



D.A.
BRÜNING

ZING VOOR JE LEVEN!

*Een muziektherapeutisch onderzoek naar de beïnvloeding van
eenzaamheidsgevoelens bij ouderen*

Creatieve Therapie, Muziek
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Studentnummer: 0609439

3 Juni 2010 | Begeleidster: Juliane Tissen

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	6
Hoofdstuk 1. Probleemstelling, Vraagstelling & Doelstelling	7
1.1. Probleemstelling	8
1.2. Vraagstelling	9
1.3. Doelstelling	9
Hoofdstuk 2. Eenzaamheid & Ouderen	10
2.1. Wat is eenzaamheid?	10
2.2. Oorzaken van eenzaamheid	10
2.4. Aanpak	11
2.5. Ouderen	13
Hoofdstuk 3. Muziektherapie	14
3.1. Wat is muziektherapie?	14
3.2. Muziektherapie in de ouderenzorg	14
3.3. Componententheorie van Hegi	15
3.4. Muziektherapie & Sociale relaties	17
Hoofdstuk 4. Zang	18
4.1. Zang, een helende geschiedenis	18
4.2. Wat gebeurt er als je zingt?	19
4.3. Hormonen	19
4.4. De stem	19
4.5. Zang en emoties	20
Hoofdstuk 5. Onderzoeksopzet	21
5.1. Onderzoekstype & Onderzoeksmethode	21
5.2. Voorfase & Oriëntatiefase	21
5.3. Diagnostische fase	23
Hoofdstuk 6. Praktijkonderzoek	24
6.1. Ontwikkelfase	24
6.2. Evaluatiefase	26
Hoofdstuk 7. Discussie	28
7.1. Beantwoording aan de vraag- & doelstellingen	28
7.2. Kritische terugblik op het onderzoek	28



7.3 Verklaring & Interpretatie van de resultaten	30
7.4. Het nieuwe werkmodel	34
7.4.1. Cliënt	34
7.4.2. Therapeut	36
7.4.3. Medium	37
7.4.4. Sfeer & Verbale aandeel	39
7.5. Oud vs. Nieuw; een vergelijking	39
7.6. Advies vervolgonderzoek	40
Hoofdstuk 8. Samenvatting	41
Literatuurlijst	42
Boeken	42
Artikelen	43
Internetbronnen	43
Overig	43
Bijlagen	44
Bijlage 1	45
Bijlage 2	46



Voorwoord

Ik zing als ik poets, ik zing onder de douche, ik zing als ik vrolijk ben, maar ook als ik me minder goed voel. Ik zing in de auto en tijdens de afwas. Ik zing sinterklaasliedjes en ik zing mee met de radio, ik zing als ik uit ga en ik joel mee met de carnavalskrakers als het weer zo ver is. Nu zing ik ook tijdens mijn werk, ik zing samen met kinderen en ik zing samen met ouderen.

Ik vind zingen heerlijk! Ook al klinkt het niet altijd even mooi, het klinkt als mij, ik hoor mijn eigen ik. Op deze manier kan ik me uiten, maar het kan me ook opfleuren wanneer ik slechte zin heb. Deze werking van zang heeft me gefascineerd. Zingen werkt genezend.

Zelf heb ik dit gedurende de opleiding ontdekt. Zingen vond ik altijd wel leuk om te doen, maar in de opleiding heb ik dit van een andere kant leren bekijken, de therapeutische en persoonlijke kant. Door meer met stem te werken, te improviseren en het zingen van liederen is zang een deel van mij geworden. Deze ervaringen hebben mij rijker gemaakt.

Tijdens mijn stage in het derde jaar van de opleiding heb ik deze werking leren toepassen in het werkveld. Ik was opnieuw verbaasd van de kracht die zingen heeft op het individu en de groep. Cliënten leefde op en de groep kwam tot leven. Door samen te zingen zijn er prachtige momenten en relaties ontstaan.

Ik heb in de stage de mogelijkheid gekregen om te experimenteren met dit gegeven en ervaring op te doen hiermee. Tegen het einde van de stageperiode was ik nog lang niet uit geëxperimenteerd met de helende werking van zang. Er was nog zoveel te ontdekken! Het afstudeerproject van de opleiding heeft mij de kans gegeven hier verder in te duiken en dit te onderzoeken. Ik heb het afstuderen beleefd met veel stress, veel plezier, slapeloze nachten en interessante ontdekkingen. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in deze scriptie waarin ik kon schrijven over mijn passies, zingen en muziektherapie.

Aan het begin van het vierde en laatste jaar van de opleiding heb ik zelf zanglessen genomen bij Huub Ehlen. Dit ten eerste om een technisch verantwoorde manier van zingen aan te leren. Omdat ik de laatste tijd zoveel aan het zingen was, dacht ik dat het wel slim zou zijn om dit op een manier te leren zodat het niet schadelijk kan zijn voor mijn stem. Toen deze lessen eenmaal begonnen waren, ontdekte ik een nieuwe dimensie in mijn stem. Door articulatie en expressie meer door mijn stem naar buiten te laten komen, ontdekte ik het effect dat de lessen op mijzelf hadden. Het contact met mezelf werd intenser en dit leverde een verdieping in de beleving op. Een gevoel dat je in je stem kruipt en dat je je stem wordt. Zo merkte ik maar weer, dat ik nog lang niet alles had ontdekt op het gebied van zang!

Afstuderen doe je niet alleen. Zo ook ik niet. Bij tijden was het voor mij een strijd om me er toe te zetten, om het af te maken en om de motivatie te vinden. Uiteindelijk is het me toch gelukt met hulp van mensen uit allerlei hoeken. Ook had mijn onderzoek niet plaats kunnen vinden zonder de hulp van een aantal mensen. Ik wil daarom even van de gelegenheid gebruik maken om deze mensen te bedanken.

Juliane, bedankt voor je fijne begeleiding en steun wanneer ik zelf niet meer geloofde dat het goed kwam. Je bent altijd bereid geweest om tijd voor me te maken en je hulp te bieden, mijn dank hiervoor is groot.

Gijs, ik wil jou bedanken voor je steun maar ook de nodige afleiding wanneer ik gek werd van mezelf! Heel fijn dat je wilde luisteren naar mijn twijfels en overdenkingen, je hebt me echt geholpen.

De klas, Steffi, Elise, Emma, Kristina, Eveline, Ramona, Tom en Gijsbert. Ontzettend bedankt voor de afgelopen vier fantastische jaren die we samen hebben gehad! Ik durf te zeggen dat het me zonder jullie niet was gelukt. Jullie hebben mij bijgestaan waar dat in jullie mogelijkheid lag. Het voelde als een vanzelfsprekende hulp en ik ben jullie allemaal meer dan dankbaar dat jullie mij dit gegeven hebben.

Eveline, in het bijzonder bedankt voor de dagen dat we samen hebben zitten knallen aan onze scripties bij jou thuis. Motiverend, gezellig en hard werken! Zonder jouw motiverende praatjes, hulp bij het schrijven en jouw omeletten en koffie was ik niet zo ver gekomen.

Ashley en stichting Ouderenwelzijn, ik heb bij jullie mijn onderzoek op een fijne manier kunnen uitvoeren. Ik heb de ruimte en vrijheid gekregen voor mijn onderzoeksacties en daar wil ik jullie heel erg voor bedanken. Ashley, bedankt voor je ondersteuning en hulp, vrijwilligers en cliënten, ik wil jullie bedanken voor je medewerking en gezelligheid.



Nina, je hebt veel voor me betekend tijdens de stage en nu met mijn onderzoek was je weer bereid te helpen. Ontzettend bedankt!

Pap, Mam en Merle, jullie hebben meer geholpen dan jullie denken. Misschien niet speciaal met deze scriptie, maar ik kan altijd bij jullie terecht voor steun in alles wat mij bezig houdt in mijn studie. Bedankt voor alles, ik hou van jullie!

Sriani en Ester, jullie hebben er mede voor gezorgd dat ik mijn stage succesvol heb doorlopen. Jullie hebben mij de kans gegeven mezelf te ontwikkelen tot therapeut, maar ook tot de persoon die ik ben. Jullie hebben mij de basis van mijn muziektherapeut-zijn gevormd en dat zal ik nooit vergeten. Bedankt voor jullie geduld met mij en de fijne samenwerking.

Fraukje, bedankt voor je motivatie en fijne hulp als ik het even niet meer zag zitten met het schrijven van deze scriptie. Je ziet, het heeft geholpen!

Huub Ehlen, bedankt voor de leerzame zanglessen. Je hebt me veel geholpen met het neerzetten van mijn eigen stem en het technisch verantwoord leren zingen, zodat ik mijn stem over 50 jaar nog kan gebruiken.

Alle docenten van de opleiding Creatieve Therapie in Heerlen, Myriam en Bianca, bedankt voor de afgelopen jaren, veel geleerd, veel gelachen, veel stress, veel goede ervaringen. Door de kennis en ervaringen die ik door jullie heb opgedaan, heb ik mijn opleiding succesvol kunnen afronden en deze scriptie kunnen schrijven. Al ging het verloop van mijn studie niet altijd van een leien dakje, jullie hebben me de kans en de hulp geboden om mezelf te ontwikkelen in mijn eigen tempo en op mijn eigen manier. Mijn dank is groot.



Inleiding

Deze scriptie begint met het hoofdstuk '**Probleemstelling, Vraagstelling & Doelstelling**'. Hierin vertel ik over mijn motivatie voor dit onderzoek, mijn eigen motivatie maar ook die van buitenaf. In de probleemstelling geef ik een beeld van het probleem dat ik wil onderzoeken. In de vraagstelling kom ik hierop terug met een passende onderzoeksvraag die voortkomt uit de probleemstelling. De doelstelling maakt duidelijk wat de doelen van mijn onderzoek zijn.

Hierop volgend een hoofdstuk over **eenzaamheid & ouderen**. Ik duik hier dieper in op het probleem. Ik geef een definitie voor het begrip, vertel over de oorzaken, de verschillende soorten eenzaamheid, de algemene aanpak en tot slot een informatief stuk over de levensfase 'Oudere' en de problemen die deze fase mogelijk met zich meebrengt.

Het derde hoofdstuk omvat het onderwerp **muziektherapie**. Eerst geef ik een korte uitleg van wat muziektherapie inhoudt en in het bijzonder muziektherapie met ouderen. Daarna volgt er een stuk over muziektherapie op sociaal gebied.

Na dit hoofdstuk volgt er een hoofdstuk over **zang**. Ik beschrijf de geschiedenis van de helende werking van zang en geef een uitgebreide uiteenzetting van wat er gebeurt in je lichaam wanneer je zingt.

Na deze vooral informatieve hoofdstukken volgt dan een uitleg van de **opzet van mijn onderzoek**. Ik behandel hierin de onderzoeksmethode en onderzoekstype. Ook geef ik hier een verslag van het voorwerk van mijn onderzoek. Grondig voorwerk vormt de basis van goed onderzoek. Ik beschrijf de voor- en oriëntatiefase en de diagnostische fase.

En dan het **praktijkonderzoek**. Dit vijfde hoofdstuk bestaat grotendeels uit de ontwikkelfase en de evaluatiefase die deel zijn van dit onderzoek. Dit geeft een uitgebreid beeld over de uitvoering van mijn onderzoek en op welke manier dit vorm heeft gekregen.

Het zesde hoofdstuk is de **discussie**. Dit onderdeel van de scriptie bevat de resultaten van het onderzoek en ik kijk kritisch naar het door mij verrichte werk. Verder koppel ik de gevonden resultaten met de literatuur en beschrijf ik het nieuwe werkmodel. Hierbij ook een sterkte-zwakke analyse van mijn onderzoek en doe ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

In de **samenvatting** geef ik in een notendop weer, het probleem, de vraagstelling, de acties, de resultaten en de conclusie van mijn onderzoek.

Na de samenvatting geef ik een opgave van de gebruikte **literatuur** en internetsites. Ook volgen de **bijlagen** hierop.



Hoofdstuk 1. Probleemstelling, Vraagstelling & Doelstelling

Gedurende mijn stage in de derde fase van de opleiding heb ik te maken gehad met verschillende doelgroepen in de ouderenzorg. Binnen stichting Valkenhof, te Valkenswaard, heb ik heel veel kennis en ervaring op kunnen doen op een fijne manier. Van alle doelgroepen die ik daar ben tegen gekomen was ik het meest onder de indruk van de groep ouderen op de dagbehandeling voor somatiek. Binnen deze groep cliënten heerste er een sfeer waarin ik me als een vis in het water voelde en daardoor heel veel heb kunnen leren over het vak en mezelf.

De groep bestond uit 6 cliënten die op dat moment revalideerden na een CVA of een andere niet aangeboren hersenaandoening. We zongen heel veel samen en ik stond versteld van de uitwerking die dit had op deze groep. Langzaamaan raakte ik ervan overtuigd dat zingen de helende kracht was in deze groep.

Ik heb veel gepraat met de cliënten van deze groep tijdens mijn stage. Op deze manier maakte ik ook kennis met het onderwerp eenzaamheid en ouderen. Dit onderwerp interesseerde mij vanaf de eerste minuut en heb toen ook besloten hier dieper in te duiken. Al snel wist ik dat ik hier meer over te weten wilde komen en zo mogelijk een plan te ontwikkelen om dit probleem aan te pakken d.m.v. mijn vak, muziektherapie. Met deze scriptie wil ik graag duidelijk maken dat het door mij verbeterde werkmodel een goede en werkbare manier van werken is. In dit hoofdstuk motiveer ik waarom ik voor dit onderzoek heb gekozen.

De zorg in Nederland verkeert in een financiële crisis. Door alsmaar opgelegde bezuinigingen van bovenaf moeten er effectievere, creatievere en goedkopere opties worden gecreëerd om toch de nodige zorg te kunnen bieden voor de cliënt.

Muziektherapie kan hierop insprijken. Door het creëren van een werkmodel dat effectief in een groep ingezet kan worden, is dit een goedkopere manier van hulpverlening die niet aan kwaliteit hoeft te verliezen.

Een andere reden waarom ik graag dit onderwerp wilde onderzoeken is

omdat tijdens mijn literatuurstudie bleek dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar eenzaamheid, ouderen en muziektherapie. Omdat deze doelgroep een snelgroeiende groep is, vind ik het van belang dat hier onderzoek in wordt gedaan binnen de vaktherapieën. Uiteindelijk is dit een mogelijkheid tot het creëren van een nieuwe doelgroep voor vaktherapie. Ik wil hier op deze manier een steentje aan bijdragen aan deze ontwikkeling.

Wanneer je een hogere leeftijd hebt bereikt (70 a 80) kun je net zoals in andere leeftijdsfasen last krijgen van eenzaamheidsgevoelens of depressieve gevoelens. De vernieuwde werkvorm die ik met dit onderzoek heb ontwikkeld krijgt vorm in het hier en nu. Dit houdt in dat er niet diepgaand wordt teruggekeken naar het verleden van de persoon. Van belang bij het werken met deze doelgroep vind ik respect hebben voor het leven van de cliënt en de keuzes die hij/zij daarin heeft gemaakt. De visie die ik heb gecreëerd door mijn ervaring met het werken met ouderen komt hierin duidelijk naar voren. Met deze therapievorm wil ik bijdragen aan de kwaliteit van leven van de oudere cliënt. Het is een effectieve maar ook prettige manier van therapie.

Deze vorm van niet diepgaand terugkijken in het verleden heeft ook te maken met mij als therapeut. Ik kan mij tot een bepaald niveau goed inleven in de cliënt, maar een feit blijft dat ik gemiddeld zo'n 60 jaar jonger ben dan de cliënt en mij niet geheel kan voorstellen hoe hun leven is geweest. Ik kan misschien niet begrijpen waarom iemand een bepaalde keuze heeft gemaakt in het verleden. Ik ben opgegroeid in een heel andere tijdsgeest waarin bijvoorbeeld de rolverdeling tussen man en vrouw heel anders is. Ik ben geboren in 1989, de meeste cliënten waren toen al lang en breed opa of oma. In mijn vernieuwde werkvorm speelt dit aspect ook een rol. Mijn leeftijd speelt een rol in mijn therapeut-zijn en mijn eigen vernieuwde werkvorm is daar mede door gevormd.



1.1. Probleemstelling

Het aantal ouderen in Nederland groeit. Het CBS voorspelt dat er in 2025 3.728.876 ouderen boven de 65 jaar zijn (CBS, 2009). Dit is meer dan 20% van de Nederlandse bevolking op dat moment. Deze groep heeft gemiddeld meer kans op lichamelijke ziektes en ongemakken door hun hoge leeftijd. Ook is de kans op eenzaamheid en sociaal isolement groter bij deze leeftijdsgroep dan bij mensen in een eerdere levensfase.

Hieronder volgt een kleine opsomming van cijfers en feiten over eenzaamheid in Nederland. Deze zijn verkregen van de internetsite www.ouderenfonds.nl.

- ❖ In Nederland voelt een miljoen ouderen zich vaak eenzaam (circa 33% van de 65-plussers), waarvan 200.000 zelfs extreem eenzaam. Volgens prognoses van het NIZW en CPB zijn er in 2010 zo'n 1,5 miljoen eenzame ouderen, waarvan er meer dan 310.000 extreem eenzaam zijn. (Bron: NIZW)
- ❖ Eenzaamheid verhoogt je bloeddruk, stressniveau en het risico op een depressie. Daarmee zijn deze gevoelens even slecht voor je gezondheid als roken of overgewicht. Vooral bij ouderen kan eenzaamheid gevaarlijk zijn, omdat zij sowieso al zwakker zijn. (Bron: onderzoek Professor Cacioppo 2009)
- ❖ Van alle 65-plussers woont ongeveer 40% alleen en van alle 75-plussers ongeveer 55%. Het meest eenzaam zijn alleenwonende ouderen die gescheiden zijn en weinig sociale relaties hebben. (Bron: SCP - Rapportage Ouderen 2006)
- ❖ 6,8% van de bewoners in zorginstellingen krijgt nooit bezoek. (Bron: Vilans 2007)
- ❖ 20% (420.000 ouderen) van de ouderen viert Kerst en Oud en Nieuw niet. Ruim 200.000 ouderen (10 % van de ouderen) in Nederland zitten tijdens de feestdagen zonder bezoek, een kwart van hen (48.000 ouderen) voelt zich hierdoor eenzaam. (Interview-NSS)
- ❖ Zelf actief blijven en bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen of deelnemen aan (laagdrempelige) activiteiten vermindert eenzaamheid en de kans op sociaal isolement (prof Jenny Gierveld, VU Amsterdam, 2009).
- ❖ Uit een longitudinale studie kwam naar voren dat ouderen die bij de eerste meting eenzamer waren, twee jaar later een slechtere gezondheid hadden dan ouderen die bij de eerste meting minder eenzaam waren. (Perlman, 1988, in Buijssen 2008)
- ❖ Ruim 15% van de 85-plussers is ernstig depressief. Bij driekwart van hen wordt de depressie niet herkend, waardoor behandeling achterwege blijft. 40% van de 55 plussers is 6 tot 8 jaar na de behandeling overleden aan de gevolgen van de depressie.

Eenzaamheid kan in allerlei opzichten ook ziekmakend zijn, zowel geestelijk als lichamelijk. Eenzame mensen blijken vaker last te hebben van en verminderd zelfrespect, een pessimistisch toekomstperspectief, depressieve klachten en angststoornissen. Veel voorkomende lichamelijk klachten zijn hoofdpijn, maagpijn, ademhalingsproblemen, slaapproblemen en gebrek aan eetlust, gekoppeld aan overmatige alcoholconsumptie en een bovengemiddeld gebruik van medicijnen zoals slaap- en kalmeringsmiddelen (Fokkema & van Tilburg, 2005).

Fokkema & van Tilburg beschrijven hier de problemen die eenzaamheid vaak met zich meebrengt. Het aantal ouderen in Nederland groeit enorm en daarmee dus ook het gemiddeld aantal klachten dat behandeld zal moeten worden.

Eenzaamheid bij ouderen aanpakken en behandelen is geen vorm van symptoombestrijding, maar juist de problemen bij de wortels aanpakken. Een voorbeeld: wanneer een oudere mede door zijn eenzaamheid slaapproblemen en ademhalingsproblemen krijgt, betekent dit voor de zorgverzekeraar veel extra kosten. Medicijngebruik stijgt, meer bezoeken aan artsen specialisten en ongemak voor de cliënt. Voor een zorgverzekeraar zullen de kosten zwaar wegen.

Muziektherapie in de vorm van zanggroepen gericht op sociale vaardigheden is hier een uitkomst voor.

Dit groeiende probleem vraagt om aandacht. Ik ben van mening dit probleem aan te kunnen pakken d.m.v. van muziektherapie en heb hier dan ook mijn onderzoek op gericht. De vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek werk ik verder in dit hoofdstuk uit. Informatie over ouderen en eenzaamheid volgt in de komende hoofdstukken.



1.2. Vraagstelling

Vanuit de onderzochte literatuur in mijn onderzoeksvoorstel ben ik gekomen tot een vraagstelling voor mijn onderzoek. Deze vraagstelling komt voort uit de probleemstelling. Hierin heb ik kort een beeld gegeven van de gebieden die te maken hebben met de vraagstelling. Mijn vraagstelling;

Hoe kan muziektherapie in de vorm van zanggroepen bijdragen aan de beïnvloeding van gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?

Ik heb voor deze onderzoeksvraag gekozen om verschillende redenen. Ten eerste heb ik gekozen voor de vorm van **zanggroepen** omdat ik van mening ben dat deze werkvorm effectief werkt binnen deze doelgroep. Daarnaast is zingen een van mijn grote passies en ben ik overtuigd van de genezende en helende werking. Ik wil deze kennis en ervaring graag verspreiden en er andere mensen kennis mee laten maken omdat het zo fijn kan zijn om te zingen en dit ook een manier is om problemen aan te pakken.

Eenzaamheid is een moeilijk begrip. Eenzaamheid beschrijft een gevoel, een zeer persoonlijke beleving. Dit gevoel kan voor iedereen anders voelen en meten hierin is evenzeer heel moeilijk. In het volgende hoofdstuk meer over eenzaamheid.

De uitwerking van de begrippen uit de vraagstelling staan verder in deze scriptie uitgebreid beschreven in verschillende hoofdstukken.

1.3. Doelstelling

Ik wil met mijn onderzoek een bijdrage leveren aan het preventief werken bij sociale problemen van ouderen d.m.v. muziektherapie.

Preventie in de gezondheidszorg is de laatste tijd een 'hot item'. Er wordt veel gesproken over de mogelijkheden van preventie en de kostenbesparing die dat uiteindelijk opbrengt voor de verzekeraar en de cliënt. Preventief werk is een groeiende tak binnen de gezondheidszorg en ik denk dat de vaktherapeuten hier niet stil kunnen blijven zitten. Dit is een mogelijkheid om een nieuw werkveld aan te boren en het zou niet wijs zijn deze mogelijkheid te laten schieten.

Dit onderzoek is een actiegericht ontwikkelingsonderzoek. Dit houdt in dat een situatie in de praktijk wordt onderzocht. Op deze manier heb ik de mogelijkheden onderzocht voor een beïnvloeding van eenzaamheidsgevoelens d.m.v. muziektherapie. Een preventieonderzoek was geen optie omdat dit project te groot zou zijn voor de gegeven beperkte tijd.

Anderzijds is ook de groep ouderen een groeiende tak binnen de doelgroepen. In de probleemstelling heb ik een beeld geschept van de ernst van dit probleem. Dit probleem in combinatie met de eerder genoemde preventiezorg creëert een nieuwe specifieke doelgroep voor vaktherapeuten en onderzoek hierin is daarom een must.

Ik wil met dit onderzoek ook een advies kunnen uitspreken voor verder onderzoek op dit gebied. Zoals al eerder genoemd is naar mijn mening onderzoek op dit specifieke gebied nodig door de groeiende doelgroep. Met dit onderzoek wil ik een begin maken in de kennis over dit onderwerp.

Uiteindelijk verwerk ik al mijn bevindingen in mijn vernieuwde werkmodel. Deze doelgroep interesseert mij erg en ben dan ook van plan meer te gaan werken in deze doelgroep. Toen ik aan dit onderzoek begon had ik een werkmodel dat ik hier inzette. Dit was gevormd door ervaringen in mijn stage en eerdere werk, feedback van stagebegeleiders en docenten op de opleiding. Het doel van mijn onderzoek was het onderzoeken van dit werkmodel en waar nodig experimenteren, uitproberen en aanpassen om zo de effectiviteit te vergroten. Dit levert mij zelf een vernieuwd werkmodel op waarnaar ik handel binnen therapie met deze doelgroep. Dit is van belang om de problemen van de cliënten zo goed mogelijk aan te pakken.

Ook al blijft een behandelproduct voor dit werkmodel uit, ik lever toch een bijdrage aan het werken met ouderen die last hebben van eenzaamheidsgevoelens. Een behandelproduct zou een creatie kunnen zijn na een actiegericht ontwikkelingsonderzoek, maar in de gegeven tijd voor het afstudeerproject was dit niet realiseerbaar.

De relevantie van mijn onderzoek voor de beroepsgroep heb ik zo vorm gegeven, dat een vaktherapeut die werkt/gaat werken met deze doelgroep, deze scriptie kan lezen en hierdoor naar eigen wens aanpassingen kan maken in zijn/haar therapeutische houding en/of manier van werken.



Hoofdstuk 2. Eenzaamheid & Ouderen

2.1. Wat is eenzaamheid?

Eenzaamheid is een breed begrip. De definitie die in Nederland in het algemeen voor wetenschappelijk onderzoek wordt gebruikt is:

Eenzaamheid is het subjectief ervaren verschil tussen aanwezige en gewenste contacten. (Rijks, 2008).

Eenzaamheid is een gevoel en dus moeilijk meetbaar. Wanneer het begrip een definitie krijgt, betekent dat niet dat iedereen die zich eenzaam voelt, zich hetzelfde voelt. Jeanette Rijks is voor het boek 'De kracht van eenzaamheid' (2008), op zoek gegaan naar een definitie voor dat gevoel. D.m.v. het lezen van wetenschappelijke definities, uitspraken, ervaringen, gedichten en onderzoeksverslagen, heeft zij een omschrijving gevormd die vele aspecten van eenzaamheid bevat. Jeanette Rijks ziet eenzaamheid als een verdrietig gevoel van leegte en het gaat gepaard met gevoelens van angst en machteloosheid. Het wordt op tal van manieren uitgedrukt als een gevoel van niet verbonden zijn met de anderen, met de wereld.

Ik vind dat deze definitie een duidelijk beeld geeft van het ervaren gevoel. Deze hou ik dan ook in mijn achterhoofd wanneer ik spreek over eenzaamheid. Omdat eenzaamheid en het eenzaam voelen zo'n individuele beleving is, is er ook geen standaard oplossing voor dit probleem. De oorzaken van eenzaamheid kunnen heel divers zijn, bij de een ontstaat dit door een ervaring in de jeugdige leeftijd, bij de ander is het een deel van de persoonlijkheid en een derde persoon voelt zich eenzaam door verlies van bijvoorbeeld een partner. Het nader bekijken van de mogelijke oorzaken is van belang om het begrip en het gevoel van eenzaamheid te kunnen begrijpen.

2.2. Oorzaken van eenzaamheid

Uit literatuur over eenzaamheid blijkt dat er veel verschillende oorzaken bestaan, waardoor eenzaamheid ontstaat. Deze zijn in te delen naar oorzaken die bij het individu liggen, oorzaken die liggen in het contact van iemand met andere mensen en oorzaken die liggen in de maatschappij (Lindemann, 1996).

Bij **intra-individuele oorzaken** worden zaken bedoeld die alleen kunnen worden toegeschreven aan het individu. Bijvoorbeeld: doofheid, niet mobiel zijn, incontinentie, geldgebrek, gebrek aan sociale vaardigheden e.d..

Lichamelijke oorzaken die ten grondslag liggen aan de eenzaamheid hebben ook vaak te maken met schaamte. Schaamte voor het niet meer in staat zijn zaken zo te aan te pakken als altijd gewend was. In 15% van de gevallen wordt de oudere gezond oud, bij 85% doen zich problemen voor op lichamelijk en/of cognitief gebied (Smeijsters, 2006). De kans op eenzaamheid door deze soort oorzaak is dus groot.

Wanneer de oorzaak ligt in het contact met anderen, zijn dit **interindividuele oorzaken**. Denk hierbij aan verhuizing, scheiding en overlijden. Als oudere zul je hier onvermijdelijk mee te maken krijgen. De kans dat vrienden en familie in deze leeftijd overlijden is groot. Ook deze vrienden en familieleden kunnen terecht komen in verzorgingshuizen. Dit geldt ook voor de desbetreffende oudere. Hierdoor wordt elkaar opzoeken moeilijker.

Bij **maatschappelijke oorzaken** gaat het om de invloed die maatschappelijke factoren hebben op het gemak waarmee mensen contact kunnen leggen met anderen. Maatschappelijke factoren die contact vermoeilijken zijn bijvoorbeeld; de beeldvorming over minderheden (ouderen, alleenstaanden, allochtonen), verminderde solidariteit tussen mensen, toenemend individualisme enzovoort. Een vierde soort oorzaak is die van zingeving, betekenisgeving aan het leven. Wanneer iemand met pensioen gaat, kan deze persoon bijvoorbeeld moeite hebben met rolverlies. Het verdwenen dagelijkse contact met collega's kan gevoelens van nutteloosheid veroorzaken (Linneman, van Linschoten, Royers, Nelissen en Nitsche, 2001).



2.3. Soorten eenzaamheid

Een andere indeling in eenzaamheid die je in de literatuur veel tegenkomt, naast de oorzaken, is de indeling in verschillende soorten; interpersoonlijke, intrapersonlijke en existentiële eenzaamheid. Wanneer men spreekt over eenzaamheid in het algemeen, wordt daar vaak **de interpersoonlijke eenzaamheid** mee bedoeld; het ontbreken van intieme en/of sociale contacten. Eenzaamheid wordt daarbij beschouwd als een ziekte die wordt gevoed door onze welvaartsmaatschappij; mensen die niet beschikken over voldoende sociale vaardigheden, of mensen die een dierbare verliezen, lopen in onze samenleving een groot risico op vereenzaming. Als er geen of een heel klein persoonlijk netwerk is, staat eenzaamheid om de hoek te wachten (Rijks, 2008 p.8).

Intrapersonlijke eenzaamheid heeft te maken met een vervreemding van zichzelf, van de innerlijke krachten. Je voelt dat niet meer op jezelf kunt rekenen of vertrouwen.

Ten derde de **existentiële eenzaamheid**. Het gevoel van een onoverbrugbare kloof tussen de persoon en de anderen, de wereld. Het is een onoverkomelijke eenzaamheid die Rijks (2008) heel mooi vergelijkt met de geboorte. Moeder en kind worden gescheiden en dit kan nooit meer ongedaan gemaakt worden. Hoe je je ook verbonden voelt met de ander, de ultieme verbondenheid zul je niet meer ervaren.

Eenzaamheid kan **situationeel zijn of chronisch**. Deze heeft te maken met de duur van de eenzaamheid. Wanneer je naar een andere woonplaats verhuist, kun je je eenzaam voelen doordat je niemand kent. Deze situatie kan veranderen doordat je mensen ontmoet in deze woonplaats, en de eenzaamheid verdwijnt. Bij chronische eenzaamheid staan de eenzaamheid en de situationele invloeden los van elkaar. De eenzaamheid zit dieper verankerd in het leven van de persoon en wordt niet beïnvloed door bijvoorbeeld het kennis maken met nieuwe mensen. Er bestaat (nog) geen eenduidigheid in de literatuur over hoelang iemand eenzaamheid moet voelen om als chronisch beschouwd te worden.

De laatste onderverdeling in eenzaamheid die ik noem is het verschil tussen **sociale en emotionele eenzaamheid**. Sociale eenzaamheid is het gevoel dat je contacten met anderen mist, maar emotioneel wel aan je trekken komt. Je hebt bijvoorbeeld een gelukkige relatie, maar daarbuiten mis je de vaardigheid contact te leggen met anderen of deze contacten te onderhouden. Emotionele eenzaamheid betreft het gebrek aan intieme contacten. Dit kan een partner zijn, maar ook een goede vriend waarbij je je hart kan luchten, je ervaringen mee deelt of die een arm om je heen legt. Dit houdt in dat je je ook eenzaam kunt voelen in een relatie. Wanneer je emotioneel gezien niet aan je trekken komt bij je partner, kun je je eenzaam voelen in je relatie. Soms nog eenzamer dan wanneer je alleen leeft (Rijks, 2008).

2.4. Aanpak

Er is laatste jaren veel ontwikkeling geweest in de aanpak van eenzaamheid. Ik zal hierbij vooral in gaan op eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Er bestaan talloze scholingen voor hulpverleners en vrijwilligers, cursussen en projecten voor de (potentieel) eenzame oudere. Hier volgt een greep daaruit om een beeld te creëren van de verschillende interventies op het probleem.

Computerlessen

Op verschillende plaatsen worden er voor senioren computerlessen georganiseerd. Dit omdat de ouderen van nu niet zijn opgegroeid met computers zoals jeugd van nu. Veel zaken kunnen geregeld worden met de computer en met internet, het verbreedt communicatiemogelijkheden en informatiebronnen worden veeleer bevordert. Zelfredzaamheid, zelfstandigheid en communicatie worden hier mee bevordert.

Welzijnsinstellingen

Stichting Ouderenwelzijn Brunssum is een voorbeeld van een stichting die voorzieningen, activiteiten en diensten aanbiedt om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen.



Voorbeelden hiervan zijn;

- Recreatieactiviteiten (schilderen, schaken, gezelschapsspellen, zingen, sjoelen, creatieve middag e.d.)
- Diensten (maaltijdservice, belastinghulp, voetverzorging, bloedafname, spreekuur ouderenadviseur, strijkservice, apotheekbezorgingen)
- Sport (volksdansen, zumba, jeu de boules, yoga, gymnastiek e.d.)
- Voorlichtingen (gezondheidsvoorlichting, veiligheid in en om het huis, seniorenvoorlichting)
- Educatie (bibliotheek, cursussen als geheugentraining, kennismaking met kunst, bouwen aan zelfvertrouwen)

Samen eten

Op het gebied van samen eten worden door veel organisaties en stichtingen projecten georganiseerd waarbij ouderen 's middags samen komen om gezamenlijk een warm bord te nuttigen. Dit gebeurt door het hele land met als doel dat de oudere onder de mensen komt, er op uit gaat en om een goede maaltijd binnen te krijgen. Voorbeelden van stichtingen die projecten als dit organiseren: Stichting Ouderenwelzijn Brunssum, Tafeltje-dek-je, Stichting Ouderen Welzijn West Friesland. Deze laatstgenoemde organiseert ook 'Samen koken, samen eten', hierbij wordt eerst gezamenlijk gekookt, waarna onder het genot van de maaltijd bijgepraat kan worden.

Vriendschapscursus

Vilans is een organisatie die staat voor innovatie en kennis op het gebied van langdurige zorg. Binnen het innovatieprogramma 'Welzijn voor ouderen' organiseren zij verschillende projecten en cursussen om het welzijn van ouderen te vergroten. Hieronder valt bijvoorbeeld de vriendschapscursus voor vrouwen. Het doel van deze cursus is het bevorderen van vriendschap en het verminderen van gevoelens van eenzaamheid. Hier volgt een korte omschrijving van de cursus.

Vrouwen in de leeftijdsgroep vanaf 55 jaar hebben soms door omstandigheden geen eigen vriendenkring opgebouwd. Veel vrouwen komen door het verlies van hun partner, door echtscheiding of door het stoppen van hun werkzame leven alleen te staan. De kans op vereenzaming is dan aanwezig.

In de Vriendschapscursus wordt ervan uitgegaan dat oudere vrouwen op verschillende manieren ondersteuning kunnen gebruiken met betrekking tot het aangaan en onderhouden van vriendschappen. Vriendschappen kunnen een bron van gezelligheid vormen voor het dagelijks leven. Met een vriendin als gezelschap gaat een sociaal leven open; zonder een vriendin is de stap naar buiten toe soms veel moeilijker.

(<http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=68056>)



2.5. Ouderen

In Nederland en in de literatuur wordt je beschouwd als 'Oudere' wanneer je de leeftijd van 65 hebt bereikt. Rond deze leeftijd begint de ouderdom. Deze periode wordt omschreven als de derde en vierde levensfase bij elkaar (Smeijsters, 2006).

Rond het zestigste levensjaar (derde levensfase) komt aan je werkzame leven een eind, je krijgt te maken met veel vrije tijd, eventuele kleinkinderen en in veel gevallen met lichamelijke achteruitgang (Rögels, 2004). Dit alles leidt tot een heel andere indeling van het leven dan tot nu toe gewend was. Je ziet niet meer elke dag dezelfde collega's waar je een praatje mee kunt maken en door lichamelijke achteruitgang kun je niet meer in de auto springen om koffie te gaan drinken bij een vriend of vriendin.

Rond grofweg het vijfenzeventigste levensjaar, de vierde levensfase, is de kans groter op verandering in de gezondheidstoestand, de cognitieve functies en kan men meer zorgafhankelijk worden (Smeijsters, 2006). Denk bijvoorbeeld aan vergeetachtigheid, dementie, hartproblemen, rolstoelafhankelijkheid e.d..

In deze levensfase zijn er veel factoren die ervoor kunnen zorgen dat je wordt beperkt in je mogelijkheden tot communicatie en sociale interactie. Hier enkele voorbeelden:

- Door achteruitgang van het gehoor is telefoneren moeilijker geworden en kun je niet meer zo makkelijk communiceren in een drukke ruimte.
- Door het slechter worden van het gezichtsvermogen durf je niet meer de straat op uit angst voor wat er kan gebeuren.
- Door verlies van mobiliteit ben je afhankelijk van anderen om de deur uit te gaan (familie, vrienden, hulpverleners e.d.).
- Het rolstoelafhankelijk zijn zorgt ervoor dat je niet meer zo makkelijk de deur uit gaat. De drempel wordt letterlijk groter.
- Het hebben van hartproblemen zorgt ervoor dat je minder inspanning kan leveren. In zo'n geval is het mogelijk dat een middagje winkelen met je dochter niet meer kan.

Eenzaamheid kan in elke levensfase voorkomen. De kans op het ervaren ervan neemt echter toe naarmate men ouder wordt (Lindemann, 1996). Volgens prognoses van het NIWZ en het CBP zijn er rond 2010 1,5 miljoen eenzame ouderen in Nederland.

Een belangrijke factor in het ontstaan van eenzaamheidsgevoelens is de leefsituatie. Ouderen die samenleven met een partner voelen zich minder eenzaam dan ouderen die alleen wonen (Dugan & Kivett, 1994). Een ander soort leefsituatie waar eenzaamheid vaak de kop op steekt is het leven in een verzorgingshuis. Je verhuist van je oude vertrouwde omgeving naar een nieuwe, onbekende leefsituatie. Het hieraan gewend raken vraagt veel flexibiliteit in aanpassingsvermogen. Hoe ouder je bent, hoe moeilijker dit wordt.

Daarnaast speelt het hebben van een vertrouwensrelatie een rol. De aanwezigheid van een persoon waarmee op een vertrouwelijke wijze kan worden omgegaan vermindert ook de kans op eenzaamheidsgevoelens.

Aan vertrouwensrelaties bouw je je hele leven. Denk zelf maar eens aan een relatie met een goede vriend en hoe deze tot stand is gekomen. Daar zit waarschijnlijk heel wat bloed, zweet en tranen in! Als je een steeds hogere leeftijd bereikt, is het onvermijdelijk dat een deel van deze vertrouwensrelaties wegvalt. Dit kan zijn door bijvoorbeeld verhuizing, scheiding, de lichamelijke/cognitieve toestand van een persoon of een overlijden. Dit alles maakt de kans groter dat de afwezigheid van een vertrouwensrelatie kan voorkomen. Het hebben van een vertrouwensrelatie kan een grote rol spelen in het verminderen van de kans op eenzaamheid.



Hoofdstuk 3. Muziektherapie

3.1. Wat is muziektherapie?

Muziek vervult in vele levens een belangrijke rol. Je luistert naar de radio, naar cd's, je zingt en beweegt op muziek, je kan huilen maar ook intens genieten van muziek. Op deze manier kan muziek je ook beïnvloeden. Denk maar aan een jingle van een reclame die in je hoofd blijft zitten of de ontspannende en rustgevende muziek in de wachtkamer van de tandarts.

Muziek heeft ook de kracht in zich om je diep te raken, je te emotioneren. Muziek die aanwezig was op belangrijke momenten in je leven zul je niet snel vergeten. Zo zal ik de liederen die werden gespeeld op een begrafenis of tijdens een huwelijksmis van dierbaren nooit vergeten!

Muziektherapie maakt gebruik van deze invloeden en effecten van muziek en maakt daarbij een vertaling naar de gezondheidszorg. Hoe kun je muziek zo inzetten om een bepaald effect (therapeutisch doel) te bereiken bij een cliënt (www.nvmt.nl).

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor dans- en bewegingstherapie, psychomotorische therapie, dramatherapie, beeldende therapie en muziektherapie. Muziektherapie is hier dus een onderdeel van.

De definitie die ik hier geef voor muziektherapie is afkomstig uit 'Het beroepsprofiel van de muziektherapeut' (1999).

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen.

3.2. Muziektherapie in de ouderenzorg

De ouderenzorg is in meerdere doelgroepen onder te verdelen. Binnen muziektherapie kan er gewerkt worden aan verschillende problemen die het ouder worden mogelijk met zich meebrengt. Grofweg zijn kun je de doelgroepen onderverdelen in ouderenpsychiatrie, psychogeriatric en de overige doelgroep, die ik hier de zorgvragende oudere noem.

Ouderenpsychiatrie

Deze doelgroep omvat ouderen met psychiatrische problematieken. Vaak zijn dit bij ouderen problematieken met depressieve klachten (Smeijsters, 2006). Muziek kan een ontlokker zijn om het praten over belangrijke gebeurtenissen weer op gang te helpen (Baerends, Vink & Werger, 2004 in: Smeijsters, 2006). Jochims (1992) beschrijft in Smeijsters (2006) dat ouderen, wanneer zij terugkijken op hun leven, te maken kunnen krijgen met onverwerkte gevoelens. Het is mogelijk dat zij een rouwproces doormaken en onverwerkte conflicten herbeleven. Als gevolg daarvan kunnen zij te maken krijgen met depressieve en angstige gevoelens. Muziek is niet alleen in staat om de gebeurtenis her te beleven, maar ook kan muziek het gevoel van die gebeurtenis terugbrengen. Op deze manier is het mogelijk gevoelsmatig dit proces te beleven en te verwerken. Muziek biedt de veilige ruimte om dit te kunnen doen.

Probleemgebieden die in de ouderenpsychiatrie veel voorkomen zijn:

- ❖ Stemmingsstoornissen, waaronder depressie
- ❖ Angststoornissen
- ❖ Psychotische stoornis

Psychogeriatric

Psychogeriatric is het onderdeel van geneeskunde dat zich bezig houdt met de aandoeningen in de geestelijke en cognitieve vermogens (psyche) van een persoon op hogere leeftijd (geriatric). In de praktijk houdt dit in dat men zich bezighoudt met de cognitieve beperkingen van veelal vormen van dementie. Voorbeelden hiervan zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, dementie met



Lewy bodies en de ziekte van Pick. Problemen die dementie met zich mee kan brengen betreffende de persoon zijn;

- ❖ Emotionele en stemmingsproblematiek, waaronder angst
- ❖ Identiteitsproblematiek
- ❖ Gedragsproblematiek
- ❖ Sociale en communicatieve problematiek
- ❖ Specifieke problematiek zoals cognitief disfunctioneren

(Smeijsters, 2006)

Uit heel wat onderzoeken, studies en praktijkervaringen is gebleken dat het muzikale geheugen bij mensen met dementie langer intact blijft dan het niet muzikale geheugen (Norberg, Melin & Asplund, 1986; Broersen, De Groot & Jonker, 1995; Aldridge & Aldridge, 1992 in: Smeijsters, 2006). Muziek kan ook een middel zijn om herinneringen, ervaringen en gevoelens uit het verleden weer terug te halen. Het aanraken van die gevoelens gaat bij mensen met dementie sneller dan bij anderen. Dit komt omdat het limbische systeem, waar de emoties van de mens zich bevinden, ook langer blijft behouden dan het cognitieve gedeelte. Een muziektherapeutische behandeling biedt dan ook de mogelijkheid om deze emoties te reguleren of te kanaliseren (Smeijsters, 2006).

Over het algemeen gezien is het met muziektherapie mogelijk, die vaardigheden aan te spreken waarover de dementerende nog wel beschikt. Op deze manier kan hij/zij nog contact ervaren wanneer spreken al niet meer mogelijk is.

De zorgvragende oudere

Met deze categorie bedoel ik de oudere cliënt die hulp nodig heeft, maar niet valt onder ouderenpsychiatrie of psychogeriatrie. Voorbeelden hiervan zijn een oudere cliënte die na het overlijden van haar man moeite heeft met de verwerking daarvan of een cliënt die aangeeft eenzaam te zijn en hier uit wil komen. Probleemgebieden waarbij muziektherapie kan een bijdrage kan leveren zijn bijvoorbeeld;

- ❖ Laag zelfbeeld, zwak zelfvertrouwen
- ❖ Achteruitgang in sociale vaardigheden
- ❖ Achteruitgang in cognitieve vaardigheden
- ❖ Verwerkings- en acceptatieproblematiek
- ❖ Eenzaamheidsgevoelens
- ❖ Gevolgen van een hersenaandoening (bijvoorbeeld afasie)
- ❖ Rouwproblematiek
- ❖ Stervensbegeleiding

Muziektherapie krijgt hier vorm in een groep of individueel. Dit hangt grotendeels af van het probleem van de cliënt en de mogelijkheden tot het vormen van een groep. Je kunt je voorstellen dat dat in instellingen als verzorgingshuizen gemakkelijker gaat dan bij thuis- en ver uit elkaar wonende ouderen. De therapie richt zich bij zorgvragende ouderen vaak op het omgaan met bepaalde gevoelens/situaties, het aanleren van nieuw gedrag of krijgt een zingevend karakter.

3.3. Componententheorie van Hegi

Fritz Hegi (1946) is een Zwitserse muziek- en psychotherapeut die in 1986 de muzikale componententheorie. Hij studeerde linguïstiek, sociaalpedagogiek en psychologie aan de universiteiten van Hamburg en Zürich. Hij is hoogleraar kunst en pedagogiek aan de universiteit van Zürich. Verder heeft hij sinds 1980 een eigen praktijk voor muziek- en psychotherapie te Zürich, is hij muzikant en schrijver.

In de componententheorie beschrijft hij de muzikale componenten; ritme, klank, dynamiek, vorm en melodie en koppelt deze aan een diagnostische en therapeutische dimensie binnen een improvisatie (Hegi, 1986, 1996, 1998, Smeijsters, 2006).

Binnen deze diagnostische en therapeutische dimensie koppelt Hegi eigenschappen, stoornissen en betekenissen aan deze muzikale componenten. Diagnostisch gezien wordt naar elke component afzonderlijk geluisterd wat er aan de hand is met deze. Dit wordt wel tegen de complete achtergrond



geplaatst van alle componenten; een persoon kan volgens Hegi niet onderverdeeld worden in deeltjes (stoornissen en symptomen). Dit reductionisme, het behandelen van deeltjes, heeft geen plaats in zijn theorie. In een behandeling komen alle componenten aan bod en de therapie richt zich erop een nieuw evenwicht te creëren in deze componenten om zo de psychische problemen te beïnvloeden. Elk component heeft dus zijn werking, effect en uiting op de psyche. Hieronder geef ik een beeld van de inhoud van elk component.

Ritme

Ritme is leven. Ritme bestaat uit herhaling en is een natuurlijk verschijnsel. Ademen, hartslag, pols, alles wat natuurlijk is aan je lichaam, heeft ritme. Ook de natuur heeft met de wisseling van jaargetijden, eb en vloed, dag en nacht, leven en dood een herhalend ritme. Voor je geboorte heb je er al mee te maken, de hartslag van de moeder en het heen en weer wiegen in de buik (Hegi, 1996). In de muziek heeft ritme te maken met de polariteiten van beweging en rust. Hierin kunnen storingen optreden die te maken hebben met indelen, plannen en structureren (Smeijsters, 2006). Ritme biedt structuur. Hegi ziet bijvoorbeeld het heen en weer wiegen van autisten als een ritmische compensatie voor het gebrek aan waarneming van structuur. Verder kan ritme een verbindend element zijn in de muziek. Het brengt niet alleen mensen, maar ook het gedrag van de mensen samen.

Verder legt Hegi verband tussen ritme en de volgende psychische problemen:

- ❖ Stresssymptomen
- ❖ Verliezen van hoop
- ❖ Anorexia & Boulimie
- ❖ Stoornissen in energie als slaapstoornissen en depressiviteit
- ❖ Alleen gelaten worden & vergeten worden

Klank

Dit component is volgens Hegi verbonden met gevoelens, affecten en emoties. Klanken roepen gevoelens op en deze gevoelens worden omgezet in klank. Hieraan relateert Hegi problemen in het blokkeren en vermijden van gevoelens en de psychosomatische expressie van gevoelens (Smeijsters, 2006).

Een overeenkomst tussen klank en gevoel is; de klank laat zich niet pakken, vastleggen, je kunt hem alleen maar voelen. Een klank is net als een gevoel met woorden te omschrijven, maar daarmee leg je de kern niet vast. Dat is gevoel.

Hegi vergelijkt klank en de mens op een heel mooie manier. De zieke mens is te vergelijken met een ontstemd instrument. Het is de taak van de therapeut deze ontstemde snaar te vinden en weer op de juiste trilling te brengen.

De klank van een stem vertelt veel. Communicatie verloopt veelal non-verbaal. Je haalt meer informatie uit de manier waarop iemand iets zegt dan wat hij zegt. Klank heeft hier veel mee te maken.

Dynamiek

De sterkte van het geproduceerde geluid heeft te maken met de wil en de wens. Wanneer je boos bent wil je dat laten horen en de gevoelige mens is geneigd zacht te spelen. De tegenoverstaande krachten van luid en zacht, snel en langzaam kunnen een gedraging uitbeelden.

Dynamiek staat niet alleen voor het geluidsniveau, maar voor alle dynamieken in de muziek.

Tegenstellingen die met elkaar botsen als snel en langzaam, lieflijk en agressief e.d.. Deze dynamiek vindt je ook terug bij mensen wanneer zij bijvoorbeeld van mening verschillen. Als er een ruzie ontstaat, muzikaal of verbaal, verandert de dynamiek in de groep.

Vorm

Met vorm verwijst Hegi niet naar de muziektheoretische vormenleer als rondo en fuga, maar naar de geometrische vormen zoals cirkel, veelhoek, spiraal, vierhoek, driehoek en hun symbolische betekenissen. Therapeutisch gezien zijn de driehoek en de spiraal interessant vindt Hegi. De driehoek staat voor chaos, orde en toeval en weerspiegelt daarmee de therapeutische relatie en improvisatie (Smeijsters, 2006). De spiraal staat voor de voortdurende verandering in het proces. In de therapie kiest de cliënt voor een vernieuwde vorm. Deze vorm vormt zich door zelfervaring en problemen die hij tegenkomt.



Melodie

Melodieën drukken meningen en overtuigingen uit, maar ook de geschiedenis van de spelende persoon. Wanneer een persoon een melodie improviseert, zegt dat iets over wat de hij wilt zeggen, duidelijk wilt maken. Hierin zijn dan ook de problemen te horen die de persoon heeft met het uiten van mening of het zeggen van wat hij duidelijk wil maken.

Melodie is cultuurgebonden, net zoals in de taal verschillende opvattingen cultuurgebonden zijn.

Indische toonladders klinken in Westerse oren niet logisch, maar in India klinkt dit als vanzelfsprekend. Een Westers slaapliedje heeft meestal een neergaande melodielijn, dit ervaren wij als rustgevend. In andere delen van de wereld kan dit weer anders zijn.

3.4. Muziektherapie & Sociale relaties

Muziek heeft een samenbindende kracht. Wanneer twee mensen samen muziek maken, zitten zij niet alleen in hetzelfde ritme en spelen dezelfde melodie, er komt een samenspel tot stand.

In de literatuur ben ik op zoek gegaan naar onderzoeken en studies op het gebied van zang en invloeden daarvan op sociaal gebied. Daarin ben ik uiteenlopende doelgroepen en vormen van zanggroepen tegengekomen. Deze laten allen een positieve invloed zien van zang op het sociale gebied. Hier volgt een overzicht van mijn bevindingen.

Zingen kan een doeltreffend middel zijn om verbondenheid met anderen te ervaren. De ervaring deel uit te maken van een groep en de ervaring zichzelf in contact met een andere te ervaren dragen hier aan bij. Uit een onderzoek onder vrouwen blijkt dat de vrouwen die vaak zingen (alleen of in een groep) een sterkere sociale oriëntatie blijken te hebben dan degenen die niet zingen. Dit betekent dat de zingende vrouwen sterker sociaal verantwoordelijk, hulpvaardig en menslievend zijn (Adamek, 2003).

Clift & Hancox (2001) hebben een survey uitgevoerd met enquêtes aan de leden van een universiteitskoor. Uit het onderzoek bleek dat de deelnemers een verrijking merkte op emotioneel, sociaal, spiritueel en psychisch niveau.

In het artikel 'Amateur Group Singing as a Therapeutic Instrument' van Davidson & Bailey (2003) beschrijven zij een onderzoek naar de invloed van zingen in een koor op het leven van dakloze mannen. Waar de mannen voorheen geplaagd werden door emotionele, maatschappelijke en sociale problemen, verslavingen, onsuccesvolle relaties en ongelukkige levensomstandigheden, werden deze aanzienlijk milder sinds de aansluiting bij het koor. Bailey & Davidson wijten dit vooral aan de sociale interactie en sociale verantwoordelijkheid die gecreëerd wordt door dit koorzingen.

'Silver Song Club Project' is een kwalitatieve studie naar de invloed van zingen bij ouderen (Skingley, A. & Bungay, H. 2010). Voor het onderzoek kwam de groep van 17 thuiswonende ouderen een keer per maand bij elkaar en zong bekende en onbekende liederen met elkaar. De bevindingen in dit onderzoek zijn; verbetering van psychische en fysieke gezondheid, een vergrootte sociale interactie, cognitieve stimulatie, en verbetering in het algemeen welzijn. Een ander belangrijk aspect in de groep was het hebben van plezier tijdens de sessies.

In een controlled trial onderzoek van Cohen e.a., (2006) wordt het effect van zingen bij ouderen onderzocht. Een jaar lang worden beide groepen gevolgd, de controlegroep zingt 30 weken lang een keer per week, de controlegroep doet andere activiteiten. Deze groepen zijn aan het begin gemeten op het gebied van psychische en fysieke gezondheid. Na een jaar laat de zingende groep grote veranderingen zien op de depressie- en eenzaamheidsschaal, en ook een vermindering van andere gezondheidsproblemen.



Hoofdstuk 4. Zang

4.1. Zang, een helende geschiedenis

Muziek geneest. Bij de oude Grieken (3000 jaar v.Chr.) was dit besef al aanwezig. Zij maakte in toneelstukken gebruik van stemexpressie om zo het verhaal te verduidelijken. Ook Aristoteles en Plato zagen deze toneelstukken en filosofeerden over de verbinding tussen deze stemexpressie en de menselijke emoties. Aristoteles stelde dat het publiek dat aanwezig was bij de toneelstukken, de emoties beleefde alsof het hun eigen waren (Newham, 1999).

In de Griekse mythologie zijn geneeskunde en muziek letterlijk broer en zus. Aesculapius, de uitvinder van de geneeskunde, en de Muses, 9 goddelijke figuren die worden gezien als de uitvinders van muziek, zang, poëzie en andere kunstvormen, zijn kinderen van Apollo. Hun krachten om te zorgen voor de gezondheid van de mens werden als gelijken beschouwd. Daarnaast had Apollo nog een zoon, Orpheus. Hij is de bewaarder van de geheimen van de helende kracht van muziek en zang (Newham, 1999).

Later in de oude Griekse beschaving werden er, geïnspireerd door Pythagoras (±500 v.Chr), verbindingen gemaakt tussen 'de principes van muziek' (ritme, dynamiek, melodie, klank) en de psyche van de mens. Zij meenden dan ook dat 'de juiste muziek' een ziel tot rust kon brengen en 'de verkeerde muziek' de ziel verwarring en woede kon brengen (Newham, 1999). Dit idee vormt de basis van de componententheorie van Hegi (1997).

De kennis van de helende kracht van muziek en zang was in veel verschillende culturen intuïtief aanwezig (Bossinger, 2005). Door de eeuwen heen zijn er vele zangers geweest die door de wereld trokken om mensen te genezen met hun stem en muziek. Een bekende vorm hiervan is de troubadour die rond 1100 in Frankrijk zijn intrede deed. Waar de betekenis van de troubadour in eerste instantie 'een genezer' was, is dit met de jaren tot een beroep gegroeid dat meer de vorm kreeg van een entertainer. Muziek, dans en feest! Het besef van de genezende kracht van muziek en zang ging daarbij steeds meer verloren (Newham, 1999).

Een andere reden voor dit verloren gaan komt vanuit de hoek van de kerk. De kerk heeft in het begin van haar ontstaan veel gebruiken overgenomen uit de toenmalige cultuur. Een daarvan was zang. In de loop der tijd zag de kerk de zangstem als een mooie manier om het woord van God te verkondigen. Om deze reden moesten de stemmen getraind, geoefend en zo mooi mogelijk zijn. Zo ontstaan de eerste zangscholen, Scola Cantorum, later het conservatorium zoals wij het kennen (Newham, 1999). Mede door deze scholen werd zang meer en meer een kunstvorm.

Waar zang en muziek begon als manier van emoties uiten en genezen, ging deze kennis verloren door het waardeoordeel dat eraan werd gegeven als kunstvorm. Pas in de laatste paar decennia is er weer aandacht voor deze werking van zingen. Resultaten uit verschillende onderzoeken tonen aan dat zingen een harmoniserende, stressverminderende en regulerende werking heeft. Dit geldt niet alleen voor beroepszangers, maar vooral voor amateurs (Bossinger, 2005).

In onze westerse cultuur ligt nog steeds de nadruk op het prestatie-zingen. Zang wordt bijna altijd beoordeeld. Wat doe jij als je op de bank 'Idols' zit te kijken? Precies, je beoordeelt de kwaliteit van de zang. Wat de zingende persoon voelt of wat hij aan ons wil zeggen met zijn lied, maakt ons dan niets uit.

Naast het kwaliteitsoordeel in zang in onze cultuur ook nog iets wat verbindt. Op feesten dansen mensen op het ritme van de muziek, zingen samen in een koor, zingen 'Lang zal ze leven' op een verjaardag, zingen samen op school en zittend rondom de kachel zingen we samen sinterklaasliedjes op 5 december. Al met al, muziek en zang zit diep geworteld in onze cultuur en samenleving. Het feit dat zang ons al ruim 5000 jaar samen brengt in goede en slechte tijden geeft denk ik aan, dat het ook nooit zal verdwijnen.

Ook de aandacht die er laatste decennia weer is voor de helende werking van zingen belooft veel goeds.



4.2. Wat gebeurt er als je zingt?

Wanneer je zingt gebruik je je lichaam. Je lichaam wordt je instrument. Omdat zingen en je lichaam onafscheidelijk zijn, geef ik hier een kort overzicht van wat er in je lichaam gebeurt als je zingt. Je lichaam wordt je klankkast. Wanneer je een toon produceert hoor je die toon en voel je hem in je lichaam. De trillingen die ontstaan voel je soms zelfs tot in je onderbuik. Op deze manier wordt je bewuster van je lichaam en kom je er mee in contact.

4.3. Hormonen

Veel wetenschappelijke onderzoeken hebben uitgewezen dat wanneer iemand zingt er veranderingen optreden in de hormoonspiegel.

Hormonen zijn chemische stoffen die aangemaakt worden door het lichaam. Een kleine hoeveelheid hiervan heeft een groot effect op verschillende lichaamsprocessen (Zimbardo, 2005).

Zingen leidt tot een verhoogde productie van oxytocin. Dit hormoon wordt anders aangemaakt tijdens de geboorte door de moeder en tijdens seks en andere lichamelijke aanrakingen in het latere leven. Oxytocin heeft verschillende effecten; het kalmeert en het maakt euforisch. Ook heeft het invloed op hartfrequentie, bloeddruk, vermindert het angstgevoelens, versterkt het immuunsysteem, kan agressief gedrag voorkomen en stress verminderen. Oxytocin versterkt sociale binding.

Het zingen van lange of lage tonen heeft een ontspannende, stressverlagende werking. De cortisone-spiegel in het bloed wordt verlaagd. Cortisone is de stof die het lichaam aanmaakt om in stresssituaties te kunnen vechten of vluchten. Een voortdurend hoge cortisone-spiegel heeft een negatieve uitwerking op cognitieve functies.

Tijdens het zingen wordt het hormoon melatonine in grote getale aangemaakt. Deze zorgt voor een slaapbevorderende en rustgevende werking. Vandaar dat het soms onvermijdelijk is om te gapen als je heb gezongen.

Endorfine heeft een pijnstillende werking. Ook leidt het tot een positieve stemming, vandaar dat endorfine ook wel het 'gelukshormoon' wordt genoemd. Door de aanmaak van dit hormoon kan zingen worden gezien als pijnstillend en gelukkig makend.

Mannen beschikken over het hormoon testosteron, ook wel het 'agressiehormoon' genoemd.

Wanneer mannen zingen daalt de testosteronspiegel.

Immunoglobuline A is een antistof die door het lichaam wordt aangemaakt ter versterking van het immuunsysteem en het afweermecanisme tegen infecties. Ook deze stof wordt aangemaakt door te zingen (Adamek, 2003).

4.4. De stem

Je stem is uniek. Niemand heeft dezelfde en je vrienden kunnen je eraan herkennen. De klank van een stem wordt gevormd door verschillende factoren.

Laten we beginnen bij de ademhaling. Zonder adem geen stem. Om geluid uit je keel te krijgen moet er lucht van binnen naar buiten tussen de stembanden heen geperst worden. Deze stembanden bevinden zich in het strottenhoofd in je keel. De stembanden worden in trilling gebracht door de lucht die er tussendoor stroomt. Die trilling is de basis voor het geluid van je stem. De lengte van je stembanden en de spanning die erop staat vormen de toonhoogte. Stembanden van mannen zijn gemiddeld dikker en langer dan die van de gemiddelde vrouw. Mannelijke stembanden bewegen ook trager waardoor de stem lager klinkt.

De basis van de stem is er nu, maar hoe kom je aan die unieke klank, die klank die alleen jij hebt? De trillingen die je produceert door lucht door je stembanden te persen hebben ruimte nodig. De trillingen maken gebruik van holtes in en rondom hoofd en hals, bijvoorbeeld de keel-, neus- en mondholte. Op die manier wordt je eigen lichaam je klankkast. De grootte van de holtes en de mogelijkheid deze bewust in te zetten bepalen voor een groot deel de klank, de grootte van je stem. Zo wordt een stem als scherp en fluitachtig beschreven wanneer de holtes minder gebruikt worden en een stem wordt als warm en vol betiteld wanneer deze holtes ruim worden gemaakt. Hoe meer holtes je gebruikt wanneer je zingt, hoe warmer en voller de klank.



4.5. Zang en emoties

Iedereen heeft ze, maar wat zijn het eigenlijk? Emoties zijn er in allerlei soorten en maten. Wijsman (2001) omschrijft een emotie als: 'Een psychische en/of lichamelijke reactie die ontstaat door interne of externe prikkels, die je als gunstig of schadelijk ervaart voor je eigen belangen.' Emoties kun je zien als het resultaat van interpretatie van waarnemingen van een persoon, waarnemingen van buitenaf of van binnenuit. Anders gezegd, een emotie is pure reactie die optreedt wanneer je iets waarneemt dat je eigen belangen raakt.

Zang is in staat emoties op te roepen en in de menselijke stem zijn emoties duidelijk hoorbaar. De stemklank is niet alleen een weerspiegeling van emoties, maar maakt ook deel uit van de emotie.

Zingen blijkt een goede methode om je meer bewust te worden van je eigen emoties en door te zingen kunnen deze duidelijker worden en mogelijk veranderen. Zingend kan de mens in de emotie duiken en op deze manier een afstand creëren (Hochgürtel, 2006).



Hoofdstuk 5. Onderzoeksopzet

5.1. Onderzoekstype & Onderzoeksmethode

'Via ontwikkelingsonderzoek wordt gewerkt aan het tot stand brengen van 'nieuwe' zorgplannen, handleidingen, werkwijzen, instrumenten, plannen van aanpak, behandelingen, agogische interventies, programmering, activiteiten of methodieken. Soms betreft het een bestaande situatie die moet worden herzien, moet worden herontworpen en aldus verbeterd. Vaak gaat het om het maken van een geheel nieuw ontwerp. Het uiteindelijke construeren of ontwikkelen van een nieuwe werkwijze is geen onderzoeksactiviteit. Het is in wezen een creatie activiteit. Maar onderzoek speelt wel een belangrijke rol in de ontwikkeling of in het maken van het ontwerp.' (Migchelbrink, 2007)

Omdat ik in mijn onderzoek een nieuwe manier van werken wil uit proberen om te werken aan beïnvloeding van eenzaamheidsgevoelens bij ouderen, past dit **onderzoekstype** bij mijn vraagstelling. Het uiteindelijk ontwikkelen van een behandelproduct is qua tijdsplanning onhaalbaar. De gegeven drie maanden voor het afstudeerproject zijn daarvoor ontoereikend. Mijn onderzoek blijft een ontwikkelingsonderzoek omdat ik in wezen wel een manier van werken ontwikkel. Alleen het eindproduct (een creatie activiteit) blijft uit.

'Bij een ontwikkelingsonderzoek gaat het om het door middel van onderzoek ontwikkelen en verbeteren van het (eigen of andermans) beroepsmatige handelen. Ontwikkeld wordt bijvoorbeeld een observatieschaal, indicatiestelling, werkwijze, behandelproduct enzovoort. Het ontwikkelingsonderzoek gaat verder dan inventariseren omdat door analyse en integratie nieuwe kennis tot stand komt.' (Smeijsters, 2005)

De vraagstelling die ik geformuleerd heb, vraagt om een onderzoek dat gericht is op het verkrijgen van kennis uit de praktijk en het ontwikkelen van een inzicht dat er nog niet is. Ik wil namelijk onderzoeken hoe de therapievorm met zanggroepen voor ouderen ingezet kan worden om het beoogde resultaat te halen. Hiervoor is onderzoek in de praktijk aan de orde, **actiegericht onderzoek** (Migchelbrink, 2007). Deze **onderzoeksmethode** past bij de door mij geformuleerde vraagstelling.

De focus van mijn onderzoek ligt op de ontwikkelfase. In deze fase staat centraal het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situatie of het huidige handelen (Migchelbrink, 2007). In eerdere fases, de voor-, oriëntatie- en diagnose fase zijn al ideeën voor het verbeteren genoemd, maar in de ontwikkelfase wordt dit pas onderzocht. Omdat het in dit onderzoek gaat om actiegericht praktijkonderzoek, is dit onderzoeken van nieuwe mogelijkheden van belang. Dit leidt uiteindelijk tot het nieuwe werkmodel.

De uitvoering van de onderzoeksacties bij actiegericht ontwikkelingsonderzoek gebeuren in samenwerking met de betrokkenen uit de praktijk (Smeijsters, 2008). In het geval van mijn onderzoek zijn dat Ashley Bentura, activiteitenbegeleidster en ouderenadviseur, Em Smit, ouderenadviseur en Nina Wezenberg, muziektherapeute.

5.2. Voorfase & Oriëntatiefase

Bij mijn onderzoek zijn verschillende personen betrokken geweest. Ik zal in deze paragraaf de cliënten en andere betrokkenen beschrijven die in deze fase van het onderzoek een rol hebben gespeeld. Verder beschrijf ik hier mijn entree als onderzoeker, met welke instelling ik ben begonnen, hoe ik contact heb gelegd met verschillende personen en mijn aanpak algemeen in het begin van dit onderzoeksproject.

De direct betrokkenen

Met deze term wordt bedoeld, de mensen 'die onderzocht worden', de cliënten (Migchelbrink, 2007). In mijn onderzoek zijn er dat verschillende geweest. De groep begon in de eerste sessie met zes groepsleden. De week daaropvolgend kwam er een zevende persoon bij de groep. De derde sessie haakte een groepslid af wegens ziekte. Zo is de samenstelling van deze groep steeds wisselend



geweest. Wegens privacyredenen zal ik de namen van deze deelnemers niet noemen. In totaal zijn er 10 verschillende groepsleden geweest in een steeds wisselende samenstelling. Vier van deze cliënten zijn elke sessie aanwezig geweest.

Alle groepsleden zijn thuiswonend, niet-dementerend en hebben allen aangegeven in tijdens hun eerste sessie, na vragen van mij, zich wel eens eenzaam te voelen. Hierop één uitzondering, slechts één mevrouw gaf aan zich nooit eenzaam of alleen te voelen.

Het actieonderzoek-netwerk

Het netwerk dat ik bij elkaar zocht voor mijn actieonderzoek bestond in eerste instantie uit twee personen. Deze zijn beiden werkzaam bij stichting Ouderenwelzijn en ik heb hen gevraagd op te treden als actor in mijn onderzoek. Zij stemden beiden toe deze rol in mijn onderzoek aan te nemen.

Mw. Em Smit is ouderenadviseur bij stichting Ouderenwelzijn en manager van de locatie Noord, te Brunssum. In haar rol als ouderenadviseur gaat zij thuis bij ouderen langs waar zij vervolgens let op de veiligheid in huis voor de desbetreffende persoon en een inschatting maakt van de algehele toestand van de persoon. Wanneer Em Smit denkt dat de oudere baat heeft bij de diensten en activiteiten van stichting Ouderenwelzijn volgt er een gesprek waarin de mogelijkheden worden bekeken. Er wordt dan een passend plan bedacht door de cliënt, Em Smit en eventuele familieleden. Em Smit heeft mij op weg geholpen richting het onderzoek. Later in het onderzoek zou zij weer in beeld komen bij de evaluatie. Helaas heeft Em Smit wegens een plotselinge ziekte haar werk per direct neer moeten leggen. Zij is nu niet in staat een verdere bijdrage te leveren aan mijn onderzoek. Ik wens haar heel veel sterkte.

Ashley Bentura is binnen stichting Ouderenwelzijn werkzaam als activiteitenbegeleidster en ook ouderenadviseur. Zij bedenkt als activiteitenbegeleidster leuke, zinvolle activiteiten voor groepen ouderen op de dagcentra. Ashley Bentura is iedere week bij mijn onderzoeksacties aanwezig geweest en heeft veel meegedacht, feedback gegeven en geobserveerd. Ook zij heeft dan ook veel betekend in de co-creatie van dit onderzoek.

Mijn entree als onderzoeker

Voor het begin van mijn afstudeerproject, had ik al een idee van mijn onderzoeksvraagstelling. Ik wist toen al waar mijn interesse lag en wat ik graag wilde onderzoeken. Ik wist dat ik met een groep zelfstandig wonende ouderen wilde werken op het gebied van eenzaamheid. Wat ik toen nog niet had bedacht was, dat ik ook zo'n groep bij elkaar moest krijgen en een locatie moest vinden waar de sessies plaats konden vinden. Ik besepte dit rond de tijd van het onderzoeksvoorstel, begin maart. Veel vrienden en bekenden van mij werken in de zorg. Zo ben ik op zoek gegaan naar iemand die met de doelgroep werkt die ik voor mijn onderzoek nodig had. Al snel ben ik via een vriend in contact gekomen met stichting Ouderenwelzijn. Na een telefoongesprek met Mw. Reijntjes (ook werkzaam binnen de stichting), heb ik een afspraak gemaakt met Em Smit en Ashley Bentura om verdere praktische zaken te bespreken. Vanaf dat moment heeft qua contact binnen de stichting alles op rolletjes gelopen.

Om verder kennis te maken met Ashley Bentura, de cliënten en anderen die betrokken zijn bij de dagopvang, heb ik voor de eerste sessie van mijn onderzoek een middag meegelopen en meegeholpen met een andere activiteit. Dit was een fijne ervaring om iedereen rustig te leren kennen, de groep al een beetje te observeren en bekijken wat eventuele problemen/moeilijkheden van de groep waren.

Met deze kennismaking en middag helpen heb ik een mooie basis gevormd om echt met mijn onderzoek te gaan beginnen.



5.3. Diagnostische fase

De diagnostische fase is het vervolg op de oriëntatiefase. Hierin wordt er een gezamenlijke diagnose gemaakt van de problematische situatie. Er wordt vastgelegd wat er volgens alle betrokkenen aan de hand is en je probeert op deze manier een zo compleet mogelijke diagnose te maken (Migchelbrink, 2007).

Deze fase heeft in mijn onderzoek vooral vorm gekregen door systematisch onderzoek (Migchelbrink, 2007). De eerste sessie heb ik een enquête laten invullen door alle groepsleden. Door vragen te stellen heb ik informatie verzameld over de persoonlijke situatie, gedachten en gedragingen. Met de vragen heb ik de groepsleden het onderwerp eenzaamheid aangedragen en op deze manier hun gedachten e.d. kunnen documenteren. Met deze enquête heb ik op een systematische manier vragen gesteld en zo meer informatie verzameld om een diagnose van de onderzoekssetting te maken. Een andere techniek die ik deze fase heb gebruikt is het observeren (Migchelbrink, 2007). Door de week voor de eerste sessie en de eerste sessie een observatie te maken, heb ik informatie verzameld door waar te nemen en dit te rapporteren. Door deze rapportage te analyseren gebruik ik een andere onderzoeks/dataverzamelingstechniek, zo zogenaamde documentanalyse. Ook de informatie die ik op deze manier heb verzameld is van belang geweest bij het maken van een diagnose. Ten derde heb ik ook verder gesproken met Ashley over de groep en de problemen die deze cliënten hadden. Dit alles heeft geleid tot een goede diagnose van de beginsituatie en hierop heb ik verder mijn onderzoek uitgevoerd.



Hoofdstuk 6. Praktijkonderzoek

6.1. Ontwikkelfase

Uitvoering van het onderzoek

De uitvoering van mijn onderzoek heeft plaatsgevonden binnen Stichting Ouderenwelzijn, te Brunssum. Dit is een stichting met als doel de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen in hun eigen omgeving te behouden. Dit krijgt vorm door het aanbieden van verschillende diensten en activiteiten zoals bijvoorbeeld hulp bij het invullen van belastingformulieren, samen eten maar ook een georganiseerde wandeltocht voor ouderen.

De ouderenadviseurs van stichting Ouderenwelzijn leggen ook huisbezoeken af bij de oudere thuis om een indicatie te maken van de woon- en leefsituatie. Dit houdt in dat zij kijken naar de veiligheid in huis en of de oudere recht heeft op eventuele thuishulp of thuiszorg. Zij vormen hierbij een belangrijke schakel tussen de zorginstellingen en de individuele cliënt.

De stichting komt veel in aanraking met de problemen waar ouderen rond deze leeftijd last van hebben. Voordat ik aan dit onderzoek ben begonnen, heb ik een gesprek gehad met Mw. E. Smit en Mw. A. Bentura. Ik heb toen geïnformeerd naar de algemene moeilijkheden/problematieken van de groep. Zij gaven aan dat eenzaamheidsgevoelens bij veel mensen een rol spelen in het dagelijks leven, en dat dit een van de voornaamste redenen is waarom mensen naar de dagopvang van stichting Ouderenwelzijn komen. Velen zoeken gezelschap, redenen om de deur uit te komen en zij zijn vaak op zoek naar nieuwe sociale contacten. Zo zijn wij samen tot de conclusie gekomen dat deze stichting een geschikte plek is voor mijn geplande onderzoek.

Gedurende zes weken ben ik op donderdagmiddag naar 'd'r Brikke Oave' (een gemeenschapshuis in Brunssum) geweest, waar een groep ouderen samen komt op de dagopvang. Al deze ouderen komen uit de Brunssum of omgeving en wonen zelfstandig. Geen van de groepsleden woont in een verzorgings- of verpleeghuis. Elke sessie begon met een gezamenlijk kopje koffie waarbij we een praatje maakten over zaken in het nieuws, wat iedereen had gedaan afgelopen week enz.. Dit gaf mij ook de mogelijkheid een kleine observatie uit te voeren. Zo kon ik peilen hoe iedereen erbij zat en of er eventueel zaken waren waar ik rekening mee moest houden.

Mijn rol als onderzoeker

Ten eerste ben ik therapeut als ik met de groep werk. Dat houdt in dat ik een empathische maar ook directieve houding aanneem wanneer nodig. Mijn houding als therapeut is gedurende de sessies veranderd. Hier meer over bij de onderzoeksresultaten.

Tijdens onderzoek ben ik niet alleen therapeut. Een rol als onderzoeker houdt meer in dan werken met de groep aan de gestelde doelen. Als onderzoeker ben je nieuwsgierig, op zoek naar nieuwe kennis, je experimenteert en probeert. Migchelbrink (2007) noemt het actieonderzoek 'een meervoudig proces van handelen, onderzoek, reflectie en verandering, dit betekent dat de onderzoeker naast de klassieke rol nog andere taakstellingen heeft'. Een ander belangrijk onderdeel van de rol als onderzoeker noemen beiden Migchelbrink (2007) en Smeijsters (2005), het in staat zijn tot kritische reflectie.

Uit de bestudeerde literatuur heb ik zorgvuldig begrippen uitgezocht die passen bij mijn rol als onderzoeker. Ik zal ze hier toelichten.

Als onderzoeker ben ik:

Actief

Tijdens het uitvoeren van onderzoek, vindt ik het belangrijk om me actief op te stellen. Ik heb dit in mijn onderzoek vorm gegeven door mijn wil te tonen, hulp te verlenen bij onderzoeksgerateerde zaken binnen de stichting en mij actief op te stellen in de voorbereiding van mijn sessies zodat ik hier volledig voorbereid te werk kon gaan.

De actieve instelling vind ik zelf onmisbaar om zoveel mogelijk uit dit onderzoek te halen. Zonder enthousiasme, goede wil en zin denk ik niet dat je evenveel uit je onderzoek haalt, als wanneer je deze houding wel aanneemt.



Kritisch & Reflectief ingesteld

Om het onderzoek betrouwbaar en waarheidsgetrouw te doen, is een kritische houding van de onderzoeker gewenst. Het vraagt moed om kritisch te blijven op jezelf als onderzoeker, op de manier van dataverzameling, op literatuur, op de data-analyse e.d.. Dit komt uiteindelijk het onderzoek ten goede. Ik ben kritisch geweest op mijn eigen manier van handelen, maar ook de reacties die dit losmaakte in de groep. Ik acht dit van belang in mijn onderzoeksresultaten. Na elke sessie sprak ik kort met Ashley Bentura, de actor aanwezig bij de sessies, om mijn handelen en de uitwerking op de groep onder de loep te nemen. Zij gaf mij feedback vanuit haar oogpunt en ik hield waar mogelijk rekening met haar kritische noot. Door deze kritische reflectie ben ik in staat geweest terug te kijken naar mijn handelen in de praktijk. Uiteindelijk mondt dit uit in het vernieuwen van mijn werkmodel op een goede manier. Het reflecteren hielp mij kritisch en opmerkzaam te blijven gedurende het gehele onderzoek.

Flexibel

Omdat ik voor dit onderzoek samenwerk met een stichting en andere personen, kan het natuurlijk voorkomen dat er iets anders loopt dan verwacht. Verschillende docenten op de opleiding hebben mij dan ook op het hart gedrukt dat onderzoek altijd anders verloopt dan je verwacht, houdt hier rekening mee! Het lijkt een gouden regel; in mijn geval was dit ook van toepassing. Voordat ik dit onderzoek begon heb ik een tijdsplanning gemaakt die ruimte geeft om te schuiven waar nodig. Deze planning is klaarblijkelijk flexibel genoeg geweest om de verandering aan te kunnen.

Niet alleen qua tijdsplanning, maar ook qua houding is flexibel zijn een belangrijk deel geweest van mijn houding als onderzoeker. Hiermee bedoel ik bijvoorbeeld het flexibel zijn in invullingen van sessies, flexibel zijn in de veranderingen in de groep en het loslaten van je getrokken plan wanneer dit niet effectief bleek te zijn. Als onderzoeker blijf je vooruit maar ook terugkijken om zo te kunnen doen wat het beste is voor je onderzoek. Ook al heb je een prachtig plan bedacht maar het blijkt in praktijk zo niet uit te pakken, dan moet je je koers bijstellen. Dit vraagt om flexibiliteit, maar het komt uiteindelijk je onderzoek zeer zeker ten goede.

Zorgvuldig

Nauwkeurig rapporteren, analyseren en beschrijven is van belang bij onderzoek. Om het kwaliteitscriterium 'Authenticity' (Migchelbrink, 2006) te waarborgen, is zorgvuldigheid een must. Ik wil dat mijn onderzoek een kwalitatief goed onderzoek is en daarbij is zorgvuldig zijn onmisbaar. Op deze manier maak ik mijn onderzoek ook meer betrouwbaar qua resultaten. Aan resultaten die gebaseerd zijn op onnauwkeurig werk, heeft uiteindelijk niemand iets.

Al met al is mijn rol als onderzoeker een belangrijk deel van het onderzoek zelf. Om de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van mijn onderzoek zo groot mogelijk te maken, zijn al deze aspecten in de onderzoekshouding van belang.

Data vastleggen

Het vastleggen van data is op verschillende manieren gebeurd. Dit heb ik bewust gedaan om op deze manier triangulatie toe te passen (Smeijsters, 2005). Triangulatie betekent dat de dataverzameling gebruik maakt van verschillende bronnen, meerdere typen van dataverzameling gebruikt worden en dat bij de data-analyse verschillende theoretische aspecten aanbod komen (Smeijsters, 2005). Het verzamelen van gegevens en data vormt de kern van het onderzoekswerk (Migchelbrink, 2001). Het vastleggen van deze gegevens dient secuur en zorgvuldig te gebeuren.

Enquêtes

In de eerste sessie heb ik gebruik gemaakt van een enquête, een schriftelijke ondervraging (zie bijlage 1). De cliënten hebben deze zelf ingevuld, zonder invloed van mij. Dit om enige beïnvloeding, positief of negatief, te voorkomen. Deze heb ik vervolgens geanalyseerd om zo een gemeenschappelijke deler te vinden in de antwoorden. Hier meer over in het hoofdstuk 'Discussie'. Ook tijdens de laatste sessie heb ik de cliënten gevraagd een enquête in te vullen (zie bijlage 2). Met deze tweede enquête heb ik een duidelijk beeld van de eindsituatie. Gecombineerd met de eerste vragenlijst heb ik nog meer informatie in handen. Ook deze tweede enquête is ingevuld door de groepsleden zelf.



Interviews

Ik heb Ashley Bentura geïnterviewd voor mijn onderzoek. Dit interview gebeurde op een semigestructureerde manier (Migchelbrink, 2001). Ik heb samen met haar een vragenlijst ingevuld met open vragen. Er was op deze manier ruimte om ook andere opmerkingen/feedback te documenteren in het interview.

Nina Wezenberg is muziektherapeute in de ouderenzorg. Zij was een gedeelte van mijn stage mijn stagebegeleidster. Ook was zij de therapeute van de muziektherapiegroep op de dagbehandeling waar mijn onderzoek op gebaseerd is.

Nina heb ik geïnterviewd met behulp van een topiclijst. Een topiclijst is een lijst met onderwerpen waarover je vragen wilt stellen. Ik heb gekozen voor deze manier omdat dit meer vrijheid laat voor een eventuele discussie over de onderwerpen. Dit is een vrijere opzet die ruimte biedt voor de geïnterviewde om te zeggen wat zij belangrijk vindt.

Omdat ik Nina Wezenberg heb geïnterviewd over de resultaten van mijn onderzoek en mijn data-analyse, heeft zij in mijn onderzoek de functie van 'peer debriefer'. Dit houdt in dat zij als onafhankelijke expert naar mijn onderzoek kijkt.

Rapportage

Via een observatie- en rapportagelijst heb ik elke sessie zorgvuldig gerapporteerd. Ik heb dit gedeeltelijk gestructureerd gedaan, gedeeltelijk open. Ik heb mijn observaties onderverdeeld in kopjes als; 'Medium', 'Therapeut' en 'Cliënt'. Op deze manier was er een overzichtelijke ordening in mijn observaties te zien. Dit liet ook genoeg ruimte voor het beschrijven van situaties.

Foto's

Verder heb ik foto's gemaakt van verschillende sessies. Dit heb ik gedaan voor het geval ik ze kan gebruiken als beeldmateriaal in mijn presentatie om de woorden die ik geef te ondersteunen. Ik heb deze niet ingezet als data omdat de foto's daar te weinig bruikbare informatie voor bevatten.

6.2. Evaluatiefase

Evaluatie van de actie

Evalueren betekent 'op waarde schatten', de waarde of kwaliteit bepalen (Migchelbrink, 2007). Dit onderdeel is gedurende het onderzoek steeds teruggekomen. Na afloop van iedere sessie heb ik samen met Ashley geëvalueerd over de sessie zelf en over het proces tot dan toe. Deze vorm van evalueren heet de procesevaluatie (Migchelbrink, 2007). Ook beschrijft Migchelbrink (2007) de productevaluatie. Deze heeft betrekking op de evaluatie na afloop van het gehele traject; wat zijn de bevindingen en wat heeft het opgeleverd. Ook deze actie heb ik ondernomen met Ashley. Na afloop van het onderzoek hebben we deze productevaluatie gedaan d.m.v. een interview.

Kwaliteitscriteria

Migchelbrink (2001) geeft in zijn boek 'Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn' een opsomming van voorwaarden om tot het leveren van bruikbare kennis te komen. Hiervan zal ik enkele belangrijke noemen.

- ❖ Er moet een nauwgezette afstemming zijn van de onderzoeksvraagstelling op de wensen die leven in de praktijk bij de betrokkenen en/of de klant.
- ❖ De onderzoeker moet bereid zijn voortdurend te luisteren naar de opvattingen en wensen van mensen in de praktijk.
- ❖ De onderzoeker moet zich vooraf grondig oriënteren op de te onderzoeken praktijkproblematiek.
- ❖ De informatie moet concreet zijn: geen abstracte theoretische informatie, maar begrijpelijke en herkenbare informatie.
- ❖ De aangedragen informatie dient hanteerbaar te zijn, ze moet in de onderzochte situatie kunnen worden toegepast. De door de onderzoeker aangedragen informatie moet een hulpmiddel zijn om de onderzochte situatie te begrijpen en om het praktisch handelen te veranderen.



Dit alles heeft te maken met de kwaliteit en bruikbaarheid van mijn onderzoek. In onderzoeksland zijn hier verschillende criteria voor opgesteld door Smeijsters (2005). Ik beschrijf hier hoe ik aan deze criteria heb voldaan binnen mijn onderzoek.

Validiteit heeft te maken met het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en de handelwijze van de onderzoeker. De validiteit (ofwel de geldigheid) betreft het waarheidsgehalte van de gegevens.

In plaats van het woord validiteit wordt ook wel het woord **'credibility'** gebruikt. (Migchelbrink, 2006) Tijdens mijn onderzoek is dit kwaliteitscriterium steeds van belang geweest. In co-creatie luister ik naar de mensen uit de praktijk, naar hun opmerkingen en hun wensen.

In mijn onderzoek heeft dit kwaliteitscriterium vorm gekregen door eerlijk en echt te handelen. Feedback van allerlei kanten te harte te nemen en deze verwerken in mijn praktijkonderzoek.

'Transferability' heeft te maken met de relevantie van mijn onderzoek. Transferability is het toegankelijk en begrijpelijk maken van mijn onderzoek voor andere disciplines (Smeijsters, 2008). Dit kwaliteitscriterium is van belang om twee redenen. Ten eerste voor het profileren van vaktherapeutische beroepen en ten tweede bruikbaar maken voor andere disciplines. Mijn onderzoek voldoet aan dit criterium omdat ik het zo vorm heb gegeven dat iemand die geen verstand heeft van vaktherapie dit ook begrijpt. Verder help ik met het bekend maken van deze informatie aan het profileren van vaktherapie en muziektherapie. Deze taken zijn ook opgenomen in de kerntaken van een vaktherapeut (Landelijk opleidingsprofiel Creatieve Therapie, 2008).

Betrouwbaarheid, ook wel **'dependability'** betreft het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek. Het gaat om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de manier van werken (Migchelbrink 2006).

Om mijn onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken, heb ik me gehouden aan de principes van 'dependability'. Dit betekent dat ik de sessies nauwkeurig heb opzet, de vragenlijsten rustig door ieder heb laten invullen, kortom, ik heb geprobeerd het onderzoek zo min mogelijk gekleurd weer te geven.

'Confirmability' wordt ook wel gezien als een vorm van objectiviteit (Maso e a., 1998). Dat wil zeggen dat het resultaat niet afhankelijk mag zijn van de onderzoeker. Wanneer iemand anders hetzelfde onderzoek zou uitvoeren, zouden de resultaten hetzelfde moeten zijn.

Om dit kwaliteitscriterium te waarborgen in mijn onderzoek is er de externe beoordelaar op de opleiding en de peer-depriefer. Zij zijn beide niet betrokken geweest in de praktijksituatie en hebben zo onafhankelijke en objectieve feedback kunnen geven.

'Authenticity' betekent dat het onderzoek, de handelwijze, analyse en resultaten naar waarheid zijn beschreven. Het onderzoek is op ware feiten gebaseerd. Dit lijkt mij vanzelfsprekend aangezien ik mijn onderzoek en daarmee de resultaten serieus neem. De uitkomsten van het onderzoek zijn naar waarheid verwerkt en deze zijn zoals ze bevonden zijn.



Hoofdstuk 7. Discussie

In de discussie van dit onderzoek beschrijf, interpreteer en verklaar ik de resultaten die uit mijn onderzoek zijn voortgekomen. Ik doe dit aan de hand van verschillende vragen, geef zo een beeld van de uitkomsten van mijn onderzoek en koppel dit met verschillende literatuur. Ik beantwoord aan de gestelde vraag- en doelstelling, ik kijk terug naar de meerwaarden en tekortkomingen van mijn onderzoek en ik geef een advies voor vervolgonderzoek op dit gebied.

7.1. Beantwoording aan de vraag- & doelstellingen

De vraagstelling van mijn onderzoek; 'Hoe kan muziektherapie in de vorm van zanggroepen bijdragen aan het beïnvloeden van gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?', is beantwoord door het door mij verrichte onderzoek. Ik heb met dit onderzoek een beeld geschept van een werkwijze, een nieuw werkmodel voor het werken met deze doelgroep. Dit beeld is tot stand gekomen door informatie, observatie, enquêtes en interviews uit verschillende hoeken.

De vraagstelling van het onderzoek is beantwoord. Dit krijgt vorm in mijn nieuwe werkmodel. Ik heb een manier gevonden om met muziektherapie in de vorm van zanggroep een bijdrage te leveren aan het beïnvloeden van gevoelens van eenzaamheid bij ouderen.

In het onderzoeksvoorstel en in de doelstellingen van dit onderzoek heb ik mezelf doelen gesteld die ik met dit onderzoek wilde behalen. Hieronder beschrijf ik of en hoe ik deze doelstellingen heb behaald.

Het grootste doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een vernieuwd werkmodel. Met de informatie verkregen uit het onderzoek heb ik dit werkmodel vorm kunnen geven. Dit werkmodel staat beschreven verderop in deze discussie.

Een ander doel dat ik had opgesteld voor dit onderzoek was het leveren van een bijdrage van kennis over dit onderwerp. In deze scriptie heb ik kennis en resultaten gebundeld die een beeld geven over dit probleem en hoe dit aan te pakken.

Ik had mezelf aan het begin van dit onderzoeksproject als doel gesteld een bijdrage te kunnen leveren aan het preventief werken aan sociale problemen bij ouderen. Door het op zoek gaan en bundelen van kennis heb ik dit kunnen doen. Anderzijds heb ik door het opstellen van een nieuw werkmodel een inzicht gegeven in hoe met deze doelgroep te werken. Ik heb een bijdrage geleverd aan preventief werken door als het ware een vooronderzoek hiervoor te doen. Uit de resultaten van dit onderzoek kun je opmaken dat preventief werken aan dit probleem waarschijnlijk mogelijk is. Je zou kunnen stellen dat dit een vooronderzoek daarvoor is.

Ook een van de doelen was het uitspreken van een advies voor vervolgonderzoek. Dit doel is behaald. Ik werk verder in deze discussie dit advies uit.

7.2. Kritische terugblik op het onderzoek

Is dit onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd?

Wanneer ik nu terug kijk naar mijn onderzoeksvoorstel zie ik veel overeenkomsten en verschillen met de uitvoering van het onderzoek.

Ik heb mijn onderzoek uitgevoerd bij Stichting Ouderenwelzijn, zoals gepland. Enkele onderdelen daarvan zijn anders gelopen. Een van de actoren in mijn onderzoek was Em Smit. Voorgenomen was met haar mijn actie te evalueren. Dit heeft niet plaats kunnen vinden door plotselinge ziekte van Em waardoor zij per direct is moeten stoppen met al haar activiteiten. Natuurlijk kon niemand voorspellen dat zij ziek werd, maar mij brengt dat tot het punt dat ik misschien van te voren had moeten zorgen voor een 'reserve actor'. Ik heb geen nieuwe actor gevonden, maar ik heb wel Ashley Bentura bereid gevonden om ook in deze fase van het onderzoek op te treden als actor.

In mijn onderzoeksvoorstel heb ik voorgenomen om een andere muziektherapeut te interviewen om op te treden als peer-debriefer in mijn onderzoek. Ik had tijdens het schrijven van het voorstel nog geen idee wie dit werd. Ik heb toen Nina Wezenberg bereid gevonden deze rol te vervullen.



Verder zijn de sessies gemiddeld wat anders gelopen dan ik voorgenomen had. Ik had de groep 1½ uur tot mijn beschikking. Ik heb me vooraf niet gerealiseerd dat dit een heel lange tijdsspanne is om te zingen, zeker voor ouderen die fysiek niet geheel in orde zijn. Daardoor heb ik de sessies niet met alleen zang gevuld, maar ook het luisteren van liederen, gedichten voorlezen en het bekijken van beeldmateriaal. Zo ben ik dan ook op het idee gekomen de sessies te thematiseren, om zo een rode lijn te houden in de sessie en ander materiaal hier op aan te sluiten (zoals luisterliedjes en gedichten). Dit bleek een positieve bijkomstigheid om een houvast te bieden aan de cliënten in de sessies.

Meerwaarde

Er zijn veel ouderen en zang is een veel gebruikte manier van muziektherapie bij deze doelgroep. Door dit te onderzoeken op een specifiek probleemgebied is dit een aanvulling op de reeds bestaande literatuur. Daarnaast is dit onderzoek geheel passend in de tijdsgeschiedenis van nu kijkend naar de groeiende doelgroep, toenemende eenzaamheid en bezuinigingen in het zorgstelsel. Dit is o.a. een sterk punt omdat dit nu een veelbesproken onderwerp is.

Het vernieuwde werkmodel is tot stand gekomen door samenwerking met verschillende mensen uit verschillende beroepen. Dit betekent niet alleen dat dit onderzoek er betrouwbaarder door wordt maar binnen Stichting Ouderenwelzijn betekent dit een nieuwe vorm van multidisciplinair werken. Dit is niet alleen fijn voor de betreffende stichting, maar ook een goed bericht voor vaktherapeuten. Ik heb tijdens het werken aan dit onderzoek bij kunnen dragen met het maken van observaties. Mede hieruit volgden indicaties van de cliënten op cognitief/sociaal/emotioneel gebied.

Tekortkomingen

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen één stichting. De behaalde resultaten van dit onderzoek zijn daarom wel betrouwbaar als het gaat om Stichting Ouderenwelzijn, maar mag niet gezien worden als representatief voor al dit soort stichtingen. Een onderzoek binnen meerdere instellingen/stichtingen had een breder, betrouwbaarder beeld gegeven voor de gehele populatie.

Aan de andere kant mag dit onderzoek wel opgevat worden als een mogelijkheid voor andere stichtingen. Andere instellingen kunnen dit vernieuwde werkmodel mogelijk ook inzetten bij de doelgroep.

Ik heb voor het beginnen met het onderzoek geen rekening gehouden met de wisselende groepssamenstelling. Na overleg met Ashley Bentura en Em Smit had ik begrepen dat de groep een vaste groep is. Daar zouden eventueel cliënten bij kunnen komen als deze een indicatie kregen voor dagopvang. De realiteit was anders. De groep wisselde sterk door nieuwe aanmelding, ziekte, doktersbezoeken, vakanties e.d.. Ook Em Smit en Ashley Bentura hadden dit zo niet voorzien. Dit is een zwakkere kant van het onderzoek omdat ik in eerste instantie het groepsproces zwaar liet wegen in de te bereiken doelen. Een vertrouwensband en een vertrouwde sfeer opbouwen in de groep acht ik van belang voor het bereiken van de therapeutische doelen. Door de snelle groepswisseling heeft dit niet op de geplande manier vorm gekregen.

Daarnaast was het aantal sessies beperkt wat een nadeel vormde voor het opbouwen van de vertrouwensband en de therapeutische relatie. Dit wist ik van te voren, maar qua tijdsplanning was het doen van meerdere sessies niet mogelijk. Dit is een tekortkoming in het onderzoek omdat een goede therapeutische relatie essentieel is in het creëren van een open, vertrouwde sfeer in de groep. De veiligheid die deze relatie kan creëren om zo diepere gevoelens te bereiken, is daardoor niet optimaal geweest.

Doordat ik aanwezig was in de ruimte terwijl respondenten de enquêtes in vulde, is er mogelijk geen sprake van 'objectiviteit'. Ik gebruik dit begrip voorzichtig omdat ik wel vraag naar de mening van de respondenten, maar deze misschien niet geheel naar waarheid gegeven is. Ik heb dan ook denk ik te maken met sociaal gewenste antwoorden. Ik hoorde tijdens het invullen geroezemoes waaruit ik op kon maken dat verschillende respondenten dachten dat ik mijn diploma niet zou halen als zij hun antwoorden negatief kleurde. Ik heb toen nog eens benadrukt dat zij eerlijk naar hun mening moesten antwoorden, maar ik denk niet dat ik er bij de resultaten vanuit kan gaan dat zij geheel objectief zijn. De antwoorden zullen niet geheel uit de lucht zijn gegrepen, maar misschien is het geschepte beeld iets te positief.



7.3 Verklaring & Interpretatie van de resultaten

De enquêtes die ingevuld werden door de cliënten zelf gaven een duidelijk beeld van de persoonlijke beleving en mening van ieder.

Ik heb in de eerste enquête open en gesloten vragen gesteld. De eerste vraag was; *'Wat is de voornaamste reden dat u hier komt?'* Hier is in deze de dagopvang van stichting Ouderenwelzijn. De antwoorden die daarop gegeven werden waren allen verschillend, maar de boodschap was van ieder duidelijk;

1. 'Eenzaamheid ontvluchten, samen eten, dan kan ik de dag weer aan'
2. 'Ik zoek gezelschap'
3. 'Ik wil niet alleen zijn, ik wil onder de mensen zijn'
4. 'Onder de mensen zijn'
5. 'Sociale omgang'
6. 'Eenzaamheid'

Hierbij moet ik aangegeven dat ik de groep in eerste instantie niet heb verteld wat mijn onderzoek inhield. Redenen hiervoor waren om eerlijke, niet-beïnvloede antwoorden te verkrijgen van de deelnemers. Alle gegeven antwoorden hebben boodschap in zich; 'Op zoek naar sociale interactie/sociale contacten'.

Op een volgende, gesloten, vraag; *'Voelt u zich wel eens alleen?'* antwoordden twee van de zes respondenten met antwoord A, 'Ja vaak'. Drie anderen kozen optie B, 'Af en toe' en een enkel persoon koos antwoord C, 'Nee nooit'. Omdat alleen voelen en eenzaam voelen voor een persoon veel verschil kan maken, stelde ik ook nog de vraag; *'Voelt u zich wel eens eenzaam?'*. Ook hier kozen twee respondenten voor antwoord A, 'Ja vaak', twee respondenten antwoord B, 'Af en toe' en twee cliënten kozen antwoord C, 'Nee nooit'.

Met deze informatie heb ik kunnen vaststellen dat eenzaamheid een probleem is onder de cliënten in de groep. $\pm 33\%$ van alle ouderen in Nederland is eenzaam (NIZW). In de onderzoeksgroep ligt dit getal een stuk hoger ($\pm 66\%$). Dit houdt in dat in de groep eenzaamheid echt een probleem is. Ook uit de eerste enquête bleek dat de meeste respondenten wanneer zij zich eenzaam voelen wel proberen andere dingen te ondernemen. Opmerkelijk hierbij is dat de meesten dingen ondernemen die ze alleen doen. De meesten (4 van de 6) doen individuele activiteiten waarbij zij wel andere mensen tegen kunnen komen. Op de vraag *'Wanneer u zich eenzaam voelt, wat voor activiteiten onderneemt u dan/ zou u willen ondernemen?'*, kwamen deze antwoorden;

1. 'Bij Stichting Ouderenwelzijn komen is een manier'
2. 'Boodschappen doen, de buurman vervelen'
3. 'Straatje om'
4. 'Gaan wandelen'
5. 'Een straatje om'
6. 'Handwerken'

Een verklaring zou kunnen zijn dat de respondenten geen sociale contacten klaar hebben staan om bij langs te gaan, maar dat wanneer zij naar buiten gaan deze hopen tegen te komen. Een sociaal netwerk ontbreekt op dat moment, maar de 5 van de 6 respondenten ondernemen wel actie om naar buiten te gaan.



Zingen

Zingen zorgt voor verbinding tussen de cliënten in de groep. Dit gebeurde in de muziek en kreeg dus ook vorm in de componenten van Hegi (1996). Niet in de componenten thuis te brengen is het effect van zingen op de mate van ontspannenheid. Na de sessies gaven de cliënten vaak aan 'lekker moe' te zijn. Zingen is een fysieke activiteit en hierbij verbruik je dus energie. Aan de andere kant zorgt zingen ervoor dat er verschillende hormonen vrijkomen. Hormonen die een rol spelen bij ontspanning, stressverlaging en kalmering zijn oxytocin en melatonine. Beide deze hormonen komen vrij wanneer je zingt. Melatonine heeft een slaapbevorderende en rustgevendende werking en dit hormoon wordt in grote getale aangemaakt tijdens het zingen (Adamek, 2003). Deze hormonen zorgen er ook voor dat je vaak moet gapen na het zingen.

Uit de rapportages bleek dat ieder component van de muziek zijn werk doet in meer of mindere mate, maar ze werken allemaal samen. Ik zal mijn bevindingen hier onderverdelen in de verschillende componenten, maar uiteindelijk kunnen ze niet los van elkaar worden gezien.

Melodie

Hegi (1996) stelt melodie gelijk aan de mening, het verhaal. Uit het onderzoek blijkt dat dit item zich grotendeels vormt in de liedkeuze. Omdat ik niet zoals Hegi met vrije improvisatie heb gewerkt maar met bestaande liederen, krijgt deze component zijn vorm in het bestaande lied. De melodie (het verhaal) is bepaald. Om deze component gericht in te zetten is het van belang dat de therapeut de juiste liederen uitkiest om te zingen. Ik koos deze liederen tijdens het onderzoek vooral uit op sfeer en teksthoud. Ik denk dat het werkzame element in deze component vooral is dat de cliënten wanneer ze een zelfde lied zingen, op dat moment hetzelfde verhaal vertellen, een zelfde mening verkondigen. Een voorbeeld; Het lied 'De Zilvervloot' is een vrolijk, statig lied met een brede melodie en er zitten twee grote uithalen in. Iedereen zingt op dat moment luid; 'Piet Hein, Piet Hein!'. Elke keer wanneer we dat lied zongen ontstond er een saamhorigheid in de zang die werd ondersteund door oogcontact, bewegingen op de melodie en luider stemgebruik. Een kenmerk van een groep is dat zij vaak eenzelfde mening delen (Remmerswaal, 2006). Denk hierbij aan bijvoorbeeld de aanhang van een politieke partij. Ik denk dat dit een belangrijk deel van het component is. Op deze manier heeft het component melodie bijgedragen in de groepsvorming en vergrootte het de sociale interactie tijdens het zingen.

Ritme

Voordat ik dit onderzoek begon had ik het vermoeden dat ritme een grote invloed had op de groep. Op het gebied van ritme gebeurde er ook veel. Ritme lokt snel uit tot beweging. Wanneer een lied een 3/4 e maatsoort had, begon de groep in veel gevallen te wiegen (schunkelen). En enkele gevallen zochten de cliënten dan ook elkaars armen op om in te haken. Dit vergrootte het samen-gevoel enorm. Het gezamenlijk bewegen op een ritme een gevoel van samen zijn zonder dat hier verbaliteit aan te pas komt. De cliënten ervaren een groep zonder de drempel van spraak.

Een ander element van ritme was het samen inzetten en afronden. Uit de rapportages blijkt dat het inzetten en afronden in de eerste sessies moeizaam was, dit verliep tegen het einde veel meer gezamenlijk ik heb hier bewust op gelet en steeds duidelijker de techniek 'Rhythmic Grounding' heb ingezet. Rhythmic grounding is een techniek die de therapeut inzet om een ritmische basis te geven aan het spel (Bruscia, 2001). Dit gaf de groep in wezen een veilige ritmische basis waarop zij individueel meer durfden te zingen en hierdoor groeide de groep.

Ritme creëerde in de groep een veiligheid en een structuur. Dit zorgde weer voor een basis waarop het samen-gevoel zich kon ontwikkelen. Ook deze veiligheid maakte het voor cliënten makkelijker om met elkaar te zingen, wat weer de groepsontwikkeling ten goede kwam.

Dynamiek

Dynamiek in de muziek zorgt voor dynamiek in de groep. Tijdens het onderzoek merkte ik dat de cliënten die verbaal vaak aan het woord zijn, dit in de muziek ook doen d.m.v. een luider stemgeluid produceren. Op deze manier is er sprake van analogie. Analogie in de creatieve therapie houdt in het kort in, dat het gedrag buiten het medium en in het medium gelijk zijn aan elkaar. Door gedrag in het medium te ervaren en eventueel te veranderen, vindt er een overgang plaats van het nieuwe gedrag in het medium, naar het gedrag buiten het medium (Smeijsters, 2000).

Verschillende liederen die we in de groep hebben gezongen, vragen om een andere dynamiek. Een lied als 'In het groene dal, in het stille dal' is een rustig, lieflijk lied. Dit afgewisseld met 'Faria' (een 3/4^{de} maatsoort, veel 'swung', lokt uit tot beweging), brengt dynamiek, leven en energie in de groep. Om uit te proberen heb ik een paar keer achter elkaar rustige, lieflijke liederen gezongen. Het

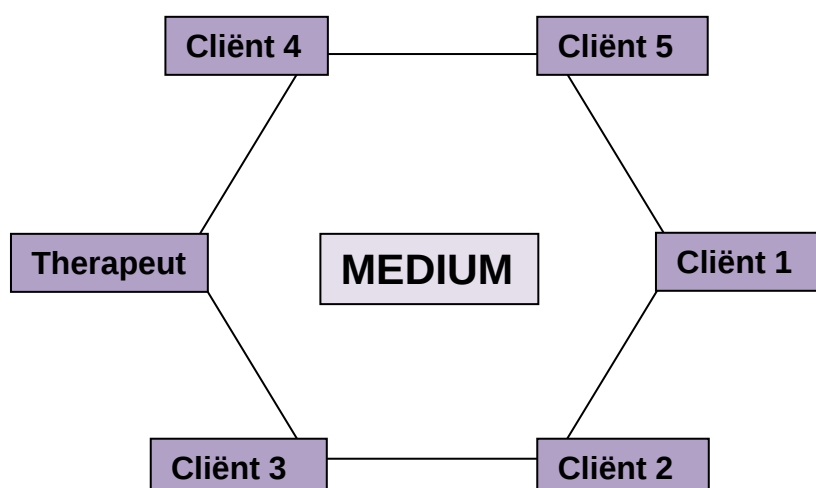


energieniveau in de groep zakte enorm en mensen zongen op een gegeven moment niet meer mee. Weinig dynamiek betekende hier weinig energie. Bijzonder hierbij vond ik ook dat de cliënten vroegen voor liederen met meer dynamiek erin. Bijvoorbeeld: 'Nu weer iets snels!' of 'Er mag wel wat leven in de tent!'. Dit is op zich misschien niet bijzonder, maar blijkbaar vraagt de groep op deze manier om meer dynamiek, meer energie. De groep blijkt hier dan behoefte aan te hebben. Dynamiek in de muziek staat denk ik gelijk aan de dynamiek in een groep. Beiden kunnen niet zonder verschil in de dynamiek. Muziek zonder verschil in sfeer en luidsterkte zou een belevings- en levenloos klinken, een groep zonder sociale interactie, onenigheid en saamhorigheid zou een groep zijn zonder betrokkenheid en beleving.

Vorm

Hegi bedoelt met dit component de symbolische functie van de geometrische vorm (Hegi, 1996). In deze visie hebben de vormen 'spiraal' en 'veelhoek' een belangrijke functie. Uit het onderzoek bleek dat de groep (samen met de therapeut) een belangrijk onderdeel vormen. Hier is de veelhoek van toepassing. Ieder persoon in de veelhoek, en dus in de groep, heeft een gelijkwaardige functie. Op deze manier wordt er aan het gezamenlijke doel gewerkt (zie afbeelding 1).

De spiraal staat voor het therapeutische proces dat alsmaar doorgaat. In de onderzoeksgroep kreeg dit vorm door het vormen van de therapeutische relatie en de diepgang in de therapie. Ik denk dat wanneer dit onderzoek langer had gelopen deze spiraalvorm duidelijker naar voren was gekomen. Nu blijft deze vorm vooral zichtbaar in de opbouw van de vertrouwensrelatie.



Afb. 1

Naast deze geometrische vormen is uit de resultaten van het onderzoek gebleken dat ook de liedvorm een belangrijke vorm is. In de theorie van Hegi heeft dit geen plaats gekregen omdat deze uitgaat van een improvisatie.

Het zingen van een bekend lied, is een bekende vorm. Dit aspect van bekendheid brengt veiligheid met zich mee. Een improvisatie wordt door een oudere vaak ervaren als atonaal, niet melodieus en chaotisch. Dit kan te maken hebben met het feit dat de oudere door zijn muzikale geschiedenis niet gewend is aan improviseren (Bright, 1997 in: Smeijsters, 2006). Het is voor een oudere cliënt daarom vaak belangrijk in een meer herkenbare vorm te musiceren (Darnley-Smith, 2002 in: Smeijsters, 2006).

Klank

Emotie en gevoel zijn volgens Hegi (1996) verbonden aan het component klank. Klank (gevoel) geeft diepte aan de melodie (de mening). De klank waarvoor ik had gekozen in dit onderzoek was allereerst mijn zangstem en mijn gitaarspel. De zangstem vanwege mijn vraagstelling en overtuiging van de helende werking van zang, de gitaar omdat hierop zowel ruig als lieflijk op gespeeld kan worden. Ook zijn zangstem en gitaarbegeleiding bekende klanken. De klank die ik bood creëerde een veiligheid



voor de cliënten om hun eigen klank op te uiten. De klank van de eigen stem van de cliënt heeft invloed op de cliënt zelf. Hier was een mooi voorbeeld van in de onderzoeksgroep zelf.

Mw. N. is 83 jaar oud en weduwe. Ik ontmoette haar in de groep op de dagbehandeling. Ik vertelde daar wat ik van plan was de komende weken met muziek en zingen. De eerste reactie van Mw. was: "Mijn man was zanger in een professioneel koor. Hij kon echt heel goed zingen. Als ik zong tijdens het huishouden vroeg hij altijd of ik op wilde houden, zo vals vond hij het klinken! Sindsdien heb ik eigenlijk niet meer gezongen, en ik zal het jullie dan ook niet aandoen!". Ik moedigde haar aan het toch nog eens te proberen, want zo erg kon het niet zijn! De reactie van Mw. N.: "Nou, we zullen zien..".

De eerste paar sessies durfde Mw. inderdaad niet mee te zingen. De vierde sessie zong zij fluisterend zachtjes mee. Verschillende groepsleden merkte dit ook op. Na het lied begon ik een applaus, de rest van de groep volgde. Ik gaf haar een compliment over haar zang en de groep knikte en beaamden dit. Mw. N. lachte voorzichtig en de daarop volgende sessies werd haar zang steeds luider en steviger.

Mw. voelde en ervoer haar eigen klank, haar eigen stem. Na jaren angst en afkeer van haar zangstem, durfde ze te zingen en werd dit ook nog gewaardeerd. Een ware succeservaring (Smeijsters, 2006).

Dit durven uiten van eigen klank heeft waarschijnlijk ook effect op het uiten van emotie/gevoel. Ik vermoed dit op basis van de analogie (Smeijsters, 2003) en op het feit dat Mw. N. tijdens de daarop volgende sessies een stuk zekerder leek en luider zong. Ik heb helaas geen gelegenheid gehad om dit bij haar na te vragen.

Therapeutische attitude

Tijdens mijn onderzoek heb ik geëxperimenteerd met mijn rol als therapeut. Waar ik observeerde dat dit een grote invloed had op de sfeer en onderlinge relaties in de groep, gaven ook de respondenten dit aan. In de enquête na het onderzoek gaven 4 van de 6 respondenten aan op de meerkeuzevraag: *'Welke onderdelen hebben volgens u voornamelijk een bijdrage geleverd aan de sfeer in de groep?'*, dat de therapeute een grote invloed had hierop. De respondenten bevestigden mijn observatie op dit gebied.

Het opbouwen van de vertrouwensrelatie tussen de therapeut en de individuele cliënt bleek ook van belang. Zonder het opbouwen van deze vertrouwensrelatie hadden de cliënten waarschijnlijk niet zo open durven zijn over hun gevoelens. Dit is een bekend gegeven, die therapeutische relatie, maar in mijn onderzoek werd dit nog eens benadrukt. Zonder deze relatie is er geen therapie mogelijk.

Wanneer mijn houding actief en enthousiast was, had dit een uitwerking op de energie en betrokkenheid van de cliënten. Uit de rapportages van de sessies waarbij ik deze aspecten bewust in mijn houding verwerkte, zongen er meer cliënten mee, deden dit met meer overtuiging en ook in het verbale gedeelte uitten zij zich meer. In sessies waarbij ik mijn energieniveau bewust op een lager pitje zette, zag ik dit ook terug in de groep. Zo heb ik geconstateerd dat dit een belangrijk aspect is van de therapeutische attitude.

Ook bleek de mate van directiviteit belangrijk in het bereiken van het doel. Wanneer ik in sessies mijn 'leidinggevende rol' iets naar de achtergrond verplaatste, had dit meteen effect op de groep. De groep fladderde af naar praten over hobby's en viel toen uiteindelijk stil. Het duidelijk aangeven van de rode lijn en het toewerken naar het doel is iets wat de therapeut altijd onder controle moet houden, zo ook in dit soort groepen.

De persoonlijke betrokkenheid van de therapeut was belangrijk bij het werken met deze groep. Ik bedoel hiermee dat je als therapeut jezelf als mens in moet zetten in de therapie en daarom affiniteit moet hebben voor het werken met de doelgroep. Wanneer je een masker draagt als therapeut, voelt de cliënt dit feilloos aan en zal de therapie niet optimaal effectief zijn.

Voorbereiding

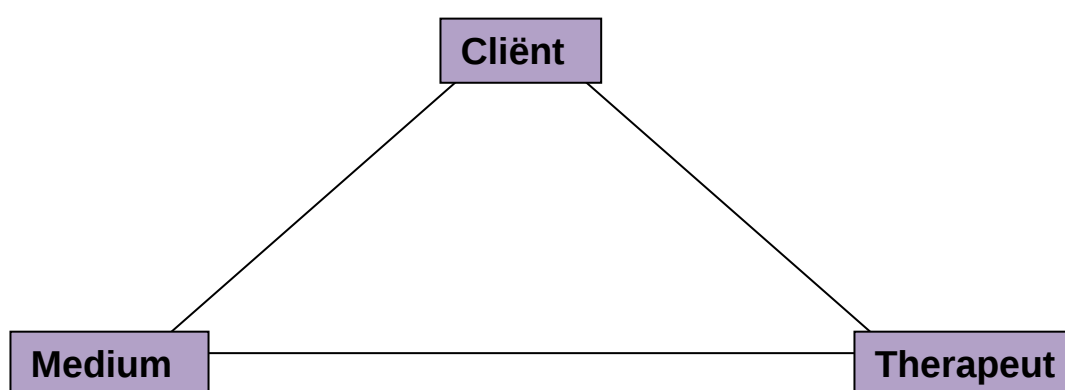
Ik heb veel gewerkt met thematische sessies. Ik nam dan bijvoorbeeld het thema 'Lente' voor een sessie en koppelde daar de liederen aan die ik had voorbereid. Wanneer ik deze voorbereiding niet grondig gedaan had, had dit meteen uitwerking op de groep. Als ik geen duidelijk beeld had van wat ik wilde gaan doen, merkte de groep dit en verliep de sessie onrustiger dan wanneer ik mijn voorbereiding wel goed had gedaan.



7.4. Het nieuwe werkmodel

Het nieuw ontstane werkmodel is een verbeterde versie van mijn oude werkmodel. Dit oude werkmodel heb ik gevormd door mijn ervaringen tot nu toe met de doelgroep en grotendeels door mijn stage in het derde jaar. Hierbij waren de stagebegeleiders ook een grote invloed. Hun denkwijze, visie en manier van werken hebben een grote invloed gehad op mijn muziektherapeut-zijn. Het vernieuwde werkmodel is een verbeterde en meer doordachte versie van het oude. Waar ik in het oude werkmodel vaak intuïtief deed wat mij goed leek, heb ik dit d.m.v. het onderzoek kunnen verbeteren door te experimenteren en een koppeling te maken met verschillende literatuur. Op verschillende aspecten van de therapie heb ik verbetering aan kunnen brengen. Om hier een indeling in te maken, deel ik mijn verhaal in d.m.v. de therapeutische driehoek;

Therapeutische Driehoek



Afb. 2.

De therapeutische driehoek staat voor continue wisselwerking tussen de drie elementen cliënt, therapeut en medium. Binnen de vaktherapie zijn alle drie deze elementen van belangrijke waarde, er kan er niet een gemist worden bij de behandeling van een cliënt. Dit is een bekende vorm van indeling voor vaktherapeuten en een gemakkelijk te begrijpen indeling voor de leek.

7.4.1. Cliënt

De cliënt in mijn werkmodel heeft een probleem dat wordt behandeld d.m.v. muziektherapie. De indicatie die bij de cliënt moet worden gesteld om aan deze vorm van therapie deel te nemen is een van de volgende;

- ❖ De cliënt heeft last van eenzaamheidsgevoelens
- ❖ De cliënt voelt zich eenzaam
- ❖ De cliënt heeft problemen op sociaal gebied
- ❖ De cliënt ondervindt sociale achteruitgang
- ❖ De cliënt bevindt zich in een sociaal isolement

De behandeling vindt plaats in groepsverband. Dit omdat het probleem van de cliënt ligt op sociaal gebied en aan dit probleem gewerkt kan worden in een groep. Uit verschillende literatuur (Skingley, A. & Bungay, H. 2010; Davidson, J. & Bailey, B., 2003) blijkt dat het werken in een groep het meest effectief is bij de behandeling van deze problematiek.

De groepsleden hebben allemaal problemen op hetzelfde gebied, maar de problemen zijn niet



hetzelfde. Problemen rond eenzaamheid hebben te maken met persoonlijke beleving en is daarom moeilijk te generaliseren. Ik noem de groep daarom een heterogene groep. In deze groep wordt gewerkt aan verschillende doelen die bij te stellen zijn naar het soort indicatie van de cliënt. Doelen kunnen dan bijvoorbeeld zijn;

- ❖ Het stimuleren tot sociale interactie
- ❖ Mogelijkheid bieden tot het oefenen van sociaal gedrag
- ❖ Begeleiden bij het aanleren van nieuw sociaal gedrag
- ❖ Begeleiden bij het aanleren van nieuwe/reeds verloren sociale vaardigheden
- ❖ Mogelijkheid bieden tot het leggen van nieuwe sociale contacten

Het bereiken van deze doelen gebeurt bij de cliënt op verschillende vlakken. Ten eerste gaat het om persoonlijke beleving van de cliënt. Deze is moeilijk generaliseerbaar te maken omdat ieder mens anders beleeft en bij deze doelgroep spreken we vaak van al 60 jaar gevormde beleving. Het is belangrijk dat de beleving van de cliënt in eerste instantie een fijne beleving is. De basis hiervan wordt gevormd door het creëren van een veilige sfeer en het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie.

Het creëren van een veilige sfeer is van belang omdat de cliënt in deze groep gaat werken aan een persoonlijk deel van zichzelf. Dit kan moeilijk en gevoelig zijn. Deze veilige sfeer wordt gecreëerd door de therapeut door de cliënt te accepteren en hem/haar op zijn/haar gemak te laten voelen.

Om te werken aan de problemen van de cliënt is ook sociale interactie van belang. Hier gaat het uiteindelijk allemaal om! Het probleem van de cliënt speelt zich af op dit gebied en het is dan ook van belang voor de cliënt om in een veilige sfeer zich op dit terrein te begeven. Sociale interactie krijgt voor door samen te zingen, contact te maken in het medium en verbaal contact naast het medium.

Het gevoel ergens bij te horen op hogere leeftijd versterkt de zingeving van het leven. Rögels (2004) ziet zingeving als een interactief gebeuren. Dit gebeurt vooral in interactie met de omgeving. Daarom is de groepsvorming binnen de therapie ook een belangrijk aspect. Dit creëren van een hechte groep kost tijd en energie. Dit proces vindt plaats, maar dient in goede banen geleid te worden. Van groepsleden wordt daarom wederzijds respect verwacht. Verder wordt op sociaal gebied geen 'voorgeschreven' gedrag verwacht, omdat de doelen van ieder zich bevinden op dit gebied.

Betrokkenheid is van belang bij de cliënt om al deze eerder genoemde aspecten de waarborgen. Zonder persoonlijke betrokkenheid zal de therapie ook geen therapie zijn. Iedere cliënt maakt een persoonlijk proces door binnen muziektherapie en wanneer een persoon niet betrokken is bij de sessie, zal er op het persoonlijke vlak ook geen ontwikkeling of proces plaatsvinden.



7.4.2. Therapeut

De rol van de therapeut heeft daarom ook een belangrijke plaats in mijn nieuwe werkmodel. Ik geef in dit werkmodel de therapeut verschillende taken. Deze vallen uiteen in de houding van de therapeut (therapeutische attitude) en het zorgen voor de randvoorwaarden waardoor de sessie doorgang kan vinden.

Therapeutische attitude

De houding van de therapeut is uit de resultaten en interviews belangrijker gebleken dan ik in eerste instantie had verwacht. De houding heeft verschillende aspecten die door de therapeut doelbewust ingezet worden. Ik licht hier de belangrijkste aspecten toe. De therapeut bepaald uiteindelijk in welke 'hoeveelheid' hij deze aspecten inzet.

Empatisch

Iedere cliënt ervaart zijn eenzaamheid of het gevoel van alleen zijn anders. Dit betekent niet automatisch dat het voor de een zwaarder is dan voor de ander. De therapeut moet d.m.v. een empathische houding de gevoelens van de cliënt nemen zoals ze zijn en dit respecteren. Ook houdt een empathische houding in dat de therapeut luistert zonder daar een oordeel aan te geven en de keuzes van de cliënt accepteert.

Empathie is een belangrijk begrip binnen de client-centered therapie van Rogers (Egan, 2004). Deze vorm van therapie gaat ervan uit dat de cliënt een gezond mens is die best wel weet wat er met hem aan de hand is. Bij het werken met deze doelgroep vind ik deze visie heel passend omdat de cliënt gezond is en weet wat zijn problemen inhouden. Deze empathie is daarom niet alleen een onderdeel van de therapeutische attitude, maar ook van de visie van mij als therapeut.

Directief

De therapeut is in wezen degene die bepaald wat er gebeurt in de groep. Dit is een relatief gegeven want wanneer er nieuwe ideeën komen uit de groep kan de therapeut ook bepalen op deze ideeën in te gaan en deze te gebruiken in de sessie. Uit de resultaten van mijn onderzoek concludeer ik dat de therapeut een sturende maar ook begeleidende functie moet aannemen om tot het doel te komen. De onderzoeksgroep had nogal de neiging te blijven hangen in het verbale gedeelte. De therapeut moet in deze sturen om de therapie ook in de muziek vorm te geven.

De begeleidende functie houdt in dat de therapeut de groep niet stuurt als een schooljuffrouw maar voldoende ruimte maakt voor de interactie tussen de cliënten. Wanneer dit onderdeel weg zou vallen, mis je een belangrijke weg naar je doel. Het doel van de therapie bevindt zich op sociaal gebied. Dit moet, als het zich voordoet op het verbale gedeelte, niet afgekap worden. Wel moet het in banen worden geleid om niet te verzakken in 'koetjes en kalfjes-praat'.

Betrokken

Een mate van betrokkenheid van de therapeut is ook gewenst. Wanneer de therapeut mee praat en bijvoorbeeld ook vertelt dat hij wel eens te maken heeft met eenzaamheidsgevoelens draagt dit bij aan de veilige sfeer, het creëren van de vertrouwensband en de verdieping in het verbale gedeelte.

Accepterend

De therapeut oordeelt niet over de cliënt, zijn keuzes, zijn verleden en zijn persoonlijkheid. De therapeut accepteert hoe degene is en steunt hem in zijn problemen en het aanpakken daarvan. Ook Rogers benadrukt dit in zijn client-centered therapie (in: Egan, 2004).

Enthousiast

Verder denk ik dat het belangrijk is dat de therapeut enthousiasme uitstraalt. Uit de resultaten van mijn onderzoek bleek dat dit de groep stimuleert. Wel moet hier rekening worden gehouden met het energieniveau van de groep. De therapeut sluit hierbij aan, maar doet dit in een actieve, enthousiaste houding.



Randvoorwaarden

Naast de houding van de therapeut tijdens de sessies heeft hij nog een verantwoordelijkheid, namelijk; de therapeut zorgt dat er binnen de sessie aan het doel gewerkt kan worden door het scheppen van de randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden krijgen in dit werkmodel vorm door de therapeutische relatie en de voorbereiding van de sessies.

Therapeutische relatie

Het opbouwen van een therapeutische relatie gebeurt in stappen en heeft tijd nodig. Dit is een vertrouwensrelatie en aan vertrouwen moet je bouwen. De therapeut moet hier in de beginfase van de groep veel energie in steken en zijn focus moet hier liggen. De therapeutische relatie is een belangrijke randvoorwaarde om doelen te bereiken. Iedere therapeut zal dit anders vormgeven, maar er zijn speerpunten die voor iedere muziektherapeut van belang zijn.

De therapeut is eerlijk en echt. Je zet in dit werkmodel jezelf in, en wanneer je dit met een masker doet, zal de cliënt dit doorhebben en zal de vertrouwensrelatie nooit optimaal zijn.

De therapeut accepteert de cliënt onvoorwaardelijk, zijn plus- en minpunten. Hierbij is het belangrijk niet te oordelen, maar wel echt te blijven (Rogers in; Egan, 2004).

Ook zorgt de therapeut voor een veilige sfeer, waarin de cliënt zich durft te uiten en de voor hem gevoelige kwesties durft te bespreken. Het creëren van deze veilige omgeving doet de therapeut door de bovengenoemde attitudes.

Vorbereiding van sessies

Voor iedere sessie dient de therapeut grondig voorbereid te zijn. Dit ten eerste op muzikaal niveau; de therapeut moet de liederen die hij wil gaan zingen met de groep kunnen begeleiden en kunnen zingen. Dit moet op een niveau zijn dat hij ook tijdens het zingen het groepsproces in de gaten kan houden. Wanneer de therapeut met zijn neus in de bladmuziek zit, is hij op dat moment geen therapeut van de groep.

Daarnaast moet hij zorgen voor voldoende gevarieerd repertoire. Tijdens mijn onderzoek bleek dat het herhalen van liederen gemengde reacties opriep. Waar de ene cliënt een bepaald lied graag zingt, vervelt het de ander om liederen drie weken achter elkaar te zingen. Het vinden van de balans is aan de therapeut, maar een uitgebreid repertoire biedt ten alle tijden de mogelijkheid in te springen op eventuele wensen uit de groep.

Aan de andere kant is dit gegeven ook een oefening op sociaal gebied tussen de cliënten. In een groep is het geven en nemen, zoals ook andere sociale relaties. Over de muziekkeuze kunnen de cliënten overleggen en zo tot een gezamenlijk besluit komen. De therapeut kan dit gegeven gebruiken in werkvormen.

7.4.3. Medium

Het medium muziek staat tussen de cliënt(en) en de therapeut, maar het is ook datgene wat ze verbindt in de therapie. In de muziek gebeurt het.

Waar ik bij de paragraaf 'Verklaringen & Interpretatie van de resultaten' een onderverdeling heb gemaakt in het muzikale gedeelte, doe ik dit in mijn vernieuwde werkvorm ook; zang, melodie, ritme, dynamiek, klank en vorm. Ook hier weer van belang; de componenten kunnen niet los van elkaar worden gezien.

Zang

Wanneer een cliënt zingt, dient er rekening te worden gehouden met de fysieke toestand. Zingen is een intensieve bezigheid. De cliënt moet wel aangespoord worden mee te zingen maar wanneer dit niet lukt door tekort aan lucht of vermoeidheid van het lichaam, moet dit ook gerespecteerd worden. Wanneer een cliënt meezingt, stimuleert en nodigt de therapeut uit tot het breder inzetten van de zang. Hiermee bedoel ik het gebied van verschil in luidsterkte en intonatie. Dit verhoogt de beleving tijdens het zingen en draagt zo bij aan de persoonlijke betrokkenheid en de groepsvorming. Dit omdat zingen op deze manier nog meer sociale interactie opwekt.



Ritme

Binnen het medium is gezamenlijk ritme belangrijk gebleken. De therapeut zorgt hiervoor door gebruik te maken van de techniek rhythmic grounding (Bruscia, 2001). Een ritmische basis is een veilige basis voor cliënten. Ook zorgt de therapeut ervoor dat het ritme te volgen blijft voor de cliënten. Dit houdt in dat hij let op de snelheid en moeilijkheid van het te zingen ritme.

Klank

De klank van het spel en de stem van de therapeut moet een veilige basis bieden. Die klank kan natuurlijk anders zijn per lied (verschillende stijlen, uitvoeringen e.d.), maar het moet een herkenbare klank zijn voor de oudere cliënt. Niet experimenteel. Hierbij verwijs ik naar Bright (1997; in Smeijsters, 2006). Hij schrijft over de muzikale geschiedenis van de oudere en hierbij niet gewend is aan improviseren, ook niet met klank.

Vorm

Het component vorm heeft in het vernieuwde werkmodel twee aspecten. Ten eerste de vormen 'spiraal' en 'veelhoek', deze staan eerder in deze scriptie uitgelegd in paragraaf 7.3. De spiraal staat voor het proces, de veelhoek voor de vorm van de groep. Deze zijn beiden van belang gedurende gehele behandeling en de aparte sessies.

Het andere aspect van vorm is de liedvorm. Het is van belang te werken met bekende liederen i.v.m. de geboden veiligheid. Het toevoegen van nieuwe liederen aan het repertoire is ook een mogelijkheid, maar deze past beter niet in het begin van behandeling. Later in het proces is er sprake van een basisveiligheid waarop nieuwe liederen geoefend en eigen kunnen worden gemaakt.

Melodie

De melodieën zijn bij het kiezen van de liederen bepaald. De therapeut dient hier rekening mee te houden. Hier is bij de liedkeuze van belang dat de cliënten de liederen kennen en kunnen meezingen. Wanneer een cliënt een lied niet kent en de rest van de groep wel, kan die cliënt het lied leren door het anderen horen meezingen. Dit draagt bij aan de groepsvorming.

Dynamiek

Op het gebied van dynamiek in de muziek is het belangrijk dat er wordt gelet op voldoende afwisseling in de liederen qua tegenstellingen; langzaam-snel, luid-zacht, ruig-lieflijk e.d.. Dit zorgt voor een levendige dynamiek in de muziek en zo ook voor dynamiek in de sociale relaties onderling tussen cliënten.



7.4.4. Sfeer & Verbale aandeel

Sfeer

Een belangrijk onderdeel van dit werkmodel is het ontspannen karakter. Het zorgen voor een fijne beleving van de cliënt is essentieel voor het bereiken van het doel. Ook is dit van belang om sociale interactie aantrekkelijk te houden. Een fijne beleving op dit gebied maakt het verder zelfstandig ondernemen van sociale interactie uitnodigend voor de cliënt. Juist door dit ontspannen karakter kan er verwarring ontstaan over het feit dat dit een muziektherapeutisch werkmodel is. In de ogen van anderen kan het zijn dat het lijkt alsof ook een activiteitenbegeleider dit kan doen. Ook al is de sfeer ontspannen en vrij, dit blijft een muziektherapeutische behandeling onder leiding van een muziektherapeut. Hierbij wil ik graag Smeijsters citeren;

“Ik wijs erop dat wat in de ogen van de cliënt recreatief kan zijn, door de creatief therapeut wel degelijk als therapeutische interventie gebruikt kan worden. In zo’n geval is er in feite dus niet sprake van een recreatieve activiteit. Doorslaggevend bij de vraag of sprake is van een recreatieve of therapeutische activiteit is of het lukt de problematiek te beïnvloeden” (Smeijsters, 2003, p.59).

Het creëren van deze sfeer gebeurt op een aantal vlakken. Ten eerste de therapeut. Hij zet met zijn attitude een soort voorbeeld neer. Het actief, enthousiast en betrokken zijn is daarom belangrijk in de therapeutische houding. De therapeut bejegt ieder groepslid met respect en waakt ervoor dat anderen dat ook doen. Op deze manier kan er een sfeer ontstaan waarin veilig, eerlijk en fijn gewerkt kan worden aan de doelen.

Verbale aandeel

In dit werkmodel en de soort groep draait het om sociale vaardigheden en groepsvorming. In het dagelijkse leven krijgt dit voornamelijk vorm door spreken, praten en kletsen. Het verbale aandeel tijdens de sessies is daarom ook van belang. De therapeut staat achter de sociale interactie in de groep, maar vergeet daarbij niet het muzikale gedeelte. Muziek dient ten alle tijden het hoofdonderdeel van de therapie te zijn. Onder begeleiding van de therapeut wordt er aandacht besteed aan het verbale gedeelte door hier diepgang aan te geven. Praten over hobby's en kleinkinderen kan, maar de therapeut zorgt hierin voor diepgang door te praten over het gevoelsniveau en hier vragen over te stellen. Dit dient om de cliënt vaardig te houden op dit gebied.

7.5. Oud vs. Nieuw; een vergelijking

Mijn oude werkmodel is tot stand gekomen door mijn stage-ervaring in het derde jaar. Ik heb daar met een soortgelijke groep gewerkt. Ik was in die periode ook nog bezig om therapeut te worden en heb me dus niet gefocust op het werkmodel maar op mezelf. Nu in het afstudeerproject had ik daar wel de mogelijkheid voor. Hoewel mijn nieuwe werkmodel gebaseerd is op het oude, zijn er toch wezenlijke verschillen. Ik zal hier een overzicht geven van de grootste verschillen.

Het grote verschil tussen het oude en vernieuwde werkmodel is de verdieping. In het oude deed ik veel interventies op gevoel en intuïtie. In het onderzoek heb ik de ruimte genomen om met verschillende aspecten van deze intuïtie te experimenteren, te veranderen en te verdiepen.

Behandelvisie

De behandelvisie is grotendeels gevormd en gekleurd door de client-centered therapie van Rogers (in; Egan, 2004). Hierin staat de cliënt centraal en zijn empathie, respect, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie belangrijke begrippen. In het oude werkmodel heb ik gedeeltelijk gewerkt via deze visie maar onbewust. In het vernieuwde werkmodel heeft dit een belangrijkere plaats mede omdat de therapeut een belangrijkere functie heeft gekregen. De therapeut geeft voornamelijk vorm aan de client-centered therapie.

Cliënt

Het oude werkmodel was niet echt gericht op eenzaamheid en het doorbreken daarvan. De doelen die daar opgesteld werden voor de cliënten hadden allen te maken met het vergroten van zelfvertrouwen. In principe is dit een onderdeel van mijn nieuwe werkmodel, maar dit is geen doel. Het is een bijkomend gegeven. Het vernieuwde werkmodel is gericht op het beïnvloeden van eenzaamheidsgevoelens en de indicaties en doelen van de cliënten moeten dan ook hierop gericht



zijn. Verder is de soort doelgroep hetzelfde gebleven, de individuele cliënten zijn anders, maar de doelgroep is nog steeds thuiswonende oudere met problemen op sociaal gebied.

Therapeut

De houding van de therapeut is in het nieuwe werkmodel duidelijker en daardoor effectiever geworden. Waar ik in het oude werkmodel de aspecten van mijn houding niet altijd bewust inzette, kan dat in dit werkmodel wel dankzij mijn ontwikkeling als therapeut, maar ook het uitkristalliseren van wat de houding inhoudt. Op het gebied van echtheid ben ik als therapeut gegroeid en dit zit nu ook meer geworteld in het vernieuwde werkmodel. Echtheid was in mijn stage een lastig punt omdat ik mezelf nog niet 'kende' als therapeut. Nu vormt dit geen belemmering meer.

De therapeut heeft een veel belangrijkere functie in het vernieuwde werkmodel. Ik was me bij het oude werkmodel niet genoeg bewust van de invloed die de therapeut heeft op de groep, de sessie, het proces en de cliënt. Nu ik dit heb ondervonden, kan ik als therapeut zijnde mijn houding meer inzetten als interventie.

Medium

Op mediumgebied is er veel veranderd. Waar ik in het oude werkmodel muziek vaak intuïtief inzette, heb ik dit in het vernieuwde werkmodel gekoppeld aan vakliteratuur en weten te onderbouwen. Dit heeft de manier van werken effectiever en professioneler gemaakt.

Door het onderzoeken van de verschillende muzikale componenten en hun werking zet ik liederen nu weloverwogen in. Omdat ik de werking van zang beter heb kunnen bestuderen bij de cliënten uit de onderzoeksgroep, weet ik nu ook de nadruk te leggen op het zingen. Ik bedoel hiermee dat ik nu het belang in zie van mee zingen met de groep, de helende werking en het groepsproces. In het oude werkmodel was ik me hier niet altijd van bewust.

7.6. Advies vervolgonderzoek

Nu ik dit onderzoek uitgevoerd heb, heb ik meer zicht op onderzoek dat er op zou kunnen volgen om meer kennis over dit onderwerp te verkrijgen. Hieronder doe ik een paar aanbevelingen voor verdere studies.

Mijn onderzoek weerspiegelt met gemiddeld 6 cliënten in een groep niet de totale doelgroep. De resultaten van dit onderzoek mogen dan ook niet gezien worden als een vaststaand feit voor de totale doelgroep. Een breder opgezet onderzoek binnen verschillende instellingen met verschillende muziektherapeuten zou hier aan de orde zijn. Dit onderzoek zou meer betrouwbare gegevens bevatten voor de doelgroep en de therapeuten die hier mee werken.

Ook zou het interessant zijn om een langere studie uit te voeren naar de invloed van zang op problemen als eenzaamheid en sociaal isolement. Het hierbij gebruik maken van een meetinstrument voor eenzaamheid/sociaal isolement zou 'gemeten' informatie opleveren. Op die manier kan de eenzaamheid beter aangetoond kunnen worden en een beïnvloeding hierin na afloop zou ook meetbaar zijn.

Onderzoek op preventiegebied zou ook zeer de moeite waard zijn. Preventief werken is tegenwoordig 'in', en ik denk, na dit onderzoek gedaan te hebben, dat deze vorm van therapie preventief kan werken.



Hoofdstuk 8. Samenvatting

Dit actiegericht ontwikkelingsonderzoek beantwoordt de vraagstelling; 'Hoe kan muziektherapie in de vorm van zanggroepen bijdragen aan het beïnvloeden van gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?'

Tijdens mijn stage in het derde jaar ben ik in aanraking gekomen met het onderwerp eenzaamheid en ouderen. Ik heb veel gezongen met deze cliënten en zag welke helende uitwerking dit op hen had. De doelgroep ouderen groeit heel snel en eenzaamheid is hierbij een veelvoorkomend probleem.

Ik besloot mijn paper voor integratieve methodiek in de opleiding hierover te schrijven en op die manier meer te weten te komen over het onderwerp. Zo dook ik dieper in het probleem en leek het mij ontzettend interessant en nuttig hier mijn onderzoek op te richten.

Zo gezegd, zo gedaan. In mijn onderzoeksvoorstel heb ik gekozen voor een actiegericht ontwikkelingsonderzoek. Op deze manier kon ik mijn onderzoek uitvoeren in de praktijk en dit vond ik een fijne werkwijze.

Ik heb mijn onderzoek uitgevoerd bij Stichting Ouderenwelzijn in Brunssum. D.m.v. sessies met de cliënten, observaties, enquêtes, interviews en rapportages ben ik tot een nieuw werkmodel gekomen. Dit werkmodel is een vernieuwde versie van mijn oude werkmodel, dat ik tijdens de stage had gevormd.

Ik heb met het verrichte onderzoek de vraagstelling beantwoord. Ik ben tot de conclusie gekomen dat de zanggroepen kunnen zorgen voor een beïnvloeding van eenzaamheidsgevoelens bij ouderen. Ten eerste is persoonlijke betrokkenheid en beleving van de cliënt erg belangrijk om het gestelde doel te bereiken. De therapeut heeft hierbij een belangrijke, begeleidende maar ook sturende rol. Hij zorgt voor een veilige sfeer en bouwt aan een vertrouwensrelatie met de cliënt zodat de cliënt zich durft te uiten en het probleem durft aan te pakken. Ook is de therapeut verantwoordelijk voor het uitzoeken van het muzikale materiaal.

Ik heb in dit onderzoek het muzikale gedeelte gekoppeld aan de componententheorie van Hegi (1996). Hierbij heb ik onderzocht wat er belangrijk is in elk muzikale component om tot een ideale, effectieve werking van deze zanggroepen te komen.

Het zorgen voor een ritmische basis, een veilige klank, een bekende melodie en een levendige dynamiek draagt bij in het bereiken van de gestelde doelen. De therapie heeft een ontspannen karakter waardoor er op een veilige manier aan deze doelen kan worden gewerkt en zo sociale interactie vergroot kan worden waardoor het probleem eenzaamheid kan worden aangepakt.

Ik vind het belangrijk om als toekomstig muziektherapeut een werkmodel te hebben waar ik achter sta en dat ik kan verantwoorden. Het vernieuwde werkmodel is een model waarmee ik een beeld geef van hoe op een effectieve manier met deze doelgroep aan het probleem eenzaamheid te werken.



Literatuurlijst

Boeken

Adamek, K. (2003). *Singen als Lebenshilfe: Zu Empirie und Theorie von Alltagsbewältigung*. Munster: Waxmann.

Bossinger, W. (2005). *Die Heilende Kraft des Singens: von den Ursprüngen bis zu modernen Erkenntnissen über die soziale und gesundheitsfördernde Wirkung von Gesang*. Norderstedt: Books on Demand.

Bruscia, K. (2001). *64 Improvisatorische technieken bij muziektherapie*. Amersfoort.

Egan, G. (2004). *Deskundig hulpverleners*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Fokkema & van Tilburg (2005). *Eenzaam, en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. Beverwijk: Stichting Sluyterman van Loo.

Hegi, F. (1996). *Improvisation und Musiktherapie, Möglichkeiten und Wirkungen von Freier Musik*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hegi, F. (1998). *Übergänge zwischen Sprache und Musik*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Linneman, M., van Linschoten, P., Royers, T., Nelissen, H. & Nitsche, B. (2001). *Eenzaam op leeftijd*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Linneman, M. (1996). *Een eenzaam (s)lot? Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Maso, I., Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Migchelbrink, F. (2001). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Newham, P. (1999). *Using song and voice in therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers LTD.

Oostelaar, D. & Wolfswinkel, G. (2003). *Ouderen in de samenleving*. Bussum: Coutinho.

Remmerswaal, J. (2006) *Handboek Groepsdynamica*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Rijks, J. (2008). *De kracht van eenzaamheid*. Oudenbosch: Factor 5.

Rögels, N. (2004). *Levenslooppsychologie*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Smeijsters, H. (red.) (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (red.) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.

Smeijsters, H. (red.) (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Wijsman, E. (2001). *Psychologie en sociologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Zimbardo, P., Weber, A. & Johnson, R. (2005). *Psychologie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.



Artikelen

Bailey, B., & Davidson, J. (2003). *Amateur Group Singing as a Therapeutic Instrument*. Nordic Journal of Music Therapy, vol. 12, nr. 1, p. 18-33.

Beck, R., Cesario, T., Yousefi, S. & Enamoto, H., (2000). *Choral Singing, Performance Perception and Immune System Changes in Salivary Immunoglobulin A and Cortisol*. Music Perception, Vol.18, no.1, pp 87-106.

Cohen, G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K.M., Simmens, S. (2006). *The impact of professionally conducted cultural programmes on the physical health, mental health, and social functioning of older adults*. The Gerontologist, vol. 46, nr. 6, p. 26-34.

Dugan, E. & Kivett, V. (1994). *The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults*. The Gerontologist, vol. 34, nr.3, p.340-346.

Skingley, A. & Bungay, H. (2010). *The Silver Song Club Project: singing to promote the health of older people*. British Journal of Community Nursing, vol. 15, nr.3, p 135-140.

Skingley, A. & Vella Burrows, T. (2010). *Therapeutic effects of music and singing for older people*. Nursing Standard, vol.24, nr.19 p35-41.

Internetbronnen

Centraal Bureau voor de Statistiek.

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71867NED&D1=a&D2=0&D3=0-2,7,12,17,22,27,32,37,I&HD=090218-0945&HDR=G1,G2&STB=T> 2010. Datum opzoeken 20 februari 2010. Bevolkingsonderzoek.

Mediaonderzoek. <http://www.mediaonderzoek.nl/338/een-aantal-feiten-over-senioren/> 2010. Datum opzoeken 21 februari 2010. Een aantal feiten over senioren.

Nationaal Ouderenfonds. http://www.ouderenfonds.nl/wie_zijn_we/organisatie/feiten_en_cijfers 2009. Datum opzoeken 4 november 2009. Feiten en cijfers.

Nederlandse Vereniging Voor Muziektherapie. <http://www.nvvmt.nl/index.php/muziek-en-/26-muziek-en-sociale-relaties.html> 2010. Datum opzoeken 2 mei 2010. Muziektherapie en sociale relaties.

Nederlandse Vereniging Voor Muziektherapie. <http://www.nvvmt.nl/index.php/muziektherapie/wat-is-muziektherapie/7-wat-is-muziektherapie.html> 2010. Datum opzoeken 10 mei 2010. Wat is muziektherapie?

Vilans. <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=67873> 2010. Datum opzoeken 17 april 2010. Innovatieprogramma welzijn ouderen.

Overig

Hochgürtel, A. (2006). *Mea Persona Personat; De bijdrage van stemimprovisaties ter zelfverwerkelijking aan de cliënt in de muziektherapeutische zelfervaring*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, Faculteit Ergotherapie en Creatieve Therapie, Heerlen.



Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst 1
Bijlage 2. Vragenlijst 2



Bijlage 1

Vragenlijst 1 Onderzoek
Stichting Ouderenwelzijn Brunssum
Dorien Brüning

17 maart 2010

Geboortedatum:.....

1. Wat is de voornaamste reden dat u hier komt?

.....
.....
.....
.....

2. Voelt u zich wel een alleen?

- a. Ja, vaak
- b. Ja, af en toe
- c. Nee, nooit

3. Voelt u zich wel eens eenzaam?

- a. Ja, vaak
- b. Ja, af en toe
- c. Nee, nooit

4. Wanneer u zich eenzaam voelt, wat voor activiteiten onderneemt u dan/ zou u willen ondernemen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Wanneer u thuiskomt van stichting Ouderen Welzijn, hoe voelt u zich dan?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bedankt!



Bijlage 2

Afsluitende vragenlijst Onderzoek
Stichting Ouderenwelzijn Brunssum
Dorien Brüning

29 april 2010

Geboortedatum:.....

Afgelopen weken heeft u deelgenomen aan de muziekmiddagen bij Stichting Ouderenwelzijn. Aan het begin van deze reeks donderdagen heb ik u een paar vragen gesteld over eenzaamheid. Ik ben benieuwd of deze middagen hier invloed op hebben gehad. Ik zou u hierover graag een paar vragen stellen.

1. Hoe heeft u deze middagen in het algemeen ervaren?

2. Welke onderdelen hebben volgens u voornamelijk een bijdrage geleverd aan de sfeer in de groep? **Meerdere antwoorden mogelijk**

- a. Het zingen
- b. De andere groepsgenoten
- c. De therapeute

3. Door het zingen van verschillende liederen kwamen er ook verschillende gespreksonderwerpen langs, als bijvoorbeeld de school van vroeger, dansen, het nieuws, de kinderen e.d.. Hoe vindt u het om over dergelijke onderwerpen te praten met anderen?

- a. Fijn, ik heb hier behoefte aan
- b. Dat hoeft voor mij eigenlijk niet

4. Kunt u kort beschrijven wat deze middagen u op hebben geleverd?



Eventuele opmerkingen

Bedankt voor het invullen!

