

Kandidatnummer: 5281 & 5306

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilken funksjon har musikk som ikke-medikamentell behandling, for å lindre symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.2021]

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Vi ønsker som nyutdannede sykepleiere å ha tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til palliative kreftpasienter. Denne pasientgruppen har svært komplekse og sammensatte symptomer, hvor smerte er det mest fryktede symptomet. I praksis har vi lært om medikamentell smertelindring, men vi opplever et kunnskapshull rundt ikke-medikamentelle tiltak som musikk, og hvilken funksjon dette kan ha som symptomlindring.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken funksjon musikk kan ha som ikke-medikamentell behandling, for å lindre symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase.

Metode:

Vi har brukt integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven. Videre har vi brukt metodetriangulering, hvor samtlige artikler er av kvantitativ data. I tillegg har to av artiklene også kvalitativ tilnærming. De valgte artiklene, sammen med våre personlige erfaringer og relevant litteratur, utgjør grunnlaget for oppgavens diskusjon og konklusjon.

Resultater:

Musikk som terapeutisk verktøy i kreftomsorgen, viser gjennom de valgte artiklene signifikant reduksjon av symptomer som smerte, angst og depresjon. Individualiserte tilnærminger kan være avgjørende for fullt utbytte av musikkens funksjon på symptomene. Sykepleiere har noe kunnskap om musikkens funksjon som symptomlindring, men trenger å øke denne kunnskapen og hvordan dette anvendes i praksis.

Nøkkelord:

Kreft, palliativ pleie, symptomlindring, ikke-medikamentelt tiltak, musikk

Antall ord: 8000

INNHold

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMFOMULERING	5
1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN	6
2.0 TEORI	7
2.1 KREFT	7
2.2 PALLIATIV FASE.....	7
2.3 IKKE-MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	7
2.4 MUSIKKTERAPI I PALLIATIV OMSORG.....	8
2.5 SYMPTOMER I PALLIATIV FASE HOS KREFTPASIENTER.....	8
2.5.0 <i>Kreftmerter</i>	8
2.5.1 <i>Total pain som forståelse av kreftmerter</i>	10
2.6 MUSIKK SOM MEDISIN.....	10
2.6 FLORENCE NIGHTINGALE	11
3.0 METODE	13
3.1 HVA ER METODE	13
3.2 VALG AV METODE.....	13
3.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING	13
3.3.1 <i>Søkestrategi:</i>	13
3.3.2 <i>Valg av søkebase:</i>	14
3.3.3 <i>Valg av søkeord:</i>	15
3.4 VALG AV ARTIKLER	15
3.5 ANALYSERTE ARTIKLER	18
4.0 PRESENTASJON AV RESULTAT	19
4.1 MUSIKKENS INNFLYTELSE PÅ SYMPTOMER.....	19
4.1.0 <i>Symptomkartlegging før og etter musikkøktene</i>	19
4.1.1 <i>Musikkens funksjon som symptomlindring</i>	20
4.2 MUSIKKENS MULIGHETER	21
4.2.0 <i>Den individuelle opplevelsen</i>	21

4.2.1 <i>Musikk skaper relasjoner</i>	22
4.3 SYKEPLEIERENS KUNNSKAP OM MUSIKK SOM ET TERAPEUTISK VERKTØY	22
5.0 DISKUSJON	24
5.1 METODEDISKUSJON	24
5.1.0 <i>Integrativ litteraturoversikt som metode</i>	24
5.1.1 <i>Kvalitative og kvantitative tilnærminger</i>	24
5.1.2 <i>Perspektiver</i>	25
5.1.3 <i>Artikkelens deltakere</i>	25
5.1.4 <i>Forskerens bakgrunn</i>	26
5.1.5 <i>Land og arena</i>	26
5.1.6 <i>Etikk</i>	27
5.2 RESULTATDISKUSJON.....	27
5.2.0 <i>Musikkens innflytelse på symptomer</i>	27
5.2.1 <i>Musikkens muligheter</i>	29
5.2.1.0 <i>Den individuelle opplevelsen</i>	29
5.2.1.1 <i>Musikk skaper relasjoner</i>	30
5.2.2 <i>Sykepleierens kunnskap om musikk som et terapeutisk verktøy</i>	31
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	33
7.0 LITTERATUR	34
8.0 VEDLEGG	38
VEDLEGG 1 - PICOSKJEMA	38
VEDLEGG 2 - SØKELOGG	39
VEDLEGG 3 - LITTERATURMATRISE 1	41
VEDLEGG 4 - LITTERATURMATRISE 2	44
VEDLEGG 5 - LITTERATURMATRISE 3	47
VEDLEGG 6 - LITTERATURMATRISE 4	49

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av praksisperiodene, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, har vi møtt kreftpasienter i den palliative fasen. Her tilegnet vi oss kunnskap om de svært komplekse og behandlingskrevende symptomene pasientene opplever. Vår oppfatning er at sykepleieren må ha nok kunnskap om ulike lindrende tiltak for å kunne ivareta pasientens verdighet og livskvalitet i livets siste fase. I praksis brukte vi hovedsakelig medikamentelle smertelindringsmetoder, noe vi opplevde som et spennende tema. Derfor ønsket vi å tilegne oss ytterligere kunnskap om ulike smertelindringsmetoder.

Tidlig i søkeprosessen oppdaget vi at dette var et vidt begrep. På bakgrunn av oppgavens ordbegrensning, omformulerte vi hensikten til ikke-medikamentell symptomlindring. Vi oppdaget personlige kunnskapshull om flere tiltak. Underveis i prosessen vekket musikk interessen. Vi har erfart fra praksis og jobb at musikk allerede anvendes i helsevesenet, særlig på sykehjem. Musikk er også noe vi opplever de fleste har et forhold til. Selv bruker vi musikk når vi skal trene eller ønsker å fokusere på noe annet. På bakgrunn av dette ønsket vi derfor å tilegne oss kunnskap om hvordan musikk kan anvendes som symptomlindrende tiltak hos kreftpasienter i palliativ fase.

1.2 Presentasjon av problemformulering

I 2020 ble det registrert 35.515 nye krefttilfeller i Norge, hvor 10.981 døde (Kreftregisteret, 2021). Smerte er det mest fryktede symptomet ved kreftsykdom, og 70-80% av pasienter med langtkommen kreft oppgir at de har smerter som krever behandling. Dette fordi kreftsmerter er komplekst, da det ofte er sammensatt av flere typer smerter samtidig. (Lorentsen & Grov, 2020, s.402)

I Tidsskrift for den norske legeforening er det publisert en artikkel hvor det kommer det frem at det forskes mye på medikamentell behandling, i tillegg er markedet for analgetika stort. Imidlertid pekes det på manglende forskning om ikke-medikamentelle tiltak i behandlingen av smerter. (Nilsen, 2013)

På bakgrunn av litteratur og våre individuelle erfaringer ser vi et behov for økt kunnskap om ikke-medikamentelle tiltak, som musikk. Vi ønsker derfor som nyutdannede sykepleiere å ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan dette kan praktiseres på sykehuset. I denne oppgaven ser vi på ikke-medikamentelle tiltak som en komplementær behandling, ikke som en erstatning. Dette er fordi vi har erfaring fra praksis at kreftsmertner også trenger lindring med medikamenter.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken funksjon musikk kan ha som ikke-medikamentell behandling, for å lindre symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase.

2.0 TEORI

2.1 Kreft

Kreft oppstår i én enkelt celle med genskader, og kan defineres som ukontrollert vekst av celler som sprer seg (Johannesen & Kvam, 2021). Kreftceller skiller seg fra benigne tumorer ved at de kan vokse inn i omkringliggende vev og metastasere, altså spre seg til fjerne organer via blodstrøm, lymfebane eller kroppshulrom (Bertelsen et al., 2019, s.131).

Kreftforløpet er svært variabelt. Noen tumorer vokser og metastaserer raskt, slik at pasienten dør i løpet av noen måneder. Andre tumorer vokser langsomt og kan holdes i sjakk med ulike behandlingsformer i flere år. (Bertelsen et al., 2019, s.146)

2.2 Palliativ fase

Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) har palliativ behandling, omsorg og pleie som hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienten og dens familie, når livstruende sykdom inntreffer (Mathisen, 2017, s.412). Hensikten er å lindre plagene fra kreftsykdommen, og behandlingen settes i gang så fort kreften ikke er kurativ (Bertelsen et al., 2019, s.139). Omsorgen og behandlingen har ikke som hensikt å utsette dødsprosessen, ei heller fremskynde den, men døden blir sett på som en normal prosess og som en del av livet (Mathisen, 2017, s.412).

2.3 Ikke-medikamentell behandling

Det finnes ulike ikke-medikamentelle tiltak, som musikk, massasje og akupunktur. Supplementer til smertebehandlingen kan ha avgjørende betydning, da smerteopplevelsen påvirkes av fysisk velvære. Disse tiltakene kan over kort tid bidra til å lindre smertene til en viss grad. (Lorentsen & Grov, 2020, s.415)

Slike tiltak er mulig å iverksette uten legemidler, eller som tillegg til legemidler. Supplementer til legemiddelbehandlingen kan ha avgjørende betydning, da smerter er både fysisk og psykisk på én gang (Danielsen et al, 2020, s.419). Ved å bruke sanselige opplevelser, som musikk, kan pasienten ledes mentalt bort fra smertene. Ved ikke-medikamentelle tiltak er sykepleieren avhengig av å skape en relasjon med pasienten. (Gulbrandsen, 2010, s.142-143)

2.4 Musikkterapi i palliativ omsorg

I palliativ behandling er terapeutiske prosesser som for eksempel musikkterapi ofte av kort varighet, ettersom pasientens gjenværende levetid er liten. Derfor kan det være utfordrende og vanskelig å planlegge en slik prosess, og det vil være viktig å finne ut hva som er meningsfullt for pasienten der og da. (Schmid & Skrudland, 2016, s.178-179)

Hensikten med musikk som behandling er ikke at kreftsykdommen i seg selv skal påvirkes, men behandlingen kan være med på å redusere ubehagelige symptomer som smerte, angst og spenning, depresjon, utmattelse, kvalme og tungpusthet. (Risberg et al., 2008, s.189)

2.5 Symptomer i palliativ fase hos kreftpasienter

Symptomlindring i den palliative fasen er utfordrende. Dette fordi pasienter med langtkommen kreft ofte har mange sammensatte og komplekse symptomer, som består av både kroppslig, sjelelig og åndelig karakter. Noen av disse problemene er en direkte konsekvens av kreftsykdommen, mens andre kan være en følge av symptomlindringen pasienten får. I tillegg til kroppslige plager, er psykososiale utfordringer som angst og depresjon noe som kan påføre pasienten stor lidelse. (Sæteren, 2017, s. 229)

2.5.0 Kreftsmarter

Smerte som fenomen er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som er en følge av nesten- eller faktisk vevsødeleggelse (Kongsgaard, 2017, s.181). Smertefenomenet er en subjektiv erfaring, og er derfor vanskelig å definere. Det er kun pasienten selv som kan oppgi smertens intensitet, hvordan det føles og hvor lenge det varer. (Danielsen et al., 2020, s.383)

Smerte er det symptomet kreftpasienter frykter mest. Smertetilstanden er ofte et sammensatt kompleks, hvor smertene vil manifestere seg via ulike mekanismer. Det er derfor vanlig å kategorisere kreftsmarter inn i fire overordnede typer, se tabell 1.

Tabell 1

Smertetype	Årsak	Eksempel
Nociseptive	Smerte som kommer av faktisk vevsskade	En tumor vokser inn i omkringliggende vev
Nevropatiske	Smerte som kommer av skade på nervesystemet	Tumorvekst i hjernen, ryggmarg eller andre perifere nervebaner
Psykogen	Smerter hvor de psykiske reaksjonene dominerer, men kommer til uttrykk som fysiske smerter	Dette kan være angst som fremstår som faktiske smerter
Idiopatiske	Smerter uten en forklaring på hva som forårsaker smertene	Slike smerter kan være relatert til aktivitet i kreftsykdommen

(Kongsgaard, 2017, s.183; Danielsen et al., 2020, s.386-388)

Det er flere ulike årsaker til kreft smerter, avhengig av hvilken type tumor det er, lokalisasjon og utbredelse. I de fleste tilfeller er det tumoren som er direkte årsaken til smertene. Dette kan forårsakes av innvekst av svulstvev, eller at tumoren trykker på eller strekker omkringliggende vev som for eksempel nerver. Endringer i tumorens vekst eller utbredelse av metastaser kan medføre endring i smertemønsteret. (Kongsgaard, 2017, s.181-182)

Kreftpasienter i palliativ fase har ofte behandlingkrevende smerter (Kongsgaard, 2017, s.181). Det er særlig krevende dersom kreften har metastasert til skjelettet, da smertene ofte er kronisk verkende (Lorentsen & Grov, 2020, s.402)

Det skilles ofte mellom akutte og kroniske smerter. Akutte smerter er kortvarig og avtakende etter hvert som årsaken til smerten lindres. Kroniske smerter er langvarig, det vil si at de varer mer enn tre måneder (Danielsen et al., 2020, s.386). En annen type smerte er gjennombruddssmerter. Dette er smertetopper som kommer i tillegg til den kroniske smerten. Dette kan være en blanding av ulike smertetyper, og kan oppstå spontant eller ved bevegelse. (Lorentsen & Grov, 2020, s.402)

2.5.1 Total pain som forståelse av kreftsmarter

Kreftsmarter blir av mange pasienter brukt som et stort begrep for å beskrive sin tilstand. Dette fordi smerten ofte henger sammen med eksistensielle, psykiske og sosiale problemer, som til sammen utgjør et lidelseskompleks for pasienten. (Kongsgaard, 2017, s.181)

Dette beskriver Cicely Saunders (1918-2005), da hun på 1960- og 70-tallet introduserte begrepet «total pain». Saunders var en engelsk sosialarbeider, sykepleier og lege som startet historiens første hospice – et sted for døende pasienter. Idéen bak total pain var at smertelindring hos døende pasienter handlet om så mye mer enn bare den fysiske smerten. Tanken var at smertebildet består av flere komponenter, som inkluderer fysiske, psykiske, følelsesmessige, åndelige og sosiale problemer. Disse komponentene utgjør pasientens totale smerte, mente Saunders. Målet var å gi de døende best mulig omsorg, og en verdig avslutning på livet. (Morland, 2016)

Kreftpasienter i palliativ fase kan oppleve store belastninger av alle slag. I forståelsen av total pain, kan pasientens smerte innebære psykiske plager som angst og depresjon. Depresjon kan komme etter hvert som pasienten har gjennomgått flere behandlingsformer uten resultat, i tillegg til at kreftsykdommen i større og mer omfattende grad påvirker kroppen. Kübler-Ross skiller mellom to former for depresjon hos kreftpasientene i langtkommen fase, reaksjonsdepresjon og forberedende depresjon. Førstnevnte er reaksjoner knyttet til store tap i henhold til det å leve med en dødelig sykdom. Forberedende depresjon er knyttet til tap som ligger i fremtiden. (Sæteren, 2017, s.232)

Angst og frykt er også lidelser kreftpasienter kan oppleve i denne sykdomsfasen. Angst i denne sammenheng kan bli sett på som et ontologisk kjennetegn ved eksistensen av mennesket og menneskets grunnvilkår. Pasienten kan oppleve angst rettet mot døden, tomhetsfølelse og meningsløshet, og følelse av tap og skyld. I dag er det ikke uvanlig å høre pasienter uttrykke at de ikke frykter selve døden, men heller frykten for smerter og ubehag forbundet med det å dø. (Sæteren, 2017, s.234-235)

2.6 Musikk som medisin

Lyd og musikk kobles ofte opp med positive opplevelser, og en har bevisst brukt musikk som komplementær behandling flere steder i helsevesenet de siste årene, også innen palliasjon.

Musikk kan ha mange relevante funksjoner for pasienter i palliativ fase. For mange pasienter kan musikk bidra til å forløse følelsesmessige problemer, samt gjøre det lettere for pasienten å sette ord på sin fortvilelse, opplevelse av tap og sorg som kreftsykdommen medfører. (Grov & Lorentsen, 2020, s.427)

Musikk har helt siden antikken og frem til moderne tid blitt brukt som terapeutisk verktøy (Trondalen, 2006, s.58). Medisinsk musikkterapi handler i praksis om å målrettet bruke musikk for å påvirke kroppen, for eksempel med formål å regulere smerte, redusere stress, samt medvirke til kroppslig avspenning. Det skilles mellom musikkmedisin og musikkterapi, der meningen med musikkmedisin er å bruke musikk i medisinsk behandling uten musikkterapeut. Musikkterapi vil derfor innebære terapeutens tilstedeværelse og relasjon med pasienten gjennom musikk. (Ruud, 2022)

Musikkterapi kan hovedsakelig deles inn i reseptiv og aktiv musikkterapi. Sistnevnte innebærer prosesser og aktiviteter der pasienten synger eller bruker et instrument. Reseptiv musikkterapi er prosesser og aktiviteter hvor pasienten lytter til musikken. Dette kan gjøres ved å lytte til ferdig innspilt CD eller ved å lytte til en «levende» fremførelse. (Schmid & Skrudland, 2016, s.179)

Audun Myskja viser til forskerne Sternbach og Roederer da han forklarer likheten mellom musikk og smerte. Forskerne hevder at både musikk og smerte kan klassifiseres som sensoriske input som trigger emosjonelle prosesser. Av dette forstås det at lydsignalene fra musikken til hjernen tas imot på samme måte som smertestimuli. Av den grunn mener flere forskere at musikalske impulser oppfattes likt som smerteimpulser i hjernen. Derfor kan dette tolkes som at dersom vi hører på musikk samtidig som vi har smerter, kan hjernen potensielt «velge» å ignorere smerten til fordel for musikken. (Myskja, 2003, s.124)

Myskja og Lindbæk peker på flere fordeler med musikk som hjelpemiddel innenfor medisinsk virksomhet. Det er både billig og enkelt, krever lite spesialkompetanse, har få bivirkninger, krever lite ressurser for å brukes og det gir pasienten høy tilfredshet. (Myskja & Lindbæk, 2000)

2.6 Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820-1910) presenterer i sin bok hvilken innvirkning musikk har hos pasienten på generelt grunnlag. Her forklarer hun at blåseinstrumenter sammen med den

menneskelige stemme, i tillegg til strykeinstrumenter som kan lage uavbrutt lyd, vanligvis vil ha en positiv innvirkning. Denne påstanden setter hun i kontrast med piano og andre instrumenter uten uavbrutt lyd, som virket helt motsatt. På denne tiden var musikk imidlertid et kostbart virkemiddel, noe som gjorde det vanskelig å undersøke musikkens innvirkning hos syke mennesker. Likevel mente Nightingale at musikk hadde positive innvirkninger hos både friske og syke mennesker. Hun skriver blant annet at musikken skaper glede og fjerner frustrasjon hos pasientene, som på grunn av sin sykdom ikke kan være aktive (Nightingale, 1860/1997, s.95-96). Ut ifra Nightingales notater om musikk, ser en altså at dette har vært et kjent tema også på denne tiden.

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

Aubert beskriver metode som en fremgangsmåte til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metode kan dermed beskrives som et verktøy som brukes i søket for å hente god data, som belyser hensikten vår på en interessant og faglig måte. Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode brukes når forskerne ønsker en bred forståelse av dataen, og kjennetegnes ved at resultatet er målbart. Kvalitativ metode gir et resultat i en helhetlig form, og gir forskerne en dybdeforståelse av dataen, gjennom meninger og tanker. (Dalland, 2017, s.51-53)

3.2 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven bygger på en integrativ litteraturoversikt. Med dette menes det at vi skaper oversikt i eksisterende kunnskap i et valgt område gjennom systematiserte, utvalgte artikler (Friberg, 2017, s.141). En integrativ oversikt kjennetegnes ved at det trekkes egne konklusjoner ut fra resultatet i artiklene, som skaper en ny helhet (Friberg, 2017, s.150).

Vi har også benyttet oss av metodetriangulering, som betyr å bruke to eller flere metoder, eller perspektiver for å undersøke et problemområde (Dahlborg-Lyckhage, 2017, s.155). I vårt tilfelle har vi brukt både kvalitativ og kvantitativ metode for å svare på hensikten vår. Ved å bruke metodetriangulering får vi dybdeforståelse, gjennom pasientens tanker og meninger. Samtidig får vi informasjon om musikkens funksjon i et større spekter ved å bruke de kvantitative artiklene.

3.3 Praktisk gjennomføring

3.3.1 Søkestrategi

Vi valgte å benytte oss av strukturert litteratursøking. Dette betyr at vi avgrensner det området vi ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 156). Med denne strategien sorteres artiklene utenfor vår interesse vekk (Friberg, 2017, s.77).

Vi ønsket å finne forskning publisert i nyere tid. Dette er ønskelig ettersom vitenskapelige artikler er ferskvare (Östlundh, 2017, s.77). Dette gjør forskningen også mer overførbart til helsevesenets nåtid. På universitetet har vi lært at artikler som er publisert de siste 10 årene regnes som nyere tid. Derfor ekskluderer vi artikler som er eldre enn 10 år. For å holde oss til metoden, avgrenset vi til fagfelleverderte artikler. Vi hadde språkkriterie om at artiklene er skrevet på engelsk eller skandinavisk språk, slik at vi kunne forstå innholdet.

Optimalt ønsket vi studier utført i Norge eller andre skandinaviske land, slik at det er mest mulig overførbart til norske forhold. Da vi brukte skandinaviske databaser, var søkeresultatet svært begrenset. Videre strategi ble derfor å avgrense til den vestlige verden. Vi vurderer helsevesenet i den vestlige verden til å ha likhetstrekk med helsevesenet i Norge. Vi har til ettertanke at det kan være kulturforskjeller mellom de ulike landene, selv i Skandinavia. Vi har ikke valgt å avgrense til en spesifikk del av helsevesenet, men vi har vært kritisk på at det som kommer frem i artiklene skal være overførbart til hverdagen på sykehuset. Ettersom barn har behov for andre tilnærminger, har vi valgt å ekskludere denne pasientgruppen. Ut fra hensikten ønsket vi å ekskludere kreftpasienter under behandling, men på bakgrunn av begrensede artikler i søkene ble dette vanskelig å gjennomføre.

I forskningsartikler er IMRaD-struktur en norm som brukes. Strukturen inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s.163). I søkeprosessen så vi at de fleste artiklene holdt seg til dette. Med dette forstod vi at strukturen ikke nødvendigvis er et godt kjennetegn på en god artikkel. Vi valgte likevel å ha det i tankene, ettersom det ga en god oversikt i artiklene. Alle våre valgte artikler følger IMRaD-strukturen.

Vedlegg to er en søkelogg med oversikt på søkene vi gjorde etter å ha spisset hensikten. Udokumenterte søk er ikke inkludert, da de enten ikke har treff eller treff med relevante artikler.

3.3.2 Valg av søkebase

I søket av empiriske studier, som samsvarte med hensikten vår, søkte vi i relevante databaser. Vi har brukt tre ulike databaser i søkeprosessen; Cinhal, Pubmed og British Nursing Index. Dette er databaser som er tilgjengelig gjennom universitetsbiblioteket ved Universitetet i

Stavanger. Databasene publiserer forskning som er relevant for sykepleiefaget, og de er anbefalt av universitetet. Vi søkte også i andre relevante databaser, men søkene førte til funn som ikke er relevant for vår hensikt eller ingen treff. Vi valgte dermed tre artikler fra Pubmed, og én artikkel fra British Nursing Index. Disse artiklene var de som samsvarte best med vår hensikt.

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne aktuelle forskningsartikler, avgrenset vi ytterligere med å bruke søkeord. Etter hensikten ble ferdig formulert, benyttet vi PICO-skjema for å finne aktuelle søkeord, se vedlegg én. PICO-skjema er en strukturert metode som tar utgangspunkt i problemstillingen for å sette sammen ulike søkestrategier i databasene (Friberg, 2017, s.42). Dette skjemaet ga oss god struktur og oversikt over ordene som er nøkkelord i hensikten vår. På bakgrunn av valg av database, ble det naturlig å bruke engelske søkeord, som bidro til å utvide søket vårt.

I starten brukte vi mange ulike søkeord, utarbeidet i PICO-skjema, i ulik kombinasjon med «AND» og «OR». Søk med mange ulike søkeord resulterte i et svært avgrenset søk. Samtlige artikler i søket ble ekskludert på bakgrunn av relevans til hensikten og eksklusjonskriterier. Da vi brukte få søkeord ble derimot søket utvidet, og vi fikk flere treff. Naturlig ble noen artikler ekskludert her også, av samme årsaker nevnt tidligere. Videre forteller vi hvilke kombinasjoner og søkeord som ble brukt i søket av våre valgte artikler.

Tre av artiklene ble funnet med søkeordene og kombinasjonen Music Therapy AND Palliative Care. Én artikkel ble funnet med søkeordene og kombinasjonen Music Therapy AND Cancer AND Symptom Management.

3.4 Valg av artikler

Flere artikler i søkeprosessen ble ekskludert som følge av manglende relevans for problemformuleringen vår, eller at de kostet penger. Da vi leste gjennom artikler, var vi kritisk til artikkelens gyldighet og holdbarhet. Vi så på hva hensikten med forskningen var, metoden som ble anvendt og om resultatene var relevante for å belyse hensikten vår. I søkeprosessen oppdaget vi at ved å klikke på navnet til forfatteren, ble vi sendt videre til en oversikt over forfatterens tidligere publiserte artikler. Tidsskriftet artikkelen ble publisert i ble sjekket. Dette

var avgjørende for å sjekke om artikkelen kom fra en troverdig kilde, relevant for sykepleien. Vi sjekket om artiklene har brukt samme inklusjon- og eksklusjonskriterier som oss. Dersom artikkelen har inkludert kriterier vi har ekskludert, så vi kritisk på om resultatet fortsatt var overførbart til vår hensikt. Slik som i artikkelen til Bradt et al. (2014), som har inkludert kreftpasienter under behandling. I artiklene med pasientperspektiv er det musikkterapeuten som utfører musikkøktene. Vi har vært kritiske til om denne rollen kan overføres til sykepleieren. Vi har også vært bevisst på at det finnes kulturelle forskjeller innen musikk, noe som gjenspeiles i at musikk er individuelt. De fire valgte artiklene i oppgaven vår tilfredsstilte våre krav.

Tabell 2

Forfattere, årstall, tittel	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3:	Artikkel 4:
Tema	Effekten av musikkterapi hos kritisk syke pasienter på et stort sykehus.	Musikkterapi for palliative kreftpasienter.	Kunnskap og holdninger om musikk som terapeutisk verktøy i kreft og	Musikkterapi og musikkmedisin hos kreftpasienter.
	<i>Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting</i> Fallek, R., Corey, K., Qamar, Aamna, Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Kvetan, P. M. V. & Lounsbury, D. W. 2020	Outcomes of music therapy interventions on symptom management in palliative medicine patients Gallagher, L.M., Lagman, R.& Rybicki, L. 2018	A survey of oncology healthcare professionals' knowledge and attitudes toward the use of music as a therapeutic tool in healthcare Esplen, M. J., Foster, B., Pearson, S., Wong, J., Mackinnon, C., Shamsudeen, I. & Cecchin, K. 2019	The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J. & Komarnicky-Kocher, L. T. 2014

			palliative pleie, blant helsepersonell	
Hensikt	Undersøker musikkens påvirkning på smerte, angst, respirasjonsfrekvens og puls. Undersøker også muligheten til å introdusere musikkterapi på et sykehus lokalisert i en storby. Studien undersøker videre interessen og mottakeligheten for et terapeutisk verktøy som er nytt og ukjent.	Gjøre seg kjent med musikkterapiens innflytelse ovenfor kreftpasienter på sykehus. Et annet formål var å se hvordan pasientenes symptomer endret seg etter musikkterapien, med fokus på pasientens mål.	Undersøke kunnskap om og holdninger ved bruken av musikk som et terapeutisk verktøy i kreft og palliativ pleie, samt å identifisere barrierer som er knyttet til å lære, og bruke musikken i helsevesenet blant helsepersonell.	Sammenlikne effekten av musikkterapi og musikkmedisin, og se hvilken innvirkning dette har på psykososiale utfall og smerter hos kreftpasienter på en døgnavdeling på et medisinsk senter. Videre formål var å forstå pasientens opplevelse av musikkintervensjonene
Perspektiv	Pasientperspektiv	Pasientperspektiv	Sykepleieperspektiv	Pasientperspektiv
Metode	Kvantitativ og kvalitativ metode 150 deltakere	Kvantitativ metode 293 deltakere	Kvantitativ metode 204 deltakere	Kvalitativ og kvantitativ metode 31 deltakere
Database	British Nursing Index	Pubmed	Pubmed	Pubmed

3.5 Analyserte artikler

Friberg beskriver analyse som en bevegelse fra eksisterende helhet til deler, for så å danne en ny helhet (Dahlborg-Lyckhage, 2017, s.178). Analysearbeidet vårt gjenspeiler metoden bacheloroppgaven er bygget på. I starten av analysearbeidet leste vi gjennom artiklene flere ganger. Vi la hovedvekten på resultatdelen i artiklene, for å få en grundig forståelse av innholdet. Videre i arbeidet leste vi artiklene på tvers av hverandre gjentatte ganger. Vi identifiserte de viktigste resultatene som gikk igjen i de ulike artiklene, og samsvarte med vår hensikt, som er en datareduksjon. Disse nøkkelfunnene, som var gode og gjennomgående, ble tatt med i videre analysering.

Neste steg i arbeidet var å få oversikt over dataen. Vi brukte ulike fargekoder for å markere tema som handlet om det samme. Dette gjorde det lettere å se likheter og ulikheter fra studiene. Videre sammenlignet vi resultatene for å finne underliggende mønster eller felles trekk, som kan danne en ny helhet. I analysearbeidet kom vi frem til tre hovedfunn og fire underkategorier, som var relevante for problemområdet vårt. Dette presenteres i tabell 3.

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Tabell 3

Hovedkategori	Underkategori
Musikkens innflytelse på symptomer	Symptomkartlegging før og etter musikkøktene Musikkens funksjon i symptombehandling
Musikkens muligheter	Den individuelle opplevelsen Musikk skaper relasjoner
Sykepleierens kunnskap om musikk som et terapeutisk verktøy	

4.1 Musikkens innflytelse på symptomer

4.1.0 Symptomkartlegging før og etter musikkøktene

I studien til Bradt et al. (2014, s.1236) ble symptomer hos kreftpasientene målt før og etter musikkintervensjonene ved hjelp av to skalaer. Visual analogue scale (VAS) ble brukt for å måle humør, angst og avslapning. Smerte ble målt i en 11-poeng numerisk vurderingsskala (0-10).

Musikkterapeuten i artikkelen til Fallek et al. (2020, s.49) målte pasientenes puls og respirasjon før og etter musikkøktene. Smerte ble målt ved hjelp av Wong–Baker Faces Pain Rating Scale (FACE-scale) på en skala fra 0-5, der 0= ingen smerter og 5= ekstreme smerter. En lik 5-poeng

skala ble laget av studien selv for å måle pasientens angst, der 0= helt avslappet og 5= svært angstpreget.

I studien til Gallagher et al. (2018, s.251) blir symptomer som smerte, depresjon, angst og kortpustethet målt hver for seg i en skala, som strekker seg fra 0-10 poeng. Høyere skår representerer verre utfall. Humøret til pasientene ble rangert i en 0-4 poengskala basert på Rogers Happy/Sad Faces Assessment Tool. Musikkterapeuten skåret pasientenes ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og vokalisering basert på Nursing Assesment of Pain Intensity og Riley Infant Pain Scale. Dette ble utført både før, under og etter musikkøktene.

4.1.1 Musikkens funksjon som symptomlindring

Deltakerne i studien til Fallek et al. (2020, s.49-50) hadde avtakende resultater i samtlige symptomer etter musikkøkten. FACE-scale viser en gjennomsnittlig reduksjon av smerte på ett poeng. Likt resultat vises også i angst-skalaen. På puls og respirasjon hadde musikk også en positiv innvirkning, der gjennomsnittlig nedgang i puls var 4.31 slag per minutt og respirasjon sank med 1.32 pust per minutt. Resultatene ble satt opp mot og kontrollert med pasientenes kjønn, alder (18-45, 45-65 og over 65) samt lengden på musikkøkten. Dette resulterte i at kun angst viste seg å ha varierende resultater ut fra de nevnte faktorene over. Kortere musikkøkter (mindre enn 20 minutter) hadde større angstreduksjon hos den yngste og eldste gruppen. Derimot hadde lengre økter (over 20 minutter) større reduksjon av angst hos pasientene i den midterste aldersgruppen.

Musikkterapien i studien til Gallagher et al. (2018, s.253-254) viste statistisk signifikant forbedring av pasientenes symptomer. Kroppsbevegelse var det eneste symptomet som ikke hadde klinisk effekt, det ble verken bedre eller verre etter musikkterapien. Variablene med høyest prosentandel som hadde en klinisk relevant forbedring, var humør (-0.9 av 4 poeng), vokalisering (-0.6 av 3 poeng) og ansiktsuttrykk (-0.6 av 3 poeng). Av symptomene som ble målt i en skala fra 1-10, var det angst som hadde størst reduksjon med ett poeng. Deretter kom depresjon (-0.8 poeng), smerte (-0.6 poeng) og kortpusthet (-0.5 poeng).

Deltakerne i studien til Bradt et al. (2014, s.1263-1265) erfarte både musikkterapi og musikk i klinisk medisin (musikk med og uten terapeut). Kvantitativt resultat viser at begge musikkintervensjonene var like effektive på symptomlindringen hos kreftpasientene. Derimot viser kvalitativt resultat at 77,4% av pasientene uttrykte preferanse for musikkterapi for deres

resterende kreftbehandlinger, og fremtidige behandlinger. Musikken hadde en avslappende, fredfull og beroligende effekt for de fleste pasientene, og lot dem «flykte» fra pågående stress og bekymringer rundt kreftsykdommen. Imidlertid var musikk også noe som potensielt kunne fremprovosere intense minner om tap og traume, hos noen få pasienter.

De fleste bevisste pasientene i studien til Fallek et al. (2020, s.50) fremsto mer avslappet etter musikkøktene. Dette ved å lukke øynene og hvile godt tilbake på puten, puste saktere og mer jevnt, slippe opp ansente muskler, redusere bevegelser, mindre grimaser og i noen tilfeller falle i søvn. Pasientene uttrykte en endring fra å føle seg engstelig, urolig og smertepåvirket før musikkøkten, til en følelse av ro og tilfredshet i etterkant.

4.2 Musikkens muligheter

4.2.0 Den individuelle opplevelsen

Et av funnene i studien til Gallagher et al. (2018, s.253) var at symptomene til pasientene bedret seg dersom musikkterapeuten fokuserte på symptomene som et mål for musikkøkten. På samme måte ble det sett høyest forbedring i smerte, depresjon, angst, kortpustethet og humør hos pasientene som hadde disse som mål for musikken i sin økt. Totalt 20 mål ble identifisert hos alle pasientene, der hver pasient hadde mellom 1-6 mål. Musikkterapeuten dokumenterte om målene ble møtt eller ikke.

De fleste deltakerne i artikkelen til Fallek et al. (2020, s.50) etterspurte passive musikkøker fremfor aktive, for å søke etter en avslappende tilstand. Musikk-assistert avslapping og pusteteknikker var de hyppigste intervensjonene. I mange tilfeller satt musikkterapeuten på musikk etter pasientens favoritt sjanger, eller kulturelle behov for å oppnå fortrolighet og skape trygge omgivelser.

I studien til Gallagher et al. (2018, s.253) identifiserte pasientene personlig foretrukne musikkstiler. Av 287 deltakere ble 37 forskjellige kategorier identifisert. De fem største var religiøs, country, klassisk, jazz og annet.

Bruk av høretelefoner var et verktøy som flere av pasientene hadde nytte av i studien til Bradt et al. (2014, s.1268). For noen pasienter skapte musikk, gjennom høretelefoner, et større fokus

på selve musikken. Dermed ble det lettere å slappe av og koble ut. En deltaker kommenterte at han følte seg «overvåket» når noen var i rommet, og hindret han i å virkelig føle musikken.

4.2.1 Musikk skaper relasjoner

Flere av deltakerne i studien til Bradt et al. (2014, s.1265) kommenterte musikkterapeutens viktige funksjon. Musikk kombinert med den terapeutiske relasjonen gjorde det lettere for pasientene å slippe løs tanker og følelser rundt kreftdiagnosen.

Well it definitely helped with emotions. That is the key thing. It brought out emotions out of me that I normally don't allow to come out. Beings though, that I'm not that emotional kind of guy, but I guess I am because the music proves that I am. It really helps me on my emotional level. (Bradt et al., 2014, s.1267)

I studien til Fallek et al. (2014, s.51) kom det frem at flere av pasientene ofte hadde komplekse emosjonelle og psykososiale utfordringer ved siden av sykdommen, som kom til uttrykk gjennom musikken. Da de fikk muligheten til å dele åpenhertig om dette i nærværet av en terapeut, ble de ofte overfylt av tanker og følelser. Her var det viktig å ha terapeutens kliniske ferdigheter for å støtte og om dirigere pasienten mot en avslappende opplevelse av musikken. Et annet funn i studien var at pasientene ofte ble mer i stand til å fortelle om deres opplevelse av angst under og direkte etter musikkøkten. En av grunnene var at musikkintervensjonen ble rettet mot angsten til pasienten. Musikkterapeuten snakket direkte om problemet og spurte pasientene om de kunne skåre hvor engstelige de var. En annen grunn kunne være at pasientens nære en-til-en forhold med musikkterapeuten åpnet opp for en dypere utforskning av pasientens emosjonelle, mentale og fysiske tilstand.

Musikkterapeuten på palliativ enhet i artikkelen til Gallagher et al. (2018, s.253-254) ble ofte hentet inn for å hjelpe pasienter som hadde ekstreme smerter eller vanskeligheter for å uttrykke følelsene sine. Musikkterapeuten ble av pasientene ofte sett som en de kunne betro seg til, da de jobbet tett sammen og bygget opp gode relasjoner gjennom musikken. Det ble også bemerket av annet personell på den palliative enheten at dersom pasientene jobbet med deres emosjonelle og eksistensielle problemer med musikkterapeuten, ble den fysiske smerten ofte redusert.

4.3 Sykepleierens kunnskap om musikk som et terapeutisk verktøy

I studien til Esplen et al. (2019, s. 383-384) kom det frem at nesten alle deltakerne (97.9%) hadde hørt om musikk som et terapeutisk verktøy i helsevesenet. Flesteparten hadde lært dette gjennom annet helsepersonell (71.4%), bøker/aviser/magasiner (52.4%) og internett (49.2%). 79% var klar over hvordan musikkterapi kan brukes i helsevesenet, og 69% av deltakerne var kjent med at det finnes forskningsbevis som viser effekten av musikkterapi for symptombehandling. Sammenliknet med helsepersonellens kunnskaper om musikkterapi, er det kun 55.5% av deltakerne som svarer at de «kan litt» eller «kan en del» om hvordan musikkterapi kan brukes for å lindre symptomer hos kreftpasienter.

Fallek et al. (2020, s.51) viser i sin studie at det var viktig å implementere et musikkterapi-program til pasientene som var innlagt på sykehuset. Dette fordi det brakte musikkterapi til pasienter som ikke har opplevd lignende før, og i de fleste tilfeller heller ikke var kjent med musikk som et terapeutisk supplement i behandlingen.

I forhold til helsepersonellens holdninger til musikk som et terapeutisk verktøy, rangerte deltakerne i studien til Esplen et al. (2019, s.384) musikk som «moderat» eller «veldig effektiv» til å skape avslappende miljø, redusere stress, forbedre emosjonelt velvære, gi god omsorg ved livets slutfase og bedre livskvalitet. De laveste prosentene var rundt den opplevde effekten av mobilisering, kognisjon, vedlikehold av fysisk velvære og hvilken innvirkning musikk har på smertene.

Videre viser artikkelen til Esplen et al. (2019, s.384) helsepersonellens syn på verdien av musikk i helsevesenet. Gjennomsnittlig skår for dette var 4.33 av 5 mulige poeng. Ved spørsmål om hvor verdifull musikk var for sykepleiere og annet helsepersonell, var den gjennomsnittlige skåren 4.09 poeng. Deltakerne ble spurt om deres interesse i å lære hvordan en kan gjøre musikk til et terapeutisk verktøy i praksis. Responsen på dette var høy med 4.05 av 5 mulige poeng. Derimot angir 25% av deltakerne at de har program for musikkterapi på arbeidsplassen, 57.5% har ikke og 17% var usikre. Av deltakerne som svarte at de ikke har musikkterapi program på arbeidsplassen, var begrunnelsen budsjettbegrensninger, manglende kunnskap, mangel på ressurser, mangel på tid for å prioritere slike tiltak og manglende interesse.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.0 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi anser integrativ litteraturoversikt som metode, med fire forskningsartikler, som tilstrekkelig for å belyse vår hensikt. Det kan være fordel at vi selv velger artikler og andre kilder for å besvare oppgaven, samtidig som dette også kan være en ulempe. Dette betyr at vi ubevisst kan velge artikler og annen teori som er med på å forme resultatet slik vi ønsker. For å unngå dette har vi tilstrebet å være kritiske, og lest artiklene uten forhåndstanker om hva vi ser etter.

I tillegg til å bruke mye tid på å formulere en god hensikt, har analysering av samtlige artikler vært tidkrevende. Årsaken var at samtlige artikler står på engelsk, med høy grad av fagspråk. Dette kan også føre til muligheten for å ha mistet nyanser eller oversett viktige detaljer. Vi mener likevel at vi har brukt god tid i analysen, og fått med oss de viktigste essensene i artiklene.

De utvalgte søkeordene bidro til at vi fant hensiktsmessige og relevante artikler som belyser vår hensikt. Dersom vi skulle gjort søkeprosessen annerledes, kunne vi brukt andre databaser. Utfordringen med dette er at vi kunne endt opp med å bruke databaser vi ikke regner som troverdig. Dette er grunnen som veier mest for valg av database.

På bakgrunn av dette vurderte vi de fire artiklene som anvendelig og troverdig, da de inneholdt våre kriterier og belyser hensikten vår.

5.1.1 Kvalitative og kvantitative tilnærminger

I tre av våre fire analyserte artikler (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018) er hensikten å finne ut av hvilken innflytelse musikk har på symptomene hos pasienter i kreftomsorgen og palliativ pleie. Studiene hadde alle en kvantitativ metode som tilnærming. Ved å anvende en slik metode i artiklene, mener vi at det tilfredsstilte våre krav for å belyse hensikten vår. To av artiklene brukte også kvalitativ metode for å undersøke pasientens opplevelse av musikkterapi. Vi mener dette forsterket resultatet, og var nyttig for å belyse hensikten vår (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020). Det er viktig å bemerke seg at artiklene som består av både kvalitativ og kvantitativ metode inneholder de samme deltakerne.

I artikkelen til Esplen et al (2018) var hensikten å få en breddeforståelse av helsepersonellens kunnskap og interesse ved å bruke musikk som et terapeutisk verktøy. Kvantitativ tilnærming var metoden som ble brukt. Vi anså denne artikkelen som god for å belyse hensikten, ettersom den avdekket sykepleierens kunnskap, eventuelle kunnskapshull, ved å bruke musikk som et terapeutisk verktøy.

5.1.2 Perspektiver

Vi ønsket å finne artikler fra både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv for å kunne belyse hensikten vår på best mulig måte. Å benytte forskjellige perspektiver kan ha fordeler og ulemper.

Fordelen med å bruke to ulike perspektiver er å tilføye en mer utfyllende forståelse for resultatet. I vårt tilfelle kan et sykepleieperspektiv, eventuelt, avdekke hvorfor musikk ikke brukes mer i helsevesenet. Ved å bruke pasientperspektiv kan vi se om musikk faktisk har effekt eller ikke på pasientens symptomer. Ulempen med ulike perspektiver er at de kan motsi hverandre, som gjør det vanskelig å trekke en konklusjon.

Artikkelen til Esplen et al. (2018) benyttet seg av sykepleieperspektiv, og de resterende artiklene har pasientperspektiv (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al. 2018).

5.1.3 Artikkelenes deltakere

Artiklene med pasientperspektiv inkluderte pasienter over 18 år, og med symptomene smerte og angst (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al. 2018). Artikkelen til Fallek et al. (2020) besto av 150 deltakere hvor 60% var kvinner. Alderen varierte fra 21-100 år. Studien foretatt i Bradt et al. (2014) inkluderte 31 deltakere hvor alle hadde en kreftdiagnose, og gjennomsnittsalder var 53,8 år. 67,7% av deltakerne var kvinner.

Av 293 deltakere i studien til Gallagher et al. (2018), hadde 93% en kreftdiagnose. Gjennomsnittsalderen var 61 år og 67% var kvinner.

Studien til Esplen et al. (2018) besto av 204 deltakerne, hvor alderen varierte fra 50-59 år og besto av 93% kvinner. 79,5% var sykepleiere, men studien inkluderer også annet helsepersonell. Alle deltakerne jobbet innen kreftpleie eller palliativ omsorg, samt hadde videreutdanning. Dette mener vi styrket studien ettersom deltakerne har erfaring. Deltakerne ble rekruttert gjennom e-post fra utdanningsinstitusjonen hvor de tok videreutdanningen.

Studien til Fallek et al. (2020) og Bradt et al. (2014) ekskluderte pasienter med delirium og de som var aktivt døende. Dette så vi som en styrke i påliteligheten for studiene. I artikkelen til Gallagher et al. (2018) blir ikke eksklusjonskriterier spesifisert. I artikkelen kom det frem at pasienten kunne selv spørre om deltakelse eller bli henvist til studien.

5.1.4 Forskerens bakgrunn

For å sikre artiklens gyldighet sjekket vi forskernes faglige bakgrunn. Samtlige artikler hadde forfattere med relevant bakgrunn som lege, sykepleier eller musikkterapeut. I tillegg hadde de aktuelle artiklene forskerkompetanse med doktor- eller mastergrad. Flere av forfatterne har publisert forskningsartikler tidligere.

5.1.5 Land og arena

Som nevnt i metoden utvidet vi søket til den vestlige verden, som førte til at mange ulike land inkluderes. Vi har tatt i betraktning at det finnes kulturelle forskjeller innen helse, musikk og ritualer ved palliativ pleie. Derfor har vi vært kritiske til hvilket land studien ble utført i. Likhetstrekk er viktig for å unngå kulturelle forskjeller, som kan hindre overførbarheten til oppgaven vår. De aktuelle studiene er utført i Canada og USA, som vi opplever har likhetstrekk med det norske helsevesenet.

I to av artiklene er musikkøktene utført på sykehuset (Bradt et al. 2014; Gallagher et al. 2018). I en studie ble musikkøkten utført på en døgnavdeling på et medisinsk senter (Fallek et al. 2020). Dette anser vi som idéelt for overførbarheten til oppgaven vår.

5.1.6 Etikk

En etisk utfordring vi har tenkt over underveis i oppgaven, var at det å delta på en studie kan være en stor påkjenning i en allerede tung tid. Ettersom pasienten befinner seg i den palliative fasen, er det viktig å anerkjenne denne sårbare gruppen. Pasientene har vanskelige symptomer som har tatt over store deler av livet. En svakhet med de valgte artiklene er at de omtaler sine etiske vurderinger, men det kommer ikke tydelig frem.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.0 Musikkens innflytelse på symptomer

Det er ikke til å legge skjul på at symptomlindring i den palliative fasen er krevende. Dette kommer frem i teorien, samt i introduksjonen av samtlige valgte artikler. Vi har også erfart dette på nært hold, i egenskapen av å være sykepleierstudent i ulike praksisperioder.

En sykepleier kan med fordel bruke ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge musikkens effekt på symptomer hos pasienten. Tre av våre valgte artikler har anvendt slike verktøy i sine respektive studier (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018). For vellykket bruk av slike hjelpemidler, er pasienten imidlertid avhengig av å kunne sette ord på sine symptomplager. Det er også viktig at pasienten evner å plassere slike symptomer inn på en skala (Danielsen et al., 2020, s.390). Dette kan bli utfordrende dersom pasientene for eksempel er kognitivt svekket eller er lite- eller ikke kontaktbar, slik som i artikkelen til Fallek et al. (2020, s.47-53) der noen pasienter er ubevisste. Det kommer også frem i artiklene at musikkterapeuten er sanselig til stede, og pasienten forteller om musikkøkten har hatt effekt eller ikke. Vi forstår det slik at alt dette er viktig, for å gi informasjon om musikkens funksjon på symptomene.

De mest fremtredende symptomene fremvist i artiklene, er smerte, angst og depresjon (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018; Espen et al. 2019). Etter musikkøktene fremkommer det i studien til Fallek et al. (2020, s.49) at pasientene hadde en gjennomsnittlig nedgang i puls og respirasjon. Musikkøktene besto av både aktiv og reseptiv musikkterapi, eller en kombinasjon av begge. Det kan tenkes at nedgangen i puls og respirasjon kan knyttes til musikkens fremtoning. Forskning viser at kroppen reagerer på musikkens tempo, altså musikk med stimulerende rytme øker hjerterytmen, mens rolig musikk senker den (Øberg, 2013).

Musikkterapeuten tilpasset musikken etter pasientens respirasjonshastighet. Dette fungerte ved at musikkterapeuten senket rytmen i musikken for at pasientens åndedrett skulle følge takten i dypere og langsommere pustefrekvens (Fallek et al., 2020, s.49). Dette tyder på at musikken ikke bare kan settes på uten mening, men bør justeres etter pasientens tilstand under hele økten. Vi forstår dermed at tilstedeværelse av helsepersonell kan være nødvendig under musikkøkten for å oppnå tilstrekkelig utbytte av musikken.

Vi har selv erfart i våre pasientmøter, at pasienter med smerter ofte kan ha fysiologiske tegn som forhøyet puls og hurtigere respirasjon. Dermed vil studien til Fallek et al. (2020), sett sammen med faglig litteratur, gi en god indikasjon på at musikken sannsynlig har en fysiologisk effekt på symptomene hos deltakerne. Dette ved å vise nedgang i pasientenes puls og respirasjon etter musikkterapien.

Ut fra teorien i oppgaven, ser vi at kreftsmarter kan være kompliserte og behandlingskrevende. Smertene fremstår av ulik karakter, for eksempel akutt eller kronisk, eller gjennombruddssmerter (Danielsen et al., 2020, s.386; Lorentsen & Grov, 2020, s.402). I artiklene fremkommer det ikke hvilken smertetype pasientene har, og det kan derfor diskuteres om musikken har like god effekt på de forskjellige smertene (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018; Esplen et al. 2019). Tar vi utgangspunkt i Myskjias erfaring med musikk i helsevesenet, kan musikk prinsipielt virke inn på alle smertetilstander (Myskja, 2003, s.124). Dette kan ses i sammenheng med at kroppen har naturlige smertehemmende stoffer, deriblant endorfiner. Endorfiner er kroppens naturlige "morfin" og gir eufori, og har blant annet en smertestillende effekt. En av musikkens funksjoner er å øke kroppens innhold av endorfiner (Myskja, 2003, s.118). Dette forsterker Myskjias forklaring om at musikk kan påvirke alle smertetyper. Det er derfor også bemerkelsesverdig at tre av artiklene (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018) viser signifikant reduksjon av smerte som følge av musikk som et symptomlindrende tiltak.

Det kommer ikke frem i artiklene hvorvidt pasientene er medikamentelt smertelindret i forkant av musikkintervensjonene. Da teorien beskriver hvor utfordrende symptomlindringen er, oppfatter vi at ikke-medikamentell behandling bør være et supplement til medikamentell behandling. (Lorentsen & Grov, 2020, s.415; Danielsen et al., 2020, s.419)

5.2.1 Musikkens muligheter

5.2.1.0 Den individuelle opplevelsen

Teorien peker på at musikkterapi vil være vanskelig og utfordrende å planlegge i den palliative fasen. Dette kommer av at pasientens gjenværende levetid er kort, som resulterer i at terapien ofte blir av kort varighet. Det er dermed viktig å avdekke hva som er meningsfullt for pasienten i den aktuelle situasjonen, og ta en dag av gangen (Schmid & Skrudland, 2016, s.178-179).

Studien til Bradt et al. (2014) viser at musikkterapi og musikkmedisin er like effektive på symptomlindringen hos kreftpasientene. I intervjuet kommer det derimot frem at pasientene foretrakk musikkterapi. Dette står i kontrast med resultatet i studien til Fallek et al. (2020), hvor pasientene ønsket passive musikkøker fremfor de aktive. Videre i studien til Gallagher et al. (2018, s.253) rettes musikkøkten etter pasientens sjanger-ønske. Dette blir presentert i resultatet, som gir oss et innblikk i hvor forskjellig hver pasient er, samt viktigheten av å tilpasse seg den enkelte. I lys av disse ulike resultatene forstår vi at musikk er individuelt, da mennesker har individuelle behov. Hvordan pasientene opplever musikk og dens innvirkning, er nemlig avhengig av flere faktorer. Dette kan for eksempel være pasientens musikalske bakgrunn og foretrukne musikk sjanger. Med andre ord ser vi at musikk virker inn på person og situasjon, i et relasjonelt eller gjensidig forhold. (Ruud, 2006, s.21)

Artikkelen til Gallagher et al. (2018, s.253) peker på at symptomlindring ga best resultat ved å identifisere individuelle mål for musikkøkten. Dersom pasientens mål er å redusere smerte, er det viktig å fokusere på dette i bruken av musikk. Sammen med teori forstår vi at når hjernen blir stimulert med musikalske impulser samtidig med smerteimpulser, kan hjernen potensielt “velge” å fokusere på musikken fremfor smertene (Myskja, 2003, s.124). Har ikke pasienten konkrete mål, ser vi at dette kan påvirke effekten av musikkøkten.

Måten musikk brukes på, kan ha innvirkning på pasientens opplevelse av den. Ettersom musikk er individuelt, vil den gi forskjellige opplevelser til tross for at situasjonen pasientene befinner seg i er lik. Musikk som virker avslappende og avspennende for noen, kan gi motsatt opplevelse for andre i samme situasjon (Ruud, 2006, s.22). Disse utfordringene kom frem i studien til Bradt et al. (2014, s.1263-1265). Musikken hadde hovedsakelig en beroligende effekt, og tok fokuset bort fra bekymringer knyttet til kreftsykdommen. Imidlertid, hos en mindre gruppe, hadde musikk en potensiell motsatt effekt ved at musikken vekket minner om tap og traume.

Kreftpasienter har, ifølge teorien, ofte et sammensatt og komplekst symptombilde. Det er derfor viktig med gode tilnæringsmåter, for at musikk har god effekt på pasientens symptomer. En tilnæringsmåte, brukt i artikkelen til Bradt et al. (2014, s.1268), var å lage en individualisert spilleliste. Denne listen ble satt sammen av musikkterapeuten, på bakgrunn av pasientens egne ønsker om innholdet. Andre tilnæringsmåter nevnt i artikkelen er å bruke høretelefoner. En av deltakerne fortalte at det å lytte til musikk gjennom høretelefoner gjorde det lettere å konsentrere seg og slappe av. Vi ser at dette kan være et nyttig verktøy å bruke på sykehuset. Dette er fordi vi i praksisperiodene erfarte en hektisk hverdag på sykehuset, der vi gikk mye inn og ut av ulike pasientrom. Tatt dette i betraktning, inklusivt at pasienter ofte er plassert på flermannsrom, kan støy herfra hindre maksimal uttelling av musikkens funksjon. Ulike tilnæringsmåter som høretelefoner, kan dermed ha betydning for at musikken skal ha maksimal uttelling på symptomlindringen.

5.2.1.1 Musikk skaper relasjoner

Kreftpasienter i palliativ fase kan oppleve belastninger av alle slag, som kan forstås i total pain. Pasientene har ikke bare kroppslige plager, men smerter relatert til psykiske plager som angst og depresjon rettet mot uhelbredelig sykdom og død. (Sæteren, 2017, s.232)

I tre av studiene kommer det frem at terapeuten var tilstede under musikkøktene (Bradt et al. 2014; Fallek et al. 2020; Gallagher et al 2018). Dette førte til at pasientene fikk tett en-til-en oppfølging som kan resultere i en god relasjon. I artikkelen til Gallagher et al. (2018, s.253-254) kom det frem at det var lettere å betro seg til musikkterapeuten, da de bygget gode relasjoner gjennom musikk. Imidlertid ser vi i artikkelen til Bradt et al. (2014, s.1268) at en mindre deltakergruppe ønsket å utføre musikkøktene uten noen tilstede i rommet. Én deltaker begrunner dette med at han følte seg overvåket. Dette forstår vi som et individuelt ønske, og behøver ikke ha noe med relasjonen deltakeren har til musikkterapeuten.

For kreftpasienter i palliativ fase kan musikk ha mange relevante funksjoner, deriblant på det følelsesmessige aspektet. Musikk kan forløse tanker og følelser, og hjelpe pasienten med å sette ord på sin fortvilelse rundt sykdommen (Grov & Lorentsen, 2020, s.427). Ved å ta utgangspunkt i Sauders forståelse av total pain, er smerte mer enn bare en fysisk karakter. Smerte består av flere komponenter som følelsesmessige, psykiske og åndelige problemer som til sammen utgjør

hele smertebildet til pasienten (Morland, 2016). Dette ser vi i artikkelen til Fallek et al. (2020, s.51) hvor terapeuten hadde en nøkkelrolle. Dersom pasienten ble overveldet av tanker og følelser, under eller etter musikkøkten, fikk de støtte av musikkterapeuten. Hennes ferdigheter i disse møtene var viktig for å hjelpe pasienten “tilbake” til en avslappende opplevelse av musikken. Samtidig i Bradt et al (2014) kommer det frem at pasientene følte seg ivaretatt av musikkterapeuten. Dersom noen var tilstede under musikkøkten kunne pasientene snakke om følelsene sine, istedenfor å drive tilbake til depresjonen. Dersom musikk anvendes som et tiltak, ser vi at pasient- og sykepleierrelasjonen kan være betydningsfull for å oppnå ønsket utbytte av musikkøktene.

5.2.2 Sykepleierens kunnskap om musikk som et terapeutisk verktøy

Nightingale viste på sin tid at musikk kunne fjerne mye frustrasjon hos syke mennesker. Likevel peker hun på manglende forskningsbevis på denne påstanden, ettersom musikk på denne tiden var et kostbart virkemiddel. I dag ser vi imidlertid at Nightingales tanke om musikkens kostnader er utdatert. Teorien viser at det er ulike fordeler med å bruke ikke-medikamentelle tiltak. Musikk som et medisinsk hjelpemiddel er nå enkelt og rimelig, samt krever lite spesialkompetanse og ressurser. Det anses å ha få bivirkninger og kan gi høy tilfredshet hos pasienten (Myskja & Lindbæk, 2000). En utfordring er derimot, som tidligere nevnt i oppgaven, at musikk kan ha negativ effekt i form av å vekke negative minner.

I teorien kommer det frem at musikk som tiltak krever lite spesialkompetanse. Vi anser det likevel som en fordel at sykepleieren har kunnskap om hvordan dette kan anvendes i helsevesenet. I studien til Esplen et al. (2019, s.384) kom det frem at omtrent halvparten av deltakerne “kunne noe” om hvordan musikk bidro til å lindre symptomer hos kreftpasienter. Likevel var de fleste deltakerne klar over at det finnes forskningsbevis om musikkens effekt ved symptomlindring. Studien viser videre at sykepleierne opplevde tiltaket som effektivt for å utøve god omsorg i den palliative fasen. Det er bemerkelsesverdig at sykepleierens kunnskap om hvilken funksjon musikk kan ha på smerter hos kreftpasienter, scorer blant de laveste. Et slikt kunnskapshull kan gjøre det utfordrende å bruke musikk i symptomlindring av kreftpasienter. Samtidig kom det frem i artikkelen til Gallagher et al. (2018, s.254) at personalet erfarte reduksjon av den fysiske smerten hos pasienten etter gjennomgått musikkterapi. For at

musikk skal bli mer implementert som en del av symptomlindringen, ser vi på bakgrunn av artikkelens funn, at det er behov for økt kunnskap om musikkens anvendelse.

Det er ikke alle pasienter som er kjent med å bruke musikk som et symptomlindrende tiltak. I studien til Fallek et al. (2020, s.51), tas det utgangspunkt i at pasientene ikke har blitt introdusert for musikkterapi tidligere. Ettersom pasienten ikke er kjent med hvilke ikke-medikamentelle tiltak som finnes, er det heller ikke lett å etterspørre disse. Økt kunnskap om musikkens funksjon kan være avgjørende for at sykepleier iverksetter tiltaket, og at pasienten ønsker å prøve det.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

På bakgrunn av funn gjort i denne oppgaven, kan vi konkludere med at musikk har en positiv funksjon som ikke-medikamentelt tiltak på kreftsymptomer i den palliative fasen. Hensikten med musikk som tiltak er ikke å påvirke kreftsykdommen, men som et supplement til legemidler for å redusere ubehagelige symptomer som smerte. Ved å implementere et slikt tiltak med symptomlindring som formål, kan sykepleieren utøve helhetlig omsorg i den palliative fasen. Musikk som tiltak er rimelig, lett tilgjengelig, og krever lite spesialkompetanse.

I flere valgte artikler benyttes musikkterapeut for å gjennomføre musikkøkter sammen med pasientene. Vi har i denne oppgaven forsøkt å se hvordan vi som sykepleiere kan ta med oss noe av dette, og anvende det som tiltak i egen sykepleiepraksis. Ut ifra resultatdiskusjonen anser vi tiltaket som overførbart til sykepleieren. Derimot er det behov for økt kunnskap hos sykepleierne i utøvelse av musikk som symptomlindring.

Sykehusavdelinger består ofte av høyt tempo og travle dager, hvor sykepleieren ofte havner i tidsklemmen med flere ulike oppgaver samtidig. Til tross for at de fleste artiklene er gjennomført på sykehus, tolker vi at musikkterapeuten kan bruke god tid på tiltaket. For å implementere dette som et tiltak på sykehuset, kunne det vært en protokoll som sykepleieren kan følge. Dette kan føre til at musikk lettere blir prioritert og hyppigere brukt som tiltak.

Vi ser et behov for mer og nyere forskning på dette feltet i Norge. Dette kan gi økt, oppdatert kunnskap og forståelse av hvilken funksjon ikke-medikamentelle tiltak kan ha hos kreftpasienter i palliativ fase. Forskningen kan bidra til en større helhetlig forståelse av funksjonen musikk har som symptomlindring.

7.0 Litteratur

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdommer og behandling* (2. utgave, s. 127-162). Gyldendal.

Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J. & Komarnicky-Kocher, L. T. (2014). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer*, 23, 1261-1271.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7>

Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera diskurser. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3.utg., s.153-170). Författarna och Studentlitteratur

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

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg, bind 1, s. 381-427). Gyldendal.

Esplen, M. J., Foster, B., Pearson, S., Wong, J., Mackinnon, C., Shamsudeen, I. & Cecchin, K. (2019). A survey of oncology healthcare professionals knowledge and attitudes toward the use of music as a therapeutic tool in healthcare. *Supportive Care in Cancer*, 28(1) 381-388.

<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04812-2>

Fallek, R., Corey, K., Qamar, Aamna, Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Kvetan, P. M. V. & Lounsbury, D. W. (2020). *Soothing the hearth with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting. Palliative and Supportive Care*, 18(1), 47-54.

<https://doi.org.10.1017/S1478951519000294>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3.utg., s.141-152). Författarna och Studentlitteratur

Gallagher, L. M., Lagman, R. & Rybicki, L. (2018). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(2), 250-257.

<https://doi.org/10.1177/1049909117696723>

Gulbrandsen, T. (Red.). (2010). Smertelindring. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2.utg. s.127-163). Akribe.

Johannesen, T. & Kvam, M. (2021, 25. februar). *Kreft*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>

Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 181-197). Cappelen Damm Akademisk.

Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg, bind 2, s. 397-436). Gyldendal.

Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A., Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 407- 449). Gyldendal akademisk

Morland, E. (2016, 19. august). *Palliasjonens mor*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>

Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi* (2.utg.). Cappelen.

Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000, 20. april). *Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin*. Tidsskriftet.

<https://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/eksempler-pa-bruk-av-musikk-i-klinisk-medisin>

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie* (S. Mellbye, Overs.). Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1860).

Nilsen, K. B. (2013, 12. november). *Bedre kunnskap om smertebehandling*. Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2013/11/leder/bedre-kunnskap-om-smertebehandling>

Risberg, T., Nilsen, O. G., & Wist, E. (2008). Alternativ og komplementær behandling. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg, s.179-193). Gyldendal akademisk.

Ruud, E. (2022, 8.april). *Musikkterapi*. Store norske leksikon. <https://snl.no/musikkterapi>

Ruud, E. (2017). *Musikk og identitet* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 17-30). Cappelen Akademisk.

Schmid, W. & Skrudland, H. (2016). Musikkterapi i palliativ omsorg. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 177-186). Universitetsforlaget.

Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter - sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 224-250). Cappelen Damm Akademisk.

Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 58-74). Cappelen Akademisk.

Øberg, S. P. (2013, 8. april). *Musikk virker mot angst*. Forskning.no. <https://forskning.no/angst-musikk/musikk-virker-mot-angst/641139>

Öslundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3.utg., s.59-82).

Författarna och Studentlitteratur

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 - PICOSKJEMA

Pasient/populasjon/ problem <i>Hvem?</i>	Intervention/initiative/ action <i>Hva?</i>	Comparison <i>Alternativer?</i>	Outcome <i>Resultat/effekt</i>
Beskriv typen pasienter	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
Kreftpasienter i palliativ fase Kreftpasienter Palliativ pleie Døende Cancer patients Palliative care End of life care Terminally ill	Sykepleier Helsepersonell Nurse Nurses Nurs* Healthcare professionals		Ikke-medikamentell smertelindring Komplementær behandling Alternativ behandling Symptombehandling Musikk Non-pharmacological pain management Symptom management Music therapy Music

Vedlegg 2 - SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.03.22	Chinal	Music therapy OR therapy music AND Pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction AND Terminally ill OR terminal care OR end of life	År: 2012-2022 Peer reviewed Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	8	5	1	0
27.03.22	Chinal	Terminal care OR Palliative care OR end of life care AND cancer patients OR oncology patient OR patients with cancer AND music therapy	År: 2012-2022 Peer reviewed Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	27	14	3	0
28.03.22	Pubmed	Music therapy AND cancer AND symptom management	År: 2012 –2022 Peer reviewed Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	83	35	12	1
28.03.22	British Nursing Index	Music therapy AND palliative care	År: 2012-2022 Peer reviewed Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	343	100	9	1

28.01.22	Pubmed	Music therapy AND palliative care	År: 2012-2022 Peer reviewed Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	144	62	7	2

Vedlegg 3 - Litteratormatrise 1

Artikkel 1	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Fallek, R., Corey, K., Qamar, Aamna, Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Kvetan, P. M. V. & Lounsbury, D. W. 2020 Palliative & Supportive Care USA
Artikkel-tittel	<i>Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting</i>
Hensikt med studien	Undersøker musikkens påvirkning på smerte, angst, respirasjonsfrekvens og puls. Undersøker også muligheten til å introdusere musikkterapi på et sykehus lokalisert i en storby. Studien undersøker videre interessen og mottakeligheten for et terapeutisk verktøy som er nytt og ukjent.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og Analyse	Metode: Det er brukt kvantitativ og kvalitativ metode for å hente og evaluere data på 3 undersøkelsesområder. 1. Muligheten for å levere musikkterapi på enhetene. 2. den foreløpige effekten av intervensjonen hos pasienten (puls, respirasjonsfrekvens og selvrapportert angst og smerte). 3. Pasientens interesse, mottakelighet og tilfredshet.

	<p>Analyse:</p> <p>Kvantitativ undersøkelse ble brukt for å måle angst, smerte, puls og respirasjonsfrekvens ved å observere to grupper (t-testing). Deskriptiv statistikk ble brukt for å finne gjennomsnitt, standardavvik og proporsjoner for variabler. Variabler i denne sammenheng er kjønn, alder og lengde på økten.</p> <p>Kvalitativ data fra musikkterapeutens notater ble lagt inn i analyseprogrammet NVivo, programmet koder blant annet tekst. Slik kunne underliggende mønster avdekkes, og danner temaer som gir en bedre forståelse av innhentet data.</p>
Utvalgt/populasjon	<p>150 pasienter deltok i studien. Gjennomsnittlig lengde på økten var 24 minutter. Deltakerne besto av både bevisste pasienter, samt pasienter som er intubert eller sterkt sederte. Musikkterapeuten brukte verktøyet Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), som måler agitasjon- eller sedasjonsnivå hos pasientene, før alle øktene. Dette var for å sikre kvalifisering. Musikkterapeuten målte puls, respirasjonsfrekvens og smerte med Wong-Baker FACES Pain Scale hos alle pasientene før og etter økten.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>I det kvantitative resultatet kommer det frem:</p> <p>Ved å bruke verktøyet gikk den gjennomsnittlige smertescoren ned fra 2.33 til 1.44, etter økten. På angstskaalen ble det redusert fra 2.10 til 0.94. Målinger viser at den gjennomsnittlige pulsen falt med 4,31 slag/min og respirasjonsfrekvens falt med 1,32 pust/min. Deretter ble multippel regresjonsmodellering brukt for å se effekten av én enkel musikkterapi økt. Ut ifra deltakernes kjønn, aldersgruppe og øktens lengde, selvrapporteres påvirkningen av angst og smerte. Det kom frem at det kun var angst som hadde varierende resultater, ut fra variablene over.</p>

	<p>I det kvalitative resultatet kommer det frem:</p> <p>De fleste deltakerne ønsket passive økter, hvor deltakerne etterspør sangene selv. Deltakerne virker mer avslappet underveis og etter øktene, dette gjelder både de bevisste og sederte pasienter. Musikkterapeuten ga støtte og viste tilstedeværelse gjennom økten, til deltakernes emosjonelle tilstander. Dette var aktiv lytting, verbal anerkjennelse av følelser som blir uttrykt, og speiling av følelser som ble delt gjennom musikalske tekster og stiler.</p>
Relevans	<p>Vi anser denne artikkelen relevant for oppgaven fordi den belyser musikkens innvirkning på angst og smerte, samt vitalia hos kritisk syke pasienter. Artikkelen viser også til andre roller musikk har, som en god relasjon mellom pasient og sykepleier.</p>

Vedlegg 4 - Litteratormatrise 2

Artikkel 2	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Gallagher, L. M., Lagman, R. & Rybicki, L. 2018 American Journal of Hospice & Palliative Medicine USA
Artikkel-tittel	Outcomes of music therapy interventions on symptom management in palliative medicine patients
Hensikt med studien	Gjøre seg kjent med musikkterapiens innflytelse ovenfor kreftpasienter på et sykehus. Et annet formål var å se hvordan pasientenes symptomer endret seg etter musikkterapien, med fokus på pasientens mål.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og Analyse	<p>Metode:</p> <p>Kvantitativ metode. Data ble samlet inn fra en musikkterapi-database hvor palliative kreftpasienter har mottatt musikkterapi i en tidsperiode fra 2000 til 2012.</p> <p>Analyse:</p> <p>Multipel lineær regresjons analyse ble brukt for å vurdere hvilken effekt musikkterapien hadde på pasientenes krefttype, alder (18+), kjønn og mål. Videre ble det ledende analyseprogrammet SAS software benyttet for analyse av all data.</p> <p>Data om forskjeller i fem pasient-rapporterte symptomer og tre musikkterapeut-rapporterte observasjoner før og etter musikkterapien ble sammenliknet ved hjelp av t-test.</p>

Utvalgt/populasjon	<p>Databasen inneholdt 5970 musikkterapi-økter fra 1570 pasienter. Etter inklusjons- og eksklusjonskriterier endte studien opp med data fra 293 pasienter, hvorav 93% av pasientene hadde kreftdiagnose.</p> <p>Pasientene skåret sine symptomer før og etter musikkterapien.</p> <p>Rogers Happy/Sad Faces Assessment Tool ble brukt til å evaluere humøret og en skala fra 0-10 ble anvendt for å skåre de resterende symptomene.</p> <p>Musikkterapeuten evaluerte pasientenes ansiktuttrykk, kroppsholdning og vokalisering før, under og etter musikkterapien basert på Nursing Assesment of Pain Intensity og Riley Infant Pain Scale.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Pasientene opplever reduksjon av smerte, angst og depresjon, samt bedring i humør og avslapning etter musikkterapien. Hvilken krefttype pasienten hadde, viste ingen forskjell for resultatene.</p> <p>37 forskjellige «musikktyper» ble identifisert, hvorav de fem hovedkategoriene var religiøs, country, klassisk, jazz og annet.</p> <p>Pasientene som hadde klare mål for musikkterapien, hadde mer positiv innvirkning av musikkterapien enn pasientene som ikke hadde klare mål.</p>
Relevans	<p>Data er samlet inn fra en stor gruppe kreftpasienter i en palliativ fase, som mottar musikkterapi.</p> <p>Musikkterapeuten jobbet fast på sykehuset og har god kjennskap til palliative kreftpasienter. Artikkelen belyser musikkens individuelle betydning for den enkelte pasient,</p>

	og hvordan musikken danner relasjon mellom terapeut og pasient ved å finne klare mål med musikken.
--	--

Vedlegg 5 - Litteratormatrise 3

Artikkel 3	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Esplen, M. J., Foster, B., Pearson, S., Wong, J., Mackinnon, C., Shamsudeen, I. & Cecchin, K. 2018 Supportive Care in Cancer Canada
Artikkel-tittel	A survey of oncology healthcare professionals' knowledge and attitudes toward the use of music as a therapeutic tool in healthcare.
Hensikt med studien	Undersøke kunnskap om og holdninger til bruken av musikk som et terapeutisk verktøy i kreft og palliativ pleie, samt å identifisere barrierer som er knyttet til å lære, og bruke musikken i pleien blant helsepersonell.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleieperspektiv
Metode og Analyse	Metode: Kvantitativ metode. En undersøkelse med hovedsakelig sykepleiere, men også andre helsepersonell. Analyse: Det er brukt deskriptiv statistikk for å finne gjennomsnitt, standardavvik og proporsjoner for variablene i studien. Sammenheng i ulike variabler som alder og utdanning ble tatt i betraktning med undersøkelsesspørsmålene om bevissthet, kunnskap og opplevd effekt av musikk i kreftpleie.

Utvalgt/populasjon	204 helsepersonell som jobber i kreftomsorgen fullførte studien. De fleste var kvinner og jobbet som sykepleier, men annet helsepersonell deltok også. Alle deltakerne har videreutdanning. Over halvparten oppgir å ha jobbet 20+ år i yrket. Halvparten av deltakerne jobbet på kreftsenter, 35,8% jobber på sykehuset, 17,4% jobber på lindrende enheter og 12,6% praktiserte i hjemmesykepleie/langtidspleie.
Hovedfunn/resultater	Til tross for at det er 97,9% av deltakerne som har hørt om musikk som terapeutisk verktøy, er det bare 55,5% som har kunnskap om hvordan det kan brukes i helsevesenet. I artikkelen kommer det frem at deltakerne opplever at musikkterapi har effekt. Det er også god respons fra deltagerne at de ønsker å lære hvordan de kan bruke musikk som terapeutisk verktøy i deres praksis.
Relevans	Vi anser at denne artikkelen er relevant fordi den belyser helsepersonellens kunnskaper og erfaringer med bruken av musikkterapi i palliativ fase. Den viser også til barrierer for bruken av musikkterapi i livets siste fase.

Vedlegg 6 - Litteratormatrise 4

Artikkel 4	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J. & Komarnicky-Kocher, L. T. 2014 Support Cancer Care USA
Artikkel-tittel	The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study.
Hensikt med studien	Sammenlikne effekten av musikkterapi og musikkmedisin, og se hvilken innvirkning dette har på psykososiale utfall og smerter hos kreftpasienter, på en døgnavdeling på et medisinsk senter. Videre formål var å forstå pasientens opplevelse av musikkintervensjonene.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og Analyse	Metode: Kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ data ble samlet inn ved semi-strukturert intervju av pasientene. Kvalitativ data ble transkribert og tematisk analysert . Analyse: Kvantitativ data ble lagt inn i en datamatrikse, og t-test ble benyttet for å finne forskjellene i undersøkelsen.

	Data fra de to analysene ble sammenliknet, der det settes lys på likheter og forskjeller av resultatene.
Utvalgt/populasjon	<p>31 kreftpasienter deltok, hvorav 30 pasienter gjennomførte to musikkterapiøkter og to musikkmedisinøkter på to uker. Pasientene rapporterte om sine symptomer som smerte, angst, humør og avslapning før og etter musikkøktene. Det ble benyttet VAS-skala for å skåre symptomene.</p> <p>Pasientene fortalte om sin subjektive opplevelse av musikkterapi og musikkmedisin, samt hvordan dette kan brukes videre for symptomlindring.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Begge musikkintervensjonene hadde positiv innflytelse for pasientenes symptombehandling. Kvantitativ data viser ingen store forskjeller av pasientens opplevelse av musikkterapi og musikkmedisin. Derimot uttrykte 77.4% fra kvalitativ data at musikkterapi var foretrukket. Musikk fikk pasientene til å redusere stress og smerter relatert til kreften.</p> <p>Høretelefoner blir trukket frem som et viktig verktøy i musikkmedisin for å skape fokus på avslapning, avspenning og sannelig tilstedeværelse med musikken.</p>
Relevans	Artikkelen belyser flere aspekter ved bruken av musikk i helsevesenet rettet mot kreftpasienter. Artikkelen omhandler pasienter som mottar behandling, men vi anser denne som relevant for vår oppgave ved å se på overførbarheten til kreftpasienter i palliativ fase.

