



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	442
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7942
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	26
Andre medlemmer i gruppen:	437

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Bruk av musikk for å fremme livskvalitet
til pasienter med schizofreni

The use of music to improve quality of
life for patients with schizophrenia

Kandidatnummer: 437, 442

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21/05/21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title The use of music to improve quality of life for patients with schizophrenia

Background We experienced that there is a lack of focus on music as an intervention in psychiatry, and wanted to investigate how we can use it to improve quality of life in the patients

Research question How can nurses use music as an intervention to improve the quality of life for patients with schizophrenia?

Purpose To write about music therapy for patients with schizophrenia to improve their quality of life

Method We have written a literature study. The articles were found in the databases CINAHL, PsycInfo and MedLine. We have included 5 articles in our study.

Results All the articles show that music therapy has some degree of positive effect on schizophrenic symptoms. That being both general symptomatic relief, as well as reduction in depression, and an increase in quality of life, happiness and feeling of hope.

Conclusion Research shows a generally positive effect of music therapy for patients with schizophrenia. It can evoke emotions like happiness, reduce loneliness and ease recovery. Nurses have an important role in this environmental measure. It also needs to be adapted and evaluated to each individual patient.

Keywords psychosis, schizophrenia, delusional disorder, psychotic disorders, music therapy, music, quality of life, wellness, recovery, mental health

Innholdsfortegnelse

Abstract	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3 Problemstilling.....	6
1.4 Presisering av tema	7
2.0 Bakgrunn og teori	7
2.1 Schizofreni	7
2.2 Musikkterapi og musikk som miljøtiltak.....	8
2.3 Livskvalitet	9
2.4 Recovery	10
2.5 Sosial kontakt	10
2.6 Kari Martinsen	11
3.0 Metode.....	12
3.1 Design	12
3.2 Søkeprosess	13
3.2.1 Litteratursøk.....	13
3.2.2 Søk etter annen litteratur.....	14
3.2.3 Analyse.....	15
3.3 Metodekritikk	15
3.3.1 Kritikk av egen metode.....	15
3.3.2 Etsiske vurderinger.....	16
4.0 Resultat	17
4.1 Artikkel 1: “Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis”	17
4.2 Artikkel 2: “Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia”	17
4.3 Artikkel 3: “The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial.”	18
4.4 Artikkel 4: “Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia”	18

4.5 Artikkel 5: "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy	19
4.6 Sammendrag av resultater	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	20
5.1.1 Livskvalitet	20
5.1.2 Sosial kontakt	21
5.1.3 Recovery	23
5.2 Metodediskusjon	25
5.3 Praktisk implementering	26
6.0 Konklusjon	28
Referanseliste	30
Vedlegg	34
Vedlegg 1: PICO-skjema	1
Vedlegg 2: Søkehistorikk	1
Vedlegg 3: Resultatmatrise	1

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

I denne oppgaven skal vi skrive om musikk som miljøtiltak for pasienter med en schizofrenidiagnose. Vi vil se på om musikk som miljøtiltak er noe som kan øke livskvaliteten til pasienter med schizofreni, og sykepleierens rolle i tiltaket.

Schizofreni er en av de vanligste psykoselidelsene i Norge, og rammer ca. 1% av befolkningen i et livsløpsperspektiv. 0,3% er til enhver tid syke, og de fleste nysyke er mellom 18 og 28 år. Den kan også ramme mennesker i 40-50-årsalderen for første gang. Schizofreni er en alvorlig og kompleks lidelse, og det kan derfor ta lang tid før sykdommen blir diagnostisert og pasientene får behandling. Etter endt behandling er det stor risiko for tilbakefall av symptomer på schizofreni. Behandlingen bør derfor være sammensatt, og ha både et her-og-nå-fokus så vel som et langsiktig et (Snoek & Engedal, 2018, s. 82, 83, 87).

Når det gjelder behandlingen av pasienter med schizofreni kan sykepleieren bruke miljøterapi som et tiltak (Helsedirektoratet, 2013, s. 69). Miljøterapi er en behandlingsmetode som innebærer å tilrettelegge både det sosiale og det materielle miljøet på en systematisk og koordinert måte. Den kan bidra til å øke livskvaliteten ved å øke ressursene og de sosiale evnene (Snoek & Engedal, 2018, s. 59). Å bruke musikk er et tiltak innenfor miljøterapien, og kan bli brukt som et supplement til standard medikamentell behandling. Musikk som miljøtiltak går ut på å bruke lyder og melodier for å skape muligheter for kommunikasjon, personlig uttrykkelse og rehabilitering (Norsk Forening for Musikkterapi, u.å.).

I psykiatrien og sykepleien er livskvalitet et viktig moment. Livskvalitet er et bredt begrep som omhandler både subjektive og objektive sider av livet. Den kan påvirkes av mange faktorer, variere naturlig i løpet av livet, og oppleves som positivt så vel som negativt (Folkehelseinstituttet [FHI], 2019). I behandlingen av pasienter med schizofreni står livskvalitet sentralt (Hummelvoll, 2014, s. 50).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

En Cochrane-oversikt av Geretsegger et al. (2017) fant at musikkterapi, sammenlignet med standard medikamentell behandling, har en positiv effekt på sosial funksjonsevne og livskvalitet for pasienter med en schizofrenidiagnose. En annen studie av Peng, Koo & Kuo (2010) viser at musikkterapi har en tydelig effekt på både negative og positive symptomer ved schizofreni. De mener at dette har stor betydning for sykepleiepraksis, og at sykepleiere kan bistå i musikkterapi uten ordinasjon av lege. Disse artiklenes resultater viser at tematikken vår er viktig å undersøke videre for å kunne fremme rehabilitering og livskvalitet hos pasienter med schizofreni. En pågående studie av Pedersen et al. (2019) undersøker om musikkterapi kan redusere negative symptomer og bedre psykososial funksjonsevne hos pasienter med schizofreni. Denne studien bygger opp under relevansen for problemstillingen vår ved at det er et dagsaktuelt tema som flere ser behovet for å belyse.

Vi har begge vært i psykiatrisk praksis i ulike instanser, og der observerte vi at musikk i liten grad ble brukt som et miljøtiltak. Kombinert med vår kunnskap fra tidligere i studiet, og det vi vet om at musikk kan være et effektivt miljøtiltak for å fremme livskvalitet, stilte vi spørsmål om hvorfor det ikke blir brukt i større grad i den sammensatte behandlingen av pasienter med schizofreni. Vi hadde også en forelesning i psykiatrifaget der vi fikk høre at medikamenter har dårligere effekt på negative symptomer, men at musikk derimot fungerer godt. Dette gjorde at vi ble interessert i hvorfor det er slik, om musikken har effekt på andre symptombilder ved schizofreni, og hvorfor vi ikke har hørt mer om dette i praksis. Derfor ville vi se på hvilken nyere forskning det finnes innenfor dette temaet, og dermed videre kunne belyse og begrunne om bruk av musikk som miljøtiltak bør implementeres i praksis mer enn det gjør nå, og hva sykepleieren kan gjøre.

1.3 Problemstilling

“Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som et tiltak for å fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni?”

1.4 Presisering av tema

Vi valgte å rette oss mot pasienter som er innlagt på psykiatrisk klinikk eller som får regelmessig psykiatrisk oppfølging for schizofreni. Videre så vi på musikk som et miljøtiltak, fordi dette er noe konkret som kan implementeres i praksis. Vi valgte også å fokusere på livskvalitet, da det er en essensiell del i sykepleie å ivareta dette. Livskvalitet er et bredt område som kan bli sterkt påvirket når en person blir alvorlig syk og som omfatter helheten av en person. Vil vi se på disse temaene satt opp mot hverandre for å vurdere sammenhengen mellom dem.

I Norge er musikkterapeut en beskyttet tittel, med arbeidsoppgaver som skiller seg fra en sykepleiers. Likevel kommer vi til å bruke ordet "musikkterapi" i oppgaven, selv om vi har en sykepleiefagligrettet oppgave med fokus på musikk som miljøtiltak og sykepleiers rolle i dette. Artiklene som er inkludert bruker ordet "musikkterapi", og siden de er skrevet i andre land kan definisjonen på musikkterapi være annerledes der. Vi bruker også ordet "musikkterapi" for å ha et gjennomgående begrep i oppgaven.

2.0 Bakgrunn og teori

Denne delen tar for seg teoretiske begrep som blir brukt senere i oppgaven.

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig, psykiatrisk lidelse som kjennetegnes av langvarige og gjentatte psykoser. Det finnes ikke ett enkelt symptom som gir grunnlag for å stille diagnosen. For å stille en schizofrenidiagnose ser man på kombinasjonen av symptomene, varigheten av symptomene og hvordan de påvirker personens funksjonsevne. Grunnsymptomene blir grovt delt inn i 4:

- Assosiasjonsforstyrrelser
- Autisme
- Affektavflatning
- Ambivalens

Symptomene kan videre deles inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinatorisk atferd, storhetsideer, mistenksomhet, og tankemessig desorganisering. Negative symptomer er affektmatthet, følelsesmessig og sosial tilbaketrekning, og mangel på ledighet i samtaler. I behandlingen av schizofreni er god relasjon mellom pasienten og behandleren essensielt. Behandlingen skal tilpasses individuelt og inkluderer blant annet antipsykotiske legemidler, støttesamtaler, psykoedukativ behandling og miljøtiltak. Støttesamtaler er viktige, siden pasienter med en schizofrenidiagnose ofte sliter med dårlig selvbilde og fortvilelse med tanke på redusert funksjonsnivå i dagliglivet. Man må da tilrettelegge for aktiviteter som er tilpasset personens nye funksjonsnivå (Snoek & Engedal, 2018, s. 83, 86, 89, 90).

2.2 Musikkterapi og musikk som miljøtiltak

Hummelvoll (2014, s. 471) definerer miljøterapi som “en virksomhet som [legger til rette] betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i, og ved hjelp av, det sosiale og materielle miljøet i en institusjon”. Musikk som miljøtiltak kan brukes parallelt med medikamentell behandling i psykiatrien. Den kan gi lindrende effekt hos pasienter med schizofreni, depresjon, demens, eller autisme. Borge, Martinsen og Moe (2011, s. 210) skriver at musikk som miljøtiltak sjeldent vil ha som mål å kurere lidelsen, men heller forbedre en håndfull kliniske områder hos pasientene. Eksempler på disse er sosiale ferdigheter, kommunikasjon, selvbilde, og hukommelse.

Bruk av musikk i det psykiske helsevernet kan hjelpe til med å bygge et forsvar mot egen sårbarhet gjennom læring av sosiale roller og mestring av livsferdigheter. Musikken forandrer sinnstilstander, gir glede og mobiliserer krefter. Den er også sterkt sosialiserende ved å gi tilgang til sentrale sosiale erfaringer og verdier, samt å knytte mennesker sammen gjennom gjensidighet og kontakt, trygghet og felles opplevelser. Musikken gir en mulighet for å uttrykke tyngende følelser og har en terapeutisk effekt (Ruud, 2001, s. 43, 75, 76, 50, 51). I følge Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av psykoselidelser (2013, s. 71) er musikkterapi en behandlingsmetode som fremmer tilfriskning.

På lik linje med et medikament må musikkterapi “doseres” riktig og gis over lang nok tid for å kunne observere en potensiell effekt. Dersom musikkterapien gis uregelmessig, i for kort tid eller for sjeldent vil den ikke påvirke pasienten på et betydelig nivå. Helsepersonellet som utfører miljøtiltaket bør kombinere aktive og passive teknikker som lytting, sang, improvisasjon og bevegelse (Borge, Martinsen og Moe, 2011, s. 218).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et bredt begrep som omfatter både subjektive sider av livet, for eksempel positive følelser som glede og ro, og objektive faktorer som helsetilstand og funksjonsevne. Livskvaliteten varierer naturlig i løpet av livet og kan oppleves som positiv eller negativ. God livskvalitet kan innvirke positivt på ulike helseplager, både psykiske og somatiske. Livskvaliteten kan påvirkes av en rekke faktorer, som helsetilstand, mestringsstrategier, sosial støtte eller samfunnsforhold (Folkehelseinstituttet [FHI], 2019).

Psykologen Siri Næss beskriver livskvalitet som psykisk velvære. Dette omfatter menneskets subjektive opplevelser av ulike sider ved sin livssituasjon, og handler om å ha det godt, ha gode følelser og ha positive vurderinger av eget liv. Eksempler på gode følelser er glede, mestring, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger er å være tilfreds med eget liv, selvspekt og opplevelse av en meningsfull tilværelse. Næss mener også at det å ha det godt er fravær av vonde følelser som nedstemthet, angst og ensomhet, og fravær av negative vurderinger som skamfølelse, misnøye med eget liv og opplevelse av meningsløshet (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2017a s. 55, 56).

Heggestad og Knutstad (2016, s. 82) fremhever noen viktige momenter når det kommer til livskvalitetsbegrepet. De påpeker at varigheten av livskvaliteten har stor betydning for hvor tilfredsstilt en person vil føle seg. Hvilken type tilfredsstillelse eller velvære man opplever, om det er en overflatisk eller dypere form for tilfredsstillelse, har også betydning. Dersom velværet omhandler noe flyktig, vil livskvaliteten oppleves mer kortvarig og overflatisk. For at tilfredsstillelsen skal oppleves mer meningsfull bør man forsøke å føle noe dypere i seg selv, slik at livskvaliteten oppleves bedre over lengre tid.

Livskvalitet som begrep må stå i fokus i behandling av schizofreni, og behandlingen må ha et avklart og meningsfylt forhold. Dette er fordi schizofreni er en alvorlig og sammensatt lidelse som krever behandling over lengre tid (Hummelvoll, 2014, s. 50; Snoek og Engedal, 2018, s. 83, 87).

2.4 Recovery

Begrepet recovery blir brukt både som en prosess, en innstilling, en visjon eller som et veiledende prinsipp. Recovery kan være en spontan og naturlig hendelse, for eksempel ved at man til tross for en diagnose kan bli bedre uten behandling. Det kan også være et direkte resultat av et behandlingstiltak, der man får en symptombedring og takler hverdagen. Recovery kan oppleves til tross for at man fremdeles har symptomer, men at man allikevel finner frem til håp og ambisjoner om et godt og meningsfullt liv. En forutsetning for recovery er at det tilbys hjelp og støtte fra omgivelsene. Recovery vil i mange sammenhenger være synonymt med begreper som rehabilitering, empowerment, restituering og egenomsorg. Disse begrepene kan også ses på som underordnede deler av recoverybegrepet (Hummelvoll, 2014, s. 56, 57).

Behandlingen av schizofreni bør være recoveryfokuset da disse pasientene ofte sliter med å takle hverdagen. En av hensiktene med recoverybasert behandling er å få en tilfriskning som gjør hverdagen lettere å overkomme. Denne bedringsprosessen kan innebære at de psykotiske symptomene blir redusert slik at de ikke påvirker fungering i samfunnet. (Helsedirektoratet, 2013, s. 29, 141).

2.5 Sosial kontakt

Virginia Henderson beskriver det å hjelpe mennesket til å ha kontakt med andre og uttrykke følelser og behov som et grunnleggende prinsipp for sykepleien (Kristoffersen et al., 2017b, s. 142). Videre sier hun at alle mennesker har behov for sosial kontakt. Det gir en følelse av trygghet, tilhørighet, fellesskap og anerkjennelse. Kristoffersen et al. (2017b) skriver at sosial deltakelse og støtte har en gunstig effekt på mestring, livskvalitet og psykisk helse. Sosial støtte styrker mestringsevnen ved påkjenninger og belastende livshendelser. Samtidig kan

endringer i helsetilstanden til en person føre til utfordringer i sosial kontakt, da dette ofte skaper engstelse og utfordringer med å uttrykke følelser.

Innenfor sosial kontakt har man begrepet sosial kapital. Dette dreier seg om ressursene knyttet til sosial omgang i ulike sammenhenger, og innebærer en tilgang til ulike typer gjensidig sosial støtte. Sosial kompetanse er et begrep som omfatter evnen en person har til å lykkes i en sosial arena. Det innebærer å kunne forstå den sosiale situasjonen og tilpasse seg deretter, samt å kommunisere og samhandle godt med andre. Psykisk funksjonsbegrensning, eksempelvis psykiatriske symptomer, er et hinder for deltakelse i samfunnet og størrelsen på det sosiale nettverket. En redusert sosial omgangskrets kan resultere i ensomhet og isolasjon (Kristoffersen et al., 2017b, s. 144, 147, 150).

2.6 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker som i sin teori ser på omsorg som sykepleiens kjerne, og at dette er noe grunnleggende i møte med en pasient. En kvalitet Martinsen trekker fram er at hvis omsorgen skal være ekte, må man anerkjenne motparten ut fra vedkommendes situasjon. I dette ligger en gjensidighet som oppstår gjennom samhandling med den andre. Martinsen presiserer videre at for sykepleiere og omsorg er solidaritet med de svake fundamentalt. Denne fundamentale holdningen mener Martinsen er sykepleie preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering, samt aktiv handling til det beste for den andre. Altså er omsorg både måten sykepleieren møter pasienten på og måten sykepleieren handler på. I praksis betyr dette å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i vedkommendes situasjon, slik som behandlingen av pasienter med schizofreni er orientert rundt. Resultatet av dette er at livsmotet øker. Dermed kan pasientens evne til selvhjelpenhet øke på områder der det er mulig, for å enten opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring. Dette vil på sikt kunne øke livskvalitet og fremme recoveryprosessen (Snoek og Engedal, 2018, s.87; Kristoffersen et al., 2017b, s. 53, 54, 56-58).

3.0 Metode

Metodedelen beskriver hvilken metode vi har brukt i arbeidet med oppgaven, fremgangsmåten for litteratursøket, søkeprosessen, samt kritiske og etiske vurderinger vi har gjort. Den forteller hvordan vi skaffet oss kunnskapen for å gjøre den etterprøvable. Vi var bevisste på at vi stilte oss selv spørsmål om hvilken relevans dataen har for problemstillingen og om måten dataene ble innsamlet på var pålitelig (Dalland, 2017, s. 51, 52, 60).

3.1 Design

Et litteraturstudium går ut på å gå systematisk gjennom og kritisk vurdere allerede eksisterende litteratur for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Vi har valgt dette designet for å fordype oss i temaet vårt og gi leseren en oversiktlig forståelse over hva problemstillingen vår etterspør, samt utdype hvordan vi har tilegnet oss denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

I denne oppgaven har vi med forskning som har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden gir målbare data og tall, og handler om å finne eksakt faktakunnskap. Den kvalitative metoden derimot gir ikke-målbare funn som meninger, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger. Denne metoden handler ofte om å finne meningssammenhenger og anskaffelse av dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 75, 76; Dalland, 2017, s. 52). Det er ikke nødvendigvis kun én metodisk tilnærming som er den eneste rette, da de ulike metodene har både styrker og svakheter. Vi har derfor brukt metodetriangulering, som går ut på å kombinere både kvalitative og kvantitative tilnærminger for å få en dypere og mer utfyllende metodedel (Thidemann, 2019, s. 77). Ved å benytte begge metoder og koble dette til problemstillingen vår ser vi på både hvordan pasientene erfarer musikkterapien, samt statistikk på forekomsten av blant annet symptomer, sosial funksjon og livskvaliteten før og etter mottatt musikkterapi.

3.2 Søkeprosess

Arbeidet med å skaffe litteratur og forskning til oppgaven gjøres både ved søk i databaser og ved manuell søking (Thidemann, 2019, s. 81). Derfor har vi søkt i ulike databaser på internett, samt i annen sykepleiefaglige og anerkjente litteratur og nettsider.

3.2.1 Litteratursøk

Det innledende søket i et litteraturstudium er ikke så systematisk, og man orienterer seg i hva som finnes av litteratur og forskning i forhold til problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 81). For å gjøre dette leste vi først over pensumlitteratur og fant noen oversiktsartikler i Cochrane. Vi gjorde også referansesøk i tidligere bacheloroppgaver med lignende problemstillinger.

Vi fortsatte deretter med et systematisk litteratursøk. Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). Vi startet med å utforme et PICO-skjema. PICO-skjemaet skal klargjøre hva man ønsker å inkludere og ekskludere i søket, identifisere søkeord og koble disse sammen til en søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 82; Helsebiblioteket, 2016a). P-en står for Population, og her skrev vi at vi retter oppgaven mot pasienter med schizofreni. I-en står for Intervention, og her ser vi på musikk som miljøtiltak. Vi har ikke med C-en for Comparison i vårt skjema, da oppgaven vår ikke sammenligner to intervensjoner. O-en står for Outcome, og her skrev vi økt livskvalitet, bedring av symptomer og recovery. PICO-skjemaet ligger som vedlegg 1.

For å gjøre gode søk er MESH-termer et nyttig verktøy, siden de omfatter generell terminologi innen mange fagområder (UiA, u.å.; Helsebiblioteket, 2016b). Disse hjalp oss under søket i databasene. MESH-termene vi har brukt er psychosis, schizophrenia, delusional disorder, psychotic disorders, music therapy, music, quality of life, wellness, recovery og mental health.

Videre lagde vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søket vårt. Disse hjalp oss til å konkretisere søket og begrense antall resultater (Dalland, 2017, s. 199). Vi startet med å

bestemme oss for å inkludere artikler som var publisert mellom 2015 og i dag (2020) for å finne den mest dagsaktuelle forskningen. Vi søkte også kun etter artikler som var skrevet på engelsk eller nordiske språk.

- Inklusjonskriterier: Voksne over 18 år, pasienter med en schizofrenidiagnose, pasienter som mottar eller har mottatt musikkterapi, pasienter som er innlagt på psykiatrisk klinikk eller får regelmessig psykiatrisk oppfølging
- Eksklusjonskriterier: Pasienter med psykisk utviklingshemming, pasienter på psykiatrisk akuttmottak

Når det kom til valg av databaser brukte vi kunnskapspyramiden som utgangspunkt. Den er et verktøy som skal forenkle valg av databaser til forskningsartikler. Jo høyere opp i kunnskapspyramiden databasen befinner seg, desto mer kvalitetsvurdert og anvendbart er forskningen (Nordtvedt m.fl., 2012, s. 44). Grunnlaget for vårt valg av databaser var en kombinasjon av relevans for problemstillingen og hvor i kunnskapspyramiden de befant seg. Vi endte opp med å bruke databasene Cinahl, PsycInfo og MedLine. Disse har vi god kjennskap til fra tidligere, og vi vet de er anerkjente og sykepleiefagligrelevante.

I søket brukte vi MESH-termer i form av både emneord og nøkkelord. Nøkkelord brukes i søk for å finne frem til nyere artikler som ikke ennå har blitt indeksert med emneord. Vi koblet sammen søkeord som måtte være med i resultatet med "AND", og søkeord som var synonyme med "OR". Vi valgte å ikke bruke "NOT", da dette kan føre til ekskludering av relevante artikler. Ved søk der vi fikk for mange treff til at det var praktisk mulig å lese gjennom dem, snevret vi inn søket ved å legge til mer spesifikke søkeord. Se vedlegg 2 for fullstendig søkehistorikk.

3.2.2 Søk etter annen litteratur

Da vi lette etter annen litteratur hadde vi fokus på at den var relevant for problemstillingen, og at den var nyest mulig. Da orienterte vi oss i pensumlitteraturen i sykepleiestudiet. I tillegg lette vi etter annen relevant litteratur på biblioteket, og brukte anerkjente helsefaglige nettsider.

3.2.3 Analyse

Å analysere en tekst vil si å finne ut hva artikkelen forteller og deretter prøve å forstå den. Vi leste da teksten flere ganger, både delt opp og i helhet. Vi hadde problemstillingen i bakhodet underveis for å være bevisst på relevansen til artikkelen (Thidemann, 2019, s. 92, 93).

Vi analyserte artiklene ved å skimlese abstraktene på de artiklene som oppfylte kriteriene våre og luket ut de som ikke var aktuelle. Deretter finleste vi artiklene som gjensto, og kvalitetsvurderte dem. For å kvalitetsvurdere artiklene brukte vi sjekklister for de ulike studiedesignene fra Helsebiblioteket (2016c). Vi har også undersøkt om artiklene var blitt fagfellevurdert, da dette gir en pekepinn for hvor god kvalitet artikkelen har. Vi sjekket at enkeltstudiene vi inkluderte ikke også var brukt i de systematiske oversiktsartiklene, og til slutt satt vi igjen med 5 artikler. Disse oppsummeres både i abstraktet, som et sammendrag i resultatkapitlet, og som en resultatmatrise.

3.3 Metodekritikk

Det er nyttig å se på metoden med et kritisk blikk. Vi har derfor sett på feilkilder i vår egen metode og vurdert noen etiske sider av arbeidet.

3.3.1 Kritikk av egen metode

I denne oppgaven kan det ha oppstått ulike feilkilder som påvirker kvaliteten i oppgaven. Vi har liten erfaring med å skrive litteraturstudium, så vår informasjonskompetanse i søk kan være for dårlig til å sikre at vi har funnet frem til relevante artikler. Vi kan risikere at vi har gått glipp av gode artikler på grunn av upresise søkeord, mangler i PICO-skjema eller utilstrekkelig kvalitetssjekking. Dette har vi tatt hensyn til ved at vi har lest oss opp på hva som kjennetegner et godt PICO-skjema og kvalitetsvurdering, samt fått hjelp av biblioteket på Høgskulen til søk og søkestrategi. Videre har vi valgt å inkludere artikler skrevet på engelsk da en stor andel av forskningsartikler er skrevet på engelsk, og vi hadde gått glipp av mange relevante artikler hvis vi kun hadde inkludert artikler skrevet på nordisk språk. Dette kan likevel medføre at informasjon går tapt i oversettelsen til norsk.

Et av inklusjonskriteriene våre er artikler skrevet fra 2015 til 2020 da søkene ble gjort. Dette betyr at vi kan ha gått glipp av aktuelle artikler som ble publisert før 2015. Likevel så vi på det som mest hensiktsmessig å ha fokus på relevante og dagsaktuelle artikler, fremfor kun relevante, da vi så på det en styrke at en artikkel var utgitt de siste 5 årene. I tillegg hadde vi ikke noen øvre aldersgrense i inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Vi risikerte dermed å inkludere artikler som kun omhandler en spesifikk høy aldersgruppe, som vil påvirke generaliserbarheten for alle voksne pasienter. I artiklene våre var det likevel ikke en slik problematikk. Det var et godt aldersspenn hos pasientene i studiene.

Vi har både pasienter som får regelmessig psykiatrisk oppfølging og pasienter som er innlagt på psykiatrisk institusjon i inklusjonskriteriene våre. Dette kan være problematisk fordi pasienter som ikke er innlagt vil ikke ha døgkontinuerlig oppfølging, som kan føre til at musikkterapien ikke blir like nøye gjennomført. Vi valgte likevel å ikke ekskludere noen av instansene, fordi å ha med begge ga en bredde i de ulike nivåene i helsetjenestene der musikkterapien kan gjennomføres.

Studiene i artiklene våre ble også gjennomført i ulike land, og det kan påvirke generaliserbarheten. Vi valgte til tross for dette å ikke ha med opphavsland som et eksklusjonskriterium fordi det er viktig å se på ulike kulturers tilnærming til musikk og effekten av denne. I tillegg vil musikksmak variere fra person til person, og dermed vil ikke nødvendigvis opphavslandet til studiene ha noen innvirkning på resultatene og den praktiske implementeringen.

3.3.2 Etiske vurderinger

En mulig etisk problemstilling i artiklene kan være hvorvidt det er etisk riktig å gjennomføre forskning på pasienter med psykiske lidelser. Dette er trolig håndtert ved en nøye undersøkelse av pasientenes samtykkekompetanse. I valget vårt av artikler har vi passet på at de ulike forskningsartiklene er godkjent av en etisk komité, at de har fulgt etiske retningslinjer for forskning, og at dette er belyst i artikkelen.

4.0 Resultat

Denne delen oppsummerer de inkluderte artiklene. Resultatene blir deretter belyst i et sammendrag. For utfyllende resultatmatrise, se vedlegg 3.

4.1 Artikkel 1: "Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis"

Denne meta-analysen fra 2016 ble skrevet av Tseng et al., og vi fant den på PsycInfo. Hensikten med artikkelen var å finne ut hvilken effekt musikkterapi har på positive symptomer hos pasienter med schizofreni, da det var lite dokumentert effekt på dette kontra bruk av musikkterapi hos pasienter med negative symptomer. Studiene viste at behandlingseffekten hos de pasientene som mottok musikkterapi var betraktelig bedre hos de som ikke mottok musikkterapi. Studien viste at musikkterapi har effekt på både positive symptomer, negative symptomer og stemningssymptomer. Forskerne kunne dermed konkludere med at det er sterke bevis på at musikkterapi har god effekt på behandlingen av pasienter med schizofreni (Tseng et al., 2016).

4.2 Artikkel 2: "Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia"

Denne systematiske oversiktsartikkelen fra 2016 ble skrevet av Chung og Woods-Giscombe, og vi fant den på PsycInfo. Artikkelen hadde som formål å finne mer kunnskap om spesifikk bruk av musikkterapi, for eksempel dose, type og format for å redusere symptomer hos pasienter med schizofreni. Pasientene i studiene varierte mellom de som fikk dagbehandling på psykiatrisk klinikk og de som var innlagt. Fire av studiene viste svært stor forbedring med både aktiv og passiv musikkterapi, og syv studier rapporterte svært god effekt på negative symptomer. Flere studier viste positiv effekt på depresjon, og noen studier viste stor forbedring i kognitiv funksjon, sosiale ferdigheter og livskvalitet. Det var ingen av studiene som tydet på at musikkterapi hadde effekt på angst. Forskerne mente at musikkterapi har effekt uavhengig av om pasienten er innlagt eller får daghjelpe ved en psykiatrisk klinikk. De

erfarte også at effekten varierte ut fra dosen og antall økter pasienten mottok (Chung & Woods-Giscombe, 2016).

4.3 Artikkel 3: "The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial."

Denne RCT-studien fra 2018 ble skrevet av Pinar og Tel, og vi fant den på Medline. Forskerne hadde som mål å finne effekten av musikk på hørselshallusinasjoner og livskvaliteten hos pasienter med schizofreni. Studien besto av pasienter som har hørselshallusinasjoner og innlagt på psykiatrisk institusjon i Tyrkia. Resultatene viste høyere livskvalitet hos den eksperimentelle gruppen enn hos kontrollgruppen etter endt musikkterapi. Forskerne mener det bør være utstyr i psykiatriske institusjoner slik at pasienter kan høre på musikk (Pinar & Tel, 2018).

4.4 Artikkel 4: "Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia"

Denne kvasi-eksperimentelle studien fra 2016 ble skrevet av Kavak, Ünal og Yilmaz, og vi fant den på Cinahl. Formålet med studien var å identifisere effekten av avslapningsøvelser og musikkterapi på de psykiske symptomene og depresjonsnivåene hos pasienter med schizofreni. Populasjonen var pasienter som regelmessig mottok dagtilbud på psykiatriske klinikker i Tyrkia. Intervensjonen ble utført 5 ganger i uken i 4 uker, og i 40 minutter hver gang. Resultatene viste statistisk signifikante positive endringer ved både positive og negative symptomer hos pasienter i den eksperimentelle gruppen, mens ingen endring i kontrollgruppen. Forskerne konkluderte med at musikkterapi er noe som burde brukes i både medisinsk behandling og i sykepleiepraksis for å redusere symptomene hos pasienter med schizofreni (Kavak et al., 2016).

4.5 Artikkel 5: "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy"

Denne kvalitative studien fra 2015 ble skrevet av Solli og Rolvsjord, og vi fant den på Cinahl. Forskerne ønsket mer forskning på det brukerorienterte perspektivet av musikkterapi. Alle pasientene i studien var innlagt på lukket psykiatrisk avdeling i Norge. Forskerne utførte semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål og diskusjon. Fire temaer gikk igjen i resultatene: frihet, kontakt, velvære og symptomreduksjon. Mange pasienter rapporterte at musikkterapien ga frihet og fred fra sykdommen. Noen rapporterte at musikken ga et grunnlag for etablering av sosiale forhold, og gjorde det lettere å komme i kontakt med omverdenen. Mange refererte til musikkterapien som noe morsomt som ga glede i en sykehushverdag. Noen opplevde at musikken reduserte tankekjør og hallusinasjoner moderat eller fullstendig, både under økten og noen ganger en liten stund etter. Forskerne konkluderer med at fokuset i behandlingen bør skiftes til noe mer recovery-orientert, og bort fra det å kun redusere symptomer på sykdommen (Solli & Rolvsjord, 2015).

4.6 Sammendrag av resultater

Både artiklene til Tseng et al. (2016), Chung og Woods-Giscombe (2016) og Kavak et al. (2016) viser at musikkterapi har en positiv effekt på positive og negative symptomer, og generelle stemningssymptomer. Chung og Woods-Giscombe viser i tillegg til at musikkterapien har positiv effekt på sosiale ferdigheter, depresjon, kognitiv funksjon og livskvalitet. De fant at både aktiv og passiv musikkterapi hadde effekt, samt at effekten fantes uavhengig av om pasienten var innlagt eller fikk daghjelp. Det kom også frem at effekten varierte etter dose og type musikk pasienten mottok. Artikkelen til Pinar og Tel (2018) støtter det at musikkterapien ga økt livskvalitet, men relaterte dette spesielt til hørselshallusinasjoner. Den kvalitative artikkelen til Solli og Rolvsjord (2015) går mer detaljert inn i dette med livskvalitet, og kom fram til at musikkterapien ga en følelse av frihet og pause fra sykdommen, samt at det gjorde det lettere å komme i kontakt med omverdenen, ga glede og håp, og hjalp på hallusinasjoner.

5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen setter vi teori og forskning opp mot hverandre, og setter dette i sammenheng med problemstillingen vår. Problemstillingen vår går ut på å bruke musikk som tiltak for å fremme livskvalitet hos pasienter med en schizofrenidiagnose. Derfor vil vi analysere, vurdere og tolke det som kom fram i resultatet opp mot teorien, og se på hva dette har å si for sykepleiepraksis.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Livskvalitet

Kristoffersen et al. (2017a, s. 55, 56) beskriver at livskvalitet er et subjektivt begrep som omhandler individets opplevelser av egne følelser, hvordan sykdom og behandling påvirker personen, og deres bevisste kognitive vurderinger. Livskvalitet er altså noe som er viktig å ta hensyn til i sykepleiepraksis, siden økt livskvalitet er et fokus i behandlingen som utføres.

En pasients livskvalitet vil være god hvis deres opplevelser av følelser er positive, og dårlig hvis pasientens kognitive prosesser og opplevelser er negative (Kristoffersen et al., 2017a, s. 56). Vi kan altså si at dersom musikkterapi har en positiv innvirkning på symptomer ved schizofreni vil pasientenes negative opplevelser og erfaringer reduseres, noe som igjen vil øke livskvaliteten. Pinar og Tel (2018) støtter dette argumentet. De fant at livskvaliteten innenfor både fysiske, psykiske og sosiale områder økte i tiden etter innleggelsen, og at dette gikk hånd i hånd med reduksjon av symptomer for pasientene. Chung og Woods-Giscombe (2016) er også enige i dette, og påpeker at musikkterapi har en positiv effekt på livskvalitet gjennom reduksjon av negative symptomer.

Livskvalitet omhandler som sagt følelser, og Ruud (2001, s. 43) mener at musikk ofte kan knyttes til følelseslivet. Han argumenterer for at man ser en sammenheng mellom livskvalitet og musikk når man ser på at musikken kan endre sinnstilstander, gi glede og gi livskraft. Tseng et al. (2016) trekker fram bedring i stemningssymptomer til pasientene, med spesiell effekt på den generelle sinnstilstanden, negative symptomer og depresjon etter

gjennomgått musikkterapi. Dette underbygger argumentet om at musikk gir glede, og dermed symptomreduksjon, som totalt sett kan bidra til økt livskvalitet for pasientene.

I følge FHI (2019) er det en klar sammenheng mellom bedre fysisk helse, færre psykiske plager og økt livskvalitet. Man kan se på god livskvalitet som en slags beskyttelsesfaktor mot psykiske vansker, blant annet fordi flere positive opplevelser vil gi overskudd til å håndtere og overkomme plager. Sett i sammenheng med resultatene fra artiklene våre kan man si at musikkterapi vil fungere som en faktor som kan beskytte mot fremtidige psykiske helseplager, fordi det vil redusere symptomer på schizofreni, samt øke livskvaliteten hos pasienten. I sykepleiepraksis er det viktig å ivareta pasienten og hjelpe til en best mulig tilværelse, og man kan altså implementere musikkterapi for å oppnå dette.

Solli og Rolvsjord (2015) undersøkte i sin studie pasientenes opplevelse av blant annet velvære, glede og tilfredsstillelse som følge av musikkterapien de deltok i. Flere av pasientene opplevde at musikkterapien ga et avbrekk i en ellers tung hverdag. Samtidig nevnte mange av deltakerne i studien at musikken ikke fjernet alle bekymringer og negative følelser, men at den heller fremhevet de positive sidene ved hverdagen ved siden av utfordringene rundt schizofrenien. Dette er viktig i følge Heggstad og Knutstad (2016, s. 82). De støtter Solli og Rolvsjord sine resultater ved å trekke fram at ingen kan være fornøyd med alt gjennom livet, og at det derfor er følelser som mening og mestring som har betydning for om vi opplever at livet har god kvalitet. Når pasientene i studien til Solli og Rolvsjord opplevde mestring og suksess ved for eksempel å lære seg å spille nye instrumenter, var dette altså en bidragsyter til økt livskvalitet.

5.1.2 Sosial kontakt

Alle mennesker har behov for sosial kontakt med andre og det kan gi en følelse av trygghet, tilhørighet, fellesskap og anerkjennelse. Sosial kontakt og deltakelse kan ha en positiv effekt på psykisk helse, og det kan også være en sammenheng mellom opplevd glede og økt livskvalitet. Virginia Hendersons grunnleggende sykepleiefaglige prinsipper støtter dette. Hun mener at sosial kontakt med mulighet for å uttrykke følelser og behov er noe alle mennesker har behov for (Kristoffersen et al., 2017b, s. 142). Symptomer ved schizofreni

kan være positive eller negative. Begge disse symptomtypene er noe som kan skape utfordringer med den sosial kontakten. En annen utfordring hos mange pasienter med schizofreni er dårlig selvbilde, og dette kan også forstyrre kontakt med andre (Snoek & Engedal, 2018, s. 86).

Redusert sosial kontakt kan gi følelser som isolasjon og ensomhet, og det kan i stor grad ha sammenheng med redusert livskvalitet. Musikk kan ha en sosialiserende effekt, og kan gi nærhet og trygghet i relasjoner til andre gjennom å knytte bånd i felles opplevelser (Ruud, 2001, s. 50, 51). Både Chung og Woods-Giscombe (2016) og Solli og Rolvsjord (2015) beskriver at kontakten med omverdenen og den sosiale funksjonen til pasientene blir bedre med musikkterapi. Solli og Rolvsjord beskriver dette: “[Music therapy was], ... for some of the participants, an eye-opener that made them more aware of the importance of being social”. Forskningen støtter altså teorien om at musikkterapi har god effekt på sosial kontakt for pasienter med schizofreni, og ifølge Ruud (2001) kan dette videre relateres til økt livskvalitet. Det er et argument for at det bør implementeres i praksis, siden sosial kontakt altså er noe alle har behov for.

Det er en rekke forutsetninger som påvirker den sosiale kontakten en person har med en annen, og disse kan være både indre og ytre faktorer (Kristoffersen et al., 2017b, s. 146). Blant annet er trygghet på omgivelsene og tillit til menneskene rundt seg nødvendig for at et sosialt forhold mellom to personer skal utvikle seg. Det vil dermed si at trygge omgivelser i behandlingsarenaen er essensielt for at musikkterapien skal ha så god effekt som mulig for pasientene. Når pasientene med schizofreni er trygge på seg selv og andre vil åpenheten for å ta imot musikkterapi også øke.

Musikkterapi kan foregå både som gruppebehandling og som individuelle terapitimer. Ved individuell musikkterapi kan det oppstå en tett sosial kontakt mellom musikkterapeut, sykepleier og pasienten. Individuell terapi kan være hensiktsmessig hvis pasienten har problematikk rundt overstimuli som følge av schizofrenidiagnosen med for mange personer tilstede, og at det dermed føles tryggere med kun noen få personer i rommet. Når det kommer til å ha musikkterapi i grupper sier Kristoffersen et al. (2017b, s. 143) at det i mange sammenhenger kan være positivt med tette, homogene grupper for å forbedre sosial

kontakt. Chung og Woods-Giscombe (2016) fant at også gruppemusikkterapi blant annet kan medvirke til at pasientene gjenfinder en sosial identitet sammen med andre, og kan føre til at de opplever en støtte og hjelp i hverandre. Slike positive møter med andre i samme situasjon kan også øke den opplevde livskvaliteten som oppstår ved sosial kontakt.

Kristoffersen et al. (2017b, s. 150) trekker altså frem en trygg behandlingsarena som en forutsetning for god sosial kontakt og dermed økt livskvalitet. For at denne forutsetningen skal være til stede, er det viktig at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten. Sykepleieren kan skape struktur og rammer for pasienten ved å for eksempel informere om tidspunkt for behandlingen og hvordan musikkterapien skal foregå. Dersom det er utfordrende for pasienten å ta imot muntlige beskjeder kan de skrives ned på et ark for å gjøre det mer oversiktlig. Dersom situasjonen rundt musikkterapien oppleves som uoversiktlig kan det føre til usikkerhet hos pasienten, og det kan gjøre at tiltaket ikke har den ønskede effekten. I tillegg bør man huske på at pasientene i disse studiene har en schizofrenidiagnose, og dette vil si at sykdommens karakteristikk kan påvirke pasientenes evne og ønske til å ta i mot sosial kontakt.

5.1.3 Recovery

Recovery er et begrep som ofte blir brukt i psykiatrien. Det kan omhandle bedring både uten eller som en konsekvens av klinisk behandling, og innebærer at man kan oppleve håp og ambisjoner til tross for symptomer og funksjonssvikt. En forutsetning for recovery er at omgivelsene gir muligheter og håp om å kunne leve et trygt og verdig liv (Hummelvoll, 2014, s. 56). Begrepet omhandler altså symptomlindring, det å kunne fungere i hverdagen og å oppleve en meningsfylt hverdag. I sykepleie er dette noe som er essensielt for at pasienten skal ha det godt under og etter behandling, med de forutsetningene pasienten har. Videre kan det tenkes at det å fungere i hverdagen og oppleve den som meningsfylt også gir økt livskvalitet.

Tseng et al. (2016), Pinar og Tel (2018) og Kavak et al. (2016) beskriver alle at musikkterapi har en positiv effekt for både positive og negative symptomer for pasienter med schizofreni. Pinar og Tel orienterte seg spesielt rundt musikkterapi som et tiltak for å redusere

hørselshallusinasjoner. Hørselshallusinasjoner kan være veldig forstyrrende for funksjonsnivået i hverdagen, og vil dermed være et hinder for recoveryprosessen. Siden forskningen viser at musikkterapi kan gi symptomlindring kan det derfor være et godt recoveryorientert tiltak som videre kan øke livskvaliteten hos pasientene. Dette understøttes av Helsedirektoratet (2013), som sier at musikkterapi er en behandlingsmetode som fremmer recovery og økt livskvalitet over tid.

Hummelvoll (2014, s. 62) forteller at “omsorg sammen med [pasienten]” er en av kjerneverdiene i recoveryarbeid, og at det dreier seg om både handlinger og sin egen holdning i møte med pasienten. Kari Martinsen bygger på dette, og sier at omsorg både er hvordan sykepleieren møter pasienten og måten sykepleieren handler på (Kristoffersen et al., 2017b, s. 57). Dette vil si at for å gjennomføre et recoverybasert tiltak for pasienter med schizofreni, slik som musikkterapi kan være, må sykepleieren ha fokus på å gi god og individualisert omsorg for at utbyttet og økningen av livskvalitet skal være best mulig. En annen forutsetning for god omsorg og recovery er at sykepleieren har personlig kjennskap til pasientens situasjon. For å gjøre dette i praksis bør sykepleieren bli kjent med de enkelte pasientenes forutsetninger og behov i gjennomføring av musikkterapi.

Videre i forhold til individualisering av musikkterapien må man huske på at hver pasient er en fullkommen person med egne behov, triggere og ønsker, og at dette må tas hensyn til i for eksempel valg av musikk sjanger, form og mengde av musikkterapien. Det kan være aktuelt å vurdere om musikkterapi i det hele tatt er et tiltak som passer for pasienten, med tanke på hvordan schizofrenidiagnosen deres kommer til uttrykk. Alvorlighetsgraden av schizofrenien vil kunne påvirke pasientens evne til å fokusere på musikken, for eksempel hvis hallusinasjonene eller andre symptomer er for distraherende til at pasienten klarer å få utbytte av musikkens effekt. Videre kan man, dersom det for eksempel blir for mange og for hyppige økter, risikere at pasienten blir overstimulert, og dermed kan musikkterapien ha motsatt effekt. Om pasienten ikke opplever mening i tiltaket, eller har til og med en direkte negativ opplevelse, vil hele konseptet om musikk som et recoveryorientert tiltak for å øke livskvalitet motvirkes.

En vanlig konsekvens av symptomer på schizofreni er angst. Dette kan oppstå for eksempel ved at hallusinasjoner oppleves som skremmende eller at negative symptomer fører til tankekjør og dermed engstelse (Helsebiblioteket, 2012). Chung og Woods-Giscombe (2016) oppdaget at flere av studiene deres ikke fant noen signifikant effekt på angstsymptomer. Dette bygger opp under argumentet om at musikkterapi må individualiseres, og at musikkterapi ikke nødvendigvis er et tiltak for alle, selv om det har dokumentert positiv effekt på andre symptomer ved schizofreni.

5.2 Metodediskusjon

I denne delen vil vi diskutere innholdet i artiklene vi har valgt, samt se på dem med et kritisk blikk for å vurdere generaliserbarheten.

Artiklene vi har inkludert har resultater helt fra januar 1991 og frem til september 2015. Dette store tidsspennet kan være negativt fordi noen av resultatene kan være utdaterte. Fremgangsmåten i musikkterapi kan ha endret seg betydelig siden 90-tallet, og dette vil påvirke generaliserbarheten i resultatene våre. Når det kommer til statistisk signifikans i artiklene presenterer Tseng et al. (2016), Pinar og Tel (2018) og Kavak et al. (2016) alle en p-verdi, som er positivt fordi dette gir et innblikk i hvor troverdige resultatene deres er. Pinar og Tel viser samtidig til en p-verdi på 0,82 som betyr at resultatene i utgangspunktet ikke er statistisk signifikante. Chung og Woods-Giscombe (2016) presenterer ikke noen p-verdi på artiklene sine, men beskriver likevel at mange av dem fant statistisk signifikante resultater. Solli og Rolvsjord (2015) har heller ingen p-verdi, men dette er ikke nødvendigvis noe negativt da studien var en kvalitativ studie og de hadde dermed ingen kvantitative resultater. I forhold til andre kvalitetsparametre skiller spesielt Tseng et al., Pinar og Tel og Kavak et al. seg positivt ut ved at de alle nevner en rekke ulike parametre som konfidensintervall, df, I₂ med flere. Chung og Woods-Giscombe og Solli og Rolvsjord nevner ingen slike parametre. Tabellen under viser disse nevnte karakteristikkenne.

	Tseng et al. (2016)	Chung og Woods-Giscombe (2016)	Pinar og Tel (2018)	Kavak et al. (2016)	Solli og Rolvsjord (2015)
Publisert	2016	2016	2018	2016	2015

Resultater fra	t.o.m. sep. 2015	jan. 1991-des. 2015	jan. 2011-2013	mai 2015-sep. 2015	Ikke beskrevet
Statistisk signifikans	p<0,05	Presenterer ikke p-verdi, men beskriver signifikante resultater	p=0,82	p=0,05	Ukjent
Andre kvalitetsparametre	Flere	Ingen	Flere	Flere	Ingen
Fagfellevurdert	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabell 1: Kvalitetsparametre i artiklene våre

For å kunne vurdere om artiklene vi har inkludert kan brukes i sykepleiepraksis har vi sett på dem med et kritisk blikk. En svakhet i Tseng et al. (2016) er at de kun har med studier som forsket på effekten av musikkterapi hos pasienter med mild grad av schizofreni. Dette var fordi de manglet ytterligere forskning på pasienter med moderat og alvorlig schizofreni. Det er en lignende svakhet i Chung og Woods-Giscombe (2016), der alvorlighetsgraden av schizofreni ikke var tatt høyde for. Disse svakhetene vil kunne påvirke generaliserbarheten til resultatene ved at effekten av musikkterapi på forskjellige alvorlighetsgrader av schizofreni ikke er direkte kjent. Videre kan ikke Pinar og Tel (2018) sine resultater generaliseres helt fordi de kommer fra en enkeltstudie med et begrenset utvalg av pasienter. Samme svakhet ses i Kavak et al. (2016), i tillegg til at de i deres studie kun utførte én etterevaluering, og de kunne derfor ikke si noe om langtidseffekten av musikkterapi. I Solli og Rolvsjord (2015) er det en svakhet at terapeutene som gjennomførte musikkterapien også var forskerne av artikkelen. Dette krevde at holdninger og stillinger til pasientene med schizofreni ble vurdert kontinuerlig gjennom prosjektet for å sikre at musikkterapien ble gjort på riktig måte slik at resultatene fikk høyest mulig kvalitet.

5.3 Praktisk implementering

Bakgrunnen for vårt valg av tema var at vi opplevde at det var lite fokus på musikk som miljøtiltak i psykiatrien, både i sykepleierutdanningen og i praksis, og dette stilte vi spørsmål ved. Borge et al. (2011) sier seg enige i dette: "Jeg vil hevde at vi per i dag mangler tilsvarende systematisk innlæring av gjennomarbeidede metoder for musikk og andre

miljøtiltak [i helseutdanninger].” De fortsetter med at “både spesialtilpassede teknikker utført av musikkterapeuter, og individuelt tilpasset musikk i samvirke mellom pasienter og ansatte uten musikkfaglig utdanning”, for eksempel sykepleiere, har vist lovende resultater på flere psykiatriske symptomer hos pasientene (Borge et al., 2011, s. 203, 217, 218). Vi ser derfor på hvilken rolle en sykepleier kan ha i bruk av musikk som miljøtiltak i psykiatrien for å fremme livskvaliteten hos pasienter med schizofreni.

Peng et al. (2010) trekker frem at musikkterapi er et kostnadseffektivt tiltak, og at sykepleiere kan bruke musikk som miljøtiltak for pasienter med schizofreni uten ordinasjon fra lege. For at det skal kunne oppnås trengs det at sykepleierne bidrar til en kultur og bevissthet i psykiatrien for implementering av tiltak som dette. En svakhet i denne implementeringen kan være at det likevel kan oppstå problematikk i forhold til at musikalsk kompetanse og ønsker kan variere stort blant sykepleierne. Videre trekker Chung og Woods-Giscombe (2016) fram at musikkterapi kan være effektivt for grupper med stort mangfold, både etnisk og kulturelt. Dette er viktig å nevne fordi en sykepleier møter mange pasienter med ulikt opphav, og det vil være en positiv ting at bruken av musikk passer for mange forskjellige etniske og kulturelle grupper.

På lik linje med medikamenter må musikkterapi “doses” riktig og gis over tid for at man kan observere en potensiell effekt. De ulike artiklene har ulike meninger når det kommer til dose og mengde av musikkterapien. Chung og Woods-Giscombe (2016) sine studier brukte mellom 4 og 81 økter på 20-120 minutter hver, mens Solli og Rolvsjord (2015) brukte 1 individuell økt i uken i 30-60 minutter kombinert med 1 gruppeøkt på 45 minutter. Kavak et al. (2016) brukte 5 økter i uken på 40 minutter hver over 4 uker. 5 økter i uken kan samtidig være for mange, og dette kan hindre utbyttet pasienten opplever av musikkterapien fordi det blir for intensivt. Musikkterapien bør derfor tilpasses individuelt etter pasientens funksjonsnivå, ønsker og alvorlighetsgrad av sykdommen.

I Norge er musikkterapeut en beskyttet tittel som krever en 5-årig utdanning, og som har arbeidsoppgaver som skiller seg fra en sykepleiers (UiB, u.å.). Dette vil si at det primært bør være en musikkterapeut som gjennomfører musikkterapien. Samtidig kan sykepleiere ha en stor rolle i støtte og hjelp i gjennomføring av behandlingen, både aktivt og passivt.

Sykepleieren har en god forutsetning for å sitte sammen med pasienten etter endt musikkterapi for å ha en samtale rundt denne, slik at pasienten får hjelp til å bearbeide følelser og tanker som oppstår. For at dette samarbeidet skal fungere optimalt vil sykepleieren trenge opplæring og rådgivning i bruk av musikk som miljøtiltak. Et slikt "kurs" krever ikke så mye tid og kostnad, og det er derfor ikke et så ressurskrevende tiltak. Sykepleiere vil ha en unik rolle i samarbeidet ettersom de er tette på pasienten i hverdagen og er der gjennom hele døgnet, og kan skape rammer og struktur i dette tiltaket. Det kan for eksempel skje at en pasient har behov for symptomlindring ved bruk av musikk etter musikkterapeutens arbeidstid, og da kan sykepleieren tre til. De har dermed et godt utgangspunkt til å kjenne pasientens musikalske ønsker og grenser.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen vår i denne oppgaven går ut på å undersøke hvordan sykepleiere kan bruke musikk som et miljøtiltak for å fremme livskvaliteten hos pasienter med schizofreni.

Artiklene vi inkluderte peker på symptomreduksjon på både positive og negative symptomer etter gjennomgått musikkterapi. Musikken ga også pasientene følelser av glede, håp og mening, og dette er følelser som gir økt livskvalitet. Det kan være en trygg arena som gir pasientene sosial kontakt med terapeuten, sykepleieren eller andre i samme situasjon, og det vil kunne motvirke følelser som ensomhet og isolasjon. Denne symptomreduksjonen og mestringsfølelsen mange av pasientene opplevde vil kunne gjøre recovery tilbake til hverdagen lettere. Totalt sett er dette en sterk bidragsyter til økt livskvalitet, og livskvalitet står sentralt i sykepleie.

Sykepleiere kan, ved å opplæres, bistå musikkterapeuter og gjennomføre musikk som miljøtiltak for pasienter med schizofreni. Man må skille mellom arbeidsoppgavene til en musikkterapeut og en sykepleier, men sykepleiere er de som er tette på pasientene hele døgnet og kjenner pasientene best. Bruk av musikk som miljøtiltak som en del av sykepleien kan gjøres på mange måter, for eksempel å lytte til musikk og ha en samtale rundt musikken

med pasienten, eller å aktivt delta. Selv om det er en svakhet at sykepleierens musikalske kompetanse kan variere, er det likevel et kostnadseffektivt og lett gjennomførbart tiltak som bør vektlegges mer i både psykiatrisk sykepleie og i utdanningen av sykepleiere.

Samtidig er det viktig å huske på at denne pasientgruppen er veldig forskjellig og at bruk av musikk ikke nødvendigvis vil passe for alle pasienter med schizofreni. Det må tilpasses individuelt i forhold til alvorlighetsgraden av sykdommen, hvordan symptomene kommer til uttrykk og funksjonsnivået til pasienten. Forskningen har likevel vist at musikkterapi har en positiv effekt, og å bruke musikk som miljøtiltak er noe sykepleieren kan ha en viktig rolle i for å fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni.

Referanseliste

Borge, L., Martinsen, E. W. & Moe, T. (red.) (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget

Chung, J., & Woods-Giscombe, C. (2016). Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (9), 631-641.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/01612840.2016.1181125>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

FHI. (2019). Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet fra

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X.J., Heldal, T. O., Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017: CD004025.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Heggestad, A. K. T. & Knutstad, U. (red.) (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboka 2*. (4.utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Helsebiblioteket. (2012). Angst ved schizofreni – avspenningsøvelser kan hjelpe (Clinical Rehabilitation). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/angst-ved-schizofreni-avspenningsovelsler-kan-hjelpe-clinical-rehabilitation>

Helsebiblioteket. (2016a). PICO. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b). Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2016c). Sjekklistor. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/)

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kavak, F., Ünal, S. & Yilmaz, E. (2016). Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (5), 508-512.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.apnu.2016.05.003>

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G.H. (2017a). *Grunnleggende sykepleie Bind 1 - sykepleie, fag og funksjon* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G.H. (2017b). *Grunnleggende sykepleie Bind 3 - pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.

Norsk Forening for Musikkterapi. (u.å.) Hva er musikkterapi? Hentet fra

<https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>

Pedersen, I. N., Bonde, L. O., Hannibal, N. J., Nielsen, J., Aagaard, J., Bertelsen, L. R., Jensen, S. B. & Nielsen, E. R. (2019). Music Therapy as Treatment of Negative Symptoms for Adult Patients Diagnosed with Schizophrenia - Study Protocol for a Randomized,

Controlled and Blinded Study. *Medicines*, 6 (2), 46.

<https://doi.org/10.3390/medicines6020046>

Peng, S. H, Koo, M. & Kuo, J. C. (2010). Effect of Group Music Activity as an Adjunctive Therapy on Psychotic Symptoms in Patients With Acute Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (6), 429-434. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.04.001>

Pinar, S. E. & Tel, H. (2018). The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 40 (1), 50-57.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/01612840.2018.1463324>

Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk: om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2018). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24 (1), 67-92. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/08098131.2014.890639>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Tseng, P.T., Chen, Y.W., Lin, P.Y., Tu, K.Y., Wang, H.Y., Cheng, Y.S., Chang, Y.C., Chang, C.H., Chung, W. & Wu, C-K. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12888-016-0718-8>

Universitetet i Agder. (u.å.) MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag. Hentet fra

<http://mesh.uia.no/>

Universitetet i Bergen. (u.å.) Integrert masterprogram i musikkterapi. Hentet fra

[https://utdanning.no/utdanning/uib.no/integrert_masterprogram
i_musikkterapi](https://utdanning.no/utdanning/uib.no/integrert_masterprogram_i_musikkterapi)

Vedlegg

Vedlegg 1:

PICO-skjema

Tittel/arbeidstitel:			
Bruk av musikk til å fremme livskvalitet ved schizofreni			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som tiltak for å fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni?			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Pasienter med schizofreni	Musikk som miljøtiltak	(ikke aktuelt)	Økt livskvalitet Bedring av symptomer Recovery
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
psychosis schizophrenia delusional disorder psychotic disorders mental health	music therapy music	(ikke aktuelt)	quality of life wellness recovery

Tabell 2: PICO-skjema

Vedlegg 2:

Søkehistorikk

Artikkel 1 og 2

Utført 30/10/20 i PsycInfo.

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater
S1	Music		15 366
S2	Music Therapy		5 331
S3	1 OR 2		19 421
S4	Schizophrenia		75 944
S5	Psychosis		96 335
S6	4 OR 5		96 335
S7	3 AND 6		157
S8	7	peer reviewed AND published last 5 years AND english language	33

Tabell 3: Søkehistorikk fra 30/10/20

Søket fant artiklene "Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis" av Tseng et al. (2016) og "Influence of dosage and type of music therapy in symptom management and rehabilitation for individuals with schizophrenia" av Chung og Woods-Giscombe (2016).

Artikkel 3

Utført 05/11/20 i MedLine.

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater
S1	Music therapy		4 597
S2	Music		25 468

S3	1 OR 2		25 468
S4	Schizophrenia		147 442
S5	3 AND 4		240
S6	Quality of life		370 795
S7	5 AND 6		15
S8	7	published last 5 years AND english language	10

Tabell 4: Søkeshistorikk fra 05/11/20

Dette søket fant artikkelen “The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial” av Pinar og Tel (2018).

Artikkel 4

Utført 10/11/20 i Cinahl.

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater
S1	Music		19 251
S2	Music therapy		6 469
S3	Schizophrenia		33 906
S4	Mental health		153 214
S5	Psychotic disorder		13 734
S6	Quality of life		197 274
S7	1 OR 2		19 251
S8	3 OR 5		42 953

S9	4 OR 6		339 695
S10	8 AND 9 AND 10		30
S11	10	published 2015-2020 AND peer reviewed AND english language	20

Tabell 5: Søkeshistorikk fra 10/11/20

Dette søket fant artikkelen “Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia” av Kavak et al. (2016).

Artikkel 5

Utført 07/12/20 i Cinahl.

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater
S1	Music		19 251
S2	Music therapy		6 469
S3	Schizophrenia		33 906
S4	Delusional disorder		190
S5	Psychotic disorder		13 734
S6	1 OR 2		19 251
S7	3 OR 4 OR 5		43 013
S8	6 AND 7		134
S9	Quality of life		197 274
S10	Wellness		31 707

S11	Recovery		106 170
S12	9 OR 10 OR 11		326 863
S13	8 AND 12		19
S14	13	published 2015-2020 AND peer reviewed AND english language	16

Tabell 6: Søkeshistorikk fra 07/12/20

Dette søket fant artikkelen ““The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy” av Solli og Rolvsjord (2015).

Vedlegg 3:

Resultatmatrise

Forfatter / årstall	Formål	Metode / design	Resultat	Konklusjon
Tseng et al. (2016)	Å finne ut hvilken effekt musikkterapi har på positive symptomer hos pasienter med schizofreni	Meta-analyse	Behandlingseffekten hos de pasientene som mottok musikkterapi var betraktelig bedre hos de som ikke mottok musikkterapi. De fant at musikkterapi har effekt på både positive symptomer, negative symptomer og stemningssymptomer.	Det er sterke bevis på at musikkterapi har god effekt på behandlingen av pasienter med schizofreni.
Chung og Woods-Giscombe (2016)	Å finne mer kunnskap om spesifikk bruk av musikkterapi, for eksempel dose, type og format for å redusere symptom hos pasienter med schizofreni.	Systematisk oversiktsartikkel	Fire av studiene viste svært stor forbedring med både aktiv og passiv musikkterapi, og syv studier rapporterte svært god effekt på negative symptomer. Én studie viste også signifikant forbedring ved alle generelle symptomer. Flere studier viste positiv effekt på depresjon, og noen studier viste stor forbedring i kognitiv funksjon, sosiale ferdigheter og livskvalitet. Få av studiene viste at musikkterapi hadde effekt på angst.	Musikkterapi har effekt uavhengig av om pasienten er innlagt eller får daghjelp ved en psykiatrisk klinikk. Effekten vil variere ut fra dosen og mengden øker pasienten mottar.
Pinar og Tel (2018)	Å finne effekten av musikk på hørsels-hallusinasjoner og livskvaliteten hos pasienter med schizofreni.	RCT-studie	Resultatene viste høyere livskvalitet hos den eksperimentelle gruppen enn hos kontrollgruppen etter endt behandling.	Forskerne ønsker mer forskning på hvilken effekt behandling med ulike musikktyper har. De mener at det bør være utstyr i psykiatriske institusjoner som gjør at pasienter kan høre på musikk.

Kavak et al. (2016)	Å identifisere effekten av avslapningsøvelser og musikkterapi på de psykologiske symptomene og depresjonsnivåene hos pasienter med kronisk schizofreni.	Kvasi-eksperimentell studie	Statistisk signifikante positive endringer ved både positive og negative symptom hos pasienter i den eksperimentelle gruppen, mens ingen endring i kontrollgruppen.	Dette er noe som burde brukes i både medisinsk behandling og i sykepleiepraksis for å øke behandlingseffekten og redusere symptomene hos pasienter med schizofreni.
Solli og Rolvsjord (2015)	Å finne mere forskning på det brukerorienterte perspektivet av musikkterapi.	Kvalitativ studie	Mange deltakere rapporterte at musikkterapien ga frihet og fred fra lidelsen sin. Noen rapporterte at musikken ga et grunnlag til etablering av sosiale forhold, og gjorde det lettere å komme i kontakt med omverdenen. Mange deltakere refererte til musikkterapien som noe morsomt som ga glede i en sykehushverdag. Noen deltakere opplevde at musikken reduserte tanker og stemmer relatert til sykdommen moderat eller fullstendig, både under økten og noen ganger en liten stund etter.	Fokuset i behandlingen bør skiftes til noe mer recovery-orientert, og bort fra det å kun redusere symptomer på sykdommen.

Tabell 7: Resultatmatrise av artiklene våre