

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	S. 1
Indledning samt problemstilling Afsnit 1	
1.0 Introduktion.....	S. 2
1.1 Patienter på hjertemedicinske afdelinger.....	S. 2
1.2 En angstfyldt indlæggelse.....	S. 3
1.3 Stressorer på hospitalet.....	S. 4
1.4 Problemstilling ved angstens fysiologiske afsæt.....	S. 5
1.5 Medicin til angstplagede patienter.....	S. 6
1.6 Musik i sygeplejen.....	S. 7
1.7 Historisk perspektiv.....	S. 8
1.8 Afgrænsning af problemstilling.....	S. 9
2.0 Problemformulering.....	S. 10
Opbygning, metode & videnskabsteoretiske overvejelser Afsnit 2.	
2.1 projektets opbygning.....	S. 10
2.2 Begrundelse for valg af metode & videnskabsteori.....	S. 10
2.3 Begrundelse for valg af teori & empiri.....	S. 12
2.4 Søgeproces.....	S. 13
Analyse Afsnit 3, del 1	
3.0 Eksistentialetisk sygepleje.....	S. 13
3.1 Støtte & Handlinger.....	S. 17
3.2 Del-konklusion 1.....	S. 19
Biomusisk Analyse Afsnit 3, del 2	
3.3 Designet musik.....	S. 19
3.4 Biomusikvidenskab & Undersøgelser.....	S. 20
3.5 Del-konklusion 2.....	S. 24
Konklusion, Diskussion & Perspektivering Afsnit 4	
4.0 Sammenfatning & Konklusion.....	S. 24
4.1 Diskussion.....	S. 25
4.2 Perspektivering.....	S. 26
Litteraturliste.....	S. 28

## Resumé

Antallet af personer i Danmark, der får diagnoser indenfor hjerte-karsygdomme, har været stigende siden 1990. Der foretages årligt 57.000 indlæggelser på landets sygehuse og især ny-diagnosticerede patienter går ofte en krise i møde.

Når nogle mennesker bliver diagnosticeret med hjerte-karsygdomme og dernæst bliver konfronteret med viden og kendskab til følgevirkninger, mortalitet, risici for blodpropper osv. mister mange både motivation og livsvilje og ser ofte situationen som meningsløs. I kombination med en hospitalsindlæggelse, hvor undersøgelserne er mange, støjen forhindrer søvnen og tankerne kredser om det uvisse lægges der an til angst og uro for patienten.

Denne angst og uro kan for mange patienter både være svær at sætte ord på og formidle ud til omverdenen. For nogle sygeplejersker kommer angst hos patienter måske mest til udtryk som fysiologiske symptomer, som kan behandles farmakologisk, og den hurtige løsning bliver den "farmakologiske krykke" som det bliver udtrykt i Bo Jacobsens bog om eksistentialetisk psykologi. Men da angst og uro desuden kan give anledning til visse uønskede psykiske og fysiologiske reaktioner hos hjertepatienter, bør angst og uro reduceres til et minimum på hjerteafdelingen. Under et foredrag afholdt på Rigshospitalet, Marts 2010 blev jeg introduceret for en "nyere" videnskab: biomusik og musikmedicin, som sætter fokus på at bruge musik til angst og stressreduktion. I samspil med eksistentialetiske teoretikere som Joyce Travelbee og Bo Jacobsen fandt jeg det interessant at undersøge, hvor vidt det var muligt at støtte og hjælpe angste hjertepatienter ved brug af eksistentialetisk sygepleje og psykologi kombineret med viden indenfor det sundhedsvidenskabelige felt.

*”Vor tradition lærer os, at lyd er gud – Nada Brahma. Det vil sige, at lyd i form af musik og den musikalske oplevelse er trin på vejen mod virkeliggørelsen af Selvet. Vi ser på musik som en åndelig disciplin, som løfter vort væsen til indre fred og glæde” (Ravi Shankar om indisk musiktradition)*

## Indledning samt problemstilling Afsnit 1.

### 1.0 Introduktion

I den danske hospitalsverden, er der i det seneste årti, langsomt kommet fokus på at gøre hospitaler et rarere sted at være, så patienter kan få bedre vilkår for at genvinde helbredet (*Heslet. 2003. s. 1*). Musik, brugt som medicin, for at give patienter et øget fysisk og psykisk velvære er ofte set som en alternativ løsningsmodel til farmakologisk medicin, men det kan besidde mange muligheder som jeg ønsker at belyse i denne opgave. Da jeg har haft min sidste kliniske undervisning på en hjertemedicinsk afdeling i region Hovedstaden, og hér oplevet nogle problematikker som jeg vil komme ind på senere, er omdrejningspunktet i opgaven, hjerte-kar syge patienter.

Til at starte med vil jeg gøre opmærksom på at jeg i denne opgave løbende inddrager mine egne erfaringer fra min kliniske undervisning i forbindelse med argumentationen for den sygepleje faglige problemstilling og for at kunne koble teori og praksis.

Jeg havde bevidst specifikt søgt ind på kardiologiske enheder, da det er et speciale indeholdende værdifuld, men også basal viden, som man kan gøre brug af i hele sygeplejerskens arbejdsfelt. Det kan hænge sammen med, at hjertekarsygdomme er den hyppigst forekommende dødsårsag i Danmark (*Brønnum-Hansen 2008 s. 6*). Knap 200.000 danske statsborgere har en hjertesygdom. Der er ca. 13.000 årlige dødsfald samt 57.000 årlige indlæggelser på landets sygehuse, og der har fortsat været en let stigning siden 1990 og det er bekymrende ifølge (*DSR's nationale handleplan s. 58. 2007 - 2011*). Det samme kan man sige omkring angst og depressions diagnoser. Ifølge enheden for psykiatrisk forskning i region Nordjylland er depression og generaliseret angst nogle af de hyppigt forekommende sygdomme. Patienter som er i højrisiko for at udvikle angst og depression er i høj grad patienter med fysiske sygdomme, så som hjertekarsygdomme (*Foldager 2009 s. 1*).

### 1.1 Patienter på hjertemedicinske afdelinger.

Jeg erfarede, at der dagligt var indlagt meget syge patienter, som befandt sig i akut somatiske tilstande. I dagligdagen på afdelingen skete det ofte, at hjertestopalarmer ringede, og sygeplejersker måtte hurtigt forlade igangværende pleje for at hjælpe den kritisk syge patient. Jeg oplevede også få

gange, at patienter, som havde været friske om morgenen, pludselig lå og fik hjertemassage mens halvdelen af afdelingens bemanning stod inde på stuen og kommanderede rundt med hinanden. De andre patienter i afdelingen sansede straks, når der opstod en kritisk situation et andet sted i afdelingen. Der herskede ofte en stemning, for både personale men ikke mindst for patienterne, af at liv og død lå tæt op ad hinanden på denne afdeling. Patienter blev derfor ofte konfronteret med dødelighedens prognose for de sygdomme de selv var diagnosticeret med, og det gav tit anledning til en angstfyldt stemning for dem. Mange patienter havde måske lige fået diagnosticeret en sygdom og blev efterfølgende konfronteret med livets eksistentielle grundvilkår, som drejer sig om meningen med livet og døden, aleneheden, det frie valg om der findes et lys for enden af tунellen. Ifølge Psykolog Bo Jacobsen dukker eksistentielle spørgsmål ofte frem til overfladen i en svær tid (*Jacobsen 1998. s11-12, 31-41*).

Kardiologiske patientforløb er i øvrigt et område, hvor der dagligt ofte indgår mange ubehagelige undersøgelser og mindre indgreb. Når mange af disse undersøgelser var lægefagligt vurderet, blev næste skridt for patienterne nogle gange at forberede sig mentalt på en livsvigtig operation. Eks. for flere iskæmisk hjertesygge, er en udvidelse af det syge blodkar eller en bypass operation et ultimatum for overlevelse (*Hjerteforeningen s. 30 - 49. 2007*). Uanset hvilket operativt indgreb patienten måtte undergå, måtte patienten også indstille sig på, at ingen hjerteoperation er uden risiko for mortalitet (*Ibid.*). Det sker ofte, at flere af patienter oplever angst i en sådan situation og gentagne gange får svært ved at falde til ro i afdelingen. Dette bringer mig videre til næste afsnit som omhandler angst.

## **1.2 En angstfyldt indlæggelse**

I forbindelse med sygdom og behandlingsforløb på hospitaler oplever mange hjertepatienter generaliseret angst (*Hjerteforeningen s. 77-78. 2007*). Ifølge norsk psykolog Torkil Berge, befinder patienten sig ofte i en krise og udtrykker dermed at generaliseret angst ofte opleves som en stærk følelse af sårbarhed. Pludselig føles det, som har man mistet kontrol over eget liv. Meget af opmærksomheden rettes mod det bekymrende område i livet: Får jeg mon en blodprop igen? Kommer jeg til at dø tidligere end hvad jeg førhen troede? Mange med generaliseret angst oplever en konstant følelse af at være anspændt og over tid kan længerevarende ængstelse og bekymring give grobund for en række kropslige og nervøse plager såsom afkræftelse, insomni, irritation og maveproblemer (*Berge. s. 52-54 2006*). Nervøse plager kan give anledning til yderligere følelse af sårbarhed uden kontrol over eget liv. Det kan også give anledning til panikangst udløst af

”katastrofe tænkning”. Mange angste patienter præges af angst i vanskelige situationer og har derfor stærkt brug for professionel hjælp fra sygeplejerskens side.

Ifølge Berge er det ikke unormalt at patienten forventer, at noget vil gå galt, og mærker øjeblikkelig angst. Denne tankeaktivitet kan ofte knyttes ubevidst af det patienten lugter, ser eller hører. Et eksempel ifølge Psykolog Torkil Berge: hvordan dufter en rose? – duften fremtræder ikke som ord, men udløser i stedet følelse og sansning. Duften af rosen bliver derfor nødt til at blive ”oversat gennem følelser og tanker til ord, så vi kan reflektere over betydningen, derefter genskaber vi måske et dejligt minde om sommer og solskin som får os til at slappe af (*Ibid. s. 158 - 159*). Hvis patienten derimod sanser lugt af opkast eller lyden af en anden patient som råber, skal det ikke undervurderes at patienten i stedet kan fare sammen og blive angst. Denne form for generaliseret angst kan ofte virke overvældende (*Ibid. s. 52-54*). Dette bringer mig videre til følgende årsag som er med til at ligge til grund for problemstillingen, hvilket er:

### **1.3 Stressorer på hospitalet.**

En stressor som ofte dominerer på et hospital er støj. Støj er defineret som en subjektiv opfattelse af lyd som medfører emotionelle reaktioner, såsom irritation (*Heslet. s.218. 2007*). Støj kan måles i Decibel (dB). WHO anbefaler et maksimum støjforurening på 45 dB på et hospital. 70 dB og derover kan give høreskader. Der er siden blevet foretaget en del målinger på hospitaler og disse viste, at på de fleste hospitaler overskrides WHO’s anbefalede dB-grænse. Desværre blev det også påvist, at støjniveauet kun har en lille støjreduktion i løbet af natten. Dette kan måske yderligere forklare, hvorfor en del af patienterne på hjertemedicinsk afdeling også ofte oplevede søvnløshed under indlæggelsen. Mangel på søvn bør helst undgås da det giver anledning til stress hvilket yderligere øger risikoen for psykisk dårlig trivsel (*Ibid s. s. 212-219*).

På en almindelig hjerteafdeling hersker der ofte en vedvarende lavfrekvent støj, som kommer fra blandt andet konditioneringsanlæg, ventilationssystemer osv. Men denne lavfrekvente støj er for de fleste uidentificerbar, og både patienter og personale vænner sig hurtigt til støjen, og vi tænker derfor ikke over den. Pludselig går en af afdelingens mange alarmer i gang ved en fejl. Mange patienter bliver forskrækkede, og opmærksomheden bliver skærpet mod lyden da alarmen signalere noget farligt og truende. Disse alarmlyde er designet bevidst fra fabrikanten til at virke ubehagelige på hospitalspersonalet, så de reagerer prompte (*Heslet s. 1. 2003*). Langvarig udsættelse af denne støj kan skabe angst og stress, indeholdende klassiske symptomer træthed, uro og koncentrations besvær (*Heslet s. 218-220. 2007*).

Jeg observerede ofte i min klinik, at patienter led under, hvad Psykiater Henrik Day Poulsen ville klassificere som typiske angstsymptomer, i spændevidden fra mindre anspændthed og uro til mere udtalte symptomer fra det autonome nervesystem, såsom hjertebanken, følelsen af at skulle besvime og panikangst (*Poulsen, Day. 2006 s. 73-74*).

Nogle af disse mange pludselige lyde og den konstante baggrundsstøj kalder professor dr. med. Lars Heslet for patientens ”unødige stressorer”.

I en artikel vedrørende lyd miljøet på intensivt afsnit, Rigshospitalet, skriver Heslet, at den støj og uro, som patienter dagligt er omgivet af, og den angst den medfører, kan gøre dem endnu sygere (*Heslet 2003 s.1*). Der bliver i dag foretaget mange forbedringer og moderniseringer på landets sygehuse, men en så vigtig faktor som det daglige lyd miljø og angst reducerende midler er stadig et negligeret område i de sygehusomgivelser som burde danne rammen for at give patienten en optimistisk og livsbekræftende motivation for at blive rask igen (*Ibid.*). I det foregående afsnit har jeg mest haft fokus på patienters psykologiske reaktioner på sygdom og støj. Næstfølgende tekst vil have større fokus på fysiologiske reaktioner.

#### **1.4 Problemstilling ved angstens fysiologiske afsæt**

På baggrund af data fra en pilotundersøgelse af akut syge hjertepatienter med diagnosen Akut Myokardie Infarkt, skriver ledende overlæge Per Thorgaard fra region Nordjylland, at ekstreme tilfælde af ”teknisk” lydeksposition, faktisk kan være den største stressudløser for patienten. Stress bør derfor så vidt muligt undgås for ikke at forværre den kardielle sygdom (*Thorgaard, s. 24. 2005*). Kendskab indenfor kroppens fysiologi og sygdomslære viser at dette kan være et problemfyldt område. Angst har nemlig en kraftig påvirkning på det sympatiske nervesystem, hvilket sørger for at øge impulserne i hjertets impulsdannelses system så slagvolumen og karkontraktion øges. Blodtrykket stiger og visse hormoner frigives fra stofskiftet, deriblandt stress hormonet cortisol, som udskilles fra binyrebarken (*Nielsen. S. 162. 2006*). Cortisol har en kortvarig gavnlige effekt under sympaticus påvirkning, men efterfølgende en negativ effekt. Deriblandt fremmede effekt på aterosklerose. Det virker hæmmende for immunsystemet samt påvirker hjernen i form af koncentrations besvær og gør patienten mere fysisk og følelsesmæssig sårbar (*Stressklinikken*). Psykolog Torkil Berge skriver at under påvirkningen fra et angstanfald oplever mange ændringer i vejrtrækningen og begynder at hyperventilere. Andre oplever brystmerter, at hjertet slår et dobbeltslag eller at hjertet ”løber løbsk” (*Berge 2006 s.67 - 69*). Disse anfald er normalt ufarlige for raske og sunde mennesker, men da hjertepatienter kan være meget syge bør det

ikke negligeres at uro, angst og stress og smerte kan give kardielle forværringer som eksempelvis højere risici for blodpropper (*Thorgaard, s. 24. 2005*).

Det må derfor betegnes som problematisk, når især hjertepatienter med eksempelvis Akut Myokardie Infarkt oplever en langvarig form for stresspåvirkning under deres hospitalsindlæggelse. Ifølge Sygeplejeteoretiker Joyce Travelbee har hvert menneske behov for individuel hjælp og støtte (*Travelbee 2002 s. 265*). Derfor kan man reflektere over om hver enkelt patient har forskellige behov, og om der i så fald er brug for flere og alternative metoder til angstreduktion som sygeplejersken kan gøre brug af.

### **1.5 Medicin til angstplagede patienter**

Jeg erfarede, at en ofte brugt løsning på dette angstproblem var, at sygeplejersken bad lægen ordinere et Anxiolytika eller Hypnolytika, som sygeplejersken derefter kunne give patienten P.N. Virkningsmekanismerne for de enkelte præparater vil jeg ikke komme ind på, men den anxiolytisk - terapeutiske index går ud på, at dæmpe patientens stressrelaterede angst og uro både fysisk og psykisk. Patienten oplever ofte en positiv effekt, da de afspænder i muskler og giver let døsigthed, hvilket også kan være en hjælp mod søvnløshed. Men dertil hører også en række bivirkninger, hvilket oftest er: daglig træthed, svimmelhed, koncentrationsbesvær, og efter længere brug, afhængighed (*Olsen, s. 252. 2007*). Farmakolog og underviser Inge Olsen skriver endvidere, at angsttilfælde af ikke psykotisk tilstand, principielt bør ledsages af psykoterapi (*Ibid. s. 253*). Derfor er det iøvrigt vigtigt at få klargjort, om de patienter vi plejer, føler reelle smerter med fysisk belæg eller om de er kropsliggjort på grund smerter i sjælen? (*Fasting 2001. s 14*). Sygeplejersken må heller ikke glemme at det ofte er den emotionelle støtte som gør forskellen i at ændre sygepleje til en professionel service på et højt niveau (*Virginia Henderson 1999, s. 12*). Uanset hvilken teknisk behandling sygeplejersken kan tilbyde, bør det altså gøres ud fra en eksistentiel indgangsvinkel til den individuelle patient og dennes behov.

En patient som jeg mødte i min kliniske undervisning udtrykte direkte for mig:

*”Hvis man ikke er syg når man bliver indlagt på hospitalet, så bliver man det i hvert fald inden man skal udskrives” (ældre anonym patient indlagt under medicin justering)*

Jeg spurgte, om han ville uddybe, og til det tilføjede han, at han oplevede, at han sjældent kunne sove og koncentrere sig. Han fortalte endvidere, at han godt kunne lide personalet og de medpatienter, han var indlagt på stue med. Men generelt er hospitaler jo ”et sted ingen kan lide at

være, også selv når man er rask”.

Mange af disse udsagn tolkede jeg som hans frustration over at være syg, men også som et udtryk for, at han havde svært ved at finde sig til rette i et hospitalsmiljø, da det fik ham til at føle sig nedtrykt, anspændt og angstpræget. På en række vagter observerede jeg, at den samme patient lå med høretelefoner på det meste af natten og hørte musik indtil, han faldt i søvn. Ellers kunne han ikke falde til ro. Vi mennesker har jo den fantastiske evne at vi hører selv når vi sover. Men sagen er, at hospitalets støj stresser os, også uden at vi selv er klar over det. (*Heslet s. 218-220. 2007*).

*”Man kan lukke øjnene men ikke ørerne” (Heslet s. 1. linie 1 2003).*

Jeg spekulerede over, om medicinske præparater var det bedste tilbud som, sygeplejerskerne havde at tilbyde patienterne. Farmakologisk P.N medicin bliver ofte brugt som angst reducerende middel da de er en del af de få midler, som er dokumenteret og evidensbaseret i fagmiljøet. Overlæge Audun Myskja har kritiseret den vestlige hospitalsverden ved at påpege, at kriterierne for hospitalets værdi oftest kun er en naturvidenskabelig metode med det, vi kan bevise og dokumentere i centrum. Forskere i vores verdensdel ser oftere med mistænksomhed, på det, som opleves udflydende, spekulativt og i ringe grad stringent, eksempelvis musikterapi eller musik som medicin (*Myskja 2005 s. 15*).

## **1.6 Musik i sygeplejen**

Den 24. Marts 2010 fik jeg lov, af en udviklingspsygeplejerske, til at komme ind til et foredrag af komponist og musikforsker Niels Eje, som i mange år har forsket i lydmiljø og i musiks virkning på indlagte patienter på Intensiv afdeling, Rigshospitalet. I forbindelse med dette foredrag åbnede han sin præsentation med at kommentere Rigshospitalets stressorer, som man på visse planer desværre må acceptere er tilstede, dvs. de mange mennesker som er samlet på ét sted, lyden af maskiner der tit advarer med høje lyde og udluftningsanlæg, der renser vores luft osv. Men det er dokumenteret, at især lyd og støj, kan virke ubehageligt, angstfyldt og stressende på mennesker (*Eje 09:50*). Men når vi har svært ved at afskaffe denne lyd, kunne en mulighed da være at udvikle nogle lyde, som kunne overdøve de ubehagelige, og tilmed fylde patienten med afstress og ro? Dette projekt gik Niels Eje i gang med, selvom en faglig argumentation ikke er særlig nem. Musik og lyd er nemlig u håndgribeligt og et svært emne for en forsker at forklare hvad er, fordi det bare består af lydbølger, som varierer i svingninger og volumen.



Men alligevel kan lyd og musik besidde en evne til at nå helt ind til menneskets følelsescenter og berøre os dybt, give os ro, og en evne til at komme i kontakt med vores indre (*Ibid 25:00*).

Denne idé om at bruge ”musik som medicin” ligger blandt andet til grund for min problemformulering.

Dele af Niels Eje’s musik og forskning indenfor hospitalets verden vil jeg komme nærmere ind på lidt senere i opgaven. Men denne viden om terapi og healing gennem musik er dog langt fra nytænkning, men en gammel praksis som flere gamle historikere og forfattere har været optaget af gennem mere 2000 år (Smith, 2007. s. 22). Den græske filosof Platon (ca. 428 – 347 f.Kr) har blandt andet berørt emnet ved at tale om, at musik kan trænge helt ind i menneskets inderste afkroge og vise vores sjæl (*Eje 02:50*). I næste afsnit vil jeg kort introducere en lille del af den musikmedicinske historie for at underbygge troværdigheden i at indblende et abstrakt og alternativt emne som musik i min sygeplejefaglige problemformulering.

### **1.7 Historisk perspektiv**

Interessen for at bruge musik i forbindelse med helbred, sygdom, og terapi har eksisteret mange år, men interessen indenfor sundhedsvidenskaben er steget støt de sidste år.

Generelt knyttes musik gennem hele menneskets liv enten som underholdning til fest, glæde, sorg og begivenheder i alle verdens kulturer lige fra Indien til Grønland.

De første og ældste tegn på musikalske elementer som mennesket har skabt, kan dateres helt tilbage til for 25.000 år siden, hvor malerier af håndklap og dans tilsyneladende beskriver en shamanistisk helbredelses virksomhed på et hulemaleri i Zimbabwe. Især mange primitive samfund såsom Navajo-indianerne har været kendt for at heale dets befolkning gennem sang og musik (*Smith, 2007. s. 22*). Gamle skrifter viser også, at musik har været brugt som medicin i 1500 tallets europa (*Myskja 2005 s. 100-103*). Musik forsvandt dog ikke helt i lægeverden og blev i længere tid brugt som beroligende middel for psykiatriske patienter og ældre. Men da Dr. J.P Shepard og dr. E. Kane i starten af 1900 tallet dokumenterede fysiologiske tegn på, at beroligende musik mindsker blodtilstrømningen til hjernen, livlig musik øger den, musik kunne reducere smerter, da kom der nyt bevis og målbare tal i den videnskabelige lægeverden for, at musik faktisk kunne have visse positive identificerbare fysiologiske virkningsmekanismer på mennesker. Under anden verdenskrig brugte visse militærlæger musik som medicin, da de i situationer havde ringe adgang til ordinær medicin. Men også tandlægepraksissen i USA, begyndte at bruge klassisk musik til at overdøve den

ubehagelige lyd fra boret (*Bonde. s. 204. 2001*). Sygeplejersken Florence Nightingale, er en af vores nyere fortalere for at bruge musik til behandling. Afslappende musik prøvede hun i vid grad at bruge på sygehuset for skadede soldater (*Nilsson 2009. s.8*). Forsker i musikterapi ved Aalborg sygehus, Trygve Aasgaard, påpeger, at der i denne tekniske og moderne tidsalder, nu hersker en vis fordom, hvad angår musikkens magt og muligheder (*Smith 2007 s. 8*). International Society for Music in Medicine og Musica Humana er nogle af de større foreninger i dag, hvis mål er at skabe fokus på musik i sundhedssektoren. I begge disse foreninger er flertallet af medlemmerne læger, sygeplejersker, psykologer og musik terapeuter med særlig fokus på projekter omhandlende musikkens virkning indenfor praksis og sundhedslære. Det gøres blandt andet ved brug af ”Biomusikvidenskab”, som er et nyere videnskabeligt studie, der fokuserer på relationen mellem musik, hjernefunktion og biologi.

I de forrige afsnit har jeg reflekteret over visse problemstillinger, præsenteret nogle tanker og emner angående angst, hjertemedicinsk indlæggelse, musik medicin samt inddraget noget baggrundsviden. Summen af dette bringer mig videre til følgende:

### **1.8 Afgrænsning af problemstilling**

Jeg synes at der forekommer en faglig problemstilling, hvis P.N medicin, og et generaliserende synsperspektiv på angst mennesker er den dominerende tilgang og hjælpemiddel som sygeplejersken kan bruge til støtte og omsorg for patienterne. Det er blevet gjort klart, at forekomsten af angst er hyppig hos hjertepatienter. Hospitalets støjniveau og de mange grænseoverskridende undersøgelser er stressorer, som ligefrem er med til at fremme angst, stress og depression. Men mange af disse stressorer er dog nødvendige både for patientens sikkerhed og helbred. Nogle forskere mener derfor at angst patienter undervejs bør modtage yderligere støtte og hjælp til at håndtere disse stressorer, så de på bedste måde kan komme igennem en hospitalsindlæggelse uden at tabe helbred, motivation og godt humør. Angstreduktion på kardiologiske afdelinger er derfor et emne som jeg mener har en nutidig relevans. Ifølge Travelbee og Bo Jacobsen, er det enkelte menneske individuel og unik, og af denne grund findes der ingen lette løsninger indenfor plejen og for de metoder som tages i brug. Dette er en eksistentiel opfattelse, som drager en faglig argumentation for at der skal tages hensyn til hver enkelt patient og deres behov. Der vil altså være brug for mange løsninger og metoder udover medicinsk behandling, som i øvrigt kan være forbundet med flere uhensigtsmæssige bivirkninger. Af denne grund begyndte jeg at søge efter noget sygepleje teori og nogle angst reducerende metoder som jeg kunne

lade mig inspirere af og anvende. Under denne proces stødte jeg på termen musikmedicin, som er en forholdsvis ny videnskab. Der er efter mit kendskab ikke blevet undervist i musikmedicin på Sygeplejeskolen København, men jeg finder det særligt interessant at undersøge dette emne ud fra min problemformulering, som lyder:

## 2.0

**”Hvordan kan sygeplejersken med afsæt i eksistentialetisk forståelse af sygepleje støtte den angste hjertepatient ved hjælp af musikmedicin i at håndtere stressorer i forbindelse med indlæggelse på en hjertemedicinsk afdeling?”**

## Opbygning, metode & videnskabsteoretiske overvejelser Afsnit 2.

### 2.1 Projektets opbygning

Analyseafsnittet vil være inddelt i 2 afsnit. Til at starte med vil jeg inddrage sygeplejeteoretisk og eksistentialetisk psykologisk materiale under ét. Dette afsnit vil afspejle analysen af sygeplejerskens tilgang til menneskeindsigt og forståelse af patientens lidelse og behov. Herefter vil dette afsnit opsummeres af en delkonklusion.

Analysens afsnit 2, vil i højere grad fokusere på en sundhedsvidenskabelig tilgang. Dette afsnit vil muliggøre at skabe forståelse for musikmedicin og sygeplejerskens brug af denne, for at styrke patientens håndtering af angst og stressorer på en hjertemedicinske afdeling. Herefter vil dette afsnit igen opsummeres af en delkonklusion.

Analysen af disse to afsnit vil til sidst munde ud i en samlet konklusion, hvor trådene fra begge analyse afsnit vil blive samlet sammen og rundet af. Som afslutning på projektet, følger en diskussion og perspektivering, hvor jeg vil stille mig kritisk og reflekterende overfor projektets sammenfattede indhold.

### 2.2 Begrundelse for valg af metode & videnskabsteori

Indenfor sygeplejerskens ansvarsområde, er sygeplejersken forpligtet til at udnytte og forbedre sin viden og sine færdigheder, være opmærksom på nye muligheder og samtidig udvikle ny viden og nye færdigheder (DSR 2003).

Med afsæt i min problemformulering vil jeg koble analysen til litteratur indeholdende hermeneutik

og begrebet forforståelse. Jeg ønsker gennem eksistentielistisk refleksion at skabe en viden, ved at forstå og begribe hjertepatientens oplevelse af angst og de reaktioner det medfølger. I sammenhæng med min kliniske erfaring har jeg gennemlæst artikler og litteratur og derefter fundet frem til de problemstillinger der ifølge mig, har været vigtige at arbejde ud fra. Jeg har dernæst valgt at koncentrere mig om angst, eksistentielistiske synspunkter samt musikmedicin, hvilket jeg har fundet interessant at belyse gennem denne arbejdsproces. Jeg har støttet mig til de valgte emner og læst litteratur omkring dette, op til flere gange undervejs, for at underbygge mit valg af teori. Ved brug af denne fremgangsmåde mener jeg at projektet, kommer til udtryk som en samlet opgave med et bedre helhedsindtryk. Der er således tale om et litteraturstudie som også inddrager andres empiriske undersøgelser.

Jeg har valgt et litteraturstudie, da jeg er klar over at der er store etiske overvejelser i at lave egne undersøgelser over et ømtåleligt emne som syge hjertepatienters angst og krise i hospitalsforløb. Jeg har derfor valgt denne fremgangsmåde, da jeg har stor respekt for krise og angst plagede hjertepatienters vilkår for overvindelse af sygdom, samt for de forskere som har brugt årevis på at undersøge de sundhedsvidenskabelige virkninger ved musik. Derfor er min uforbeholdne mening at det kan være etisk problematisk at drage konklusioner over min egen producerede empiri, hvis denne skulle vise sig at være for forenklet.

Da dette projekt i højere grad drejer sig om eksistentielistisk forståelse har jeg gjort mig nogle videnskabsteoretiske overvejelser. Der findes flere måder at se på "forståelse" på, i videnskabsteori. En af dem er paradigmet "forforståelsen", som indgår i den hermeneutiske metode. Forforståelse er den viden, vi besidder og bruger, før vi kan forstå en ny viden. I forforståelsen indgår også vores fordomme, også selvom disse ikke nødvendigvis er negativt ladet. Forforståelse indgår i, hvad den tyske filosof Hans-Georg Gadamer kalder den Hermeneutiske forståelsescirkel.

Grundtanken bag cirkelen er at gøre sig bevidst om, at der eksisterer cirkulære forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse. Disse dele kan kun forstås, hvis helheden inddrages og omvendt. Et eksempel kunne være tidligere på s. 7, da Audun Myskja, påpegede, at forskere i den vestlige verden ser mistænksomt på det, som opleves anderledes. Her har Myskja en tydelig forforståelse for, at vestlige forskere er præget af mange fordomme, indtil det modsatte er bevist og overdokumenteret. Derfor er det vigtigt at skabe bevidsthed om sin forforståelse i tilknytning til forståelsens objekt (*Birkler s. 103*). Hermeneutikken vil også blive brugt gennem et eksistentielistisk synspunkt om Travelbees menneske til menneske kontakt og om Bo Jacobsens syn på angst. Hermeneutik bruges altså i opgaven for at lade forståelsens objekt være en

Reducering af angst hos hjertepatienter ved brug af eksistentiel psykologi & musikmedicin: af Morten Thomas Guldager, 2010  
mulighedsbetingelse for at for-forståelsen be- eller afkræftes (*Birkler s. 103-110*).

### **2.3 Begrundelse for valg af teori & empiri**

For at svare på problemformuleringen har jeg valgt at bruge teori skrevet af sygeplejerske Joyce Travelbee. Jeg har valgt teori af Joyce Travelbee, fordi hun på baggrund af et eksistentiel menneskesyn har skrevet om at styrke det terapeutiske forhold mellem sygeplejerske og patient. Hun mener at det er vigtigere at fokusere på det der sker følelsesmæssigt med patienten, end at fastholde en klassisk professionel afstand. Travelbee har skabt en teori der omhandler 4 faser som sygeplejersken og patienten skal gennemgå før et menneske til menneske forhold etableres. At kunne være i stand til at danne en menneske til menneske relation er vigtige skridt for sygeplejersken, hvis der skal dannes forståelse for hvordan gensidig tillid og indsigt i menneskelig individualitet og behov kan opnås. Denne teori anvendes, dog uden at gå i dybden med hver enkelt fase. Jeg inddrager endvidere i første del af analysen fænomenerne: krise og angst. Jeg mener at sygeplejersken skal besidde en generel viden omkring disse emner for at kunne støtte og hjælpe den angste patient samt leve op til Joyce Travelbee's værdier om sygeplejerske-patient relationen. Denne del af analysen er skrevet med et eksistentiel afsæt i teori skrevet af Psykolog og professor, dr. phil. Bo Jacobsen. Hans litteratur omhandler hvorledes mennesket kan finde mening i tilværelsen. Ligesom Travelbee, forholder Jacobsen sig med en eksistentiel vinkel til mennesker, kriser, og lidelser. De 2 norske psykologer Torkil Berge og Arne Repål har erfaring og en viden omkring angst, som vil blive brugt som supplement til analysen. Sygeplejerskens rolle og støttende funktion i forhold til angst-ramte patienter er et emne som er blevet berørt af psykiatrisk sygeplejerske og professor i psykiatrisk sygepleje mm. Jan Kåre Hummelvoll. Hummelvolls teori bygger på en blanding af teoretisk og forskningsbaseret viden samt erfaringer fra både personale og patienter som søger at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende aspekt i i psykiske kriser. Størstedelen af de teoretikere jeg har valgt at beskæftige mig med i denne del af analysen, har gjort sig mange erfaringer i psykiatrien. Men jeg vil undersøge om hvorledes denne viden og forståelse med fordele kan blive brugt i det somatiske hospitalsfelt.

Anden del af analysen vil omhandle stressorer, angstreduktion og musikmedicin som undersøges ud fra en biomusisk forståelse og baggrund. Dette vil hovedsageligt vil være skrevet på baggrund af litteratur skrevet af dr. med Lars Heslet, overlæge Per Thorgaard og gentagen prismodtager af Norsk Lægeforening, Audun Myskja. Den biomusiske tilgang er vigtig at have med, da det er

vigtigt at have en forståelse for musikkens virkninger i et behandlings øjemed. Hvis begrebet *musikmedicin* skal give faglig mening at indføre på et dansk hospitalsafdeling, af høj kvalitet, inddrager jeg empiriske undersøgelser og forskningsresultater direkte omhandlende hjertepatienter. Disse undersøgelser er lavet af skandinaviske medlemmer af organisationen Musica Humana. To forskere som er bemærkelsesværdige inden for denne forskning er sygeplejerske, Bitten Gøtsche og Ulrica Nilsson. Sidst nævnte er Ph.d. og professor på Örebro Universitetshospital, Sverige. For at imødekomme den svenske socialstyrelses krav om at fremme helse og lindre smerte, forsker Ulrica Nilsson i musikkens virkninger ud fra et fysiologisk afsæt. Komponist Niels Eje, bidrager ligeledes til forskningens troværdighed.

## 2.4 Søgeproces

Efter jeg have fået øjnene op for ovenstående problemstillinger, begyndte jeg at søge på emner gennem søgestationer på Sygeplejefagligt bibliotek, Københavns biblioteker og på [www.google.dk](http://www.google.dk) Nogle af disse søgeord var: stress reduktion, angst reduktion, og eksistentiel sygepleje. Via denne søgning fandt jeg frem til flere interessante artikler, bøger og undersøgelser. Det viste sig, at nogle få sundhedspersonaler og forskere havde tænkt over nogle af de samme dilemmaer og problemstillinger som jeg, og gennem nyere tid søgt efter svar. Et interessant emne handlede om, at sundhedsforskere engang imellem også burde søge efter svar i fortiden og historien i stedet for kun at koncentrere sig om at finde nye uopdagede alternativer (*Rørbye 2002. s. 49 – 51*). Mit valg af litteratur og fremgangsmåde bringer mig videre til første del af analysen.

## Analyse Afsnit 3

Del 1.

### 3.0 Eksistentiel sygepleje

Joyce Travelbee giver udtryk for, at sygeplejerskens vigtigste rolle er at understøtte og bistå den syge i den svære tid. Travelbees hovedtanke er, at det kræver langt mere forståelse, viden og evne at kunne støtte en angst patient end en hvilken som helst kompliceret teknisk behandling. Evnen til at gribe ind og hjælpe en kriseramt person, kræver en stærk disciplineret intellektuel tilgang samt en forståelse af eksistentiel sygepleje (*Travelbee s. 22*). Eksistentiel sygepleje, er sygepleje set ud fra et menneskesyn beslægtet med europæisk eksistensfilosofi. Den eksistentielle tankegang handler om at respektere andre menneskers frie valg og vilje (*Jacobsen 1998 s. 7*). Mennesket befinder sig i en individuel verden og derfor bør en klinisk sygeplejerske, ifølge Travelbee, bruge det eksistentielle

menneskesyn til at yde sygepleje ved at bekymre sig for sine patienters fysiske, mentale og åndelige velvære, for derefter at handle på dette gennem en intelligent, indsigtfuld og kreativ måde. Først og fremmest, handler eksistentiel sygepleje om at bruge sin erfaring og dynamiske virke til at skabe udvikling i enhver sygeplejesituation (*Travelbee 2002 s.28*). Det kræver evner at tænke kreativt og udvikle metoder indenfor udvikling af sygeplejen til patienter, da der skal tages højde for hvert enkelt individ. Alle mennesker har jo deres subjektive holdning og oplevelser af sygdom og sundhed, og derfor findes der ingen opskrift som virker på alle.

Mange hjertepatienter skal lære at acceptere at de skal leve med en nydiagnosticeret kronisk hjertesygdom, som vil få indflydelse resten af deres dage. Det skaber angst, og her indtræder formentlig en af sygeplejens vanskeligste opgaver: at hjælpe et andet menneske til at håndtere sygdom og lidelse og finde mening i disse (*Ibid. s. 34*). Travelbee arbejder ud fra en gren af begrebet ”logoterapi” hvilket betyder at søge og lede efter meningsfuldhed i vores eksistens og lidelser. For finder vi mening og sammenhæng i vores tilværelse, på trods af sygdom og lidelse, styrkes vores muligheder for motivation, for at genvinde helbred og for at overleve (*Jacobsen 1998 s. 27-28*). Travelbee mener således patienter bør støttes i at opdage, at angst og hjertesygdom ikke bør anses som dårlige tilstande, men som livserfaringer. Det er et ambitiøst mål for sygeplejen, men hvis sygeplejersken skal kunne ”gribe” det angste menneske når der er behov for det, er der brug for en eksistentiel forståelse af sygepleje i samværet med patienten. Denne eksistentielle sygepleje indebærer at sygeplejersken oplever en lige så høj grad af mening, ved at hjælpe den angste patient til at finde mening i den oplevede situation, som med at hjælpe patienter til at blive fysiologisk raske. Travelbee pointerer at så snart den angste patient prøver at sætte ord på sin lidelse, er det vigtigt at sygeplejersken griber muligheden med det samme, og viser at han/hun er mentalt tilstede. Ellers bliver patienten hurtigt overladt med en følelse af ensomhed og utryghed. Det er selve grundprincippet i sygepleje, at skabe en ydelse når muligheden byder sig, til at skabe en positiv forandring hos modtageren af ydelsen

(*Travelbee 2002 s. 28*).

Travelbees eksistentielle synspunkter på sygepleje og det enkelte individ, insisterer altså på at sygeplejersker bør kæmpe imod en generalisering af patienter. Angste hjerte patienter bør altså ikke falde ind i statistikken af anonyme patienter på afdelingen, og modtage en generel ydelse derefter. Den angste hjertepatient er først og fremmest et menneske som lider af en sygdom, og har udviklet en kraftig og uhåndterbar psykologisk forsvarsmekanisme kaldt angst.

Ifølge Bo Jacobsen, findes der stort set ingen mennesker som ikke går igennem en eller flere kriser i

løbet af et helt liv. Det hører med til dét at være et helt menneske. Nogle mennesker bliver ramt tiere end andre, men det er en del af dén uretfærdige verden som ingen kan lave om på.

Ifølge Jacobsen har kriser en nødvendig opgave i at styrke mennesket gennem veje til udvikling.

Det er kun gennem kriser at mennesker kan hæve sig fra at være naturvæsener til at blive et egentligt selv. At blive ramt af pludselig sygdom og ulykke sender tit mennesker ud i kriser og kan medføre visse psykiske konsekvenser såsom angst og depression (*Jacobsen 1998 s. 25-27*).

Der findes nogle forskellige opfattelser af termen ”krise” som blandt andet omfatter en akut-traume orienteret, en psykodynamisk og en katarsis orienteret opfattelse. Ifølge Jacobsen er disse retninger brugbare men også en anelse rigide. Den eksistentielle opfattelse af krise, ses derimod hellere ud fra den ramte persons selvopfattelse og livsverden. Forskelspunktet ligger i hvorvidt at man kan vurdere krisetilstande ud fra objektive kriterier? Menneskers evne til at håndtere og rumme en sjælerystelse er nemlig vidt forskellige. Når krisen rammer, kan det illustreres som et slag som sender personen i knæ. Når vedkommende ligger ned, har nogle mennesker behov for hjælp for at kunne rejse sig igen (*ibid s. 48-50*).

Tidligere i indledningen, beskrev jeg de hospitals stressorer som gav anledning til angst. Andre patienter oplever angst på grund af en tydelig konfrontation med døden. Det kan hænge sammen med et hjerteinfarkt i hjemmet, i familien, eller på baggrund pludselige dødsfald mellem medpatienter. Ifølge Jacobsen udløses denne naturlige angst, da vi mennesker har udviklet særlige forsvarsmekanismer for at holde vores erkendelse af døden på afstand. I professor Irvin Yalom's teori omkring angst og dødsangst indgår termen ”*specialness*” hvilket vil sige at dybt nede i sindet tror mange mennesker at døden kun gælder alle andre. Vi har en tro på usårlighed, og hjerte-kar sygdomme rammer altid naboen først. At få diagnosticeret en livstruende sygdom udfordrer vores ”*specielness*”, og kan sende nogle mennesker ud i en krise (*Jacobsen 1998 s. 102 – 203*).

Den kriseramte har ofte svært ved at se meningen med situationen, og betragter derfor dette som meningsløst. Ifølge Jacobsen bør sygeplejersken støtte patienten i at finde mening i situationen, men det kan derimod også føles som et overgreb for den kriseramte hvis andre prøver at få ham/hun til at se en mening i dét som synes meningsløst. Derfor skal det respekteres fra sygeplejerskens side, at patienten finder sin situation meningsløs. Patienten vil dog tit søge efter svar på, hvorfor lidelsen skulle overgå ham/hende. Men det vil ikke være muligt for sygeplejersken, at kunne give patienten et svar på hvad meningen er, da det er et meningsløst spørgsmål (*Ibid s 26-27*). Sygeplejersken kan måske i stedet, have held med at dreje spørgsmålet mod patienten, og spørge om patienten i stedet



kan finde mening i hvorfor, sygdommen eller angsten, skulle ramme ham/hende lige på dette tidspunkt? Det kan forhåbentlig få patienten til at reflektere, og måske finde nogle lyspunkter ved situationen og i tilværelsen.

Dertil ses det tit at når et menneske har befundet sig et stykke tid i en oplevelse af meningsløshed, skabes der en trang og ønske om at skabe en sammenhæng og mening i livet igen. At nå til denne proces er noget som den støttende sygeplejerske kan hjælpe patienten med (*Ibid. s. 25-27*). Dette har Travelbee har teori om:

Travelbee har søgt at definere begrebet mennesket ud fra et eksistentiel synspunkt. Ifølge Travelbee besidder mennesket evnen til at tro at vi kender andre, men bliver aldrig helt er i stand til fuldt ud at forstå et andet menneske. Vi besidder altså alle en kerne af individualitet og en følelse af at være alene, hvilket ikke kan gribes af andre (*Travelbee 2002 s. 50-51*). Vi er altså alle mere eller mindre alene med os selv, og især hos mennesker med kroniske sygdomme, dominerer angsten for uvisheden om fremtiden. Som tidligere nævnt af Per Thorgaard, kan det yderligere forstærke en angstfyldt tilværelse, når individet befinder sig i uvante rammer og i støjende omgivelser. Ifølge Travelbee er sygeplejerskens rolle i denne situation, at hjælpe personen med at håndtere erfaringen af sygdom og lidelse og stressorer.

Da Travelbee mener at sygepleje er en mellemmenneskelig proces, er det nødvendigt at understrege vigtigheden af at kunne etablere et ”menneske til menneske” forhold. Dette forhold er ønskværdigt da det er her at sygeplejebehovene hos den syge kan blive imødekommet og opfyldt. Forholdet skal etableres målbevidst og opretholdes af den kliniske sygeplejerske. Dette menneske til menneske forhold bliver etableret, når sygeplejersken og patienten har gennemgået fire sammenhængende faser (*Ibid s. 160*). Disse fire faser er: det første møde, fremvækst af identiteter, empati og til sidst sympati. Ved opnåelse af disse fire faser, kan målet opnås: at skabe en gensidig forståelse og et menneske til menneske forhold.

Det mere interessante aspekt ved disse faser er Travelbees syn på forskellen mellem empati og sympati. Ifølge Travelbee møder sygeplejersken den angste patient med empati, når han/hun kan støtte og hjælpe individet, ved at kunne forstå relevansen og meningen med patientens indre oplevelser og følelser. Men dog uden at blive opslugt og føle trang til at handle øjeblikkeligt. At bruge empati i en interaktion, er vejen til et tillidsfuldt forhold mellem to mennesker som ikke kan slettes. Derimod er sympati en mere stærk og sjælden følelse, da det indebærer en stærk motivation af medfølelse og et ægte ønske og trang til at finde en metode og handle på individets oplevede

problemer. Sympati er derfor en stærkere kraft end empati, men de hænger uløseligt sammen da empati omdannes til sympati til slut i Travelbees teori om at opnå et menneske til menneske forhold (*Travelbee 2002 s. 175- 185*).

Empati og sympati kan dog aldrig fungere uden sygeplejerskens forforståelse og egne livserfaringer. Men bør heller ikke fuldt ud opleves gennem egne øjne. Det er en balancegang. Sygeplejerskens egne erfaringer og oplevelser med sygdom på egen krop, kan altså både hjælpe og hindre til at opfatte det særlige ved individet på en og samme gang. Af samme grund er det vigtigt at sygeplejersker kommer udover at se sig selv i andre, og hellere begynder at se selve angsten og krisen for deres opmærksomhed (*ibid. s 169-173*). Travelbees teori om empati og sympati handler derfor om at være i stand til at forstå et andet individ, at kunne besidde evnen til at bryde sig om andre, for derefter at bruge en disciplineret intellektuel tilgang til at sætte en støttende og angstreducerende sygepleje metode i gang.

Den valgte metode bør kombineres med en grad af sygeplejerskens terapeutiske brug af sit selv. For der forligger nøglen til at opnå en gensidig forståelse mellem patient og sygeplejerske, hvilket giver patienten en øget oplevelse af tillid og tryghed (*Travelbee 2002. s. 190-198*)

### **3.1 Støtte & Handlinger**

For at forstå et andet menneskes angst og handle på det, mener Jacobsen & Travelbee, at man bør benytte sig af ”eksistensenstænkning”, hvilket vil sige at sætte sig ind i hvordan patienten oplever angst situationen (*ibid. S. 60*). Jan Kåre Hummelvoll deler nogle af de samme synspunkter og skriver at for den der skal arbejde med angste og ængstelige mennesker, er det nødvendigt at have kendskab til angstens virkninger på alle niveauer. Har man denne viden har man nemmere ved at forstå sig på patienten og derved afgøre hvilken slags hjælp og i hvilke situationer han/hun har behov for. At tro at angst helt kan fjernes er dog en virkelighedsfjern tanke pointerer Hummelvoll. Psykolog Torkil Berge siger, angst og frygt begge er naturlige alarmreaktioner som mennesket ikke ville kunne leve uden. De er nogle vores vigtigste forsvarsmekanismer. Forskellen er at frygt indeholder et håndgribeligt og konkret truende element. Angst føles som en diffus trussel, den er uhåndgribelig og kan udvikle sig og slå ned som et lyn over patienten udløst af stressorer og bekymringer. I værste fald uden hjælp, kan den udvikle sig til en kronisk lidelse for patienten. Den kan endda blive så plagsom med tiden at den hæmmer patientens adfærd og livskvalitet (*Berge 2006 s. 26-28*). Af denne grund handler dette bachelor projekt om angst reducere og ikke fjernelse. En forudsætning for at kunne hjælpe en angstplaget patient er ved at kende patientens oplevelse af

angsten, sætte sig ind i han/hendes forestillingsverden og finde ud af hvad der støtter og hvad der provokerer patientens angst. Hummelvoll uddyber at patientens verden er usikker og trang. Han/hun føler sig alene og udenfor kontrol, i perioder i løbet af dagen eller ugen kan patienten være yderligere sårbar og der skal ikke mange belastninger og stressorer til før patienten bryder psykisk sammen. Derfor er tryghed og et roligt miljø uden for mange stressorer, en essentiel faktor for angstplagede patienter (*Hummelvoll 2006 s. 148 – 149*). Hvis patienten skal have mulighed for at danne et fundament, som han/hun kan stå på, for at udvikle sig i sin angst og kriseprocess indenfor hospitalets regi, må sygeplejersken gøre sit for at skabe ro omkring patienten. Det indebærer at nedbringe støj i afdelingen og vise sit nærvær og empati. Mange patienter føler at angsten forsvinder når de bliver fysisk trætte og afslappede, og derfor bør sygeplejersker sørge for at give patienten muligheden for at kunne opleve afspænding og ro. Hvis patienter føler at stedet er et rart og trygt sted at være, vil patienten tvivle på om situationen er så katastrofal som han/hun først følte. Ifølge Hummelvoll bør sygeplejersken komme med invitationer til hjælp og samtale, så patienten føler at han/hun er værdsat og passet på, og kan kalde på sygeplejersken hvis problemer skulle opstå. Det er ikke altid sikkert at patienten egentlig ved hvad der foregår når angsten rammer, det føles måske bare skrækindjagende fysisk ubehageligt og gør patienten endnu mere angst for om det er sygdommen som alene er skyld i denne oplevelse. Fysiske og psykiske reaktioner på angst er ofte mange og kan føles som kvælningssfølelser, trykken for brystet, svimmelhed, at man er tæt på et sammenbrud eller en panisk frygt for at man er ved at dø eller at blive vanvittig. Disse reaktioner kan nemt blive misforstået af hjertepatienten, og patienten kan ligefrem blive snydt til at tro at de er ved at få et hjerteinfarkt eller blodprop (*Ibid s. 154*). Dette kan være en meget grænseoverskridende følelse at blive udsat for, ikke mindst hvis det er flere gange om dagligt. Derfor er det nødvendigt at sygeplejersken først gør sig klart om det er fysisk betinget via legemlige undersøgelser. Hvis det modsatte bevises, kan det eventuelt konkluderes at det er angst patienten lider af. Herefter bør sygeplejersken holde øje med symptomer og graden/niveauet af angsten, spørge ind til hvordan patienten oplever denne og om der er situationer og omstændigheder som gør patienten mere ængstelig end andre. Når patienten er utryg, kan sygeplejersken hjælpe patienten hvis han/hun giver sig tid og forklare patienten om angst ud fra en lægmands forståelig ætiologi og patogenese. Sygeplejersken kan hjælpe patienten ved at informere og forklare dem at angst normalt er en ikke farlig truende tilstand, men en psykisk overlevelsesmekanisme som desværre også kan spille os et pus når vi er i psykisk ubalance (*Hummelvoll 2006 149 - 151*). Man kan derefter opfordre patienten til at lære angsten at kende og gå den offensivt i møde med en viden, som gør den nemmere at

håndtere. Det hjælper at snakke med nogen om den ængstelighed som ofte ligger til grund for disse angstanfald og det kan hjælpe patienten til at få afklaret den forforståelse og de fordomme som patienterne har om deres sygdom. Eksempelvis ved at bruge sin erfaring til at forklare patienten at med den rigtige medicin er der store chancer for at kunne leve mange mange år, på trods af at man har fået en hjertesygdom. Ifølge Hummelvoll er dette god viden som patienter kan drage nytte af så deres bekymringer kan komme lidt på afstand (*Hummelvoll 2006. s.152 – 158*).

### 3.2 Del-konklusion 1

Hvis sygeplejersken skal kunne hjælpe angste patienter på kardiologiske afdelinger, er det fordelagtigt at sygeplejersken kan skabe en viden og et kendskab til eksistentiel psykologi og sygepleje, samt opnå dele af Travelbees teori om sygeplejerske-patient interaktion. Herved får han/hun bedre får muligheder for at kunne hjælpe og anvende metoder til at udvikle patientens proces til at opleve en øget livsværdi, en behagelig grundstemning og følelsen af tryghed. Hvis dette lykkes, har patienten større chancer genvinde helbredet. Travelbee mener at sygeplejersker bør tænke kreativt og udvikle nye metoder. En af de nyere metoder som sygeplejersker kan anvende for at udvikle patientens håndtering af angst og stressorer er brugen af musikmedicin hvilket jeg vil komme ind på i følgende afsnit.

## Biomusisk Analyse Afsnit 3

del 2

### 3.3 Designet musik

Denne del af analysen vil blive brugt til at belyse, om musik kan blive brugt som en integreret del i målet om at støtte patientens helbredsproces afhjulpnet gennem sygeplejerskens lindrende virksomhedsfelt.

I Niels Ejes foredrag på Rigshospitalet præsenterede han sin musik, som er komponeret til at få patienten til at slappe af og ”komme lidt væk” fra hospitalet og skabe et indre fristed. Hans serie af cd'er hedder ”MusiCure”. Som navnet antyder er musikken skabt med henblik på at sammenkoble musik med det engelske udtryk *cure* som i denne betydning henleder til et lægemiddel. MusiCure er skabt med henblik på at virke afstressende og oplevelsesskabende. Musikken indeholder solistiske indslag spillet på akustiske instrumenter, samt optagelser af naturen, som er udvalgt og integreret i musikken (*Eje 12:00*). Niels Eje forklarede at han så vidt muligt har prøvet at gøre musikken genreløs og universel i sit udtryk, for herved at henvende sig til alle, da ikke alle har samme smag i

musik. Ifølge Eje kan musikkens brug af naturlyde og mange lag af sansende lydindtryk kan tage lytteren med ud på en rejse ud på en fantasi rejse i naturen. Langt væk fra hospitaler og sygdom. For at virke beroligende har MusiCure har et langsomt tempo dvs. indeholdende satser i *adagio* eller *largo* og er testet og dokumenteret på sygehuse med henblik på om patienterne har oplevet den ønskede effekt. De grundlæggende principper for musikken er blevet til over en periode på mere end 5 år, hvor Eje igennem forløbet har modtaget feedback fra blandt andet psykiatriske afdelinger som har bemærket resultater ved at behandle både psykotiske og ikke psykotiske angste patienter med MusiCure ([musicure.com](http://musicure.com)) + (Egelund, Sørensen 2005 S. 5). Det er i øvrigt også vigtigt at der bliver investeret i nogle gode musik afspillere for at få musikmedicinen op på et kvalitetsmæssigt brugbart niveau. Eksempelvis Maysound musikspilleren som er udviklet til formålet.

Ifølge Niels Eje, findes der dokumentation for at angst, stress og uro kan dæmpes udelukkende gennem musik (Eje 20:40). Følgende afsnit handler om forståelse og videnskaben bag musikkens virkning.

### **3.4 Biomusikvidenskab & Undersøgelser**

Som sagt er lyd og musik abstrakt. Det består af varierende, svingende og pulserende lydbølger, men påstås af mange kulturer, at besidde en healende kraft. Lyd er den første sans, som mennesket udvikler og oplever i sin udvikling, det er måske også den sidste sans vi mister til slut i vores liv. Det er svært at finde en egentlig forklaring på, hvorfor musik kan bruges som medicin. En teori forklarer at fosterets ører udvikles i løbet af fjerde måned under graviditeten. Hér begynder spædbarnet at kunne opfatte sin mor og fars stemme, lyden af mors hjerteslag osv. Disse lyde ligger oftest i området mellem 4000 til 6000 Hz. Nogle forskere mener at disse Hz er forbundet med de positive effekter som kan give stressede patienter ro. En forklaring kan tolkes ved at se det fra et psykologisk perspektiv. I moderens mave føler barnet sig tryk og det bemærkelsesværdige ved dette er, at det formentlig er det eneste tidspunkt i vores liv, hvor vi er uden evne til at flygte fra en truende situation. Altså i livmoderens atmosfære findes angst ikke (Myskja s. 44. 2005).

Så snart spædbarnet er født lægges han/hun op til moderens bryst så den trykke velkendte lyd af hjerterytmen kan berolige. I de første dage efter fødslen er moderens stemme og hjertebanken det sikreste orienteringspunkt for barnet. Denne trykke og varme stemme kan give barnet en tilstand af ro og magelighed, mens bedstemors høje skingre stemme kan få barnet til at græde med det samme. Helt tilbage fra fostertilværelsen kan mennesket altså registrere ”gode” og ”dårlige” lyde fra hinanden. Behagelige følelsesmæssige ændringer i vores psyke kan altså kobles til en auditiv

saglighed. Undersøgelser har bl.a. vist, at noget af det som virker mest trygt for spædbørn er, når moderen synger vuggeviser. Senere i vores voksenliv kan selvsamme melodi eller lyden af en hjertebanken skabe følelsesmæssige reaktioner hos os (*ibid. s. 49-57*). Hvorfor disse lydbølger kan stimulere os gennem vores ”musikalske hjerne” på en sådan en måde, er et emne som selv de dygtigste fagfolk har svært ved at forklare. Men centralnervesystemet (CNS), kan være et naturligt udgangspunkt for forskning i musik og fysiologi. Ifølge fysiologisk forståelse, sætter CNS os i stand til at registrere og reagere på de sanseindtryk vi oplever (*Nielsen 2005 s. 233*). Når vores ører opfanger de lydbølger, som er omkring os, påvirker det vores hjernebølger som derefter kan påvirke vores sindsstemning. Denne aktivitet af hjernebølger kan måles i Hz og er delt op i 4 områder: Beta, Alfa, Theta og Delta. Disse Hz områder, afspejler de frekvenser af hjerneaktivitet, som kan måles i forskellige følelsesmæssige situationer. Frekvenserne indenfor Beta området er knyttet til vores vågne hjerne. En overaktivitet af disse frekvenser udløser stress og uro. Alfa aktiviteten afspejler afspænding og afslapning. Theta, ledsager vores søvn, mest i starten og slutningen. Delta hjernebølger kan måles ved dyb søvn og bevidstløshed. Sidst nævnte er den tilstand, som gør at mennesket er i stand til at vågne op udhvilede efter en nats søvn.

Ifølge Myskja har undersøgelser vist, at særlig beroligende musik kan bringe mennesker ind i Delta aktivitet selv, når patienten er vågen (*Myskja 2004 S. 106 – 116*). Niels Eje forklarer at denne særlig beroligende musik tit er komponeret i et roligt tempo som passer til menneskets puls, altså med ca. 60 slag i minuttet. Dele i musikkens frekvenser kan være mellem 4000 til 6000 Hz, hvilket altså kan tage os overfladisk tilbage til en følelsesmæssig tilstand som vi kendte fra vores trygge verden inden i vores mødres mave. Altså en tilstand hvor angst og ”kamp & flugt” fænomenet ikke fandtes (*Ibid. S. 106 - 116*).

I 2009 lavede Ulrica Nilsson en biovidenskabelig undersøgelse om effekten af MusiCure. Musikken blev afspillet i blot 30 min. på den postoperative dag 1, til hjertepatienter som havde undergået åben hjerte-kar operation. Metoden til denne undersøgelse var et randomiseret kontrolleret forsøg med 40 patienter i en musik gruppe og 40 i en kontrolgruppe. For at undersøge patienternes grad af afslapning på selve dagen, blev der foretaget målinger i serum oxytocin, blodtryk, arteriel oxygen tension og saturation. Resultatet viste at musikgruppen havde en betydelig højere koncentration af oxytocin, i forhold til kontrolgruppen hvis koncentration hovedsageligt var lavere end den burde. Der var også forskel i blodtryk og signifikant forskel i den arterielle oxygen tension, hvor musikgruppen havde en højere tension målt i mmHg (*Nilsson 2009 s.1-2*). Hovedkonklusionen i denne undersøgelse blev at selv 30 minutters beroligende musik havde positive målbare resultater

på hjertepatienternes grad af ro og velvære, især pga. oxytocin niveauet.

Ifølge Kerstin Moberg spiller oxytocin en helt afgørende rolle i ro-hvile-systemet som er modparten til kamp og flugt reaktionen (*Moberg 2006 s. 25*).

Ifølge Myskja kan musik med samme karakteristika som MusiCure sænke pulsen og respirationshastigheden, mindske iltbehovet, øge produktionen af oxytocin samt reducere stresshormonet cortisol, selv under støjende forhold, da musikken kan skjule ubehagelige lyde som vi kender det fra odontologien (*Myskja 2005 S. 147-148*).

At dette musikke fænomen kan lade sig gøre, kan gradvist forklares via menneskets limbiske system og mellemhjernen, hvor vores følelsescenter reguleres. Her reguleres følelser lige fra smerte og tårer til glædesudbrud og ekstase (*Nielsen 2005 S. 233*).

Vores sindstilstand og det miljø vi befinder os i påvirker altså vores limbiske system og derved vores følelse af ro eller uro. Støj og ”grimme lyde” kan udløse Beta aktivitet. Da mange patienter er generet af støj på hospitalet, kan dette være en kort og sammenfattet måde at forklare, hvorfor hjertepatienter som allerede befinder sig i en fysisk udmattet tilstand også kæmper med søvnmangel og stress (*Myskja 2004. S. 106 - 116*). Unødvendig støj bidrager, i sammenhæng med patientens kropslige stress, i høj grad til en negativ emotionel respons, som forankrer sig i øget dannelse af binyrebark hormonet cortisol som hæmmer immunsystemet. Selvom patienten har akklimatiseret sig i forhold til støjen og ikke bevidst tænker over den, leder det til yderligere uoplagthed, søvnbesvær, irritation og nedsat stemningsleje (*Heslet s. 222*). Et af de steder hospitalet kunne sætte ind overfor dette problem er ved at sygeplejersker skaber opmærksomhed omkring problemet, og handler på dem på gennem intellektuelle og eksistentielle sygepleje metoder.

Lars Heslet skriver at det er kendt fra industrien, at musik kan ændre individers opfattelse af miljøet. Musik kan reducere forbruget af smertestillende lægemidler med forbedret smertestillende effekt og kan virke afslappende, beroligende og forbedre søvnkvaliteten. Menneskets opfattelse af musik foregår gennem tre niveauer i hjernen. Den forlængede marv eller krybdyrhjernen, i mellemhjernen med det limbiske system og den nyeste del af hjernen neocortex. Når sygeplejersken anvender musikken inddrages disse tre dele af patientens hjerne på en kompleks måde, da den højre hjernehalvdel opfatter melodier og harmonier, mens den venstre opfatter rytme, det abstrakte og opfattelsen af selve lyden. Hver halvdel arbejder med sine specifikke opgaver. Når der spilles musik aktiveres hjernebjælken, der forbinder de to hjernehalvdele. Herved synkroniseres de to hjernehalvdele og får derved hjernen til at fungere som en helhed. Med denne musikalske

synkronisering opfattes omverden langt mere nuanceret, da der bliver arbejdet med både følelse, fornuft og fornemmelser. Derved har musikken en også positiv indflydelse på mange effekter så som indlæring, koordination og styrket evne til opgaveløsning (*Heslet s. 240 – 241*). Ifølge Niels Eje bør musikmedicin dog ikke spilles i timevis og erstatte patientens behov for menneskelig kontakt mellem sygeplejerske og patient, i så fald bliver brugen af musik som medicin helt misforstået, og kan i stedet stresser patienten (*Eje 33:30*). Nils Eje fortalte under sit foredrag, at meningen med musikken var, at sygeplejersken kunne bruge den et par gange om dagen, på en disciplineret og intellektuel måde, til at skabe ”små øer af ro” for patienten. Der skal hverken mere eller mindre til, før patienten oplever en positiv ændring i humør og motivation (*Ibid. 33:40*). Bitten Gøtzsche som er afdelingssygeplejerske på kardiologisk ambulatorium Aalborg, har lavet en undersøgelse om musik til hjertepatienter før og efter KAG.

Fokus i undersøgelsen har været på effekten af musikkens effekt samt patienternes oplevelser i den ofte angstfyldte ventetid op til undersøgelsens start. ”Musikgruppen” blev motiveret til at lytte til Niels Eje's special designede musik både før og efter undersøgelsen. Kontrolgruppen lyttede blot til hospitalets basis lyd miljø. 163 patienter deltog i alt. Alle deltagere blev interviewet både før og efter undersøgelsen. Konklusionen var at 86% i musikgruppen kunne lide musikken som blev afspillet. 82% oplevede en positiv effekt på deres velvære. Og 62% ønskede forstsat at lytte til musikken også efter undersøgelse var færdig, hvor de resterende hellere ville tale med personalet. Interviewet afslørede at 13% havde oplevet ventetiden op til undersøgelsen som ”meget behagelig”. Det var dobbelt så højt som kontrolgruppen. Citater fra musikgruppen afslørede at mange følte musikken reducerede angst og anspændthed. Konklusionen blev klart at hjertepatienter før og efter en hjerteundersøgelse i udstrakt grad kan have en positiv oplevelse ved at lytte til velegnet musik. Ligeledes står det klart, at tilbuddet om musik skal gives af personalet på hjerteafdelingen, da patienter sjældent i den givne situation efterspørger musik (*Gøtzsche s. 1 – 2*).

Ifølge Eje er mange patienter fordomsfulde til at starte med. Mange patienter skynder sig og siger nej tak, jeg skal ikke høre noget musik, så snart afspilleren med musik bliver tilbudt. Patienten kan måske have tilbøjelighed til at tænke; hvad nu hvis de spiller noget musik som jeg ikke kan lide? Metallica eller lignende. Personalet bør derfor ofte kort præsentere musikken og opfordrer patienten til at prøve ad (*Eje 26:40*).

For nylig i Politikken, lørdag d. 8. Maj 2010. Var der en artikel omhandlende musik i ambulancer, skrevet af overlæge Per Thorgaard ved Aalborg sygehus. Denne artikel drejede sig om de samme



problemstillinger som i min indledning. Ifølge Thorgaard giver lydmiljøet i en ambulance kombineret med en stresset og angstfyldt situation, så store indtryk for hjertepatienten at der er en reel risiko for at patienter kan ende i en livsfarlig situation pga. det høje blodtryk og stressniveau (Thorgaard. *Politikken, se bilag nr. 1*). Thorgaard er i øjeblikket ved at gennemgå et prøveprojekt hvor 150 ambulancer skal dokumentere om specialdesignet musik indeholdende lyden af sommerregn og blødt keyboardspil kan gøre ambulance oplevelser mindre traumatiske og stressfuld for patienterne, ligesom det er muligt på en hospitalsafdeling. Den faglige problemstilling angående stressorer, støj og angst, starter altså allerede udenfor hospitalet. Ifølge Per Thorgaard er det altså vigtigt at tage hånd om patientens psyke og sygdom ved at forebygge stress og angst, allerede på vejen til hospitalet.

### **3.5 Del-konklusion 2**

Det er gjort klart at en vis type musik med beroligende egenskaber, kan forøge behagelige følelsesmæssige ændringer. Videnskab påviser at musik kan bruges som middel til angstreduktion, da det har mulighed for at arbejde med den angste patients hjerne på en sådan måde, at positive følelser og fornemmelser øges. Empiri har endvidere dokumenteret, at musik kan have positiv indvirkning på en række fysiologiske egenskaber. En korrekt brug af musikmedicin kan i så fald øge produktionen af oxytocin og reducere cortisol. Det er dog fordelagtigt at bruge musik som er genre-løs i sit udtryk så den kan bruges på majoriteten af hjerte patienter. Samtidig skal sygeplejersken forstå brugen af musikmedicin, da det ellers måske kan få modsatrettede konsekvenser.

## **Konklusion, Diskussion & Perspektivering** Afsnit 4

### **4.0 Sammenfatning & Konklusion**

Sygeplejersken kan udvikle muligheder og metoder for at kunne støtte, vejlede og hjælpe den angste hjertepatient. Men ifølge Travelbee argumenteres der tydeligt for, at hvis hjælp og støtte skal bæres på et højt fagligt niveau, bør sygeplejersker besidde en hvis eksistentiel og intellektuel tilgang til det enkelte individ. Uden sygeplejerskens evne til at danne en viden og et kendskab med alle dets facetter og enkeltdele til patienten, forsvinder evnen til at se helheden ud fra patientens oplevede livsverden. Dermed forsvinder også muligheden for at kunne hjælpe og støtte patienten på den bedste måde og metode.

Jeg har redegjort for en nutidig faglig problemstilling, da hjertesygdomme og angst hører til de mest udbredte diagnoser i Danmark, og da angst og stressorer har negative konsekvenser for hjertepatienternes psyke og sygdom bør der tages hånd om problemet. Gennem Bo Jacobsen og Joyce Travelbees principper for eksistentiel psykologi og sygepleje, bør sygeplejersker arbejde mod at møde individet på baggrund af deres særlige behov, og derefter søge efter individuelle metoder til at reducere angst og stressorer.

En af disse metoder argumenterede jeg for at kunne være brugen af musikmedicin. Hvis musikmedicin skal bruges som metode til at forebygge og behandle angst, har jeg søgt at gøre det tydeligt, at det er vigtigt for sygeplejersker at besidde en viden og forståelse for musikkens muligheder. Dybdegående litteratur om musiks påvirkninger af hjernebiologien og centralnervesystemet er svært forståeligt, og har stadig visse uudforskede og uforklarlige elementer i sig. Derfor kan musikmedicin for nogle fremstå som et andenrangs alternativt tilbud, til forskel for den mere forståelige og forklarlige tilgang til pillens farmakokinetik og farmakodynamik. Men selvom musikmedicin er et ”nyere” forsknings studie i Skandinavien, kan det ikke diskuteres hvor vidt det kan besidde visse positive egenskaber. Forskningsresultater, undersøgelser og patientspørgeskemaer har påvist at korrekt brug af musikmedicin kan sænke stresshormoner, reducere angst og stress, øge motivationen, samt gøre en indlæggelse mere behagelig for størstedelen af en patientgruppe. Hvis sygeplejersken skal kunne bruge musikmedicin som angstreducerende middel og hjælpe hjertepatienten i situationen, er det nødvendigt at kunne forstå biovidenskaben og teorien bag og være sig bevidst om sin forforståelse, samt at kunne bruge den gennem en disciplineret og intellektuel tilgang i sin sygepleje. Herefter har sygeplejersken gode muligheder for at anvende musikmedicin i kombination med eksistentiel sygepleje for at hjælpe hjertepatienter med at håndtere stressorer, og forhåbentlig selv finde mening og tilfredsstillende resultater i sit virke.

#### **4.1 Diskussion**

Ifølge Gion Condrau vælger mennesket selv dødsangsten da den fascinerer os. På den ene side ønsker vi mennesker at udsætte døden så længe som muligt, på den anden side længes vi mod døden og angsten, da nutiden er præget gennem kulturen til at leve usundt, rygning, rusmidler, køre på cykel uden cykelhjelme osv. Når mennesket så bliver syge, pga. vores levevis trues menneskets eksistens, og så indtræder angsten (*Jacobsen 1998 s. 104*). Ifølge Condrau er angst på ingen måde sygelig, heller ikke når mennesket griber ud efter hjælp og støtte fra hospitalspersonale eller den

”farmakologiske krykke”. Angst findes alle vegne, og det er en afgørende fejl at ville udrydde den eller fjerne den ved terapi. Psykolog Rollo May skriver endvidere at man bør se angst som et positivt middel til at åbne den angstes øjne for virkeligheden og livet i sig selv, hvis den angste ellers tør se den i øjnene (*ibid.* s. 106). Nogle teoretikere vil formentlig så diskutere hvor vidt angstreduktion bør ses som positivt? Men det er formentlig et spørgsmål som bør blive besvaret udenfor hjerteafdelings regi. Som sagt er det jo vigtigt for hjertepatientens psyke og krop at opleve ro og trykthed i en svær tid.

I Bitten Gøtzsches undersøgelse viste det sig at selvom størstedelen af patienterne fandt musikken behagelig, var der 14 % som ikke kunne lide musikken. Her reflekterede jeg over en uafklaret problemstilling. Den russiske videnskabsmand Ivan Pavlov beviste ved sit forsøg med hunde, at enhver stimulus kan knyttes til en oprindelig stimulus og således medføre en betinget reaktion. Behavioristisk psykologi og biomusisk videnskab mener således at man kan koble musik til behagelige følelser som til ubehagelige følelser og uønskede minder. Altså kan der forekomme en mulighed for, at patienter som i tidligere sygdomsforløb har været i behandling med en type musikmedicin, senere kan forbinde den givne musik med angst provokerende følelser? Dette er en problemstilling som endnu ikke er blevet berørt af den forskningslitteratur jeg har kunne finde. Dermed kan det formodes at der er brug for at sætte fokus på dette emne i fremtidige undersøgelser.

## 4.2 Perspektivering

Der er muligvis lang udsigt til at musikmedicin decideret kan blive en funktionsdygtigt dagligt tilbud som ligger indenfor sygeplejerskeprofessionens doxa. En grund kan være at musikmedicin stadig er et forholdsvis nyt fænomen som skal integreres i mange år på landets sygehuse, før at behandling med musik virker særlig indlysende. Sociolog Pierre Bourdieu benævner således at et element indenfor professionen først kan blive et doxa når udøvelsen er inddraget på uddannelsesinstitutioner og bagefter kan udføres med staten i ryggen som kan indvilge økonomi og de rigtige mulighedsbetingelser (*Järvinen 2002 s. 16*). Ligesom at skabe kvalitet indenfor sygeplejen, er det afgørende at benytte kliniske retningslinjer, da det har en dokumenteret effekt på det sundhedsfaglige arbejde og for patienterne (*Kærgaard, 2001, s.143*). Altså lidt i strid med den eksistentialetiske tankegang.

Hvis musik-medicin skal integreres i dagligdagen vil der igen kræves en yderligere opmærksomhed på opfyldelse af patientens behov i den kliniske praksis, samtidig med det som før nævnt, tyder på

at det bliver ekstra afgørende, at sygeplejersken besidder en egenskab, der omhandler en stærk form for menneskeindsigt (*Egerod, 2007, s.72*).

Kvaliteten af musikmedicinen kan søges via dokumentation og kliniske retningslinier (*Egerod, 2007, s.70*). Kvalitetssikring søger dermed at belyse hvorvidt de normative mål for kvaliteten, stemmer overens med udøvelsen i praksis (*Ibid: s.177*). Når musikmedicin skal tages i brug på sygehuset skal det i så fald gøres klart hvilken specifik faggruppe som kan skabe en tydelig indsigt og forståelse for musikmedicinen og dens brug. Som dette projekt lægger op til, mener jeg at sådant et tiltag og mulighed vil styrke og udvide mulighederne indenfor sygeplejerskens arbejdsfelt.

Argumentationen lægger for, da Joyce Travelbee skriver at der formentlig ikke er mange sygeplejefunktioner, som ikke deles i en eller anden udstrækning af øvrige faggrupper på hospitalet, men sygeplejersker har fordele ved at have ubegrænset adgang til patienterne, og hun er derved den eneste med strategisk position til at yde øjeblikkelig støtte og lindring gennem sit virke (*Travelbee 2002 s. 40*).

Virginia Henderson understreger endvidere at analysen af den pleje, som sygeplejersken med rette kan initiere, skal hvile på en definition af hendes funktion, som kan accepteres af alle implicerede (*Henderson, 2000, s. 14*). Hvis disse normative mål og forudsætninger kan lade sig gøre, kan der i så fald argumenteres for at musikmedicin kan blive brugt på landets kardiologiske afdelinger med et positivt grundlag.

## Litteraturliste

## **Pensum fra Sygeplejeskolen København**

Poulsen, Day, Henrik. Jørgensen-Munk, Povl. Mlf. *Psykiatri – en grundbog*. 2. udg. 3. oplag. 2006. Munksgaard Danmark, København 2004. S. 73-74. 37. S. 83 – 102. (22 sider)

Nielsen, Oluf. Springborg, Anni. *Anatomi og fysiologi*. 2. udg. 2. oplag 2006. Munksgaard Danmark, København 2005. S. 17 – 166. 209 – 296. (236 sider)

Olsen, Inge. *Farmakologi*. 3. udg. 2. oplag. Munksgaard Danmark, København 2007. Hovedgruppe N, S. 233 - 288 (55 sider)

Fasting, Ulla. Lundorff, Lena. Bonde, Ole. M.fl. *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. 1. udg. Munksgaard Danmark, København 2001 s. 13-35 s. 96-106 s. 181-193. s. 220-230 (54 sider)

Rørbye, Birgitte. *Mellem sundhed og sygdom*. Museum Tusulanums Forlag. 2002. s. 49 – 51) (3 sider)

Jacobsen, Bo: *Eksistensens psykologi*. Hans Reitzels Forlag, København, 1998: S. 11 - 118. (107 sider)

Stokkebæk, Anne (2002) *Sundhedspsykologi* Nyt Nordisk Forlag  
Kapitel 4: Stress, s. 77 – 97 (20 sider)

Birkler, Jacob: *Videnskabsteori – en grundbog*. Munksgaard Danmark, København 2005. 13-37, 40 – 62, 58-62 (51 sider)

Jaervinen, Margaretha og Mortensen, Niels. *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus Universitetsforlag. 2002. s. 9- 23. (14 sider)

Kjærgaard, Johan m.fl.: *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*.  
Specialtrykkeriet i Viborg A/S, 2001.  
Side 80 – 92, 143-158 (27 sider)

Henderson, Virginia; *The Nature of Nursing*.

Munksgaard, København, 1995. 12 – 14. (3 sider)

Egerod, Ingrid; Dokumentation og kvalitetsudvikling,

2. oplag, Nyt Nordisk forlag Arnold Busck 2007

Side 13-29, 58-73, 81-103, 117-198. (134 sider)

**i alt: 760 sider**

### **Selvvalgt litteratur:**

Eje, Niels. *Optagelse af Niels Ejes foredrag om musikmedicin, afholdt 24. Marts 2010 på*

*Rigshospitalet*. ca. 30 min. varighed. Findes på lydfil (MP3). Kan rekvireres af læser på anfordring

(0 sider)

Brønnum-Hansen, Henrik. Hjertestatistik 2008, fokus på køn og sociale forskelle. Hjerteforeningen

København K. 2008 s. 5 til 10. (5 sider)

Thorgaard, per. Myskja, Audun. *Medicoteknik og patientnært lydmiljø*. S. 24 – 25. [www.ausira.com](http://www.ausira.com)

(2 sider)

[Hjerteforeningen, Hjertebogen om dit hjerte og kredsløb . 2. udgave, 1. oplag 2007,](#)

[Hjerteforeningen 2005. s. 5-100 \(95 sider\)](#)

Heslet, Lars. Holmfeld, Kim. Mfl. *Sansernes Hospital*. Arkitektens forlag. 2007 S. 218 – 249 (31

sider)

Berge, Torkil. Repål, Arne. *Trange rum og åbne pladser*. 1. udg. 1. oplag. 2006. Forfatterne og

Psykologisk forlag A/S. S. 17 - 176. 206 – 223. (176 sider)

Stressforeningen.dk. *Kroppen & Stress*. Stressklinikken på Hillerød sygehus.

[http://stressforeningen.dk/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=17&Itemid=49](http://stressforeningen.dk/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=17&Itemid=49)

Reducering af angst hos hjertepatienter ved brug af eksistentiel psykologi & musikmedicin: af Morten Thomas Guldager, 2010

(2 sider)

Lars Heslet. *Medicin og musik - anvendelse af specialdesignet musik på Intensiv afdeling 4131, Rigshospitalet*. 2003. [citeret 3. juni.2010]. Tilgængelig via: URL:  
<http://www.musicahumana.org/documents/00063.pdf> s. 1 – 2 (2 sider)

Myskja, Audun. *Musik som medicin*. Borgens Forlag. 1.udg. 1.oplag 2005  
S. 9 – 70. 87 – 223. (207 sider)

Smith, Darnley, Rachel. Patey, M. Helen. *Musikterapi*. Psykologisk Forlag A/S. 1. udg. 1. opl. 2007  
S. 5 – 35 (30 sider)

Kjær, Ilse: *Musikterapi – musikmedicin*. Sct. Maria Hospice Center hjemmeside. [citeret 3. juni.2010]. Tilgængelig via: URL: (1 side)  
<http://www.sctmariahospice.dk/page146.aspx>

Travelbee, Joyce: *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 1. udg. Munksgaard Danmark, København 2002. S. 9 – 121, 155 – 236. (193 sider)

Foldager, Lesley, Munk-Jørgensen, Povl: *Screening for depression og generaliseret angst i almen praksis* [internet-dokument]. Psykiatrien Aalborg Universitetshospital, Enheden for psykiatrisk forskning; 2009 [citeret 3. juni.2010]. Tilgængelig via: URL:  
[http://www.psykiatri.rn.dk/ForFagfolk/PsykiatriskForskning/Forskning/DePsykiatriskeFolkesygdomme/Screening+for+depression+og+generaliseret+angst+i+almen+praksis.htm#phBodyIndex\\_TO\\_C\\_1](http://www.psykiatri.rn.dk/ForFagfolk/PsykiatriskForskning/Forskning/DePsykiatriskeFolkesygdomme/Screening+for+depression+og+generaliseret+angst+i+almen+praksis.htm#phBodyIndex_TO_C_1) (1 side)

Ulrica Nilsson. *Vårdande Musik*. Forskningshandledare och Anestesisjuksköterska, ANIVA-kliniken / Vårdvetenskapligt forskningscentrum. Universitetssjukhuset Örebro. 2009 S. 1 – 16. (16 sider)

Ulrica Nilsson. *Randomized clinical trial examining the effect of soothing music in response to relaxation during bed rest after open-heart surgery*. Intensive and Critical Care Nursing. 2009;25. S

Reducering af angst hos hjertepatienter ved brug af eksistentiel psykologi & musikmedicin: af Morten Thomas Guldager, 2010  
203-208 (6 sider)

Ulrica Nilsson. *Improved recovery after music and therapeutic suggestions during general anaesthesia: a double-blind randomised controlled trial.* *European. Journal of Anaesthesiology* 2005;22(2): S. 96-102. (7 sider)

Eje, Niels: *Om Musicure* [internet-dokument]. Gefion Records, [www.musicure.com](http://www.musicure.com); [citeret 3. juni.2010]. Tilgængelig via: URL: <http://www.musicure.com/group.asp?group=83> (2 sider)

Egelund, Sørensen, Torben. *Behandling af angst, psykiatriske patienter med MusiCure – et pilotprojekt.* Musica Humana. 2005  
S. 1-6 (6 sider)

Moberg Uvnäs, Moberg. *Afslapning ro og berøring - Om oxytocins helbredende virkning i kroppen.* Akademisk Forlag, København 2006.  
S. 20-42 (22 sider)

Dansk Sygeplejeråd 2003, ”*Sygepleiernes Samarbejde i Norden – Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden*” [citeret 3. juni.2010]. Tilgængelig via: URL: <http://www.ssn-nnf.org/ssn/etikk.pdf>  
s. 1- 2 (2 sider)

**i alt 806**

**Samlet litteratur: 1566 sider**