



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

|                       |                       |                        |                            |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 12-05-2020 09:00      | <b>Termin:</b>         | 2020 VÅR                   |
| <b>Sluttdato:</b>     | 22-05-2020 14:00      | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgave       |                        |                            |
| <b>SIS-kode:</b>      | 203 BSS9 1 H 2020 VÅR |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)         |                        |                            |

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 412

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9015

**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:** 80

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Musikk- og danseintervensjon for  
pasienter med Parkinsons sykdom

Music and dance interventions for  
patients with Parkinson's disease

**Kandidatnummer 412**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse og sosialfag (FHS)

Institutt for helse og omsorg, Bergen

Høgskulen på Vestlandet

22.5.2020

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, § 12-1.

## **Abstract**

**Title:** Effects of music and dance in quality of life of patients with parkinson's disease

**Problem:** How can nurses by using music and dance promote good quality of life in patients with parkinson's disease?

**Method:** A systematic literature review of 5 RCT articles and one qualitative article with a descriptive design. Articles have been searched from databases MEDLINE and CINAHL.

**Results:** Results show motor and non-motor functions being eased in various grades. Quality of life can be seen increased. Participants found dancing enjoyable and mentioned the social benefits of dancing with others.

**Conclusion:** Interventions with music and dance can be enjoyable and increase quality of life of patients with Parkinson's disease. These interventions can also result decreased motor and non-motor symptoms. However, there is a possibility that the effects have a significant variation between people depending on their functionality and their personal interests.

## Innholdsfortegnelse

|      |                                                                       |       |
|------|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.0. | Innledning.....                                                       | s. 4  |
| 1.1. | Problemstilling.....                                                  | s. 4  |
| 2.0. | Teori.....                                                            | s. 4  |
| 2.1. | Hva er Parkinsons sykdom?.....                                        | s. 4  |
| 2.2. | Motoriske symptome.....                                               | s. 6  |
| 2.3. | Ikke-motoriske symptomer.....                                         | s.7   |
| 2.4. | Livskvalitet.....                                                     | s. 8  |
| 2.5. | Effekten av musikk og dans .....                                      | s. 9  |
| 2.6. | Musikkterapi.....                                                     | s. 9  |
| 2.7. | Effekten av fysisk aktivitet.....                                     | s. 10 |
| 2.8. | Kari Martinsens omsorgsteori.....                                     | s.10  |
| 2.9. | Sykepleie til pasienter med Parkinsons sykdom.....                    | s. 11 |
| 3.0. | Metode.....                                                           | s. 14 |
| 3.1. | Litteraturstudie som metode.....                                      | s. 14 |
| 3.2. | Fremgangsmåte.....                                                    | s. 15 |
| 3.3. | Søk og søkestrategier.....                                            | s. 15 |
| 3.4. | Inklusjons- og eksklusjons kriterier til søkene mine.....             | s. 16 |
| 3.5. | Etiske overveielser.....                                              | s. 17 |
| 4.0. | Resultater.....                                                       | s. 17 |
| 4.1. | Inklusjons- og eksklusjons kriterier i studiene.....                  | s. 17 |
| 4.2. | Presentasjon av forskningsartiklene.....                              | s.18  |
| 4.3. | Resultatanalyse.....                                                  | s. 21 |
| 4.4. | Motoriske symptomer.....                                              | s. 21 |
| 4.5. | Ikke-motoriske symptomer.....                                         | s. 23 |
| 4.6. | Livskvalitet.....                                                     | s. 24 |
| 4.7. | Gjennomføring av og utfordringer med intervensjonene.....             | s.25  |
| 5.0. | Diskusjon.....                                                        | s.26  |
| 5.1. | Innledning til diskusjon.....                                         | s. 26 |
| 5.2. | Sykepleiers rolle i musikkterapi.....                                 | s. 27 |
| 5.3. | Opplevelse av livskvalitet gjennom musikk og dans.....                | s. 27 |
| 5.4. | Gjennomføring av danseterapeutisk intervensjon i klinisk praksis..... | s. 29 |
| 5.5. | Metodediskusjon.....                                                  | s. 30 |
| 6.0. | Konklusjon.....                                                       | s. 30 |
| 7.0. | Referanseliste.....                                                   | s. 31 |
|      | Vedlegg 1- PICO-skjema.....                                           | s. 35 |
|      | Vedlegg 2- Litteraturmatrise.....                                     | s. 36 |
|      | Vedlegg 3- Søkeshistorikk.....                                        | s. 39 |

## **1.0. Innledning**

Parkinsons sykdom er etter demens, den nest hyppigste formen for degenerativ hjernesykdom. (Brean & Skeie, 2019, s. 205, 206) Sykdommen kan også debutere allerede i 20-årene, men dette er sjeldent (Ørn & Bach-Gansmo (red.) s. 335). Marit Fonn skrev i Sykepleien oktober 2017 at det var da 8000 personer diagnostisert med sykdommen i Norge. (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2015 s. 485). Fonn uttrykte i sin artikkel bekymringer for mangelen på kunnskapen om sykdommen som er såpass vanlig. Hun skrev også at pasienter med Parkinsons er mer følsomme for stress, noe som jeg også har lagt merke til når jeg har møtt personer av denne pasientgruppen. Hun skrev i tillegg at formen kan endre seg fort for disse pasientene, noe som kan føre til utfordringer (Fonn, 2017).

Siden sykdommen er vanlig i Norge, kan sykepleiere møte denne pasientgruppen i hjemmesykepleien, i sykehjemmene, i aktivitetsentre, sykehus mm.

### **1.1. Problemstilling**

Jeg var nysgjerrig på mer fakta om hvilke effekter musikk og dans har i forhold til livskvalitet for pasienter med Parkinsons. Jeg søkte på musikk i behandlingen av Parkinsons sykdom i databasene og fant noen artikler om musikkterapi og dans som behandlingsmetode. Jeg ble interessert i denne metoden og ville belyse det i min oppgave. Med bakgrunn av dette valgte jeg min problemstilling:

*Hvordan kan sykepleiere ved bruk av musikk og dans bidra til at pasienter med Parkinsons sykdom kan få forbedret livskvalitet?*

## **2.0. Teori**

### **2.1. Hva er parkinsons sykdom?**

Parkinsons er en kronisk sykdom (Gjerstad mfl., 2007, referert i Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 480). Ved denne sykdommen skjer det degenerasjon (ødeleggelse) av dopamin-utskillende celler i et lite område i hjernen som kalles for substantia nigra. Det kan i variert grad også i denne sammenheng skje degenerasjon av andre hjerneceller. Dopamin er et viktig signalstoff, som i basalgangliene i hjernen, som spiller en viktig rolle for viljestyrte bevegelser (Brean & Skeie, 2019, s. 206). Parkinsons pasienter har tendens til å utvikle alvorlige bevegelsehemninger som i medisinsk språk kalles hypokinesier (Borg et al. s. 487). Når dopaminnivåene synker, begynner man å oppleve mange ugunstige symptomer. I

oppstartsfasen opplever man ofte stivhet i ledd, bevegelsene blir trege samt armer og bein rammes av stivhet (Norsk helseinformatikk, 2018).

Parkinsons sykdom behandles med kombinasjon av medikamenter og fysioterapi. Ved fysisk aktivitet får en forbedret muskelkraft og muskelfunksjon hos pasient med Parkinsons (Borg et al. s. 487). Hypokinesi omfatter både problemer med mimikk og gangfunksjonsforstyrrelser, som langsom bevegelighet og fravær av armbevegelser under gange (Store Norske leksikon, 2018).

Parkinsons fører til tyggevansker og problemer med svelging. Dette fører ofte til at tilføring av næring i kroppen blir dårlig og personer med Parkinsons anbefales derfor å få næringsrik mat og næringsdrikker (Stubberud, Grønseth, Almås, 2017. s. 282).

Forskerne har ikke helt klart å finne ut hvorfor noen får denne sykdommen. Noen årsaker er imidlertid blitt funnet. Genetikk og arv kan i noen tilfeller stå bak sykdomsutbruddet. Det regnes å være svært mulig at det dreier seg om en arvelig variant av sykdommen hvis flere i samme familie får sykdommen. Hos personer med Parkinsons sykdom er det påvist til sammen 15 ulike mutasjoner i DNA. Forekomsten av slike mutasjoner er tross alt ganske sjeldne. (Werdelin (2006), s. 46-47)

Forskere mener at arv kombinert med miljøfaktorer er ofte årsaken i tilfeller der det ikke er mange som har samme sykdommen i slekten, men man kan likevel ha fått noe arvelig disposisjon. Denne svake arvelige disposisjonen kombinert med noen miljøfaktorer kan gi utbrudd av sykdommen. (Werdelin (2006), s. 47)

Miljøfaktorer kan alene være årsaken til noen tilfeller med sykdomsutbrudd. Giftstoff MPTP har vist å forårsake Parkinsons. Stoffet er blitt funnet i gatenarkotika i California på 1980-tallet (Werdelin, 2006, 47-48 og Palfreman, 2015, s. 77). Ifølge en teori som er eldre enn funnet av MPTP kan pesticider samt forurensing av vann og luft ha sammenheng med utvikling av Parkinsons sykdom (Palfreman, 2015, s. 153).

Noen medisiner i slekten nevroleptika, har vist å fremkalle symptomer som likner på Parkinsons. Disse medisiner blir brukt i behandlingen av forskjellige sinnslidelser. For å unngå disse ugunstige bivirkningene, holdes forskrevet dose så liten som mulig (Werdelin, 2006, s. 48). I enkelte tilfeller har også flere slag i hodeområdet og hjernerystelse stått bak som sykdomsfremkallende årsak (Werdelin, 2006, s. 49).

## 2.2. Motoriske symptomer

Parkinsons sykdom preges av en del karakteristiske symptomer, som kan oppstå i liten grad i begynnelsen og øke etter årene. Personen kan ha milde symptomer og kanskje ikke engang tenker over at det er noe galt før de har hatt sykdommen i noen år. I mange tilfeller begynner sykdommen med skjelvinger som rammer i oppstartsfasen kun én kroppsdel (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2015, s. 484-485). Balanseproblemer og stivhet er ofte det neste som skjer, etter at skjelvingen har spredd seg til begge armer. Balanseproblemer og muskelstivhet øker faren for fall (Stubberud, Grønseth, Almås, 2017. s. 283). Under hvile skjelver man ofte i hendene. Etter hvert blir også gangen framoverlent og man får dårligere balanse. Sykdommen rammer også stemmebåndene som gjør at artikulering blir vanskelig samt stemmen blir monoton og svak (Norsk helseinformatikk, 2018). Sykdommen affiserer også ansiktsmuskulatur og mimikk blir nedsatt. Dette innebærer blant annet nedsatt blikk (Werdelin (2006), s. 125). Dopamin påvirker også gange og det er ikke uvanlig at beina plutselig ikke vil gå lenger og man «fryser fast» (Stubberud, Grønseth, Almås, 2017. s. 283). Graderingen av sykdommen gjøres oftest ved bruk av *Hoehn og Yahr* skår, et verktøy som hjelper med å finne ut hvilken grad av Parkinsons pasienten har ved å se på hvor funksjonell pasienten er og ved å se på kliniske funn. Skalaens første versjon ble gjort kjent i 1967 og på 1990-tallet ble skalaen endret slik at mellom gradene 1 og 3 kunne man score et halvt poeng i tillegg til tidligere hele poeng. I prinsipp består skalaen av 5 grader. Grad 1 er minst invalidiserende, utfallene er konsentrert på den ene siden av kroppen, og funksjoner er vanligvis kun minimalt svekket. I grad 2 har man ikke utviklet likevekts problemer, men begge sidene av kroppen samt midtlinje er rammet av symptomer. I grad 3 er påvirkningen av funksjonalitet enten milde eller moderate. Pasienten klarer å leve et selvstendig liv, men har noen begrensinger i bevegeligheten samt svekkelser i rettingsreflekser begynner å vise sine første tegn i denne fasen. Avhengig av typen arbeid kan pasient fortsette i arbeidslivet. I grad 4 er pasienten svært invalidisert og funksjonene til pasienten er alvorlig hemmet. I denne graden har sykdommen utviklet seg fullt, men pasienten klarer fremdeles stå oppreist uten assistanse. I grad 5 er funksjonshemmingen så alvorlig at pasienten trenger hjelp til å komme seg opp av seng og stol (Grosset, D. G., Grosset, K. A., Okun & Fernandez (2009) s. 94).



## **2.1. Ikke-motoriske symptomer**

Parkinsons sykdom tenkes ofte å kun ramme bevegelse, men i tillegg til de motoriske symptomene får pasienter med Parkinsons sykdom også andre typer symptomer som kan kalles ikke-motoriske. Ikke-motoriske symptomer består av en rekke ulike symptomer, som kan i noen tilfeller skape mer plage enn de motoriske symptomene (Parkinson's Foundation). Dopamin som et signalstoff har en signifikant rolle for motorikk samt psykisk og emosjonell læring. Ved tap av dopamin slukner pasienten sin indre motivasjon til aktivitet samtidig som tenking blir tyngre, noe som fører til apati (Petersen, I. B., 2013).

### **Nevropsykiatriske symptomer**

Omtrent halvparten av parkinsonspasienter lider av angst og depresjon. Slike symptomer kan også oppstå i den prodromale fasen, altså før diagnose er stilt. Søvnforstyrrelser og forstyrrelser med REM-søvn, insomni og ekstrem tretthet på dagtid er også noe som rapporteres hyppig (Palfreman, 2015, s. 231).

Demens oppstår ofte sammen med Parkinsons sykdom og nærmere 80% av alle pasienter som får Parkinsons utvikler demens i løpet av 10 år. Demens kan utvikle seg til en alvorlig type, som fører til innleggelse på institusjon og kan indikere tidligere dødsalder, men mange kan også få en mildere grad av demens (Edwards, Quinn, Bhatia, 2008, s. 32).

Andre nevropsykiatriske symptomer Parkinsons fører til er apati, depresjon, nedsatt lyst for intimitet, engstelse og initiativløshet.

### **Kognitive symptomer**

Kognitive utfall oppstår ofte også hos de pasienter som ikke utvikler demens. Kognitiv svekkelse kan påvirke deres yteevne i hverdagen. Treghet av tanker forekommer ofte samt vanskeligheter i logisk tenking. Hukommelsesproblemer oppstår ofte i tillegg til dårlig kognitiv fleksibilitet, som vil si vanskeligheter i spontanitet (Edwards, Quinn, Bhatia, 2008, s. 32).

### **Autonomiske symptomer**

Det oppstår hudplager, høy svetting, sikling, forstoppelse og urininkontinens (Norsk helseinformatikk, 2018). Det forekommer også potensproblemer og ortostatisk hypotensjon er ikke uvanlig (Edwards, Quinn, Bhatia, 2008, s. 34).

## **Sensoriske symptomer**

Et typisk symptom er smerter i ledd (Norsk helseinformatikk, 2018). Det forekommer også at pasienter får parestesier. Man kan også miste luktesans. (Edwards, Quinn, Bhatia, 2008, s. 34).

## **Andre**

Man kan være plaget av vedvarende utmattelse og ulike problemer med søvn (Edwards, Quinn, Bhatia, 2008, s. 34).

## **2.4. Livskvalitet**

Det er gjort mange ulike definisjoner om livskvalitet og mange har prøvd å beskrive hva livskvalitet er. Det har primært vært to forskningsfelt som har forsket på livskvalitet, den medisinske og den sosialvitenskapelige. Det at det har vært to såpass forskjellige tilnærminger til livskvalitet har ført til uenighet om den beste definisjonen. Det er også relativt nytt å ha fokus rettet mot kvaliteten av livet og i de fleste språkene i verden har ikke livskvalitet vært en del av vokabularet på veldig mange år. Dette er særlig tilfelle i Norden. Innen medisin har ikke det vært vanlig å måle hvordan pasienter opplever kvalitet av sitt eget liv (Regjeringen, 2019).

WHO definerer livskvalitet som en personens opplevelse av sin livssituasjon, og dette innebærer at man har det bra fysisk-, sosialt- og mentalt. Ifølge WHO spiller kultur med sine verdier en sentral rolle i hvordan et individ oppfatter sitt eget livssituasjon i forhold til hva samfunnet forventer av dem. I WHO sin definisjon står det også at fravær av sykdom ikke er en forutsetning for god livskvalitet (WHO, 2019). Det å bli hjelpetrengende, som parkinsonspasienter etter hvert blir, kan tenkes å ha en negativ effekt på livskvaliteten, særlig hvis pasienten ikke får god helsehjelp.

Helserelatert livskvalitet (HRQL) måler status for helse, funksjon og livskvalitet. Helsereelatert livskvalitet utelukker andre aspekter i livet som spiller inn i den helhetlige livskvaliteten.

Slike aspekter er penger, miljø og frihet. Er man syk, kan helse ha innvirkning i på aspekter som man ikke regner som helsereelaterte, selv om klinikere ofte fokuserer på HRQL (Gordon H. et al, 1993). Innen sykepleielitteratur har definisjon av livskvalitet blitt brukt parallelt med andre aktører (disipliner), som mener at konseptet med livskvalitet har flere dimensjoner. I Ferrans (1990) litteraturstudie om livskvalitet nevner hun fem kategorier, som livskvalitet kan

bli klassifisert (gruppert): mulighet til å leve et normalt liv, tilfredshet og/eller glede, mulighet til å oppnå personlige mål, å leve et sosialt meningsfullt liv, og potensial eller aktuell fysisk og mental kapabilitet (Grant M. M., & Dean G. E., 2003, s. 7).

## **2.5. Effekten av musikk og dans**

Dans har alltid hatt en grunnleggende funksjon i å være helsefremmende (Murzia & Kreutz, 2012, s. 125). I mange tilfeller opplever pasienter med Parkinsons at musikk demper symptomene. I tillegg kan rytmisk musikk gjøre det lettere å bevege på seg. Flere forskninger viser at dansetrening kan i større grad enn standard behandling, forbedre stabilitet og takt samt skrittlengde. Pasientene ser ut til å bevare disse effektene selv etter dansetreningen er avsluttet spesielt hvis man har holdt på med dansetreningen i en god stund (Brean & Skeie, 2019, s. 207).

«Rytme og musikk løser opp spenninger og freeze hos parkinsonister» hevder Audun Myskja, som er blant annet en overlege og har også en doktorgrad i «bruken av musikk i eldreomsorgen». Myskja har en stilling som faglig leder hos Senter for Livshjelp og han er spesielt interessert i Parkinsons sykdom. Myskja bruker musikk, rytme og metronomer i behandlingen til parkinsonspasienter. Store munnbevegelser gjennom sang er god øving for stemmebåndene (Bjørneboe, 2017, s. 159).

Parkinsons påvirker gange og det skjer ofte at beina ikke klarer å gå lenger. Da kan sykepleieren hjelpe pasienten eksempelvis med takt av musikk (Stubberud, Grønseth, Almås, 2017. s. 283).

## **2.6. Musikkterapi**

Musikkterapi gjennomføres i hovedsak av utdannede musikkterapeuter. Musikkterapeuter kan imidlertid gi opplæring til helsepersonell, som oss sykepleiere, om hvordan vi kan bruke musikk i vårt arbeid. Opplæringen kan foregå eksempelvis gjennom en utøvningsmodell og med utveksling av tidligere erfaringer. Man lærer godt av å få teste ut det man har lært i

praksis, derfor gir musikkterapeutene ofte en mulighet for det når de underviser helsepersonell (Liv Gunnhild Qvale, 2014, s.18-19).

Musikkterapi er et verktøy som en musikkterapeut bruker til å skape en interpersonell samhandling mellom seg selv og klienten. Musikalsk intervensjon kan frembringe utvikling og forandring. Det aktuelle målet til denne terapiformen kan være helsefremmende, rehabiliterende eller pleiende. Musikkterapi benytter seg av musikkens tilkoblinger med helse. Musikkterapi.no nevner Parkinsons sykdom som en pasientgruppe, som egner seg til å få hjelp av musikkterapi (Norsk Forening for musikkterapi).

Forskningssentrene innen musikkterapi i Norge:

CREMAH *Centre for Research in Music and Health*, som er i Oslo og GAMUT, som holder til i Bergen (Norsk Forening for musikkterapi).

## **2.7. Effekten av fysisk aktivitet**

Behandlingen av Parkinsons sykdom er som nevnt tidligere, medisinsk behandling kombinert med fysioterapi. På grunn av hypokinesier er svekkelse av muskelkraft en anerkjent plage. Fysisk aktivitet bidrar til forbedret muskelstyrke, noe som hjelper til å opprettholde arbeidskapasiteten ved like. Fysisk aktivitet kan også sees å styrke psyken til parkinsonspasienter. Med sykdomsgrad opp til moderat har pasienter vist å ha normale kapasiteter til arbeid, adekvat opptak av oksygen og normal hjerterefrekvens under velmoderat trening. Inntak av Levodopa i forkant av trening har vist å ha forbedret effekt på aerob metabolisme under langvarig trening, som har ført til utsatt melkesyredannelse. Sammen med Levodopa blir energibruk ved muskelaktivitet mer effektiv. Dermed blir muskeltonus økt i større grad enn uten Levodopa (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2015, s. 487).

## **2.8. Kari Martinsens omsorgsteori**

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker, som har skrevet en del bøker om sykepleie og hatt mye fokus på omsorg i sykepleien. Gjennom forfatterkarrieren sin har Martinsen bearbeidet sin teori om omsorg som sykepleiens grunnlag. Martinsens arbeid har satt spor på utviklingen av faget i hele Skandinavia (Kirkevold, 2001, s. 168). Martinsen beskriver omsorg i boken sin *Omsorg, sykepleie og medisin* som et relasjonelt, moralsk og et praktisk begrep (Martinsen, 2003. s. 14, 47). Grunnen til at jeg valgte å presentere Kari Martinsen sin

omsorgsteori i min litteraturstudie, er at hennes grunnideologi om samhörighet og kollektivistisk tenkning er aktuelt for min problemstilling rundt musikk- og danseterapeutisk behandling for pasienter med Parkinsons sykdom. Martinsen skriver i sin bok *Omsorg, sykepleie og medisin* s. 79-80 at de kronisk syke skal ha rett til vedlikeholdende sykepleie. Martinsen skriver også at kulturen i helsesektoren har vært å yte helsehjelp med mål om å få pasienten til å klare mer selv og ikke lenger være bundet til ekstern hjelp. Etter krigstid har helsesektoren rettet seg mer mot forebygging av skade, men vedlikeholdstjenester har ikke fått nok økonomisk kapasitet til å ha nok tilbud og personale.

Martinsen hevder at kollektivismen i form av tradisjoner og erfaringer i livet bygger grunnpilarene til et menneske å være selvstendig. Samtidig som man er selvstendig er man alltid også avhengig av hverandre. Denne avhengigheten i oss som hun nevner kan være misforstått til å passivisere oss, men ifølge Martinsen er det motsatt. Ifølge Martinsen øker kollektivistiske menneskesyn omsorgssull tenkning og får oss til å delta mer aktivt i samfunnet, og får oss til å ta mer ansvar for egne handlinger i alle aspekter av livet. Disse forandringene i aktøren reflekteres direkte positivt på mottakeren som får tilsvarende god effekt av kollektivismen (Martinsen, 2003, s. 47).

## **2.9. Sykepleie til pasienter med Parkinsons sykdom**

Sykepleien til en pasient med Parkinsons sykdom dreier seg om å yte helsehjelp som har til hensikt og mål å opprettholde god funksjonsevne og at pasienten lever et behagelig liv. Sykepleieren har ansvar om å ha samtaler med pårørende og pasient om viktigheten av mosjonering og trening for pasienten. Hvor omfattende sykepleie pasienten trenger avhenger hvor godt fungerende pasienten er, altså graden av sykdommen. Sykepleier er også ansvarlig for medisindeling i riktig tid. Spesielt nøye er det at pasienten får medisinen i riktig tid ved bruk av Levodopa (Stubberud, Grønseth & Almås (2017) s. 281). Medisiner brukes til dempe symptomer, men man kan ikke helbrede sykdommen. (Norges Parkinsonforbund, 2020).

Sykepleien har også en pedagogisk funksjon og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø (2005), 2017, s. 359).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i punkt 2 «sykepleier og pasient» står det skrevet blant annet at sykepleiere er pliktig til å yte helsehjelp, som fremmer helse. Neste punkt omhandler pasientens rettighet til å bli ivaretatt helhetlig (Norsk sykepleierforbund)

Pasienten har rett til å få helsetjenestene bygget etter sine ønsker og behov, så sant det er mulig å gjennomføre. Dersom pasienten har barn som kan ha egne ideer om tjenestetilbudets oppbygging, skal det bli tatt stilling til hva barnet synes, men man må også ta i betraktning hvor gammel og moden barnet er. Det er skrevet i loven at tjenestene skreddersys sammen med pasienten, og dersom pasienten ikke er samtykkekompetent kan pasientens nærmeste være med å delta i tjenestenes oppbygging. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999, § 3-1)

## **Sosial kontakt**

Sosial kontakt med andre mennesker er noe som oss mennesker alle i ulik grad trenger. Tilhørighet styrkes ved felles verdigrunnlag. Det øker tilhørighet i hvis man deler meninger med andre og er aktiv i felleskap med dem. (Kristoffersen m. fl., 2017, s.142).

Å være sosial kan bli sett å både fremme helse, behandle og fungere primærforebyggende. Det fokuset som rettes mot «helsefremmende og forebyggende arbeid» i Norge er økende. Det er blitt dannet felles mening blant politisk og faglig miljø at forebygging er bedre enn å behandle etter skade allerede har skjedd. Flere lovverk og offentlige meldinger støtter også dette. Kristoffersen refererer til Folkehelseinstituttet om at det å være sosialt deltakende og få støtte fra andre kan også fremme psykisk helse og ha innvirkning på glede, vitalitet og livskvalitet. I motsetning vil lite verne fra nettverket rundt, bære på en høy fare for å utvikle sinnslidelser (Kristoffersen m. fl., 2017, s.142).

En sykepleier kan tre støttende til i å møte kravene for selskap og alenetid. Sykepleier kan oppmuntre pasienten til å bruke sine egne ressurser og forklare at hun/han er kapabel til det. Det er vitalt å formidle til pasienten at interaksjon med andre mennesker er av stor betydning selv om man føler seg nølende og bekymret for å ikke bli akseptert. Dersom personen opplever sykepleierens nærvær som noe gledelig, er det mulighet for at pasientens opplevd besvær reduseres. Noen ganger kan mennesker som er nødt til å bo alene føle seg ensomme, og da kan sykepleierens hjelp være nødvendig i forutsetning for dem å bo alene. Det er ofte anbefalt at personer skal senke forhåpningene sine når det gjelder besøk og kontakt med andre, slik at forhåpninger kommer nærmere det som kan være realistisk. Sykepleier kan også oppmuntre personen til å finne informasjon om passende steder der det er mulig å være sosial (Kristoffersen m. fl. 2017, s. 157).

## **Helsepedagogikk**

Helsepedagogikk er et relativt nytt begrep, som går ut på å fremme «*læring og mestring*» ved form av en pedagogisk aktivitet. Helsepedagogikkens fokus er i mestringsstøtte fra et helsefremmende ståsted (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2017, s. 359).

Helsepedagogikk er på [mestring.no](http://mestring.no) (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse) forklart som ulike måter å tilrettelegge kompetanse av mestring hos pårørende og brukere og pasienter selv. Helsepedagogikk innebærer også måter å øke helsepersonellens kompetanse i helsepedagogiske ferdigheter. Med helsepedagogikk kan vi også forstå visse praktiske utøvelser innen fagområdet.

Å ha kunnskap om helsepedagogikk er essensielt for at helsepersonell skal være i stand til å gi veiledning, rådgiving, undervisning og informasjon på en måte som møter behovet. Når informasjon formidles, er helsepersonell pliktige til å tilrettelegge informasjonen slik at den enkelte forstår budskapet. Derfor er det viktig at en fagperson ikke anser informasjon som gitt før man er sikker på at mottakeren har forstått innholdet til det (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2019).

Til en pedagogisk næring kan man bruke ulike metoder til å styrke og ta i bruk pasientens indre krefter, som empowerment (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø (2005), 2017, s. 351).

## **Empowerment**

Begrepet empowerment er knyttet til å styrke og mobilisere pasientens egne krefter. Det kan gjøres ved samtidig nøytralisering av de eventuelle motkreftene. Empowerment kan forstås som aktivitet som bidrar til myndiggjøring av pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø (2005), 2017, s. 351).

Begrepet innhold kan sees ved å oversette ordet. Slike oversettelser kan for eksempel være «livstyrketrening og egenkraftmobilisering» eller «egenmaktmobilisering». Kristoffersen m. fl. viser til Rappaport (1987) og Freire og Nordland (1999). Ifølge disse klassikerne er utgangspunktet i «egenmaktmobilisering» en ideologi av aktiv deltakelse samt selvhjelp. Det fremheves at personen selv skal kunne velge ut ifra det han eller hun selv ønsker. Begrepet empowerment brukes på individnivå, organisasjonsnivå, gruppenivå og samfunnsnivå (Kristoffersen mfl. 2017, s. 352).

## **Tverrfaglig arbeid**

Ulike helseprofesjoner har over lengre tid arbeidet sammen. Til tross for denne tradisjonen refererer Sykepleien til WHO, som har hatt som mål å øke tverrfaglig innsats innen helsetjenestene og øke kunnskap om tverrfaglig samarbeid i helsefaglige utdanninger. Sykepleien vektlegger god kommunikasjon mellom profesjonene og påpeker at dersom kommunikasjon svikter, kan dette skade kvaliteten på helsetjenestene på flere måter: ventetiden kan øke, misoppfatninger kan forekomme og kontinuitet i helsetjenestene pasienten mottar kan svikte (Husøy, G. & Kvilhaugsvik B., 2017).

### **Individuell plan**

Når personen er tjenesteyter under spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten eller begge deler, og har store og sammensatte hjelpebehov med samordnet helsehjelp har man rett til å få laget en individuell plan, som samler ulike helsetjenester i et sted. Denne retten er skrevet i flere lover, som *pasient-og brukerrettighetsloven*. I en individuell plan føres det inn hvem som er de aktive driverne av planen, hvilke intensjoner det blir satt for behandlingsforløp, hvilke krav pasienten har, og hva slags hjelpemidler pasienten har. Individuell plan skal alltid ha en koordinator, som tar seg av ansvaret for å sørge for at planen blir oppfulgt (Fjørtoft, 2016, s. 209).

## **3.0. Metode**

Ifølge Dalland (2007), kan man definere metode som en strukturell måte å gå fram på for å finne informasjon og teste teorier. (Dalland, 2007, referert i Støren, 2013, s. 38-39)

I min bachelor-oppgave ser jeg på effekt av tiltaket dans. Derfor har jeg valgt å ha med randomiserte kontrollerte studier (RCT), som kan regnes som den beste forskningsmetoden når man skal finne ut effektene av utvalgte tiltakene (Helsebiblioteket, 2016). Jeg valgte til slutt å også ha med en kvalitativ artikkel, siden jeg ville få bedre innblikk av personen sin opplevelse av dans som tiltak eller intervensjon.

Jeg benyttet meg av en sjekkliste for RCT-artikler og kvalitative artikler av *Critical Appraisal Skills program* (2020) for å vurdere kvaliteten av artiklene.

### **3.1. Litteraturstudie som metode**

Bachelor-oppgave er den vanligste formen for litteraturstudie. Det å skrive en litteraturstudie innebærer å hente informasjon fra flere kilder som er relevante for min problemstilling (Thidemann, 2015, s. 80-81). Litteraturstudie er en gjennomgang av forskningsartikler



(Christoffersen, Johannesen, Tufte og Utne, 2015, s. 62). I en litteraturstudie skal man finne forskningsartikler i databaser som i hovedsak består av artikler fra vitenskapelige kilder (Støren, 2013, s. 37).

Jeg valgte å skrive en litteraturstudie, siden jeg ville finne vitenskapelig informasjon om musikk og nærmere danseintervensjon til pasienter med Parkinsons. En fordel med å skrive en litteraturstudie er at man får samlet inn data fra ulik forskning som er blitt gjort tidligere. En svakhet med denne litteraturstudien er at jeg har kun valgt å ha med én kvalitativ artikkel. Ved å sammenligne flere kvalitative studier kunne jeg hatt sterkere grunnlag for argumentasjon mot eller for et tiltak, og jeg hadde i større grad fått materiale til å skrive om flere ulike pasientopplevelser. Med et større utvalg av kvalitative artikler kunne jeg også vurdert mulige geografiske ulikheter. Derimot har jeg med 5 RCT-artikler som jeg anser som relativt mange. Ved å ha med flere randomiserte kontrollerte artikler, som alle er fra ulike land, får jeg et godt innblikk av geografiske forskjeller i effekt av tiltak.

### **3.2. Fremgangsmåte**

Jeg ville begynne prosessen med å systematisk søke i databaser der jeg kunne velge vitenskapelige artikler. Det som var utfordrende i prosessen av å hente data, var at studier som dekket alle utvalgte kriterier og i tillegg var rettet mot sykepleie, er det ikke blitt gjort forskning på enda. Jeg søkte aktivt databasene CINAHL og MEDLINE som jeg hadde tilgang til gjennom høyskolen. Jeg fant fem artikler jeg kunne bruke i min litteraturstudie. Senere trakk jeg konklusjonen, etter å ha snakket med veilederen min, at jeg ville ha med en artikkel som fokuserte mer på brukeropplevelse ved dansetrening, og fant en forskningsartikkel som følger kvalitativ beskrivende studiedesign.

### **3.3. Søk og Søkestrategier**

Utgangspunktet til søknene var en hypotese om at musikk og dans forbedrer livskvalitet. Jeg søkte aktivt i databasene CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) og MEDLINE. CINAHL kan regnes som en av de beste databasene innen sykepleie- og 17 andre helsefag med stort utvalg av publikasjoner blant annet innen sykepleie og komplementærmedisin (CINAHL Database, 2020). MEDLINE er U.S. National Library of Medicine (NLM) sin ledende database, som består hovedsakelig av over 25 millioner

tidsskriftartikler innen biovitenskap. Artikler i MEDLINE er registrert med såkalte Medical Subject Headings (MeSH) (MEDLINE, 2019)

Jeg lagde en PICO-skjema, som Thidemann presenterer på side 86. Som Thidemann skriver på side 87. Jeg er ute etter å se effekten av dans for Parkinsons pasienter, så da kunne sammenligning vært med ingen dans, eller ingen sammenligning.

Jeg søkte på engelsk for å få flere resultater. Jeg brukte søkeordene, som passet inn i min PICO og kombinerte forskjellige ord og synonymer for å få flere resultater.

I søkene mine brukte jeg søkeord tillegg «study» og «trial», «RCT» og «qualitative». I tillegg brukte jeg noen kriterier for funnene, som publisert mellom 2009 og 2019.

Jeg ekskluderte studier i første fasen av søkene basert på overskrift og sammendrag. Videre skumleste jeg gjennom artiklene og evaluerte artiklene med sjekklister egnet RCT og kvalitativ forskning.

### **3.4. Inklusjons- og eksklusjons kriterier til søkene mine**

Jeg ville i utgangspunktet finne artikler som ikke var mer enn 10 år gamle, for å unngå utdatert informasjon. Et av inklusjonskriteriene var også at artiklene måtte være forskningsartikler, siden jeg skulle finne vitenskapelig bevis på en hypotese om at musikk og dans forbedrer livskvalitet. Utfordringen var at det var begrenset antall treff på søkene jeg kunne finne på databasene. Jeg søkte både på norsk og engelsk for å få tak i flere artikler, men alle artikler som var relevante for meg var enten skrevet på originalspråket engelsk eller oversatt til engelsk. For å innsnevre litt ville jeg kun finne forskningsartikler som omhandler sykdommen Parkinsons. Jeg velger derfor å ekskludere demens med Lewy-legemer og parkinsonisme som begge gir i varierende grad lignende symptomer (Werdelin (2006), s.21, 40). Jeg velger å ikke ekskludere ut fra geografiske opphav, siden jeg hevder at lokalisasjon er irrelevant for min problemstilling. Uten å ekskludere noen verdensdeler får jeg tak i flere artikler enn hvis jeg kun inkluderte studier gjort i for eksempel Norden, eller Europa. Jeg ville først utelukke andre forskningstyper enn RCT for at resultatene skulle være lettere å sette opp mot hverandre. Siden de fleste studiene jeg gikk gjennom var med relativt små populasjoner, ville jeg ikke ekskludere små studier. Jeg inkluderte til slutt en kvalitativ forskningsartikkel, for å få bedre innblikk av pasientopplevelsen av pasientopplevelsen.

Ved å velge kvantitative artikler, får man informasjon i form av tall og statistikk, men beskrivelsen på hvordan tiltakene oppleves blir ikke belyst. Derimot kvalitative artikler har utgangspunkt i årsakssammenheng og deltakernes egen opplevelse (Thidemann (2015), s. 78). Studier jeg inkluderer skal følge strukturen IMRaD, som er et krav til forskerne dersom de vil ha forskningsartikkelen publisert i et tidsskrift. Studier som følger denne strukturen åpner med en introduksjon, deretter presenteres metoden de har brukt, fulgt av resultatene og til sist diskusjon (Thidemann, 2015, s. 68).

Randomiserte kontrollerte studier (RCT), som jeg har valgt til min litteraturstudie, skal være randomiserte, altså tilfeldig fordelt i grupper for intervensjon og for gruppen uten intervensjon, som kalles for kontrollgruppen (Thidemann (2015) s. 73).

### **3.5. Etiske overveielser**

Frivillighet er et viktig tema og jeg håper alle som har deltatt i artikler jeg kommer til å bruke, har fått velge selv om de vil være med. Det er også viktig at alle har fått rikelig med informasjon om hva forskningen skal dreie seg om og hva er fremgangsmåten samt hva det å delta i forskningen krever av deltakerne (Thidemann (2015) s.12).

Forutsetning for igangsetting av et forskningsprosjekt er at REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har evaluert om etisk forsvarlighet blir godt nok ivaretatt i gjennomførelsen av forskningsprosjektet. Forhåndsgodkjenning kreves hver gang ved menneskedeltakelse og, når sensitive data eller humant bestanddeler er involvert i studien. På lik linje gjelder dette pilotstudier og når en behandlingsform skal testes ut (Salbu, 2014).

## **4.0.Resultater**

### **4.1.Inklusjon- og eksklusjonskriterier i studiene**

Utvalget av personer som blir undersøkt i alle studiene som presenteres i denne litteraturstudien var pasienter med Parkinsons sykdom. Forskere har også hatt ulike metoder for å avgrense populasjonene i studiene for å få mer pålitelige funn.

Hoehn og Yahr (HY) skala vært benyttet i rekrutteringsfasen og inklusjonskriteriene har innbefattet en HY skår mellom 1 og 3 i artiklene av Romenets, S. R. mfl. (2015), Kunkel, D. mfl. (2017) og Hulbert, S. mfl. (2017).

Forutsetning for deltakelse var at personen er i stand til å kunne gå uten hjelpemidler i alle studiene med unntak av Shanahan, J. mfl. (2016) og Bognar, S. mfl (2016). Deltakerne måtte være i stand til å huske kommandoer og instruksjoner. Ekskluderingskriterier var også syns eller hørselshemminger, som krevde bruk av høreapparat eller briller. Personer måtte være i stand til å være med på en datainnsamling som varte 90 minutter. Andre nevrologiske hemninger, som kunne gå utover utøvelsen av oppgavene i studien var ekskludert. Dessuten var alle deltakere i Bognar mfl. (2016) sin studie hjemmeboende.

#### **4.2.Presentasjon av utvalgte forskningsartikler**

Artikkel 1:

RCT-studien til Romenets, S. R., Anang, J, Fereshtehnejad, S-J., Pelletier A., og Postuma R. (2015) *Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson's disease: A randomized controll study* prøver å finne svar på om tango kan brukes som lindrende behandling for Parkinsons sykdom. Studien rekrutterte 40 deltakere med Parkinsons sykdom. Studien følger en klassisk RCT design (Thidemann (2015) s. 73). Intervensjonen i studien går ut på å utforske forskjeller i utfall mellom en tangogruppe og en treningsgruppe, som trente selvstendig med å følge instruksjoner fra brosjyrene de ble utdelt.

Artikkel 2:

Hashimoto, H., Takabatake, S., Miyagushi, H., Nakanishi H., og Naitou Y. (2015) gjennomførte en såkalt kvasi-randomisert pilot studie. *Effects of dance on motor functions and mental symptoms of parkinson's disease: A quasi-randomized pilot trial*. Studien tar utgangspunkt i hvordan dans påvirker motoriske, mentale symptomer samt kognisjon hos Parkinsons pasienter.

Det ble også holdt informasjonsmøter før intervensjonene begynte for å sikre at alle deltakerne hadde fått med seg hva studien gikk ut på og hva det vil kreve av dem. Deltakerne i denne studien var 46 personer med diagnosen mild til moderat Parkinsons sykdom.

Intervensjonene brukte elementer av jazzdans, tango og aerobikktraining. Timene innebar også noen bevegelser, som vanligvis blir brukt i ballett. Pasientene ble fordelt i tre grupper: en gruppe for dansetrening, en for fysisk trening og en for vanlig pleie.

Demografiske forskjeller mellom grupper var små, men kjønnsfordeling var skjev med mange flere kvinner i kontrollgruppen enn dansegruppen.

Artikkel 3:

Kunkel, D., Fitton, C., Roberts L., Pickering R. M. , Roberts H.C., Wiles R., Hulbert S., Robison J., og Ashburn, A. (2017) *A randomized controlled feasibility trial exploring partnered ballroom dancing for people with Parkinson's disease*. Hensikten med denne pilotstudien er både å utforske hvor brukbar intervensjon et danseprogram, som kombinerer ulike dansestiler er for personer med Parkinsons sykdom, samt sekundært måle opplevelsen av deltakerne. Til sammen var det 51 personer med diagnosen Parkinsons sykdom, som deltok i studien. Disse deltakerne var mellom 49 og 85 år gamle og hadde medianalder på 71 år. Deltakerne ble randomisert og fordelt i en dansegruppe og i en passiv kontrollgruppe. Deltakerne ble blindtestet og testene ble gjennomført i hjemmet.

Artikkel 4:

Shanahan, J., Morris, M. E., NiBhriain, O. N. , Volpe, D., Lynch T., og Clifford A. M. (2016) gjennomførte en RCT studie *Dancing for Parkinson Disease A Randomized Trial og Irish set Dancing compared with usual care*. I denne studien var det til sammen 90 deltakere, som ble fordelt i to grupper slik at det ble 45 deltakere i hver gruppe. Deltakerne i denne studien var randomisert og fordelt i en gruppe som mottok vanlig pleie og en gruppe som deltok i dansetimer med irsk folkedans. Over en 10 ukers periode, deltok dansegruppen i 20 minutters dansetimer tre ganger i uken, mens den andre gruppen fortsatt på samme måte som vanlig og mottok vanlig pleie. I tillegg til dansetimene fikk dansegruppen et 20-minutters videodanseprogram de skulle fullføre hjemme i tre uker. Om oppvarming og tøying, fikk deltakerne instruksjoner på dansetimene og de var oppmuntret til å fullføre disse hjemme på samme måte. Deltakerne mottok også en dagbok, der de skulle føre inn om de hadde fullført hjemmeøvelsene. Hovedsakelig ville forfatterne med denne pilotstudien, utforske hvor gjennomførbar et RCT-studiedesign er på denne typen forskning, og som sekundærresultat utforske om det er noen nyttige effekter av irsk dansetrening for pasienter med Parkinsons

sykdom.

#### Artikkel 5:

Hulbert, S., Ashburn, A., Roberts L., og Verhenden G. (2017) *Dance for Parkinson's—The effects on whole body co-ordination during turning around* et RCT med eksperimentell design. Studien undersøkte hvordan dansetimer, som kombinerer ulike dansestiler kan påvirke kroppskoordinasjon og snuing hos pasienter med Parkinsons sykdom. 27 personer deltok i studien og alle disse personene var diagnostisert med mild eller moderat Parkinsons sykdom. Til sammen var det 25 av 27 deltakere som fullførte studien.

Deltakerne ble randomisert og plassert i en dansegruppe og en gruppe som mottok vanlig pleie. I dansegruppen var det 15 deltakere, mens gruppen som mottok vanlig pleie besto av 12 deltakere. Gruppens demografi hadde ingen betydelige forskjeller. Dansegruppen deltok i en times dansetimer to ganger i uken over en ti ukers periode, mens den andre gruppen mottok vanlig pleie. Deltakerne valgte ut en frisk partner, som de utførte dansetreningen med. Kriteriene for valg av dansepartner var at han eller hun ikke hadde betydelig nevrologisk sykdom eller bevegelseshemming.

Hver dansetime besto av disse delene: oppvarmende gange, sosial foxtrot, vals, tango, rumba, cha cha, rock n' roll og en sosial dans.

#### Artikkel 6:

*More than just dancing: experiences of people with Parkinson's disease in a therapeutic dance program* av forfatterne Bognar, S., DeFaria, A. M., O'Dwyer, Casey, Pankiw, E. , Bogler, J.S., Teixeira, S., Nyhof-Young J. & Evans C. (2016) Studien var gjennomført i Kanada. Studien har som hensikt om å få forståelse på hvilke faktorer pasienter med Parkinsons opplever som effekter av terapeutisk dansetrening samt hva som får de til å delta på arrangert danseprogram. Det var brukt en deskriptiv metode med en- til- en intervjuer. Intervjuene var delvis strukturerte. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som ble gjort om til skrift som også ble anonymisert. Deretter gikk dataen gjennom en programvare, som analyserte innholdet ved bruk av induktiv metode. Kategorisering av analysert data skjedde gjennom et kodingsskjema. Kodingsskjema ble tillaget av ulike temaer som ble tatt opp i gruppeintervjuene. Deltakerne besto av 10 personer med diagnosen Parkinsons.

Danseklassene ble holdt i to ulike dansesentre av profesjonelle danseinstruktører, som begge

hadde samme elementer med i timene. Elementer begge brukte var bevegelse av føtter i en sittende stilling, deler som ble gjennomført stående, dans med en par med veksling mellom hvem som leder dans og hvem som etterligner hver bevegelse og fortelling av en historie gjennom musikken også i form av dans. Det ene lokalet hadde en assistent som var tilgjengelig til å hjelpe under dansetreningen. Dette senteret var lite og hadde kun plass til noen få deltakere. Et av danselokalene var et større dansestudio med fri inngang som tilbød andre aktiviteter i tillegg til dansetrening, som hadde plass til mellom 15 og 20 deltakere. På dette stedet var det flere frivillige tilgjengelig for å hjelpe til under dansetreningen og i tillegg hadde de sin egen pianist som spilte sangene. Varighet av intervensjonene var gjennomsnittlig to år, men varierte mellom seks uker og fem år.

#### **4.3. Resultatanalyse**

Jeg har valgt å presentere resultater fordelt på ulike hovedfunn fra de fem ulike artiklene for å holde innholdet mer ryddig og oversiktlig. Ifølge Thidemann (2015) presenteres resultatene ofte fordelt i ulike temaer.

#### **4.4. Motoriske symptomer:**

Romenets, S. R. mfl. (2015) har benyttet MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MD-UPRDS-3), som er et samlet/enhetlig skjema for å kartlegge symptomer av Parkinsons sykdom. I tillegg hadde forskerne flere ulike spørreskjema for kartlegging av utfallene.

Tango-trening ga ikke noen store forbedringer i deltakernes motoriske symptomer.

Individuelle analyser av enkeltdeler av Mini-BestTest (for måling av likevekt) derimot viste markante forbedringer i balanse, spesielt i oppgavene som målte reageringshastighet med Timed Up and go-test (TUG) i dansegruppen. Forandringer i justeringer av kroppsstilling, falltendens, gangstopp, kroppsstillingens respondering, bevegelsesvansker, svingning, Purdue pegboard test (som måler motoriske utfall) samt Hoehn og Yahr skala viste ingen store forandringer etter intervensjonene.

Resultatene fra Hashimoto H. mfl. (2015) viser at dans har en god effekt i forbedring av motorisk funksjon for pasienter med Parkinsons sykdom. Både dansetrening og Parkinsons-trening viste en betydelig forbedring i TUG-test i hastighet og antall skritt, men dansegruppens forbedring var større og gruppen viste også en klart økt skittlengde. Balanse var målt med BBS-skår og viste en betydelig forbedring kun i dansegruppen. Alle tre

gruppene viste en forbedring i antall skritt i TUG-test. Forfatterne refererer også til tidligere forskning som har vist tilsvarende forbedring i gange og foreslår at tango-treningens gunstige effekter baserer seg på bevegelser i alle retninger blant annet bakover gåing.

I studien til Kunkel, D. mfl. (2017) deltok 12 av hver gruppe i en 6 minutters gangtest. Testen viste at dansegruppen fikk den største økning i ganghastighet etter intervensjonene.

Gangtesten var konkludert som den best fungerende test i denne typen intervensjon så lenge man har stort nok lokale for å gjennomføre det. Av de 14 personene (og deres dansepartnere) som ble intervjuet var det kun en liten minoritet som nevnte at de følte klar forbedring i mobilitet og balanse. De andre skalaene som ble brukt var PDQ39 (kartleggingskjema for Parkinsons sykdoms symptomenes innvirkning i daglig liv), EQ5D (kartleggingskjema for måling av helse relatert livskvalitet) og TUG-test (reageringshastighet), Activities specific balance confidence (ABC) (kartleggingskjema for selvrapportert følelse av likevekt) og et kartleggingskjema for spinalbevegelighet, Berg Balance scale (BBS), SS180 (en test, som målte 180 graders svingning fra stående stilling), ingen av disse andre testene viste noen betydelige forskjeller.

På slutten av studien til Shanahan, J. mfl. (2016) var utholdenhet bedre blant dansegruppen enn kontrollgruppen. 6- minute walk test (som målte utholdenhet), *Parkinson's Disease questionnaire* PDQ-39 (et spørreskjema for å etterforske symptomenes effekt i daglig livet hos pasienter med Parkinsons (Parkinson's UK, 2016), mini-BESTest (for måling av likevekt), viste ingen betydningsfull forskjell mellom dansgruppen og kontrollgruppen i motoriske symptomer etter intervensjonene sammenlignet med *baseline* i 10 ukers lange intervensjonen. Utholdenhet viste betydelig forverring hos gruppen som fikk vanlig pleie.

Deltakerne i studien til Hulbert, S. mfl. (2017) ble testet i hvilken grad de fikk ulike kroppsdelene med i 12 ulike typer svingning. Deltakerne fikk velge takten til svingningen selv. Kroppsdelene som ble observert var hode, føtter, skuldre, bekkenet og brystkassen.

Lokalisasjon til kroppsdelene ble dokumentert med analysesensor for mosjon. Øynene ble observert med et kamera, som ble installert på en hjelm som deltakerne hadde på seg slik at kameraets posisjon var på samme nivå med øynene. Testene ble utført slik at deltakerne stod opp på en kraftplate med ansiktet mot en lysboks, som viste dem retninger med piler og lys, som indikerte retningen som man skulle snu kroppen til. Til å begynne med fikk deltakerne snu seg tre ganger 180 grader rundt på platen for å finne ut hvilken retning som var den foretrukne. 12 av de kommandoene deltakerne fikk, var randomisert fordelt til deltakernes



kodenummer, 3 kommandoer ble de ikke informert om før retningen ble vist på lysboksen, og 3 kommandoer informerte om retningen før retningen ble vist på lysboksen.

Deltakerne som mottok vanlig pleie, hadde i slutten av studien tregere reaksjonshastighet i hodet. Intervensjonene viste smått forlenget reaksjonshastighet (latenstid) i bekkenrotasjon hos deltakerne som mottok vanlig pleie. Øynenes reaksjonshastighet var upåvirket etter intervensjonene. Ifølge studien var endringer i latenstiden mellom kroppsdelene ikke markante. Kontrollene etter intervensjonene viste en minimal forbedring i styrke hos dansegruppen, mens kontrollgruppens styrke hadde ikke forblitt uforandret. Rotasjon mellom kroppsdelene var også kontrollert og funnene viste en stor økning i bekkenrotasjon hos kontrollgruppen. Selv om forskjellen ikke var stor mellom gruppene, hadde kontrollgruppen større økning i reaksjonshastighet i alle kroppsdelene.

Noen av deltakerne i Bognar, S. mfl (2016) sin kvalitative studie nevnte at de opplevde økt ganghastighet som resultat av dansetreningen. Andre positive effekter som var nevnt var svakere skjelvinger og noen få nevnte økt styrke. Hyppigst nevnte effekt var imidlertid generell forbedret flyt i gang og mobilitet. Deltakerne følte seg ofte trøtte umiddelbart etter treningen, men opplevde også at dansetreningen ga dem mer energi senere på dagen. Deltakerne opplevde også at koordinering av flere muskelgrupper under dansingen førte til økt muskelstyrke og fornemmelse av at kroppen var mer tøyelig. Deltakerne hadde interesse for egen helse og viste kunnskap om mosjon, noe som bidrar til god helse. Fysiske effekter var rapportert av nesten hver av deltakerne, men varigheten av effektene varierte mye: noen varte kun noen timer mens andre varte i flere døgn.

#### **4.5. Ikke-motoriske symptomer:**

I studien til Romenets, S. R. mfl. (2015) var det målt noe forbedring i kognisjon og søvnighet på dagtid. BDI skår som målte depresjonssymptomer viste ingen forandringer mellom grupper, heller ikke AS skår som målte apati.

Hashimoto, Takabatake, Miyagushi, Nakanishi og Naitou: Planleggelse av handlinger, i tillegg til oppmerksomhet ble målt med en skala for apati, Frontal Battery Assessment (FAB), som er en evalueringstest av symptomer på frontetemporal demens, som viste en stor forbedring etter intervensjonene. Self-rating Depression Scale (SDS), som var et skjema for selvrappørterte depresjonssymptomer. (Unified Parkinsons Disease Rating (UPDRS) var også

brukt til å kartlegge intensiteten av symptomer av Parkinsons. Mental Rotation Task (MRT) var benyttet til å måle evne til å rotere bevegende bilder av kroppsdelar eller 3 dimensjonale bilder, noe som krever at personen har motorikken til å orientere seg for alle retninger. Dette er et spesielt tilpasset verktøy for Parkinsons pasienter. MRT- test viste reaksjonshastighet fra når bildet var vist til riktig besvarelse ble gitt. Den mest markante av endringene var planleggelse av handlinger (FAB-test) og reaksjonshastighet (MRT-test).

I studien til Kunkel, D. mfl. (2017) viste dansegruppen og Parkinsons treningsgruppen en stor forbedring i FAB-test (evalueringstest av symptomer på frontetemporal demens) og MRT-test (reaksjonshastighet). MRT-testen viste uendrete antall riktige svar i begge intervensjonsgruppene. Etter sammenligning av alle tre gruppene opp mot hverandre kunne man se at dansegruppens kognitive evner hadde forbedret mest. Forfatterne foreslår en forklaring om at man gjerne planlegger bevegelsene sine i hodet ved å se det for seg i bilder, noe som er en stimulerende faktor for bevegelse.

I Bognar, S. mfl. (2016) sin studie var opplevelse av hukommelsesproblemer og evne til å utøve flere oppgaver samtidig en kjent plage til mange som kom frem i intervjuene. Deltakerne hadde også opplevd å glemme fort, tenke sakte og miste tråden i tankene. Deltakerne følte forbedring i kognisjon i form av dagliglivets oppgaver. Forbedringer deltakerne opplevde var evne til å konsentrere seg i flere oppgaver samtidig, som utøves ved dansing. Korrelasjon av forbedret evne til å håndtere flere oppgaver samtidig kunne ifølge deltakerne sees ved å ha forbedret evne til å lage mat og planlegge måltider.

I Shanahan, J. mfl. (2016) sin og Hulbert, S. mfl. (2017) sin studie konsentrerte de seg i de motoriske utfallene derfor ble de kognitive utfallene ikke målt.

#### **4.6. Livskvalitet:**

Spørreskjemaene i studien til Romenets, S. R. mfl. (2015) viste at deltakere i dansegruppen fant treningen mer tilfredsstillende enn kontrollgruppen. Dansegruppen viste større vilje til å fortsette med dansetrening enn kontrollgruppen. PDG-39 skår viste derimot at helse relatert livskvalitet var rapportert upåvirket etter intervensjonene.

I studien til Hashimoto mfl. (2015) viste dansegruppen en stor forbedring i AS (skala for apatisymptomer), og SDS (skala for selvrappporterte symptomer av depresjon).

Spørreundersøkelsene i studien til Shanahan, J. (2016) viste at danseklassene økte velvære hos deltakerne, og de ønsket gjerne å fortsette med dansing etter intervensjonene i forbindelse med at studien var over.

Hulbert, S. mfl. (2017) utforsket ikke effektene direkte på livskvalitet.

Etter diagnosen i studien til Bogner, S. mfl. (2016). Flere av deltakerne opplevde at dansing fikk dem til å mestre sitt eget liv bedre, mens andre følte at en god holdning muliggjorde en positiv endring. Disse personene følte at tankegang hadde en stor effekt på hvordan resultatet og ens opplevelse av utøvelsen blir. Dansing styrket deltakernes følelse av å være viktig og ga dem mening til livet. Det var også rapportert en følelse av å se bedre ut gjennom å gå raskere. Deltakerne innrømmet at humøret deres hadde økt etter at dansetreningen ga dem aktiviteter de kunne glede seg til og få glede av. Flere faktorer ble nevnt som oppløftende elementer i dansingen, blant annet kontakt med dansekamerater og som resultat av dansing. I intervjuene i studien til Kunkel, D. mfl. (2017) nevnte deltakerne og dansepartnere at også at sosiale aspekter var de største forbedringene de opplevde etter dansetreningen, et av disse var mestringsfølelse som dansingen gir.

Musikkutvalget og trenerne var også nevnt som avgjørende for den gode opplevelsen. Trøtthet var nevnt til å oppstå etter dansing, men deltakerne følte at de samtidig fikk energi ut av dansing.

#### **4.7. Gjennomføring av og utfordringer med intervensjonene:**

Deltakere i Kunkel, D. mfl. (2017) sin studie opplevde i hovedsak problemer med bevegelighet og problemer med sning. Kroppskoordinering og høyt tempo av musikk, skapte også problemer med å følge med på dansetreningens takt. Smerteproblematikk og medisiner hindret noen av deltakerne av å nyte dansetreningen. Danseinstruktørene ble rapportert til å være av høy kvalitet. Deltakerne ga instruktørene ros for å ha vært så støttende og motiverende mens de hadde forhåpningene høye. Deltakerne opplevde også at instruktørene hadde gode kunnskaper og ferdigheter, og at de klarte å møte behovene for denne brukergruppen. Av dansetyperne var vals og cha cha opplevd som vanskeligst: vals grunnet endring av danseretning og kryssing av beina og cha cha grunnet mindre støttende kroppsholdning og musikkens høye tempo.

I Hulbert, S. mfl. (2017) sin studie ble en deltaker også plaget av alvorlige dyskinesier og hadde derfor vansker med å svinge i samme takt med andre og det ble derfor introdusert et

unikt bevegelsesmønster kun til denne deltakeren. Under danseintervensjonene i studien til Kunkel, D. mfl. (2017) ble koreografien endret noe av trygghetshensyn. Å komme seg til øvelseslokalene var problematisk for noen, dette ble fort løst med å tilby gratis drosje eller parkeringsmulighet.

Smerteproblematikk og andre Parkinsonsrelaterte symptomer var et hinder for god danseopplevelse hos flere av deltakerne i Hulbert, S. mfl. (2017) sin studie (2017) og Kunkel, D. mfl. (2017) sin studie. I Hulbert, S. mfl. (2017) måtte en deltaker avslutte studien på grunn av vanskeligheter med å følge koreografien. I denne studien skjedde det også en ulykke når en deltaker falt etter å ha mistet balansen.

Andre alvorlige problemer i gjennomførelsen av intervensjonene ble ikke registrert i de andre studiene.

## **5.0.Diskusjon**

### **5.1. Innledning til diskusjon**

Jeg ville med denne litteraturstudien undersøke om musikk og dansetrening kunne være et godt tiltak for å lindre symptomer og dermed øke livskvaliteten til parkinsonpasienter. Jeg har møtt mange personer med Parkinsons sykdom under den korte tiden jeg har arbeidet som helsearbeider. Jeg opplever at helsepersonell har ikke alltid fått grundig nok opplæring før de går inn til disse pasientene, noe som kan føre til konflikter, som kunne vært unngått med riktig tilnærming og kunnskap. I teoridelen gikk jeg gjennom en lang liste over symptomer av Parkinsons sykdom med intensjonen om å belyse hvilke symptomer pasienter lider av, slik at jeg kan se på faktorer som kan påvirke sykdomsrelatert livskvalitet hos denne pasientgruppen, samt for å gi bakgrunnsinformasjon om sykdommens natur.

I diskusjonen stiller jeg tema, som jeg har presentert i resultater, i diskusjon og begrunner argumenter med kunnskap fra teoridelen. Støren skriver at det tas opp temaer fra funnene i diskusjon og man kan både gi svar på og drøfte spørsmålene (Støren, 2013, s. 45)

### **5.2. Sykepleiers rolle i musikkterapi**

Jeg begynner med å diskutere sykepleier rolle i en musikkterapeutisk situasjon til tross for at ingen av forskningsartiklene hadde blitt gjennomført fra sykepleierfokus. Sykepleierens rolle

varierer etter situasjon. Noen ganger kan sykepleier ha en mer aktiv rolle i musikkterapi og sykepleier kan lede musikkterapi, og som nevnt i teorien, kan sykepleiere få veiledning i utøvelsen av musikkterapi (Liv Gunnhild Qvale, 2014, s.18-19). Noen ganger har gjerne sykepleier en mer delegerende eller veiledende rolle. En delegerende rolle kunne være å delegerer oppgaver til assistenter og andre kolleger. En veiledende rolle kunne være å gi veiledning i musikkterapi og opplæring i dets helsefremmende effekter.

Forskningsartiklene hadde ikke med sykepleiere, men de fleste av deltakere bodde hjemme. Jeg ser det sannsynlig, med tanke på hvor alvorlig invalidiserende Parkinsons sykdom er, at mange av disse allerede får eller kommer til å få hjemmesykepleie i fremtiden. Kunne en sykepleier i hjemmesykepleien fått en pasient interessert i muligheter med dans? Kanskje sykepleier kunne til og med holdt noen form for musikkterapi i pasientens hjem?

Sykepleiere er pliktige til å tilby hjelp som fremmer pasienten sin helse (Norsk sykepleierforbund). Selv om musikk og dans viser i mange studier gode helseeffekter og økt livskvalitet, er det viktig at sykepleieren bevarer pasienten sin autonomi og selvbestemmelsesrett også i situasjoner som kunne være helsefremmende for pasienten. Sykepleien har også en pedagogisk funksjon og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø (2005), 2017, s. 359), som går ut på å blant annet gi pasienten viktig informasjon om både sin sykdom og opplæring i hvordan man kan leve med sin sykdom. Som nevnt tidligere er god kommunikasjon mellom profesjoner essensielt for at kvaliteten til tjenestene skal holdes god. Derfor tenker jeg at sykepleiere har en viktig rolle, sammen med musikkterapeuter, fysioterapeuter og andre yrkesgrupper som behandler pasienten, å sikre informasjonsflyt gjennom skriftlig og muntlig dokumentasjon fortløpende.

### **5.3. Opplevelse av livskvalitet gjennom musikk og dans**

Selv om det var en del variasjon i funnene mellom studiene, kan man se et felles resultat: økt velvære. Fra et livskvalitetssynspunkt er velvære et betydelig aspekt, som nevnt ovenfor i teoridelen. Livskvalitet eller aspekter som har betydning for økt livskvalitet, som lindring av motoriske utfall, forbedret kognisjon og økt velvære var hos majoriteten av deltakerne økt. Derimot kan man ikke bare påstå at dansing og musikk har gunstige effekter for alle. Jeg ser for meg at individuelle forskjeller på preferanser kan være avgjørende for hvilke faktorer som virker inn i opplevelsen av god livskvalitet. I studien til Bognar, S. mfl. (2016) ga deltakerne eksempler på faktorer som skapte følelse av økt livskvalitet og velvære.

Deltakerne nevnte blant annet at de følte ofte frustrasjon og tretthet etter dansetreningen, men også at de fikk en energi av det. Noen nevner at det å se dansepartneren smile ga de en god følelse av velvære og at de kunne bidra til en annen person sin trivsel. Min tolkning av deltakernes utsagn er at opplevelsen ga noe meningsfullt å gjøre på, og selv om de følte trøtthet etter treningen, fikk de gode opplevelser for seg selv, men også muliggjorde at de kunne selv gjøre noe meningsfullt for en annen person, i dette tilfellet dansepartneren. Som Kari Martinsen skriver i sin omsorgsteori (Martinsen, 2003, s. 47), er vi mennesker avhengige av hverandre og hvis vi tenker solidarisk, kan vi bli mer omsorgsfulle og vi bli mer aktive medlemmer av samfunnet.

På den ene siden, ved å ta utgangspunkt i Martinsen sin filosofi, kan det tenkes at spesielt i pardans får pasienter eller brukere ved å gjøre noe godt for dansepartneren sin, en positiv effekt av solidaritet. Videre i lys av Martinsen sin omsorgsteori, kan en intervensjon med musikk og dans muligens lede til at pasienter eller brukere blir mer aktivt med i andre aktiviteter. Aktivitet kan føre til forsterket psykisk tilstand (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2015, s. 487), dermed kan aktivitet føre til minsket fare for depresjon, som er et hyppig symptom av sykdommen som kan ses allerede i den prodromale fasen (Palfreman, 2015, s. 231). Kontrollerte depresjonssymptomene (SDS) endret seg i studien til Romenets mfl. (2015), men i studien til Hashimoto mfl. (2015) viste de en signifikant forbedring i tillegg til apatisymptomene. Musikk er en individuell opplevelse og preferansene kan ha store variasjoner mellom mennesker (Fredriksson mfl. 2009. referert i Stubberud, 2019, s. 111). Noen sanger kan kanskje oppvekke grusomme minner og i verste fall kan en terapeutisk bruk av musikk og dans virke mot sin hensikt.

Personens egne preferanser kan tenkes å ha en stor innvirkning i utforming av ens opplevelse og videre hvordan opplevelsen virker inn i livskvalitet hos individ. Dermed undrer jeg om forskjeller i forskningsartiklenes resultater kan forklares med det at alle ikke fikk like stor glede ut av det. Eller kanskje musikkutvalget ikke var å foretrekke. Men samtidig var de fleste målinger av livskvalitet ført til økende trend etter danseintervensjonene, mens det var større variasjon på de motoriske og kognitive effektene. Kanskje kan denne variasjonen også ses i lys av variasjoner i form og funksjonalitet hos deltakere? Til tross for at deltakere var screenet til å dekke kravene for deltakelse i studien, kan man tenke at forskjeller i funksjonsnivå kan ha vært til stede. Hoem og Yahr skala (Grosset mfl. (2009) s. 94) Selv om Hulbert, S. mfl. (2017) ikke forsket på livskvalitet, kan de positive effektene i kroppens bevegelighet som

deltakerne fikk, tenkes å kunne resultere bedre livskvalitet i å med at helse korreleres til forbedret helsereelatert livskvalitet (Gordon H. mfl., 1993).

I og med at deltakerne nevnte at dansingen ga dem mestringsfølelse i Kunkel, D. mfl. (2017) og Bogнар, S. mfl. (2016)., man kan tenke at, dansing har da fungert som en form for empowerment, som går ut på å bidra til velvære gjennom å aktivisere de styrkene en har inn i seg. (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø (2005), 2017, s. 351).

#### **5.4. Gjennomføring av danseterapeutisk intervensjon i klinisk praksis**

Deltakerne i alle de utvalgte studiene hadde enten mild eller moderat form for Parkinsons sykdom. Med dette er det ikke lett å si hvordan dansetrening hadde fungert hos de som har Parkinsons sykdom. Man kan anta at forskerne har utelukket disse pasientene av en grunn og kanskje pasienter med invalidiserende Parkinsons sykdom hadde ikke hatt motorisk kapasitet til å delta i dansetrening. Dette kan også ses i lys av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, der det blant annet står skrevet at sykepleier ikke skal forårsake skade til pasienten (Norsk Sykepleierforbund). Hvis en sykepleier vet at pasient kan trenge assistanse under dansetrening, kan det kanskje tenkes å være imot sykepleieetikikk å holde danseterapi til mange pasienter samtidig, uten å ha nok personale til stedet. Dansetreningen med høyt tempo kan da føre til uheldige hendelser, som fall, som skjedde med deltaker i Hulbert, S. mfl. (2017) sin studie.

Som det kommer frem i Hoem og Yahr- skala (Grosset et al (2009) s. 94), er pasienter i grad 4 og 5 svært hjelpetrengende og har alvorlige bevegelsehemninger. Med dette sagt tviler jeg en pasient med alvorligere grad av Parkinsons ville klart å prestere under en dansetrening, i hvert fall gjennomført på samme måte som intervensjonene i studiene eller å få noe glede av det.

Intervensjoner gjennomført på samme måte som i studiene kan være tidskrevende og koste mye. Penger går til transport av pasienter, lønn til dansetreneren, er det da en musikkterapeut, fysioterapeut eller en danselærer. Det kan også være uansvarlig å holde dansetrening i en stor sal for mange brukere samtidig, på grunn av nedsatt funksjonsevne og bevegelighet.

Helsepersonell bør etter min mening være til stedet for å observere tilstanden til brukere og assistere der det er behov under dansetreningen. Jeg tenker at kostnadene kunne imidlertid kuttes ned ved eksempelvis å ha personalet på et omsorgssenter holde musikk- eller danseterapi enten en og en, eller i små grupper. I Bogнар, S. mfl. (2016) sin studie hadde det ene danselokalet flere frivillige assistenter, som var der for å hjelpe til hvis det var behov for det. Frivillige skal ikke ha lønn så det blir budsjettert over til andre investeringer. Kanskje

kunne frivillige løst problemet? Hvis en sykepleier ledet musikk- eller dansetrening eller -terapi, kunne frivillige assistenter vært til stedet for å passe på at ingen faller eller skader seg ved å for eksempel kolliderer med de andre danserne.

### **5.5. Metodediskusjon:**

Forskningsartiklene, som dekket inklusjonskravene til sykdom og intervensjonstype inneholdt ikke informasjon om hvordan sykepleiere kan gjennomføre disse tiltakene, noe som kan anses som en svakhet i min litteraturstudie. Funnene mine kan anses som nyttige i sykepleiefeltet, i og med at de viser positive effekter av musikk- og danseintervensjon. Pasienter med Parkinsons sykdom har som sagt ofte alvorlige funksjonsnedsettende symptomer, som kan tenkes å ha en stor innvirkning i ens livskvalitet. Resultatene viser at musikk- og danseintervensjoner, kan sees å styrke pasienten sin indre glede. Derfor tenker jeg at funnene mine har overførbarverdi i klinisk praksis. Sykepleiere og andre helsefags yrkesgrupper kan ha god nytte av disse resultatene.

### **6.0. Konklusjon**

Studiene viste ulike resultater, men majoriteten av deltakerne i studiene fikk forbedring av symptomene. Musikk og dans har i mange studier ledet til både forbedring av motoriske og ikke-motoriske symptomer av Parkinsons sykdom samt økt velvære og livskvalitet. Til tross for at intervensjonene har hatt positive effekt hos mange, kan sykdomsgraden og personlige preferanser tenkes å ha mye å si for opplevelsen av en slik intervensjon. Trygghet er et viktig tema og pasienter med en fullt utviklet parkinsonssykdom kan tenkes å ha for dårlig funksjonsnivå til å gjennomføre og få nytelse av en danseintervensjon.



## 7.0. Referanseliste

- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red.) s. Sykdom og behandling. (s. 321-343) (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørneboe, J.K. (2017). *Shaken not stirred: Parkinson og gleden ved livet*. (1. utg.). Bjørneboe forlag, Oslo
- Borg, K., Bekkelund S.I., & Henriksson M. Parkinsons sykdom (Roald B.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, 2015. 3. utgave. Fagbokforlaget, Bergen.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte P. A. & Utne I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Critical Appraisal Skills program. (2020). hentet fra: <https://casp-uk.net/>
- EbscoHealth (2020). *CINAHL Database*. Hentet 19.5.2020 fra <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>
- Edwards, M., Quinn N. & Bhatia K., (2008). *Parkinsons disease and other movement disorders. Oxford specialist handbooks*. London: Oxford press
- Fjørtoft, I.-J. (2015). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Bergen: Bokforlaget
- Fonn, M. (2017, 26.10.), Dette bør du vite om Parkinsons sykdom. *Sykepleien*. Hentet 3.10.2019 fra <https://sykepleien.no/2017/10/dette-bor-du-vite-om-parkinsons-sykdom>
- Grant M. M., & Dean G. E. (2003). Evolution of the Quality of Life in oncology and oncology nursing. King C.R. & Hinds P.S. (red.). *Quality of Life from nursing and patient perspective*. 2. utgave. (s. 3-19) Toronto, London, Singapore & Boston: Jones and Bartlet Publishers
- Grosset, D. G., Grosset, K. A., Okun, M. S. & Fernandez, H. H. (2009). *Parkinsons Disease*. London: Manson Publishing.
- Guyatt G. H., Feeny D. H., & Patrick D. L. (1993) *Measuring Health-Related Quality of Life*. Hentet 15.11. fra <https://annals.org/aim/fullarticle/706284/measuring-health-related-quality-life>.DOI: 10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009
- Helsebiblioteket (2016). *Randomisert kontrollert undersøkelse*, Hentet 11.1.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>

Hermstad M. J. (2000). Helse relatert livskvalitet, hentet 11.1. fra URL <https://tidsskriftet.no/2000/03/doktoravhandlinger/helse-relatert-livskvalitet>

Husøy, G. & Kvilhaugsvik B. (2017, 23. mars) Må samarbeide mer på tvers. *Sykepleien*. hentet 27.4.2020 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/ma-samarbeide-mer-pa-tvers>

Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2014). Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Koht J. (2018). *Hypokinesi*. Store norske leksikon. Hentet 10.10.2019 fra <https://sml.snl.no/hypokinesi>

Liv Gunnhild Qvale. (2014). *Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen*. Bergen: GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning hentet 11.1.2010 fra <https://docplayer.me/3796222-Ressurshefte-for-musikkterapeuter-i-eldreomsorgen.html>

Murzia C. Q. & Kreutz G. (2012). *Dance and Health: Exploring Interactions and implications*. Macdonald R., Kreutz, G., Mitchell L. (red.). *Music, health & wellbeing*. New York: Oxford University Press.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. *Helsepedagogikk*. 2019, hentet 26.3. fra URL: <https://mestring.no/helsepedagogikk/>

National Library of Medicine (2019). *MEDLINE®: Description of the Database*. Hentet 19.5.2020 fra <https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html>

Norges Parkinsonforbund. (2020). *Behandling og rehabilitering*. Hentet 15.5.2020 fra <https://parkinson.no/behandling-og-rehabilitering>

Norsk Forening for musikkterapi, *Hva er musikkterapi*, hentet 28.3. fra URL: <https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>

Norsk helseinformatikk. (2020, 8. mars). *Parkinsons sykdom, en oversikt*. Hentet 21.5.2020 fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/parkinson/parkinsons-sykdom-oversikt/>

Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. hentet 27.4.2020 fra URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Palfreman, J. (2015) *Brain storms: The race to unlock the mysteries of Parkinson's disease*. (1. utg). Scientific American/ Farrar, Straus and Giroux, New York

Parkinson's Foundation, *Non-motor symptoms*, <https://www.parkinson.org/Understanding-Parkinsons/Non-Motor-Symptoms>

Parkinson's Uk (2016) *The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)*. hentet 16.5.2020 fra <https://www.parkinsons.org.uk/professionals/resources/parkinsons-disease-questionnaire-pdq-39>

Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 17.5. fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1)

Petersen, I. B. (2013, 3. juni). Parkinsons sprer seg raskere enn antatt. *Forskning.no*. hentet 22.3.2020 fra: <https://forskning.no/sykdommer/parkinsons-sprer-seg-raskere-enn-antatt/631032>

Regjeringen (2019), NOU 1999: 2 *Livshjelp— Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet 10.10.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec5>

Salbu, Arne Kristian/ De Nasjonale Forskningsetiske komiteene, 2014, *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*, hentet 1.5.2020 fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>

Stubberud D.-G., Grønseth R., Almås H. (2017). *Klinisk sykepleie*. Bind 2. (5. utg.). Gyldendal akademisk, Oslo

Stubberud, D.-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. Stubberud, D.-G. (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 78-126). Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, Ingeborg (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*, 2. utgave, Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Thidemann, I. J. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (1.utg) Oslo: Universitetsforlaget

Werdelin L. (2006). *Parkinsons sykdom: en bog for patienter, pårørende og behandlere*. (1.utg.) København: Munksgaard Danmark

WHO (2019), *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, hentet 30.4.2020 fra: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

### **Forskningsartiklene:**

Bognar S., DeFaria A., O'Dwyer C., Pankiw E., Bogler S. J. , Texeira S., Nyhof-Young J., Evans C. (2017). More than just dancing: experiences of people with Parkinson's disease in a therapeutic dance program. *Disability & Rehabilitation*. 2017. s. 1073-1078. DOI:

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2016.1175037>

Hashimoto H., Takabatake S., Miyaguchi H., Nakanishi H., Naitou Y. (2015) Effects of dance on motor functions, cognitive functions, and mental symptoms of Parkinson's disease: A quasi-randomized pilot trial, *Complementary Therapies in Medicine*, 2015, s. 210-219. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.01.010>

Hulbert S., Ashburn A., Roberts L. & Verheyden G. (2017) Dance for Parkinson's-The effects on whole body co-ordination during turning around. *Complementary Therapies in Medicine*,

2017. 91-97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.03.012>

Kunkel, D., Fitton, C., Roberts, L., Pickering, R. M., Roberts, H. C., Wiles, R., Hulbert, S., Robison, J., Ashburn, A. (2017) A randomized controlled feasibility trial exploring partnered ballroom dancing for people with Parkinson's disease. *Clinical rehabilitation*. 2017, s. 1340-1350. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0269215517694930>

Romenets R., Anang S. , Fereshtehnejad J. , Pelletier S-M., Postuma A., Postuma R. (2015) Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson's disease: A Randomized control study. *Complementary Therapies in Medicine*,2017. s 175-184. DOI:

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ctim.2015.01.015>

Shanahan J., Morris M. E., Bhriain O. N., Volpe D., Lynch T. & Clifford A. (2017). Dancing for Parkinson Disease: A Randomized Trial of Irish Set Dancing Compared With Usual Care. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2017.s.1744-1751

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.017>

Vedlegg 1-PICO-skjema

|                 |                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------|
| Pasient/problem | Pasienter med parkinsons sykdom                   |
| Patient/problem | Patients with parkinson's disease                 |
| Intervensjon    | Musikk, dans, danseterapi, musikkterapi           |
| Intervention    | Music, dance, dance therapy, musical therapy      |
| Sammenligning   | Ingen intervensjon/ vanlig pleie                  |
| comparison      | No intervention/ regular care                     |
| Utfall/effekt   | Forbedring av symptomer og/eller økt livskvalitet |
| Outcome/effect  | Ease of symptoms and/or improved quality of life  |

| Forfatter og tittel                                                                                                                                                                | Mål/hensikt                                                                                                                                                  | Metode/design                        | Utvalg/Populasjon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Resultat/konklusjon                                                                                                                                                                                                                                      | Kvalitetsvurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Redegjort for etiske overveielser                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Romenets, Anang, Fereshtehnejad, Pelletier og Postume (2015)<br>Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson's disease: A randomized controlled study    | Forskerne ville fastslå graden av utfall av tango kan gi i Parkinsonspasienten sine motoriske og deres ikke-motoriske symptomer.                             | RCT                                  | 40 pasienter med idiopatisk Parkinsons sykdom.<br><br>Ekluderingskriterier var: pasienter som ikke klarer å stå 30 minutter eller gå uten hjelpemidler, demens, alvorlige problemer med hørsel eller syn, forandring i dopaminpreparat-behandling i 3 forrige måneder, alvorlige medisinske tilstander som kan forverres av aktivitet og dansing. Mer enn 3 fall forrige 12 måneder. Alkohol/stoffmisbruk. | Forbedring i likevekt (TUG), noe forbedring i kognisjon. Noe forbedring i søvnighet. Økt velvære kan ses i resultater, samt økt livskvalitet. Pasientenes alvorlighetsgrad av sykdommen ble ikke endret.                                                 | Svakhet med studien er en relativt liten populasjon (kun 40 deltakere). Studien strekker seg ikke over lang tid og det kan påvirke resultatene. En styrke er at deltakerne er randomisert og ble vurdert med samme grunnlagene. En styrke er at deltakerne ble screenet for symptomenes alvorlighetsgrad og for andre lidelser. Strengt krav for deltakelse er en styrke, som homogeniserer deltakergruppen. | deltakelsen var frivillig. En etisk komité har godkjent artikkelen.                |
| Hashimoto, Takabatake, Miyagushi, Nakanishi og Naitou (2015)<br><br>Effects of dance on motor functions and mental symptoms of parkinson's disease: A quasi-randomized pilot trial | Forskerne ville fastslå graden av utfall av et danseprogram kan gi i Parkinsonspasienten sine motoriske og deres ikke-motoriske symptomer samt livskvalitet. | Kvasi-randomisert kontrollert studie | 46 pasienter med mild eller moderat Parkinsons sykdom.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Motoriske symptomer ble forbedret seg hos dansegruppen samt kognisjon og mentale symptomer. Skala for Parkinsons symptomer viste en forbedring.<br><br>Dans var konkludert som en fungerende og effektiv metode for å behandle pasienter med Parkinsons. | En relativt liten populasjon, som kan være en svakhet. En styrke er randomisering av deltakerne. Skjev skjønnsfordeling pga. en feil under fordelingen, dette er en svakhet.                                                                                                                                                                                                                                 | Frivillig deltakelse. Skriftlig samtykke. En etisk komité har godkjent artikkelen. |

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>Kunkel, Fitton, Roberts L, Pickering, Roberts HC, Wiles, Hulbert, Robison og Ashburn (2017)<br/><i>A randomized controlled feasibility trial exploring partnered ballroom dancing for people with Parkinson's disease</i></p> | <p>Å utforske og sammenligne mulige lindrende effekter mellom en blandet dansegruppe og en vanlig pleiegruppe.</p>      | <p>RCT pilotstudie Med en dansegruppe og en treningsgruppe</p> | <p>Til sammen var det 51 som deltok. Alle deltakerne hadde idiopatisk Parkinsons sykdom. Yahr score av deltakerne var mellom 1 og 3. Medianalder 71 år. 25 av deltakere var menn.</p>                                                                                                        | <p>I intervjuene nevnte deltakerne og partnere endringer som var hovedsaklig av sosialt natur, som mestringsfølelse som dansingen gir. Bare en liten minoritet nevnte at de følte klar forbedring i mobilitet og balanse. I 6 minutters gangtest viste dansegruppen en større økning i ganghastighet.</p>                                                 | <p>En relativt liten populasjon, som kan være en svakhet. Randomiserte grupper, samme kriterier for evaluering for alle.</p>                                                                                                                                                                              | <p>En etisk komité har godkjent studien.</p>            |
| <p>Shanahan, Morris, NiBhriain, Volpe, Lynch og Clifford(2016)<br/><i>Dancing for Parkinson Disease A Randomized Trial og Irish set Dancing compared with usual care</i></p>                                                     | <p>Å Utforske mulige fordeler med irsk folkedans sammenlignet med vanlig pleie for pasienter med parkinsons sykdom.</p> | <p>RCT</p>                                                     | <p>90 deltakere, som ble randomisert i 45 deltakers grupper for kontroll- og dansegrupper. Alle deltakerne hadde idiopatisk Parkinsons sykdom.</p>                                                                                                                                           | <p>Minimalt større forbedring i livskvalitet hos dansegruppen enn i vanlig pleiegruppe. Utholdenhet økte stort blant dem som mottok vanlig pleie. De andre symptomene endret seg ikke nevneverdig.</p>                                                                                                                                                    | <p>En svakhet er mulig falskt forhøyede sluttresultat på grunn av et lite antall manglende data, mange deltakerne glemte programmet, som de skulle fullføre hjemme. En styrke er randomiserte grupper, som var evaluert for samme grunner. Homogenitet av gruppen var ikke tilstrekkelig kontrollert.</p> | <p>En etisk komité har godkjent studien.</p>            |
| <p>Hulbert, Ashburn, Roberts og Verhenden (2017)<br/><i>Dance for Parkinson's —The effects on whole body coordination during turning around</i></p>                                                                              | <p>Å utforske mulige effekter danseterapi har for kroppens koordinasjon ved snuing.</p>                                 | <p>RCT</p>                                                     | <p>27 pasienter med Parkinsons sykdom. Hoem og Yahr (H&amp;Y) skala mellom 1 og 3. Deltakerne måtte være i stand til å huske kommandoer og instruksjoner. Ekskluderingskriterier var også syns eller hørselshemming, som krevde bruk av høreapparat eller briller. Personer måtte være i</p> | <p>Deltakerne som mottok vanlig pleie hadde i slutten av studien, tregere reaksjonshastighet i hodet. Intervensjonene viste smått forlenget reaksjonshastighet (latenstid) i bekkenrotasjon hos deltakerne som mottok vanlig pleie. Øynenes reaksjonshastighet var upåvirket etter intervensjonene. Ifølge studien var endringer i latenstiden mellom</p> | <p>Styrker: Randomiserte grupper, strenge inklusjonskrav, som muliggjør en rettferdig sammenligning av utfallene.</p>                                                                                                                                                                                     | <p>Etisk komité i Southampton har godkjent studien.</p> |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                                                 | stand til å holde ut gjennom en datainnsamling som varte 90 minutter. Andre nevrologiske hemninger, som kunne gå utover utøvelsen av oppgavene i studien var ekskludert. | <p>kroppsdelene ikke markante/store.</p> <p>Forbedret styrke hos dansegruppen, mens kontrollgruppens styrke hadde forblitt uforandret.</p> <p>Rotasjon mellom kroppsdelene var også kontrollert og funnene viste en stor økning i bekkenrotasjon hos kontrollgruppen. Selv om forskjellen ikke var store mellom gruppene, hadde kontrollgruppen større økning i alle kroppsdelene.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| Bognar, DeFaria, O'Dwyer, Pankiw, Bogler, Teixeira, Nyhof-Young & Evans (2016)<br><i>More than just dancing: experiences of people with Parkinson's disease in a therapeutic dance program</i> | Hensikten med studien er å få forståelse på hvordan dans påvirker personer med Parkinsons sykdom på psykisk- og fysisk nivå. | Kvalitativ studie med deskriptiv metode. En-til-en intervjuer og semi-strukturerte intervjuer.. | 10 personer med diagnosen Parkinsons sykdom                                                                                                                              | <p>Svakere skjelvinger og økt styrke. Forbedret flyt i gange og mobilitet. Økt tretthet etter dansetrening, men mer energi senere på dagen. Økt muskelstyrke. Økt fleksibilitet. Økt interesse for egen helse.</p> <p>Forbedring i kognisjon i form av dagliglivets oppgaver. Forbedret evne til å konsentrere seg i flere oppgaver samtidig.</p> <p>Glede og velvære.</p>             | En styrke er at studien hadde et tydelig mål for studien. Siden studien utforsker opplevelser, er kvalitativ studiedesign og en-til-en samtaler en god metode. En svakhet er inkluderingskriterier, som inneholdt ikke gradering av sykdommen eller screening. | Kriterier for å delta var at man kan uttrykke seg på engelsk og forstår engelsk. Deltakerne ga samtykke for å delta. |



### Vedlegg 3- Søkehistorikk

| Dato       | Database              | søkeord                                                                                                 | Metode/<br>inklusionskriterier                            | Antall<br>treff | Inkludert                                                                                                                                                                |
|------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.11.2019  | Medline Ovid          | Parkinson's disease<br>exercice<br>training<br>program<br>music rythm<br>emproved<br>quality of<br>life |                                                           | 10043           | -                                                                                                                                                                        |
| 6.11.2019  | Medline Ovid          | Parkinson's disease<br>mobility<br>music rythm<br>quality of<br>life                                    | Full-text<br>Publisert mellom<br>2009-2019<br>RCT-studie  | 2437            | 2, som ble<br>ekskludert<br>etter vurdering                                                                                                                              |
| 20.12.2019 | CINAHL /Ebsco<br>host | Dance music<br>rythm<br>parkinson's<br>disease                                                          | Full-text<br>Publisert mellom<br>2009-2019<br>RCT-studie  | 4               | -                                                                                                                                                                        |
| 20.12.2019 | CINAHL/<br>Ebsco host | Parkinson's<br>disease<br>music dance<br>quality of<br>life nursing                                     | Full-tekst<br>Publisert mellom<br>2009-2019<br>RCT-studie | -               | -                                                                                                                                                                        |
| 6.11.2019  | CINAHL                | Tango<br>treatment<br>AND<br>Parkinson's<br>disease<br>AND<br>Randomized<br>controlled<br>study         | Publisert mellom<br>Januar 2009- Mai<br>2019              | 3               | Tango for<br>treatment of<br>motor and<br>non-motor<br>manifestations<br>in Parkinson's<br>Disease: A<br>randomized<br>control study                                     |
| 6.11.2019  | MEDLINE/Ebsco         | Effects of<br>AND<br>mental<br>symptoms<br>AND<br>Parkinson's<br>disease                                | Publisert mellom<br>januar 2009- mai<br>2019              | 1               | Effects of<br>dance on<br>motor<br>functions,<br>cognitive<br>functions and<br>mental<br>symptoms of<br>Parkinson's<br>Disease: A<br>quasi-<br>randomized<br>pilot trial |

|           |               |                                                                                            |                                                                              |     |                                                                                                                                               |
|-----------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.11.2019 | MEDLINE/Ebsco | Dancing<br>AND<br>Parkinson's<br>disease<br>AND<br>Randomized<br>control trial             | Publisert mellom<br>januar 2009- mai<br>2019                                 | 8   | A randomized<br>controlled<br>feasibility trial<br>exploring<br>partnered<br>ballroom<br>dancing for<br>people with<br>Parkinson's<br>disease |
| 6.11.2019 | MEDLINE/ebsco | Dance music<br>rythm<br>parkinson's<br>disease<br>quality of<br>life                       | Publisert mellom<br>januar 2009- mai<br>2019                                 | 4   | -                                                                                                                                             |
| 6.11.2019 | MEDLINE/ebsco | Parkinson's<br>disease<br>AND<br>Nurse<br>AND<br>Music<br>effects on<br>quality of<br>life | Publisert mellom<br>januar 2009- mai<br>2019                                 | -   | -                                                                                                                                             |
| 12.2.2020 | CINAHL/ebsco  | Dancing<br>Parkinson's<br>disease<br>RCT                                                   | Publisert mellom<br>januar 2009- mai<br>2019<br>-søkt med alle<br>søkeordene | 160 | Dancing for<br>Parkinson's<br>Disease: A<br>randomized<br>Trial of Irish<br>set Dancing<br>compared with<br>usual care                        |

|           |              |                                                                                                           |                                                                     |    |                                                                                         |
|-----------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 12.2.2020 | CINAHL/ebSCO | Parkinson's disease<br>ballroom dancing<br>tango                                                          | Publisert mellom januar 2009- mai 2019<br>-søkt med alle søkeordene | 52 | 1, som ble ekskludert etter vurdering.                                                  |
| 12.2.2020 | CINAHL/ebSCO | Parkinson's disease<br>ballroom dancing<br>tango<br>quality of life                                       | Publisert mellom januar 2009- mai 2019<br>-søkt med alle søkeordene | 42 | Dance for Parkinson's –<br>The effect of whole body co-ordination during turning around |
| 7.5.2020  | CINAHL/ebSCO | Kombinert med AND og OR.<br>Dance music<br>rythm<br>parkinson's disease<br>quality of life<br>qualitative | Fulltekst<br>Evidence based practice or any author is nurse         | 5  | -                                                                                       |

|          |              |                                                                                                |                                                                                                     |     |                                                                                                                            |
|----------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.5.2020 | CINAHL/ebSCO | Dance music<br>AND<br>Parkinson's<br>disease<br>AND<br>Quality of<br>life<br>OR<br>experiences | Smart text søk<br>Publikasjonstype:<br>Kvalitativ<br>Publisert mellom<br>januar 2010 og mai<br>2020 | 9   | -                                                                                                                          |
| 7.5.     | CINAHL/ebSCO | Experiences<br>of people<br>with<br>parkinson's<br>disease<br>dance<br>program                 | Søk med alle<br>søkeordene<br>Academic journals                                                     | 735 | More than just<br>dancing:<br>experiences of<br>people with<br>Parkinson's<br>disease in a<br>therapeutic<br>dance program |