



DANKWOORD

Bij deze wil ik graag stichting Diva Dichtbij bedanken voor haar bijdrage aan de totstandkoming van dit bachelorproject. Ik wil de zangeressen bedanken voor hun medewerking en hun sympathie voor het project en de mogelijkheid die ze mij gaven om in verschillende, soms intieme, situaties over hun schouders mee te kijken. Ik wil Pieterneel van Amelsfoort graag bedanken voor haar hulp bij het uitvoeren van en het meedenken over het onderzoek. Daarnaast wil ik graag de medewerkers van de verzorgingstehuizen bedanken voor hun behulpzaamheid bij het vinden en benaderen van respondenten. Ten slotte wil ik graag mijn begeleider Ludwien Meeuwesen bedanken voor haar nuttige literatuur- en schrijfsuggesties en haar enthousiasme en betrokkenheid, welke mij zeer hebben geholpen bij het schrijven van deze scriptie.

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

1.1 Inleiding	5
1.2 Doelstelling	6
1.3 Indeling	8

HOOFDSTUK 2: THEORETISCH DEEL

2.1 Inleiding	9
2.2 Muziek als zorg	9
2.2.1 Muziektherapie	9
2.2.2 Muziek en de mens	10
2.2.3 Muziek en performance	12
2.3 Effecten van muziektherapie	13
2.3.1 Emotionele effecten	14
2.3.2 Sociale effecten	15
2.3.3 Cognitieve effecten	18
2.3.4 Fysieke effecten	20
2.3.5 Spirituele effecten	21
2.3.6 Effecten op de omgeving	25
2.4 Discussie	26
2.5 Conclusie	28

HOOFDSTUK 3: DIVA DICHTBIJ

3.1 Inleiding	30
3.2 Stichting Diva Dichtbij	30
3.3 Een optreden van Diva Dichtbij	31

HOOFDSTUK 4: HET ONDERZOEK

4.1 Inleiding	34
4.2 Vraagstelling	34
4.3 Methode	34
4.3.1 Opzet van de vragenlijst	36
4.3.2 Gang van zaken bij de dataverzameling	40
4.3.3 Rol van de onderzoeker	41
4.3.4 Verwerking en analyse van de data	42
4.4 Resultaten	44
4.4.1 Observatie van het optreden: een impressie	44
4.4.2 Beschrijving van de groep	45
4.4.3 Resultaten van de beoordeling van het optreden en effecten van het optreden voor de bewoners	46
4.4.4 Resultaten van de beoordeling van het optreden en effecten van het optreden voor de medewerkers	50
4.4.5 Vergelijking bewoners en medewerkers	54

HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE

5.1 Samenvatting van de resultaten	56
5.2 Theoretische reflectie	57
5.3 Methodische reflectie	60
5.4 Conclusie	62
5.5 Aanbevelingen	63

6. LITERATUUR	65
---------------	----

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

1.1 INLEIDING

Als muziek in staat is bij ons herinneringen op te roepen, ons te verblijden of de rillingen over onze rug te doen lopen is het niet verwonderlijk dat muziek kan worden gebruikt voor therapeutische doeleinden. Muziek kan bijvoorbeeld invloed hebben op het welzijn van mensen door hen vreugde of ontspanning te bezorgen. Bovendien hebben melodieën en klanken een enorm bereik. Zelfs wanneer bepaalde onderdelen van de hersenen niet meer goed functioneren en mensen nog op weinig reageren, lijkt muziek mensen te kunnen raken (Sacks, 2008).

Deze bijzondere eigenschappen van muziek worden gebruikt in verschillende vormen van muziektherapie. Muziektherapie vormt vaak een onderdeel van de palliatieve zorg welke tot doel heeft de kwaliteit van het leven te verbeteren, sociale stress te verminderen en psychisch en fysiek comfort te bieden, wanneer genezing meestal niet meer mogelijk is (Hilliard, 2005). Het muziektherapeutisch project Diva Dichtbij gebruikt muziek en performance als middel om bewoners van verzorgingstehuizen emoties te laten ervaren en verwerken en de identiteit als patiënt tijdelijk op zij te schuiven (Diva Dichtbij, 2008). Er wordt in de woonkamer van het verzorgingstehuis een optreden gegeven waarbij lichtvoetige en serieuze emotionele muziek wordt afgewisseld met een gedicht of een verhaal. Er wordt gezongen door de Diva, die in haar performance de bewoners persoonlijk benadert en in de ogen kijkt, of op een lichtvoetig nummer met ze danst.

De effecten van muziektherapie zijn al meerdere malen aangetoond. Patiënten reageren bijvoorbeeld positief op emotioneel, sociaal en fysiek vlak (Hilliard, 2005). Ook de diva ziet in haar werk “mensen die opeens gaan dansen of meezingen, terwijl ze al tijden niet meer hebben gelopen of gesproken.” (Diva Dichtbij, 2008). Patiënten kunnen echter ook op andere, minder direct zichtbare manieren voordeel hebben van de voorstelling. Ze voelen zich bijvoorbeeld meer op hun gemak, kunnen zich makkelijker

uiten, of profiteren van de positieve sfeer die in het huis ontstaat. Deze zichtbare en minder zichtbare effecten zijn al meerdere malen aangegeven door bewoners en medewerkers van verzorgingstehuizen en door de medewerkers van de stichting Diva Dichtbij, maar zijn nog niet wetenschappelijk in kaart gebracht. De vraag is of deze vorm van muziektherapie, daadwerkelijk een waardevolle aanvulling kan bieden op de bestaande zorg in verzorgingstehuizen zoals wordt vermoed.

1.2 DOELSTELLING

In dit bachelorproject is gepoogd onderzoek te doen naar de effecten van Diva Dichtbij op de patiënten en hun omgeving. Om dit te doen dient met zoveel mogelijk aspecten rekening te worden gehouden. Hiertoe is in de literatuur nagegaan welke factoren en effecten er in onderzoek naar muziektherapie in de palliatieve zorg kunnen worden verwacht. Daarbij werd eerst gekeken naar het algehele effect van muziek en performance op mensen en werd er vervolgens gezocht naar de meest relevante specifiekere effecten van muziektherapie. In het literatuuronderzoek is nagegaan hoe deze effecten inhoudelijk worden beschreven en welke resultaten er tot nu toe op deze effecten zijn behaald. Zodoende is er een overzicht gevormd met de belangrijkste aspecten waar rekening mee moet worden gehouden in een studie naar muziektherapie. De onderwerpen die naar aanleiding hiervan naar voren kwamen zijn emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten op de patiënten en effecten op de omgeving. In de analyse van de effecten van Diva Dichtbij vormen deze zes aspecten de basis voor het onderzoek en is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *wat zijn de effecten van Diva dichtbij op sociale, emotionele, cognitieve, fysieke en spirituele ervaringen van de patiënten en hun omgeving?*

Door middel van een enquêteonderzoek onder de bewoners en medewerkers van de verzorgingstehuizen waar Diva Dichtbij langskomt, zijn vervolgens de effecten op emotioneel, sociaal, cognitief, fysiek en spiritueel niveau bij de bewoners onderzocht. De enquête werd afgenomen bij bewoners en medewerkers van de somatische afdelingen van verzorgingstehuizen waar Diva Dichtbij met regelmaat langskomt. Het doel is een

overzicht te krijgen van wat het optreden van Diva Dichtbij bij de bewoners teweeg brengt en erachter te komen welke aanvulling Diva Dichtbij kan bieden op de zorg voor de bewoners. Zo zullen we meer te weten komen over de effecten van deze bijzondere vorm van muziektherapie en kunnen we achterhalen of het werk van Diva Dichtbij een waardevolle aanvulling op de zorg voor somatische patiënten is. De resultaten van het onderzoek kunnen eventueel door Diva Dichtbij worden gebruikt ter ondersteuning en uitbreiding van het werk van de stichting. Door middel van wetenschappelijke inzichten in de effecten van Diva Dichtbij kan het werk worden verbeterd of geïntensiveerd zodat zoveel mogelijk patiënten er voordeel van kunnen hebben.

Er is al veel onderzoek gedaan naar muziektherapie, maar dit heeft vaak betrekking op intensieve sessies verzorgd door een muziektherapeut. Het effect van de vorm van muziektherapie die Diva Dichtbij beoefent is minder vaak onderzocht, waardoor het waardevol is meer kennis over deze vorm te vergaren. Daarnaast is veel onderzoek naar muziektherapie kwalitatief van aard, in de vorm van observaties en case studies. Het onderzoek vormt een aanvulling op de schaarse kwantitatieve literatuur die over het onderwerp bestaat. Bovendien kan dit evaluatieonderzoek effecten aan het licht brengen die aan kunnen sporen tot verder onderzoek.

Naast wetenschappelijke relevantie, is het onderzoek ook van maatschappelijk belang. Diva Dichtbij biedt een vorm van muziektherapie die toegankelijk is en een groot bereik heeft. Met een relatief kleine inspanning van een aantal bezoeken per jaar kan Diva Dichtbij een grote impact hebben op de situatie van de bewoners van verplegingstehuizen. Als Diva Dichtbij in staat is de effecten bij de doelgroep te bereiken die zij voor ogen heeft, kunnen we spreken van een waardevolle aanvulling op de zorg voor ouderen, die hun welzijn en levensstandaard kan verbeteren. We kunnen dan ook wel spreken van een maatschappelijke impact omdat de zorg voor ouderen de gehele maatschappij aangaat. Het is belangrijk dat de daadwerkelijke effecten van Diva Dichtbij worden onderzocht zodat het werk kan worden verbeterd of simpelweg kan worden voortgezet zodat er zoveel mogelijk patiënten er voordeel van kunnen hebben. De resultaten van het onderzoek zijn ook interessant voor partijen die belang hebben aan effectieve en efficiënte en kostenbesparende zorg voor ouderen als zorgverzekeraars en particuliere of semiparticuliere zorginstellingen.

1.3 INDELING

Het eerste deel van deze scriptie is een theoretisch deel waarin allereerst de relevante literatuur over de relatie tussen muziek en de mens wordt besproken. Het eerste hoofdstuk gaat over de speciale relatie tussen de mens en muziek. In dit hoofdstuk maak ik daarnaast een methodologisch onderscheid tussen de verschillende effecten van muziek op de mens. Aan elk effect zal een aparte paragraaf worden besteed waarin het effect inhoudelijk wordt besproken en waarin relevante onderzoeken naar dit effect aan de orde komen. Dit resulteert uiteindelijk in een overzicht van alle besproken onderzoeken naar muziektherapie. Vervolgens is er een discussie en zal het theoretische deel worden afgesloten met een conclusie.

Na het theoretische deel volgt een beschrijving van de stichting Diva Dichtbij en de setting waarin de voorstellingen plaatsvinden. Ik zal duidelijk maken dat er sprake is van een andere setting dan gebruikelijk in muziektherapie. In het volgende hoofdstuk komt de methode van onderzoek aan bod. Hierin bespreek ik uitvoerig de methoden van onderzoek en analyse, en de setting van het onderzoek. Hierna volgen de resultaten van het onderzoek en tenslotte volgt een discussie waarbij er zal worden teruggekoppeld naar de resultaten van de theoretische sectie. Daarnaast is er in dit hoofdstuk een reflectie op de gebruikte methode te vinden. Het onderzoeksdeel zal worden afgesloten met aanbevelingen voor onderzoek en de praktijk.

2.1 INLEIDING

Om tot een goed overzicht van de mogelijke effecten van muziektherapie te komen dient met zoveel mogelijk effecten van muziek op de mens rekening te worden gehouden. In dit hoofdstuk zal ik de belangrijkste effecten van muziek op de mens weergeven door de bijzonderheden en eigenaardigheden van de relatie tussen de mens en muziek uit te lichten. Daarna zal ik een methodologisch onderscheid maken tussen verschillende niveaus waarop muziek effect kan hebben op mensen. Door middel van voorbeelden van wetenschappelijk onderzoek naar effecten op deze niveaus zal ik proberen een duidelijk beeld te verschaffen van de invloed van muziek op de mens.

2.2 MUZIEK ALS ZORG

2.2.1 Muziektherapie

Muziektherapie is een vorm van creatieve therapie waarbij muziek wordt gebruikt als therapeutisch middel. Munro en Mount (1978) definiëren muziektherapie als het gecontroleerde gebruik van muziek, haar elementen en hun invloed op de mens met als doel de fysieke, psychologische en emotionele integratie van het individu te stimuleren tijdens de behandeling van een ziekte of handicap. De methoden van therapie zijn zeer verschillend en variëren van zeer intensieve en herhaalde sessies, waarin patiënten bijvoorbeeld zelf muziek maken, de actieve muziektherapie, tot sessies waarin eenmalig intensief naar muziek wordt geluisterd, wat receptieve muziektherapie wordt genoemd (Van den Berg, 1993).

2.2.2 Muziek en de mens

Het uitgangspunt van muziektherapie is in veel gevallen dat muziek het vermogen heeft om mensen te raken, contact met ze te leggen, of hen een reactie te ontlokken. Dit vermogen van muziek heeft waarschijnlijk te maken met de bijzondere werking ervan op het brein. Oliver Sacks (2008) schrijft hierover in *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*. Hij beschrijft mensen met verschillende neurologische condities, zoals Alzheimer en Parkinson, en hun bijzondere relatie met muziek. Uit de getuigenissen in het boek van Sacks blijkt het enorme bereik van het medium muziek. Hij beschrijft hoe mensen met verschillende neurologische aandoeningen, of ernstig hersenletsel op een bijzondere manier reageren op muziek. Daarnaast is het verbijsterend hoe vroeg in de ontwikkeling muzikaliteit kan worden aangetoond (Tramo, 2001). Het blijkt dat het ontvangen en verwerken van muziek meer hersendelen in beslag neemt dan bijvoorbeeld taal doet. Klanken en melodieën zijn een van de eerste dingen waar baby's op reageren en het vermogen ze te beluisteren is een van de laatste dingen die uit de hersenen verdwijnen als gevolg van de aftakeling bij de ziekte van Alzheimer (Swaab, 2009). "Misschien", schrijft Sacks, "is het wel juist voor patiënten met neurologische conditie zo'n krachtig en therapeutisch middel, omdat deze mensen zeer sterk op muziek kunnen reageren en soms op weinig anders" (Sacks, 2008: 30)

Bij muzikale activiteit is bijna elk deel van de hersenen (voor zover we het kennen) betrokken (Levitin, 2006). Het brein verwerkt de verschillende aspecten van de muziek, zoals toonhoogte, tempo en timbre, min of meer onafhankelijk van elkaar. Het luisteren naar muziek begint in de lagere structuren van de hersenen (de stam en het cerebellum), waarbij ongeveer hetzelfde gebeurt als wanneer men een auto hoort toeteren: onder andere het volume van het geluid en waar het vandaan komt wordt geregistreerd. De verwerking van de tonen gaat vervolgens verder in de hogere structuren van de hersenen. Deze zijn belangrijk bij het volgen van de muziek. Omdat het bijna altijd gaat om voor de luisteraar bekende muziekstijlen en structuren, zoals pop, klassiek of blues, zijn daar voornamelijk de centra in de hersenen betrokken die te maken hebben met het geheugen (de hippocampus en delen van de frontale kwab). Meetikken met de

muziek wordt gereguleerd door de timing circuits van het cerebellum en is er nog een taak voor de centra voor taalverwerking voor het begrijpen van de gezongen teksten. Ook is er altijd sprake van een emotionele respons, waarbij de zeer primitieve delen van de hersenen en de amygdala zijn betrokken. In onderzoek is aangetoond dat het luisteren naar je favoriete muziek delen van de hersenen activeert die gemoeid zijn met beloning en motivatie (Blood, 2001).

Het is niet verwonderlijk dat het effect van muziek op de mens al jaren een fascinerend onderwerp is voor neurologen, biologen en filosofen. Hoewel muziek een centraal en fundamenteel element vormt in vrijwel alle menselijke culturen en waarschijnlijk teruggaat naar de oorsprong van onze soort, is het nut of doel ervan vanuit evolutionair perspectief nog altijd een punt van discussie. Muziek is bijvoorbeeld net zo 'menselijk' als taal, maar heeft niet de zelfde communicatieve overlevingsfunctie (McDermot & Hauser, 2005). Er wordt onder andere beargumenteerd dat muziek slechts een 'bijproduct' is van de ontwikkeling van taal. Muziek zou sommige delen van het brein toevallig op een prettige manier prikkelen zonder dat dit iets met een verhoogde kans op overleving te maken heeft. Dit is vergelijkbaar met hoe het eten van slagroomtaart onze hersenen op een prettige manier prikkelt zonder dat we deze speciale combinatie van ingrediënten nodig hebben voor onze overleving. Tegenstanders van deze visie beargumenteren dat muzikaliteit wel degelijk voordelen heeft voor natuurlijke selectie en benadrukken dat het gezamenlijk luisteren naar muziek een sociale functie vervult. Bovendien vragen zij zich af of muziek misschien niet aan de ontwikkeling van taal voorafging en ons er juist op heeft voorbereid.

Hoe dan ook kunnen we stellen dat klanken en melodieën een grote impact op ons kunnen hebben. Ze kunnen ons verblijden, gerust stellen of de tranen over onze wangen doen stromen. Muziek kan herinneringen oproepen, rillingen veroorzaken of ons dwingen op de maat mee te tikken. Volgens de filosoof is muziek zelfs in staat ons tijdelijk een andere realiteit te bieden. De filosoof Viktor Zuckerkandl schrijft bijvoorbeeld dat het horen van een melodie een conditie is waarbij elke toon het bewustzijn volledig vult. Er is dus niets anders naast of buiten die toon in het bewustzijn aanwezig. Muziek brengt zodoende een andere realiteit waarin er even niets anders dan dat is (Sacks, 2008)

2.2.3 Muziek en performance

Wat is nu precies het verschil tussen het afspelen van een cd en de live muziek waar in muziektherapie gebruik van wordt gemaakt? Het lijkt erop dat muziek op zichzelf al heel wat teweeg kan brengen, dus op welke manier voegt een live performance iets toe? Als we het voorbeeld van een voorstelling van Diva Dichtbij nemen, kunnen we zeggen dat de diva in de voorstelling direct contact poogt te leggen met de bewoners. Ze geeft de bewoners vooraf allemaal een hand en betreft ze bij de voorstelling door hen tijdens het zingen in de ogen te kijken of bijvoorbeeld met ze te dansen. Natuurlijk zorgt dit voor meer focus en aandacht van de patiënten dan wanneer zij luisteren naar een cd-speler die verderop in de kamer staat. De aandacht en participatie van de patiënten zorgt voor een tijdelijke afleiding van andere bezigheden en zorgen.

In een essay van Cobussen en Welten (1996) over performance en popcultuur wordt dit proces van afleiding zoeken een proces naar niet-identificatie genoemd. Men wil volgens de auteurs zichzelf vergeten, even uit de harde werkelijkheid stappen. De leegte die dan ontstaat moet worden opgevuld. Dit kan op twee manieren: door passief te kijken en luisteren en zichzelf op te stellen als spectator, of door zelf actief te participeren als actor. Bij het eerste proces zwijgt het zelf en zwoegt de ander. De leegte die ontstaat door zichzelf te vergeten wordt gevuld met het gezwoeg van de performer. Bij het tweede proces vult men de leegte door zelf actief te participeren door bijvoorbeeld te dansen. Het lichaam danst opdat de geest zichzelf vergeet. Bij een live performance zijn de twee componenten versterkt aanwezig. De spectator ziet de performer zwoegen en er is een mogelijkheid om te dansen.

In een studie naar het verschil tussen muziektherapie waarbij muziek op band werd gebruikt versus live muziek is gevonden dat patiënten die live muziek hoorden minder gefrustreerd waren en meer positieve veranderingen in gedrag vertoonden dan patiënten uit de groep die naar muziek op band luisterde (Bailey, 1983). De onderzoekers dachten dat dit kwam doordat er sprake was van een wisselwerking tussen de performer en toehoorder in de live performance. Tijdens de performance kon er bijvoorbeeld

gecommuniceerd worden met de therapeut via lichaamstaal. In de live performance werden zodoende gevoelens gereflecteerd en over en weer gedeeld.

2.3 EFFECTEN VAN MUZIEK THERAPIE

In de literatuur worden veel verschillende effecten aan muziek en andere vormen van creatieve therapie toegeschreven. Hilliard (2005) geeft hiervan een interessante opsomming. De meest voorkomende muziektherapeutische behandelingen bij hospice patiënten zijn volgens hem gericht op sociale, emotionele, cognitieve, fysieke en spirituele behoeften. In de meeste relevante studies over dit onderwerp zijn deze aspecten inderdaad bestudeerd (Gallagher et al, 2006; Guétin et al. 2009; Van den Berg 1993; Munro & Mount, 1987; O'Kelly & Koffman, 2007; Krout, 2001, 2007). Om deze literatuurstudie naar effecten van muziek zo breed mogelijk te maken maar toch overzichtelijk te houden wordt deze opsomming aangehouden. Er zal dus gefocust worden op de emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten van muziektherapie. De spirituele effecten zullen vooral in de vorm van zingewijstjes worden beschreven, en niet zozeer in religieuze of godsdienstige zin.

Onder het sociale aspect vallen ervaringen die te maken hebben met samenhang binnen de groep, participatie en interactie. Met het emotionele aspect worden onder andere gevoelens van angst/bezorgdheid, depressie en frustratie bedoeld en onder het cognitieve thema vallen denkprocessen als bijvoorbeeld geheugen en identiteit. Bij fysieke aspecten kijken we voornamelijk naar lichamelijke comfort en ontspanning. Daarnaast dienen we nog rekening te houden met een effect op de omgeving. In de literatuur komt naar voren dat verzorgers veranderingen in de omgeving opmerken nadat patiënten muziektherapie hebben ontvangen (O'Kelly & Koffman, 2007). Een verandering in de omgeving zoals het verbeteren van de sfeer kan een heel subtiele, weinig opvallende verandering zijn. In een studie naar de totale impact van muziektherapie is het echter belangrijk dat het effect op de omgeving niet over het hoofd wordt gezien. Verbetering van sfeer kan immers een belangrijk onderdeel zijn van de totale impact van de therapie. In deze studie worden dus de effecten van muziektherapie onderzocht op emotioneel, sociaal, cognitief, fysiek, spiritueel en omgevingsniveau.

De niveaus zullen ieder afzonderlijk worden besproken. Het onderscheid dat is gemaakt is methodologisch. Het feit dat de effecten apart worden behandeld betekent niet dat de effecten ook per definitie afzonderlijk voorkomen. We zullen steeds terugzien dat effecten overlappen of elkaar beïnvloeden.

2.3.1 Emotionele effecten

Muziek en emotie komen bijna niet los van elkaar voor. Van tranen in de ogen tot enorme irritatie, muziek weet vaak wel emoties bij mensen op te roepen. Niet altijd gaat het om heftige emoties. Soms gaat het simpelweg om het verbeteren van de gemoedstoestand of het humeur. Ervaringen van vreugde of 'rillingen' als gevolg van het luisteren naar muziek zijn door middel van een PET-scan direct in de hersenen terug te zien (Blood, 2001). De PET-scan is een hersenscantechniek waarbij de actieve regionen in de hersenen zichtbaar worden gemaakt. In een studie naar reacties op muziek werden metingen gedaan onder tien studenten die luisterden naar hun favoriete muziek. Wanneer zij aangaven dat de rillingen over hun rug liepen werden er veranderingen in hartslag en activiteiten in delen van de hersenen gemeten die gemoeid zijn met beloning, motivatie en emotie (Blood, 2001). Er is nog niet veel neurologisch onderzoek gedaan naar specifiekere vragen over de connectie tussen muziek en emotie. Oliver Sacks vraagt zich in zijn boek *Musicophilia* bijvoorbeeld af of muziek ervoor kan zorgen dat men toegang krijgt tot onderdrukte emoties. Ook vermoedt hij dat er zoiets mogelijk is als het oproepen en delen van stemmingen (Sacks, 2008). Dit soort vragen zijn echter nog niet neurologisch onderzocht.

Wel is in veel sociale en psychologische studies onderzoek gedaan naar de invloed van muziektherapie op de emoties en gemoedstoestand van patiënten. Dit hangt nauw samen met het doel van de muziektherapie, welke vaak gemoeid is met emotionele ondersteuning. In een studie waarbij patiënten werd gevraagd naar wat ze met muziektherapie hoopten te bereiken, werd door veruit de meeste patiënten (namelijk 128 van de 200) aangegeven dat zij hoopten dat hun gemoedstoestand zou verbeteren.

Daarnaast werden een vermindering van bezorgdheid en depressie door een aanzienlijk aantal genoemd, namelijk respectievelijk 53 en 25 patiënten (Gallagher et al., 2006).

Inderdaad worden op het gebied van verbetering van gemoedstoestand en vermindering van bezorgdheid en depressie ook veel significante resultaten geboekt. In een studie onder 200 chronisch zieke patiënten werd zowel bij gemoedstoestand als bij bezorgdheid en depressie een significante verbetering gemeten. Het ging hier om eenmalige muziektherapie met verschillende methoden als luisteren, zingen, klappen en het bespelen van instrumenten, waarbij een vergelijking werd gemaakt tussen de situatie voor de sessie en de situatie erna (Gallagher et al., 2006). Naast de verbeteringen die op de variabelen depressie en bezorgdheid worden gevonden houdt het effect erop bovendien lang aan, zo blijkt uit een onderzoek van Guétin et al. (2009). Gedurende 24 weken werd een groep van 15 patiënten met de ziekte van Alzheimer gevolgd. Zij ontvingen wekelijkse muziektherapie gedurende 16 weken, waarin er vier keer een meting werd gedaan naar bezorgdheid en gemoedstoestand. Er werden vanaf de tweede meting in week vier, significante verbeteringen voor beide variabelen gemeten. Na 16 weken stopte de muziektherapie maar hielden de verbeteringen nog acht weken aan (Guétin et al., 2009).

In de ideeën over de werking van muziek op de emoties zijn twee visies te onderscheiden. De eerste gaat er vanuit dat gevoelens al in de muziek vast liggen. In de structuur van de muziek zit bijvoorbeeld boosheid of vrolijkheid verborgen en de reactie daarop zal dus van iedereen ongeveer hetzelfde zijn. Het is echter moeilijk om bepaalde toonreeksen of ritmen aan te wijzen die consequent tot dezelfde reacties leiden. Is wat vrolijk is voor de een immers ook wel vrolijk voor de ander? Hierdoor is de tweede visie ontstaan die zegt dat muziek ook een persoonlijke betekenis heeft. In deze visie zijn de affecten die worden opgeroepen bij het beluisteren van muziekfragmenten, afhankelijk van de innerlijke processen van de luisteraar zelf (Van den Berg, 1993).

Het idee dat gevoelens die worden opgeroepen meer over de luisteraar zeggen dan over de muziek, kan goed worden gebruikt in therapie. Gevoelens die door het beluisteren van muziek worden opgeroepen via persoonlijke associatie kunnen bijvoorbeeld iets vertellen over de gemoedstoestand en de zorgen van de patiënt. Een goed voorbeeld hiervan komt uit een case studie waarin een vrouw door muziek en associatie een moeilijke situatie in haar familie onder ogen komt. Na het luisteren van een

klassiek stuk wijst ze naar een plaatje van een verlaten huis. Het blijkt dat haar dochter is gescheiden en dat ze zich hier zorgen over maakt. Zo kan muziek niet alleen gevoelens losmaken maar kan het via deze weg ook helpen de realiteit onder ogen te zien (Munro & Mount, 1987).

Wanneer zorgverleners en familie wordt gevraagd naar de functie van muziektherapie noemen zij vaak de emotioneel ondersteunende natuur van de therapie (O’Kelly & Koffman, 2007; Gallagher et al., 2006). Eenvoudiger kunnen communiceren over emotionele zaken kan een belangrijk en nuttig effect zijn van muziektherapie. Uit het verslag van de verzorgers komt ook een aspect naar voren wat na al deze succesverhalen niet uit het oog moet worden verloren. Zij rapporteren dat er ook een mogelijkheid bestaat dat muziektherapie bij de patiënten een verkeerde snaar raakt. De vraag is of je patiënten bloot moet stellen aan emoties die te pijnlijk zijn en of je op de manier hun kwaliteit van leven verbetert. In aanraking komen met onverwerkte emoties kan prettig zijn in het einde van het leven. De verwerking ervan kan rust bieden en zorgen en stress wegnemen. Wanneer men echter per ongeluk in aanraking komt met een traumatische ervaring kan dit als zeer onprettig worden ervaren en veel ongewenste stress en verwarring met zich meebrengen.

2.3.2 Sociale effecten

In onderzoek naar de ervaringen met muziektherapie onder de verzorgers werd ook de sociale functie van de therapie positief beoordeeld. Met name het werk in groepen moedigde de deelnemers aan elkaar te ondersteunen en het delen van favoriete muziek bracht de leden van de groep dichter bij elkaar (O’Kelly & Koffman, 2007). In een opzet waarin patiënten die moeite hadden met communicatie hun favoriete muziek met elkaar deelden viel een verpleegster op dat de patiënten elkaar steunden: “op een bepaald moment begon een vrouw te huilen, waarop een andere patiënt naar haar toe ging om haar te troosten. In dat opzicht was de muziek heel krachtig, ze hielp de mensen om elkaar te steunen” (O’Kelly & Koffman, 2007: 237). Ook de patiënten zelf gaven in onderzoek aan dat zij muziektherapie wilden gebruiken voor meer participatie en

interactie met hun leefomgeving (Gallagher et al., 2006). Op de vraag wat zij van de muziektherapie verwachtten antwoordde 59 van de 200 patiënten dat zij meer participatie en interactie verlangden (Gallagher et al., 2006: 864).

Voor iedereen kan het delen van, of praten over favoriete muziek een sociale functie vervullen. Praten over iemands muzikale voorkeur is vaak een middel om elkaar beter te leren kennen. Er is zelfs onderzocht dat muziek het meest voorkomende gespreksonderwerp is wanneer mensen elkaar voor het eerst ontmoeten en dat mensen op basis van elkaars muzikale voorkeur een vrij accuraat beeld kunnen krijgen van de persoon die ze tegenover zich hebben. (Rentfrow & Gosling, 2006, 2007). Mensen gebruiken ook met opzet hun muzikale voorkeur om informatie over zichzelf over te brengen (North & Hargreaves, 2000). Zo wordt er persoonlijke informatie overgebracht en opgenomen wanneer men een gesprek heeft over muziek. Onze kennis van de ander is dan gebaseerd op de vooroordelen die we over hem hebben op basis van zijn muzieksmaak. Zo denken we bijvoorbeeld dat iemand die van zware klassieke muziek houdt een ander persoon is dan iemand die van volksmuziek houdt. Op basis van de ideeën die wij hebben bij de persoonlijkheid van iemand met een bepaalde muzieksmaak kunnen we hem 'kennen' en vervolgens vertrouwen of afkeuren. Ook delen we onszelf op basis van onze muzieksmaak in bij een groep mensen met dezelfde smaak (North & Hargreaves, 2000). Tussen mensen met dezelfde muzieksmaak kan zo een band ontstaan. Zij delen zichzelf en de ander in bij dezelfde groep en creëren een afstand tussen mensen met een verschillende smaak. Bij muziektherapie in groepsverband kan praten over muziek dus ten eerste tot sociale interactie leiden en ten tweede tot sociale cohesie, wanneer de muzieksmaak wordt gedeeld. Vooral bij adolescenten is te zien dat zij groepen vormen op basis van muzikale voorkeur (North & Hargreaves, 2000).

In onderzoek is aangetoond dat muziektherapie bij kan dragen aan interpersoonlijke relaties en samenhang van groepen. Een voorbeeld hiervan is studie waaraan twee groepen van psychiatrische patiënten deelnamen (Cassity, 1976). In de studie nam de ene groep deel aan muzikale activiteiten, waarbij ze gitaar leerden spelen, en de andere groep nam deel aan activiteiten waar geen muziek bij kwam kijken. Bij beide groepen werden voor- en nametingen gedaan op de variabelen acceptatie tussen deelnemers, samenhang binnen de groep en interpersoonlijke relaties. De muzikale groep

boekte significante verbeteringen op de eerste twee variabelen, terwijl de niet-muzikale groep op geen van de variabelen een significant resultaat boekte (Cassity, 1976). In een studie naar patiënten met een beroerte of ernstig hersenletsel werd gevonden dat patiënten die voor de therapie het minste sociale gedrag vertoonden, het meeste profijt hadden van de muziektherapie (Nayak et al., 2000). Onderzoek onder de behandelende artsen gaf aan dat de groep die muziektherapie volgde significant meer participeerde in de therapie en meer gemotiveerd was dan de controlegroep (Nayak et al., 2000).

2.3.3 Cognitieve effecten

Met cognitieve effecten worden effecten bedoeld die te maken hebben met het verwerken van de muziek in de hersenen. Zo kan het luisteren naar muziek bijvoorbeeld herinneringen oproepen die kunnen helpen bepaalde gedachten in een kader te plaatsen. Verwarde patiënten kunnen voordeel hebben bij een verbeterd coherent beeld van zichzelf en hun situatie. Het oproepen van herinnering houdt uiteraard nauw verband met het oproepen van emoties. Het onderscheid dat hier gemaakt wordt tussen cognitieve en emotionele effecten bestaat daarom sterker op papier dan in de realiteit. Sterke herinneringen zijn immers vaak ook emotionele herinneringen. Er wordt geprobeerd effecten die betrekking hebben op het geheugen onder cognitieve effecten te scharen, ongeacht hun emotionele aspect. Overige aspecten die te maken hebben met cognitieve verwerking in de hersenen, al dan niet veroorzaakt door een emotionele respons, worden ook onder cognitieve effecten besproken.

De bedoeling van de muziektherapeut is de ontwikkeling van gedachten bij patiënten aan te moedigen. Het gaat om het stimuleren van de intellectuele functie van de hersenen en het versterken van de autonomie van het individu (Guétin et al., 2008). Deze doelen worden vaak gesteld bij de behandeling van patiënten met de ziekte van Alzheimer en dementie. Het gaat dan om, zoals Oliver Sacks mooi beschrijft, de 'surviving self.' Mensen met alzheimer verliezen veel van hun capaciteiten in de voortgang van de ziekte, maar 'musical perception, musical sensibility, musical emotion and musical memory can survive long after other forms of memory have disappeared.'

(Sacks 2008: 373). Alzheimerpatiënten kunnen een plotselinge aandacht vertonen of zelfs meezingen wanneer herkenbare muziek wordt gespeeld. De ‘surviving self’ wordt gestimuleerd en naar de voorgrond gebracht. ‘Music of the right kind can serve to orient and anchor a patient when almost nothing else can.’ (Sacks 2008).

In studies naar algemenere vormen van creatieve therapie worden interessante theorieën over de vorming van het ‘zelf’ weergegeven. In een studie naar ‘life review’ concludeerde de onderzoekers dat: ‘sensitively constructed art activities could stimulate the recall of forgotten or repressed issues in a way that facilitates personality reorganization’ (Ravid-Horesh, 2004). ‘Personality reorganization’ kan belangrijk zijn voor patiënten die een gefragmenteerd beeld van zichzelf ervaren. De *identity process theory* van Breakwell (1986, In: Chrysochoou, 2004) stelt dat mensen “self-constructors” zijn. Mensen creëren zelf hun identiteit en houden hier toezicht op. Door processen van assimilatie en accommodatie wordt nieuwe informatie geabsorbeerd en binnen de structuur van de identiteit ingepast. Door het proces van evaluatie wordt de identiteit aangepast en veranderd. Volgens de theorie streven mensen hierin naar continuïteit, het gevoel dat de identiteit door de tijd heen hetzelfde blijft; ook streeft men naar onderscheid, het gevoel uniek te zijn, en naar zelfredzaamheid, een gevoel van competentie en controle en zelfwaardering. Wanneer een van deze processen wordt verstoord is de identiteit bedreigd en gaat men op zoek naar strategieën om de identiteit weer ‘heel’ te maken. Langdurige ziekte of hersenbeschadiging kan zo’n verstoring in continuïteit, zelfredzaamheid en zelfwaardering tot gevolg hebben. Het is dus van belang dat de patiënt geholpen wordt de identiteit weer te herstellen.

Als we aannemen dat de vorming van het zelf een immer durend proces is, kunnen we er volgens sommige muziektheoretici vanuit gaan dat het luisteren naar muziek het best begrepen kan worden als een ervaring van dit vormende proces. Het gaat zelfs zo ver dat het idee over het zelf dat wordt opgeroepen door de muziek een ideaal is, een directe ervaring van hoe het zou kunnen zijn (Frith, 1996). Bij patiënten die een gefragmenteerd beeld van zichzelf ervaren en hierdoor verward zijn zou een beeld van de ideale zelf kunnen helpen hen te laten aarden of richting te geven. In combinatie met herinneringen die worden opgeroepen door de muziek kunnen patiënten een completer beeld van hun eigen identiteit krijgen. Zo kan het vermogen van muziek om mensen te

laten focussen en oriënteren wellicht een krachtig wapen zijn tegen de verwarring die kan zijn ontstaan door de situatie waarin zij verkeren. Muziek kan helpen de gefragmenteerde geest weer te aarden.

2.3.4 Fysieke effecten

In het onderzoek van Gallagher et al. (2006) waarin patiënten gevraagd werd naar hun motieven om muziektherapie te volgen werd naast verbeteringen in het emotionele welzijn ook gehoopt op fysieke verbeteringen. Zo stond pijnvermindering op de tweede plaats en komen ontspanning en vermindering van kortademigheid ook veel voor (Gallagher et al. 2006). Fysieke effecten staan niet los van andere effecten van de therapie. Het is voor te stellen dat door pijnvermindering en ontspanning ook het humeur aardig verbetert, of dat een vrolijke emotionele respons voor ontspanning zorgt.

Er bestaan verschillende theorieën over hoe muziek pijn kan reduceren of voor ontspanning kan zorgen. Een ervan is het idee dat de muziek andere geluiden uit de omgeving die stress kunnen veroorzaken maskeert, zodat deze niet meer op vallen (Kroust, 2007). Daarnaast kan muziek voor afleiding van bestaande stress of fysieke pijn zorgen. Een andere mogelijkheid komt voort uit de *gate control* theorie over pijn (Kroust, 2007). Het idee is dat de pijnimpuls via het ruggenmerg vanaf de plek van het letsel naar het brein loopt, waar de pijn wordt verwerkt. Neurale poorten in het ruggenmerg zijn variërend geopend of gesloten, en laten dus in meer of mindere mate pijnimpulsen toe tot het brein. Het sluiten van de poorten kan veroorzaakt worden door impulsen die vanaf het brein naar beneden worden gestuurd. Het is mogelijk dat luisteren naar ontspannende muziek een proces op gang brengt waarin het brein deze sluitende impulsen naar de neurale poorten zendt, met als resultaat dat minder pijnimpulsen het brein bereiken en bewust worden opgemerkt door de patiënt (Kroust, 2007).

Een techniek uit de muziektherapie die inspeelt op ontspanning is de U-vorm techniek (Guétin et al. 2008, 2009). Hierbij wordt muziek, naar persoonlijke smaak van de patiënt, gespeeld in een volgorde waarbij er rekening wordt gehouden met het tempo. De reeks duurt ongeveer dertig minuten en begint met 80 beats per minuut en daalt dan langzaam naar 40 tot 30 beats per minuut, om vervolgens weer naar een gemiddeld ritme

te stijgen. Zo ontstaat er in het midden van de reeks een fase van maximale ontspanning. De studies waarin deze techniek wordt gebruikt waren voornamelijk gericht op het reduceren van depressie en bezorgdheid (Guétin et al. 2008, 2009). Dat de u-vorm techniek wordt gebruikt om juist deze factoren te verminderen heeft waarschijnlijk te maken met de samenhang tussen ontspanning en gemoedstoestand waar eerder over is gesproken. Op de variabelen gemoedstoestand en bezorgdheid werd in beide studies een significante verbetering gevonden, waardoor we aan kunnen nemen dat de techniek inderdaad voor een vorm van ontspanning zorgt (Guétin et al. 2008, 2009).

Een studie naar fysiek welzijn onder een groot aantal personen is het onderzoek van Krout naar controle over pijn, fysiek comfort en ontspanning onder hospice patiënten (Krout, 2001). Tachtig patiënten kregen eenmalig muziektherapie, en werden voor en na de sessie geobserveerd of vulden vragenlijsten in. De verwachting was dat er significante verschillen zouden worden gevonden tussen de situatie voor en de situatie na de sessie, op de variabelen controle over pijn, fysiek comfort en ontspanning. De resultaten laten zien dat dit inderdaad het geval was (Krout, 2001). Zowel voor de geobserveerde groep patiënten als voor de groep die zelf de vragenlijst invulden gold een significante verbetering op alle drie de variabelen in voor en nameting. Dit geeft aan dat muziektherapie bij kan dragen aan het fysieke welzijn van de patiënten. Wel moet volgens Krout in de gaten worden gehouden dat er door de muziektherapeuten gebruik werd gemaakt van veel verschillende behandelmethoden waardoor de precieze oorzaak van de effecten minder eenduidig is (Krout, 2001).

2.3.5 Spirituele effecten

Het onderscheid tussen spiritualiteit en religie is niet altijd even duidelijk. Er is eerder aangegeven dat in deze literatuurstudie wordt gekozen voor spiritualiteit als ander woord voor zingeving. Om het begrip concreter te maken definiëren we het als volgt: de essentie of het levensprincipe van een individu, dat de biologische en psychologisch natuur overstijgt. Religie is daarentegen een heel systeem van overtuigingen en praktijken voor een hele groep mensen (Vassallo 1993, in: Włodarczyk, 2003).

Spiritualiteit is door eeuwenoude vragen naar de zin van het leven en het hiernamaals sterk aan het onderwerp van de dood verbonden. Daarnaast wenden mensen zich tot spirituele inzichten wanneer zij hulp nodig hebben om bepaalde zaken het hoofd te bieden. In de setting van palliatieve zorg en de zorg voor terminaal zieken is de naderende dood een onvermijdelijke zorg. Het is belangrijk na te gaan hoe patiënten geholpen kunnen worden bij het verwerken van het besef dat zij niet beter zullen worden.

In het artikel *What is it like to be dying?* schrijft Elizabeth Kubler Ross (1971) over haar ervaringen met terminaal zieke patiënten. Zij probeert dit niet te doen vanuit het perspectief van doktoren en naasten maar vanuit het perspectief van de patiënt zelf. Vandaar dat zij de vraag stelt: hoe is het om stervende te zijn? Natuurlijk is het onmogelijk zelf te ervaren hoe het is, maar vanuit haar vele gesprekken met patiënten komt ze tot de conclusie dat de patiënt in het proces waarin hij tot het besef komt dat hij stervende is, een aantal fasen doorloopt. Haar gesprekken met patiënten voerden van ‘Nee, niet ik!’ en ‘Waarom ik?’ tot ‘Ja, ik, maar...’ en tenslotte het simpele ‘Ja, ik’. Deze uitspraken illustreren de fasen van ontkenning, woede, onderhandeling, depressie en acceptatie (Wlodarczyk, 2003). De vijf fasen zullen niet door iedereen op dezelfde wijze of in dezelfde volgorde worden doorlopen en helaas zijn er gevallen waarin men niet aan alle fasen toekomt. Volgens Kubler Ross kunnen we mensen echter beter helpen met het verwerkingsproces van hun naderende dood wanneer we de fasen goed begrijpen (Kubler Ross, 1971).

In de ontkenningsfase wil de patiënt de terminale prognose niet erkennen. De patiënt zal wellicht elk gesprek over de dood verbieden en hopen op een wonder. In de volgende fase begint de patiënt toe te werken naar acceptatie van de naderende dood, en ontstaat er woede. Deze woede kan men op zichzelf richten of op een hogere macht. De patiënt kan zijn situatie bijvoorbeeld als spirituele straf ervaren. In de daaropvolgende fase van onderhandeling heeft de patiënt verder onderkend dat de dood een mogelijkheid is. In deze fase worden wanhopige pogingen tot het terugdraaien van de situatie gedaan, zoals een laatste poging tot medische interventie of bovennatuurlijke heling. Patiënten proberen misschien te onderhandelen met God door beloften te doen om bepaalde aspecten van het leven op te geven als zij de kans krijgen verder te leven. De fase van depressie doet zich voor wanneer de patiënt de naderende dood heeft erkend en

terecht komt in een proces van rouw en diepe treurnis over het persoonlijke verlies. Depressie kan zich op verschillende spirituele manieren manifesteren. De patiënt kan zijn geloof in de zin van het leven opgeven, of niet langer een hogere macht willen behagen. Daarnaast kan hij zich schuldig voelen over gedane of ongedane zaken uit het verleden. De patiënt voelt zich bijvoorbeeld schuldig wanneer hij slecht met zijn lichaam is omgegaan of zijn dierbaren heeft gekwetst. In de laatste fase van acceptatie hebben patiënten het opgegeven om onmogelijke vragen te stellen, laten ze de pijnlijke emoties los en kan spiritualiteit hen wellicht opnieuw comfort bieden. In deze fase accepteren patiënten hun situatie en ziekte en kunnen zij een gevoel van vrede hebben met wat hen is overkomen (Wlodarczyk, 2003). Kubler Ross benadrukt dat acceptatie iets anders is dan je erbij neerleggen of opgeven:

‘And acceptance is not resignation! Resignation is a bitter kind of giving up ("What's the use?"), almost a defeat. But acceptance is a good feeling. "I have now finished all of my unfinished business. I have said all of the words that have to be said. I am ready to go." These patients are not happy, but they are not terribly sad. They usually have very little physical pain and discomfort, and they slip into a stage which very often reminds us of the beginning of life: when a person has physical needs and needs only one person to give him some tender, loving care and compassion- who can be with him but doesn't have to talk all the time. It's the comfort of being together that counts.’. (Kubler Ross, 1971)

Zoals de fasen van Kubler Ross duidelijk maken gaat de acceptatie van de naderende dood gepaard met verschillende vormen van spirituele pijn en stress. Spirituele pijn wordt in het artikel van Wlodarczyk beschreven als een conditie waarin een persoon niet langer betekenis kan vinden in zijn leven en geen mogelijkheid ziet de realiteit van zijn ziekte het hoofd te bieden of te overstijgen. Dit kan zich uiten in woede richting een hogere macht of het opgeven van het geloof in de zin van het leven. Hoe kan muziektherapie hulp bieden in het verminderen van spirituele stress?

Muziek is een natuurlijke menselijke expressie van emoties die kan helpen bij het uiten van gevoelens van woede en gebrek aan zingeving. Het besef dat men stervende is, is overweldigend en moeilijk uit te drukken. De hoeveelheid vragen die ineens ontstaan moeten op de een of andere manier gecommuniceerd worden. Ook de spiritualiteit zelf,

het overstijgen van lichaam en psyche, is niet altijd in woorden te vatten. Muziek kan voor mensen een vehikel zijn voor het uitdrukken van spiritualiteit en gevoelens (Wlodarczyk, 2003). Bovendien is muziek als niets anders beter in staat om mensen over de drempel van een bewuste ervaring te helpen en in een droomwereld te doen belanden. Zo kan muziek comfort bieden in het proces van rouw en zelfverlies, wanneer tijd en realiteit even worden vergeten (Stein, 2004).

In onderzoek is gevonden dat angst voor de dood significant gerelateerd is aan lager spiritueel welzijn (Chibnall et al., 2002). Daarnaast is bewezen dat een spirituele ervaring invloed kan hebben op een gevoel van heilheid, vermindering van pijn en acceptatie van de ziekte (Renz et al., 2005). Renz et al. onderzochten 251 patiënten gediagnosticeerd met kanker, die verschillende vormen van therapie ondergingen, waaronder muziektherapie. 135 van hen hadden tijdens of na een van de therapeutische interventies een spirituele ervaring. De kwalificatie 'spiritueel' werd alleen aan de ervaring toegekend wanneer zowel patiënt als therapeut het erover eens waren dat er iets buitengewoons was ervaren. Op elk van de 135 patiënten had de spirituele ervaring het effect dat zij zich opnieuw 'heel' voelden en persoonlijke integriteit en innerlijke vrede hadden ervaren (Renz et al., 2005: 964). Daarnaast had de spirituele ervaring als effect dat 71 patiënten vermindering van pijn en een veranderde houding tegenover het leven en de dood hadden, en 62 patiënten konden hun ziekte en staat van welzijn beter accepteren. De therapeutische interventie die de spirituele ervaring het best ondersteunde (waarbij patiënten meerdere keuzes mochten aangeven) was voor de meeste patiënten ($N = 135$) de muziektherapie (98), daarna empathie en medeleven (84), en tenslotte spirituele assistentie met gebed en rituelen (80) (Renz et al., 2005: 964).

Een ander onderzoek van Wlodarczyk (2003) richtte zich op tien patiënten in een hospice waar nog nooit eerder muziektherapie was beoefend. De patiënten kregen gedurende zeven dagen vier keer een persoonlijk bezoek van een therapeut. Het onderzoek was opgesteld volgens een ABAB schema waarin het eerste bezoek (A) bestond uit een 30 minuten durende muzikale therapie en het tweede bezoek (B) uit een niet-muzikale sessie, de controle groep deed de sessies in een andere volgorde (BABA). De muzikale sessie bestond uit het zingen en spelen van de favoriete muziek van de patiënt door de therapeut, er werden liedjes geschreven en er werd samen met familie en

vrienden gezongen. Na elk van de sessies vulden de patiënten een enquête in over hun spirituele welzijn. Uit deze enquêtes kwam naar voren dat de subjecten hogere waarden op spiritueel welzijn scoorden na muzikale interventie dan na niet-muzikale therapie. Bovendien werd bij 15 van de 20¹ muzikale sessies specifiek naar spirituele muziek gevraagd en werd er door de subjecten binnen deze sessies ook meer discussie over spiritualiteit geïnitieerd. In zeven van de 20 bezoeken van de muziektherapeut werden discussies over spiritualiteit geïnitieerd. Dit gebeurde maar in drie van de 20 niet-muzikale sessies.

2.3.6 Effecten op de omgeving

Een laatste effect van muziektherapie kan het effect zijn op de leef- woon- of zorgomgeving van de patiënten en verzorgers. In het eerder genoemde onderzoek onder verzorgers werd aangegeven dat muzikale optredens in verzorgingstehuizen de sfeer op de zalen kon verbeteren (O’Kelly & Koffman, 2007). Daarnaast kon de therapie behulpzaam zijn bij de relaties tussen de patiënten en hun familie, bijvoorbeeld doordat patiënten zich meer open gingen opstellen. Ten slotte kan een positief resultaat van muziektherapie het effect hebben dat er onder patiënten en verzorgers meer begrip ontstaat voor het fenomeen muziektherapie (O’Kelly & Koffman, 2007).

Een groot probleem waar muziektherapeuten tegenaan lopen is dat het resultaat van hun werk soms lastig te kwantificeren is. Effecten op de omgeving als een betere sfeer onder verzorgers en patiënten die voelbaar is op de afdelingen en voor bezoekers, kan zorgen voor een beter aanzien van een verzorgingstehuis en zo een kwantificeerbaar voordeel zijn voor het bestuur en organisatie ervan (Scholten, 2005). Een betere sfeer is echter geen tastbaar fenomeen en dus lastig te bewijzen. Bij het rapporteren ervan spelen verzorgers en familie een grote rol.

¹ Het totaal aantal bezoeken is 40 (4*10), waarvan 20 muzikaal en 20 niet-muzikaal. De scores op subjectgeïnitieerde aanvragen voor spirituele muziek waren respectievelijk 75% en 0% . De scores op subjectgeïnitieerde aanvragen voor spirituele discussie waren respectievelijk 35% en 15%.

2.4 DISCUSSIE

Tabel 1. Overzicht van onderzoek per effect.

Effect	Onderzoek	N	Interventie	Subjectsetting	Duur	Variabelen	Methode
Emotioneel Gemoedstoestand, bezorgdheid en depressie	Gallagher, 2006	200	Eenmalig, Verschillende interventies	Chronisch zieke patiënten	-	Gemoedstoestand, bezorgdheid, depressie	Kwantitatief Voor – en nameting
	Guetin et al., 2009	15	U-vorm techniek	Patiënten met de ziekte van Alzheimer / dementie	24 weken	Bezorgdheid, gemoedstoestand	Kwantitatief Hernaaide meting
	Munro & Mount, 1978	6	Verschillende interventies	Patiënten met ernstig hersenletsel	-	Fysiek, sociaal, emotioneel,	Kwalitatief Case study
	Cassidy, 1976	20	Gitaarles/ geen gitaarles	Vrouwelijke geïnstitutionaliseerde psychiatrische patiënten	-	Acceptatie tussen deelnemers, sociale cohesie en interpersoonlijke relaties	Kwantitatief Voor – en nameting
	Nayack et al., 2000	7+5	Verschillende interventies	Patiënten met ernstig hersenletsel	-	Humeur en sociale interactie	Kwantitatief Voor – en nameting
Sociaal Sociale interactie, sociale cohesie en participatie	O'Kelly & Koffman, 2007	18	-	Collega's van muziektherapeuten in een multidisciplinair verzorgingsteam	-	Houding tegenover muziektherapie en effectiviteit van muziektherapie	Kwalitatief Interview
	Ravid-Horesh, 2004	1	Creatieve therapie, beeldend	Patiënt met de ziekte van Alzheimer	-	Life Review	Kwalitatief Case study
	Sacks, 2008	1	zang	Patiënt met de ziekte van Alzheimer	-	Geheugen, herinneringen	Kwalitatief Case study
Fysiek Ontspanning, lichamenlijk comfort en pijn	Krout 2001	80	Eenmalig, verschillende interventies	Hospice	-	Controle over pijn, fysiek comfort en ontspanning	Kwantitatief Voor – en nameting
	Guetin et al., 2008	13	U-vorm techniek, receptief	Patiënten met ernstig hersenletsel	20 weken	Bezorgdheid en gemoedstoestand	Kwantitatief Hernaaide meting
	Guetin et al., 2009	15	U-vorm techniek, receptief	Patiënten met de ziekte van Alzheimer / dementie	24 weken	Bezorgdheid, gemoedstoestand	Kwantitatief Hernaaide meting
Spiritueel Zingeving en spiritueel welzijn	Włodarczyk, 2003	10	Verschillende interventies	Hospice	7 dagen	Spiritueel welzijn	Kwantitatief Hernaaide meting
	Renz et al., 2005	251	Verschillende vormen van therapie waaronder muziektherapie	Patiënten gediagnosticeerd met terminale kanker	-	Spirituele ervaring	Kwantitatief Evaluatie onderzoek

^a Veel muziektherapeuten gebruiken verschillende interventies als performance, zang, ritmische oefeningen met ademhaling of songschrijven, passend bij de situatie van de patiënt.

^b Ontspanning als medierende factor.

In tabel 1 is een overzicht te zien van de belangrijkste studies met het aantal subjecten, de beschrijving van de groep, de vorm van interventie, welke variabelen er werden gemeten en welke methode er werd gebruikt. Er is te zien dat in de onderzoeken veel verschillende vormen van muziektherapie worden gebruikt, variërend van receptieve muziektherapie tot actieve gitaarlessen. Daarnaast zijn er veel onderzoeken waarin verschillende interventies worden gebruikt omdat de muziektherapeut zijn werkwijze vaak aanpast aan de patiënt. Nu kan het voor het effect van de therapie wellicht verschil maken of men alleen luistert naar muziek of dat men uitgenodigd wordt zelf muziek te spelen en dus deel te nemen aan een creatief proces. Wanneer de interventies niet los van elkaar worden onderzocht is het lastig te voorspellen welke interventie nu precies het gewenste effect oplevert.

Daarnaast valt op dat er vaak met verschillende groepen patiënten wordt gewerkt en dat deze groepen in de meeste gevallen vrij klein zijn. Als een interventie bij patiënten met Alzheimer een bepaald effect heeft wil dat nog niet zeggen dat dezelfde interventie werkt bij patiënten met een andere chronische ziekte. Generalisatie van de groep is dus niet altijd mogelijk. Ook omgeving van de patiënt, zoals de sfeer in het huis of de setting van de therapie speelt mee. Zo zou het kunnen zijn dat de therapie meer effect heeft bij patiënten die naast deze therapie geen andere therapie ontvangen dan bij patiënten met een uitgebreid programma aan therapieën. Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat muziektherapie slechts een aanvulling is op de zorg die al wordt gegeven. Het kan zijn dat andere onderdelen van de complete zorg voor de patiënt effecten veroorzaken die niet kunnen worden toegeschreven aan de muziektherapie.

In de tabel is in de laatste kolom te zien dat er in onderzoek naar muziektherapie zowel gebruik wordt gemaakt van kwalitatief als van kwantitatief onderzoek. Het valt op dat er weinig langdurig onderzoek wordt gedaan, terwijl het juist interessant is om te onderzoeken hoe lang de effecten aanhouden. Daarnaast is er weinig kwantitatief onderzoek naar cognitieve effecten te vinden. In de toekomst is het noodzakelijk dat er langdurig onderzoek wordt gedaan naar de effecten van muziektherapie, onder verschillende groepen, met verschillende op zichzelf staande interventies.

2.5 CONCLUSIE

Uit de literatuur blijkt dat muziektherapie een effectieve aanvulling kan vormen op de aanwezige palliatieve zorg. Muziek heeft een bijzonder effect op het brein, en kan een belangrijk therapeutisch middel zijn omdat het in de meeste gevallen in staat is mensen, ongeacht hun conditie, te bereiken. Er zijn zes effecten te onderscheiden die voor de studie naar diva dichtbij interessant zijn verder te onderzoeken: emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten op de patiënt en effecten op de omgeving. Een overzicht van de inhoudelijke aspecten van deze effecten is te zien in de eerste kolom van tabel 1. Emotionele effecten zijn in de hersenen aan te tonen en zijn ook in veel onderzoek naar muziektherapie aangetoond. Er is bewijs dat depressie en bezorgdheid door muziektherapie verminderd kan worden. Muziek heeft voor iedereen een persoonlijke emotionele betekenis en kan op deze manier emoties bij mensen losmaken. Sociale effecten ontstaan door het delen van de ervaring van de therapie en het praten over favoriete muziek. Er is bovendien aangetoond dat muziek helpt bij sociale interactie, en dat mensen met het minste sociale gedrag er het meeste profijt van hebben. Cognitieve effecten helpen de patiënt te focussen en brengen het zelf van de patiënt naar de voorgrond. Daarnaast zijn er ook fysieke effecten van muziektherapie aangetoond. In verschillende studies is te zien dat muziektherapie pijn kan verminderen en voor ontspanning kan zorgen. In studies naar muziektherapie moet ook rekening worden gehouden met effecten op de omgeving als verbetering in sfeer, omdat patiënten ook daar profijt van kunnen hebben. Muziek kan ook voor spirituele inzichten zorgen, met name in het proces van acceptatie van de naderende dood. Muziek is als niets anders in staat om mensen over de drempel van een bewuste ervaring te helpen en in een droomwereld te doen belanden, waarin tijd en realiteit even kunnen worden vergeten. Er moet ten slotte rekening worden gehouden met het feit dat de effecten niet los van elkaar staan. Zo kunnen emotionele effecten invloed hebben op lichamelijke ontspanning en vice versa, en hebben herinneringen vaak een emotionele component. De studies zijn over het algemeen lastig te generaliseren door grote verschillen in muziektherapeutische methoden en verschillen in context. Bovendien zijn de groepen waaronder het onderzoek wordt gedaan

vaak klein. Er is nog altijd behoefte aan meer langdurig onderzoek onder grotere groepen patiënten.

Tot zover een bespreking van de bestaande literatuur over de relatie tussen muziek en de mens en de werking van muziektherapie. Alvorens over te gaan tot een beschrijving van het onderhavige bacheloronderzoek is het nodig eerst stil te staan bij de stichting Diva Dichtbij en haar werkwijze, zodat duidelijk wordt in welke setting het onderzoek plaatsvond.

HOOFDSTUK 3: DIVA DICHTBIJ

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zullen onder andere de doelstellingen en de vorm van de optredens van Diva Dichtbij aan bod komen, zodat er een goede indruk kan worden gegeven van de situatie tijdens het onderzoek.

3.2 STICHTING DIVA DICHTBIJ

De stichting Diva Dichtbij is in maart 2007 opgericht en biedt muziektheater aan mensen met een langdurige ziekte of beperking (Diva Dichtbij, 2010). De gedachte achter Diva Dichtbij is dat muziek en poëzie het mogelijk maken om emoties, die te maken hebben met ingrijpende veranderingen zoals het krijgen van een ziekte en vaak te groot zijn voor woorden, te ervaren en te verwerken. Diva Dichtbij poogt door zang en direct contact mensen te raken en dichterbij hun gevoelens te brengen, zodat ze hun identiteit als patiënt tijdelijk opzij kunnen schuiven (Diva Dichtbij, 2008).

De optredens worden verzorgd door verschillende Diva's en Divo's. In dit onderzoek werd meegelopen met drie verschillende Diva's. Zij zijn allen professionele zangeressen en vullen de voorstellingen gedeeltelijk op hun eigen manier in. Het repertoire bestaat voornamelijk uit klassieke muziek en liederen uit de tijd van de bewoners, maar de gekozen nummers verschillen enigszins per Diva. Ook worden er door sommige Diva's voorwerpen gebruikt om het publiek bij de voorstelling te betrekken, zoals een bal die wordt doorgegeven of een doosje waar iets grappigs in zit. Dit wordt door elke Diva op een andere manier gedaan. Bij iedere Diva ligt echter de focus op het



Een diva
Foto: Eric Honing (Diva Dichtbij, 2010)

contact maken met de bewoners. Hiervoor wordt iedere Diva getraind en begeleid door een coach. Voor het uitvoeren van het werk steunt Diva Dichtbij op donateurs en sponsors. Ook de verzorgingstehuizen kunnen subsidies aanvragen voor een optreden van Diva Dichtbij.

3.3 EEN OPTREDEN VAN DIVA DICHTBIJ

Diva Dichtbij beoefent een bijzondere vorm van muziektherapie. Hoewel de stichting muziek en haar invloed op de mens gebruikt met het doel iets in de gemoedstoestand van de doelgroep te veranderen, waardoor het optreden een vorm van muziektherapie kan worden genoemd, ontbreekt tegelijkertijd de gediplomeerde muziektherapeut en de therapeutische behandelsetting. Diva Dichtbij zal haar eigen werk waarschijnlijk niet als muziektherapie beschouwen, wel heeft zij op haar website een aantal effecten van het optreden geformuleerd (Diva Dichtbij 2010):

- Het raakt de mensen en geeft ze plezier.
- Het maakt iets 'los' bij bewoners.
- Er wordt nog lang over nagepraat.
- Bewoners kunnen emoties tonen, wat eerder niet lukte.
- Bewoners stellen zich meer open.
- De sfeer op de afdeling verbetert.
- Het welbevinden van de bewoners verbetert.
- De uitstraling van het verpleeghuis verbetert.

Hoewel de stichting deze effecten beoogt, wordt het bezoek van de diva niet als een therapeutische sessie aangekondigd of beschouwd, maar als een optreden: een kijk- en luisteractiviteit. Vaak worden ter aankondiging in het huis posters opgehangen, zoals gebruikelijk bij een concert of optreden. Het optreden vindt plaats in de huiskamers van de verzorgingstehuizen, waar de bewoners veelal op eigen initiatief naar toe gaan, of zich laten brengen. Het is dus aanneemelijk dat bewoners zich niet bewust zijn van de

mogelijke effecten van de voorstelling zoals ze hier boven zijn geformuleerd, maar op zoek zijn naar vermaak en entertainment. Het is goed mogelijk dat nu juist het vermaak en plezier bij de voorstelling invloed heeft op de doelgroep en de effecten die Diva Dichtbij beoogt bewerkstelligd. We kunnen zodoende stellen dat de voorstelling van Diva Dichtbij het midden vormt tussen therapie en entertainment.

Zoals gezegd treedt de diva meestal op in de huiskamers van verzorgingstehuizen, dit is vaak de gezamenlijke ruimte van alle bewoners van een bepaalde afdeling. Hier verzamelen de bewoners zich die interesse hebben in de voorstelling voor aanvang van het optreden. Zij zitten meestal opgesteld in een kring of in een halve cirkel zodat ze goed benaderbaar zijn voor de diva. De omvang van de groep varieert van 5 tot 20 personen. Het zijn vaak gemengde groepen van zowel mannen als vrouwen met verschillende religieuze achtergronden. Er zijn vaak ook partners familieleden en verzorgers aanwezig tijdens het optreden.

De diva komt de huiskamer binnen met een sierlijk aangekleed karretje of koffer waarin een muziekinstallatie is verborgen, met rinkelende belletjes waarop een soort tuintje te zien is met vogeltjes en bloemetjes. De diva is zelf gekleed in een glimmende jurk in een felle kleur met tule en franjes. Het karretje wordt neergezet en de pianomuziek begint te spelen. Dan gaat de diva de kring langs en stelt zich aan iedereen voor door hem of haar een hand te geven. Begeleid door pianomuziek begint de diva vervolgens met zingen, waarbij ze afwisselend dicht bij een van de bewoners gaat staan en hen diep in de ogen aankijkt of rond de stoel of rolstoel beweegt. Bij een lichtvoetig nummer wordt er gedanst en de diva moedigt mensen aan om mee te zingen en te dansen of met de armen te zwaaien. Ongeveer halverwege de voorstelling wordt er een gedicht voorgelezen. Dan worden er vaak nog een aantal verzoeknummers ingewilligd en wordt de voorstelling afgesloten, waarbij de diva de bewoners tenslotte een kaart en een gedicht als aandenken overhandigt. Er is vaak van te voren naar de muziekvoorkeur van de bewoners geïnformeerd. Aan de hand hiervan zal er bijvoorbeeld een meer klassiek of populair



Bewoners zitten opgesteld in de huiskamer
(Foto: Diva Dichtbij, 2010)

repertoire worden gekozen. Tijdens de voorstelling wordt ook zo nu en dan gevraagd aan de bewoners welk nummer of genre ze graag willen horen.

Los van de professionele zang en muzikale begeleiding speelt ook de performance een zeer belangrijke rol in het effect van de voorstelling op de patiënten. Een belangrijk element wat



Er wordt gedanst tijdens de voorstelling
(Foto: Diva Dichtbij, 2010)

Diva Dichtbij toevoegt aan haar optredens is haar poging tijdens het zingen contact te maken met de bewoners. Ze kijkt de bewoners aan, of pakt hun hand, en er ontstaat een vorm van contact tussen de bewoners en haar. Met haar oogcontact of aanraking moedigt ze de bewoners aan mee te doen. Zo wordt er non-verbaal gecommuniceerd en worden emoties overgebracht en uitgewisseld. De diva probeert zelf aan te voelen hoe ver ze hierin kan gaan.

De effecten die Diva Dichtbij met haar voorstellingen beoogt, zoals ze hierboven zijn beschreven, zijn nog nooit wetenschappelijk onderzocht. In het volgende hoofdstuk zal ik het onderzoek naar het effect van Diva Dichtbij op de bewoners van verzorgingstehuizen die haar voorstellingen bijwonen bespreken.

HOOFDSTUK 4: HET ONDERZOEK

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal het onderzoek naar de effecten van Diva Dichtbij op de bewoners van enkele verzorgingstehuizen in Nederland worden gepresenteerd. De informatie uit hoofdstuk twee over de verschillende effecten van muziek en muziektherapie op de mens zal hierbij worden gebruikt, en de werkwijze van stichting Diva Dichtbij zoals in hoofdstuk drie is besproken zal worden geëvalueerd. Allereerst zullen de vraagstelling en methode van onderzoek worden besproken. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd. Deze resultaten zullen in de discussie met de literatuur worden vergeleken.

4.2 VRAAGSTELLING ONDERZOEK

Het doel van het onderzoek is een evaluatie van de effecten van Diva dichtbij op de bewoners van verzorgingstehuizen. Aan de hand van deze doelstelling is de volgende vraag voor het onderzoek geformuleerd:

- Welke emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten hebben de voorstellingen van Diva Dichtbij op de bewoners van de verzorgingstehuizen en hun omgeving?

4.3 METHODE

Voor de beantwoording van de vraag is gekozen voor een enquêteonderzoek met aanvullende observaties. De bedoeling van het onderzoek is om zoveel mogelijk van de effecten die Diva Dichtbij zou kunnen hebben op de bewoners en hun omgeving gestructureerd en overzichtelijk weer te geven. Om de structuur en het overzicht te

behouden en de effecten bij zoveel mogelijk bewoners te kunnen meten is gekozen voor de methode van de enquête. In paragraaf 4.3.1 over de opzet van de vragenlijst is te zien hoe de vraagstelling is geoperationaliseerd.

Aan de hand van een vraag naar effecten is een voor-na meting wellicht de meest voor de hand liggende methode. Er is in dit onderzoek echter gekozen voor een evaluatief onderzoek waarbij de meting bij de bewoners alleen na de voorstelling plaatsvindt. Hier is met name voor gekozen omdat op deze manier meer bewoners kunnen worden bereikt. Een voor-na onderzoek is arbeidsintensiever waardoor er minder bewoners in het onderzoek kunnen participeren. Het nadeel van de evaluatieve methode is echter dat de bewoners zelf de situatie voor het bezoek van Diva Dichtbij met de situatie erna moeten vergelijken en beoordelen. Het voordeel is dat de bewoners niet door de setting van het onderzoek zelf worden beïnvloed, doordat bijvoorbeeld door de voormeting bij de bewoners het idee ontstaat dat zij een therapeutische sessie zullen ondergaan. Deze instelling of verwachting past niet bij de voorstelling van Diva Dichtbij. De voorstellingen zijn immers met name gericht op het vermaak en entertainment van de bewoners, iets wat misschien verloren gaat wanneer er een therapeutische setting ontstaat. Er is voor gekozen de vragenlijst direct na het optreden af te nemen. Deze keuze is zowel uit praktische overwegingen gemaakt, omdat de bewoners op dat moment bij elkaar zitten, maar ook omdat de indruk die de voorstelling bij mensen heeft gemaakt en de eventuele herinneringen en emoties die de muziek heeft opgeroepen dan nog vers in het geheugen liggen.

Er is tevens een vragenlijst voor medewerkers ontwikkeld. De vragenlijst voor medewerkers is gemaakt omdat verwacht werd dat de medewerkers een beter overzicht zouden hebben in de effecten van het optreden op de omgeving van de bewoners. Bovendien zijn zij beter in staat om de bewoners als groep te observeren en zo eenvoudiger veranderingen in de groepssfeer en interactie op te merken. Dit levert een ander type informatie op, en een belangrijke aanvulling op het onderzoek. De medewerkers waren, doordat zij het gedrag van de bewoners goed kenden, in staat te beoordelen of er sprake was van uitzonderlijk of normaal gedrag, wanneer de bewoners op een bepaalde manier op de muziek reageerden.

De onderzoeker is bij de meeste optredens aanwezig geweest als observator en heeft hiervan aantekeningen gemaakt die worden besproken in de resultatensectie. Het gaat voornamelijk om impressies van het optreden, die interessante aanvullende informatie bieden over de veranderingen in het gedrag van de bewoners tijdens de optredens en de interactie die plaatsvond tussen de bewoners en de diva. Zo wordt er op een andere manier inzicht geboden in de effecten van de voorstelling op de bewoners. De observaties zijn met name bedoeld als een aanvulling op het onderzoek en zullen als een ‘impressie’ van het optreden worden weergegeven.

4.3.1 Opzet van de vragenlijst

De vragenlijsten voor medewerkers en bewoners zijn te vinden in de bijlage. In het ontwerp van de vragenlijsten is met een aantal zaken rekening gehouden. Allereerst zijn de vragenlijsten gecreëerd aan de hand van de effecten die naar voren zijn gekomen in het literatuuronderzoek. Er werd gebruik gemaakt van de opsomming van Hilliard (2005), die de emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten van muziektherapie heeft onderscheiden. Daarnaast worden er vragen gesteld over de effecten op de omgeving.

De meeste vragen werden beantwoord op een vijfpuntsschaal. Er is echter rekening gehouden met de lengte van de vragenlijst. Voor sommige bewoners met een lichamelijke of geestelijke beperking kost het veel moeite langere tijd de aandacht erbij te houden en een lange vragenlijst in te vullen. Daarom is er bij de vragenlijst voor de bewoners voor gekozen de laatste vragen alleen met ‘ja’ of ‘nee’ te laten beantwoorden, wat minder moeite kost dan een ingewikkeldere vijfpuntsschaal. Hierdoor is het mogelijk meer vragen te kunnen stellen, en meer informatie in te winnen. Dit geldt voor de vragen voor de bewoners vanaf vraag 21. De medewerkers beantwoordden wel alle vragen op vijfpuntsschaal. De vragen worden zonder duidelijk zichtbare categorie in willekeurige volgorde gesteld. Per effect worden minimaal twee vragen gesteld. Door meerdere vragen over hetzelfde onderwerp te stellen en de richting te variëren is getracht de aandacht van de bewoners bij de vragenlijst te houden en de betrouwbaarheid te verhogen.

De effecten zijn als volgt geoperationaliseerd. 1) Emotionele effecten zijn effecten die te maken hebben met de gemoedstoestand. Ook bezorgdheid en depressie horen daarbij. Deze effecten zijn eerder onderzocht in studies van Gallagher (2006) en Munro & Mount (1978), en Guetin et al. (2009), waarbij de resultaten onder andere uitwezen dat de gemoedstoestand verbeterde en bezorgdheid verminderde bij muziektherapie. In dit onderzoek zijn de emotionele effecten bij de bewoners gemeten aan de hand van de vraag of men emotioneler, meer opgelucht, bezorgder, verdrietiger of vrolijker werd na het optreden (vragen 13,14,16,17 en 27). De medewerkers worden in de vragenlijst gevraagd om de emoties die hen opvallen bij de bewoners aan te kruisen, daarbij hebben ze de mogelijkheden gelukkigheid en blijdschap, ontroering, verdriet, vrolijkheid, somberheid, boosheid, angst, ontspanning, geen verandering (vraag 6). Daarnaast wordt er de vraag gesteld of zij de afdeling emotioneler vinden (vraag 16) en of zij vinden dat er meer over emoties wordt gesproken na het optreden (vraag 8).

2) De meting van sociale effecten komt in de vragenlijst voor de bewoners terug in de vraag of zij na het optreden met andere bewoners over de optredens spreken en de vraag of zij de behoefte hebben met familie over het optreden te praten (vragen 21 en 22). Bij de vragenlijst voor de medewerkers worden de medewerkers gevraagd te beoordelen in welke mate er meer gesprek en interactie plaatsvindt tussen de bewoners en de communicatie met de medewerkers beter verloopt (vragen 7, 10, 11, 12, 13, 19), zoals in ook in de studies van Cassity (1976) en O'Kelly & Koffman (2007) naar voren is kwam.

3) Fysieke effecten zijn op twee manieren in de vragenlijst geoperationaliseerd. In het onderzoek van Krout (2001) werd voor de meting van lichamelijke ontspanning en mate van pijn een schaal gebruikt waarbij patiënten op een horizontale lijn het niveau van ontspanning aan mochten kruisen. Het uiterste punt aan de linkerkant geeft totale ontspanning aan en uiterst rechts staat 'zeer gespannen'. Op deze manier kunnen patiënten in meer detail aangeven hoe zij zich voelen dan op een vijfpuntsschaal. In onderhavige vragenlijst is dit idee overgenomen door een tienpuntsschaal te creëren voor lichamelijke ontspanning en fysiek comfort (vragen 19 en 20). Het was vooraf niet zeker of alle mensen in staat waren de vragen op een tienpuntsschaal te beantwoorden, en of de schaal een juiste indicatie van ontspanning en lichamelijke comfortabelheid zou geven. Daarom is besloten om ook twee vragen over ontspanning op vijfpuntsschaal te stellen

(vragen 10 en 15). In de vragenlijst van de medewerkers komen geen vragen over fysieke effecten terug omdat de medewerkers dit niet voor de bewoners kunnen beoordelen.

4) Bij de meting van cognitieve effecten is voornamelijk rekening gehouden met de toegankelijkheid van de vragen. Een vraag die diep op cognitie ingaat als ‘Hebt u na het optreden een completer beeld van uw identiteit?’ zal minder snel tot de verbeelding spreken dan de vraag: ‘Het optreden bracht herinnering in mij naar boven’ (vraag 23, cognitief) en ‘Na het optreden had ik alles beter op een rijtje’ (vraag 25, cognitief). Hoewel de ze vragen iets meer aan de oppervlakte blijven, kunnen de respondenten zich hier waarschijnlijk makkelijker iets bij voorstellen en zullen zij de vraag eenvoudig kunnen beantwoorden.

5) De toegankelijkheid van de vragen speelt tevens een rol bij spirituele effecten. Een vraag als: ‘Hebt u tijdens het optreden het gevoel dat u de realiteit overstijgt?’ zal minder snel tot de verbeelding spreken en wellicht een reactie teweeg brengen als: ‘wat een onzin’. Vragen als: ‘Tijdens het optreden voelde ik mij even ergens anders’ (vraag 24, spiritueel) en ‘Ik vond het optreden een bijzonder moment’ (vraag 26, spiritueel) zijn toegankelijker maar gaan toch in op de effecten.

6) Daarnaast worden er vragen gesteld over hoe de bewoners en medewerkers de omgeving (sfeer) ervaren. Deze effecten op de omgeving komen vooral terug in de vragenlijst van de medewerkers, omdat vooraf verwacht werd dat zij hier een beter zicht op zouden hebben. Het gaat dan om de vraag over verbetering van de sfeer op de afdeling na het optreden en de vraag of de afdeling energiever is na het optreden (vragen 15 en 18). Daarnaast zijn er vragen gesteld over de effecten op de sfeer op de langere termijn (vraag 21), en het aanzien van het verzorgingstehuis, de waardering van de familie en partners van de bewoners en de vraag of de medewerkers Diva Dichtbij een aanvulling op de zorg vinden (vragen 22, 23, 24).

In de vragenlijst van de bewoners wordt los van de mogelijke effecten van de voorstelling ook gevraagd naar hoe zij de voorstelling beoordelen: hebben zij genoten van het optreden, hebben zij geparticipeerd? Was de zang en muziek naar hun smaak? De vragenlijst begint met deze vragen om de bewoners terug te laten blikken op de voorstelling. Daarnaast kunnen we aan de hand van de mate waarin de bewoners het optreden hebben gewaardeerd wellicht iets voorspellen over het effect van het optreden

op de bewoner. De vragen over de beoordeling zijn de vragen 1, 2, 8 en 9 waarin de bewoners wordt gevraagd of zij de zang en presentatie goed vonden, of zij de diva nog een keer zouden willen zien en of zij de voorstelling een cijfer willen geven. Bij ‘participatie’ wordt onder andere gevraagd of de bewoners hebben meegezongen of gedanst.

Tabel 2. Items van de vragenlijst voor bewoners.

Factor / effect	Vraag
Beoordeling	1, 2, 8, 9
Participatie	3, 4, 5, 6, 7
Emotioneel	13, 14, 16, 17, 27
Sociaal	21, 22
Cognitief	12, 23, 25
Fysiek	10, 15, 19, 20
Spiritueel	11, 24, 26
Omgeving	18

Tabel 3. Items van de vragenlijst voor medewerkers.

Factor / effect	Vraag
Beoordeling	1, 2,
Participatie	3, 4
Emotioneel	6, 8, 16
Sociaal	7, 10, 11, 12, 13, 19
Cognitief	9, 14, 17
Fysiek	-
Spiritueel	5
Omgeving	15, 18, 20, 21, 22, 23, 24

In tabellen ‘2 en 3’ is te zien hoe de effecten ‘emotioneel’, ‘sociaal’, ‘cognitief’, ‘fysiek’, ‘spiritueel’ en ‘omgeving’ en de aspecten ‘beoordeling’ en ‘participatie’ geoperationaliseerd zijn in de vragenlijsten. Er is te zien dat de vragen over dezelfde onderwerpen niet allemaal op elkaar volgen, maar in willekeurige volgorde worden gesteld.

4.3.2 Gang van zaken bij de dataverzameling

Het onderzoek werd afgenomen in zes verschillende verzorgingstehuizen in Nederland. In Enschede zijn de huizen De Posten en De Eschpoort bezocht, verder is een bezoek gebracht aan Dealhoven in Soest, De Berkenheuvel in Geldrop, Sammersburg in Den Haag en Houtens Erf in Houten. Alle huizen hadden verschillende afdelingen, in de meeste gevallen zowel voorpsychische geriatrie als somatiek en revalidatie. In alle huizen was een uitgebreid programma aan activiteiten voor de bewoners aanwezig, en vonden er jaarlijks meerdere activiteiten rondom muziek plaats. In het huis De Posten in Enschede werd er ook muziektherapie verzorgd door een muziektherapeut. Door middel van subsidies was het voor elk van de huizen mogelijk gemaakt meerdere optredens van Diva Dichtbij in het jaar te verzorgen. In alle huizen die werden aangedaan was zodoende al eerder een optreden van Diva Dichtbij geweest, door dezelfde of door een andere diva.

Uiteindelijk is het gelukt om verspreid over de zes huizen bij 46 bewoners de vragenlijst af te nemen. De groep van respondenten bestond voornamelijk uit bewoners op de somatische afdelingen van de verzorgingstehuizen. De scheidingslijnen tussen somatiek, revalidatie en psychiatrie waren in vele gevallen niet zeer scherp. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat mensen langer dan gebruikelijk op de revalidatieafdeling wonen en dat door lichamelijke problemen er ook geestelijke problemen ontstaan. Bovendien zullen er bewoners van andere afdelingen op de muziek in de somatische afdeling afkomen. Hierdoor is de groep van respondenten niet strikt beperkt tot bewoners met somatische aandoeningen. De bewoners die bij het optreden aanwezig waren zijn geselecteerd aan de hand van de beoordeling van de medewerkers van het verzorgingstehuis en de onderzoekers of zij in staat waren de vragenlijst in te vullen.

In het onderzoek zijn tevens vragenlijsten afgenomen bij de medewerkers van de verzorgingstehuizen. In sommige gevallen was er een medewerker van de afdeling bij het optreden aanwezig. De medewerkers die aanwezig waren hebben zoveel mogelijk een vragenlijst ingevuld. Doordat er niet veel medewerkers aanwezig waren tijdens de optredens en zij vaak weinig tijd hadden, hebben ook enkele vrijwilligers, die vaker bij activiteiten aanwezig waren en goed bekend waren met de bewoners, de vragenlijsten ingevuld.

4.3.3 Rol van de onderzoeker

Om de voorstelling zo normaal mogelijk te laten verlopen werd er bij de bewoners niet van te voren aangekondigd dat er een vragenlijst zou worden afgenomen. De medewerkers waren hier wel van op de hoogte. Per huis werden er drie optredens gegeven, behalve in Houtenserf waar er maar twee optredens plaatsvonden. In Daelhoven vonden vier optredens plaats. De onderzoeker heeft tien volledige optredens kunnen observeren, en is bij de overige optredens vaak aan het slot aanwezig geweest. In tabel 4 is te zien hoe veel optredens er per verzorgingstehuis plaatsvonden en hoe veel daarvan zijn geobserveerd. Er is voor gekozen niet bij de individuele optredens aanwezig te zijn om de intieme sfeer van het moment niet te verstoren.

Tabel 4. *De optredens en observaties.*

Verzorgingstehuis	Datum optreden	Aantal optredens	Aantal geobserveerde optredens
Dealhoven	12/11/2009	4	2
De Eschpoort	17/11/2009	3	1
De Berkenheuvel	19/11/2009	3	2
De Posten	26/11/2009	3	2
Sammersburg	30/11/2009	3	2
Houtens Erf	01/12/2009	2	1

De vragenlijst werd soms door aanwezige familie of kennissen van de bewoners afgenomen, maar veelal door de onderzoeker zelf. In de meeste gevallen werd de vragenlijst vrijwel direct na het optreden afgenomen. Hierbij bleef de onderzoeker bij de bewoners op de afdeling wanneer de diva verder ging naar de andere huiskamers. In één geval, bij het bezoek in Daelhoven, Soest, is de onderzoeker een dag later terug geweest om de vragenlijst af te nemen. In alle overige huizen zijn de vragenlijsten allemaal op de dag van het optreden zelf afgenomen.

Het afnemen van de vragenlijsten kostte soms moeite omdat bewoners achteraf minder goed in staat bleken tot het begrijpen en invullen van de vragenlijst dan van te

voren werd gedacht. Er werd over het algemeen wel vaak en graag medewerking verleend. Men gaf graag een mening over het optreden. De medewerkers gaven ook van tevoren aan dat mensen het fijn vonden om ondervraagd te worden omdat ze zich belangrijk voelden als er naar hun mening werd gevraagd. Zodoende was er veel medewerking door bewoners en medewerkers, hoewel de laatste vaak weinig tijd hadden voor het invullen van hun eigen vragenlijst.

4.3.4 Verwerking en analyse van de data

De resultaten van de observatie tijdens het optreden bevatten een samenvatting van de meest voorkomende en enkele opvallende gebeurtenissen tijdens het optreden, nadat de aantekeningen per optreden met elkaar zijn vergeleken. De beschrijving van het optreden is bedoeld om een impressie te geven van het verloop van de optredens van Diva Dichtbij.

De analyse van de data van de vragenlijst is uitgevoerd met behulp van het programma SPSS 16.0. Bij het invoeren van de data kregen de antwoorden van de participanten een waarde in de vorm van een getal. Dit betekent bij een antwoord op een vijfpuntsschaal dat ‘helemaal oneens’ de waarde 1 krijgt, ‘oneens’ de waarde 2, ‘niet eens/niet oneens’ de waarde 3, ‘eens’ de waarde 4 en ‘helemaal eens’ de waarde 5. Bij de vragen die op tweepuntsschaal slechts met nee of ja zijn beantwoord krijgt het antwoord ‘nee’ de waarde 1 en ‘ja’ de waarde twee.

Met SPSS 16.0 zijn vervolgens gemiddelden en standaardafwijkingen op elk item berekend en zijn er subschalen gemaakt. De subschalen bestaan uit een samenvoeging van alle vragen die gaan over een bepaald effect. De subschaal ‘positieve emotionele effecten’ bijvoorbeeld is een samenvoeging van de vragen 13, 14 en 27. De vragen zijn respectievelijk: “na het optreden voelde ik mij opgelucht”; “na het optreden was ik emotioneler en na het optreden was ik vrolijker”. Met behulp van SPSS 16.0 zijn de antwoorden van al deze vragen bij elkaar opgeteld en is het gemiddelde opnieuw berekend. Bij deze berekening was het nodig de antwoorden op tweepuntsschaal van vraag 27 om te vormen naar een vijfpuntsschaal, omdat er bij de andere twee vragen niet

dezelfde waarden aan de antwoorden zijn gebonden. Op vraag 13 heeft het antwoord 'eens' namelijk de waarde 4. Op vraag 27 heeft het antwoord 'ja' de waarde 2. De antwoorden 'eens' en 'ja' mogen we als gelijk beschouwen en zouden bij samenvoeging dus ook dezelfde waarden moeten krijgen. Bij alle vragen op tweepuntsschaal die zijn opgenomen in een subschaal met vragen op vijfpuntsschaal zijn zodoende alle waarden omgevormd. Zo is waarde 1 op tweepuntsschaal waarde 2 op vijfpuntsschaal geworden en is waarde 2 op tweepuntsschaal omgevormd naar waarde 4 op vijfpuntsschaal. Dit is niet echt een 'fraaie' oplossing, maar is gekozen om redenen van overzichtelijkheid. Dit geldt voor alle vragen waarbij deze omvorming nodig is, te weten vraag 23, 24, 25, 26 en 27 in de vragenlijst voor de bewoners. Hierbij moet niet worden vergeten dat de vragen 21 en 22 over sociale effecten ook op tweepuntsschaal zijn. Er zijn echter geen vragen op vijfpuntsschaal voor de subschaal 'sociale effecten'. Hierdoor hoeven deze twee items niet worden omgevormd en blijven zij gewoon op tweepuntsschaal in de tabel staan.

Naast het berekenen van de gemiddelden zijn er met behulp van het programma SPSS 16.0 verschillende groepen met elkaar vergeleken. Door middel van een onafhankelijke t-toets zijn de mannen met de vrouwen vergeleken en door middel van een ANOVA zijn de Diva's met elkaar vergeleken.

4.4 RESULTATEN

4.4.1 Observatie van het optreden: een impressie

Bij alle tien optredens waar de onderzoeker aanwezig was ontstond een bijzondere sfeer die wel vaker kan worden opgemerkt bij een optreden, omdat de aandacht wordt gericht op één persoon die de ruimte vult met haar optreden. Zodra de diva dichtbij de bewoners komt te staan zijn zij niet meer slechts toeschouwer maar doen zij ook op een bepaalde manier ‘mee’ met de diva. Deze interactie is te beschrijven als een contact dat ontstaat tussen de bewoner en de Diva waarbij non-verbaal stemmingen en emoties worden uitgewisseld. Zo is bij zeven van de tien optredens een traan te zien bij een van de bewoners, in alle gevallen gebeurt dit tijdens of vlak na speciale aandacht van de Diva voor die persoon. In één geval is te zien dat een vrouw die stokdoof is de aandacht ineens focust wanneer de Diva dichtbij haar staat. Ook is er in een huiskamer een man aanwezig die nogal veel geluid maakt. Zodra de Diva begint te zingen verandert de regelmaat van het geluid en verdwijnt het af en toe. Het is vaker te zien dat personen die door hun ziekte snel de aandacht verliezen tijdens het optreden juist aandacht en focus vertonen en reageren als de diva dichtbij komt. In Geldrop wordt dit een aantal keer door de aanwezige begeleider opgemerkt, die beter bekend is met het normale gedrag van de bewoners. Naast ontroering en focus ontstaat er ook plezier in de huiskamers. Er wordt in alle huiskamers meegetapt, gezwaaid, geneuried of gezongen. Veelal voelen bewoners zich op hun gemak, maar niet iedereen durft de dansvloer op te stappen. Een vrouw wordt een klein beetje overgehaald door de diva om op te staan en hand in hand met haar te dansen. “Ik krijg er rode wangen van”, roept zij ietwat schaamtevol, maar ze geniet er kennelijk toch van, want als de diva nog een keer naar haar toe komt staat ze uit zichzelf weer op. Er zijn meer bewoners die zich onzeker voelen over het zingen, hoewel de meesten nadat zij de kat uit de boom hebben gekeken toch mee gaan doen. “Dan mag je de deur wel dicht doen”, antwoordt een vrouw als ze wordt aangespoord mee te zingen, om vervolgens hard mee te zingen met Que Sera.

De sfeer in de huiskamers is bij elk optreden verschillend, maar blijkt erg belangrijk voor het slagen van de voorstelling. In sommige huiskamers ontstaat een

melige sfeer die vaak wordt aangewakkerd door een van de bewoners die de anderen daarin meeneemt. In zo'n sfeer lijkt er meer te worden gelachen en vrolijk te worden meegezongen. De muziekkeuze van de bewoners is dan vaak ook iets lichter, er wordt meer naar operette en Nederlandstalige nummers gevraagd. Er zijn ook huiskamers waar de sfeer iets rustiger en serieuzer is. In de meeste gevallen zitten hier bewoners die erg van klassieke muziek houden wat vaak een wat rustigere sfeer oproept. Hier is de sfeer er meer een van ontroering en ontspanning en valt er weleens iemand in slaap.

Doordat de sfeer zo verschillend kon zijn, ontstaat de indruk dat een optreden van Diva Dichtbij een heel sociale aangelegenheid is. Het viel op dat bewoners in sommige gevallen op elkaars reacties letten. Emotionele reacties bij anderen werden bijvoorbeeld overdreven gevonden. In andere gevallen lieten bewoners hun emoties de vrije loop en gaven zij ook aan dat het ze niets kon schelen wat anderen ervan dachten. Welke instelling er heerste in een huiskamer leek belangrijk voor het effect van de muziek op de bewoners en de mate waarin ze werden meegenomen in de voorstelling. De sfeer die ontstaat is altijd een samenspel tussen de diva en de bewoners.

4.4.2 Beschrijving van de onderzochte groep

Tabel 5. *Aantal onderzochte bewoners per verzorgingstehuis per Diva (N = 46)*

Diva		Aantal			Gem. leeftijd	SD
		Bewoners	man	vrouw		
Pieternel	de Eschpoort	7	4	3	83,0	7,2
	de Posten	8	1	7	82,4	4,9
	Totaal	15	5	10	82,6	5,7
Anja	Daelhoven	10	3	7	77,5	7,5
	Berkenheuvel	5	2	3	82,8	14,5
	Sammersburg	8	4	4	83,0	10,4
	Totaal	23	9	14	80,6	10,4
Gaudia	Houtens Erf	8	0	8	86,0	14,3
Totaal		46	14	32	82,0	9,9

In totaal zijn 46 bewoners geïnterviewd, verspreid over 6 verschillende huizen en 18 optredens in huiskamers of afdelingen (zie tabel 4). Hoewel al is beschreven dat het

onderscheid niet al te scherp is kunnen we stellen dat het merendeel van de bewoners van een somatische afdeling afkomstig was. In tabel 5 is te zien welke huizen er zijn bezocht, welke diva daar optrad en hoeveel mannen en vrouwen er per huis zijn geïnterviewd. Het valt op dat er over het algemeen meer vrouwen aanwezig waren, namelijk 32 tegenover 14 mannen. De gemiddelde leeftijd lag rond de 82 jaar. In tabel 6 is het aantal onderzochte medewerkers per verzorgingstehuis weergegeven.

Tabel 6. *Aantal onderzochte medewerkers per verzorgingstehuis.*

Huis	Aantal medewerkers /vrijwilligers
De Eschpoort	3
Berkenheuvel	3
De Posten	6
Sammersburg	2
Houtens Erf	1
Totaal	15

Niet in alle verzorgingstehuizen waren er tijdens het optreden medewerkers aanwezig, of was het voor de medewerkers mogelijk tijd vrij te maken voor het invullen van een vragenlijst. In de tabel is duidelijk te zien dat het aantal medewerkers dat de vragenlijst invult sterk verschilt per verzorgingstehuis.

4.4.3 Resultaten van de beoordeling van het optreden en effecten van het optreden voor de bewoners

De resultaten zijn opgedeeld in enerzijds beoordeling en participatie van het optreden (tabel 7) en anderzijds de effecten van het optreden (tabel 8). In tabel 7 zijn de vragen naar beoordeling en participatie gereduceerd tot een aantal variabelen en zijn de gemiddelden en standaardafwijkingen gegeven. De voorstellingen werden door de bewoners met het rapportcijfer van gemiddeld een 8 als goed beoordeeld. In de tabel is te

zien dat met name de diva door de bewoners zeer hoog werd beoordeeld. De participatie en het contact met de diva is ook over het algemeen positief.

Tabel 7. *Gemiddelde beoordeling van de voorstelling door de bewoners op een schaal van 1 tot 5.*

Variabele	N	m	SD
Beoordeling van de Diva (zang, betrokkenheid)	46	4,53	,38
Participatie tijdens het optreden (meezingen / dansen)	46	4,08	1,25
Contact met de Diva	45	3,58	1,38
Waardering muziek	45	4,62	,58
Raakte de Diva de juiste snaar?	45	4,11	,96
Nogmaals een optreden bijwonen	46	4,52	,84
Rapportcijfer optreden	46	8,03	1,02

Notitie: Schaal: 1= zeer slecht, 2=slecht, 3=niet slecht/niet goed, 4=goed, 5=zeer goed, op alle items behalve het rapportcijfer, hier is de schaal 1 tot 10.

Door middel van een ANOVA is nagegaan of er verschillen op de items te vinden zijn tussen de diva's. De ANOVA wijst echter uit dat er op geen enkel item een significant verschil te vinden is, wat betekent dat alle diva's ongeveer dezelfde hoge scores behalen. De hoogte van de scores is opvallend. Met name de beoordeling van de diva, en de mate waarin de bewoners nogmaals een optreden bij zouden willen wonen valt op. Daarnaast wordt de muziekkeuze erg gewaardeerd.

In tabel 8 staan de gemiddelden per item en subschaal van de effecten van de voorstelling weergegeven. De dikgedrukte effecten zijn de subschalen die zijn berekend uit de items die er direct onder staan. Voor de subschaal emotionele effecten is ook een onderscheid gemaakt in positieve en negatieve emotionele effecten. In paragraaf 4.4.5 is te lezen hoe deze subschalen precies zijn gecreëerd.

Tabel 8. Gemiddelde en standaardafwijking van de items en de subschalen van de effecten van de voorstelling bij de bewoners.

	N	m	s
Emotionele effecten			
positief**	44	3,09	,890
opluchting / verlichting	42	2,84	1,242
emotionaliteit	46	3,20	1,408
vrolijkheid*	46	1,69	,467
Negatief	42	1,54	,768
verdrietigheid	46	1,63	1,123
bezorgdheid	35	1,46	,852
Sociale effecten*	45	1,58	,398
meer praten met familie*	45	1,69	,468
meer praten met andere bewoners*	44	1,48	,505
Cognitieve effecten**	46	2,28	,579
alles beter op een rijtje*	41	1,27	,449
verwarring	41	1,10	,300
herinneringen*	46	1,57	,501
Fysieke effecten	43	3,34	1,90
ontspanning	41	3,63	1,178
energiek	42	3,29	1,274
Spirituele effecten**	46	3,77	,553
ik voelde me even ergens anders*	46	1,50	,506
bijzonder moment*	46	1,80	,401
innerlijke rust	41	3,37	1,178
Omgeving			
sfeer	45	4,49	,944

Notitie.;

* Tweepuntsschaal: 1=nee, 2=ja ; alle andere items: 1= helemaal niet eens, 2=niet eens, 3= niet eens / niet oneens, 4=eens, 5=helemaal eens

**Uitsluitend ten behoeve van de berekening van de subschalen zijn de vragen op tweepuntsschaal waar nodig omgevormd naar vijfpuntsschaal. Hierbij zijn de waardes: 1=2 en 2=4. Dit geldt voor de items vrolijkheid, alles beter op een rijtje, herinneringen, ik voelde mij ergens anders en bijzonder moment (zie § 4.4.5).

*** De variabele 'verwarring' (Likert-schaal) is voor de berekening van de subschaal 'cognitieve effecten' omgepoold. Een lage score voor verwarring behoort namelijk voor een hogere score op de cognitieve subschaal te zorgen (zie § 4.4.5).

In de tabel is te zien dat het effect op de subschaal 'omgeving' de hoogste score behaalt, met een gemiddelde van 4,49. Dit betekent dat de bewoners het gemiddeld eens zijn met de stelling dat de sfeer op de afdeling door het optreden verbetert, en dat velen het daar zelfs 'helemaal mee eens' zijn. Daarna zijn de sociale effecten het grootst. De gemiddelde score van de subschaal 'sociale effecten' van 1,58 op tweepuntsschaal is relatief hoger dan de score op spirituele effecten, wat daarna de hoogste score is. Dan volgen fysieke effecten, vervolgens de positieve emotionele effecten, gevolgd door de cognitieve effecten en ten slotte de negatieve emotionele effecten die de laagste score behalen en dus amper aanwezig zijn.

De sociale en spirituele effecten vallen dus het meest op door de hoge gemiddelde score. Wat betreft de subschaal 'sociale effecten' zien we op de twee bijbehorende items dat er over het algemeen meer gesproken wordt met familie en dat ongeveer de helft van de bewoners met andere bewoners over het optreden spreekt.

Bij de spirituele effecten valt met name de hoge score op het item 'bijzonder moment' op. We kunnen stellen dat het grootste deel van de bewoners 'ja' antwoordde op de vraag of zij het optreden als een bijzonder moment ervaren. Daarnaast gaf men aan het gevoel te hebben even ergens anders te zijn en wordt er over het algemeen iets meer innerlijke rust ervaren.

Fysieke effecten zijn er over het algemeen ook, de voorstelling wordt met name ontspannend bevonden. Daarnaast is te zien dat bewoners zich enigszins meer energiek voelen na het optreden.

Over het algemeen zijn de positieve emotionele effecten niet bijzonder uitgesproken, aangezien er gemiddeld niet eens / niet oneens wordt geantwoord. Het losse item emotionaliteit onder deze subschaal wijst wel enigszins in de positieve richting en over het algemeen wordt op het item vrolijkheid op de tweepuntsschaal 'ja' geantwoord.

Er zijn gemiddeld op subschaal geen positieve cognitieve effecten gevonden. Wel is te zien dat men niet verward raakte van de optredens en dat er bij meer dan de helft van de bewoners herinneringen naar boven kwamen.

Er zijn geen negatieve emotionele effecten gevonden. Mensen raken niet verdrietig of bezorgd van het optreden.

Om uit te maken of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen is er een onafhankelijke t-test uitgevoerd. Er zijn op twee items significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden bij $\alpha = 5\%$. Mannen ($M = 3.95$) worden onder andere emotioneler ($t(44) = 2.46, p = .018$) dan vrouwen ($M = 2.88, SD = 1.41$). Daarnaast hebben mannen ($M = 4.50, SD = .65$) meer contact ($t(42.38) = 3.46, p = .01$) met de diva's dan vrouwen ($M = 3.53, SD = 1.24$).

Daarnaast is door middel van een ANOVA gekeken naar de verschillen tussen de Diva's ($\alpha = 5\%$). Er zijn geen significante verschillen tussen de Diva's te vinden in de variabelen over de beoordeling van de optredens, wat betekent dat de voorstellingen ongeveer gelijk worden gewaardeerd ongeacht welke diva er optreedt. In de subschalen op emotioneel, sociaal, cognitief, fysiek, spiritueel en omgevingsniveau zijn ook geen significante verschillen gevonden tussen de drie diva's ook als we naar de losse items kijken zijn er geen belangrijke significante verschillen tussen de diva's te vinden.

4.4.4 Resultaten van de beoordeling van het optreden en effecten van het optreden voor de medewerkers

In de tabellen zijn de resultaten te zien van de antwoorden van de medewerkers op de vragen die zij beantwoordden over de bewoners.

Tabel 9. *Beschrijvende statistieken voor de beoordeling van de voorstelling door de bewoners volgens de medewerkers.*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Plezier / genot	15	5,00	,00
Betrokkenheid	15	5,00	,00
Contact	15	4,73	,46
Comfort / gemak	14	4,57	,65
Bijzonder moment	15	4,80	,41

In tabel 9 zijn de resultaten te zien van de beoordeling van de bewoners volgens de medewerkers. Er zijn op alle vragen behoorlijk hoge gemiddelden te zien, waardoor we kunnen stellen dat de medewerkers over het algemeen van mening zijn dat de bewoners veel plezier hadden aan de voorstellingen.

Tabel 10. *Geobserveerde emoties bij de bewoners tijdens het optreden door de medewerkers (N=15).*

Emotie	Frequentie	Percentage
geluk	9	60 %
ontroering	12	80 %
verdriet	1	6,7 %
vrolijkheid	14	93,3 %
somberheid	0	-
boosheid	0	-
angst	0	-
ontspanning	12	80 %
geen	0	-

In tabel 10 is te zien hoe de medewerkers antwoordden wanneer er gevraagd werd om aan te geven welke emoties zij observeerden bij de bewoners. Er is bijvoorbeeld te zien dat 14 medewerkers de bewoners over het algemeen vrolijker zagen worden en dat maar één medewerker verdriet opmerkte. Ook valt op dat ontroering en ontspanning vaak worden genoemd.

Tabel 11. *Beschrijvende statistieken voor de effecten van de voorstelling op de bewoners volgens de medewerkers.*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Emotionele effecten	11	2,95	,687
praten over emoties	11	3,09	,944
afdeling emotioneel	10	2,70	,675
Sociale effecten	15	3,56	,566
uit de schulp komen	11	3,82	,982
interactie tussen bewoners	9	4,11	,782
Interactie met medewerkers	11	3,36	1,027
praten over optreden	14	3,79	,975
communicatie gemakkelijker	14	3,07	,730
praten met familie	10	3,30	,823
Cognitieve effecten	13	2,81	,866
herinneringen ophalen	13	3,62	,961
Meer focus	10	2,50	,972
Optreden liet verwarring achter	11	1,91	,944
Omgeving	15	3,96	,537
energiek/sterke afdeling	11	3,36	,674
Verbetering sfeer afdeling	13	3,77	,439
<i>(Langdurig)</i>	<i>14</i>	<i>3,92</i>	<i>,954</i>
verandering op afdeling	8	3,12	,991
verandering in sfeer	8	3,00	,926
aanzien van het tehuis	12	4,33	,778
<i>Waardering omgeving</i>	<i>14</i>	<i>4,57</i>	<i>,550</i>
waardering van de familie	9	4,56	,726
wezenlijke aanvulling op de zorg	14	4,57	,514

Notitie: Schaal voor alle items: 1= helemaal niet eens, 2=niet eens, 3= niet eens / niet oneens, 4=eens, 5=helemaal eens.

Tabel 11 toont hoe de medewerkers de effecten van de voorstelling op de bewoners beoordeelden. Er is te zien dat de vragen over het algemeen vrij gemiddeld of net iets daarboven of eronder worden beantwoord. Het lijkt alsof de medewerkers op veel punten geen sterke verbeteringen zien, maar ook geen sterke negatieve mening hebben.

De hoogste scores op de subschalen zien we bij omgeving. Daarna is er een hoge score op sociale effecten gevolgd door emotionele en cognitieve effecten, welke niet bovengemiddeld scoren. Binnen de hoogst scorende subschaal 'omgeving' vinden we ook de hoogste score van alle items, namelijk op waardevolle aanvulling zorg. De medewerkers zijn het er gemiddeld sterk mee eens dat Diva Dichtbij een waardevolle aanvulling op de zorg biedt. Ook scoort de waardering van de omgeving hoog. De meeste medewerkers geven aan dat zij denken dat de omgeving, familie en partners van de bewoners de voorstellingen van Diva Dichtbij zeer waarderen. Bovendien speelt Diva Dichtbij een rol in het aanzien van het verzorgingstehuis en de (tijdelijke) verbetering van de sfeer op de afdelingen. Op de lange termijn zien de medewerkers geen sterke veranderingen in sfeer.

Daarnaast zijn er een aantal sociale effecten te noemen. Medewerkers geven aan dat er meer interactie tussen de bewoners plaatsvindt, er wordt over het optreden gesproken en bewoners komen uit hun schulp. Op cognitief niveau is voornamelijk te zien dat er herinneringen worden opgehaald door de bewoners, verder zien medewerkers geen cognitieve effecten. Het is opvallend dat medewerkers geen sterke emotionele effecten aangeven wanneer het gesprekken over emoties betreft of de emotionaliteit van de mensen op de afdeling. Tegelijkertijd zien we in tabel 10 dat het de medewerkers opvalt dat bewoners wel degelijk emotionaliteit vertonen bij het optreden. Kennelijk zijn er tijdens het optreden bij de bewoners wel emoties zichtbaar maar wordt daar niet meer gesproken over gesproken na het optreden.

4.4.5 Vergelijking bewoners en medewerkers

Op het gebied van de beoordeling van de diva is het belangrijkste resultaat dat de beoordeling van de bewoners bij het optreden over het algemeen zeer hoog ligt. De mate van participatie ligt tevens erg hoog. Het ziet er naar uit dat de voorstellingen van Diva Dichtbij gewaardeerd worden en de bewoners genieten van de zang en muziek. Ook de medewerkers zijn het hiermee eens.

Wanneer de resultaten op effecten van de voorstellingen bij de bewoners en medewerkers worden vergeleken zien we bij de medewerkers over het algemeen iets hogere scores. Er zijn echter zowel bij de bewoners als bij de medewerkers weinig subschalen te noemen die de negatieve kant op wijzen. Alleen op het gebied van cognitieve effecten wordt er bij zowel de bewoners als de medewerkers onder het gemiddelde gescoord ($M=2,28$ voor de bewoners, $M=2,81$ voor de medewerkers). Medewerkers en bewoners zijn het er dus niet mee eens dat er cognitieve effecten optreden. Verder zien we bij de medewerkers dat de score op emotionele effecten net onder het gemiddelde ligt.

In de resultaten worden een aantal emotionele effecten aangegeven door de medewerkers. De bewoners zelf geven voor namelijk aan vrolijk te zijn geworden van het optreden, en erkennen over het algemeen niet erg emotioneel te zijn onder het optreden. De resultaten van het observatieonderzoek en het onderzoek onder de medewerkers laat een iets ander beeld zien. Door de medewerkers wordt vrolijkheid veel genoemd maar wordt ook vaak ontroering opgemerkt. Het lijkt erop dat de medewerkers iets meer emoties opmerken dan de bewoners zelf. Dit kan wellicht komen doordat in de vragenlijst voor bewoners niet naar verdriet is gevraagd. De bewoners die ontroerd waren hebben dit niet kunnen aangeven omdat deze optie niet in de vragenlijst te vinden was. Daarnaast viel op tijdens het afnemen van de vragenlijst dat bewoners soms aangaven dat zij te nuchter waren of het 'overdreven' vonden om emotioneel te raken van muziek.

De sociale effecten zijn in beide vragenlijsten vooral terug te zien in vragen over de tijdelijke effecten na het optreden. Er wordt bijvoorbeeld met familie en andere bewoners meer gesproken over het optreden. Deze verbetering in interactie tussen de bewoners is ook terug te zien bij de antwoorden van de medewerkers. Ook zij geven aan

dat bewoners enigszins uit hun schulp komen. Overige sociale effecten zijn niet duidelijk aanwezig. Fysieke en spirituele effecten zijn voornamelijk aangegeven door de bewoners zelf, maar ook geobserveerd door de medewerkers. Op fysiek gebied wordt aangegeven dat men zich iets meer ontspannen voelt, dit merkt ook 80% van de medewerkers op. Op spiritueel niveau komen de medewerkers en bewoners overeen dat het optreden 'een bijzonder moment' is.

Effecten op de omgeving zijn voornamelijk beoordeeld door medewerkers maar ook de bewoners hebben een vraag met betrekking tot de sfeer beantwoord, waarop zij een zeer hoge score aangaven, de hoogste score van alle effecten. Ook de medewerkers zien een sterke verbetering. Zij hebben de veranderingen voor de omgeving tevens nog iets uitgebreider beoordeeld zoals in de resultaten te zien is, en hun antwoorden laten zien dat Diva Dichtbij een sterk positief effect heeft op de omgeving van de bewoners.

5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

5.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Onderhavig onderzoek richt zich op de vraag: Welke emotionele, sociale, cognitieve, fysieke en spirituele effecten hebben de voorstellingen van Diva Dichtbij op de bewoners van de verzorgingstehuizen en hun omgeving? Voordat we alle effecten volgens de vraagstelling behandelen, kijken we eerst naar de waardering van de optredens van Diva Dichtbij in het algemeen. De mate van waardering en participatie van de bewoners in het optreden kan een indicatie zijn voor de mate waarin het optreden effect heeft. Deze aspecten worden hierom ook in de samenvatting van resultaten genoemd.

De kwaliteit van de voorstellingen van Diva Dichtbij wordt zowel door de bewoners als de medewerkers van de verzorgingstehuizen zeer hoog beoordeeld. De bewoners voelen zich betrokken en comfortabel bij het optreden en er wordt veel geparticipeerd door middel van meezingen en dansen. Het contact met de Diva wordt gewaardeerd en de voorstelling zal door de meeste bewoners opnieuw worden bezocht. Zowel de bewoners als medewerkers geven aan dat het bezoek van Diva Dichtbij hen een 'bijzonder moment' bezorgt.

Wanneer we de effecten van Diva Dichtbij bekijken, zoals in de hoofdvraag geformuleerd, kunnen we stellen dat de effecten van de voorstelling het grootst zijn op de omgeving van de bewoners. De bewoners en medewerkers zijn het erover eens dat de sfeer op de afdeling tijdelijk verbetert na het optreden. Hoe lang dit duurt is niet bekend. Door de medewerkers wordt ook genoemd dat de voorstellingen door de familie van de bewoners worden gewaardeerd en dat Diva Dichtbij zorgt voor een goed aanzien van het verzorgingstehuis. Een zeer belangrijk resultaat is dat de medewerkers het sterk eens waren met de stelling dat Diva Dichtbij een waardevolle aanvulling vormt op de zorg.

Naast effecten op de omgeving zijn ook de spirituele effecten noemenswaardig. De bewoners geven aan even ergens anders te zijn en iets meer innerlijke rust te ervaren na het optreden. Naast het feit dat zowel de bewoners als de medewerkers aangeven dat

het optreden een 'bijzonder moment' is, valt ook in de observaties op dat er iets bijzonders gebeurt in het contact tussen de Diva en de bewoners.

Als laatste kunnen we spreken van fysieke ontspanning bij de bewoners als effect van het optreden en kunnen we stellen dat er door gesprek over de voorstelling meer interactie plaatsvindt tussen de bewoners onderling en hun familieleden en verzorgers. Wat opvalt is dat emotionele effecten voornamelijk terugkomen in de observaties van de medewerkers en de onderzoeker tijdens het optreden, maar dat emotionaliteit niet als effect na het optreden wordt aangegeven. Zo geven de bewoners aan dat zij niet zeer veel emotioneler zijn geworden en de medewerkers observeren dat er niet meer over emoties gesproken na het optreden dan daarvoor. Bovendien beschouwen zij de mensen van de afdeling na het optreden niet emotioneler na het optreden dan ervoor.

5.2 THEORETISCHE REFLECTIE

In de literatuur kwam allereerst naar voren dat muziek in staat is bijna iedereen, ongeacht zijn of haar situatie te raken (Sacks, 2008). Aan de hand van mijn impressies van de optredens van Diva Dichtbij in de verzorgingstehuizen kan ik dit bevestigen. Er is bijvoorbeeld te zien dat mensen die zeer doof zijn of door een vorm van afasie niet goed kunnen praten, meezingen of hun emoties kunnen uiten, toch aandacht vertonen zodra de zangeres dichterbij komt. Daarnaast geven medewerkers aan verschillende emoties op te merken bij bewoners (tabel 10). Ook het belang van live-performance zoals in het onderzoek van Bailey (1993) wordt benadrukt, wordt onderschreven. Er is te zien dat er een vorm van contact ontstaat tussen de diva en een bewoner zodra zij haar aandacht even specifiek op hem of haar richt.

De emotionele effecten die in de literatuur worden genoemd zoals het verbeteren van de gemoedstoestand (Gallagher et al., 2006, Guetin et al., 2009), zijn ook in het empirisch onderzoek terug te vinden. Er wordt met name aangegeven dat men vrolijk wordt van het optreden en in het geheel niet verdrietig of bezorgd. Over het algemeen genomen zijn er echter geen grote emotionele effecten na het optreden. De medewerkers geven aan dat er niet meer over emoties wordt gepraat na het optreden. Dit geeft aan dat

er geen sprake is van een sterke mate van emotionele ondersteuning van de muziek, zoals wel in de literatuur wordt beschreven (Munro & Mount, 1987, O'Kelly & Koffman, 2007, Gallagher et al., 2006)

Sociale effecten worden in de literatuur beschreven als het verbeteren van sociale interactie en sociale cohesie bij groepen (Cassity, 1976). In het observatieonderzoek viel op dat de groepen soms erg van elkaar verschilden en dat er vaak een individu binnen de groep bepalend was voor de sfeer. Er waren groepen waarbij individuen erg op elkaar letten en zich met elkaar bemoeiden, waardoor er minder vrijheid ontstond om emoties te laten zien en groepen waarbij het de individuen niets uitmaakte wat er van hen gedacht werd. In de vragenlijst werd de vraag of men na het optreden nog met andere bewoners zou napraten meestal met 'ja' beantwoord. Ook de medewerkers gaven aan dat er meer interactie tussen de bewoners plaatsvond, dat er enigszins werd gesproken over het optreden, en dat bewoners uit hun schulp kwamen.

Het cognitieve effect beperkt zich tot het enigszins ophalen van herinneringen door de bewoners, zowel de bewoners als de medewerkers geven dit aan. De bewoners voelen zich niet minder verward of meer gefocust na het optreden. Omdat de resultaten op dit niveau zo summier zijn kunnen we geen conclusies trekken over de verbetering van het cognitieve begrip van de 'zelf' bij de bewoners, zoals in de literatuur wordt aangehaald (Sacks, 2008).

Wat betreft fysieke effecten zien we dat er net als in de literatuur dat er sprake is van ontspanning (Krout, 2001). Dit wordt zowel door de bewoners zelf als de medewerkers aangegeven. De spirituele effecten zijn in zoverre aanwezig dat men het een bijzonder moment vond en soms het gevoel had dat men even ergens anders was, zoals ook in de literatuur wordt beschreven (Stein, 2004).

Als laatste zijn er in de literatuur effecten op de omgeving besproken. Het gaat hier om relaties tussen patiënten en hun familie en het aanzien van het verzorgingstehuis. In de literatuur wordt aangegeven dat deze effecten kwantificeerbaar moeten zijn willen ze bruikbaar zijn voor het bestuur van een verzorgingstehuis (Scholten, 2005). Verzorgers spelen een belangrijke rol bij het rapporteren van deze effecten en hebben in dit onderzoek aangegeven dat zij de voorstellingen van Diva Dichtbij een waardevolle aanvulling op de zorg vinden.

Het is belangrijk om op te merken dat het onderzoek niet plaats vond in een therapeutische setting. Dit onderzoek vond plaats in de setting van een muziekvoorstelling, de activiteit was een vorm van entertainment voor de bewoners en niet aangemerkt als een therapeutische sessie. Dit verklaart wellicht waarom we niet dezelfde mate van veranderingen zien, zoals die uit ander onderzoek naar voren komen (Krout, 2001, Gallagher et al. 2006, Guetin et al. 2009). In deze onderzoeken werden grote verschillen gevonden in mate van ontspanning en gemoeds toestand tussen patiënten die de therapie niet ondergingen en degenen die dat wel deden. Dat dergelijke grote verschillen in dit onderzoek niet zijn gevonden kan verschillende oorzaken hebben.

Ten eerste verschilt de methode van onderzoek sterk. Een voor-na meting of herhaalde meting kan resultaten opleveren waarin een duidelijk verschil is te zien tussen de verschillende meetmomenten. Omdat het in dit onderzoek aan de bewoners zelf is om de situatie voor de voorstelling met die erna te vergelijken kan het zijn dat er door hen minder grote verschillen zijn opgemerkt. De situatie na de meting kan immers wellicht hun persoonlijke perceptie van de situatie voor de meting kleuren.

Ten tweede kan er een verschil ontstaan door het ontbreken van een therapeutische setting van de voorstellingen van Diva dichtbij, vergeleken met de setting die werd gebruikt in de onderzoeken uit de literatuur. Wanneer de bewoners bijvoorbeeld duidelijk het idee hadden gehad dat zij deel zouden nemen aan een vorm van muziektherapie was hun verwachtingspatroon wellicht anders geweest. Misschien hadden deze verwachtingspatronen, bijvoorbeeld de verwachting dat met ontspannen of geëmotioneerd van de therapie zou raken, ook de uiteindelijke effecten op de bewoners gekleurd. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat patiënten met hogere verwachtingen ook grotere effecten zullen rapporteren en vice versa. Wanneer er echter geen duidelijke therapeutische setting bestaat en er geen verwachtingen aan de kant van de bewoners zijn zullen zij wellicht minder alert zijn op veranderingen in hun gemoedstoestand of gedrag. Bij observatie van het optreden en het afnemen van de vragenlijsten kwam dit een aantal keer voor. Bewoners gaven in onderhavig onderzoek bijvoorbeeld aan dat zij het 'overdreven' vonden emotionaaliteit te tonen bij muziek, terwijl duidelijk te zien was dat zij geraakt werden. In een therapeutische setting zou zo iets wellicht minder overdreven

worden bevonden omdat men verwacht op een bepaalde manier geraakt te worden, en zal men ook eerder geneigd zijn dit te rapporteren.

Wat ook op valt is dat de meeste onderzoeken die we in de literatuur tegenkomen slechts focussen op één soort effect. Het is echter belangrijk in te zien dat alle niveaus van effecten met elkaar te maken hebben. Wanneer de muziek of zang effect heeft op de herinneringen van iemand kan er bijvoorbeeld ook een effect op de emoties ontstaan. Wanneer er echter meerdere effecten worden bestudeerd ontstaan er problemen op het gebied van het verklaren van de effecten. Emotionele effecten kunnen vervolgens bijvoorbeeld weer als sociale effecten worden geïnterpreteerd. ‘Uit de schulp komen’ kan bijvoorbeeld als een emotioneel effect worden gezien omdat men meer emoties laat zien, maar ook als een sociaal effect omdat men meer emoties deelt met anderen. Bij het vinden van een oorzakelijk verband ontstaan ook problemen: komt men uit de schulp omdat men zich sociaal meer op zijn gemak voelt of omdat men emotioneel is geraakt? Wat is kortom de oorzaak van het effect? In dit onderzoek is het niet mogelijk geweest om de effecten zodanig te identificeren dat er harde uitspraken kunnen worden gedaan over de oorzaken van de effecten zoals we in de literatuur kunnen zien. De onderzoekers Guétin et al. (2008, 2009) concluderen bijvoorbeeld dat de muziektherapeutische U-techniek, waarbij het tempo van de muziek wordt gemanipuleerd ter ontspanning van de luisteraar, de oorzaak is van de ontspanning bij de patiënten die vervolgens voor de verbetering in gemoeds toestanden vermindering van bezorgdheid zorgt (Guétin et al. 2008, 2009). In dit onderzoek kan de precieze oorzaken van de effecten echter nog niet worden aangegeven.

5.3 METHODISCHE REFLECTIE

De vragenlijst is onder bewoners van zes verschillende verzorgingstehuizen afgenomen. Er hebben drie verschillende diva's opgetreden. De optredens vonden allen plaats in min of meer dezelfde omstandigheden, gelijk aan de omstandigheden waarin Diva Dichtbij gebruikelijk werkt. Het onderzoek is op alle locaties op dezelfde wijze in zijn werk gegaan. De bewoners die bij het optreden aanwezig waren zijn geselecteerd aan de hand

van de beoordeling van de medewerkers van het verzorgingstehuis en de onderzoeker of zij in staat waren de vragenlijst in te vullen.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is op verschillende manieren gewaarborgd. Allereerst is bij de vragenlijst nagegaan dat er minstens twee items zijn voor elke subschaal. Zo ontstaan er meerder metingen voor hetzelfde effect en wordt de invloed van een vraag die niet wordt ingevuld of niet goed wordt begrepen verkleind. Daarnaast is ervoor gezorgd dat de vragen zowel de positieve als negatieve kant op zijn gesteld. Tenslotte zijn de grootste deel van de vragen door de onderzoeker zelf aan de bewoners gesteld en ingevuld in de vragenlijst. Dit heeft als voordeel dat de onderzoeker controle heeft over het correct en volledig invullen van de vragenlijst. Er is echter wel meer ruimte voor de interpretatie van de onderzoeker. Soms is een zeer enthousiast antwoord van een bewoner door de onderzoeker als 'ja zeker', of 'helemaal mee eens' geïnterpreteerd, zonder dat de bewoner daadwerkelijk deze woorden heeft gebruikt. Omdat sommige bewoners zich niet altijd duidelijk verstaanbaar konden maken zijn enkele vragen op deze interpretatieve wijze door de onderzoeker ingevuld. Bovendien moet in de gaten worden gehouden dat wanneer de onderzoeker helpt bij het invullen het mogelijk is dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven of dat de onderzoeker de antwoorden onbewust in een bepaalde richting stuurt. Uiteraard is getracht deze invloed te minimaliseren door duidelijk te maken dat de antwoorden werden geanonimiseerd.

De interpretatie van de vragen op de vragenlijst verliep over het algemeen goed. Er zijn echter twee vragen waar een subtiel verschil in de vraagstelling niet altijd wordt opgemerkt door de bewoners. Dit viel met name op bij de vragen over 'innerlijke rust' (vraag 11) en 'rust/ontspanning' (vraag 15), en het verschil tussen lichamelijke ontspanning (vraag 18) en fysiek comfort (vraag 19). Bij vraag 18 en 19 was ook de schaal waarop antwoord moest worden gegeven onduidelijk. Tijdens het afnemen van de vragen viel op dat de bewoners er moeite mee hadden een cijfer van een tot tien te geven met betrekking tot hun lichamelijke ontspanning en fysiek comfort. Omdat zowel de vragen als de schaal voor de bewoners onduidelijk waren is besloten deze vragen niet mee te nemen in de berekeningen van de resultaten van dit onderzoek. Als laatste ontstond er een probleem bij de interpretatie van vraag 16. De vraag luidt 'na het

optreden was ik verdrietig en somber'. Deze vraag is verkeerd geformuleerd omdat hier eigenlijk ontroering wordt bedoeld, een emotie met een minder negatieve bijklank. Er is uiteindelijk voor gekozen om verdriet mee te tellen als negatieve emotie. Zodoende ontbreekt helaas het item 'ontroering'. Ondanks enkele problemen met interpretatie is de indruk van de onderzoeker dat de vragenlijst over het algemeen door de meeste bewoners begrepen is.

De validiteit van het meetinstrument heb ik getracht te waarborgen door de informatie uit het literatuuronderzoek, dat vooraf ging aan het empirisch onderzoek, te gebruiken bij het opstellen van de vragenlijst. In het literatuuronderzoek kwamen de vijf meest voorkomende niveaus naar voren waarop effecten van muziektherapie werden onderzocht. Deze sociale, emotionele, cognitieve, fysieke en spirituele effecten (Hilliard, 2005) zijn vervolgens verder onderzocht aan de hand van eerder empirisch onderzoek op deze gebieden (zie tabel 1). De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de informatie die naar voren kwam in de literatuur en de methoden van onderzoek die in eerdere empirische onderzoeken zijn gebruikt.

Ten slotte moet hier genoemd worden dat er in dit onderzoek eventueel sprake kan zijn geweest van een respons bias. Het is mogelijk dat medewerkers en bewoners de vragenlijst in hoge mate positief hebben ingevuld omdat zij Diva Dichtbij voornamelijk een zeer 'vermakelijk' project vinden in plaats van beoogde 'heilzame' effect. Bewoners en medewerkers die de voorstellingen simpelweg 'leuk' vonden konden dit vooroordeel, bewust of onbewust, mee laten wegen bij het invullen van het deel van de vragenlijst waarin expliciet naar lichamelijke of geestelijke gezondheid werd gevraagd. We zien inderdaad dat de voorstelling als geheel door de bewoners en medewerkers zeer positief werd beoordeeld, waardoor er sprake kan zijn van een invloed zoals die hierboven is beschreven.

5.4 CONCLUSIE

Uit onderhavig onderzoek kan worden opgemaakt dat de voorstellingen van Diva Dichtbij op verschillende niveaus effect hebben op de bewoners van verzorgingstehuizen

die de optredens bijwonen. Uit de data blijkt dat de bewoners genieten van de optredens en dat ook de medewerkers de voorstellingen waarderen als een aanvulling op de zorg. Voor de praktijk betekent dit dat het werk van Diva Dichtbij een toegevoegde waarde heeft voor het leven en welzijn van bewoners van verschillende verzorgingstehuizen in Nederland. Het is belangrijk dat er tijd en aandacht wordt besteed aan het voortzetten van het werk zodat meer bewoners de positieve effecten van de voorstellingen kunnen ondervinden. We hebben gezien dat de methode van Diva Dichtbij in vergelijking met intensieve muziektherapie relatief eenvoudig is. Dit maakt het interessant te investeren in een uitbreiding van de organisatie en het voortzetten van dit werk.

5.5 AANBEVELINGEN

Een studie naar personen met een lichamelijke of geestelijke beperking vergt zorg en aandacht voor de keuze van de methode en vorm van studie. Tijdens onderhavige studie bleek dat de vragenlijst in de meeste gevallen een geschikt middel was voor ondervraging, maar in een aantal gevallen leverde het ook problemen op. Een lange vragenlijst maakt mensen soms vermoeid en ongeconcentreerd, wat kan zorgen voor een verkeerde beantwoording van de vragen. Bovendien is het niet altijd duidelijk wat de bewoner bedoelt en blijft er relatief veel ruimte over voor de interpretatie van de gene die helpt bij het invullen. Daarnaast werd door de bewoners soms iets anders gerapporteerd dan wat eerder kon worden geobserveerd. Dit probleem is geprobeerd op te vangen door ook de medewerkers aan het woord te laten maar kan wellicht nog verder verminderd worden door vergelijkingen tussen nauwkeurigere observaties en antwoorden van de bewoners.

Om verdere uitspraken te kunnen doen over de effecten van de voorstelling is het noodzakelijk om een uitgebreidere vragenlijst te produceren. In sommige gevallen zijn de verschillen tussen de vragen en de effecten die zij meten erg subtiel, zoals bijvoorbeeld het verschil tussen innerlijke rust (vraag 11, spiritueel) en ontspanning/rust (vraag 12, fysiek). Het is dan mogelijk dat er door de respondent geen verschil wordt gezien tussen de mentale en fysieke rust die wordt bedoeld. Dit probleem kan worden voorkomen door

een langere vragenlijst waarbij meer vragen over hetzelfde effect worden gesteld. Wel moet in de gaten worden gehouden dat een langere vragenlijst ook een langere concentratie vereist voor degene die hem invult, wat problemen kan opleveren bij de doelgroep. Er wordt daarom aangeraden om zich in de vragenlijst slechts op een of twee effecten te richten. Door dit te doen kan ook dieper worden ingegaan op verschillende aspecten van hetzelfde effect. Zo kunnen bijvoorbeeld de aspecten 'identiteit' en 'terugkijken op het leven' van het cognitieve niveau verder worden uitgewerkt.

Onderhavige studie leunt sterk op de gedachte dat bewoners zelf in staat zijn de situatie voor het optreden met de situatie erna te vergelijken. Zo'n vergelijking zal uiteraard niet altijd even nauwkeurig zijn. Dit kan worden voorkomen door een studie uit te voeren waarbij de situatie voor en de situatie na het optreden met elkaar wordt vergeleken door op beide momenten een meting uit te voeren. Een voordeel van het ontbreken van de voormeting is echter dat mensen niet door deze meting beïnvloed kunnen worden en de lijst 'fris' in kunnen vullen.

Daarnaast ontbreekt in deze studie een uitgebreid onderzoek naar de werkwijze van Diva Dichtbij. Het is interessant om na te gaan of de effecten vergroten als Diva Dichtbij een verzorgingstehuis vaker per jaar bezoekt. Daarnaast is het nuttig dieper in te gaan op het aspect van de voorstelling waarbij er door de Diva contact wordt gemaakt met de bewoners. Het vermoeden is dat dit contact een grote rol speelt bij het effect van de voorstelling op de bewoners. Voor de voortzetting van het werk is het interessant uit te zoeken waar de voorstellingen mogelijk kunnen worden verbeterd. Als laatste is het met het oog op fondsenwerving en de praktijk van Diva Dichtbij nuttig te onderzoeken hoe Diva Dichtbij zich verhoudt ten opzichte van ander aanbod in entertainment en muziek voor ouderen in verzorgingstehuizen.

6. LITERATUUR

Baily, L. M. (1983). The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *The Journal of the American Association for Music Therapy*, 3, 17-28.

Berg, Mariël van den (1993). Gevoelens in de receptieve muziektherapie met depressieve patiënten. Doctoraal onderzoek, Universiteit Utrecht.

Blood, Anne J. en Zatorre, Robert J. (2001). Intensely Pleasurable Responses to Music Correlate with Activity in Brain Regions Implicated in Reward and Emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 98, 11818-11823.

Cassity, M. (1976). The influence of a music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness, and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 13, 66–76.

Chibnall, J.T., Videen, S.D., Duckro, P. N., Miller, D. K. (2002). Psychosocial – spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16, 331-338.

Chrysochoou, Xenia (2004). Cultural Diversity: Its Social psychology. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Cobussen M., en Welten, R. (1996). “Frank Sinatra, Michael Jackson. De magie van het idool” In Dyonisos danst weer. Essays over de hedendaagse muziekbeleving. Aalst: Agora uitgeverij.

Diva Dichtbij (2008). Aanvraag Nationale Zorgvernieuwingsprijs. 3-7.

Diva Dichtbij (2010). Retrieved March 5, 2010 from: www.divadichtbij.nl.

Frith, S. (1996). Music and Identity. In: Hall, S. en du Gray, P. (ed.), *Questions of Cultural Identity*, (pp.108-127). London: Sage Publications

Gallagher, L.M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M.D., LeGrand, S.B. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Cancer Care*, 14, 859-866.

Guétin, S., Soua, B., Voirot, G., Picot, M.C., Hérisson, C. (2008). The effect of music therapy on mood and anxiety –depression: An observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 30-40.

Guétin, S., Portet, F., Pico, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A.M., Cano, M.M., Lecourt, E., Touchon, J. (2009). Effect of Music Therapy on Anxiety and Depressoin in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 36-48.

Hilliard, R. E. (2005). Music Therapy in Hospice an Palliative Care: a Review of the Empirical Data. *eCAM*, 173-178.

Kubler Ross, E. (1971). What is it like to be dying? *The American journal of Nursing*, 71, 54-62.

Krout, R. E. (2001). The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American journal of hospice and Palliative Medicine*, 18, 383-390.

Krout, R. E. (2007). Music listening to facilitate relaxation and promote wellness: Integrated aspects of our neurophysiological responses to music. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 134-141.

Levitin, D.J. (2006) This is your brain on muzie: the science of a human obsession. New York: Plume.

Mc Dermott J. en Hauser, M. (2005). The origins of Music: Innateness, Uniqueness, and Evolution. *Music Perception*, 23, 29-59.

Munro, S. en Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *CMA Journal*, 119, 1029-1034.

Nayak, S., Wheeler, B., Shiflett, S., Agostinelli, S. (2000). Effect of Music Therapy on Mood and Social Interaction Among Individuals With Acute Traumatic Brain Injury and Stroke. *Rehabilitation Psychology*, 45, 274-283.

North, A. C., Hargreaves, D. J., & O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 255-272.

O'Kelly, Julian en Koffman, Jonathan. (2007) Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21, 235-241.

Ravid-Horesh R.H. (2004) "A temporary guest": the use of art therapy in life review with an elderly woman. *The Arts in Psychotherapy*, 31, 303-309.

Rentfrow, P. J., & Gosling, S. D. (2007). The content and validity of music-genre stereotypes among college students. *Psychology of Music*, 35, 306-326.

Rentfrow, P. J., & Gosling, S. D. (2006). Message in a ballad - the role of music preferences in interpersonal perception. *Psychological Science*, 17, 236-242.

Renz, M., Schütt Mao, M., Cerny, T. (2005). Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Support Care Cancer*, 13, 961–966.

Sacks, Oliver. (2008). *Musicophilia, Tales of music and the brain*. London: Picador.

Scholten, P. (2005). *Social return on investment*. Schagen: Fm State of the Art.

Swaab, Dick. (2009). Weer Baby. *NRC Handelsblad* 14-03-2009

Stein, A. (2004). Music, Mourning and Consolation. *Journal of the American Psychological Association*, 52, 783-811.

Tramo, M. J. (2001). Music of the Hemispheres. *Science*, 291, 54-57.

Włodarczyk, N. (2007). The effect of music therapy on the spirituality of persons in an in-patient hospice unit as measured by self report. *Journal of Music Therapy*, 44, 113-122.