

Opinnäytetyö (AMK)

Musiikkipedagogi

Musiikkiterapia

2013

Virve Niemeläinen

ÄÄNI SILTANA KUOLEMAAN

– Äänityöskentely musiikkiterapeutin työvälineenä
saattohoidossa

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Turun ammattikorkeakoulu

Musiikkipedagogi | Musiikkiterapeutti

Toukokuu 2013 | 53 sivua

Ohjaaja Liisa-Maria Lilja-Viherlampi

Virve Niemeläinen

ÄÄNI SILTANA KUOLEMAAN – ÄÄNI MUSIIKKITERAPEUTIN TYÖVÄLINEENÄ SAATTOHOIDOSSA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ollut tutkia kuinka äänityöskentely sopii omaksi työvälineekseni toimiessani musiikkiterapeuttina saattohoitopotilaiden kanssa. Toinen tavoite on ollut kerätä tietoa kirjallisuuden kautta muiden musiikkiterapeuttien kokemuksista samalla peilaten niihin omia kokemuksiani. Suomeksi aiheesta on kirjoitettu hyvin vähän. Kuitenkin useissa muissa maissa musiikkiterapeutit ovat työskennelleet jo vuosikymmeniä saattohoitopotilaiden kanssa. Osa heistä on käyttänyt omaa ääntään työvälineenään. Tässä työssä kerron sekä omistani että heidän kokemuksistaan. Omat kokemukseni tuon esiin esimerkein.

Äänityöskentelyllä tarkoitan tässä yhteydessä sitä, että terapeutti laulaa pitkiä vokaaliäänteitä potilaan hengityksen tahtiin ja improvisoi pääasiassa sanattomia sävelkulkuja omalla äänellään. Musiikkiterapeutin tavoitteena on potilaan kuoleman helpottaminen. Musiikkiterapeutin äänellä on tässä prosessissa merkittävä rooli.

Koska potilaalla on elinaikaa jäljellä vain vähän, saattohoidoissa tähdätään vain sen hetkiseen hyvinvointiin. Pyrkimys on, että annetut hoidot vaikuttavat välittömästi. Oman kokemukseni mukaan äänityöskentelyn avulla voidaan vastata tähän haasteeseen hyvin potilaan kaikissa kuolemaan johtavan prosessin eri vaiheissa, aina elämän loppuun asti.

ASIASANAT: musiikkiterapia, äänityöskentely, saattohoito, palliatiivinen hoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Music Pedagogue | Music Therapist

May 2013 | 53 pages

Instructor Liisa-Maria Lilja-Viherlampi

Virve Niemeläinen

VOICE AS A BRIDGE TO DEATH – VOICEWORK AS MUSIC THERAPIST'S TOOL FOR HOSPICE CARE

The aim of this study is to consider how to apply voice work as my own tool when working as a music therapist in hospice care. Information of the experiences of other music therapists has been gathered and compared to my experiences. There is not much literature in Finnish of this topic. In other countries music therapists have worked for years in hospice care and some of them have used their own voice as a tool in therapy. In this study I describe both my own and other therapists' experiences of using voice as a tool in music therapy. Concrete examples are given of my own working style in using voice.

By voice working I mean in this context a situation where a music therapist is singing long vocal phrases linking it to the patient's breathing. Music therapist's goal is the aim of facilitating the death of the patient. Music therapist's voice has a significant role in this process.

Because of the short remaining lifetime the hospice care focuses only at the patient's well-being in that very moment. The idea is to get the care impact immediately. My conclusion is that it is possible to use voice work successfully in all stages during dying process, until the very end of life.

KEYWORDS: music therapy, voice work, hospice care, palliative care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAATTOHOITO JA MUSIIKKITERAPIA	10
2.1 Palliatiivisesta hoidosta	10
2.2 Saattohoidosta	11
2.3 Musiikkiterapiasta	12
3 MUSIIKKITERAPIA SAATTOHOIDOSSA	15
3.1 Musiikkiterapia ja saattohoito	15
3.2 Potilaiden valikoituminen ja tapaamiskerrat	18
3.3 Huomioitavaa	19
3.4 Arviointi	21
3.5 Musiikkiterapeutin oma suhde kuolemaan	21
4 IHMINEN JA ÄÄNI	25
5 ÄÄNITYÖSKENTELEY	29
5.1 Ääni musiikkiterapeutin työvälineenä	29
5.2 Terapeutin ääni helpottaa potilaan hengitystä	32
5.3 Terapeutin ääni luo turvaa ja osoittaa myötätuntoa	34
5.4 Terapeutin ääni heijastelee potilaan kokemusta	37
5.5 Terapeutin ääni luo yhteyden kuolevan ja omaisten välille	39
6 SAATTOHOITOPOTILAAN KIPU	42
7 LOPUKSI	48
LÄHTEET	51

Jos haluat kuljettaa heidät

syvyyden yli,

sillan täytyy olla tuttua,

lämmintä puuta.

Vain sitä pitkin he lähtevät,

yksinkertaista puusiltaa pitkin.

Yksinkertaisia sanoja pitkin.

Rakel Liehu (1977)

1 JOHDANTO

Kuusikymmentäkaksivuotias isäni kuoli syöpään kesällä 2009. Muutamaa päivää ennen kuolemaansa hänellä oli ajoittain tajuttomuuden jaksoja, jolloin hän ei reagoinut ulkoisesti ympäristöönsä enää mitenkään. Yhden tällaisen jakson aikana päätin laulaa hänelle pitkiä vokaaliäänteitä ja yllättäen hän vastasi niihin toistamalla vastaavanlaisia ääniä. Tilanne oli siltäkin osin hätkähdyttävä, etten ollut kuullut hänen laulavan koskaan

Olen usean vuoden käyttänyt ääntä työvälineenä eri yhteyksissä ja eri asiakasryhmien kanssa työskennellessäni. Ajattelin äänityöskentelyn soveltuvan hyvin myös saattohoitopotilaille ja isäni kanssa koettu tapahtuma vakuutti minut siitä lopullisesti.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ollut tutkia kuinka äänityöskentely sopii omaksi työvälineekseni toimiessani musiikkiterapeuttina saattohoitopotilaiden kanssa Karinakodissa, jossa olen työskennellyt heidän kanssaan kerran viikossa kesäkuusta 2012 lähtien. Toinen tavoite on ollut kerätä tietoa kirjallisuuden kautta muiden musiikkiterapeuttien kokemuksista samalla peilaten niihin omia kokemuksiani.

Suomeksi on kirjoitettu hyvin vähän saattohoitopotilaiden musiikkiterapiasta. Kuitenkin useissa muissa maissa musiikkiterapeutit ovat työskennelleet jo vuosikymmeniä saattohoitopotilaiden kanssa. Heistä mm. amerikkalainen Cheryl Dileo (tässä työssä myös nimellä Cheryl Dileo-Maranto), kanadalainen Susan Summers, australialainen Brigit Hogan sekä saksalainen Susan Weber ovat käyttäneet omaa ääntään työvälineenä saattohoitopotilaiden kanssa musiikkiterapeuttina työskennellessään. Tässä työssä kerron sekä omistani että heidän kokemuksistaan. Omat kokemukseni tuon esiin esimerkein, jotka ovat suoria lainauksia työskentelypäiväkirjastani. (Työskentelypäiväkirjani tekstit ovat

alkuperäisessä kieliasussaan.) Ne esiintyvät muun tekstin seassa kursivoituina. Olen ennättänyt työskennellä jo monen potilaan kanssa. Usea esimerkki sopisi moneenkin heistä. En usko, että potilaan henkilöllisyyttä voi tunnistaa esimerkeistä, mutta varmuuden vuoksi olen pyöristänyt heidän ikänsä viiden vuoden välein.

Musiikkiterapeutin työtä saattohoitopotilaiden kanssa ajatellen työskentelylle erityisen merkityksen antaa se tieto, että ihmisen aistitoiminnot katoavat elämänkaaren lopussa päinvastaisessa järjestyksessä kuin ne sikiökaudella alkoivat. (Sutinen 2004, 84) Kuuloaisti on tässä keskeisessä asemassa. Kuuloaistimukset ovat enimmäisiä ja viimeisiä kontakteja ulkomaailmaan tajuttomuuteen vaivuttaessa tai siitä herätessä (Lehtonen 2010, 243). Korva on yleensä ensimmäinen aistielin, joka alkaa toimia sikiökaudella ja yleensä viimeinen, joka lakkaa toimimasta elämän päättyessä. Äänityöskentelyn avulla voidaan tavoittaa syvällä olevia tajunnan tasoja vielä silloinkin, kun potilas on hyvin lähellä kuolemaa eikä hän enää ulkoisesti reagoi ympäristöönsä.

Oma ääni on yksi musiikkiterapeuttien käyttämistä työvälineistä. Äänityöskentelyllä tarkoitan tässä yhteydessä sitä, että terapeutti laulaa pitkiä vokaaliäänteitä potilaan hengitysrytmin tahtiin ja improvisoi sanattomia sävelkulkuja omalla äänellään. Potilaan ei tarvitse osallistua äänen tuottamiseen, eikä hänellä tarvitse olla musiikillista taustaa. Hänen ei tarvitse myöskään olla täysin tajuissaan työskennellessämme.

Kuolema on läsnä koko ajan saattohoitopotilaiden kanssa työskenneltäessä. Dileon (2006, 324) mukaan musiikkiterapeutin perimmäisenä tavoitteena lähellä kuolemaa olevan potilaan kohdalla on kuoleman helpottaminen. Tässä potilaan prosessissa musiikkiterapeutilla on useita rooleja: saattaja, opas, prosessin

todistaja ja muutoksen edistäjä. Terapeutin ääni ottaa tässä prosessissa merkittävän roolin.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2004, 51) on julkaissut vuonna 1975 YK:n julkaiseman kuolevan oikeuksia koskevan julistuksen. Mielestäni musiikkiterapeutti pystyy huomioimaan julistuksessa olevat kohdat hyvin työskennellessään saattohoitopotilaiden kanssa. Tässä opinnäytetyössä olen jakanut julistuksen osat eri kappaleiden alkuun. Omaa suhdettani kuolemaan tuon tässä työssä esiin Rakel Liehun (1977) runojen sekä liettualaisen säveltäjä ja kuvataiteilija Mikalojus Ciurlioniksen (1903) taideteosten kautta. Ciurlioniksen taideteokset ovat osia hänen ”Funeral Symphony” nimisestä kokoelmastaan. Olen sijoittanut maalaukset eri järjestykseen kuin mitä Ciurlionis on ajatellut. Näin ne kuvaavat paremmin omaa mielenmaisemaani.



Ciurlionis (1903): Funeral symphony IV

2 SAATTOHOITO JA MUSIIKKITERAPIA

Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.

Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä, muuttuuko sen tavoite.

Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä, vaikka toivo muuttuisi.

Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.

(ETENE 2004)

Tässä luvussa tuon lyhyesti esiin määritelmät työni keskeisistä kehyksistä: palliatiivisesta hoidosta, saattohoidosta ja musiikkiterapiasta.

2.1 Palliatiivisesta hoidosta

”Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei ole enää parannettavissa eikä hoidon päämäärä ole elämän pidentäminen mihin hintaan hyvänsä. Sana palliatiivinen tarkoittaa oireenmukaista, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa” (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2013).

” Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys ja samalla psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä elämäntarkoituksellisiin asioihin paneutuminen. Palliatiivisessa hoidossa tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. Palliatiivinen hoitotarkoituksellisuus hyväksyy elämän rajallisuuden. Sen mukaan kuoleminen kasvaa esiin koko eletyn elämän taustalta. Palliatiivisen

hoidon tehtävä on koko sairaan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen niin, että he voisivat elää täysipainoisesti ja laadukkaasti ja, että potilas voisi kuolla arvokkaasti.” (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2013).

2.2 Saattohoidosta

Saattohoito eli kuolevan potilaan hoito on osa palliatiivista hoitoa kuoleman välittömässä läheisyydessä tarkoittaen usein ajallisesti potilaan viimeisiä elinviikkoja ja -päiviä. Saattohoito on kokonaisvaltaista hoivaa: kykyä olla läsnä, kuunnella, vastata potilaan tarpeisiin sekä ylläpitää toivoa. Hoidon ainoana tavoitteena on potilaan fyysisen ja psyykkisen kärsimyksen vähentäminen sekä paras mahdollinen elämänlaatu. (Holli & Saarto 2006, 845; Laaksonen ym. 2010, 469.)

Saattohoidossa tärkein ero verrattuna akuuttiin lääketieteeseen on se, että potilaan ja potilaan perheen omat halut ja tarpeet asetetaan ensisijaisiksi. Näin ollen hoitotoimenpiteet ovat alistaisia potilaan ja perheen hyvinvoinnille. Saattohoidon piirissä kuolemaa ja siihen liittyviä kysymyksiä ei välttämättä käsitellä ongelmina. Kuolema ajatellaan normaaliksi tapahtumaksi johon voi liittyä positiivisia puolia. Kuolevan lähellä olemiseen ja hänen kuoleman hetkeen voidaan liittää arvoja, jotka tukevat jälkeenjääneiden omaisten elämää. (Hänninen 2004, 315.)

Saattohoito on ihmistä lohduttavaa hoitoa, jonka tarkoituksena ei ole parantaa vaan olla saapuvilla, mukana kuoleman lähestyessä. Läsnäolo on keskeinen käsite ihmisen kuolemaan saattamisessa. Inhimillinen läsnäolo helpottaa lähestyvän kuoleman aiheuttamaa pelkoa. Läsnäolo ei ole sidoksissa käytettyyn aikaan.(Hänninen & Pajunen 2006, 100.)

Hoitosuhteessa korostuu voimakkaasti läsnäolon lisäksi välittäminen, kuuntelu, sanaton viestintä ja kosketuksen avulla viestiminen. Hoitosuhteen onnistumisen edellytys on hoitavan henkilön läsnäolo vuorovaikutustilanteissa, potilaan hyväksyminen ehdoitta ja halu ymmärtää häntä. Potilas tarvitsee tukea ja aikaa kuoleman läheisyyteen liittyvän ahdistuksen kohtaamiseen ja käsittelyyn. Osa hoitoa ja hoidettavan tukemista on myös potilaan elämäntarinan kuuntelu ja myönteisten muistojen vahvistaminen. (Heikkinen ym. 2004, 45 - 47, 51.)

2.3 Musiikkiterapiasta

Musiikkiterapia on ammatillisen koulutuksen saaneen musiikkiterapeutin toteuttamaa suunnitelmallista ja tavoitteellista hoitoa ja kuntoutusta, jossa musiikin eri elementtejä käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Musiikkiterapiaa käytetään sekä kokonaihoidon osana, muiden hoitomuotojen rinnalla että pääasiallisena hoitomuotona. Musiikkiterapialla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa. Musiikkiterapia soveltuu kaiken ikäisille. Potilaalla ei tarvitse olla musiikillista taustaa. (Dileo-Maranto 1999, 157; Punkanen 2011, 62; Suomen musiikkiterapiayhdistys Ry 2013.) Saattohoidossa musiikkiterapeutti on osa moniammatillista työryhmää.

Musiikkiterapian menetelmiä ovat mm. musiikin kuuntelu, laulaminen, soittaminen, improvisointi, fysioakustinen hoito ja tietenkin keskustelu. Musiikkiterapiassa musiikki on väline, ei itsetarkoitus. Musiikki aktivoi alitajuista mielenmaisemaa. Sen avulla voi käsitellä vaikeitakin asioita turvallisesti, symbolisen etäisyyden päässä. Musiikki saa aikaan vuorovaikutusta ja antaa esteettisiä kokemuksia sekä tuottaa mielihyvää. Musiikki saa aikaan myös fysiologisia vaikutuksia. Sen avulla voidaan stimuloida tai rauhoittaa. (Suomen

musiikkiterapiayhdistyt Ry 2013.) Tässä opinnäytetyössä käyttämäni musiikkiterapian menetelmä on äänityöskentely.

Musiikilla on kyky vaikuttaa potilaaseen sekä biolääketieteellisellä että psykososiaalisella tasolla samanaikaisesti. Näin musiikki on erityisen tehokas ja välitön hoitomodaliteetti lääketieteellisten sairauksien hoidossa. Musiikki, toisin kuin useimmat muut lääketieteelliset interventiot, ei loukkaa eikä aiheuta kipua potilaalle. Musiikin käytön esteet ovat vähäiset ja sivuvaikutukset enimmilläänkin vähäiset. Musiikki on potilaalle helppokäyttöistä hoitomuotona ja se sallii potilaan ottaa jossain määrin vastuuta omasta hoidostaan ja osallistua siihen. Musiikin kustannusten ja tehon välinen suhde on hyvä, kun sitä vertaa muuntyyppisten lääketieteellisten interventioiden kustannuksiin. (Dileo-Maranto 1999, 160 - 161.)

Musiikkiterapiassa musiikkia voidaan hyödyntää monipuolisesti hoidon ja kuntoutuksen välineenä tietoisesti ja systemaattisesti käytettynä. Punkasen (2011) mukaan tutkimukset osoittavat, että rauhoittavan musiikin avulla voidaan mm. hidastaa sydämen sykettä, hidastaa hengitystä, laskea verenpainetta ja vähentää lihasjännitystä. Hän viittaa myös vuonna 2006 julkaistuun Cochrane-katsaukseen, jonka tutkimustulokset musiikin vaikutuksesta osoittivat, että musiikki lievittää kipua, vähentää morfiinijohdannaisten analgeettien tarvetta ja lisää niiden potilaiden määrää, jotka kokevat kivun lievittyneen 50%. Cochrane-katsaus kokosi yhteen 51 satunnaistetun, kontrolloidun tutkimuksen tulokset. (Emt. 2011, 54 - 56, 63.)



Ciurlionis (1903): Funeral symphony VI

3 MUSIIKKITERAPIA SAATTOHOIDOSSA

Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaa koskevat tunteeni.

Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.

Minulla on oikeus tiedonsaantiin.

Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.

(ETENE 2004)

3.1 Musiikkiterapia ja saattohoito

Dileon (2011, 327) mukaan äänityöskentelyn perimmäinen tavoite lähellä kuolemaa olevien potilaiden kohdalla on kuoleman helpottaminen. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi kivun poistamista, ahdistuksen lieventämistä, elämänkaaren läpikäymistä, huolenpitoa läsnä olevista perheenjäsenistä ja varmuutta siitä, että perheenjäsenet selviytyvät potilaan kuoltua. Jokaisen potilaan kohdalla näiden asioiden painotukset vaihtelevat ja terapeutti kunnioittaa niitä. Lisäksi terapeutilla on sanoinkuvaamaton etuoikeus olla läsnä potilaan elämän viimeisissä hetkissä. (Emt.)

Saattohoitopotilaat ovat yleensä hyvin väsyneitä. Musiikkiterapia sopii hyvin heidän hoitomuodokseen senkin takia, että musiikkiterapiassa potilaalta ei edellytetä välttämättä muuta kuin fyysistä läsnäoloa terapiassa (Saloheimo 1989, 99). Musiikkiterapia perustuessa kuunteluun häneltä ei välttämättä edellytetä myöskään itseilmaisua tai muutakaan näkyvää aktiivisuutta (Lehtonen 2011, 79).

Dileo-Maranton (1999, 167) mukaan saattohoidossa passiiviset musiikkikokemukset ovatkin mm. lieventäneet kipua, vieneet huomiota sairaudesta pois, vähentäneet levottomuutta ja avuttomuutta sekä auttaneet potilasta käsittelemään sairautta ja kuolemaa.

Musiikkiterapeutti voi tukea saattohoitopotilasta koko kuolemaan johtavan prosessin ajan aina elämän päättymiseen asti. Olenkin samaa mieltä Lehtosen (1998) kanssa siitä, että musiikin ominaisuus sanattomana kommunikointimuotona tekee siitä erityisen laaja-alaisen terapiamuodon myös saattohoidossa. Lehtosen mukaan tämä musiikin erityisominaisuus antaa mahdollisuuden yhteyden luontiin myös potilaan kanssa, joka on jo hyvin lähellä kuolemaa. Äänen avulla voidaan kommunikoida sellaistenkin potilaiden kanssa, jotka eivät pysty kommunikoimaan enää puhuen tai jotka eivät ymmärrä puheessa välitettyjä sisältöjä. Äänen avulla voidaan tavoittaa syvällä olevia tajunnan tasoja, jotka pystyvät vielä reagoimaan ja kokemaan ulkoisia ärsyksiä. (Lehtonen 1989, 45.)

Psykodynaamisesti orientoituneet musiikkiterapeutit uskovat musiikilla olevan kyky liikuttaa ihmisen psyykkisiä rakenteita ja nostaa sieltä esiin monia unohduksiin painuneita muistoja ja mielikuvia ja siten auttaa niihin liittyviä vaikeitakin tunteita purkautumaan (Ahonen 2000, 133). Tämä musiikin erityisominaisuus tulee ilmi myös saattohoitopotilaiden kanssa työskenneltäessä ja helpottaa mm. elämänkaaren läpikäymistä.

Grönlundin ja Huhtisen (1998) mielestä musiikki sopii hyvin yhtenä - alueena kuolevan hoitoon. He muistuttavat kuitenkin siitä, että musiikkia kuolevan hoidon osana käyttävän on oltava asiantuntija. Heidän mielestään musiikki auttaa tunteiden vapautumista ja ilmaisemista sekä syventää potilaan prosessia. Jatkuva musiikki luo aallon, joka kantaa ihmistä eteenpäin vaikeissa

kokemuksissa ja ylitsepääsemättömissä ongelmissa. Se auttaa voittamaan psyykkiset esteet, antautumaan ja hyväksymään. Se voi auttaa myös aggressioiden sekä emotionaalisten ja psyykkisten kipujen esiintulossa. (Emt. 1998, 87, 89.)

Turvallisessa hoitosuhteessa potilas voi kohdata oman kärsimyksensä ja kuolemansa sekä läpikäydä ajatuksiaan ja tunteitaan elämän päättymisestä (Hänninen & Anttonen 2008, 25). Hogan (2006, 72) kertoo saattohoitopotilaiden kanssa työskennellessään olevansa hyvin tietoinen musiikin eri elementeistä (esim. sävelkorkeus, melodia, rytmi, väri jne.) ja pyrkivänsä käyttämään niitä hyvkseen. Hänen mielestään niitä hyväksi käyttäen on mahdollista saada yhteys potilaan inhimillisiin ulottuvuuksiin, jotka saattavat olla lukkiutuneet ja jumittuneet sairauden seurauksena. Musiikin eri elementit avaavat ja purkavat lukkoja hellävaroin ja luovasti ja auttavat potilasta eheytyämään ja saavuttamaan tasapainoa.

Dileo-Maranto (1999, 162 - 163) muistuttaa siitä, että potilaan fysiologiset, psykologiset ja kognitiiviset reaktiot musiikkiin ovat yksilöllisiä. Niinpä musiikki, jota käytetään, täytyy suunnitella potilaalle sopivaksi huolellisen valinnan kautta, jotta se vastaisi potilaan yksilöllisiä päämääriä. Silloin, kun terapeutin tavoite on vaikuttaa potilaan fysiologisiin reaktioihin, musiikin eri elementit voivat olla halutun reaktion avainmääritteitä. Terapeutin täytyy tutkia näitä eri elementtejä voidakseen päättää, ovatko ne yhtenäisiä terapeutin tavoitteen kanssa. Esimerkiksi musiikin sykettä voidaan tarkastella sellaisena kuinka se resonoi potilaan hengityksen rytmin tai sydämen lyöntitiheyden kanssa. (Emt.)

Lauloin pitkiä vokaaliäänteitä kuusikymmentävuotiaalle naiselle. Lopetettuani hän oli ihmeissään siitä, kuinka hän muisti asioita, joita hän ei ollut muistanut pitkään aikaa. Hänen mielestään laulamani musiikki antoi paljon tilaa ja samalla vaikutti voimakkaasti

alitajuntaan, vaikka se ei kuitenkaan hänen mielestään johdatellut hänen ajatuksiaan..

3.2 Potilaiden valikoituminen ja tapaamiskerrat

Saattohoitopotilaiden kanssa Johannes Hospiz d. Barmherzigen Brüder nimisessä saattohoitokodissa kaksi kertaa viikossa työskentelevä saksalainen musiikkiterapeutti Susan Weber (2006, 96) kertoo, ettei hänen työympäristössään ole mitään virallista tapaa sille, kuinka potilaat valikoituvat musiikkiterapiaan. Koska potilaiden vaihtuvuus on suuri, hän tarkistaa normaalisti ensin onko hänen potilaansa vielä elossa. Sen jälkeen hän kysyy henkilökunnalta, kuka voisi olla sopiva potilas hänelle tai, onko joku kysynyt häntä.

Omat potilaani valikoituvat vastaavalla tavalla. Henkilökunta päättää kenen luokse voin mennä tai keneltä potilaalta (tai hänen omaiseltaan) voin kysyä, haluaako hän työskennellä kanssani. Kontaktin synnyttyä pyrin jatkossa tapaamaan potilaani kerran viikossa niin kauan kuin hän sitä haluaa tai hänen elämänsä päättymiseen asti. Yhdenkin tapaamiskerran merkitys korostuu, koska useimmiten hoitosuhteet jäävät lyhyiksi. Potilaat asuvat ennen kuolemaansa Karinakodissa keskimäärin kolme viikkoa.

Työskennellessäni saattohoitokodissa kerran viikossa olen havainnut, että viikko on hyvin pitkä aika tapaamiskertojen välillä. Potilaan tila voi olla hyvin erilainen kuin mitä se oli edellisellä tapaamiskerralla tai hän on saattanut kuolla. Seuraavan tapaamiskerran sisältöä ei voi suunnitella etukäteen. Tärkeää onkin, ettei ennen uutta tapaamiskertaa oletta eikä odota mitään. Hyvin usein on käynyt niin, että olen ennättänyt työskennellä potilaan kanssa vain kerran.

3.3 Huomioitavaa

Kun musiikkiterapiaa tehdään saattohoidossa tulee huomioida se, mistä Holli ja Saartokin (2006) muistuttavat: Saattohoidossa tulee huolehtia hyvästä oireita lievittävästä hoidosta siten, että hoitojen tulee vaikuttaa välittömästi ja toisaalta tähdätä vain sen hetkiseen hyvinvointiin, koska aikaa on todennäköisesti jäljellä vähän.(Emt. 2006, 845.)

Summers (2011, 302) muistuttaa siitä, että koska saattohoidossa aika, energia ja voimavarat ovat rajallisia, ainoastaan ”tässä ja nyt” hetki on merkityksellinen kaiken tulevaisuuden ollessa epävarmaa. Aiemmin kävi jo ilmi, että läsnäolo on keskeinen asia saattohoidossa. Hännisen (2004, 314) mukaan se asettaa hoitohenkilöstön työlle suuria vaateita. Kyky olla inhimillinen ja ammatillinen yhtäaikaan on erityisosaamista, jota saattohoitotyötä tekevältä odotetaan.

Potilaalle tarjotaan musiikillisen kohtaamisen avulla mahdollisuutta olla ”tässä ja nyt” fyysisesti, psyykkisesti sekä hengellisesti. Tämä on potilaalle turvallinen tapa olla yhteydessä terapeuttiin aistien ja tunteiden tasolla.(Austin 2008, 31.) Vokaalipsykoterapiamallin kehittänyt Diana Austin (2008, 30 - 31) kertoo erään hänen asiakkaansa kuvaelleen heidän yhteistä työskentelyään näin: *Yhteydessä olo omiin tunteisiin ja kehoon tällä tavoin oli aistillinen kokemus. Loppua kohden tunsin olevani hyvin lähellä sinua. Sinun äänesi oli syvä ja värähteli sisälläni. Oli kuin olisin voinut tuntea äänesi kehossani. Se oli miellyttävää ja rauhoittavaa.* (Emt.) Vaikka omat potilaani eivät useimmiten ole jaksaneet laulaa mukana laulaessani, he ovat sanoittaneet omia kokemuksiaan vastaavalla tavalla. Esimerkiksi useat heistä ovat kertoneet kuinka ääneni tuntui aivan kuin virtaavan heidän lävitseen.

Työskenneltäessä henkilöiden kanssa, joilla on hyvin vähän elämää jäljellä, terapeutin täytyy olla tietoinen siitä, että interventiot saattavat olla melko lyhyitä.

Kuolevan potilaan tarpeet voivat muuttua nopeasti ja hänellä on ehkä hyvin vähän fyysistä ja/tai psyykkistä voimaa. (Dileo 2011, 322.) On myös tärkeää huomioida jokaisen potilaan olevan erilainen eri päivinä riippuen hänen sen hetkisestä tilastaan ja siitä, missä vaiheessa hän on omassa kuolinprosessissaan (Summers 2011,316).

Useimmat tapaamani potilaat ovat olleet niin väsyneitä, etteivät he ole jaksaneet juurikaan puhua. Tällöin merkityksellisiksi asioiksi on noussut mm. yhteinen jaettu, syvä ja pitkä katse sekä kädestä pitäminen. Olen samaa mieltä Martin ym. (2010, 78) kanssa siitä, että levollisella hengitysellä (johon musiikkiterapeutti lisää mukaan äänen) ja rauhoittavan hyväksyvällä katseella luodaan potentiaalista tilaa ja kokemusta siitä, ettei ole mitään hätää.

Lauloin pitkiä vokaaliäänteitä kahdeksankymmentävuotiaalle miehelle. Laulaessani hän huokaili välillä syvään. Tuntui kuin ääneni olisi auttanut häntä hengittämään syvemmmn. Hän ei halunnut minun laulavan kovinkaan kauan, mutta lopetettuani laulamisen, hän halusi pitää minua kädestä kiinni. Jaoimme näin pitkän aikaa yhteisen hiljaisuuden.

Menin henkilökunnan pyynnöstä tapaamaan kahdeksankymmentävuotiaasta naista. Hän ei puhunut mitään. Ennen aloittamistani hoitaja vaihtoi hänen asentonsa paremmaksi. Itse hän ei jaksanut liikkua juuri ollenkaan. Jonkin aikaa pitkiä vokaaliäänteitä laulettuani hän alkoi yllätyksekseni liikehtimään ja ajattelin, että ehkä äänityöskentely ei tunnu hänestä mukavalta, mutta hän toikin käden peiton alta ja ymmärsin, että hän halusi ottaa kädestäni kiinni. Hetken häntä kädestä pidettyäni päästin otteeni irti. Hän toi toisenkin käden peiton alta ja risti kätensä. Jonkin ajan kuluttua hän yritti sängyn laidan yli kurottautua syliini. Laitoin kitaran pois ja asettelin hänet sänkyyn parempaan asentoon. Pidin häntä molemmilla käsilläni kiinni, silittelin häntä ja jatkoin laulamista. Meinasin lähteä pois, mutta hän avasi silmänsä ja katseli hetken aikaa minua. Tein vielä hetken ääntä, kunnes hän nukahti.

3.4 Arviointi

Dileon (2011, 323) ja Summesin (2011, 309 - 310) mukaan saattohoitopotilaiden kanssa työskenneltäessä tärkein kliininen arviointi tapahtuu usein terapeutin astuessa huoneeseen. Terapeutin on tarkasti ja nopeasti havainnoitava potilaan (ja mahdollisesti läsnäolevien omaisten) fyysinen ja emotionaalinen tila sekä huoneessa vallitseva ilmapiiri. Sen jälkeen hänen on nopeasti reagoitava näihin asioihin ja laadittava hyvin lyhyessä ajassa musiikkiterapian suunnitelma. (Emt.)

Terapeutin täytyy tehdä jokaisesta terapiaistunnosta itsessään ehyitä. Koska potilaan kuolemaa ei voi ennustaa, työn erityisiä kliinisiä kysymyksiä ei voi lykätä myöhempisiin istuntoihin. Kaikki ratkaistavissa olevat kysymykset tulisi ratkaista lyhyessä musiikkiterapiakohtaamisessa. (Dileo 2011, 322.) Koska terapeutti tapaa asiakkaan mahdollisesti vain kerran, Summersin (2011, 309) mielestä luottamuksen on synnyttävä heti potilaan ja terapeutin välille. Yksi terapiakerta pitää siis sisällään ikään kuin koko terapian kaaren.

Summersin (2011, 310, 316) mukaan jatkuvalla arvioinnilla ja potilasta tarkkailemalla terapeutti voi oppia, mitä ja miten hänen tulee tarkkailla sekä näkemään kuinka paljon potilas jaksaa vastaanottaa ääntä. Summers kertoo tarkkailevansa koko ajan myös potilaan ja muiden saattohoidossa tapaamiensa henkilöiden aiheuttamaan vastatransferenssia itsessään. Lisäksi hän kertoo tarkkailevansa usein itseään varmistaakseen sen, että hänen tekemänsä päätökset, valinnat sekä interventiot ovat perusteltuja. (Emt.)

3.5 Musiikkiterapeutin oma suhde kuolemaan

Tämän saattohoidossa tehtävän musiikkiterapiatyön erityispiirre on se, että kaikki potilaat kuolevat. Potilaan kohdatessani ajattelen, että tutustumme

toisiimme potilaan elämän tässä vaiheessa. Useimmiten potilaalla on pitkä elämä takanaan. Hän on saanut elää ja nyt on hänen aikansa kuolla. Me kaikkihan kuolemme joskus.

Grönlund ja Huhtinen (2011, 193) muistuttavat, että kuolema on hätkähdyttävä, odotettunakin. Yllätyksellisyydellään se voi opettaa ihmistä. Ihmisen kohdatessa kuolevan hän joutuu usein huomaamaan, miten vähän hän tietää, taitaa ja miten monenlaisia tunteita hän tuntee. (Emt.)

Työskennellessään saattohoitopotilaiden kanssa terapeutti tulee kohtaamaan suurella todennäköisyydellä omat kuolemaan liittyvät ennakkoluulonsa ja pelkonsa potilaiden käydessä läpi omaa kuolinprosessiaan. Omat potilaani ovat sanoittaneet ääneen kaikki ne asiat, mitkä ovat liittyneet omaan kuolemanpelkooni. Onkin tärkeää, että terapeutti on käsitellyt omaa suhdettaan kuolemaan ja, että hän käy työnohjauksessa.

Potilaat ja omaiset käyvät vaikeita asioita läpi. Silloin, kun omat potilaani ovat jaksaneet puhua, he ovat puhuneet enimmäkseen juuri kuolemaan liittyvistä asioista. He ovat muistelleet jo kuolleiden omaistensa kuolemia, traumaattisia tapahtumia elämänsä aikana tai puhuneet omista hautajaisistaan. Jos potilas on toivonut minun laulavan jotain tiettyä laulua, nämä laulut ovat kytkeytyneet edellä mainittuihin asioihin. Monet potilaat prosessoivat myös sitä, kuinka ystävät ja omaiset itkivät niin paljon vieraillessaan potilaan luona tai puhelimesta. Jos omaiset ovat mukana tavatessani potilaita, he itkevät usein. Terapeutin täytyy pysyä näissä tilanteissa rauhallisena ja hallita omat tunteensa.

Yhdyn Grönlundin ja Huhtisen (2011, 199) ajatuksiin: ”On helppo ymmärtää, että kuolevan ihmisen hoitaminen tarvitsee ammatillisen koulutuksen saaneita ihmisiä, jotka pystyvät tiedon ja työssä tarvittavien käytännön toimien taitamisen lisäksi ilmaisemaan omia tunteitaan, surua, kaipausta ja kiintymystä yhtälailla kuin kuolemaa kohtaan tuntemaansa pelkoa ja sen aiheuttamaa kauhua ja kieltämistä. Kuoleva kutsuu hoitavaa tähän kokemukseen. Kokemus on joka kerta ainutlaatuinen. Sellaisena se kysyy paljon voimia hoitotyötä tekevältä, mutta samalla se antaa paljon ja rikastuttaa tekijänsä kokemusmaailmaa” (Emt).

Kerran kahlaat rannalle,

ja aurinko loistaa

lävitsesi.

Hämmästytt,

ruumiisi seinä on

joka puolelta

poissa.

Rakel Liehu (1977)

4 IHMINEN JA ÄÄNI

Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.

Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.

(ETENE 2004)

Ihminen ei ota äänen värähtelyvaikutuksia vastaan pelkästään korvillaan, vaan koko kehollaan. Ihminen on kuin luotu ottamaan vastaan värähtelyä. Lehtirannan (2004) mukaan kehostamme on 2/3 ja aivoistamme 3/4 vettä. Solumme ovat siis lähes täysin nestettä. Ääni etenee vedessä n. 4,5 kertaa nopeammin kuin ilmassa. Luustomme johtaa suurenmoisesti värähtelyä. Korva on ensimmäinen aistielin, joka alkaa toimia (jo 18 – 19. raskausviikolla) ja yleensä viimeinen, joka lakkaa toimimasta. (Emt. 2004, 23, 24, 85.)

Lehtiranta (2004) ilmaisee kauniisti äänten vaikutuksen ihmiseen: ”Äänet ”soittavat” ihmistä. Ääni on fysikaalinen ilmiö. Äänten kulkeutuessa ihmiskehon lävitse ne vaikuttavat kehon nesteisiin, soluihin ja aivoaaltoihin sekä värähdyttävät luustoa, kudosta ja sisäelimiä” (Emt. 2004, 30).

Lehtosen (1996, 25; 2010, 224 - 243) mukaan kuulohavainto on avaruudellinen kokemus, joka muistuttaa kosketusaistia. Kuuloärsykkeet saavuttavat kuulijan lähes samalla intensiteetillä matkankin päästä kuin välittömästä läheisyydestä. Kuulokokemukset ovat aina osa elämysmaailmaamme. Emme voi ”sulkea korviamme”, vaan kuuloaisti on aina ”valveilla”. (Emt.)

Meillä kaikilla ihmisillä on syvä suhde ääneen. Kuuloaistimme alkaa kehittyä siis jo hyvin varhaisessa vaiheessa sikiöaikanaamme. Äidin ääni värähtelee kohdussa ja niinpä voidaan ajatella, että mm. äidin ääni vaikuttaa jo aivan raskauden alkuvaiheesta lähtien sikiöön tuntojärjestelmän kautta.(ks. lisää Marjanen 2009.) Huotilaisen (2004; 2006) mukaan sikiön kuulojärjestelmä on aktiivinen korvasta aivokuorelle asti pian raskauden puolen välin jälkeen. Sikiö kuulee ulkomaailman äänet kohtuun vaimennettuina, mutta nykytutkimusten mukaan yllättävän selkeinä ja vääristymättöminä. Vastasyntynyt pystyy tunnistamaan äidin äänen lisäksi muiden perheenjäsenien äänen sekä mm. musiikin, mitä äiti on kuunnellut tai laulanut toistuvasti raskauden aikana. (Emt. 2004, 15; 2006, 144.)

Sikiön aistijärjestelmistä ensimmäisinä kehittyvät tuntojärjestelmän aistisolut. Tuntojärjestelmässä nähdään myös ensimmäinen ärsykkeen aiheuttama reaktio. Kysymyksessä on selkäytimen ja aivorungon säätelemä refleksi, joka havaitaan kahdeksannen raskausviikon jälkeen hiuskosketukseen suun ja posken alueella jo ennen aivojen kehittymistä. Jo raskauden alkuvaiheessa sikiön tuntoaisti kehittyy siis sellaiseksi, että sikiö pystyy tuntemaan hyvin heikon kosketuksen ja reagoimaan siihen vastakosketuksella. (Huotilainen 2004, 14; 2006, 141.)

Musiikin aivotutkimus on paljastanut sen, että aivomme reagoivat musiikkiin myös arkaaisella tasolla aivojen syvissä osissa. Syvät osat, kuten manteliumake ja hippokamus, huolehtivat elintoiminnoistamme kokonaisuudessaan sikiöaikana ja valtaosin ensimmäisten elinvuosiemme aikana. Nämä osat muovautuvat nimenomaan lapsuudessa käsittelemään mielihyvää ja esimerkiksi pelkoa. Vielä aikuisiälläkin ne huolehtivat ”vaistotoiminnoistamme”. Toiminnallisten magneetikuvaustutkimusten valossa musiikki on ärsyke, jolla on suora yhteys näiden aivojen osien toimintaan. Jo

sikiöaikana kehittyvät aivojen syvät osat ovat siis erityisen vastaanottavaisia musiikillisille äänille. (Huotilainen&Fellman 2009, 2573-2574,2577.)

Sutisen (2004) mukaan ”tajuttomilla kuolevilla ruumiinkieli voi saattohoitovaiheessa olla kaikkein varhaisimpien aistitoimintojen aktivoimista, kun ärsykeitä annetaan ulkoapäin tuotettuina elämyksinä. Koska *Ihmisen aistitoiminnot katoavat elämänkaaren lopussa päinvastaisessa järjestyksessä kuin ne sikiökaudella alkoivat* esimerkiksi keinuttelulla, värähtelyelämyksillä, ja luonnonäänillä voi yhteyden ulkomaailmaan menettäneelle kuolevalle olla suuri merkitys. Ne saattavat olla herkkiä kytköskohtia omaan vielä toimivaan elimistöön” (Emt. 2004, 84). Kuten jo aikaisemmin on todettu, kuuloaisti kehittyy hyvin varhain sikiökaudella. Tämän tiedon valossa äänityöskentelyä voidaan pitää mielestäni hyvin merkityksellisenä hoitomuotona saattohoitopotilaita hoidettaessa.

Tajuttomuuteen vaipuessa tai siitä herätessä kuuloaistimukset ovat viimeisiä tai ensimmäisiä kontakteja ulkomaailmaan (Lehtonen 2010, 242 - 243). Silloinkin, kun potilas on jo hyvin lähellä kuolemaa, hän siis kuulee ympärillään olevia ääniä. Saattohoitopotilas saattaa olla hyvin kosketusarka ja kaikki liikuttaminen saattaa tuottaa hänelle kipua. Terapeutin äänellä häntä voidaan koskettaa hellästi ja turvaa tuottaen välittäen mm. näitä värähtelyelämyksiä, mihin Sutinen (2004) viittaa.



Ciurlionis (1903): Funeral symphony III

5 ÄÄNITYÖSKENTELEY

Minulla on oikeus sellaisten huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.

Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.

Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.

(ETENE 2004)

5.1 Ääni musiikkiterapeutin työvälineenä

Äänityöskentely on yksi musiikkiterapian toteutumistapa. Se on Summersin (2011, 310) kokemuksen mukaan yksi musiikkiterapeutin tärkeimmistä työvälineistä saattohoitopotilaiden kanssa. Ääntä käytetään siltana asiakkaan kohtaamiseen, lohduttamiseen ja tukemiseen. (Emt.)

Olen samaa mieltä Dileon (2011, 326) kanssa siitä, että terapeutilla on merkittävä etuoikeus saada olla mukana saattamassa potilasta musiikillisesti elämästä kuolemaan. Dileon mukaan terapeutin ääni ottaa huomattavan roolin tukien ja helpottaen tätä matkaa tarjoten mitä tahansa, mitä potilas tarvitsee saavuttaakseen hyvän kuoleman. Potilas voi olla tai ei olla tietoinen tästä siirtymävaiheesta. Omaisten ollessa paikalla terapeutti ottaa myös heidän tarpeensa huomioon ääntänsä käyttäessään. (Emt.)

Austin (2008) ja Bruscia (1998) esittelevät musiikkiterapiassa käytettävän äänentuottotavan, jota kutsutaan nimellä ”Toning”. Siinä käytetään jatkuvaa

vokaaliäännettä tietoisesti hengitykseen yhdistettynä päämääränä palauttaa kehon tasapaino. (Bruscia 1998, 205; Austin 2008, 29.) Värähtelevä ääni vapauttaa energiaa ja resonoi kehossa lievittäen fyysistä ja psyykkistä jännitystä. Austinin (2008, 29-30) mainitsee Keyesin (1973) uskovan, että ääntä näin käyttäen, joko itse laulaen tai toinen toiselle laulaen, voidaan parantaa sairauksia ja eheyttää potilasta.

Työskennellessäni omien potilaitteni kanssa olen käyttänyt äänentuottotapana musiikin tohtori, äänipedagogi Hilikka-Liisa Vuorelta oppimaani luonnollista äänenkäyttöä, joka muistuttaa mielestäni edellä kuvattua äänentuottotapaa. Viime vuosien aikana, tutkiessani kuinka musiikkiterapeutit käyttävät ääntään kliinisessä työskentelyssä, olenkin havainnut heidän työskentelytapojensa muistuttavan monin osin tätä ranskalaisen antiikin taidehistorian ja filosofian professorin Igor Reznikoffin Suomeen tuomaa luonnollisen äänenkäytön menetelmää, jota Suomessa kutsutaan myös nimellä harmoninen laulu. (ks. lisää: www.harmoninenlaulu.org.)

Mielestäni tämä äänentuottotapa sopii erityisen hyvin saattohoitopotilaiden kanssa työskentelyyn mm. sen takia, että siinä laulaja on hyvin tietoinen äänen vaikutuksista omassa kehossaan. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että terapeutti pyrkii saamaan äänellään mahdollisimman suuren värähtelyn aikaan omassa kehossaan. Pyrkimyksenä on se, että mitä voimakkaammin terapeutti tuntee värähtelyn omassa kehossaan, sitä voimakkaampana myös potilas tuntee sen.

Yhdyn Vuoren (2005, 21) mielipiteeseen siinä, että ääntä tehdessämme kosketamme toisiamme hyvin syvästi ja kokonaisvaltaisesti. Ääni menee ihoa syvemmälle värähdellen solutasolla vaikuttaen sekä kehoon että mieleen. Ääntä tuottaessamme koko kehomme värähtelee: välitämme ääntä koko kehollamme

ja toinen ihminen vastaanottaa sitä myös koko kehollaan. Useat potilaani ovat sanoneet ääneni värähtelevän koko heidän kehossaan ja hämmästelleneet sitä.

Kuusikymmentävuotias nainen kertoi minulle, että laulaessani hän oli tuntenut värähtelyä jaloissaan. Hän ei kyennyt enää kävelemään. Hän vertasi tuntemusta siihen kuinka myös hänen saamansa kipulääke aiheuttaa vastaavaa pientä värinää jaloissa sen alkaessa vaikuttamaan.

Dileon (2011) mukaan musiikkiterapian interventioiden perimmäinen tavoite on helpottaa saattohoitopotilaan kuolinprosessia. Terapeutti voi käyttää ääntään moniin eri kliinisiin tarpeisiin esimerkiksi kivun ja ahdistuksen lievittämiseen sekä huolenpidon välittämiseen terapeutilta potilaalle ja/tai perheeltä potilaalle. Terapeutti voi käyttää ääntään myös monin eri tavoin tukien potilasta: sekä voimakkailla että hienovaraisilla muutoksilla äänessä, erilaisilla vokaalisilla interventioilla, sanoja niihin sisällyttämällä ja muutoksilla musiikin struktuurissa. Terapeutin omalla äänellä improvisoitu musiikki kuoleman läheisyydessä on usein hoitavaa, paljon tilaa antavaa ja avointa. Siitä puuttuu jännitys. Ääni joka seuraa potilaan elämän päättymistä on Dileon mukaan hidasta, rytmittömää, kunnioittavaa, hellää, hiljaista sekä keskittyneitä potilaan ja omaisten tarpeisiin. (Emt. 2011, 324, 326 – 327.)

Omien potilaitteni kanssa olen työskennellyt pääasiassa siten, että olen laulanut pitkiä vokaaliäänteitä ja improvisoinut sävelkulkuja vokaaleja käyttäen. Olen myös laulanut tuutulauluja ja gregoriaanisia lauluja, mutta useimmiten olen jättänyt niistä sanat pois ja käyttänyt pelkkiä vokaaleja sanojen asemasta. Olen pyrkinyt sovittamaan kaiken laulamani potilaan hengitysrytmiin. Hänen uloshengityksensä alkaessa olen aloittanut äänen tai uuden fraasin, vaihtanut vokaalia tai äänen korkeutta. Hengityksen ollessa nopeaa olen sovittanut ääneni esimerkiksi potilaan joka toiselle uloshengitykselle. Samalla olen säestänyt itseäni kanteleella tai kitaralla, joissa on ollut avoviritys. (= Kitaran

kielet ovat viritetty seuraavalla tavalla: f, b, b, f1, b1, b1. Kanteleen viritys on ollut vastaava lukuunottamatta f-ääntä.)

Menin yhdeksänkymmentäviisivuotiaan naisen luo. Aloittaessani äänityöskentelyn hänen hengityksensä oli erittäin nopeaa. Sovitin ääneni niin, että lauloin pitkiä vokaaliäänteitä, jotka kestivät hänen usean uloshengityksen ajan. Kitaran soiton sovitin niin, että aluksi soitin soinnun joka toisella hänen uloshengityksellä ja hengityksen jonkin verran rauhoituttua jatkoin näppäilemällä yhtä kieltä kerrallaan joka uloshengityksen alkaessa. Potilaan hengitys rauhoittui vähitellen. Muutos alkuun oli huomattava .Lopulta hän nukahti.

5.2 Terapeutin ääni helpottaa potilaan hengitystä

Hännisen ja Pajusen mukaan (2006) hengenahdistus on yleisin kuolevan potilan oire väsymyksen, kivun ja syömiseen liittyvien vaivojen jälkeen. Hengenahdistuksella tarkoitetaan epämukavaa tietoisuutta hengityksestä. Siihen sisältyy hengityksen vaikeus jonkin fyysisen tai psyykkisen tekijän takia sekä tietoisuus siitä, että hengittäminen on vaikeutunut. Hengenahdistus on potilaalle pelottava ja valitettavan yleinen oire. Hännisen ja Pajusen mukaan se on oire, joka heikentää sekä potilaan että perheenjäsenten hyvinvointia. (Emt. 46 – 47.)

Kuoleman lähestyessä hengitys muuttuu katkonaisemmaksi ja saattaa lisääntyneen limanerityksen seurauksena tulla äänekkäämmäksi. Tämä ahdistaa usein omaisia enemmän kuin potilasta, jonka tajunnantaso on usein heikentynyt. Lopulta hengitys muuttuu pinnallisemmaksi. Tajunnantaso laskee, eikä potilas pysty enää nielemään tai puhumaan. Vähitellen hengitys loppuu. (Laaksonen ym. 2010, 472; Hänninen & Pajunen 2006, 116.)

”Musiikki voi aiheuttaa fysiologista ja/tai psykologista resonanssia. Resonanssi on fysiikan prosessi, jossa kaksi samalla taajuudella värähtelevää kappaletta pyrkii saamaan aikaan yhteisen miellyttävän resonanssin. Musiikin ja lääketieteen alalla musiikilla on mahdollisuus resonoida esimerkiksi sydämen lyöntitiheyttä sykkeensä kautta, tai resonoida hengitystä rytmensä kautta” (Dileo-Maranto 1999, 162).

Dileo-Maranton (1999, 169) mukaan resonanssi saadaan siis aikaan, kun musiikki sovitetaan yhteen potilaan fysiologisten ja psykologisten aspektien kanssa. Sen jälkeen musiikkia muunnetaan vähitellen terapeutin tavoitteen suuntaiseksi ja otetaan huomioon sen aikaansaamat vaikutukset. Musiikkia käytetään suoraan tuomaan esiin terapeuttisia muutoksia erityisesti kivun hallinnassa ja rentoutumisessa. Musiikki täytyy valita tai improvisoida siten, että se sopii täysin yhteen potilaan kulloisenkin tilan kanssa. Sen täytyy olla myös rakenteeltaan sellaista, että se etenee toivottua terapeuttista tilaa kohti. (Emt.)

Lähellä kuolemaa olevan potilaan kanssa työskenneltäessä musiikkiterapeutti voi hyödyntää resonanssia siten, että hän voi pyrkiä helpottamaan potilaan hengitysvaikeuksia mm. sovittamalla oman äänensä potilaan hengityksen rytmiin ja pyrkiä sen jälkeen tietoisesti muuttamaan sitä. (Dileo 2011, 324; Summers 2011, 314.) Dileo (2011, 325) mukaan potilaan hengitystä seuraten terapeutti pidentää vähitellen musiikillisia fraaseja pyytämällä näin potilasta nauttimaan terapeutin laulamista pidemmistä fraaseista. Terapeutti voi rytmittää ääntään lisäämällä äänen voimakkuutta sisään ja/tai uloshengityksen aikana. Hän voi vaihdella myös äänensä sävelkorkeutta esimerkiksi siten, että sävelkulku nousee sisään hengityksellä ja laskee uloshengityksellä. (Emt.)

Martinin ym. (2010, 91) mukaan omalla rauhallisella hengityksellä terapeutti voi pyrkiä rauhoittamaan potilaan hengitystä. (Emt.) Musiikkiterapeutti lisää tähän

pyrkimyksensä hengityksen lisäksi oman äänensä. Kuten jo aikaisemmin mainitsin, olen itse työskennellyt potilaitteni kanssa niin, että olen pyrkinyt sovittamaan kaiken laulamani potilaan hengitysrytmiin. Useimmiten potilaan hengitys on hidastunut, vaikka hän ei olisi ollut tietoinen pyrkimyksistäni eikä hän olisi kyennyt kommunikoimaan kanssani. Havaintojeni mukaan useat potilaat, joiden kanssa minulla on ollut mahdollisuus työskennellä useamman kerran, ovat oppineet ”antautumaan” äänelle. Jo parin tapaamiskerran jälkeen hengityksen syveneminen on tapahtunut nopeammin aloittaessani äänityöskentelyn heidän kanssaan. Tämä on ollut havaittavissa silloinkin, kun potilas ei ole kyennyt enää näkyvästi kommunikoimaan.

Henkilökunnan pyynnöstä menin yhdeksänkymmentäviisivuotiaan naisen luo. Hänen hengityksensä oli tosi nopeaa. Sovitin ääneni niin, että lauloin vokaaleja hänen joka toisen uloshengityksensä tahtiin. Hengityksen hieman rauhoittuessa lauloin hänen nimeään ja kehtolaulun sovittaen ne hänen hengitysrytmiinsä. Sen jälkeen jatkoin vokaalien laulamista hänen uloshengityksensä tahtiin. Hänen hengityksensä hidastui koko ajan ja lopulta loppui kokonaan.

5.3 Terapeutin ääni luo turvaa ja osoittaa myötätuntoa

Hännisen ja Pajusen (2006, 10) mukaan ihmisen koskettaminen on fyysistä yhteyttä toiseen ihmiseen. Koskettamalla voi osoittaa ymmärtävänsä potilaan olevan lähellä kuolemaa ja toivottaa hänelle hyvää matkaa. Heidän mukaansa toisinaan puhe voidaan ajatella tavaksi koskettaa tajutonta potilasta hänen merkityksellisyytensä osoittamiseksi. Samoin luonnollisesti laulun voi ajatella koskettavan näin. Esimerkiksi Dileon (2011, 35) mukaan terapeutti pyrkii ympäröimään potilaan äänellään hellyyttä välittäen. Hän improvisoi ja toistaa tällöin yksinkertaisia ja ennustettavissa olevia melodioita.

Weberin (2006, 102) kokemuksen mukaan potilaan lähestyessä kuolemaa musiikki muuttuu yksinkertaisemmaksi – kuin äiti laulaisi kehtolauluja. Potilas on aiemmin saattanut kuunnella mielellään esimerkiksi Mozartin musiikkia tai vastaavaa musiikkia, mutta se tulee liian monimutkaiseksi kuunneltavaksi kuoleman lähestyessä. (Emt.)

Olen itse tehnyt saman havainnon kuin Weber. Omien havaintojeni mukaan kaikkein yksinkertaisin musiikki tuntuu potilaista usein kaikkein miellyttävimmältä. Monen mielestä yhdellä äänenkorkeudella tuotettu ääni on ollut kaikkein paras. Potilaat ovat saattaneet myös itse valita vokaalin, joka on ollut heistä miellyttävin ja jota olen sitten laulanut heille. Potilaani ovat nukahtaneet hyvin usein äänityöskentelyn aikana. Monesti minulla on ollut vahva tunne siitä, että potilas on uskaltanut hellittää hetkeksi. Aivan kuin olisi turvallisempaa nukahtaa jonkun valvoessa vierellä. Usein on käynyt myös niin, että vaikka potilas on nukahtanut laulaessani, hän on herännyt heti lopetettuani.

Uhligin (2006, 82, 84) mukaan rauhoittavat kehtolaulut ja niihin liittyvät vokaalit ovat yksi ikiaikainen hoitavan äänen muoto. Äiti oppii tunnistamaan lapsen äänestä sen, milloin lapsi tarvitsee rauhoittamista. Äidin ääni rauhoittaa, rentouttaa ja virkistää pientä lasta. Uhligin mielestä on tärkeää oppia, että tuskainen aikuinen, kuten pieni lapsikin, kaipaa tätä samaa huolenpitoa. On myös tärkeää pitää mielessä se, että moni aikuinen sai vauvana lohdutusta naisen laulavasta äänestä. Kriiseissä, sairastuessa ja syvästi surressa aikuinen usein regressoituu ja toivoo olevansa samalla tavalla halattavana ja siliteltävänä kuin lapsena. Terapeutti voi omalla äänellään yksinkertaisesti ja helposti lohduttaa potilasta ja vähentää hänen pelkojaan (Emt.)

Saloheimo (1989, 101) on samaa mieltä kuin Uhlig siitä, että musiikkiterapeutti voi musiikillaan rauhoittaa ja lohduttaa kuolevaa potilasta. Hänen mukaan musiikki voi myös lieventää kuolemanpelkoa toimimalla samalla tavoin kuin äiti, joka laulaa lapselleen rauhoittavaa ja turvaa tuovaa kehtolaulua tämän

käydessä nukkumaan. Näin musiikkiterapeutti auttaa sitomaan pelot tuttuun ja turvalliseen lauluun, jolloin pelko ja ahdistus lievenevät. (Emt.)

Lehtosen (1996, 26 - 27) mielestä hyräilyn tai kehtolaulun rauhoittavuus kytkeytyy äidin sylissä olemiseen ja hyvänä pitämisen tuottamiin rauhoittaviin aistimuksiin. Hänen mukaan kuuloärsykkeet voivat olla rauhoittavia ja hyväileviä. Äänillä voidaan luoda hyväileviä mielihyvän kokemuksia sekä voimakkaita tunteita ”ymmärtämisestä”, jotka perusrakenteissaan palauttavat varhaislapsuuden elämysmaailmaan ja kokemuksiin.

Työskennellessään saattohoitopotilaiden kanssa Dileo (2011, 325) on käyttänyt kehtolauluja samalla tavoin kuin itse olen tehnyt korvaten sanat vokaaleilla. Hänen mukaan myös valmiita, jo olemassa olevia kappaleita, jotka eivät ole kehtolauluja, voidaan muokata siten, että tarvittaessa niiden tahtilaji muutetaan kolmijakoisiksi ja tempoa hidastetaan.

Vuoren (2005, 118,124-125) mukaan tuutulaulujen rauhoittava vaikutus on siinä, että sävelkulku on usein ylhäältä alaspäin kulkevaa, aivan kuin huokailevaa. Hän viittaa Buntin (1998) havaintoon siitä, että rauhoittavassa huokaisussa sävelkulku hyppää usein neljä - viisi sävelaskelta alaspäin. Myös tuutulaulujen toistuva ja tasainen rytmi on jo itsessään rauhoittava elementti. Rauhoittaessaan toista henkilöä ihminen käyttää puhuessaan luonnostaan alaspäin laskevaa intonaatiota. Vuoren mukaan nykyajan aikuiset ja vanhuksset ovat löytäneet tuutulaulujen lohduttavan, rauhoittavan ja terapeuttisenkin vaikutuksen omaan arkeensa. (Emt.)

Olen havainnut myös omassa työssäni sen, kuinka ylhäältä alaspäin kulkeva melodiakulku rauhoittaa potilasta. Usein improvisoinkin potilaalle juuri näitä

melodiakulkuja. Improvisoidessani käytän usein Rezznikoffin nimeämää d-moodia, jota pidetään herkkänä ja lohduttavana. Vuoren (2003, 199) mukaan moodi muistuttaa molli-asteikkoamme, mutta sen terssi on suurempi kuin tasavireisen asteikon molliterssi.

Kahdeksankymmentävuotias nainen oli hyvin levoton, eikä pystynyt asettumaan aloilleen. Henkilökunta pyysi, että laulaisin hänelle. Laulaessani hän rauhoittui ja jonkun aikaa laulettuani hän otti minua kädestä kiinni. Hän käväisi hetken unen rajamailla. Lopetettuani sama levottomuus jatkui. Minulla tuli vahvasti tunne siitä, että hän taistelee pysähtymistä ja nukahtamista vastaan. Aivan kuin laulaessani hän olisi antanut itselleen hetkeksi luvan levähtää.

5.4 Terapeutin ääni heijastelee potilaan kokemusta

Silloin, kun dialogi potilaan ja terapeutin välillä ei ole mahdollista, musiikkiterapeutti voi käyttää vokaali-improvisaatiota vahvistamaan potilaan ilmaisua ja antaa sanattoman vakuuden siitä että hän on virittäytynyt potilaan kokemukseen kuoleman hetkessä (Dileo 2011, 326).

Gustorff (2002) on työskennellyt musiikkiterapeutina koomapotilaiden kanssa osana moniammatillista työryhmää. Hänen mukaan koomapotilaiden kanssa työskentelevät tuntevat yleensä itsensä voimattomiksi, avuttomiksi ja epävarmoiksi. Se, että koomapotilaaseen ei saa kontaktia, voi vähentää hoitavan henkilön pyrkimystä päästä kontaktiin potilaan kanssa. Mutta vaikka potilas ei reagoi ympäristöönsä, hän ei ole kuuro. Häneen voidaan olla yhteydessä musiikillisella tasolla. Gustoffin työryhmän mielestä ihmisääni on kaikkein joustavin instrumentti. Sitä voidaan säätää hyvin tarkasti potilaan tarpeisiin ja se mahdollistaa kaikkein suorimman kontaktin kahden ihmisen välillä. Potilaan hengitystä pidetään merkityksellisenä ja jaettuna kokemuksena potilaan ja terapeutin välillä. Gustoff kertoo hyräilevänsä matalalla äänellä ilman sanoja potilaan hengitysrhythmin tahtiin ja reagoivansa äänellään kaikkiin

muutoksiin potilaan hengityksessä tai liikkeissä. Hänen mukaan näin työskenneltäessä useimpien potilaiden hengitys on syventynyt ja hidastunut. Jotkut potilaat ovat yrittäneet kääntää päätään, avata silmiään tai tarttua toisen henkilön käteen. (Emt. 1 – 5.)

Saattohoitopotilaat eivät ole koomassa, mutta varsinkin kuoleman läheisyydessä heidän tajunnantilansa saattaa olla alentunut. Monet potilaat ovat niin väsyneitä, etteivät jaksaa ottaa kontaktia enää puhumalla tai katsekontaktilla. Äänityöskennellessäni tällaisten potilaiden kanssa on toisinaan tapahtunut niin, että jotkut ovatkin piristyneet ja ottaneet fyysitkin kontaktia minuun ja jaksaneet sanoa jopa muutaman sanakin.

Menin kahdeksankymmentävuotiaan naisen luo. Hänellä oli silmät auki, mutta hän ei reagoinut mitenkään läsnäolooni edes silmillään. Lauloin hänelle ja yllättäen hän alkoi liikehtimään ja toi käden peiton alta ja tarttui käteeni. Sen jälkeen hän käänsi päänsä ja katsoi minuun jatkaessani laulamista.

Dileon (2011, 326) mielestä terapeutin ääni tarjoaa merkittävän keinon viestiä kuolevan potilaan kanssa, joka ei välttämättä ole täysin tajuissaan. Terapeutti tukee potilasta improvisoimalla hänelle sanoja tai tuottamalla ääntä, joka ilmentää potilaan kokemusta. Terapeutti voi käyttää vokaali-improvisaatiota myös sovittaakseen tai / ja matkiakseen potilaan puhetta (jolla ei välttämättä ole selvää merkitystä) hengitystä, liikkeitä tai muuta havaittavaa käyttäytymistä. Tällä tavoin terapeutti luo mahdollisuuden dialogiin potilaan kanssa.

Musiikkiterapeutti sopeuttaa saattohoidossa omaa toimintaansa potilaan sen hetkiseen tilanteeseen samoin kuin kuvataan Ahonen-Eerikäisen (1999, 69 - 89) esittämässä kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian mallissa: Terapeutti peilaa potilaan toimintoja omalla äänellään, sen dynamiikalla ja rytmillä. Terapeutti pitää potilaan toimintoja merkityksellisinä ja hän pyrkii

saamaan musiikillisen improvisaation sopimaan potilaan toimintaan. Tämä liittyy terapeutin intuitiiviseen kykyyn huomata, mikä on merkittävää ja mistä voi laajentaa kommunikointia. Terapeutti reagoi potilaan toimintoihin musiikillisesti: hän lukee potilaan amodaalisia toimintoja, ilmeitä, eleitä, ääniteitä tai motoriikkaa tulkiten ne kommunikaatioksi ja muuttaa ne musiikilliseksi ääneksi. Potilaan kuullessa terapeutin musiikillisen reaktion omaan toimintaansa hän saa kokemusta siitä, että hän tulee kuuluksi.

Kahdeksankymmentävuotias mies oli jo melko lähellä omaa kuolemaansa. Välillä hänen hengityksessään oli pitkiä katkoja. Hänen uloshengitystensä aikana lauloin pitkiä vokaaliäänteitä ja hengityskatkojen aikana lauloin m-äännettä. Äänityöskentely piristikin häntä niin, että hän virkistyi ja puhui muutaman sanan sen jälkeen.

Menessäni tapaamaan kuusikymmentäviisivuotiasta naista hän ei kyennyt puhumaan. Hänellä oli hengitysvaikeuksia. Lauloin hänelle pitkiä vokaaliäänteitä. Jonkun aikaa laulettuani hän alkoi liikehtimään levottomasti. Koska en ollut varma tuntuuko laulaminen hänestä mukavalta, kysyin haluaako hän minun jatkavan. Siihen hän vastasi sanomalla ”joo”. En pystynyt vaikuttamaan hänen hengitysrhythmiinsä, mutta koin voimakkaasti jakavani hänen kanssaan hänen vaikean olonsa. Hänen hengityksensä ollessa pinnallista lauloin hiljempaa ja vastaavasti sen muuttuessa äänekkäämmäksi lauloin kovempaa.

5.5 Terapeutin ääni luo yhteyden kuolevan ja omaisten välille

Olen samaa mieltä Dileon (2011, 327) ja Summersin (2011, 317) kanssa siitä, että terapeutti voi pyrkiä tietoisesti muokkaamaan äänellään huoneessa vallitsevaa ilmapiiriä. Omaiset ovat usein ahdistuneita ja hätääntyneitä. Olen huomannut, että tuottamani ääni rauhoittaa voimakkaasti myös omaisia. Kun omaiset rauhoittuvat, potilas rauhoittuu kuten myös päinvastoin, potilaan rauhoittuessa omaisetkin rauhoittuvat. Toisinaan olen laulanut myös potilaan ja huoneessa läsnä olevien henkilöiden nimiä.

Henkilökunta pyysi minua menemään kuusikymmentäviisivuotiaan miehen luo, joka oli ollut viime aikoina levoton. Paikalla olivat myös hänen omaisensa. Hän pystyi itse vastaamaan myöntävästi kysyessäni, haluaako hän minun laulavan. Lauloin pitkiä vokaaliäänteitä ja hänen nimeään. Lopetettuani hän kiitti ja piti minua pitkään kädestä kiinni. Hänen puolisonsa kertoi minulle myöhemmin hänen puhuneen silloin viimeisen kerran ja olleen tapaamisemme jälkeiset, hänen elämänsä viimeiset, kaksi päivää rauhallinen.

Terapeutti voi laajentaa vokaali-improvisaatioita lisäten joukkoon sanoja sen ollessa tarkoituksenmukaista. Sanat voivat sisältää kaikkea, mitä potilaan tulee kuulla voidakseen siirtyä seuraavaan vaiheeseen: ”Rakastamme sinua”, ”Voit lähteä”, ”Hyvää matkaa” jne. Sanat voivat helpottaa vaikeaa ilmapiiriä, joka omaisilla on usein kuolevan läheisen lähellä. Terapeutin laulamat sanat ja melodia luovat yhteyden omaisten ja kuolevan välille sekä voivat toisinaan helpottaa myös keskustelun alkuun pääsemistä heidän välillään. Usein näin improvisoidut sanat sanovat sen, mitä ei olisi niin helppo muulla tavoin sanoa. Terapeutti on tällöin terapeuttina kaikille paikalla olijoille. (Summers 2011, 317; Dileo 2011, 326; Weber 2006, 102.)

Weber (2006, 102) kertoo laulavansa myös potilaan kuoltua tämän omaisille ennen heidän kotiin lähtöä rauhoittaakseen heitä.

Menin huoneeseen, jossa kuusikymmentäviisivuotias mies ja hänen perheenjäsenensä olivat. Mies ei kyennyt kommunikoimaan enää mitenkään. Omaisot olivat hätäntyneitä. Lauloin heille pitkiä vokaaliäänteitä sekä miehen ja huoneessa olevien omaisten nimiä. Vähitellen omaiset rauhoittuivat ja myös miehen hengitys rauhoittui. Miehen puoliso sanoi minulle myöhemmin: ”Tätä ei voi verrata mihinkään. Vaikka emme tapaisi toista kertaa, jo pelkästään tämä kerta oli ihana asia saattelussa.”



Ciulionis (1993) : Funeral symphony I

6 SAATTOHOITOPOTILAAN KIPU

Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.

Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.

Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.

(ETENE 2004)

Yksi vaikeasti sairastuneen potilaan eniten pelkäämistä oireista on kipu. Ruumiilliset oireet ja ahdistus sekä kuoleman pelko kytkeytyvät toisiinsa. Niinpä niitä voi olla vaikea lievittää erikseen. Saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ovat kipu ja kärsimys, pahoinvointi, hengenahdistus, väsymys ja uupumus, ahdistus ja masennus, kuiva ja kipeä suu, sekavuus ja levottomuus. Oireet ovat yksilöllisiä ja muuttuvat sairauden tilan edetessä. (Heikkinen ym. 2004, 55 - 56.) Henkiset, hengelliset ja sielunhoidolliset tarpeet ja niiden täyttäminen nähdään nykyisin merkittävänä osana kivun hoitoa lääketieteellisessä keskustelussa ja ne tulee ottaa hoidossa vakavasti (Hänninen & Pajunen 2006, 70).

Sairaus tuo lähes aina mukanaan stressin ja kontrollin menettämisen tunteita sekä pelon tuntematonta kohtaan. Nämä tunteet ilmenevät lisääntyneinä autonomisina reaktioina tai stressireaktioina joiden vuorovaikutus sairauden kanssa saattaa olla negatiivista. Kipu on yksi sairauden yleisin sivutuote. Kipukokemukset ja reaktiot ovat hyvin subjektiivisia, mutta ne ovat myös lisääntyneen autonomisen toiminnan aiheuttajia. Kivun lievittäminen ja potilaan huomion kiinnittäminen pois kivusta voi kohentaa potilaan vointia. (Dileo-Maranto 1999, 160.) Usea potilaani on todennut, että äänityöskentelyn aikana he ovat voineet hetkeksi unohtaa kaiken ja olla ajattelematta mitään.

Nurmi-Gollerin ja Wickströmin (2010) mukaan jokainen haluaa välttää kipua, se on epämiellyttävä ja pelkoa aiheuttava stressitila. Pelko sulkee ihmisen, jolloin lihakset jännittyvät suojautuakseen kivulta hengityksen lyhetessä samanaikaisesti. (Emt. 124). Toisin sanoen usein kipu saa aikaan sen, että ihminen pidättelee hengitystään ja hengitys muuttuu pinnallisemmaksi. Osa oireista ei liity suoranaisesti potilaan sairauteen vaan ongelmiin hänen hengityksessään. Näin kivuista kärsivä joutuu noidankehään, kuten Nurmi-Goller ja Wickströmkin toteavat. Sopeutan ääneni aina potilaan hengitysrhythmiin ja se saa yleensä aikaan sen, että hänen hengityksensä syvenee, vaikka hän ei olisikaan tietoinen pyrkimyksistäni. Toisinaan potilas on sanonut fyysisen kivun vähentyneen.

Lauloin pitkiä vokaaliäänteitä viisikymmentäviisivuotiaalle naiselle. Huomasin hänen hengittävän hyvin pinnallisesti. Laulaessani u-äännettä hän tunsu kipua olkapäässään. Hän kertoi minulle, että koko hänen luustonsa on syövässä peitossa. Vaihdoin äännettä ja äänenkorkeutta. Sama kipu toistui. Lopetin laulamisen. Silloin hän yhtäkkiä huomasi itse yllätykseksensä, että hänen hengityksensä oli muuttunut syvemmäksi. Hän kertoi, että hänen on vaikea hengittää oikealla vatsassa olevan suuren syöpäkasvaimen, joka aiheuttaa paljon kipua, takia. "ihmeellistä!" hän totesi.

Sama viisikymmentäviisivuotias nainen nukahti seuraavan tapaamisemme aikana. Myöhemmin hän kertoi minulle, että erityisesti a-äänne oli tuntunut tosi hyvältä. Hän oli myös sitä mieltä, että äänityöskentely oli vaikuttanut myös siihen, ettei hän ollut niin väsynyt kuin normaalisti hänelle ennen tapaamistamme annetun lääkkeen saatuaan.

Ensimmäistä kertaa tavatessani seitsemänkymmentäviisivuotiaan naisen hän itse ennen alkua totesi, että voisin ehkä auttaa häntä, koska hänellä oli kipuja keuhkoissa. Hän oli saanut myös kipulääkettä juuri ennen saapumistani. Lauloin hänelle pitkiä vokaaliäänteitä ja hänen hengityksensä syveni huomattavasti ja hän rentoutui silminnähden. Aioin lopettaa, mutta hän pyysi minua vielä jatkamaan, jotta hän saisi kätetkin rennoiksi. Lopulta äänen ja kipulääkkeiden yhteisvaikutuksesta hänen olonsa kohentui.

Seitsemänkymmentäviisivuotias nainen halusi näyttää minulle leikkaushaavansa, joka ulottui kaulasta aina napaan asti.

Houkuttelin hänet tekemään kanssani ääntä hänen valittaessa vatsakipuja. ” Jotenkin tuntuu värinää” hän totesi. Lauloimme yhdessä m-äännettä ja siitä hänen mieleensä muistui ”Mun mummoni muni mun mammani” laulu. Toistimme laulua yhdessä monta kertaa. Laulussa usein toistuva m-äänne ja laskeva melodia hieroivat mukavasti kehoa ja meitä naurattikin aikalailla ja kipukin hellitti.

Kuoleva ihminen tarvitsee lohtua suruun ja menetyksiin hänen menettäessään vähitellen paitsi fyysisen ja psyykkisen hyvinvointinsa ja eheytyensä, myös sosiaaliset roolinsa ja lopulta koko olemassaolonsa (Hänninen & Pajunen 2006, 98). Weberin (2006, 104) mukaan musiikin tuo kauneutta potilaille, jotka ovat usein kärsineet paljon. Musiikin avulla potilasta voidaan vetää pois yksinäisyydestä ja eristyneisyydestä ja siten houkutella häntä vuorovaikutukseen jakamaan iloja ja huolia. Musiikki rauhoittaa potilasta ja auttaa häntä kohtaamaan hänelle vaikeitakin henkilökohtaisia asioita.

Sairastunut etsii vastauksia moniin sairauteensa liittyviin kysymyksiin, joihin ei ole yleispätevää vastausta. Kyselyn myötä epätietoisuuden taustalla olevat tunteet ja kysymykset pääsevät esille. Vaikka vastaukset jäisivät saamatta, kysely kuitenkin auttaa potilasta sopeutumaan tilanteeseen, jäsentämään elettyä, nykyistä ja tulevaa elämää sekä kokoamaan yhteen persoonallisuuden eri osatekijöitä oman itsensä näköiseksi. Kuuntelijan keskeinen tehtävä on olla läsnä, kuunnella ja antaa tilaa kaikenlaisille kysymyksille. (Hänninen & Pajunen 2006, 84 - 85.)

Vaikka hengellisyyttä pidetään vahvasti henkilökohtaisena yksityisasiana, sillä on merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnissa. Vakavasti sairas ihminen saattaa kokea koko olemassaolonsa uhatuksi. Keskeisiä kysymyksiä silloin ovat elämän tarkoitukseen, tulevaisuuteen ja toivoon liittyvät seikat. Tilanne voidaan nähdä

myös hengellisenä ja eksistentiaalisena kriisinä. (Hänninen & Pajunen 2006, 69 - 70.)

Hengellisyys on huomattavasti uskonnollisuutta laajempi yläkäsite, vaikka se monesti pitääkin sen sisällään. Keskeisiä hengellisiä tarpeita ovat mm. elämän tarkoituksen löytämisen tarve, kauneuden ja esteettisten kokemusten tarve, oman elämän mielekkyyden arviointi, hengellisten tai eksistentiaalisten kokemusten tarve, hengellisen eheyden tarve, anteeksianto itselle ja toiselle sekä anteeksiannon vastaanottaminen. Uskonnollisia tarpeita ovat mm. tarve tehdä rauha Jumalan ja muiden ihmisten kanssa, valmistautuminen kuolemanjälkeiseen sekä osallistuminen oman uskonnon rituaaleihin. (Hänninen & Pajunen 2006, 71.)

Äänityöskentelyn avulla voidaan mahdollisesti vastata myös potilaan hengellisiin tarpeisiin. Austin (2008, 211) kuvailee erään hänen asiakkaansa sanoittaneen kokemustaan näin: *Tunsin itseni ensin ahdistuneeksi. Sitten aloin rentoutua ja päästin irti peloistani. Nautin siitä, että äänemme yhdistyivät ja sitten erkanivat. Sitten minulla oli outo tunne, aivan kuin valkea valo olisi virrannut kehoni läpi ja uskomaton rauhan tunne valtasi minut. Tunsin aivan kuin sydämeni laajenisi ja rakkaus virtaisi minusta, minuun ja kaikkialle ympärille, aivan kuin joku kannattelisi minua ja jotenkin tiesin, että kaikki olisi hyvin.* (Emt.)

Tavatessani ensimmäistä kertaa seitsemänkymmenvuotiaan naisen hänellä oli voimakas kuoleman ja helvetin pelko. Hänen omien sanojensa mukaan pelot vahvistuivat eniten nukkumaan mennessä. Sillä tapaamiskerralla hän kävi läpi oman elämänsä valintoja sekä pohti omaa hengellisyyttään. Viikkojen kuluessa hän rauhoittui ja totesi olleensa hätäntynyt ja olevansa nyt rauhallinen. Hän lauloi toisinaan hetken mukana laulaessani hänelle. Hän koki äänityöskentelyn hyvin rauhoittavaksi ja kertoi minulle äänityöskentelyn aikana kokevansa olevan ”yhtä

maailmankaikkeuden kanssa ilman häiritseviä ajatuksia”. Viimeisen kerran tavatessamme hän ei kyennyt enää kommunikoimaan, mutta sillä kertaakin hänen hengityksensä rauhoittui huomattavasti laulaessani hänelle pitkiä vokaaliäänteitä.

Joillakin potilailla päätös saattohoitoon siirtymisestä on ollut nopea ja sopeutuminen uuteen tilanteeseen on vienyt oman aikansa. Jotkut potilaat ovat pohtineet tässä vaiheessakin sitä, että saattaisiko ihme vielä parantaa heidät.

Olin tavannut muutaman kerran 80 vuotiaan miehen. Keskusteluissa hän oli kertonut hyvin kipeitäkin asioita elämänsä varrelta. Tällä kertaa hän kysyi minulta: ”Mikä paikka tämä oikein on?” ”Tämä on saattohoitokoti” vastasin. ”Niin, kyllä minä sen tiesinkin, eräs sukulaiseni oli täällä aikaisemmin ja kävin katsomassa häntä” hän jatkoi. Sen jälkeen hän kertoi päivästä, jolloin hän oli yllättäen joutunut saattohoitokotiin ja siihen liittyvistä ajatuksistaan. Minusta tuntui, että tässä tapauksessa potilas tarvitsi minun vahvistukseni omalle tiedolleen ennen kuin hän oli valmis jakamaan nämä asiat kanssani.

Weber (2006, 104) on havainnut musiikin usein täyttävän potilaan hengelliset tarpeet tai avaavan uudelleen ovia, jotka ovat saattaneet olla suljettuina pitkään. Hänen kokemuksensa mukaan ei ole harvinaista, että potilas on tapaamiskerran päätteeksi pyytänyt häntä rukoilemaan kanssaan

Olin tavannut muutaman kerran kahdeksankymmentävuotiaan naisen. Tällä kertaa nainen itki ja sanoi sormella ylös osoittaen, että äänityöskentelystä tulee mieleen ”yläkerta”. Hän sanoi olevansa kiitollinen elämästään. Hän sanoi käsi sydämen päällä, että äänityöskentely vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ja eniten mieleen. Sen jälkeen hän kertoi oman sairastamisensa kulun paikkoineen ja tapahtumineen. Lopuksi hän pyysi minua laulamaan vielä jotain, ”jotta tulisi parempi mieli”. Sen jälkeen olimme vielä pitkän aikaa hiljaa yhdessä.



Ciurlionis (1903) :Funeral Symphony II

7 LOPUKSI

Mielestäni yksi merkittävimmistä asioista äänityöskentelyssä saattohoitopotilaiden kanssa on se, että äänityöskentely on mahdollista kaikissa potilaan kuolemaan johtavan prosessin vaiheissa aina potilaan elämän päättymiseen asti. Äänityöskentelyllä pystytään vastaamaan hyvin Hollin ja Saarton (2006, 845) esittämään haasteeseen, että hoitojen tulee vaikuttaa välittömästi ja tähdätä vain sen hetkiseen hyvinvointiin.

Silloin, kun potilaalla on vielä siihen voimia, oman elämänkaaren läpityöskentely on mahdollista. Äänityöskentelyn avulla potilaan kipua ja ahdistusta voidaan lieventää sekä auttaa häntä rentoutumaan. Terapeutin ääni voi tuoda potilaalle myös turvaa silloinkin, kun hän ei kykene enää kommunikoimaan millään näkyvällä tavalla. Potilaan hengitystä voidaan helpottaa laulamalla hänen uloshengityksensä tahtiin. Lähellä kuolemaan olevan potilaan kohdalla tämä korostuu. Hengityksen mahdollisesti helpottuessa omaisetkin rauhoittuvat. Kuoleman läheisyydessä sekä potilas että omaiset käyvät läpi monesti asioita, joita on vaikea sanoittaa. Äänityöskentely antaa mahdollisuuden tällaistenkin asioiden läpikäymiseen. Terapeutti voi tukea näin sekä potilaan että omaisten prosessia.

Muualla maailmassa musiikkiterapeutit ovat työskennelleet jo vuosikymmeniä saattohoitopotilaiden kanssa. Useimmat heistä ovat käyttäneet työmuotoina musiikin kuuntelua potilaan kanssa tai terapeutti on laulanut potilaille/potilaiden kanssa heille merkityksellisiä lauluja. Tavoitteena on ollut mm. potilaan elämänkaaren läpikäyminen ja oman elämän merkityksellisyyden kokeminen sekä kivun lievittäminen.

Aloittaessani työskentelyn saattohoitopotilaiden kanssa havaitsin hyvin nopeasti, että useimmat tapaamani potilaat eivät jaksaneet juurikaan puhua,

eivätkä he muistaneet lauluja. Olen sitä mieltä, että suurin osa tapaamistani potilaista on ollut siinä elämänvaiheessa, että äänityöskentely on soveltunut heille parhaiten ajatellen musiikkiterapian eri työtapoja. Tämän opinnäytetyön tekemisen prosessin aikana on ollut ilo löytää kirjallisuuden kautta muitakin terapeutteja, jotka ovat käyttäneet ääntä omana työvälineenään saattohoitopotilaiden kanssa työskennellessään.

”Syntyvälle lapselle on tärkeintä se, miten hän tulee lämpimin käsin vastaanotetuksi ja kannatelluksi. Lapsen kyllin hyvä kokemus sylissä olosta rakastavien käsien suojassa on alkavan elämän ehto. Kuolevan kohtaava hoitaja on lähettämässä ihmistä elämästä tämän alussa olleen vastaanoton kaltaisesti. Hän voi rauhoittaa ja suojata” (Grönlund & Huhtinen 2011, 198).

Olen samaa mieltä Hännisen ja Pajusen (2006, 16) kanssa siitä, että se aika, jolloin kuolema on jo selkeästi ja ajallisesti rajatusti näkyvässä, kuuluu elämän piiriin. Vaarana on se, että ihmistä ryhdyttäessä ajattelemaan kuolevana potilaana, hänet suljetaan jo varhain elävien maailman ulkopuolelle. (Emt.) ”Ihmisen tarve kokea iloa, merkityksellisyyttä, rakkautta ja omanarvon tuntoa ei häviä kuolemankaan edessä. Kuolema päättää koko persoonallisen elämän, ja sitä edeltävänä aikana on viimeinen mahdollisuus tehdä haluamiaan asioita niillä kyvyillä, jotka ovat vielä jäljellä” (Hänninen & Pajunen 2006, 113 - 114).

Viimeistenkin päivien aikana potilaalla on mahdollisuus kohdata uusia asioita ja kasvaa ihmisenä. Potilaani ovat kommentoineet äänityöskentelyä mm. näin: ”*Onpa tämä hyvä paikka, kun kaikkea hoitoa on tarjolla.*” ”*En tiennytkään, että tällaista musiikkiterapiaa on olemassa.*” ”*Onpa yllätys!*” ”*On se (äänityöskentely) rentouttavaa ja virkustävää.*” ”*Oi kuinka ihanaa, että saan tällaistakin vielä kokea.*” ”*Tällä on tarkoitus*”.

Tänä yönä

virtaan ajan ohi.

Minun ja ikuisuuden välillä

ei ole mitään.

Tähdet putoavat kaikki syliini

kuin lämpimät tähkät.

Pidätän hiljaisuuden kasvoillani.

Näen kauas,

meren kotiin saakka.

Rakel Liehu (1977)

LÄHTEET

- Ahonen, H. 2000. Musiikki sanaton kieli – musiikkiterapian perusteet. 3. painos. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Ahonen - Eerikäinen, H. 1999. Samalle aaltopituudelle. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Austin, D. 2008. The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy – Songs of the Self. London /Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, E. K. 1998. Defining music therapy. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bunt, L. 1998. Teoksessa Vuori, H-L. 2005. Synnytyslaulu – rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ciurlionis, M. 1903. The cycle of 7 paintings Funeral Symphony. Viitattu 9.5.2013. <http://ciurlionis.eu/en/painting/info/?ciklas=12>.
- Dileo, C. 2011. Therapeutic Uses of the Voice with Imminently Dying Patients. Teoksessa Baker, F. & Uhlig, S. (toim.) Voicework in Music Therapy. Research and Practice. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 321-330.
- Dileo - Maranto, C. 1999. Musiikin sovellutukset lääketieteessä. Teoksessa Heal, M. & Wigram, T. (toim.) Musiikkiterapia hoitotyössä ja kasvatuksessa. Helsinki: Hakapaino Oy. 157-176.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 1998. Lähemmäs kuolevaa. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Gustroff, D. 2002. Songs without words – Music Therapy with comatose patients at an intensive care unit. Viitattu 10.5.2013 <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/archive/stuff/papers/17.PDF>.
- Harmoninen laulu. Viitattu 13.5.2013 <http://www.harmoninenlulu.org>.
- Heikkinen, H.; Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hogan, B. 2006. Music Therapy at the End of Life – Searching for the Rite of Passage. Teoksessa Aldridge, D. (toim.) Music Therapy in Palliative Care: New Voices. London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 68-81.
- Huotilainen, M. 2004. Sikiöaikainen oppiminen vahvistaa tien syntymänjälkeiseen elämään. Viitattu 13.5.2013 <http://www.tieteessatapahtuu.fi/0404/huotilainen.pdf>.
- Huotilainen, M. 2006. Hermoston kehitys ennen syntymää. Teoksessa Hämäläinen, H.; Laine, M.; Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Turku: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus. Turun yliopisto. 138-145.
- Huotilainen, M. & Fellman, V. 2009. Sitä äitiä kuuleminen jonka kohdussa asunto. Teoksessa Duodecim 23/2009. 2573-2577.
- Hänninen, J. 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2. painos. Saarijärvi: Offset Oy. 311-322.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari - sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hänninen, J. & Anttonen, M-S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E. ; Anttonen, M. ; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy. 23-36.

Holli, K & Saarto, T 2006. Oireiden mukainen hoito. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.J.; Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit.3. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 829-846.

Keyes,L. 1973. Teoksessa Austin, D. 2008. The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy – Songs of the Self. London /Philadelphia: Jessica Kingsley Publisers.

Laaksonen, M-L.; Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2010. Kuolevan oireiden hoito. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K, Strandberg, T, Sulkava, R & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2., painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 469-472.

Lehtiranta, E. 2004. Musiikin korkeammat oktaavit – ääni ja musiikki meissä ja maailmankaikkeudessa. Helsinki: Dialogia Oy.

Lehtonen, K. 1989. (toim.) Musiikki terveyden edistäjänä. Juva:WSOY:n graafiset laitokset.

Lehtonen, K. 1996. Musiikki, kieli ja kommunikaatio: Mietteitä musiikista ja muiikkiterapiasta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisuja: A17.

Lehtonen, K. 2010. Musiikki ja psykoanalyysi. Teoksessa Louhuvuori, J. & Sarikallio, S. (toim.) Musiikkipsykologia. Jyväskylä: WS Bookwell Oy. 237-258.

Lehtonen, Kimmo 2011. Musiikki ja mielikuvat. Teoksessa Lilja-Viherlampi, L-M (toim.) Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Tampere: Tampereen yliopisto Oy – Juvenes Print. 71-94.

Liehu, R. 1977. Valo, läheisyys. Porvoo: Wsoy:n graafiset laitokset.

Marjanen, K. 2009. The Belly-Button Chord, Connections of Pre- and Postnatal Music Education with Early Mother – Child Interaction. Jyväskylä: Jyväskylä university Printing House.

Martin, M.; Seppä, M.; Lehtinen, P.; Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.124 – 126.

Nurmi-Goller, P. & Wickström, C. 2010. Kivunhallintaryhmä. Teoksessa Martin, M.; Seppä, M.; Lehtinen, P.; Törö, T. & Lillrank, B. (toim.) Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.124 – 126.

Punkanen, M. 2011. Musiikki, keho ja liike. Teoksessa Lilja-Viherlampi, L-M. (toim.) Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Tampere: Tampereen yliopisto Oy – Juvenes Print. 53-70.

Saloheimo, R. 1998. Musiikkiterapiasta pitkäaikaissairaiden ja päihdeongelmaisten hoidossa. Teoksessa Lehtonen, K. (toim.) Musiikki terveyden edistäjänä. Juva: WSOY:n graafiset laitokset. 98-105.

Suomen musiikkiterapiayhdistys Ry 2013. Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa. Viitattu 5.5.2013

http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65

Sutinen, J 2004. Pitkä matka ja tyhjä reppu – kuolevan toivo ja hengellinen tukeminen kirkon sielunhoidon näkökulmasta. Teoksessa Heikkinen, H, Kannel, V, Latvala E (toim.) Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys Ry 2013. Mitä on palliatiivinen hoito?. Viitattu 4.5.2013 http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/

Uhlig, S. 2006. *Authentic Voice – Authentic Singing: A Multicultural Approach to Vocal Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. 2.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuori, H-L. 2005. *Synnytyslaulu – rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuori, H-L. 2003. *Hiljaisuuden syvä ääni*. Helsinki: Yliopistopaino.

Weber, S. 2006. *Music – A Means of Comfort*. Teoksessa Aldridge, D. (toim.) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 95-104.

Summers, S. 2011. *The Vocal Hello Space Model in Hospice Music Therapy*. Teoksessa Baker, F. & Uhlig, S. (toim.) *Voicework in Music Therapy. Research and Practice*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 302-320.

