

**SYKHB 3001**  
**Bachelor i sjukepleie**  
**Høgskolen Stord/Haugesund**  
**Avd. Haugesund**



**Musikkens virkning**  
**på demente sykehjemspasienter**

**Kand. nr. 51**  
**Kull 2006**  
**Antall ord: 7176**

## Sammendrag

I dag har over 66 000 personer diagnosen demens, og tallene vil komme til å få en enorm økning i årene som kommer. Det antas at tallet på demente personer i år 2030 vil ha økt til hele 130 000. Demens er en ressurskrevende sykdom og det stilles krav til god planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbudet til hver enkel pasient. En bør allerede nå begynne å tenke ut et bedre behandlingstilbud til denne pasientgruppen, og i den forbindelse har jeg sett på musikk som et alternativt behandlingstiltak. Hensikten med denne undersøkelsen var å se på hvordan musikk kunne skape trivsel blant demente sykehjemspasienter, slik at både jeg og andre sykepleiere kan vektlegge det som et viktig sykepleietiltak.

Jeg har foretatt en litteraturstudie ettersom det var et krav i denne studieoppgaven. De forskningsartiklene jeg undersøkte tok for seg bruken av musikk under ulike situasjoner, der de demente pasientene normalt var urolige og atagerende. Funnene i undersøkelsen viste at musikk bidrar til å redusere agiterende adferd og uro, samt at musikken øker det sosiale samværet og trivselen til pasientene. I tillegg har musikken også en positiv virkning på personalet, ved at de bruker mer tid i lag med pasientene og kommuniserte mer med dem.

## Summary

Today more than 66000 people have the diagnosis dementia. These numbers will increase enormously during the years to come. One expects that the number of dement individuals will be increased to as much as 130 000 by the year 2030. Dementia is a resource demanding disease, and requires good planning and well prepared service to every single patient. One should as soon as possible start preparing to offer an improved treatment to this group of patients, and in that connection I have looked upon music as a way of treatment. My intention with this survey was to find out how music could create a sense of well-being among dement patients in treatment wards, so that I and other nurses could stress this as an important measure of treatment.

I have done a literary study as this was required in the study task. The research articles I read dealt with music within varied situations where the dement patients would be confused, restless and perhaps violent. The findings showed that music contributes to reduce agitating behaviour and unease, and also that music increases the quality of social company and the well-being of the patients. In addition to this, music also have a positive impact on the nursing staff as they spend more time with the patients, and communicates more with them.

## *Alle fugler*

*Alle fugler små de er  
kommer nå tilbake.  
Gjør og sisik, trøst og stær  
synger aller dage.  
Lerka jubler høyt i sky,  
ringer våren inn på ny.  
Frost og snø de måtte fly,  
her er sol og glede.*

*Blomster hvite, gule, blå  
titter opp av uren,  
nikker nå så blidt de små,  
etter vinterluren.  
Skog og mark i grønne skrud  
kler seg nå på Herrens bud.  
Knopper små, de springer ut.  
Her er sol og glede.*

*Lille søster! Lille bror!  
Kom, så skal vi danse!  
Plukke blomster så til mor,  
mange, mange kranser!  
Synge, tralle dagen lang!  
Kråkestup og bukkesprang!  
Takk, o Gud som enn en gang  
gav oss sol og glede.*

(siteret i Myskja, 2006, s. 234)

# INNHold

1.0 INNLEDNING .....	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.4 HENSIKTEN MED UNDERSØKELSEN .....	7
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	7
2.0 DEFINISJON AV BEGREPET METODE .....	8
2.1 HVA ER METODE.....	8
2.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE.....	8
2.3 LITTERATURSØK.....	9
2.4 KILDEKRITIKK .....	10
2.5 ETISKE ASPEKTER VED GJENNOMFØRING AV OPPGAVEN.....	11
3.0 TEORI .....	12
3.1 SYKDOMMEN DEMENS .....	12
3.2 TRIVSEL .....	12
3.3 LIVSKVALITET .....	13
3.4 MUSIKK I ET HISTORISK PERSPEKTIV .....	14
3.5 VÅR MUSIKALSKE KROPP.....	15
3.6 SYKEPLEIEPERSPEKTIV .....	15
4.0 PÅ HVILKEN MÅTE KAN MUSIKK SKAPE TRIVSEL BLANT SYKEHJEMSPASIENTER? .....	16
4.1 BETYDNINGEN AV MUSIKK SOM ET SYKEPLEIETILTAK.....	16
4.2 HVILKEN MUSIKKSMÅK HAR PASIENTENE?.....	18
4.3 DE POSITIVE OPPLEVELSENE VED BRUK AV MUSIKK .....	19
4.4 BRUK AV MUSIKK FOR Å REDUSERE NEGATIV ADFERD.....	19
4.5 BRUKEN AV BAKGRUNNSMUSIKK .....	20
4.6 BRUKEN AV MUSIKK PÅ SYKEHJEMMENE I DAG .....	22
5.0 AVSLUTNING .....	23
6.0 KILDER.....	24

## **1.0 Innledning**

Tall fra år 2005- 2006 viser at over 200 000 personer her i landet er brukere av omsorgstjenesten som er en del av vår velferdsordning (St. meld nr. 25, 2005- 2006). Av disse 200 000 bor rundt 40 000 på sykehjem, og resterende får hjelp av helsepersonell i omsorgsbolig eller i sitt eget hjem. I tiden fremover vil antall brukere av omsorgstjenesten øke betraktelig, da studier viser at det vil forekomme en fordobling av personer over 80 år de neste 35 årene. Denne utviklingen vil komme til å føre med seg mange ulike utfordringer, og et av dem er tallet på demente personer som vil få en enorm økning (St. meld nr. 25, 2005-2006). I dag har over 66 000 personer diagnosen demens, mens tallet i år 2030 vil trolig øke til hele 130 000. Demens er en sykdom som er svært ressurskrevende, og det stilles krav til god planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbud til hver enkel pasient. I følge st. meld nr. 25 (2005-2006) bør derfor demens stå øverst på prioriteringslisten for omsorgstjenesten, både med tanke på forbedring av forskning og behandling.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Etter å ha lest igjennom st. meld nr. 25 (2005-2006) ble jeg overrasket over den høye forventede økningen ved aldersdemente personer her i landet. St. meld sier også at en allerede nå bør begynne å tenke ut et bedre behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Som hovedtema i denne undersøkelsen ønsker jeg derfor å se nærmere på musikk som et aktuelt sykepleietiltak for å skape trivsel. Dette temaet ble valgt etter en ent praksisperiode på et sykehjem der musikkterapi var en viktig del av et fagutviklingsarbeid som pågikk. Jeg ble fasinert over musikkens virkning, og ønsket å se nærmere på temaet. Jeg har også tidligere erfaring med bruk av sang og musikk, og har sett hvordan musikk kan lyse opp i en ellers så triviell hverdag. Pasienter som til vanlig ikke har snakket så mye, har våknet til og fått et glimt i øyet da musikken har blitt satt på.

Musikk er noe som omgår oss alle på en eller annen måte og som følger oss igjennom hele livet. Forskning viser blant annet at et foster kan høre musikk gjennom mors mage, og i begravelser er det mange som ønsker å spille musikk til minne om den avdøde (Myskja, 2003). Jeg hørte en gang at ordene begrenser, mens musikken utvider, og jeg tror det ligger mye i de ordene. Selv har jeg et ganske normalt forhold til musikk, og jeg merker at musikken

påvirker meg i ulike retninger. Noen ganger kan musikk være avslappende mens andre ganger kan det være underholdende.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På hvilken måte kan musikk skape trivsel blant sykehjemspasienter?

## **1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling**

På grunn av oppgavens størrelse og tidsbegrensing har jeg valgt å fokusere på musikk og trivsel, og knytte dette opp mot demente pasienter. For å avgrense oppgaven ytterligere har jeg valgt å fokusere på de demente pasientene som har fast boplass på sykehjem, men da uansett alder og stadie i utviklingen av sykdommen. Mange sykehjem har trivsel som et av sine målsettinger, og i den forbindelse syns jeg også at begrepet trivsel er passende i denne sammenheng. Jeg har valgt å bruke ordet pasient, i stedet for klient, brukere, beboere og lignede, da jeg ser at dette begrepet blir mye brukt i den aktuelle litteraturen og i det aktuelle lovverket. I følge Molven (2006) blir begrepet pasient definert som ”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp” (s.27). Jeg har bevist valgt og ikke bruke begrepet miljøterapi i oppgaven, fordi det relateres til musikkfaglærte personer.

## **1.4 Hensikten med undersøkelsen**

Hensikten med denne undersøkelsen er å se på hvordan musikk kan bidra til å skape trivsel blant demente sykehjemspasienter og bedre deres livskvalitet, slik at både jeg og andre sykepleiere kan vektlegge det som et viktig sykepleiertiltak. I tillegg er denne oppgaven et krav i min utdanning som sykepleier. I følge de nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanningen skal alle studentene skrive en avsluttende eksamen, som skal være bestått for å få autorisasjon som sykepleier.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven begynte med en kort forklaring på hvorfor jeg har valgt å skrive om musikk som tema, etterfulgt av presentasjon av problemstillingen. Videre nå kommer jeg til å se på hva

metode er, og presenterer hvilken metode jeg har valgt å bruke, samt en liten gjennomgang av de utvalgte forskningsartiklene. I teoridelen vil jeg, med bruk av faglitteraturen, presenter de viktigste begrepene knyttet til problemstillingen. I drøftingsdelen vil forskningsartiklene bli drøftet opp mot hverandre og faglitteraturen, slik at jeg til slutt kan komme med et svar på min problemstilling i det avsluttende kapitlet.

## **2.0 Definisjon av begrepet metode**

Metode er et svært omfattende begrep, med mange ulike definisjoner. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke definisjonen til Tranøy, som sier at metode er ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (sitert i Dalland, 2005, s.71).

## **2.1 Hva er metode**

For å kunne utføre en god undersøkelse og et godt forskningsarbeid, bør en bruke metode som hjelpemiddel til innhenting av data (Dalland, 2005). Metoden vil gi et systematisk og gjennomtenkt grunnlag til arbeidet. Det finnes to måter å innhente data på, vi har den kvantitative metoden og den kvalitative metoden (Dalland, 2005). I følge Holm og Solvang (1998) er det ikke noen definitive skiller mellom disse to metodene, da begge blir sett på som et nyttig arbeidsredskap for innhenting av data og har felles formål. Likevel finner man noen grunnleggende forskjeller som har betydning for forfatterens arbeidsmåte. Ved kvantitativ metode omformes data til tall og mengdestørrelser, mens ved den kvalitative metoden er det forskerens tolkning av informasjonen som er av betydning (Holm og Solvang, 1998).

## **2.2 Begrunnelse for valg av metode**

I denne undersøkelsen kommer jeg til å foreta en litteraturstudie, ettersom det er et krav i denne studieoppgaven. I tillegg vil denne metoden gi meg mye god og relevant data, slik at jeg kan svare på problemstillingen min på en faglig og interessant måte. I følge Forsberg og Wengström (2008) vil en litteraturstudie si å fordype seg i den allerede eksisterende litteraturen som finnes om det utvalgte emnet. For å kunne utføre et slikt studie er en avhengig av god kvalitet og et godt utvalg av tidligere utført forskning. Det finnes ingen regler for hvor



mange forskningsartikler som bør være med i en slik undersøkelse, men det anbefales å ta med så mange som mulig (Forsberg og Wengström, 2008).

### **2.3 Litteratursøk**

Som skrevet ovenfor bør en litteraturstudie inneholde så mange forskningsartikler som mulig, men på grunn av oppgavens størrelse og tidsbegrensning kommer jeg til å plukke ut de artiklene som jeg ser er mest relevante for min problemstilling, uten noe bestemt antall. Jeg kommer også til å bruke både kvalitative og kvantitative artikler, fordi jeg ønsker å finne svar på problemstillingen ved både se på dybden og bredden på temaet. Før jeg begynte å søke etter litteratur bestemte jeg meg for å bruke databasene BIBSYS, ProQuest og SveMed+. ProQuest og SveMed+ ble valgt siden det er de søkebasene jeg føler jeg kan best. Jeg bestemte også at forskningsartiklene og fagbøkene ikke skulle være eldre enn 10 år gamle.

Via BIBSYS som er søkebasen på Høgskolen Stod/Haugesund sitt bibliotek søkte jeg etter faglitteratur. Jeg brukte søkeordene musikk, demens, trivsel og livskvalitet, og fant flere aktuelle bøker. 4 av de bøkene jeg fant var eldre enn 10 år, men på grunn av deres innhold valgte jeg likevel å bruke de i oppgaven. Her må det sies at 2 av de 4 bøkene var kun et år eldre enn kravet, og det var bøkene av Holm og Solvang (1998) og Henderson (1998). De 2 siste bøkene er skrevet på midten av 1980 tallet, men da av Nightingale (1984) og Aggernæs (1988). Jeg mener at innholdet i de to bøkene er fortsatt like relevante i dag, som de var i den tiden de ble skrevet, derfor har jeg valgt å bruke de i oppgaven.

I ProQuest søkte jeg først på ordet music og fikk opp 25769 dokumenterte funn, av dem var 4063 vitenskapelige artikler. Dette ble et altfor stort søk, så for å redusere søket søkte jeg både på ordet music and dementia. Antall vitenskapelige artikler som da ble funnet var 48 stykker. Etter å ha lest igjennom sammendragene til nesten samtlige 48, valgte jeg 13 stykker som jeg fordypet meg mer i. Av disse 13 artiklene ble 7 valgt til videre bruk i undersøkelsen, og de resterende ble forkastet da de ikke gav godt nok svar på min problemstilling.

Artikkelen som er skrevet av Ridder og Aldridge (2005) ble funnet etter å ha søkt på ordene individual and music and dementia i ProQuest. Denne lå ikke ute med full tekst, så her fikk jeg hjelp fra bibliotekaren til å bestille artikkelen via universitetsbiblioteket i Stavanger.

Videre søkte jeg på ordet music, therapy and nursing, men fikk mange av de samme

resultatene fra den første søkerunden. Tilslutt søkte jeg på ordene wellbeing and music og fikk opp en artikkel som jeg valgte å ta med videre.

I SveMed+ brukte jeg søkeordet musikk og fikk opp 21 artikler. På grunn av det lave antallet leste jeg meg bare nedover listen og plukket ut de som med første øyekast virket relevante. Til sammen ble det 2 artikler, som var hentet fra Tidsskriftet for Den norske legeforening. Dette tidsskriftet er i utgangspunktet et medisinsk vitenskapelig tidsskrift, men innholdet i artiklene var av god relevans til min problemstilling.

## **2.4 Kildekritikk**

I følge Dalland (2005) vil kildekritikk si å vurdere og karakterisere de dataene og de kildene som er brukt i en oppgave. Hensikten er å undersøke om den teorien eller det forskningsresultatet som er funnet, er troverdig og nøyaktig og lar seg bruke til å svare på egen problemstilling (Dalland, 2005). De forskningsartiklene som jeg har valgt å ta med videre i undersøkelsen har alle blitt vurdert etter deres innhold i metode, utvalg, resultat og konklusjon. Jeg mener selv at de er både gyldige og holdbare, samt er av god relevans til min problemstilling. Det at disse forskningsartiklene har blitt publisert i anerkjente tidsskrifter, styrker også artiklenes troverdighet. De fleste av forskningsartiklene er skrevet på engelsk, da det viser seg at det ikke har blitt utført så mye forskning på dette emnet her i Norge. Jeg har hovedsakelig brukt primærkilder, men der det ikke har vært mulig har jeg måtte benyttet sekundærkilder som for eksempel doktorgradsavhandlingen til Bergland (2006). Under kommer en kort presentasjon av de utvalgte forskningsartiklene jeg har valgt å bruke.

McCaffrey og Locsin (2002) skriver om sykepleierteoretikeren Florence Nightingale og hennes bruk av musikk i pleien. Jeg synes det var interessant å lese at også en kjent sykepleier teoretiker som levde på 1850 tallet brukte musikk i sin behandling, så det ønsker jeg å ta med i oppgaven. Hicks-Moore (2005) og Watson og Green (2006) har sett på musikkens virkning under måltider, og viser til positive resultater. Mens Clark, Lipe og Billbrey (1998) har sett på hvilken virkning musikken kan ha på utagerende demente pasienter som ikke liker å bade. Goodall og Ethers (2005) har foretatt en litteraturstudie og sett på hvordan musikken kan redusere agiterende adferd i ulike situasjoner, som for eksempel under et morgenstell. Å bruke musikk til å redusere agiterende adferd har også Ziv, Granot, Hai, Dassa og Haimov (2007) undersøkt, og viser til positive funn både blant de demente pasientene med agiterende adferd

og blant de pasientene som hadde en normal adferd. Gerdner (2005) har rettet fokuset mot individualisert musikk og undersøkt om urolige pasienter kan bli roligere når de sitter og lytter til musikk. Både Sixsmith og Gibson (2007) og Ridder og Aldridge (2005) har sett på musikkens betydning i hverdagen til demente pasienter, og hvordan musikken kan bidra til å bedre deres trivsel og livskvalitet. De to artiklene som ble tatt med fra Tidsskriftet for Den norske legeforening er skrevet av Myskja og Lindbæk (2000a og 2000b). Ingen av disse artiklene belyser sider fra egne forskningsprosjekter, men siden Audun Myskja blir regnet som den store pioneren inne musikkterapi her i Norge, har jeg likevel valgt å bruke de i undersøkelsen. Disse artiklene har sett på musikken i et historisk perspektiv, og musikkens påvirkning på menneskekroppen.

## **2.5 Etiske aspekter ved gjennomføring av oppgaven**

Ved å utføre en litteraturstudie bør forfatteren på forhånd ha tenkt igjennom hvilke etiske aspekter en bør ta hensyn til i sitt arbeid (Forsberg og Wengström, 2008). I følge Dalland (2005) er etikk læren om de normene og verdiene som forteller oss hva som er rett og galt. I en litteraturstudie er det funnene fra forskningsartiklene og fagbøkene som strukturerer oppgaven, og i den forbindelse er det viktig å ha med rett kildehenvisning og ikke bedrive plagiering (Holm og Solvang, 1998 og Forsberg og Wengström, 2008). Med rett kildehenvisning har leseren muligheten til å gå tilbake til den primærkilden som ble brukt og se til at teorien stemmer, og at den ikke har blitt tatt ut ifra sin sammenheng. Å plagiere vil si at forfatteren bruker det andre har skrevet rett inn i sin egen oppgave, uten å skrive det om til sine egne ord og vise til rett kilde. Når en skal unngå plagiering er det viktig at en ikke tolker teorien ut i fra sitt eget ståsted, men presenterer alle funnene selv om en ikke er enig i det som står (Holm og Solvang, 1998 og Forsberg og Wengström, 2008).

## **3.0 Teori**

### **3.1 Sykdommen demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en hjerneorganisk sykdom der flere kognitive funksjoner, som blant annet hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne og språkfunksjoner vil være redusert (Dietrichs, 2003). Det finnes ulike typer demens og symptomene er mange. Det er ikke uvanlig at en dement pasient har psykiske symptomer som angst, depresjon og forvirring, og atferdsmessige forandringer som verbal utagering, fysisk utagering og generell fysisk uro (Mork Rokstad, 2006). Motoriske symptomer som muskelstivhet, balansesvikt og inkontinens forekommer også blant noen demente personer (Jakobsen, 2007). Demens er en progredierende sykdom. I det begynnende stadiet vil den demente kunne klare seg relativt greit i hverdagslivet, og symptomene vil variere veldig fra person til person. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil symptomene ha mer fellestrekk, og pasienten vil være helt avhengig av hjelp fra andre personer for å kunne klare seg (Jakobsen, 2007).

Den patologiske årsaken til demens er forfall eller svikt av funksjonene til hjernecellene i hjernebarken. I noen tilfeller kan det også skyldes karsykdom i hjernen og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen (Jakobsen et al., 2003). Sykdommen debuterer som regel i alderen 65- 70 år, men kan også forekomme i yngre alder. Man kan i dag ikke kurere bort sykdommen demens, så hovedmålet til helsepersonellet vil være å gi god og omsorgsfull pleie slik at pasientens livskvalitet ivaretas, opprettholde pasientens egenomsorg og behandle eventuelle tilleggssymptomer (Mork Rokstad, 2006).

### **3.2 Trivsel**

I følge st. meld nr. 25 (2005-2006) ønsker regjeringen å legge vekt på et forbedret aktivitetstilbud og økt trivsel blant sykehjemspasienter. Trivsel er både et hverdagsuttrykk og et faglig begrep, og det finnes ulike perspektiver som beskriver begrepet trivsel (Bergland, 2006). Det mange vil assosierer trivsel med er uttrykk som ”å ha det godt” og ”å like seg”, og ser på det som en subjektiv opplevelse. Andre igjen vil forbinde trivsel med det å ha en god tilværelse og å være i et godt fellesskap, og i følge Garsjø (2008) og Hauge (2008) gjelder dette spesielt for pasienter på sykehjem. Når en kommer på sykehjem er det ofte der en skal tilbringe sine siste leveår. Å kunne få muligheten til å kjøpe seg et glass rødvin til maten eller ha et akvarium med fisker på rommet sitt, er momenter som vil skape trivsel og en god

tilværelse (Garsjø, 2008). På sykehjemmene har pasientene et godt utgangspunkt for å oppnå et godt fellesskap da de bor så tett sammen med flere andre personer, og for mange vil dette også bidra til økt trivsel (Hauge, 2008). For at eldre skal trives på et sykehjem er god pleie tilpasset de individuelle behovene av stor betydning (Garsjø, 2008). I tillegg til å bli respektert og møtt med verdighet av pleierne, ha en meningsfull hverdag i tilrettelagte omgivelser, kunne føle trygghet og muligheten for deltagelse i meningsfulle aktiviteter sett på som viktige elementer for at de eldre skal trives. Garsjø (2008) mener også at trivsel henger sammen med mat og måltider, og at det derfor er viktig å skape et koselig spisemiljø.

I et medisinsk- og sykepleierperspektiv blir trivsel sett på som et uttrykk for fysisk helse, og i mange tilfeller blir det i litteratur fokusert på mistrivsel i stede for trivsel (Bergland, 2006). I tillegg er fokuset rettet mer mot den medisinske delen, enn selve betydningen av ordet trivsel/mistrivsel. Walker og Grobe forklarer begrepet trivsel som ” dynamisk relasjon mellom ernæring, vekt og psykososiale forhold gjennom livsløpet, som har betydning for helsen” (sitert i Bergland, 2006, s. 52). Manglende trivsel blir sett på som et syndrom med uforklarlige og uønskkelige symptomer som blant annet vektreduksjon, redusert matlyst og ernæringsstatus, og et redusert funksjonsnivå, både fysisk og kognitivt. Mistrivselen kan oppstå av ulike medisinske, funksjonelle eller psykososiale grunner (Bergland, 2006).

Ser man på trivsel i et sosialpsykologisk perspektiv ser man at trivsel blir definert etter uttrykk som brukes i hverdagen, der blant annet lykke, velvære, åndelige verdier og sunnhet er sentrale ord (Bergland, 2006). Både Jakobsen (2007) og Bergland (2006) skriver at trivsel kan ses i sammenheng med forventninger og oppfyllelser av forventningene. Dersom mange av forventningene går i oppfyllelse, vil personen oppleve trivsel. Så for å oppnå god trivsel bør en tilpasse sine forventninger etter miljøet en befinner seg i. I denne sammenheng kan trivsel ses på som en følelsesmessig tilstand (Jakobsen, 2007 og Bergland, 2006).

### **3.3 Livskvalitet**

Dersom man ser nærmere på begrepet livskvalitet kan man se at dette er et flerdimensjonalt begrep (Rustøen, 2001). Flere forskere har definert livskvalitet ut i fra sitt faglige ståsted, og det har resultert i en stor bredde med ulike forklaringer. Det forskerne i hovedtrekk er enig om er at dette er et subjektivt begrep, der personens egne opplevelser av å ha det godt eller vondt er av betydning. Verdens helseorganisasjon har definert livskvalitet som ”enkeltmenneskers

oppfatning av sin posisjon i livet innenfor 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” (sitert i Rustøen, 2001, s. 20- 21). Denne definisjonen legger vekt på enkeltmenneskets egne vurderinger, aspekter som fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige og menneskets uavhengighet. Innenfor sykepleien der egenomsorgsbegrepet er av stor betydning, vil denne definisjonen være sentral. Den norske psykologen Siri Næss har også definert begrepet livskvalitet, og hun mener at ”en person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede (sitert i Rustøen, 2001, s. 17). Den siste definisjonen på begrepet jeg har lyst å komme med, er hentet fra Aggernæs (1988) som mener at livskvalitet består av ulike behov som alle mennesker, uansett kultur, bør få tilfredsstilt. Et av disse behovene sier noe om at vi mennesker trenger et variert og spennende handle- og opplevelsesliv, slik at vår livskvalitet blir ivaretatt. Et menneske skal ikke konstant gå rundt å kjede seg, men skal finne aktiviteter eller arbeidsoppgaver som gir opplevelser og variasjon i hverdagen. Aggernæs viser til blant annet musikk som et eksempel på en slik aktivitet (Aggernæs, 1988).

### **3.4 Musikk i et historisk perspektiv**

Tar man et historisk tilbakeblikk kan man finne flere eksempler på hvordan musikken har blitt bruk i medisinsk sammenheng helt siden antikkens tid (Myskja og Lindbæk, 2000 a). I flere greske sangtekster står det skrevet om musikkens bruk som botemiddel mot sykdommer, og det ble sakt at slangebitt kunne behandles med melodios fløytemusikk. I middelalderen kunne musikken skape harmoni mellom kropp og sjel, og i renessansen ble det oppdaget at en kunne bruke musikkens rytmer til å vurdere en persons puls (Trondalen, 2006). På 1800 tallet kom troen på at musikken skulle være romantisk og vekke følelser, i stede for å være helbredende. For å komme inn til sjelens indre skulle en nå gå via følelse, i stede for intellektet (Trondalen, 2006). Dagens bruk av musikk som et behandlingstiltak fikk sin store fremvekst på begynnelsen av 1900 tallet og ytterligere i etterkrigstiden (Myskja, 2003). Hensikten med bruken av musikk er nå mer rettet mot den psykologiske og pedagogiske virkningen, enn på selve den medisinske virkningen. I de siste 15-20 årene har interessen for bruk av musikk innen medisinske miljøer fått en kraftig økning, og det blir stadig gjort ny forskning innen dette emnet (Myskja, 2003).

### **3.5 Vår musikalske kropp**

Så tidlig som på begynnelsen av 1900 tallet begynte forskere å undersøke musikkens virkning på menneskekroppen (Myskja, 2003). Ved å studere hjernen oppdaget forskere at musikken kunne påvirke sentralnervesystemet via elektriske impulsaktiviteter. Disse elektriske impulsene, som var i form av EEG- målinger, viste forandring i bølgemønsteret i hjernen ettersom musikkens lyder forandret seg. Videre ble det også oppdaget at musikken påvirket menneskets puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens, kroppstemperatur, immunsystemet og den galvaniske hudresponsen (Myskja, 2003).

Når en spiller høy musikk med rask rytme forventes det i mange sammenheng at aktivitetsnivået skal være høyt (Myskja og Lindbæk, 2000b). Det som da vil skje i kroppen er at en vil få en stigende og til tider uregelmessig puls, forhøyet respirasjon, rytmiske kontraksjoner i muskulaturen i skjelettet, pupillene vil bli større og en vil kunne få en økt elektrisk hudmotstand. Som et resultat av dette kan man få et økt agitasjonsbehov. Når en spiller rolig musikk derimot er det ofte i forbindelse med ro og avslapping, og en vil kunne få en signifikant reduksjon av blant annet stresshormoner. Samtidig vil det skje en reduksjon i pulsivået, blodtrykket, respirasjonsfrekvensen og muskeltonusen (Myskja og Lindbæk, 2000b).

I dag blir musikk i mange tilfeller sett i sammenheng med helse og livskvalitet, og en har gode holdepunkter for at musikken påvirker menneske ved at den virker helsefremmende og symptom dempende (Ruud, 2006). Musikk og musikkaktiviteter kan være ressursgivende for et menneske, og kan bidra med en bedre opplevelse av helse. I følge Ruud (2006) virker musikken, personen og situasjonen sammen i et gjensidig forhold, og det er ikke mulig å ta bort et av disse elementene uten av meningen forandres.

### **3.6 Sykepleieperspektiv**

I sykepleiersammenheng er det kjent at musikken ble tidlig brukt som et viktig sykepleietiltak. McCaffrey og Locsin (2002) skriver at Florence Nightingale og hennes medsøstre brukte musikk som en del i den helbredende behandlingen, til sine sårede pasienter på 1850 tallet. Nightingale var svært opptatt av at pasientene skulle få den beste behandlingen i de beste miljøene, så det var ikke hvilke som helst instrument som ble tatt i bruk (Nightingale, 1984). Hun observerte at blåseinstrumenter, strykeinstrumenter og den

menneskelige sangstemmen hadde en positiv virkning på pasientene, mens pianospilling derimot hadde motsatt virkning da lyden kunne bli for langvarig og plagsom (Nightingale, 1984).

En annen sykepleierteoretiker som også muligens ville ha sett på musikk som et positivt sykepleietiltak er Virginia A. Henderson. Henderson har utarbeidet en behovsteori som inneholder 14 grunnleggende områder som hun mener et hvert menneske bør få dekket, med eller uten hjelp fra andre (Henderson, 1998). Dersom pasienten trenger hjelp er det sykepleierens oppgave å ivareta disse behovene. Et av behovsområdene er å hjelpe pasientene med finne underholdning og aktiviteter i hverdagen, og her kan da musikk komme inn i bilde da den er både underholdende og aktiviserende. Videre påpeker Henderson at dette er et psykososialt behov, og vil variere fra pasient til pasient etter hvilke normer og vaner som er gjeldende i den enkeltes kultur og sosiale miljøer (Kristoffersen, 2002).

#### **4.0 På hvilken måte kan musikk skape trivsel blant sykehjemspasienter?**

I dette kapitlet kommer jeg til å drøfte problemstillingen min i forhold til teorien jeg har brukt og tidligere aktuell forskning. Jeg har valgt å dele drøftingen inn i 6 kapitler.

#### **4.1 Betydningen av musikk som et sykepleietiltak**

Går man tilbake og ser på hva st. meld nr. 25 (2005- 2006) sier står det at samfunnet kommer til å møte en del utfordringer innen helsesektoren i årene som kommer, og en bør allerede nå begynne å bedre behandlingstilbudet innen demensomsorgen. Goodall og Etters (2005) skriver at for å kunne hjelpe demente pasienter på en god måte bør en gå over å se mer på de alternative behandlingsmetodene som finnes, og viser til musikk som et godt alternativ. Musikk er et ikke- medikamentelt tiltak som krever få ressurser, bidrar til symptomreduksjon, bedrer trivselen og øker pasientenes livskvalitet (Goodall og Etters, 2005). For å kunne ta i bruk musikk som et sykepleietiltak er det viktig å kartlegge pasientenes interesser for musikk. Selv om jeg skrev i begynnelsen av oppgaven at musikk omgår oss alle på en eller annen måte, betyr ikke det nødvendigvis at alle er like interessert i å høre på musikk.

Både Myskja og Lyngroth (2002) og Sixsmith og Gibson (2007) har i sine studier undersøkt hvilken betydning musikken har for eldre mennesker. I studiet til Myskja og Lyngroth (2002)



fikk 37 sykehjemspasienter spørsmål om musikkens betydning i deres liv. Omtrent 30 av disse pasientene svarte at musikken var svært viktig eller nokså viktig for dem, mens resterende 7 svarte at musikken var lite viktig eller ikke viktig i deres liv. Her må det sies at det var i all hovedsak pasientenes pårørende som svarte på veiene av pasienten, da pasientene selv ikke kunne svare for seg (Myskja og Lyngroth, 2002). Sixsmith og Gibson (2007) undersøkte musikkens betydning i hverdagen til 26 demente personer som bodde i sitt eget hjem eller omsorgsbolig. Også i dette studiet svarte flertallet av informantene at musikken var en viktig del av deres liv, og at musikken bidro til å bedre deres hverdag. Resultatet på disse to studiene ser man stemmer godt overens med hverandre, og jeg velger å tro at pasientens interesser vil være den samme uansett hvor om de bor på et sykehjem, omsorgsbolig eller i sitt eget hjem, men tilgangen på musikk vil være varierende. Det som også kommer frem av disse resultatene er at det faktisk er eldre som ikke er interessert i musikk, og som sykepleier er det noe en bør ta hensyn til.

Det kom frem i studiet til Sixsmith og Gibson (2007) at musikken bidro til å skape trivsel blant de demente pasientene. I følge Aggernæs (1988) kan blant annet musikk bedre pasientenes livskvalitet, da det å sitte og lytte til musikken eller delta i musikkaktiviteter vil gi en variasjon og en opplevelse i hverdagen. Det har blitt utført studier av blant annet Slagsvold om trivsel på sykehjem, og uttrykket ”et godt liv – tros alt” er ikke et ukjent svar på spørsmål om hvordan de eldre trives (sitert i Bergland, 2006). Det viser seg at mange senker sine forventninger om trivsel ettersom helseproblemene dukker opp. Som jeg skrev i punkt 3.2 kan trivsel ses i sammenheng med forventninger og oppfyllelser av disse forventningene. En dement pasient vil trolig ikke ha så mange forventninger med sitt opphold på sykehjemmet, så uttrykket ”å ha det godt” vil heller være passende for denne pasientgruppen.

Når en pasient trives og føler at en har det godt, vil en nok også oppleve at en har en god livskvalitet. Å undersøke livskvaliteten blant demente pasienter kan i noen tilfeller være utfordrende, da denne pasientgruppen har vanskeligheter med å ta imot informasjon og uttrykke seg verbalt. I følge Mork Rokstad (2006) kan man vurdere livskvaliteten hos den demente, ved å likestille tegn på trivsel i nået med livskvaliteten. Med det menes at en bør se på pasientens grad av livskvalitet ut fra de tegnene på trivsel, trygghet, glede og velvære som vises i den her og nå situasjonen. Myskja og Lyngroth (2002) stilte spørsmålet om musikken kunne bedre pasientenes opplevelse av velvære, ved at de ble mer engasjert og glad når de passivt eller aktivt lyttet til musikk. Resultatene de kom frem til viste i dette tilfellet kun små

endringer i positiv retning. I følge det kartleggingskjemaet som ble tatt i bruk viste tallene at kun noen pasienter opplevde at musikken påvirket deres apati, engasjement, tristhet og glede. Forfatterne velger likevel å tro at pasientenes velvære ble bedret ved bruk av musikk, men at det kartleggingskjemaet som ble tatt i bruk var for unøyaktig og mangelfull derfor ble resultatet som det ble.

#### **4.2 Hvilken musikksmak har pasientene?**

For at musikken skal være trivselskappende for de demente pasientene er det visse forutsetninger det bør tas hensyn til. For det første bør sykepleieren undersøke om pasienten i det hele tatt liker å høre på musikk, og for det andre bør det kartlegges hvilken type musikk pasienten liker å høre på. Myskja og Lyngroth (2002) fant ut at det var dansemusikk, viser og klassisk som pasientene foretrakk å høre på, mens Gerdner (2005) derimot fant i sin studie ut at det var religiøse sanger de fleste pasientene satt pris på å få høre. Dette funnet viser hvor viktig det er å kartlegge pasientenes musikksmak før en setter musikken på. Den musikken som for en pasient kan gi positive opplevelser, kan for en annen pasient være helt grusom å høre på, og en vil ikke oppnå de resultatene som en ønsket. I følge Kvamme (2006) kan musikk som oppleves som støyende føre til økt agitasjon, og tiltaket vil da få en motsatt virkning på pasientene.

I prosjektet til Myskja og Lyngroth (2002) var det for det meste pasientenes pårørende som svare på veiene av pasientene. Å få pasientens pårørende til å svare på hvilke type musikk pasienten liker, kan i noen tilfeller gi feilaktig svar. I følge Ridder og Aldridge (2005) er det viktig å tenke på at de demente pasienter også kan forandre sin musikksmak med årene, derfor bør pasientens reaksjoner observeres når musikken spilles. Det er også viktig at musikkens volum blir tilpasset pasientens hørsel, da mange eldre har problemer med redusert hørsel (Myskja, 2006). Blir volumet for lavt vil ikke pasienten kunne høre musikken, og blir den for høy vil musikken være ubehagelig å høre på. Dersom pasienten alene ønsker å høre på musikk kan bruken av hodetelefoner være et nyttig redskap, slik at musikken ikke forstyrre andre (Myskja, 2006). Nightingale (1984) var også opptatt av at pasientene ikke skulle ha for mye støy rundt seg, og hun mente det var sykepleierens oppgave å tilpasse støynivået.

### **4.3 De positive opplevelsene ved bruk av musikk**

Selv om mange eldre kan ha vanskeligheter med å synge og spille instrumenter kan de likevel ha stor glede av musikk (Myskja, 2006). Kjente og kjære sanger fra oppveksten kan vekke mange positive minner, og det kan påvirke deres trivsel. Å kunne nynne eller synge med i en sang vil også kunne gi de eldre en god mestringsfølelse. Selv for en dement person som har et redusert talespråk vil kunne ha stor glede av å delta i musikkaktiviteter. I følge Myskja (2006) har ordene hos demente lettere for å komme i forbindelse med sang enn i samtaler. Dette er fordi sangens melodi kan vekke minner om hvordan teksten er. Før i tiden var det ikke uvanlig at en måtte pugget sangtekster, og i den forbindelse vil ordene og i mange tilfeller komme nærmest automatisk når musikkens melodi spilles (Myskja, 2006).

Kvamme (2006) skriver at musikk kan inspirerer til bevegelse og dans, og viser til flere eksempler der demente pasienter har livnet til og deltatt aktivt i form av klapping og dansing når musikken har blitt satt på. I studiet til Sixsmith og Gibson (2007) står det skrevet om hvilken positive opplevelser informantene hadde ved deltagelse i sosiale musikkaktiviteter. Det kommer frem at det å delta i musikkaktiviteter var sosialt stimulerende, kommunikasjons økende, det bidro til å bedre selvidentiteten og trivselen. Goodball og Ethers (2005) observerte at pasientene slappet mer av når helsepersonellet sang for pasientene. De samme observasjonene gjorde også Nightingale i si tid. Nightingale (1984) mente at den menneskelige sangstemmen hadde en positiv virkning på pasienten, og ble derfor tatt i bruk av både henne selv og hennes medsøstre.

### **4.4 Bruk av musikk for å redusere negativ adferd**

Mange demente pasienter får i løpet av sin sykdomsutvikling en negativ adferdsendring, som kan være vanskelig for helsepersonellet å håndtere (Mork Rokstad, 2006). Gerdner (2005) har undersøkt hvilken virkning musikken kan ha på utagerende demente pasienter. Det ble tatt utgangspunkt i 8 kvinnelige pasienter, som daglig hadde en agiterende oppførsel. Hver pasient fikk tilpasset sin egen individuelle cd, etter hvilken musikksmak pårørende mente pasienten hadde. Hver cd skulle inneholde 30 minutter med sang, og den skulle spilles av på et bestemt tidspunkt hver dag i 2 måneder. Funnene i undersøkelsen viser til positive forandringer ved pasientenes adferd når musikken ble spilt. Personalet observerte at pasientene virket mer avslappet og fornøyde, samt viste tegn til trivsel og velvære når de satt og lyttet til musikken. Pasientene var også mer tilstedeværende, og begynte å følge musikkens rytmer med å nikke

med hode og riste på foten (Gerdner, 2005). I dette studiet kom det frem et viktig moment når det gjelder passiv lytting til musikk. De demente har ikke alltid like lett for å sitte så lenge i ro, og derfor er det viktig at en ikke overdriver spilleminuttene. Blir musikken for langvarig kan pasienten bli lei og urolig, og vil ikke få de positive resultatene.

En lignende undersøkelse utførte også Myskja og Lyngroth (2002) i sitt prosjekt der 10 pasienter ble observert over en lengre periode. Før musikken ble tatt i bruk ble det observert i gjennomsnittet 8,5 episoder med uro per døgn, mens gjennomsnittet var nede i 1,8 per døgn når musikken ble tatt i bruk. Som resultatet viser ble det en betydelig forandring ved pasientenes adferd i den perioden musikken ble tatt i bruk.

#### **4.5 Bruken av bakgrunnsmusikk**

Hicks-Moore (2005) har undersøkt hvordan musikken kan påvirke stemningen under et kveldsmåltid på en sykehjemsavdeling med demente pasienter. Hun har stilt seg undrende til om musikk med rolig og avslappende rytmer kan påvirke den dementes adferd, ved at de blir roligere når en spiller dempet musikk i bakgrunnen. I alt 30 pasienter, i alderen 70 til 101 år, var med i undersøkelsen. Disse pasientene hadde alle en agiterende adferd, der upassende verbalt språkbruk og/eller fysisk utagering, som for eksempel spytting, biting, slåing, ble daglig observert. I en 4 ukers periode ble det spilt musikk under kveldsmåltidet i uke 2 og 4, mens i uke 1 og 3 ble det ikke spilt musikk. Resultatet Hicks-Moore kom frem til var at i de to ukene musikken ble spilt var stemningen under kveldsmåltidet roligere enn i to ukene musikken ikke blir spilt. I denne undersøkelsen kan man gå ut i fra at rolig og avslappende musikk under kveldsmåltid har en positiv virkning på demente pasienter. Hicks-Moore viser også til at resultatet hun kom frem til samsvarer med andre lignende studier, utført av blant annet Bridges- Parlet, Knopman og Thompson og Cohen- Mansfield og Werner (Hicks-Moore, 2005).

Å få pasienter med langtkomet demens til å spise og drikke tilstrekkelig er ikke alltid like lett, og det er noe som Watson og Green (2006) har sett nærmere på i sin studie. De har foretatt et systematisk litteraturstudie der 13 artikler, fra 1993 til 2003, ble studert. Hensikten med studiet var å se på hvilke tiltak som kunne fremme et bedre matinntak og bedre situasjonen rundt matning blant denne gruppe pasienter. Resultatet Watson og Green kom frem til var at

rolig og avslappet bakgrunnsmusikk under måltidene var det tiltaket som oftest ble tatt i bruk og som viste til flest positive resultater (Watson og Green, 2006).

Som vi kan se ut i fra disse to artiklene vil musikk under måltider være et positivt tiltak som kan påvirke de dementes adferd og bedre stemningen under måltidene. Av egne erfaringer har jeg aldri vært borti bruk av musikk under måltider, med ved disse positive resultatene kan en stille seg undrende hvorfor ikke musikken blir tatt mer i bruk. Hicks- Moore (2005) observert at stemningen ble mer avslappende og harmonisk når musikken ble spilt, og pasientene smilte og kommuniserte mer med hverandre både under og etter måltidet. I følge Garsjø (2008) er det viktig å skape et koselig spisemiljø, med et redusert uro og støy nivå, for at pasientene skal trives.

Watson og Green (2006) understreker at det er viktig å spille musikk med rolig og avslappet tempo for å oppnå slike resultater. Dette kan man se stemmer overens med teorien til Myskja og Lindbæk (2000b), da rolig musikk bidrar til å redusere blant annet stresshormoner, pulsnivået, blodtrykket og respirasjonsfrekvensen. Rolig klassisk musikk har vist seg å være et godt alternativ, men som sakt tidligere er det viktig å kartlegge pasientenes musikksmak før musikken tas i bruk. Et annet positivt resultat Watson og Green (2006) viser til, er studien til Rakneskog der det var blitt observert at personalets holdninger også forandret seg når pasientenes adferd ble bedret. Personalet brukte mer tid i lag med pasientene under måltidene, de kommuniserte mer med hverandre og de serverte dem mer mat. I og med at stemningen ble mer lystig og harmonisk kan det tenkes at også trivselen til pasientene og personalet ble bedret. Her må det sies at dette gjaldt kun en undersøkelse med til sammen 20 pasienter, så selv om dette studiet viste disse positive forandringene, kan en ikke si at dette er ensbetydet med at det gjelder for alle. Likevel syns jeg det var et så positivt funn at musikken er vert å prøve ut under måltider, der det normalt pleier å være mye uro.

Ziv, Granot, Hai, Dassa og Haimov (2007) har også undersøkt om bakgrunnsmusikk har påvirkning på dementes adferd. Selv om forfatterne ikke har knyttet denne undersøkelsen direkte opp mot måltider, velger jeg å tro at funnene vil være nokså overføringsverdige. Dette fordi denne undersøkelsen viser også til positive resultater ved bruk av bakgrunnsmusikk, men her har det blitt observert betydelig forandringer både blant de pasientene som hadde en normal adferd og blant de med negativ adferd (Ziv, et al., 2007). Disse resultatene har ikke kommet frem i de to foregående studiene, så her vises det til nok et positivt funn ved bruk av

bakgrunnsmusikk. De som hadde en normal adferd lysnet enda mer til når de hørte musikken, og begynte å delta aktivt i form av sang og bevegelser, samt at den sosiale kontakten ble bedre da pasientene begynte å kommunisere mer i lag (Ziv, et al., 2007). De som hadde en negativ adferd var de pasientene som hadde psykiske og agiterende symptomer, og som ikke kom så godt overens med de andre pasientene. Denne gruppen ble roligere og det ble observert mindre utagering når musikken ble spilt.

Det har også blitt prøvd ut hvilken virkning bakgrunnsmusikken har på pasienter under morgen- og kveldsstell. Det å ivareta den personlige hygien kan ofte være vanskelig for demente pasienter, og mange vil derfor ha behov for hjelp. Ikke alle pasientene er like glad for denne hjelpen og stellsituasjonene kan i mange tilfeller bli svært så problematiske. Dette er noe Clark, Lipe og Bilbrey (1998) har sett nærmere på i sin studie som bestod, av 18 demente pasienter, som alle hadde til felles å mislike badestunden og få en utagerende oppførsel. Forfatterne ønsket å se om bruken av musikk kunne bedre pasientenes oppførsel når de badet. Pasientene ble delt inn i to grupper, der den ene gruppen fikk høre på musikk mens de badet, mens den andre gruppen ikke fikk det. På forhånd ble det kartlagt hvilke musikksmak 9 av pasientene hadde, og det ble laget hver sin individuelle cd. Av de 20 observasjonene som ble gjort, ble det observert store forskjeller i de to gruppene. Den utagerende oppførselen, som ofte var i form av skriking, upassende språkbruk og slåing ble betraktelig bedret når pasientene fikk høre på musikk. I løpet av undersøkelsesperioden ble det for eksempel registrert 752 episoder med skriking i den gruppen som ikke ble tilbytt musikk, mens tallet var nede i 268 episoder blant de pasientene som fikk høre på musikk (Clark, Lipe og Bilbrey, 1998).

#### **4.6 Bruken av musikk på sykehjemmene i dag**

Jeg har i løpet av denne oppgaven stilt meg undrende til hvorfor ikke flere sykepleiere har tatt i bruk musikk som et sykepleietiltak, når forskningen viser til så positive resultater. Før prosjektet til Myskja og Lyngroth (2002) startet fikk de tre involverte sykehjemmene spørsmål om de bevisst brukte musikk som et behandlingstiltak ovenfor de demente pasientene. Kun 3 av de 9 avdelingene kunne svare ja på dette spørsmålet, men etter at prosjektet var avsluttet svare 7 av 9 avdelinger at de bevisst tok i bruk musikk. Personalet som deltok i prosjektet fikk i begynnelsen av perioden teoriundervisning om musikkens virkning på menneskekroppen, slik at de hadde en viss grunnforståelse (Myskja og Lyngroth, 2002).

Slik jeg ser det viser disse tallene at et økt fokus og litt teoriundervisning er det som skal til, for at flere avdelinger tar i bruk musikk som et sykepleietiltak for å bedre trivselen til demente sykehjemspasienter.

## **5.0 Avslutning**

Som vi kan se ut i fra denne undersøkelsen stiller flere forskere seg positiv til bruken av musikk som et bevisst tiltak for å bedre trivselen og livskvaliteten til demente sykehjemspasienter. Ved bruk av musikk under måltider og i stellsitasjoner kan stemningen bli en helt annen, når rolig musikk spilles i bakgrunnen, enn dersom musikken ikke tas i bruk. Pasientene i de ulike studiene ble roligere, mindre utagerende, mer tilstedeværende og noen pasienter begynte å kommunisere mer i lag med hverandre, synge med og bevege seg til musikkens rytmer. Dette viser hvor lett vi mennesker kan påvirkes av noen lystige toner, og hvordan humøret og vår væremåte kan forandres på kort tid.

For at musikken skal gi slike positive resultater er det som sakt viktig å foreta en del kartlegginger før musikken tas i bruk. Selv om flertallet av informantene i studiene liker å høre på musikk, var det et lite antall pasienter som aldri hadde brydd seg om musikk. I tillegg varierer pasientenes musikksmak, og det er også viktig å ta hensyn til. Det som jeg også ble positivt overrasket over var de forandringene som personalet også fikk, når musikken ble spilt i bakgrunnen under måltidene. Det at personalet brukte mer tid i lag med pasientene og kommuniserte mer med dem, viser igjen hvor stor virkning musikken kan ha.

Jeg har i løpet av denne eksamensoppgaven fått en bedre forståelse over musikkens virkning på demente pasienter, og synes det var kjekt å se at forskningen viser til så gode resultater. Å ta i bruk musikk som et sykepleietiltak er absolutt noe jeg kommer til å ta med ut i yrkeslivet. Forhåpentligvis klarer jeg også å vekke interessen blant mine medarbeidere slik at flere tar i bruk musikk, som et tiltak for å bedre trivsel til de pasientene. I og med at bruken av musikk er et ikke-medikamentelt tiltak som krever få ressurser, bidrar til å redusere symptomer og har slik positiv påvirk, hadde det vært kjekt å kunne sett at flere sykehjemsavdelinger hadde tatt i bruk musikk som et sykepleietiltak.

## 6.0 Kilder

Aggernæs, A. (1988). *Livskvalitet: En bog om livskvalitet som centralt begreb i sundhedsarbejde, socialt arbejde, kulturdebat og politikk*. Foreningen af danske lægestuderendes forlag.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og 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, ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Clark, M. E, Lipe, A. W og Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia [Elektronisk versjon]. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 10- 17.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dietrichs, E. (2003) Nevrologiske sykdommer. I: D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund og K. Solheim (Ed.), *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi* (s. 406- 431). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Forsberg, C. og 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 Akademisk Forlag AS.

Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family [Elektronisk versjon]. *Journal of gerontological nursing*, 31, 22-30.

Goodall, D. og Etters, L. (2005). The therapeutic use of music on agitated behavior in those with dementia [Elektronisk versjon]. *Holistic nursing practice*, 258- 262.



- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219- 236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henderson, V. H. (1998). *Sykepleiens natur: En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hicks-Moore, S. L. (2005). Relaxing music at mealtime in nursing home [Elektronisk versjon]. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 26- 32.
- Holm, I. M. og Solvang, B. K. (1998). *Metodevalg og metodebruk*. TANO A.S.
- Jakobsen, R. (2007). Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kristoffersen, N. J. (2002). Teoretiske modeller i sykepleie. I: N. J. Kristoffersen (red.) *Generell sykepleie, bind 1*(s. 361- 456). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre, I: T. Aasgaard (red.). *Musikk og helse* (153- 172). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- McCaffrey, R. og Locsin, R. C. (2002). Music listening as a nursing intervention: A symphony of practice [Elektronisk versjon]. *Holistic nursing practice*, 16 (3), 70- 77.
- Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mork Rokstad, A. M. (2006). Mental aktivitet. I: M. Karoliussen og K. L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 527- 622). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song - Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som medisin*. Oslo: J. W. Cappelen forlag AS.

- Myskja, A og Lindbæk, M. (2000 a). Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskriftet for Den Norske legeforening*, 10. Hentet 22. oktober 2008 fra [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=3465](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=3465).
- Myskja, A og Lindbæk, M. (2000 b). Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskriftet for Den Norske legeforening*, 10. Hentet 22. oktober 2008 fra [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=3262](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=3262).
- Myskja, A og Lyngroth, S. R. (2002). *Individualisert musikk i eldreomsorgen: Et prosjekt ved tre sykehjem i Oslo*. Prosjektrapport nr. 1, Geria ressurscenter for aldersdemens/alderpsykiatri i Oslo kommune.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie: Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ridder, H. M. og Aldridge, D. (2005). Individual music therapy with persons with frontotemporal dementia [Elektronisk versjon]. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), 91-106.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse, I: T. Aasgaard (Ed.), *Musikk og helse* (17- 30). Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Sixsmith, A. og Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia [Elektronisk versjon]. *Ageing & Society*, 27, 127-145.
- St. meld. nr 25 (2005- 2006). *Mestring, muligheter om mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 22. oktober 2008 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>.

Trondalen, G. (2006). Musikkterapi, I: T. Aasgaard (Ed.), *Musikk og helse* (58- 74). Oslo: Cappelen Forlag AS.

Watson, R. og Green, S. M. (2006). Feeding and dementia: A systematic literature review [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 86-93.

Ziv, G., Granot, A., Hai, S., Dassa, A. og Haimov, I. (2007). The effect of background stimulative music on behavior in alzheimer`s patients [Elektronisk versjon]. *The journal of music therapy*, 329- 343.