

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
1.2. Problemformulering.....	4
2. Metode.....	5
2.1. Hermeneutik.....	5
2.2. Forforståelse.....	6
3. Litteraturreview.....	9
3.1. Kvalitativt struktureret litteraturreview.....	9
3.2. Forskning.....	10
3.3. Kliniske beskrivelser.....	15
3.4. Anvisninger og råd til musikterapeuter.....	17
3.5. Opsamling.....	20
4. Empiri.....	21
4.1. Interview.....	21
4.2. Tematisk analyse.....	22
4.3 Patienters oplevelser.....	24
4.3.1 Ea.....	24
4.3.2 Ann.....	27
4.3.3. Opsummering.....	30
4.4 Personalets oplevelse.....	33
4.4.1. Rie.....	33
4.4.2. Søs.....	37
4.4.3. Loa.....	41
4.4.4. Opsummering.....	44
4.5. Kritik af interviewundersøgelsen.....	47
4.6. Miljømusikterapi.....	48
4.6.1. Spørgeskema.....	48
4.6.2. Patienter og pårørendes oplevelse af miljømusikterapi.....	51
4.6.3. Patientspørgeskemaerne ift. hypoteserne.....	57
4.6.4. Personalets oplevelse af miljømusikterapi.....	60
4.6.5. Personalespørgeskemaerne ift. hypoteserne.....	63
4.7. Samlet resultat ift. hypoteserne.....	65
4.8. Kritik af spørgeskemaundersøgelsen.....	67
5. Resultater.....	68

5.1. Opsummering	69
6. Diskussion	70
7. Konklusion	74
8. Afrunding	75
9. Referencer	76
10. Bilag	79
Bilag 1: Invitation til patienter	79
Bilag 2: Invitation til personale	79
Bilag 3: Samtykkeerklæring	80
Bilag 4: Transskribering og kodning af patientinterview med Ea	80
Bilag 5: Transskribering og kodning af patientinterview med Ann	80
Bilag 6: kodeoversigt, Patienter	81
Bilag 7: Transskribering og kodning af personaleinterview med Rie	82
Bilag 8: Transskribering og kodning af personaleinterview med Søs	82
Bilag 9: Transskribering og kodning af personaleinterview med Loa	82
Bilag 10: Kodeoversigt, Personale	83
Bilag 11: Spørgeskema, patienter og pårørende	84
Bilag 12: Resultater fra patient- og pårørendespørgeskema	87
Bilag 13: Spørgeskema, personale	94
Bilag 14: Resultater fra personalespørgeskema	96
Bilag 15: Læringsportefølje	103

1. Indledning

For langt de fleste mennesker er det at trække vejret noget som fungerer automatisk, problemfrit, og derfor også noget vi først tænker på, hvis mønstret i vejtrækningen af den ene eller den anden årsag ændres.

Sådan er det ikke for mennesker med lungesygdomme.

For dem kan det at få luft nok være en daglig kamp, som både kræver fysiske kræfter, tærer på energien, og skaber eksistentiel utryghed og angst, da vejtrækning er afgørende for om vi lever eller dør. Derudover har vejtrækning og evnen til at omsætte ilt i blodet en afgørende indvirkning på healing og på menneskets generelle velbefindende (Aldridge, 2004).

Forfatteren af dette speciale har længe haft interesse i det somatiske felt, forbindelsen mellem psyke og soma, og hvordan disse to påvirker hinanden indbyrdes. Interessen for patienter med lungesygdomme startede da hun fik mulighed for at komme i 9. semesterpraktik på lungemedicinsk afdeling på Aalborg sygehus i efteråret 2012, hvor hun bemærkede, at rigtig mange af patienterne var utrygge, angste og anspændte under indlæggelsen. Dette er meget forståeligt, da en indlæggelse på afdelingen ofte hænger sammen med enten en alvorlig sygdom eller udredning for samme, og derved en stor livsomvæltning eller en konfrontation med menneskets dødelighed, oveni kampen for at få luft eller for at have følelsen af at få den livsnødvendige luft.

En del af disse patienter var tydeligt psykisk påvirkede af sygdommen og deres livssituation, men forfatteren oplevede at behandlingsfokus, på trods af den viden man i dag har om den komplekse sammenhæng mellem psyke og soma, hovedsageligt var rettet mod de somatiske symptomer. Dette hænger sammen med, at lungemedicinske afdelinger i Danmark, som andre medicinske afdelinger, i behandlingen tager udgangspunkt i evidensbaseret medicin med fokus på de fysiske symptomer, og langt mindre fokus på den psykiske side af mennesket.

Forskning i lungesygdomme og psykiske symptomer viser imidlertid, at der er mindst tre gange så stor forekomst af angst- og depressionssymptomer hos lungepatienter med KOL end i resten af befolkningen (Brenes, 2003) og at lungesygdomme potentielt har en negativ indvirkning på psyken (Kelly, 2008). Da de psykiske symptomer ofte hænger sammen med følelsen af dyspnø, antager forskere at forhøjelsen af angstsymptomer hos lungepatienter generelt er forhøjet, da dyspnø ofte forekommer i denne patientgruppe (Jain et al. 2009).

Med denne viden om lungepatienters forhøjede risiko for at udvikle angst og depression, samt om psykens påvirkning af fysikken, undrede det forfatteren, at der ikke tages større hånd om de psykiske aspekter ved alvorlig sygdom allerede under indlæggelsen. Derudover blev hun nysgerrig på, hvordan det var for patienter at få mulighed for at tage hånd om psyken, og for personalet at få en behandlingsform med et helt andet fokus end det de normalt arbejder med ind på afdelingen.

1.2. Problemformulering

Med baggrund i interessefeltet og den undren som opstod under praktikken, fremkom følgende problemformulering:

Musikterapi på en dansk lungemedicinsk afdeling – kan musikterapi under indlæggelse være en hjælp for lungepatienter ift. psykologiske aspekter ved alvorlig sygdom, og i givet fald hvordan. Hvordan oplever patienter og personale tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen, og hvilken betydning kan en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) have på en medicinsk afdeling?

1. Hvordan bruges musikterapi ift. lungemedicin i udlandet?
2. Hvordan oplever patienter og personale at der på afdelingen også fokuseres på de psykologiske aspekter ved alvorlig somatisk sygdom?
3. Hvilken betydning kan en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) have på en lungemedicinsk afdeling?
4. Hvordan oplevede patienter og personale miljømusikterapi på afdelingen?

Problemformuleringen søges løst via en kvalitativ undersøgelse i tre dele; et litteraturreview, en interviewundersøgelse i to dele, samt en spørgeskemaundersøgelse, ligeledes i to dele.

Problemformuleringens første spørgsmål søges løst vha. af et kvalitativt struktureret litteraturreview af litteratur indenfor specialets interessefelt, som præsenteres i specialets kapitel 2.

Spørgsmål to og fire søges løst ved brug af både semistrukturerede interviews og spørgeskemaer til patienter og personale, som præsenteres i specialets kapitel 4, mens problemformuleringens spørgsmål tre søges løst via triangulering og diskussion af data fra specialets øvrige dele i kapitel 5 og 6.

2. Metode

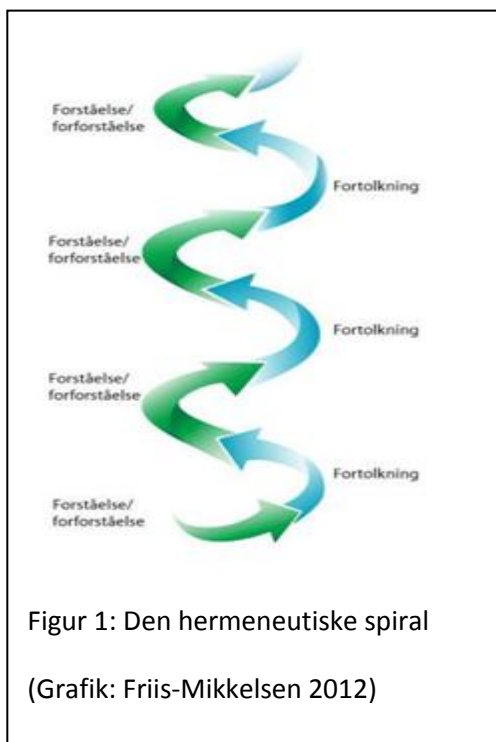
I det følgende kapitel beskrives specialets overordnede metode, hermeneutik, og hvilken relevans netop denne metode har for et projekt af denne type, hvilket munder ud i en kort redegørelse for forfatterens livs- og sygdomssyn, samt forforståelse i forhold til emnet.

2.1. Hermeneutik

Fokus for dette speciale er på at forstå hvad andre har oplevet ved musikterapi på lungemedicinsk afdeling. Forfatteren vælger at benytte hermeneutikken som metode, idet denne beskæftiger sig med at forstå det som studeres frem for forstandsmæssigt at begribe det (Thurén, 2008), ligesom den lægger vægt på at forskeren selv er en del af det som fortolkes og derfor ikke kan se fuldstændig objektivt på emnet, men må være sin egen forforståelse af emnet, sin kulturelle baggrund og den historiske kontekst bevidst i fortolkningen af dette.

Hermeneutik er en fortolkningslære som oprindeligt blev brugt til at fortolke og formidle meningen i bibelske eller juridiske tekster, og begrebet er forbundet med guden Hermes der var budbringer mellem mennesker og guder (Christensen, 1994), men gennem de sidste 100 år er hermeneutikken blevet udviklet til både at være en filosofisk retning der beskæftiger sig med tolkning af menneskets tilværelse og forhold til verden, og en metode til fortolkning (Friberg, 2007).

Som metode tager hermeneutikken udgangspunkt i empiri, logik og empati, idet fortolkeren via introspektion kan sætte sig ind i en andens situation og forstå vedkommendes følelser og oplevelser (Thurén, 2008), hvilket i nærværende projekt benyttes i analysen af interviews vedr. informanternes oplevelser, hvor forfatteren bruger sin logik og sin empati til at afkode informanternes udsagn i forhold til projektets emneområde.



I hermeneutik opstår forståelse i en bevægelse mellem enkeltdelen og helheden af det som studeres, idet en hermeneutisk tolkning forudsætter en gensidig forståelse af dele og helhed. Oprindeligt blev forståelsesprocessen beskrevet som en cirkel, hvor fortolkeren tager udgangspunkt i sin forforståelse af emnet, og herudfra indsamler og fortolker ny viden i en proces, som samtidig påvirker forforståelsen af emnet (Kenny, 2005).

Mange hermeneutikere beskriver i dag denne proces som en spiral (figur 1), idet fortolkning af ny viden påvirker (for)forståelsen, hvorved denne ændres, fordomme opløses, og den ses på et dybere plan.

Ifølge hermeneutikken er forudsætningen for forståelse en historisk betinget forforståelse, som kan revideres via erfaring eller en hermeneutisk proces, men som samtidig er bestemmende for hvad der erfarer. Således må en forsker som arbejder indenfor hermeneutikken være bevidst om sin

forforståelse, sine fordomme og den historiske kontekst for, i det omfang det er muligt, at kunne adskille disse fra forskningen, og via sin empati forsøge at sætte sig ind i den andens oplevelse af emnet.

Forfatteren af dette speciale stod i en dobbeltrolle i forhold til projektets empiri, da hun både var den musikterapeut hvis arbejde lå til grund for informanternes oplevelser, og forskeren som interviewede og analyserede disse oplevelser. Dette problem er i nærværende speciale søgt løst via en bevidsthed om dobbeltrollen under hele processen, hvorved forholdsregler som for eksempel både at spørge til positive og negative oplevelser under interviewene, at optage patientinterviewene på video med henblik på en eventuel analyse af kropssprog i tilfælde af mistanke om at de ikke følte de kunne tale frit, samt særlig opmærksomhed under analysen på at få både det negative og det positive ekspliciteret, kunne tages for at undgå en påvirkning af resultatet.

Da forskerens egne vurderinger og forforståelse som tidligere nævnt påvirker hermeneutisk tolkning, er analysens validitet, præcision og kvalitet afhængig af dennes afstand til emnet, og ligeledes af at tolkningen sættes ind i den rette kontekst (Ibid). I dette speciale søges dette gjort ved, at forfatteren ekspliciterer sin forforståelse og sit livssyn, samt at der redegøres for hvert trin i analysen.

2.2. Forforståelse

I det følgende afsnit redegøres kort for forfatterens menneske- og sygdomssyn, samt forforståelse af problemformuleringen og dennes underspørgsmål.

For at tydeliggøre nærheden til forforståelsen og forsøget på at adskille personlig forforståelse fra undersøgelserne i dette speciale skrives forforståelsen i jeg-form, mens forfatteren i resten af specialet omtaler sig selv i tredje person.

Mit menneskesyn er præget af både holisme, humanisme og eksistentialisme. Jeg ser mennesket som en helhed af krop, sjæl og ånd, og mener at de tre dele påvirker hinanden indbyrdes og at der må tages hensyn til og hånd om helheden for at mennesket kan udleve det potentiale det besidder og leve sit liv så godt som muligt. Jeg mener også, at hvert enkelt individ er i besiddelse af kvaliteter som kan komme almenvellet til gode, og at den enkelte har ret til at udvikles i frihed og respekt for disse kvaliteter, men samtidig også har et ansvar, både for sig selv, sine meninger og handlinger, og for at finde en mening med tilværelsen og skabe en egen identitet. Med fokus på både individet og fællesskabet ser jeg det som en vigtig evne at kunne pendulere mellem disse to for at kunne skabe en ligevægt og helhed mellem disse. Dette menneskesyn lægger op til, at også sygdomssynet er præget af en holistisk tankegang, hvorfor jeg tilslutter mig Antonovsky's tanker om salutogenese, hvor sundhed og sygdom danner et kontinuum, og mennesket derfor ikke er enten sundt eller sygt, men mere eller mindre sundt (Hansen et al. 2008, Antonovsky, 2000), og hvor vægten lægges på at finde frem til hvad der holder os sunde.

Jeg forestiller mig, at det at få en alvorlig fysisk sygdom, hvad enten det er en som kan helbredes, en kronisk, eller en livstruende sygdom, også må påvirke personens psyke. Jeg forestiller mig, at patienterne kan blive ramt af en eksistentiel krise, hvor de må se deres egen dødelighed i øjnene, og at mange rammes af angst for døden, tager deres liv op til revision eller sidder med mange tanker og bekymringer om fremtiden. Samtidig tror jeg, at det er vigtigt at føle et personligt værd, og at man ved at få en alvorlig sygdom kan miste denne følelse, og blive nervøs for at ligge andre til last eller ikke

kunne være noget for sine kære. På den ene side tror jeg at det må være godt at få mulighed for at se på disse følelser og tanker som dukker op, og dele dem med andre, men på den anden side forestiller jeg mig, at nogle patienter mest af alt kan have et ønske om at fortrænge disse, eller er opdraget med at følelser ikke er noget man taler om eller at det er noget man handler sig igennem.

På danske somatiske afdelinger er hovedsageligt den fysiske side af mennesket i fokus, og jeg forestiller mig, at det for patienterne på den ene side kan være godt at fokus bliver mere holistisk og at der tages hånd om hele mennesket, men ved samtidig, at alvorlig sygdom ofte medfører stærkt nedsat energiniveau, hvorfor jeg tænker, at det måske kan være for meget for nogle patienter at skulle forholde sig til deres tanker og følelser samtidig med de fysiske symptomer.

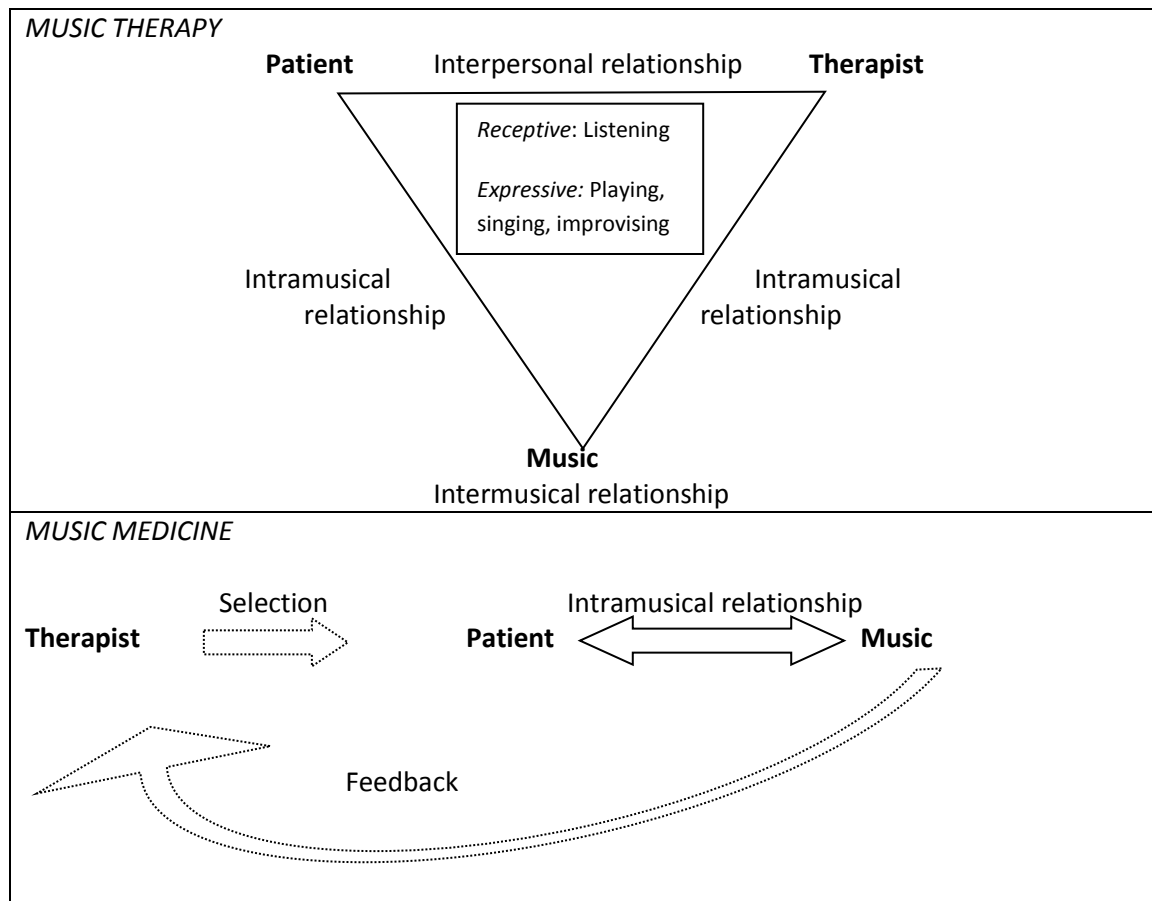
Jeg forestiller mig at det for personalet både kan være rart og frustrerende at få en ny faggruppe ind på afdelingen. På den ene side må det være rart for personalet at de kan henvise patienter til en fagperson som er uddannet til at tage hånd om de psykologiske aspekter, og på den anden side må det være frustrerende, idet de stadig skal være opmærksomme på patienternes psykiske tilstand og tage højde for denne i plejen, samtidig med at de skal vurdere hvem det er relevant at henvise til behandling. Jeg forestiller mig også, at det kan skabe en del forvirring at få en ny faggruppe ind på afdelingen, idet de skal forholde sig til denne og finde ud af hvordan, og i hvilke tilfælde, de kan bruge dennes kompetencer. Derfor forestiller jeg mig, at personalet både kan opleve det som et plus og et minus at få en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) ind på afdelingen, idet det på den ene side kan lette deres arbejde, og på den anden side giver dem nogle nye, ekstra opgaver i en ellers travl hverdag.

Jeg ser musikterapi som en terapiform med musikken som redskab til at nå nogle mål, hvor musikken i sig selv ikke nødvendigvis er målet, og oplever at musik kan nå os på en helt særlig måde, idet den kan gå bagom kognitionen og berøre følelsesmæssigt, igangsætte fantasien eller skabe adgang til erindringer.

I forhold til musikbrug på et sygehus skelner jeg mellem musikterapi og musikmedicin. Efter min mening indebærer musikterapi tilstedeværelsen af både en klient, en terapeut og musik, idet relationen mellem mennesker er en vigtig bestanddel i en forandringsproces, lige så vel som relationen mellem musikken og klienten eller musikken og terapeuten kan være medvirkende hertil. I en musikterapeutisk proces kan relationerne imitere relationer fra andre områder af livet, således at musikken og terapeuten for eksempel på samme tid kan fungere som en container for klientens sorg eller vrede og katalysator for en forandring af samme. I andre tilfælde kan musikken være det som skaber en relation eller et fællesskab mellem klient og musikterapeut, hvilket kan give begge noget at forholde sig til, og som for eksempel følelser kan lægges ind i, hvorved de kan holdes lidt på afstand.

I musikmedicin er det musikkens unikke egenskaber til for eksempel at skabe ro eller afspænding som bruges af en person uden en terapeuts tilstedeværelse. Jeg mener, at der også her kan opstå en relation mellem musikken og personen, men at den terapeutiske relation må være til stede før musikkens fulde potentiale kan udnyttes.

Efter min mening kan musikterapi gå dybere end musikmedicin, idet klient og terapeut i samarbejde kan finde frem til et fokus at arbejde med i en dynamisk proces vha. musikken, mens musikmedicin tilbyder et fastlagt program med ofte afspændende eller beroligende egenskaber, hvor påvirkningen kun går fra musik til lytter, jf. figur 2.



Figur 2: Elementer og relationer i musikterapi og musikmedicin (Trondalen et al. 2012, s. 42)

Jeg tænker musikterapi på et sygehus som en kombination af musikterapi og musikmedicin, hvor formålet både kan være af fysiologisk, psykologisk eller psykosocial karakter. For eksempel kan patienter i musikterapi lære at bruge musik til at finde ro, til smertelindring, beroligelse eller adspredelse, og ud fra deres præferencer kan sammensættes et særligt program de kan lytte til ved behov.

Jeg mener generelt at alle kan have glæde af musik under et sygdomsforløb, men tænker at nogle patienter befinder sig i et så stort kaos at de ikke kan overskue flere stimuli, at de ikke bryder sig om musik, eller at de ikke mener de kan bruge det, hvorfor jeg ser patientens egen oplevelse som meget vigtig for, om musikterapi eller musikmedicin vil være et passende tilbud til den enkelte.

I forhold til miljømusikterapi forestiller jeg mig, at patienterne kan opleve at det er rart med musik, som dels kan give lidt afveksling i hverdagen, og dels være med til at ændre stemningen i en mere positiv retning, men samtidig, at nogle patienter kan opleve det som irriterende, hvis den musik musikterapeuten spiller ligger uden for deres personlige præferencer, eller personen er meget dårlig og derfor ikke magter at skulle forholde sig til auditive stimuli. Jeg tror også at personalet kan opleve det som både positivt og negativt, alt efter deres musikpræferencer, humør og det aktuelle stressniveau på afdelingen. Jeg forestiller mig at nogle kan opleve at stressniveauet mindskes når lyd miljøet påvirkes af rolig musik, mens andre bliver mere bevidste om deres stressniveau, hvis musikken ikke følger deres arbejdstempo.

Jeg er af den overbevisning, at musikken påvirker alle på en eller anden måde, men at påvirkningen er meget individuel, da bl.a. musikpræferencer, aktuelt humør, stressniveau og arousalniveau kan spille ind.

3. Litteraturreview

I dette kapitel beskrives metoden bag et kvalitativt struktureret litteraturreview, og resultaterne af dette speciales litteraturreview præsenteres med henblik på en senere besvarelse af problemformuleringens første delspørgsmål.

3.1. Kvalitativt struktureret litteraturreview

Et litteraturreview er en hjørnesten i al forskning, ifølge musikterapiforsker Cheryl Dileo, da den giver et overblik over eksisterende forskning, underbygger rationalet for ny forskning og identificerer uudforskede områder (Dileo, 2005). Hun understreger, at et godt litteraturreview er omfangsrigt, at litteraturen er relevant for emnet, og at det præsenteres klart og uden bias fra undersøgerens side. Til dette speciales litteraturreview er Dileos fremgangsmåde stort set fulgt, dog har forfatteren anskaffet litteratur og lavet bibliografi sideløbende med litteratursøgningen, samt skitseret litteratursektioner samtidig med opdeling og organisering af litteraturen.

Fremgangsmåden for litteraturgennemgangen er derfor som følger:

1. Identificér søgeord
2. Søg litteratur og kreer bibliografi
3. Anskaf litteratur og afgræns søgningen
4. Lav resume af litteraturen
5. Organiser og opdel litteraturen i sektioner
6. Skriv litteraturafsnit

Årsagen til denne modifikation var, at en del af litteraturen kunne findes elektronisk, hvorfor forfatteren valgte at hente den samtidig med søgningen fremfor at søge den igen på et senere tidspunkt, samt at forfatteren påbegyndte læsning af litteraturen før den blev opdelt i sektioner, og derfor opdelte og organiserede litteraturen samtidig.

Litteratursøgningen startede med en identifikation af nøgleord ud fra specialets problemformulering. Herefter søgtes dels i udvalgte elektroniske databaser og dels via en kædesøgning i bøger.

Forfatteren valgte at søge i databaserne *Academic Research Library*, *PubMed*, *PsychInfo*, og *RefShare – music therapy literature September 2012*, og på kombinationer af følgende nøgleord: *music therapy, lung disease/disorders, respiratory, pulmonary, anxiety, distress, tension, depression, emotional disorder, dyspnea*.

Denne søgning gav 39 tekster fra databasesøgningen og 14 kapitler eller tekster i kædesøgningen. Herefter afgrænsede forfatteren sin søgning ved at vælge, at der skulle være tale om musikterapi, dvs. at en musikterapeut skulle deltage, at patienterne skulle være voksne, der skulle være tale om lungesygdom, og teksten skulle være skrevet på dansk, svensk, norsk, tysk eller engelsk.

Herved opstod samtidig følgende eksklusionskriterier: børn, musiklytning/musikintervention, musikmedicin, og musik som sygeplejerskeintervention.

Afgrænsningen blev lavet på baggrund af den patientgruppe forfatteren havde mulighed for at indhente data fra, ønsket om at undersøge musikterapi fremfor musikmedicin eller musikinterventioner, og for at undgå sprogbarrierer.

Herefter kunne litteraturen inddeles i de tre kategorier: forskning, kliniske beskrivelser, og anvisninger og råd til musikterapeuter. En kædesøgning i litteraturens referencelister gav ikke yderligere litteratur. Den fundne litteratur præsenteres narrativt og opstilles i skematisk form herunder.

3.2. Forskning

I det følgende afsnit beskrives den fundne forskningslitteratur på området, som viste sig at være ret begrænset da kun fem tekster faldt indenfor inklusionskriterierne. Af disse handler de fire om musikterapi og mekanisk ventilation¹, og den sidste om sang.

I et tredages pilotforsøg undersøgte amerikanske forskere (Chlan et al. 2001) om en musikintervention patienterne selv igangsætter eller personalet kan tilbyde ved angst eller behov for afspænding, kunne implementeres på en intensivafdeling. Deres mål var at se om interventionen havde en effekt på angst og udvalgte afspændingsindikatorer, om patienterne ønskede at bruge interventionen, og hvilke barrierer der eventuelt kunne være for denne type intervention. En musikterapeut spurgte patienterne om deres musikpræference, hvorefter patienterne valgte musik i terapeutens samling. Herefter blev patienten instrueret i at lytte til musik hvis de følte angst eller havde lyst til det, og personalet blev instrueret i at tilbyde musikinterventionen hvis de vurderede at patienten var angst. Resultatet viste at patienterne gerne vil bruge musikinterventionen og at det er muligt at implementere denne, men at der er behov for at personalet undervises mere i metoden, samt at musikafspilleren har en synlig plads, så både patient og personale mindes om muligheden. Grundet manglende fysiologiske data og en meget lille sample size kunne interventionens effekt ikke måles, men bl.a. pga. at én af deltagerne konsekvent faldt i søvn undervejs, samt at patienterne valgte at bruge musikinterventionen mere end én gang, vurderedes at interventionen var gavnlig.

Via to case-beskrivelser fra en større amerikansk undersøgelse viser Heidersheit et al. (2011) hvilken effekt musikterapi kan have på kritisk syge, ventilerede patienter, samt hvordan de har implementeret musikterapi på en intensivafdeling. I forsøget besøges patienterne dagligt af en musikterapeut, som vha. en assessment af musikpræferencer sammensætter musik til patienten, løbende retter musiksamlingen til, og lærer patienten at bruge musikken hensigtsmæssigt ift. deres individuelle behov. Den ene patient lærer at bruge musiklytning ved angst, hvorved han får en følelse af kontrol på trods af sygdommen, og han oplever til sidst at kunne håndtere dialysebehandling med hjælp fra musikken i stedet for angstdæmpende medicin, mens den anden patient beretter, at han føler at musiklytningen og den opbyggede terapeutiske relation var afgørende for at han kom igennem sit sygdomsforløb.

På en tværfaglig amerikansk afdeling til afvænnning fra mekanisk ventilation undersøgte en gruppe musikterapeuter og læger muligheden for at implementere musikterapi som intervention i forbindelse med afvænningsforsøg (Oliva et al. 2009, Hunter et al. 2010). De undersøgte effekten på patienternes angst, samt patienter og personales tilfredshed med interventionen. Patienterne fik musikterapi tre gange ugentligt i forbindelse med forsøg på afvænnning fra mekanisk ventilation eller andre potentielt angstprovokerende procedurer som fx fysioterapi eller dialyse. Resultaterne viste at både patienter og personale udtrykte stor tilfredshed med interventionen, at patienterne ønskede at fortsætte med musikterapi trods svær sygdom og at musikterapi kan implementeres i et tværfagligt miljø. Derudover var der signifikant forskel på puls ($p < 0.0267$) og vejrtrækningsrytme ($p < 0.0001$) præ-post musikterapi, hvilket kan tyde på en afspændende eller angstdæmpende effekt. Forskerne forventede at se en positiv

¹ Mekanisk ventilation: respiratorbehandling eller behandling hvor patienten har en maske som støtter vejrtrækningen, spændt tæt til ansigtet.

effekt på antal afvænningsdage i forhold til en historisk kontrolgruppe, men fandt, at musikterapigruppen brugte signifikant flere dage på afvænning end kontrolgruppen. De tror at dette kan bunde i besvær med at finde gode historiske matches, da variable som fx ko-morbiditet eller antal timer i afvænningsforsøg ikke var noteret, hvorfor sammenligningsgrundlaget mellem grupperne var usikkert (Hunter et al. 2010). Oliva et al. (2009) beskriver yderligere, at patientspørgeskemaet viste, at 98 % af patienterne følte sig mindre angst, 80 % følte mindre stress, 96 % følte at musikterapien hjalp dem, at 100 % ville deltage i musikterapi igen, og at der var en succesrate for afvænning på 80 % i musikterapigruppen. Derudover skriver de at personalet gennemsnitligt svarede over 4 på en Likert-skala, hvor 1 var meget uenig og 5 meget enig, i samtlige spørgsmål.

I en undersøgelse af sangtræning i små gruppers effekt på fysisk helbred, generel velvære og livskvalitet hos patienter med emfysem², fandt Engen (2005), at to ugentlige sangtimer, hvor der under opvarmning blev sat fokus på og undervist i vejtrækningsteknik og korrekt kropsholdning, havde signifikant effekt på patienternes vejtrækningskontrol og -støtte, men ikke signifikant effekt på FEV₁ og gangdistance. Deltagernes vejtrækningsmodus ændredes undervejs i forsøget fra overfladisk vejtrækning til diafragmavejtrækning³, og denne ændring holdt ved hos seks af syv deltagere to uger efter sangtræningens ophør. Forskerne undersøgte også på deltagernes livskvalitet, hvor de fik blandede resultater, og konkluderede at sangtræning kan have gavnlig effekt på livskvaliteten hos ældre med emfysem, men at deres undersøgelse muligvis var for kort til at vise dette tydeligt.

² Emfysem: forstørrede lunger grundet uoprettelig beskadigelse af lungeblærene og lungevævs elastiske fibre.

³ Diafragmavejtrækning: diafragma (mellemgulvsmusklen) bruges til at opnå maksimalt luftindtag med minimal anstrengelse.

Musikterapi på en lungemedicinsk afdeling

Forfatter	Metode	Fokus	Forskningsparametre	Effekt
Chlan et al. (2001)	Deskriptivt pilotstudie. 5 deltagere (2 gennemførte).	Angst Afspænding Anvendelighed 'Barrierer for implementering'	<i>Psykologisk og fysiologisk</i> Anxiety, HR, RR, BP, 'Identificerede barrierer'	Patienter lyttede i gennemsnit 2 gange, og 67,8 minutter. Barrierer: utilgængelighed til afspiller, manglende erfaring hos personalet. Fysiologiske målinger ikke mulig.
Engen (2005)	One-group pretest-posttest design with repeated measures. 7 deltagere.	Fysisk helbred Generel velvære Livskvalitet	<i>Psykologisk og fysiologisk</i> Gangdistance, FEV ₁ , inhalationstærskel, The DUKE Physical Health Scale, vejtrækningskontrol, vejtrækningsstøtte, vejtrækningsmodus, modifieret Borg Symptom Rating Scale, VAS, DUKE Health Profile, tilfredshedsundersøgelse.	Signifikant forskel over tid i funktion på vejtrækningshåndtering ($p < 0.038$) og vejtrækningsstøtte ($p < 0.000$). Tydeligt skift fra vejtrækning i øvre del af brystkassen til diafragmavejtrækning, som holdt 2 uger efter interventionens ophør hos 6 af deltagerne. Blandet resultat af livskvalitetsmålinger. Ingen signifikant forskel over tid i FEV ₁ , inhalationstærskel eller gangdistance.
Heidersheit et al. (2011)	Case-study 2 deltagere.	Angst	<i>Psykologisk</i> Kort SSAI, VAS-A	Én deltager lærte at håndtere sin angst. Én deltager udtrykte at musikken fik ham gennem forløbet
Hunter et al. (2010)	Pilotstudie. Pretest-posttest design med historisk kontrol. 61 deltagere.	Stress (Angst) 'Indføjes-mulighed på afdeling'	<i>Fysiologisk og psykologisk</i> HR, RR, Patient survey, Sygeplejerske survey, 'Antal dage til afvænnning' Patienttilfredshed, Sygeplejerske-tilfredshed	Kunne inkorporeres succesfuldt i tværfagligt miljø. Signifikant forskel på HR ($p < 0.0267$) og RR ($p < 0.0001$) præ-post-session. Høj tilfredshed blandt patienter og personale. Ingen signifikans ift. Antal afvænningsdage.
Oliva et al. (2009)	Pilotstudie. Pretest-posttest design med en historisk kontrolgruppe	Angst Stress 'Inføjes-mulighed på afdelingen'	<i>Fysiologisk og psykologisk</i> HR, RR, Patient survey, Sygeplejerske survey, 'Antal dage til afvænnning' Patienttilfredshed, Sygeplejerske-tilfredshed	Signifikant lavere HR ($p < 0.0267$) og RR ($p < 0.0001$) præ-post-session. Høj tilfredshed blandt patienter og personale. Patient-spørgeskema: 98% følte sig mindre angst, 80% følte mindre stress, 96% følte det var en hjælp for dem, 100% ville deltage i musikterapi igen. Ingen signifikans ift. Antal afvænningsdage. Succesrate på 80 % (41 ud af 51 blev fravænnnet mekanisk ventilation.)

Skema 1: Oversigt over forskning i musikterapi og lungesygdomme.

Under litteratursøgningen dukkede yderligere tre forskningsartikler om sangtrænings effekt på KOL-patienters helbred op. Disse hører ikke under inklusionskriterierne, da de ikke involverer musikterapeuter, men er taget med i litteraturreviewet, fordi sessionsopbygningen minder om Engens (2005) forsøg, de belyser sangens effekt på lungepatienter, og forfatteren finder dem relevante for specialets interessefelt.

Et RCT-studie af sangtræning vs. håndarbejde viste, at sangtræning kan være en behagelig metode til lungetræning, måske kan hjælpe med at rense lungerne for slim, og kan forbedre livskvaliteten (Bonilha et al. 2009). Den viste at deltagerne under sang oplevede en lille dyspnø-øgning, men også at deres iltmætning i blodet var højere under sang end normalt.

Lord et al. (2010) påviste, at sangtræning kan bruges som terapi til KOL-patienter, da de fandt positiv indflydelse på livskvalitet og ængstelse, samt at deltagerne oplevede en forbedring ift. fysisk udfoldelse, generel velvære og præstationsfølelse, på trods af at de fysiologiske målinger ikke viste ændring i vejrtrækningskontrol eller træningskapacitet. En spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med åbne sangworkshops viste desuden at deltagerne var overvældende positive, gerne ville deltage igen, og at 81 % følte markant fysisk forbedring efter én workshop.

Et RCT-studie af hvorvidt det er sangtræning eller det at være del af en gruppe, her en filmklub, som har positiv indflydelse på KOL-patienter, viste, at sangtræning havde en anderledes indflydelse på helbredsstatus end anden gruppeaktivitet. Både sang- og filmgruppen oplevede højere psykisk velvære efter forsøget, mens kun sanggruppens medlemmer oplevede en fysisk forbedring, som dog var nonsignifikant i de fysiologiske målinger. Interviews viste desuden at flere sangdeltagere ønskede at bruge sang i hverdagen, og at deltagerne i filmklubben gerne ville deltage i sangtræning (Lord et al. 2012).

Musikterapi på en lungemedicinsk afdeling

Forfatter	Metode	Fokus	Forskningsparametre	Effekt
Bonilha et al (2009)	RTC-studie. 30 deltagere.	Lungefunktion og livskvalitet hos KOL-patienter.	<i>Fysiologisk og Psykologisk</i> Spirometri (FVC, FEV_1 , FEV_1/FVC , IC og ERV), Maximal Respiratory Pressure Measurements (PI_{max} , PE_{max}), Evaluering af dyspnø (Borg-skala), Saint George's Respiratory Questionnaire Funktionel evaluering umiddelbart efter 10 minutters sangøvelse i slutningen af forsøget.	Sanggruppen: kortvarig øgning af dyspnø ($p = 0.02$) og inspirationskapacitet ($p = 0.01$), samt fald i eksspiratorisk reservevolumen ($p = 0.03$) lige efter en kort sangsession. Kun signifikant forskel mellem grupperne på ændring af maximal eksspiratorisk tryk ved træningens afslutning, hvor kontrolgruppen viste forværring mens sanggruppen viste en lille forbedring. Signifikant forbedring af livskvalitet i begge grupper, men ikke grupperne imellem. Kort sangsession viste en lille, men signifikant øgning af dyspnø 2 min efter sessionen, samt signifikant højere iltmætning under sang.
Lord et al (2010)	RCT-studie. 36 deltagere Åben sang-workshop. 150 deltagere	Livskvalitet, ængstelse, og fysiologiske parametre.	<i>Fysiologisk og Psykologisk</i> Hospital Anxiety and Depression Scale, St George's Respiratory Questionnaire, SF-36. Funktionel træningskapacitet, recovery tid (Borg dyspnea score, iltmætning, HR), vejtrækningskontrol. Struktureret interview. Spørgeskema-survey i workshop.	RCT: Signifikant forbedring af fysiske dele af SF36. Signifikant fald i HAD angst score. Ingen forbedring i "single breath counting", "breath hold time" og "shuttle walk distance". Interview: positiv effekt på fysisk oplevelse, generel well-being, social støtte og præstation/effektivitet. Åben workshop survey: 96 % sagde det var fornøjeligt/behageligt, 98 % mente de havde lært noget om vejtrækning, 81 % følte markant fysisk forandring efter én workshop. 61 % havde aldrig før været med til sangworkshop. 92 % ville gerne deltage i workshops igen.
Lord et al. (2012)	RCT-studie. 33 deltagere	Effekt af sangtimer vs. gruppeaktivitet (filmklub).	<i>Fysiologisk og psykologisk.</i> Helbredsstatus-spørgeskemaer (HADS, CAT, SF-36), vejtrækningskontrol (Breath Hold Test, Single Breath Counting), træningskapacitet (Incremental Shuttle Walk Test, Borg-skala, HR) og daglig fysisk aktivitet. Strukturerede interviews.	Signifikant forskel på den fysiske komponent af SF-36 i sanggruppens favør ($P = 0.02$), men ingen på mental komponent af SF-36, vejtrækningskontrolmåling, træningskapacitet eller daglig fysisk aktivitet. Interviews: Positiv effekt på fysisk velvære i sanggruppe, men ikke i filmgruppe. Begge grupper oplevede forbedring i mental score på SF-36. Sanggruppen rapporterede større bevidsthed om deres vejtrækning og kontrol af denne.

Skema 2: Oversigt over udvalgt, relevant forskning udenfor inklusionskriterierne.

3.3. Kliniske beskrivelser

Andet spor i litteraturreviewet indeholder case-beskrivelser eller vignetter fra klinisk praksis, og omhandler integreret musik- og fysioterapi, mekanisk ventilation, parterapi under indlæggelse, smerter, og musikalsk livsreview.

Gutgsell (2009) skriver om muligheden for at integrere musikterapi med andre terapiformer til gavn for patienterne. De tre cases handler om musikterapi med ældre som enten er på eller nyligt er fravænnnet mekanisk ventilation, og viser hvordan de anspores til træning, eller oplever større energi eller en følelse af kontrol i en ubehagelig situation.

Som tidligere nævnt beskriver Heidersheit et al (2011), hvordan to patienter på mekanisk ventilation oplever følelse af kontrol og evne til at håndtere angst ved hjælp af patientinitieret musiklytning med daglig tilretning af musikudvalget via besøg af en musikterapeut.

Oliva et al (2009) beskriver med syv cases fra en afdeling til afvænnning fra mekanisk ventilation hvordan musikterapi kan være en hjælp for patienterne i flere forskellige situationer. Afvænnning fra mekanisk ventilation, og andre medicinske procedurer, kan være angstprovokerende, og nogle procedurer kan desuden være smertefulde. I en case beskrives, hvordan en kvinde, som tidligere kun havde været koblet fra respiratoren 25 minutter ad gangen grundet angst, efter musikterapi en halv time før samt den første halve time i forsøget, magtede at være koblet fra maskinen i ni timer, mens en anden patient fik mindsket sin angst for overgangen mellem dag og nat, og en tredje oplevede mindre angst ved dialysebehandling og afvænningsforsøg. Én patient var så optaget af musikterapien at hun ikke bemærkede en nålestikprocedure, mens en anden blev afledt fra smerterne under skift af en bandage og fik løftet sit humør. I en case fortælles, hvordan personalet kom løbende til, da de så en patient vippe med hovedet, og troede hans vejtrækning var besværet. De blev overraskede over at se patienten synge med, smile og bevæge sin fod i takt til musikken, hvilket de ikke havde oplevet før, og efterfølgende var han koblet fra maskinen i fem timer længere end hans mål var. Den sidste case beskriver en patient som begyndte at blive panisk halvvejs igennem et 12-timers afvænningsforsøg, men via musikterapi sammen med sin mand faldt til ro og gennemførte afvænningsforsøget uden den ekstra beroligende medicin hun havde efterspurgt.

I en artikel om musikterapi med par, hvoraf den ene partner er indlagt, beskriver Hinman (2010) hvordan musikterapi kan være en hjælp til at opretholde intimitet og kommunikation i parforholdet, som udsættes for mange stressfaktorer ved svær sygdom. Via musikterapi kan man forbedre parrets kommunikation, opdage spændinger imellem parterne, og give plads til arbejde med følelser og spændinger. Hun skriver, at både patient og pårørende kan have stor gavn af musikterapien, men at de i nogle tilfælde takker nej til yderligere terapi, hvilket måske kan skyldes deres ubehag ved at se partneren stærkt berørt af følelser eller deres situation.

Nogle patienter oplever vejtrækningsproblemer grundet smerter, og kan blive så anspændte at smerten forværres eller de bliver stakåndede og får brystsmerter. Lichtensztejn (2009) beskriver musikterapi med to patienter, som begge havde vejtrækningsproblemer grundet smerte. Hun beskriver, hvordan musikterapi gav patienterne følelsesmæssig og spirituel støtte og hjalp dem med at genskabe kontakt til deres identitet uden for hospitalet, og samtidig mindske smerte og anspændthed, hvorved vejtrækningsproblemerne blev mindsket og det blev lettere for den ene patient at deltage i genoptræning.

Musikterapi på en lungemedicinsk afdeling

I en artikel om musikalsk livsreview beskriver Sato (2011) hvordan musikken hjalp to patienter med lungesygdomme med at få kontakt til deres minder og komme overens med deres liv. Den ene patient sov meget af tiden, men en sang valgt på baggrund af hans interesser fik ham til at synge med og tale klart til sin datter, hvilket han ikke havde gjort i et par dage, mens en anden patient blev mere afslappet og mindre angst, da hun hørte musik som mindede hende om hendes baggrund.

Forfatter	Antal cases	Fokus	Intervention	Effekt
Gutgsell (2009)	3	Mekanisk ventilation	Integreret musik- og fysioterapi. Musikterapi under operation. Familiemusikterapi før fysioterapi	Musikterapi under fysioterapi tilpasset patientens gangtempo ansporede fortsat træning. Musikterapi under indsættelse af lungebrænde gav patienten en følelse af kontrol og noget andet at fokusere på. Musikterapi med familien før musikterapi gav patienten styrke til at gå længere end normalt under træning.
Heidersheit et al. (2011)	2	Mekanisk ventilation	Musikterapi med fokus på at finde musik til patientinitieret musiklytning	Én deltager lærte at håndtere sin angst og kunne undvære angstdæmpende medicin under dialysebehandling. Én deltager udtrykte at musikken fik ham gennem sygdomsforløbet.
Hinman (2010)	1	Tuberkulose	Musikterapi med par hvor den ene part er indlagt med fysisk sygdom.	Musikterapien tydeliggør spændinger og nærhed mellem partnerne, muliggør arbejde med kommunikation, spænding, og giver mulighed for nære øjeblikke.
Lichtensztejn (2009)	2	Smertepatienter (knæoperation, sejlcelleanæmi)	Musikterapi med klaver til patienter med smerteaktiverede vejrtrækningsproblemer	Følelsesmæssig og spirituel støtte, mindsket smerte og angst, forbedret afslapningssevne, regulerede vejrtrækning og løsnede stramhed i brystet. Skabe kontakt til livet udenfor hospitalet, til sin identitet; bearbejde anspændthed, bryst smerter og vejrtrækningsproblemer.
Oliva et al. (2009)	7	Mekanisk ventilation (angst, nåleprocedure, smerte, panik)	Aktiv musikterapi	Patienter kunne holde til markant længere afvænningsforsøg. Angstdæmpning i forbindelse med dialysebehandling. Mindsket angst på et bestemt tidspunkt af døgnnet. Mindsket ubehag ved nålestiksprocedure. Smertelindring og bedre humør. Afspænding og afledning fra panikangst. Ansporer til bevægelse.
Sato (2011)	2	Hospice COPD Lungekræft	Musikalsk livsreview	Skabte kontakt til minder og kulturel baggrund, mindskede angst og depression, og afspændte patienten. Gjorde patienten klar/relevant.

Skema 3: oversigt over kliniske beskrivelser af musikterapi og lungesygdomme

3.4. Anvisninger og råd til musikterapeuter

Tredje spor i litteraturreviewet omhandler anvisninger og råd til musikterapeuter som ønsker at arbejde med patienter med lungesygdomme, og beskriver flere musikterapeutiske metoder.

På Beth Israel Medical Centre i New York bruges musikterapi til lungesygge under indlæggelser og som en del af lungerehabiliteringsprogrammet AIR – Advances In Respiration (Azoulay 2009). Rehabiliteringsprogrammet bygger på en holistisk tankegang, hvor patientens sygdomsopfattelse, coping-ressourcer, social støtte og psykologisk velvære også medtages. Gruppemusikterapi er en integreret del af programmet, hvor både receptive metoder samt improvisation, sang og spil på blæseinstrumenter benyttes, alt efter patienternes behov, og målene er ofte af både fysisk, psykologisk og social karakter. Således arbejdes både med primære medicinske mål, som fx dyspnø, og med psykosociale aspekter for at øge livskvalitet og mindske stress, angst og depression. Også Clair (2007) nævner musikterapi i forhold til lungerehabilitering, til træning af lungekapacitet og gangdistance uden uhensigtsmæssig øgning af patientens dyspnø, samt at rytmisk auditiv stimulation kan være med til at sænke gangkadencen, øge gangdistancen, og give respirations-cues som hjælp til at takle dyspnø og panik, hvorved træningen bliver mere udholdelig for patienten.

Spil på blæseinstrumenter nævnes også af andre musikterapeuter som en metode i musikterapi med lungepatienter. De forklarer effekten ved, at patienten får modstand på udåndingen hvorved musklerne aktiveres og trænes, og den luft som kan stå fanget i lungerne lettere kan tømmes ud (Griggs-Drane 1999, Griggs-Drane 2009, Raskin, 2009). Spil på blæseinstrumenter kan give patienten en umiddelbar auditiv respons på vejtrækningskontrol og -støtte, idet instrumentets tonekvalitet og intonation afslører om der overblæses eller ikke støttes nok, hvilket kan give en større forståelse for vejtrækningen: *“the playing of a wind instrument is a unique way of providing a creative opportunity for a patient of any age or diagnosis to understand the impact of diafragmatic breathing.”* (Loewy et al 2009 s. 89)

Samtidig kan det være en mere behagelig og interessant træningsmetode end de traditionelle træningsmetoder at lære at spille på et instrument, hvilket øger chancen for at patienterne holder ved deres træning (Griggs-Drane 1999).

Ud over træning af lungerne kan blæseinstrumentets vibrationer og vejtrækningsmodstanden være en hjælp til at løsne slim, og derved måske være en hjælp til at holde lungerne rene. Der lægges vægt på vigtigheden af at sætte sig ind i patientens sygdomskaraktistika, at behandlingen tilrettelægges i et tværfagligt samarbejde med patientens læge, og at sygdomskaraktistika medtages i instrumentvalg, da for stor modstand eller at skulle holde luftstrømmen tilbage kan give patienten dyspnø (Raskin 2009). Alt efter patientens tilstand kan modstanden ændres via niveau, bladhårdhed, instrumentvalg eller musikvalg.

Sang og stemmetræning kan bruges til lungetræning, idet man også her kan fokusere på diafragmavejtrækning og kropsholdning, og får direkte auditiv feedback. Samtidig kan sang være en social aktivitet og skabe glæde og kontakt til andre (Engen 2005), samt bruges i behandling af dysfoni⁴, som kan være en bivirkning ved inhalationsmedicin (Raskin 2009).

⁴ Dysfoni: smerte eller vanskelighed ved stemmedannelse (Gyldendal den store danske encyklopedi).

På afdelinger med tværfaglige teams kan musikterapi integreres med andre terapier, som fx fysioterapi, idet terapiformerne kan støtte op om hinanden, og musikken fx kan anspore patienten til at træne længere, eller hjælpe patienten med at slappe af under ubehagelige procedurer (Gutgsell, 2009). Ifølge en fysioterapeut kan musikterapi inddrage vejtrækning på en ikke-truende måde, som er uvurderlig i behandlingen. Derudover er musikterapeuten den eneste i teamet som ikke har en bestemt "agenda" for patienten, hvilket, sammen med den patient-centrerede tilgang og tilstedeværelse i nuet med patienten, gør det muligt at møde patientens følelsesmæssige behov når de opstår; noget som andre faggrupper sjældent har tid til. Gutgsell skriver at målene for musikterapi med ventilerede patienter kan være mange, men at nogle ofte stillede mål er afspænding, angstreduktion, forbedring af vejtrækningen, selvudtryk da patienten er begrænset af maskinen, og empowerment så patienten genvinder en følelse af kontrol.

Lichtensztein (2009) skriver om muligheden for at bruge klaver i aktiv musikterapi med patienter med vejtrækningsproblemer grundet smerte, at det selv om det virker som et stort instrument at have med ind på stuerne, giver god mening da instrumentets rige diversitet i melodi og tonale nuancer samt den unikke klang kan hjælpe patienter med at give slip på og bearbejde følelser, og fordi patientens bevægelser ved at tage aktiv del i musikken kan løsne spændinger og derved reducere smerter. Hun lægger vægt på at det er vigtigt at forstå patientens tilstand, behov og essentielle pleje når man arbejder med lungepatienter, samt at lade patientens her-og-nu-oplevelse af livssituationen guide musikterapien.

Forfatter	Fokus	Abstract
Azoulay (2009)	Music for AIR – program. Rehabilitering	Beskriver en integrativ medicinsk musikpsykoterapi-tilgang til lungepatienter. Beskriver hvordan musikterapi bruges i AIR-programmet (Advances in Respiration) til at støtte optimal vejrtrækning og øge livskvalitet som del af et rehabiliteringsprogram. Lungetræning via sang og aktivt spil på blæseinstrumenter, velvære og bedret respiration via musikvisualisering. Beskriver den teoretiske baggrund, assessment, samt sessionernes opbygning. Case-vignetter fra et gruppeforløb.
Clair (2007)	Musikterapiens udvikling Træning af lungefunktion Livskvalitet	Beskriver musikterapiens udvikling gennem de sidste 35 år, set fra en musikterapeut og musikterapiinstruktørs synspunkt. Beskriver kort tre områder hvor musikterapi bruges, herunder lungefunktion ved COPD. Målinger fra tre COPD-patienter indikerer at musikterapi kan være en hjælp til håndtering af vejrtrækningsubehag, at øge udholdenhed, vedligeholde eller mindske ilttilskudsbehov og øge livskvalitet. Musikterapi i form af Rytmisk Auditiv Stimulation (RAS) kan være en hjælp til at gøre gangtræning til en sikker træningsform for COPD-patienter, da det kan hjælpe med at sænke gangkaden og øge -distancen, samt give vejrtræknings-cues som en hjælp til at takle dyspnø og panik.
Griggs-Drane (1999)	Lungetræning vha. blæseinstrumenter Anvisninger til terapeuter	Forskning viser at blæseinstrumenter kan have same virkning som traditionelle metoder til lungetræning, men samtidig påvirke livskvalitet og give anledning til øget selvværd og socialisering. Beskriver hvad terapeuten skal være opmærksom på og hvordan terapien eller træningen kan skride frem, samt hvilke assessments som løbende bør foretages.
Griggs-Drane (2009)	Kliniske strategier Forslag til terapeuter Oprids af forskning	At spille på et blæseinstrument kan være en sjov fritidsbeskæftigelse, men også en effektiv intervention ved lungeproblemer. Giver strategier til at gøre spil på blæseinstrumenter til en effektiv behandlingsintervention. Giver gode råd til hvordan musikterapeuter kan gribe det an, og hvad de bør forklare en underviser, hvis terapeuten ikke selv kan undervise i spil på blæseinstrument. Oprids kort hvad forskningen viser om brug af blæseinstrumenter ved lunge sygdom.
Gutgsell (2009)	Integration af musikterapi og fysioterapi. Mål for musikterapi. Det unikke musikterapeuter kan bidrage med. Afmystificere ventilationsbehandling.	Interview med fysioterapeut med henblik på at integrere de to terapiformer. Fysioterapeuten siger at musikterapeuter kan bidrage med en patient-centreret tilgang, de kan gå anderledes til patienten fordi de ikke har en agenda, kan være i nuet med patienten og har tid til at imødegå følelsesmæssige behov, og kan få vejrtrækningen med på en ikke-truende måde. Det er vigtigt at tage sygeplejersker med på råd ift. hvilken indstilling ventilatoren står på og hvad patienten kan holde til, samt monitorere vitale tegn. Ventilatorafhængige oplever ofte kommunikationsproblemer, begrænsning, manglende autonomi, depression og frustration. Mål for musikterapi kan være: selvudtryk, afspænding, angstreduktion, empowerment, forbedring af vejrtrækning.
Loewy et al. (2009)	Indsigt i kliniske muligheder med blæseinstrumenter Klinisk ræsonnement for brug af bestemte instrumenter	Blæseinstrumenter kan bruges med mange patientgrupper og både aktiv og receptiv brug af blæseinstrumenter kan være en hjælp ift. patienters vejrtrækning. Forskning viser at det kan bedre lungefunktion og at der kan være større compliance end med traditionel lungetræning. Forslag til brug af tværfløjte, native american flute og klarinet til receptiv musikterapi og blokfløjte, mundharmonika, melodika og "slide whistle" til aktiv musikterapi. Musikalsk entrainment er vigtig ift. påvirkning af patienternes vejrtrækning, og til at støtte deres lungetræning. Vigtigt at overveje instrumentvalg ift. patientens behov, fysiske formåen og personlige præferencer.
Raskin et al. (2009)	COPD Astma Sang Blæseinstrumenter	Medicinsk overblik over astma og COPD, kliniske overvejelser med relevans for musikterapeuter, overblik over litteraturen om musikterapi og lungeproblemer, diskuterer hvordan MT kan påvirke medicinske symptomer og livskvalitet, og beskriver et rehabiliteringsprogram med MT som en integreret del.

Skema 4: Oversigt over anvisninger og råd til musikterapeuter.

3.5. Opsamling

Litteraturreviewet af specialets interesseområde, musikterapi og lungesygdomme, viste at litteraturen deler sig i de tre spor: forskning, kliniske beskrivelser og anvisninger og råd til musikterapeuter.

Forskningssporer frembragte i alt otte tekster. Fem af disse undersøger musikterapi ift. hhv. mekanisk ventilation og sang, mens de tre sidste, omhandlende sang og KOL-patienter, men ikke musikterapi, er nævnt da de viser hvordan sang kan bruges til målgruppen i en community music sammenhæng.

De kliniske beskrivelser viser, at musikterapi bruges til målgruppen på flere måder. Således beskrives både tværfagligt arbejde og kombination med andre terapiformer, at musikterapi bruges i forhold til genvinding af kontrolfølelse, angstreduktion, smertehåndtering og afvænning fra mekanisk ventilation. Desuden beskrives musikterapi som parterapi under indlæggelser, og som del af livsreview på hospice.

Det sidste spor omhandler anvisninger fra musikterapeuter indenfor området, til hvordan musikterapi kan bruges og hvad musikterapeuter bør være særligt opmærksomme på i forhold til patientgruppen. Det viser at musikterapi både bruges under indlæggelse og som del af rehabilitering, i hvert fald i USA, og beskriver, hvordan fx blæseinstrumenter og sangtræning kan bruges til lungetræning, og via en direkte auditiv feedback tydeliggøre og sætte fokus på diafragmavejrtrækning.

4. Empiri

Problemformuleringens delspørgsmål to og fire søges løst ved brug af både semistrukturerede interviews og spørgeskemaer, da spørgeskemaer giver mulighed for respons fra flere personer, mens interview giver mulighed for at få uddybet svarene og derved få en dybere forståelse af informanternes oplevelser.

Specialets empiriske del består af interviews med to lungepatienter som modtog musikterapi under deres indlæggelser i efteråret 2012, interviews med tre personaler fra lungemedicinsk afdeling på Aalborg sygehus, samt et personale- og et patient- og pårørendespørgeskema indsamlet i november 2012 på lungemedicinsk afdeling, Aalborg sygehus.

4.1. Interview

Forfatteren valgte en semistruktureret tilgang til interviewene, for både at få udsagn om bestemte emner, og have mulighed for at spørge ind til emner som informanterne bragte frem (Kvale er al. 2009). Ud fra et ønske om at belyse både patienter og personales synspunkter udformedes en interviewguide til hhv. patienter og personale med baggrund i specialets problemformulering samt tendenser i data fra spørgeskemaundersøgelserne som præsenteres senere i specialet, og både personale og patienter blev kontaktet.

Ved interviewundersøgelser bør informanter af hensyn til materialets nuancering udvælges tilfældigt (Ibid). Dette kunne ikke lade sig gøre ift. patienter, da forfatteren kun havde kontaktdata på tre patienter som ved afslutningen af musikterapiforløb gav udtryk for at de ville være behjælpelige i forhold til specialet. Disse tre blev kontaktet pr. brev (Bilag 1), hvorefter én meldte fra grundet manglende overskud, og to ønskede at deltage. Personaleinformanterne blev fundet ved at et personale (Rie) tog forfatterens anmodning (bilag 2), med til et par af afdelingens ugentlige summemøder, hvorefter seks personaler meldte sig. Af disse blev de tre som havde tid til at gå fra arbejdet i ca. 30 min. den dag forfatteren var på afdelingen, interviewet.

Forfatteren ønskede i udformning af designet, at lave individuelle interviews med patienterne, og et gruppeinterview med personalet, da hun formodede at gruppeformatet kunne tydeliggøre temaer som individuelle interviews ikke ville gøre, da informanterne kunne respondere på hinandens udsagn. Grundet meget stor travlhed på afdelingen kunne personalerne ikke interviewes samtidig, hvorfor designet blev ændret, så alle interviews var individuelle, og af tidsmæssige årsager blev kun tre personaler interviewet.

Informanterne modtog skriftlig information om specialet forud for interviewet, blev gjort bekendt med at deres identitet sløres, og underskrev en informeret samtykkeerklæring (bilag 3).

At interviewer er identisk med den musikterapeut som forestod musikterapien og fortolkeren af interviewene kan både være en fordel og en ulempe ift. kvaliteten af det indsamlede materiale, da samspillet mellem informant og interviewer kan påvirke det sagte (Kvale et al. 2009). Således er der risiko for at de tilbageholder negative udsagn for ikke at såre forfatteren, men samtidig kan denne bedre spørge ind til udsagn, grundet indgående forståelse for både personalets arbejdsvilkår og patienternes situation.

Al transskription er foretaget af forfatteren selv, som har vægtet at transskribere så nært det sagte som muligt, hvorfor ”øh’er” samt forfatterens tilkendegivelser er medtaget i transskriberingen, til trods for at

disse ikke har stor betydning for analysen. Da interviewene blev afviklet i personalets frokoststue kom der enkelte kommentarer fra andet personale undervejs. Disse er medtaget i transskriptionen, hvor forfatteren vurderer dem relevante for interviewet. Da tonefald, gestik og kropssprog ikke medtages i transskriberingen kan denne ses som en første tolkning af det sagte, idet dele af interviewoplevelsen går tabt (Kvale & Brinkmann, 2009), og transskriptionerne fremstår som: *"... kort sagt forarmede, dekontekstualiserede gengivelser af direkte interviewsamtaler."* (Ibid, s. 200).

Før analysen påbegyndtes fik alle informanter transskriptionen af deres interview tilsendt til medlemstjek (Kvale & Brinkmann, 2009), og alle meldte tilbage, at materialet måtte bruges uden rettelser.

Interviewene blev analyseret vha. tematisk analyse, som beskrives i det følgende kapitel.

4.2. Tematisk analyse

Tematisk analyse (TA) er ifølge Braun et al (2006) en mere tilgængelig analyseform end mange andre, og kan både fungere som en metode i sig selv eller som et redskab under en anden metode, da den er uafhængig af teori og epistemologi. Trods en lav anerkendelse og slet afgrænsning bruges TA ofte indenfor psykologiforskning til at identificere, analysere og rapportere mønstre i data, da den både kan reflektere virkeligheden og kradse i overfladen af denne. Dog mener forfatterne, at fortolkningskraften ud over det beskrivende niveau er begrænset hvis det ikke sættes ind i en teoretisk ramme.

I TA er analytikeren en aktiv del af processen, da vedkommende vælger koder og temaer, og afgør vigtigheden og præsentationen af dem, hvorfor valg omkring metode, tilgang og antagelser skal ekspliciteres i præsentationen, og den valgte analysemetode følges.

På baggrund heraf beskrives forfatterens valg og fremgangsmåde i det følgende.

I dette speciale er TA valgt som et redskab til sideløbende at analysere flere datasæt, hvorfor fremgangsmåden er gentaget flere gange. Med analysen ønskes at give et overblik over vigtige temaer indenfor interesserammen, hvorfor forfatteren har valgt at analysere på det semantiske niveau, på trods af risikoen for at dybden og kompleksiteten kan gå tabt til fordel for bredden. Derudover er analysen induktiv på trods af de bagvedliggende forskningsspørgsmål, da kodningen var uden på forhånd opstillede koder, hvorved datamaterialet blev styrende for analysen. Forfatteren har i sin analyse taget udgangspunkt i fremgangsmåden for tematisk analyse beskrevet af Braun et al. (2006) dog med den modifikation, at datamaterialet fra starten blev opdelt i to datasæt; et med personale og et med patienter, som blev behandlet hver for sig.

Samtlige interviews blev transskriberet før analysen blev påbegyndt, hvorefter først patientinterviewene og derefter personaleinterviewene blev analyseret og beskrevet efter følgende fremgangsmåde:

1. Bliv bekendt med datamaterialet via transskribering, læsning og genlæsning
2. Generer umiddelbare koder i det enkelte interview
3. Søg efter temaer og kreer kodeoversigt for hver interviewgruppe
4. Evaluer temaer og koder
5. Genlæs datamateriale og definer temaer
6. Producer rapport

Dette valg medførte, at den enkelte transskribering måtte genlæses flere gange før kodning, da materialet ikke lå i frisk erindring hos forfatteren. Under læsningen nedskrev forfatteren eventuelle idéer til koder på en ideliste, som blev konsulteret igen under 2. kodning, hvor koder blev dannet på baggrund af den første tekstnære kodning, som vist i skema 5.

Transskribering	1. kodning	2. kodning
P: <u>Jeg ved godt at du primært sad der for at musikken skulle flyde ind til patienterne, men for os, så var det en stor irritation når vi havde travlt.</u> I: Ja, P: <u>når vi ikke havde, så var det hyggelig, ja.</u> I: <u>Så det havde meget at gøre med hvad der ellers foregik på afdelingen?</u> P: <u>Meget, rigtig rigtig meget. Øh.. jeg ved i hvert .. altså jeg synes det var hyggelig når det var at der var sang til... mens vi skulle spise</u>	Ved godt MT primært sad der for pt's skyld, men personalet blev irriterede ved samtidig travlhed. Hyggeligt, når der ikke samtidig var travlt. Opfattelsen af musik hænger sammen med øvrig aktivitet på afdelingen. Hyggeligt med musik til maden, for så var hektikken ovre.	Irritation. Travlhed. Ingen travlhed. Hyggeligt. Musikopfattelse. Hyggeligt.

Skema 5: Eksempel på transskribering og kodning af interview.

De fremkomne udsagn blev samlet i et kodeskema, hvor koder fra det samlede materiale i informantgruppen var repræsenteret, som vist i skema 6. Herved blev det tydeligt hvor der var ligheder og forskelle i materialet, og mønstre begyndte at tage form på tværs af materialet.

Ea	Ann
Andres oplevelse: • Personalet var også glade for det. • Veninde siger afdelingen er tom når der ikke er musik. • Der er alt muligt, men afdelingen er tom og forladt når der ikke er musik.	Andres oplevelse: • Hørte nogle negative kommentarer om musik på gangen fra andre patienter. • Nogen sagde at det var ligesom en dødsang (musikken på gangen).
Baggrundsstøj: • Kommer an på om man kan blive enig med den anden på stuen om lyden på fjernsynet. • Kan bruge tv'et som baggrundsstøj til at slappe af til. • Der har været roligt på den her stue, men i dag er der meget støj.	Baggrundsstøj: • Yngre generationer bruger musik eller radioen som noget baggrunds-noget i hverdagen og til at få ting fra hånden.
Betydning: • Tænker over sanges betydning. • Tænker over hvad musikken gør.	

Skema 6: Eksempel på gruppering af koder.

Da alle koder var samlet i et skema så forfatteren efter sammenfald, og fandt en fælles kode hvis det vurderes at to koder indholdsmæssigt var meget ens.

Koderne blev herefter opdelt i temaer og undertemaer, og forfatteren kreerede først en samlet kodeoversigt (bilag 6 og 10), og derefter en kondenseret oversigt over temaer og undertemaer til brug i datapræsentationen.

Herefter genlæstes materialet med fokus på om temaer og undertemaer var repræsenteret eller der var behov for en revurdering, hvorefter data fra det enkelte interview blev beskrevet og sammenstillet med resten af datasættet.

4.3 Patienters oplevelser

I det følgende kapitel præsenteres data og analyse af to patientinterviews, hvorunder deltagerne, længden af deres musikterapiforløb i efteråret 2012, samt interviewforhold kort beskrives. Forfatteren starter med en vertikal analyse af det enkelte interview, for derefter at lave en horisontal analyse af forskelle og ligheder mellem interviewene.

Af hensyn til informanternes person kaldes de i datapræsentation og -analyse Ea og Ann, fremfor deres rigtige navne.

4.3.1 Ea

Ea er en kvinde på 20 år med svær astma, som aktiveres meget nemt, hvorfor hun ofte bliver indlagt og har været i respirator mange gange i løbet af det sidste år. Hun er en kreativ pige som har spillet klarinet tidligere, men er stoppet pga. sin sygdom. Hun deltog i 16 musikterapisessioner af forskellige varighed, fordelt over 4 måneder i efteråret 2012. Fokus for Eas musikterapiforløb var den følelsesmæssige side af sygdommen, at komme i kontakt med, og at kunne rumme og acceptere følelserne. Da interviewet afvikles har hun været indlagt i fem uger og er sengeliggende på en tosenkstue, hvorfor interviewet afvikles ved sengekanten. Tilstede på stuen er også en anden patient, som under interviewet får iltmaske og er afskærmet af et gardin.

Analysen af interviewet med Ea frembragte fire temaer med 12 undertemaer, som vist i skema 7.

Tema	Undertema	Koder	
Virkning	Psyke	Accept	Psyke
		Afslapning	Rart
		Distance	Ro
		Følelser	Tryghed
		Håndtering	Uro
		Indstilling til sygdom	Utryghed
	Fysisk fornemmelse	Afslapning	Ro
		Forhindring	Uro
		Rart	
Udvikling	Psyke-soma-sammenhæng		Fordel
	Læring	Aktiv handlen	Inspiration
		Betydning	Læring
		Dagbog	Opmærksomhed
		Før musikterapi	Udtrykke sig
	Musikbrug	Håndtering	Musikpræference
		Musikbevidsthed	Selvhjælp
		Musikbrug	Tilvænning
		Musikbrug på sygehus	
	Psyke-soma-sammenhæng	Accept	Følelser
		Afslapning	Tanker
		Indstilling til sygdom	
Lydmiljø	Stemning	Baggrundsstøj	Ro
		Irritation	Uro
		Rart	Stemmingsændring
		Tomhed og forladthed	
	Andres oplevelse	Tomhed og forladthed	Holdning
	Forhindring/forstyrrelse	Forstyrrelse	
Det unikke ved musikterapi	Musikkens evne	Aktiv vs. receptiv musik	Kontakt til kernen
	Musikterapi vs. samtale	Samtalens begrænsning	

Skema 7: Oversigt over koder og temaer fra interview med Ea.

Virkning

I temaet virkning er især undertemaet psyke stort repræsenteret hos Ea, da hun taler meget om følelser, at hun før musikterapi oplevede dem som farlige og overvældende, og at musikterapien og hendes eget musikbrug efterfølgende har hjulpet hende til at se mere positivt på både følelserne og sygdommen, samt åbne op for yderligere arbejde med den psykiske side.

"Jeg så det som en fordel, fordi at på det tidspunkt havde jeg det rigtig svært med følelser og det psykiske og bare det at være indlagt og sådan, hvor at det gav mig ro... lærte mig at give mig ro på en helt anden måde, jeg ellers ikke ville have fået." (Ea)

Undertemaet fysisk fornemmelse er i mindre grad repræsenteret hos Ea, som dog beskriver at musikterapien gjorde hende afspændt til trods for at hun arbejdede med svære følelser. Derimod berører hun ofte undertemaet psyke-soma-sammenhæng, da hun nu er mere bevidst om hvordan hendes følelser påvirker de fysiske symptomer, og hvordan hun kan hjælpe sig selv ved også at tage hånd om den psykiske side af sygdommen.

"Jeg synes jo at det, det hænger meget sammen, at da jeg fik det bedre psykisk, så synes jeg det var lettere at håndtere de fysiske symptomer." (Ea)

Udvikling

Temaet udvikling hænger for Ea også sammen med følelser, da hun beskriver hvordan hun via musikken har lært at komme i kontakt med sine følelser, at udtrykke dem både i dagbog og sammen med andre, og at hun har fundet handlekraft til at genoptage klarinetspil, som hun tidligere havde meget glæde af. Derudover er musikbrug et undertema, som både handler om Eas måde at bruge musikken nu i forhold til før hun fik musikterapi, hendes musikbevidsthed, og hendes oplevelse af musikbrug på sygehuset.

"Det er også noget jeg har arbejdet med senere hen fordi jeg tænkte at det var en meget vigtig del, øhm, og jeg fandt ud af at det var egentlig okay at arbejde med de her følelser, og at man fik det bedre af at arbejde med dem." (Ea)

For Ea er der sket en udvikling i, at hun nu tænker mere over hvordan musik og anden lyd påvirker, er mere bevidst om den lyd hun udsætter sig for og at hun bevidst kan vælge lyd fra fx ved at lytte til musik fremfor værelseskammeratens iltapparat. Hun oplever desuden, at musikmedicin nu tilbydes flere steder på sygehuset, hvilket hun sætter pris på, men at det ikke altid kan tilpasses den øvrige behandling. Desuden mener hun at musikterapi og musikmedicin kræver tilvænning for at man kan få gavn af det.

Psyke-soma-sammenhænge er også et undertema i forbindelse med udvikling, da hun har fået en bevidsthed om denne, og blev bedre til at håndtere fysiske anfald gennem bevidsthed om sine følelser: *"også det, det der med at lære at sige, igennem musikken at, at det kan godt være du er du er vred eller du er angst, eller også lære at håndtere de der følelser fordi så hvis du får det når du får et fysisk anfald så kan du identificere det psykiske og så er det lettere at pille... pille frem og af." (Ea)*

Lydmiljø

Temaet lydmiljø har hos Ea tre undertemaer; Stemning, Andres oplevelse og Forhindring/forstyrrelse. Hun oplever at musikken dels kan ændre stemningen på afdelingen, så der på samme tid bliver roligere og mere liv, og dels at den kamuflerer den uro hun oplever på afdelingen, da musikken er behageligere at lytte til.

"der er rigtig meget uro-ro her, kalder jeg det. Altså man tænker at der, der skulle være ro, og sådan, men der er bare meget uro, altså så går sygeplejerskerne lige og sådan. Når du så spillede på gangen, så blev der en ro, fordi så kunne man høre den og så kunne man ikke høre alt det andet... uro." (Ea)

Undertemaet forhindring/forstyrrelse er hos Ea også forbundet til afdelingens uro, da personale, udstyr, patienter og pårørende genererer lyd; samt til risikoen for at andre faggrupper forstyrrer under en session.

Andres oplevelse er hos Ea knyttet til en veninde, som omtalte afdelingen som tom og forladt på trods af patienter, personale og pårørendes tilstedeværelse: *"det var egentlig meget godt beskrevet, synes jeg. At det kan godt være at der er alle de her patienter og sådan noget, men den er meget tom og forladt, fordi det hele er så hvidt og sterilt og sådan, men når så man får lidt musik ind, så lever det op, så bliver det ikke tomt på samme måde."* (Ea)

Det unikke ved musikterapi

Det unikke ved musikterapi indeholder hos Ea to undertemaer; Musikkens evne og Musikterapi vs. samtale.

Ea oplevede at musik og musikterapi har en særlig evne til at nå ind til kernen, og til at åbne for og skabe kontakt med følelserne, som hun ikke oplever samtale gør. Hun fortæller at musikterapi gav hende: *"lov til at gennemleve de her tanker og følelser jeg havde, på en helt anden måde end hvis du snar..snakker med en sygeplejerske (...) En samtale med en sygeplejerske det er slet ikke, det er slet ikke på samme måde og kan heller ikke nogensinde berøre på samme måde, og komme ind til kernen, tænker jeg."* (Ea)

Hun mener at det der for hende skaber denne kernekontakt er melodien, og siger at hun synes det virker bedre at spille selv end at lytte til musik, fordi det selv at skabe tonerne gør en forskel.

"i januar da købte jeg mig en klarinet. Så derhjemme, da jeg var derhjemme, så spillede jeg jo hver dag og så fik jeg glæden derigennem. I stedet for at selv at høre musikken så spillede jeg den selv i stedet for. Det gav mig rigtig meget." (Ea)

Eas oplevelse af musikterapi er hovedsageligt af positiv karakter, idet hun føler: *"Det har hjulpet mig igennem meget her i efteråret og jeg tror jo ikke at jeg havde været nær så positivt indstillet overfor min sygdom, hvis jeg ikke havde været igennem det."* (Ea).

Hun mener at musikken både gjorde noget godt for hende personligt og skabte en livligere og roligere stemning på afdelingen, som ikke var der de dage hvor der ikke var musik.

4.3.2 Ann

Ann er en kvinde på 35 år, som i efteråret var indlagt til udredning grundet vejtrækningsproblemer. Hun har haft problemer med vejtrækningen de sidste 12 år, og var indlagt i ca. en uge til en kirurgisk lungebiopsi under fuld bedøvelse. Under indlæggelsen modtog Ann musikterapi fire gange af forskellig varighed, herunder en gang i forbindelse med bedøvelse og opvågning efter operationen, og hun havde en musikafspiller med musik med afslappende egenskaber til brug efter behov på stuen. Fokus for Anns musikterapi var afspænding, at ændre opmærksomhedsfokus, da hun var nervøs for operationen og følte sig utryk ved dyspnø-angreb, samt at få en mere afspændt og behagelig opvågning efter operationen. Da interviewet afvikles er Ann udskrevet og har netop fået en diagnose på sin lungesygdom. Hun ønskede ikke at blive interviewet i sit eget hjem, hvorfor interviewet blev afviklet i forfatterens stue.

Analysen af interviewet med Ann frembragte fire temaer med 10 undertemaer, som vist i skema 8.

Tema	Undertema	Koder	
Virkning	Psyke	Afslapning	Distance
		Kontakt til kernen	Overskud
		Psyke	Rart
		Ro	Tanker
	Fysisk fornemmelse	Fysisk fornemmelse	Rart
		Smertelindring	Ro
		Varighed af virkning	
Udvikling	Læring	Før musikterapi	
	Musikbrug	Erfaring	Håndtering
		Musikbevidsthed	Musikbrug
		Selvhjælp	Tilvænning
	Psyke-soma-sammenhæng	Afslapning	
Lydmiljø	Stemning	Baggrundsstøj	Rart
		Stemmingsændring	Ro
		Uro	
	Andres oplevelse	Andres oplevelse	Alder
		Fordom	Holdning
		Åbenhed	
	Forhindring/forstyrrelse	Forhindring	
Det unikke ved musikterapi	Musikkens evne	Kontakt til kernen	Musikkens evne
	Musikterapi vs. musikmedicin	Musikterapi vs. musiklytning	

Skema 8: Oversigt over koder og temaer fra interview med Ann.

Virkning

Hos Ann er temaet virkning i høj grad forbundet med fysisk fornemmelse. Hun føler at musikterapien skaber fysisk afspænding og derved mindsker hendes vejtrækningsbesvær. Hun beskriver at hun fysisk kan mærke musklerne omkring brystkassen slappe af og give plads til at hun lettere kan trække vejret og finde ro.

"Jeg synes, det her med at komme i roen og mærke den der afslapning, det, det... at det letter vejtrækningsprocessen rent fysisk..." (Ann)

Også i forhold til smerte følte Ann at musikterapien havde en virkning. Hun havde musik med under bedøvelse og opvågning i forbindelse med en kirurgisk lungebiopsi, og havde mulighed for at lytte til musik ved behov i dagene efter. Hun fortæller, at hun i den forbindelse oplevede, at musikken under opvågningen hjalp hende til at huske at trække vejret, så personalet ikke behøvede huske hende på det, som ved tidligere bedøvelser, og at musikken havde en smertelindrende effekt både umiddelbart efter

operationen og i dagene efter, så hendes behov for smertestillende medicin var mindre end hun havde forventet.

"jeg havde også den fornemmelse, at kroppen havde ikke brug for helt så meget smertestillende..." (Ann)

Ann mente ikke at musikken i sig selv var lindrende, men at den gav mulighed for afspænding, og at: *"det er som om at når kroppen sådan får lov til at få ro og slappe af øh så, så går den ind og, og måske selv laver et eller andet.. (...) som, som kan lindre smerten."* (Ann)

Hun oplevede at virkningen af musikterapi holdt nogle timer, og at hun ved at bruge musikmedicin når smerterne tog til kunne udskyde tidspunktet hvor hun havde behov for smertestillende, uden at hun følte større smerte når hun bad om medicin, hvorfor hun mener, at man bør undersøge i hvor høj grad musik kan lindre smerte, så kroppen kan skånes for medicin, som efter hendes mening ikke er særlig sundt.

"hvis der er andre der kunne have samme oplevelse, så kunne man jo spare rigtigt rigtig meget på noget af det her smertestillende medicin som i bund og grund ikke er supergodt for kroppen..." (Ann)

Undertemaet psyke er også repræsenteret hos Ann, idet hun føler at musikken hjalp hende til at skabe kontakt til det indre eller gå ind i sig selv og få sygdom og problemer lidt på afstand, hvorved hun kunne samle energi til igen at forholde sig til dem.

"rent mentalt, omkring øh... musikken, så hjalp det mig også til sådan at forholde mig til... til nogle, nogle udefrakommende ting, øh, som også kom til mig i den periode, hvor jeg var indlagt. (...) Øhm... så det blev lettere og så lige at få det på afstand og, og komme lidt ind i mig selv og så havde man ligesom den mentale energi til at så kunne forholde sig til det igen..." (Ann)

Ann taler ikke direkte om sammenhængen mellem psyke og soma, men forfatteren mener alligevel at temaet ligger latent hos hende, bl.a. da hun taler om, at det at komme i ro og mentalt komme på afstand af situationen mindsker hendes vejtrækningsbesvær, og hjælper hende til bedre at forholde sig til både fysiske symptomer og udefrakommende problemer.

Udvikling

Musikbrug fylder meget hos Ann. Hun havde erfaring med musik til afslapning fra tidligere, men var alligevel skeptisk overfor musikterapi i begyndelsen, og især overfor guidet afspænding, som hun tænkte var *"for kunstig"*, hvorfor hun var meget overrasket over at hun blev meget afspændt. Hun føler at det kræver en tilvænning at bruge musik til afspænding, og mener det var let for hende, fordi hun havde prøvet det før og fordi musik altid har haft stor betydning for hende. Under musikterapiforløbet ændredes hendes musikbevidsthed, og hun fortæller at hendes måde at bruge musik også er anderledes end tidligere, idet hun er blevet mere bevidst om hvordan hun bruger musikken og hvad den kan gøre for hende, frem for kun at bruge musik som baggrundslyd, og at hun nu bruger musiklytning til afspænding og smertelindring hjemme.

Også læring har forbindelse med musikbrug, da det hos Ann handler om udviklingen i musikbevidsthed og musikbrug; fra musik som baggrund til et mere aktivt valg af hvilken musik hun føler behov for at lytte til.

Som tidligere nævnt er undertemaet psyke-soma-sammenhæng mere latent hos Ann, men også i dette tema ser forfatteren en udvikling, da Ann er blevet bevidst om hvordan hun ved at give hjerne og krop

lov til at slappe af kan mindske nogle fysiske symptomer, som fx dyspnø og smerter. Ann oplevede desuden, at det var lettere for hende at forholde sig til situationen efter musikterapi, da hun mærkede en: *"Fysisk forandring, men også mentalt fordi du havde en helt anden ro på efter forløbet, når du vågnede op igen af den der ... dvale du egentlig ligger i... så du havde overskuddet til bedre at kunne, kunne tage imod de informationer, og bedre forholde dig til de informationer du fik omkring den her sygdom."* (Ann)

Lydmiljø

Ifølge Ann kan stemningen på et sygehus være trist, og det kan være kedeligt at ligge der, og hun synes det var rart med musik i baggrunden, og følte at det gav ro og ændrede stemningen i en positiv retning.

"Det var som om at det skabte sådan en helt positiv stemning på.. på stedet." (Ann).

Dog fortalte hun også, at hun havde hørt andre patienter være af en anden mening, idet de ikke fandt musik passende på et sygehus, eller fandt at det var *"lidt hokus pokus-agtigt"* at bruge musik på den måde.

"Jamen altså, for mig var det positivt, men jeg hørte også nogle negative kommentarer fra nogle af de andre patienter.(...)Det var sågar nogen der sagde at det var ligesom sådan en dødsgang" (Ann)

At nogle havde følt at det var som på en "dødsgang" eller ikke passede ind mener Ann kan hænge sammen med både deres personlige holdning til musik, deres fordomme og ideer om hvad en sygehusafdeling er, samt deres alder. Ann mener at alderen kan spille ind på oplevelsen af musik på et sygehus, da der kan være forskellig opfattelse af hvad man bruger musik til i forskellige generationer, og hun kun hørte ældre patienter udtale sig negativt om det. Samtidig mener hun at yngre generationer er mere åbne overfor nye tiltag, og at det vil kræve en holdningsændring at få musikterapi ind på sygehuset.

Hun oplevede at anden aktivitet på stuen samtidig med musikterapi kunne være en hindring for at få optimalt udbytte, og hun tror at hun kunne have fået en optimal afspænding hvis sessionen var foregået et sted hvor der var helt ro og ingen risiko for at andre faggrupper eller medpatienter kom ind undervejs. Hun mener dog at det lykkedes hende at abstrahere fra forstyrrelserne, og at hun derfor fik udbytte af terapien trods forstyrrelserne.

Det unikke ved musikterapi

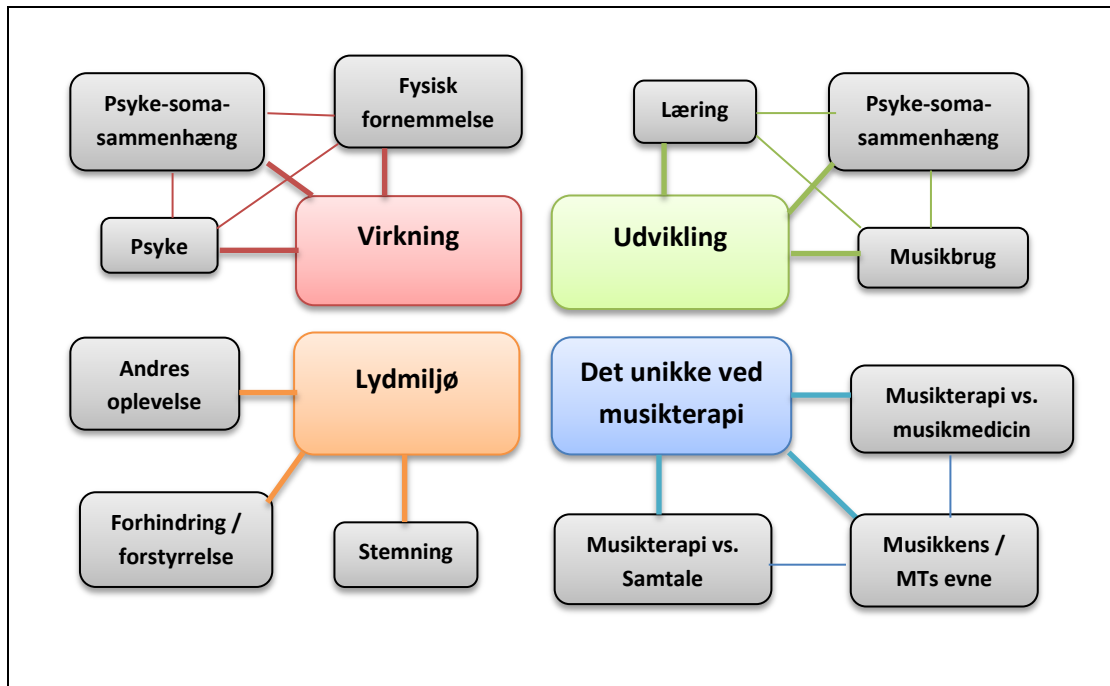
Ann oplevede musikken som en hjælp på flere områder. Dels hjalp den hende til at huske vejtrækningen under opvågning, dels til at finde ro og opnå både fysisk og mental afspænding. Hun følte også, at musikken hjalp hende i kontakt med det indre, hvorved hun fandt energi til igen at se på sin situation, og at hun kunne bruge den aktivt til at dæmpe dyspnø og smerter.

"Jeg har prøvet at være bedøvet før, (...) og der har jeg oplevet at jeg har haft personale henne og så bede mig om at huske at trække vejret, for eksempel.. og det havde jeg slet ikke denne her gang... så, så, så musikken har åbenbart også været med til at jeg har haft fokus på min vejtrækning." (Ann)

Under indlæggelsen modtog Ann både musikterapi og havde mulighed for at lytte til musik selv (musikmedicin), og hun siger, at hun var overrasket over hvor afslappet en guidet musikafspænding gjorde hende, og at hun godt kan blive afslappet af musik alene, men at: *"Guidningen giver en dybere afslapning end hvis ikke man har guidning på."* (Ann).

4.3.3. Opsummering

Analysen af patientinterviewene resulterede samlet i 50 koder; 41 hos Ea og 30 hos Ann. De to interview havde således både fælles og unikke koder. Koderne kunne inddeles i 13 undertemaer og yderligere i de fire hovedtemaer, Virkning, Udvikling, Lydmiljø og Det unikke ved musikterapi (figur 3). For oversigt over alle koder og temaer, se bilag 6.



Figur 3: Temaer og undertemaer i patientinterviews

Virkning

Temaet virkning indeholder forskellige områder hvor patienterne oplevede at musikterapien gjorde noget for dem, og kan inddeles i de tre undertemaer fysisk fornemmelse, psyke og psyke-soma-sammenhæng.

Begge patienter rapporterer, at musikterapien havde en virkning indenfor undertemaerne fysisk fornemmelse og psyke, men der er forskel på, i hvilken grad disse er repræsenteret, hvilket efter forfatterens overbevisning kan hænge sammen med forskelligt fokus for musikterapiforløbene. Desuden taler kun Ea åbent om sammenhængen mellem psyke og soma, mens det hos Ann er mere latent, da hun taler om at fysiske symptomer mindskes, når hun får ro til at gå ind i sig selv og slappe af.

De oplever begge en fysisk afspænding og ro under musikterapien, og begge taler om en psykisk påvirkning, men der er forskel på hvor meget den enkelte dimension fylder hos dem, da det fysiske fylder mest hos Ann, som oplevede en virkning i forhold til både dyspnø og smerter, mens det psykiske fylder mest hos Ea, som oplevede en virkning i forhold til kontakten til følelserne.

Også temaet om sammenhæng mellem psyke og soma er præsenteret hos begge, dog i varierende grad, da begge oplever, at en påvirkning af psyken har indflydelse på oplevelsen af fysiske symptomer. For Ea har musikterapien været med til at bevidstgøre sammenhængen, og hun italesætter selv den bevidstgørelse i interviewet, mens det hos Ann er mere latent, idet hun beskriver at et fysisk symptom, smerte, opleves mindre, når *"hjernen egentlig levede sig ind i det musik og svævede lidt hen."* (Ann), samt at musklerne slapper af, når hun kommer i ro og får lov at gå ind i sig selv.

Udvikling

Temaet udvikling afspejler områder hvor patienterne har oplevet en udvikling eller er blevet bevidste om og har ændret tidligere handlemåder, og kan inddeles i undertemaerne læring, musikbrug og psyke-soma-sammenhæng.

Begge patienter fortæller om en udvikling i deres musikbrug og musikbevidsthed, idet de har fået større indsigt i hvordan lyd eller musik påvirker dem, og er blevet mere bevidste om hvad musik kan gøre for dem og hvordan de kan bruge musikken til deres fordel. Begge har fundet måder at bruge musikken som selvhjælp; Ann er blevet bevidst om at hun kan bruge musik både på det fysiske og mentale plan til at finde ro og overskud samt lindre smerter og dyspnø, mens Ea har lært at bruge musikken til at skærme sig fra ubehagelig lyd, og har fundet handlekraft til at genoptage klarinetspil, som en hjælp til at takle den psykiske side af sygdommen, hvorved hun samtidig træner sine lunger.

Eas udvikling har især handlet om følelser, kontakten til og accepten af dem, samt evnen til at dele dem med andre, og samtidig lærte hun at regulere dem ved aktivt og receptivt musikbrug, mens Anns udvikling især har handlet om at bruge musikken som ressource i forhold til fysiske symptomer. Sammenhængen mellem psyke og soma er også et udviklingsfelt hos begge, men der er forskel på i hvor høj grad de lægger vægt herpå og italesætter det.

Begge mener det kræver tilvænning at bruge musik til afspænding eller til at komme i kontakt med følelser, var glade for muligheden for musikterapi under indlæggelsen, og mener de har haft glæde af det. Anns skepsis i begyndelsen blev ændret til positiv overraskelse over musikkens virkning, mens Ea oplever at musik bliver tilbudt oftere på sygehuset nu, men at det ikke altid passer ind i den øvrige behandling.

Lydmiljø

Temaet lydmiljø berører patienternes omtale af lydmiljøet, deres oplevelse af musikkens indflydelse herpå, og gengivelse af andres oplevelse heraf, og kan inddeles i undertemaerne stemning, andres oplevelse og forhindring/forstyrrelse.

De mener begge, at musik på gangen har en positiv indvirkning på stemningen, som bliver mere rolig og samtidig livfuld, at musikken kan kamuflere uro fra personalets arbejdsgange, andre patienter og besøgende, og at det var behageligt at lytte til.

"Det var irriterende når du ikke var der, sådan i weekenderne og sådan. Så var der slet ikke, så var der ikke den der dejlige ro til maden og sådan." (Ea)

Begge taler om det forstyrrende element der kan være fra andre patienter eller besøgende på stuen, samt ved risikoen for at andet personale kommer ind midt i sessionen, hvilket illustreres under interviewet med Ea da: *"Det banker på døren og en af lægerne kommer ind på stuen for at tale med patienten" (Ea).*

Ann mener at det ville være muligt at opnå en optimal afspænding hvis der var helt ro, men udtrykker samtidig, at hun mener det vil være svært at finde fuldstændig ro på et sygehus, og at hun føler det lykkedes hende at abstrahere fra forstyrrelserne.

Undertemaet går i to retninger, idet Ea fortæller at en veninde synes afdelingen virker tom og forladt uden musik, men mere rolig og livfuld med musik, mens Ann fortæller at en anden patient sagde, at musikken fik det til at minde hende om en dødsang. Anns tanker omkring dette er at alder og holdning kan spille ind, og at ældre generationer måske har en anden holdning til både musik og sygehuse, og er mindre åbne overfor nye tiltag end yngre, hvorfor hun tror det vil kræve en holdningsændring at få musikterapi ind på et sygehus.

Det unikke ved musikterapi

Det unikke ved musikterapi afspejler patienternes tanker om hvad musikterapien eller musikken gjorde for dem, hvad det var ved musikken som rørte dem, og hvorfor de mener musikken har en særlig virkning, og kan inddeles i undertemaerne musikkens evne, musikterapi vs. musikmedicin, samt aktiv vs. receptiv musik.

Begge oplevede at musikken bragte dem i kontakt med deres indre ellers deres kerne, men de har forskellig oplevelse heraf. For Ann gav kontakten til det indre en pause og mulighed for at finde overskud og styrke til at tage sig af problemerne, mens det for Ea skabte kontakt til følelser hun ikke var bevidst om eller tryk ved, og hjalp hende til at bearbejde nogle af de følelser.

Ann har et undertema om musikterapi vs. musikmedicin, hvori hun fortæller at hun oplevede større effekt af musikterapi end af musikmedicin, idet hun følte sig dybere afspændt efter musikterapi end hvis hun lytter til musik, men samtidig, at musik alene også kan gøre hende meget afslappet.

For Ea er det især melodien som påvirker, og hun oplever, at det virker dybere for hende selv at være aktiv end at lytte til musik, hvilket hun blev bevidst om, da hun efter musikforløbet genoptog sin interesse for klarinet spil.

4.4 Personalets oplevelse

I det følgende præsenteres data og analyse af tre personaleinterview med personale som var på afdelingen under forfatterens praktikophold i efteråret 2012. Forfatteren vælger at starte med en vertikal analyse af det enkelte interview, for derefter at lave en horisontal analyse af forskelle og ligheder mellem interviewene.

Af hensyn til informanternes person kaldes de i datapræsentation og -analyse Rie, Søs og Loa fremfor deres rigtige navne.

De tre interviews blev indhentet samme dag, hvor forfatteren opholdt sig på afdelingen fra 9-20 og afviklede interviewene når personalet havde tid til at deltage. Som tidligere nævnt ønskede forfatteren oprindeligt at lave et gruppeinterview, men travlhed umuliggjorde dette. Da interviewene blev afviklet i personalets frokoststue, kunne andet personale bryde ind med kommentarer, som er medtaget i det omfang de af forfatteren vurderes som relevante, og hvis ikke er det noteret at de er der, men ikke transskriberet.

4.4.1. Rie

Interviewet med Rie, som er social- og sundhedsassistent, afvikles om formiddagen, da Rie var i dagvagt. Der var ingen afbrydelser, da døren til frokoststuen kunne lukkes.

Analysen af interviewet med Rie frembragte fire temaer med i alt 31 koder, fordelt på 12 undertemaer, som vist i skema 9.

Tema	Undertema	Koder	
Personale	Arbejdsmiljø	Afsmitning	Andres tilgang
		Arbejdsmiljø	Baggrundlyd
		Egen tilgang	Musikpåvirkning
		Ro	Tempo
		Travlhed	Tværfagligt samarbejde
	Fordele ved musik	Afstresning	Baggrundslid
		Bevidsthed	Egen holdning
		Personalets oplevelse	Ro
		Stemning	Tempo
		Tværfagligt samarbejde	
	Ulempe ved musik	Personalets oplevelse	
	Holdning	Egen holdning	Holdning
		Musikpåvirkning	Musikpræference
Patienter	Dyspnø	Patienters overskud	Patientfordel
		Patientulempe	KOL-patienter
	Fordele ved musik	Baggrundslid	Følelsesmæssig reaktion
		Patientfordel	Ro
		Stemning	Tempo
		Tværfagligt samarbejde	
	Ulempe ved musik	Følelsesmæssig reaktion	Patientulempe
	Holdning	Genkendelighed	Holdning
		Musikpræference	Åbenhed
Musik og musikterapi	Musikbrug på afdelingen	Baggrundslid	Musikbrug på afdelingen
		Musikopfattelse	Musikpåvirkning
	Eget forhold til musik	Bevidsthed	Egen holdning
		Musikbrug	Musikopfattelse
		Musikpræference	Musikpåvirkning
	Tanker om musikterapi på afdelingen	Holdning	Musikterapi på afdelingen
		Tanker	
Andet	Andet	Gentagelse	Musikalsk udvikling

Skema 9: Oversigt over koder og temaer fra personaleinterview med Rie.

Personale

Hos Rie fylder hendes positive oplevelse af at have en musikterapeut på afdelingen en del. Hun oplevede at musikken på afdelingen påvirkede stemningen, og var en hjælp på travle dage, og fortæller at hun sidenhen ind imellem har manglet musikken i arbejdet.

"Når man lige var ved at køre op, med, fordi det hele var ved at brænde på eller der var helt vildt travlt, jamen så fangede jeg lige, og hørte dine toner. Det gjorde lige at, at jeg lige faldt ned i hvert fald." (Rie)

Samtidig fortæller hun at det ikke var alle personaler som havde den oplevelse, at nogle er negative overfor musikken, samt at hun mener at den enkeltes holdning til musik er afgørende for både opfattelsen af en musikterapeuts tilstedeværelse, og om de tilbyder patienterne musiklytning⁵.

"de gange hvor vi har patienter der ligger meget ensom er jeg også en af dem der altid hiver musikpuden ind hvor andre de tænker... "vi skal fandme ikke have alt det lort ind og stå og spille og larme og dit og dat" ikke, men jeg synes bare at det er behageligt, altså det gør at det hele bliver meget mere afslappet på en eller anden måde." (Rie)

For Rie var musikken positiv for arbejdsmiljøet, hvilket hun tror kommer patienterne til gode, fordi humøret påvirker hendes fremtoning, som kan smitte af på patienterne.

"Idet jeg bliver fanget af musikken og kommer til at gå og nynne gør jo også at jeg bliver gladere når jeg kommer ind på en stue, tænker jeg, fordi jamen så kommer jeg jo nynnende ind på en stue, og det må jo smitte af over på patienterne at der kommer én der er i godt humør"(Rie)

Dog oplevede hun, at noget personale syntes det var frygteligt at der var musik og følte sig mere stressede af det, fordi det var endnu en faktor de skulle forholde sig til i en travl hverdag, og at det derved påvirkede deres arbejdsmiljø negativt. Hun fortæller, at hun hørte personale brokke sig over musikken, og undrer sig over, at de ikke sammen med musikterapeuten forsøgte at finde en løsning på problemet: *"Jamen så sig det dog, for fanden. Fordi det gjorde jo at du måske bare kunne have flyttet dig lidt længere ned ad gangen eller et eller andet"* (Rie)

Patienter

Temaet patienter handler om Ries opfattelse af musikkens fordele og ulemper for patienterne, og oplevelser omkring musik med patienterne. Desuden taler hun også her om den personlige holdning til musik som afgørende for både patienternes oplevelse af musikken, og hendes egen opfattelse af deres oplevelse.

Hun oplevede at en del patienter syntes det var behageligt med musik på afdelingen og nød at lytte til den. Rie mener at musik kan tages ind i behandlingen af patienterne, og fortæller om en oplevelse hvor både hun og patienten havde glæde af samarbejdet med musikterapeuten.

⁵ Afdelingens musiktilbud består af en Maysound lydpudder med to musiksamlinger; MusiCure Surgery og MusiCure Relax, samt to afspillere med høretelefoner. De har de ti første MusiCure cd'er samt to programmer á ca. 45 min. varighed sammensat af forfatteren. Disse er hhv. et easy-listening program og et New Age-inspireret program.

"For eksempel det der samarbejde vi havde med en patient der lå nede på stue 26, en KOL-patient som var rigtig rigtig nervøs, hvor vi fik aftalt at du sidder ude og spiller og døren stod på klem og han kunne høre, og hvor jeg gik og nynnede lidt melodierne inde på stuen smittede meget af på hans ro, altså at, han var nemmere at komme til de dage, synes jeg, hvor du sad derude og spillede."

Dog havde hun også enkelte oplevelser hvor musikken ikke blev godt modtaget af patienter, som for eksempel da en patient, hun troede ville være glad musik, svarede: *"Luk gudskelov døren, så jeg ikke kan høre på det musik derude!"*, på forespørgsel om døren skulle stå åben. Rie tror at patientens musikpræference spillede ind på hendes reaktion, at musikken ikke passede i hendes smag, og fortæller at hun var meget overrasket over at netop denne patient reagerede så kraftigt. Hun mener at den enkeltes holdning til musik, samt hvor stort patientens overskud er, er afgørende for oplevelsen.

Evner og behov for at arbejde med den følelsesmæssige side ved en fysisk sygdom mener Rie også hænger sammen med patientens overskud, og hun tror, at mange patienter under indlæggelsen befinder sig i for stort kaos til at kunne rumme det, selvom der kan være undtagelser.

"Jeg tror ikke det er alle der har overskud til det måske lige der under indlæggelsen (...) fordi der bare sker så mange ting, og mange har simpelthen bare kaos i deres hoved fordi de måske skal ha en eller anden dødsdom at vide eller noget... ja, det er svært lige at sige... (...) Men det er igen nok også forskel fra patient til patient"(Rie)

Desuden fortæller hun at en undersøgelse af KOL-patienter viste, at de ikke kan huske de informationer de får under indlæggelse når de kommer hjem, fordi deres overskud er lavt, men at hun tænker det måske er anderledes med musik end med generel viden, som hun oplever at de skal have gentaget.

Musik og musikterapi

Temaet om musik og musikterapi omhandler Ries oplevelser af musik på afdelingen, hendes eget forhold til musik og de tanker hun gør sig om musikterapis plads på en lungemedicinsk afdeling.

Rie mener godt at musikterapi kan passes ind på afdelingen, men siger at der er mange meninger om dette, og fortæller at musikken ses som en service der ikke altid er tid til.

"Det er en service at vi tilbyder dig at vi har musik, (...) og i den travle hverdag så er det ikke servicen man lægger fokus på".

En årsag til de delte meninger om musikterapi på afdelingen kan ifølge Rie være, at fx læger ikke ser hvad musikken gør ved patienterne på gangen eller stuerne, og måske har følt sig mere stressede af musikken når de skulle diktere journaler eller gå stuegang.

"Som jeg diskuterede med en læge en dag, jamen du har jo ikke set ude på gangen hvad det gør ved patienterne. (...) Nej, det havde han ikke, men så siger jeg, jamen det har jeg!"

Hun mener det vil være svært at tilgodese alle ift. musikken, men at man måske kunne nøjes med at have musik i den ene ende af gangen, så de som sætter pris herpå kan være i den ende. Dog tror hun at det vil blive et meget stort puslespil at få til at gå op, og desuden risikerer patienter som ville have glæde af musikken at blive afskåret herfra pga. stuens placering.

En måde at give flere mulighed for at høre musik kunne efter Ries mening være, at de fik en servicemedarbejder, som: *"havde muligheden for at kunne gå rundt til nogle patienter eller høre lige*

hurtigt i et team "tror i der er nogle patienter der ville nyde musikken, så skal jeg være behjælpelig med at finde det frem til dem"" (Rie).

Om Ries eget forhold til musik siger hun, at musikken altid har fyldt meget hos hende, at der næsten altid spilles musik i hendes hjem, og at hun ikke føler hendes forhold til musik er anderledes nu end før hun blev bekendt med musikterapi. Hun bruger ikke musikken mere nu end hun gjorde før, men er blevet bevidst om, at hun nu lægger mærke til andre lyde i musikken og er mere bevidst om at lyde som hun godt kan lide, af andre kan opfattes som irriterende.

"Der kan jeg godt mærke nu, når jeg de gange har brugt musikpuden at den der tone har jeg egentlig aldrig hørt før, og nu hører jeg den for eksempel (...) og det har jeg ikke tænkt over før. Det synes jeg er ret pudsigt, at der lige pludselig er nogle andre lyde i musikken jeg hører nu efter vi har snakket om lagene i musikken."

Andet

Temaet Andet dækker over koder som forfatteren ikke mener passer i de andre undertemaer, og handler i Ries tilfælde om musikterapeutens musikalske udvikling under praktikopholdet, og patienternes behov for gentagelser. Hun fortæller at hun synes der var en udvikling i klaverspillet i løbet af praktikopholdet, og at dette måske har påvirket oplevelsen af musik for nogen, samt at hun føler patienterne har glæde af at få informationer gentaget ofte.

4.4.2. Søs

Interviewet med Søs, som er sygeplejerske, afvikledes sidst på eftermiddagen, da hun var i aftenvagt, og blev afbrudt undervejs da hun skulle servere aftensmad for patienterne.

Analysen af interviewet med Søs frembragte fire temaer med i alt 42 koder, fordelt på 13 undertemaer, som vist i skema 10.

Tema	Undertema	Koder	
Personale	Arbejds miljø	Afsmitning	Baggrundslyd
		Ingen travlhed	Irritation
		Musikpåvirkning	Negativ distraktion
		Optimal behandling	Personalets tiltale måde
		Stress	Tempo
		Travlhed	
	Fordele ved musik	Associationer	Egen holdning
		Hyggeligt	Personalets oplevelse
		Tempo	
	Ulempe ved musik	Associationer	Baggrundslyd
		Irritation	Negativ distraktion
		Personalets oplevelse	
	Holdning	Egen Holdning	Humør
		Musikpræference	
Patienter	Dyspnø	Dyspnø	Irritation
		Negativ distraktion	Patientbehov
		Patienters overskud	Patientfordel
		Patientulempe	Positiv distraktion
		Psykisk dyspnø	Somatisk dyspnø
		KOL-patienter	
	Fordele ved musik	Associationer	Hyggeligt
		Patientfordel	Positiv distraktion
		Psykisk dyspnø	Tempo
	Ulempe ved musik	Associationer	Baggrundslyd
		Irritation	Negativ distraktion
		Patientulempe	Somatisk dyspnø
		Tempo	
	Holdning	Associationer	Humør
		Musikpræference	
Musik og musikterapi	Musikbrug på afdelingen	Baggrundslyd	Musikbrug på afdelingen
		Musikkens evne	Musikopfattelse
		Musik på afdelingen	
	Eget forhold til musik	Bevidsthed	Egen holdning
		Musikbrug	Musikkens evne
		Musikopfattelse	Musikpræference
	Tanker om musikterapi på afdelingen	Holdning	Musikpræference
		Musikterapi på afdelingen	Tanker
Andet	Andre tilgange til at arbejde med psyken	Farver	Sanser
		Tilgange til psykiske aspekter	
	Andet	Andet	Musikalsk udvikling

Skema 10: Oversigt over koder og temaer fra personaleinterview med Søs.

Personale

I analysen af interviewet med Søs fylder personalets irritation og oplevelse af musikken som en ulempe meget.

Hun følte at musikken blev et irritationsmoment for hende og andre personaler, hvorved det havde en negativ indvirkning på deres arbejdsmiljø. Afdelingen er meget travl, og hun fortæller at al nødvendig

lyd på de travle dage irriterer dem, hvorfor musikken ofte blev opfattet som unødvendig støj, især hvis musikterapeuten sad nær vagtstuen.

"Jeg ved godt at du primært sad der for at musikken skulle flyde ind til patienterne, men for os, så var det en stor irritation når vi havde travlt." (Søs)

Efter Søs' mening var musikken ofte en ulempe, fordi det var endnu en faktor personalet skulle forholde sig til, hvilket irriterede dem, og fordi de blev distraherede og mistede koncentrationen om deres arbejde. Hun fortæller at hun et par gange følte trang til at råbe af musikterapeuten eller slå hænderne hårdt ned i klaveret for at få afløb for sin irritation, og at musikken i disse situationer var endnu en faktor hun skulle forholde sig til, hvorfor det var mere ophidsende end afslappende.

"Det var et par gange hvor jeg havde lyst til at sige 'HOLD NU KÆFT, SIGNE!' (begge griner) altså, du ved, men det er jo egentlig fordi det er jo min, det er jo mit afløb" (Søs)

Hun fortæller at personalet ofte har så travlt at de ikke har tid til at tale med pårørende som hører til et andet team, på gangen eller at sætte sig hos en patient. *"Det er jo ikke engang medicinen der faktisk behandler, det er jo..det er jo egentlig os der burde behandle (...) men på grund af tidsmangel, så bliver det tit og ofte medicinen der behandler" (Søs)*

Søs fortæller at travlheden også påvirker personalets omgangstone, som af udefrakommende kan virke meget hård, men at de har det godt sammen, og derfor ikke tager det der siges i en travl situation personligt.

"Vi har en tendens til at bide af hinanden hvis der er rigtig rigtig travlt hvorimod vi som regel har det jo.. vi har det jo kollegialt rigtig rigtig godt og det er derfor at vi også accepterer at vi kan bide lidt af hinanden en gang imellem" (Søs)

Dog har hun også oplevet, at musikken var et positivt indslag på afdelingen på knap så travle dage. Hun synes for eksempel at det var hyggeligt med musik til patienternes frokost, og fortæller om dage hvor personalet nynnede med på kendte sange.

"På dage hvor det var at vi måske havde god tid, så synes vi det var sådan helt hyggeligt, og så sad vi og sang med (griner) inde i vagtstuen og sådan noget" (Søs)

Søs mener, at både den personlige holdning til musik, musikpræference, dagsform og humør påvirker oplevelsen af musik på afdelingen, lige så vel som travlhed og anden aktivitet på stedet har haft indflydelse på oplevelsen fra dag til dag. Hun tror også at de associationer vi hver især har til musik eller bestemte musikstykker påvirker, og føler at noget musik passer i nogle situationer, men ikke i andre, og at den musik der blev spillet ikke altid passede til hendes humør.

Patienter

Søs ser både fordele og ulemper ved musikken i forhold til patienterne, hvorfor patienttemaet hos hende handler om hvornår musik på afdelingen er hhv. en fordel eller ulempe.

Hun mener at skillelinjen for om musik opleves som en fordel eller ulempe ligger i årsagen til patientens dyspnø. Således oplever hun at patienter med somatisk forårsaget dyspnø fandt musikken forstyrrende, og at det blev en negativ distraktion for dem, da de mistede koncentrationen om deres vejtrækning og derfor følte større dyspnø, mens patienter med psykisk forårsaget dyspnø opfattede den som en positiv

distraktion der flyttede fokus fra alt det der skete omkring dem, hvorved de følte mindre dyspnø. Ligeledes mener hun at det har gjort en forskel om patienten var sengebunden eller i stand til at flytte sig.

"Dem hvor det var det psykiske der gjorde at de fik dyspnø har nydt godt af musikken, dem der har haft, hvor det enten er KOL, lungeemboli eller cancer, de har syntes at det var rigtig træls" (Søs)

For nogle patienter har musikken således været endnu en faktor de skulle forholde sig til i en hverdag de i forvejen fandt hård, mens den hos andre har været en hjælp til at flytte fokus fra deres situation.

Søs fortæller at KOL-patienter ofte er meget utålmodige, så alt der ikke virker med det samme irriterer dem, hvorfor de har opfattet musik og musikterapeutens tilstedeværelse som lige så irriterende som musikpuden, hvis de ikke har følt en effekt med det samme, men at hun tror de af høflighed ikke har stoppet sessionen.

Ifølge Søs kan patienternes overskud også have indflydelse på deres oplevelse, og hun fortæller at det hænger sammen med hvor de er i sygdomsforløbet, da patienter i akutfasen ikke har overskud til andet end at prøve at få luft, mens de som er på vej mod deres almentilstand har overskud til mere. På trods heraf mener hun ikke det er sikkert de har overskud til at se på den følelsesmæssige side ved fysisk sygdom, selvom de har overskud til mere fysisk aktivitet.

Hun fortæller at hun under sygeplejerskeuddannelsen lærte om vigtigheden af at bevæge sig roligt omkring patienter med vejrtrækningsbesvær, da personalets stress kan smitte af på patienterne, men at omstændighederne gør det svært for personalet, og at musikken eller samtaler med musikterapeuten for nogle patienter var en positiv distraktion fra denne travlhed.

"Der er nogen patienter der har nydt rigtig meget at du har haft tid til at sidde og snakke med dem (...) og faktisk at distrahere dem fra at vi fiser frem og tilbage fra stuen." (Søs)

Hun mener det har haft stor betydning for patienterne at musikterapeutens tempo var meget roligere end resten af personalets, og at det ikke nødvendigvis var musikken, men det lavere tempo og at musikterapeuten havde tid til at sidde hos dem, som havde en positiv indflydelse.

"det var selvfølgelig rigtig rart at der i det hele taget sad et menneske der havde tid til at sidde der ved dem. Ikke nødvendigvis én der kunne spille musik, men fordi vi ikke havde tid så var der faktisk en der havde tid til at snakke med dem"

Søs synes det spændende ved musik er at det skaber associationer hos alle, og mener, at det og den personlige holdning er medvirkende til oplevelsen af musik som positiv eller negativ. Hun fortæller både om patienter som ikke brød sig om: *"alt det der spektakel derude"* (Søs) og ikke mente musik hører til på et sygehus, og patienter som oplevede at musikken satte dem i kontakt med gamle minder og gav en pause fra sygdommen.

"Der var der en som for eksempel hørte at du spillede "matador" en dag, hvor de sagde "Åh, det var dengang.." og det fjernede deres fokus fra sygdommen i tre til fire minutter" (Søs)

Den personlige holdning til musik er ifølge Søs også en faktor fordi nogle slet ikke hører musik i hverdagen, eller forbinder den med drukture eller lignende, og hun fortæller at patienter med KOL for

eksempel har stort behov for struktur, hvor dagene ligner hinanden, hvorfor musik kan være en faktor som viser det "unormale" ved situationen, hvis musik ikke normalt er en del af deres liv.

"Nogen de hører jo slet ikke musik (...) så er det jo sådan meget specielt for dem at der lige pludselig er musik, og nogen forbinder musik med "åh, jamen det var dengang jeg gik ud og drak" (griner)" (Søs)

Musik og musikterapi

ifølge Søs er travlheden afgørende for hvordan musik bliver brugt på afdelingen, og hun mener musik bliver brugt endnu mindre på afdelingen nu end før forfatterens praktikophold, da de i hverdagen kun har tid til at tænke på det allervigtigste.

"Vi ramte en belægningsprocent på 147% på et tidspunkt, og så er musikterapi ikke lige.. desværre.. ikke lige det hvor man tænker... (...) "Det er da det vi har tid til" ..." (Søs)

Hun fortæller at det eneste tidspunkt hun tænker på muligheden for at tilbyde musik er når hun tilfældigt ser en afspiller i depotet, og at hun glemmer det igen med det samme, fordi hun må tænke på den øvrige behandling.

Ligeledes fortæller hun, at musik ofte tilbydes som en sidste udvej, og at hun godt kunne tænke sig at man tænker det ind tidligere i behandlingen.

"Ja, det kunne jeg godt tænke mig, og gerne i den tidlige fase i stedet for at vi har prøvet alt det vi kunne og vi tænker "jamen hvad skal vi nu?" "jamen lad os prøve med noget musik.."" (Søs)

Musik har en stor plads i Søs liv. Hun lytter til musik så snart hun får fri og spiller selv på klaver, hvorfor hun også nævner at hun følte irritation hvis musikterapeuten spillede forkert, og var opmærksom på at der var en musikalsk udvikling i løbet af praktikopholdet. Hun mener musik har forbindelse til følelserne, er bevidst om hvordan musik påvirker hende og at den samme musik ikke er god for hende i alle situationer, samt at musik kan bruges til at bearbejde følelser, hvilket hun mener, kan være en hjælp for fx patienter.

"Jeg synes jo musik er meget meget vigtigt at have i sit liv, fordi at ... man kan afreagere til musik, (griner) (...) man kan blive glad af musik. Man kan blive ked af det, øh... lade sig blive ked af det. Blive fanget i en verden hvor man bare har høretelefoner på, og så bare lade sig blive ked af det, fordi, altså for eksempel, hvis vi ikke har tid til at høre, så kan det være at, at patienten kan lukke sig ind i en verden med musik hvor det er at man får lov til at bearbejde nogle følelser" (Søs)

Søs så gerne musikterapi som et tilbud til patienterne, men synes det skal bestilles til den enkelte patient fremfor at der altid er en musikterapeut på afdelingen.

"Jeg kunne forestille mig at det bliver bestilt. Ligesom vi bestiller vores sygehuspræst, vores socialrådgiver og så videre og så videre. Det kunne jeg godt tænke mig."

Hun synes det ville være spændende at undersøge om musik kunne være en hjælp i akutfasen til patienter som indlægges ofte til fx NIV-behandling, og foreslår at man kunne undersøge deres musikpræference i deres almentilstand og notere det i journalen, for så at afprøve om musik gør en forskel ved patientens næste indlæggelse, evt. med assistance fra en musikterapeut.

Andet

Temaet dækker over Søs' tanker om at der er flere tilgange til at arbejde med den følelsesmæssige side ved fysisk sygdom.

Hun nævner her sanser, farver og musik som forskellige muligheder og fortæller at man på Herlev hospital har malet alle rum i farver som er valgt ud fra deres terapeutiske egenskaber, men siger at den personlige holdning også her er afgørende for oplevelsen, idet oplevelsen af farver såvel som musik er individuel. Desuden fortæller hun at patienternes smags- og lugtesans er nedsat pga. deres sygdom og medicin, og at hun ville ønske man benyttede sig mere af de sanser de har i behold, for eksempel ved at sætte farver på tingene og bruge musik.

"To af deres sanser er nede. Så i forvejen er deres andre sanser skærpede"

4.4.3. Loa

Interviewet med Loa, som er social- og sundhedsassistent på afdelingen, afvikledes om aftenen, da Loa var i aftenvag, og blev afbrudt flere gange undervejs af andet personale.

Analysen af interviewet med Loa frembragte tre temaer med i alt 33 koder fordelt på 10 undertemaer, som vist i skema 11.

Tema	Undertema	Koder	
Personale	Arbejds miljø	Arbejds miljø	Baggrundslyd
		Egen tilgang	Implementering
		Irritation	Musikpåvirkning
		Ro	Stress
		Travlhed	
	Fordele ved musik	Baggrundslyd	Bevidsthed
		Egen holdning	Personalets oplevelse
		Ro	
	Ulempe ved musik	Baggrundslyd	Lydstyrke
		Personalets oplevelse	
	Holdning	Egen holdning	Holdning
		Musikpræference	
Patienter	Dyspnø	Patientbehov	Patienters overskud
		Patientfordel	Psyisk dyspnø
	Fordele ved musik	Følelsesmæssig reaktion	Patientfordel
		Psyisk dyspnø	Tempo
		Tilstedeværelse	Tværfagligt samarbejde
	Holdning	Holdning	Musikpræference
		Åbenhed	
Musik og musikterapi	Musikbrug på afdelingen	Baggrundslyd	Musikbrug på afdelingen.
		Musikkens evne	Musikopfattelse
		Musikpåvirkning	Musik på afdelingen
	Eget forhold til musik	Bevidsthed	Egen holdning
		Musikbrug	Musikkens evne
		Musikopfattelse	Musikpræference
	Tanker om musikterapi på afdelingen	Holdning	Implementering
		Musikpræference	Musikterapi på afdelingen
		Tanker	

Skema 11: Oversigt over koder og temaer fra personaleinterview med Loa.

Personale

Analysen af interviewet med Loa viste at hendes oplevelse af musik i forhold til personalet både er positiv og negativ.

Loa følte på den ene side at musikken kunne være forstyrrende: *"hvis man nemlig har haft meget travlt, så har det været en ting mere man skulle forholde sig til"*(Loa), og på den anden side, at den kunne få hende til at falde til ro, hvorfor musikken både kunne være en fordel og en ulempe for arbejdsmiljøet. Hun mener at *"det er sådan lidt en svær balancegang"* (Loa) at få musik til at passe ind på afdelingen.

Hun så gerne at der var noget baggrundsmusik på afdelingen, men mener at både musikpræference og lydstyrke har indflydelse på om det opleves som en fordel eller en ulempe, og fortæller at hun på travle dage med megen aktivitet i frokoststuen følte at musikken var endnu en faktor hun skulle forholde sig til, mens det andre dage var rart at der var musik, på trods af travlheden. Hun oplevede det som en fordel hvis hun havde en relation til musikken, og at det var forstyrrende hvis det var noget ukendt, eller hvis hun følte lyden var for høj.

"hvis det har været nogen som, som der har haft en eller anden form for relation til mig, jamen så har det haft positivt, ikk' os, og så har jeg stået og nynet lidt med" (Loa)

Hun mener den personlige holdning afgør om personalet har følt det var en fordel eller ulempe at arbejde til musik, og samtidig at travlhed og anden aktivitet på afdelingen også har været medvirkende til deres oplevelse heraf.

Patienter

Loa har kun set fordele for patienterne ved at der var musik på afdelingen, og har ikke oplevet at patienter ikke kunne lide det.

"Personligt har jeg ikke oplevet nogen der.. der ikke har brudt sig om det." (Loa)

Hun mener at musikterapeutens tilstedeværelse sammen med patienten har meget at sige for deres oplevelse, og var med til at afspænde dem anderledes end en CD alene ville have gjort, og at de havde mulighed for at tale om det der dukkede og undervejs også havde en betydning.

"Jeg tror at det er mere det at der sidder en person ved siden af, og så kan I, I kan snakke om nogle andre ting også, altså, når I kommer der til" (Loa)

Patienternes holdning mener hun også er afgørende for oplevelsen af musik, og for om de vil tage imod et tilbud om at arbejde med den følelsesmæssige side ved fysisk sygdom eller bruge musik til afspænding.

"det er sådan lidt... en lidt holdningsmæssig spørgsmål, altså om det er gamle Hr. Nielsen, som bare "ej! Det er ikke noget mænd de gør" vel, altså." (Loa)

Ligeledes tror hun at musikpræference eller præference for bestemte instrumenter kan have indvirkning på oplevelsen, og hun mener at der er flere muligheder for at finde noget der passer den enkelte med CD'er end med et klaver.

Loa mener patienternes overskud hænger sammen med hvor de er i sygdomsforløbet, at det er individuelt hvor meget de kan holde til og at der er forskel på hvor meget det følelsesmæssige fylder,

både hos den enkelte, alt efter hvilken sygdom de har og hvor i sygdommen de er. For nogle fylder det somatiske mest, mens andre er meget psykisk påvirkede og bryder helt sammen.

"der er sådan lidt forskel på, ikk' os, hvor meget den følelsesmæssige side betyder i forhold til den fysiske og der er forskel på, altså, hvor de er henne af, og hvad der betyder mest"

Musik og musikterapi

Loa fortæller at hun tænkte mere over musikbrug efter forfatterens praktikophold, både i forhold til hende selv og på afdelingen, men at hun hverken har brugt musikken mere på arbejde eller hjemme efterfølgende.

Hun oplever at musiklytning mest bruges til patienter som er kulrede eller angste, og synes ikke hun har haft patienter i den sidste tid hvor hun har tænkt at musik var en mulighed. Samtidig siger hun, at hun måske ville have benyttet sig af en musikterapeut hvis der havde været en på afdelingen.

Hun mener at det altid kræver noget tid før et nyt tiltag bliver en fast del af rutinen, og at det er nemt at bruge det man allerede kender når der er travlt, men at musik godt kunne blive en del af deres tankegang i behandlingen.

"Alt muligt nyt det får man ikke rigtig brugt i starten, og så når det ligesom sidder på rygraden, så begynder man at bruge det." (Loa)

Loa fortæller at hun følte et tomrum da forfatterens praktikophold stoppede, fordi hun da havde vænnet sig til at der var musik på afdelingen, og at hun godt kan forestille sig musikterapi som et tilbud på afdelingen, fx til gengangere, men også i forhold til personalet. Hun oplever at have meget mere energi til arbejdet første dag efter et par fridage, og tror at det ville gøre en forskel for hendes arbejde og give hende mere energi hvis hun i løbet af dagen havde mulighed for at tage en musikpause, hvor hun kunne blive helt afledt fra arbejdet i kort tid.

"I: Tænker du at det ville gøre en forskel for arbejdet.. hvis du lige havde sådan fem minutters pause i løbet af dagen? P: Det tror jeg. Det tror jeg. Hvor man ikke havde en telefon der vibrerer hele tiden, ikk' os, altså, hvor man hele tiden skal holde øje, ikk' os.. (...) og hvor man kan blive fuldstændig afledt"

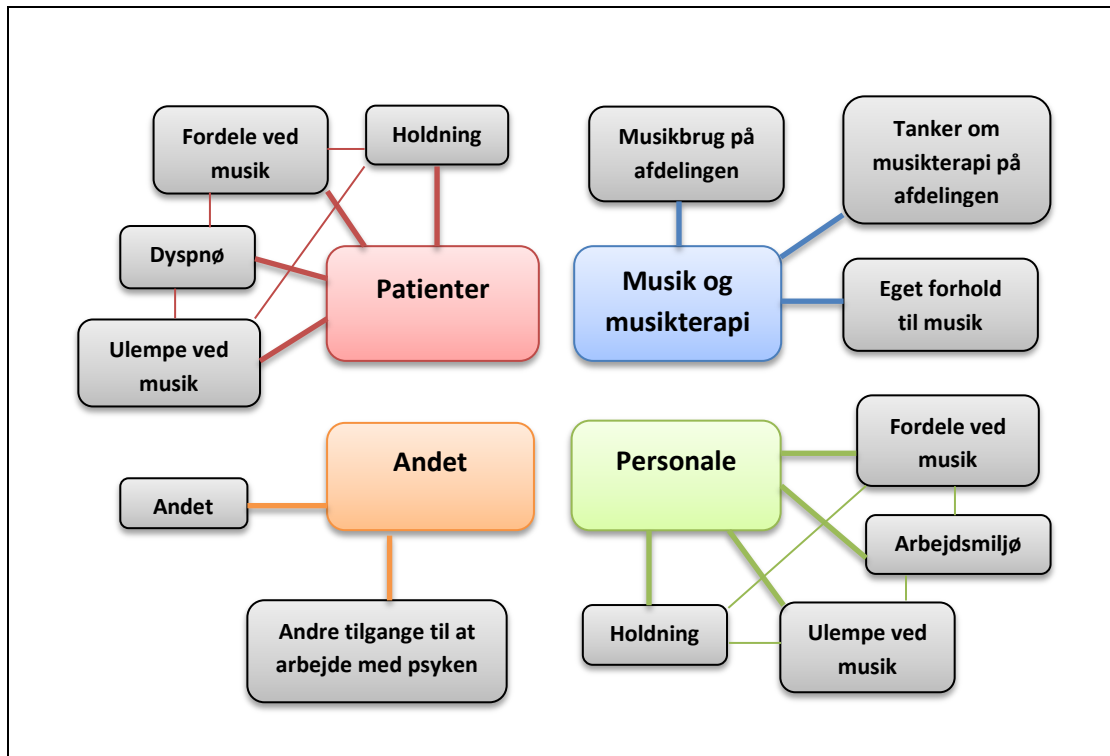
Samtidig mener hun at det måske ikke behøver være levende musik på gangen, men at det måske kunne gøre noget at der blev afspillet noget stille musik i baggrunden.

Loas eget forhold til musik har ændret sig idet hun er blevet bevidst om at musik kan bruges til at finde ro eller energi i en travl hverdag, men hun har endnu ikke benyttet sig af det.

"Hvor jeg så tænkte "nå, men kunne det være en ide at jeg lige satte mig med nogle høretelefoner og så bare lige i fem minutter" (...) for ligesom at se om jeg kunne få ny energi (...) men jeg har ikke fået det gjort."

4.4.4. Opsummering

Analysen af personaleinterviewene resulterede samlet i 54 koder; 31 hos Rie, 42 hos Søs og 34 hos Loa. Koderne kunne inddeles i 13 undertemaer, med 12 hos Rie, 13 hos Søs og 10 hos Loa, og yderligere i de fire hovedtemaer: Personale, Patienter, Musik og musikterapi, og Andet (figur 4). De tre interviews havde således både fælles og unikke koder, undertemaer og temaer. For oversigt over temaer og alle koder, se bilag 10.



Figur 4: Oversigt over temaer og undertemaer i personaleinterviews.

Personale

Temaet personale omhandler oplevelser med musik på afdelingen ift. hvordan det har været for personalet; både informanternes oplevelse og andet personales udsagn refereret af informanterne, og kan inddeles i de fire undertemaer Arbejds miljø, Fordele ved musik, Ulempe ved musik og Holdning.

Søs og Loa rapporterer at oplevelsen af musikken hænger sammen med den øvrige aktivitet på afdelingen, og at det på travle dage var et stort irritationsmoment for personalet, som gjorde det svært for dem at koncentrere sig, og derfor påvirkede deres arbejds miljø negativt. Dog fortæller Loa at hun på nogle dage alligevel følte musikken var rar trods travlhed, og at hun tror lydstyrken var afgørende for hendes oplevelse, og begge oplevede at musik på dage med god tid var behageligt og gjorde personalet i godt humør.

I modsætning hertil oplevede Rie at musikken påvirkede stemningen, hendes humør og følelsen af travlhed positivt, og at hun ikke fandt forskel i musikpåvirkningen alt efter travlhed. Hun følte at musikken hjalp hende til at finde ro, hvorved hun kunne gå roligere ind til patienterne, hvilket hjalp dem i forhold til deres vejtrækning. Hun undrer sig desuden over, at det personale som fandt musikken forstyrrende ikke forsøgte at løse problemet i samarbejde med musikterapeuten, da hun tror der kunne findes en løsning.

Alle tre ser personlig holdning samt musikpræference som afgørende for oplevelsen af musik på afdelingen, og Søs fortæller at hun tror ens humør eller dagsform også har indflydelse, da hun oplever at noget musik passer til et bestemt humør, og at musik hvis det ikke passer til hendes humør: *"bliver irriterende for mig, det bliver ligesom sådan en bi der bare sidder og summer i mit øre, fordi at, jeg føler ikke at jeg så kan koncentrere mig"* (Søs).

Patienter

Temaet patienter omhandler personalets oplevelse af musik på afdelingen ift. patienterne, og kan inddeles i undertemaerne Dyspnø, Fordele, Ulemper og Holdning.

Søs og Rie ser både fordele og ulemper ved musikken, hvorimod Loa kun har oplevet fordele for patienterne. Søs fortæller, at hun mener årsagen til patientens dyspnø er afgørende for om det var godt for dem, idet hun mener at patienter med dyspnø af somatiske årsager blev forstyrret af musikken og følte større dyspnø, mens patienter med dyspnø af psykiske årsager blev positivt distraheret fra deres situation.

Rie oplevede, at samarbejde med musikterapeuten beroligede en patient, så han oplevede plejen som mere behagelig, og at hun følte han var lettere at komme ind til, når musikterapeuten spillede på gangen foran hans stue.

Både Rie, Søs og Loa mener at patienternes personlige holdning og musikpræference har indflydelse på oplevelsen af musik, og Loa mener desuden, at den personlige holdning også kan have indflydelse på om patienterne ønsker at se på det følelsesmæssige eller at bruge musikken til afspænding, mens Rie fortæller at nogle patienter undrede sig over at der var musik på et sygehus.

"Der kan jo både være tiltag... at "nu sidder der nogen og spiller på en sygehusafdeling" Det har man da lige godt aldrig hørt før..." (Rie)

Søs og Loa mener at patienternes overskud hænger sammen med hvor de er i deres sygdomsforløb; at de i akutfasen ikke har overskud til andet end at trække vejret, mens de på vej mod deres almentilstand har overskud til mere, og Rie fortæller at en undersøgelse viste at KOL- patienter ikke husker informationer de har fået under deres indlæggelse, og at hun tror deres overskud er meget lille fordi de befinder sig i et stort kaos.

Musik og musikterapi

Temaet om musik og musikterapi handler dels om informanternes eget forhold til musik, musikbrug på afdelingen og deres tanker om musikterapi som et tilbud på afdelingen.

Søs og Rie ser begge musik som en vigtig del af deres liv. Søs spiller klaver og lytter meget til musik i sin fritid, mens Rie fortæller at hun næsten altid hører musik hjemme. Loa og Rie fortæller at de har fået en anden bevidsthed om musikken; Rie er blevet mere bevidst om at hendes præference for bestemte toner kan være anderledes end andres og at musik indeholder flere lag, mens Loa er blevet bevidst om at musik kan give ro eller energi i hverdagen.

Søs mener at musik ofte tilbydes som en sidste udvej, og så gerne at man tænkte musik ind i behandlingen tidligere, mens Loa mener det oftest tilbydes kulrede eller angste patienter. De mener alle at travlhed på afdelingen er afgørende for hvor ofte musik tilbydes, og Rie siger at musikken er en service de kan tilbyde patienterne, og at det ikke er service de tænker på, når der er travlt. Desuden

mener hun at det enkelte personales holdning til musik afgør om patienterne får tilbuddet. Rie foreslår en servicemedarbejder som en måde at få musikken mere ind på afdelingen, mens Loa mener at alt nyt kræver en tilvænningsperiode og at musikbrug kunne være en del af deres tankegang, hvis de fik det ind på rygraden.

Alle tre kan se musikterapi som et tilbud på afdelingen, men Søs ser gerne at det bestilles til den enkelte patient, og hun foreslår at man undersøger om gengangere på afdelingen kunne have glæde af musik i akutfasen, fx i forbindelse med NIV-behandling.

Loa siger at hun gerne vil have baggrundsmusik på afdelingen, men at hun ikke tror det behøver være livemusik, og at hun tror hun ville få mere energi til arbejdet, hvis hun fik mulighed for at tage en kort musikpause i løbet af dagen.

Andet

Temaet andet er kun til stede hos Rie og Søs, og omhandler dels deres oplevelse af forfatterens musikalske udvikling i løbet af praktikopholdet og dels andre tilgange til arbejde med psyken.

Både Rie og Søs oplevede at der skete en udvikling i forfatterens klaverspil undervejs i praktikken, og mener at det måske har påvirket nogles oplevelse af musikken; i Søs' tilfælde følte hun irritation hvis der blev spillet forkert i de kendte sange.

Undertemaet "andre tilgange til at arbejde med psyken" er kun til stede hos Søs, som mener at aktiv brug af både farver og musik kan være med til at påvirke patienternes indlæggelse, og at det vil være godt at påvirke deres syns- og høresans positivt, idet smags- og lugtesansen er nedsat pga. sygdom og medicin.

4.5. Kritik af interviewundersøgelsen

I følgende afsnit vil undersøgere kort fremføre nogle kritikpunkter ift. interviewundersøgelserne.

Ved at vælge et semistruktureret kvalitativt interview som metode har forfatteren haft mulighed for både at sikre sig svar på de spørgsmål hun havde, og følge interviewet i den retning det måtte tage, hvilket gjorde at nogle temaer som der ikke i udgangspunktet blev spurgt ind til, kom frem. At der kun var tale om få interviews giver en usikkerhed ift. hvor meget man kan stole på resultatet, både fordi de som meldte sig meget vel kunne være dem som var positive overfor musikterapi, og fordi det ikke er muligt at generalisere ud fra en så lille sample. Ift. personaleinterviewene viste det sig dog, at det ikke kun var meget positivt stemte personer som meldte sig, hvilket efter forfatterens mening giver resultaterne mere tyngde end en udelukkende positiv undersøgelse ville have haft. At begge patienter på forhånd havde meldt ud at de gerne ville deltage i en undersøgelse, mener forfatteren kan give en usikkerhed ift. validiteten af materialet, da det er sandsynligt, at kun patienter med en positiv oplevelse melder sig til et interview, hvis deres overskud ikke er så stort, hvorfor analysen af patientinterviews også har en overvægt af positive udsagn om musik og musikterapi.

Optimalt havde alle interviews været afviklet under samme vilkår, men da dette af forskellige årsager ikke kunne lade sig gøre, har forfatteren valgt at eksplicitere hvor og hvordan de forskellige interviews blev afviklet.

Under interviewet med Loa brød en anden personale ind i samtalen og sagde at Loa kun deltog fordi forfatteren gav en æske chokolade som tak for ulejligheden, hvorfor forfatteren overvejede om det interview skulle tages ud af undersøgelsen og et nyt interview med en anden informant indhentes. Grunden til at forfatteren har valgt at bibeholde interviewet er, at Loa på forhånd via kontaktpersonen havde givet tilsagn om deltagelse, og de på det tidspunkt intet vidste om belønningen, hvorfor forfatteren mener, at udsigten til en æske chokolade ikke var det udslagsgivende for Loas deltagelse, og at interviewet derfor godt kunne bruges.

Med forfatterens dobbeltrolle som både musikterapeut og interviewer var der en risiko for at datamaterialet blev påvirket både i indsamlingsfasen og under analysen. Hun mener, at det at analysen både indeholder positive og negative meninger om musikterapi indikerer, at det er lykkedes at holde dobbeltrollens påvirkning på et minimum.

4.6. Miljømusikterapi

I det følgende præsenteres miljømusikterapi kort, hvorefter specialets to spørgeskemaundersøgelser vedr. dette præsenteres.

I miljømusikterapi er målet at skabe et musikalsk miljø som kan være medvirkende til at fremme helse. Der er således ikke fokus på enkeltklienter, men på miljøet som et hele, og dermed på alle som er en del af dette. Ofte benyttes en kombination af receptive metoder og rekreative aktiviteter, som de som har lyst og energi kan deltage i, i det omfang den enkelte person magter (Aasgaard, 1999).

Musikken kan på samme tid skabe kontakt til deltagernes kultur, individualitet, imellem deltagerne, og bringe et menneskeligt element ind i en ofte steril verden (Schneider, 2005, s. 225), hvorved fokus kan flyttes fra sygdom og medicinske procedurer, og for en stund give plads til en følelse af glæde, normalitet og samhørighed.

Miljømusikterapi er beslægtet med Community Music Therapy (CMT), som bl.a. kan være en hjælp ift. at integrere forskellige befolkningsgrupper eller skabe større samhørighed i et samfund, men er ikke identisk hermed da CMT både arbejder med klienterne individuelt og som en del af samfundet (Bruscia, 1998), mens fokus i miljømusikterapi er på miljøet i sig selv.

Miljømusikterapien på lungemedicinsk afdeling i efteråret 2012 var især af receptiv art grundet patienternes tilstand, men enkelte gange tog patienter eller personale aktivt del ved at nynne med på melodierne.

4.6.1. Spørgeskema

Spørgeskemaet brugt i dette speciale blev udarbejdet og brugt i forfatterens 9. semesterpraktik på lungemedicinsk afdeling, Aalborg sygehus. Baggrunden var forfatterens nysgerrighed vedr. patienters og personales oplevelse og evt. udbytte af hovedsageligt miljømusikterapi eller musikinterventioner på afdelingen, med nogle underspørgsmål vedrørende individuel musikterapi.

Udarbejdelse af spørgeskemaer

Som baggrund for spørgsmålene opstillede forfatteren først otte hypoteser. Efter en revurdering af hypoteserne blev hypotese 8 "*Musikterapi under indlæggelse har indflydelse på livskvalitet*" fjernet, og yderligere to hypoteser blev tilføjet, som vist i skema 12.

- 1) Musikmiljøterapi eller musikinterventioner gør en forskel for patienter og personale på afdelingen.
- 2) Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen ændrer fornemmelsen af tempo på afdelingen.
- 3) Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen gør en forskel for humøret.
- 4) Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til afspænding.
- 5) Der er forskel på oplevelsen af musikinterventioner mellem mænd og kvinder.
- 6) Der er forskel på oplevelsen af musikinterventioner mellem patienter og personale.
- 7) Patienter og personale har været bevidste om tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen.
- ~~8) Musikterapi under indlæggelse har indflydelse på livskvalitet~~
- 9) Der er forskel på oplevelsen af musikmiljøterapi eller musikinterventioner mellem aldersgrupper.
- 10) Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til bekymring eller ængstelse.

Skema 12: Hypoteser for spørgeskema til patienter, pårørende og personale.

Efter opstilling af hypoteser udformedes spørgsmål som efter forfatterens mening kunne give svar ift. disse, og spørgsmålene opstilledes i et spørgeskema. Ved udarbejdelse af et spørgeskema er det vigtigt at spørgsmålene gøres tydelige så respondenterne forstår hvad de skal svare på (Robson, 2002), hvilket blev testet ved at én patient og ét personale udfyldte det. Herved blev det klart, at der måtte laves hhv. et skema til patienter og pårørende, og et til personalet, da nogle spørgsmål gav mening for patienter, men ikke for personalet, og omvendt. Spørgeskemaet blev herefter delt i to, med en række spørgsmål som var fælles for begge grupper, og nogle gruppespecifikke spørgsmål. De blev igen testet på hhv. en ny patient og et nyt personale, med henblik på spørgsmålenes formulering og tydelighed. Testpersonen fra personalet meldte tilbage at spørgsmålene var tydelige og hun forstod dem, hvorfor forfatteren valgte ikke at ændre i det, mens testen af patientspørgeskemaet viste at et enkelt spørgsmål var uklart, samt at patienten blev forvirret af at Likert-skalaen kun stod noteret en gang over en hel række spørgsmål. Spørgsmålet blev derfor gjort tydeligere og en Likert-skala blev indsat for hvert tredje spørgsmål for at gøre det mere overskueligt. Spørgeskemaet blev igen testet på en ny patient, som gav udtryk for at det var forståeligt og til at udfylde.

Spørgeskemaernes første del omhandler demografiske data som køn, alder og om de er patient pårørende eller personale, samt i så fald, hvilken stilling de har på afdelingen. Anden del omhandler viden om en musikterapeuts tilstedeværelse på afdelingen, og hvordan de er blevet klar over dette. Tredje del omhandler miljømusikterapi, og patientspørgeskemaet har yderligere en fjerde del om deltagelse i individuel musikterapi (Bilag 11 og 13).

Distribuerings af spørgeskemaer

Personalet blev gjort opmærksom på spørgeskemaet på et af afdelingens summemøder, og skemaerne blev lagt i personalestuen. Herudover gik forfatteren med til et lægemøde, hvor skemaet blev uddelt til afdelingens læger og siden indsamlet. 29 personer ud af en personalegruppe på ca. 65 udfyldte skemaet.

Spørgeskemaet til patienter og pårørende blev uddelt af forfatteren, både på de individuelle stuer og i opholdsarealet. De fleste patienter udfyldte selv skemaet, men da enkelte patienter var for dårlige til at kunne skrive selv, fik disse læst skemaet højt af forfatteren, som udfyldte det efter deres anvisninger. Grundet stor udskiftning af patienter på afdelingen nåede forfatteren ikke at give spørgeskemaet til alle, og enkelte fik skemaet udleveret men nåede ikke at svare på det før de blev udskrevet.

22 patienter og 5 pårørende takkede ja til at deltage, mens 5 patienter takkede nej med begrundelsen at de ikke havde overskud eller ikke kunne se hvad det skulle til for.

Databehandling

Under databehandlingen opstillede forfatteren alle data i et skema, hvorefter data til de enkelte spørgsmål blev samlet i mindre tabeller (bilag 12 og 14), og siden omsat til diagrammer til brug i præsentationen. Kvalitative kommentarer blev samlet i bokse som gengives i analysen, og forfatteren har valgt at bibeholde informanternes stavning og typografi, da nogle kommentarer vil være svære at rette i uden at risikere at ændre meningen.

Resultaterne fra de to undersøgelser beskrives først hver for sig, hvorefter forfatteren oplister indikationer i forhold til de opstillede hypoteser. Af pladshensyn bekrives de fem kategorier i spørgeskemaet; "meget enig", "enig", "ved ikke", "uenig" og "meget uenig" i følgende tre kategorier: "enig", "ved ikke" og "uenig". Forfatteren mener, at kategorierne "meget enig" og "enig" vil kunne slås

sammen til én kategori, som viser enighed i udsagnet, og ligeledes at kategorierne "uenig" og "meget uenig" kan samles i én kategori som viser uenighed i udsagnet.

Ofte bruges spørgeskemaer indenfor kvantitative metoder, da de kan give numeriske resultater til brug i statistiske analyser, men i dette speciale bruges de i en kvalitativ ramme, hvor resultaterne beskrives deskriptivt. Desuden kan forfatteren ikke lave en statistisk analyse af dataene af effekt over tid, da der ikke er indsamlet spørgeskemaer før musikterapi blev afprøvet på afdelingen.

Forfatteren har valgt at medtage alle besvarelser af spørgeskemaet, på trods af at nogle har svaret både ja og nej eller undladt at svare på enkelte spørgsmål. Der kan argumenteres for, at kun korrekt udfyldte spørgeskemaer burde medtages i undersøgelsen, men grundet den lille sample size, og at en del besvarelser skulle udelades i så tilfælde, har forfatteren valgt at medtage alle, og i præsentationen gøre opmærksom på dobbelte eller udeladte besvarelser.

Besvarelse af hypoteserne

Da sample size er lille (hhv. $n=27$ og $n=29$) mener forfatteren ikke at det er muligt at be-/afkræfte de opstillede hypoteser eller generalisere ud fra resultaterne, men at undersøgelsen kan ses som et pilotforsøg, der kan vise nogle tendenser eller give indikationer ift. hypoteserne.

Grundet den lille sample size, samt meget stor forskel i antallet af mænd og kvinder besvares hypotese 5: *"Der er forskel på oplevelsen af musikinterventioner mellem mænd og kvinder"* ikke i denne undersøgelse, da forfatteren vurderer at det vil være svært at uddrage et tydeligt resultat.

Da en besvarelse af hypotese 7: *"Patienter og personale har været bevidste om tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen."* i sin nuværende formulering forudsætter at deltagerne var blindede i forhold til musikterapeutens tilstedeværelse, hvilket de ikke var, udelades denne også af analysen.

Ligeledes udelades hypotese 9: *"Der er forskel på oplevelsen af musikmiljøterapi eller musikinterventioner mellem aldersgrupper"*, grundet den lille sample size og stor aldersspredning.

4.6.2. Patienter og pårørendes oplevelse af miljømusikterapi

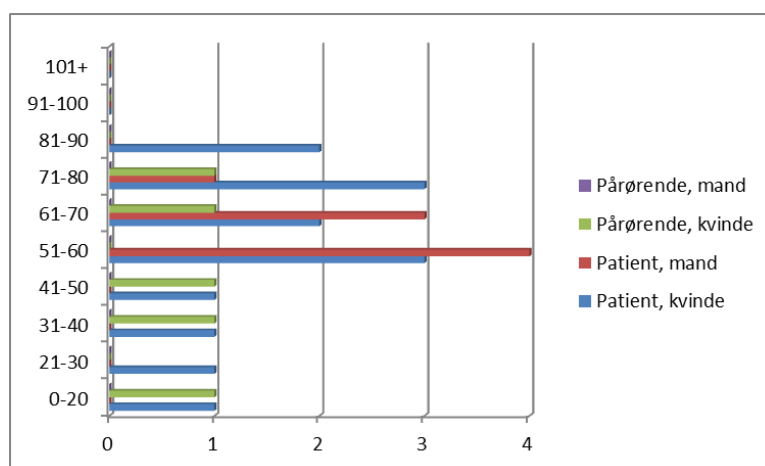
Som tidligere nævnt besvarede i alt 27 skemaet, heraf 22 patienter og 5 pårørende, mens 5 takkede nej til at deltage.

I det følgende beskrives resultaterne af hver enkelt spørgeskemadel, hvorefter de sættes i forhold til hypoteserne.

Demografiske data

Blandt de deltagende patienter var 14 kvinder og 8 mænd, mens de 5 pårørende alle var kvinder.

De kvindelige patienter fordelte sig aldersmæssigt mellem 0 og 90, med en overvægt mellem 51 og 90, mens mændene var 51-80 år gamle. De pårørende var mellem 0 og 80 år.



Figur 5: Aldersfordeling blandt patient- & pårørende.

10 havde været på afdelingen tidligere, mens 16 var der for første gang, og en svarede "ved ikke".

Bemærket musik

På spørgsmålet om de havde bemærket musik under indlæggelsen svarede 24 ja, mens 4 svarede nej. Årsagen til at der er 28 besvarelser er, at en kvindelig patient svarede både ja og nej, med følgende kommentar:

"Blev indlagt i går og har desværre endnu ikke hørt noget musik på de 2 afdelinger jeg har været på... Har nu fået frokost, og jeg nød musikken." (Patient # 13)

Denne patient havde således nået at svare og redigere i sine svar før forfatteren hentede spørgeskemaet.

De fleste havde hørt musik fra gangen (22) eller i patienternes frokoststue (18), mens 6 havde haft en af afdelingens afspillere på stuen, og 2 havde delt stue med en som havde en afspiller på stuen.

Klaverspil på gangen

Her beskrives svar vedr. musikinterventioner på gangen og i patienternes frokoststue. Respondenterne blev bedt om at svare på hvor enige de var i en række udsagn på en Likert-skala fra "meget enig" til "meget uenig", med et "ved ikke" som midterste felt.

Tempofornemmelse

Første udsagn omhandlede hvorvidt musikken gav en fornemmelse af langsommere tempo på afdelingen. Her var 16 respondenter enige, 9 svarede "ved ikke", mens 2 var uenige.

Behageligt at lytte til

På udsagnet "*det er behageligt at lytte til musik fra gangen*" svarede 25 bekræftende, mens 1 svarede "ved ikke" og 1 var uenig.

Anspændthed

Ift. udsagnet "*jeg bliver anspændt af musikken*" svarede 2 bekræftende, 3 "ved ikke", mens 19 svarede benægtende. Tre undlod at svare.

Afslappethed

Udsagnet "*jeg bliver afslappet af musikken*" viste, at respondenterne fandt musikken afslappende, da 24 svarede bekræftende, 2 svarede "ved ikke", og kun 1 var uenig.

Musik giver ro

Svarene på udsagnet "*musik på gangen gav mig ro*" indikerer at respondenterne fandt musikken beroligende, idet 23 var enige i udsagnet, mens 3 svarede "ved ikke" og 1 var uenig.

Humør

På udsagnet "*musik fra gangen gør mig i bedre humør*" svarede 23 bekræftende, 2 svarede "ved ikke" og 2 var uenige.

Minder

18 respondenter er enige i at "*musik fra gangen bringer minder frem*", mens 7 svarer "ved ikke" og 2 er uenige i udsagnet.

Forfatteren er bevidst om, at de minder musikken bringer frem både kan være positive og negative alt efter mindernes karakter, men bemærker at de fleste respondenter samtidig svarer positivt ift. ændring af stemning, afslapning og humør.

Stemning

I forhold til stemningen på afdelingen mener 22 respondenter at "*Musik fra gangen gør stemningen lettere*", mens kun 1 er uenig i dette, og 4 svarer "ved ikke".

Andet

I alt 7 patienter har tilføjet kvalitative bemærkninger til spørgeskemaets del vedr. klaverspil på gangen. Disse kan inddeles i positive og negative kommentarer, og er gengivet i skema 13.

De positive kommentarer dominerer, og handler både om det at have musik på en afdeling: "*VIRKELIGT FLOT OG GODT TILTAG*" (Mandlig patient, respondent # 3), at de oplever det som rart, behageligt og en god adspredelse, samt stemningslettende blandt både personale og patienter.

"Oplevede helt klart hvordan musikken og en smilende og rolig Signe lattede en nogen gange anspændt personalegruppe, til et langt mere smilende og afslappet personale – ligesåvel at patientgruppen var langt mindre indelukkede." (Kvindelig patient, respondent # 27).

Dog var der en pårørende, som på samme tid var positivt og negativt stemt, da hun syntes at det var godt, men samtidig spild af penge at have levende musik, og hun mente at indspillet musik ville have samme virkning.

"Tiden her går hurtigere og mormor bliver gladere og nyder det i stedet for at være så alene her Mange føler man er alene men levende musik giver livsglad Spild af penge Men jeg mener det er øsselt af penge når vi skal sparre på sygehusene og der er små små børn der har mere brug for penge x resurser på et sygehus kan der ligeså godt sættes et bånd på der er nogle som vil vende det." (Pårørende, respondent # 21).

Klaverspil på gangen

- #3: VIRKELIGT FLOT OG GODT TILTAG
- #7: Det er rart/dejligt. Kan ikke forstå at nogen kan lide musik.
- #13: Går meget ind for musikterapi, er overbevist om at musik er healende for krop og sjæl. (Yoga)
- #18: Følger med i melodien – ganske langsomt og behageligt. Giver adspredelse. Når hun slår tonen an så ved jeg hvad der kommer.
- #21: Tiden her går hurtigere og mormor bliver gladere og nyder det i stedet for at være så alene her Mange føler man er alene men levende musik giver livsglad Spild af penge Men jeg mener det er øsselt af penge når vi skal sparre på sygehusene og der er små små børn der har mere brug for penge x resurser på et sygehus kan der ligeså godt sættes et bånd på der er nogle som vil vende det.
- #23: Hyggeligt at lytte til, dejligt med musik man kender.
- #27: Oplevede helt klart hvordan musikken og en smilende og rolig Signe lattede en nogen gange anspændt personalegruppe, til et langt mere smilende og afslappet personale – ligesåvel at patientgruppen var langt mindre indelukkede.

Skema 13: Patienter og pårørendes kvalitative besvarelser vedr. klaverspil på gangen.

Viden om musikterapeuttilstedeværelse

På spørgsmålet om de var klar over at der var en musikterapeut på afdelingen svarede 17 ja, mens 10 svarede nej.

Desuden blev spurgt hvordan de havde bemærket dette, hvortil 4 svarede at personale havde fortalt det, 13 at de havde talt med musikterapeuten, og 6 at de havde modtaget musikterapi. 8 undlod at svare, og 3 angav andre måder de havde bemærket det, end de anførte.

Af dette kan udledes at mange af respondenterne var klar over musikterapeutens tilstedeværelse, og at de fleste var klar over det fordi de havde talt med vedkommende.

Deltagelse i musikterapi (MT) eller musiklytning (ML)

I det følgende beskrives svar vedr. deltagelse i musikterapi (MT) eller musiklytning (ML).

Ved dataanalysen blev det klart for forfatteren at spørgsmålene ikke havde været tydelige nok, da antallet af individuelle musikterapiklienter i perioden ikke stemmer overens med antallet af svar. Samtidig blev det tydeligt at spørgsmålet vedr. musikkens betydning for indlæggelsen burde have stået under "klaverspil på gangen", da det også kan have haft betydning for nogen, og en del respondenter har svaret på dette spørgsmål.

Tempofornemmelse

14 i alt har svaret på spørgsmålet om MT eller ML gav en følelse af langsommere tempo, hvortil 7 svarer at de er enige, 6 svarer "ved ikke" og én er uenig.

Humør

I alt 15 har svaret på udsagnet "*MT eller ML gjorde mig i bedre humør*", og svarene fordeler sig således at 11 er enige, 2 svarer "ved ikke" og 2 er uenige.

Følelser

Udsagnet "*MT eller ML bragte følelser frem*" blev besvaret af 15, og svarene fordelte sig således at 8 var enige, 5 svarede "ved ikke" og 2 var uenige i udsagnet.

Minder

I forhold til udsagnet "*MT eller ML bragte minder frem*" var 8 enige, 3 svarede "ved ikke" og 2 var uenige.

Udholde det svære

I alt 10 respondenter mente at "*MT eller ML gjorde det lettere at udholde det svære*", mens 3 svarede "ved ikke" og en enkelt var uenig.

Anspændthed

Udsagnet "*MT eller ML gjorde mig mindre anspændt*" blev vurderet af 14 respondenter i alt, og heraf var 10 enige, 1 uenig og 3 svarede "ved ikke".

Bekymring

Af de 16 der vurderede udsagnet "*MT eller ML gjorde mig mindre bekymret*" var 9 enige, 3 svarede "ved ikke" og 4 var uenige.

Ro

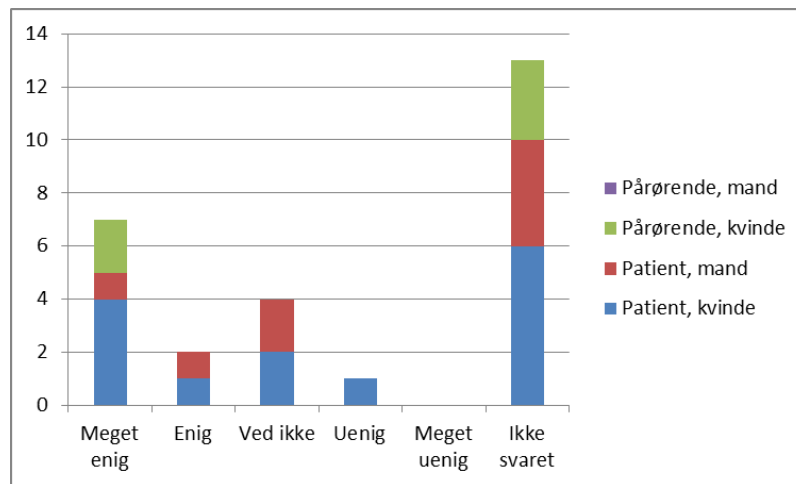
11 var enige i udsagnet "*MT eller ML gav mig ro*", mens 3 var uenige og 3 svarede "ved ikke".

Musikterapeutens tilstedeværelse

Spørgsmålet om musikterapeutens tilstedeværelse bestod af to udsagn. Det første udsagn, "*det var rart at musikterapeuten lyttede sammen med mig*" blev bekræftet af 10 respondenter, mens 1 afviste det og 3 svarede "ved ikke". Det andet udsagn, "*det var rart at tale med musikterapeuten om tanker og følelser*" var 10 enige i, mens 5 svarede "ved ikke" og 1 var uenig.

Forskel for indlæggelsen

Af de 14 som svarede på udsagnet "MT eller ML gjorde en positiv forskel for min indlæggelse" var 9 enige, 4 svarede "ved ikke" og 1 var uenig.



Figur 6: Forskel for indlæggelsen

Andet

2 respondenter gav andre kommentarer i forhold til MT og ML, som ses i skema 14.

Deltagelse i MT eller ML

- #23: Kunne ikke koncentrere mig om det.
- #27: Håber inderligt at den administrative ledelse vil ansætte musikterapeuter fast og fremover.

Skema 14: Patienters kvalitative besvarelser vedr. MT og ML.

Analysen viste, at en mandlig patient konsekvent svarede negativt eller "ved ikke" på spørgsmålene, hvilket forfatteren finder interessant.

Yderligere bemærkninger

Slutteligt kunne respondenterne skrive yderligere bemærkninger til musikterapeuten eller ift. musik på afdelingen, hvilket 8 benyttede sig af. Disse deler sig i en positiv og en negativ del, hvor det positive handler om respondenternes oplevelse af musikken som en hjælp, at det er hyggeligt og dejligt, ønsker om mere musik på afdelingen, samt gode oplevelser med MT, mens de negative handler om lydstyrken på musikken, samt at én respondent synes det er spild af penge.

Yderligere bemærkninger

- #3: ER KRONISK NEUROGEN SMERTEPATIEN OG HAR VIA SMERTEKLINIEN LÆRT AT BRUGE MUSIKTERAPI SOM ET SUPPLEMENT TIL SMERTEBEHANDLINGEN OG ACCEPTEN AF TILSTANDEN I DAGLIGDAGEN. DET HAR I ÅREVIS VÆRET EN POSITIV TILGANG TIL EN TÅLELIG DAGLIGDAG.
- #5: Det er rigtig rart og dejligt afslappende at kunne høre klaverspil. Engang imellem når tankerne kører rundt virker det rigtig beroligende. Alt i alt en rigtig god oplevelse pga. musikken. Alle de mange gange jeg har været indlagt.
- #13: Blev indlagt i går og har desværre endnu ikke hørt noget musik på de 2 afdelinger jeg har været på...Har nu fået frokost, og jeg nød musikken. Syntes dog at musikken gerne må have været lidt højere (nu har jeg selv øresusen på begge øre, så ville gerne den havde været lidt højere). Syntes godt der kunne være dæmpet musik på gangene hele dagen, så det minder mindre om hospital man er på. Tror det vil være gældende for alle parter patienter, pårørende og personale = musik og smil gør glad og positiv.
- #16: Det var dejligt at lytte til det eller din musik. Tak for musik er godt naar man aflader
- #17: Det er hyggeligt med musik i afdelingen.
- #21: Det er sådan en dejlig sød pige Ved hvad hun laver det skønt men stadigvæk er der andet der ville blive sat mere pris på på et sygehus Her er der tale om gamle mennesker for det meste de ser ikke altid tingene som vi unge og bliver harm over penge spild bruges mere fornuftigt
- #25: Jeg har haft besøg af musikterapeuten flere gange i mit hjem, hvilket har været positive oplevelser hver gang. Har fået cd'er, som jeg ofte lytter til.
- #27: Til Signe: Du med dit dejlige væsen, og følelsen af at der var tid til mig – i mit alvorlige og første indlæggelsesforløb, - at du værnede om den psykiske del som personalet ikke havde tid til, - ja, det gjorde i høj grad at mit 3-ugers forløb blev langt mere udholdeligt. Tak for det. Held og lykke med din afhandling.

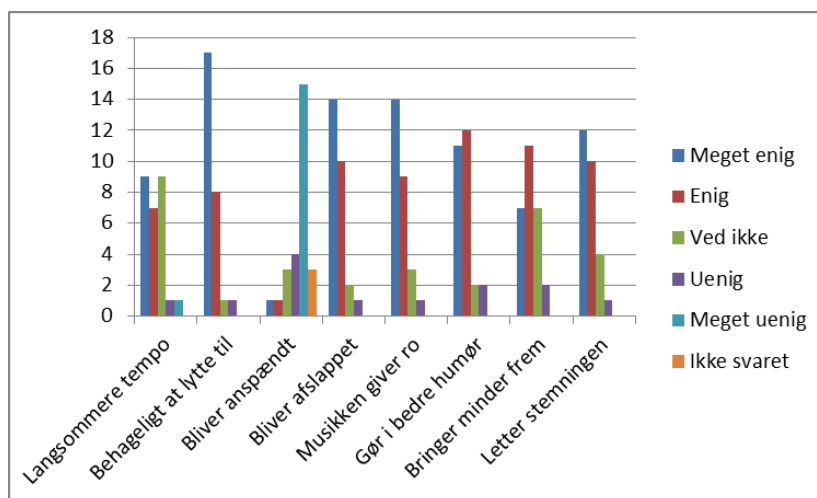
Skema 15: Yderligere bemærkninger fra patienter og pårørende.

4.6.3. Patientspørgeskemaerne ift. hypoteserne

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra spørgeskemaet ift. de opstillede hypoteser. Da nogle hypoteser kræver sammenligning af besvarelser fra personale og patienter besvares disse først under afsnit 4.7.

Hypotese 1: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner gør en forskel for patienter og personale på afdelingen.*

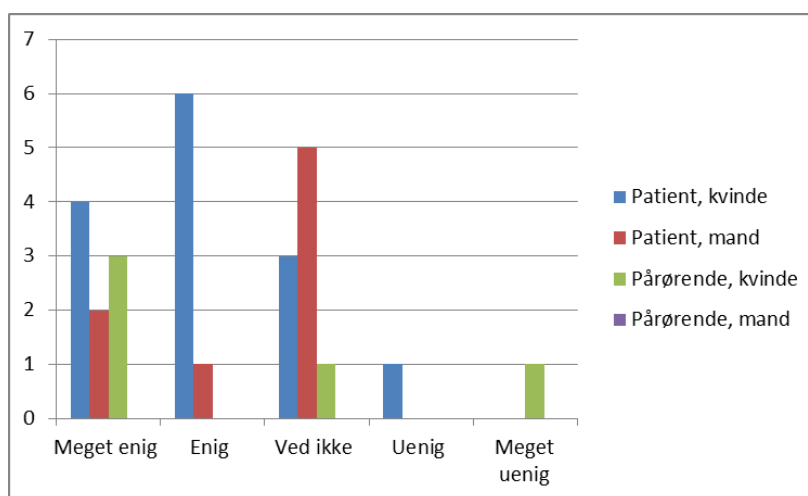
- Da de fleste respondenter svarer positivt på spørgsmålene, dvs. at de oplever musikken som afslappende, at den bedrer humøret, giver ro, letter stemningen og er behagelig at lytte til, mener forfatteren at resultatet indikerer at miljømusikterapi gør en forskel for patienterne, og desuden at denne forskel er positiv.



Figur 7: patienter og pårørendes besvarelser ift. hypotese 1.

Hypotese 2: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen ændrer fornemmelsen af tempo.*

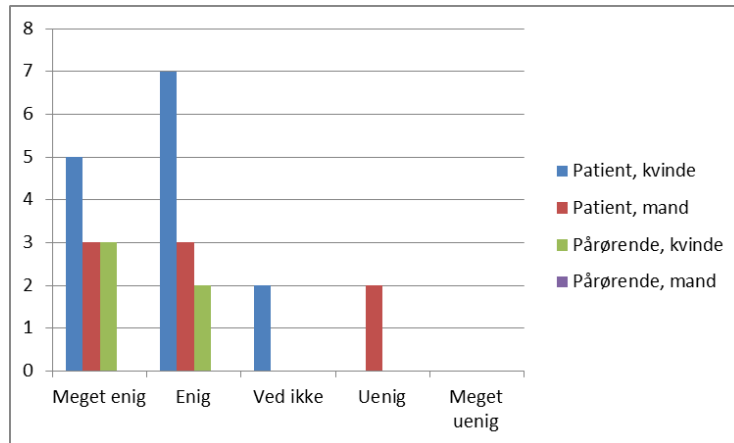
- Da 16 ud af 27 respondenter var enige i at musikken gav en fornemmelse af langsommere tempo mener forfatteren at der er indikationer på at miljømusikterapi ændrer fornemmelsen af tempo for patienterne.



Figur 8: Patienter og pårørendes besvarelse ift. tempofornemmelse.

Hypotese 3: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen gør en forskel for humøret.*

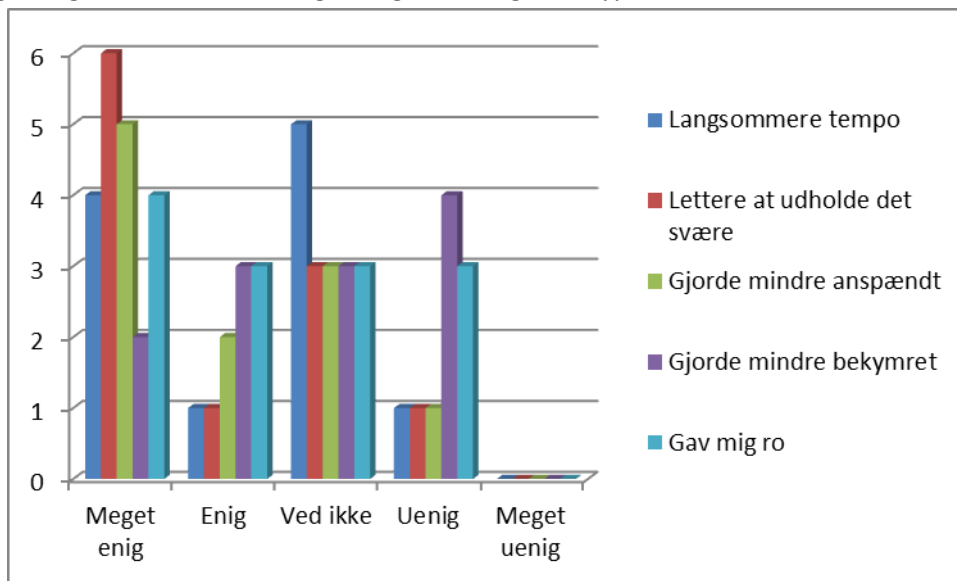
- Forfatteren mener at der er en stærk indikation på at miljømusikterapi har positiv forskel på patienters humør, eftersom 23 ud af 27 respondenter er enige i at musikken gør dem i bedre humør.



Figur 9: Patienter og pårørendes besvarelse ift. humør.

Hypotese 4: *Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til afspænding.*

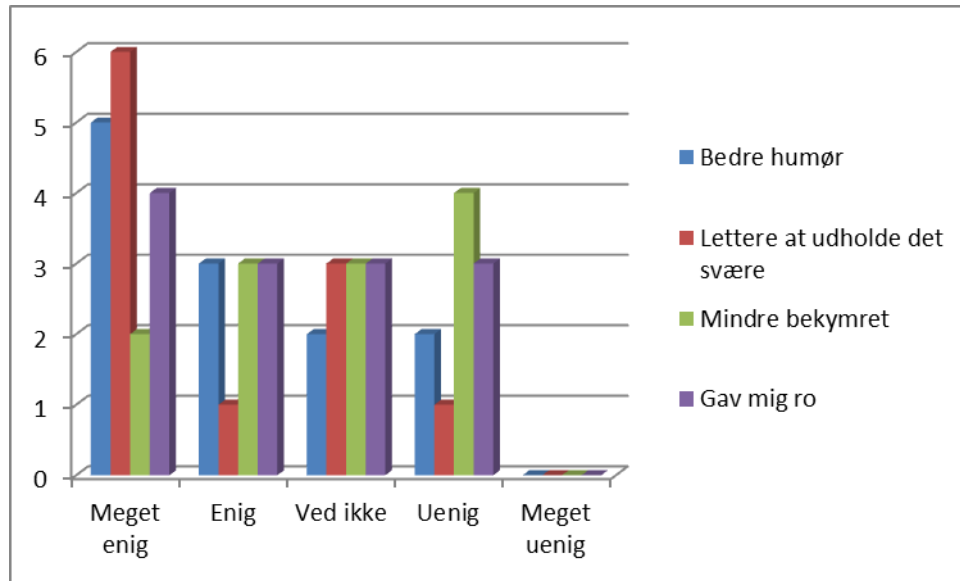
- Forfatteren mener at spørgsmålene vedr. tempo, anspændthed, bekymring, ro og om det gjorde det lettere at holde det svære ud har betydning for hypotesen om afspænding. Pårørendes data er frasorteret if. denne hypotese, da kun patienter modtog individuel MT. Forfatteren mener at analysen indikerer, at MT under indlæggelsen kan være en hjælp ift. afspænding, men at en uoverensstemmelse mellem antal besvarelser og det reelle antal patienter i individuel MT i perioden, samt anonymitet i undersøgelsen som umuliggør udskillelse af de patienter som ikke modtog MT, gør at der ikke kan siges noget endeligt om hypotesen.



Figur 10: Patienters besvarelse ift. afspænding

Hypotese 10: *Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til bekymring eller ængstelse.*

- Forfatteren mener at spørgsmålene vedr. humørforbedring, at kunne udholde det der er svært, bekymring og ro har betydning for hypotesen om bekymring og ængstelse. Pårørendes data er frasorteret if. denne hypotese, da kun patienter modtog individuel MT. Analysen viser at en overvægt af patienterne er enige i, at MT har positiv indvirkning på humør, at udholde det svære, og ro, men ikke på bekymring. Forfatter mener, at hypotesen var for uklar og burde have været delt i to, så ængstelse og bekymring blev undersøgt hver for sig, og at den i så fald måske havde vist en tendens, men at den i denne udformning ikke kan besvares med de forhåndenværende data.



Figur 11: Patienters besvarelser ift. bekymring og ængstelse.

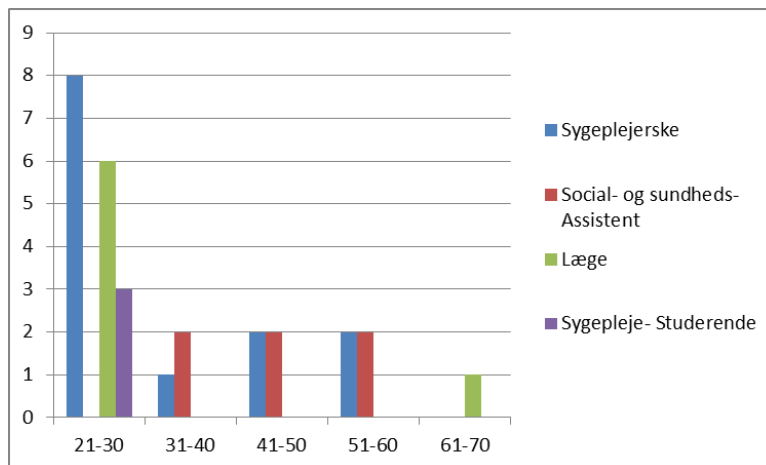
4.6.4. Personalets oplevelse af miljømusikterapi

Lungemedicinsk afdeling på Aalborg sygehus har ca. 65 ansatte, og af dem svarede 29 på spørgeskemaet.

I det følgende beskrives resultaterne af hver enkelt spørgeskemadel, hvorefter de sættes i forhold til hypoteserne.

Demografiske data

Af de 29 respondenter var 13 sygeplejersker, 6 social-og sundhedsassistenter, 4 læger og 3 sygeplejestuderende. 3 af disse var mænd og 26 kvinder, og aldersmæssigt fordelte de sig mellem 21 og 70, med en overvægt i gruppen 21-30.



Figur 12: Aldersfordeling og profession blandt personalebesvarelser.

Musik på afdelingen

16 af de 29 respondenter mener der blev brugt musik på afdelingen før august 2012, hvilket 6 er uenige i, 3 svarer ved ikke og 4 undlader at svare. Til gengæld har 28 bemærket musik på afdelingen siden august 2012, mens 1 undlader at svare. De fleste (15) svarer at musikken før august 2012 blev tilbudt vha. en musikpude, 7 siger det var vha. en musikafspiller og 7 at det var vha. en afspiller og høretelefoner.

Klaverspil på gangen og i patienternes frokoststue

Herunder beskrives svar omhandlende musikinterventioner på gangen eller i patienternes frokoststue. Respondenterne blev bedt om at svare på hvor enige de var i en række udsagn på en Likert-skala gående fra "meget enig" til "meget uenig", med "ved ikke" som midterste felt.

Tempofornemmelse

I alt 17 var enige i udsagnet "*musikken giver en fornemmelse af langsommere tempo*" mens 7 svarede "ved ikke" og 3 var uenige og 2 undlod at svare.

Behageligt at lytte til

I forhold til udsagnet "*det er behageligt at lytte til musikken*" var 25 enige, 3 svarede "ved ikke" mens 1 var uenig i udsagnet.

Anspændthed

4 var enige i udsagnet *"jeg bliver anspændt af musikken"*, mens 5 svarede "ved ikke", 20 var uenige og 1 undlod at svare. Der var 30 besvarelser i denne kategori, da 1 person havde svaret både enig og uenig.

Afslappethed

Udsagnet *"jeg bliver afslappet af musikken"* var 15 enige i, mens 11 svarede "ved ikke", og 3 var uenige.

Musik giver ro

Af de 29 respondenter svarede 15 at de var enige i udsagnet *"musikken giver mig ro"*, mens 11 svarede "ved ikke", og 3 var uenige.

Humør

Svarene vedr. udsagnet *"musikken gør mig i bedre humør"* viser at 20 af respondenterne mener det er tilfældet, mens 7 svarer "ved ikke" og 2 er uenige.

Minder

14 svarer bekræftende på at *"musikken bringer minder frem"*, mens 2 er uenige heri, 12 svarer "ved ikke" og 1 undlader at svare.

Stemning

I forhold til udsagnet *"musikken gør stemningen lettere"* er 20 enige, 2 uenige, og 7 svarer "ved ikke".

Arbejdsmiljø

Udsagnet vedr. arbejdsmiljø lød: *"det er behageligt at arbejde til musikken"*. Her svarer 19 bekræftende, mens 9 svarer "ved ikke" og 1 er uenig.

Andet

I alt 7 respondenter havde kvalitative bemærkninger til emnet klaverspil på gangen. De omhandler blandt andet personalets oplevelse af patienternes udbytte, at det kan være for meget med musik når der er travlt, og at noget personale føler det letter deres arbejdsbyrde (skema 15).

Klaverspil på gangen

- #5: Har hørt fra pt at de har været glade for musik til frokost tid =)
- #8: Når jeg er stresset, lukker jeg alt ude – også musikken.
- #20: Giver en ro til pt. De kommer i ophold areal for at spise.
- #23: Det kan godt virke lidt for meget ved nogle situationer (spise/opholdsstuen) med både snak – patienterne imellem – snak ved buffeen og musik ~Det er fint når det ikke er for højt – så er det godt i baggrunden.
- #24: musikken giver anledning til at patienter kan vise følelser og have lettere ved at åbne op i nogle tilfælde.
- #29: Jeg oplever at presset i mit arbejde letter betydeligt, når jeg lytter til din musik.

Skema 15: Personalets kommentarer vedr. klaverspil på gangen.

Viden om musikterapeuttilstedeværelse

Ift. hvordan personalet har bemærket at der var en musikterapeut på afdelingen svarer 24 at de har talt med hende, 19 at de har set/hørt hende på en af stuerne, og 28 at de har set/hørt hende på gangen. Derudover noterer 1 at hun har henvist patienter til musikterapeuten.

Yderligere kommentarer

Sluttelig kunne respondenterne skrive kommentarer vedr. musikterapeutens tilstedeværelse på afdelingen, hvilket 13 benyttede sig af. Af disse er et udsagn slettet, da det var af meget personligt karakter, og respondenterne efterfølgende bad om at det ikke blev brugt.

Kommentarerne kan inddeles i de to temaer Patienter og Arbejds miljø, som forklares kort herunder, og alle kommentarer kan ses i skema 16.

I forhold til patienterne oplever flere, at de har glæde af det, selvom det også nævnes at nogle var negative, og flere udtrykker at det er godt at få musikken ind som et tilbud til patienterne.

"Der har været fleste positive tilbagemeldinger fra pt. Kun enkelt negativ. Synes det er et rigtig godt tiltag og spændende om det kan implementeres i afd. på et tidspunkt."(#7)

Temaet om arbejds miljø er overvejende positivt, idet nogle synes det er hyggeligt at arbejde til og at de har nydt musikken på afdelingen, mens en enkelt bemærker at vedkommende ikke har behov for musik til arbejdet.

Andre kommentarer

- #4: Det har været interessant at have dig i afdelingen. Er sikker på at patienterne har haft gavn af den musikterapi og er glad for at vi har haft mulighed for at have dig i afd.
- #5: Virker som et rigtig godt tiltagende. Pt er glade for det og for nogle har det meget gavn. Plus hyggeligt at arbejde til =)
- #6: Det har været dejligt at høre musik i forbindelse med mad samt har jeg oplevet at patienterne har haft glæde af at gøre musik på stuerne.
- #7: Der har været fleste positive tilbagemeldinger fra pt. Kun enkelt negativ. Synes det er et rigtig godt tiltag og spændende om det kan implementeres i afd. på et tidspunkt.
- #9: Det har været hyggeligt med musik på afd. ☺
- #10: Synes det har været rigtig spændende at opleve den mulighed på afdelingen. Har også oplevet flere patienter der har nydt godt af det. Rigtig spændende.
- #11: Alt efter hvordan stemningen er i afd. Opleves musikken på gangen derefter. Er der travlt, virker det stressende. Er der roligt virker det afslappende.
- #20: Super godt. Mange af pt finder ro i musikken og har god gavn. Afd blevet lidt roligere i tempo efter musikken er kommet, også selvom folk ikke ligger mærke til det.
- #24: Jeg synes det er rigtig godt at have musikterapeuten på afdelingen da hun skaber en god stemning og skaber hygge.
- #25: Jeg har ikke behov for musik når jeg arbejder. Det er måske afslappende for patienterne.
- #26: Rigtig godt.
- #28: Det har været spændende at få musikken med som en del af tilbuddet til patienterne.
- #29: Jeg er sikker på at du gør en forskel både for vores patienter og for personalet. Hvor er det dejligt at have dig i afdelingen. Det betyder meget at vi kan trække på dig til vores pt., hvor en stor del er alvorlig syge og er mere el. mindre krisepåvirkede.

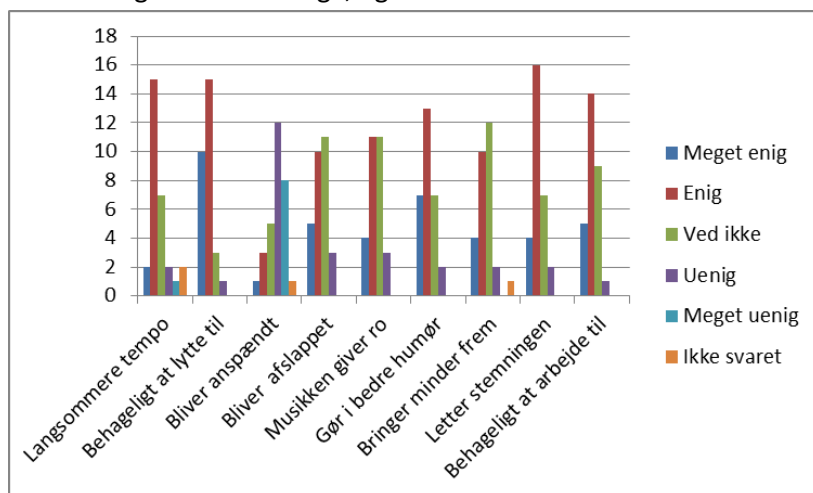
Skema 16: Personalets kommentarer vedr. musikterapeutens tilstedeværelse på afdelingen.

4.6.5. Personalespørgeskemaerne ift. hypoteserne

I dette afsnit præsenteres resultaterne af respondenternes besvarelser i forhold til de opstillede hypoteser. Da nogle af hypoteserne kræver sammenligning af besvarelser fra personale og patienter besvares disse først under afsnit 4.7.

Hypotese 1: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner gør en forskel for patienter og personale på afdelingen.*

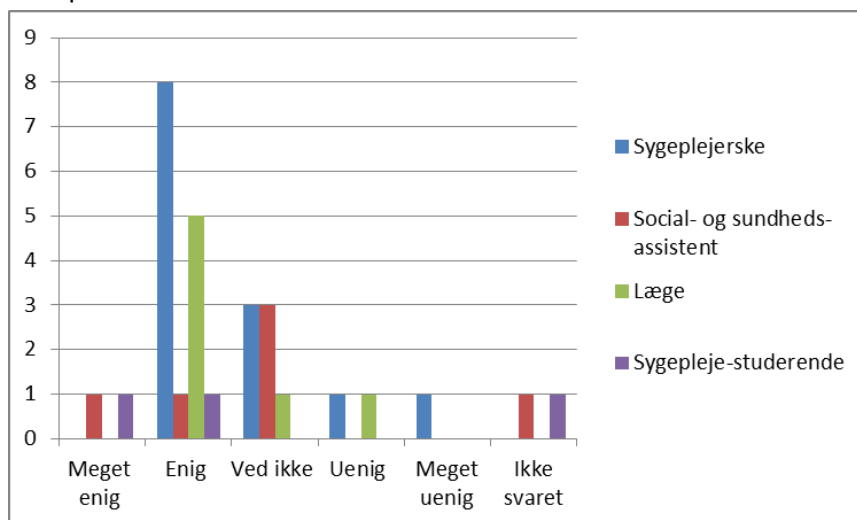
- I forhold til hypotese 1 mener forfatteren at der er indikationer på at musik gør en forskel for personalet, men at det kan diskuteres, hvorvidt påvirkningen udelukkende er positiv, da der blandt svarene er nogle som er uenige, og en ret stor del som svarer "ved ikke".



Figur 13: Personalets besvarelser ift. hypotese 1.

Hypotese 2: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen ændrer fornemmelsen af tempo på afdelingen.*

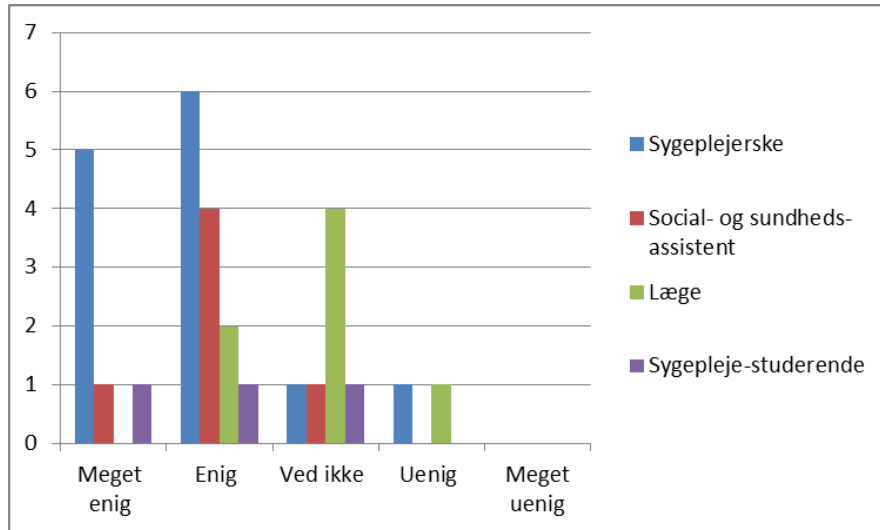
- Da 17 ud af 29 respondenter var enige i at musikken gav en fornemmelse af langsommere tempo mener forfatteren at der er indikationer på at musik på afdelingen ændrer fornemmelsen af tempo for personalet.



Figur 14: Personalets besvarelser ift. tempofornemmelse.

Hypotese 3: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen gør en forskel for humøret.*

- Forfatteren mener at der er en stærk indikation på at musikmiljøterapi gør en positiv forskel for personalets humør, eftersom 20 ud af 29 er enige i at musikken gør dem i bedre humør.



Figur 15: Personalets besvarelser ift. humør.

4.7. Samlet resultat ift. hypoteserne

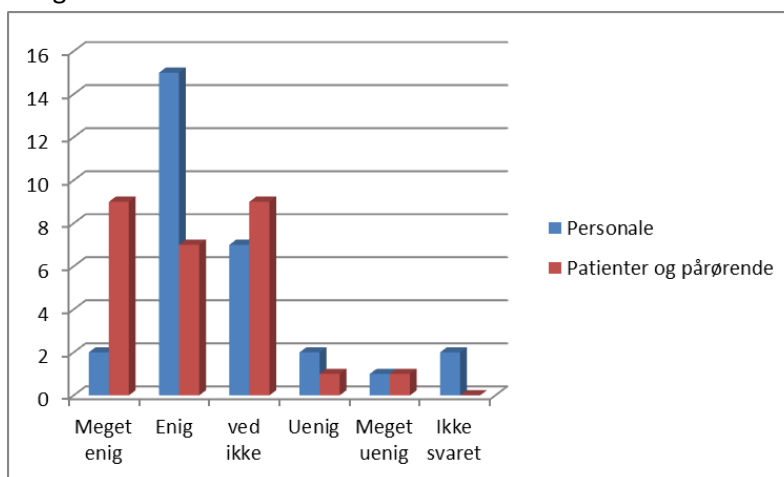
Herunder sammenstilles resultater fra de to spørgeskemaundersøgelser, og resultaterne sættes i forhold til de opstillede hypoteser.

Hypotese 1: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner gør en forskel for patienter og personale på afdelingen.*

- På baggrund af analysen af hhv. personale- og patientspørgeskemaer mener forfatteren at der er indikationer på at musikmiljøterapi gør en forskel for både patienter og personale, at det kan diskuteres om det gør en positiv forskel for begge grupper, og at undersøgelsen indikerer en positiv forskel for patienterne med de forhåndenværende data.

Hypotese 2: *Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen ændrer fornemmelsen af tempo på afdelingen.*

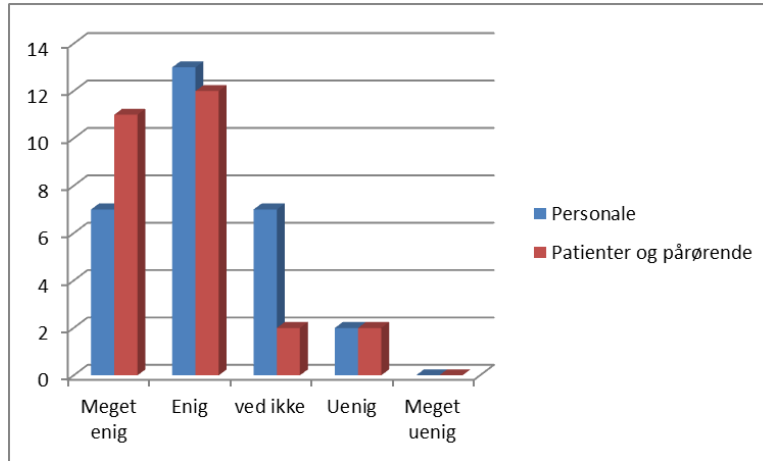
- Da analysen af hhv. personale- og patientspørgeskemaerne viste at lidt mere end halvdelen af respondenterne oplevede en ændret fornemmelse af tempo mener forfatteren, at der er indikationer på at miljømusikterapi kan give en ændret tempofornemmelse på en sygehusafdeling.



Figur 16: Samlet oversigt over besvarelser ift. tempofornemmelse.

Hypotese 3: Musikmiljøterapi eller musikinterventioner på gangen gør en forskel for humøret.

- På baggrund af analysen af hhv. personale- og patientspørgeskemaer mener forfatteren at se en stærk indikation på at musikmiljøterapi har en positiv indvirkning på humøret, da størstedelen af respondenterne er enige i at musikken gør dem i bedre humør.



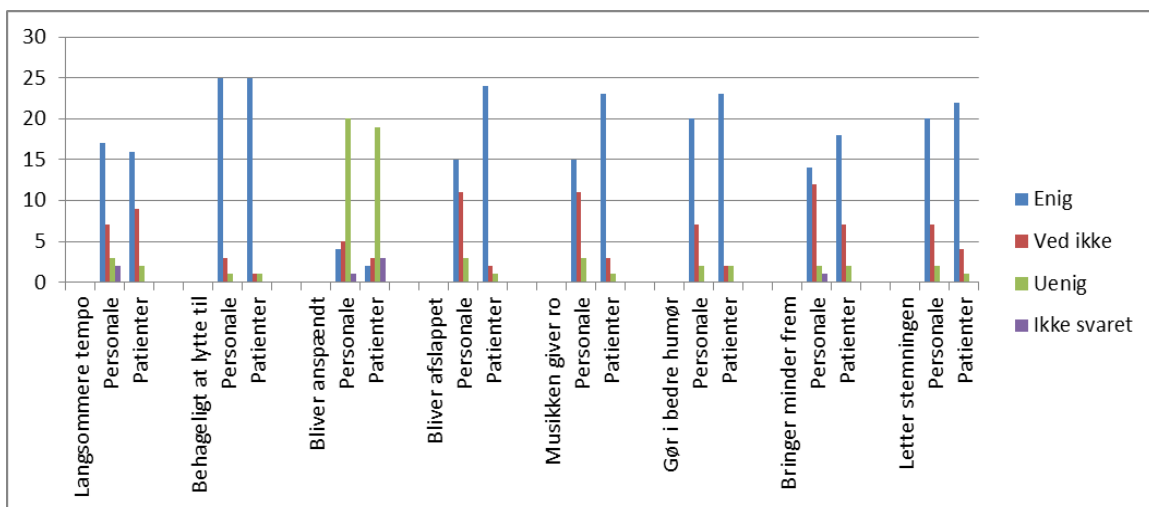
Figur 17: Samlet oversigt over besvarelser ift. humør.

Hypotese 4: Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til afspænding.

- Analysen indikerer at musikterapi kan være en hjælp ift. afspænding, men grundet en uoverensstemmelse mellem antal respondenter og patienter i musikterapi i perioden mener forfatteren ikke det er muligt at sige noget endeligt om hypotesen.

Hypotese 6: Der er forskel på oplevelsen af musikinterventioner mellem patienter og personale.

- På baggrund af analysen af hhv. personale- og patientspørgeskemaer mener forfatteren at se indikationer på at hypotesen kan afvises, idet begge grupper er enige hhv. uenige på nogenlunde de samme områder, jf. figur 18.



Figur 18: Samlet oversigt over besvarelser fra hhv. personale, og patienter og pårørende.

Hypotese 10: *Musikterapi under indlæggelse er en hjælp i forhold til bekymring eller ængstelse.*

- Forfatteren mener at en uklarhed i hypotesens udformning gør det umuligt at svare på den med de forhåndenværende data.

4.8. Kritik af spørgeskemaundersøgelsen

I følgende afsnit vil forfatteren fremføre sin kritik af spørgeskemaundersøgelserne.

En spørgeskemaundersøgelse lagt an på frivillig deltagelse giver en risiko for, at kun de som er positivt indstillet overfor emneområdet svarer, hvorfor der er en risiko for at bredden i dataene ikke stemmer overens med virkeligheden. I denne undersøgelse er dette søgt løst i forhold til personalet ved at forfatteren delte skemaet ud, og derved kunne sikre at personer som havde vist sig mindre positivt indstillet fik et skema i hånden, og ved at der blev gjort opmærksom på skemaerne ad flere omgange. I forhold til patienter og pårørende forsøgte forfatteren at dele skemaet ud til så mange som muligt, for at få bredde i svarene.

Under databehandlingen blev det tydeligt at spørgsmålene på trods af at de var afprøvet på både personale og patienter ikke var klare nok og at nogle havde svært ved at forstå hvilke spørgsmål de skulle svare på. Hvis forfatteren skulle gentage undersøgelsen ville der fx stå "individuel musikterapi" for at tydeliggøre, at kun de som havde været i individuel terapi skulle svare. Desuden skulle spørgsmålet om musikkens betydning for indlæggelsen have stået tidligere i skemaet, da flere svarede på dette, og det også kunne være interessant at se på miljømusikterapiens betydning for oplevelsen af en indlæggelse. Derudover ville forfatteren vælge andre ord, som fx roligere frem for langsommere tempo, og afprøve skemaet flere gange for at sikre en klarere ordlyd.

Forfatteren mener i dag, at der burde have været færre hypoteser for overskuelighedens skyld, at nogle hypoteser burde være delt i to, samt at der skulle være taget højde for, om den sample size der kunne opnås var stor nok til at afklare noget om hypoteserne. Desuden kunne det være spændende at tilføje spørgsmål om musikterapi som psykodynamisk metode, hvis undersøgelsen skulle gentages.

5. Resultater

I dette kapitel vil forfatteren kort opsummere resultater fra de forskellige delundersøgelser, og opridsе emner til nærmere diskussion.

En gennemgang af litteraturen viste at der kun er forsket lidt i musikterapi og lungeproblemer, og at der hovedsageligt er forsket i mekanisk ventilation, men også i effekten af sang. Forskningen i forhold til mekanisk ventilation viser blandt andet at musikterapi kan bruges til angsthåndtering og hjælpe patienter med at cope med situationen, at det kan sænke puls og vejrtrækningsrytme, og at patienter og personale var meget tilfredse med interventionen. Desuden viser forskning at det er muligt at implementere musikterapi succesfuldt på en tværfaglig afdeling, og at barrierer for brug af musik kan være, at personalet mangler viden om metoderne eller at afspilleren ligger uden for synsfeltet, så patienter og personale ikke er bevidste om muligheden.

I forhold til forskning i sangtræning viser forskning, at sang kan tolereres af patientgruppen, træne lungerne, og at patienterne både kan få et bedre vejrtrækningsmønster, en øget følelse af generel velvære, samt at sangtræning har en anderledes effekt end anden gruppeaktivitet. Forsøgene viser desuden, at nogle oplever større dyspnø i forbindelse med sang, men også at blodets iltmætning hos nogle er øget, og at deltagerne hoster mere efter sang, hvorved de får rensset luftvejene.

De kliniske tekster viser at musikterapi bruges både under indlæggelse og i rehabilitering, og at målsætningen kan være af både fysiologisk, psykologisk og social art.

Analysen af patientinterviewene resulterede i de fire temaer Virkning, Udvikling, Lydmiljø og Det unikke ved musikterapi. Begge patienter oplevede en positiv virkning af musikterapi, både på det fysiske og det psykiske plan, og at de havde lært noget om musikbrug som de kunne bruge hjemme efterfølgende. Desuden mente de at der er en tilvænningsperiode til brug af musik til fx afspænding, og den ene mente at hun kunne få mere ud af det hvis der ikke var risiko for at andet personale eller andre patienter forstyrrede undervejs. De mente begge at musik ændrede stemningen på afdelingen i en positiv retning, da den gav både livfuldhed og ro, samtidig med at den kamuflerede afdelingens uro, men også at den personlige holdning til musik er afgørende for hvordan den enkelte patient oplever musik på et sygehus, og den ene fortalte at hun havde hørt andre udtale sig negativt om det. Begge oplevede at musikken havde en særlig evne til at bringe dem i ro og i kontakt med deres indre, og den ene mente hun havde større effekt af musikterapi end musikmedicin, mens den anden følte at musikken kunne nå hende på en måde samtale ikke kunne.

Analysen af personaleinterviews resulterede i de fire temaer Personale, Patienter, Musik og musikterapi og Andet. Personaletemaet viste, at deres oplevelse af musikken til dels afhænger af travlheden på afdelingen, men også at den enkeltes personlige holdning til musik, deres musikpræferencer, dagsform og aktuelle humør har betydning. Et personale syntes musikken afstressede hende og gjorde stemningen roligere, så hun blev i bedre humør, mens de to andre syntes at musikken påvirkede arbejdsmiljøet negativt og var forstyrrende hvis der var travlt, men at det var godt når der ikke var så travlt. Dog følte den ene at musikken fik hende til at falde til ro i travlheden nogle gange. Deres oplevelser delte sig i positive og negative, da musikken både blev oplevet som hyggelig og rar, og som et unødvendigt irritationsmoment. Patienttemaet viste sig også at indeholde både positive og negative oplevelser, idet de oplevede at det for nogle var en fordel med musik og for andre en ulempe, og at den personlige holdning også her har en betydning. Den ene mente, at patienter med dyspnø af psykiske årsager har glæde af musik, men at musik er en ulempe hvis dyspnø-årsagen er fysisk, og derudover

mente de alle at patienternes overskud, afhængigt af sygdomsstadiet, er meget lavt, og at deres behov også hænger sammen med deres holdning. Alle tre oplevede at musikken bliver brugt endnu mindre på afdelingen nu end før forfatterens praktikophold, og at den bliver set som en service eller en sidste udvej til angste patienter. De tre kunne godt forestille sig musikterapi som et tilbud på afdelingen, men fortalte at der er meget blandede meninger om det. Den ene vil gerne kunne bestille musikterapi til den enkelte patient, mens de to andre også gerne vil have musik på gangene, og en mente et tilbud om musikpauser til personalet vil være godt, samt at der altid er en tilvænningsperiode før nye tiltag bliver en naturlig del af deres arbejdsgang, men at det vil være muligt for dem at tænke musik mere ind i behandlingen.

Patientspørgeskemaet viste at en stor del af de adspurgte oplevede at miljømusikterapien gjorde en positiv forskel, at afdelingens tempo føltes langsommere, deres humør blev bedre, at musikken var afslappende og behagelig at lytte til, bragte ro, og ændrede stemningen på afdelingen. På spørgsmålene vedr. musikterapi kunne ikke svares entydigt grundet en uoverensstemmelse i antal besvarelser, men også her var svarene overvejende positive. Trods en overvægt af positive svar var der også en gruppe som svarede negativt.

Personalespørgeskemaet viste at personalet oplevede at miljømusikterapi gjorde en forskel, men der var flere negative svar, hvorfor forfatteren mener, at forskellen for personalet ikke nødvendigvis er positiv. Mange oplevede at musikken sænkede tempofornemmelsen, løftede humøret, var behageligt at lytte til og ændrede afdelingens stemning, og flere noterede at de syntes det var en god oplevelse og at det er spændende om musikterapi kan komme ind på afdelingen

5.1. Opsummering

Ved triangulering af resultaterne fra de forskellige delundersøgelser bliver det tydeligt at nogle temaer går igen på tværs af hele materialet.

Resultaterne fra interviews og spørgeskemaer viser både positive og negative oplevelser hos både personale og patienter, og det ser ud til at personlig holdning og musikpræference er en afgørende faktor i deres oplevelse af musikterapi.

Tilvænnning til en ny måde at bruge musik nævnes i begge interviewgrupper, da de nævner at det tager noget tid hhv. at finde ud af at bruge musik til fx afspænding og at gøre et musiktilbud til en fast del af personalets tankegang, frem for en sidste udvej til angste patienter.

I forhold til miljømusikterapi på en medicinsk afdeling er det et dilemma at personalet har forskellige holdninger, samt at der er stor forskel på dels hvad patienterne har behov for og hvad deres holdning til musik er.

Spørgsmålet om musikbrug på afdelingen viste en uenighed blandt personale og en patient, idet personalet mener at musikken bliver tilbudt endnu mindre end tidligere, mens patienten oplever at hun er blevet tilbudt musiklytning mere, og også flere steder på sygehuset.

Endnu et dilemma som blev tydeligt for forfatteren er, at miljømusikterapien i nogle tilfælde har været godt for patienterne, men skidt for personalet.

Forfatteren mener også at forstyrrelse er et tema som går igen, idet personalet kan opleve musikken som en forstyrrelse i deres arbejde, mens patienterne kan opleve personalets arbejdsgange forstyrrende for deres udbytte af musikterapien.

6. Diskussion

I det følgende diskuteres nogle af de temaer som fremkom under specialeskrivning og databearbejdning i forhold til problemformuleringen, og der reflekteres over, hvilken betydning den fremkomne viden kan have for musikterapeuter som ønsker at arbejde indenfor det somatiske felt, samt ift. yderligere forskning på området.

Problemformuleringen spørger bl.a. hvilken betydning det at bringe omsorg for den psykiske dimension af fysisk sygdom ind i en indlæggelse på en somatisk afdeling, kan have for patienterne. Som både patientinterview- og patientspørgeskemaundersøgelsen antyder, oplever nogle patienter, at omsorg for psyken via musikterapi hjalp dem til at forholde sig til deres situation, til bedre at kunne takle fysisk symptomer og til at gøre hospitalsopholdet til en mere positiv oplevelse for dem. Forfatteren tror at det har en betydning både for oplevelsen af sygdom og for hvordan patienten kommer igennem indlæggelsen, at der bliver taget hånd om hele personen fremfor at fokus overvejende er på en enkelt del af dette, da psyke og soma som bekendt påvirker hinanden, hvilket en af patienterne også blev bevidst om, samtidig med at hun blev bevidst om hvor vigtigt det er for hende at tage hånd om følelserne forbundet med sygdommen, for at kunne adskille det fysiske og det psykiske under dyspnø-anfald, så de bliver mindre overvældende. Forfatteren tænker desuden, at det at få hjælp til den psykiske dimension må frigive noget energi hos patienten, som i stedet kan vendes mod restitution eller genoptræning, hvilket måske kan hjælpe dem til hurtigere at komme til kræfter igen, og at det muligvis kan være med til at opretholde en stabil følelse af sammenhæng i en situation, hvor mange oplever at der sker store omvæltninger i deres liv. Om patienterne ønsker at modtage hjælpen er selvfølgelig en helt anden sag, som forfatteren mener både kan have forbindelse med deres personlige holdning til at modtage hjælp, til at arbejde med psyken, samt hvor meget den psykiske dimension fylder hos lige præcis den person, hvilket data i denne undersøgelse også antyder. Ifølge personalet er patienternes overskud meget afhængig af, hvor i deres sygdomsforløb de befinder sig, og dette kan også være afgørende for om de selv føler behov for at arbejde med den psykiske dimension. Under praktikopholdet på afdelingen havde forfatteren patienter på forskellige sygdomsstadier og med forskellige diagnoser, og oplevede, at det ikke kun var sygdommen som afgjorde deres overskud, men også deres livssyn, eller set fra et salutogenetisk standpunkt, hvor stabil deres oplevelse af sammenhæng, var.

Samtlige undersøgelser sætter fokus på den personlige holdning som en vigtig faktor i oplevelsen af musikterapi, miljømusikterapi og det at arbejde med psykiske dimensioner af fysisk sygdom. Med personlig holdning menes her både ift. musik, terapi og livet generelt, såvel som den enkeltes musikpræferencer. Både personale og patienter angiver holdning som afgørende for oplevelsen, og også, at dagsform og humør kan være en faktor som afgør om musik opleves positivt eller negativt på en given dag. Problemstillingen med potentielt mange forskellige holdninger i samme rum, de forskelliges humør og musikpræferencer, at nogle måske er meget glade for musik, mens andre slet ikke bryder sig om det, må musikterapeuter som arbejder med miljømusikterapi have i baghovedet hele tiden, da der altid vil være en risiko for at interventionen opleves som forstyrrende af nogle, så snart den flyttes fra et lukket terapirum til et åbent rum, hvor fokus flyttes fra en enkelt eller en lille gruppe til en større

forsamling eller et miljø. I et individuelt terapiforløb er det muligt at tage højde for patientens holdning, men som det ses af dette projekt er det meget sværere når terapien rettes mod et miljø eller en større forsamling. Forfatteren fandt det interessant at ikke kun den personlige holdning eller musikpræference, men også dagsformen har betydning, da det vil sige at musikterapeuten ikke kan gå ud fra, at bestemte personer er positivt eller negativt stemte over for musik, men må medtænke den enkeltes humør på en given dag. Forfatteren mener dog at det vil være umuligt for en musikterapeut at tage højde for samtliges holdning, musikpræference og humør i miljømusikterapi, men at det må forsøges så vidt muligt at tilgodese størstedelen af de tilstedeværende. Som et personale udtrykte det var de godt klar over at hensigten med miljømusikterapien var at tilgodese patienterne, og ifølge spørgeskemaundersøgelsen var det også flertallet af disse som mente at musikken var behagelig, gav ro og løftede humøret, men forfatteren havde et ønske om at musikken om ikke andet, så i det mindste ikke forstyrrede personalet, som det viste sig at være tilfældet i nogle situationer. Alt andet lige mener forfatteren at miljømusikterapi må kunne tilrettelægges så både patienter og personale får en god oplevelse, på trods af de forskellige holdninger og musikpræferencer, men at det nok kræver at musikterapeuten ofte spørger personalet om deres mening, da forfatterens erfaringer viser at utilfredsheder ikke nødvendigvis ekspliciteres, hvilket gør det svært at finde en løsning på dem.

Den store holdningsforskel i personalegruppen er også et dilemma som kan gøre det svært for en musikterapeut at komme ind på en afdeling, hvad enten det er for at have individuelle klienter eller med et tilbud om miljømusikterapi. Som et af personalet udtrykte, kan det enkelte personalemedlems holdning til musik være medvirkende til om de ser afdelingens musiktilbud som noget godt og om de selv tilbyder det til patienter. Forfatteren tror desuden at personalets personlige holdninger også vil kunne have indflydelse på, om de i givet fald vil henvise en patient til musikterapi, hvis det var et fast tilbud på afdelingen. En måde at komme udenom den delte holdning kunne efter forfatterens mening være at udelade miljømusikterapi, eller kun tilbyde det en enkelt gang ugentligt, så musikterapi blev et tilbud personalet bestiller til den enkelte patient.

Bearbejdningen af data fra delundersøgelserne bragte det interessante dilemma at musikken på samme tid kunne være en fordel for patienter, men en ulempe for personalet, frem i lyset, hvilket i forfatterens optik må have stor indflydelse på, hvordan afdelingen vil modtage et tilbud om miljømusikterapi. På lungemedicinsk afdeling, hvor der er meget travlt og lydmiljøet kan være noget kaotisk, følte nogle patienter at musikken kamouflerede uroen fra maskiner, personale, besøgende og medpatienter, mens personalet kunne opleve det som endnu en lyd de skulle forholde sig til, og måske som den berømte dråbe der får bægeret til at flyde over. Samtidig viste patientinterviews, at patienterne kunne føles sig forstyrrede af personalets arbejdsgange og afdelingens lydmiljø generelt, både under musikterapisessioner og i andre situationer, hvorfor de måske i nogle situationer ikke har fået optimalt udbytte af interventionerne, mens disse i andre situationer har afledt opmærksomheden fra uroen. Efter forfatterens mening har lydmiljøet stor indflydelse på hvordan en arbejdsplads eller et opholdssted opfattes og om stedet har en afspændende eller stressende effekt på de mennesker som opholder sig der. For patienterne er afdelingen et sted de for en periode er tvunget til at opholde sig, hvor mange af dem føler sig truet på deres eksistens, hvilket efter forfatterens mening gør dem ekstra sårbare overfor stressfaktorer, som fx et uhensigtsmæssig lydmiljø, som ikke kun påvirker deres fysiske helbredstilstand, men også hvordan de selv opfatter både den og deres livskvalitet. På sygehusafdelinger ligger lydniveauet ofte en del over den grænse INC (International Noise Council) anbefaler til hospitaler hvor personer skal restituere, da der ofte er en konstant lyd fra maskiner, alarmer, ventilationsanlæg etc. (Cabrera et al, 2000). Dette må musikterapeuter efter forfatterens mening tage med i deres tanker om

hvordan musik kan passe ind på en afdeling, idet der måske er noget lyd man kan slukke for under terapisesioner, hvad enten det er individuelle sessioner eller miljømusikterapi det drejer sig om, eller i det hele taget at skabe et behageligere lydmiljø for både personale og patienter. Forfatteren finder det desuden meget interessant at både personale og patienter taler om forstyrrelse, men på forskellig måde, og mener at det kunne være interessant i en evt. fremtidig undersøgelse at se nærmere på dette dilemma, både ift. hvad de bliver forstyrret af, hvordan de bliver forstyrret, eller om det drejer sig om tilvænning, som data også viser at både patienter og en personale mener kan være medvirkende. At patienter, og derved også musikterapeuter, kan opleve at andre faggrupper afbryder terapien ses også i den fundne litteratur, hvor det nævnes som en faktor musikterapeuterne blev overraskede over. Forfatteren oplevede selv under praktikforløbet at andet personale eller andre patienter brød ind, hvilket selvfølgelig virker forstyrrende idet den relation som er opbygget mellem terapeut, patient og musik kan blive påvirket herved, og i nogle tilfælde at den afspændende atmosfære brydes. Dette mener forfatteren er et vilkår i arbejdet på en somatisk afdeling, hvor patienternes undersøgelser må passes ind i de forskellige afdelinger og faggruppers planlægning, og det derfor kan være svært at fastsætte en bestemt tid uden afbrydelser til sessioner. Samtidig mener forfatteren at det er muligt at arbejde terapeutisk på trods af disse afbrydelser, men at det kræver ekstra opmærksomhed fra terapeutens side på både relation og atmosfære. Under praktikken oplevede forfatteren, at afbrydelser i en session i de fleste tilfælde var mere forstyrrende for hende selv end for patienten, hvorfor det kunne være interessant i fremtidig forskning at undersøge om det er tilfældet, og i så fald, hvordan afbrydelser påvirker et terapeutisk forløb for både patient og terapeut.

Forfatteren fandt det pudsigt, at de tre personaler alle mente at musiklytning bruges mindre på afdelingen end tidligere pga. travlhed, mens en af patienterne oplevede at musik blev tilbudt oftere. Muligvis kan det hænge sammen med, at personalet udelukkende talte om lungeafdelingen, mens patienten talte om det ift. hele sygehuset, eller at personalet talte ud fra hvor ofte de personligt tilbyder musikpuden, mens patienten kan have fået det tilbudt fra flere personaler og derfor have en oplevelse af at det er mere brugt end tidligere. Patienten fortalte desuden, at hun oplevede at få musiklytning tilbudt ved undersøgelser andre steder på sygehuset, men at det ikke altid kunne kombineres med den øvrige behandling.

Både i patientinterviewene og det ene personaleinterview kommer det frem at der er en tilvænningsperiode til musikterapi eller musikmedicin, for patienterne ift. at bruge musik på en anden måde end sædvanligt, og for personalet i at få implementeret en ny metode i en travl hverdag, hvor der sjældent er tid til andet end den mest nødvendige pleje eller behandling. For patienterne kan dette være en ulempe, hvis de er utålmodige af natur, som dataanalysen tydeliggør at især KOL-patienter er, da de i så fald kan finde musikken irriterende og afvise at prøve det, før de egentlig har prøvet det nok til at opleve en evt. virkning for dem. For personalet er det tydeligt at de ser musikmedicin som en service de kan tilbyde patienterne frem for en del af behandlingen eller en integreret del af afdelingen. Om dette kan hænge sammen med musikafspillerens placering på afdelingen eller personalets viden om metoden, som er to faktorer forskning har vist kan være en barriere for at musikmedicin bliver brugt, personalets holdninger, eller bare travlhed, kan forfatteren kun gisne om. Hun forestiller sig, at de alle kan være medvirkende til at musikmedicin ikke bliver brugt oftere end det gør, og at det, som et personale udtrykte, vil være muligt at få musikmedicin implementeret på afdelingen som et tiltag der ikke kun tilbydes som en sidste udvej.

I forhold til at få musikterapi ind som en integreret del af det somatiske sygehusvæsen i dag mener forfatteren at dette speciale viser, at en af barriererne er de mange holdninger blandt personale og patienter, og at der, som en patient udtrykte, måske skal ske en holdningsændring før dette kan ske, da danskere ofte er ret konservative i deres syn på fx hvad der hører til i det etablerede sundhedssystem og hvad der ikke gør, og musikterapi af mange anses for at være en temmelig alternativ tilgang til terapi. Som det kan ses i litteraturreviewet i dette speciale er det ikke tilfældet i fx USA, hvor musikterapi tilbydes som en integreret del af behandlingen på en del sygehuse, både i forbindelse med indlæggelser og under rehabilitering, ligesom de også har større fokus på det auditive miljø patienter og personale udsættes for, end det danske sygehusvæsen har.

I bearbejdningen af især patientinterviewene var forfatteren meget ofte bevidst om sin forforståelse, idet hun ofte oplevede at erindringer fra patienternes musikterapiforløb trængte sig på, som kunne forklare nogle af de oplevelser de havde, eller grunden til at bestemte temaer fyldte meget hos netop den person. Denne oplevelse gør at forfatteren sætter spørgsmålstejn ved, om det reelt er muligt at sætte sin forforståelse ud af spil, som hermeneutikken byder, og om det er muligt at lave en undersøgelse som ikke i en eller anden grad er påvirket af forfatterens tidligere erfaringer.

Under praktikforløbet såvel som databehandling til dette speciale tænkte forfatteren ofte over den etiske fordring der ligger i at have terapisesioner med en patient i et halvåbent rum, dvs. på en flersengsstue, hvor andre patienter også er til stede. Forfatteren erfarede, at selv når målet for en session var fysisk afspænding begyndte patienter ofte at tale om deres følelser og bekymringer når de begyndte at spænde af, hvilket efter hendes mening viser, hvor meget det psykiske fylder, selv om patienterne måske ikke viser det særlig tydeligt, og dermed hvor vigtigt det kan være også at bringe omsorg for psyken ind i behandlingen af somatiske patienter. I den forbindelse trængte spørgsmålet om etik sig på, da det ikke kan undgås at andre på stuen kan følge med i samtaler, hvad enten det er stuegang fra læger eller en samtale med en terapeut eller pårørende, og da terapeuten ikke kan sikre sig mod at medpatienter efter sessionen taler med vedkommende om det sagte. Et personale nævner desuden, at patienter på afdelingen ikke har særlig meget privatliv, og at *"værdier og morale kan man godt smide ud af vinduet når man kommer her"*(Søs), hvilket efter forfatterens mening lægger et endnu større ansvar for at skabe en tryk ramme for terapien på musikterapeuten, hvorfor hun også mener det ville være meget spændende at undersøge de etiske forhold omkring musikterapi under de rammer som en dansk somatisk afdeling opstiller.

I forarbejdet til dette speciale fandt forfatteren ikke en lignende undersøgelse af personale og patienters oplevelser med musikterapi og miljømusikterapi på en somatisk lungeafdeling, hvorfor hun syntes det ville være interessant at undersøge netop dette på en afdeling som ikke havde forudgående kendskab til musikterapi. Med valget af en kvalitativ metode, samt undersøgelsesernes små sample sizes, er forfatteren bevidst om at nærværende speciale kun kan ses som et pilotprojekt, som foreslår emner til uddybning via fremtidig forskning. Af denne grund, samt at kvantitative effektundersøgelser, efter forfatterens erfaring, vægtes højest i det danske sundhedssystem, mener forfatteren, at der på længere sigt er potentiale i at videreudvikle nærværende undersøgelse til en kvantitativ effektundersøgelse af et eller flere af de i undersøgelsen påviste dilemmaer i forhold til musikterapi på somatiske afdelinger.

7. Konklusion

Det konkluderes, at musikterapi under indlæggelse kan være en hjælp for nogle lungepatienter i forhold til at finde ro, bearbejde følelser og håndtere sygdommens psykiske påvirkning, men at personlig holdning, overskud og individuelle behov afgør om interventionsformen passer til den enkelte. Desuden konkluderes, at patienter og personale synes godt om musikterapeutens tilstedeværelse, og om at hun holdt et lavere tempo end resten af personalet, men at musik på afdelingen fik en blandet modtagelse, da nogle følte det lettende stemningen mens andre følte det stressede.

I forhold til problemformuleringens første spørgsmål: *Hvordan bruges musikterapi i forhold til lungemedicin i udlandet?*, konkluderes, at musikterapi er en integreret del af lungemedicin nogle steder i udlandet, hvor det både tilbydes under indlæggelse og i forbindelse med rehabilitering, samt at målsætningen for musikterapi kan være af både fysiologisk, psykologisk og social art.

I forhold til problemformuleringens andet spørgsmål: *Hvordan oplever patienter og personale at der på afdelingen også fokuseres på de psykologiske aspekter af alvorlig fysisk sygdom?*, konkluderes, at patienterne følte det var godt at der også blev taget hånd om den psykiske side ved sygdom, mens personalet havde en blandet mening, da de mente at nogle patienter ikke havde behov for eller overskud til det, mens andre havde glæde af det.

I forhold til problemformuleringens tredje spørgsmål: *Hvilken betydning kan en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) have på en lungemedicinsk afdeling?* konkluderes, at siden psyke og soma påvirker hinanden indbyrdes, kan det være en hjælp til nogle patienter, at den psykiske side også tænkes med i behandlingen af en somatisk sygdom. Som det fremgår af nærværende speciale kan musikterapi være en hjælp for nogle patienter til at takle de psykologiske aspekter ved somatisk sygdom, samt finde ressourcer og energi til at håndtere deres situation.

I forhold til problemformuleringens fjerde spørgsmål: *Hvordan oplevede patienter og personale miljømusikterapi på afdelingen?* konkluderes, at der var blandede oplevelser af miljøterapi både de to grupper imellem og internt i grupperne, da nogle var meget glade for det og så det som en fordel, mens andre så det som en ulempe. Desuden oplevede mange at musikinterventionerne sænkede tempoformemmelsen og skabte en lysere stemning på afdelingen, og mange patienter syntes det var en behagelig adspredelse.

Ud over at besvare problemformuleringen tydeliggjorde nærværende speciale flere emner som det vil være interessant at undersøge eller gøre til genstand for kvantitativ effektforskning.

8. Afrunding

Jeg påbegyndte dette speciale med et håb og en idé om at kunne besvare min problemformulering vha. de metoder og undersøgelser jeg havde valgt at benytte, men har undervejs opdaget, at både mit praktikophold, undersøgelserne og udarbejdelse af rapporten har givet mig meget mere end bare svar på et overordnet spørgsmål. For mig har processen ikke kun betydet at jeg har opbygget mere viden om musikkens muligheder og en større bevågenhed på andres oplevelse af det musiske tilbud jeg kan tilbyde, men også at jeg har fået mulighed for at vokse som menneske og terapeut ved at se på mig selv og min for forståelse med andre(s) øjne.

Som afslutning på specialet vil jeg benytte lejligheden til at takke ledelse og personale på lungemedicinsk afdeling, Aalborg sygehus for den positive modtagelse jeg og musikterapien fik under praktikforløbet, og for at have givet mig mulighed for at lære via praksis, samt givet mig et indblik i en verden jeg ikke havde stort kendskab til førhen. Derudover skal lyde en tak til de patienter og personale som tog sig tid til at deltage i specialets undersøgelser, for uden jeres besvarelser kunne dette speciale ikke skrives, og jeg er jer taknemmelige for at give mig denne mulighed for at lære nyt, udvikle min terapeutiske praksis, og få en endnu større forståelse af musikkens virkning og begrænsninger.

9. Referencer

- Aasgaard, T. (1999) *Music Therapy as Milieu in the Hospice and Paediatric Oncology Ward*. I: Aldridge, D. (Ed) *Music Therapy in palliative Care – New Voices*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Aldridge, D. (2004) *The Breath in Healing*. I: Health, the Individual, and Integrated Medicine – Revisiting an Aesthetic of Health Care. Jessica Kingsley Publishers, London and New York.
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium*, 1. udgave. Hans Reitzels Forlag, København.
- Azoulay, R. (2009) *A music Psychotherapy Approach for the Treatment of Adults with Pulmonary Disease*. I: Azoulay, R.; Loewy, J. V. (Ed.) *Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy*. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.
- Bonilha, A.G., Onofre, F., Vieira, L. M. et al. (2009) *Effects of singing classes on pulmonary function and Quality of life of COPD patients*. *International Journal of COPD*, 4(1), 1-8
- Braun, V.; Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006; 3: 77-101.
- Brenes, G. A. (2003) Anxiety and Chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med* 2003; 65:963-970.
- Bruscia, K. (1998) *Defining music Therapy – 2nd edition*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Cabrera, I. N.; Lee, M. H. M. (2000) *Reducing Noise Pollution in the Hospital by Establishing a Department of Sound: A survey of Recent Research on the Effects of Noise and Music in Health Care*. *Preventive Medicine* 30, 2000, 339-345.
- Chlan, L.; Tracy, M. F.; Nelson, B.; Walker, J. (2001) *Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support*. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 7. 6 (Nov/Dec 2001): 80-3.
- Christensen, M. L. (1994) *Hermeneutik – fortolkning og forståelse*. Biblioteksarbejde, ns. 41. 1994.
- Clair, A. A. (2007) *Prognosis Grim/Situation Hopeless: Making a Difference with Music Therapy*. *Music Therapy Perspectives* 25. 2 (2007): 76-79.
- Dileo, C. (2005) *Reviewing the literature*. I: Wheeler, B. (ed) (2005) *Music Therapy Research*, 2nd edition, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Engen, R. L. (2005) *The Singer's Breath: Implications for Treatment of Persons with Emphysema*. *Journal of Music Therapy* 42. 1 (Spring 2005): 20-48.
- Friberg, C. (2007) *Hermeneutik*. Downloadet fra www.leksikon.org maj 2013.
- Friis-Mikkelsen, M. (2012) Grafik I: Ebdrup, N. (2012) *Hvad er hermeneutik?*. Downloadet fra <http://videnskab.dk/kultur-samfund/hvad-er-hermeneutik>.

- Griggs-Drane, E. (1999) *The Use of Musical Wind Instruments in the Treatment of Chronic Pulmonary Diseases*. I: Dileo, C. Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications.
- Griggs-Drane, E. (2009) *The use of Musical Wind Instruments with Patients Who Have Pulmonary Diseases: Clinical recommendations for Music Therapists*. I: Azoulay, R.; Loewy, J. V. (Ed.) Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.
- Gutgsell, K. J. (2009) *Integrative Music Therapy and Physical Therapy for Patients on mechanical Ventilation*. I: Azoulay, R.; Loewy, J. V. (Ed.) Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.
- Hansen, M.; Thomsen, P.; Varming, O. (2008) *Psykologisk-pædagogisk ordbog*. Hans Reitzels forlag, København K.
- Heidersheit A, Chlan L, Donley K. (2011) *Instituting a music listening intervention for critically ill patients receiving mechanical ventilation: Exemplars from two patient cases*. Music Med. 2011 Oct 1;3(4):239-246.
- Hinman, M. L. (2010) *Our Song: Music Therapy with Couples When One Partner is Medically Hospitalized*. Music Therapy Perspectives 28. 1 (2010): 29-36.
- Hunter, B. C.; Oliva, R.; Sahler, O.; Jane Z.; Gaisser, D.; Salipante, D. M; Arezina, C. (2010) *Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients being weaned from Mechanical Ventilation*. Journal of Music Therapy; Fall 2010; 47, 3; ProQuest Research Library, pg. 198
- Jain, A.; Lolak, S. (2009) *Psychiatric Aspects of Chronic Lung Disease*. Current Psychiatry Reports 2009, 11:219-225.
- Kenny, C.; Jahn-Langenberg, M.; Loewy, J. (2005) *Hermeneutic inquiry*. I: Wheeler, B. L. (Ed.) Music Therapy Research, 2nd edition. Barcelona Publishers.
- Kvale, S.; Brinkmann, S. (2009); *InterView – introduktion til et håndværk*; 2. udgave; Hans Reitzels forlag; København
- Lichtensztejn, M. (2009) *The clinical use of piano with patients suffering from breathing distress related to pain*. I: Azoulay, Ronit (Ed); Loewy, Joanne V. (Ed), (2009). Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy. , (pp. 213-222). New York, NY, US: Satchnote Press, xii, 316 pp.
- Loewy, J. V.; Azoulay, R.; Harris, B.; Rondina, E. (2009) *Clinical Improvisation with Winds: Enhancing Breath in Music Therapy*. I: Azoulay, R.; Loewy, J. V. (Ed.) Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.
- Lord, V. M.; Cave, P.; Hume, V. J.; Flude, E. J.; Evans, A.; Kelly, J. L.; Polkey, M. I.; Hopkinson, N. S. (2010) *Singing teaching as a therapy for chronic respiratory disease - a randomised controlled trial and qualitative evaluation*; BMC Pulmonary Medicine 2010, 10:41

Lord, V.M., Hume, V.J., Kelly, J.L. et al. (2012) *Singing classes for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial*, BMC Pulmonary Medicine, 12, 69.

Oliva, R.; Hunter, B. C.; Sahler, O. J. Z.; Gaisser, D.; Salipante, D. M. (2009) *The Use of Music Therapy for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation: A pilot Study*. I: Azoulay,R.; Loewy, J. V. (Ed.) *Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy*. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.

Raskin, J.; Azoulay, R. (2009) *Music Therapy and Integrative Pulmonary Care*. I: Azoulay,R.; Loewy, J. V. (Ed.) *Music, the Breath and Health: Advances in Integrative Music Therapy*. Satchnote Press, The Louis Armstrong Center for Music & Medicine. Beth Israel Medical Center, New York, NY.

Robson, C. (2002). *Real world research* (Second ed.) Blackwell Publishing.

Sato, Y. (2011) *Musical Life Review in Hospice*. Music Therapy Perspectives 29. 1 (2011): 31-38.

Schneider, S. (2005) *Environmental music therapy, Life, Death and the ICU*. I: Dileo, C.; Loewy, J. V. (Ed.) *Music Therapy at the End of Life*. Jeffrey books, Cherry Hill.

Thurén, T. (2008) *Videnskabsteori for begyndere*. 2. udgave. Rosinante, Danmark.

Trondalen, G.; Bonde L. O. (2012) *Music Therapy: Models and interventions*. I: Macdonald, R. A. R.; Kreutz, G.; Mitchell, L. (Ed) *Music, Health and Wellbeing*. Oxford University Press.

10. Bilag

Af hensyn til informanternes anonymitet samler forfatteren transskription og kodning af interviews (bilag 4,5,7,8, og 9) i et hæfte for sig, som kun udleveres til eksaminator og censor i forbindelse med kandidateksamen.

Bilag 1: Invitation til patienter

Kære _____

Jeg håber du er kommet godt ind i det nye år.

Jeg skriver til dig, fordi jeg, i forbindelse med mit kandidatspeciale om musikterapi på en lungemedicinsk afdeling, vil høre, om du vil deltage i et interview på baggrund af musikterapi under din indlæggelse på lungemedicinsk afdeling i efteråret 2012.

I specialet vil jeg undersøge patienter og personales oplevelse af en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) på en lungemedicinsk afdeling, og herunder, hvordan patienter oplevede at der også blev sat fokus på psykiske aspekter ved alvorlig fysisk sygdom under indlæggelsen.

Jeg regner med at interviewet vil tage 30-60 minutter. Jeg kører gerne hen til dig, så du ikke behøver bruge energi på at komme frem, og det er selvfølgelig frivilligt, om du vil deltage. Data fra interviewet vil blive sløret, så din identitet ikke kan genkendes.

Jeg vil venligt bede dig kontakte mig pr. mail eller telefon, og gøre opmærksom på om du vil deltage i et interview.

På forhånd tak.

De venligste hilsner

Signe Dalgaard-Nielsen.

Musikterapeutstuderende.

Bilag 2: Invitation til personale

Kære _____

Rigtig godt nytår til jer alle på lungemedicinsk afdeling.

Jeg har nu fået godkendt min specialesynopsis, og skal derfor til at finde personer som har lyst til at deltage i et interview.

Mit speciale kommer til at handle om musikterapi på en lungemedicinsk afdeling, både i forhold til hvordan personalet oplevede at have en musikterapeut på afdelingen, hvordan patienter oplevede at der også kom fokus på de psykiske aspekter ved alvorlig fysisk sygdom under indlæggelsen, samt hvilken betydning en psykodynamisk behandlingsform kan have på en somatisk afdeling.

Som en del af specialet vil jeg gerne interviewe en fokusgruppe på 3-5 personer fra personalegruppen om deres oplevelse af musikterapi på afdelingen under min praktik i efteråret 2012, samt deres overvejelser om vigtigheden af fokus på psykiske aspekter ved alvorlig fysisk sygdom.

Jeg vil derfor spørge om nogle har meldt ud at de kunne være interesserede i at deltage, eller om du vil tage det op på et summemøde? Alternativt kommer jeg gerne til et summemøde og præsenterer min idé.

På forhånd tak,

Venlig hilsen

Signe Dalgaard-Nielsen.

Musikterapeutstuderende.

Bilag 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til interview i forbindelse med kandidatspeciale

Vedrørende projektet: Musikterapi på lungemedicinsk afdeling

Udarbejdet af Signe Dalgaard-Nielsen

Problemformulering: Musikterapi på en dansk lungemedicinsk afdeling – kan musikterapi under indlæggelse være en hjælp for lungepatienter ift. de psykologiske aspekter af alvorlig sygdom, og i givet fald hvordan. Hvordan oplever patienter og personale tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen, og hvilken betydning kan en psykodynamisk behandlingsform (musikterapi) have på en medicinsk afdeling?

Specialet omhandler musikterapi på en dansk lungemedicinsk afdeling, herunder både patienter og personales oplevelse og tanker omkring musikterapi på afdelingen, at der også sættes fokus på de psykologiske aspekter ved alvorlig fysisk sygdom, og oplevelser vedrørende miljømusikterapi.

Specialet skrives på baggrund af en litteraturgennemgang, en spørgeskemaundersøgelse samt interview med hhv. personale og patienter.

I forbindelse med interviewene tilsendes deltagerne transskriptionen til gennemlæsning og godkendelse før data analyseres, og ligeledes fremsendes den færdige kodning af interviewet, så deltagerne kan komme med indvendinger, hvis interviewer har misforstået noget, før den endelige tekst skrives.

Jeg giver hermed samtykke til at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse giver jeg samtykke til at interviewet optages på audio og video, samt kan mine oplysninger m.v. bruges af Signe Dalgaard-Nielsen.

Jeg er informeret om:

1. At deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
2. At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse.
3. At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.
4. At fortrolige oplysninger slettes efter endt eksamen.
5. At der ingen risici er ved at deltage i projektet.

Underskrift: _____ Dato: _____

Bilag 4: Transskribering og kodning af patientinterview med Ea

Udeladt af hensyn til informantens anonymitet.

Bilag 5: Transskribering og kodning af patientinterview med Ann

Udeladt af hensyn til informantens anonymitet.

Bilag 7: Transskribering og kodning af personaleinterview med Rie

Udeladt af hensyn til informantens anonymitet.

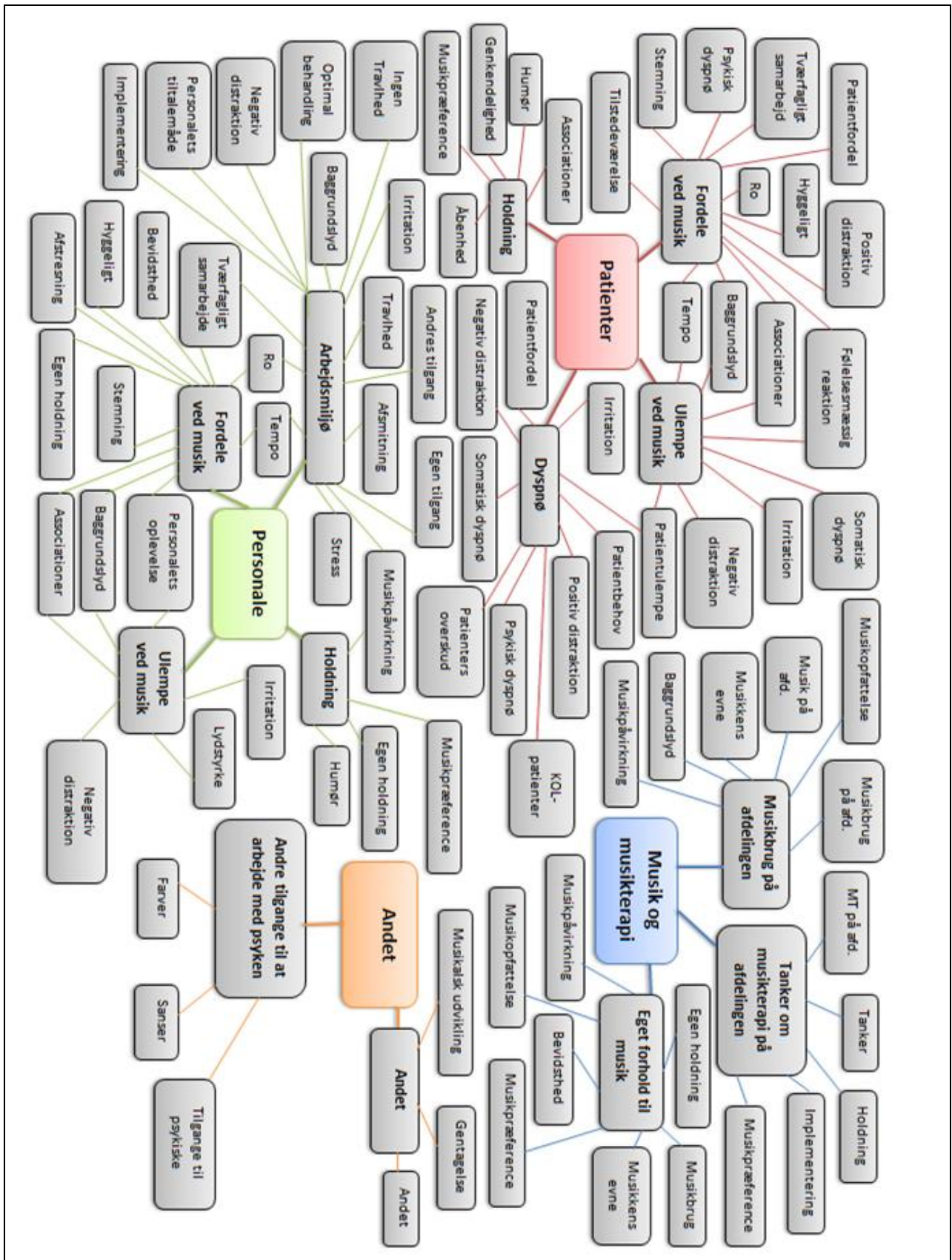
Bilag 8: Transskribering og kodning af personaleinterview med Søs

Udeladt af hensyn til informantens anonymitet.

Bilag 9: Transskribering og kodning af personaleinterview med Loa

Udeladt af hensyn til informantens anonymitet.

Bilag 10: Kodeoversigt, Personale



Bilag 11: Spørgeskema, patienter og pårørende**Spørgeskemaundersøgelse vedr. musikterapi på lungemedicinsk afdeling.**

I forbindelse med mit praktikophold på lungemedicinsk afdeling, august-november 2012, vil jeg gerne undersøge patienter, personale og pårørendes oplevelse af tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen.

Jeg har derfor sammensat et spørgeskema, som jeg håber du vil besvare.

Deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er frivillig, og det har ingen konsekvenser at takke nej.

De fremkomne resultater bruges af musikterapeutstuderende Signe Dalgaard-Nielsen til ovennævnte undersøgelse, og informationerne sløres, så din identitet ikke kan genkendes.

Spørgeskema til patienter og pårørende**Køn**

Mand ☐

Alder

Kvinde ☐

0-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 90-100 101+

Jeg er:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Patient Pårørende

Har du været

☐ ☐

på denne afdeling før august 2012:

Ja Nej Ved ikke

Har du lagt

☐ ☐ ☐

indlæggelse?

mærke til musik på afdelingen under denne

Ja Nej

☐ ☐

Hvis ja. Hvordan har du lagt mærke til musik på afdelingen? Sæt gerne flere krydser

1. Jeg har hørt klaverspil fra gangen, da jeg lå på stuen. ☐
2. Jeg har hørt klaverspil i frokoststuen. ☐
3. Jeg har haft en cd-/musikafspiller inde på stuen. ☐
4. Jeg har delt stue med én som har haft en cd-/musikafspiller på stuen. ☐
5. Andet _____ ☐

Klaverspil på gangen.**Hvor enig er du i de følgende udsagn? Sæt kryds**

- | | Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Musik fra gangen giver en fornemmelse af langsommere tempo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Det er behageligt at lytte til musik fra gangen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Jeg bliver anspændt af musikken.	☐	☐	☐	☐	☐
	Meget enig	Enig	Ved ikke	Uenig	Meget uenig
4. Jeg bliver afslappet af musikken	☐	☐	☐	☐	☐
5. Musik fra gangen giver mig ro.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Musik fra gangen gør mig i bedre humør.	☐	☐	☐	☐	☐
	Meget enig	Enig	Ved ikke	Uenig	Meget uenig
7. Musik fra gangen bringer minder frem.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Musik fra gangen gør stemningen lettere.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Andet:					
Ved du, at der for tiden er en musikterapeut på afdelingen?					
Ja	Nej				
☐	☐				
Hvis ja. Hvordan har du lagt mærke til at der er en musikterapeut? Sæt gerne flere krydser.					
1. Personalet har fortalt mig om det.	☐				
2. Jeg har talt med musikterapeuten.	☐				
3. Jeg har deltaget i musiklytning eller musikterapi med musikterapeuten.	☐				
4. Jeg har delt stue med en der deltog i musikterapi eller musiklytning.	☐				
5. Andet: _____					
Hvis du har deltaget i musikterapi eller musiklytning. Hvor enig er du i følgende udsagn?					
	Meget enig	Enig	Ved ikke	Uenig	Meget uenig
1. Musikterapi eller musiklytning gav mig en følelse af langsommere tempo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Musikterapi eller musiklytning gjorde mig i bedre humør.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Musikterapi eller musiklytning bragte	☐	☐	☐	☐	☐

følelser frem.

	Meget enig	Enig	Ved ikke	Uenig	Meget uenig
4. Musikterapi eller musiklytning bragte minder frem.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Musikterapi eller musiklytning gjorde det lettere at udholde det svære.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Musikterapi eller musiklytning gjorde mig mindre anspændt.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Musikterapi eller musiklytning gjorde mig mindre bekymret.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Musikterapi eller musiklytning gav mig ro.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Det var rart at musikterapeuten lyttede til musikken sammen med mig.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Det var rart at tale med musikterapeuten om tanker og følelser.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Musikterapi eller musiklytning gjorde en positiv forskel for min indlæggelse.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Andet:					

Har du yderligere bemærkninger til musikterapeuten eller musik på afdelingen kan du skrive dem her.

Tusind tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen
 Signe Dalgaard-Nielsen
 Musikterapeutstuderende
 Aalborg Universitet.

Bilag 12: Resultater fra patient- og pårørendespørgeskema**Antal og køn:**

N = 27	Kvinde	Mand
Patient	14	8
Pårørende	5	0

Alder

Alder	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
0-20	1	0	1	0
21-30	1	0	0	0
31-40	1	0	1	0
41-50	1	0	1	0
51-60	3	4	0	0
61-70	2	3	1	0
71-80	3	1	1	0
81-90	2	0	0	0
91-100	0	0	0	0
101+	0	0	0	0

Har været på afdelingen før august 2012?

	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Ja	10	5	4	1	0
Nej	16	8	4	4	0
Ved ikke	1	1	0	0	0

Lagt mærke til musik under denne indlæggelse

	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Ja	24	14	7	3	0
Nej	4	1	1	2	0

1 respondent havde svaret både ja og nej, da hun havde nået at svare før hun hørte musikken og derefter påførte et ekstra svar.

Hvis ja, hvordan bemærket musik?

	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende kvinde	Pårørende mand
Spil fra gangen	22	13	7	2	0
Spil i frokoststuen	18	10	4	4	0
Afspiller på stue	6	5	1	0	0
Delt stue med en med afspiller på stuen	2	1	1	0	0
Andet	0	0	0	0	0

I forhold til tilfredshed

Klaverspil på gang

<i>Fornemmelse af langsommere tempo</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	9	4	2	3	0
Enig	7	6	1	0	0
Ved ikke	9	3	5	1	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	1	0	0	1	0

<i>Behageligt at lytte til</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	17	8	4	5	0
Enig	8	6	2	0	0
Ved ikke	1	0	1	0	0
Uenig	1		1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Jeg bliver anspændt</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	1	0	0	1	0
Enig	1	0	1	0	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	4	2	1	1	0
Meget uenig	15	10	3	2	0
Ikke svaret	3	0	2	1	0

<i>Jeg bliver afslappet</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	14	6	4	4	0
Enig	10	7	2	1	0
Ved ikke	2	1	1	0	0
Uenig	1	0	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Musikken giver mig ro</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	14	6	4	4	0
Enig	9	6	2	1	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	1	0	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Jeg bliver i bedre humør af musikken</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	11	5	3	3	0
Enig	12	7	3	2	0
Ved ikke	2	2	0	0	0
Uenig	2	0	2	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Musikken bringer minder frem</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	7	3	1	3	0
Enig	11	6	3	2	0
Ved ikke	7	4	3	0	0
Uenig	2	1	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Musikken gør stemningen lettere</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	12	4	4	4	0
Enig	10	8	1	1	0
Ved ikke	4	2	2	0	0
Uenig	1	0	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

Andet	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde
	7	5	1	1

Se "kvalitative data" kapitel 4.

Ved du at der er en musikterapeut på afdelingen for tiden?

	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Ja	17	10	3	4	0
Nej	10	4	5	1	0

Hvis ja, hvordan?

	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Personalet har fortalt mig det	4	2	1	1	0
Jeg har talt med musikterapeuten	13	7	3	3	0
Jeg har deltager i musikterapi med musikterapeuten	6	6	0	0	0
Jeg har delt stue med en som deltog i musikterapi	0	0	0	0	0
Andet	3	3	0	0	0
Ikke svaret	8	3	3	2	0

Deltagelse i musikterapi

<i>Følelse af langsommere tempo</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	6	3	1	2	0
Enig	1	1	0	0	0
Ved ikke	6	2	3	1	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	13	7	4	2	0

<i>Bedre humør</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	7	4	1	2	0
Enig	4	2	1	1	0
Ved ikke	2	1	1	0	0
Uenig	2	1	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	12	6	4	2	0

<i>Bringer følelser frem</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	5	2	1	2	0
Enig	3	3	0	0	0
Ved ikke	5	2	2	1	0
Uenig	2	1	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	12	6	4	2	0

<i>Bringer minder frem</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	4	1	1	2	0
Enig	4	4	0	0	0
Ved ikke	3	1	2	0	0
Uenig	2	1	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	14	7	4	3	0

<i>Gjorde det lettere at udholde det svære</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	9	5	1	3	0
Enig	1	0	1	0	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	13	6	5	2	0

<i>Gjorde mig mindre anspændt</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	8	4	1	3	0
Enig	2	1	1	0	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	13	6	5	2	0

Musikterapi på en lungemedicinsk afdeling

<i>Gjorde mig mindre bekymret</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	4	2	0	2	0
Enig	5	2	1	2	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	4	2	2	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	11	6	4	1	0

<i>Gav mig ro</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	7	3	1	3	0
Enig	4	2	1	1	0
Ved ikke	3	2	1	0	0
Uenig	3	1	2	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	10	6	3	1	0

<i>Rart at musikterapeut lyttede sammen med mig</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	6	2	1	3	0
Enig	4	3	1	0	0
Ved ikke	3	1	2	0	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	13	7	4	2	0

<i>Rart at tale med musikterapeut om tanker og følelser</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	10	6	1	3	0
Enig	0	0	0	0	0
Ved ikke	5	3	2	0	0
Uenig	1	0	1	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	11	5	4	2	0

<i>Gjorde en positiv forskel for min indlæggelse</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
Meget enig	7	4	1	2	0
Enig	2	1	1	0	0
Ved ikke	4	2	2	0	0
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	13	6	4	3	0

<i>Andet</i>	Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
	2	2	0	0	0

Yderligere bemærkninger

Antal (n)	Patient, kvinde	Patient, mand	Pårørende, kvinde	Pårørende, mand
8	5	2	1	0

Bilag 13: Spørgeskema, personale**Spørgeskemaundersøgelse vedr. musikterapi på lungemedicinsk afdeling.**

I forbindelse med mit praktikophold på lungemedicinsk afdeling, august-november 2012, vil jeg gerne undersøge patienter, personale og pårørendes oplevelse af tilstedeværelsen af en musikterapeut på afdelingen.

Jeg har derfor sammensat et spørgeskema, som jeg håber du vil besvare.

Deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er frivillig, og det har ingen konsekvenser at takke nej.

De fremkomne resultater bruges af musikterapeutstuderende Signe Dalgaard-Nielsen til ovennævnte undersøgelse, og informationerne sløres, så din identitet ikke kan genkendes.

Spørgeskema til personale**Køn**Mand ☐Kvinde ☐**Alder**0-20 ☐21-30 ☐31-40 ☐41-50 ☐51-60 ☐61-70 ☐71-80 ☐81-90 ☐90-100 ☐101+ ☐**Stillingsbetegnelse**

Arbejdede du på denne afdeling før august 2012?Ja ☐Nej ☐**Hvis ja. Blev der brugt musik på afdelingen dengang?**Ja ☐Nej ☐Ved ikke ☐**Hvis ja. I****hvilken form?**1. Musiklyttepude ☐2. Musikafspiller ☐3. Musikafspiller og ☐

høretelefoner

4. Andet

Har du lagt mærke til musik på afdelingen siden august 2012?Ja ☐Nej ☐**Hvis ja. Hvordan har du lagt mærke til musik på afdelingen? Sæt gerne flere krydser**1. Jeg har hørt klaverspil fra gangen. ☐2. Jeg har hørt klaverspil i patienternes frokoststue. ☐

3. Jeg har hørt patienter lytte til musik på stuen ☐
4. Andet _____ ☐

Klaverspil på gangen og i patienternes frokoststue.

Hvor enig er du i de følgende udsagn? Sæt kryds

	Meget enig	Enig	Ved ikke	Uenig	Meget uenig
1. Musikken giver en fornemmelse af langsommere tempo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Det er behageligt at lytte til musikken.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jeg bliver anspændt af musikken.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jeg bliver afslappet af musikken	☐	☐	☐	☐	☐
5. Musikken giver mig ro.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Musikken gør mig i bedre humør.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Musikken bringer minder frem.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Musikken gør stemningen lettere.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Det er behageligt at arbejde til musikken.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Andet:					

Hvordan har du lagt mærke til at der er en musikterapeut på afdelingen? Sæt gerne flere krydser.

1. Jeg har talt med musikterapeuten ☐
3. Jeg har set/hørt musikterapeuten på en af stuerne. ☐
4. Jeg har set/hørt musikterapeuten på gangen. ☐
5. Andet: _____

Hvis du har andre kommentarer til musikterapeutens tilstedeværelse på afdelingen kan du skrive dem herunder.

Tusind tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen
 Signe Dalgaard-Nielsen
 Musikterapeutstuderende
 Aalborg Universitet.

Bilag 14: Resultater fra personalespørgeskema

Antal, køn og beskæftigelse:

N = 29	Kvinde	Mand
Sygeplejerske	13	0
Social- og sundhedsassistent	6	0
Læge	4	3
Sygeplejestuderende	3	0

Alder

Alder	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
Antal (n)	29	13	6	7	3
21-30	17	8	0	6	3
31-40	3	1	2	0	0
41-50	4	2	2	0	0
51-60	4	2	2	0	0
61-70	1	0	0	1	0

Har arbejdet på afdelingen før august 2012?

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
Ja	22	12	6	3	1
Nej	7	1	0	4	2

Hvis ja, blev der brugt musik dengang?

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Ja	16	10	4	1	1
Nej	6	1	2	3	0
Ved ikke	3	2	0	1	0
Ikke svaret	4	0	0	2	2

Hvis ja, i hvilken form?

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Musiklyttepude	15	10	4	0	1
Musikafspiller	7	6	1	0	0
Musikafspiller og høretelefoner	7	2	3	1	1
Andet	0	0	0	0	0

Lagt mærke til musik på afdelingen siden august 2012

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	sygeplejestud erende
Ja	28	13	6	6	3
Nej	0	0	0	0	0
Ikke svaret	1	0	0	1	0

Hvis ja, hvordan bemærket musik?

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Klaverspil fra gangen	27	11	6	7	3
Klaverspil i patienters frokoststue	22	11	5	3	3
Hørt patienter lytte til musik på stuen	17	10	4	1	2
Andet	1	1	0	0	0

I forhold til tilfredshed

Klaverspil på gang

<i>Fornemmelse af langsommere tempo</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Meget enig	2	0	1	0	1
Enig	15	8	1	5	1
Ved ikke	7	3	3	1	0
Uenig	2	1	0	1	0
Meget uenig	1	1	0	0	0
Ikke svaret	2	0	1	0	1

<i>Behageligt at lytte til</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Meget enig	10	4	4	0	2
Enig	15	8	2	5	0
Ved ikke	3	0	0	2	1
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

Bliver anspændt	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
Meget enig	1	0	1	0	0
Enig	3	2	0	1	0
Ved ikke	5	2	1	2	0
Uenig	12	6	2	3	1
Meget uenig	8	4	1	1	2
Ikke svaret	1	0	1	0	0

En sygeplejerske har svaret både enig og uenig.

Bliver afslappet	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
Meget enig	5	2	2	0	1
Enig	10	4	3	1	2
Ved ikke	11	6	0	5	0
Uenig	3	1	1	1	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

Musikken giver ro	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
Meget enig	4	2	1	0	1
Enig	11	4	4	1	2
Ved ikke	11	6	0	5	0
Uenig	3	1	1	1	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

Musikterapi på en lungemedicinsk afdeling

<i>Musikken gør mig i bedre humør</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygeplejestuderende
Meget enig	7	5	1	0	1
Enig	13	6	4	2	1
Ved ikke	7	1	1	4	1
Uenig	2	1	0	1	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Musikken bringer minder frem</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygeplejestuderende
Meget enig	4	3	0	0	1
Enig	10	5	1	4	0
Ved ikke	12	4	4	3	1
Uenig	2	1	0	0	1
Meget uenig	0	0	0	0	0
Ikke svaret	1	0	1	0	0

<i>Musikken gør stemningen lettere</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygeplejestuderende
Meget enig	4	1	2	0	1
Enig	16	8	3	3	2
Ved ikke	7	3	1	3	0
Uenig	2	1	0	1	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Det er behageligt at arbejde til musikken</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Meget enig	5	3	1	0	1
Enig	14	8	3	2	1
Ved ikke	9	1	2	5	1
Uenig	1	1	0	0	0
Meget uenig	0	0	0	0	0

<i>Andet</i>	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
	7	3	1	1	2

Se "kvalitative data"

Hvordan har du lagt mærke til at der er en musikterapeut?

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds-assistent	Læge	Sygepleje-studerende
Jeg har talt med musikterapeut en	24	11	6	4	3
Set/hørt musikterapeut en på en af stuerne	19	9	5	4	3
Set/hørt musikterapeut en på gangen	28	13	6	6	3
Andet	2	2	0	0	0

Andre kommentarer

	Antal (n)	Sygeplejerske	Social- og sundheds- assistent	Læge	Sygepleje- studerende
	13	7	3	0	3

Se "kvalitative data"

Bilag 15: Læringsportefølje

Da jeg gik ind i denne specialeproces var det med et håb og et ønske om at jeg fra starten kunne begrænse mig og sætte et klart fokus for specialet, hvilket jeg tidligere har oplevet at have problemer med. Allerede i synopsis skrivning blev det tydeligt for mig at det også denne gang ville blive et problem jeg kom til at arbejde med, og i løbet af processen har jeg ganske rigtigt ofte taget mig selv i at være ved at udvide en i forvejen ret bred problemformulering, fordi jeg fandt noget spændende litteratur eller opdagede noget interessant i mine data.

Jeg er endnu engang blevet bevidst om, at jeg finder processen med at indsamle ny viden og analysere data rigtig spændende, men at jeg ikke bryder mig særlig meget om selve skriveprocessen. Det er blevet tydeligt for mig, at jeg begynder at tvivle på mine egne evner når jeg skal sætte noget på papir, og på at jeg har gjort det godt nok eller at mit slutprodukt bliver værd at læse for andre. Dette har især været et problem for mig denne gang, hvor jeg har følt mig overvældet af den store mængde data jeg indsamlede, og har tvivlet meget på om jeg rent faktisk bruger den viden jeg har indsamlet til nok i specialet.

Mine projekter har igennem studiet haft en tendens til at være bundet an på rigtig meget litteratur og teori, hvorfor det har været meget pudsigt og en anelse skræmmende for mig denne gang at have en meget stor mængde empiri, men meget lidt litteratur og stort set ingen teori. Dette har også været med til at give mig en følelse af ikke at "gøre det godt nok" fordi jeg ikke har bundet mine fund an på nogen bestemt teori.

Underligt nok opdagede jeg, at jeg på den ene side havde svært ved at overskue datamængden, og på den anden side stod med en følelse af ikke at have nok data at gå ud fra, og at jeg "burde" have interviewet flere patienter og mere personale. Jeg er helt klar over at denne problemstilling dels bunder i mit besvær med at begrænse mig, og dels i en stor portion perfektionisme fra min side, som normalt bremser mig rigtig meget i processen, men som jeg synes jeg har formået at håndtere bedre end tidligere i denne ombæring.

Jeg har fundet det nemmere end tidligere at benytte mig af vejledning denne gang, men syntes samtidig at jeg især i starten af forløbet havde lidt svært ved at finde ud af hvad jeg skulle søge vejledning på og hvad jeg selv kunne klare, ligesom jeg i sidst i processen følte et stort behov for at få "godkendt" mine tekstdele af vejleder, da jeg ikke følte mig helt sikker i især videnskabsteorien.

Specialeprocessen har for mig bølget mellem at være rigtig spændende og utrolig tung at være i, at have gå-på-mod og rigtig meget modvilje mod endnu et projektarbejde, og at min perfektionisme ind imellem har bremset mig, mens min vilje til at blive færdig har drevet mig fremad.