



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenamn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgåve

Eksamensform: Heimeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 73

Tal ord: 7607

Samandrag:

Bakgrunn: 70-80% av bebuarane på sjukeheim har demens. Eg har sett at mange ikkje trivst på sjukeheim. Det er interessant å sjå at små endringar kan bidra mykje til å gje demente ein betre kvardag. Difor har eg studert kva musikk som behandlingstiltak har å seia for trivselen til demente bebuarar på sjukeheim.

Føremål med studiet: Å utvida kunnskapen om og auka forståinga for korleis sjukepleiarar kan bidra til at demente sjukeheimsbebuarar skal trivast betre og få ein auka livskvalitet, ved å nytta musikk i det daglege på sjukeheim.

Metode: Metoden eg har brukt er litteraturstudie, då det var kravet for bacheloroppgåva. Denne metoden presenterte meg for mykje relevant forskning på dette området. Forskingsartiklane som eg brukte i oppgåva tok føre seg musikkbruk i ulike situasjonar med demente.

Funn: Undersøkingar viste at musikk bidrog til auka samvær, betre kommunikasjon og redusert uro, som igjen auka trivselen blant bebuarane.

Oppsummering: Musikk er eit tiltak som krev lite ressursar, men om det er individuelt tilpassa, kan musikk ha mykje å sei for å bidra til at demente på sjukeheim skal trivast.

Abstract:

Background: 70-80% of the nursing home residents suffer from dementia. I have seen that a great many of them do not enjoy themselves at the nursing home. It is interesting to observe how small changes can improve each day for the residents. Therefore, I have studied what music therapy as treatment can do for the well-being of demented residents in nursing homes.

Purpose of the study: To expand knowledge and increase understanding of how nurses can use music in the everyday life in a nursing home, to help the demented residents be more comfortable and experience a better quality of life.

Method: The method I used is literature study, as this was what was required for the Bachelor's thesis. This method presented me with much relevant research in this area. In the articles that I studied, the authors looked into different situations with dementia and use of music.

Findings: Research showed that the music contributed to more shared time between the residents, better communication and reduced anxiety, which in turn increased the well-being among the residents.

Summary: Music is a measure that requires little resources; however, when it is individually adjusted to the patient's preferences, music can still contribute to better lives for demented residents in nursing homes.

Innhald

1.0 INNLEIING	1
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA, GRUNNGJEVING, AVGRENSING OG PRESISERING	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 FØREMÅL MED UNDERSØKINGA	2
1.4 OPPGÅVA SI OPPBYGGING	2
2.0 METODE	3
2.1 VAL AV METODE	3
2.2 LITTERATURSTUDIE	3
2.2.1 STERKE OG SVAKE SIDER VED METODEN	3
2.3 LITTERATURSØK OG VAL AV LITTERATUR	3
2.4 KJELDEKRITIKK	4
2.5 ETISKE ASPEKT VED OPPGÅVA	5
2.6 PRESENTASJON AV FORSKING	6
2.7 PRESENTASJON AV BØKER	7
3.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	8
3.1 DEMENS	8
3.2 TRIVSEL	9
3.3 LIVSKVALITET	10
3.4 MUSIKK	10
3.4.1 MUSIKK GJEV HELSE	11
3.4.2 MUSIKKEN SINE VERKNADAR	11
3.4.3 MUSIKK OG KOGNITIVE FUNKSJONAR	12
3.5 SJUKEPLEIEPERSPEKTIV	12
4.0 KORLEIS KAN SJUKEPLEIAR VED HJELP AV MUSIKK BIDRA TIL TRIVSEL HJÅ ELDRE DEMENTE SJUKEHEIMSBEBUARAR?	14
4.1 KVA MUSIKK LIKAR PASIENTANE?	14
4.2 BETYDINGA AV MUSIKK PÅ NEGATIV ÅTFERD	15
4.3 MUSIKK, TRIVSEL OG POSITIVE VERKNADAR	16
4.4 BETYDINGA AV BAKGRUNNSMUSIKK	18
5.0 AVSLUTNING	21
KJELDER	22

1.0 Innleiing

Mange av dei som bur på sjukeheim er demente. Demens er ein alvorleg sjukdom både for dei som vert ramma og deira pårørande. Av erfaring veit eg at demens kan gje mange utfordringar, men det er mogleg å trivst likevel. I denne oppgåva vil eg sjå på kva musikk har å gjera for trivselen og livskvaliteten til demente sjukeheimsbebuarar.

1.1 Bakgrunn for tema, grunngjeving, avgrensing og presisering

70-80% av bebuarane på sjukeheim har demens (Berentsen, 2008). Ut frå St. prp. nr 1 (2007-2008), regjeringa sitt mål, skal den kommunale omsorgstenesta utviklast vidare slik at alle brukargrupper vert sikra gode høve for livskvalitet og utfolding. Tilbodet skal vera tilpassa den einskilde sine behov. Tenestetilbodet til menneske med demenslidningar og deira pårørande skal byggast ut. Det skal leggast spesiell vekt på avlasting, kompetanse, dagtilbod og tilpassing av bu- og institusjonstilbod (St. prp., 2007-2008). Eg meiner at det kan vera mogleg å tilpassa bu- og institusjonstilboda i forhold til bebuarane slik at dei får ein auka trivsel. Som tema har eg valt trivsel blant eldre demente på sjukeheim, fordi eg synes det er svært viktig at bebuarane får ein god alderdom. Dette opptar meg fordi eg har møtt mange eldre i praktiske studiar, og har vore på dementavdeling i ein av dei to sjukeheimsperiodane mine. Eg har og arbeidd på ei dementavdeling før eg byrja på sjukepleiestudiet.

I følge Hauge (2008), går det ofte utover trivselen og livskvaliteten når ein må flytta frå sin eigen heim og måtte tilpassa seg sjukeheimen sine rutinar og vert sett ilag med andre menneske ein har lite eller ingen felles interesser med. Den gamle har ytt sitt og har no rett på ein verdig alderdom med god kvalitativ og individuell tilpassa pleie og omsorg. Sjukeheimar skal vera ein god plass å bu for dei som ikkje lenger kan ta vare på seg sjølv (Hauge, 2008). Eg har sett at nokon trivst godt på sjukeheim, medan andre vert deprimerte, utagerande eller viser tydeleg at dei ikkje trivst. Av erfaring veit eg at ein del bebuarar "kviknar til" når dei høyrer musikk, men har og lagt merke til at det må vera musikk som er tilpassa personleg smak, musikk som dei kjenner til og fengar dei. Det hjelper ikkje til dømes med radio i bakgrunnen. Det vert ofte berre oppfatta som støy, noko demente ikkje treng for mykje av. Difor vil eg finne ut kor mykje musikk kan verka inn på trivselen hjå demente bebuarar.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga som eg har valt er: *Korleis kan sjukepleiar ved hjelp av musikk bidra til trivsel hjå eldre demente sjukeheimsbebuarar?*

1.3 Føremål med undersøkinga

Føremålet med denne oppgåva er å utvida kunnskapen om og auka forståinga for korleis både eg og andre sjukepleiarar kan bidra til at demente sjukeheimsbebuarar trivst betre og får ein auka livskvalitet, ved å nytta musikk i det daglege på sjukeheimen.

1.4 Oppgåva si oppbygging

Oppgåva starta med ei innleiing om kvifor eg har valt dette tema, presentasjon av problemstillinga og føremålet med oppgåva. Vidare vil eg sjå på kva metode og litteraturstudie er, samt ein gjennomgang av søk og val av litteratur, kjeldekritikk, etiske aspekt og ein presentasjon av forskning og bøker. I begrepsmessig rammeverk vil eg ved hjelp av faglitteraturen ta for meg dei mest sentrale omgrepa i oppgåva, før eg drøftar problemstillinga mi i forhold til forskingsartiklane, faglitteraturen og erfaringane mine, slik at eg til slutt får eit svar på problemstillinga mi i det avsluttande kapitlet.

2.0 Metode

Omgrepa metode og vitenskap heng nøye saman. Tranøy i Dalland (2007) definerer metode som ein framgangsmåte for å bringa fram kunnskap eller for å etterprøve påstandar som vert framsett med krav om å vera gyldige, sanne eller haldbare. Metode er ein framgangsmåte å løysa problem på, og å finna fram til ny kunnskap (Dalland, 2007).

2.1 Val av metode

Det er eit krav at framgangsmåten i bacheloroppgåva skal vera eit litteraturstudie. Denne metoden gav meg ein del relevant litteratur og forskning som hjelpte meg med å svara på problemstillinga mi.

2.2 Litteraturstudie

I samband med hovudoppgåver er det vanleg å bruka litteraturstudier som metode (Olsson og Sörensen, 2003). Ein allmenn litteraturstudie kan vera ein litteraturoversikt, forskingsoversikt eller litteraturgjennomgang (Forsberg og Wengström, 2008). Litteraturstudie skal som alle andre oppgåver, ha bakgrunn, formål, spørsmålstillingar, innsamlingsmetode, osv. Litteraturen er informasjonskjelda, på same måte som respondenten er ved intervju. Litteraturdata som skal brukast for å gjera reie for resultat er greiast å henta frå vitenskaplege artiklar eller andre relevante vitenskaplege rapportar (Olsson og Sörensen, 2003). Litteraturstudie er å systematisk søka, granska kritisk og å sammenhalda litteraturen innan det temaet eller den problemstillinga som er valt (Forsberg og Wengström, 2008).

2.2.1 Sterke og svake sider ved metoden

Sterke sider ved metoden er at han gjev mykje litteratur på kort tid og ein kan då få god innsikt i temaet. Det er og lett å finna kjeldene igjen. Svake sider ved metoden kan vera at det er avgrensa mengd med relevant forskning, ulike ekspertar innan same område kan koma fram til ulike resultat og utvalet er selektivt om ekspertane velgjer studium som støttar deira egne synspunkt (Forsberg og Wengström, 2008).

2.3 Litteratursøk og val av litteratur

Formålet med litteratursøk er å finne ut kva for kunnskap som finst, relatert til forskingsspørsmål, problemstillingar eller føremål. Ein kan ikkje berre søkja på måfå, men ein må ha ein god søkestrategi for å finna det som er mest relevant (Bjørk og Solhaug, 2008).

I SveMed+ fekk eg 186 treff på søkeordet "music" og 969 treff på "dementia". Når eg kombinerte dei søkeorda, fekk eg 19 treff. På "demens" fekk eg 1019 treff og på "musikk" fekk eg 23. Når eg kombinerte desse, fekk eg 6 treff. Eg har og søkt på "musikk" i Tidsskrift for Den norske legeforening, Vård i Norden og Tidsskriftet Sykepleien. Det vart dårleg resultat av desse søka. Eg fann ingen relevant forskning, men nokon fagartiklar. Nokon av desse har eg brukt sidan det var vurdert og stod skrive mykje relevant i forhold til problemstillinga mi, men dei har ikkje undersøkt noko, og eg har difor ikkje lagt hovudvekt på nokon av desse i oppgåva mi.

I ProQuest søkte eg på "dementia" og "music". Der fekk eg 65 treff på vitenskaplege artiklar. Nokon av artiklane kunne eg ta vekk med ein gong ved å vurdere overskrifta, men eg måtte lesa igjennom samandraga til nesten samtlege 65, før eg valde ut 4 artiklar som var svært relevante for denne oppgåva.

For å finna faglitteratur, søkte eg i BIBSYS. Søkeorda eg brukte der var "musikk", "eldre", "livskvalitet", "trivsel", "Henderson" og "Nightingale", og fekk mykje relevant faglitteratur. Noko av faglitteraturen har eg funne ved å sjå i litteraturlistene til den litteraturen eg fann fyrst i søkinga mi. Forskingsrapporten til Myskja og Lyngroth (2002) fann eg når eg søkte etter faglitteratur i BIBSYS.

2.4 Kjeldekritikk

Dalland (2007) seier at kjeldekritikk er å vurdere og karakterisere den litteraturen ein har nytta. Føremålet med dette er at lesaren skal få ta del i dei refleksjonane ein har gjort seg om kor gyldig og relevant litteraturen er når det gjeld å belysa problemstillinga. I denne samanhengen er det og fint å karakterisera tilgangen til litteratur, om det var lett eller vanskeleg å finne litteratur til oppgåva. Me skal, så godt me kan, vurdere i kva for grad me kan bruka forskingsresultata og teorien me har funne, i vår problemstilling (Dalland, 2007).

Uansett kva for kunnskap ein bruker i eit prosjekt, er det viktig å visa tydeleg kor kunnskapen er henta frå. Primærkjelda er ei førstehandskjelda, "originalen". Typiske primærkjelder er rapportar frå enkeltståande forskning- eller fagutviklingsprosjekt. Det kan og vera masteroppgåver, normativ kunnskap presentert i forskrifter, lovar, offentlege utredningar og etiske retningslinjer. Bøker kan og vera primærkjelda og er godt eigna når ein vil ha kunnskap av ein meir "stabil" karakter (Bjørk og Solhaug 2008).

Ei utfordring er at både pensum og fagstoff ofte er sekundærlitteratur (Dalland, 2007). Sekundærkjelder er ei andrehandskjelda der materialet frå primærkjelda er bearbeida. Ei vanleg sekundærkjelda brukt i prosjekt, er kliniske retningslinjer og ulike typar oversikter. Når ein støttar seg på ein annan forfattar si framstilling og ikkje originalen, vert det sekundærlitteratur (Bjørk og Solhaug, 2008). Målet med kjeldekritikk er at du viser at du er i stand til å forholde deg kritisk til materiale du nyttar i oppgåva, at du viser lesaren kva for litteratur som finst og kva kriterium som er nytta under utveljinga (Dalland, 2007). Eg prøvde å finna den nyaste litteraturen, og ville helst ikkje ha litteratur eldre enn 10 år. Dette var ikkje så vanskeleg sidan bruk av musikk i pleia har vorte teke meir og meir i bruk dei siste 10 åra. Bøkene til Nightingale derimot, er frå 1984 og 1997, og Henderson frå 1997, men dei tok eg likevel med sidan synet deira på sjukepleie fortsatt er like aktuelt. Eg har så godt eg kan, prøvd å finna fram til dei kjeldene som er referert til, slik at eg får framstilt det mest mogleg slik forfattaren har skrive. I nokon tilfelle har eg ikkje hatt tilgang til primærlitteraturen, men har vurdert om dette har mykje å sei for oppgåva mi og kva bakgrunn forfattaren som har skrive det har.

2.5 Ethiske aspekt ved oppgåva

Det er gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og dei seier at juks og uhederlighet ikkje skal førekoma. Det betyr at ein til dømes ikkje skal vrenge på forskingsprosessen eller laga plagiat av data. I litteraturstudie er det viktig å velja studiar som har fått godkjenning av etisk komité og å gjera reie for alle artikkane som er med i studien. Det er uetisk å berre presentera dei artikkane som støttar forskaren sitt syn (Forsberg og Wengström, 2008). Ein skal ikkje endra teksten til noko anna enn forfattaren framstiller, men ivareta forfattaren sitt arbeid (Dalland, 2007).

I følge Gynnild (2008, s. 16) er plagiat: "Submitting the words, ideas, images or data of another person as one's own". Difor har eg vore nøye med å referera til dei kjeldene eg har brukt og presentert artikkane, men og drøfta dei opp mot kvarandre og anna litteratur. Nokon av artikkane har skrive om kor gyldige dei er, og at dei er godkjent av etisk komité. Andre artikkelar som ikkje står om er godkjent av etisk komité eller ikkje, har eg sett på kor relevante og gyldige eg meiner dei er i forhold til kva som er undersøkt, kor mange deltakarar som har vore med i undersøkinga, kven som har skrive artikkelen, kva for bakgrunn han eller ho har og kva metode forfattaren har brukt.

2.6 Presentasjon av forskning

Forskingsartiklane eg har funne viser tydeleg verknad av musikk blant demente, og har difor vore svært relevante når eg skulle svara på problemstillinga.

Studien til Götell, Brown og Ekman (2009) ser på kva for verknad det har på demente om omsorgspersonen nyttar musikk. Det vart studert tre typar med pleie: På ”vanleg” måte utan musikk, med bakgrunnsmusikk og om pleiaren song til og/eller med pasienten. Resultata viste at samanlikna med ingen musikk, bidrog bakgrunnsmusikk og at pleiar song, til betre kommunikasjon mellom omsorgspersonen og pasienten. Det skapte og ei felles kjensle av vitalitet. Positive kjensler vart sterkare og aggressiviteten vart redusert. Medan bakgrunnsmusikk gav ei auka kjensle av leik, vart kjensla av oppriktigheit og intimitet i samspelet forsterka når pleiaren song.

Ziv, Granot, Hai, Dassa og Haimov (2007) viser i studien sin kva effekt bruk av bakgrunnsmusikk har på oppførselen til Alzheimerspasientar. Dei undersøkte effekten av bakgrunnsmusikk på både positiv og negativ atferd, i ei tid der pasientane ikkje var i aktivitet eller opptatt med noko. 28 deltakarar vart observert både med og utan stimulativ, kjend bakgrunnsmusikk. Resultata viste både ei betydeleg auking i positiv sosial atferd og ein betydeleg reduksjon i negativ atferd knytt til uro, når musikk vart spelt. Resultata viser at tilskot av musikk var positivt generelt for funksjonane hjå eldre pasientar med demens.

Artikkelen til Sixsmith og Gibson (2007) handlar om kva musikk har å gjera for velværa og kva verknad det har i kvardagen for demente menneske. Data vart samla under dybdeintervju med 26 personar med demens og deira omsorgspersonar. Studien illustrerer mange forskjellige måtar som menneske med demens opplever musikk på. I tillegg til å nyta musikk i sin eigen rett, gjev musikk det mogleg for personar å delta i aktivitetar som er hyggelege og personleg meiningsfylte. Det er ei viktig kjelda til sosialt samhald og kontakt, og gjev pasienten ei grad av empowerment og kontroll over sine daglegdagse situasjonar.

Agitasjon hjå personar med alvorleg demens er eit betydeleg problem som vedrører omsorg og generell livskvalitet. Studien til Hicks-Moore (2005) bygger på forskning utført av Goddaer og Abraham, der det er foreslått at det vil ha ein roande effekt og redusera negativ atferd blant demente pasientar i sjukeheim, når avslappande musikk vert spelt under måltid. 30 bebuarar

var med i studien, der det vart introdusert musikk i veke 2, fjerna i veke 3, og gjeninnført i veke 4. Reduksjonar i negativ åtferd vart oppnådd i løpet av vekene med musikk.

Myskja og Lyngroth (2002) har skrive ein prosjektrapport etter at tre sjukeheimar i Oslo gjennomførte eit prosjekt med individualisert musikk. Dei tilsette vart opplært i å ta i bruk eit musikkpreferanseskjema. Skjemaet vart fylt ut av personalet i samråd med bebruar, pårørande og andre tilsette. Dei såg så på musikk som velværefremjande tiltak og på musikk som tiltak for å redusera problematisk åtferd. Resultatet viste ein betydeleg gevinst ved å individualisera musikk som tiltak. Det vart ei auke av velvære hjå bebruarane og reduksjon av problematisk åtferd hjå dei mest ressurskrevjande bebruarane.

2.7 Presentasjon av bøker

Ein av dei bøkene eg har brukt mest er Musikk og helse (Aasgaard, 2006), som handlar om verknaden av musikk i folk sitt daglegliv. I boka står det mykje generelt om musikk, verknadane av musikk og musikk i forhold til eldre, som eg har hatt god bruk for i oppgåva. Eg har og brukt Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten (M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, 2008), der forfattarane tek for seg kva som kjenneteiknar, og kva for prinsipp som gjeld innan sykepleie for eldre menneske. I denne boka har eg brukt kapitla Sykepleie i sykehjem og Kognitiv svikt og demens som var relevante for oppgåva mi.

3.0 Begrepsmessig rammeverk

3.1 Demens

Demens er sjukdommar som inneber kognitiv svikt og eventuelle psykiske og åtferdsmessige endringar. For å kunne kalla det demens, skal symptoma ha vore tydelege i minst seks månadar. Sjukepleie til personar med demens, er fyrst og fremst å gje pasienten ei oppleving av verdigheit, og deretter er det om å gjera å bidra til oppleving av meistring. Førekomsten av demens aukar med stigande alder. Det var om lag 65 000 personar med demens i Noreg i 2004, og det er fleir kvinner enn menn som er ramma (Berentsen, 2008).

Ved demens er det skadar i fleire område. Svekket hukommelse viser seg allereie tidleg i demensutviklinga. Det er då vanskeleg å halda fokus på ei oppgåva eller hending utan å la seg forstyrra av andre ting. Ved redusert hukommelse vert det og vanskelegare å læra seg nye ting. Læring krev fokus og evna til å forstå objekt, ord, handlingar og sanseopplevingar. Ein person med demens mister etter kvart både langtids- og korttidshukommelsen, og dei kan gløyma kva dei har tenkt å gjera i nær framtid, kor dei har informasjon frå og innlærte fakta, som til dømes namn på stader. Dei kan og gløyma enkelte hendingar, og korleis dei utfører vanlege ting som å eta eller kle på seg og fleire kan få språkproblem, der evna til å vera analytisk, tenka logisk og ha god talfunksjon kan vera svekka. Det vert etter kvart vanskeleg å orientera seg for tid og rom og det er vanskeleg å veta dag og årstal. Ein kan då til dømes snu på døgnnet eller gløyma kor toalettet er (Berentsen, 2008).

Mange av pasientane med demens kan verta deprimerte, ha angst, få psykosar, hallusinasjonar eller illusjonar. Pasientane kan og ropa om og om igjen, eller vera rastause og vandra. Nokon må halda på med noko heile tida, som å plukka bleier i bitar eller gjera ei bestemt rørsle. Andre kan vera irritable eller ha aggressiv åtferd (Berentsen, 2008). Det er vanskeleg å veta kva som er førebyggjande og kurerande behandling sidan me ikkje veit sikkert kva som er årsak til demens. Elles må ein ha symptomatisk behandling og miljøtiltak, som til dømes stimulering, aktivitet, sosial kontakt og skjerming (Engedal og Haugen, 2004).

3.2 Trivsel

Trivsel er eit fenomen som er av ein meir kortvarig karakter enn livskvalitet. Ein kan trivast i periodar utan at ein i ettertid kan sei at det har vore godt å leva. Å kjenna glede er viktig for å oppleve livet som godt (Rustøen, 2002).

Både trivsel og livskvalitet er kjensla av å ha det godt. Det dreier seg om ein indre tilstand som ein ikkje kan observera direkte. Då er det kanskje lettare å vurdera mangelen på trivsel og livskvalitet, som til dømes kan målast indirekte via førekomst av einsemd, depresjon og bruk av roande middel. Likevel er det enklast å spørja pasienten rett ut om han eller ho trivst (Daatland og Solem, 2000).

Trivsel er resultatet av den einskilde personen si eiga vurdering eller oppleving av forholdet mellom omgivnaden og seg sjølv. Denne vurderinga vert basert på eigne forventingar og behov, åtferd og personlege karakterar. Trening, aktivitet, sosiale relasjonar, pårørande og personale, pleie, bustad, ernæring, sansestimulering, hjelpemiddel, komfort og tilgjengelighet er faktorar som påverkar trivsel hjå eldre (Møller, 2007). Den sosialgerontologiske forståinga av trivsel ser det ut til at legg vekt på psykologiske forhold, og ligg difor nær opp til omgrepet velvære/subjective well-being (Bergland, 2006).

Livet på institusjon set grenser for dei høva for val ein har i samfunnet utanfor. Ein god institusjon er mangfaldig og fleksibel. Eit godt tilvære handlar om trivsel. Det gjeld og etter at ein har flytt til ein sjukeheim. Institusjonsbebuarar må verta oppfatta og behandla som likeverdige med dei som ikkje bur på institusjon. Trivsel heng og saman med måltid. Å kunne drikke eit glas raudvin til maten eller ta ein konjakk til kaffien, er eit trivselsmoment (Garsjø, 2008).

Å bu på sjukeheim har både positive og negative sider. Dei positive sidene er tryggleik, og at ein har kontinuerleg kontakt med helsepersonell. Når eldre ynskjer å flytta til sjukeheim, er tryggleiken knytt til at det alltid er nokon å be om hjelp, ofte avgjerande. Ein viktig del av tilbodet frå sjukeheimane er at dei vurderer sjukdomsutvikling og helsetilstand, i tillegg til at dei følgjer opp medisinsk behandling. Ein god del av dei eldre er og slitne og orkar ikkje å ta ansvar for bustaden sin eller seg sjølv lenger. Ei anna positiv side, er at dei eldre på sjukeheim har høve til å ha kontakt med andre. Å ha kontakt med dei tilsette betyr ofte mykje for dei eldre. Mange har ein favorittpleiar som bidrar mykje for at bebuaren trivst der. Dei eldre set

stor pris på at pleiarane snakkar om daglegdagse ting, sidan slike samtalar kan hjelpe til å halda oppe kontakten med eit kvardagsliv utanfor sjukeheimen (Hauge, 2008).

Når det gjeld negative sider ved å bu på sjukeheim, er problema ofte knytt til å leva med menneske som ein eigentleg ikkje har noko til felles med. Nokon eldre opplever at det er få meningsfulle aktivitetar å engasjera seg i. Det er og ein utfordring å ha eit privatliv på grunn av institusjonen sine rutinar. Pleiarane opptre ofte som om bebuaren sitt rom er offentleg, og at dei har tilgang når som helst. I tillegg kan ofte aktivitetstilbod som konsertar, bingo, andakt og andre arrangement verka som tvang. Om lag alle, om dei vil eller ikkje, vert då plassert i daglegstova (Hauge, 2008).

3.3 Livskvalitet

Livskvalitet er breiare og omfattar meir enn trivsel. Mange ulike faggrupper har arbeidd med og definert omgrepet livskvalitet. Det har medført at det finst mange ulike definisjonar av omgrepet. Noko det er semje om, er at livskvalitet handlar om det einskilde mennesket si oppleving av å ha det dårleg eller godt. Livskvalitet er eit subjektivt omgrep, der det må verta tatt utgangspunkt i kvart menneske si oppleving av sin eigen situasjon. Livskvalitet er eit fleirdimensjonalt omgrep som består av til dømes eit psykologisk, eit fysisk, eit økonomisk, eit sosialt og eit åndeleg domene. Kor utilfreds eller tilfreds ein er med livet innanfor desse domena, vil sei noko om mennesket sin livskvalitet (Rustøen, 2002). I Rustøen (2002, s. 20-21) definerer WHO livskvalitet som *"enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innanfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av"*.

3.4 Musikk

Musikkterapi er sannsynlegvis noko av dei mest brukte behandlingstiltaka på sjukeheim som ikkje er medikamentell. Musikklytting bør vera basert på kartlegging av individuell musikkpreferanse. Musikk bør generelt verta unngått som passiv lyd kjelda der innhaldet ikkje er evaluert, særleg gjeld dette i fellesrom, der fleir er samla. Sjølv om dei eldre ikkje kan spela sjølv eller likar å synga, kan dei ha glede av musikk. Det gjev ei kjensle av meistring når ein kan synga med i ein song, og orda kjem lettare i ein song enn i ein samtale (Myskja, 2005).

Musikk kan ikkje helbreda sjukdom, men kan påverka velvære og trivsel, og kan ilag med rørsle, gje helsegevinst. Musikk og song uttrykker kjensler og kan skapa kommunikasjon mellom den som spelar og den som lyttar. Røleg musikk kan redusera aktivitetsnivået, og musikk med meir rytme og raskare tempo, kan stimulera til rørsle (Berentsen, 2008). Tap av hørsel er eit sensitivt område for mange eldre. Ein del eldre kan skamma seg over å bruka høyreapparat. Hjø dei fleste eldre kjem dårleg hørsel av aldersbetinga hørselreduksjon, der evna til å høyra dei høge frekvensane fell heilt eller delvis bort, medan det vanlegvis ikkje er noko forskjell på dei midtre og lågare frekvensområda. Generelt vert levande musikk føretrakt framfor ferdiginnspelte songar. Levande musikk vil gje betre resultat, sjølv om det er mindre ressurskrevjande med ferdiginnspelt musikk i ein hektisk kvardag (Myskja, 2006).

3.4.1 Musikk gjev helse

Tidlegare innan helsevesenet var ein primært opptatt av å kurera sjukdom. Så vart fokuset retta mot førebyggjande tiltak, men i seinare tid har det vorte stor interesse for helsefremjing, noko som er retta mot våre helsevanar og vår livsstil. Viss befolkninga vert spurt kva som er helsefremjande, bør det ikkje berre vera fysisk mosjon og riktig kosthald som er viktig. Det er mykje som tyder på at musikk kan verta betrakta som helsefremjande. Å vera aktivt med i musikklivet, vert som oftast opplevd som noko positivt i livet vårt, og har ei innverknad for livskvaliteten (Ruud, 2006). Det krev ikkje musikkferdigheiter for å ha nytte av musikk. Tvert om er det mange av dei Alzheimers-pasientane som ikkje har spelt noko instrument tidlegare, som har størst utbytte av aktiv musikkbruk (Myskja, 2003).

3.4.2 Musikken sine verknadar

Me bør sikra oss ein trygg og støttande atmosfære, viss me ynskjer å oppnå terapeutiske resultat med musikk på sjukeheim. Utryggleik kan framkalla alarmrespons i staden for lyttarrespons, og då vert den terapeutiske verknaden av musikken blokkert (Myskja, 2006).

Ei rekke undersøkingar viser at musikk verkar inn på sentrale fysiologiske variablar som puls, blodtrykk, kroppstemperatur, respirasjonsfrekvens og hjernebølgemønster. Immunfunksjonen kan verta stimulert av musikk og vert målt som auka serumnivå av immunologiske markørar som immunoglobuliner og endorfiner. Effekten av musikk viser store interindividuelle variasjonar, og me manglar kunnskap om korleis musikk kan verta brukt spesifikt i kliniske situasjonar. Musikk har til dømes vore brukt til muskulær avspenning og for å dempa angst. I dei seinare åra har ein kunna kartlegga effekten av musikalsk stimuli, og det er haldepunkt for

at musikk til dels, har psykofysiologiske effektar som kan vera nyttige i klinisk medisin. I det siste tiåret har det vore fokus på musikken sin potensielle læringsstimulerande effekt, noko som kan ha konsekvensar for behandlinga bl.a. til eldre med kognitiv svikt. Ein del studium peiker i tillegg på at musikk kan ha ein antidepressiv effekt (Myskja og Lindbæk, 2000).

3.4.3 Musikk og kognitive funksjonar

Der talespråket og kognitive evner går tapt eller vert redusert, treng ein å søkja alternative kommunikasjonskanalar (Myskja, 2009). Då kan musikk vera ein måte å kommunisera på. Nokon gonger er det vanskeleg å "få med" personar med demens til musikkstund. Viss ein formulerer eit spørsmål om dei vil vera med, svarer dei ofte nei. Dei oppfattar at det er eit spørsmål, men ikkje kva spørsmålet handlar om. Visst ein tek med seg eit instrument og syng litt, skjønar dei meir kva som skal skje. Viss ikkje, kan dei berre sjå uforståande på deg. Musikken kan hjelpa med å fanga fokuset og å halda på det. Ein melodi eller lyd er lett å oppfatta og er ikkje avhengig av eit høgt intellektuelt eller kognitivt nivå. Musikk kan hjelpa til med å halda konsentrasjonen over tid, men musikklyd kan og vera sløvande, utmattande og irriterande. Når radio, CD-spelar eller fjernsyn står på utan stans, vert vår merksemd svekka. Musikk som vert oppfatta som støy, eller som me ikkje likar, kan ha same effekt i tillegg til at den skapar aggresjon. Melodi og rytme i kjende songar, er spesielt godt lagra i hukommelsen, og demente vil difor kjenne igjen mange songar når dei høyrer dei (Kvamme, 2006).

3.5 Sjukepleieperspektiv

Virginia Henderson ser på kropp og sjel som nær knytt til kvarandre. Henderson sitt menneskesyn går ut på at mennesket har visse grunnleggande behov, som kjærleik, mat, kjensla av å vera til nytte, godkjenning, samhørighet og gjensidig avhengighet av andre. Henderson slår fast at desse behova vert vanlegvis dekkja gjennom sjølvstendig og aktiv handling (Kristoffersen, 2006). Likevel er det avhengig av pasienten sine ressursar. Faktorar som emosjonell likevekt, alder og åndeleg utrusting spelar inn. Resultatet då er eit mangfald av måtar å ta vare på menneskelege behov på, der enkelte behov til tider kan verta dominerande (Henderson, 1997). Henderson har utarbeidd 14 grunnleggjande behov som sjukepleiaren må hjelpa pasienten med viss han ikkje kan utføra det sjølv. Ein av dei 14 grunnleggjande behova er å hjelpa pasienten med å finna underhaldning og fritidssyslar (Kristoffersen, 2006). Musikk kan då vera med på å møta deler av dette behovet, i tillegg til at det kan møta eit anna grunnleggande behov som er å få kontakt med andre.

Florence Nightingale (1984) ser på sjukdom som ein erfaring i livet, ein tilstand som vert opplevd av dei som er sjuke og deira pårørande. Nightingale står for eit heilskapleg syn på mennesket. Det sjuke mennesket er ikkje mekanisk samansett av organ eller psykiske og fysiske, andeleg eller sosiale faktorar, men det er ein person, på lik linja med den friske (Nightingale, 1984). I følgje Florence Nightingale (1984) er unødvendig støy til skade for pasienten. Ho skriv at strenginstrument, blåseinstrument inkludert menneskeleg stemme, som kan gje ein vedvarande lyd, verkar gunstig. Piano og instrument som ikkje kan gje ein vedvarande lyd, meiner ho at ikkje er gunstig for pasienten.

4.0 Korleis kan sjukepleiar ved hjelp av musikk bidra til trivsel hjå eldre demente sjukeheimsbebuarar?

Her vil eg drøfta problemstillinga mi opp mot den teorien og forskingsresultata som eg har funne, og egne erfaringar og synspunkt.

4.1 Kva musikk likar pasientane?

For at musikk skal kunne vera med å skapa trivsel, er det viktig å kartlegga musikksmaken til pasientane før ein set på musikk. Smaken er ikkje lik hjå alle, og det finst folk som ikkje likar musikk uansett sjanger. Eg har både sjølv gjort det, og sett andre pleiarar, bruka radio og fjernsyn for å aktivisera eldre på sjukeheim. Dette har i nokon tilfelle ført til uro, og tiltaket med musikk vil då i følgje Kvamme (2006) ha motsatt verknad.

Musikken bør helst vera levande, men bør i alle fall vera tilpassa kvar einskild bebuar (Myskja, 2006). Myskja og Lindbæk (2000) skriv at grunnen til det, er at musikken ikkje skal gje ein auke i agitasjon, men verka roande og stimulerande. Mange av dei demente klarer ikkje å gje uttrykk for kva musikk dei likar. På grunn av svikt i kognitive funksjonar, kan det vera vanskeleg å hugsa namnet på yndlingsartisten, eller kunne fortelja kva for sjanger dei likar. Det er lettare om sjukepleiar spør dei. I Myskja og Lyngroth (2002) sitt prosjekt, fekk personalet fram andre sider av bebuarane når dei henta inn musikkpreferanse. Bebuarane opna seg og fortalde om ulike musikkglæder. I prosjektet hadde dei med 37 bebuarar, der dei skulle nemna tre kvar av dei musikkategoriar som dei likte best. Musikkategoriene som var best likt, var dansemusikk, viser og klassisk (Myskja og Lyngroth, 2002). Det finst etter kvart ein del forskning og litteratur på kva dei fleste eldre likar av musikk. Kvar sjukeheim bør laga nokon samleplater med noko av den anbefalte musikken. Om bebuarane ikkje kan gje uttrykk for kva musikk dei likar, vil det på dei fleste synast ganske fort på kroppsspråket om dei likar musikken eller ikkje når den vert sett på.

Det er og viktig at lydstyrken på musikken vert individuelt tilpassa til kvar bebuarar, sidan ein god del eldre har nedsett hørsel (Myskja, 2006). I Myskja og Lyngroth (2002) sin studie var det ein tendens til endring i retning av auka velvære etter musikktiltak, men det vart merka at anten var musikken for låg slik at bebuarane ikkje høyrte den, eller var musikken for høg slik at det ikkje vart oppfatta som ei god oppleving, men som støy. I Sixsmith og Gibson (2007) prøvde dei å skru opp lyden til deltakarane som høyrde dårleg, men det skapte uro for andre bebuarar når musikken vart spelt høgt og lenge.

4.2 Betydinga av musikk på negativ åtferd

I studien til Götell et al (2009) og Ziv et al. (2007) kjem det fram at musikk verkar positivt på negativ åtferd. Studien til Götell et al. (2009) har sett på tre ulike omsorgssituasjonar; morgonstell utan musikk, med bakgrunnsmusikk og medan pleiar song. Ved song eller bakgrunnsmusikk, vart kommunikasjonen mellom pasient og pleiar betre (Götell et al. 2009). Aggressivitet vart redusert, noko eg vil sei er naturleg når kommunikasjonen vert betre. Eg har erfaring frå praksis at med rettleiing og god kommunikasjon, kan negativ åtferd i noko grad reduserast. Noko musikk kan og vekka gode minner hjå bebuarane, slik at bebuarane vil få ei kjensle av meistring i staden for å vera utagerande, og kan igjen då ha lettare for å trivast.

I studien til Götell et al. (2009) vart kjend, føretrekt musikk, som foreslått i litteraturen brukt. Dette fordi ingen av deltakarane i studien hadde evne til å sei kva musikk dei likte. I følgje Myskja (2005) bør musikklytting vera basert på kartlegging av individuell musikkpreferanse. Musikk bør generelt verta unngått som passiv lyd kjelda der innhaldet ikkje er evaluert, særleg gjeld dette i fellesrom, der fleire er samla (Myskja, 2005). Musikk som vert oppfatta som støy eller som me ikkje likar, kan skapa aggresjon (Kvamme, 2006). Som tidlegare nemnt, er unødvendig støy i følgje Florence Nightingale (1984) til skade for pasienten.

Götell et al. (2009) sin studie viser til at når pleiar song under morgonstellet, bytta pasienten ut den negative åtferda med å uttrykka glede og oppriktigheit. Positive kjensler var dominerande når pleiaren song. Når dei demente snakka under stellet med song, høyrtes dei avslappande og rolege ut, dei korkje skreik eller uttrykte aggressivitet (Götell et al. 2009). Ziv et al. (2007) undersøkte i studien sin, effekten av bakgrunnsmusikk på positiv og negativ åtferd, i ei tid der pasientane ikkje var opptatt av ein strukturert aktivitet. Resultata viste at når det vart spelt musikk, vart det ei betydeleg auke i positiv åtferd, men og ein reduksjon i negativ åtferd knytt til uro. I studien viste ingen av deltakarane meir positiv sosial åtferd utan musikk enn med musikk (Ziv et al. 2007). Myskja og Lyngroth (2002) såg og på kva effekt musikk hadde på problematisk åtferd. I snitt såg dei ein førekomst av 8,5 urolege episodar per døgn utan musikk, og 1,8 episodar med uro medan det vart spelt musikk. Dette vart målt over 21 døgn med 10 bebuarar.

Urolege og aggressive bebuarar er ein av dei faktorane som påverkar sjukefråvera og trivsel hjå personale som arbeidar med langtidsinstitusjonaliserte. Tilsette som set seg inn i pasienten

sin situasjon og prøver å halda rytme i motorisk og verbal samhandling med pasienten, har større høve til å hindra aggresjon (Myskja, 2009). Personalet i prosjektet til Myskja og Lyngroth (2002) merka at nokon av bebuarane uttrykte glede når dei vart spurt om musikkpreferanse. Når dei fekk opplevingar av at bebuarar med kognitiv svikt, hugsa betre, og fortalde om seg sjølv, fekk pleiarane ein auka motivasjon (Myskja og Lyngroth, 2002). Av erfaring, veit eg at når personalet vert meir motivert, vil dei kunne bruka meir tid på å setje seg ned i saman med pasientar når dei har ei ledig stund, og dette vil sjølvsagt kome pasientane til gode. Mange demente pasientar sovnar lett og treng difor meir stimulering for å halda seg vakne enn det dei vert tilbode. I Götell et al. (2009) viste det seg at både pleiarar og demente snakka med meir varme og klang i stemma når det vart spelt bakgrunnsmusikk.

4.3 Musikk, trivsel og positive verknadar

Myskja (2003) meiner at det ikkje burde vera noko hinder for at ein tek i bruk meir musikk på sjukeheim. Han har erfart at den tida ein brukar på slike tiltak, får ein igjen i eit auka funksjonsnivå. Song av kjende og kjære songar i geriatrien, har gitt god effekt. Ved bruk av musikk, kan det tenkast at det skjer ei allmenn stimulering som motverkar den understimuleringa ein ofte finn hjå eldre (Myskja, 2003).

I studien til Sixsmith og Gibson (2007) har dei undersøkt kva musikk har å gjera for velvære til demente menneske. I denne studien er det sett på verknaden av musikk i kvardagen til demente. Data vart samla under dybdeintervju med 26 personar med demens og deira omsorgspersonar. Studien illustrerer mange ulike måtar som menneske med demens opplever musikk på. I tillegg til å nyta musikk i sin eigen rett, gjev musikk det mogleg for personar å delta i aktivitetar, noko som er hyggeleg og personleg meningsfylt. Musikk er ei viktig kjelda til sosialt samhald og kontakt, og gjev ei grad av empowerment og kontroll over pasienten sine daglegdagse situasjonar (Sixsmith og Gibson, 2007).

Sjølv for dei med alvorleg demens, kan musikk ha ein kommunikatív og stimulerande effekt. Musikken viste seg å vera mentalt stimulerande og fremja deltaking og engasjement i daglege aktivitetar, der personen tidlegare hadde vore uoppmerksam og uengasjert. Musikk auka trivselen og gav ei kjensle av empowerment (Sixsmith og Gibson, 2007). Studien til Sixsmith og Gibson (2007) viste at demente som hadde vore mykje i kyrkja, kunne synga med i salmane som hadde vore kjent for mange år sidan. Dette støttar og Myskja (2009). Han seier at det er lettare å kjenna igjen songar enn verbal informasjon, og både han og Sixsmith og

Gibson (2007) meiner at musikk kan betra hukommelsen. Med musikken, medførte det og nyting og glede, han hjelpte til å stimulere fram minner frå tidlegare i livet. Musikk gav og høve til å vera ilag med andre og å delta i meiningsfulle aktivitetar med andre (Myskja, 2009). I praksis har eg lagt merke til at når dei eldre høyrer musikk, vil mange av dei byrja å snakka om og tenkja på gamle dagar og ”betre tider”, og dei lyser opp. Florence Nightingale seier at *”for friske mennesker som bør være aktive, er musikken en glede ved et aktivt liv, uten at de har gjort noe for å fortene det. For de syke, som ikke kan være aktive, gir musikken glede og fjerner frustrasjonen ved ikke å kunne være i vigør”*, sitert i (Nightingale, 1992/1997).

Ved aktiv bruk av musikk, vil dei demente få dekkja ein god del av dei faktorane som vert rekna for å ha noko å seie for eldre sin trivsel. Musikk kan gje kontakt med både pårørande, personale og andre menneske dei har relasjonar til. Dei får då vera i aktivitet og får stimulert nokon av sansane sine (Møller, 2007). Sixsmith og Gibson (2007) er og av den meining at musikk gjev høve til å få sterkare band til pårørande og omsorgspersonar eller med andre dei syng eller dansar ilag med. Då får dei og dekkja nokon av dei 14 grunnleggande behova Henderson meiner sjukepleiarar skal hjelpa pasienten med (Kristoffersen, 2006).

Deltakarane i Ziv et al. (2007) sin studie viste positiv åtferd inkludert forsøk på å ta kontakt, le, snakka, smila, vera kjærleg, prøva å roa andre pasientar og tromming med handa/foten i takt med musikken. Det kan vera vanskeleg å måla livskvaliteten og velvære hjå demente, sidan dei kan ha vanskar med å uttrykka seg og forstå andre. Likevel kan slike teikn som deltakarane her viser, vera eit teikn på at dei har det godt akkurat no. Sjølv om demente ofte ikkje hugsar det i ettertid, vil det vera viktig at dei kjenner at dei trivst i stunder.

Ein deltakar i Sixsmith og Gibson (2007) sin studie likte radio veldig godt. Dette fordi det var noko anna, og at ho berre kunne skru radioen av viss ho ikkje likte det som var på. Ho meinte at radioen gav ei kjensle av sosial interaksjon gjennom programleiarar og småpratning (Sixsmith og Gibson, 2007). Ved demens vert hukommelsen dårlegare og det kan verta vanskelegare å utføra ting (Berentsen, 2008). Å bruka musikkspelarar var eit av dei største problema i møte med musikken (Sixsmith og Gibson, 2007), og eg veit av erfaring at ein person ikkje treng å ha kome langt i demenssjukdommen før ein gløymer korleis ein bruker ting. Eg har og fått spørsmål av pasientar om eg ikkje kan skru av radioen, fordi det er så ”gnål”. Eg har sett at dei fleste eldre på sjukeheim ikkje likar radio, men musikk som dei hugsar igjen frå tidlegare i livet vil dei synast er kjekt å høyra på.

Viktigast av alt, har resultatene i studien til Sixsmith og Gibson (2007) vist at personer med demens, til tross for deira kognitive svekkingar og andre problem, fortsatt kan nytta mange av dei kvardagslege aktivitetane som bidreg til livskvalitet. Sjukepleiarane må gjera tilgangen til musikk lettare og oppmuntra til bruk av musikk. Dette kan ha stor betydning for pasienten sin livskvalitet utan at det tek for mykje tid og ressursar frå sjukepleiarane. Ein del av deltakarane i studien sa at musikk var ein del av ei større oppleving av sosiale stunder eller andre aktivitetar som igjen gav stimulering, nytning og glede (Sixsmith og Gibson, 2007).

Dei aller fleste bebuarane i prosjektet til Myskja og Lyngroth (2002) sa at musikk var svært eller nokså viktig. Musikk syntes å ha gunstige verknadar på trivsel hjå pasientane. Å vera med på musikk-relaterte aktivitetar fekk pasientane til å kjenna seg lukkelege og gjorde at dei uttrykte glede. Når musikk vart nemnt i intervju, kvikna deltakarane tydeleg til, smilte, lo og i nokon tilfelle byrja å synga (Sixsmith og Gibson, 2007). Dette har eg og sett tydeleg hjå nokon pasientar i praksis. Pasientar som er urolege eller som ofte sovnar, kviknar til når ein byrjar å snakka om musikk som dei kjenner til, og i alle fall viss me byrjar å synga ein kjend song eller set på ei CD-plate som dei kjenner til.

Det er ikkje enkelt å måla verknaden med musikkterapi med demensramma over tid. Dei fleste deltakarane vil ha gløymt kva dei har vore med på kanskje allereie når det har gått 5 minutt. Likevel vil ei generell oppleving av å ha det dårleg eller godt, vera avhengig av om ein har nok gode opplevingar i løpet av dagen (Kvamme, 2006). Sjølv om eg ikkje har så mange erfaringar med aktiv bruk av musikk i kvardagen til demente, ser det ut som om det absolutt er verdt å prøva, etter å ha sett på alle dei positive sidene med bruk av musikk. I følgje Myskja og Lindbæk (2000) er musikk eit hjelpemiddel som er rimeleg, enkelt, lite ressurskrevjande, krev lite spesialkompetanse og i tillegg har det få biverknadar og fører til høg pasienttilfredsheit.

4.4 Betydinga av bakgrunnsmusikk

Måltid heng som nemnt saman med trivsel (Garsjø, 2008). I ein studie med tretti sjukeheimsbebuarar såg Hicks-Moore (2005) på kva avslappande musikk hadde å gjera for stemninga rundt eit måltid med demente pasientar. Dei spelte ingen musikk i fyrste og tredje veke, men i andre og fjerde veke vart det spelt musikk. Studien vart utført på pasientar med alvorleg demens som sat i ei stor spisestove. Fokuset var på om den negative åtferda var til

stades eller ikkje. Alle pasientane i denne studien hadde agiterande åtferd, der upassande verbal agitasjon og/eller fysisk utagering som å bita, spytta, dytta, sparka og slå vart observert kvar dag. Berentsen (2008) skriv at roleg musikk kan redusera aktivitetsnivået, noko som og vart vist i studien til Hicks-Moore (2005). Studien viste at i dei vekene som det vart brukt musikk i, var det dagar der det ikkje var aggressiv åtferd til stades. Dette var ikkje tilfelle i vekene utan musikk. I løpet av dei vekene musikk vart spelt, verka atmosfæren i spisestova meir harmonisk og avslappa. Pasientane var mindre rastlause. Det vart observert meir sosialt samvær og deltakarane såg direkte på kvarandre og fortsette samtalar.

I vekene med musikk, vart deltakarane sitjande i stova etter måltidet, medan dei forlét spisestova fort når det ikkje vart spelt musikk (Hicks-Moore, 2005). I følgje Kvamme (2006) kan det å ha radio eller CD på konstant, gjera pasientane meir urolege, fordi det vert oppfatta som støy, men i studien til Hicks-Moore (2005) brukte dei musikk som var nøye utvalt og tilpassa bebuarane, noko som er viktig når ein vil ha ein positiv verknad av musikkbruk hjå demente. Det er og fleire studiar som har kome fram til ein god del av dei same resultatane som Hicks-Moore. Til dømes viser både Ragneskog og Kihlgren, og Denney at bakgrunnsmusikk er bra for å redusera agitasjon og fremja samhandling under måltid (Sixsmith og Gibson, 2006). Eg har ikkje sett i praksis at det har vore brukt musikk under måltid, men ut frå desse studiane, synest eg at det er god grunn til å prøva det. Der eg har vore i praksis, har det helst vore fokus på å ha det roleg rundt bebuarane. I nye situasjonar vil eg føreslå og diskutera med andre om me ikkje kan ta i bruk musikk, sidan det er tydeleg at det har mykje å seia for trivselen og stemninga rundt matsituasjonar.

Ziv et al. (2007) har som nemnt og undersøkt effekten av bakgrunnsmusikk. Her viste det ein betydeleg verknad av bruk av bakgrunnsmusikk. Resultata viste ei klar auke i positiv åtferd, som til dømes at dei smilte og bevegde seg ilag med rytmen. Det var og ein reduksjon i negativ åtferd samt vandring, og å visa aggresjon mot andre. 16 av dei 26 deltakarane i denne analysen, viste meir positiv sosial åtferd berre i nærvær av musikk, og ingen i sitt fråvær. For 9 deltakarar hadde musikken ingen effekt (Ziv et al. 2007). Dette kan og ha å gjera med at alle ikkje likar musikk, uansett kva sjanger som vert spelt.

Det viktigaste i studien til Ziv et al. (2007) var kanskje at ingen av deltakarane viste meir positiv åtferd utan musikk enn med musikk. Eg har opplevd at måltid der fleire demente er samla, kan vera svært urolege. Å bruka bakgrunnsmusikk kan altså vera med på å gjera eit

måltid på sjukeheim mykje betre, sidan det roar pasientane, betrar kommunikasjonen, og dermed vil det gje betre trivsel.

Det har og vist seg at bakgrunnsmusikk har ein sterk effekt på reduksjon av gjentakande negativ åtferd. Over halvparten av deltakarane viste mindre gjentatt negativ åtferd med bakgrunnsmusikk enn utan. Hå ni av desse, forsvann denne åtferda heilt med bakgrunnsmusikk. Forfattarane i denne studien meiner at resultatata viser, at å ta inn musikk i kvardagen til dei demente, kan vera nyttig for å betra pasientane sin livskvalitet (Ziv et al. 2007). Eg har møtt mange demente og vore med å brukt litt musikk under stell, men har ikkje fått så gode resultat som i desse studiane, og eg trur dette er fordi musikken ikkje har vore nok tilpassa den einskilde bebuar.

5.0 Avslutning

Denne undersøkinga har vist at det er god effekt av musikkbruk. Sjølv om nokon har testa det ut under måltid og andre under stell, trur eg desse resultata godt kan overførast til generell samhandling med demente bebuarar.

Ved å ha gått igjennom mykje forskning om musikk og personar med demens i arbeidet med bacheloroppgåva, har det vist seg at musikk har mange positive verknadar på personar med demens på sjukeheim. Når musikken er tilpassa kvar einskild bebuar, vil han kunne redusera negativ åtferd og uro og ha gunstige verknadar på trivsel. Ved bruk av musikk, kan stell- og måltidssituasjonar verta rolegare og trivelegare. Ved å bruka musikk i generell samhandling med demente, kan dei få eit sterkare band til omsorgspersonar og sine pårørande. Dette fører og til at dei tek lettare kontakt med medpasientar. Mange demente uttrykkjer glede når dei høyrer musikk eller snakkar om musikk. Ut frå desse studiane er det tydeleg at musikk raskt kan endra humøret vårt.

Dersom sjukepleiarar brukar litt tid på å finna informasjon om den einskilde bebuar sin musikksmak, vil det med rett bruk av musikk, auka trivselen til demente bebuarar, som igjen gjev dei betre livskvalitet. Under arbeidet med oppgåva vart det bekrefta at effekten av musikk som behandlingstiltak er stor. Med desse gode resultata, får eg lyst til å ta i bruk musikk på framtidige arbeidsplassar, og håper at eg skal få overført den meininga til mine kollegar, slik at sjukepleiarane med enkle ressursar kan vera med å bidra til trivsel hjå demente bebuarar på sjukeheim.

Kjelder

Berentsen, V. D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*, s. 350- 382. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag AS.

Bergland, Å. (2006) *Trivsel i sykehjem – En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Daatland S. O. & Solem, P.E. (2000) *Aldring og samfunn – En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2004) *Lærebok demens – Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Garsjø, O. (2008) *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Götell, E., Brown, S. & Ekman, S-L. (2009) The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. [Elektronisk versjon] *International Journal of Nursing Studies*, 46, 422-430.

Gynnild, V. (2008) *God uten juks – Etiske valg i utdanning og forskning*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*, s. 219-236. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Henderson, V. (1997) *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Hicks-Moore, S. L. (2005). Relaxing music at mealtime in nursing home [Elektronisk versjon] *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 26- 32.

- Kristoffersen, N. J. (2006) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie* (4 bind). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvamme, T. S. (2006) Musikk i arbeid med eldre. I: T. Aasgaard (red.) *Musikk og helse*, s. 153-168. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Myskja, A. (2003) *Den musiske medisin – Lyd og musikk som terapi*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Myskja, A. (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 11(125), 1497-9.
- Myskja, A. (2006) *Den siste song – song og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Myskja, A. (2009) Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 149-158.
- Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000) Hvordan virker musikk på menneskekroppen? 10(120) *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Henta 12.januar 2010 frå http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=3262
- Myskja, A. & Lyngroth, S. R. (2002) *Individualisert musikk i eldreomsorgen – Et prosjekt ved tre sykehjem i Oslo*. Prosjektrapport nr. 1. Ressurssenter for aldersdemens/alderspsykiatri: Oslo Kommune.
- Møller, K. (2007) Livet i plejeboligen. I: C. E. Swane, A.L. Blaakilde & K. Amstrup (red.) *Gerontologi – Livet som gammel*, s. 119-131. København: Munksgaard Danmark.
- Nightingale, F. (1984) *Håndbok i sykepleie – Hva er det og hva er det ikke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nightingale, F. (1997) *Notater om sykepleie* (S. Mellbye, overs.). Oslo: Universitetsforlaget AS. (Orginalutg. 1992)
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rustøen, T. (2002) *Håp og livskvalitet - En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ruud, E. (2006) Musikk gir helse. I: T. Aasgaard (red.) *Musikk og helse*, s. 17-30. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Sixsmith, A. & Gibson, G. (2007) Music and the wellbeing of people with dementia. [Elektronisk versjon] *Ageing & societing*, 27(1), 127-145.

St. prp: 1 (2007-2008) Helse- og omsorgspolitikken - 1.1. Regjeringens mål. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Elektronisk versjon] Henta 09.februar 2010 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/1.html?id=483672>

Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A. & Haimov, I. (2007) The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer´s patients. [Elektronisk versjon] *Journal of Music Therapy*, 44, 329-343.