



Złożenie pracy online:
2025-02-27 23:09:10
Kod pracy:
27565/46382/CloudA

Aleksandra Wasiuk
(nr albumu: 28615)

Praca magisterska

Wpływ zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii na poziom stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Szczecinku

The impact of relaxation classes with elements of music therapy on stress levels in patients of the day psychiatric ward in Szczecinek

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr n. med. Bartłomiej Tarkowski

Pragnę serdecznie podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszej pracy dyplomowej. Szczególne wyrazy wdzięczności kieruję do kierownictwa Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku za umożliwienie przeprowadzenia badań oraz stworzenie warunków sprzyjających realizacji projektu. Dziękuję również całemu personelowi placówki za wsparcie i pomoc w organizacji oraz przeprowadzaniu zajęć, co miało kluczowe znaczenie dla sprawnego przebiegu badań. Szczególne podziękowania składam pacjentom biorącym udział w badaniu – za ich otwartość, zaangażowanie i chęć uczestnictwa w zajęciach. Ich aktywność i szczerść miały fundamentalne znaczenie dla wartości poznawczej tej pracy. Dziękuję również mojemu Promotorowi za fachowe i merytoryczne wsparcie na każdym etapie pisania pracy, cenne wskazówki oraz życzliwość, które pomogły mi w rzetelnym opracowaniu tematu. Nie sposób pominąć moich bliskich, którzy towarzyszyli mi w trakcie całego procesu – za ich cierpliwość, motywację oraz wiarę w moje możliwości. Wszystkim tym osobom składam wyrazy wdzięczności.



Streszczenie

Celem przeprowadzenia badania było określenie wpływu zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii na poziom stresu u pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego w Szczecinku. Postawiono hipotezę, że udział w tego rodzaju terapii przyczynia się do obniżenia poziomu stresu. W badaniu wzięło udział 10 dorosłych pacjentów oddziału, którzy uczestniczyli w zajęciach w ramach 3-miesięcznej rehabilitacji psychiatrycznej. Poziom stresu oceniano za pomocą baterii testów obejmujących m.in. kwestionariusze dotyczące poziomu stresu, depresji i lęku (DASS-42, PSS-10, Subiektywna Ocena Stresu). Zajęcia trwały miesiąc, z częstotliwością raz w tygodniu. Po okresie dwóch miesięcy od zakończenia sesji relaksacji, przeprowadzono ponowną ocenę, aby sprawdzić trwałość efektów.

Słowa kluczowe

Muzykoterapia, zajęcia relaksacyjne, poziom stresu, dzienny oddział psychiatryczny, rehabilitacja psychiatryczna, kwestionariusze psychologiczne, DASS-42, PSS-10



Abstract

The aim of this study was to determine the impact of relaxation sessions incorporating elements of music therapy on stress levels in patients of the day psychiatric ward in Szczecinek. The hypothesis assumed that participation in this type of therapy contributes to a reduction in stress levels. The study involved 10 adult patients undergoing a three-month psychiatric rehabilitation program. Stress levels were assessed using a battery of tests, including standardized questionnaires measuring stress, depression, and anxiety (DASS-42, PSS-10, and Subjective Stress Assessment). The sessions lasted for one month, with a frequency of once per week. A follow-up assessment was conducted two months after the completion of the relaxation sessions to evaluate the durability of the effects.

Keywords

Music therapy, relaxation sessions, stress levels, day psychiatric ward, psychiatric rehabilitation, psychological questionnaires, DASS-42, PSS-10



Spis treści

Wstęp.....	3
1. Muzykoterapia jako metoda relaksacji w literaturze przedmiotu	5
1.1. Definicja i zastosowanie	5
1.2. Rola muzykoterapeuty w procesie muzykoterapii.....	7
1.3. Historia muzykoterapii	8
1.4. Proces terapeutyczny	10
1.5. Techniki wykorzystywane w muzykoterapii	12
2. Stres jako czynnik utrudniający funkcjonowanie w odniesieniu do pacjenta psychiatrycznego	18
2.1. Definicje i teorie stresu	18
2.2. Style radzenia sobie ze stresem	22
2.3. Następstwa stresu	25
2.4. Sposoby pomiaru poziomu stresu	27
3. Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku	29
3.1. Struktura jednostki organizacyjnej	29
3.1. Oddział Dzienny w Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku	32
3.2. Cele terapeutyczne i metody pracy	33
3.3. Rola zajęć relaksacyjnych w funkcjonowaniu poznawczym pacjenta	34
4. Metodologia badań własnych	36
4.1. Przedmiot i cel badań	36
4.2. Problemy badawcze i hipotezy	37
4.2. Zmienne i ich wskaźniki	38
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze	39
4.5. Obszar i organizacja badań oraz charakterystyka grupy badanej	40
5. Wyniki badań własnych	46
5.1. Statystyki opisowe	46
5.2. Weryfikacja hipotez	55
5.3. Wnioski z badań	64
5.4. Ograniczenia badań własnych	65
Zakończenie	67
Bibliografia.....	69
Spis rysunków	73



Spis tabel 74
Spis wykresów..... 75



Wstęp

Stres stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej psychologii oraz medycyny. Jest on naturalną reakcją organizmu na wymagania środowiska, jednak jego nadmiar może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, zarówno psychicznych, jak i somatycznych (Lazarus, Folkman, 1984). W szczególności pacjenci oddziałów psychiatrycznych są narażeni na chroniczny stres, co dodatkowo komplikuje ich proces terapeutyczny. W tym kontekście rola technik relaksacyjnych, w tym muzykoterapii, nabiera szczególnego znaczenia jako potencjalne narzędzie redukcji stresu i poprawy samopoczucia pacjentów.

„Muzykoterapia, będąca interdyscyplinarną dziedziną łączącą elementy psychologii, muzykologii i terapii zajęciowej, wykazuje szeroki zakres zastosowań w leczeniu zaburzeń psychicznych” (Paszkievicz-Mes, 2013, s. 168-176). Wiele badań wskazuje na jej skuteczność w redukcji stresu, poprawie zdolności poznawczych oraz wspieraniu procesów terapeutycznych. Przegląd badań nad technikami relaksacyjnymi wykazał, że trening autogenny Schultza (SAT) skutecznie redukuje objawy somatyczne i napięciowo-lękowe u pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi (Litwic-Kaminska, Kotyśko, 2021). Podobnie progresywna relaksacja mięśniowa Jacobsona (PMR) okazała się skuteczna w redukcji lęku w różnych grupach pacjentów, w tym wśród personelu medycznego w czasie trwania pandemii COVID-19 (Kodzik, Siek, Gworys, Szamotulska, Hansdorfer-Korzon, Zwoliński, 2023). Ponadto, trening uważności (mindfulness) wykazuje pozytywne efekty w redukcji objawów lęku, depresji oraz poprawie jakości życia, co potwierdzają badania przeprowadzone na Uniwersytecie Marii Skłodowskiej Curie w Lublinie (Błaszczak, 2018).

Muzykoterapia wykorzystuje wiele technik, które mogą być stosowane w procesie redukcji stresu. Wśród nich wyróżnia się muzykoterapię receptywną (bierne słuchanie muzyki) oraz muzykoterapię aktywną (np. gra na instrumentach, śpiew, improwizacja muzyczna). Obie formy terapii mają na celu stymulowanie emocji, poprawę koncentracji oraz redukcję poziomu kortyzolu – hormonu stresu (Bradt, Dileo, 2014).

Motywy przewodnim niniejszej pracy jest poziom stresu i forma oddziaływania na niego w postaci zajęć relaksacyjnych w wykorzystaniu elementów muzykoterapii. Na tej podstawie wysnuto główną hipotezę, której założeniem było, iż zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii prowadzą do obniżenia poziomu stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Szczecinku.



Głównym celem niniejszej pracy jest określenie, czy i w jakim stopniu regularne uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych z elementami muzykoterapii wpływa na redukcję poziomu stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego przy Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku. Aby zaistniała możliwość odpowiedzi na sformułowany problem badawczy zostały przeprowadzone badania na grupie pacjentów, która liczyła 10 osób.

Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Cały proces przebiegł w miłej i spokojnej atmosferze. Badania realizowano w terminie od listopada 2024 roku do stycznia 2025 roku. Zgoda na przeprowadzenie badań została udzielona przez Dyrektora Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku.

Na pracę składa się pięć rozdziałów. Rozdział pierwszy koncentruje się na teoretycznych aspektach muzykoterapii, jej historii, metodach oraz roli muzykoterapeuty w procesie oddziaływań terapeutycznych. W rozdziale drugim omówiono zagadnienia związane ze stresem, jego definicje, mechanizmy radzenia sobie oraz skutki zdrowotne. Rozdział trzeci opisuje Dzienny Oddział Psychiatryczny w Szczecinku jako teren badań, jego organizację, cele terapeutyczne oraz znaczenie zajęć relaksacyjnych. Rozdział czwarty poświęcono metodologii badań, w tym opisowi narzędzi badawczych (PSS-10, DASS-42, Subiektywna Skala Oceny Stresu, Kwestionariusz Ankiety na temat Zajęć Relaksacyjnych). W ostatnim, piątym rozdziale przedstawiono analizę i interpretację wyników badań oraz ich implikacje kliniczne.

Podsumowując, niniejsza praca ma na celu dostarczenie naukowych dowodów na skuteczność zajęć relaksacyjnych z muzykoterapią w redukcji stresu u pacjentów psychiatrycznych. Wyniki badań mogą przyczynić się do rozwinięcia praktyki terapeutycznej w placówkach psychiatrycznych oraz do lepszego zrozumienia mechanizmów oddziaływania muzykoterapii na zdrowie psychiczne.

1. Muzykoterapia jako metoda relaksacji w literaturze przedmiotu

1.1. Definicja i zastosowanie

Termin "muzykoterapia" wszedł do światowej terminologii medycznej w latach 50. XX wieku. Muzykoterapia to pojęcie, które wywodzi się z greckiego słowa „mousike” oraz łacińskiego „muisica”, które odnoszą się do muzyki, a także sztuki śpiewu i gry na instrumentach. Druga część, „therapeucin”, w szerszym kontekście oznacza leczenie (Wesołowska, 2005). Muzykoterapia, zgodnie z definicją Światowej Federacji Muzykoterapii, to „wykorzystywanie muzyki lub jej elementów (dźwięku, rytmu, melodii i harmonii) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta albo grupę w procesie mającym na celu wspieranie komunikacji, nauki, mobilizacji, wyrażania emocji, a także koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej. Działania te mają na celu rozwijanie wewnętrznego potencjału oraz poprawę lub odbudowę funkcji jednostki, co w efekcie wpływa na poprawę jakości życia (Szulc, 2005). Zgodnie z najnowszą definicją Amerykańskiego Towarzystwa Muzykoterapii, muzykoterapia to kliniczne, oparte na dowodach naukowych wykorzystanie muzyki w relacji terapeutycznej przez odpowiednio wykwalifikowanego specjalistę, w celu realizacji indywidualnych celów terapeutycznych (Dobrzyńska, Więcko, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006).

Zgodnie z definicją opracowaną przez Evena Ruud’a, muzykoterapia wykorzystuje muzykę i jej elementy w zaplanowanym procesie, który ma na celu ułatwienie i doskonalenie komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji oraz koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej. Celem jest rozwój wewnętrznego potencjału oraz odbudowa lub rozwój funkcji jednostki. Muzykoterapia ma wspierać osiągnięcie wyższego poziomu integracji zarówno wewnętrznej, jak i interpersonalnej, co przekłada się na poprawę jakości życia (Szulc, 2001).

Tadeusz Natanson zwracał uwagę na humanistyczny wymiar muzykoterapii, traktując ją jako formę działań mających na celu „rehumanizację współczesnego życia”. Uważał, że wieloaspektowe wykorzystanie różnorodnych walorów muzyki może chronić i przywracać zdrowie człowieka, a także pozytywnie wpływać na kształtowanie zarówno środowiska, w którym żyje człowiek, jak i relacji w nim panujących (Natanson, 1988).



Natanson twierdził, że muzyka oddziałuje na cały psychosomatyczny system człowieka. Muzykoterapia znajduje zastosowanie również w takich dziedzinach medycyny jak ginekologia, geriatria, neurofizjologia oraz inne. Muzyka wpływa na różne układy ludzkiego organizmu. W sferze poznawczej poprawia stan psychofizyczny, wspiera rozwój kompetencji społecznych oraz poprawia procesy myślowe i pamięciowe. Dodatkowo, wpływa na poczucie własnej wartości, a poprzez grupową terapię muzyczną redukuje poczucie izolacji. Muzykoterapia ma także wymierne efekty, takie jak obniżenie poziomu kortyzolu, aktywizacja układu limbicznego oraz redukcja ciśnienia krwi przy zastosowaniu odpowiednio dobranych utworów (Brudek, Kierpal, Gamrowska, 2015).

Muzykoterapia może być podzielona na dwa rodzaje: bierną, która polega na słuchaniu muzyki, oraz czynną, obejmującą śpiew i grę na instrumentach. Obie formy muzykoterapii, zarówno aktywną, jak i bierną, można łączyć z innymi metodami arteterapii, takimi jak choreoterapia, terapia zajęciowa czy techniki relaksacyjne. Sesje muzykoterapii mogą być prowadzone indywidualnie lub w grupach. Spotkania grupowe, oprócz korzyści terapeutycznych, mają również aspekt socjologiczny, wspierający integrację w grupie. Wybierając materiał muzyczny, można rozróżnić utwory relaksacyjne oraz te, które mają działanie aktywizujące (Radzińska, 2018).

Podczas muzykoterapii biernej pacjenci słuchają muzyki i nie wykonują czynności czynnych. Ten typ jest stosowany głównie w leczeniu chorób psychicznych oraz nerwic. Według prof. M. Janiszewskiego, muzykoterapia bierna w dużej mierze opiera się na umiejętności słuchania muzyki, co wpływa na sferę emocjonalną i wywołuje określone reakcje u pacjentów. Uczucia emocjonalne podczas słuchania muzyki mogą być różnorodne, często powodując zmiany w percepcji, procesach myślowych i motywacji. Mogą również wpływać na reakcje człowieka w odniesieniu do jego zachowania oraz procesów fizjologicznych organizmu (tętno, oddech, napięcie mięśniowe i rozluźnienie). Głównym celem tego procesu jest wsparcie emocjonalne pacjenta, który nabiera pewności w realizacji swoich pragnień pokonania choroby. Muzyka tworzy podstawę do tworzenia pewnych obrazów. Muzykoterapia bierna stosowana jest w celu zmniejszenia lub wyeliminowania objawów charakterystycznych dla danej choroby. Może być również stosowana w celu odwrócenia negatywnych zmian związanych z funkcjonowaniem pacjentów w życiu codziennym oraz poprawy ich stanu psychicznego (Wilczkowska, 2019).

Galińska, uznana ekspertka w dziedzinie muzykoterapii, sklasyfikowała działania muzykoterapeutyczne na siedem kategorii w zależności od ich zastosowania. Wyróżniła



interwencje takie jak: treningowe, emocjonalnie aktywizujące, kontemplacyjne, komunikatywne, kreatywne, relaksacyjne oraz aktywizujące. Muzykoterapia może wspomagać leczenie farmakologiczne. Zarówno słuchanie muzyki, jak i aktywny udział w jej tworzeniu, znacząco poprawiają jakość życia, nastrój oraz redukują niepokój, co wpływa korzystnie na obniżenie poziomu stresu. Obserwowano również spadek napięcia u pacjentów, którzy słuchali muzyki podczas operacji. Już w latach 70. XX wieku dr Maciej Kierył, anestezjolog i muzykoterapeuta, wprowadził muzykę do zabiegów operacyjnych (Radzińska, 2018).

1.2. Rola muzykoterapeuty w procesie muzykoterapii

W procesie muzykoterapii należałoby wspomnieć także o muzykoterapeucie, który wykorzystując sztukę muzyczną i jej terapeutyczny potencjał w ramach dostępnych procedur diagnostycznych, dąży do stworzenia szerokiego i wieloaspektowego pola do zbierania informacji na temat muzycznych i niemuzycznych zachowań pacjenta. Najbardziej odpowiednim obszarem dla muzykoterapii jest sztuka muzyczna i jej elementy (Colonna-Kasjan, 2019).

Podstawą technik muzykoterapeutycznych jest muzyka, dlatego od muzykoterapeuty oczekuje się wysokiego poziomu kompetencji muzycznych, zdobywanych przez lata edukacji. W Polsce formalna edukacja muzyczna prowadzona jest w dwóch nurtach: ekstensywnie w szkołach ogólnokształcących oraz intensywnie w profesjonalnym szkolnictwie muzycznym (Weiner, 2010).

Muzykoterapeuta stosuje swoje kompetencje i zdolności w pracy z pacjentami. Umiejętności muzyczne muzykoterapeuty muszą być na tyle zaawansowane, aby planowanie, organizacja i prowadzenie zajęć nie sprawiały trudności. Kluczowa jest znajomość historii i literatury muzycznej, analiza i formy muzyczne, etnomuzykologia, umiejętność gry na instrumentach i śpiewu, a także gotowość do podejmowania różnorodnych aktywności muzycznych, w tym improwizacji i współimprowizacji z pacjentami. W muzykoterapii muzyka pełni funkcję medium komunikacyjnego, pomaga w strukturyzacji i analizie relacji, działa stymulująco lub uspokajająco, wpływa na nastrój i emocje, pobudza wyobraźnię, ma znaczenie symboliczne, a jej zadaniem jest m.in. wspieranie rozwoju osobistego, co podkreślają Daphne Rickson i Katrina McFerran (Rickson, McFerran, 2017).



Według Wity Szulc, doświadczanie muzyki to złożone zachowanie, obejmujące percepcję, zdolności poznawcze, motorykę, umiejętności komunikacji społecznej, zaangażowanie emocjonalne i fizyczne oraz aktywność symboliczną. Muzyka nas wzmacnia, stanowiąc psychologiczną i kulturową podstawę, na której opieramy decyzje dotyczące naszego życia. Planowanie i prowadzenie sesji muzykoterapeutycznych wymaga interdyscyplinarnych umiejętności i wiedzy, obejmującej podstawy biomedyczne dotyczące budowy i funkcjonowania ludzkiego ciała i psychiki, wiedzę z zakresu pedagogiki, pedagogiki specjalnej, psychologii klinicznej oraz psychoterapii, niezbędną do zrozumienia mechanizmów zachowań i problemów związanych z zaburzeniami, a także wiedzę dotyczącą działań rehabilitacyjnych i psychoprophylaktycznych (Szulc, 2005). Dlatego od muzykoterapeuty oczekuje się wysokich kompetencji społecznych, w tym wrażliwości na potrzeby innych, empatii, zdolności do tworzenia bezpiecznej atmosfery i klimatu zaufania dla uczestników terapii, a także otwartości i spostrzegawczości. Kluczową rolę w zawodzie muzykoterapeuty odgrywa umiejętność nawiązywania i utrzymywania profesjonalnych relacji terapeutycznych. Muzykoterapeuci powinni w swojej pracy kierować się zasadami etyki i dobrem pacjenta (Szulc, 2005).

1.3. Historia muzykoterapii

Po II wojnie światowej muzyka zaczęła być aktywnie wykorzystywana w profilaktyce i leczeniu osób w różnym wieku na całym świecie, co przyczyniło się do rozwoju różnych koncepcji muzykoterapii. Muzykoterapia była stosowana w leczeniu różnych chorób od najdawniejszych czasów, jednak dopiero po II wojnie światowej uznano ją za oficjalną formę psychoterapii. Wówczas ustalono także standardy jej praktycznego zastosowania oraz określono procedury, które mają na celu realizację założeń terapeutycznych. Wcześniej kwestie terapeutyczne przeżyć muzycznych poruszane były w wielu traktatach filozoficznych, które następnie stały się obiektem zainteresowań uczonych setki lat p.n.e. (Wilczkowska, 2019).

W starożytnych Chinach i Indiach szczególną uwagę poświęcano terapeutycznym oraz etycznym właściwościom muzyki, co znajduje odzwierciedlenie w traktatach opisujących skale muzyczne, konstrukcje melodyczne oraz rytmy, które miały wpływać na zdrowie człowieka. Do najważniejszych źródeł z dalekowschodniego kręgu kulturowego należy "Księga obyczajów" – (V w. p.n.e.), która twierdzi, że muzyka wpływa na wnętrze człowieka, podczas gdy obyczaj oddziałuje na jego zewnętrzną postawę. Sugeruje się, że należy ograniczać wpływ



obyczaju, a potęgować działanie muzyki. Jeden z najstarszych tekstów medycznych, tzw. Papiirus Ebersa (ok. 1550 r. p.n.e.), zawiera liczne śpiewane wskazówki dla lekarzy starożytnego Egiptu, które stosowano jako inkantacje w celu uzdrowienia chorych (Bramorski, 2021).

Pierwsze systematyczne sklasyfikowanie i wykorzystanie określonych rodzajów muzyki w praktyce terapeutycznej zawdzięczamy starożytnym Grekom. Już w początkach sztuki helleńskiej istniało przekonanie o uzdrawiającej mocy chorei, która łączyła muzykę, taniec i poezję. Przedstawiciele szkoły pitagorejskiej oceniali muzykę na podstawie stosunków liczbowych, interwałów i rytmów. Ta zasada stała się fundamentem jednej z najważniejszych koncepcji dotyczących terapeutycznego znaczenia muzyki jako katharsis, czyli oczyszczenia – pojęcie to wielokrotnie pojawia się w tekstach pitagorejczyków. Pitagorejczycy przyczynili się do nadania filozoficznych podstaw przekonaniu o terapeutycznej mocy muzyki, które sięga czasów prehistorycznych. Sformułowali katartyczną koncepcję muzyki jako oczyszczającego lekarstwa dla ludzkiej duszy, przypisując jej funkcje etyczne i wychowawcze. Pitagoras i jego uczniowie nie tylko klasyfikowali, ale także praktycznie stosowali różne typy muzyki, które wywoływały różnorodne efekty, zarówno pobudzające, jak i uspokajające. W codziennym życiu wykorzystywali uzdrawiające działanie muzyki, oczyszczając umysły z niepokoju i zgiełku dnia za pomocą specjalnie dobranych melodii przed snem, co pozwalało im odzyskać spokój. Rano, aby dobrze rozpocząć dzień, śpiewali pieśni, które pomagały im uwolnić się od sennej ociążałości i podjąć codzienne obowiązki. Pitagorejczycy wierzyli, że muzyka wspomaga leczenie chorób ciała poprzez stosowanie inkantacji i pieśni oczyszczających umysł. Pitagoras w terapii chorych używał zarówno wokalnych inkantacji, jak i muzyki instrumentalnej (Bramorski, 2021).

Platon uważał, że muzyka powinna być integralnym elementem wychowania młodszych pokoleń, dlatego zalecał naukę śpiewu, gry na instrumentach muzycznych i tańca. Według Platona, muzyka miała ogromny wpływ na kształtowanie charakteru dzieci oraz na wzmacnianie ich zdrowia. Arystoteles twierdził, że muzyka pełni wiele funkcji: poprawia sferę zmysłową (nastroj) człowieka, pozytywnie wpływa na jego myślenie, sprzyja lepszemu odpoczynkowi od pracy oraz jest niezbędną podczas rozrywki i wakacji. Zalecał łączenie muzyki z tańcem i poezją, uznając je za sztuki katartyczne, które oczyszczają duszę ze złych myśli. Uczeń Arystotelesa, Timoteusz, stosował grę na flecie do leczenia bólu stawów nóg. Hipokrates wykorzystywał muzykę w swojej praktyce medycznej do leczenia pacjentów z padaczką oraz z ukąszeń jadowitych węży i pajaków. Zalecał jednak indywidualne podejście do stosowania

muzyki jako środka leczenia, ponieważ nie była ona skuteczna we wszystkich przypadkach (Wilczkowska, 2019).

Platon nawiązał do idei pitagorejskich, twierdząc, że harmonia muzyki odzwierciedla harmonię duszy oraz kosmosu. Dzięki temu muzyka stanowi doskonałe narzędzie psychoterapeutyczne, przywracając harmonię w zachwianej równowadze duszy. Platon przypisywał poszczególnym skalom muzycznym wartości etyczne, uznając niektóre z nich za korzystne, a inne za szkodliwe dla wewnętrznej równowagi człowieka. Także teorie Pitagorasa i Platona dotyczące terapeutycznego znaczenia muzyki zostały usystematyzowane przez jednego z najwybitniejszych myślicieli starożytności, czyli Arystotelesa. Według niego „muzyka pełni rolę lekarstwa dla duszy, gdyż naśladuje uczucia, które niepokoją człowieka i z których pragnie się on oczyścić” (Bramorski, 2021, s. 127). Muzyka odgrywa różnorodne role w życiu jednostki. Jednakże w drugiej połowie XX wieku w wielu krajach na świecie zaczęto wykorzystywać muzykę jako efektywną metodę leczenia schorzeń u osób w różnym wieku. Także w naukach medycznych wyłonił się nowy obszar badań, czyli muzykoterapia. Pomimo że naukowe dowody na jej skuteczność zostały dostarczone przez lekarzy, psychologów i fizjologów stosunkowo niedawno, wykorzystanie muzyki w profilaktyce i terapii różnych chorób ma długą historię, której badanie pozostaje nadal fragmentaryczne (Wilczkowska, 2019).

Współcześnie muzykoterapia znajduje zastosowanie zarówno w profilaktyce zdrowia psychicznego, jak i w leczeniu oraz rehabilitacji różnych chorób. Jest stosowana w medycynie, między innymi w psychiatrii, kardiologii, intensywnej terapii, położnictwie oraz opiece paliatywnej. Wykorzystuje się ją także w pedagogice specjalnej oraz w placówkach penitencjarnych i resocjalizacyjnych. Najczęściej pełni funkcję metody wspomagającej w kompleksowym procesie leczenia, będąc uzupełnieniem terapii szpitalnej, ambulatoryjnej lub sanatoryjnej (Dobrzyńska i in., 2006).

1.4. Proces terapeutyczny

Oddziaływanie muzykoterapeutyczne odbywa się w dwóch głównych trybach: przyczynowym, gdzie celem jest rozwój osobowości poprzez jej rekonstrukcję i restrukturalizację, oraz objawowym, w którym celem jest jedynie osłabienie lub eliminacja poszczególnych objawów chorobowych. Kluczowym elementem muzykoterapii w leczeniu pacjentów jest aktywizacja emocji związanych z konfliktowymi i patogennymi przeżyciami. Dźwięk umożliwia łatwiejsze



wyrażenie i uświadomienie tych emocji, co z kolei ułatwia ich przetworzenie. W rezultacie dochodzi do poprawy społeczno-komunikacyjnych zaburzeń zachowania (Strzelecki, 2013).

Muzyka może również symbolizować ład i porządek, co pomaga w osiągnięciu harmonii u pacjentów psychiatrycznych. Rytm odgrywa istotną rolę jako czynnik stabilizujący i uspokajający poprzez proces dostrojenia i synchronizacji. Słuchanie muzyki przez osoby z zaburzeniami psychicznymi redukuje napięcia lękowe oraz tendencje do izolacji. Dodatkowo, może pobudzać uśpione uczucia lub rozwijać nowe emocje (Strzelecki, 2013).

Proces terapii muzyką jest złożonym zjawiskiem i może przynosić różnorodne rezultaty w zależności od różnych zmiennych, które występują w trakcie jego trwania. Norcross i Lambert w swoim podsumowaniu badań wskazali na te zmienne, które są istotne dla skuteczności terapii. Stałym elementem procesu jest sama relacja terapeutyczna, która ma również wpływ na ostateczny wynik terapii. Dlatego proces terapeutyczny warto byłoby zacząć od właściwej relacji terapeutycznej, ponieważ można stwierdzić, że relacja nawiązana z terapeutą – bez względu na rodzaj stosowanych przez niego technik – sprzyja rozwojowi w trakcie procesu terapeutycznego (Sepioło, 2019). W procesie terapeutycznym kluczowe znaczenie ma stopniowe dążenie do osiągnięcia wcześniej ustalonego celu. Efekt końcowy stanowi pewnego rodzaju wynik całego procesu, który jest najważniejszym elementem w terapii (Stachyra, 2012).

W procesie terapii poznawczej muzykoterapia może odgrywać istotną rolę w analizie sposobu myślenia pacjenta, jego sposobów kategoryzacji oraz oceny własnych doświadczeń i przekonań. Podczas wyobraźniowego procesu związanego z percepcją muzyki, aktywowane są wspomnienia oraz ukryte emocje, które pacjent często wyraża za pomocą metafor i symboli. Analiza materiału uzyskanego z percepcji muzycznej obejmuje między innymi klasyfikacje odnoszące się do sytuacji niemuzycznych, które wywołują podobne emocje. W ten sposób polisemantyczna natura muzyki umożliwia dotarcie do emocji pacjenta, pomagając również w zrozumieniu, jak pacjent postrzega siebie oraz otaczającą go rzeczywistość. Zidentyfikowane w ten sposób automatyczne myśli oraz pośredniczące i kluczowe przekonania stają się podstawą drugiego etapu terapii poznawczej, który polega na modyfikacji przekonań na bardziej racjonalne poprzez reinterpretację uzyskanych od pacjenta informacji i znaczeń (Dobrzyńska i in., 2006).

Istotne jest, że coraz szersze zastosowanie muzykoterapii w różnych obszarach leczenia wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na tę formę terapeutyczną. Można przypuszczać, że to zapotrzebowanie przyczyni się do zmiany postrzegania muzykoterapii oraz rozwoju jej



teoretycznych podstaw. Pomimo dynamicznego rozwoju praktyki muzykoterapeutycznej, dziedzina ta nadal boryka się z nierównomiernością między rozwojem praktyki a teorii. Nie oznacza to, że teoria muzykoterapii się nie rozwija, jednak w wielu przypadkach muzykoterapeuci muszą polegać na swojej intuicji, która choć cenna, bywa zawodna. Specyfika oddziaływania muzycznego pozwala osobom chorym i zaburzonym znacząco poprawić funkcjonowanie, stan zdrowia i jakość życia. Można więc mieć nadzieję, że popularność muzykoterapii wkrótce wzrośnie do tego stopnia, że szukanie pomocy u muzykoterapeuty stanie się tak naturalne jak wizyta u lekarza (Strzelecki, 2013).

1.5. Techniki wykorzystywane w muzykoterapii

Kinga Lewandowska podkreśla, że „pomimo wielowiekowych obserwacji i doświadczeń dotyczących terapeutycznego wpływu muzyki, nie udało się jeszcze opracować teoretycznie spójnego systemu metod muzykoterapeutycznych. Metody te wywodzą się z różnych koncepcji psychologicznych, które można ogólnie przypisać do psychoanalizy, teorii uczenia się oraz filozofii egzystencjalnej” (Lewandowska, 2001, s. 47).

Aczkolwiek istnieje wiele metod i technik wspomagających nawiązywanie kontaktu z pacjentem, klientem lub uczniem. Wśród nich można wyróżnić techniki aktywne, które opierają się na swobodnej improwizacji, umożliwiając wyrażanie siebie oraz swoich emocji za pomocą różnych instrumentów muzycznych (Konieczna, 2013).

Pacjent korzystając z technik aktywnych, samodzielnie doświadcza muzyki, tworząc ją poprzez grę na instrumentach, śpiew, mowę oraz ruch, aktywnie uczestnicząc w sesji terapeutycznej. Muzykoterapia aktywna jest również definiowana jako metoda obejmująca różnorodne produkcje dźwiękowe pacjentów, najczęściej wykonywane na instrumentach Carla Orffa. Różnorodność tych instrumentów jest na tyle szeroka, że pacjenci, w zależności od swoich preferencji oraz stanów psychicznych, mogą wybierać odpowiednie dla siebie instrumenty. Wybór instrumentu, ze względu na jego dźwięk i kształt, może dostarczyć informacji pomocnych przy diagnozowaniu osobowości pacjenta, choć znacznie więcej można uzyskać poprzez interpretację samej produkcji dźwiękowej (Lewandowska, 2001).

Do aktywnych technik należą m.in. : mobilna rekreacja muzyczna, technika symulacji sensomotorycznej, sensorycznej oraz afektywnej, muzykoterapia kreatywna,



psychopedagogika muzyczna, technika strukturyzacji osobistych doświadczeń dźwiękowych, muzykopsychoterapia, free improvisation therapy – technika dowolnej improwizacji, śpiewoterapia Christopha Schwabego, songwriting – tworzenie piosenek, ćwiczenia wykorzystujące mowę ciała oraz wyrażanie się za pomocą muzyki, odzwierciedlanie, identyfikacja, piosenka wzajemnego kontaktu, improwizacja referencjalna, muzykoterapia analityczna – Analytically Oriented Music Therapy, improwizacja wokalna, instrumentalna lub wokально-instrumentalna (Stachyra, 2012).

Wymienione techniki są często stosowane w muzykoterapii grupowej oraz indywidualnej. Każda z nich jest dobierana do potrzeb pacjenta lub pacjentów, w zależności od celów oraz charakteru zajęć. Najczęściej wykorzystywaną techniką aktywną w muzykoterapii jest improwizacja, którą Józef Chomiński definiuje jako „działalność artystyczną, w której akt twórczy pokrywa się z wykonaniem jednocześnie powstającego utworu” (Encyklopedia Muzyki, 2006 s. 382-383).

Muzykoterapia oferuje wiele metod, które wykorzystują różnorodne formy improwizacji. Najprostsze z nich to improwizacja instrumentalna, polegająca na wspólnej grze na instrumentach przez klienta i terapeutę; wokalna, czyli wspólny śpiew; oraz wokально-instrumentalna, łącząca grę na instrumentach ze śpiewem. Inna forma tej techniki to improwizacja referencjalna, która polega na grze na zadany przez terapeutę temat, wspierany ilustracjami, fragmentami filmów, rekwizytami, tekstami lub innymi materiałami pomocniczymi (Kantyka, 2016).

Jedną z wiodących metod wykorzystujących improwizację jest kreatywna muzykoterapia stworzona przez Cliva Robbinsa i Paula Nordoffa. Podstawowym założeniem tej metody jest teza, że w każdym z nas tkwi "muzyczne dziecko" – zdolność do emocjonalnego, spontanicznego i radosnego odbierania muzyki. W tej metodzie terapeuta podąża za pacjentem, starając się odzwierciedlić jego zachowanie w muzyce, co zachęca do wspólnego tworzenia muzyki i jednoczesnego osiągnięcia celów terapeutycznych. Pacjent zanurza się w świat muzyki, która staje się podstawowym źródłem terapeutycznym, umożliwiającym nawiązanie specyficznej relacji między terapeutą a osobą poddaną procesowi muzykoterapii.

Kolejną metodą wykorzystującą improwizację jest technika swobodnej improwizacji (Free Improvisation Therapy) stworzona przez Juliette Alvin, jedną z pionerek brytyjskiej muzykoterapii. Ta forma daje całkowitą swobodę, bez narzuconych reguł. Technika ta opiera się na teorii psychodynamicznej i psychoanalizie, pozwalając pacjentowi odnaleźć siebie w improwizacji i zobaczyć swoje odbicie w muzyce (Kantyka, 2016).



Przyjmuje się, że każda osoba jest w stanie grać na prostych instrumentach muzycznych, co umożliwia jej improwizację. W terapii muzycznej obowiązuje zasada, że wszystkie muzyczne wytwory pacjentów są akceptowane bez oceniania czy krytykowania. Każdy pacjent gra zgodnie ze swoimi możliwościami i aktualnymi emocjami. Istotnym elementem improwizacji jest wprowadzenie określonych zasad. Jedną z najważniejszych jest ustalanie "reguł gry", co jest szczególnie ważne w grupowych improwizacjach. Do tych zasad należą: słuchanie siebie i innych podczas gry, przestrzeganie określonego tempa, dostosowanie się w celu stworzenia harmonii, przestrzeganie ustalonej struktury improwizacji oraz ustalona kolejność wejść. Celem improwizacji w muzykoterapii nie jest tworzenie "pięknej muzyki", lecz budowanie poczucia wspólnoty (zwłaszcza w grupowych improwizacjach), bliskości, zaufania oraz poczucia bezpieczeństwa (Kaczmarek, 2019).

Istnieje także technika nazywana stymulacją sensomotoryczną, sensoryczną oraz afektywną. Celem tej techniki jest wykorzystanie dynamiki, jaką oferuje muzyka, zarówno poprzez jej słuchanie, jak i tworzenie, na płaszczyźnie audytywnej, motorycznej, emocjonalnej, uczuciowej, związanej z gestami oraz interakcjami międzyludzkimi. Technika ta obejmuje szereg gier i ćwiczeń, które tworzą sesję muzykoterapeutyczną. Każda sesja ma określoną strukturę: odsłuch muzyczny, rozmowa, improwizacja, odsłuch nagranej improwizacji i dyskusja na jej temat, a także połączenie muzyki z mową ciała poprzez ćwiczenia muzyczno-ruchowe (Kantyka, 2016).

Do technik muzykoterapii aktywnej zaliczamy również ćwiczenia wykorzystujące mowę ciała oraz wyrażanie się za pomocą muzyki. Techniki te wywodzą się z metody stworzonej przez Carla Orffa, niemieckiego kompozytora i pedagoga muzyki, a dostosowanej do działań muzykoterapeutycznych przez jego żonę, Gertrudę Orff. Techniki te proponują dostosowanie do potrzeb pacjentów progresywnych ćwiczeń wykorzystujących mowę ciała oraz ekspresję muzyczną. Główny nacisk kładzie się na ekspresję rytmiczną oraz ruchową. Mogą one przybierać formę naśladowania rytmicznego, formułowania rytmicznych pytań i odpowiedzi, ekspresji poprzez improwizację instrumentalną, odnalezienia swojego miejsca w grupie oraz połączenia ruchów ciała z muzyką. W miarę postępów pracy w grupie możliwe jest stopniowe wprowadzanie improwizacji wokalne oraz rozwijanie ćwiczeń na bazie melodii, zwiększanie liczby wykorzystywanych instrumentów, a także komplikacji rytmicznych i melodycznych (Kantyka, 2016).

Polskim modelem muzykoterapeutycznym jest Mobilna Rekreacja Muzyczna (MRM), opracowana w 1980 roku, jest metodą, która może zainteresować nawet najbardziej



wymagających uczestników. Dr Maciej Kierył, który jest zarówno twórcą, jak i praktykiem oraz dydaktykiem tej metody, od samego początku swojej pracy dostosowywał materiał muzyczny do preferencji różnych grup pacjentów. Metoda ta przeszła naturalną ewolucję na przestrzeni lat. Pierwotnie poszczególne części i ćwiczenia były zorganizowane w akronim OZURA (odreagowanie, zrytmizowanie, uruchomienie, relaksacja, aktywizacja). W późniejszym czasie struktura ta została ponownie uporządkowana i rozbudowana (Radzińska, Kierył, 2019). Współcześnie MRM obejmuje następujące etapy:

- Uruchomienie
- Zrytmizowanie
- Odreagowanie
- Uwrażliwienie
- Relaksacja
- Aktywizacja łagodna
- Aktywizacja dynamiczna

Przed rozpoczęciem ćwiczeń zbierane są informacje o pacjencie, a ostatnim etapem jest rozmowa, w której pacjent dzieli się swoimi odczuciami po zakończonej sesji. Kolejność proponowanych działań jest celowo przemyślana, aby stopniowo aktywizować uczestnika, zaczynając od najprostszych, automatycznych czynności. Najważniejszym aspektem rozpoczynania ćwiczeń jest akceptacja początkowej postawy ciała każdego uczestnika, która może być stojąca, siedząca lub leżąca, w zależności od tego, co zapewnia pacjentowi komfort i poczucie bezpieczeństwa (Radzińska, 2018).

Technika pisania piosenek (songwriting) jest efektywnym narzędziem wspierającym wyrażanie emocji oraz interakcje społeczne. Tony Wigram i Felicity Baker opisują songwriting jako proces tworzenia, zapisywania i/lub nagrywania tekstów oraz muzyki przez pacjenta lub pacjentów wraz z terapeutą w ramach relacji terapeutycznej, mający na celu zaspokojenie psychospołecznych, emocjonalnych, poznawczych i komunikacyjnych potrzeb klienta (Radzińska 2018). W muzykoterapii różnorodne formy piosenek są często używane. Mogą to być proste utwory służące do powitania i pożegnania z pacjentem, jak również piosenki o charakterze edukacyjnym, poruszające, odpowiednio dobrane tematy. Technika songwriting pozwala pacjentowi rozwijać zdolności twórcze, wyrażać emocje oraz uczucia poprzez tekst i muzykę. W zależności od potrzeb, zaangażowanie terapeuty w proces twórczy może być większe lub mniejsze. Technika ta pozwala na podniesienie samooceny pacjenta, pokazując efekt jego pracy,

umożliwiający wykonanie piosenki przez twórcę, jej nagranie oraz publiczne wykonanie (Rusowicz, 2018).

W nawiązaniu do techniki songwriting, należałoby wspomnieć o technice SLD. W technice SLD terapeuta może poprosić pacjenta o przyniesienie ulubionych nagrań lub wybranie piosenek z dostępnych w gabinecie. Zaleca się kontrolowanie głośności. Terapeuta powinien znajdować się blisko pacjenta, dostosowując pozycję do kontekstu terapii. Na pierwszej sesji techniki SLD warto dać pacjentowi wybór piosenek zgodny z jego preferencjami, co pomaga nawiązać kontakt i motywuje do udziału w sesjach. Początkowo ważne jest, czy pacjent lubi daną piosenkę, a z czasem znaczenie ma przesłanie utworu. Denise Grocke i Tony Wigram proponują, aby pacjenci wybierali piosenki, które są dla nich ważne i mogą dzielić się nimi z innymi. Po wysłuchaniu piosenki, terapeuta rozmawia z pacjentem o jej znaczeniu (Stachyra, 2012).

Nie należy jednak rozpoczynać dyskusji przed wysłuchaniem piosenki. Ważne jest, aby przed i po odtworzeniu utworu zachować chwilę ciszy dla refleksji. Podczas słuchania należy kontrolować głośność i obserwować reakcje pacjentów. Dyskusję można rozpocząć od pytań o to, co podoba się w piosence, jej przesłanie oraz osobiste znaczenie dla pacjenta. Indywidualnie lub w odniesieniu do grupy, warto także pytać o powiązania piosenki z ich obecnym życiem: dlaczego pacjenci wybrali ten utwór dziś, jakie uczucia i myśli wywołuje, jakie potrzeby zaspokaja. Można także zachęcić grupę do dzielenia się swoimi odczuciami i znaczeniami utworu. Ważne jest, aby muzyczne wybory pacjentów nie były negatywnie oceniane przez terapeutę ani innych uczestników sesji. Wybór piosenki powinien być uszanowany jako indywidualna decyzja pacjenta (Stachyra, 2012).

Technika strukturyzacji osobistych doświadczeń dźwiękowych – może być realizowana indywidualnie lub z udziałem dwóch albo trzech osób. Na początku wykorzystuje się materiał w postaci osobistych przeżyć dźwiękowych, hałasów oraz dźwięków z najbliższego otoczenia, które są automatycznie generowane przez osobę

Natomiast w kontekście muzykoterapii receptywnej można stwierdzić, że pacjenci są poddawani wpływowi muzyki w sposób bierny. Ta forma terapii jest ściśle związana z umiejętnością słuchania i oddziałuje na sferę emocjonalną, co prowadzi do reakcji ukierunkowanych na ekspresję werbalną i niewerbalną. Wykorzystywana muzyka pełni rolę bodźców, które stymulują wyzwalamie skojarzeń oraz różnorodnych odczuć. Edith Lecourt definiuje muzykoterapię receptywną jako formę psychoterapii stosowaną w leczeniu chorób psychicznych i



nerwowych oraz uzależnień, wykorzystującą potężną siłę nastrojotwórczą muzyki, jej wpływ na kształtowanie postaw i zachowań ludzkich, a także na emocjonalne reakcje człowieka. Ten rodzaj terapii wymaga dogłębnej wiedzy z zakresu teorii muzyki oraz literatury muzycznej, jak również obszernej wiedzy i praktyki w dziedzinie psychiatrii. Do najczęściej stosowanych technik muzykoterapii receptywnej należą technika łączenia dwóch krótkich fragmentów muzycznych, które są całkowitymi przeciwieństwami pod względem parametrów muzycznych, psychologicznych lub fizycznych; technika relaksacyjna; technika GIM, opisywana jako „sterowanie snem na jawie”; oraz odsłuch muzyczny połączony z inną formą aktywności (Paszyn, 2022).



2. Stres jako czynnik utrudniający funkcjonowanie w odniesieniu do pacjenta psychiatrycznego

2.1. Definicje i teorie stresu

Pierwsze badania dotyczące stresu miały swoje początki w naukach medycznych, a następnie temat ten został podjęty przez nauki społeczne. Pojęcie „stres” jest interpretowane na różne sposoby. Może odnosić się zarówno do zewnętrznych bodźców jak i do stanu osoby, która znalazła się w trudnej sytuacji, jej wewnętrznych reakcji, zwłaszcza emocjonalnych (Hesszen – Niejodek, 2000).

Termin „stres” został po raz pierwszy wprowadzony przez lekarza Hansa Selye'ego, który określił go jako stan, w którym organizm jest pobudzony przez działanie stresogennych bodźców, wpływających negatywnie na jego funkcjonowanie i obniżających ogólny dobrostan jednostki. Selye opisał reakcję na stres jako niespecyficzną, sugerując, że różne osoby mogą reagować na stres zarówno w podobny jak i odmienny sposób. Autor zidentyfikował dwa kluczowe aspekty stresu: psychologiczny i fizjologiczny. Fizjologiczny aspekt stresu objawia się poprzez zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu i zdrowia, a także poprzez zmiany behawioralne, takie jak ogólny dyskomfort i nieprawidłowości w zachowaniu. Z kolei aspekt psychologiczny stresu jest związany z cechami stresora, które wpływają na jego znaczenie dla życia i rozwoju człowieka (Jurgilewicz, 2017).

Selye wprowadził pojęcie „ogólnego zespołu adaptacyjnego” (General Adaptation Syndrome – GAS). Jest to trój etapowy model reakcji organizmu na stres, który opisuje procesy adaptacyjne zachodzące w ciele człowieka. Model ten składa się z trzech kolejnych faz:

Faza reakcji alarmowej – w tej początkowej fazie organizm reaguje natychmiastowo na stresor poprzez aktywację układu współczulnego. Proces ten obejmuje mobilizację zasobów organizmu do walki lub ucieczki, co często pozwala na skuteczne rozwiązanie problemu już na tym etapie.

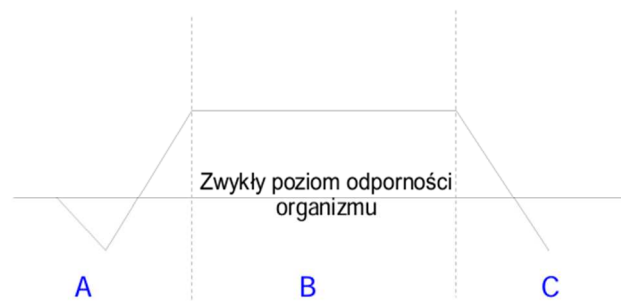
Faza odporności – gdy stresor działa dłużej, organizm przechodzi w fazę odporności, w której musi zaadaptować się do nowej sytuacji. Na tym etapie, mimo że zewnętrznie mogą nie być widoczne oznaki stresu, zasoby organizmu są intensywnie wykorzystywane. Długotrwałe



obciążenie może prowadzić do osłabienia układu immunologicznego, co zwiększa ryzyko wystąpienia chorób związanych ze stresem, takich jak schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

Faza wyczerpania – jeśli stresor działa zbyt długo i zasoby organizmu zostaną wyczerpane, dochodzi do fazy wyczerpania. W tej fazie aktywność układu przywspółczulnego może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak choroby, wypalenie zawodowe, depresja, a w skrajnych przypadkach nawet śmierć (Schwarzer, Taubert, 2002).

Ogólny zespół adaptacyjny wg Selye'go:



A – stadium alarmu
B – stadium odporności
C – stadium wyczerpania.

Rysunek 1. Źródło: Selye, H. (2013). *Stress In Health And Disease*. Butterworth-Heinemann.

H. Seley identyfikuje również cztery rodzaje stresu, które mogą wystąpić u jednostki:

- hiperstres – nadmierny stres
- hypostres – wstępne stadium stresu
- distres – negatywny stres
- eustres – pozytywny stres

Chociaż istnieje wiele typów stresu, najczęściej kojarzy się go z negatywnymi skutkami dla organizmu. R. Zawadzki podkreśla, że „stres to wszechstronne słowo, które pełni rolę kluczowego terminu, symbolu, hasła, wymówki i uniwersalnego argumentu. Jest powszechnie stosowane jako zamiennik dla niemal każdego terminu opisującego negatywne stany emocjonalne, fizyczne i umysłowe. Może odnosić się do przyczyny złego samopoczucia, dyskomfortu,



zaburzeń, a nawet chorób, oraz być postrzegane jako skutek – zazwyczaj negatywne następstwo określonych wydarzeń” (Zawadzki, 2007, s.5).

Stres w literaturze jest również opisywany jako czynnik pozytywnie wpływający na organizm, mobilizujący do działania, jednak w przypadku dystresu wpływa negatywnie na jednostkę, utrudniając osiągnięcie celów motywacyjnych (Zawadzki, 2007).

Krytyczne wydarzenia życiowe różnią się od codziennych sytuacji i dotyczą wartości istotnych dla jednostki. Są one trudne i obciążające, ponieważ dotychczasowe metody radzenia sobie stają się nieskuteczne. Te wydarzenia są przedmiotem badań społecznej psychologii klinicznej jako wydarzenia stresowe (*ang. stressful life events*) i psychologii rozwoju człowieka jako wydarzenia zmiany życiowej wymagające adaptacji (*ang. readjustment life events*) lub wydarzenia krytyczne. W okresie poprzedzającym te wydarzenia można stosować proaktywne strategie zaradcze (Tomaszewska, Porczak, Guty, Majchrowicz, 2023).

Najczęstszą reakcją organizmu na stresor jest lęk. Osoba doświadczająca stresu często odczuwa szereg negatywnych emocji, takich jak strach, złość czy wrogość. Stres może manifestować się poprzez ciągłe uczucie zagrożenia oraz intensywne napięcie psychiczne i fizyczne (Pasikowski, Sęk, 2001).

Niezależnie od sposobu definiowania stresu, panuje przekonanie, że człowiek doświadcza go niemal nieustannie. Ludzie różnią się jednak rodzajem podejmowanych działań zaradczych w obliczu stresu oraz ich skutecznością. Działania te określa się mianem radzenia sobie. W literaturze przedmiotu radzenie sobie jest ujmowane jako proces, strategia i styl (Strelau, Zawadzki, 2004). Najczęściej cytowaną definicję radzenia sobie stworzyli Lazarus i współpracownicy, którzy określają je jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Strelau, 2006).

Lazarus i Folkman podkreślają, że człowiek funkcjonuje w określonym kontekście sytuacyjnym, a transakcje wynikają z wzajemnych oddziaływań między jednostką a otoczeniem. Zdaniem Lazarusa i Folkman, percepcja zagrożenia zależy zarówno od sytuacji, w której znajduje się jednostka, jak i od tego, co wnosi ona do tej sytuacji (Strelau, 2006).

Lazarus kładzie szczególny nacisk na poznawczą reprezentację sytuacji stresowej oraz jej ocenę. Według niego stres psychologiczny nie jest zlokalizowany ani w samej sytuacji, ani w osobie (choć oba te czynniki go warunkują), lecz wynika z interakcji między nimi. Ta



interakcja jest procesem, który podlega ocenie poznawczej przez osobę (Lazarus, 1986). Ocena ta odbywa się w kategoriach znaczenia dla danej jednostki. Z tej perspektywy interakcja może być dla osoby: bez znaczenia, sprzyjająco-pozytywna lub stresująca. Proces ten nazywa się oceną pierwotną. Stres jest definiowany jako „relacja między człowiekiem a otoczeniem, oceniana przez niego jako obciążająca lub przekraczająca jego zasoby i zagrażająca jego dobrostanowi” (Heszen-Niejodek, 1991).

Stres jest subiektywnym doświadczeniem, ponieważ to, co jedna osoba uzna za stresujące, może nie być stresujące dla innej. Interakcje stresujące można sklasyfikować jako: krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie. Ocena pierwotna określa znaczenie interakcji dla jednostki. Jeśli sytuacja zostanie uznana za stresującą, rozpoczyna się proces poznawczy zwany oceną wtórną, podczas której analizowane są dostępne zasoby i możliwości radzenia sobie. Celem jest usunięcie przyczyny stresu lub złagodzenie jego negatywnych skutków. Procesy oceny pierwotnej i wtórnej zachodzą równolegle i są wzajemnie zależne, różniąc się jedynie treścią, do której się odnoszą. Ocena wtórna inicjuje działania mające na celu zmianę stresującej interakcji, określane jako radzenie sobie (Lazarus, 1986).

Podjęcie Lazarusa, które zdobyło dużą popularność wśród badaczy stresu, budzi również pewne kontrowersje. Hobfoll zgłasza swoje zastrzeżenia do tej koncepcji i proponuje własny model stresu, oparty na teorii zachowania zasobów. Hobfoll zakłada, że ludzie dążą do zachowania, ochrony i odtwarzania swoich zasobów, które stanowią źródło przyjemności i sukcesów. Zasoby te dzieli na cztery kategorie: przedmioty mające wartość fizyczną oraz wskazujące na pozycję społeczno-ekonomiczną (np. mieszkanie, samochód), okoliczności cenione i poszukiwane przez jednostkę (np. udane małżeństwo, dobra posada), zasoby osobiste wzmacniające odporność na stres (np. umiejętności interpersonalne) oraz zasoby energetyczne (takie jak czas, pieniądze, wiedza) (Hobfoll, 1989).

Zrozumienie tych zasobów pozwala na wyprowadzenie definicji stresu, który Hobfoll opisuje jako „reakcję na otoczenie, w którym występuje groźba utraty zasobów, rzeczywista ich utrata lub brak przyrostu zasobów spowodowany wyeksploatowaniem”. (Hobfoll, 1989, s. 513). Subiektywna ocena zasobów jest kluczowa, ponieważ do wystąpienia stresu potrzebne jest rzeczywiste lub tylko spostrzeżone zagrożenie utraty zasobów. Stres jest więc wynikiem potencjalnego lub rzeczywistego zakłócenia równowagi w wymianie zasobów między jednostką a otoczeniem. Z tego powodu podejście Hobfolla można zaliczyć do nurtu ujmującego stres jako relację. Skupienie się na zasobach posiadanych przez osobę, a nie na ocenie



poznawczej jej relacji z otoczeniem, sprawia, że model zachowania zasobów Hobfolla jest raczej uzupełnieniem, a nie konkurencją dla teorii Lazarusa (Heszen, Sęk, 2007).

Teoria Lazarusa i Folkman jest jedną z najbardziej wpływowych w psychologii stresu. Zakłada ona, że stres jest wynikiem interakcji pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. Kluczowym elementem tej teorii jest pojęcie oceny poznawczej, które odnosi się do procesu, w którym jednostka ocenia, czy dana sytuacja jest dla niej stresująca. Ocena ta składa się z dwóch etapów: oceny pierwotnej, gdzie jednostka określa, czy sytuacja stanowi zagrożenie, wyzwanie lub stratę, oraz oceny wtórnej, gdzie jednostka ocenia swoje zasoby i możliwości radzenia sobie z sytuacją (Lazarus, Folkman, 1984).

2.2. Style radzenia sobie ze stresem

Według definicji Lazarusa i Folkman „style radzenia sobie ze stresem to ciągłe i dynamicznie zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne, które mają na celu zarządzanie zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez jednostkę jako obciążające jej zasoby. Radzenie sobie ze stresem obejmuje różnorodne strategie, takie jak: unikanie lub akceptowanie danej sytuacji, a także redukcja, kontrolowanie oraz akceptowanie stresujących warunków” (Lazarus, Folkman. 1984, s. 141) .

Autorzy wskazują na dwie główne funkcje stylów radzenia sobie ze stresem. Pierwsza z nich polega na koncentracji na funkcjonalnym radzeniu sobie z napotkanym stresem, pomimo odczuwanego przeciążenia i trudności. Taki sposób radzenia sobie ma na celu rozwiązanie sytuacji w sposób, który pomoże zredukować lub całkowicie wyeliminować skutki stresu. Druga istotna funkcja polega na skierowaniu działań na własne emocje, ich odczuwanie i regulowanie w sposób jak najbardziej efektywny i korzystny dla jednostki. Osoba zarządza swoimi emocjami, aby poprawić swoje funkcjonowanie.

Funkcjonalne radzenie sobie ze stresem skupia się na bezpośrednim zarządzaniu stresem. Obejmuje to takie strategie jak rozwiązywanie problemów, poszukiwanie informacji oraz podejmowanie działań mających na celu zmianę stresującej sytuacji. Tego rodzaju strategie są szczególnie skuteczne w sytuacjach, gdzie problem można rozwiązać poprzez konkretne działania. Funkcjonalne radzenie sobie pomaga jednostkom zmniejszyć lub wyeliminować źródło stresu, co prowadzi do poprawy ich samopoczucia i zdrowia psychicznego (Piekarska, 2015).



Emocjonalne radzenie sobie ze stresem polega na zarządzaniu emocjami, które pojawiają się w odpowiedzi na stresor. Obejmuje to takie strategie jak regulacja emocji, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz techniki relaksacyjne. Celem tych działań jest zmniejszenie napięcia emocjonalnego i poprawa ogólnego stanu emocjonalnego jednostki. Chociaż emocjonalne radzenie sobie nie zawsze prowadzi do rozwiązania problemu, może pomóc jednostce lepiej radzić sobie z emocjonalnym obciążeniem, co pośrednio ułatwia znalezienie rozwiązania. Radzenie sobie ze stresem obejmuje różnorodne strategie, które mogą być stosowane w zależności od kontekstu i indywidualnych preferencji. Unikanie stresora może być skuteczne w krótkim okresie, ale długoterminowe unikanie problemu może prowadzić do jego eskalacji. Akceptowanie stresującej sytuacji może pomóc jednostce w adaptacji do nieuniknionych stresorów, podczas gdy redukcja i kontrolowanie stresujących warunków mogą być bardziej aktywnymi podejściami do zarządzania stresem. Ważne jest, aby jednostka była świadoma swoich strategii radzenia sobie i potrafiła dostosować je do zmieniających się okoliczności (Lazarus i in., 1984).

Świadomość własnych reakcji na stres i umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków są kluczowe dla skutecznego radzenia sobie ze stresem. Mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie czy wyparcie, mogą czasami chronić jednostkę przed bezpośrednim wpływem stresu, ale nie są zaliczane do efektywnych strategii radzenia sobie, ponieważ nie prowadzą do rozwiązania problemu. Skuteczne radzenie sobie wymaga świadomego i aktywnego podejścia, które pozwala jednostce na zarządzanie swoimi emocjami i działaniami w sposób, który minimalizuje negatywne skutki stresu (Heszen i in., 2007).

Endler i Parker opracowali teorię stylów radzenia sobie ze stresem, opierając się na wcześniejszych badaniach Lazarusa i Folkman. Według nich sposoby radzenia sobie ze stresem są specyficzne dla każdej osoby, zwłaszcza gdy znajduje się ona w sytuacjach stresowych. Wyróżnili trzy podstawowe style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy. Autorzy podkreślają, że metody radzenia sobie ze stresem są indywidualne i charakterystyczne dla każdej osoby, szczególnie w obliczu stresu (Endler, Parker, 1990).

Styl skoncentrowany na zadaniu polega na podejmowaniu działań mających na celu szybkie rozwiązanie problemu poprzez zmiany okoliczności lub ich całkowite przekształcenie. Osoby stosujące ten styl radzenia sobie ze stresem patrzą na problem bez emocji, koncentrując się na znalezieniu logicznego i praktycznego rozwiązania. Przykłady takich działań obejmują szczegółowe planowanie, tworzenie strategii oraz podejmowanie konkretnych kroków w celu rozwiązania problemu (Mroczkowska, Białkowska, 2014).



Styl skoncentrowany na emocjach charakteryzuje się zachowaniami, które skupiają się na wewnętrznych przeżyciach emocjonalnych w sytuacjach stresowych. Osoby stosujące ten styl często koncentrują się na swoich emocjach, takich jak złość, poczucie winy i napięcie, oraz angażują się w myślenie życzeniowe i fantazjowanie. Celem tych działań jest zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego ze stresującą sytuacją, chociaż w praktyce mogą one prowadzić do odwrotnych efektów, zwiększając stres zamiast go redukować (Heszen i in., 2007).

Styl skoncentrowany na unikaniu charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do unikania myślenia, przeżywania i doświadczania stresu. Ten styl może przybierać dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (np. zajmowanie się hobby, oglądanie telewizji) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (np. spotkania z przyjaciółmi, rozmowy telefoniczne). Osoby stosujące ten styl często starają się odwrócić swoją uwagę od stresującej sytuacji, co może przynieść chwilową ulgę, ale nie rozwiązuje problemu. Dodatkowo, w tym stylu może wystąpić nadużywanie substancji psychoaktywnych w celu odroczenia myśli (Rozbejko, 2022).

Także każda jednostka posiada swój unikalny styl radzenia sobie ze stresem, który jest wynikiem interakcji między cechami sytuacji a indywidualnym stylem radzenia sobie. Styl skoncentrowany na zadaniu pomaga w aktywnym rozwiązywaniu problemów, styl skoncentrowany na emocjach skupia się na redukcji napięcia emocjonalnego, a styl skoncentrowany na unikaniu polega na odwracaniu uwagi od stresującej sytuacji poprzez angażowanie się w inne czynności lub poszukiwanie towarzystwa. Konkretny styl radzenia sobie ze stresem znacznie wpływa na zdrowie jednostki, chroniąc ją przed chorobami lub powodując różnego rodzaju zaburzenia, które negatywnie wpływają na organizm (Sygit-Kowalikowska, 2014).

Radzenie sobie ze stresem ma na celu przywrócenie równowagi między człowiekiem a otoczeniem, co prowadzi do poprawy stanu emocjonalnego jednostki. Z praktycznego punktu widzenia najważniejsza jest więc skuteczność radzenia sobie, której pomiar na gruncie naukowym jest jednak trudny (Heszen-Niejodek, 2000). Badania wykazały znaczne różnice indywidualne w zdolności do tolerowania stresu. Na efektywność radzenia sobie może wpływać, obok innych czynników, także płeć osoby zmagającej się z trudną sytuacją. Związek ten nie jest jednak jednoznaczny. Wyniki niektórych badań nie wykazują różnic związanych z płcią w zakresie stylu radzenia sobie. Trzeba jednak podkreślić specyfikę tych badań, ponieważ badane były osoby uzależnione od alkoholu podejmujące leczenie odwykowe. Inni badacze wskazują natomiast na dużą rolę płci w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem. Zazwyczaj podkreśla się, że mężczyźni są bardziej skłonni używać racjonalnych strategii, podczas gdy kobiety częściej



poszukują wsparcia i generalnie prezentują mniej efektywne sposoby redukcji skutków stresu (Cosway, Endler, Sadler, Deary, 2000).

Długotrwałe odczuwanie stresu może prowadzić do podejmowania zachowań szkodliwych dla zdrowia, takich jak nadużywanie alkoholu czy środków uspokajających w celu chwilowego ukojenia. Przedłużone pobudzenie organizmu przez stresory może prowadzić do załamania nerwowego lub depresji (Jurczyński, 2003).

Obecnie dominuje podejście systemowe, które definiuje stres jako złożoną interakcję elementów środowiskowych, sytuacyjnych oraz indywidualnych, zarówno dyspozycyjnych, jak i procesualnych. W tym ujęciu wyróżnia się elementy będące źródłem stresu (stresory), procesy reakcji na stres, stan stresu oraz złożony system działań zaradczych, a także konsekwencje życia i funkcjonowania człowieka w warunkach stresu. Mówi się również o modyfikatorach lub moderatorach stresu (Sęk, 2001).

2.3. Następstwa stresu

Skutki działania stresu można zaobserwować we wszystkich aspektach zdrowia człowieka, obejmujących sferę fizyczną, psychiczną oraz społeczną (Uszyński, 2009). Wpływ stresu na zdrowie ludzkie można analizować w dwóch perspektywach czasowych – skutków natychmiastowych oraz długotrwałych. Skutki natychmiastowe, są to krótkotrwałe efekty, które zwykle są odwracalne i związane ze stanem pobudzenia podczas reakcji alarmowej General Adaptation Syndrome (GAS). Mogą powodować pewne dolegliwości, a przy częstym powtarzaniu się mogą prowadzić do stanów chorobowych, takich jak schorzenia mięśniowo-kostne. „Do natychmiastowych objawów stresu należą:

- Symptomy mięśniowe: zewnętrzne wskaźniki reakcji „walcz lub uciekaj”, takie jak napięta postawa, zaciśnięte szczęki, napięte mięśnie szyi i pleców, ściągnięte mięśnie mimiczne i brwi.
- Symptomy oddechowe: sploty, szybki oddech, czasami hiperwentylacja.
- Reakcje bólowe: bóle głowy, pleców, szyi, żołądka, klatki piersiowej.
- Reakcje układu trawiennego: biegunka lub zaparcia, niestrawność, brak apetytu lub nadmierny apetyt.



- Inne objawy: nerwowe ruchy, przyspieszone i nierówne tętno, drapanie się, zaczerwienienie skóry, pocenie się, suchość w ustach, gęsta ślina, zgrzytanie zębami” (Kamińska, Siewierski, Szóstak, 2003, s. 57).

Długotrwały stres może prowadzić do poważnych powikłań chorobowych, określaných jako choroby stresozależne (stress-related disorders), które mogą wpływać zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne. Jak podkreśla Uszyński, stres w niektórych przypadkach jest głównym czynnikiem (np. depresja stresozależna, atrofia hipokampa po stresie traumatycznym), a w innych jedną ze współprzyczyn (np. zespół metaboliczny). Współczesna wiedza o patomechanizmie chorób psychosomatycznych różni się od tej sprzed lat. Przykładowo, obecnie wiadomo, że stres jest tylko jednym z czynników ryzyka pierwotnego nadciśnienia, a choroba wrzodowa żołądka jest związana z obecnością bakterii *Helicobacter pylori*, gdzie stres obniża odporność organizmu, zwiększając podatność na infekcje (Scot, 2010). „Do najpoważniejszych powikłań stresozależnych zalicza się:

- Powikłania dotyczące zdrowia psychicznego i zmian w mózgu: zaburzenia snu, depresja stresozależna, zespół stresu pourazowego, zespół przewlekłego zmęczenia, jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna, zespoły neurodegeneracyjne (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona).
- Powikłania somatyczne: otyłość, cukrzyca typu 2, miażdżyca, nadciśnienie samoistne, zespół metaboliczny, zespół jelita nadwrażliwego, zespoły ginekologiczne (np. cykle bezowulacyjne, niepłodność, zaburzenia miesiączkowania), impotencja, obniżona jakość nasienia u mężczyzn, problemy dermatologiczne.
- Tkanę lub organ, który zareaguje na działanie stresorów względnie długotrwałymi zmianami, nazywa się narządem końcowym. Istnieje wiele teorii i modeli, które starają się wyjaśnić, która część ciała stanie się takim narządem. Wymienia się następujące czynniki:
 - Genetyczne: wrodzone predyspozycje.
 - Środowiskowe: zwiększające prawdopodobieństwo uszkodzenia danego narządu (np. styl odżywiania sprzyjający miażdżycy, choroby zakaźne osłabiające konkretny narząd, jak żółtaczka wątroby).
 - Stopień zaangażowania danego organu w reakcję: częstotliwość i siła jego pobudzenia
 - Nieefektywność mechanizmów homeostazy.



- Nadczynność osi limbiczno-podwzgórzowej” (Uszyński, 2009, s. 44).

2.4. Sposoby pomiaru poziomu stresu

Najbardziej popularnym narzędziem do pomiaru poziomu stresu jest Skala Odczuwanego Stresu (*ang. Perceived Stress Scale*) (PSS-10) autorstwa Cohena, Kamarcka i Mermelsteina, w polskiej adaptacji opracowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik, służy do mierzenia poziomu stresu związanego z indywidualną sytuacją życiową w ciągu ostatnich czterech tygodni. Składa się z 10 pytań dotyczących subiektywnych odczuć związanych z osobistymi problemami, wydarzeniami, zachowaniami oraz metodami radzenia sobie ze stresem. Respondent ocenia każde pytanie, przypisując wartość od 0 do 4, gdzie 0 oznacza "nigdy", a 4 "bardzo często". Skala jest przeznaczona do badań osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych (Grochowska, Bodys-Cupak, Korus, 2017).

Kolejnym narzędziem jest Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), opracowany przez Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdishha K. Weintrauba, został przystosowany do polskich warunków przez Z. Juczyńskiego i N. Ogińską-Bulik w 2009 roku. Inwentarz ten składa się z 60 stwierdzeń i służy do oceny 15 różnych strategii radzenia sobie ze stresem. Respondent ocenia każde stwierdzenie na 4-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza "nigdy tak nie postępuję", a 4 "zawsze tak postępuję". Każda strategia jest oceniana oddzielnie, poprzez sumowanie punktów uzyskanych z poszczególnych stwierdzeń wchodzących w jej skład (po 4 stwierdzenia na strategię). Inwentarz umożliwia wyróżnienie strategii skoncentrowanych na problemie, strategii unikowych oraz tych związanych z poszukiwaniem wsparcia społecznego i koncentracją na emocjach (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak, 2014).

A także Kwestionariusz Mini Cope, stworzony przez Carvera i zaadaptowany na język polski przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik, ocenia strategie radzenia sobie ze stresem. Składa się z 28 stwierdzeń, na które badany odpowiada na 4-stopniowej skali od 0 do 3, gdzie 0 oznacza "prawie nigdy tak nie postępuję", a 3 "prawie zawsze tak postępuję". Stwierdzenia te są podzielone na 14 strategii (po dwa stwierdzenia na strategię): aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, unikanie konkurencyjnych działań, zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie i rozwój, powstrzymanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie,



zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, poczucie humoru. Metoda ta jest najczęściej stosowana do oceny dyspozycyjnego radzenia sobie, czyli typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach silnego stresu. Kwestionariusz jest przeznaczony do badań osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych (Grochowska i in., 2017).

Istnieje także Skala „Jak Sobie Radzisz” (JSR) opracowana przez Juczyńskiego, która odnosi się do paradygmatu badań Lazarusa i Folkman, którzy wyróżnili dwie główne funkcje działań podejmowanych przez człowieka: rozwiązywanie problemów i regulowanie emocji. Jest to skala stworzona na potrzeby badań osób niepełnoletnich. Juczyński w swojej skali uwzględnia zarówno dyspozycyjne, charakterystyczne dla jednostki strategie, jak i sytuacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem. Skala JSR identyfikuje trzy główne strategie: aktywne radzenie sobie, koncentrację na emocjach oraz poszukiwanie wsparcia społecznego (Jodłowska, Ogińska, Bilski, Mańko, 2010).



3. Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku

3.1. Struktura jednostki organizacyjnej

Dzienny Oddział Psychiatryczny w Szczecinku, będący częścią Centrum Zdrowia Psychicznego, mieści się przy ul. Kościuszki 47-48. Placówka rozpoczęła swoją działalność we wrześniu 2023 roku i oferuje kompleksową pomoc psychiatryczną, psychologiczną oraz psychoterapeutyczną, finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Usługi są skierowane do dorosłych mieszkańców Szczecinka i powiatu szczecineckiego, jak również Białogardu i powiatu białogardzkiego.

Centrum Zdrowia Psychicznego funkcjonuje w strukturach „Szpitala w Szczecinku sp. z o.o.” i obejmuje różne jednostki organizacyjne, w tym Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK) działający przy Poradni Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ), Poradnię Zdrowia Psychicznego oraz dwa Oddziały leczenia: Całodobowy Oddział Psychiatryczny i Dzienny Oddział Psychiatryczny, który stanowi teren badań niniejszej pracy dyplomowej. Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK) jest integralną częścią Poradni Zdrowia Psychicznego w Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku. Stanowi on pierwszą linię kontaktu dla pacjentów oraz ich rodzin, którzy poszukują pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. PZK pełni kluczową rolę w procesie wstępnej kwalifikacji pacjentów. To tutaj następuje ocena potrzeb zgłaszających się osób, co pozwala na skierowanie ich do odpowiedniego zespołu terapeutycznego. Dzięki temu pacjenci otrzymują najbardziej adekwatną pomoc w zależności od ich aktualnej sytuacji zdrowotnej. Jednym z głównych atutów PZK jest brak konieczności posiadania skierowania oraz wcześniejszej rejestracji. Pacjenci mogą zgłaszać się bezpośrednio do punktu, co eliminuje zbędne formalności i pozwala na szybkie uzyskanie wsparcia. Personel PZK składa się z wykwalifikowanych specjalistów, w tym psychologów, pielęgniarek, terapeutów oraz, w razie potrzeby, lekarzy psychiatrów. W PZK pacjenci oraz ich rodziny mogą uzyskać szczegółowe informacje na temat dostępnych form pomocy, co obejmuje zarówno wsparcie psychologiczne, jak i terapię psychiatryczną. Specjaliści w punkcie są gotowi odpowiedzieć na wszelkie pytania, skierować pacjentów do odpowiednich instytucji oraz opracować indywidualne plany opieki, dostosowane do bieżących potrzeb zdrowotnych pacjentów. PZK umożliwia wstępną ocenę kryzysu osoby zgłaszającej się, co jest kluczowe dla wyboru najlepszego możliwego sposobu uzyskania pomocy. Dzięki temu pacjenci mogą szybko otrzymać



wsparcie, które jest najbardziej odpowiednie dla ich sytuacji. Punkt pomaga również pacjentom oraz ich opiekunom zrozumieć dostępne możliwości leczenia w regionie oraz jakie formalności należy spełnić, aby uzyskać bezpłatną pomoc bez zbędnej zwłoki. Jednym z ważnych aspektów działalności PZK jest zapewnienie pacjentom możliwości rozmowy ze specjalistą ds. zdrowia psychicznego już podczas pierwszego kontaktu z instytucją. Najczęściej jest to psycholog, który może przeprowadzić wstępną ocenę stanu zdrowia pacjenta i zaproponować odpowiednie formy terapii. PZK, w zależności od potrzeb pacjentów, kieruje ich do różnych jednostek działających w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego, takich jak Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego czy Oddziały leczenia psychiatrycznego. Punkt utrzymuje również aktywny kontakt z pacjentami, monitorując ich postępy i dostosowując plany terapeutyczne w miarę potrzeby.

Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) oferuje formę terapii dedykowaną pacjentom, którzy zmagają się z psychozami, chorobami afektywnymi, zaburzeniami psychicznymi o podłożu organicznym oraz silnymi zaburzeniami lękowymi. Ze względu na nasilenie objawów, pacjenci ci nie są w stanie korzystać z opieki ambulatoryjnej, jednak ich stan nie wymaga hospitalizacji. Główną zasadą leczenia środowiskowego jest zapewnienie pacjentom możliwości otrzymania pomocy w ich miejscu zamieszkania, co pozwala uniknąć konieczności rozdzielania ich od najbliższych. Taki model terapii umożliwia pacjentom pozostanie w znanym i bezpiecznym środowisku, co jest szczególnie ważne dla ich zdrowia psychicznego. Celem działań zespołu terapeutycznego ZLŚ jest systematyczne i aktywne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów oraz szybkie reagowanie w sytuacjach kryzysowych. Zespół wspiera pacjentów w różnych obszarach życia, pomagając im rozwijać umiejętności życiowe, radzić sobie z chorobą, poprawiać umiejętności społeczne oraz wzmacniać sieć wsparcia społecznego. Pacjenci mogą sami zgłosić się do ZLŚ po pomoc, ale zgłoszenia mogą również dokonać lekarze prowadzący z Poradni Zdrowia Psychicznego lub innych instytucji opieki zdrowotnej, a także rodzina pacjenta lub pracownicy opieki społecznej. Proces kwalifikacji do opieki ZLŚ odbywa się podczas wizyty lekarza psychiatry, który ocenia stan psychiczny pacjenta i decyduje o zakwalifikowaniu go do leczenia przez ZLŚ bądź skierowaniu do innej, odpowiedniej formy terapii lub rehabilitacji. ZLŚ obejmuje opieką również pacjentów opuszczających Oddział Psychiatryczny, jeśli takie jest zalecenie lekarza prowadzącego. Dzięki temu pacjenci mogą kontynuować terapię w swoim środowisku domowym, co wspiera ich proces zdrowienia i integracji społecznej.

Działania ZLŚ są zróżnicowane i obejmują:

- Regularne wizyty domowe: specjaliści odwiedzają pacjentów w ich domach,



co pozwala na bieżące monitorowanie ich stanu zdrowia i dostosowywanie planu terapeutycznego.

- Wsparcie w codziennych czynnościach: pomoc w rozwijaniu umiejętności życiowych, takich jak gotowanie, sprzątanie czy zarządzanie finansami.
- Interwencje kryzysowe: szybka reakcja w sytuacjach nagłych, co może zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta.
- Psychoedukacja: edukacja pacjentów i ich rodzin na temat choroby, metod radzenia sobie z objawami oraz dostępnych form wsparcia.
- Konsultacje specjalistyczne: współpraca z innymi specjalistami, takimi jak psychologowie, terapeuci zajęciowi czy pracownicy socjalni, w celu zapewnienia kompleksowej opieki.

Zespół Leczenia Środowiskowego odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, umożliwiając im życie w ich naturalnym środowisku i wspierając ich w dążeniu do lepszego funkcjonowania społecznego i osobistego.

Zespół Poradni Zdrowia Psychicznego składa się z wysoko wykwalifikowanych specjalistów, w tym lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów oraz psychologów, którzy wspólnie pracują nad zapewnieniem kompleksowej opieki pacjentom. W ramach opieki ambulatoryjnej, poradnia oferuje szeroki zakres świadczeń, które obejmują:

a) Świadczenia terapeutyczne: pacjenci mają dostęp do różnorodnych form terapii, takich jak psychoterapia indywidualna, grupowa oraz rodzinne sesje terapeutyczne, które pomagają w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi i psychicznymi.

b) Niezbędne badania diagnostyczne: poradnia zapewnia dostęp do niezbędnych badań diagnostycznych, które pomagają w dokładnym zrozumieniu stanu zdrowia pacjentów. W ramach tych usług wykonywane są m.in. badania laboratoryjne, obrazowe (TK, MRI, EEG) oraz testy psychologiczne.

c) Leki niezbędne w stanach nagłych: w sytuacjach nagłych pacjenci mogą otrzymać niezbędne leki, które pomagają w szybkim złagodzeniu objawów i stabilizacji stanu zdrowia.

d) Działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin: poradnia oferuje również wsparcie edukacyjne i konsultacyjne dla rodzin pacjentów. Specjaliści udzielają porad na temat radzenia sobie z chorobą bliskiej osoby, metod wsparcia oraz dostępnych zasobów i form pomocy.



e) Działania Punktu Zgłoszeniowo-Koordinacyjnego (PZK): PZK pełni kluczową rolę w procesie wstępnej kwalifikacji pacjentów, zapewniając im szybki dostęp do odpowiednich form wsparcia i terapii.

Poradnia Zdrowia Psychicznego w Szczecinku działa na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców regionu, oferując kompleksowe wsparcie i terapię dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjentów. Dzięki zaangażowaniu zespołu specjalistów, pacjenci mogą liczyć na profesjonalną pomoc w radzeniu sobie z różnorodnymi problemami psychicznymi i emocjonalnymi.

3.1. Oddział Dzienny w Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku

Oddział Dzienny w Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinku oferuje szeroki zakres usług terapeutycznych, mających na celu wsparcie pacjentów w ich procesie zdrowienia.

W ramach oddziału pacjenci mogą skorzystać z:

- Zajęć psychoterapeutycznych: regularne sesje psychoterapii prowadzone przez wykwalifikowanych terapeutów, które pomagają pacjentom w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi i psychicznymi.
- Opieki psychologa: indywidualne konsultacje z psychologiem, który wspiera pacjentów w zrozumieniu i zarządzaniu ich stanem psychicznym.
- Konsultacji specjalistycznych: dostęp do specjalistów z różnych dziedzin medycyny, którzy mogą pomóc w diagnozowaniu i leczeniu współistniejących schorzeń.
- Terapii zajęciowej: zajęcia mające na celu rozwijanie umiejętności praktycznych i społecznych pacjentów poprzez zaangażowanie ich w różnorodne aktywności, takie jak arteterapia, muzykoterapia i ergoterapia.
- Gimnastyki: ćwiczenia fizyczne, które wspierają ogólną kondycję fizyczną pacjentów i pomagają w redukcji stresu.
- Zaopatrzenia w leki specjalistyczne: dostęp do niezbędnych leków, które wspomagają leczenie pacjentów w trakcie terapii.
- Posiłku regeneracyjnego: zapewnienie zdrowego i zbilansowanego posiłku, który wspiera fizyczne i psychiczne samopoczucie pacjentów.

Oddziaływania psychologiczne prowadzone na oddziale mają na celu poprawę funkcjonowania psychicznego i społecznego pacjentów. Świadczona pomoc psychologiczna obejmuje m.in.:

- Grupy wsparcia: spotkania grupowe, które umożliwiają pacjentom dzielenie się doświadczeniami i wspieranie się nawzajem w procesie zdrowienia.
- Psychoedukację: warsztaty edukacyjne, które zwiększają świadomość pacjentów na temat ich chorób, metod radzenia sobie z objawami oraz technik samopomocy.
- Warsztaty psychologiczne: treningi obejmujące różne aspekty funkcjonowania psychicznego, takie jak trening funkcji poznawczych, umiejętności komunikacji interpersonalnej oraz rozpoznawania i regulowania emocji.
- Terapię zajęciową: zajęcia terapeutyczne, które angażują pacjentów w różnorodne aktywności, takie jak arteterapia, muzykoterapia i ergoterapia, które pomagają w rozwijaniu umiejętności praktycznych i kreatywności.
- Terapię ruchem z elementami jogi: ćwiczenia fizyczne, które łączą elementy jogi i terapii ruchowej, wspierając zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne pacjentów.

Pacjenci Oddziału Dziennego mają również zapewnioną opiekę pielęgniarską, co pozwala na monitorowanie ich stanu zdrowia i szybkie reagowanie na wszelkie zmiany.

3.2. Cele terapeutyczne i metody pracy

Głównym celem terapeutycznym Dziennego Oddziału Psychiatrycznego jest wspieranie pacjentów w poprawie ich zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego. Terapie oferowane w oddziale są dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów i obejmują różnorodne metody pracy, takie jak:

- Psychoterapia indywidualna i grupowa: sesje prowadzone przez wykwalifikowanych psychoterapeutów mają na celu pomoc pacjentom w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi, rozwijaniu umiejętności interpersonalnych oraz poprawie jakości życia.
- Terapia zajęciowa: zajęcia mają na celu rozwijanie umiejętności praktycznych i społecznych pacjentów poprzez angażowanie ich w różnorodne aktywności, takie jak rękodzieło, gotowanie czy prace ogrodnicze.
- Treningi relaksacyjne: ćwiczenia mające na celu redukcję stresu i napięcia, poprawę koncentracji oraz ogólne wzmocnienie zdrowia psychicznego.



- Terapia ruchowa: zajęcia z elementami jogi i ćwiczeń gimnastycznych, które wspierają fizyczne i psychiczne samopoczucie pacjentów.
- Psychoedukacja: warsztaty edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości pacjentów na temat ich zdrowia psychicznego, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz technik samopomocy.

3.3. Rola zajęć relaksacyjnych w funkcjonowaniu poznawczym pacjenta

Zajęcia relaksacyjne odgrywają kluczową rolę w funkcjonowaniu poznawczym pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego. Regularne uczestnictwo w treningach relaksacyjnych może przynieść szereg korzyści, takich jak:

- Redukcja poziomu stresu: techniki relaksacyjne, takie jak medytacja, głębokie oddychanie czy progresywna relaksacja mięśni, pomagają w obniżeniu poziomu kortyzolu, hormonu stresu, co pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne pacjentów.
- Poprawa koncentracji i pamięci: regularne ćwiczenia relaksacyjne mogą poprawić zdolność koncentracji oraz pamięć, co jest szczególnie istotne dla pacjentów z zaburzeniami poznawczymi.
- Zwiększenie odporności na stres: nauka technik relaksacyjnych pozwala pacjentom lepiej radzić sobie z sytuacjami stresowymi w życiu codziennym, co przekłada się na ogólną poprawę jakości życia.
- Wzrost poczucia własnej wartości: uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych może zwiększyć poczucie kontroli nad własnym życiem i poprawić samoocenę pacjentów.

Muzykoterapia stanowi istotny element w terapii osób np. dotkniętych demencją, przyczyniając się do poprawy ich jakości życia. Wykorzystanie muzyki w tej dziedzinie terapeutycznej umożliwia stymulowanie pamięci długotrwałej, co skutkuje przypominaniem pozytywnych doświadczeń z przeszłości. To z kolei sprzyja poprawie nastroju pacjentów oraz wspomaga ich zdolność koncentracji i umiejętność dzielenia uwagi na wiele bodźców jednocześnie. Zastosowanie technik neuromuzykoterapii wykazuje wyraźne korzyści w zakresie funkcjonowania psychospołecznego pacjentów, prowadząc do lepszej komunikacji oraz usprawnienia zdolności mowy (Ruda, Trypka, 2013).



Z perspektywy terapeutycznej, muzyka tworzy unikalny kanał interakcji, który umożliwia nawiązanie relacji z osobami cierpiącymi na schorzenia neurodegeneracyjne, w tym demencję, co stanowi podstawę skutecznej terapii. Muzykoterapia znajduje również zastosowanie w leczeniu objawów choroby Parkinsona, gdzie pomaga zredukować bradykinezę, czyli spowolnienie ruchowe, typowe dla tej choroby. Dzięki temu pacjenci uzyskują lepszą kontrolę nad swoimi funkcjami motorycznymi, co w znaczący sposób poprawia ich zdolności poznawcze oraz ogólną jakość życia. Techniki muzykoterapeutyczne stymulują obszary mózgu odpowiedzialne za koordynację ruchów, pomagając pacjentom w utrzymaniu rytmu i synchronizacji ruchowej, co ma szczególne znaczenie w rehabilitacji ruchowej. Dodatkowo, u osób z uszkodzeniami mózgu zaobserwowano poprawę w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak planowanie, podejmowanie decyzji oraz kontrolowanie emocji. Terapia muzyczna w takich przypadkach może również zmniejszać objawy depresji i lęku, co ma kluczowe znaczenie dla poprawy ich dobrostanu psychicznego. W obszarze onkologii, muzykoterapia została uznana za metodę terapeutyczną o wysokim poziomie bezpieczeństwa oraz skuteczności (Stańczyk, 2012).

Wprowadzenie muzyki w proces leczenia pomaga pacjentom w radzeniu sobie ze stresem, lękiem oraz bólem, które często towarzyszą terapiom onkologicznym. Poprzez regulację układu nerwowego i wpływ na poziom hormonów stresu, muzyka wspiera proces rekonwalescencji oraz wzmacnia odporność organizmu. Równie znaczące są efekty wynikające z praktyk medytacyjnych oraz technik uważności, które oddziałują na systemy uwagi i regulacji emocji. Działania te umożliwiają wprowadzenie organizmu w stan hipo-metaboliczny, charakteryzujący się dominacją układu przywspółczulnego, co przekłada się na głęboki relaks oraz poprawę funkcji poznawczych. System jogi, rozwijany przez tysiąclecia, oferuje bogactwo narzędzi i metod, które znajdują zastosowanie w leczeniu różnych zaburzeń, w tym niektórych form psychoz, takich jak schizofrenia, oraz zaburzeń poznawczych u osób starszych (Harisprasad V.R i in., 2013). Regularna praktyka medytacji, polegająca na dociekaniu istoty jaźni, może skutecznie spowalniać procesy pogarszania funkcji poznawczych, co stanowi cenne narzędzie w zapobieganiu demencji i innym schorzeniom neurodegeneracyjnym (Hargreaves D.J., Aksentijevic A., 2011). Muzyka, poprzez swoje oddziaływanie na funkcje poznawcze, ma zdolność do harmonizowania aktywności pólkul mózgowych oraz rozwijania zdolności takich jak językowe i wzrokowo-przestrzenne. Trening muzyczny wspiera rozwój inteligencji, co wynika z korelacji pomiędzy intensywną edukacją muzyczną a wzrostem zdolności intelektualnych (Hargreaves, Aksentijevic, 2011).



4. Metodologia badań własnych

4.1. Przedmiot i cel badań

W niniejszym rozdziale zaprezentowano podstawowe założenia metodologiczne, stanowiące fundament przeprowadzonych badań własnych. Omówiono tu przedmiot i cel badań, a także problemy badawcze i hipotezy. Szczególną uwagę zwrócono na przyjęte metody, techniki oraz narzędzia badawcze, a także na organizację i przebieg całego procesu badawczego, co pozwala lepiej zrozumieć kontekst realizacji przedsięwzięcia.

Przedmiot badań. Ustalenie przedmiotu badania to jeden z pierwszych i najważniejszych kroków w planowaniu projektu badawczego. Każda dziedzina naukowa wypracowuje specyficzny „projekt” swojego przedmiotu badawczego, rozumiany jako zestaw założeń co do jego natury. Można rzec, że jeśli akceptujemy daną metodę badania, równocześnie przyjmujemy określony sposób rozumienia samego przedmiotu. Procedura i rozumienie przedmiotu wzajemnie się więc kształtują: procedura wspiera i utrwala projekt, a projekt z kolei określa ramy dla procedury. Tworzą one rodzaj hermeneutycznego koła, w którym trudno o otwarcie na zupełnie nowe odkrycia czy redefinicje (por. Heidegger, 1977). Martin Heidegger opisuje tę powtarzalną praktykę naukową jako „eksploatację” – nieustanny proces wydobywania określonych zasobów. W myśl tej metafory, nauka „eksploatuje” przedmiot, a sam mechanizm dąży do zamykania się na inne możliwości poznania. Procedura badawcza rozwija się w kierunku, który sama wyznaczyła, wzmacniając jednocześnie wyjściowe założenia. W efekcie nauka staje się w dużej mierze „samowystarczalna” – nie tyle odkrywa nowy przedmiot, ile pogłębia wybrany obszar zgodnie z wcześniej ustalonym schematem. Z perspektywy psychologii wyraźnie widać, że sam przedmiot tej dyscypliny (ludzka psychika, zachowanie, procesy wewnętrzne) w dużej mierze został zdefiniowany przez metodę przyjętą w początkach jej rozwoju (Wojdała, 2014).

W kontekście niniejszej pracy przedmiotem badań jest wpływ zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii na poziom stresu wśród pacjentów oddziału psychiatrycznego w Szczecinku. Analizowano, w jaki sposób wprowadzenie sesji relaksacyjnych z wykorzystaniem muzyki może przyczynić się do obniżenia poziomu napięcia emocjonalnego oraz poprawy dobrostanu psychicznego.



Cel badań. Po sprecyzowaniu przedmiotu badania następnym etapem było określenie celu, który wyznacza kierunek i zakres analiz. Nauka dąży do realizacji dwóch zasadniczych celów. Pierwszym z nich jest tworzenie oraz empiryczne weryfikowanie teorii, które oddają struktury i mechanizmy funkcjonowania rzeczywistości. W tym kontekście celem jest skonstruowanie modeli teoretycznych, które nie tylko opisują, ale również przewidują zjawiska. Proces ten opiera się na metodach dedukcyjnych i indukcyjnych, dzięki którym możliwe jest formułowanie uniwersalnych prawidłowości. Drugim celem jest zastosowanie tych teorii do wyjaśniania, diagnozowania i analizy konkretnych przypadków oraz zdarzeń, które budzą nasze zainteresowanie (Paluchowski, 2010).

Zasadniczym celem niniejszych badań było określenie, czy i w jakim stopniu regularne uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych z elementami muzykoterapii wpływa na redukcję poziomu stresu u pacjentów oddziału psychiatrycznego. Cel ten uwzględniał zarówno aspekt teoretyczny (pogłębienie wiedzy o mechanizmach relaksacji i muzykoterapii), jak i praktyczny (opracowanie wskazówek do dalszej pracy terapeutycznej z osobami zmagającymi się z wysokim poziomem napięcia i lęku).

4.2. Problemy badawcze i hipotezy

Kluczowym etapem w procesie badawczym jest określenie problemu badawczego, który wyznacza cele – czyli to, co chcemy osiągnąć w trakcie badania. Ustalenie problemu stanowi punkt wyjścia do stworzenia całej koncepcji badania, obejmującej (Dźwigoł, 2015) :

- analizę problemu w kontekście przeglądu literatury,
- identyfikację źródeł danych oraz dobór metod badawczych,
- sformułowanie niezbędnych założeń, hipotez i tez.

W ramach niniejszej pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

Problem badawczy 1: W jaki sposób zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii wpływają na poziom stresu u pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego w Szczecinku?

Problem badawczy 2: Czy istnieje zależność między częstotliwością uczestnictwa w zajęciach relaksacyjnych a poziomem redukcji stresu u pacjentów?



Problem badawczy 3: Jak pacjenci postrzegają efektywność zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii w kontekście redukcji stresu i poprawy zdrowia psychicznego?

Problem badawczy 4: Jakie zmiany w zachowaniu i samopoczuciu pacjentów zachodzą po zakończeniu programu zajęć relaksacyjnych z muzykoterapią?

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe problemy badawcze sformułowano hipotezy robocze, które – zgodnie z ujęciem S. Nowaka (2012) – muszą spełniać kryteria adekwatności, precyzyjności, weryfikowalności i spójności logicznej. W badaniu przyjęto następujące hipotezy:

Hipoteza 1 : Zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii prowadzą do obniżenia poziomu stresu u pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego w Szczecinku.

Hipoteza 2 : Regularne uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych z elementami muzykoterapii zmniejsza subiektywne poczucie stresu i poprawia samopoczucie pacjentów.

Hipoteza 3 : Pacjenci uważają zajęcia relaksacyjne z muzykoterapią za skuteczne w redukcji stresu oraz

Hipoteza 4 : Po zakończeniu programu zajęć relaksacyjnych z muzykoterapią pacjenci doświadczają trwałej poprawy w zakresie obniżenia poziomu stresu i lepszego samopoczucia.

4.2. Zmienne i ich wskaźniki

Zmienną definiujemy jako cechę lub właściwość, która może przyjmować co najmniej dwie różne wartości w określonym zakresie zastosowania. Wyróżniamy następujące rodzaje zmiennych (Skarbek, 2013):

Zmienna niezależna (wyjaśniająca, predykcyjna) – jej konkretna wartość wpływa bezpośrednio na wartości innych zmiennych.

Zmienna zależna (wyjaśniana, kryterialna) – jej wartość wynika bezpośrednio z wartości zmiennej niezależnej.



Zmienna pośrednicząca – modyfikuje relację między zmienną niezależną a zależną, wpływając na kształt tej zależności.

Zmienna kontrolna – wykorzystywana w badaniach empirycznych do sprawdzenia, czy obserwowany związek między zmienną niezależną a zależną jest rzeczywisty, a nie wynika z wpływu innych, nieujętych zmiennych.

W pierwszej kolejności badacza powinno interesować, które zmienne niezależne są kluczowe dla danej zmiennej zależnej oraz w jaki sposób można je zidentyfikować, ponieważ często możliwe jest jednoznaczne określenie znaczenia empirycznego poszczególnej zmiennej i przypisanie jej odpowiednich wartości (Skarbek, tamże).

4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Dobór odpowiednich metod i narzędzi badawczych stanowi istotny etap każdego projektu naukowego, pozwalający na zgromadzenie danych empirycznych niezbędnych do weryfikacji postawionych hipotez (Pilch i Bauman, 2010). Zgodnie z definicją Sztumskiego (2005), metoda badawcza porządkuje działania naukowe, umożliwiając realizację zaplanowanych celów.

W niniejszym badaniu zastosowano **metodę ilościową** z wykorzystaniem:

- Kwestionariusza do pomiaru poziomu stresu (PSS-10)
- Skali Subiektywnej oceny stresu
- Skali Depresji, Lęku i Stresu – wersja 42 (DASS-42) (Adaptacja i normalizacja: M. Makara-Studzińska, M. Załuski, E. Tyburski)
- Pytań na temat zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii

W ramach prowadzonych zajęć relaksacyjnych wykorzystywano m.in. techniki oddechu, trening autogenny, ćwiczenia rozluźniające mięśnie oraz muzykę relaksacyjną o różnym natężeniu i charakterze (spokojne utwory instrumentalne, odgłosy natury itp.). Dokumentowano przebieg sesji, czas ich trwania, a także obserwacje pacjentów dotyczące własnych odczuć.



4.5. Obszar i organizacja badań oraz charakterystyka grupy badanej

Badanie zostało przeprowadzone na Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w Szczecinku, wśród pacjentów wyrażających zgodę na udział w projekcie. Łącznie do badania zgłosiło się 10 osób. W celu zachowania rzetelności przeprowadzonych analiz, proces badawczy podzielono na dwie zasadnicze fazy:

1. Faza koncepcyjna:

- Wybór tematu i sformułowanie przedmiotu badań.
- Wyznaczenie celów, problemów badawczych oraz hipotez.
- Opracowanie metody i narzędzi badawczych
- Zgromadzenie podstaw teoretycznych i analiz literatury.

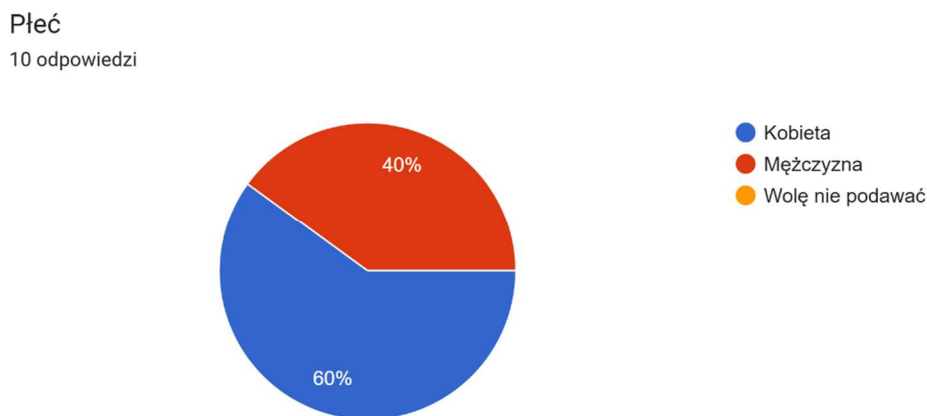
2. Faza wykonawcza

- Rekrutacja uczestników i uzyskanie świadomej zgody na udział w badaniu.
- Przeprowadzenie pretestu (ocena poziomu stresu przed rozpoczęciem zajęć).
- Realizacja cyklu zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii
- Przeprowadzenie posttestu (ponowna ocena poziomu stresu i porównanie wyników).
- Analiza i interpretacja danych empirycznych w odniesieniu do przyjętych hipotez.

W fazie analizy wyników posłużono się odpowiednimi metodami statystycznymi, co umożliwiło wyciągnięcie wniosków dotyczących skuteczności zastosowanej interwencji. Badanie przeprowadzono z zachowaniem wszelkich wymogów etycznych, w tym anonimowości i poufności danych, po uzyskaniu zgody właściwej komisji etycznej.

Charakterystyka grupy badawczej w ujęciu ogólnym

W niniejszym podrozdziale przedstawiono społeczno-demograficzne cechy badanej grupy. Badanie zostało przeprowadzone metodą kwestionariuszową i objęło 10 respondentów. Kobiety na poniższym wykresie oznaczone zostały symbolem K, natomiast mężczyźni symbolem M. Pozostały wariant odpowiedzi stanowiła pozycja „Wolę nie podawać”. Struktura płci uczestników została zobrazowana na wykresie nr 1.



Wykres 1. Płeć osób badanych. Źródło: Opracowanie własne

Kobieta (kolor niebieski) – 60%

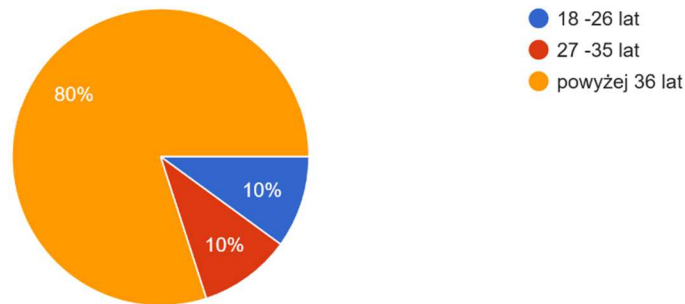
Mężczyzna (kolor czerwony) – 40%

Wolę nie podawać (kolor pomarańczowy) – 0%

Z wykresu wynika, że większość ankietowanych (60%) stanowiły kobiety. Mężczyźni stanowili nieco mniejszą grupę – 40% badanych. Żaden z respondentów nie zdecydował się na opcję „Wolę nie podawać”. Próba jest zdominowana przez kobiety, jednak udział mężczyzn jest na tyle znaczący (4 na 10 badanych), że pozwala na pewne porównania między płciami w dalszej analizie.

Wiek

10 odpowiedzi



Wykres 2. Wiek osób badanych. Źródło: Opracowanie własne

18–26 lat (kolor niebieski) – 10%

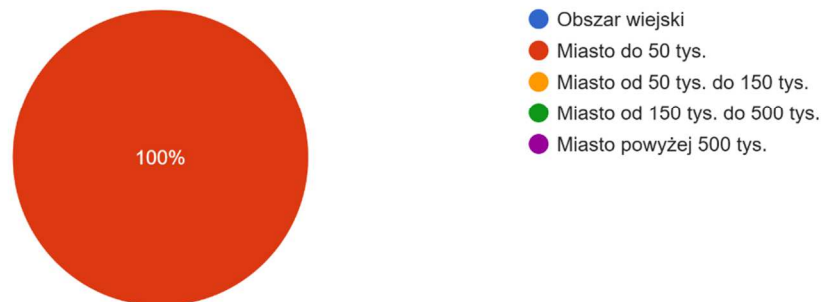
27–35 lat (kolor czerwony) – 10%

powyżej 36 lat (kolor pomarańczowy) – 80%

Najliczniejszą grupę w badaniu stanowią osoby powyżej 36. roku życia (80%). Pozostałe 20% rozkłada się równomiernie pomiędzy przedział 18–26 lat (10%) oraz 27–35 lat (10%). Dane wskazują, że zdecydowana większość respondentów to osoby w wieku 36 lat i więcej. Młodsze grupy wiekowe są reprezentowane w bardzo niewielkim stopniu, co może mieć wpływ na wyniki badań (np. inne doświadczenia życiowe, poziom stresu czy preferencje dotyczące form relaksu).

Miejsce zamieszkania

10 odpowiedzi

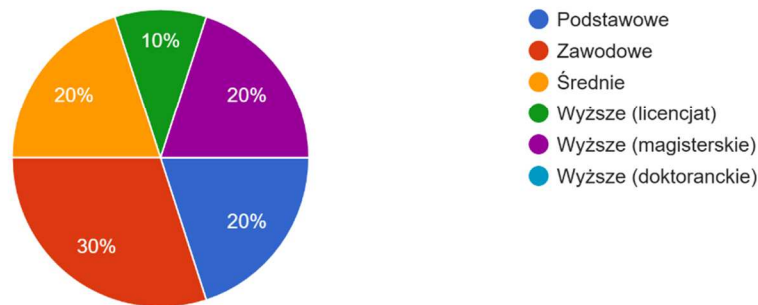


Wykres 3. Miejsce zamieszkania osób badanych. Źródło: Opracowanie własne

- Obszar wiejski (kolor niebieski) – 0%
- Miasto do 50 tys. (kolor pomarańczowy) – 100%
- Miasto od 50 tys. do 150 tys. (kolor żółty) – 0%
- Miasto od 150 tys. do 500 tys. (kolor zielony) – 0%
- Miasto powyżej 500 tys. (kolor fioletowy) – 0%

Wszyscy ankietowani (100%) zadeklarowali, że mieszkają w mieście liczącym do 50 tysięcy mieszkańców. Nie odnotowano żadnych odpowiedzi wskazujących na inne rodzaje miejscowości (obszar wiejski czy większe miasta). Próba jest jednorodna pod względem miejsca zamieszkania – wszyscy badani pochodzą z niewielkiego miasta. Może to oznaczać, że wnioski z badań będą dotyczyć głównie osób żyjących w małych ośrodkach miejskich, co należy uwzględnić w analizie i interpretacji wyników.

Wykształcenie
10 odpowiedzi



Wykres 4. Wykształcenie osób badanych. Źródło: Opracowanie własne

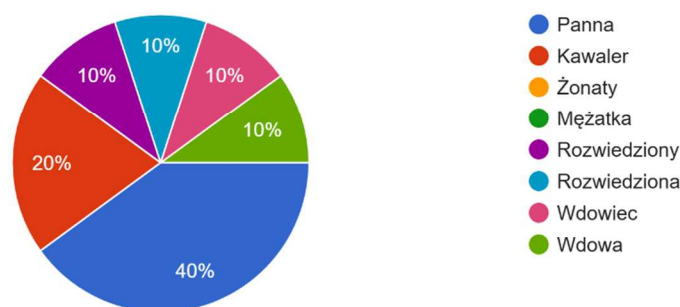
- Podstawowe (kolor niebieski) – 20%
- Zawodowe (kolor czerwony) – 30%
- Średnie (kolor pomarańczowy) – 20%
- Wyższe – licencjat (kolor zielony) – 20%
- Wyższe – magisterskie (kolor fioletowy) – 10%



Wyższe – doktoranckie – 0% (nieobecne na wykresie)

Najliczniejszą kategorią wśród respondentów jest wykształcenie zawodowe (30%). Wykształcenie podstawowe, średnie i wyższe (licencjat) uzyskały jednakowy udział (po 20%). Najmniej liczna grupa ma wykształcenie wyższe magisterskie (10%). Nikt z ankietowanych nie zadeklarował wykształcenia doktoranckiego. Struktura wykształcenia w badanej próbie jest dość zróżnicowana. Największy odsetek (30%) to osoby z wykształceniem zawodowym, co może być istotne w kontekście np. dostępności do informacji o formach relaksu czy zainteresowania zajęciami muzykoterapeutycznymi. Umiarkowany udział osób z wykształceniem średnim i licencjackim świadczy o pewnym zrównoważeniu próby, natomiast niewielka liczba osób z wykształceniem magisterskim może mieć ograniczony wpływ na ogólne wyniki.

Stan cywilny
10 odpowiedzi



Wykres 5. Stan cywilny osób badanych. Źródło: Opracowanie własne

Panna (kolor niebieski) – 40%

Kawaler (kolor czerwony) – 20%

Żonaty (kolor pomarańczowy) – 10%

Mężatka (kolor zielony) – 10%

Rozwiedziony (kolor różowy) – 10%

Rozwiedziona (kolor turkusowy) – 10%

Wdowiec / Wdowa – 0%



Zdecydowanie największą grupę stanowią osoby stanu wolnego: 40% zadeklarowało się jako panna, a 20% jako kawaler (łącznie 60% badanych). Małżeństwo wśród respondentów reprezentują żonaci i mężatki (po 10%). Dwie kolejne grupy, rozwiedziony i rozwiedziona, również uzyskały po 10% każda. Żaden z respondentów nie zadeklarował bycia wdowcem lub wdową. Widoczna przewaga osób niepozostających w formalnym związku (panna/kawaler) może wskazywać na specyfikę próby, w której dominują single (razem 60%). Osoby rozwiedzione (20% łącznie) są także dość znacząco reprezentowane. Może to mieć znaczenie w kontekście badania poziomu stresu – sytuacja rodzinna i życiowa bywa bowiem jednym z istotnych czynników wpływających na kondycję psychiczną.

Z zaprezentowanych danych demograficznych wynika, że w próbie przeważają kobiety (60%) i osoby w wieku powyżej 36 lat (80%). Wszyscy badani mieszkają w małym mieście (do 50 tys. mieszkańców). Największa część respondentów ma wykształcenie zawodowe (30%), a pozostałe kategorie rozkładają się mniej więcej równomiernie. Pod względem stanu cywilnego dominują osoby stanu wolnego (panny i kawalerowie – 60%).



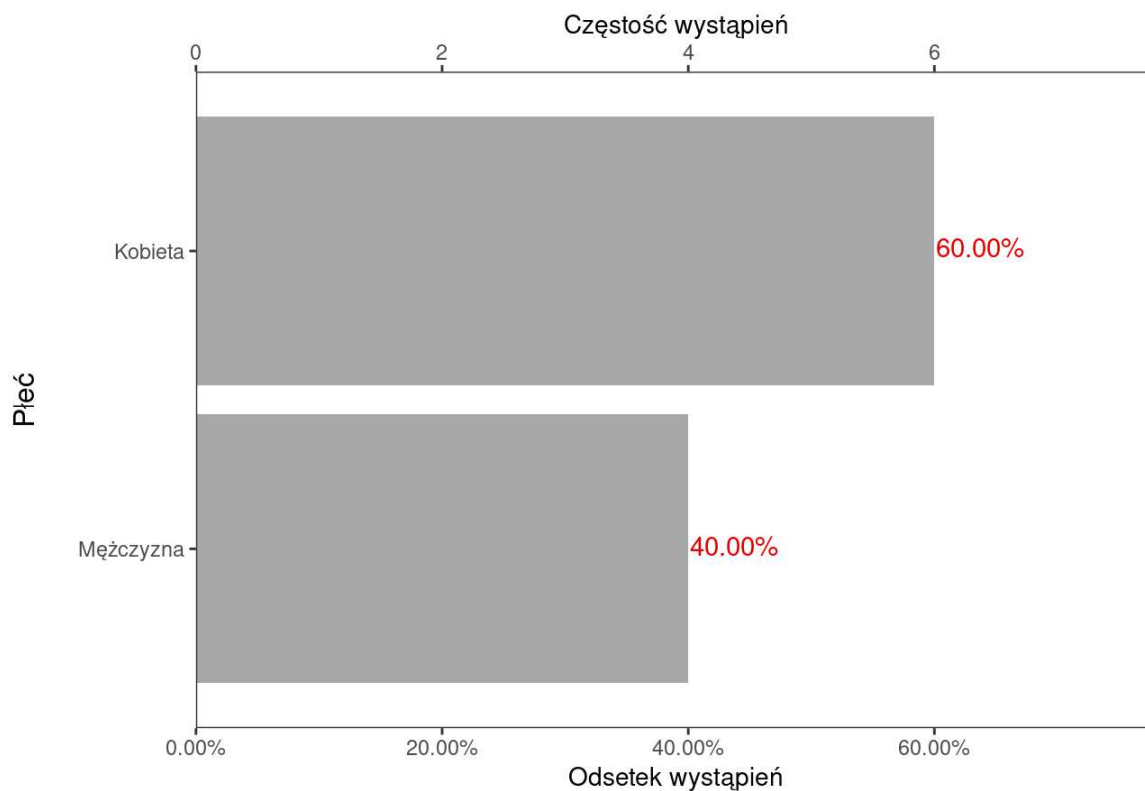
5. Wyniki badań własnych

5.1. Statystyki opisowe

Próba badawcza w ujęciu statystycznym

W celu scharakteryzowania próby badanych osób wykonano analizy częstości oraz obliczono statystyki opisowe wraz z testami normalności.

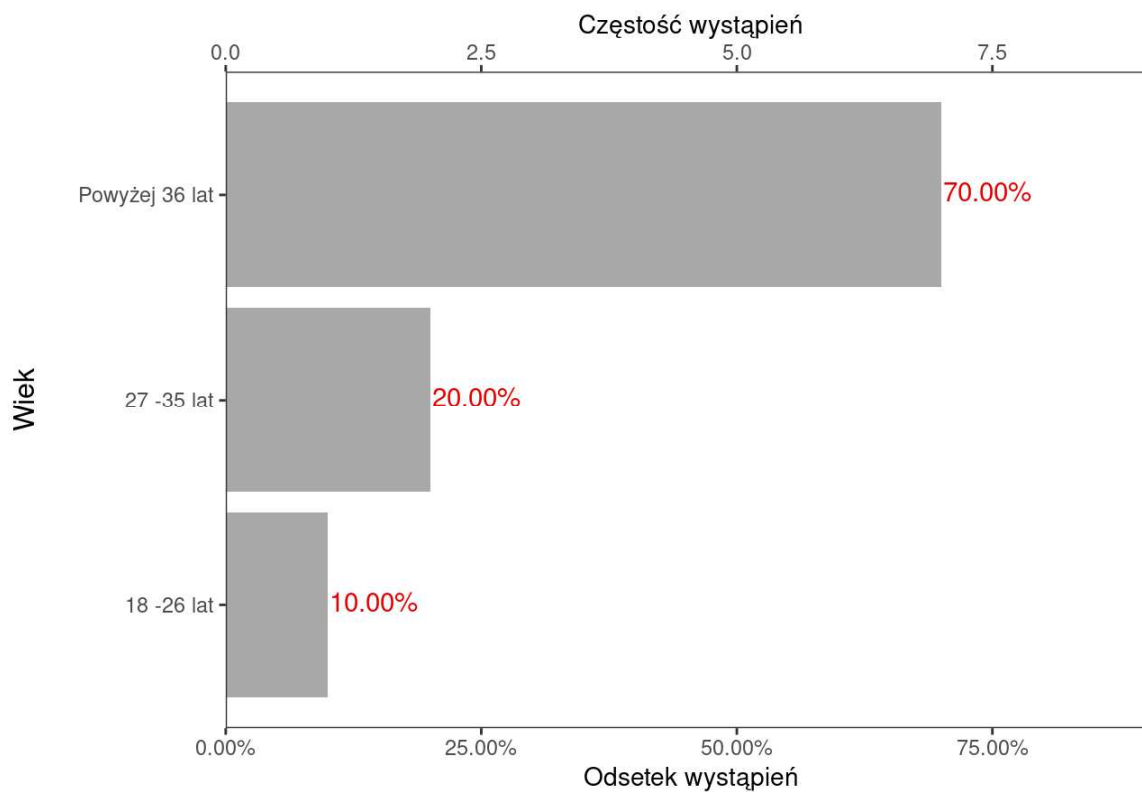
W badaniu wzięło udział łącznie $N = 10$ osób badanych. Analiza dla zmiennej Płeć wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Kobieta, Mężczyzna wynosiła odpowiednio 6, 4 (ich odsetek wynosił odpowiednio 60.00, 40.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 2. Częstość występowania wartości zmiennej Płeć.

Źródło: Opracowanie własne

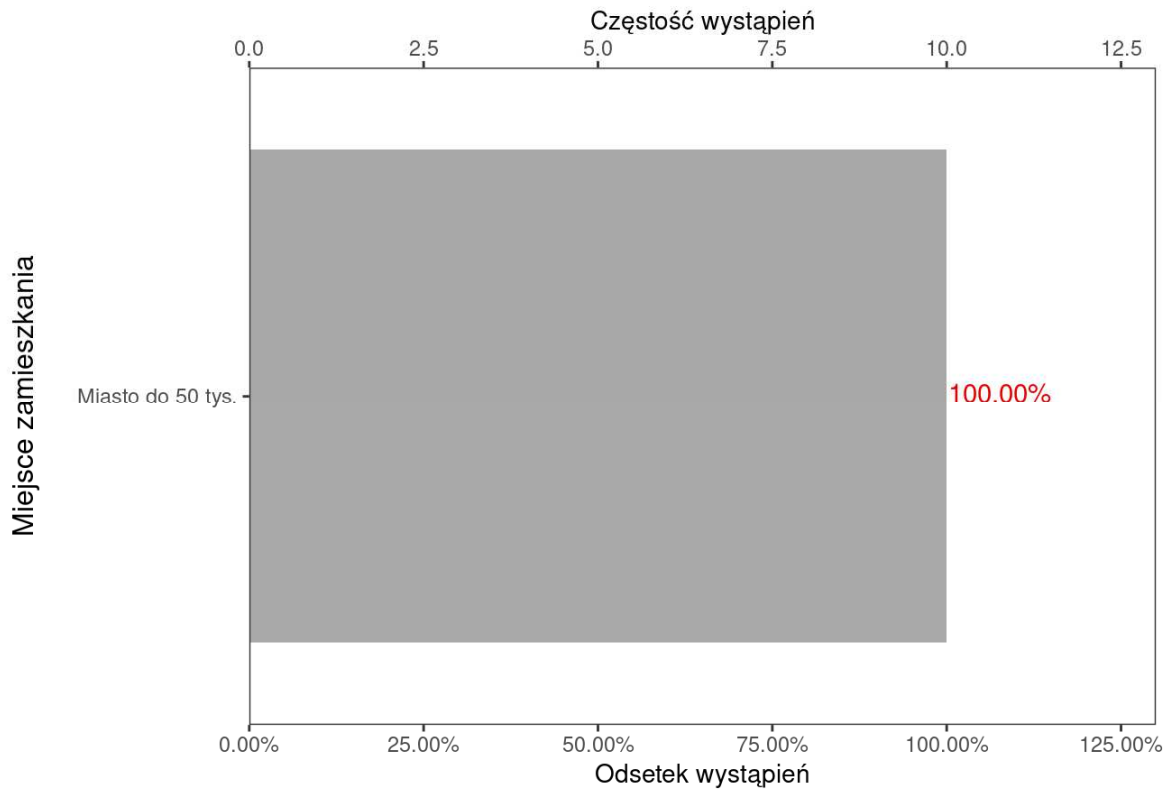
Analiza dla zmiennej Wiek wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Powyżej 36 lat, 27 -35 lat, 18 -26 lat wynosiła odpowiednio 7, 2, 1 (ich odsetek wynosił odpowiednio 70.00, 20.00, 10.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 3. Częstość występowania wartości zmiennej Wiek.

Źródło: Opracowanie własne

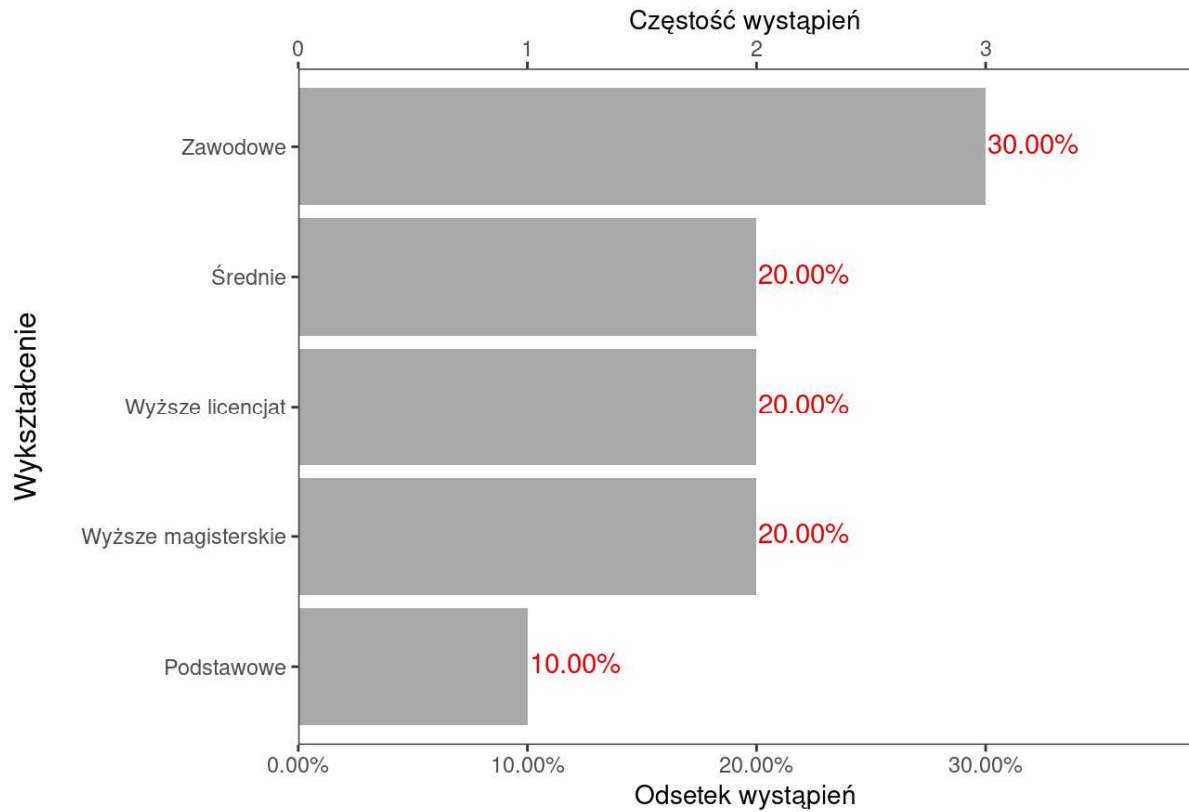
Analiza dla zmiennej Miejsce zamieszkania wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Miasto do 50 tys. wynosiła odpowiednio 10 (ich odsetek wynosił odpowiednio 100.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 4. Częstość występowania wartości zmiennej Miejsce zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne

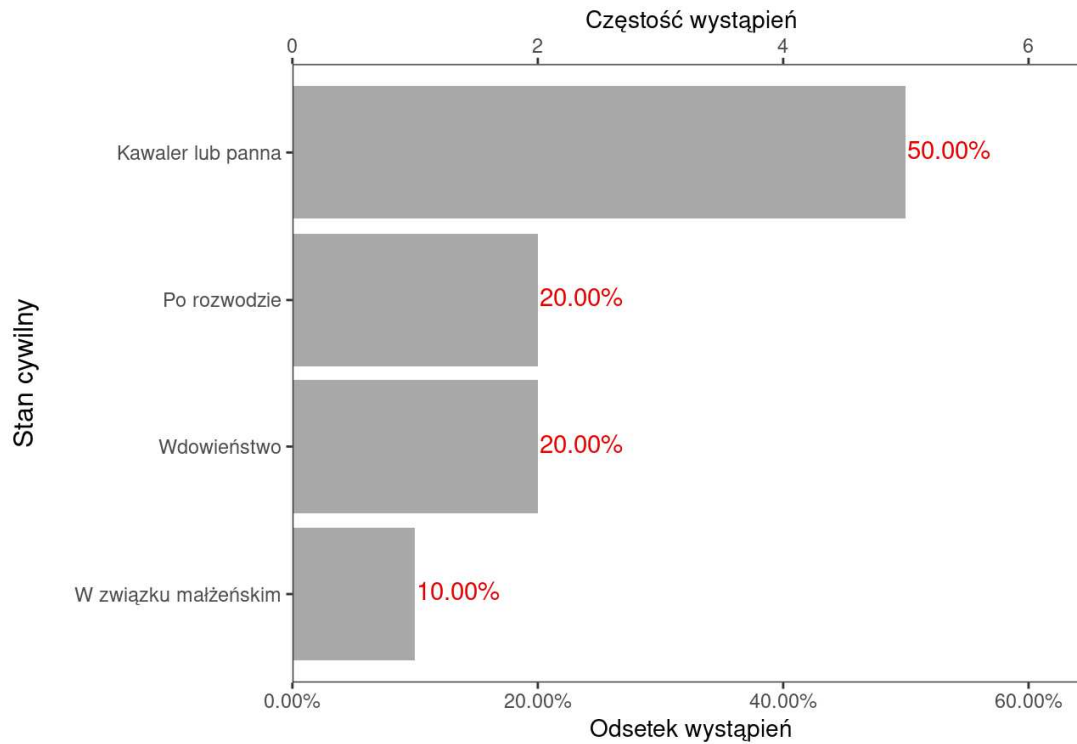
Analiza dla zmiennej Wykształcenie wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Zawodowe, Średnie, Wyższe licencjat, Wyższe magisterskie, Podstawowe wynosiła odpowiednio 3, 2, 2, 2, 1 (ich odsetek wynosił odpowiednio 30.00, 20.00, 20.00, 20.00, 10.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 5. Częstość występowania wartości zmiennej Wykształcenie.

Źródło: Opracowanie własne

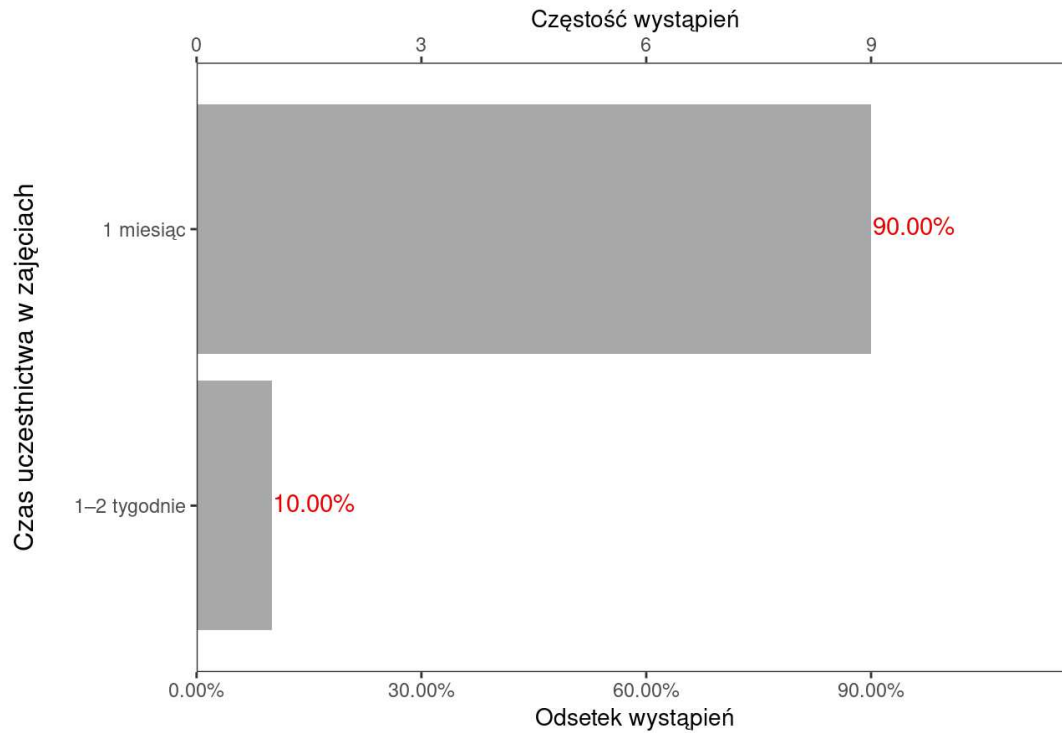
Analiza dla zmiennej Stan cywilny wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Kawaler lub panna, Po rozwodzie, Wdowieństwo, W związku małżeńskim wynosiła odpowiednio 5, 2, 2, 1 (ich odsetek wynosił odpowiednio 50.00, 20.00, 20.00, 10.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 6. Częstość występowania wartości zmiennej Stan cywilny.

Źródło: Opracowanie własne

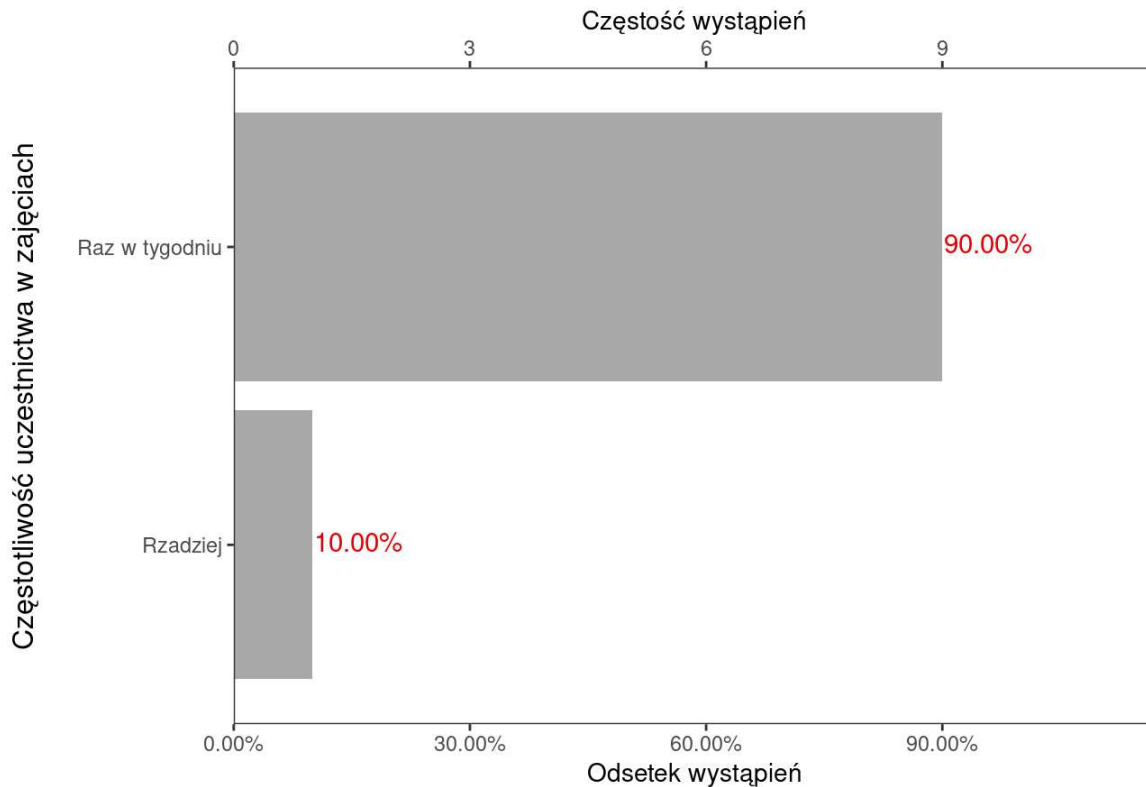
Analiza dla zmiennej Czas uczestnictwa w zajęciach wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. 1 miesiąc, 1–2 tygodnie wynosiła odpowiednio 9, 1 (ich odsetek wynosił odpowiednio 90.00, 10.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 7. Częstość występowania wartości zmiennej Czas uczestnictwa w zajęciach.

Źródło: Opracowanie własne

Analiza dla zmiennej Częstość uczestnictwa w zajęciach wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Raz w tygodniu, Rzadziej wynosiła odpowiednio 9, 1 (ich odsetek wynosił odpowiednio 90.00, 10.00). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 8. Częstość występowania wartości zmiennej Częstość uczestnictwa w zajęciach.

Źródło: Opracowanie własne

W celu weryfikacji normalności rozkładów zmiennych kwestionariuszowych przeprowadzono serię analiz weryfikujących podobieństwo rozkładu z próby do teoretycznego rozkładu normalnego testem Shapiro-Wilka. Analiza wykazała, że rozkład wyników zmiennej: (a) Subiektywne poczucie stresu przed pierwszymi zajęciami SPS był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.96$; $p = 0.835$, (b) Subiektywne poczucie stresu przed ostatnimi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.90$; $p = 0.245$, (c) Subiektywne poczucie stresu po 2 miesiącach był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.90$; $p = 0.198$, (d) Depresja DASS przed pierwszymi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.94$; $p = 0.542$, (e) Depresja DASS przed ostatnimi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.86$; $p = 0.078$, (f) Depresja DASS po 2 miesiącach był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.90$; $p = 0.209$, (g) Lęk DASS przed pierwszymi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.91$; $p = 0.249$, (h) Lęk DASS przed ostatnimi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.88$; $p = 0.115$, (i) Lęk DASS po 2 miesiącach był istotnie różny od rozkładu normalnego, $SW = 0.73$; $p = 0.002$, (j) Stres DASS przed

pierwszymi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.96$; $p = 0.790$, (k) Stres DASS przed ostatnimi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.94$; $p = 0.548$, (l) Stres DASS po 2 miesiącach był istotnie różny od rozkładu normalnego, $SW = 0.84$; $p = 0.040$, (m) Odczuwany stres PSS10 przed pierwszymi zajęciami był istotnie różny od rozkładu normalnego, $SW = 0.83$; $p = 0.031$, (n) Odczuwany stres PSS10 przed ostatnimi zajęciami był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.98$; $p = 0.940$, (o) Odczuwany stres PSS10 po 2 miesiącach był podobny do teoretycznego rozkładu normalnego, $SW = 0.97$; $p = 0.887$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela.

Tabela 1

Wyniki analizy rozkładu normalności i statystyk opisowych dla Subiektywnego poczucia stresu oraz zmiennych pochodzących z kwestionariuszy PSS10 oraz DASS – w trzech pomiarach

Zmienna	Min	Max	M	SD	Skośność	Kurtoza	SW	p
Przed pierwszymi zajęciami	4.00	10.00	7.30	1.89	-0.42	-0.57	0.96	0.835
Subiektywne poczucie stresu								
Przed ostatnimi zajęciami Su- biektywne poczucie stresu	3.00	6.00	4.60	0.97	0.11	-0.62	0.90	0.245
Po 2 miesiącach	0.00	4.00	1.60	1.35	0.58	-0.76	0.90	0.198
Subiektywne poczucie stresu								
Przed pierwszymi zajęciami	0.64	2.36	1.69	0.56	-0.62	-0.42	0.94	0.542
Depresja DASS								
Przed ostatnimi zajęciami De- presja DASS	0.29	1.43	0.69	0.31	1.55	3.90	0.86	0.078
Po 2 miesiącach	0.00	0.36	0.16	0.13	0.02	-1.58	0.90	0.209
Depresja DASS								
Przed pierwszymi zajęciami	0.50	1.71	1.03	0.46	0.36	-1.38	0.91	0.249
Lęk DASS								
Przed ostatnimi zajęciami	0.07	0.57	0.26	0.16	1.09	0.49	0.88	0.115
Lęk DASS								
Po 2 miesiącach	0.00	0.29	0.06	0.10	1.52	1.80	0.73	0.002
Lęk DASS								
Przed pierwszymi zajęciami	1.36	2.71	2.10	0.43	-0.43	-0.41	0.96	0.790
Stres DASS								
Przed ostatnimi zajęciami	0.71	1.57	1.06	0.25	0.86	0.51	0.94	0.548
Stres DASS								
Po 2 miesiącach	0.43	1.07	0.81	0.26	-0.56	-1.62	0.84	0.040
Stres DASS								



Przed pierwszymi zajęciami PSS10	2.00	3.90	2.95	0.46	-0.02	3.62	0.83	0.031
Przed ostatnimi zajęciami PSS10	0.80	1.60	1.19	0.22	0.16	0.50	0.98	0.940
Po 2 miesiącach PSS10	0.40	1.20	0.82	0.23	-0.06	0.24	0.97	0.887

Nota: *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SW* = Statystyka tesu Shapiro – Wilka

Źródło: Opracowanie własne

Analiza rzetelności

W celu weryfikacji dokładności pomiarowej testowanych zmiennych kwestionariuszowych przeprowadzono analizę rzetelności metodą Alfa Cronbacha. Pod uwagę zostały wzięte pomiary Przed pierwszymi zajęciami. W wyniku analizy ustalono, że współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha dla skali: (a) Odczuwany stres PSS10 I pomiar ($N = 10$ pozycji testowych) wyniósł wartość $\alpha = 0.69$ i wykazał, że rzetelność tego pomiaru była bliska akceptowalnego progu dokładności pomiarowej, (b) Depresja DASS ($N = 14$ pozycji testowych) wyniósł wartość $\alpha = 0.93$ i wykazał, że rzetelność tego pomiaru miała wysoki poziom dokładności pomiarowej, (c) Lęk DASS ($N = 14$ pozycji testowych) wyniósł wartość $\alpha = 0.83$ i wykazał, że rzetelność tego pomiaru miała wysoki poziom dokładności pomiarowej, (d) Stres DASS ($N = 14$ pozycji testowych) wyniósł wartość $\alpha = 0.82$ i wykazał, że rzetelność tego pomiaru miała wysoki poziom dokładności pomiarowej. Otrzymane wyniki przedstawia tabela.

Tabela 2

Wyniki analizy rzetelności dla skal PSS10 oraz DASS (I pomiar)

Skala	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Odczuwany stres PSS10	0.69	2.95	0.46	10
Depresja DASS	0.93	1.69	0.56	14
Lęk DASS	0.83	1.03	0.46	14
Stres DASS	0.82	2.10	0.43	14

Nota: Współczynnik α powyżej wartości 0.70 wskazuje na akceptowalny poziom dokładności pomiarowej analizowanej skali; *N* = Liczba pozycji testowych wchodzących w budowę skali.

Źródło: Opracowanie własne



5.2. Weryfikacja hipotez

W celu ustalenia czy nasilenie zmiennych Subiektywne poczucie stresu, Odczuwany stres PSS10, Depresja DASS, Lęk DASS, Stres DASS zmienia się w kolejnych pomiarach (Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach) wykonano serię analiz nieparametrycznych ANOVA Friedmana. Z metod nieparametrycznych skorzystano ze względu na małą liczebność próby ($n < 30$). Ocenę siły różnic pomiędzy pomiarami wykonano za pomocą współczynnika siły efektu korelacji dwuseryjnej Glassa.

W wyniku analizy ustalono, że w zakresie zmiennej Subiektywne poczucie stresu zróżnicowanie między pomiarami było istotne statystycznie, $\chi^2(2) = 19.16$; $p < 0.001$. Analiza porównań wielokrotnych wykonana testem Wilcoxona z korektą Bonferroniego wykazała, że w pomiarze Przed ostatnimi zajęciami ($M = 4.60$; $SD = 0.97$) doszło do istotnego obniżenia poziomu Subiektywnego poczucia stresu w porównaniu do pomiaru Przed pierwszymi zajęciami ($M = 7.30$; $SD = 1.89$), $p = 0.038$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.85$. Wykazano również że w pomiarze Po 2 miesiącach ($M = 1.60$; $SD = 1.35$) doszło do istotnego obniżenia poziomu omawianej zmiennej w porównaniu do pomiaru Przed ostatnimi zajęciami, $p = 0.016$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.90$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela oraz rysunek.

Tabela 3

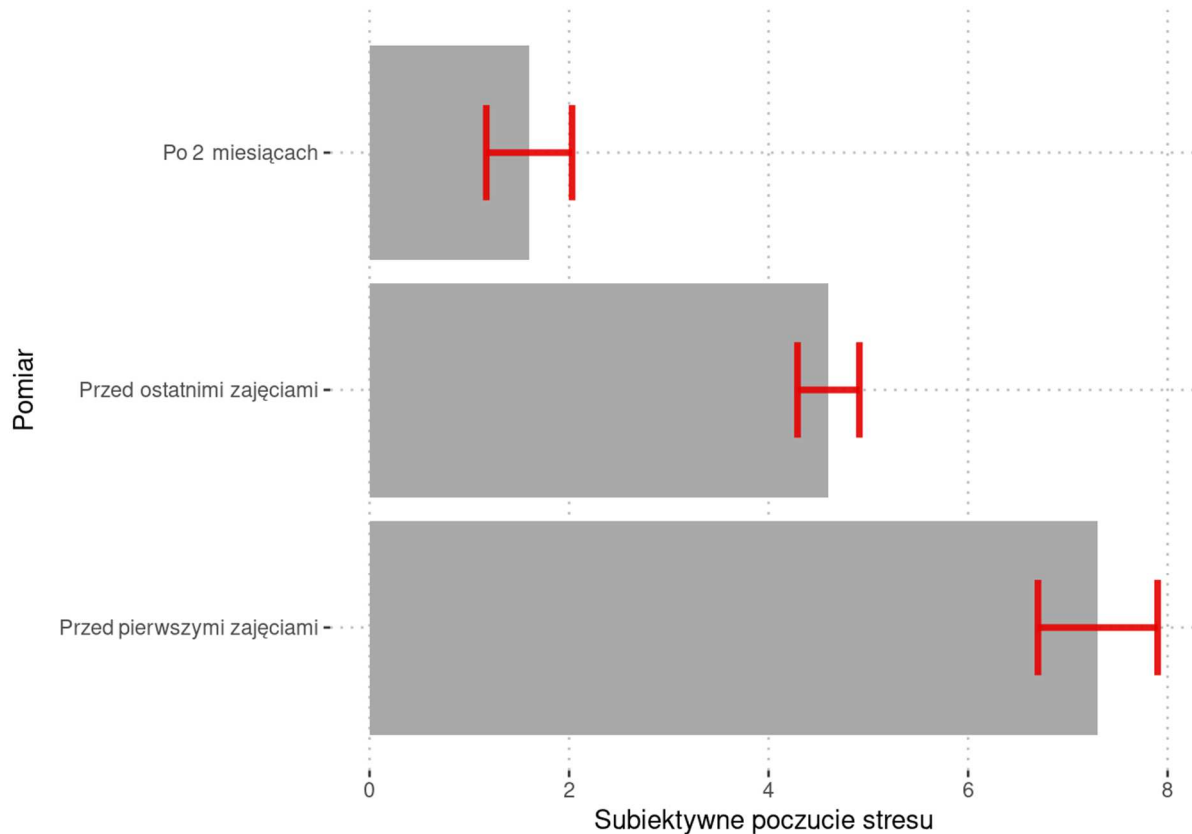
Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Subiektywne poczucie stresu

Pomiar	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mrang</i>
Przed pierwszymi zajęciami	4.00	10.00	7.30	1.89	0.60	24.30
Przed ostatnimi zajęciami	3.00	6.00	4.60	0.97	0.31	16.25
Po 2 miesiącach	0.00	4.00	1.60	1.35	0.43	5.95

Źródło: Opracowanie własne

Nota: Ilość badanych obserwacji: $N = 10$; *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SE* = Błąd standardowy średniej; *Mrang* = Średnia ranga dla pomiaru.





Rysunek 9. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Subiektywne poczucie stresu.

Źródło: Opracowanie własne

Następnie ustalono, że w zakresie zmiennej Odczuwany stres PSS10 zróżnicowanie między pomiarami było istotne statystycznie, $\chi^2(2) = 18.86; p < 0.001$. Analiza porównań wielokrotnych wykonana testem Wilcoxona z korektą Bonferroni wykazała, że w pomiarze Przed ostatnimi zajęciami ($M = 1.19; SD = 0.22$) doszło do istotnego obniżenia poziomu Odczuwanego stresu PSS10 w porównaniu do pomiaru Przed pierwszymi zajęciami ($M = 2.95; SD = 0.46$), $p = 0.018$. Nie wykazano natomiast istotnej zmiany w pomiarze Po 2 miesiącach ($M = 0.82; SD = 0.23$) w stosunku do pomiaru Przed ostatnimi zajęciami, $p = 0.064$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela oraz rysunek.

Tabela 4

Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Odczuwany stres PSS10

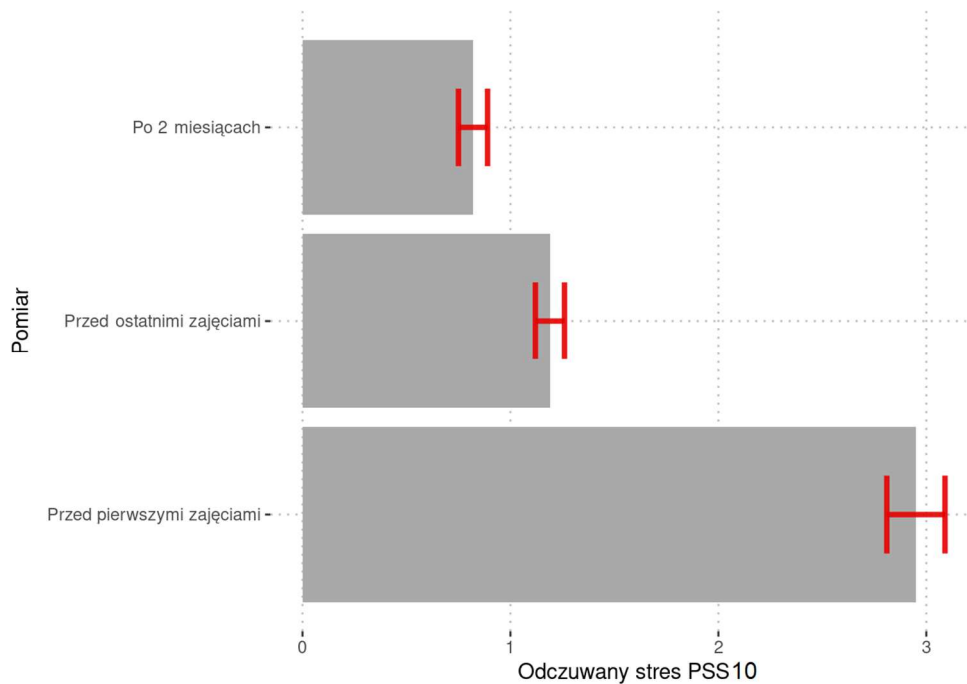
Pomiar	Min	Max	M	SD	SE	Mrang
--------	-----	-----	---	----	----	-------



Przed pierwszymi zajęciami	2.00	3.90	2.95	0.46	0.14	25.50
Przed ostatnimi zajęciami	0.80	1.60	1.19	0.22	0.07	14.25
Po 2 miesiącach	0.40	1.20	0.82	0.23	0.07	6.75

Źródło: Opracowanie własne

Nota: Ilość badanych obserwacji: $N = 10$; *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SE* = Błąd standardowy średniej; *Mrang* = Średnia ranga dla pomiaru.



Rysunek 10. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Odczuwany stres PSS10.

Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym kroku ustalono, że w zakresie zmiennej Depresja DASS zróżnicowanie między pomiarami było istotne statystycznie, $\chi^2(2) = 20.00$; $p < 0.001$. Analiza porównań wielokrotnych wykonana testem Wilcoxona z korektą Bonferroni wykazała, że w pomiarze Przed ostatnimi zajęciami ($M = 0.69$; $SD = 0.31$) doszło do istotnego obniżenia poziomu zmiennej Depresja DASS w porównaniu do pomiaru Przed pierwszymi zajęciami ($M = 1.69$; $SD = 0.56$), $p = 0.006$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.89$. Wykazano również że w pomiarze Po 2 miesiącach (M

= 0.16; $SD = 0.13$) doszło do istotnego obniżenia poziomu omawianej zmiennej w porównaniu do pomiaru Przed ostatnimi zajęciami, $p = 0.018$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.89$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela oraz rysunek.

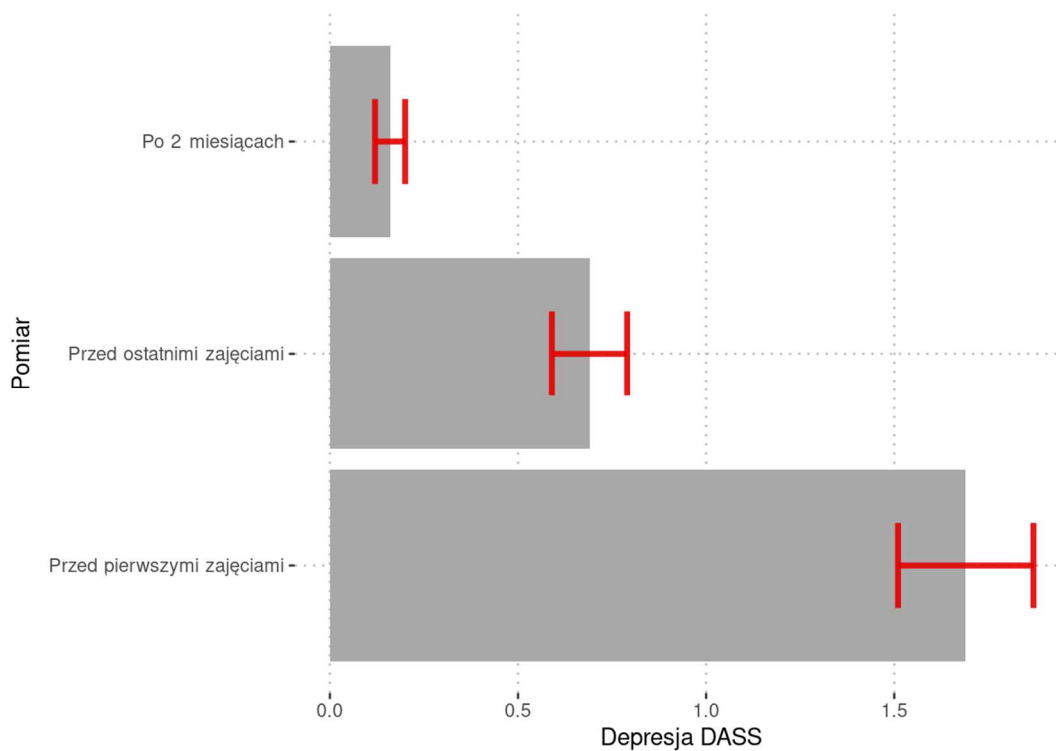
Tabela 5

Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Depresja DASS

Pomiar	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mrang</i>
Przed pierwszymi zajęciami	0.64	2.36	1.69	0.56	0.18	24.75
Przed ostatnimi zajęciami	0.29	1.43	0.69	0.31	0.10	16.05
Po 2 miesiącach	0.00	0.36	0.16	0.13	0.04	5.70

Źródło: Opracowanie własne

Nota: Ilość badanych obserwacji: $N = 10$; *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SE* = Błąd standardowy średniej; *Mrang* = Średnia ranga dla pomiaru.



Rysunek 11. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Depresja DASS. Źródło: Opracowanie własne

Następnie ustalono, że w zakresie zmiennej Lęk DASS zróżnicowanie między pomiarami było istotne statystycznie, $\chi^2(2) = 18.20$; $p < 0.001$. Analiza porównań wielokrotnych wykonana testem Wilcoxon z korektą Bonferroniego wykazała, że w pomiarze Przed ostatnimi zajęciami ($M = 0.26$; $SD = 0.16$) doszło do istotnego obniżenia poziomu zmiennej Lęk DASS w porównaniu do pomiaru Przed pierwszymi zajęciami ($M = 1.03$; $SD = 0.46$), $p = 0.006$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.89$. Wykazano również że w pomiarze Po 2 miesiącach ($M = 0.06$; $SD = 0.10$) doszło do istotnego obniżenia poziomu omawianej zmiennej w porównaniu do pomiaru Przed ostatnimi zajęciami, $p = 0.047$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.78$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela oraz rysunek.

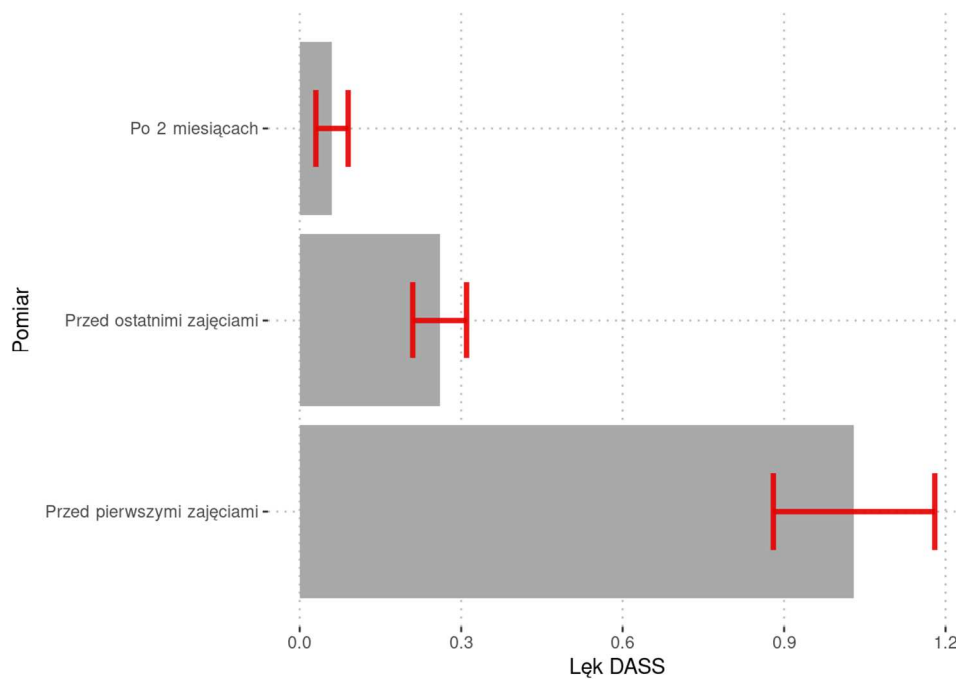


Tabela 6

Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Lęk DASS

Pomiar	Min	Max	M	SD	SE	Mrang
Przed pierwszymi zajęciami	0.50	1.71	1.03	0.46	0.15	25.15
Przed ostatnimi zajęciami	0.07	0.57	0.26	0.16	0.05	14.70
Po 2 miesiącach	0.00	0.29	0.06	0.10	0.03	6.65

Źródło: Opracowanie własne



Nota: Ilość badanych obserwacji: $N = 10$; *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SE* = Błąd standardowy średniej; *Mrang* = Średnia ranga dla pomiaru.

Rysunek 12. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Lęk DASS.

Źródło: Opracowanie własne

Ostatecznie ustalono, że w zakresie zmiennej Stres DASS zróżnicowanie między pomiarami było istotne statystycznie, $\chi^2(2) = 16.67$; $p < 0.001$. Analiza porównań wielokrotnych wykonana testem Wilcoxon z korektą Bonferroniego wykazała, że w pomiarze Przed ostatnimi zajęciami ($M = 1.06$; $SD = 0.25$) doszło do istotnego obniżenia poziomu zmiennej Stres DASS w porównaniu do pomiaru Przed pierwszymi zajęciami ($M = 2.10$; $SD = 0.43$), $p = 0.006$. Siła różnic między tymi pomiarami była mocna, współczynnik siły efektu korelacji dwuseryjnej wyniósł $r = 0.89$. Nie wykazano natomiast istotnej zmiany w pomiarze Po 2 miesiącach ($M = 0.81$; $SD = 0.26$) w stosunku do pomiaru Przed ostatnimi zajęciami, $p = 0.073$.

Otrzymane wyniki przedstawia tabela oraz rysunek.

Tabela 7

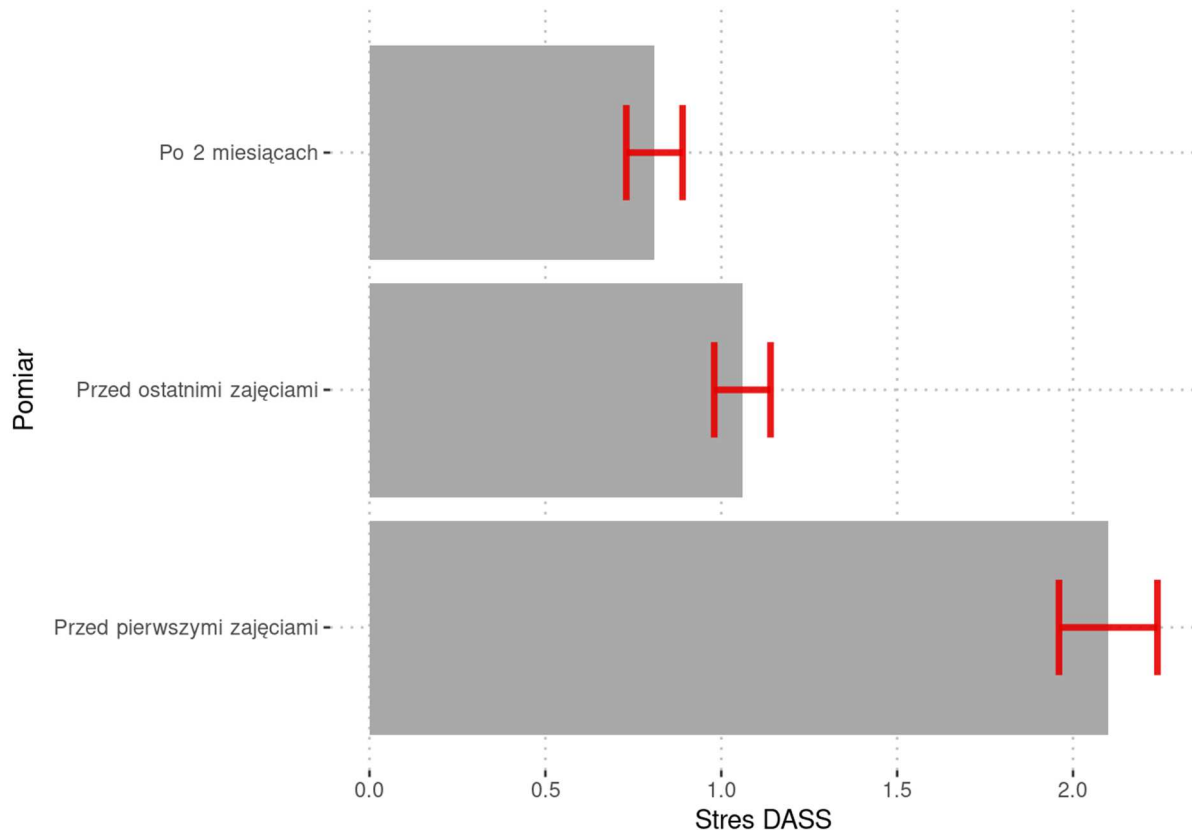
Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Stres DASS

Pomiar	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mrang</i>
Przed pierwszymi zajęciami	1.36	2.71	2.10	0.43	0.14	25.25
Przed ostatnimi zajęciami	0.71	1.57	1.06	0.25	0.08	12.85
Po 2 miesiącach	0.43	1.07	0.81	0.26	0.08	8.40

Źródło: Opracowanie własne

Nota: Ilość badanych obserwacji: $N = 10$; *Min* = Wartość minimalna; *Max* = Wartość maksymalna; *M* = Średnia arytmetyczna; *SD* = Odchylenie standardowe; *SE* = Błąd standardowy średniej; *Mrang* = Średnia ranga dla pomiaru.





Rysunek 13. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Stres DASS.

Źródło: Opracowanie własne

W celu ustalenia istotnych związków pomiędzy Częstotliwością uczestnictwa w zajęciach a Redukcją poziomu zmiennych: Subiektywne poczucie stresu, Odczuwany stres PSS10, Depresja DASS, Lęk DASS, Stres DASS, wykonano serię analiz korelacji Spearmana. Na metodę nieparametryczną zdecydowano się ze względu na niską liczebność próby ($n < 30$). Przed przystąpieniem do analizy przygotowano zmienne określone jako Redukcja obliczając różnicę między pierwszym a drugim pomiarem.

W wyniku analizy nie ustalono żadnych istotnych związków. Otrzymane wyniki przedstawia tabela.

Tabela 8

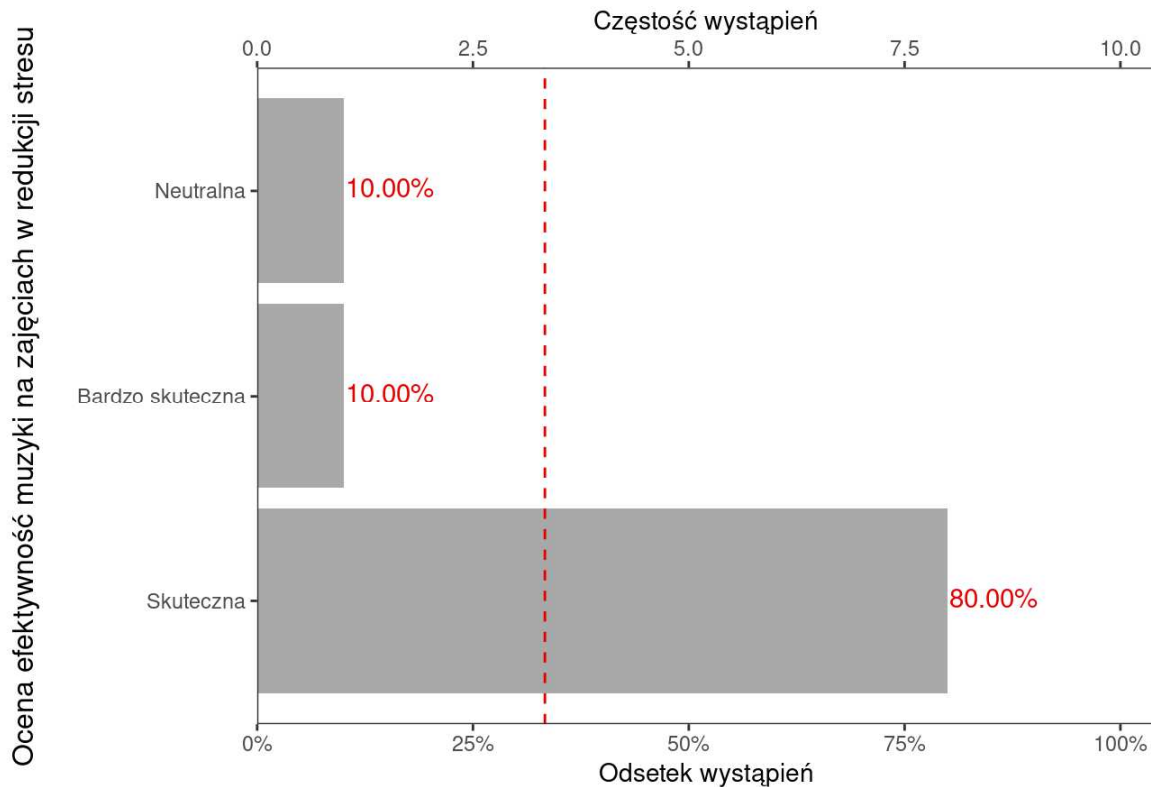
Wyniki analizy korelacji Spearmana między zmiennymi: Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach a Redukcja subiektywnego poziomu stresu, Redukcja odczuwanego stresu PSS10, Redukcja depresji DASS, Redukcja lęku DASS, Redukcja stresu DASS

Zmienna	Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach
Redukcja subiektywnego poziomu stresu	0.06
Redukcja odczuwanego stresu PSS10	0.00
Redukcja depresji DASS	0.29
Redukcja lęku DASS	-0.17
Redukcja stresu DASS	0.52

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

W celu określenia, czy odpowiedzi badanych dotyczące efektywności zajęć są istotnie zróżnicowane, wykonano serię analiz testem chi-kwadrat dla jednej zmiennej.

W wyniku analizy ustalono, że w przypadku zmiennej Ocena wpływu zajęć na poziom stresu, liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Trochę obniżają stres, Zdecydowanie obniżają stres wynosiła odpowiednio 3, 7 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.30, 0.70). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 1.60$; $p = 0.206$. W przypadku zmiennej Poprawa samopoczucia po uczestnictwie w zajęciach wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Tak zdecydowanie, Tak trochę wynosiła odpowiednio 3, 7 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.30, 0.70). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 1.60$; $p = 0.206$. W przypadku zmiennej Ocena efektywność muzyki na zajęciach w redukcji stresu wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Bardzo skuteczna, Neutralna, Skuteczna wynosiła odpowiednio 1, 1, 8 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.10, 0.10, 0.80). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 9.80$; $p = 0.007$ (najczęściej występowała wartość Skuteczna $n = 8$, a najrzadziej wartość Neutralna $n = 1$ oraz Bardzo skuteczna $n = 1$). Otrzymane wyniki przedstawia rysunek.



Rysunek 14. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Ocena efektywność muzyki na zajęciach w redukcji stresu.

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku zmiennej Wpływ zajęć na nastrój wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Zdecydowanie uspokajają mnie i poprawiają nastrój, Trochę uspokajają i poprawiają nastrój wynosiła odpowiednio 4, 6 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.40, 0.60). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.40$; $p = 0.527$. Ostatecznie jednak badani wskazywali jedynie na pozytywny wpływ.

W przypadku zmiennej Obniżenie napięcia mięśniowego i fizycznego stresu po zajęciach wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Tak trochę, Tak zdecydowanie wynosiła odpowiednio 2, 8 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.20, 0.80). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 3.60$; $p = 0.058$. Ostatecznie jednak badani wskazywali jedynie na pozytywny wpływ.

W przypadku zmiennej Częstotliwość poczucia relaksu po zajęciach wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Często, Zawsze wynosiła odpowiednio 5, 5 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie

statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.00$; $p = 1.000$. Ostatecznie jednak badani wskazywali jedynie na pozytywny wpływ.

W przypadku zmiennej Ocena wpływu zajęć na jakość snu wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Trochę się poprawił, Zdecydowanie poprawił się, Brak zmiany wynosiła odpowiednio 3, 3, 4 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.30, 0.30, 0.40). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.20$; $p = 0.905$. W przypadku zmiennej Ocena ogólnego wpływu zajęć na zdrowie psychiczne wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Neutralny, Bardzo pozytywny, Pozytywny wynosiła odpowiednio 1, 4, 5 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.10, 0.40, 0.50). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 2.60$; $p = 0.273$.

W przypadku zmiennej Kontynuowanie zajęć może pomóc w dalszej redukcji stresu wykazano, że liczebność jej poszczególnych poziomów tj. Tak, Zdecydowanie tak wynosiła odpowiednio 4, 6 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.40, 0.60). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.40$; $p = 0.527$. Ostatecznie jednak badani wskazywali jedynie na pozytywny wpływ.

5.3. Wnioski z badań

W niniejszym badaniu sformułowano cztery hipotezy dotyczące wpływu zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii na poziom stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Szczecinku. Poniżej przedstawiono wnioski w stosunku do każdej z hipotez na podstawie uzyskanych wyników.

Hipoteza 1 zakładała, że zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii prowadzą do obniżenia poziomu stresu u pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego w Szczecinku. Weryfikacja tej hipotezy została przeprowadzona na podstawie wyników pomiaru poziomu stresu za pomocą skali PSS-10 oraz DASS-42 przed i po uczestnictwie w zajęciach. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na istotne statystycznie obniżenie poziomu stresu u pacjentów po zakończeniu cyklu zajęć. W związku z tym hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 2 zakładała, że regularne uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych z elementami muzykoterapii zmniejsza subiektywne poczucie stresu i poprawia samopoczucie pacjentów. Analiza statystyczna wykazała, że pacjenci, którzy regularnie uczestniczyli w zajęciach, zgłaszali istotnie niższy poziom subiektywnego poczucia stresu oraz poprawę samopoczucia.



Wyniki testu Wilcozona oraz ANOVA Friedmana wykazały istotne różnice w poziomie odczuwanego stresu pomiędzy pomiarami przed pierwszymi zajęciami a po zakończeniu programu. Wobec tego hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 3 zakładała, że pacjenci uważają zajęcia relaksacyjne z muzykoterapią za skuteczne w redukcji stresu. Wyniki kwestionariusza oceniającego subiektywną skuteczność zajęć relaksacyjnych jednoznacznie wskazują, że większość pacjentów uznała je za skuteczne. Przeważająca część badanych (80%) oceniła efektywność zajęć jako „skuteczną” lub „bardzo skuteczną” w redukcji stresu. Na podstawie tych danych hipoteza została potwierdzona.

W ramach postawionej Hipotezy 4, założeniem było, iż po zakończeniu programu zajęć relaksacyjnych z muzykoterapią pacjenci doświadczają trwałej poprawy w zakresie obniżenia poziomu stresu i lepszego samopoczucia. Wyniki pomiarów przeprowadzonych dwa miesiące po zakończeniu zajęć wskazują, że obniżony poziom stresu utrzymał się w grupie badanej. Chociaż w niektórych przypadkach zauważono częściowy powrót do wcześniejszych poziomów napięcia, ogólna tendencja wskazuje na trwałe korzyści wynikające z udziału w zajęciach. Hipoteza ta została potwierdzona, choć w przyszłych badaniach warto uwzględnić dłuższą perspektywę czasową dla oceny długoterminowej skuteczności terapii.

Podsumowując, wszystkie sformułowane hipotezy zostały potwierdzone na podstawie analizy wyników badań. Zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii okazały się skuteczną metodą redukcji stresu wśród pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Szczecinku, a ich regularne uczestnictwo przyczyniło się do istotnej poprawy samopoczucia.

5.4. Ograniczenia badań własnych

Pomimo rzetelnego zaplanowania i przeprowadzenia badania, należy wskazać pewne ograniczenia, które mogą mieć wpływ na interpretację wyników i ich zastosowanie w szerszym kontekście.

Pierwszym wyzwaniem była niewielka liczba osób poddanych badaniu. W badaniu wzięło udział jedynie 10 osób, co ogranicza możliwość uogólniania wyników na całą populację pacjentów korzystających z muzykoterapii jako formy redukcji stresu. Mała próba może powodować, że niektóre zależności nie zostały w pełni uchwycone, a wyniki mogą być bardziej podatne na indywidualne różnice między uczestnikami. Większa grupa badawcza mogłaby



dostarczyć bardziej reprezentatywnych danych i umożliwić dokładniejszą analizę skuteczności terapii.

Drugim ograniczeniem był relatywnie krótki czas badania. Okres realizacji badań obejmował trzy miesiące (od listopada 2024 do stycznia 2025 roku), co pozwoliło na uchwycenie krótkoterminowych efektów zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii, co nie daje pełnego obrazu ich długofalowego wpływu. Nie można jednoznacznie określić, czy zaobserwowane zmiany w poziomie stresu utrzymałyby się w dłuższej perspektywie. W przyszłości warto byłoby przeprowadzić badania długoterminowe, które pozwoliłyby na ocenę trwałości efektów oraz ich ewentualnej zmienności w czasie.

Kolejną trudnością był charakter zastosowanych metod pomiarowych. W ocenie poziomu stresu uczestników posłużono się kwestionariuszami samoopisowymi (takimi jak PSS-10, DASS-42 czy Subiektywna Skala Oceny Stresu). Choć tego typu narzędzia są powszechnie stosowane w badaniach psychologicznych, ich wyniki mogą być podatne na subiektywne odczucia badanych, chwilowy nastrój w momencie wypełniania ankiety lub czynniki zewnętrzne. Dla zwiększenia rzetelności wyników warto byłoby uzupełnić metody pomiarowe o obiektywne wskaźniki fizjologiczne, takie jak pomiar poziomu kortyzolu we krwi, monitorowanie tętna czy analizy EEG, które pozwoliłyby na dokładniejsze określenie wpływu muzykoterapii na poziom stresu.

Podsumowując, mimo wymienionych ograniczeń, badanie dostarcza cennych informacji na temat potencjalnych korzyści wynikających z udziału w zajęciach relaksacyjnych z elementami muzykoterapii. W przyszłości warto jednak uwzględnić większą próbę badawczą, dłuższy okres obserwacji oraz dodatkowe metody pomiaru, aby uzyskane wyniki były jeszcze bardziej rzetelne i miarodajne.



Zakończenie

Celem w podjętej pracy było zbadanie wpływu zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii na poziom stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Szczecinku. Na podstawie przeprowadzonych badań potwierdzono, że regularny udział w tego rodzaju zajęciach może przyczynić się do redukcji odczuwanego stresu, co ma istotne znaczenie dla poprawy dobrostanu psychicznego pacjentów.

W pierwszej części pracy dokonano przeglądu literatury dotyczącego muzykoterapii oraz jej roli w redukcji napięcia i stresu. Przeanalizowano również mechanizmy radzenia sobie ze stresem oraz jego skutki dla funkcjonowania psychicznego i fizycznego. Kolejne rozdziały skupiły się na kontekście badawczym, metodologii oraz wynikach badań własnych, które stanowią kluczowy element niniejszej pracy.

Przeprowadzone badania, obejmujące analizę poziomu stresu przed i po udziale w zajęciach relaksacyjnych, wykazały zauważalne zmniejszenie subiektywnego odczucia stresu u uczestników. Wykorzystanie narzędzi badawczych, takich jak PSS-10, DASS-42 oraz Subiektywna Skala Oceny Stresu, pozwoliło na precyzyjne określenie zmian w doświadczanym napięciu. Weryfikacja hipotez wskazała, że muzykoterapia, stosowana jako metoda wspomagająca proces terapeutyczny, może skutecznie redukować objawy stresu, poprawiać nastrój oraz wspierać proces zdrowienia pacjentów psychiatrycznych.

Jednym z istotnych wniosków płynących z badań jest fakt, że uczestnictwo w zajęciach relaksacyjnych może stanowić efektywne narzędzie w terapii pacjentów zmagających się z przewlekłym stresem i dolegliwościami psychicznymi. Uzyskane wyniki mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań, które pozwolą na pogłębienie wiedzy na temat długoterminowego wpływu muzykoterapii na zdrowie psychiczne. Ponadto, niniejsza praca może przyczynić się do rozwoju praktyki terapeutycznej w placówkach psychiatrycznych, podkreślając znaczenie technik relaksacyjnych jako komplementarnej metody wspierającej leczenie psychiatryczne.

Reasumując, uzyskane rezultaty niniejszego badania potwierdzają skuteczność zajęć relaksacyjnych z elementami muzykoterapii w redukcji poziomu stresu u pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatrycznego. Przeprowadzone analizy wskazują, że stosowanie tego rodzaju terapii może stanowić wartościowe uzupełnienie tradycyjnych metod leczenia psychiatrycznego, przyczyniając się do poprawy jakości życia pacjentów. Wartość terapeutyczna muzykoterapii powinna być dalszym przedmiotem badań, co pozwoli na jeszcze lepsze dostosowanie tej



metody do indywidualnych potrzeb osób korzystających z opieki psychiatrycznej. Należy zauważyć, że zaprezentowane wyniki w niniejszej pracy to efekt badań na stosunkowo niewielkiej pod kątem liczebności grupie respondentów. Na przyszłość zasadne byłoby porównanie różnych grup pacjentów z innych Centrów Zdrowia Psychicznego spoza powiatu szczecineckiego.



Bibliografia

1. Bramorski J. (2021). Filozoficzno-teologiczne źródła muzykoterapii w starożytności i średniowieczu. *Teologia i Moralność*, s. 124.
2. Brudek P., Kierpal P., Gamrowska A. (2015). Muzykoterapia jako forma wspierania rozwoju w okresie późnej dorosłości. Lublin, Wydawnictwo KUL.
3. Colonna-Kasjan D. (2019). Specyfika kształcenia w zakresie muzykoterapii, *Educational Benefits within the Field of Music Therapy*, s. 230.
4. Cosway R., Endler N. S., Sadler A. J., Deary I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, s. 127.
5. Dobrzyńska E., Więcko R., Cesarz H., Rymaszewska J., Kiejna A. (2006). Muzykoterapia i terapia poznawczo-behawioralna u osób starszych z rozpoznaniem depresji. *Psychogeriatrics Polska*, 3(2), s. 106–107.
6. Dźwigoł H. (2015). Założenia do budowy metodyki badawczej. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (78), 99-116.
7. Endler N. S., Parker J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
8. Grochowska A., Bodys-Cupak I. E., Korus M. (2017). Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie*, (1 (63)), s. 98.
9. Hargreaves D. J., Aksentijevic A. (2011). Commentary: Music, IQ, and the executive function. *British Journal of Psychology*, s. 306-308.
10. Harisprasad V. R., Koparade V., Sivakumar P. T., Varambally S., Thirthally J., Varghese M., Gangadhar B. N. (2013). Randomized clinical trial of yoga-based intervention in residents from elderly homes: Effects on cognitive function. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 357-363.
11. Hasło: Improwizacja. [w:] *Encyklopedia Muzyki*, s. 382-383.
12. Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
13. Heszen-Niejodek I. (1991). Stres i radzenie sobie: Główne kontrowersje. W: L. Kolaniewicz (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 16-32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



14. Heszen-Niejodek I. (2000). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 256.
15. Hobfoll S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
16. Jodłowska B., Ogińska H., Bilski J., Mańko G. (2010). Modele radzenia sobie ze stresem i cechy antropometryczne u młodzieży gimnazjalnej. *Hygeia Public Health*, 2, s. 128.
17. Juczyński Z. (2003). Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 43.
18. Jurgilewicz O. (2017). Stres i stresory w pracy wpływające na poczucie bezpieczeństwa pracownika. *Modern Management Review*, 22(4), s. 60.
19. Kaczmarek S. (2019). Zastosowanie muzykoterapii aktywnej z wykorzystaniem techniki improwizacji muzycznej u pacjentów psychosomatycznych.
20. Kamińska M., Siewierski B., Skwara A., Szóstak A. (2003). *Panowanie nad stresem*. Gliwice: Helion, s. 57.
21. Kantyka, K. (2016). Muzyka jako medium porozumienia między terapeutą a uczniem. *and scHool*, 249.
22. Konieczna, E. J. (2013). *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków.
23. Lazarus, R. S. (1986). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
24. Mroczkowska, D., & Białkowska, J. (2014). Zastosowanie stylów radzenia sobie ze stresem w różnych sytuacjach życiowych. *Psychologia Społeczna*, 9(3), 261-265.
25. Natanson T. (1988). Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania-wychowania—wybrane refleksje. W: Z. Hora, M. Passella (red.), *XIII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu*, nr 45, Wrocław, s. 123.
26. Ogińska-Bulik, N., & Zadworna-Cieślak, M. (2014). Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym. *Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)*, 2(19), 12.
27. Paluchowski, W. J. (2010). Spór metodologiczny czy spór koncepcji—badania ilościowe vs jakościowe. *Roczniki Psychologiczne*, 13(1), 7-22.



28. Pasikowski, T., & Sęk, H. (2001). Proaktywne strategie radzenia sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek & H. Sęk (Red.), *Psychologia zdrowia* (s. 30). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
29. Paszkiewicz-Mes, E. (2013). Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie. *Hygeia Public Health*, 48(2), 168-176.
30. Paszyn, M. (2022). Muzykoterapia w procesie rewalidacji i wspierania w rozwoju – czyli o wpływie muzyki na człowieka. *Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa*, 9, 12.
31. Piekarska, J. (2015). Zdolności emocjonalne kobiet i mężczyzn a stosowane strategie radzenia sobie ze stresem. *Studia Psychologica: Theoria et praxis.*, 15(1), 5-18.
32. Pilch, T., & Bauman, T. (2010). *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe* (wyd. 3). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
33. Radzińska M., Kierył M. (2019). Mobilna rekreacja muzyczna dedykowana osobom w starszym wieku. *GERONTOLOGIA POLSKA*, 3, s. 235.
34. Rozbejko, K. M. (2022). Radzenie sobie ze stresem w kontekście (nie) zdrowego stylu życia menedżerów. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 144(1), 11-20.
35. Ruda, K., & Trypka, E. (2013). Zastosowanie wybranych technik neuromuzykoterapeutycznych w rehabilitacji pacjentów z otępieniem. *Psychogeriatrya Polska*, 11(1), 17-24.
36. Rygiel, K. (2017). Wybrane techniki relaksacyjne oraz możliwości ich zastosowania w kontekście zaburzeń i chorób psychofizycznych związanych ze stresem. *Neuropsychiatria & Neuropsychology/Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 12(3).
37. Scot, C. J. (2010). *Optima stress. Living in your best stress zone*. New York: Wiley.
38. Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. W: E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (s. 19-35). London: Oxford University Press.
39. Selye, H. (2013). Stress, Cancer, and the Mind. *Cancer, Stress, and Death*, 11.
40. Sepioło A. (2019) Relacja terapeutyczna w muzykoterapii kreatywnej i behawioralnej. *Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne*, s. 123-126.
41. Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
42. Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk & T. Pasikowski (Red.), *Zdrowie - stres - zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 13). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
43. Skarbek, W. (2013). *Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych*. Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie przy Filii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.



44. Stachyra K. Wybrane techniki muzykoterapii oparte na piosenkach. *Terapia przez Sztukę*, s. 28.
45. Stańczyk, M. (2012). Muzykoterapia w procesie kompleksowego leczenia pacjentów onkologicznych. *Hygeia Public Health*, 47(4), 424-426.
46. Strelau, J. (2006). *Psychologia różnic indywidualnych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, 298.
47. Strelau, J., & Zawadzki, B. (2004). Trauma and temperament as predictors of posttraumatic stress disorder and its dimensions 3, 15 months, and 2 years after experiencing flood. *Polish Psychological Bulletin*, 35, 5–13.
48. Strzelecki W. (2013) Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii. *Psychologia w naukach medycznych II*, s. 143.
49. Sumińska, S., & Grodecka, P. (2022) Radzenie sobie ze stresem, Warszawa, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.
50. Sygit-Kowalikowska, M. (2014). Wpływ stylów radzenia sobie ze stresem na zdrowie jednostki. *Medycyna Pracy*, 65(2), 202-208.
51. Tomaszewska K., Porczak W., Guty E., Majchrowicz B. (2023). Professional burnout syndrome in a group of nursing staff employed in a psychiatric hospital. *Journal of Education, Health and Sport*, 30(1), s. 28.
52. Uszyński M. (2009). *Stres i antystres — patomechanizm i skutki zdrowotne*. MedPharm Polska, Wrocław, s. 44.
53. Wesołowska M. (2005). *Wędrowki po muzykoterapii*. Warszawa: Andiamo.
54. Wilczkowska A. (2019). Powstanie i rozwój muzykoterapii (aspekt historyczny). *Sport and Tourism Central European Journal*, 2(4), 133-145.
55. Zawadzki R. (2007). *Stres – sztuka życia*. Warszawa, s. 5.

Źródła internetowe

1. Prace Zdrowie. (2024) *Techniki muzykoterapii aktywnej*. Dostęp: <http://pracездrowie.j.pl/techniki-muzykoterapii-aktywnej/>
2. Szpital Szczecinek. (2024). *Centrum Zdrowia Psychicznego*. Dostęp: <https://szpital.szczecinek.pl/oddzialy-szpitalne/centrum-zdrowia-psychicznego.html>



Spis rysunków

Rysunek 1. Ogólny zespół adaptacyjny wg Seley'ego (Selye, 2013, s.327).

Rysunek 2. Częstość występowania wartości zmiennej Płeć.

Rysunek 3. Częstość występowania wartości zmiennej Wiek.

Rysunek 4. Częstość występowania wartości zmiennej Miejsce zamieszkania.

Rysunek 5. Częstość występowania wartości zmiennej Wykształcenie.

Rysunek 6. Częstość występowania wartości zmiennej Stan cywilny.

Rysunek 7. Częstość występowania wartości zmiennej Czas uczestnictwa w zajęciach.

Rysunek 8. Częstość występowania wartości zmiennej Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach.

Rysunek 9. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Subiektywne poczucie stresu.

Rysunek 10. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Odczuwany stres PSS10.

Rysunek 11. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Depresja DASS.

Rysunek 12. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Lęk DASS.

Rysunek 13. Różnice między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Stres DASS.

Rysunek 14. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Ocena efektywność muzyki na zajęciach w redukcji stresu.

Spis tabel

Tabela 1. Wyniki analizy rozkładu normalności i statystyk opisowych dla Subiektywnego poczucia stresu oraz zmiennych pochodzących z kwestionariuszy PSS10 oraz DASS – w trzech pomiarach..

Tabela 2. Wyniki analizy rzetelności dla skal PSS10 oraz DASS (I pomiar).

Tabela 3. Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Subiektywne poczucie stresu.

Tabela 4. Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Odczuwany stres PSS10.

Tabela 5. Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Depresja DASS.

Tabela 6. Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Lęk DASS.

Tabela 7. Statystyki opisowe różnic między pomiarami Przed pierwszymi zajęciami, Przed ostatnimi zajęciami, Po 2 miesiącach pod względem zmiennej Stres DASS.

Tabela 8. Wyniki analizy korelacji Spearmana między zmiennymi: Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach a Redukcja subiektywnego poziomu stresu, Redukcja odczuwanego stresu PSS10, Redukcja depresji DASS, Redukcja lęku DASS, Redukcja stresu DASS.



Spis wykresów

Wykres 1. Płeć osób badanych.

Wykres 2. Wiek osób badanych.

Wykres 3. Miejsce zamieszkania osób badanych.

Wykres 4. Wykształcenie osób badanych.

Wykres 5. Stan cywilny osób badanych.

