



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Miljøbehandling for pasienter med demens og agitert atferd - Environmental treatment for patients with dementia and agitated behaviour

Cecilie Kristine Stranden og Anette Lilleidet Stenløs

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 06.06.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingeborg Ulvund

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 28.03.14

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg også mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg også blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig uten blader.

Livet mitt ”faller av”.

Uten blader, intet liv sier du vel,
men du som ser meg, kjenner meg.

Vit at, som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Kirsti Solheim 2001

Antall ord: 11 003

Sammendrag

Bakgrunn:

I dag er over 70 000 nordmenn rammet av demenssykdom og antallet innbyggere med demens vil være doblet innen 2040. Atferds forandring er en stor del av demenssykdommen, og disse forandringene kan gi utfordringer for personalet, pårørende og pasient. Miljøbehandling, som musikk og berøring, kan redusere negative symptomer på sykdommen.

Hensikt:

Hensikten med studien var å belyse om miljøbehandling kan påvirke agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i institusjon.

Metode:

En litteraturstudie basert på 12 kvantitative forskningsartikler.

Resultatet:

Individualisert, ikke-individualisert musikk, massasje og terapeutisk berøring så ut til å ha en positiv effekt på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem.

Konklusjon:

Resultatet fra dette systematiske litteraturstudiet viser at miljøbehandling ved bruk av musikk og berøring kan ha en positiv effekt på agitert atferd hos pasienter med demens. Sykepleier må tilpasse miljøbehandlingen for hver enkelt, ved å ta utgangspunkt i pasientens bakgrunn og tilværelse.

Nøkkelord: Demens, agitert atferd, miljøbehandling, sykepleier, sykehjem.

Abstract

Background:

As for today, over 70.000 Norwegians suffers of dementia, this will double towards 2040. Behavioral change is a huge part of dementia disease, these behavioral changes create huge challenges for staff, relatives and the pasients. Environmental treatment like music and touch can reduce negative symptoms of the disease.

Purpose:

The scope of this study is to highlight if environmental treatment can affect agitated behavior with institutionalized patients with dementia.

Method:

A quantitative study of literature based on 12 research articles.

Results:

Individualized and non-individualized music, massages and therapeutic touch seem to have a positive effect on agitated behaviour with dementia patients in nursing homes.

Conclusion:

Results from this systematic study of literature shows that environmental treatment in form of music and touch may have a positive effect on agitated behaviour with dementia patients in nursing homes. Nurses must adapt to environmental treatment for each individual, by taking the patient's background and life.

Keywords:

Dementia, agitated behavior, environmental treatment, nurse, nursing home.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Studiens hensikt | 2 |
| 1.3 | Problemstilling | 2 |
| 2.0 | Teoribakgrunn | 3 |
| 2.1 | Demens | 3 |
| 2.2 | Agitert atferd | 3 |
| 2.3 | Sykepleierens ansvar og rolle | 4 |
| 2.4 | Miljøbehandling | 5 |
| 2.4.1 | Musikk som miljøbehandling | 6 |
| 2.4.2 | Berøring som miljøbehandling | 7 |
| 3.0 | Metodebeskrivelse | 8 |
| 3.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 8 |
| 3.2 | Datainnsamling | 9 |
| 3.2.1 | Utarbeiding av PIO skjema | 9 |
| 3.2.2 | Databaser | 9 |
| 3.2.3 | Litteratursøkningsstrategi | 9 |
| 3.2.4 | Begrunnelse for valg av forskningsmetode og studiedesign | 10 |
| 3.3 | Kvalitetsvurdering | 11 |
| 3.4 | Etiske hensyn | 12 |
| 3.5 | Analyse | 12 |
| 4.0 | Resultat | 14 |
| 4.1 | Musikk kan virke inn på verbal og fysisk agitert atferd | 14 |
| 4.1.1 | Individualisert musikk | 14 |
| 4.1.2 | Ikke- individualisert musikk | 16 |
| 4.2 | Berøring kan virke inn på verbal og fysisk agitert atferd | 16 |
| 4.2.1 | Klassisk massasje har en reduserende effekt på agitert atferd | 17 |
| 4.2.2 | Aromaterapi viste ingen signifikant reduksjon av agitert atferd | 18 |
| 4.2.3 | Terapeutisk berøring virket best på den fysisk ikke- aggressive atferden | 18 |
| 4.3 | Musikkterapi og berøring kan virke inn på stress og livskvalitet | 19 |
| 5.0 | Diskusjon | 20 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 20 |
| 5.1.1 | Inklusjon av artikler | 20 |
| 5.1.2 | Søkestrategi | 21 |
| 5.1.3 | Kvalitetsvurdering | 21 |
| 5.1.4 | Analyse | 22 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon | 23 |
| 5.2.1 | Musikk som treffer | 24 |
| 5.2.2 | Berøringens betydning | 26 |
| 5.2.3 | Trivsel og glede | 29 |
| 5.3 | Konsekvenser for praksis | 31 |
| 6.0 | Konklusjon | 32 |
| 6.1 | Forslag til videre forskning | 33 |
| 7.0 | Litteraturliste | 34 |

Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 2. Oversikt over litteratursøk og inkluderte artikler

Vedlegg 3. PIO- skjema

Vedlegg 4. Mail til og fra forfattere angående etisk godkjenning

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykdommen demens er blitt en folkesykdom, og i dag er over 70 000 nordmenn rammet. Demens har en økende forekomst hos de i alderen 65- 70år og 15 -20 % av alle over 75 år er rammet. Siden levealderen øker, blir det flere eldre i befolkningen, og en større andel av befolkningen vil ha sykdommen (Nasjonalforeningen 2013). Fra år 2020 kommer det til og skje en stor økning i antall innbyggere over 80 år. Er forekomsten av demens fortsatt på det nivået det er i dag, vil antallet innbyggere med demenssykdom være doblet innen 2040 (Sosial- og helsedirektoratet 2007). På verdensbasis er økningen dramatisk. I dag er antallet mennesker med demens i verden om lag 35 millioner. Tall fra World Health Organization anslår at i 2050 vil det være 115 millioner mennesker med demens i verden (Forskningsrådet 2013).

Atferds forandring er et så vanlig symptom hos pasienter med demens, at det ses på som en stor del av demenssykdommen.. Agitert atferd er et samlet uttrykk for atferdsmessige endringer (Engedal og Haugen 2006). Disse forandringene kan gi store utfordringer for personalet, pårørende og pasienten. Symptomet kan medbringe tap av livskvalitet, både hos pasienten og hos pårørende (Rokstad 2008). Miljøbehandling kan redusere negative symptomer på sykdommen, og bidra til en bedre hverdag for pasienter med demens. Begrepet miljøbehandling inneholder et bredt spekter av tiltak, fra mindre til mer omfattende forandringer og tiltak i miljøet (Rokstad 2008).

Sykepleier har ansvar for å se hele menneske og sette i gang tiltak som pasienten kan ha behov for, både ved bruk av sin egen og andre sin kompetanse. Vi valgte derfor et sykepleieperspektiv i vår litteraturstudie. Miljøbehandling er noe sykepleiere og annet helsepersonell kan utøve ved agitert atferd hos personer med demens innlagt i sykehjem. Gjennom praksisstudier og jobb har vi erfart positive og negative sider ved bruk av musikk og berøring. Av den grunn tok vi for oss musikk og berøring som miljøbehandling, som vi ville se nærmere på. Økt fokus og kunnskap innenfor dette temaet er noe sykepleiere i økende grad vil ha behov for. Miljøbehandling kan bidra til å styrke behandling og fremtidig møte med denne pasientgruppen. Vi som sykepleiere kan møte denne pasientgruppen på forskjellige arbeidsplasser, men vi valgte å avgrense studien vår til

pasienter i sykehjem. Vi vil dermed se nærmere på bruken av musikk og berøring i sykehjem og hvilke utfall det kan ha for personer med demens og agitert atferd. Ut i fra dette er hensikt og problemstillinger formulert som følgende;

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan miljøbehandling kan påvirke agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem.

1.3 Problemstilling

Hvilken effekt har musikk på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

Hvilken effekt har berøring på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet belyses temaene demens, agitert atferd, sykepleiers ansvar og rolle, miljøbehandling, musikk og berøring som miljøbehandling.

2.1 Demens

Demens er en hjerneorganisk sykdom som rammer evnen til å fungere mentalt. (Karoliussen og Smebye 1997). For at tilstanden skal kunne kalles demens må både hukommelsen og tankeevnen være svekket mot hva den var tidligere (Rokstad 2008). En som er rammet av demenssykdom vil ha en nedsatt evne til å kunne utføre daglige aktiviteter, og en vil ha en endret sosial atferd, som er relatert til hukommelsessvekkelsen. Andre kjennetegn på demens er svikt i orienteringsevnen, i evnen til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, dømmekraft, regning, emosjonell kontroll og endret personlighet (Engedal og Haugen 2006).

2.2 Agitert atferd

Pasienter med demens endrer atferd igjennom sykdomsutviklingen. Noe som kan skape vansker i samspill med pårørende og pleiere (Karoliussen og Smebye 1997). Atferdsmessige endringer kan en samle i uttrykket agitert atferd, som kan defineres som «upassende verbal eller motorisk aktivitet som ikke blir oppfattet som direkte uttrykk for behov eller er et resultat av forvirring» (Engedal og Haugen 2006, 313). Cohen- Mansfield (1991) har delt opp den agiterede atferdene i fire kategorier, noe vi valgte å sette opp i en tabell:

| Fysisk ikke-agressiv atferd | Fysisk aggressiv atferd | Verbal ikke-agressiv atferd | Verbal aggressiv atferd |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Generell rastløshet | Slåing | Negativisme | Skriking |
| Repeterende manerer | Dytting | Liker ikke noe | Banning |
| Pakking | Kloring | Konstant forespørsler | Temperament utbrudd |
| Prøver å komme seg et annet sted | Gripe fast i ting | om oppmerksomhet | Lage merkelige lyder (underlig latter eller gråt) |
| Håndterer ting feilaktig | Ta tak i folk | Verbal sjefete holdning | |
| Gjemmer seg | Sparke | Klagning | |
| Upassende påkledning og avkledning | Bite | Klynking | |
| Spiser ting som ikke er til å spises | Kaster gjenstander | Relevante eller irrelevante avbrytelser | |

Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI) er en ofte brukt skala innenfor forskning av agitert atferd hos demente. Formålet med den er å vurdere hyppigheten av den agiterede atferden hos pasienter med demens. Skalaen er utformet til å brukes i sykehjem. Skjemaet inneholder spørsmål angående de 29 agiterede atferder som går under de fire kategoriene. Hver atferd har en karakter på en frekvens fra 1 til 7 som en pleier skal fylle ut for hver dag, der en kan krysse av for «aldri» som gir score 1, til «flere ganger om dagen» som gir scoren 7 (Cohen Mansfield 1991).

2.3 Sykepleierens ansvar og rolle

Hauge (2008) skiller mellom to former for organisatorisk kompetanse som sykepleier må ha, den ene er organisering av eget arbeid og den andre hvordan organisasjonen er bygd opp og fungerer. Kunnskapsdepartementet (2008) sier at sykepleier har som ansvar å lede og organisere sykepleietjenesten på ulike nivåer innenfor sin egen virksomhet og på tvers av ulike helsetjenestetilbud (Kristoffersen 2011). Den sykepleiefaglige kompetansen på et sykehjem er spennende og faglig utfordrende da omsorg og behandling blir tilbudt i en institusjonell sammenheng. Sykehjemmet og sykepleiere skal innfri flere mål samtidig. Pasientene skal få en aktiv medisinsk behandling, et godt helhetlig pleietilbud og i tillegg skal det skapes et hyggelig og trygt miljø (Hauge 2008). Hauge (2008) skriver også at «I det daglige arbeidet er det sykepleieren som har den høyeste kompetansen og dermed har

ansvar for at det utvikles og vedlikeholdes et aktivt miljø». Sykepleier i avdeling skal sette en faglig standard for den behandlingen som gis til pasienten. Møte den enkelte pasient sitt behov direkte, er utnytting av tilgjengelig kompetanse ved andre yrkesgrupper viktig for utforming av godt tjenestetilbud. Administrativt arbeid ved innhenting av informasjon, kontrollere og skape balanse i sykepleien til hver pasient er en viktig rolle som sykepleier har for å skape et helhetlig tilbud til den individuelle sykepleie som blir gitt. Tiltak av gitt pleie og behandling skal evalueres og dokumenteres (Hauge 2008). I følge Orvik (2004) innebærer sykepleie å forbedre pasientens helse og livskvalitet gjennom endring. Endring er kjernen i sykepleien. En nødvendig endring og fokusskifte kan skape en ønsket utvikling i forbedring av tiltak. En slik prosess starter med å vurdere pasient situasjon, samarbeid med pårørende og personale og gjennom utprøving av et tiltak (Orvik 2004).

2.4 Miljøbehandling

Ordene miljøbehandling og miljøterapi brukes synonymt om hverandre. De defineres som en form for behandling som legger vekt på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Rokstad 2008, 153). Miljøbehandling har som mål å redusere negative følger av sykdommen til personer med demens og skape en bedre hverdag. Miljøbehandling er en form for behandling der en tar sikte på å bedre praktiske, sosiale og kognitive ferdigheter (Vatne 2006).

Hensikten ved å sette i gang en miljøbehandling er å endre en bestemt situasjon eller atferd hos personen (Engedal 1993). «Miljøbehandling for personer med demens har til hensikt å møte personen der han eller hun er, og bygge bro over til omgivelsene» (Engedal og Haugen 2009 i Ertner 2014). I alle former for miljøbehandling har personalet en nøkkelrolle i å bygge relasjoner, støtte og involvere det enkelte menneske (Rokstad 2008).

I individuell miljøbehandling er kontakt og samhandling viktig for bevaring av identiteten til pasienten. En annen viktig faktor er å stimulere og legge til rette for mestring. Et miljøbehandlingsopplegg skal ha definerte mål, tiltak, evalueringer og tilpasninger for pasienten. For at en skal kunne lage et individuelt opplegg må en i tillegg til bred kartlegging, fokusere på pasientens forhistorie, nettverk og personlighet. En må også se pasientens psykiske og fysiske helse. Gjennom samtaler, innhenting av preferanser og observasjon tilrettelegges pasientens miljøbehandling. Pårørende vil være en viktig kilde

til informasjon da de kan komme med nyttige og viktige innspill. Tverrfaglig drøfting av behandling skal dokumenteres (Rokstad 2008).

2.4.1 Musikk som miljøbehandling

«Musikkterapi kan defineres som bruk av musikk og musikkaktivitet, av fagpersoner med spesielt trening innen musikk, for å oppnå individuell ikke- musikalske mål for en klient eller gruppe» (Myskja 2005).

Målet med musikkterapi hos pasienter med demens vil være stimulering til sosial deltakelse, redusere uro, stress, motvirke nedstemthet, ensomhet, stimulere positive opplevelser og vekke gode minner. Ved å lytte til musikk som er knyttet til minner kan musikken styrke pasientens identitet og egenverdi (Rokstad 2008). Musikken kan være et verktøy for kommunikasjon, og den kan skape en avstand fra ubehagelige tanker, følelser og symptom (Myskja 2006).

Ved bruk av musikk kan spennings- og aktivitetsnivå reduseres hos pasienter med demens. Avspenning kan være til hjelp for å bearbeide vonde opplevelser og motvirke angst, uro og stress. Musikken som anvendes burde være av rolig tempo, slik at kroppen kan slappe av. Sangene bør ikke inneholde sangtekst, men bare en melodi som pasienten kan lytte til og finne hvile i. Soloinstrument brukes gjerne for at melodien skal komme godt frem. Jevne og flytende overganger i melodien er viktig for og ikke forstyrre pasientens hvile og avspenning (Rokstad 2008).

Gjennom musikkterapien kan en bruke en kombinasjon av aktive og passive teknikker som lytteprogram, inkluderende sang, bevegelser og improvisasjoner. Disse teknikkene vil kunne optimalisere resultat musikkterapi kan ha hos demente (Myskja 2006). Teknikkene kan brukes i felleskap og individuelt. Under musikkterapi i felleskap sitter en i et fellesrom der en gjerne blir skjermet fra forstyrrende element. Her kan en bruke levende musikk, gjerne kombinert med bevegelser som passer til musikken. Bevegelsene kan for eksempel være å trampe med føttene eller å vugge fra side til side. Musikken som blir anvendt bør være kjent for pasientene slik at de kan nynne og synge med (Rokstad 2008). Ved å bruke musikk individuelt er musikken tilpasset hver enkelt pasient. Det skjer gjennom kontakt med pårørende og pasienten selv, om pasientens interesser for musikk og hvilken musikk pasienten foretrekker. Ved feil bruk av musikk, kan det skape uro hos pasienten og

musikken kan oppfattes som støy. Favorittmusikk kan vekke gode minner. Pårørende og pasient kan lytte til musikk sammen. Dette kan være en fin anledning til å dele tanker og følelser som en ikke lenger kan sette ord på (Rokstad 2008).

2.4.2 Berøring som miljøbehandling

Menneskelig kontakt og berøring er behov som er nedfelt i oss alle. Lett klapp på hånden til håndmassasje, fotmassasje og full innsmøring av kroppen med hudkrem er en form for berøring. Ofte er tilgangen til kroppskontakt for pasienter med demens som er innlagt i sykehjem begrenset, dette grunnet sjeldnere kontakt med de nærmeste pårørende (Rokstad 2008). Følge Rokstad (2008) er berøring viktig om en skal bevare kontakten med seg selv og omgivelsene. Berøring kan en skape en god og varm relasjon mellom personalet og pasient. Ulik bruk av berøring kan bidra til en opplevelse av ro og avslapning (Rokstad 2008). Berøring som miljøbehandling kan utføres på ulike måter.

Klassisk massasje, eller også kaldt svensk massasje (Ertner 2014), innebærer å bruke metoder som å stryke, tromme, gnikke, kna eller klemme på de myke vevene i kroppen for å fremme helse og gi velvære (Norheim 2009). Hensikten med massasje er å stimulere hud, øke kroppsbevissthet, dempe smerter, berolige pasienter med ulike symptomer og lidelser, gi en dyp respirasjon, påvirke sirkulasjonssystemene og gi avspenning (Ertner 2014).

Terapeutisk berøring er en moderne tolkning av healing. Terapeutiske berøringen kan skje ved visualisering, sentrering av bevissthet, å være bevist på pust, håndspåleggelse, berøring med og uten fysisk kontakt og ved å bruke chakraer (personens ulike energifelt) på kroppen til pasienten. Målet med terapeutisk berøring er å bidra til å lindre smerter og plagsomme symptomer, gi avspenning, dempe urolighet og gi pasienten en følelse av kontroll og påvirkningsmulighet i berøringssituasjonen (Ertner 2014).

Aromaterapi er en naturmedisinsk behandlingsform (Ertner 2014) og er behandling med essensielle oljer. Oljene er produsert av plantestoff og kan brukes til massasje, hudstimulering, bad, omslag og inhalering. Aromaterapi brukes for stressrelaterte symptomer og plager (Norheim 2009), og aromaterapien kan utføres på deler av kroppen eller som helkroppsbehandling (Ertner 2014).

3.0 Metodebeskrivelse

I retningslinjene til Molde Høgskole for bacheloroppgaven «SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15sp» står det at avsluttende eksamen skal være en systematisk litteraturstudie. Dette er en godt egnet studie til å finne svar på vår hensikt og problemstilling. En finner svar på problemstillingen gjennom å søke systematisk, identifisere, analysere og kritisk sammenligne relevant forskning (Forsberg og Wengstöm 2008). Vi har satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spesifisere vårt søk.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Omhandle sykehjemsbeboere med demens og agitert atferd.
- Aldersgruppen 60 år og oppover.
- Omhandle musikk og/eller berøring
- Artikler fra 2008 til nåtid.
- Artiklene skal være fagfellevurdert.
- Etisk godkjent.
- Språket må være på engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Artikler av høy og middels kvalitet (grad 1 og 2).

Eksklusjonskriterier:

- Andre former for miljøbehandling, der vi ikke greier å skille ut musikk og berøring
- Aldersgruppen under 60 år
- Utenfor sykehjem
- Review artikler
- Artikler av lav kvalitet (grad 3)

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Utarbeiding av PIO skjema

Noe av det første vi gjorde etter at vi hadde hensikt og problemstillingen klar var å utarbeide et PICO skjema sammen med bibliotekar. Vi brukte PIO skjema som et rammeverk for søkeordene vi skulle bruke i søket etter forskningsartikler. PIO (PICO) **P** står for *Populasjon*, **I** for *Intervention*, og **O** for *Outcome*. Vi ekskluderte **C** som står for *Comparison - tiltak som skal sammenlignes med et annet tiltak* fra PICO-skjema, da dette ikke var relevant for vår studie (Nortvedt et al. 2007).

3.2.2 Databaser

Databasene vi søkte i gjennom internettsiden til Molde Høgskole var Ovid Medline, Ovid PsycINFO og Cinahl. Vi gjorde også et manuelt søk gjennom Google Scholar, der en av artiklene ble innhentet. Vi har valgt å inkludere 12 artikler med kvantitative design i vår litteraturstudie.

3.2.3 Litteratursøkingstrategi

Høsten 2013 startet vi søkingen etter relevante forskningsartikler. Vi bestilte time hos bibliotekar for å tilegne oss kunnskap om søkestrategi og gode søkeord. Hun hjalp oss også med å finne hvilke databaser som ville være best for vårt tema og problemstilling.

For å finne gode søkeord til problemstillingen vår brukte vi nøkkelordene som vi kunne finne i problemstillingen. Nøkkelordene vi anvendte var *agitert atferd*, *dement*, *berøring* og *musikk*, så oversatte vi disse til engelsk og la til flere ord innen samme emne. Vi søkte da råd med bibliotekar i forhold til søkene vi hadde prøvd og utført alene, etter bytte av problemstilling.

Samlet benyttet vi oss av søkeordene *dement**, *alzheimer**, *nurs**, *massage**, *therapeutic touch**, *aromatherapy**, *music** og *music therapy**. Vi kom frem til at disse søkeordene var dekkende for vår studie. I søkene våre benyttet vi oss av trunkering *, som er et tegn en kan bruke etter å ha skrevet inn begynnelsen av et ord. Dette gjør en for å få med alle varianter av ordet. For eksempel ved et søk på *nurs** slik som vi gjorde, vil da ordene

nurse, nurses, nursing og så videre bli tatt med i søket (Nortvedt et al. 2007). I søkene inne på databasene brukte vi alternativet «Avansert søk». Søkene våre er nøye beskrevet i tabeller i vedlegg 2.

I Ovid satt vi søkeordene som hørte til i samme kolonne i PIO skjemaet vårt, sammen ved og sett inn «OR» i mellom hvert av ordene. For å kombinere kolonnene i PIO skjemaet vårt, brukte vi «AND» mellom hver kolonne. Vi avgrenset søkene i Ovid ved å krysse av begrensninger inne på «Limits» på slutten av søket. For å holde oss innenfor noen av inklusjonskriteriene våre, begrenset vi søket til å gjelde fra 2008 til nåtid og at artiklene måtte være på norsk, svensk, dansk eller norsk. De samme avgrensningene gjorde vi også i Cinahl. I Ovid kan man også krysse av for å bruke MeSH- termer i «expand», når en har søkt på et ord. Dette benyttet vi oss av, siden databasen da søker opp ordet i hele artikkelen, ikke bare i sammendraget og tittelen.

Søkehistorikken vår har vi gjort rede for i en egen oversiktstabell i vedlegg 2. Når vi hadde fått opp et antall artikler i et søk, leste vi først igjennom alle titlene, for så å lese abstraktene til de artiklene vi syntes virket relevante. Var abstraktet relevant for vår problemstillingen, skrev vi ut artikkelen i fulltekst eller bestilte artikkelen gjennom Bibsys på Molde Høgskole sine internettsider.

Vi utførte alle søkene etter forskningsartikler sammen på skolen. Noe vi ser på som en styrke, da vi kunne hjelpe og rådføre oss med hverandre gjennom hele søkeprosessen. Vi oppfylte ikke vårt eget mål med å være ferdig med å finne 10-15 artikler før julen 2013, da vi hadde få treff på søkene vi hadde gjort.

3.2.4 Begrunnelse for valg av forskningsmetode og studiedesign

Hensikten med studien var å finne ut effekten musikk og berøring hadde hos pasienter med agitert atferd med demenssykdom. I følge Nortvedt et al. (2007) ble kjernes spørsmålet i denne studien: Hva kan vi gjøre for å behandle problemet? og effekten av tiltaket? Kjernes spørsmålet førte oss frem til at kvantitative forskningsmetoder var det som kunne svare best på vår hensikt og problemstilling (Nortvedt et al. 2007).

Søkene vi tok endte opp med kvantitative artikler med studiedesign som randomisert kontrollert studie, kvasieksperimentell studie, kohort studie og tversnittstudie. Randomisert kontrollert forsøk er det beste designet for å besvare vår problemstilling og hensikt. Randomisert kontrollert forsøk brukes for å undersøke effekten av et tiltak i behandling, rehabilitering eller i forebygging (Nortvedt et al. 2007).

3.3 Kvalitetsvurdering

Da vi hadde nok antall artikler som kunne relateres til vår hensikt og problemstilling, startet vi med å kvalitetsvurdere forskningsartiklene. For å kvalitetssikre forskningsartiklene benyttet vi ulike sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å vurdere metodisk kvalitet på forskningsartiklene (Kunnskapssenteret 2008).

Det ble tatt i bruk sjekklister for kvantitative forskningsartikler. De inneholdt 11 spørsmål, hvorav 9 spørsmål inneholdt svaralternativene ja, nei og uklart. De andre spørsmålene inneholdt spørsmål uten svaralternativer om hovedfunnet i artikkelen. Nortvedt et al. (2008) skriver at sjekklister er utarbeidet for å gjøre den kritiske vurderingen av artikler litt lettere. Sjekklister er et verktøy for å finne ut om man kan stole på resultatene, hva resultatet forteller og om resultatene kan være til hjelp i praksis (Nortvedt et al. 2008).

Sjekklister inneholdt ikke noe form for graderingssystem, som sa hvor mange ja eller nei som måtte til for at artikkelen skulle være av enten høy eller lav kvalitet. Vi valgte å bruke graderingssystemet til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006), der grad 1 er 80-100 %, grad 2 er 70- 79 % og grad 3 er 60-69 %, og selv regne ut hvor mange av svarene «ja» en må ha for å komme innenfor de forskjellige gradene.

Vi valgte å lage egne svaralternativer på ja, nei og uklart på de to spørsmålene som ikke hadde svaralternativ i sjekklister. Da ble graderingen gjort slik; for å komme innenfor grad 1 – høy kvalitet må en svare «ja» på minst 9 av spørsmålene, og for å ha en grad 2- middels kvalitet må minst 8 svare «ja», har sjekklister mindre enn 8 «ja» blir artikkelen dømt til grad 3 – lav kvalitet. Da vi gikk igjennom dette med sjekklister våre satte vi igjen med 6 artikler med høy kvalitet og 6 med middels kvalitet.

Ut ifra retningslinjene til Molde Høgskole for bacheloroppgaven «SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15sp» skal alle forskningsartiklene være fagfellevurdert. For å finne ut om våre forskningsartikler var fagfellevurdert og om tidsskriften som artikkelen er utgitt i var på nivå 1 eller 2, brukte vi NSDs Database for statistikk om høgre utdanning (DHB). For å søke opp artikkelen i databasen skrev vi inn tittelen eller ISSN numre til artikkelen. Vi fant alle 12 inkluderte artikler i NSDs databaser. 10 av de inkluderte artiklene var utgitt i tidsskrift på nivå 1 og 2 artikler på nivå 2.

3.4 Etiske hensyn

I følge Dalland (2007) skal vi som har gjort en systematisk litteraturstudie, se til at forskere har tatt hensyn til etiske vurderinger for at vi skal kunne ta med forskningen videre. Forskingen skal være anonymisert, og taushetsplikten skal være ivaretatt. I alle artiklene vi har inkludert er det innhentet godkjenning fra etisk komité, noe som er godt dokumentert i vedlegg 1. Verge og deltakere i studiet fikk nødvendig informasjon og det var innhentet skriftlig eller verbal samtykke. Pasient med diagnosen demens er en sårbar gruppe, det er derfor ekstra viktig at det tas hensyn til det etiske. I to av artiklene sto det ikke hvilken etisk komité som hadde godkjent artikkelen. Vi sendte da mail til forfatterne angående etisk godkjenning (Vedlegg 4). Fordom og forforståelse betyr at vi allerede har en mening og forståelse om det som skal undersøkes. Ved en undersøkelse må en prøve å møte fenomenet så forutsetningsløst som mulig, selv om en har tanker om det. Vi hadde fra tidligere en forforståelse om temaet vi undersøkte, da vi begge har jobbet innenfor demensomsorgen.

3.5 Analyse

Evans (2002) sine fire faser var en god metode for en ryddig analyseprosess. De fire fasene; (1) samle forskningartikler, (2) identifisere viktige funn i hver enkeltstudie, (3) finne funn på tvers av studiene, (4) samle funn og utvikle en resultat presentasjon.

Første steg i en analyse er å innhente forskningsartikler, noe som er beskrevet i kapitlene ovenfor. Så startet vi med å lese nøye gjennom alle artiklene, flere ganger. Vi streket under og skrev notater i margin på artiklene om det vi syntes var viktig, både hva artiklene inneholdt og hva resultat var.

Gjennom hele analyseprosessen brukte vi engelsk- norsk ordbok på internett, da alle artiklene sto på engelsk. Det gjorde vi for en bedre forståelse av vanskelige faguttrykk og setninger.

Så fordelte vi de 12 artiklene mellom oss, slik at vi satt igjen med 6 hver. Vi skrev kort ned hva artikkelen handlet om og alle resultatfunn i artiklene på hver vår PC i skriveprogrammet Word. Hver artikkel fikk tilegnet en enkelt side, slik at det skulle være en ryddig oversikt når vi skulle skrive ut dokumentet. Problemstillingen hadde vi hele tiden foran oss, for å forholde oss til den under analysearbeidet. Det gjorde at vi kvalitetssikret arbeidet, ved kun å innhente funn som var relevant for vår problemstilling. Etter å ha analysert 6 artiklene hver, byttet vi artiklene og arkene som hørte med, for å forsikre oss om at viktige funn ble innhentet.

I slutten av februar var det neste vi gjorde i analyseprosessen å dele arkene med funn imellom oss og markere like funn i artiklene med forskjellige farger. Fargekodene som ble brukt var; effekt på den fysiske agiterede atferden (grønn), effekt på den verbale agiterede atferden (rosa), individualisering (oransje) og effekt på andre ting (blå). I denne delen av analyseprosessen gikk vi gjennom artiklene en gang til, for å se om vi fant flere funn og innhentet mer informasjon rundt funnene.

Det var vanskelig å trekke ut alt det fysiske eller verbale fra både musikk og berøring, og få dette ned til et hovedfunn slik vi hadde tenkt. Siden det var brukt så mange forskjellige intervensjoner i artiklene, ville det vært vanskelig og fått en sammenheng i det. Etter hvert så vi hvordan vi kunne dele opp funnene i hovedfunn og undertema. Vi organiserte det fysiske og verbale som hadde effekt av musikk som et hovedfunn, og delte musikken inn i individualisert musikk og ikke- individualisert musikk. Det fysiske og verbale som hadde en effekt av ulike typer berøring ble et hovedfunn, med undertema delt inn i de ulike typer av berøring. Det siste hovedfunnet ble andre effekter av musikk og berøring, som livskvalitet og stressreduksjon.

Så startet arbeidet med å sammenfatte alle funnene og få det ned til en tekst. Etter å ha skrevet tekstene, laget vi overskrifter som passet og skulle beskrive hvert hovedtema og undertema, ut ifra hva teksten inneholdt.

4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse om miljøbehandling kan påvirke agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem.

Hvilken effekt har musikk på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

Hvilken effekt har berøring på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

4.1 Musikk kan virke inn på verbal og fysisk agitert atferd

Forskningen viste at individualisert og ikke- individualisert musikk kunne redusere agitert atferd hos pasientene med demens (Lin et al.2011, Cohen Mansfield et al. 2012, Hicks-Moore og Robinson 2008, Ridder et al. 2013, Cox, Nowak og Buettner 2011, Chang et al. 2010, Ho et al.2011).

4.1.1 Individualisert musikk

I studiene til Lin et al. (2011), Cohen Mansfield et al. (2012), Ridder et al. (2013), Cox, Nowak og Buettner (2011) og Hicks-Moore og Robinson (2008) viser funnene at individualisert musikk kunne bidra til nedgang av agitasjonsnivået hos pasientene med demens. Her vil vi vise til noen av funnene.

Lin et al. (2011) undersøkte hvordan musikk i grupper med innslag av rytmisk musikk, instrument, sang og musikk laging kunne bidra til reduksjon av agitert atferd ved demens. Før studiet startet ble det innhentet tidligere preferanser av musikk sjanger som pasientene hadde før de fikk diagnosen demens. Funnet viste en signifikant reduksjon av den totale agiterede atferd. En kunne ikke registrere den samme reduksjonen hos kontrollgruppen, som til daglig mottok vanlig pleie(Lin et al. 2011). Det samme fant de i studien til Cohen Mansfield et al. (2012) der det også ble innhentet informasjon om pasientens tidligere musikkinteresser. Her kunne en se at kontrollgruppen som deltok i de daglige aktivitetene som vanlig, lå på et jevnt agitasjonsnivå gjennom de 2 ukene behandlingen foregikk (Cohen Mansfield et al. 2012). Ridder et al. (2013) viste også at individualisert musikk hadde en signifikant effekt av den totale agiterede atferden gjennom de seks ukene intervensjonen varte, sammenlignet med kontroll gruppen som fikk vanlig pleie. Musikterapien foregikk på pasientenes egne rom og pasientene deltok sammen med

terapeuten gjennom sang. Et tilleggs funn viste også at kontrollgruppen hadde et økende behov for medisin, sammenlignet med de som fikk musikkterapi. I studien til Ridder et al. (2013) blir en dame, Mrs M. beskrevet som aggressiv mot sykepleier og annet helsepersonell. Resultat av dette var at hun ble henvist til musikkterapi. Pasientinformasjon var innhentet på forhånd fra sykepleier og pårørende. Den siste tiden hadde Mrs. M. også blitt mer isolert og deprimert. Tidligere hadde hun spilt piano, noe hun ikke hadde vært i stand til å gjøre de siste årene. Første sesjon av musikkbehandlingen spilte terapeuten Amazing Graze, noe pårørende foreslo. Mrs M. ble først litt forvirret og viste ikke hvor hun skulle gjøre av seg, men musikkterapeut fortsatte å spille. Andre sesjon av musikkterapien, kunne en se at hun tilnærmet seg terapeuten gjennom deltakelse av sang og vise interesse i hva terapeuten brukte av instrument.

“We play children`s songs and improvise. After she has played music she laughs and seems proud.” (Ridder et al. 2013, 673).

Etter seks uker med terapi kunne personalet fortelle at pasienten hadde blitt roligere og mindre aggressiv, så gladere ut og smilte mer i forhold til tidligere. De så at hun fikk en ro over seg når hun fikk høre på musikk. Personalet tok i bruk cd med musikken når hun ble urolig eller aggressiv. Musikken som ble anvendt hadde hun et forhold til i fra tidligere, noe som gjorde at hun fikk ro over seg (Ridder et al. 2013).

I studiet til Cox, Nowak og Buettner (2011) leide de en fiolinist til å spille for pasientene, en og en. Deltakerne ble filmet under intervensjon for vurdering av atferd. Et funn viser at det hadde en bedring på den fysiske ikke aggressive atferden, men nådde ingen signifikant reduksjon på fysisk aggressiv, verbal ikke- aggressiv og verbal aggressiv. Det var rapportert om en pasient som til daglig var urolig og følte seg alene som kom til uttrykk gjennom setningene «My family have dumped me here, I just wanna die» (Cox, Nowak og Buettner 2011, 522) og «I`ve got to get to the train station» (Cox, Nowak og Buettner 2011, 522). Disse setningene opphørte etter intervensjonen og hennes verbale agiterte atferd ble bedret (Cox, Nowak og Buettner 2011). I studiet til Hicks-Moore og Robinson (2008) så de på effekten av individualisert musikk, handmassasje og disse to kombinert. Her viste en signifikant reduksjon av fysisk ikke aggressiv atferd og verbal agitert atferd og det hadde ingen signifikant effekt på fysisk aggressiv atferd, sammenlignet med

kontroll gruppen som ikke mottok noen form for behandling. Viste ingen signifikant forskjell på hvor effektive disse intervensjonene var (Hicks-Moore og Robinson 2008).

4.1.2 Ikke- individualisert musikk

Studien til Ho et al. (2011) og Chang et al. (2010) viste at ved bruk av ikke-individualiserte pianolåter under måltid hadde en positiv effekt på agitert atferd hos pasienter med demens.

Ho et al. (2011) brukte forsker komponerte piano låter under måltidene, syv dager i uken, i fire uker. Musikken var ikke individualisert, men en kunne se en bedring av den totale agiterede atferden under intervensjonen og 2 uker etter avsluttet studie. Pasientene hadde etter de fire ukene blitt spurt om de foretrakk musikken ved å svare om de likte eller ikke likte musikken, og noen hadde ingen utsagn til spørsmålene (Ho et al. 2011). Chang et al. (2010) gjorde også en studie for å undersøke hvordan ikke individualisert musikk i bakgrunnen under lunsjen kunne virke inn på agitert atferd. Musikken bestod av pianolåter med innslag av naturlyd som fuglesang og rennende vann. Holdt en rytme og tempo som tilsvarer en normal hjerterytme, dette for å berolige pasientene. Studien foregikk over åtte uker, spilt annenhver uke. Agitasjonsnivået nådde ingen signifikant effekt på verbal agitert atferd, men derimot så fant de en signifikant effekt på fysisk aggressiv og verbal aggressiv atferd (Chang et al. 2010)

4.2 Berøring kan virke inn på verbal og fysisk agitert atferd

Studien viste at ulike typer berøring kan virke inn på den verbale og den fysiske agiterede atferden hos pasienter med demens innlagt i sykehjem (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Cohen Mansfield et al. 2012, Hicks- Moore og Robinson 2008, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Burns et al. 2011, Woods, Beck og Sinha 2009, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009)

4.2.1 Klassisk massasje har en reduserende effekt på agitert atferd

Ved bruk av lette rytmiske massasjebevegelser på kroppen reduserte den agiterede atferden hos pasienter med demens, men det varierte hvilken agitert atferd det hadde effekt på (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Hicks- Moore og Robinson 2008, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009).

Moyle, Burne og O'Dwyer (2011) sin forskning viste at fotmassasje med lette, rytmiske bevegelser, en gang om dagen reduserte agitasjonsnivået og atferdsproblemer signifikant hos pasientene med demens umiddelbart etter at intervensjonen var utført. Fotmassasjen ble utført av en masssjeterapeut. Enda to uker etter at alle intervensjonstimene var ferdig utført, viste det en signifikant forskjell i agitasjonsnivået og atferdsproblemene i forhold til hva nivået var ved oppstarten av studien (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011). Den samme reduksjonen når det gjaldt agitert atferd så også Cohen Mansfield et al. (2012) i sin forskning, der en av intervensjonene som ble brukt var hånd- og fotmassasje (Cohen Mansfield et al. 2012). I studiene til Hicks- Moore og Robinson (2008) og Holliday- Welsh, Gessert og Renier (2009) tok de i bruk de samme lette, rytmiske massasjebevegelser som i studien til Moyle, Burne og O'Dwyer (2011) (Hicks- Moore og Robinson 2008, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009). I studien til Hicks- Moore og Robinson (2008) ble håndmassasje brukt som en av intervensjonene, noe som gav utslaget i en signifikant reduksjon i verbal agitert atferd og fysisk ikke- aggressiv atferd hos de i behandlingsgruppen. Intervensjonene ble utført på pasientenes rom, eller på familierommet på sykehjemmet. I studiene til Hicks- Moore og Robinson (2008) og Cohen Mansfield et al. (2012) så en at kontrollgruppen som mottok vanlig behandling hadde et like høyt agitasjonsnivå under hele studien, sammenlignet med de som mottok massasje. I en studie der de så på potensialet i svensk- massasje hos pasienter med agitert atferd og demens, fant Holliday- Welsh, Gessert og Renier (2009) en signifikant reduksjon i fire av fem av symptomer som de målte. Vandring, verbal opphisselse, fysisk opphisselse og det å motstå omsorg var de symptomene som ble bedret, mens endringer i sosial forstyrrende atferd var ikke signifikant. I den studien mottok de massasjen på armer, hender og skuldre i ti til femten minutter i til sammen 6 dager i løpet av en to ukers periode (Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009).

4.2.2 Aromaterapi viste ingen signifikant reduksjon av agitert atferd

Burns et al. (2011) undersøkte effekten av aromaterapi på hender og armer i tolv uker hos de i behandlingsgruppen. Pleierne som utførte aromaterapien ble lært opp av en forsknings sykepleiere, som hadde fått opplæring og tips fra en aromaterapeut. Deltakerne ble delt inn i tre grupper. Gruppe 1 (behandlingsgruppe) besto av aktiv aromaterapi og placebo medikament. Gruppe 2 (kontrollgruppe) fikk medikament og placebo aromaterapi og siste gruppen (kontrollgruppe) fikk vanlig pleie. Det viste ingen signifikant forskjell på nivået av den agiterede atferden mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppene, verken etter fire eller tolv uker med behandling (Burns et al. 2011).

4.2.3 Terapeutisk berøring virket best på den fysisk ikke- aggressive atferden

I to studier ble terapeutisk berøring brukt for å undersøke om det hadde effekt på agitert atferd. De som mottok behandling med terapeutisk berøring hadde en større nedgang i den fysisk ikke-aggressive atferden, enn hos de som mottok vanlig pleie i kontrollgruppene (Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Woods, Beck og Sinha 2009).

I studien til Hawranik, Johnston og Deatrich (2008) fikk behandlingsgruppen behandling med terapeutisk berøring i 30- 40 minutter hver dag i fem dager, den ene kontrollgruppen fikk simulert terapeutisk berøring, mens den andre kontrollgruppen fikk vanlig pleie. Terapeutisk berøring og simulert terapeutisk berøring ble utført av frivillige utøvere som hadde fått opplæring i terapeutisk berøring. Fra studiestart til etter dag fem med behandling var det en signifikant nedgang i den fysiske ikke- aggressive atferden og den verbale agiterede atferden i alle tre gruppene. På tvers av gruppene var det en signifikant reduksjon i fysisk ikke- aggressiv atferd hos de som fikk terapeutisk berøring, i forhold til de i kontrollgruppene. Mens fysisk aggressiv atferd og verbal agitert atferd ble redusert likt i alle gruppene.

Terapeutisk berøring hadde ingen langtids effekt, da den fysisk aggressive og fysisk ikke-aggressive atferden økte igjen etter to uker. 24 timer, 1 uke og 2 uker etter intervensjonene viste det ingen forskjell på den agiterede atferden i gruppene lengre. (Hawranik, Johnston og Deatrich 2008). Woods, Beck og Sinha (2009) fant også at terapeutisk berøring kunne redusere fysisk ikke- aggressiv atferd. I deres studie fikk pasientene behandling med terapeutisk berøring på nakke og skuldre to ganger daglig i tre dager. Terapeutiske

berøringen ble utført av tre forskningsassistenter, med 5-8 års erfaring, og berøringen fant sted på pasientens eget rom. Dette viste å ha en effekt på rastløshet hos disse pasientene, sammenlignet med de som mottok vanlig pleie i kontrollgruppen (Woods, Beck og Sinha 2009).

4.3 Musikkterapi og berøring kan virke inn på stress og livskvalitet

Burns et al. (2011), Cohen- Mansfield et al. (2012) og Ridder et al. (2013) fant i sine studier at livskvaliteten hos agiterte pasienter med demens kunne bli bedret ved å motta musikk og berøring, i forhold til de som bare mottok den daglige pleien på sykehjemmet.

Burns et al. (2011) fant etter å ha undersøkt bruken av aromaterapi i tolv uker på pasienter med demens og agitert atferd, at det hadde en effekt på livskvaliteten deres. Det var ikke store endringer i livskvaliteten fra studiestart til uke fire, men fra start til den tolvte uken var den en signifikant bedring i livskvaliteten hos de som mottok aromaterapi i behandlingsgruppen, i forhold til de i placebogruppene (Burns et al. 2011). I studien til Ridder et al. (2013) viste det også en økning i livskvalitet hos de som fikk behandling, i forhold til de i kontrollgruppen. Her mottok behandlingsgruppen individualisert musikkterapi, som inneholdt blant annet lytting, synging og bevegelser til musikken, mens kontrollgruppen fikk vanlig pleie (Ridder et al. 2013). Cohen- Mansfield et al. (2012) så i sin studie at ved bruk av blant annet musikk og berøring som intervensjoner, hadde det en signifikant økende tendens til glede, interesse og tilfredsstillelse hos pasientene i behandlingsgruppen. Denne tendensen så en fra start til slutt av behandlingen, sammenlignet med kontrollgruppen der livskvaliteten forble konstant (Cohen- Mansfield et al. 2012).

I studien til Woods, Beck og Sinha (2009) målte de kortisol nivået til pasientene hver morgen for å se om behandling med terapeutisk berøring kunne redusere stressnivået deres. De i behandlingsgruppen fikk terapeutisk berøring på nakke og skuldre to ganger daglig i tre dager, placebogruppen fikk en etterlignet behandling identisk i utseende, og kontrollgruppen fikk vanlig pleie. Det var en signifikant forskjell i morgenkortisolnivå blant gruppene over tid. Det var litt nedgang i kortisol nivået hos både placebo- og kontrollgruppen, men nedgangen var mest merkbart hos de i behandlingsgruppen (Woods, Beck og Sinha 2009)

5.0 Diskusjon

Dette diskusjonskapitlet er delt i to deler: Metodediskusjon og Resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuterte vi styrker og svakheter med inklusjoner av artikler, søkingsstrategi, kvalitetsvurdering og analysen. I resultatdiskusjonen diskuterte vi funnet i vår litteraturstudie opp mot hensikt og problemstilling, teoribakgrunn, relevant forskning, egne erfaringer og hvordan en kan bruke vårt funn i praksis.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjon av artikler

Hovedtyngden i oppgaven ligger på kvantitative artikler siden hensikten og problemstillingen best kan besvares gjennom kvantitativ forskning. Siden oppgaven vår omhandler pasienter med demens, ville ikke en kvalitativ metode kunne svare like godt på effekten av et tiltak hos demente. Da utsagn og opplevelsene til en pasient med demens ikke ville vært helt pålitelig, siden korttids- og langtidshukommelsen svikter og det ofte foreligger språkproblemer hos demente (Engedal og Haugen 2006). Vi inkluderte derfor 12 kvantitative forskningsartikler, noe vi mener er en styrke i vår litteraturstudie.

Studiene var ikke helt sammenlignbare ut ifra at studiene inneholdt ulike intervensjoner, men de kan sammenlignes ved at de har den samme målgruppen med pasienter og 9 av 12 studier bruker det samme skjemaet for å måle effekten av agitert atferd. Alle artiklene har samme fellestrekk og tendens av hvilken effekt intervensjonene hadde, derfor har vi valgt å inkludere de og mener at de på den måten er sammenlignbare.

Vi satte ingen stedsbegrensning i våre inklusjons eller eksklusjonskriterier, om at forskningen bare skulle vært gjort i vestlige land. Derfor har vi blant annet med tre artikler fra Taiwan og bare en fra Norge og Danmark. Da vi fikk lite treff på våre søk, valgte vi å inkludere fra alle land, for å ha mulighet til å kunne vurdere flere artikler. Når en studerer effekten av et tiltak, spiller kultur en mindre rolle, i forhold til om en skulle sett på opplevelser og holdninger hos mennesker. Hvordan man forholder seg til hverandre, graden av nærhet og avstand kan variere i ulike kulturer. I noen asiatiske land kan en anse berøring som påtrengende og egoistisk. Uavhengig av kultur vil det være individuelle forskjeller i berøringsatferd. Noen individualistiske kulturer er USA, England, Australia,

New Zealand og Canada, som er flerkulturelle. Det gir det enkelte individ sjans til å uttrykke egne behov for berøring (Ertner 2014). Musikk blir brukt i hele verden og kan ha stor betydning for mennesker. Musikken som blir anvendt kan være avhengig av kultur, men musikksmak er avhengig av hvert enkelt individ. Alle artiklene vi har inkludert mener vi kan være overførbare til norske sykehjems forhold, og vi har inkludert artikler med mange forskjellige intervensjoner for å få frem hvilke musikk og berørings tiltak som kunne ha en effekt.

Vi inkluderte artikler der musikk- og berørings terapi også ble utført av terapeuter, ikke bare av sykepleiere, da ønsket vårt var å finne effekten av musikk og berøring hos pasienter med demens og agitert atferd. Effektene vi fant ved å anvende musikk og berøring vil kunne overføres til en sykepleiers praksis på sykehjem. Sykepleiere kan selv anvende tiltakene ved agitert atferd eller anvende dem ved å henvise behandlingen videre til musikk eller berøringsterapeuter. Sykepleier er den som evaluerer om miljøbehandling som tiltak skal settes i gang, da de har hovedansvaret for pasienten i en avdeling.

5.1.2 Søkestrategi

Siden begge to hadde lite erfaring med å søke etter forskning, valgte vi å søke i de databasene vi var mest kjent med. Ovid Medline, Ovid PsycINFO og Cinahl var de vi søkte i, noe som kan gjøre at vi har gått glipp av relevant forskning i andre databaser. Databasene vi valgte å bruke omhandler blant annet sykepleie, alternativ medisin, medisin, helse, biologi og psykologi, noe som var relevant for vår litteraturstudie. Databasene vi valgte å inkludere studier fra, var Ovid Medline, Ovid PsycINFO og Cinahl, noe som er godt beskrevet i vedlegg 2.

Vi brukte PIO- skjemaet aktivt gjennom hele søkeperioden vår, noe som kan ha vært en styrke, da det gjorde søkehistorikken systematisk.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Siden vi hadde ulike studiedesign i vår litteraturstudie og var uerfarne med kritisk vurdering av artikler, brukte vi ulike sjekklister for å kvalitetssikre artiklene. Vi kritisk vurderte alle artiklene hver for oss. Dermed gikk vi sammen for å se om vurderingene

samsvarte med hverandre, noe som kan være en styrke for oppgaven vår, ved at de ble kvalitetsvurdert to ganger. Vi kontrollerte også at alle inkluderte artikler var fagfellevurdert til nivå 1 eller 2, fra et tidsskrift.

5.1.4 Analyse

Siden vi er uerfarne med statistisk analyse, noe det er i kvantitative artikler, valgte vi å anvende tekst fra artikkel sammen med tall fra tabellene for å tolke resultatet, noe vi ser på som en styrke for vår oppgave. Dette kan også være en svakhet i oppgaven siden det kan ligge detaljer i tall og tabeller som vi kan ha gått glipp av. Ved bruk av tekst var det lettere å slå sammen de ulike intervensjonene som ble gjort og deres effekt. Siden studiene inneholdt ulikt antall personer, tidslengde og intervensjoner var det vanskelig å slå sammen alle tall under et og samme resultat. Vi mente at ved å bruke tekst og sammenligne den, ville det gi et bedre svar på vår oppgave enn å gå ut ifra statistikk.

Vi har ikke erfaring med å lese og oversette akademiske forskningsartikler og alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk. Vi er klar over at det kan ha vært enkelte feiltolkninger fra vår side, selv om vi brukte vi engelsk- norsk ordbok.

Vi fant det utfordrende å samle alle funn under et og samme resultat, da intervensjonene, antall deltakere og tidslengde var ulike i alle studiene. I vår resultatdel har vi skrevet litt om hver artikkel og resultatene, ved å dele opp artiklene litt hver for seg. Vi mener dette er en styrke for oppgaven vår, ved å ha sett på alle de ulike intervensjonene og effekten disse kunne ha på agitert atferd. Dette viste seg å være en ryddig og mer systematisk metode for vår studie.

Ordet signifikant ble ofte brukt i artiklens resultatdel, og vi har valgt å ta med dette ordet i vårt resultat. Signifikant betyr at resultatet sannsynligvis ikke har oppstått ved en tilfeldighet, men skyldes en reell effekt av tiltaket eller intervensjonen. For å måle dette oppgis ofte en p- verdi, som er et uttrykk for hvor stor sannsynlighet det kan være for at resultatet skyldes tilfeldigheter (Nortvedt et al. 2007). Vi valgte å se bort ifra P-verdien i vår resultatdel og heller bruke ordet signifikant, da vi mente det var mer forståelig både for oss og leseren.

5.2 Resultatdiskusjon

Personer med demens kan miste evnen til å fungere mentalt (Karoliussen og Smebye 1997). De kan ha problemer med å forholde seg til verden da evnen til å tolke signal blir svekket. Svekkelsen kan forårsake en oppførsel som det friske menneske ikke ser på som «riktig» (Jan Høyersten 1994), noe som fører til en atferdsendring mot hvordan de var tidligere. Atferdsmessige endringer kan samles i uttrykket agitert atferd (Engedal og Haugen 2006). Pasientens kommunikasjon med omverden uttrykkes gjennom atferden, og oftest er det sammensatte forklaringer for denne type atferd (Rokstad 2008).

Den agiterte atferden kan skape fortvilelse, bekymring og hjelpeløshet hos pårørende og personalet. Medpasienter og pasienten selv kan også lide under uroen pasienten skaper (Rokstad 1994). Gode miljøtiltak kan være til stor hjelp når en skal forebygge agitert atferd, da målet med miljøtiltakene er å redusere negative følger av sykdommen og bidra til en bedre hverdag for de som er rammet. Miljøbehandling inneholder et bredt spekter av tiltak (Engedal og Haugen 2006). Musikk og berøring som miljøbehandling kan være enkle og kostnadseffektive tiltak for å redusere den agiterte atferden. Disse to tiltakene har gjennom flere studier vist seg å ha en positiv effekt på agitert atferd hos pasienter med demens innlagt på sykehjem (Lin et al. 2011, Cohen Mansfield et al. 2012, Ridder et al. 2013, Cox, Nowak og Buettner 2011, Hicks-Moore og Robinson 2008, Ho et al. 2011, Chang et al. 2010, Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Hawranik, Johnston og Deatrach 2008, Burns et al. 2011, Woods, Beck og Sinha 2009, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009). Vi har gjennom praksis og jobb erfart at pasienter med agitert atferd kan skape usikkerhet blant personale, pårørende og medpasienter. Usikkerheten kunne komme av at sykepleier og annet helsepersonell følte seg maktesløs, noe vi kan se i sammenheng med for lite kunnskap om denne pasientgruppen og ulik bruk av miljøbehandling på sykehjem. Der miljøbehandling har blitt utført har vi begge sett en positiv effekt, hos de som har fått tiltaket tilrettelagt til hver enkelt.

For at en skal utføre miljøbehandlingen riktig for hver enkelt, dreier det seg om å individualisere tiltakene. Da tar en utgangspunkt i pasientens bakgrunn, personlighet og tilværelse her og nå. Innfallsporten til miljøbehandlingen hos demente kan ligge i bevarte hukommelsesspor om liv og hendelser fra tidligere i livet. Ved å «gå inn i» fortiden til pasienten, kan dette gi forståelse, trygghet og bekreftelse på hvem en er, da nåtiden kan

virke uforståelig og fremmed. Her må en da knytte den verden pasienten opplever å være i med den «objektive» verden (Engedal og Haugen 2006).

Når en måler effekten av et tiltak, måler man gjerne det gjennom å bruke ulike skala. Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI) er et mye brukt validert og reliabelt måleinstrument som brukes til å vurdere hyppigheten av agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem (Cohen Mansfield 1991). 9 av 12 inkluderte artikler i vår studie har brukt CMAI skalaen for å måle den agiterede atferden hos pasientene (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Lin et al. 2011, Ho et al. 2011, Hicks- Moore og Robinson 2008, Cox, Nowak og Buettner 2011, Chang et al. 2010, Ridder et al. 2013, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Burns et al. 2011).

5.2.1 Musikk som treffer

Musikk viser seg å ha støtte i det allmenne og er ofte anvendt som miljøbehandling, da musikk er noe nesten alle anvender i hverdagen. Valg av musikk kan variere etter dagsform, behov og situasjon (Myskja 2006).

«Musikk som treffer, kan fungere som en bro mellom ulike funksjonsområder i hjerne, kropp og sinn og kan hjelpe til å snu onde sirkler som opptrer ved ulike tilstander og sykdommer» (Audun Myskja 2011, 200). Musikk kan derfor være et godt hjelpemiddel for sykepleiere på et sykehjem, der agitert atferd hos pasienten kan være en utfordring for personalet, pårørende, andre beboere og for pasienten selv. Musikk kan være et godt kostnadseffektivt tiltak og er et tiltak som vil være lett tilgjengelig i en avdeling med demente. Musikkterapi kan utføres av både musikkterapeuter med spesielle teknikker og av helsepersonell uten musikkfaglig utdanning. Ofte er det et tverrfaglig samarbeid, der musikkterapeuter med spesialkompetanse er innleid av sykepleiere til avdelingen (Myskja 2011). Musikkterapi så ut til å ha en positiv virkning ut ifra studiene til Lin et al. (2011), Cohen Mansfield et al. (2012), Ridder et al. (2013), Cox, Nowak og Buettner (2011), Hicks-Moore og Robinson (2008), Ho et al.(2011) og Chang et al.(2010), der agitasjonsnivået ble reduserte ved bruken av musikk hos demente. Ifølge Rokstad (2008) er hensikten med musikkterapi å stimulere til deltakelse, redusere ro og stress, motvirke nedstemthet og ensomhet, stimulere til positive opplevelser og vekke gode minner. Kvamme (2006) skriver at ulike undersøkelser av agitert atferd hos demente, har musikk

vist seg å ha en positiv effekt. De viste særlig å redusere vandring, og at pasientene satt roligere ved musikkterapi, enn når de for eksempel blir lest for (Kvamme 2006). Det viser seg altså at musikk kan være et godt hjelpemiddel for sykepleiere, både gjennom individualisert musikk og musikk i felleskap under måltid.

Linda Gerdner forsket gjennom 1990- tallet på individualisert musikk og dens effekt på pasienter med Alzheimers demens og agitert atferd. Forskningen tok utgangspunkt i pasientens referanser, noe som viste seg å ha en positiv effekt (Myskja 2006). I vår litteraturstudie fant vi mest forskning på intervensjonsformen individualisert musikk. I studien til Lin et al. (2011), Cohen Mansfield et al. (2012), Ridder et al. (2013), Cox, Nowak og Buettner (2011) og Hicks-Moore og Robinson (2008) kunne en se at individualisert musikk kunne redusere den totale agiterede atferden sammenlignet med kontroll gruppen som ikke mottok miljøbehandling. I disse studiene ble pasientens preferanser innhentet før intervensjon startet. Dette er en sykepleieoppgave, siden innhenting av informasjon er en del av deres administrative rolle, for å skape et helhetlig tilbud til den enkelte (Hauge 2008). Valg av musikk har av stor betydning i form av hvordan pasienten reagerer. Feil musikkvalg og sjanger kan skape økt irritasjon og uro (Rokstad 2008). I følge Myskja (2006) er bivirkninger et tema som er lite forsket på, og mener med dette at pasient skal observeres for å unngå uønsket effekt av behandling. Individualisert musikk med bruk av kjente låter kan vekke gode minner og skape en positiv opplevelse. Resultat av dette kan være at pasient blir roligere og avspenning i kroppen avtar (Rokstad 2008), noe som også kom frem i studiene til Lin et al. (2011), Cohen Mansfield et al. (2012), Ridder et al. (2013), Cox, Nowak og Buettner (2011) og Hicks-Moore og Robinson (2008). Dette er noe vi selv har erfart gjennom praksis og jobb i demensomsorgen. Musikk preferanser ble innhentet fra pårørende, da pasientene hadde en agitert atferd. Musikken som ble spilt var låter som sto pasientene nær og som de var knyttet til. Da musikken startet viste spesielt den ene pasienten gjennom fremtoningen at han kjente igjen låten, han falt til ro og satte seg ned i sofaen og nynet med melodien. Cd med musikk fra pårørende ble i senere tid innhentet for å ha tilgjengelig på avdelingen. Dette ble benyttet av pleiepersonalet når de så pasienten begynte å bli urolig. I senere tid ble det innhentet ny musikk for variasjon. De ansatte så med en gang forandring da musikken ble satt på, og atferden var dempet når musikken ble avsluttet.

Musikkterapeuten David Aldridge sier at helsepersonell og musikkterapeut sammen kan kombinere sine felt. En musikkterapeut har en spesialkompetanse som ikke helsepersonell har, og helsepersonell har kjennskap til pasient som ikke terapeut har (Myskja 2006). Sykepleier skal ha en faglig standard for den behandlingen som gis, gjennom å samarbeide med andre yrkesgrupper (Hauge 2008).

Måltid på et sykehjem kan være en utfordring for sykepleiere og annet helsepersonell, da det kan det være mye uro (Brodtkorb 2008). I studien til Ho et al. (2011) og Chang et al. (2010) ble ikke-individualisert musikk anvendt under måltid for å se om det kunne dempe agitasjonsnivået hos pasientene. Musikken bestod av naturlyder og pianospill for å skape en rolig atmosfære rundt måltidene. Dette viste seg å ha en god effekt hos pasientene. Miljøbehandling med musikk under måltidene kan være en mulighet for sansestimulering og sosialt fellesskap, som igjen kan skape ro og velvære hos pasientene. Forutsetningen til mestring av uro rundt måltid avhenger av personalet. Et trygt og godt fellesskap rundt måltider skaper trivsel og glede (Rokstad 2008). Musikk kan ha en målrettet funksjon, ved å øke aktivitetsnivået og ved å dempe uro og stress. Hicks-Moore (2005) gjorde en studie i sykehjem der en tok i bruk musikk under kveldsmåltidene for å skape avspenning, noe som gav en god effekt på den agiterte atferden (Rokstad 2008). Å bruke bakgrunnsmusikk viste seg gjennom disse studiene å være et godt hjelpemiddel for sykepleiere under et måltid der det var uro. Sykepleiers rolle under et måltid der det blir benyttet bakgrunnsmusikk, vil være å bruke den på riktig måte og opptre rolig. Dette for å ikke skape uro.

5.2.2 Berøringens betydning

«As caregivers, we must be aware that touch, gentleness, and compassion are part of health care. It's more than just keeping people alive.» Søster Marjorie Connelly (1998) (Ertner 2014, 217).

Noe som er nedfelt i oss alle er behovet for kontakt med andre mennesker, om det så bare er snakk om et litt klapp på hånden (Rokstad 2008). Berøring er grunnleggende og allmennmenneskelig (Ertner 2014). Gjennom å være innlagt i en institusjon blir tilgangen til kroppskontakt begrenset. Ved ulike typer berøring kan en skape en relasjon mellom pasient og personalet. Berøring kan bidra til ro og avslapning hos pasienten (Rokstad

2008). I vår litteraturstudie ble det funnet at ulike typer berøring, på forskjellige steder på kroppen, kunne ha en effekt på både den verbale og fysiske agiterte atferden hos pasienter med demens innlagt i sykehjem (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Cohen Mansfield et al. 2012, Hicks- Moore og Robinson 2008, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Burns et al. 2011, Woods, Beck og Sinha 2009, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009). I studiene ble klassisk massasje, terapeutisk og aromaterapi brukt.

Av de ulike berøringstypene er det nok massasje som har fått den største oppmerksomheten, og klassisk- eller svensk massasje er den mest populære (Ertner 2014). Klassisk massasje har som hensikt å stimulere hud, øke kroppsbevisstheten, dempe smerter, berolige pasienter, gi en dyp respirasjon, påvirke sirkulasjonssystemet og gi avspenning (Ertner 2014). Ved bruk av klassisk massasje reduserte det den agiterte atferden hos pasienter med demens i fire av våre inkluderte studier (Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Hicks- Moore og Robinson 2008, Holliday- Welsh, Gessert og Reiner 2009, Cohen Mansfield et al. 2012). Det tyder på at massasje kan gi velvære og ro, redusere stress og gi avslapning, og en følelse av å være med i et fellesskap (Rokstad 2008).

Terapeutisk berøring har som mål å bidra til lindring av plagsomme symptom og smerte. Denne typen berøring kan gi avspenning, dempe urolighet og gi pasienten en følelse av kontroll og påvirkningsmulighet i berøringssituasjonen (Ertner 2014). Hawranik, Johnston og Deatrich (2008) og Wood, Beck og Sinha (2009) sine funn viste at terapeutisk berøring kunne redusere den ikke- aggressive atferden hos deltakerne i studien. I Hawranik, Johnston og Deatrich (2008) fant de også at terapeutisk berøring kunne ha en effekt på den generelt verbale agiterte atferden. Gjennom undersøkelsen gjennomført av Strand (1997) viste terapeutisk berøring seg å kunne komplettere med medikamentelle behandlinger, da denne formen for berøring kunne gi opplevelsen av ro, hvile, trygghet, avslapning, omsorg og reduksjon av smerte (Ertner 2014). Både i studien til Hawranik, Johnston og Deatrich (2008) der det ble brukt opplærte frivillige til å utføre berøringen, og i studien til Wood, Beck og Sinha (2009) der de brukte terapeuter med lang erfaring, viste en nedgang i den agiterte atferden. Sykepleiere har brukt denne metoden for berøring siden på 70 tallet da den oppnådde en betydelig anerkjennelse hos amerikanerne, som raskt bredte seg til Norge (Norheim 2009), der den ble brukt som en komplementær metode (Ertner 2014).

Terapeutisk berøring kan oppleves som beroligende og avslappende. Dette kan være positivt for opplevelsen av velvære (Erner 2014). I studien til Woods, Beck og Sinha (2009) ble det også funnet at terapeutisk berøring på nakke og skuldre hadde en effekt på stress, da det var nedgangen i kortisol nivået til behandlingsgruppa. Bruk av ansiktsmassasje og hand- og fot massasje i jobbsammenheng har vi selv opplevd bedring i stemningsleie. Fra urolig og vandring i avdeling fikk vi pasienten til å kunne slappe av ved bruk av individuell samhandling med pasient. Vi kjente pasienten godt og visste hvor pasientens berøringssone gikk. Bruk av ansiktsmassasje fungerte veldig godt hos denne pasienten da han fikk ro over seg, som viste seg gjennom å senke skuldre, mindre verbalt truende og gjennom avslappet ansiktsuttrykk

Aromaterapimassasje som naturmedisinsk behandlingsform (Ertner 2014) kan være et godt tiltak for enkelte aldersdemente (Solheim 1996), da aromaterapi brukes for stressrelaterte symptom og plager (Norheim 2009). I studien til Burns et al. (2011) ble aromaterapi utprøvd på agiterte pasienter i 12 uker, uten at den hadde signifikant effekt på agitasjonsnivået hos deltakerne. Behandlingen kan virke godt hvis pasientene tåler det. Det er derfor viktig at terapeuter er profesjonelle, slik at en vet å stoppe når pasienten ikke tåler mer (Solheim 1996). Aromaterapi utøves primært av naturmedisinske aromaterapeuter her i Norge (Ertner 2014). I Burns et al. (2011) utøves aromaterapimassasjen av opplærte pleiere, noe som kan være grunnen til at den ikke hadde noen effekt. Da også en erfaren terapeuts berøring kan tillegges egenverdi og helbredelseskraft under aromaterapien (Ertner 2014). Oljene bør anvendes med varsomhet av ufaglærte innenfor aromaterapi, da disse oljene kan virke mot sin hensikt, siden de har ulik terapeutiske virkninger på kroppens sanser. I en avdeling med denne pasientgruppen kan vi begge se at det kan være behov for at sykepleier og annet helsepersonell får kunnskap i å innhente teori, i form av bøker der det blir beskrevet ulike eteriske oljer som kan ha en avslappende effekt. Lavendel og kamille olje sammen med massasje har vi selv anvendt i sykehjem, noe som viste seg å ha god effekt.

Ut fra Ertner (2014) er miljøbehandling, komplementær behandling og sansestimuli basert på berøring blitt mer utbredt i eldreomsorgen de senere årene. Hun sier av erfaring fra klinisk praksis at berøring kan gi trygghet og kjærlighet, som er noe mange eldre har behov for. De eldre får kontakt med seg selv og med omverdenen, de kan etter berøring uttrykke seg tydeligere både verbalt og nonverbalt (Ertner 2014).

Berøring som miljøbehandling er lett å lære, er tilgjengelig og er en behandlingsform som kan være kostnadseffektiv ettersom den til og med kan utføres av uformelle fagpersoner, pårørende og frivillige (Ertner 2014). I en studie av Sansone og Schmitt (2000) så de at personalet endret holdning til berøring som miljøbehandling, da de i begynnelsen mente de ikke hadde tid til å utføre behandlingen, men etter hvert så og opplevde et positivt resultat av den. Selv om denne formen for behandling gjerne kom på toppen av andre arbeidsoppgaver, likte pleierne å utføre det og de mente at gjennom den kunne de kommunisere bedre med pasientene (Ertner 2014).

5.2.3 Trivsel og glede

Vi fant i litteraturstudien at også livskvaliteten økte hos pasientene som mottok miljøbehandling (Burns et al. 2011, Cohen Mansfield et al. 2012 og Ridder et al. 2013). Miljøbehandling har som mål å bedre pasientens sosiale, kognitive og praktiske ferdigheter (Rokstad 2008). Miljøbehandling skal ikke bare få den demente til å fungere bedre, men det er også viktig at det legges vekt på livskvalitet, ved å få tiltakene til å resultere i økt trivsel og glede (Engedal og Haugen 2006). Livskvalitet oppleves forskjellig fra person til person. For å kunne oppleve livskvalitet så bør selvfølelse og egenverdi være bevart hos den enkelte. Forholdene må legges til rette for dette, og sykepleier er den som skal legge til rette og hjelpe pasient til å opprettholde den følelsen. For å øke livskvaliteten hos den demente trengs ikke all verdens økonomi (Solheim 1996). Dette har vi har erfart gjennom praksis der vi anvendte lett håndmassasje på pasienter. De var til daglig urolig og vandret mye rundt i avdelingen. Mange av pasientene roet seg og ble gladere når de fikk utført lett, rytmisk berøring av hender og skuldre. Sykepleiere og andre ansatte evaluerte dette som et tiltak de kunne anvende videre, siden det hadde en positiv effekt på humøret og atferden til pasienten.

Sykepleie ifølge Orvik (2004) handler om å forbedre pasientens helse og livskvalitet gjennom å endre noe. Endring er derfor kjernen i sykepleie. Endring og et fokusskifte kan skape ønsket utvikling i forbedring av tiltak. For å komme i gang med en slik prosess må en vurdere pasientens situasjon, samarbeide med pårørende, personalet og gjennom utprøving av et tiltak (Orvik 2004).

Ansatte som stadig opplever ulike former for agitert atferd hos pasienter, føler etter hvert maktesløshet, tristhet, raseri og utilstrekkelighet i forhold til pasienten. Dette er en av de viktigste årsakene til stress, utmattelse, redusert motivasjon og utbrenthet hos personalet, som ofte kan føre til sykemelding (Myskja 2011, 200- 227). I følge Rokstad (2008) kan miljøtiltak kan redusere negative følger av demenssykdommen, noe som vises i alle 12 inkluderte studier (Lin et al.2011, Cohen Mansfield et al.2012, Ridder et al.2013, Cox, Nowak og Buettner 2011 Hicks-Moore og Robinson 2008, Ho et al. 2011, Chang et al. 2010, Moyle, Burne og O'Dwyer 2011, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Burns et al. 2011, Woods, Beck og Sinha 2009, Holliday- Welsh, Gessert og Renier 2009).

Et ansvar sykepleier har er å evaluere og dokumentere om gitt pleie og tiltak (Hauge 2008). Evaluering av miljøtiltak må derfor skje kontinuerlig og det må vurderes om tiltaket skal fortsette, bør endres eller avsluttes (Engedal og Haugen 2006), da sykepleier i avdelingen skal sette den faglige standarden for behandlingen som gis til pasienten (Hauge 2008). Den kan også settes gjennom å knytte inn ulike typer yrkesgrupper, for å møte den enkeltes behov og for å utforme et best mulig tjenestetilbud (Hauge 2008).

5.3 Konsekvenser for praksis

Sykepleier kan ha lite kunnskap om bruken av musikk og berøring som miljøbehandling hos demente, siden dette gjerne er utført av egne musikk- og berørings terapeuter. I en travel hverdag i sykehjem har vi erfart at dårlig tid og lite kunnskap om tema er argument for ikke å anvende ulike metoder for berøring og musikk i praksis. Forskningene i denne studien viste at miljøbehandling med musikk og berøring hadde en god effekt på den agiterte atferden. I nesten alle studiene ble det brukt egne terapeuter til å utføre behandlingen. Noe som viser til at det vil være viktig å komme inn med kunnskap fra en terapeut, om temaet og om hvordan sykepleier kan anvende behandlingen.

Ut ifra studiene vi har inkludert viser det at miljøbehandling vil være et godt hjelpemiddel for sykepleier for å bedre situasjonen pasienten selv, pårørende og personalet kan se på som utfordrende, gjennom å redusere agitasjonsnivået og skape en bedre livskvalitet for pasienten.

En sykepleieroppgave vil være å individualisere tiltakene, ved innhenting av informasjon hos pårørende om pasientens bakgrunn og ved å ta fatt i pasientens situasjon her og nå. Dette vil gjøre at behandlingen blir tilpasset hver enkelt, og behandlingen vil da kunne fungere bedre. Sykepleier skal også evaluere og dokumentere om tiltakene fungerer, må endres eller eventuelt avsluttes, uavhengig om behandlingen er utført av sykepleier selv eller av terapeut. Dette er det sykepleiere som kan gjøre best, siden de har ansvaret for pasienten døgnet rundt og har ansvaret for at pasienten skal få et godt, tilpasset tjenestetilbud. Det er også sykepleierens ansvar å skaffe en terapeut hvis en ser pasientens behov for det, og en selv ikke har den opplæringen en trenger for å anvende musikk og berøring.

Både musikk- og berøring som terapi vil være lett tilgjengelige miljøtiltak, så lenge en har fått opplæring og sitter inne med kunnskapen man trenger for å anvende den. Miljøbehandling kan også være kostnadsfritt, ettersom musikk og berøring kan anvendes av alle og det kan brukes der pasienten befinner seg.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse om miljøbehandling kan påvirke agitert atferd hos pasienter med demens innlagt i sykehjem.

I våre funn kom det frem at miljøbehandlingene, musikk og berøring, hadde en positiv effekt på agitert atferd hos demente.

Vi fant at individualisert musikk hadde en positiv effekt ved å redusere fysisk og verbal agitert atferd. Nøkkelen for positiv effekt kan ha vært anvendelse av velkjent musikk, da dette også kunne skape trygghet. Musikk i bakgrunn under måltid, så ut til å ha en positiv effekt på agitert atferd, da den skapte ro. Ulike typer berøring, som massasje og terapeutisk berøring hadde en reduserende effekt på agitasjonsnivået. Aromaterapi må anvendes med varsomhet, da de ulike eteriske oljene har ulike terapeutiske virkninger på kroppen. Økt livskvalitet viste seg også å være en positiv effekt ved bruk av disse to miljøbehandlingene, ved at det skapte trivsel og glede hos pasientene.

Ut fra våre funn i vår litteraturstudie ser vi at musikk og berøring kan være gode behandlingsformer for pasienter med demens og agitert atferd innlagt i sykehjem, så lenge det blir anvendt målrettet og med varsomhet. Sykepleiere må ta utgangspunkt i pasientens bakgrunn og tilværelse, for å utføre en tilpasset behandling for hver enkelt. Gjennom økt kunnskap og forståelse om terapeutisk bruk av musikk og berøring i sykehjem, vil de ansatte kunne anvende behandlingen på en systematisk måte.

Siden denne gruppen av pasienter vil øke betraktelig de neste årene vil det være et behov at sykepleiere tar i bruk miljøbehandling. Musikk og berøring ser ut til å være lett tilgjengelig, og et godt tiltak for sykepleiere å anvende ved agitert atferd hos demente.

6.1 Forslag til videre forskning

Gjennom arbeidet med denne systematiske litteraturstudien fikk vi inntrykk av at musikk og berøring var mye forsket på, da vi fant mye litteratur innenfor temaet. Når vi søkte etter relevant forskning endte det opp med et utvalg bestående av kvantitative artikler med få deltakere og mange ulike intervensjoner.

Vi mener at det kan gjøres mer kvalitativ forskning på temaet for å få vite mer enn bare om effekten av musikk og berøring. Intervju av pasienten, pleiere og pårørende kunne vært interessant, for å få vite hvordan pasientene reagerte og hvordan miljøbehandlingen virket inn på den enkelte pasient. Utvalget av deltakere kan også bli større, for å få et mer realistisk resultat. De ulike terapiene innenfor musikk og berøring er i nesten alle studiene utført av terapeuter. Det hadde vært nyttig om flere studier hadde sett på virkningen når det var sykepleier som utførte behandlingen, da det ville vært enklere å sammenligne med praksis.

7.0 Litteraturliste

- Burns, Alistair, Elaine Perry, Clive Holmes, Paul Francis, Julie Morris, Melanie- Jayne R. Howes, Paul Chazot, George Lees og Clive Ballard. 2001. "A Double- Blind Placebo- Controlled Randomized Trail of Melissa officinalis Oil and Donepezil for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Disease." *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 31(2): 158-164.
- Brodtkorb, Kari. 2008. "Ernæring, mat og måltider." I *Geriatrisk sykepleie*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff, 219-236. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Chang, Fang- Yu, Hui- Chi Huang, Kuan- Chia Lin og Li- Chan Lin. 2010. "The effect of a music programme during lunchtime on the problem behavior of the older residents with dementia at an institution in Taiwan." *Journal of Clinical Nursing* 19(7-8): 939-948.
- Cohen- Mansfield, Jiska. 1991. Tema: Cohen Mansfield Agitation Inventory. CMAI- skala.
http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI_Manual.pdf
(Lest: 21.03.14)
- Cohen- Mansfield, Jiska, PhD; Khin Thein, MD; Marcia S. Marx, PhD; Maha Dakheel- Ali, MD; og Laurence Freedman, PhD. 2012. "Efficacy of Nonpharmacologic Interventions for Agitation in Advanced Dementia: A Randomized, Placebo- Controlled Trail." *The Journal of clinical psychiatry* 73(9): 1255-1261.
- Cox, Elissa, Madeleine Nowak og Petra Buettner. 2011. "Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: the role of live music." *British Journal of Occupational Therapy* 74(11): 517-524.
- Database for statistikk om høgre utdanning (DBH). Tema: Publiseringskanaler.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
(Lest: 17.03.14)
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Ertner, Lene Dieserud. 2014. *Berøring- i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2006. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2009. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Bokforlaget Natur og Kultur.
- Forskningsrådet. 2013. Tema: Vil ha større satsning på demensforskning.
http://www.forskningsradet.no/prognett-nevronor/Nyheter/Vil_ha_storre_satsning_pa_demensforskning/1253990372304/p1224698072633
(Lest: 04.06.14)
- Hauge, Solveig. 2008. "Sykepleie i sykehjem" I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff, 219-236. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hawranik, Pamela, Pat Johnston og Judith Deatrich. 2008. "Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease." *Western Journal of Nursing Research* 30(4): 417-434.
- Hicks- Moore, Sandee L. og Bryn A. Robinson. 2008. "Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia." *The International Journal of Social Research and Practice* 7(1): 95-108.
- Holliday- Welsh, Diane M, Charles E. Gessert og Colleen M. Reiner. 2009. "Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment." *Geriatric Nursing* 30(2): 108-117.
- Ho, Shu- Yuan, Hui- Ling Lai, Shaw- Yeu Jeng, Chih- wei Tang, Huei- Chuan Sung og Pin- Wen Chen. 2011. "The Effects of Researcher- Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia." *Archives of Psychiatric Nursing* 25(6): e49-e55.
- Høyersten, Jan. 1994. "Vanskelig atferd- for hvem? Om det sosiale systemets reaksjoner" *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemente*, red. Knut Engedal, 43-48. Oslo: INFO- banken.

- Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye. 1997. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Sykepleier i organisasjon og samfunn" I *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiers grunnlag, rolle og ansvar*, red. Eli- Anne Skaug, 281-341. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kunnskapsbasert praksis. 2012. Tema: Statistisk signifikant.
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/ordliste/statistisk-signifikant/#respond>
(Lest 27.03.14)
- Kunnskapssenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. Tema: Kvalitetsvurdering.
<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
(Lest 18.03.14)
- Kvamme, Tone Sæther. 2006. "Musikk i arbeid med eldre" *Musikk og Helse*, red. Trygve Aasgaard, 151-172. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Lin, Yu, Hsin Chu, Chyn- Yng Yang, Chiung- Hua Chen, Shyi- Gen Chen, Hsiu- Ju Chang, Chai- Jung Hsieh og Kuei- Ru Chou. 2011. "Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26(7): 670-678.
- Moyle, Wendy, Amy Nicole Burne Johnston and Siobhan Therese O'Dwyer. 2011. "Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: A pilot study." *Australasian Journal on Ageing* 30(3): 159-161.
- Myskja, Audun. 2005. "Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem." *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 125: 1497-1499.
- Myskja, Audun. 2006. *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, Audun. 2011. "Musikk som terapi i psykisk helsearbeid" *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi*, red. Toril Moe, 200-227. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalforeningen. 2013. Tema: Demens.

http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/

(Lest 19.11.13)

Norheim, Arne Johan. 2009. *Komplementær og alternativ medisin. En innføring for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Orvik, Arne. 2004. *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid..* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Ridder, Hanne Mette O., Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale og Christian Gold. 2013. "Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial." *Aging & Mental Health* 17(6): 667-678.

Rokstad, Anne Marie Mork. 1994. "Samarbeid om vanskelig atferd hos aldersdemente" *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemente*, red. Knut Engedal, 91-113. Oslo: INFO-banken.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. "Hva er demens?" *Personer med demens. Møte og Samhandling*, red. Kari Lislerud Smebye, 27-45. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. "Miljøbehandling" *Personer med demens. Møte og Samhandling*, red. Kari Lislerud Smebye, 152-179. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. "Utfordrende atferd" *Personer med demens. Møte og Samhandling*, red. Kari Lislerud Smebye, 180-206. Oslo: Akribe.

Solheim, Kirsti. 1996. *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet. 2007. Tema: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf

(Lest 21.11.13)

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Studentlitteratur.

Woods, Diana Lynn, Cornelia Beck og Karabi Sinha. 2009. "The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia." *Forschende Komplementarmedizin* 13(3): 181-189.

Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel nr. 1

| | |
|---------------------------|---|
| Forfattere | Moyle, Wendy Johnston, Amy Nicole Burne og Siobhan Therese O'Dwyer. |
| År | 2011 |
| Land | Australia |
| Tidsskrift | Australasian Journal on Ageing |
| Tittel | <i>Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study.</i> |
| Hensikt | Å undersøke effekten av fot massasje hos agiterede pasienter med demens, innlagt i institusjon. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, randomisert kontrollert studie. Opplærte massasjeterapeuter masserte pasientens føtter i 5 minutt per fot, en gang for dag i 14 dager. Cohen- Mansfield Agitation Inventory skala, Revise Memory og Behavior Problems Checklist ble brukt til å vurdere den agiterede atferden |
| Deltakere/frafall | 33 beboere på sykehjem ble spurt, 22 fulførte. 6 avslo. 2 døde, 1 person dro på ferie og 2 personer ga seg under undersøkelse. |
| Hovedfunn | Studien gir foreløpige bevis som tyder på at fotmassasje kan ha en dempende effekt på agitert atferd effekt på agiterende atferdsproblem. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Griffith University Human Research Ethics Committee. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet |
| Søk | Søk 4 |

Artikkel nr. 2

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Lin, Yu. Chu, Hsin. Yang, Chyn-Yng. Chen, Chiung-Hua. Chen, Shyi-Gen. Chang, Hsiu-Ju. Hsieh, Chia-Jung. Chou, Kuei-Ru |
| År | 2011 |
| Land | Taiwan |
| Tidsskrift | International journal of geriatric psychiatry |
| Tittel | <i>Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia</i> |
| Hensikt | Undersøke om musikkterapi kan ha effekten av hos agitert oppførsel hos eldre personer med demens innlagt i institusjon. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, randomisert kontrollert studie. Intervensjonene besto av 12 timer med musikkterapi i grupper. Cohen Mansfield Agitation Inventory skala ble brukt til å vurdere den agiterede atferden. |
| Deltakere/fracfall | 104 sykehjemsbeboere ble rekruttert, 100 som fullførte. Tre pasienter avsluttet studie grunnet sykdom, en pasient grunnet fysisk ubehag. |
| Hovedfunn | Hovedfunnet viste tydelig reduksjon av agitert atferd hos eksperimentgruppen ved bruk av musikkterapi. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Taipei Medical University |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 3 |

Artikkel nr. 3

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Ho, Shu-Yuan, Hui-Ling Lai, Shaw-Yeu Jeng, Chih-wei Tang, Huei-Chuan Sung, and Pin-Wen Chen |
| År | 2011 |
| Land | Taiwan |
| Tidsskrift | Archives of psychiatric nursing |
| Tittel | <i>The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia</i> |
| Hensikt | Evaluere effekten av forsker-komponert musikk under måltid på agitert atferd hos eldre beboere med demens innlagt i sykehjem. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, tverrsnittsstudie. Forskerkomponert musikk under måltid, 2 ganger hver dag, i 4 uker. Oppfølging i 2 uker etter. Musikk besto av rolig tempo. Cohen Mansfield Agitation Inventory skala ble brukt til å vurdere den agiterede atferden. |
| Deltakere/fracfall | 31 sykehjemsbeboere ble spurt, 22 fullførte. 8 beboere avslo etter å ha fått mer informasjon om forsøket og en trakk seg av medisinsk årsak. |
| Hovedfunn | Resultatet fra denne studien viser at ved å lytte til forsker-komponert musikk under måltid, vil agitasjonsnivået bli forbedret. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Institutional Review Board. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet. |
| Søk | Søk 3 |

Artikkel nr.4

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Cohen- Mansfield, Jiska, PhD; Khin Thein, MD; Marcia S. Marx, PhD; Maha Dakheel- Ali, MD; og Laurence Freedman, PhD |
| År | 2012 |
| Land | Maryland, United States |
| Tidsskrift | The Journal of clinical psychiatry |
| Tittel | <i>Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo- controlled trail.</i> |
| Hensikt | Hensikten med studien var å se på effekten av ikke-medikamentelle individualisert intervensjoner hos personer med demens med agiterende atferd. |
| Metode/ instrument | Kvantitativtilnærming, randomisert kontrollert studie. Noen av intervensjonene som ble brukt var hånd- og fot massasje, en-til-en samtale, pasient foretrukket musikk, fysisk aktivitet, tegning og familie relaterte filmer. ABMI (agitation behavior mapping instrument) beskriv fysisk og verbal agitert atferd. Evaluering av positive og negative innvirkninger ble vurdert gjennom Lawton's Modified Behavior Stream vurdert. |
| Deltakere/frafall | 231 sykehjemsbeboere ble spurt om å delta, 125 beboere fulførte. 98 deltakere falt fra studien da de ikke oppfylte kriteriene. |
| Hovedfunn | Ut ifra disse intervensjonene viser det en tydelig bedring av den totale agiterende atferden, både av fysisk ikke-aggressiv og verbal agitasjon. Dette førte igjen til glede og tilfredsstillelse hos pasienten. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Institutional Review Board of the Hebrew Home of Greater Washington (Washington, DC). |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 2. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 1 |

Artikkel nr.5

| | |
|---------------------------|---|
| Forfattere | Hicks- Moore, Sandee L. og Bryn A. Robinson |
| År | 2008 |
| Land | Canada |
| Tidsskrift | The International Journal of Social Research and Practice |
| Tittel | <i>Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia.</i> |
| Hensikt | Studien tester effekten av favoritt musikk og hand massasje på agitert atferd hos demente pasienter innlagt i sykehjem. |
| Metode/ instrument | Kvantitativtilnærming, randomisert kontrollert studie. Pasientene mottok favoritt musikk, handmassasje og begge deler samtidig, til sammen 9 behandlinger. Foregikk på pasientens eget rom eller på familierom. Skala Cohen-Mansfield Agitation Inventory brukt til å registrere atferden. ANOVA variansanalyse ble brukt som statistisk metode. |
| Deltakere/frafall | 56 sykehjemsbeboere ble spurt, 41 fulførte. 9 av de beboerne som ikke fulførte viste ingen agitert atferd, 3 stykk flyttet til en annen institusjon og 3 døde under studien. |
| Hovedfunn | Pasientene som mottok favoritt musikk, hand massasje og begge deler samtidig viste en signifikant reduksjon i agitert atferd umiddelbart under intervensjonen og en time etter, i forhold til kontrollgruppa. Ikke forskjellig resultat på de tre interaksjonene. |
| Etisk vurdering | Godkjent av fra flere Research Ethics Boards. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet. |
| Søk | Søk 3 |

Artikkel nr. 6

| | |
|---------------------------|---|
| Forfattere | Cox, Elissa, Madeleine Nowak og Petra Buettner |
| År | 2011 |
| Land | North Queensland |
| Tidsskrift | The British Journal of Occupational Therapy |
| Tittel | <i>Managing agitated behavior in people with alzheimers's disease: the role of live music</i> |
| Hensikt | Hensikten med studien var å forske på om individualisert live fiolin musikk kunne redusere agitert atferd hos pasienter med Alzheimer. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, kvasiekperimentell metode. Kjente melodier fra tidsepoke fra 1898-1950 var prøvd ut på en gruppe personer uten diagnosen demens for å kartlegge interessen for musikk sjanger som skulle spilles under intervensjon. 3 intervensjonstimer med en-til-en live fiolin musikk. Atferden ble registrert over fire uker. Deltakerne ble filmet under intervensjon for vurdering av atferd. Skala Cohen-Mansfield Agitation Inventory brukt til å registrere atferden. Friedman test ble brukt til å analysere data. |
| Deltakere/frafall | 10 sykehjemsbeboere ble spurt, 7 fulførte. En avsluttet på grunn av medisinsk årsak og en viste ikke agitert atferd. Personen med fullmakt for den ene pasienten fikk de ikke tak i. |
| Hovedfunn | En-til-en live fiolin musikk tiltak kan være en effektiv interaksjon for å redusere agitert atferd hos pasienter med Alzheimer. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Townsville Health Service District. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet. |
| Søk | Søk 2 |

Artikkel nr. 7

| | |
|---------------------------|---|
| Forfattere | Chang, Fang- Yu, Hui- Chi Huang, Kuan- Chia Lin og Li- Chan Lin. |
| År | 2010 |
| Land | Taiwan |
| Tidsskrift | Journal of Clinical Nursing |
| Tittel | <i>The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan.</i> |
| Hensikt | Hensikten med denne studien var å sette opp et musikkprogram med pianolåter med innslag av naturlyd som de skulle bruke under lunsjen til beboere med demens og agitert atferd innlagt i institusjon, for å vurdere om det hadde effekt på beboernes problematferd. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, kvasiekperimentell metode. Intervensjonen varte i 8 uker, derav 4 uker besto av musikk under lunsj og 4 uker uten musikk. Skala Cohen-Mansfield Agitation Inventory brukt til å registrere atferden. |
| Deltakere/frafall | 41 av 47 sykehjemsbeboere fulførte studien. Fire fulførte ikke på grunn av medisinske årsaker og to flyttet fra sykehjemmet. |
| Hovedfunn | Resultatene viser at musikkprogrammet kan ha effekt på problematferden hos beboerne. Betydelig reduksjon av fysisk aggressiv og verbal aggressiv atferd blant de eldre beboere med demens. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Institutional Review Board (IRB) of National Taiwan College of Nursing. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 2. Middels kvalitet. |
| Søk | Søk 2 |

Artikkel nr. 8

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Ridder, Hanne Mette O., Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale og Christian Gold |
| År | 2013 |
| Land | Danmark og Norge |
| Tidsskrift | Aging & Mental health |
| Tittel | <i>Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.</i> |
| Hensikt | Hensikten var å undersøke effekten av individualisert musikkterapi hos personer med demens og agitert atferd. Å utforske effekten på psykotrope medikamenter og livskvalitet. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, randomisert kontrollert studie. Individualisert musikk sammen med dans, sang og bruk av instrument. Tok plass på pasientens rom. Til sammen 12 intervensjonstimer. Skala Cohen-Mansfield Agitation Inventory brukt til å registrere atferden. ADRQL- måler livskvaliteten. |
| Deltakere/frafall | 45 sykehjemsbeboere var kvalifisert, 42 av dem ble randomisert til to forskjellige grupper. 35 av dem fulførte studien. 1 sluttet på grunn av uenighet i henvisning, 2 døde, 1 ble innlagt på sykehus, 1 overflyttet til annet sykehjem, 1 ble syk og 1 ble oppfordret av personalet til å avslutte studie. |
| Hovedfunn | Resultatet viser at gjennom 6 uker med musikkterapi økte agitert atferd hos de som fikk vanlig pleie, og redusert hos de som fikk musikkterapi. Forhindret økning i medisinbruk hos de demente som fikk musikkterapi. |
| Etisk vurdering | Godkjent av The Human Research Ethics Board at Faculty of Humanities , Aalborg University; Det danske data register; og The Regional Committee for Medical and Health Research, Western Norway (REK Vest) |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 3 |

Artikkel nr. 9

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Hawranik, Pamela, Pat Johnston og Judith Deatrich |
| År | 2008 |
| Land | Canada |
| Tidsskrift | Western Journal of nursing research |
| Tittel | <i>Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease</i> |
| Hensikt | Hensikten var å finne ut om terapeutisk berøring var en effektiv intervensjon i å redusere agitert atferd hos eldre mennesker med Alzheimers sykdom. |
| Metode/ instrument | <p>Kvantitativtilnærming, randomisert kontrollert studie.</p> <p>Terapeutisk berøring (TT) 30-40min i fem dager. Delt inn i tre grupper: Gruppe 1 mottok TT en gang per dag, gruppe 2 mottok simulert TT (Håndspåleggelse), gruppe 3 fikk vanlig pleie. Cohen- Mansfield Agitation Inventory skala brukt til å registrere atferden. Residents Medical Records som er pasientenes journaler.</p> <p>Intervensjonslogg. En standardisert logg som pleierne fylte ut for hver intervensjon som var gjennomført.</p> |
| Deltakere/frafall | 60 sykehjemsbeboere ble spurt, 51 fulførte. Frafall på grunn av forandring i helse, død og overflytting til andre institusjoner. |
| Hovedfunn | <p>Resultatet viser at terapeutisk berøring reduserer den fysiske ikke-aggressive oppførselen og verbal agitert atferd de dagene de får behandlingen.</p> <p>Terapeutisk berøring virket ikke over tid på fysisk aggressiv og den ikke-aggressive atferden, da den økte etter 2 uker.</p> <p>Det viste ingen forskjell i verbal agitert atferd etter 2 uker.</p> |
| Etisk vurdering | Godkjent av University of Manitoba ethical review board |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 4 |

Artikkel nr. 10

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Burns, Alistair, Elaine Perry, Clive Holmes, Paul Francis, Julie Morris, Melanie- Jayne R. Howes, Paul Chazot, George Lees og Clive Ballard |
| År | 2011 |
| Land | England |
| Tidsskrift | Dementia and Geriatric Cognitive Disorders |
| Tittel | <i>A Double- Blind Placebo- Controlled Randomized Trail of Melissa officinalis Oil and Donepezil for the Treatment of Agitation in Alzheimers's Disease</i> |
| Hensikt | Hensikten var å vurdere effekten av melissa aromaterapi i behandling av agitasjon hos personer med Alzheimers sykdom. |
| Metode/ instrument | Kvantitativtilnærming, randomisert kontrollert studie. Deltakerne ble delt inn i 3 grupper. Gruppe 1 fikk placebo medikament og aktiv aromaterapi, gruppe 2 fikk aktiv medikament og placebo aromaterapi, gruppe 3 fikk placebo medikament og placebo aromaterapi. Cohen- Mansfield Agitation Inventory skala brukt til å registrere atferden. |
| Deltakere/frafall | 114 sykehjemsbeboere ble rekruttert til studiet, 81 fullførte. 8 av slo før studiet begynte og gjennom de første fire ukene avsluttet tolv deltakere grunnet uønskede hendelser. Etter endt studie manglet det evalueringsdata på 13 beboere. |
| Hovedfunn | Det er ingen bevis for at melissa aromaterapi er bedre enn placebo eller donepezil, i behandling av agitasjon hos personer med Alzheimers sykdom. |
| Etisk vurdering | Godkjent av den etiske komiteen MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 4 |

Artikkel nr. 11

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Woods, Diana Lynn, Cornelia Beck og Karabi Sinha. |
| År | 2009 |
| Land | United States |
| Tidsskrift | Forschende Komplementarmedizin |
| Tittel | <i>The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia</i> |
| Hensikt | Hensikten var å undersøke effekten av terapeutisk berøring på atferdsproblemer og på kortisol nivået hos pasienter med demens innlagt i sykehjem. |
| Metode/ instrument | Kvantitativtilnærming, randomisert kontrollert studie. De agiterte deltakerne ble delt inn i tre grupper, eksperimentellgruppen mottok terapeutisk berøring på nakke og skuldre to ganger daglig i 3 dager, placebo- gruppen fikk en etterlignet behandling og kontrollgruppen mottok vanlig pleie. Breif Agitation Rating Scale (BARS) ble brukt til å registrere problematferden i begynnelsen av studie. Modified Agitated Behavior Rating Scale (mABRS) ble brukt til å registrere atferden. Et ELISA-sett ble brukt til å måle kortisolnivået. |
| Deltakere/frafall | 65 sykehjemsbeboere ble fordelt inn i tre grupper, 64 fullførte studien. 1 beboer avsluttet studie, da han ble stresset av å bli observert. |
| Hovedfunn | Funnet tyder på at terapeutisk berøring kan være effektivt for behandling av symptomer som uro kombinert med stress. |
| Etisk vurdering | Godkjent av Human Subjects Committee at the University of Arkansas for Medical Sciences (UAMS) |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet. |
| Søk | Søk 4 |

Artikkel nr. 12

| | |
|---------------------------|--|
| Forfattere | Holliday- Welsh, Diane M, Charles E. Gessert og Colleen M. Reiner |
| År | 2009 |
| Land | Minnesota, USA. |
| Tidsskrift | Geriatric Nursing |
| Tittel | <i>Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment.</i> |
| Hensikt | Hensikten var å undersøke potensialet i massasje for å redusere agitert atferd hos demente sykehjemsbeboere. |
| Metode/ instrument | Kvantitativ tilnærming, en prospektiv/kohort studie. Deltakerne mottok massasje 6 dager gjennom en periode på to uker. Oppfølging to uker etter intervensjonene. For å definere hvert agitasjons symptom som ble brukt i undersøkelse, brukte de et verk skrevet av Jiska Cohen Mansfield. ANOVA variansanalyse ble brukt til å analysere funnen. |
| Deltakere/frafall | 55 sykehjemsbeboere var potensielle deltakere, 52 fulførte. 1 deltaker ble ekskludert da han ikke snakket engelsk og kommunikasjon gjennom tolk var mislykket, 1 beboer på grunn av at han hadde hudutslett og 1 døde før undersøkelsen var ferdig. |
| Hovedfunn | Funnet tyder på at massasje kan reduserer agitert atferd under og etter massasje intervensjonene. |
| Etisk vurdering | Godkjent av St. Mary's Duluth Clinic Health System's Institutional Review Board, Duluth, MN. |
| Kvalitet | Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet. |
| Søk | Søk 5 |

Vedlegg 2. Oversikt over litteratursøk og inkluderte artikler

Søk nr. 1

Database: Ovid Medline

| | Søk | Dato | Data-base | Results | Leste overskrifter | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----------|--|-----------------|---------------------|------------|--------------------|----------------|----------------|--|
| 1 | exp Alzheimer Disease/ or exp Dementia/ or dement*.mp. or Dementia, Vascular/ | 20.11.13 | Ovid Medline | 147850 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | alzheimer*.mp. | 20.11.13 | Ovid Medline | 98141 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1 or 2 | 20.11.13 | Ovid Medline | 169417 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | limit 3 to yr="2008 -Current" | 20.11.13 | Ovid Medline | 58134 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | limit 4 to (danish or english or norwegian or swedish) | 20.11.13 | Ovid Medline | 54776 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | nurs*.mp. | 20.11.13 | Ovid Medline | 541190 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 5 and 6 | 20.11.13 | Ovid Medline | 2556 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | agitati*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] | 20.11.13 | Ovid Medline | 11577 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 7 and 8 | 20.11.13 | Ovid Medline | 207 | 207 | 26 | 8 | 1 Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. |

Søk nr. 2

Database: Ovid PsycInfo

| | Søk | Dato | Data-base | Resultat | Leste overskrifter | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|--|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1 | exp Dementia/ or demen*.mp. | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 40136 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Alzheimer Disease/ or alzheimer*.mp. | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 26860 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1 or 2 | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 43778 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | exp Music Therapy/ or exp Music/ or music*.mp. | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 13709 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 3 and 4 | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 327 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | agitati*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 2718 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 5 and 6 | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 54 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | limit 7 to (yr='2008 - Current' and (danish or english or norwegian or swedish)) | 04.12.13 | Ovid PsycInfo | 37 | 37 | 6 | 6 | 2 Managing agitated behavior in people with alzheimers's disease: the role of live music. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan |

Søk nr. 3**Database: Cinahl**

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste overskrifter | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----------|---|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 1 | demen* or alzheimer* | 05.12.13 | Cinahl | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | music* | 05.12.13 | Cinahl | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | agitati* | 05.12.13 | Cinahl | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | År 2008 til 2013 Dansk, Engelsk, Norsk og Svensk | 05.12.13 | Cinahl | 36 | 36 | 9 | 9 | 4 Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia The Effects of Researcher- Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial |

Søk nr. 4**Database: Ovid Medline**

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste overskrifter | Leste abstract | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----|--|-------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 1 | Dementia/ or demen*.mp. | 11.12.13 | Ovid Medline | 85108 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Alzheimer Disease/ or alzheimer*.mp | 11.12.13 | Ovid Medline | 92850 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1 or 2 | 11.12.13 | Ovid Medline | 148414 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | Massage/ or massage*.mp. | 11.12.13 | Ovid Medline | 10497 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | exp Therapeutic Touch/ or therapeutic touch*.mp. | 11.12.13 | Ovid Medline | 827 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | Aromatherapy/ or aroma therapy*.mp. | 11.12.13 | Ovid Medline | 541 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 4 or 5 or 6 | 11.12.13 | Ovid Medline | 11600 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 3 and 7 | 11.12.13 | Ovid Medline | 105 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | Behavior/ or Verbal Behavior/ or behavior*.mp. | 11.12.13 | Ovid Medline | 837617 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | agitati*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] | 11.12.13 | Ovid Medline | 11206 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 9 or 10 | 11.12.13 | Ovid Medline | 846443 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 8 and 11 | 11.12.13 | Ovid Medline | 55 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|----|---|----------|--------------|----|----|---|---|--|
| 13 | limit 12 to (yr="2008 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) | 11.12.13 | Ovid Medline | 22 | 22 | 5 | 4 | <p>4</p> <p>Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study.</p> <p>Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease.</p> <p>The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia.</p> <p>A Double- Blind Placebo- Controlled Randomized Trail of Melissa officinalis Oil and Donepezil for the Treatment of Agitation in Alzheimers's Disease</p> |
|----|---|----------|--------------|----|----|---|---|--|

Søk 5

Manuelt søk

Manuelt søk i Google Scholar.

Dato: 03.06.14

Søkeord: dementia, agitation og touch.

Treff: 18700.

1 inkludert artikkel.

Vedlegg 3. PIO- skjema

| P (Population/Problem) | I (Intervention) | O (Outcome) |
|-------------------------------|--|-----------------------|
| dement* alzheimer* | nurs* massage* therapeutic touch* aromatherapy* music* music therapy* | agitati* behavior* |

Vedlegg 4. Mail til og fra forfattere angående etisk godkjenning

From: Stenløs Anette Lilleidet (anette.stenl@msn.com)
Sent: Friday, 21.march 2014, 09:25
To: kueiru@tmu.edu.tw
Subject: Bachelor, final year, Norway.

Dear Yu Lin, Chyn- Yng Yang , Chiung- Hua Chen, Shyi- Gen Chen, Hsiu- Ju Chang, Chia- Jung Hsieh and Kuei- Ru Chou

We are two students from Molde University College in Norway. Bachelor in nursing, final year. In connection with our bachelor- thesis we are writing a literature study.

In connection with our study we determine the effect of music and touch can have on dementia with agitated behavior. In our literature study we want to include your article "*Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia*". To use the article, we have to know, is the article approved by an ethics committee?

Hoping for a soon reply.

Best regards,
Anette Stenløs and Cecilie Stranden

Yes, Taipei Medical University.

Professor Chou Kuei Ru

From: Stenløs Anette Lilleeidet (anette.stenl@msn.com)
Sent: Friday, 21.march 2014, 09:35
To: pam_hawranik@umanitoba.ca
Subject: Bachelor, final year, Norway.

Dear Dr. Pamela Hawranik

We are two students from Molde University College in Norway. Bachelor in nursing, final year. In connection with our bachelor- thesis we are writing a literature study.

In connection with our study we determine the effect of music and touch can have on dementia with agitated behavior. In our literature study we want to include your article "*Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease*".

To justify the article, we have to know, is the article approved by an ethics committee?

Hoping for a soon reply.

Best regards,
Anette Stenløs and Cecilie Stranden

Yes it was approved by the University of Manitoba ethical review board.

Pamela