

Hva vet vi om kulturdeltakelse og helse?

Sammendrag

Bakgrunn. Vi har mye kunnskap om sammenhengen mellom helse og livsstilsfaktorer som matvaner, røyking og fysisk aktivitet. Vi vet mindre om andre faktorer innflytelse, som for eksempel kulturdeltakelse. Sett på bakgrunn av samfunnets fokus på folks levesett er det behov for en gjennomgang av forskningslitteratur som omhandler den helsemessige betydningen av kulturdeltakelse.

Materiale. Artikkelen bygger på litteraturstudier. Relevant litteratur i BibSys, MedLine og PsycINFO, referanselister i sentral litteratur og referanser oppgitt av fagfolk er gjennomgått.

Resultater og fortolkning. Forskningslitteraturen viser at det er sammenheng mellom kulturdeltakelse og kulturopplevelse og helse målt på ulike måter. De faglige og metodiske innfallsvinklene er svært forskjellige. Det er behov for flere befolkningsstudier, langtidsstudier samt kontrollerte studier av effekten av kulturdeltakelse. Det er også behov for flerfaglig samarbeid og mer bruk av kombinasjon av kvantitativ og kvalitative metoder.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Margunn Skjei Knudtsen

margunn-skjei.knudtsen@ntfk.no
Nord-Trøndelag fylkeskommune
Fylkets hus
7735 Steinkjer

Jostein Holmen

HUNT forskningssenter
Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7650 Verdal

Odd Håpnæs

Levanger kommune
7600 Levanger

Folks levesett og sosialt relaterte helseforhold er sentrale temaer i politikk og forskning. Søkelyset er ofte rettet mot sykdomsfremkallende forhold og i mindre grad mot forhold som bidrar til å skape god helse. I kultur- og helsearbeidet nærmer man seg problemområdene ved å legge vekt på helsefremmende faktorer. Målet med arbeidet er å styrke folks evne til å mestre egen livssituasjon gjennom deltakelse i meningsfulle kulturaktiviteter (1). Kulturaktiviteter kan med fordel trekkes mer inn i folkehelsearbeidet blant barn, unge, eldre og voksne i arbeidslivet (2, 3).

Den internasjonale forskningen om bruken av slike virkemidler øker. Størsteparten av studiene omfatter imidlertid kunst- og kulturuttrykk benyttet i behandling og rehabilitering. Flertallet av studiene er utført på individ- eller gruppenivå. Casestudiene utgjør den største andelen. Forskningsmetodikken er vanligvis kvalitativ med lite vekt på fysiologiske variabler ettersom utgangspunktet ofte har vært samfunnsvitenskapelig eller humanistisk, og kulturuttrykkene først og fremst er benyttet i psykoterapeutiske prosesser.

Målet med artikkelen er å gi en oversikt over forskning om helseeffekter av kulturelle virkemidler. Vi har søkt å få innsikt i hvilke grupper som ser ut til å ha nytte av slike virkemidler. Teoretiske forklaringsmodeller beskrives for å kunne identifisere sentrale problemstillinger for fremtidig forskning.

Artikkelen bygger på litteraturstudier, men er ingen metaanalyse. Det er foretatt litteratursøk i BibSys, MedLine og PsycINFO for perioden januar 1996 – desember 2004. Disse søkeordene har vært benyttet i ulike kombinasjoner: health promotion, disease prevention, recreation, rehabilitation, treatment/therapy, clinical trials, art, music, dance, dra-

ma, storytelling, bibliotherapy, storytelling. Det er benyttet referanselister i relevant litteratur og referanser oppgitt av fagfolk.

Definisjoner

Kultur er et vidt begrep (4). Kultur i denne artikkelen omfatter kultur som uttrykk. Med kulturuttrykk menes musikk, dans, drama, bilde, litteratur, idrett, friluftsliv på amatørnivå og profesjonelt nivå. Vi holder idrett utenfor siden vi har mye kunnskap om sammenhenger mellom fysisk aktivitet og helse. Begrepene kulturdeltakelse og kulturopplevelse omfatter det å være til stede på kulturarrangementer. Det omfatter også egen deltakelse, utøvelse og skapende aktivitet, men ikke på profesjonelt nivå. Enkelte skiller mellom aktiv og passiv kulturdeltakelse. Lytting til musikk oppfattes som passivt, mens å spille et instrument oppfattes som aktivt. Vi foretar ikke denne delingen, ettersom å lytte til musikk absolutt kan være en aktiv foreteelse.

Med helse menes i denne artikkelen «evne til å mestre hverdagens krav», «helse som ressurs»; det såkalte positive helsebegrep (5, 6). Vi gjør rede for hva slags helseeffekt vi snakker om i det enkelte tilfellet.

Befolkningsstudier

Noe av de sosiale ulikhetene i helse kan tilskrives livsstilsfaktorer som røyking, matvaner og fysisk aktivitet, men disse forklarer bare en liten del (7). Hvilke andre faktorer bidrar? Denne problemstillingen var blant annet utgangspunkt for befolkningsundersøkelser i Sverige (1983–91) som omfattet om lag 12 000 personer i alderen 16–74 år. Lesevaner, kulturdeltakelse som korsang, musikkutøvelse m.m. ble kartlagt, og deltakerne ble fulgt opp i ni år med hensyn til dødsrisiko. Resultatene viste at dødeligheten var lavere i alle aldersgrupper opp til 70 år blant dem som var kulturelt aktive sammenliknet med de inaktive.

! Hovedbudskap

- Forskningslitteraturen viser at det er sammenheng mellom kulturdeltakelse og kulturopplevelse og helse
- Flere grupper i befolkningen kan ha positiv effekt av økt kulturell aktivitet
- Det er behov for flerfaglig forskning på individ-, gruppe- og befolkningsnivå

Dette gjaldt uansett alder, kjønn, sosialt nettverk, sosialgrupper og helsevaner som røyking og fysisk aktivitet. Hyppigheten av deltakelse hadde innvirkning. Desto oftere man deltok, desto mer økte overlevelsessjansene (8). Det foreligger per i dag ikke liknende undersøkelser verken i Norge eller internasjonalt.

Internasjonale studier som omfatter sammenhengen mellom fritidsaktiviteter og psykisk helse bekrefter betydningen av rekreasjon (9). Studier fra Sverige viser at grupper med dårlig psykisk helse har mer passiv livsstil og deltar i færre helsefremmende aktiviteter enn friske. De friske driver i større grad med friluftaktiviteter, mens omfanget av andre kulturelle aktiviteter er like stort blant de med god og de med dårlig psykisk helse (9). Fritidsaktiviteter ser også ut til å være viktig i eldre år. Enkelte studier tyder på at deltakelse kan bidra til å redusere risikoen for å utvikle demens (10).

Musikk

Musikk er benyttet i behandling og rehabilitering innen psykiatri, pediatri, geriatri, i intensivmedisin, ved kroniske smerter og symptomlindring. Musikk brukes gjerne terapeutisk i psykiatrisk sammenheng og som middel til å aktivisere eller berolige pasientene i andre sammenhenger.

En metaanalyse gjennomført av Gold og medarbeidere viser at musikkterapi brukt i behandling av ulike typer psykiske lidelser, har effekt (11). Myskja har gjennomgått forskningslitteratur fra perioden 1979–2000 og peker på at musikk kan ha effekt ved behandling av angst og depresjon (12). Musikk kan lindre smerte, dempe angst og benyttes som virkemiddel innenfor pediatri og geriatri (12–14). Eldre som er rammet av Parkinsons sykdom, Alzheimers sykdom og andre former for demens, kan få bedret livskvaliteten ved riktig tilpasset musikkstimulering (15).

Trondalen viser i sin avhandling hvordan musikkterapi kan virke positivt i behandling av spiseforstyrrelser (16). Svenske forskere har benyttet musikkterapi og andre kunstterapiformer i behandling av personer med psykosomatiske lidelser. Depresjons- og angstnivået endret seg i positiv lei, de psykosomatiske plagene minsket og den generelle helsetilstanden målt ved selvopplevd helse bedret seg (17).

I det forebyggende og helsefremmende arbeidet blant barn, unge og voksne i yrkesaktiv alder, finnes det få studier av musikkens eventuelle betydning. Dette til tross for at Ruud tidlig i 1990-årene påpekte at kunnskapen fra musikkterapi kunne utnyttes i en slik sammenheng. Arbeidsmåtene i musikkterapi, som for eksempel improvisasjon, fremmer barns evne til å uttrykke seg og fungere sosialt (18).

En studie fra Sveits viser at musikkundervisning kan bedre barnas sosiale kompetanse og bedre samarbeids- og klasseroms-

miljøet (19). Forskere ved Kungliga Musikhögskolan og Karolinska Institutet har vist at økt musikkundervisning kan medføre reduksjon i kortisolnivået (20). En annen studie utført ved Karolinska Institutet har vist at deltakelse på sangøvelser medfører endring i oksytocinnivå (21).

Dans og bevegelse

Med dans menes i denne artikkelen ulike former for sosial dans samt dans og bevegelse med eller uten musikk. Profesjonell dans holdes utenfor.

Dans kan fremme helse gjennom trening av aerob utholdenhet og utvikling av koordineringsevnen. Dansen har et sosialt aspekt gjennom atspredelse og sosial samhörighet og en psykologisk side ved at den kan vekke til live og bearbeide følelser samt utvikle kroppsbevissthet og kroppsbylde (22–24).

Hoveddelen av forskningen internasjonalt omfatter danseterapi som benyttes som behandlingsmetode for ulike sykdommer og funksjonshindre. Mesteparten er casestudier av barn og voksne, pasienter innenfor psykiatri og pasienter med psykosomatiske lidelser. Studier viser blant annet at barn med store følelsesmessige problemer og barn med autisme kan ha god effekt av danseterapi (25, 26). Det samme gjelder voksne med psykosomatiske lidelser fordi smertene kan reduseres (17). Både sosial dans og danseterapi er blitt benyttet for å forebygge sykdom og bedre livskvaliteten hos eldre. Dans kan styrke balanseevnen og forebygge fallulykker (27). Dans kan fungere som kommunikasjon mellom demente og mellom demente og terapeut. Den språklige og ikke-språklige kommunikasjonen kan stimuleres. Danseterapi kan dessuten bedre det fysiske, psykiske og sosiale velværet hos eldre (25–26).

Drama

Drama er en pedagogisk form for teater. I dramapedagogisk arbeid brukes fortelling, dans, bevegelse, lek og sang. I forebyggende sammenheng er drama brukt i forbindelse med helseopplysning. Studier har vist at helseopplysning i dramatisert form (teaterforestilling, video, radio, TV) kan bidra til økt kunnskap og endrede holdninger. I noen studier er det påvist endret atferd. Tema i studiene har vært rus, psykiske lidelser, familieplanlegging, livsstil og HIV/AIDS (28–31). Drama er også benyttet for å hindre uheldig utvikling hos barn og unge med atferds- og følelsesmessige problemer. Internasjonale studier viser at dramapedagogiske opplegg kan ha effekt i slike sammenhenger (32). Disse temaene er lite utforsket i Norge, selv om dramaopplegg benyttes i forebyggende arbeid (33). Dramapedagogiske opplegg blant eldre er lite brukt her til lands i motsetning til Sverige hvor undersøkelser viser at dramaopplegg med ulike kulturuttrykk kan påvirke dementes livskvalitet og kommunikasjon samt personalets mestringfølelse (34).

Litteratur og andre kulturuttrykk

Det foreligger noe forskning om bruken av bildekunst og bildeskaping samt litteratur og fortelling (storytelling). Disse kulturuttrykkene benyttes særlig innenfor psykiatri, men også innenfor eldreomsorgen. Wikstrøm har i en intervensjonsstudie blant eldre vist at visuell stimulering gjennom bilder av kunstverk kan ha effekt på den fysiske og psykiske helsen gjennom reduksjon av blodtrykk, mindre bruk av laksativer, bedring av humør samt mindre uro, tretthet og smerte. Forbedringene var mer uttalt fire måneder etter intervensjonen enn like etter (35).

Diskusjon

Årsakssammenhenger, metodiske problemer og målgrupper

Oversikten viser at forskningen er spredt og metodisk svært uensartet. Det foreligger få langtidsstudier og kontrollerte studier og kun noen få befolkningsstudier. Enkelte studier tyder på at det er sammenheng mellom kulturdeltakelse og helse. Dette gjelder blant annet befolkningsstudiene fra Sverige. Det hefter imidlertid metodiske problemer ved studiene. Årsakssammenhengen er usikker.

På gruppe- og individnivå er det foretatt atskillig flere studier. Kulturuttrykk benyttet i behandling og rehabilitering kan være et effektivt virkemiddel. Særlig gjelder dette ulike former for bruk av musikk, men vi har liten kunnskap om hvorvidt musikk er et mer egnet virkemiddel enn andre og om effektene varer ved. Forskningen om andre kulturuttrykk er atskillig mer spredt og uensartet. Flere undersøkelser gir lovende resultater. Personer med psykiske lidelser og enkelte grupper eldre ser ut til å dra nytte av systematisk bruk av ulike kulturuttrykk.

Kunnskapen om betydningen av kulturdeltakelse og kulturopplevelser i behandling og rehabilitering har fått flere forskere til å påpeke at kulturaktiviteter innebærer et potensial i folkehelsearbeidet (2).

De generelle metodiske problemer som foreligger når man skal måle effekt av forebyggende og helsefremmende arbeid, gjelder også studier av kulturdeltakelse og opplevelse, men materialet viser interessante resultater. Det er verdt å merke seg at kulturell stimulering gir andre positive helserelaterede effekter enn fysisk aktivitet (36). Studier tyder på at barn, unge og eldre kan dra helsemessig nytte av større kulturdeltakelse og økt omfang av kulturopplevelser. Enkeltundersøkelser tyder på at kunst- og kulturtiltak også kan være effektive virkemidler i arbeidslivet (3).

Fysiologiske, psykologiske og psykososiale forklaringer

Ettersom feltet er flerfaglig og komplekst, gir forskerne ulike forklaringer. Bygrens hypotese er at kulturell deltakelse og opplevelse påvirker sinnsstemninger som kan virke på immunsystemet via hjernen både via nervebanene og gjennom påvirkning av hor-

monproduksjon som igjen vil influere på stoffer som er viktige for immunfunksjon (7). Flere undersøkelser viser blant annet at musikk kan stimulere immunfunksjonen (immunglobulin- og endorfinnivå) og påvirke blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, hjernebølgemønster, kroppstemperatur og galvanisk hudrespons (12). Theorell legger vekt på den sosiale rammen og kulturopplevelsen i seg selv. Differensiering av følelser er en forutsetning for mestring av påkjenninger og for god helse. Gjennom oppveksten, i det sosiale miljø og gjennom kulturopplevelser og deltakelse blir vi i stand til å tolke og utvikle følelser på en konstruktiv måte. Theorell viser til ulike resultater fra studier av bruken av kulturelle virkemidler og nevrobiologisk forskning. Trondalen påpeker at musikkterapi gir muligheter for reorientering i tilværelsen. Gjennom samspill og improvisasjon får pasienten kontakt med opplevelser fra fortiden og følelse av selv å kunne påvirke fremtiden. Dette bidrar til følelse av mestring, håp og tilhørighet og gir grunnlag for vekst og utvikling som bidrar til endrede måter å forholde seg til andre mennesker og omverdenen på (16).

Andre forskere legger hovedvekten på den sosiale rammen som kulturuttrykkene foregår i. Kulturopplevelser er nøkkelen til kommunikasjon, fellesskap og velvære. Det gir møter med samtaler, fellesskap, glede og trivsel som igjen forebygger sykdom og fremmer helse. Å dele opplevelser og være sammen i et fellesskap er derfor viktige innslag i omsorgen for eldre og særlig demente siden de åpner opp sinnene for minner av ulike slag (34).

Konklusjon

Gjennomgangen av forskningslitteratur tyder på at det er sammenhenger mellom kulturdeltakelse og kulturopplevelse og helse målt på ulike måter. De faglige og metodiske innfallsvinklene er imidlertid svært forskjellige. Forskningen som foreligger, gir utgangspunkt for interessante problemstillinger. Det er særlig behov for flere befolkningsstudier for å utvide kunnskapsgrunnlaget om sammenhenger mellom kulturdeltakelse og helse på befolkningsnivå. Med tanke på dagens sosiale ulikheter i helse er det viktig å få avdekket om intensiteten av kulturdeltakelse er forskjellig i ulike sosiale lag, og om dette bidrar til sosiale ulikheter i helse.

Det trengs flere langtidstudier og kontrollerte studier av effekter av kulturopplevelser og deltakelse hvor de fysiologiske og/eller psykologiske og psykososiale sidene ved deltakelsen og opplevelsen analyseres. Siktemålet for studiene kan være behandling, rehabilitering, forebygging eller helsefremming. Studiene kan utføres i lokalsamfunn, på arbeidsplasser og i institusjoner. Det er behov for flerfaglig samarbeid og mer bruk av kombinasjon av kvantitativ og kvalitative metoder.

Barn og unge generelt, men særlig utsatte

grupper blant dem kan ha god nytte av denne typen virkemidler og likeledes personer med psykiske lidelser, eldre og enkelte grupper i arbeidslivet. Intervensjonsstudier med kunst- og kulturtiltak er ofte rimeligere enn andre tiltak. I tillegg viser erfaringene fra kultur- og helsearbeidet i Norden de senere årene at ildsjeler, lokale lag og foreninger, fagfolk og forskere på feltet trekker lasset sammen for å få mest mulig ut av de få ressursene som er tilgjengelige. Vi har neppe råd til å la være å klarlegge bedre den helsemessige betydningen av kulturdeltakelse og opplevelse for den enkelte og for befolkningen.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Denne artikkelen og artikkelen på side 3434 er en del av arbeidet i det treårige regionale samarbeidsprosjektet FOLK 1 – Folkehelse og kultur i et distriktsfylke 2001–2004. FOLK 1 var finansiert av Kommunal- og regionaldepartementet, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, HUNT forsknings-senter – NTNU, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag, Levanger kommune og Nasjonalt knutepunkt for kultur og helse, Levanger. FOLK 1 videreføres i det regionale prosjektet FOLK 2 (www.folk2.no).

Forfatterne takker aktører i kultur- og helsearbeidet i Norge og aktørene i FOLK 1 for innspill til artikkelen. Se også artikkel s. 3434.

Litteratur

1. Knudtsen MS, Holmen J, Håpnes O. Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3434–6.
2. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetenkande av Nationella folkhälsokommittén; Bilagsdel B. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén, 2000.
3. www.folkehelseogkultur.no/nyheter/studentarbeider.html (10.4.2005).
4. St.meld. nr. 48 (2002–2003). Kulturpolitikk fram mot 2014.
5. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge.
6. Hjorth PF. Helse for alle! Foredrag og artikler. Utredningsrapport nr. U1–1994. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994.
7. Bygren LO. Poster. Stockholm: Folkhälsastämman, 2003. (www.folkhalsostamman.no/dokumentation.asp (10.4.2005).)
8. Bygren LO, Konlaan BB, Johansson SE. Unequal in death. Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in choir as determinants for survival. BMJ 1996; 313: 1557–80.
9. Norling I. Rekreation og psykisk hälsa. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2001.
10. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. N Engl J Med 2003; 348: 2508–16.
11. Gold C, Voracek M, Wigram T. Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta analysis. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45: 1054.
12. Myskja A, Lindbæk M. Hvordan virker musikk på menneskekroppen? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1182–5.
13. Myskja A, Lindbæk M. Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1186–90.
14. Evans D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patients. A systematic review. J Adv Nurs 2002; 37: 8–18.

15. Myskja A. Kan musikkterapi hjelpe pasienter med neurologiske sykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3229–30.
16. Trondalen G. Klingende relasjoner. En musikkterapi studie av signifikante øyeblikk i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi. Doktoravhandling. Oslo: Norges musikkhøgskole, 2004.
17. Theorell T, red. När ordene inte recker. Stockholm: Natur och kultur, 1998.
18. Ruud E. Erfaringer fra musikkterapi som modell for en ny tenkning rundt forholdet mellom kultur og helse. Kultur ger hälsa. Slutrapport, Publikationer fra Finlands Unesco-kommision 70. Helsinki: Unesco-kommisionen, 1994.
19. Weber EW, Spychiger M, Patry J-L. Musik macht Schule. Essen: Die Eule, 1993.
20. Södergren Å, Lindblad F, Theorell T. Manus IMP 2004. Nasjonal kultur- og helsekonferanse i Steinkjer 22. og 23. april 2004. www.folkehelsogkultur.no (10.4.2005).
21. Grape C, Sandgren M, Hansson LO et al. Does singing promote well-being? Integr Physiol Behav Sci 2003; 38: 65–74.
22. Engell H. Den fysiske dimensjonen i dans. Trondheim: Rådet for folkemusikk og folkedans. UNIT, 1993.
23. Gjerset A, red. Idrettens treningslære. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
24. Grönlund E. Dansterapi. Lund: Studentlitteratur, 1991.
25. Nyström K. Försöksverksamhet med danseterapi och äldre personer. Stockholm: Karolinska Institutet/Stockholms läns museum, 2001.
26. Nyström K. Dans på gränsen. Demensdrabbades kommunikation i danseterapi. Stockholm. Stockholms universitet, 2002.
27. Judge JO. Balance training to maintain mobility and prevent disability. Am J Prev Med 2003; 25, nr. 3 (suppl 2): 150–56.
28. Starkey F, Orme J. Evaluation of a primary school drug drama project; methodological issues and key findings. Health Educ Res 2001; 16: 609–22.
29. Pedrazzini AE, McGowan H, Lucking L et al. The trouble with sex – it always gets in the way. An evaluation of a peer-produced teenage pregnancy video. Br J Fam Planning 2000; 25: 131–5.
30. Valente TW, Bharath U. An evaluation of the use of drama to communicate HIV/AIDS information. AIDS Educ Prev 1999; 11: 203–11.
31. Seguin A, Rancourt C. The theatre. An effective tool for health promotion. World Health Forum 1996; 17: 64–9.
32. McArdle P, Moseley D, Quibell T et al. School-based indicated prevention. A randomised trial of group therapy. J Child Psychol Psychiatry 2002; 43: 705–12.
33. Baklien B, Carlsson Y. Helse og kultur. Prosess-evaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel. Oslo: NIBR, 2000.
34. Lepp M, Ringsberg KC, Holm AK et al. Dementia – involving patients and their caregivers in a drama programme; the caregivers experiences. J Clin Nurs 2003; 12: 873–81.
35. Wikström BM, Theorell T, Sandström S et al. Medical health and emotional effects of art stimulation in old age. Psychother Psychosom 1993; 60: 195–206.
36. Konlaan BB, Bjorby N, Bygren LO et al. Attendance at cultural events and physical exercise and health. A randomised controlled study. Public Health 2000; 114: 316–9.