niin kyllä ne taputti.”*

Saimme vielä kuulla kyseisen laulun lausuttuna.

*1. ”Kivikauden mies kaikki temput ties. Peljännyt ei muijaa. Heilutti vain muijaa. Kotiin tullessaan hän pikkutunneillaan railakkaasti lauleskeli näin: On hauskat päivät mulla, ei huoli akan tulla sanaakaan koskaan haukkumaan. Pelkää mua muija, koska mull on muija. Senhän ymmärtää, siks kiltiks jää.*

*2. Tuota vaimo kuullessaan miehen laulun vaan, häntä vastaan rakkauden vuoksi auttoi kotiin sen kurjan poloisen tällä lailla hälle laulaen: On hauskat päivät sulla, vaan pitkät päivät mulla. Saan yksin raataa työt. Sinä vaimos laiminlyöt. Mut sulle anteeks annan. Kivityynyn kannan alle pörröpääs. Käy nyt lepäämään.*

Joukossa oli muitakin ”yksinlaulajia”.

*”Harrastan erittäin aktiivisesti yksinlaulua, kotona yksin!”*

Kuorolaisia oli mukana, luonnollisesti. Suomihan on kuorolaulun luvattu maa. Jokaisessa pitäjässä on monta kuoroa. Kuorolaulu yhdistää meitä samoin kuin yhteislaulukin. Siinä voi saavuttaa jo taiteellisesti korkeampia tavoitteita ja saada tyydytystä soinnin puhtaudesta ja harmoniasta silloin kun se onnistuu.

*”Minä laulan tällä hetkellä kuorossa. Että mä oon koko ikäni laulanut niin kuin pienestä pitäen kuorossa. Minä laulan tuossa koulun kuorossa Pulssissa. Siinä on nyt, että muuten oon laulanut tuolla kotona... Viitasaarelta kotosi, siellä lapsikuorossa ja sitten koulussa ja sitte kerkesin olla kirkkokuorossaki vähän aikaa.”* (Opiskelija)

Toisena hyväksi havaittuna musiikiterapiamenetelmänä tälläkin osastolla oli **musiikin kuuntelu**. Kuuntelumusiikkina käytimme pääasiassa klassista ja myös vähän viihteellisempää soitinmusiikkia. Kuuntelukappaleet olivat: Griegin Aamutunnelmia, Mantovan orkesterimusiikkia, Syömmes on jäätä soitettuna, Luonnonääniä ja musiikkia, Panhuilumusiikkia, G.San Seans: Joutsen, Viulumusiikki pizzicatolla soitettuna, List: Liebestreum, Sinding: Kevään kohinaa pianolla soitettuna, Mendelssonin Kevätlaulu.

Musiikinkuuntelu sopii kaikille, koska se ei vaadi erityisosaamista. Kuuloaisti on hyvänä apuna tätä menetelmää käytettäessä, mutta ei ole välttämätön, koska kuurotkin voivat aistia musiikin värähtelyjen avulla ja nauttia siitä. Sädesairaalan potilaat olivat kuitenkin kaikki kuulevia, joskin joillakin potilailla aivokasvain oli vaikuttanut kuulohavainnon muuttumisen, niin että jotkut äänet ärsyttivät normaalia enemmän. Esimerkiksi syntetisaattorin soundi oli tuntunut pahalta, mutta asia korjattiin, kun saatiin kuulla siitä henkilökunnalta.

Musiikki on niin voimakasta informaatiota, että sitä on vaikea vastustaa. Jopa autistiset ja katatoniset henkilöt reagoivat siihen. Se on yksi hyvä kanava saavuttaa

heidän tietoisuuttaan. Se voi toimia myös ulospääsytienä omasta eristäytyneisyydestä ja jonkinlaisena siltana ihmisten välillä.

Kuuntelumusiikin avulla oli tarkoituksenamme herätellä potilaissa **mielikuvia** ja keskustella niistä. Mielenkiintoista oli, miten sama musiikki herätti eri kuulijoissa ihan vastakkaisiakin mielikuvia. Medelssonin Kevätlaulu pianolla soitettuna herätti seuraavanlaisia mielikuvia:

*”Liruttelloo”*

*”Joo, ihan niinko laineet ois lirutellu, vai.”*

*”Kukkia”*

*”Mulla tuli ihan sama ko sulle, semmonen balettitanssija, oikein kevyt ku keiju-kainen ja minä ihan näinki, miten se tanssi siellä.”*

Eräs naispotilas koki musiikin *”synkkää kumminki, ei se synkkää, jotain tummaa, painava, raskas ennemminkin, niin päin sanoisin.”*

Hän koki kaikki kuuntelumusiikin tummana, vaikka toisten kokemus oli päinvastainen. Kokemus kertoi varmaan hänen omasta sairautensa aiheuttamasta raskaasta elämäntilanteestaan ja toivottomuudesta taudin etenemisen vuoksi, josta hän oli kertonut jo aikaisemmin terapiassa.

Lehtosen & Niemelän mukaan musiikki on kuin valkokangas, jolle musiikin säveltäjä, sanoittaja, kuulija voivat yleisessä ja siten riittävän turvallisessa muodossa heijastaa henkilökohtaisia merkityskokemuksiaan. Valkokankaalla esitetään ja käsitellään ihmisen osaan kytkeytyviä kokemuksellisia tapahtumia ulkoisessa muodossa, joka on kuitenkin riittävän etäällä, jotta sitä voidaan tarkastella ilman traumaattisiin, henkilökohtaisiin kokemuksiin liittyvää tuskaa ja ahdistusta. (Lehtonen & Niemelä 1997, 15.)

**Musiikkiterapiasta** informoimme myös tällä osastolla niin potilaille, henkilökunnalle kuin opiskelijoillekin.

*”Pois lähtiessä keskustelimme osastonhoitajan kanssa, joka kertoi oppilaiden kokemuksista edelliseltä kerralta. Hän sanoi oppilaiden sanoneen, että musiikkiterapiatuokio oli ollut upea kokemus. Jäimme Mervin kanssa ihmettelemään, että mikä siinä oli niin upeaa, mutta hyvä on, jos näin on. Tilaisuus ei mennyt*

*hukkaan, jos saimme heidän kiinnostuksensa heräämään musiikkiterapiaa kohtaan. Keskustelimme myös siitä, mikä voisi olla näiden tilaisuuksien nimi tulevaisuudessa, koska moni potilas vierastaa sanaa musiikkiterapia tai se on heille outo käsite ja ehkä sen takia jäävät tulematta, varsinkin vanhemmat ihmiset: Asiaa kannattaa miettiä, jos toiminta jatkuu sädesairaalassa.” (Päiväkirjasta)*

### 9.1.5. Luonto

Luontoaihetta käsiteltiin 1,49% 31:llä, mikä oli lähes samaa suuruusluokkaa kuin 32:lläkin, jossa tulokseksi saatiin 1,52%.

Luontoon liittyvät keskustelunaiheet nousivat pääasiassa musiikkimielikuvista. Niitä olivat luonto yleensä, vesistöt ja eläimet. Eniten luontoon liittyviä mielikuvia nousi musiikista, missä oli mukana luonnonääniä.

*”Että kyllä mä näin kurkia siellä kirkumassa.”*

*” Mulla tuli mieleen koknainen Suomen kesä. Siitä tulee niin ku jossakin kohti ainaki ruispelto, joka lainehtii ja joku savusaunan tuoksu ja sitte tuuli ja ehkä veden laineet ja myrskyäki ja...”*

Joskus mielikuvat olivat niin voimakkaita, että aistittiin eri asioita, kuultiin nähtiin ja haistettiin.

Vesi- mielikuvia syntyi myös paljon, ja veden ääniä kuultiin musiikissa.

*”Kyllä siinä tuli semmonen kevät mieleen. Niinko räystäästä tippus vesi ja noi linnut siellä piti konserttia, niin kyllä niilläkin oli vähän kevät rinnassa.”*

*”Ihan täysin se on sitä, otettu veden virtauksesta”*

*”Niin on joo, kyllä siinä semmoset elementit tulee mieleen. Joo, onhan ne valtavat voimat, mitkä lähtee liikkeelle. Kyllä se semmosta kohinaa on.”*

Linnun ääniä kuultiin myös musiikissa ihan aidostikin ja niitä tunnistettiin.

*”Jonkinlainen kuva ois, että on kuikka.”*

*”Se on kuiikka uiiiikka ja sitte vettä välillä kuiikka kuiikka.”*



*”Minä näin ainakin, että kurkiparvi tuli kauheen huudon kanssa tänne ja ehti ja lenti ja lenti ja lenti ja lenti ja lenti ja lenti ja lenti ja... Niin ja sitte ne asettu välillä kättelemaan vähän, että mihin sen pesäpaikkansa vois laittaa. Se ääni niin ku hiljeni siihen, mutta musiikki tuli sitten siihen. Ett kyllä minä näin kurkia siellä kirkumassa. Minä oon kuunnellu niitä niin paljon. Meillä oli lampi kotona siinä lähellä. Siitä aina kurjet lensi semmoselle lammelle, jossa ei ollu vettä, ku tämänki verran rannoilla näin. Niillä oli vakituiseen siellä kesällä ne pesät. Me kulettiin lapsena kattomassa niitä. Ne oli hirveet ne munat, mutta eihän niihin saanu kajota, ko nehän oli siellä heti hyppimässä näit. Nehän meinas tulla ihan päälle.”*

Musiikki ja mielikuvat toimivat siltana muistoihin ja elettyihin tapahtumiin, ihmisen omaan historiallisuuteen.

Lehtosen & Niemelän mukaan kaikki taiteellisesti vaikuttava musiikki puhuu aidosti tekijänsä, kokemusten, sisäisten tuntemusten ja tunteiden kieltä. Se ei kuitenkaan kielenä alistu käännettäväksi, vaan aukeaa ikään kuin luonnostaan niille, jotka siihen spontaanisti samaistumalla jakavat siihen liittyviä merkityksiä. Musiikin ymmärtäminen ei vaadi älykkyyttä, vaan se vetoaa suoraan historialliseen kokemuksellisuuteemme puhutellen tällä tavoin tuntevaa miinäämme. Näin ollen myös tärkeäksi kokemamme musiikki on minuutemme syvälinen manifestaatio, johon olemme samaistumisprosessin kautta kytkeytyneet. (Lehtonen & Niemelä 1997, 16.)

### 9.1.6. Taito, osaaminen

Taitoihin liittyviä ilmaisuja löytyi osastolta 31 4,83%. Se on hieman vähemmän kuin osastolla 32, jossa taitojen osuus oli 5,21%. Alaluokat olivat yhtä lukuun ottamatta samat kummallakin osastolla, taito, osaaminen, työ, tutkimus, opiskelu, kriittisyys ja lisäksi harrastus.

**Taidoista** keskusteltaessa tuli esille niiden menetys, joka oli monesti iän ja sairauden aiheuttamaa.

*”Pääset kuitenkin vielä liikkumaan?”*

*”No joo, suihkussa kompuroin tuolla...Kyllä pitää olla varovainen. Jos vasemmalla käellä ottaa kiinni siihen tukirautaan, niin heikko olo...”*

*”Oisko se voimu olla joku, oisko siinä ollu joku siili. Kato, mulla ei pysy mikään mielessä.”*

*”Minä en kyllä niä, ihan turha näyttää.”*

Esille tuli se, kuinka eri ihmisillä taidot ovat erilaiset, mutta yhteistyöllä saadaan kuitenkin enemmän aikaan.

*”Ne on pöytälaatikossa ja kylläpä joku joskus niitä kahteloopi, ku minulla ei oo taitoo kirjottaa muottia.”*

*”Se on se taito jollakin toisella.”*

*”Niin se on . Se pitäs olla yhteistyötä, niin silloin se onnistuu kaikkein parhaiten.”*

**Työhön** liittyvät keskustelut sisälsivät muistoja siitä, mitä ollaan terveenä ollessa tehty ja kuinka työ on voinut vaikuttaa jopa sairastumiseen.

*”Eli tota mä oon pohjamutia myöten rämpiny nää fuusiot kaikki, ensin Säästöpankista Kop:iin ja sieltä Meritaan ja tota eihän semmonen ei voi olla jättämättä jälkiä ihmiseen, ja tota syystä tai toisesta niin mä oon nyt sairas.”*

Oli myös hauskoja muistoja talkootyön teosta.

*”Oli kerran siellä Italiassa, kun särki jalkansa ja tull mimua pyytämään, että jo on heinät tehty. Minä sanon, jotta jo non seipäällä. Sano, että nyt lähe hommmaan heille... ja hyppäs toisella jalalla. Sitten sai mimut lupaan, niin sitten jo varas sillä jalalla.”*

Opiskelijoiden kanssa keskustelimme työn saanti mahdollisuuksista tämän päivän Suomessa ja ulkomailla. Osa opiskelijoista oli suorittamassa opintojaan englanninkielisessä sairaanhoitajien koulutusohjelmassa.

*”Suomestaki töitä löytyy.”*

*”Löytyy, nyt rupee olemaan mejän alalla töitä.”*

*”Kai sitä töitä löytyy, ku joku maksaa vaan palkkaa.”*

Opiskeluun liittyvät keskustelut pyörivät pääasiassa meidän terapia opinnoisamme ja sairaanhoidon opiskelijoiden opiskeluun liittyvien asioiden ympärillä. Potilaat ja myös opiskelijat olivat kiinnostuneita siitä, mitä musiikkiterapiaopinnot pitävät sisällään. Tietoa ihmisillä oli asiasta aika vähän, vaikka oltiin kaupungissa, missä kyseistä ainetta voi opiskella paikallisessa yliopistossa. Tunsimme olevamme eräänlaisia ”musiikkiterapian lähettiläitä”, joiden tehtävänä oli tiedottaa aiheesta ihmisille. Myös englanninkielinen koulutus herätti mielenkiinto ja siitä keskusteltiin.

*”No, onko teillä kaikki kirjat englannin kielellä sitte?”*

*”Joo, on ne. Meillä on ulkomaalaisiaki siinä mejän ohjelmassa, että meillä on pakostaki kaikki opetus ja kirjat ja juu kaikki englannin kielellä., että kyllä se sillai ihan haastavaa on. Välillä on niitä päiviä, kun ei vaan englantia saa suustaan ulos, mutta sitte kyllä siihenkin ihan sillai tottuu siihen puhumiseen, että ihan haastavaa se kyllä on.”*

Musiikki sai osakseen **kritiikkiä** näissä istunnoissa. Ihmiset uskalsivat sanoa mielipiteensä ja sen, mitä pitivät ja ajattelivat musiikista, mitä heille tarjottiin. Palaute oli pääasiassa positiivista, mutta myös negatiivista palautetta saatiin.

*”Semmonen, ainaki tommosena terapiamusiikkina ei kävis. Mulle ainakin täytyis olla ihan toisenlaista.”*

Oli varmaan helpompaa antaa kritiikkiä musiikista ja heijastaa oma paha olo musiikkiin ja terapeutteihin. Sen me sallimme ja olimme valmiita ottamaan vastaan.

Laulettavat musiikit koettiin monesti liian korkeiksi, vaikka olin valinnut matalat sovitukset. Onhan selvää, että sairaus ja mieliala vaikuttavat ihmisessä äänen tuottamiskykyyn, joka kuului myös puheen tuotossa äänen volyymin alhaisuutena. Kun ääntä ei aktiivisesti käytetä, se ”ruostuu”.

*”Se on vähän korkea.”*

*”Korkealentoinen laulu.”*

Kotipaikkakunnan näkyvät hahmot saivat myös kritiikkiä, jota eettisistä syistä ei ole tarpeen tässä toistaa. Esiintyi myös itseironiaa, jota pidetään yhtenä henkisen tason mittarina. Ihminen, joka pystyy nauramaan itselleen on saavuttanut jo korkeamman henkisen tason, lienee ottanut käyttöönsä yhden parhaista puolustusmekanismeista, huumorin.

*”Minun puhe olokoon ihan...minä höpisen.”*

**Harrastuksista** puhuttiin etupäässä menneessä aikamuodossa. Muisteltiin entisiä aktiviteetteja.

*”Niin ja sitten tuota minä toimin noissa seurassa monessa niin urheiluseurassa kuin eläkeläisissä ja veteraaneissa oon toimim.”*

*”Joo, kyllä se aktiivisuus pitää vireänä.”*

Aktiivisuudesta oli osoituksena potilailla se, että he tulivat musiikkiterapiaan eli harrastuneisuus näkyi käytännön toiminnan tasolla. Uskoisin näiden potilaiden olevan myös aktiivisia oman sairautensa hoitajia.

### 9.1.7. Sairaus

Ennakkokäsitykseni mukaan sairaudesta puhuttiin tällä osastolla huomattavasti enemmän kuin 32:lla. Tutkimustulosten mukaan ero ei ollut niin suuri kuin ajattelin sen olevan. Sairauden osuudeksi saatiin 3,84%. 32:lla sairauden osuus oli 1,5 % pienempi eli 2,38%. Osasto 31:n %- tulos ei kerro kuitenkaan koko totuutta, koska analyysiohjelma ei mittaa tekstiyksikköjen laajuutta eikä sisältöjä. Se laskee vain määrää. Tällä osastolla olivat sairauteen liittyvät rep-

liikit monesti pitkiä ja potilaat kertoivat avoimesti nimenomaan omasta sairaudestaan ja sen mukana tuomista ilmiöistä, myös sairauteen liittyvistä tunteista puhuttiin ja niitä ilmaistiin. Alaluokkina kimmallakin osastolla samoja olivat sairaus ja sairaala. Lisäksi tulivat 31:llä hoitomuoto ja kunto.

Jo aikaisemmissa muihin aihepiireihin liittyvissä esimerkeissä on tullut esille runsaasti myös sairauteen liittyvää ainesta.

*”-95 rinta leikattu ja imusolmukkeet. Sitten mä olin tässä pari vuotta jokseenki töissä sitte ja nyt tällä jaksolla mä oon maaliskuun alusta. Sitte on tässä parit sairaalajaksot ja tiivistä, intensiivistä tämä touhu nyt tällä kertaa.”*

*”Ja tuota mä oon tuota niin 92 vuonna eka kerran ilmeni tämä tauti, minkä vuoksi nyt täällä olen ja välillä on ollu katkoksia, että ollu niinku pois, mutta sitten taas tämän vuoden alusta olen ollut täällä hoidossa. Mä oon käynny tuolla poliklinikalla. Poliklinikalla mä oon niinku päiväkäynnillä, mutta nyt oon niinku kolmatta kertaa täällä niin ku sisällä sairaalassa.”*

Tällä osastolla syöpäsairaus ei tuntunut tabulta, vaan siitä puhuttiin niin kuin mistä tahansa muustakin sairaudesta. Muitakin sairauksia ilmeni potilailla ja lähiomaisilla, joista keskusteltiin.

*”Minä oon sairastanu kakspuolisen keuhkonkuumeen. Niin ja sitte tuli tuota sydämen vajaatoiminta, jota mulla ei ikinä oo...”*

*”NN täältä Jyväskylän kaupungista, halvaantumuu.”*

*”Minä olen melkein kuuro, että en pysty seuraamaan.”*

Miespotilas kertoo vaimo-vainajasta ja ystävästään: *”...ei ollu ku yhen yön kotona, kun minä läksin kirkolle niin ihan hyvässä kunnossa ol, mutt semmonen äkkivaiva otti sill ja sitte virtsamyrykytys, joo...Nii sitte mulla ol kymmenisen vuotta ystävä tästä kaupungista, neiti-ihminen ja on nyt tuolla vanhainkoissa ollu tuota viis vai kuus vuotta....siltä on menny tuota niin tuo järki. Se alzheimerin tauti ku on tuota. Niin, niin sehän tuota rappeuttaa ruumiillisestikki, ei vain henkisesti. Muisti on männy kokonaan ja ei tunne ennee omia lapsiaanakaan.”*

**Hoitomuodoista ja -toimenpiteistä** kerrottiin ja siitä, miltä ne mahdollisesti tuntuivat.

*”Minä olin Turussa Merikarvialla kursseilla. Tuota kaikki syöpäpotilaita ja minä kaipasin siellä jotaki tämmöstä terapiaa, tämmöstä näin, että minä oon hyvin kyllä altis tämmösillee. Siellä ol vesijumppaa ja sitte ol salijumppaa. On ne punkteerannu sitä useamman kerran ja mulla oli treeni viime viikolla ja en viitsis tällä viikolla uuvestaan treeniä, mutta pistäköön sitte, jos sitä on niin palijo. En tiää, mä en oo nähny kuvia. Sano vaan, että sitä taas on siellä.”*

Keskusteltiin yleensä syövän hoidosta ja sen kehityksestä ja mahdollisuuksista nykyaikana.

*”Kyllähän se on kehittyny tää lääketiede ja syövän hoitokin.”*

*”Eik se oo kymmenessä vuodessa menny ihan isoja harppauksia.”*

*”Joo-o, paljonhan sitä pystytään parantamaan. Kyllä munki tuttavapiireissä on ihan semmosia tapauksia, että ne on niin ku käytännöllisesti kattoen parantumu ihan täysin.”*

Toivoa haluttiin viritellä ja pitää yllä uskoa lääketieteen mahdollisuuksiin.

Potilaan selviytymismahdollisuudet ovat varmasti paremmat, jos hän jaksaa ajatella positiivisesti. Potilaiden tukemisessa meillä hoitoalan ihmisinä onkin juuri suuri tehtävä ja haaste.

Kerrottiin myös vaihtoehtohoidosta, jota oli kokeiltu syövän hoitoon.

*”Mutta yrttihoito, minkä Taalainmaasta se ruotsalainen on tuota keksinnä sen yrttihoijon, on rinnakkain. En minä oo näille puhunna mitään, mutta... Suomessa on etustus. Mulla on toinen satsi nyt menoss jo. Ne ei oo myrkkyjä. Ne on tavallisia kasveja tuolta. Niitähän on usseimman pihalla ja tuossa metsissä. Sieltä ne on kerättyjä. ...niin ku se ei oo myrkkyä. Ei maista mil-lekkään, ku tuota veen kanssa ottaa vaan niin... Kyllä ne semmosia harmaita on niin ku nyt kuivaa heinää ja kaikki on saman näkösiä. Mutta tuota kyllä ne erilaiseks on pantu koneessa ne. Niitä on puol kymmentä, mitä niitä, neljäkö niitä aina kerralla otetaan ja kolomesti päivässä.”*

Vaihtoehtohoidot ovat yleisiä syövän hoidossa. Niitä käytetään aika paljonkin, vaikkei niistä puhutakaan nimenomaan sairaalassa, koska sairaalaväki ei useinkaan ole myötämielinen niiden käyttöä kohtaan eikä usko niiden vaikutukseen, koska niistä ei ole tutkittua tietoa saatavilla. Jokainen käyttää niitä omalla vastuullaan.

Katsoisin, että myös musiikkiterapia edustaa jonkinlaista vaihtoehtohoitoa, joka toteutetaan nimenomaan rinnakkaisena hoitomuotona muun lääketieteellisen hoidon ohella tukemassa potilaan psyykkistä kuntoutumista.

**Kunnosta** puhuttiin myös ja sen hoitamisesta.

”Sä oot hyvinvoivan näkönen.”

*”Joo kyllä mä ilmeisesti päällepäin voin hyvin. Moni kakku päältä kaunis, silkkoa sisältä. Ei oo näköjään ne hoidot taas tehonnu. Sano just, että vettä on taas keuhkoissa, vaikka sitä...”*

*”Minä olin aika hyvässä kunnossa. Minä ennen urheilin paljo kesällä ja talvella.”*

*”Joo, kyllä se aktiivisuus, se pitää vireänä.”*

Olen pohtinut sitä, mistä mahtoi johtua eri osastojen välinen ero sairauksista puhumisen suhteen. Varmaan potilaiden iällä oli merkitystä. 31:llä potilaiden keski-ikä oli alhaisempi. Nuoremmat puhuvat ehkä helpommin omista vaikeuksistaan kuin vanhemmat ihmiset. Tällä osastolla sairaudestaan kertoivat kyllä vanhemmatkin henkilöt. Se ei yksin selittäne tilannetta. 32:llä oli käytössä Jaakon metodi, joka oli musiikkipainotteinen, mutta ei sulkenut pois mitään muutakaan keskustelunaihetta. Uskoisin kuitenkin sillä olleen suuren vaikutuksen, kun me Mervin kanssa esittelyssä kerroimme aika avoimesti itsestämme, niin potilaatkin tekivät samoin. Kokeilimme myös musiikin kuuntelua enne esittelykierrosta ja sillä tuntui olevan vaikutusta siihen, että potilaat kertoivat enemmän itsestään kuin ilman musiikkia suoritettussa esittäytymisessä. Katsoisin, että yksi tämän musiikkiterapian tarkoitus virkistystoiminnan

rinnalla oli se, että potilaat pääsivät puhumaan itsestään ja heille tärkeistä ja kipeistä asioista juuri sen verran kuin itse halusivat. Näkisin myös, että nimenomaan sillä, että joku kertoi omasta sairaudestaan, oli vaikutusta siihen, että toisetkin uskalsivat avautua puhumaan itsestään.

### 9.1.8. Kulttuuri

Kulttuurista keskusteltiin tällä osastolla hieman vähemmän kuin 32:lla. Tällä osastolla tulokseksi saatiin 1,72% kun se 32:lla oli 2,11%. Yhteisiä luokkia olivat tanssi, urheilu, teatteri ja tiedotusvälineet. Tällä osastolla saatiin alaluokiksi lisäksi potilaille järjestetty toiminta, juhlat ja muoti. Todennäköisesti Jaakon metodi tuotti enemmän kulttuuriaiheista keskustelua.

**Tanssi** koettiin hyvänä liikuntamuotona.

*”Tanssihan on hyvä liikunta. Eihän tanssissa mitään pahoo oo. Hyvä liikuntamuoto musiikin tahdissa”* Kertoo tanssineensa näihin asti X:n lavalla veteraanitansseissa.

Tanssin osuus jäi suurinpiirtein näihin rebliekkieihin tällä osastolla. **Urheilu** sen sijaan kiinnosti enemmän samaista miespotilasta entinen urheilija kun oli.

*”Niin mulla on tuota hiihtohan se on ja keskimatkojen juoksu ol mulla. Kesällä sitte ol keskimatkojen juoksu... Niin, hiihtohan mulla kaiken vahvinta. Ku ei ollu sillo ennen ne harjottelut niin ku ne on nykysin.”*

*Keskustelua herätti myös omat suuret pojat Mika Myllylä ja ”Häkä Häkkinen”, josta kertojalla oli omakohtaisia kokemuksia saman pitäjän poikia kun olivat.*

*”Joo, vielä laskettellee. Ranskassa ol justiin nimikkolaskut. Häkä, Häkä-nimikkolaskut, sillä nimellä tuota Kalevi Häkkisen. No se on erikoinen tuota. Se on seitsenkymppinen mies, ku laskoo. Semmosta urheilua harrastaa.”*



Myös elokuvaa ja teatteria sivuttiin keskusteluissa. Nämä aiheet eivät saaneet kuitenkaan kovin suurta suosiota. Televisio-ohjelmat herättivät keskustelua: Kauniista ja rohkeista puhuttiin, television yhteislaulutilaisuudet puhuttivat, lastenohjelmia sivuttiin. Televisio mainosten musiikeista puhuttiin. Joku kuuntelumusiikki sai aikaan miellyhtymän kahvimainokseen, jossa oli taustalla sama musiikki.

**Muodista** puhuttiin tällä osastolla. Tämä keskusteluaihe heräsi kuuntelumusiikin vaikutuksesta. Ymmärrettävää, kun osastolla oli paljon naisia. Pitäisin elämän merkinä sitä, jos muoti jaksaa kiinnostaa sairauden keskellä.

**Kesäjuhlista** keskusteltiin. Suomessahan niitä löytyy jokaisen makuun ja tarpeisiin myös musiikin saralla aina Seinäjoen tangomarkkinoista Porin jazzin kautta Kuhmon kamarimusiikkiin ja Savonlinnan oopperasta Lieksan vaskiviikkoihin, varmasti jokaisen makuun jotakin löytyynee.

*”Niin kesätapahtumissa käyään kyllä kaikissa. Tangomarkkinat Seinäjoella. Se on meillä sitä vuosilomaa. Pois ei oo muuta ku sairastumisen takia.”*

### 9.1.9. Uskonto

Uskonnon osuus oli tällä osastolla 0,22%. Se oli vieläkin pienempi kuin 32:lla, jossa sen osuus oli 0,33%. Kummallakin osastolla alaluokkia olivat uskonto ja kuolema. 31:llä tuli lisäksi moraali.

**Uskontoa ja moraalia** käsiteltiin ainoastaan yhdessä istunnossa sivumennen. Vertailtiin kahta saman seurakunnan eri pappia, toista pidettiin uskovaisena, toinen taas oli saatu kiinni rattijuopumuksesta ja se herätti pahennusta.

**Kuolemasta** puhuttiin myös vähän. Kerrottiin lähinnä omaisten, sukulaisten ja tuttavien kuolemasta. Vain yksi potilas puhui omaan kuolevaisuuteensa liittyvää.

*”Mutta siinä vaiheessa, kun minä huomasin, että minä en kuolekaan heti, eli tuota mää ajattelin, että mää en kerkee edes kuolla, että minä kuolen niin nopeesti. Niin siinä vaiheessa, kun minä huomasin, että en mää kuolekaan, niin tota sen jälkeen mulla alko kertyä niin ku voimia alkaa kestää sitä henkisesti paljon enempi. Ja nyt mä tunnen olevani ihan sillai henkisesti tasapainossa.”*

*”Äiti kuoli. Sillä oli kolome syöpää yhtä aikaa.”*

Kuolema oli arka aihe myös tällä osastolla. Se oli lähellä, liian lähellä! Tänä päivänä on moni terapiassa olleista potilaista poistunut keskuudestamme. Kuoleman edessä ihminen on monesti sanaton. Se halutaan korvatakin muilla ilmaisumuodoilla. Kuolema on niin lopullista, että se halutaan mieluummin torjua eikä siitä puhuta ainakaan kovin vieraiden ihmisten kanssa. Kuolemasta sanotaankin, että se on viimeinen vihollinen.

### 9.1.10. Muistelut, kotipaikkakunta

Osastolla 31 muistojen osuus oli 1,4%, huomattavasti pienempi kuin 32:lla, jossa se oli 5%. Monet **muistot** nousivat musiikin kuuntelun kautta.

*”Mukavia muistoja?”*

*”Mukavia, kauheen haikeita. Se oli aika läheinen mulle setä. Tosiaan aika äkkiä yllättäin sitte kuoli. Vähän aikaa vaan kerkes sairastaa.”*

*”Sulla on kyllä aika hyvä tuo mielikuvien luomis kyky. Oon huomannu sen, että ei tartte ku pikku pätkä musiikkia, niin herkästi sitte nousee muistoja.”*

Sotamuistojen osuus jäi yhteen repliikkiin:

*”Nii, kyllä Aati mulle tuttu mies ol. Sotassaki oltiin samoissa porukoissa.”*

Tällä osastolla terapioissa ei ollut kovinkaan monta sotaveteraania.

Kotipaikkakunnista kerrottiin lähinnä esittäytymisen yhteydessä. Paikkakuntien asiat eivät saaneet kovin suurta huomiota osakseen tällä osastolla. Ainoastaan yhdessä terapiassa keskusteltiin ja kerrottiin paikkakunnan kuulumisia ja tapahtumia laajemmassa määrin.

### 9.1.11. Muuta yleistä

Tähän luokkaan muodostui alaluokiksi 31:llä aika, toteamus, kysymys, toivomus, keskustelu. Ja prosentiksi muodostui 3,61.

**Aika** koettiin suhteellisena käsitteenä sairastettaessa.. Toisen kohdalla se oli tuntunut pitkältä ja toisen kohdalla oli mennyt erittäin nopeasti.

*”Nyt oon tiälä ollu kohta, meinasi sanna sata päivää, mutt en mie nyt iha sattaa.”*

*”Tuntuuko se siltä?”*

*”Tuntuu ja tuntuu vai, että on ollu sata päivää. Kuukaus ollu vähän toista kuukautta.”*

*”Mun kohdall ainaki nii tää on menny niin ku pikajuna. Tai itse asiassa minä katselen niin ku semmosta filmiä jälkikäteen, jossa mä voin todeta, että olenko se minä tossa.”*

Asiat ovat tapahtuneet varmaan niin nopeasti, että mieli ei ole pysynyt mukana. Ei ole ehtinyt sulattaa ja hyväksyä vielä kaikkea tapahtunutta.

Todettiin, että aika menee nopeasti myös musiikin parissa.

*”Se menee aika niin nopeesti tämän musiikin parissa.”*

Myös terapia-ajasta keskusteltiin tällä osastolla, ettei se vaan mene päällekkäin Kauniiden ja rohkeiden kanssa. Niin suosituksi emme vielä päässeet, että olisimme päihittäneet Kauniit ja rohkeat. Siinäpä tavoitetta musiikkiterapialle!

Potilaat vaikuttivat tyytyväisiltä tällä osastolla, koska toivomuksista suurin osa tuli terapeuteilta. Kotiin pääsyä kylläkin toivottiin potilaan taholta.

*”Ainakin vielä kaks maanantaita ollaan. Sittehan se loppuu tää. Toivotaan, mitä nyt sitte tuloksia tulee, että vaikka tulis tähän jatkoa.”*

*”Ja huomenna ois toiveissa päästä kottii.”*

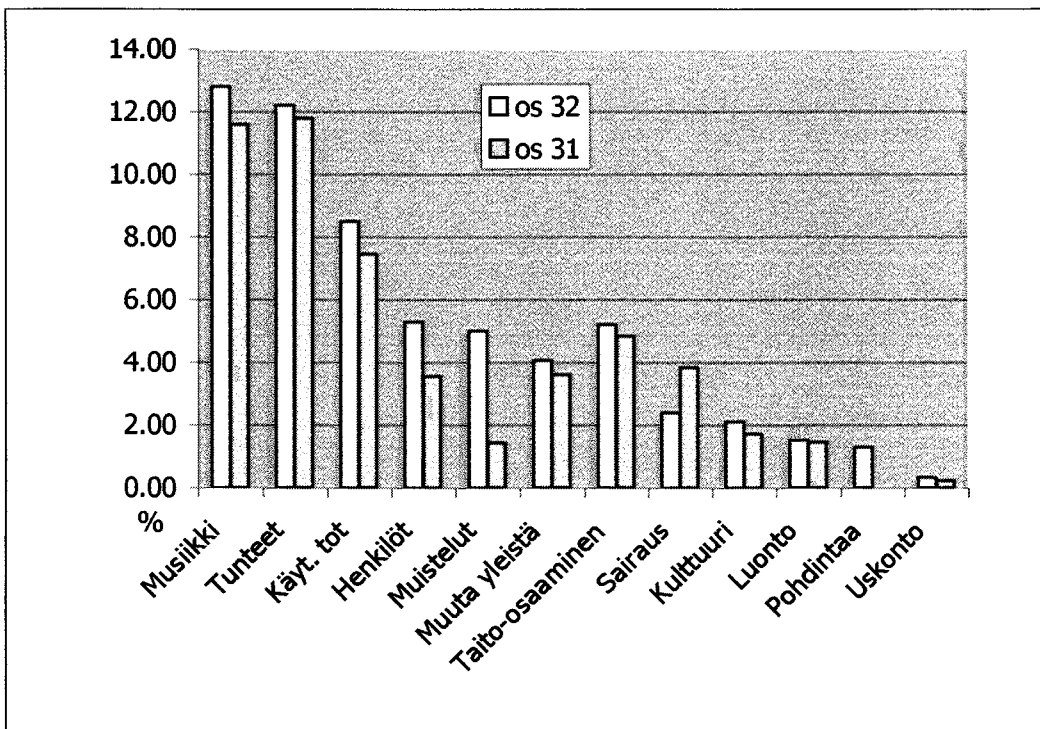
**Keskustelu** oli vilkasta niin tällä kuin toisellakin osastolla. Siinä ei koettu mitään ongelmaa eikä väkinäisyyttä. Musiikilla tuntui olevan kielenkantoja kirvoittava vaikutus niin kuin kahvilla ikään. Musiikinhan tiedetään saavan aikaan endorfiinin eritystä, endorfiinin puolestaan lisäävän mielihyvän tunnetta ja mielihyvän puhetta. Puhuttiin myös ikävistä, sairauteen liittyvistä asioista ja kokemuksista.

*”Tämä terapiakerta painottui musiikin kuunteluun ja keskusteluun lukuun ottamatta yhtä yhteislaulua. Musiikki herättikin mielikuvia ja muistoja ja sai naispotilaan herkistymään kyyneliin muistellessaan nuoruuttaan. Tällä kerralla hän kertoi myös sairaudestaan aika avoimesti ja sai myös miespotilaan puhumaan sairaudestaan. Keskustelu pyöri pitkään syövän hoidossa ja selviytymismahdollisuuksissa sairaudesta.”*

**Kysymykset ja toteamukset** olivat pieniä täsmentäviä kommentteja. Kysymyksillä ilmaisemme olevamme myös kiinnostuneita toisistamme ja toteamuksilla vahvistamme asiaa ja tuemme toistemme mielipiteitä.

	os 32	os 31
Musiikki	12.80	11.60
Tunteet	12.20	11.80
Käyt. tot	8.48	7.44
Henkilöt	5.28	3.55
Muistelut	5.00	1.42
Muuta yleistä	4.06	3.61
Taito-osaaminen	5.21	4.83
Sairaus	2.38	3.84
Kulttuuri	2.11	1.72
Luonto	1.52	1.44
Pohdintaa	1.28	0.00
Uskonto	0.33	0.22

### YLÄLUOKKIEN VERTAILUA OSASTOILLA 32 JA 31



## 10. Pohdintaa

### 10.1. Yhteenvetoa ja johtopäätöksiä

Mielenkiintoista oli huomata, että ennakkokäsitykseni eivät pitäneet kaikessa yhtä aineistoanalyysin tulosten kanssa. Siksi analyysi antaa luotettavamman lopputuloksen kuin oma käsitys asioista. Myös analyysin tulokseen olen ollut vaikuttamassa itse omilla valinnoillani. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida sulkea pois tutkijan osuutta tutkimuksen tuloksiin. Jokainen luokittelee aineistoa oman ymmärryksensä mukaan, mutta luokittelut ovat kuitenkin aineistopohjaisia eivätkä omia käsityksiä ja vaikutelmia istunnoista.

Tarkoitukseni on ollut tutkia musiikkiterapiaistunnoissa syntyneiden tapahtumien ja keskusteluiden *sisältöä ja merkitystä* sädesairaalan potilaille ja samalla myös pohtia *musiikkiterapian mahdollisuuksia syöpää sairastavien ihmisten kuntoutusmuotona*.

Musiikkiterapian merkityksestä sädesairaalassa tutkimustulosten valossa olen vetänyt seuraavanlaisia johtopäätöksiä:

Musiikin herättämänä on virinnyt paljon keskustelua potilaiden elämään liittyvistä aihepiireistä istunnoissa. Niiksi olen luokitellut musiikin, tunteet, käytännön toteutus, henkilöt, muistelut, muuta yleistä, taito-osaaminen, sairaus, kulttuuri, luonto, pohdinta, ja uskonto. Yläkategoriat kummallakin osastolla muodostuivat reflektointia lukuun ottamatta samanlaisiksi, vaikka ennakkokäsitykseni olisi tukenut toisenlaista tulosta.

Eniten huomiota sai osakseen osastolla 32 musiikki, joka tuotti suurimman tuloksen prosentuaalisesti. Se näytteli myös osastolla 31 toiseksi suurinta osuutta terapiaistunnoissa. Sitä vastoin tunteilla oli suurempi osuus osasto

31:n istunnoissa. Osastolla 32 tunteita heräsi toiseksi yleisemmin. Molempien, musiikin ja tunteiden osuus kummallakin osastolla oli kuitenkin lähes yhtä suuri ja nämä muodostivat selvästi suurimmat yläkategoriat ja olivat keskenään lähes saman suuruiset. Musiikki ja tunteet näyttelivät selvästi suurinta osuutta koko aineistosta, mistä mielestäni voidaan tehdä se johtopäätös, että niillä on ollut suurin merkitys musiikkiterapiaistunnoissa ja nimenomaan musiikilla on ollut tunteita herättävä vaikutus näissä istunnoissa. Koska tulos oli sama kummallakin osastolla, antaa se havainnolle vahvistusta ja lisää johtopäätöksen ja tutkimuksen uskottavuutta. Koska osastoilla ryhmät olivat erilaiset joka kerta, tutkimustulos kertoo mielestäni sen, että tunteita heräsi istunnoissa ihmisryhmästä riippumatta.

Koska tutkimuksen tulokset osoittavat, että tunteita on noussut esiin musiikkiterapiaistunnoissa ja niitä on myös ilmaistu ja käsitelty istuntojen aikana, katsoisin musiikkiterapialla olevan paikkansa myös syöpää sairastavien ihmisten henkisessä ja sitä kautta myös fyysisessä kuntoutuksessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että ihmisen tunteet ja tuntemukset vaikuttavat umpieritysjärjestelmään sen tasapainotilaa muuttaen. Silloin kun tunnetila on jatkuva muutos heijastuu puolustusjärjestelmän toimintaan. Puolustusjärjestelmä valvoo tai on valvomatta solujen välistä järjestystä ja tuhoaa yhteyteen kuulumattomia tunkeilijoita kuten viruksia, bakteereita ja solujakautumisen häiriönä syntyneitä syöpäsoluja. Tunnetila saattaa rekisteröityä monin eri tavoin solujen pintaan. Varmoa ei olla kuitenkaan siitä kuinka paljon tunnetila vaikuttaa syövän syntyyn, mutta varmaa on kuitenkin se, että syöpä vaikuttaa ihmisen tunnetilaan sen tasapainoa horjuttaen. Musiikilla on ollut tutkimuksen mukaan voimaa tunteiden herättäjänä ja tätä kautta se voi olla tukemassa syöpäpotilasta niin psyykkisesti kuin fyysisestikin.

Potilaat ovat saaneet kokea virkistävää musiikin parissa ja toistensa sekä terapeuttien seurassa. Musiikkiterapia on toiminut virkistysmuotoisena toimintana sädesairaalassa. On saatu jakaa kokemuksia ja tunteita, on tuettu toinen toisiamme ja annettu lohdutusta, empatiaa ja ymmärtämystä toisillem-

me. Musiikkiterapia on toiminut supportiivisena eli tukea - antavana terapiana. Potilaat ovat olleet vuorovaikutuksessa toistensa ja terapeuttien kanssa. Musiikkiterapia on toiminut vuorovaikutuksen välineenä. Täten musiikkiterapia on toiminut psykososiaalisen tuen muotona.

Terapiaistunnoissa kolmanneksi suurimmaksi yläluokaksi muodostui käytännön toteutus, joka näytteli suurta osaa istunnoissa kummallakin osastolla johtuen varmaankin ryhmien avoimesta luonteesta ja siitä, että toiminta ei ollut vielä vakiintunutta, vaan siinä esiintyi hakemista ja kokeilua. Musiikkiterapia itsessään on myös toiminnallista, joten se näkyy tutkimuksen tuloksissa.

Henkilöt, muistelut, muuta yleistä, taito-osaaminen, sairaus, kulttuuri, luonto ja uskonto olivat niitä keskustelujen aiheita, mitä käsiteltiin musiikkiterapiaistunnoissa. Ne olivat niitä aihepiirejä, jotka kiinnostivat potilaita ja joita heräsi pitkälle musiikin vaikutuksesta. Näiden osalta jakauma on suurempi eri osastoilla johtuen potilaiden iästä ja mahdollisesti sukupuolesta. Osastolla 32 potilaiden keski-ikä oli korkeampi kuin 31:llä ja se näkyy muisteluiden kohdalla. Sen sijaan osastolla 31 keskusteltiin enemmän sairaudesta, joka johtui todennäköisesti myös siitä, että potilaat olivat nuorempia. Tällä osastolla sairaudestaan puhuivat niin naiset kuin miehetkin. Kulttuuri ja luonto olivat seuraavaksi yleisimpiä puheenaiheita. Pohdintaa esiintyi vain os. 32:n luokittelussa ja ne olivat lähinnä omia päiväkirjareflektointejani. Päiväkirjamerkintöjen luonne muuttui terapioiden myötä. Ilmeisesti loppuvaiheessa pohdinnan tarve väheni. Uskonnon osuus jäi pienimmäksi, mutta sillä oli oma paikkansa kuitenkin kummallakin osastolla.

Merkittävänä tuloksena koko tutkimusta ajatellen pitäisin musiikin ja tunteiden osuutta, mutta varmasti musiikilla oli oma osuutensa myös keskustelun herättäjänä. Keskusteluiden yhteenlaskettu osuus nousee kuitenkin tunteiden edelle. Tästä voisi päätellä, että musiikki on herättänyt erilaisia tunteita ja mielikuvia, joista on saatu keskustella terapioissa. Täten on saatu aikaan tunteiden purkautumista eli katharssia ja rentoutumista, joista voimme lukea toi-



sen terapeutin tekemästä tutkimuksesta, joka käsittelee potilaiden ja henkilökunnan kokemuksia musiikkiterapiasta. ”Se paljon rentouttaa ja unohtuu ne hermostumiset ja ikävät asiat. Se ottaa mukaansa”. ”... *se on sellainen hyvän mielen tuoja ja sisäisesti rentouttava.*” (Lahdevesi 2000)

Potilaan omalla aktiivisuudella on suuri merkitys kuntoutumisessa. Ennuste on parempi, jos potilas taistelee sairauttaan vastaan. Tahdon avulla ja voimalla voidaan elvyttää myös puolustusjärjestelmän toimintaa. Tunteiden hyväksyminen ja ilmaiseminen auttavat toipumisessa. Elämänhalu ja taistelutahto voivat moninkertaistaa myös muun hoidon tehoa. *Musiikkiterapian avulla voidaan lisätä potilaan elämän laatua ja -halua ja sitä kautta hänen vastustuskykyään puolustusjärjestelmän toimintaa elvyttämällä ja suuntaamalla sen taisteluun syöpää vastaan.*

Jos mitään ei ole tehtävissä syövän etenemisen suhteen, musiikkiterapian avulla voidaan auttaa potilasta hyväksymään oma elämäntilanne ja käsittelemään myös kuolemaan liittyviä kysymyksiä niin kuin terminaalihoidossa käytettävässä musiikkiterapiassa tehdäänkin. Potilaan loppuelämää voidaan yrittää helpottaa ja tehdä se miellyttävämmäksi ja niin normaaliksi kuin mahdollista. USA:ssa Simontonit ovat kehittäneet hoitomenetelmän, joka perustuu ajatukseen, että puolustustoiminnan vaihtelut ovat yhteydessä niin syövän synnyssä kuin sen paranemisessakin. Sen avulla he ovat hoitaneet vaikeitakin syöpäpotilaita. (Tenkanen 1985, 21-22).

Musiikkiterapian keinoin tarkoituksena on vaikuttaa potilaan mielialaan ja sitä kautta toipumiseen. Musiikkiterapialla en katsoisi olevan suoranaista syöpää parantavaa vaikutusta niin kuin esim. sädehoidolla, sytostaateilla tai leikkauksella, vaan välillinen vaikutus psyyken kautta somaan. Koska ihminen on psykosomaattinen kokonaisuus, ei voida vähätellä psyykkisten tekijöiden merkitystä ihmisen toipumisessa ja sairastumisessa. Musiikkiterapia voisi mielestäni toimia yhtenä rinnakkaisena hoitomuotona muun lääketieteellisen hoidon kanssa syöpäsairaiden kuntoutuksessa.

## 10.2. Tutkimuksen uskottavuus

Fenomenologinen tutkimus tavoittelee merkityksiä, jotka ovat mahdollisimman riippumattomia tutkijan niihin liittämistä merkityksistä. Fenomenologisesti orientoituneen tutkimuksen luotettavuuden arviointi nojaa käsitykseen intentionaalisuudesta eli ihmisen ja ulkoisen todellisuuden sisäsyntyisestä relationaalisuudesta. Fenomenologisessa erityistieteellisessä tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin keskeinen lähtökohta on tutkijan kyky tavoittaa ilmiö sellaisena kuin se tutkittavalla ilmenee. Koska tutkimusprosessi ymmärretään ihmisten merkityssuhteiden kohtaamiseksi, tiedostetaan tavoitteen absoluuttisen toteutumisen mahdottomuus. Tutkijan ei oleteta olevan yli-ihminen, joka kykenee näkemään ”puhtaita ilmiöitä” ilman omien ymmärtämys-yhteyksiensä välitystä. (Perttula 1995, 104, 105).

Perttulan ym. mukaan ihmistieteellisessä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun lähtökohtana on tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuus. Tutkimusmenetelmä sinällään ei ole koskaan luotettava tai epäluotettava, vaan luotettavuus määräytyy suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Ihmistieteessä tämä edellyttää ihmiskäsityksen julkituomista. Tämän tutkimuksen ihmiskäsitys on esitelty alussa ja se on fenomenologinen ja holistinen. (Perttula 1995, 97).

Kvalitatiiviseen aineistoon perustuvan tapaustutkimuksen luotettavuuden arviointi on koko tutkimusprosessia koskeva kysymys. Luotettavuutta on pyritty määrittelemään kvantitatiiviseen tutkimukseen kehitettyjen reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla tai muuntaen niitä ensin tapaustutkimukseen soveltuviksi. Tällöin puhutaan mieluummin uskottavuuden osoittamisesta sekä tulosten soveltamisesta ja toistamismahdollisuudesta. Viimeaikoina on kuitenkin kehitelty tapaustutkimukseen soveltuvia omia kriteerejä. Tällaisena autenttisuuden kriteerinä Guba & Lincoln (1987) pitävät esim. rehellisyyttä,

jolla tarkoitetaan sitä, miten tutkija eteni voidakseen antaa moniulotteisesta todellisuudesta rehellisen ja puolueettoman kuvan. Eri tyyppisissä tapaustutkimuksissa korostetaan luotettavuutta tarkasteltaessa eri asioita. Esim. Etnografisessa tutkimuksessa aineiston autenttisuus on käsite, jota käytetään. (Syrjällä 1988, 135.) Tässä tutkimuksessa aineiston katsoisin olevan hyvinkin autenttinen, koska se on kerätty todellisessa musiikkiterapiatilanteessa nauhoittamalla ja sen jälkeen litteroitu sanatarkasti. Lisäksi olen käyttänyt omia päiväkirjojani, jotka ole kirjoittanut istuntojen jälkeen.

*Validiteetilla* tarkoitetaan Syrjälän (1988) mukaan yleensä tieteellisten löydösten tarkkuutta ts. missä määrin tutkimuksessa tehdyt johtopäätökset vastaavat todellisuutta, mistä ne on saatu. Usein kun puhutaan erikseen sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista, on tutkijan tai tutkimusraportin lukijan arvioitava, havainnoiko ja mittasiko tutkija todella sitä, mitä hän ajatteli ja sanoi havainnoivansa ja mittaavansa. Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni oli tutkia sitä, mitä musiikki herätti musiikkiterapiatuokioissa, musiikkiterapian sisältöä ja voiko musiikkiterapiasta olla apua syöpäpotilaiden kuntoutuksessa. Mielestäni tein sen luokittelemalla aineiston tekstiyksiköittäin niiden sisältöjen mukaan ja yhdistämällä ne sitten isompien kategorioiden alle. Lopuksi tarkastelin saatuja tuloksia myös määrällisesti, jolloin sain selville ilmiön esiintyvyyssyleisyyden aineistossa. Lopuksi vertailin eri osastoilla saatuja tuloksia keskenään ja vedin jonkinlaisia johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista. Tämän tein nojaten aikaisempiin tutkimuksiin, joita oli tehty syöpäpotilaille, kirjallisuuteen, jonka olen esittänyt tutkimukseni alkupuolella.

*Ulkoisella validiteetilla* tarkoitetaan yleensä yleistettävyyttä ja tulosten käytökelpoisuuden arviointia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleistettävyys nähdään käyttökelpoisuutensa vastaanottajan kannalta eikä tilastollisena todennäköisyytenä. Vain uskottavilla tuloksilla on käyttöä. Käytön kannalta on olennaista, että asioita on koko ajan tarkasteltu kontekstissään ts. että esitetyt johtopäätökset, jotka voivat olla tulevia työhypoteeseja, on rajoitettu siihen joukkoon, jota tutkittiin. (Syrjälä 1988, 142). Tämä tutkimuksessa tehtiin

sairaalan osastoilla, joissa tutkimuksen kohteena olivat syöpäsairaat ihmiset. Se tehtiin erikseen kummallakin osastolla ja tulokset tukivat toisiaan, mutta tulokset olisivat todennäköisesti erilaiset ainakin joiltakin osin, jos tutkimus tehtäisiin jossakin toisessa kontekstissa esim. koulussa. Mielenkiinnolla odotan toisen syöpäryhmän tutkimusta, joka toteutettiin kiinteässä ryhmässä avohoidossa oleville syöpäpotilaille samaan aikaan tämän tutkimuksen kanssa. Tukevatko sen tutkimuksen löydökset omiani vai ovatko erilaiset. Sillä on mielestäni vaikutusta tutkimuksen yleistettävyyteen musiikkiterapian vaikutuksesta syöpäsairaisiin.

*Ulkoisella reliabiliteetilla* tarkoitetaan sitä, miten samanlaisiin tuloksiin tutkimuskohteessa toinen tutkija voi päästä samoja metodeja käyttäen. Ulkoisen reliabiliteetin kannalta on tärkeää, että tutkija raportoi tutkimusprosessin eri vaiheineen ja menetelmineen mahdollisimman tarkasti siten, että lukija voi nähdä etteivät tulokset perustu henkilökohtaiseen intuitioon tutkitusta ilmiöstä. Olenkin raportoinut erikseen kummankin osaston tulokset, jotta niiden sisältöjä voidaan verrata keskenään ja saada todellisempi kuva siitä, mitä tutkimus pitää sisällään. Voidaan väittää, että milloin tutkimus on kuvattu selvästi ja eksplisiittisesti, silloin reliabiliteetti tässä suhteessa on korkeampi kuin jos tutkijalla olisi vapaat kädet toteuttaa ja raportoida tutkimuksensa haluamallaan tavalla kertomalla siitä muille. (Syrjälä 1988, 143). Raportissani olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman johdonmukainen ja kuvaillut niitä ilmiöitä, mitä terapiassa nousi myös esimerkkien valossa, jolloin lukija voi päätellä pitävätkö ne yhtä tulkintojeni kanssa.

Perttulan (1995) esittämissä yhdeksässä kriteerissä painottuu tutkimusprosessin kokonaisuuden ja tutkittavan ilmiön perusrakenteen analyysin tärkeys.

1. *Tutkimusprosessin johdonmukaisuus*: Tutkittavan ilmiön perusrakenteen, tutkimuksen aineistonhankintatavan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän ja tutkimuksen raportointitavan välillä tulee olla looginen yhteys ja sen tulee ulottua sekä ontologiselle että reaalisisältöjä kuvaavalle tasolle. Edellä olen kuvannut jo seikkaperäisesti kyseisiä ilmiöitä tutki-

muksessani ja katson niiden välillä vallitsevan loogisen yhteyden niin hyvin kuin se itselleni omaa taustaani vasten on ollut mahdollista.

2. *Tutkimusprosessin reflektointi ja reflektoinnin kuvaus.* Tutkijan on kyettävä perustelemaan tutkimukselliset valintansa. Kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Tutkimusraportin on annettava lukijalle mahdollisuus hahmottaa tutkimusprosessin kulku ja kokonaisuus. Tutkijan on kiinnitettävä erityistä huomiota aineiston analyysin konkreettisen etenemisen kuvaamiseen. Mielestäni olen pyrkinyt parhaalla mahdollisella tavalla raportoimaan ja refleктоimaan tutkimuksen kulkua loogisesti.
3. *Tutkimusraportin aineistolähtöisyys.* Tutkimusaineisto on tutkimusprosessin keskeisimmässä asemassa, jolloin kvalitatiivinen tutkimusprosessi etenee tutkimusaineiston ehdoilla. Tutkimuksessani on ollut laaja aineisto, josta tutkimuksen tulokset on johdettu. Aineistoa olen kuvaillut moneenkin otteeseen tutkimuksen aikana.
4. *Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus.* Kontekstilla voidaan viitata kahteen asiaan. 1) ihmisen ulkopuolisen todellisuuden kokonaisuuteen, jolloin sillä viitataan tutkimusprosessin sidonnaisuuteen tutkimustilanteessa, 2) ihmisen koettuun maailmaan eli tajunnan sisällölliseen kokonaisuuteen. Sillä viitataan siihen, että toisen ihmisen merkityssuhteet ovat mielekkäästi tutkittavissa vain hänen koetun maailmansa kokonaisuudessa. Tutkimustilanteessa potilaat olivat sairaalakontekstissa, mutta siellä he kuvailivat sitä todellisuutta, missä he olivat eläneet ja mikä oli vaikuttanut siihen millaisia he olivat siinä tilanteessa. Siitä he myös kertovat ja näitä merkitysisältöjä olen tässä tutkimuksessa selvittänyt.
5. *Tavoiteltavan tiedon laatu.* Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan saavuttaa essentiaalisesti, käsitteellisesti ja persoonakohtaisesti yleistä tietoa. Tieto on ilmaistava kielellisesti. Valitsemamme musiikkiterapiamenetelmissä potilailla oli mahdollisuus myös kielelliseen ilmaisuun kertomalla

ajatuksistaan ja musiikin herättämistä kokemuksista. Näitä ilmaisuja olen tutkimuksessani käsitellyt ja etsinyt niistä erilaisia merkityssisältöjä samalla ole pyrkinyt kuvailemaan myös niitä tunteita ja tunnelmia, mikä istunnoissa vallitsi. Pitänee kuitenkin paikkansa tässä niin kuin musiikissa yleensäkin, että ”sanat eivät riitä kertomaan” ja että ”musiikki on sanaton kieli.” Kaikkia ei voida sanoilla ilmaista. Siihen juuri musiikin teho pitkälle perustuukin.

6. *Metodien yhdistäminen.* Olen käyttänyt tässä tutkimuksessa. Nauhoitusta, litterointia, aineistoanalyysiohjelmaa ja havaintomenetelmiä ja näiden yhteistyön tuloksena päätynt johtopäätöksiin, joista olen raportoinut. Jonkin verran saimme potilailta myös piirustuksia, mutta niistä en ole tehnyt mitään johtopäätöksiä, koska niiden osuus jäi niin vähäiseksi tutkimuksessa.

7. *Tutkijayhteisö.* Tutkijayhteisö lisää tutkimuksen luotettavuutta. Toinen terapiassa mukana ollut terapeutti on tehnyt tutkimuksen potilaiden, henkilökunnan ja terapeuttien kokemuksista näistä musiikkiterapiaistunnoista ja tullut tutkimuksessaan samantapaisiin tuloksiin itseni kanssa musiikkiterapian tarpeellisuudesta syöpäsairaille ihmisille.

Lahdenveden (2000) mukaan musiikkiterapialla on suuret mahdollisuudet syöpäpotilaiden kuntouttamisessa. Tutkimuksen mukaan musiikki voi olla kohottamassa mielialaa tai apuna erilaisten tunteiden ilmaisussa ja purkamisessa. Jotkut potilaat ovat musiikkiterapiakokemuksen myötä oivalta neet musiikin yhdeksi ilmaisukanavakseen, minkä avulla he voivat kotonaan ladata itseään. (Lahdenvesi 2000, 93, 94).

8. *Tutkijan subjektiivisuus.* Tutkija on tajunnallisena olentona tutkimustyönä subjekti ja se on tuotava esiin tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkijan tajunnallisuus on Perttulan mukaan tutkimuksen välttämätön edellytys.

Olen ollut itse osana tätä tutkimusta sen jokaisessa vaiheessa. Terapioissa toimin terapeuttina yhdessä toisen terapeutin kanssa, analysoinnissa tein itse valinnat ja suunnittelin luokat ja kategoriat. Joku toinen tutkija olisi sen tehnyt ehkä toisella tavalla. Olen kuitenkin pyrkinyt olemaan rehellinen it-

selleni. Tutkimuksista tekemäni johtopäätökset olen tehnyt oman ymmärrykseni kautta. Lukijan käsitys ja ymmärrys voi olla asioista toinen. Olen kuitenkin raportoinut löydökset tarkasti, jolloin lukijalle jää mahdollisuus arvioida niiden luotettavuus.

9. *Tutkijan vastuullisuus.* Tutkijan on suoritettava kaikki tutkimukselliset toimenpiteet systemaattisesti. Tutkijan vastuullisuus on tutkimusprosessin merkittävä osa tutkimuksen luotettavuutta ja se ulottuu tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin. Vain tutkija itse voi viimekädessä arvioida tutkimuksensa vastuullisuuden. Vastuullisuus näkyy mielestäni tutkimukseni kaikissa vaiheissa. Kuinka tutkijana olen suorittanut kenttätöön, kerännyt ja analysoinut aineiston sekä raportoinut siitä. Mielestäni olen tehnyt parhaani, sen mihin olen näillä kyvyilläni ja tämänhetkisellä tietämykselläni pystynyt ja se saa mielestäni kertoa, olenko ollut tutkimuksessani vastuullinen vai en. Omasta mielestäni olen.

Tämä tutkimus on ollut suuri haaste ja näytön sekä kasvun paikka itselleni ihmisenä, terapeutina, työtoverina ja tutkijana. Kaksi ja puoli vuotta olen kantanut mielessäni ennen kaikkea sädesairaalan potilaita, jotka osallistuivat terapioihin ja siten auttoivat tämän tutkimuksen tekemisessä. Ilman heidän panostaan tämä työ olisi jäänyt tekemättä. Kiitollinen olen myös osastojen työntekijöille, jotka toimivat yhteistyössä meidän kanssamme ja olivat tuke-  
massa toimintaamme sädesairaalassa. Toivon, että tästä työstä saavat hyötyä myös syöpää sairastavat henkilöt tulevaisuudessa. Toivon myös, että musiikkiterapialla voitaisiin auttaa yhä useampaa syöpäsairasta, heidän omaisiaan ja hoitajiaan vaativassa tehtävässään. Lisäksi toivon, että musiikkiterapiatoiminta vakiintuisi jatkuvaksi kuntoutusmuodoksi Sädesairaalassa Jyväskylässä ja leviäisi myös muhin syöpäklinikoihin maassamme ja saisi olla helpottamassa syöpäsairaiden elämää sairaalakontekstin ulkopuolellakin.

## Lähteet

- Ahonen, Heidi. 1993. *Musiikki - Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet.* Loimaa: Loimaan kirjapaino. ISBN. 951-890564-9.
- Ahonen, Heidi. 1998. "Musiikillinen dialogi" ja muita musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. ISBN. 951-708-696-2.
- Ahonen, Heidi. 1997. *Musiikkiterapia lehti 2/1997.* Suomen Musiikkiterapia yhdistyksen julkaisu.
- Ahro, Leena. 1994. *Musiikkiterapian mahdollisuudet saattokodissa.* Syöpä, Cancer. 5/94 Syöpäjärjestöjen aikakauslehti.
- Aldridge, David. 1993. *The music of the body: Musictherapy in medicalsetting.* *Advances* 9 (1): 17-35
- Baily, S.L. 1983. *The effects live music versus tape-record music on hospitalized cancer patients.* *Music Therapy* 3 (1): 17-69
- Bruscia, Kennet. 1995. *Differences between quantitative and qualitative research paradigmas: Implications for music therapy.* Edit by Barbara. L. Wheeler. *Music therapy research.* ISBN. 0-9624080-3-4.
- Deeken, A. 1995. *Death education as a way to improve the quality of life cancer patients a relapse.* *Gan To Kagaku Ryoho Supp.* 1: 22-5 ISSN: 0385-0684.
- Erkkilä, Jaakko. 1996. *Musiikki ja tunteet musiikkiterapiassa.* *Musiikin emotionaalisten vaikutusten kolmidimensiomalli.* ISBN. 952-90-7413-1.



Erkkilä, Jaakko. 1997. Musiikin merkitystasot musiikkiterapian ja klinisen käytännön näkökulmasta. ISBN. 951-39-0004-5.

Erkkilä, Jaakko & Lehtonen, Kimmo. 1999. Artikkel. Selonen, Minna. Musiikilliset ja draamalliset roolit poikkitaiteelliset musiikkiterapiaryhmässä. ISBN. 952-91-0827-3.

Fagen, T.S. 1982. Musictherapy in the treatment of Anxiety and Fear in Terminal Pediatric Patients. s. 13-23.

Forsblom, Anita. Uimonen, Pirjo. 1997. Musiikkiterapiaa saattohoitotyössä. Kokemuksia Terhokodissa 1995-1997. Sibelius-Akatemian Musiikkiterapiakoulutuksen lopputyö.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sarasvaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. ISBN. 951-26-4184-4.

Jalkanen, Pekka. 1992. Pohjolan yössä. ISBN. 951-692-298-8.

Kalajokilaakso sanomalehti. 1998. 8.5. Artikkel. syövästä internetissä

Keskussairaala tiedote. 1998. Jyväskylän sädesairaala

Lahdenvesi, Mervi. 2000. Pro gradu-tutkielma. Se paljon rentouttaa ja unohtuu ne hermostumiset ja ikävät asiat. Se ottaa mukaansa. Jyväskylän yliopisto.

- Lehikoinen, Petri. Fysioakustinen menetelmä. Värähtelyenergian hoidollisia sovellutuksia. Moniste.
- Lehtonen, Kimmo. 1985. Teorian kontrapunktia. Musiikki non-doskurstiivisten merkityskokemusten ilmaisijana. Musiikkiterapia 2/85. Musiikkiterapiayhdistyksen julkaisu.
- Lehtonen, Kimmo. 1994. Musiikkiterapian professori Kenneth Bruscia päätoimittajan haastattelussa. Musiikkiterapia 2/94. Musiikkiterapiayhdistyksen julkaisu.
- Lehtonen, Kimmo & Niemelä, Merja. 1997. Kielikuvista mielikuviin. Musiikin monikerroksellisen kerronnallisuuden tarkastelua esimerkkiaineistona psykiatristen potilaiden tärkeäksi kokema musiikki. ISBN. 951-29-0873-5.
- Lindvall, Lea. 1997. Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta. Oulun yliopisto. ISBN. 951-42-6765-5.
- Lönnquist, Jouko. 1990. Psykososiaaliset tekijät ja syöpä. Syöpä, Cancer 6/90. Syöpäjärjestöjen aikakauslehti.
- Partanen, Matti. 1996. Yhteislaulu terapiavälineenä. Teoksessa H. Ahonen-Eerikäinen (toim.) Taide psykososiaalisen työn välineenä. ISBN 951-604-2.
- Perttula, Juha. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteen. Johdatusta fenomenologiseen psykologiaan ISBN951-96384-3

Porchat –Murno, S. 1988 Musictherapy in support of Cancer Patiens. Recent results in cancer research 291-294.

Rauhala, Lauri. 1986. Ihmiskäsitys ihmistyössä. ISBN 951-662-338-7.

Ratia, Sanna. 1997. Ikäihmiset ja musiikki. Viestintäseminarityö. Jyväskylän yliopisto.

Salmon, O. 1993. Music and emotion in palliative care s. 48-52

Standly, J.M. 1992. Clinical applications of music and chemotherapy. The effects on nausea. Music Therapy Perspectives 10 (1): 27-35.

Sorri, Pentti. 1984. Psykosomatiikka. Nykynäkemyksiä ja klinisiä sovellutuksia. Toim. Acte, Pakkaslahti, Rimon. ISBN 951- 1-07423-7.

Tenkanen, Leena. 1985. Psykkiset tekijät ja syöpä. Syöpä, Cancer 1/85 Syöpäjärjestöjen aikakauslehti.

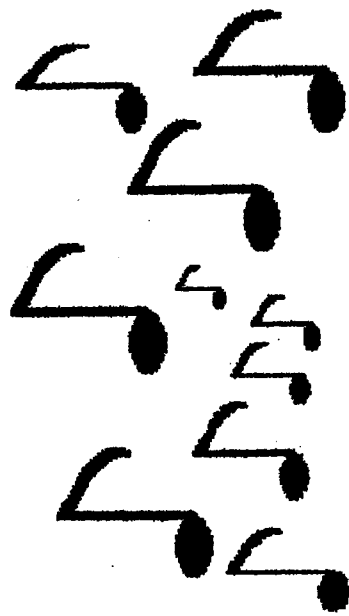
Wheeler, Barbara.L. 1995. Music therapy research. Quantitative and Qualitative Perspectives. ISBN 0-9624080-3-4.

Vierto, Harri. 1994. Syöpäpotilaan kuntoutuminen. Syöpä, Cancer 5/94. Syöpäjärjestöjen aikakauslehti.

# MUSIIKKITERAPIAA SÄDEHOITO- OSASTOILLA

Maanantaisin klo 17.00

Os. 9:llä	26.1	Os. 8:lla	9.3
	2.2		16.3
	9.2	tiistai	24.3
	16.2		30.3
	23.2		6.4
	2.3		



TERVETULOLOA MUKAAN !!!

ILMOITTAUTUMISET MAANANTAIHIN MENNESSÄ OMALLE HOITAJALLE

## **MUSIIKKITERAPIAA! - TIEDOTE SÄDEHOITO- OSASTOLLE**

Musiikkiterapiatoiminta sädehoito-osastolla alkaa tammikuun puolivälin paikkeilla ja jatkuu kevään ajan ensin osastolla 9 yhteensä kuusi kertaa ja senjälkeen osastolla 8 samoin kuusi kertaa. Tarkemmat kokoontumisajat ilmoitamme myöhemmin. Tarkoituksena olisi toimia kuuden hengen ryhmissä viikottain. Osallistujilta ei edellytetä musiikillisia taitoja. Menetelminä käytämme mm. musiikin kuuntelua, musiikkimaalausta ja yhteislaulua.

Terapian toteutuksesta vastaavat Jyväskylän yliopiston musiikki-terapian maisterikoulutusohjelman opiskelijat, vastaavana ohjaajana apulaisprofessori Jaakko Erkkilä. Musiikkiterapiatoiminnasta on tarkoitus tehdä tutkimusta opinnäytetöitä varten.

Projektiin osallistuvien potilaiden henkilötietoja ei paljasteta.

Musiikkiterapiakokeiluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tapahtuu potilaan ehdoilla. Osallistuminen on myös maksutonta. Tarkoituksena olisi tutkia musiikkiterapian käyttömahdollisuuksia syöpää sairastavien psyykkisessä kuntoutuksessa.

**Tervetuloa mukaan !!!**

Yhteistyöterveisin musiikkiterapiakokeilun työryhmän puolesta

21.12.1997

*K. J. Viljamaa*

## **SYÖPÄPOTILAIDEN MUSIIKKITERAPIATUTKIMUS**

### **POTILASTIEDOTE**

Tutkimuksen taustana on sädesairaalan kiinnostus musiikkiterapian käyttömahdollisuuksista syöpäpotilaiden kuntoutuksessa. Tarkoituksena on tehdä opinnäytetöitä Jyväskylän yliopiston musiikkiterapian maisterikoulutusohjelmassa. Tutkimus tapahtuu sädesairaalan sekä yliopiston tiloissa. Tutkimus koskee sädesairaalan vuodeosastojen 8:n ja 9:n sekä poliklinikan asiakkaita, henkilökuntaa, tutkimusta suorittavia opiskelijoita ja terapeutteja. Sairaalan henkilökunta on yhdessä asiakkaan kanssa sopinut terapiaan osallistumisesta ja tämä perustuu vapaaehtoisuuteen.

Toiminta tapahtuu ryhmä- ja yksilöterapiana kevään -98 aikana. Tapaamiset ovat kerran viikossa noin 60 min/ kerta, yhteensä 10-12 terapiaistuntoa. Tutkimus- ja terapiatilanne on luottamuksellinen. Asiakkaiden henkilötietoja ei paljasteta. Terapiatilanteista syntyvää materiaalia tullaan käyttämään asiakkaiden luvalla tutkimustarkoituksiin. Tutkimuskäytön jälkeen materiaali hävitetään. Tutkimuksen toteuttava taho on Jyväskylän yliopiston musiikkiterapian maisterikoulutusohjelma.

#### **Terapian toteutustapa:**

- \* musiikin kuuntelu
- \* laulu, soitto
- \* keskustelu
- \* musiikkimaalaus
- \* mielikuvatyöskentely

#### **Tutkimuksen toteutustapa:**

- \* haastattelu
- \* havainnointi
- \* istuntojen nauhoitus
- \* päiväkirjat
- \* terapiassa syntynyt materiaali
- \* pöytäkirjat

## SÄDESAIRAALAN MUSIIKKITERAPIAPROJEKTI

Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen maisteriohjelman opiskelijat tekevät tutkimusta musiikkiterapian mahdollisuuksista sädesairaalan syöpäpotilaiden kuntoutuksessa. Kokonaisprojektin tavoitteena on luoda musiikkiterapian käytölle tutkimuksellinen pohja.

Myöhemmin julkaistavassa tutkimusraportissa ei paljasteta kenenkään musiikkiterapiaan osallistuneen henkilöllisyyttä. Myöskään muissa tutkimukseen liittyvissä yhteyksissä henkilötietoja ei paljasteta ulkopuolisille.

Jokaisen tutkimukseen osallistuvan panos on tärkeä.

Musiikkiterapiaprosessiin osallistuminen ei vaikuta muuhun hoitoon sädesairaalassa.

### SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun siihen, että tutkimuksessa esiin tulevaa, itseäni koskevaa tietoa käytetään edellä estettyjen ehtojen mukaisesti tutkimustarkoituksiin.

Paikka \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 199 \_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Musiikkiterapiaan osallistujan allekirjoitus

**Yhteystiedot:****Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitos, musiikkiterapian maisterikoulutusohjelma.****Apulaisprofessori Jaakko Erkkilä (projektivastaava)****p. 014-601 351****Yhteyttä voi ottaa myös seuraaviin henkilöihin:****Merja Lahtinen (pkl ryhmä)****p. 014-3784926****Eija Viljamaa ( vuodeosaston ryhmä)****p. 08-423068****Mervi Lahdenvesi ( projektin tutkiminen kokonaisvaltaisemmalla tasolla)****p. 014-212097****Terhi Ruottinen (pkl yksilöterapia)****p. 014-607755**