Emnekode: **SYKSB3001**

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling**

*(Bacheloroppgave)*

Vurderingsform: **Prosjektoppgave**

Kandidatnr: **152**

Leveringsfrist: **20.02.2015 kl. 14:00**
MUSIKKTERAPI SOM OMSORG TIL MENSKER MED LIDELSEN SCHIZOFRENI

Caricature of medical doctors, 1830. (Fotografi). Hentet fra Encyclopedia Britannica ImageQuest
Brukt med tillatelse.

Bacheloroppgave i sykepleie

HSH Stord

2015

Kull 2012

Antall ord: 8874
Sammendrag

**Tittel:** Musekterapi som omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni.

**Bakgrunn for val av tema:** Jeg personlig har sett hvilke effekt musikkterapi kan ha til pasienter med alvorlig mentale lidelser som ved schizofreni, men samtidig virket det som at det var redusert med informasjon og kunnskap om denne terapiformen blant helsearbeidere. Ut i fra dette ønsket jeg personlig å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge slik terapi til pasienter med lidelsen schizofreni, for å så spre kunnskapen videre.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?

**Oppgavas hensikt:** Med å se på forskning og teori relatert til dette temaet, ønsker jeg å belyse om musikkterapi er en sykepleieoppgave. Samtidig er det min hensikt å rette fokus på temaet slik at musikkterapi kan bli mer utbredt som en psykoterapeutisk behandlingsform.

**Metode:** Systematisk litteraturgjennomgang er tatt i bruk for å samle informasjon fra tidligere forsknings studier.

**Resultat:** I de fem forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er fire av dem kvantitative, mens den femte er en kvalitativ artikkel. Alle artiklene tar for seg symptomlindring som et av hovedtemaene og viser at musikkterapi har god effekt på de negative symptomer som mennesker med lidelsen schizofreni kan oppleve. I tillegg ble det vist en psykososial utvikling i deltakerne og selv merket de at det var enklere å danne relasjoner til andre pasienter, sykepleiere og til samfunnet.

**Nøkkelord:** Music therapy, recovery, schizophrenia, care, mental health, nursing intervention.
Summary

Title: Music therapy in care for people with schizophrenia.

Background: I have personally seen the effects music therapy can have for patients with severe mental disorders such as schizophrenia, yet it seemed like there was not enough knowledge and information on this therapy form among health workers. Based on this I wanted to personally learn more on how I as a nurse can plan, initiate and perform such therapy for patients diagnosed with schizophrenia.

Thesis question: How can nurses use music therapy in the care of people diagnosed with schizophrenia?

Aim: By searching through research and theory related to this subject, I want to shed light on whether music therapy is a nursing task. Meanwhile it is my intention to add focus on the topic so that music can become more widespread as a psychotherapeutic treatment.

Method: Systematic literature review is used to gather information from previous research studies.

Findings: In the five research studies that are included in this paper, four of them are quantitative studies, while the fifth is a qualitative study. All articles focuses on symptom relief and shows that music therapy has a good effect on the negative symptoms that people diagnosed with schizophrenia can experience. In addition, it was shown psychosocial development in the participants and they even noticed that it was easier to form relationships with other patients, nurses and with the community.

Key words: Music therapy, recovery, schizophrenia, care, mental health, nursing intervention.
# INNLEDDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.2 Hensikt

1.3 Presentasjon av problemstillingen

1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

# TEORI

2.1 Sykepleieeteoretisk perspektiv: Joyce Travelbee

2.2 Schizofreni
   2.2.1 Symptomer
   2.2.2 Relasjonsbygging til mennesker med schizofren lidelse

2.3 Recovery

2.4 Musikkterapi
   2.4.1 Målsettinger med musikkterapi
   2.4.2 Struktur og rammer for musikkterapi
   2.4.3 Musikkterapeutiske tilnæringer

2.5 Psykisk helsevern som arena for musikkterapi

# METODE

3.1 Hva er metode?

3.2 Litteraturstudie som metode

3.3 Litteratursøk
   3.3.1 Tabell 1

3.4 Kildekritikk

3.5 Metodekritikk

3.6 Forskningsetikk

# RESULTAT

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

4.2 Oppsummering
   4.2.1 Tabell 2 - Hovedtemaer
   4.2.2 Tabell 3 – Terapi metode
5 DRØFTING ................................................................................................................................. 20
  5.1 Menneske-til-menneske-forholdet relatert til musikkterapi ................................................ 20
  5.2 Musikkterapi som en symptomlindrende metode .............................................................. 23
  5.3 Musikk i et recovery perspektiv ........................................................................................ 24
  5.4 Musikkterapi som en sykepleieoppgave .......................................................................... 25
6 KONKLUSJON ....................................................................................................................... 27
REFERANSELISTE .................................................................................................................... 28

VEDLEGG 1 – Sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie
VEDLEGG 2 – Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning
VEDLEGG 3 – Oversiktstabell
1 INNLEDNING

I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleier kan tilrettelegge musikkterapi for pasienter som har diagnosen schizofreni. Som musiker med en del erfaring med musikkterapi har jeg sett hva musikk kan bety for mennesker i ulike situasjoner og hvilken effekt lyd og melodier kan ha på den enkelte. Noen kan oppleve det å høre på lyder fra naturen som terapi, imens andre kan på en terapeutisk måte uttrykke følelsene sine gjennom mer avansert musikk. Etter min mening er det nettopp våre reaksjoner og hvordan vi som mennesker opplever og oppfatter musikken som gjør at begrepet musikkterapi kan være så mangt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forskning og behandling av pasienter med diagnosen schizofreni har forandret seg drastisk i Norge siden 1930-tallet da nye somatiske behandlingsformer ble introdusert. I begynnelsen brukte man insulinkoma og elektrosjokk som behandling, men på 1940-tallet ble lobotomi presentert som en behandlingsform noe som ble sett på som revolusjonerende innen behandling. Det var først på 70-tallet at psykoterapeutisk behandling ble introdusert til norske sykehusavdelinger og da dette skulle føre til musikkterapi som vi kjenner det i dag, kan det fremdeles ikke erstatte den medikamentelle behandlingen. (Rund, 2011, s.13-17)

Da dette viser at behandlingen av pasienter med schizofreni har utviklet seg raskt siden 1930, er det fortsatt noe usikkerhet rundt behandlingen i dag. Dette er grunnlaget til hvorfor jeg valgte å skrive om dette temaet da jeg har sett at musikkterapi har en god effekt til pasienter med alvorlig mentale lidelser som ved schizofreni. Samtidig eksisterer det et begrenset utvalg av forskning av dette teamet, noe som kan være en av årsakene til at behandlingsformen ikke er godt nok utbredt ved samhandling med denne pasient gruppen.

1.2 Hensikt

Jeg vil med denne systematiske litteraturstudien se på hvilke former for musikkterapi som er aktuelle, hvordan de blir utført og hvilke utfordringer man kan møte, både som pasient og som sykepleier. Videre ønsker jeg personlig å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge slik terapi til pasienter med lidelsen schizofreni, samtidig er det min hensikt å rette
fokus på temaet slik at musikkterapi kan bli mer utbredt som en psykoterapeutisk behandlingsform.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?

1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

Oppgaven tar utgangspunkt i mennesker i en alder fra 18 til 65 som er blitt diagnostisert med schizofreni. Fokuset vil også være rettet på pasienter som er innlagt på en psykiatrisk avdeling som selv ønsker å motta musikkterapi, enten individuelt eller i grupper. Jeg ønsker å undersøke med et systematisk litteratursøk hvilke positive og negative egenskaper musikkterapi kan ha på denne pasientgruppen. Sentrale begrep vil bli presentert etterhvert i teori kapitelet.

2 TEORI

2.1 Sykepleiteoretisk perspektiv: Joyce Travelbee

Travelbee presenterer hennes definisjon av sykepleie i sin bok (1999, s. 29):

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Travelbee (1999, s. 41) påpeker at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, noe som kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet blir dannet når sykepleier og pasienten deler en eller flere opplevelser og erfaringer, samtidig som at forholdet er målbevisst etablert og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. Da vil individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og bruker en disiplinert intellektuell tilnærningsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee (1999, s. 172) legger vekt på at etableringen av menneske-til-menneske-forholdet må gjennom en prosess med fire faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og

Travelbee (1999, s. 44) mener at evnen til å bruke seg selv terapeutisk er noe som kjennetegner den professionselle sykepleieren. Denne evnen handler om å etablere et forhold til den syke med å bruke sin egen personlighet målrettet og bevisst for deretter strukturere sykepleietiltakene. For å kunne bruke seg selv terapeutisk mener Travelbee (1999, s. 45) at sykepleieren må ha selvinnsikt, selvforståelse og en dyp innsikt i det å være menneske og drivkraften bak menneskelig atferd.

2.2 Schizofreni

Ordet schizofreni betyr ifølge Johannessen (2011, s. 28) et sinn som er gått i oppløsning, sprukket eller blitt fragmentert. Ordet som stammer fra år 1911, understreket at mennesker med schizofreni led av en omfattende oppløsning av sine mentale prosesser. I dag er schizofrenibegrepet og de diagnostiske kriteriene fortsatt omdiskutert, men Johannessen (2011, s. 28) påpeker at lidelsen er ingen klart avgrenset sykdomstilstand, men heller en fellesbetegnelse for en gruppe lidelser som bortimot har samme symptomer og forløp, også kjent som et syndrom.

2.2.1 Symptomer

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010, s. 317) mener at kriteriene for å få diagnosen schizofreni er at minst to av følgende symptomer må ha vært til stede i minst en måned: Vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tale, grovt desorganisert atferd og flat affekt, fattig språk, apati. Johannessen (2011, s. 30-31) påpeker at symptomene blir delt opp i tre hovedgrupper, affektforstyrrelser, positive symptom og negative symptom. Affektforstyrrelser blir sett på som fremtredende endringer i stemningsleie der pasienten reagerer med fortvilelse,
irritabilitet eller oppstemthet ved mindre eller større belastninger. Samtidig kan pasienten fremstå med manglende følelser og kommunikasjon gjennom kroppsspråk. Positive symptom har kjennetegn ved at "noe kommer i tillegg" til personens normale sansing og tolking av omgivelsene. Slik som vrangforestillinger eller uvirkelige sanseopplevelser (hallusinasjoner). Hallusinasjoner kan påvirke ulike sanser, slik som hørsel (auditiv), lukt (olfaktoriske), syn (visuelle) og berøring (taktile). Da affektforstyrrelser og positive symptomer utvikler seg i den akutte fasen, og vil ofte vedvare i den kroniske fase, så vil de negative symptomene dukke opp tydelig senere i forløpet. De negative symptomene er karakterisert som depresjon, angst, oppmerksomhetsforstyrrelse, mild apati, innskrenket taleevne, asosial atferd og nedsatt evne til å føle glede. Opjordsmoen (2011, s. 301) skriver at antipsykotika medikamenter har siden 50-tallet hatt en god effekt på positive symptomer, men samtidig påpeker Opjordsmoen (2011, s. 308) at nye antipsykotika synes å ha bedre virkning på negative symptom som depresjon, samt på kognitiv funksjon, enn tradisjonelle antipsykotika. Opjordsmoen (2011, s. 302) viser til oppdaterte internasjonale retningslinjer som anbefaler en kombinasjon av farmakoterapi og psykososiale intervansjoner ved behandling av schizofreni.

2.2.2 Relasjonsbygging til mennesker med schizofren lidelse

Ingeberg, Tallaksen & Eide (2006, s. 94) mener at på samme måte som at mennesker med schizofren lidelse ikke er like, vil også problemene hvert enkelt individ oppleve være forskjellige. Derfor er det nødvendig å bruke tid på alliansebygging i møtet mellom sykepleier og pasient. Samtidig mener Borg & Topor (2003, s. 88) at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ofte kan ha svekket evne til å etablere relasjoner. Ingeberg et al. (2006, s. 95) forklarer at første punkt er å vise seg tilliten verdig, da mange psykisk lidende kan ha lang erfaring med brutte kontakter, kan de også være mistenksomme over det første møtet med den nye hjelperen. Dette viser at sykepleier alltid må følge opp avtaler som er blitt gjort med pasientene. Når den første kontakten er dannet, kan sykepleieren og pasienten sette opp mindre mål sammen. Om sykepleier skal stille krav til pasienten, skal dette gjøres med varme og målene må være tilpasset situasjonen. Et annet punkt i relasjonsarbeidet er å vise empati. Sneltvedt (2012, s. 153) viser til at gjennom følelsesmessig åpenhet kan en i større grad oppfatte hva pasienten opplever og dermed kan det være lettere å skjønne hvordan sykepleier kan være til hjelp. Kommunikasjon er sentralt i relasjonsbygging og med åpen kommunikasjon der en bekrefter personen, gir et bra
grunnlag for samarbeid, men samtidig er kommunikasjon mer enn ord (Ingeberg et al., 2006, s. 95). Garred (2006, s. 55) påpeker at den musikalske kommunikasjon er non-verbal og kan legge til grunn for oppbygging av mellommenneskelige relasjoner. Ingeberg et al. (2006, s. 96) forsetter med at noe av det vanskeligste i kontakten med personer med schizofreni er om en skal prate om de særpregede sanseintrykkene eller ikke. Begge deler kan være gunstig, men konteksten av situasjonen er viktig og ofte kan avledning fra sanseintrykkene ha god effekt. Med avledning kan en gi pasienten en anledning til å hvile med få tankene bort fra det plagsomme.

2.3 Recovery

Recovery som en personlig prosess.
Karlsson og Borg (2013, s. 67) skriver at recovery er først og fremst en individuell prosess og arbeidsinnsats. Den amerikanske psykologen og tidligere leder for Center for Psychiatric Rehabilitation William A. Anthony tar for seg denne definisjonen (sitert i Karlsson & Borg, 2013, s. 67):

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer (..) ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer.

Recovery som en sosial prosess.
Borg & Topor (2003, s. 17) definerer sosial recovery som når den tidligere pasienten klarer å håndtere sin sosiale situasjon, men samtidig opplever enkelte symptomer, som for eksempel auditive hallucinasjoner eller vrangforestillinger. Karlsson & Borg (2013, s. 69-70) går dypere i temaet og sier at i motsetning til det individorienterte fokus, spiller hjem, arbeid, aktivitet, utdannelse, venner og familie betydningsfulle roller her. I et sosialt hverdagsperspektiv på recovery er det de menneskelige omgivelsene, materielle forholdene og levekår som står i fokus. Samtidig handler det om å avdekke og håndtere de ulike sosiale konsekvensene og levekårskonsekvensene av psykiske helseproblemer. Begrepet ”recoverynærende omgivelser” poengtører at noen gode omgivelser gir næring til vekst, utvikling og håp, mens andre omgivelser kan ha motsatt effekt.

2.4 Musikkterapi
Musikkterapi blir definert av Audun Myskja (2005) som en anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk der målet er å oppnå individuelle ikke-musikalske mål, dette blir ofte gjort i sammen med en klient eller i gruppe. Samtidig har Kenneth Bruscia (1998, s. 26) skrevet en populær internasjonal definisjon av musikkterapi:

Music therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change.

2.4.1 Målsettinger med musikkterapi

2.4.2 Struktur og rammer for musikkterapi

Ved å presentere musikkterapien med en strukturert og forutsigbar ramme i tid og rom kan en fremme trygghet hos pasienter som er preget av kaotiske tanker. Gruppen bør foregå på faste dager og tidspunkt og i et rom som er lett tilgjengelig for pasientene, samtidig bør ikke rommet være så lite at det oppleves som klaustrofobisk, men heller ikke så stort at det er uoversiktlig. Nøyaktigheten rundt detaljer i forhold til de forrige timene er viktig, da dette er med på å gi pasientene en følelse av forutsigbarhet og trygghet. Det samme gjelder for starten og avslutningen av musikkgruppen da dette er med på å skape en trygg ramme. Ved starten av timen bør man ønske nye pasienter velkommen, forklare regler og hensikten med gruppen. Når timen nærmer seg slutten er det viktig å inkludere et avslutningsritual av typen oppsummering, evaluering, se fram mot neste time eller syng en avslutningsang. En passende varighet på en slik gruppe vil være enten 45 eller 60 minutter (Solli, 2006, s. 113-114).

2.4.3 Musikkterapeutiske tilnærkninger

2.5 Psykisk helsevern som arena for musikkterapi


Nivå 2 er når en arrangerer musikkterapigrupper der hovedfokuset bør være på sosiale relasjoner og interaksjon.

Nivå 3 er individelletimer. Her får den aktuelle pasienten tilbud om faste timer. Planleggingen av et slikt arbeid må skje i samhandling med pasientens lege eller psykolog, og terapiforløpet må jurnalføres.


Planlegging og gjennomføring av musikkterapi på en psykiatrisk avdeling kan gi en del utfordringer da miljøet og premissene kan være ulik fra mange andre arenaer. Miljøet i avdelingen kan bli påvirket av de mange forskjellige problemer og psykiatriske diagnoser en møter. Pasienter kan oppleve situasjonen sin som svært vanskelig, noe som kan føre til en uro i avdelingen i form av fysisk eller verbal utagering. Om slike hendelser skulle ta sted så kan det føre til en usikkerhet både hos pasient og personale, noe som gir et svakt grunnlag for å skape en trygg gruppe. Det at pasienter forflyttes, skrives ut eller opplever en dårlig fase i lidelsen sin kan
også påvirke oppmøtet til terapigruppen, samtidig kan pasientenes egne holdninger til terapi ofte variere sterkt. Musikk er derimot en sosialt akseptert samværsform, derfor kan musikkterapi ha en fordel i slike situasjoner. Som følge av at pasienten kan ha mangel av innsikt i egen sykdom, er det en mulighet at de ikke har personlig utvikling som et mål, men heller smertelindring eller raskest mulig utskriving fra institusjonen. En siste faktor som kan påvirke musikkterapi i en psykiatrisk avdeling er at ofte kan tiden være begrenset til å bli kjent med pasientene. Samtidig som at man må ta pasientenes holdninger og situasjon i betraktning så er en hverdag på et psykiatrisk sykehus preget av stram struktur, mange regler og bruk av tvang. Derfor kan det å ha valgfri oppmøte til en gruppe gi pasientene en følelse av selvbestemmelse (Solli, 2006, s. 112).

3 METODE

3.1 Hva er metode?

Dalland (2012, s. 111-112) mener at metoden er redskapet som forteller oss om hvordan vi bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er et hjelpemiddel for når en skal samle inn data og informasjon som er nødvendig for den aktuelle undersøkelsen. Da metode kan defineres på flere måter, velger jeg å trekke fram sosiologen Vilhelm Aubert sin formulering (sitert i Dalland, 2012, s. 111):

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenal av metoder.*

Det skiller mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode, der begge bidrar på hver sin måte til å sikre en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesket, grupper og institusjoner handler og samhandler. De *kvantitative metodene* leverer data i form av målbare enheter og deretter har en muligheten til å bruke tallene til å foreta regneoperasjoner. De *kvalitative metodene* tar for seg meninger og opplevelser som ikke er målbar, eller ikke lar seg tallfeste. (Dalland, 2012, s. 112).
3.2 Litteraturstudie som metode

For at en skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie, behøver man ett tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan gi grunnlag for vurdering og konklusjon. Litteraturen utgjør kilden til studien og dens data og informasjon bør være basert på vitenskapelige tidsskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter. Mange kliniske spørsmål kan besvares ved systematiske litteraturstudier, slik som hva fungerer best? Er det vitenskapelig bevis for å anbefale en bestemt handling eller behandling? (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-30). En systematisk litteratur studie blir definert av Mulrow og Oxman (sitert i Forsberg & Wengström, 2013, s. 27) som en prosess der et klart formulert spørsmål besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

3.3 Litteratursøk

Slik som kunnskapsbasert praksis (2012a) viser så innebærer et litteratursøk å innhente den beste tilgjengelige kunnskapen, dette gjennom søk i databaser som er tilpasset informasjonen en er på jakt etter. Søkemotorene Cinahl, Swemed+ og Pubmed var de første som ble gransket, men ettersom Swemed+ og Pubmed gav lite med relevante svar, ble heller Academic Search Premier og Ovid tatt i bruk sammen med Cinahl. Noen av søkeordene som ble anvendt var ”schizophrenia”, ”music therapy” og ”mental health”. I kombinasjon med hverandre, førte det til et utvalg av kvantitative forskningsartikler, men et heller begrenset utvalg av kvalitative forskningsartikler. Det viste seg at flere sykepleiefaglige søkeord måtte til for å få mer presise treff, og ord som ”care”og ”recovery” gav et mer presist utvalg av forskningsartikler.

Fire kvantitative studier fra Taiwan, Tyskland og England er valgt ut, mens en kvalitativ artikkel er fra Norge. Det ble tatt høyde for om de kulturelle ulikhetene mellom landene ville være for store til å kunne drøftes, men uavhengig av hvilke type musikk eller lyd som ble brukt, vil studiene fortsatt være aktuelle for problemstillingen da utførelsen av musikkterapien vil som oftest variere. Da det var et begrenset antall forskningsartikler som tok for det aktuelle temaet, var det fremdeles noen artikler som det ble gitt avkall på som følge av at de ikke bestod kriteriene ved bruken av sjekkliste. Den tidligste studien jeg har valgt å inkludere er fra 2006 og da den i skrivende stund er innenfor en grense på 10 år, er innholdet fremdeles aktuelt for å svare på valgte problemstilling. 

11
3.3.1 **Tabell 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Søkeord/term</th>
<th>Avgrensing (limit)</th>
<th>Resultat (antall)</th>
<th>Academic search premier</th>
<th>Cinahl</th>
<th>Ovid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Schizophrenic patients</td>
<td></td>
<td>13.487</td>
<td>485</td>
<td>60.356</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Schizophrenia</td>
<td></td>
<td>49.748</td>
<td>11.193</td>
<td>479.224</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Music therapy</td>
<td></td>
<td>2.973</td>
<td>3020</td>
<td>16.076</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Group music intervention</td>
<td></td>
<td>451</td>
<td>307</td>
<td>55</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Mental health</td>
<td></td>
<td>314.264</td>
<td>73.424</td>
<td>694.807</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Music activity</td>
<td></td>
<td>9.384</td>
<td>306</td>
<td>131</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Mental illness</td>
<td></td>
<td>89.489</td>
<td>15.139</td>
<td>123.811</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Recovery</td>
<td></td>
<td>235.793</td>
<td>36.630</td>
<td>1.352.052</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Psychiatric nursing</td>
<td></td>
<td>18.324</td>
<td>16.508</td>
<td>51.225</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Care</td>
<td></td>
<td>1.239.903</td>
<td>674.806</td>
<td>6.406.378</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Nursing intervention</td>
<td></td>
<td>22.804</td>
<td>14.634</td>
<td>12.338</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>S2 AND S3</td>
<td></td>
<td>41</td>
<td>30</td>
<td>463</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>S12 AND S4</td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>S1 AND S2</td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>3</td>
<td>68</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>S14 AND S10</td>
<td>Full text</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>S1 AND S11</td>
<td></td>
<td>82</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>S6 AND S9</td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>S12 AND S5</td>
<td></td>
<td>18</td>
<td>3</td>
<td>132</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>S12 AND S15 AND S10</td>
<td>Yr=&quot;2005-current&quot; AND clinical trial</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>75</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>S5 AND S8</td>
<td></td>
<td>1.832</td>
<td>2.604</td>
<td>41.586</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>S3 AND S20</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>5</td>
<td>160</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Fra Cinahl søk nr S13 ble artikkelen *Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia* av Lu et al. (2013) valgt, en kvantitativ forskningsartikkel som har studert om pasienter på et psykiatrisk sykehus har effekt av musikkterapi i grupper. Fra søk nr S17 fra samme søkemotor ble *Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia* av Peng, Koo & Kuo (2010) valgt. Denne kvalitative studien ble utført på en akutt psykiatrisk avdeling, der noen av pasientene fikk delta på musikkterapi i grupper.

Bare ett funn ble gjort via Ovid, på søk nr S19 ble artikkelen *Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial* av Talwar et al. (2006) valgt ut. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel der pasientene er innlagt på psykiatrisk sykehus og noen mottar individuell musikkterapi i 12 uker.


### 3.4 Kildekritikk


Videre påpeker Dalland (2012, s. 72) at kildekritikken skal vise at en kan forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt og de kriterier det er anvendt under utvelgelsen. Hensikten med
kildekritikk er at leseren skal få innsikt i de refleksjoner forfatter har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse den aktuelle problemstillingen. Ifølge kunnskapsbasert praksis (2012b) må en se forbi hvor vel ansett tidsskriftet er der artikkelen er publisert, og heller fokusere på vurdering av artikkelenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet sjekklister som skal gjøre det enklere for forskeren å vurdere vitenskapelige artikler med et kildekritisk blikk.

3.5 Metodekritikk
Ved søk i SweMed+, PubMed, Cinahl, Ovid og Academic Search Premier var det begrenset utvalg av forskningsartikler som var relevante til min problemstilling, men samtidig var det nok til at jeg kunne være kritisk i inkluderingen. Mange av artiklene som kunne være relevante var ikke i full tekst og med et begrenset sammendrag ble det tatt den avgjørelse å ikke bestille eller kjøpe artikklene. En av oppgavens mulige svakhet er at det ikke ble gjort søk på flere enn 5 søkemotorer, men samtidig dekket de valgte søkemotorene både internasjonale og norske databaser og tidsskrifter. Det valgte artikklene var av typen randomisert kontrollert studie og kvalitativ studie, det ble utført sjekklister for vurdering av studiene og er inkludert med oppgaven som vedlegg 1 og 2.

3.6 Forskningsetikk
På samme måte som yrkesetikk og personlig etikk så dreier også forskningsetikk seg om normene for riktig og god livsførsel, men forskningsetikken tar for seg planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Mer presist så handler forskningsetikk om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Det er et mål for forskning å oppnå ny kunnskap og innsikt uten at det er på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96).

Plagiat, som betyr ”menneskerov” kan i forskningsetisk perspektiv også tolkes som ”tekstrov”. Ved å gjengi sitater og referanser korrekt, vil en unngå å ta noe som en annen har gjort og føre det videre som om det var ens eget. Da forskning handler om å søke og systematisere kunnskap skal en samtidig ivareta opphavsmannen av en tekst, på samme måte som førstøkspersonens integritet skal ivaretas. Forskeren skal alltid beskytte enkeltindividet på den måte at retten til
anonymitet, selvbestemmelse og frivillighet kommer helt klart fram i teksten (Olsson & Sörensen, 2013, s. 61-62). De etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (SSN, 1987, s. 23-26) ligger som grunnlag for hvordan sykepleieforskeren skal ivareta forsøkspersonenes rettigheter. Retningslinjene er formet ut i fra de fire etiske prinsipp; autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet, som Olsson & Sörensen (2013, s. 58) mener gjelder i alle relasjoner mellom mennesker.

4 RESULTAT

Her presenteres de fem valgte forskningsartiklene hver for seg for å belyse de ulike hensikter, metoder, funn og konklusjoner som skal ligge i grunn for videre drøfting. Deretter vil en oppsummering av alle hovedfunnene bli presentert, samtidig er det lagt med en oversiktstabell, se vedlegg 3.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1
”Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia” (Lu et al., 2013).

Hensikten med studien var å undersøke hvilke effekt musikkterapi hadde på pasienter med lidelsen schizofreni og som viste tegn til psykiatriske symptomer og depresjon i et psykiatrisk sykehjem i Taiwan. Med bruk av randomisert kontroll studie ble 80 pasienter med schizofreni delt tilfeldig inn i to grupper der begge gruppene mottok vanlig behandling, men den ene fikk delta på musikkterapi-grupper to ganger i uken. Vurderingen av psykiatriske symptom ble utført ved hjelp av en positiv og negativ syndromskala (PANSS), det ble brukt en egen skala for måling av depresjon. Vurderingen ble gjort ved starten av studien, ved endt studie og en gang etter tre måneder. Etter gruppen hadde hatt ti samlinger med musikkterapi, viste statistikken store forskjeller i psykiatriske symptomer og depresjon hos i forhold til gruppen som ikke mottok musikkterapi. Studien bekrefter at musikkterapi i grupper er et økonomisk og enkelt tiltak for å forbedre psykiatriske symptomer og depresjon hos pasienter med schizofreni. Samtidig skriver studien at siden sykepleiere samhandler tett med sykehjemsbeboerne, bør sykepleiere få opplæring i musikkterapi. Grunnen til dette er at kjennskap til aktivitets teknikker kan gjøre det
enklere å gjennomføre musikk terapi i grupper og deretter gi psykisk syke pasienter en bredere og mer human psykiatrisk rehabiliterende behandling.

Artikkel 2
"Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial" (Talwar et al., 2006). Studien ville undersøke om musikkterapi var gjennomførbart på psykiatrisk sykehus og i samhandling med pasienter med schizofreni, for å så utforske musikk terapiens effekter på mental helse. Studien er utført i England der de brukte en kvantitativ metode i form av randomisert kontroll studie. 81 pasienter ble delt inn i to grupper der bare en av gruppene fikk tolv timer over tolv uker med individuell musikk terapi, samtidig ble det ikke gjort forskjell på gruppenes ordinære behandling. Det ble gjort vurderinger av deres mentale helse, sosiale funksjon og tilfredshet med behandlingen i løpet av tre måneder. Det ble også gjort vurderinger med bruk av PANSS skala, der det var betydelige større endringer i score blant de som mottok musikkterapi i forhold til de som mottok standard behandling. Samtidig var endringene mindre enn de som var rapportert i tidligere studier. Samtidig var det de negative symptomene som viste størst forskjell, det er mulig at musikkterapi har spesielle effekter på disse symptomene, effekter som trolig vil være mest tydelig når intervansjonen bruks blant personer med en kronisk form for schizofreni. Studien konkluderer med at en randomisert studie av musikkterapi for innlagte pasienter med schizofreni er gjennomførbart. Kostnadseffektiviteten av musikkterapi og dens effekter for akutt psykose bør videre samtidig undersøkes i en ny randomisert studie.

Artikkel 3
"Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia" (Peng et al., 2010). Denne studien hadde som hensikt å vurdere hvilke terapeutisk effekt musikk aktivitet har på mennesker med akutt schizofreni i grupper. Studien, som er en randomisert kontroll studie, ble utført i Taiwan der 67 pasienter i en akutt psykiatrisk avdeling på et regionalt sykehus deltok. Både gruppen som mottok musikkterapi og kontroll gruppen fikk standard behandling. Forskningsgruppen fikk 8 økter med musikkterapi, ut over 2 uker. De to hoved aktivitetene som ble tatt i bruk var aktiv deltagelse i sang av populære sanger og passiv lytting til musikk.
Målingene ble gjort med bruk av ”Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS), der skalaen besto av 18 elementer, der noen av dem var angst, følelsesmessig tilbaketreknings, spenning, grandiositet, depresjon, fiendtlighet og hallusinatorisk atferd. Studien viser at gruppe aktiviteter med musikk gir en betydelig redusert score i BPRS skalaen hos pasienter med akutt schizofreni. Studien bekrfter at musikk aktiviteter kan redusere negative symptom hos pasienter med schizofreni, da musikkterapi kan være en metode for pasientene å fremme sosial kontakt med aktiv deltagelse og emosjonell uttrykkelse. Samtidig legger studien til at sykepleiere flest har erfaring med gruppe aktiviteter, og da musikk aktiviteter kan bli utført uten legens ordre, er de derfor godt egnet til å arrangere musikk grupper for innlagte pasienter med akutt schizofreni.

Artikkel 4
”The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study” (Ulrich et al., 2007).
Artikkel 5

”The Opposite of Treatment: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy” (Solli, H. P. & Rolvsjord, R., 2015).

Ni pasienter med psykose (deriblant pasienter med lidelsen schizofreni), innlagt på lukket avdeling på et psykiatrisk sykehus i Norge, ble intervjuet med fokus på deltakernes erfaringer med musikkterapi i individuelle økter og grupper. Hver deltaker ble tilbudt en individuell økt hver uke i et musikkterapi rom, samtidig var det også en ukentlig åpen gruppe med muligheter til å utføre musikk foran andre i sykehuset. Ved bruk av kvalitativ metode var hensikten å fange opp et bredt spekter av deltakernes subjektive opplevelser innen musikkterapi, både musikalsk og relasjonal. De to hoved spørsmålene var: ”Hva slags rolle spiller musikk i ditt liv?” og ”kan du fortelle meg om dine erfaringer med musikkterapi de siste par ukene?” Musikkterapi ble opplevd som engasjerende, motiverende og underholder av alle deltakerne. Samtidig mente deltakerne at musikk aktiviteter ikke kan brukes som en kur, men heller en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling. Studien viser at deltakerne var generelt mindre optatt av hvordan musikkterapi reduserte symptomer, men de var heller optatt av deres erfaringer knyttet til egen trivsel, håp eller mening, faktorer som viser seg er viktig for recovery prosessen. Denne studien bekrefter mange av de positive resultatene fra lignende studier, men har splittet meninger om hvordan musikkterapi skal utføres for å oppnå de beste resultatater.

4.2 Oppsummering

Ved bruk av tabeller ser en hvilke hovedtemaer det har blitt fokuset på i studiene, hvor de mest interessante funnene er gjort og hvilke metode studiene har brukt.
4.2.1 Tabell 2 - Hovedtemaer

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Artikkel 1</th>
<th>Artikkel 2</th>
<th>Artikkel 3</th>
<th>Artikkel 4</th>
<th>Artikkel 5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Symptomlindring</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykososial</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>utvikling</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depresjon</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recovery</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Subjektive</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>opplevelser</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


4.2.2 Tabell 3 – Terapi metode

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Artikkel 1</th>
<th>Artikkel 2</th>
<th>Artikkel 3</th>
<th>Artikkel 4</th>
<th>Artikkel 5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sang/lytte metode</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrumentell metode</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Individuell terapi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe terapi</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Som tabellen viser så ble sang, instrumenter og lytting til musikk brukt i alle studiene, med unntak av en studie som valgte å ekskludere bruk av instrumenter under musikkterapien. Et viktig funn var at musikk var en måte å komme i kontakt med andre mennesker, men samtidig ser en at den sosiale faktoren blir redusert med eksklusjon av gruppeterapi, men at individuell terapi kan gjøre det lettere for sykepleier å danne relasjoner til pasientene.

5 DRØFTING

5.1 Menneske-til-menneske-forholdet relatert til musikkterapi


Ingeberg et al. (2006, s. 95) påpeker at oppfølging av avtaler, kommunikasjon og empati er sentralt for å bygge opp relasjoner hos pasienter med lidelsen schizofreni. I musikkterapi vil det ikke være noe annerledes, men da kommunikasjonen i starten av musikkterapien vil muligens hovedsakelig være verbal for å skape trygghet og bekreffe personen, vil kanskje kommunikasjonen lengre ut i forløpet være mer basert på non-verbal kommunikasjon. Samtidig kan en se på Solli’s (2006, s. 109) nivåer for utøving av musikkterapi på en psykiatrisk døgninstitusjon. Her ser en at nivå 2 fokuserer på musikk som en gruppe aktivitet der dannelsen av relasjoner skjer over sosiale interaksjoner. Personlig har jeg erfart og observert hvordan allsang ble brukt som en gruppe aktivitet for å fremkalle en god sosial stemning på et dag- og aktivitetstilbud der det befant seg mennesker med lidelsen schizofreni. Musikken gav rom for følelser og de som ønsket sang med eller beveget seg til musikken. Uavhengig av om deltakerne

Når en har dannet seg et menneske-menneske-forhold med pasienten, hva er da de potensielle fordeler eller ulemper med denne type relasjon ved utøving av musikkterapi? På den ene side viser studien til Solli & Rolvsjord (2015) at deltakerne opplevde den musikalske og sosiale relasjonen med musikkterapeuten som et viktig første sosiale skritt, og noen ble mer bevisst på
viktigheten av å være sosial. På den andre siden ser vi at musikkterapi i grupper ikke bare danner
relasjoner til sykepleieren, men Peng et al. (2010) viser at gruppeaktiviteter med aktiv deltakelse
og emosjonell uttrykkelse kan øke den sosiale interaksjonen og den mellommenneskelige
relasjonen blant pasientene. Den kvalitative studien til Ulrich et al. (2007) viser at pasientene selv
syntes at musikkterapi forbedret kvaliteten på kontakten med andre mennesker og at de fikk en
mer innflytelse på sosiale situasjoner. Dette kan føre til at de senere i livet, lettere danner seg
menneske-menneske-forhold til andre. Ut i fra Solli (2009, s. 26) ser en at musikkterapi fungerte
som en form for sosial trening og samtidig styrket ferdigheter som er viktige for den sosiale
integreringsprosessen etter en utskrivelse. Ikke desto mindre hevder studien til Ulrich et al.
(2007) at deltakerne opplevde en forbedret mellommenneskelig relasjon som følge av musikalsk
samspill, noe som styrket pasientenes evner til å tilpasse seg det sosiale miljøet i samfunnet etter
utskrivning fra sykehuset. Mye tyder på at relasjoner dannes lett ved musikkterapi i grupper, men
samtidig er det verdt å bemerke seg at sykepleierne i studien til Ulrich et al. (2007) ikke la merke
til endringene som pasientene opplevde selv. En mulig forklaring på dette er at en menneske-til-
menneske relasjon er en subjektiv opplevelse og dermed vanskelig for utenforstående å
observere, eller kan det være at det muligens er enklere for pasienter å danne
mellommenneskelige relasjoner med andre pasienter enn hva det er med sykepleierne i en slik
setting? Ulrich et al. (2007) mener at forklaringen kan være at endringene var for subtile, eller
varigheten av musikkterapi var for kort til å kunne se endringene. Sett i et slikt lys så kan det
tenkes at det er enklere for pasientene å danne relasjoner blant hverandre når musikkterapi blir
utført i grupper, men samtidig kan det være enklere for sykepleier å danne et menneske-
menneske-forhold til den enkelte pasient om en gir individuell terapi. Slik som Travelbee (1999,
s. 41) definerer menneske-til-menneske-forholdet så er det erfaringene og opplevelserne som deles
mellom sykepleier og pasienten som er grunnlaget for relasjonen. Ut i fra dette er det rimelig å si
at musikkterapi vil by på erfaringer og opplevelser, uavhengig om det blir utført i grupper eller
individuelt, samtidig som Travelbee (1999, s. 178) påpeker at en uansett må oppfatte den enkelte
som individ for å kunne oppnå et menneske-til-menneske forhold.
5.2 Musikkterapi som en symptomlindrende metode

Opjordsmoen (2011, s. 300) påpeker at mange mennesker med schizofreni opplever en stor påkjenning av symptombelastning som kan føre til en vesentlig reduksjon av livskvalitet. Slik som Ruud (2006, s. 24-25) forklarer kan musikk skape positive emosjonelle opplevelser, åndelige tilknytninger og utløse kognitive og kroppslige reaksjoner, men på hvilke måte kan musikkterapi påvirke symptombelastningen som menneskene med diagnosen schizofreni opplever?

Alle forskningsartikler som er inkludert i denne systematiske litteraturstudien tar for seg symptomlindring som et hovedtema fra en eller annen vinkel. I de kvantitative studiene til Lu et al. (2013) og Peng et al. (2010) ser en at musikkterapi kunne reducere både affektforstyrrelser, samt positive og negative symptomer. Peng et al. (2010) sin studie henvender at de positive symptomer som hallusinatorisk atferd og vrangforestillinger ble redusert hos deltakerne som deltok i musikkterapi. En forklaring på dette kan ligge i studien til Solli & Rolvsjord (2015) der en deltaker opplevde det å spille musikk som en avledning fra visuelle hallusinasjoner. Samtidig er det interessant å se på artikkelen til Solli (2009, s. 23) der en pasient opplevde at enkel musikk, med mindre instrumenter, resulterte i mindre visuelle hallusinasjoner, men mer avansert musikk kunne igjen øke hallusinasjonene. En annen forklaring på dette kan være at deltakerne i de aktuelle studiene fikk de medikament som ordinært under forskningsperioden, det er derfor rimelig å spekulere om resultatet kan komme av antipsykotika, slik som Opjordsmoen (2011, s. 301) mener har god effekt mot positive symptomer. Om medikamenter er en faktor som kan ha spilt inn på effekten av de positive symptomene, hva med de negative symptomene?

Opjordsmoen (2011, s. 308) mener at nyere antipsykotika fungerer bedre på negative og depressive symptomer i forhold til eldre medikament. Ut i fra studiene er det ingen informasjon om hvilke type medikament deltakerne fikk. Et viktig poeng kan er at kontroll gruppen også beholdt sine ordinære medisiner, men til tross for dette, ikke viste like stor reduksjon av symptomer som musikkterapi gruppen. Studien til Talwar et al. (2006) viste en større reduksjon av negative symptom enn av positive symptomer og affektforstyrrelser. Samtidig påpeker Talwar et al. (2006) at mennesker som lider av en kronisk form for schizofreni har flest negative symptomer, og mener derfor at virkningen av musikkterapi er mest tydelig når sykepleieintervensjonen er iverksatt blant personer som er i denne fasen av sykdommen. Ulrich et


### 5.3 Musikk i et recovery perspektiv

Å bruke musikk i et recovery perspektiv kan en både gjøre som en personlig og sosial prosess innen psykisk helsevern, men hvilke prosess er mest aktuell ved musikkterapi? På den ene siden vil musikkterapi kunne bidra til å skape ro i sinn og kropp, øke de sosiale ferdigheter og forbedre kommunikasjon, noe som i en sosial recovery prosess vil kunne påvirke pasientens samhandlingsevne i forhold til arbeid, utdannelse, venner og familie. Om sykepleier bruker musikkterapi rett, kan pasienten oppleve gruppen som en "recoverynærende omgivelse”. Studien til Peng et al. (2010) bekrefter at pasienter med lidelsen schizofreni kan oppleve en økning av sosial aktivitet og kommunikasjon blant hverandre når musikkterapi blir utført som en


5.4 Musikkterapi som en sykepleieoppgave

Myskja (2000, s. 161) mener at musikk kan ha en funksjon som psykoterapi for mange mennesker. Slik en ser i statusrapporten til den norske legeforening (2008, s. 10) så er standard behandlingsmetoder som psykoterapi, miljø- og støtteterapi, medikamentell behandling og rehabilitering kjernen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern. Videre påpeker den norske
legeforeningen (2008, s. 9) at personellet som skal utføre denne behandlingen må være kvalifisert og inneha nok kompetanse til å utføre den slik som pasienten har rett på. Er det virkelig slik at enhver sykepleier er kompetent nok til å bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?


En sykepleier som er uerfaren med musikkterapi bør i begynnelsen starte med allsang i grupper da dette er noe som lett kan gjøres under sammentreff i felles stu. Dette kan være en fin måte å introdusere pasientene til en trygg gruppe, og som Solli (2006, s. 112) påpeker så er musikk en sosial akseptert samværsform, noe som kan gjøre det enklere å legge til rette for relasjonsbygging og interaksjon mellom sykepleier, pasient og pasientene seg imellom. Det er rimelig å si at en kan fremme trygghet i en gruppe ved å ha en strukturert og forutsigbar ramme der gruppen foregår på faste dager og i samme rom. Sykepleier bør også inkludere og informere personala på avdelingen om musikkterapien. Ved individuell terapi må en ifølge Solli (2006, s. 109-110) planlegge
terapien i samhandling med pasientens lege eller psykolog og deretter journalføre terapiforløpet. På den ene siden spiller det ytre rammene og de musikkterapeutiske tilnærminger en viktig rolle for hvordan pasientene opplever selve musikkterapien. På den andre siden er det relasjonen mellom sykepleier og pasientene som legger grunnlaget for tryggheten i gruppen. Slik som Travelbee (1999, s. 44) påpeker så har den profesjonelle sykepleieren en evne til å bruke seg selv terapeutisk. Samtidig viser Ingeberg et al. (2006, s. 94) at om en er for ivrig i kontaktetableringen vil det nesten alltid virke mot sin hensikt. Videre legger Ingeberg et al. (2006, s. 95) til at sykepleier må vise seg tilliten verdig i arbeid med mennesker med lidelsen schizofreni. Slik er det også når en skal spille musikk sammen med noen, uten tillitt til den andre vil den musikalske kommunikasjonen falle bort, noe som kan hindre etableringen av menneske-til-menneske relasjonen.

6 KONKLUSJON

REFERANSELISTE


30

**VEDLEGG 1 - Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikkel nr:</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Tittel:</strong></td>
<td>Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia.</td>
<td>Music therapy for in-patients with schizophrenia</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Er formålet med studien klart formulert?</td>
<td>Ja</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppe ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</td>
<td>Randomiserings-prosedyren gikk for seg ved bruk av dataprogram.</td>
<td>Randomiserings-prosedyren gikk for seg ved bruk av dataprogram.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</td>
<td>73 av 80 pasienter fullførte studien. 7 pasienter fullførte ikke studien som følge av flytting til annen post.</td>
<td>69 av 81 pasienter fullførte studien. 12 pasienter fullførte ikke studien, men multippet imputerering ble brukt til å gjøre rede for de manglende data i utfallsmål på oppfølging.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Var gruppe ved starten av studien?</td>
<td>Gruppene inneholdt et nærmest likt antall av kvinner og menn med en gjennomsnitts alder på 52 år.</td>
<td>Gjennomsnittsalderen for gruppe var 35-38 år. Det var et likt antall kvinner i gruppe, men i ene gruppe var det 14 menn flere enn i den andre gruppen.</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Ble gruppe behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</td>
<td>Ja</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7. Hva er resultatene?

Pasientenes positive og negative symptomer ble målt samt deres generelle psykopatologi og opplevelse av depresjon. Hvor lavere score, hvor bedre resultat. Studien viser i tabell 2 at gruppen som fikk musikkterapi som et tiltak, scorer mindre enn kontroll gruppen på alle variabler etter 12 uker.

8. Hvor presise er resultatene?

Det er oppgitt p-verdier som ligger rundt <0,001 – 0,004. I tabell 3 viser studien til en p-verdi på 0.11.

9. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?

Ja

11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?

Ja

### Tabell 1: Oversikt over studien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikkel nr:</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tittel:</td>
<td>Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia.</td>
<td>The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study.</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Er formålet med studien klart formulert?</td>
<td>Ja</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredstillende randomiseringsprosedyre?</td>
<td>Tildelingen av gruppene var randomisert, men artikkelen nevner ikke hvordan.</td>
<td>Pasientene som indikerte at de ønsket å delta i musikkterapi ble randomisert til enten kontroll eller musikk gruppen. Dette ble gjort ved å kaste en terning.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</td>
<td>En av studiens begrensinger var at både deltakerne og utfallsmåleren var klar over gruppe oppgavene.</td>
<td>Pasientene og utfallsmålerne var blindet for at forskning av musikkterapi var målet med studien.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. **Var gruppene like ved starten av studien?**

| Forsøksgruppene og kontrollgruppene var sammenlignet med hensyn til kjønn, psykiatrisk diagnose, antall tidligere innleggelser, alder og den medikamentelle behandlingen. |

6. **Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?**

| Ja | Ja |

7. **Hva er resultatene?**

| Målingene ble gjort med bruk av "Brief Psychiatric Rating Scale", der hvor lavere score pasientene har, hvor bedre resultat. Studien viser at gruppe aktiviteter med musikk gir en betydelig redusert score i BPRS skalaen hos pasienter med akutt schizofreni. |

| Musikterapi viste signifikant effekt hos pasientenes selv evaluering av deres psykososiale orientering og for negativ symptomer. Ingen forskjeller ble funnet i deres livskvalitet. |

8. **Hvor presise er resultatene?**

| P-verdien viser en total score på <0.001. |

| P-verdiene strekker seg fra 0.01 til 0.05. |

9. **Kan resultatene overføres til praksis?**

| Ja | Ja |

10. **Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?**

| Uklart | Ja |

11. **Er fordelene verdt ulemper og kostnader?**

| Ja | Ja |
**VEDLEGG 2 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikkel nr:</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tittel:</td>
<td>“The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy.</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Er formålet med studien klart formulert?</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</td>
<td>Ni pasienter ble rekruttert, og det ble bevisst valgt pasienter som var forventet å gi en innsikt i problemstillingen. Deltakerne måtte møte følgende inklusjonsskriterier: (1) diagnostisert med en psykotisk sykdom, og/eller har opplevd psykose i løpet av det siste året; (2) motivert for musikkterapi; og (3) i verbalt stand til å uttrykke seg i et intervju. Pasienter i en akutt psykotisk fase ble ekskludert eller inkludert en gang akutte symptomer hadde blitt lindret. Kriterier for inklusjon og eksklusjon ble vurdert av forsker og en psykiater eller psykolog.</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</td>
<td>Det er inkludert andre kilder for å sammenligne hvorvidt forskjellige funnene er. Studien bekreftet mange av de positive resultatene fra andre studier, men er splittet om hvordan musikkterapi kan utføres for å oppnå best hjelp til pasienter i deres livssituasjon.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Et fremtredende funn var at musikkterapi ble opplevd som engasjørende, motiverende og underholdende av alle deltakerne. Det mest interessante funn i denne studien var at, til tross for de generelle brukeropplevelsene av musikkterapi var positive, var flere av deltakerne enig i at musikkterapi ikke var en behandling, men istedenfor var det en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling.

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Denne studien er nyttig fordi den gir et innblikk i pasients meninger om musikk som en terapi form.

**VEDLEGG 3 – Oversiktstabell**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikkel</th>
<th>Hensikt</th>
<th>Metode og datainnsamling</th>
<th>Utvalg</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lu, et al. (2013) “Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia”</td>
<td>Hensikten var å undersøke hvilke effekt musikkterapi hadde på pasienter med schizofreni og deres depresjon og psykiatriske symptomer i et psykiatrisk sykehus.</td>
<td>Dette er en kvantitativ studie der det ble gjort vurdering av pasientenes symptomforbedring med hjelp av PANSS. Dataene ble samlet inn av åtte bindet sakkkyndige med 8 timer trening med PANSS.</td>
<td>80 pasienter ble randomisert, der 38 fikk musikkterapi som tiltak, mens 42 pasienter var i kontroll gruppen. 73 av pasientene (92 %) fullførte studien.</td>
<td>Studien viser at musikkterapi i grupper kan effektivt redusere PANSS score og depressjon score hos sykehjemspasienter med schizofreni.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Peng, et al. (2010)  
“Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia” | Hensikten med studien var å vurdere effekten av musikk som en gruppe aktivitet og terapi på pasienter med akutt schizofreni. | Dette er en kvantitativ metode der deltakerne er randomisert i 2 grupper. Ved bruk av BPRS skala ble det målt pasientenes symptom forandring. | 67 pasienter fra en akutt psykiatrisk avdeling deltak, der 32 pasienter var i musikkgruppen, mens 35 pasienter var i kontroll gruppen. 8 pasienter fullførte ikke studien. | Denne studien fant at musikk aktiviteter kan redusere negative symptom hos pasienter med schizofreni. Samtidig har musikkterapi har ingen negative bivirkninger og er relativt billig å utføre. |
|---|---|---|---|---|
“The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study” | Målet med denne studien var å undersøke effekten av musikkterapi for pasienter med schizofreni som trenger akutt pleie. | Undersøkelsen ble utført i en kvantitativ metode som en randomisert kontroll studie. Det ble brukt spørreskjemaer på både pasientene og sykepleierne, samtidig som de ble brukt skala for måling av negative symptom og generell mental helse. | 37 pasienter på et psykiatrisk sykehus med schizofreni ble randomisert til en forsøksgruppe med 21 pasienter og en kontroll gruppe med 16 pasienter. | Det ble sett betydningsfulle forandringer i pasientenes negative symptomer og psykososiale orientering hos de som mottok musikkterapi. Ingen forskjeller ble funnet i livskvalitet. |
“The Opposite of Treatment: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy” | Hensikten var å fange opp et bredt spektar av deltakernes subjektive opplevelser innen musikkterapi, både musikalsk og relasjonell. | Studien var en kvalitativ undersøkelse der det ble utviklet en semistruktureret intervjuguide med åpne spørsmål og diskusjon. Studien er analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). | Ni pasienter ble rekruttert, og det ble bevist valgt pasienter som var forventet å gi en innsikt i problem-stillingen. | Hovedfunnet i denne studien var at, til tross for at de generelle opplevelserne av musikkterapi var positive, var flere av deltakerne enig i at musikkterapi ikke var en behandling, men istedenfor en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling. |