

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

a krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása zeneterápiás eszközökkel

BUDAI Éva, Dr. UHERECZKY Eszter, BENEDEKFI István, Dr. NÉMETH Anikó, Dr. DOMJÁN Andrea, Dr. LOBANOV Artyom

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: felmérni a krónikus fájdalommal élő rheumatoid arthritises (RA) betegek életminőségének jellemzőit, valamint azt, hogy milyen tapasztalatokkal, attitűddel rendelkeznek a zeneterápiás fájdalomcsökkentéssel kapcsolatban.

Anyag és módszer: 60 fő rheumatoid arthritises nőt vizsgáltunk, közülük 12 fő került az intervenció csoportba, 10 fő a kontrollcsoportba. A szocio-demográfiai változók mellett a pszichológiai életminőséget, a zenéhez való viszonyt, a zeneterápiás tapasztalatokat vizsgáltuk. Az intervenció és kontrollcsoport esetében kétszer vettük fel az adatokat, a tréning előtt és után. A statisztikai elemzést SPSS 23-as programcsomaggal készítettük, leíró statisztikát, varianciaanalízist, páros t-próbát, korrelációs számítást végeztünk ($p < 0,05$).

Eredmények: A vizsgált RA-s csoport pszichológiai életminőség mutatói elmaradnak a populációs átlagtól, fokozottan megélik a negatív érzelmeket, depresszívebb hangulatot. A zeneterápiás elemeket felhasználó intervenció leginkább a résztvevők hangulatát tudta pozitívan befolyásolni, valamint a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan csökkent a tréning végére.

Következtetések: Egy rövidebb időtartamban (13 alkalom) elvégzett intervenció is képes a résztvevőkben pozitív változásokat elindítani: javítani a hangulatukat és csökkenteni a megélt fájdalom erősségét.

Kulcsszavak: pszichológiai életminőség; szubjektíven megélt fájdalom; zeneterápia

Improving the Quality of Life of People with Chronic Pain by means of Music Therapy

Eva Budai, Eszter Uhreczky, Istvan Benedekfi, Aniko Nemeth, Andrea Domjan, Artyom Lobanov

SUMMARY

Aim of the study is to assess the Quality of Life of patients with rheumatoid arthritis, who are living with chronic pain and explore what kind of experiences and attitudes they have to the music therapeutic pain relief.

Material and method: In the whole sample was 60 women with rheumatoid arthritis, whereof 12 people were admitted to the intervention group and 10 people to the control group. We examined socio-demographic, psychological Quality of Life variables, attitude to music and about their music therapy experiences. For the intervention group and the control group, data were recorded twice, before and after training. Statistical analysis was performed with SPSS software package 23, covering descriptive statistics, analysis of variance, paired t-test and correlation analysis ($p < 0,05$).

Results: The psychological Quality of Life indicators of the studied RA group lag behind the population average, its members experience negative emotions, more depressed mood.

The intervention using music therapy elements had the potential mainly to influence the participants' mood positively and reduce the subjective experience of pain.

Conclusions: Even a shorter-term intervention (13 group sessions) can trigger positive changes in the participants: improve their mood and mitigate the intensity of pain.

Keywords: Psychological Quality of Life, subjectively experienced pain, Music Therapy

BUDAI Éva egészség-tanár, gyógy-pedagógus, meseelemző tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar doktorandusz, PTE Egészségtudományi Kar

DR. UHERECZKY Eszter karnagy, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Bartók Béla Művészeti Kar

BENEDEKFI István zongoraművész, doktorandusz, Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola

DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
Orcid: 0000-0002-9329-1809

DR. DOMJÁN Andrea főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. LOBANOV Artyom művészetpedagógus, East European Arts Therapy Association vezetőségi tag

Levelező szerző

(correspondent):

LOBANOV-BUDAI Éva;

E-mail cím:

budai@etszk.u-szeged.hu

Beérkezett: 2021. január 21.

Elfogadva: 2021. február 08.

Bevezetés

Krónikus fájdalommal élők életminősége

Az életminőséget multidimenziós fogalomként érdemes kezelni, mivel maguk az emberi szükségletek is szerteágazóak (Kucsera, 2012). Az életminőség

vizsgálatakor a WHO egészségfogalmának összetevői - testi egészség, lelki egészség és a társas egészség- szoktak megjelenni, melyek szoros összefüggésben, számos mechanizmus révén kölcsönös hatást gyakorolnak egymásra (Kopp és Pikó 2006; Martos, 2010; Kopp és Skrabski, 1995).

Jelen kutatás az életminőség pszichológiai aspektusára fókuszál. A pszichológiai életminőség vizsgálatoknak új nézőpontot adott a pozitív pszichológia irányzata, mely a pszichológiai egészség indikátorának tartja az „*általános jól-léte*”; a múlttal való elégedettséget; a flow-élményt a jelenben; az optimizmust a jövővel kapcsolatban; az önmagunk elfogadását; az érzelmi stabilitást és a pozitív érzelmeket; a kreatív, nyitott, eredményes problémamegoldó személyiségjellemzőket (Kopp és Skrabski, 1995; Seligman és Csikszentmihalyi, 2000).

A krónikus betegcsoportot vizsgálatunkban a reumatoid arthritisek (továbbiakban RA rövidítést használva) körére szűkítjük, akiről elmondható, hogy az életminőség mutatóik rosszak, jelentősen elmaradnak az átlag populációjától; különösképpen a fizikai működés és fájdalom terén szorulnak segítségre (Sallai és mtsai, 2013). A krónikus fájdalommal élők gyakran szenvednek szorongásban, depresszióban; negatív és passzív a hozzáállásuk, ami csak súlyosbítja a problémájukat (Berghammer, 2013).

A reumatoid arthritises beteg életminőségének javításának egyik fontos pillére a megélt fájdalom kezelése és csökkentése (Rigó és Kökönyei, 2014). Kutatások bizonyítják, hogy a fájdalom szubjektív megélése szinkronban van a beteg hangulatával, és szorongásának szintjével (Rigó és Kökönyei, 2014). A pozitív gondolkodás, a fájdalom elfogadása, a pozitív affektivitás (Berghammer, 2013) képesek csökkenteni a megélt fájdalmat. A különféle művészetterápiás módszerek, mint például a zeneterápia, képesek segíteni a beteg együttélését a fájdalommal, valamint megtanítani őt arra, hogyan tudja annak megélését befolyásolni (Siedliecki és Good, 2006). A komplex rehabilitációs programoknak az RA-s betegek fizikai kezelésén kívül foglalkoznia kellene a megélt fájdalom és depresszió kezelésével, azaz a mentális életminőség javításával (Tali, 2014).

Művészet- és zeneterápia

A művészetterápia hatékony módszer az érzelmi blokkok oldására és feldolgozására, amivel segítheti a gyógyulást, vagy könnyítheti a betegséggel való együttélést – főleg a krónikus megbetegedés esetén. Amikor a kliens létrehozza a művészeti alkotást (bármilyen típusú legyen is az), lehetőséget ad az alkotónak az érzelmei, félelmei, vágyai át-, és kiélésére és a feszültségei levezetésére (Mogyorósy-Révész, 2019). A művészetterápia megvalósulhat *egyéni* formában, de a *csoport* élmény- és támogató közösségként erőforrást tud nyújtani a tagok számára (Illés, 2009).

A zeneterápiában a zenét professzionálisan, személyre szabott célok elérésére használják. A zene képes fokozatosan egy módosult tudatállapotot ki-

alakítani, így tudott gyógyító és elismert egészségfejlesztő tevékenységgé válni, melyben a zene képes pozitívan hatni a fizikai, pszichés, kognitív, szociális területekre – minden korosztályban alkalmazható, a fogyatékkal élők körében is (Standley, 2000; Bandi, 2015).

A zeneterápiás intervenció az egészségügyben a 20. századtól fogva működik, leginkább a fájdalom kezelésére irányul; a nyugati gyakorlatban pl. sebészeti, szülészeti, onkológiai osztályokon alkalmazzák. Az eddigi kutatások fókuszában inkább az akut fájdalom csillapítása állt, kevesebb tanulmány foglalkozik a krónikus fájdalom zeneterápiás csökkentési lehetőségével (Allred és mtsai, 2010).

A zeneterápiás programok egyénre szabottak, figyelembe veszik a beteg történetét, az orvosi diagnózist, a kezelési tervet, valamint a beteg egészséggel kapcsolatos egyéni céljait. A célkitűzésekkel összhangban (az egyén zenei készségének a fejlesztése nem cél) a zeneterápia megtervezetten használja fel az instrumentális és vokális tevékenységeket annak érdekében, hogy: csökkentse a stresszt és a szorongást; non-farmakológiai módon csökkentse a fájdalmat; pozitív változást hozzon létre a hangulatban és az érzelmeiben; a betegek aktívvá és pozitívvá váljanak a kezelésükben; csökkenjen az egészségügyi intézményben töltött idő – a gyorsabb javulásnak köszönhetően (Siedliecki és Good, 2006; Standley, 2000; Walworth és mtsai, 2008).

A zeneterápia megvalósulhat receptív módon (zene hallgatása, befogadása), aktív módon (zene létrehozása énekkel, hangszerrel), komplex módon (aktív zenélés és hallgatás) (Bandi, 2015). A zeneterápiás kezelés megvalósulhat zeneterapeuta mellett, valamint interdiszciplináris team munkában (Mentesné Tauber, 2011). Előnye, hogy nem invazív, mégis erőteljes hatást képes elérni a krónikus fájdalom, szorongás, depresszió csökkentésében (Siedliecki és Good, 2006; Tan és mtsai, 2010). A zene a dallamon és a ritmuson keresztül fiziológiás és pszichés változásokat képes előidézni a hallgató félben. Például a lassú, ismétlődő, állandó ritmus (60-80 ütés/perc), alkalmas arra, hogy ellazítsa a hallgatót. Mitchell, MacDonald és Knussen (2008) a krónikus fájdalomban szenvedőknél pozitív eredményeket ért el a fájdalomcsillapítás terén a nem túl hangos (max. 60 decibel) klasszikus, pop és relaxációs instrumentális zenéssel. A relaxációt a mélyebb, alacsonyabb rezgésszámú hangok, dallamok segítik elő, azonban a különféle szekvenciájú hangok harmóniája is nagyon fontos.

A zenével dolgozó intervenciók akkor tudnak eredményesek lenni, ha azok hosszabb időtartamban valósulnak meg. Kutatási eredmények alapján a 3-10 alkalmas ülés kisebb mértékű javulást tud ered-

ményezni a mentális egészségben, míg a 16 feletti találkozásszám már nagyobb léptékű fejlődési lehetőséget rejt magában (Tihanyi, 2016). A zenei intervenciók ülések ajánlott időtartama 20-60 perc (Nilsson, 2011), míg gyakoriságukat tekintve heti legalább 4 alkalommal érdemes végezni, de lehet minden nap, akár többször is (Guetin és mtsai, 2012). Kenny és Faunce (2004) kutatásában eredményesebbnek bizonyult a fájdalom redukció azok körében, akik nem csak zenét hallgattak (zongora), hanem mellette énekeltek is, azaz aktívan bevonódtak a zenélés folyamatába.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi intézmények 43%-ában alkalmaznak valamilyen művészterápiás tevékenységet. Ennek a kínálatnak a 82%-ában zenés programok szerepelnek, 73%-ban képzőművészeti, 49%-ban pedig táncos-dramatikus – melyeket 78%-ban képzett művészterapeuták vagy professzionális művészek (67%) vezetnek. A következő főbb területeken alkalmaznak zeneterápiás eszközöket: műtéti előkészítés közben - műtét alatt - műtét után a lábadozás könnyítésére, veszélyeztetett várandósok körében, újszülött és koraszülött intenzív ellátás során, fájdalomcsillapításra, transzplantációs osztályon, onkológián, gyermek-ortopédián, pszichiátrián, pulmonológián, kardiológián, hospice ellátás során, fizioterápiás kezelések közben. A sürgősségi, intenzív, posztoperatív várótermekben is szolgáltatnak zenét, hogy a hozzátartozók szorongását és stresszszintjét ezzel csökkentsék (Goodman és Sims, 2009).

A vizsgálat célja

Kutatásunk egyik fő célja felmérni a krónikus fájdalommal együtt élő reumatoid arthritises betegek életminőségét. Másfelől arra is szeretnénk rálátni, hogy az egészségügyben a zeneterápiás jellegű szolgáltatásoknak milyen fogadtatása lenne, valamint milyen egészségfejlesztő felhasználási lehetőségei valósulhatnak meg.

A kutatáshoz az etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta meg. Az engedély száma: 65096-2/2017/EKU.

A vizsgálat az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 „*Testi, lelki, és szociális egészségmegőrzés és betegségmegelőzés multidimenzionális vizsgálata, és megvalósítható egészségvédő programok kidolgozása*” c. alprojekt keretében valósult meg.

Anyag és módszer

Az általános, pszichológiai életminőség vizsgálathoz, valamint a zeneterápiával kapcsolatos attitűd felméréséhez kényelmi mintavétellel kerestünk önkéntes

válaszókat a Kecskeméti Megyei Kórház Reumatológia Osztályán kezelt betegek közül, valamint a szegedi Reuma Klub résztvevői is segítségünkre voltak a kitöltők toborzásában. A vizsgálatban való részvétel kritériuma a diagnosztizált reumatoid arthritis volt, a betegek önkéntes és anonim módon válaszoltak az önköltős, papír alapú kérdőívre.

Ezen felül egy 13 alkalmas zeneterápiás elemeket felhasználó intervenciót is megvalósítottunk, melyre a szegedi Reuma Klub nyugdíjas résztvevői közül jelentkeztek önkéntesen. Az intervenció és kontrollcsoportot (szintén RA-s betegek, akik semmilyen fejlesztésben nem részesültek) a tréning előtt és után is papír alapú, önköltős kérdőívvel mértük fel. A felmérésben összesen 60 fő RA-s nőbeteg vett részt.

A kérdőív a szociodemográfiai adatok mellett különféle pszichológiai életminőséget vizsgáló teszteket használt fel:

A WHO Jól-Lét kérdőív rövidített magyar változata (WBI-5): a pszichológiai jóllét szubjektív mérésére szolgál (Susánszky és mtsai, 2006).

Az Élettel való Elégedettség magyar változata (SWLS-H): az általános életminőség szubjektív, kognitív szempontú értékelése (Martos és mtsai, 2014).

A Boldogság Orientáció Skála magyar változata (OTH-H): az egyes orientációk azt mutatják, milyen módon képes az egyén növelni a jóllétének, az elégedettségének a szintjét: *élvezetkereső boldogság* (örömök, pozitív élmények keresése), *áramlatkereső boldogság* (áramlatélményt kiváltó tevékenységek keresése), *jelentéskereső boldogság* (életesemények értelmének keresése) (Szondy és Martos, 2014).

Az Önmagunk iránt érzett kedvesség és Önbírálat alkálák – (Önegyüttérés magyar változata, SCS-H): Az Önegyüttérés az önel fogadás egy formája, a mentális egészség indikátora. Az *önmagunk iránt érzett kedvesség* azt jelenti, hogy elfogadóak, megértőek vagyunk magunkkal szemben, amikor nehéz helyzetbe kerülünk. Az *önbírálat* ennek az ellentéte, azaz elítéljük, kritizáljuk magunkat egy-egy nehézség, sikertelenség esetén (Sági és mtsai, 2013).

A „pozitivitás 10 formája”: a 10 leggyakoribb pozitív érzélem, melyek leginkább formálják az emberek mindennapi életét (Fredrikson, 2015).

Saját szerkesztésű kérdéseket tettünk fel a megélt fájdalommal, fájdalomcsillapítással, esetleges zenei tapasztalatokkal kapcsolatban. Az intervenció résztvevői a tréningen szerzett tapasztalataikról írásos beszámólót adtak.

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 23.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt. A leíró statisztika mellett ANOVA, páros t-próba és korrelációs számítás vizsgálatokat végeztünk.

I. sz. táblázat: A különféle pszichológiai életminőség mutatók összehasonlítása

	Magyar minta 18 év feletti felnőttek átlag pontszám (szórás)	Saját kutatás (N=60) átlag pontszám (szórás)
WHO Jól-lét kérdőív	7,4 (SD=3,8)	6,76 (SD=2,79)
Élettel való Elégedettség	23,4 (SD=6,3)	18,79 (SD=8,96)
Élvezetkereső boldogság (OTH)	3,04 (SD=0,84)	2,98 (SD=0,97)
Áramlatélmény (OTH)	3,09 (SD=0,63)	2,95 (SD=0,96)
Értelemkereső boldogság (OTH)	3,1 (SD=0,83)	3,13 (SD=0,93)
Önmagunk iránt érzett kedvesség (SCS)	8,6 (SD=2,52)	7,57 (SD=2,13)
Önbírálat (SCS)	12,9 (SD=3,17)	13,94 (SD=4,79)

Forrás: saját szerkesztés

Művészetterápiás elemeket alkalmazó mentálhigiénés intervenció

Az intervenciót a következő szakemberek vezették:

Budai Éva egészségтанató, gyógypedagógus, meselemző.

Dr. Uhereczky Eszter karnagy

Benedekfi István zongoraművész.

A szakmai konzultációt Dr. Lobanov Artyom művészetpedagógus biztosította.

Az intervenció 13 héten keresztül zajlott, heti 1 alkalommal 2-2,5 órában. Mindegyik foglalkozásnak volt egy központi témája (pszichológiai életminőség alapján), melyet művészeti elemekkel dolgoztunk fel. A találkozásokon minden alkalommal volt élő zene (zongora és ének) hallgatása. A legtöbb esetben a résztvevők ehhez önkéntesen kapcsolódtak dalolással, szabad mozgással, táncsal.

Eredmények

A minta

A teljes RA-s minta 60 fő nő. Ebből 12 fő vett részt a művészetterápiás elemeket használó mentálhigiénés intervencióban, valamint 10 fő képezte a kontrollcsoportot.

A teljes minta átlag életkora 59,74 év (SD=10,81); az intervenció csoporté 62,23 év (SD=6,75); a kontroll csoporté pedig 60,56 év (SD= 8,46). A kitöltők közel fele már nyugdíjas, öregségi nyugdíjban 42,6% részesül, míg rokkantnyugdíjban 10,3%. Segélyből 5,1% él, míg munkanélküli 6%. A fennmaradó hányad aktív munkavállaló (36%).

A válaszadók közel kétharmada együtt él valakivel (56,4% házasságban; 7,7% élettársi kapcsolatban). 20,5% özvegy, 5,1% elvált, 10,3% egyedülálló.

Bár a kitöltés helyszíne Kecskemét, ill. Szeged volt; 5,1% a fővárosban lakik, 35,9% nagyvárosban; 28,2% városban; 5,1% kisvárosban; 7,7% falun; 18% tanyán.

A továbbiakban közölt adatok a teljes mintára (N=60) vonatkoznak.

Szubjektív egészséggel és fájdalommal kapcsolatos mutatók

Megkérdeztük a kitöltőket, *milyennek ítélik az egészségi állapotukat* 5 fokozatú skálán. A többség kielégítőnek találja, a minta átlaga 3,21 (SD=0,86).

Arra is kíváncsiak voltunk, *mennyire elégedettek az egészségi állapotukkal?* Itt is egy közepes eredmény született a 3,08-as átlaggal (SD=1,04), azaz elégedettek is, meg nem is az egészségükkel.

Átlagosan 3,23 db (SD=1,56) *krónikus betegséggel* élnek együtt a kitöltők. Gyakori betegségek az RA-n kívül a valamilyen gerincprobléma, magas vérnyomás, cukorbetegség.

A mintát a *közepesen erős fájdalom* megélése jellemzi (4,56-os átlag a 10 fokozatú skálán; SD=1,79), ami már a hétköznapi életvitelt jelentősen megnehezíti.

92,3% részesül *gyógyszeres fájdalomcsillapításban*. 19,6% *non-invazív* kezelésben, pl. gyógytorna; 5,5% pedig *invazív* terápiában részesült. *Közepesen elégedettek* (átlag 3,18; SD= 1,25) a fájdalomcsillapítás eredményével.

Pszichológiai életminőség mutatói

Az **I. számú táblázat** alapján látható, hogy a krónikus fájdalommal együtt élő betegcsoport több pszichológiai életminőséget mérő skálájának átlagpontszáma elmarad a felnőtt populációs átlaghoz képest. Viszont az önbírálat alszála az ő esetükben rendelkezik magasabb átlagpontszámmal.

Zenével, zeneterápiás szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalatok

A minta fele, 53,8% *kipróbálna zeneterápiás módszereket* is fájdalomcsillapításra. Szignifikáns összefüggés

II.sz táblázat: Egészségügyben tapasztalt zene hatása (N=60)

Kellemesen hatott rám	Elterelte a figyelmem	Oldotta a feszültségem	Csökkentette a fájdalmam, rosszullétem	Zavart	Egyáltalán nem esett jól
10 fő	11 fő	11 fő	11 fő	0 fő	1 fő

Forrás: saját szerkesztés

gést nem találtunk a kipróbálási szándék és a fájdalom mértéke, valamint a használatban levő fájdalomcsillapítási módszerek között.

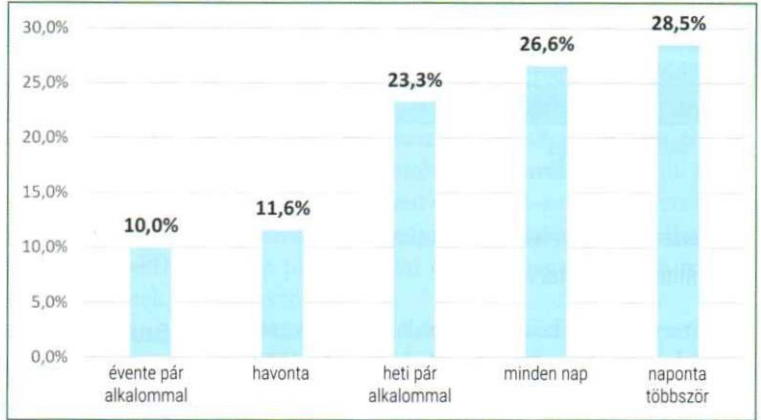
Mindössze 20% (12 fő) talákozott egészségügyi intézményben zenével. A **II. számú táblázatból** látható, hogy a *zenei szolgáltatás szinte csak pozitív élményekkel szolgált a betegek körében. A zene legtöbbször váróteremben vagy kezelés közben jelent meg a válaszadók esetében. A minta nagy többsége, 95%-a (57 fő) szívesen fogadná, ha az egészségügyi intézmények bizonyos helyein (pl. váróban, diagnosztikai vizsgálat vagy beavatkozás közben) kellemes, nem túl hangos zenét szolgáltatnának.*

Kíváncsiak voltunk a válaszadók *zenehallgatási gyakoriságára (1. ábra)*. Olyan személy nincs, aki sohasem, vagy csak évente hallgat zenét. A minta negyede heti pár alkalommal szokott zenét hallgatni, míg a fele naponta vagy napjában többször.

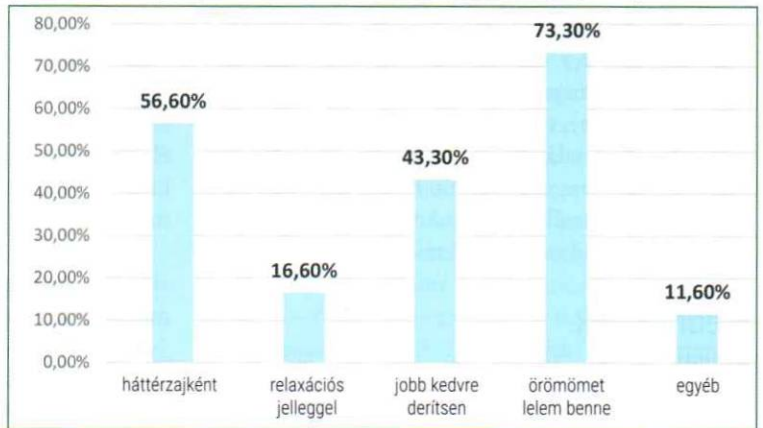
A válaszadók leginkább azért hallgatnak zenét, mert örömet lelik benne (73,3%). Ezen kívül gyakori még a háttérzajként való használat is, pl. főzés, takarítás közben (56,6%). Jelentős még a hangulatjavítás célja (43,3%) (**2. ábra**).

A válaszadók többsége a régi idők slágereit (63,3%) és a klasszikus zenét (60%) szereti hallgatni. Ezen kívül a népzene (40%), a jazz (38,3%) és a más kultúrák zenéi (36,6%) is a kedvelt típusokba tartoznak (**3. ábra**).

A minta harmada (30,5%) soha nem szokott részt venni zenés programokon (pl. koncert, színház, helyi kulturális program), 43% viszont évente egy alkalommal el tud menni ilyen rendezvényre. Kevesen (9,9%) vannak azok, akik viszonylag gyakran (havonta vagy hetente) látogatnak el zenés rendezvényekre (**4. ábra**).

1. ábra: Zenehallgatás gyakorisága (N=60)

Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: Zenei programokon való részvétel gyakorisága (N=60)

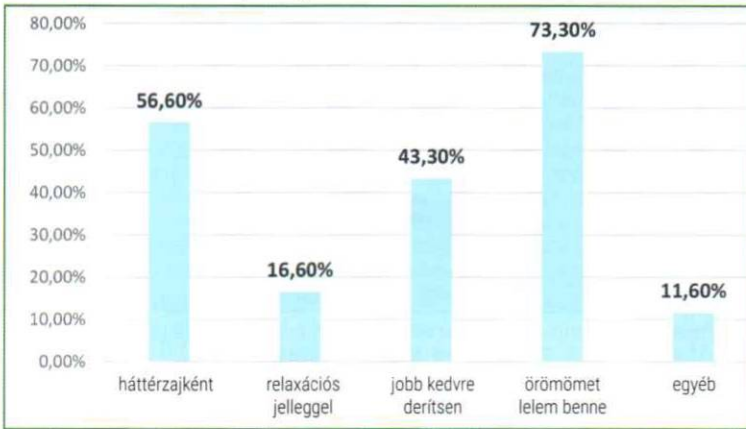
Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók 36,6%-a megy olyan gyakorisággal zenei programra, ahogyan azt ő szeretné. Az elmaradás okai között szerepel: leginkább egészségügyi okok (73,3%); majd a pénz- és társaságihiány (50-50%). 30%-ot az időhiány tart vissza, 10-10%-ot pedig vagy a nem megfelelő zenei kínálat, vagy hogy nem értesül a lehetséges programokról.

Zeneterápiás elemeket használó intervenció

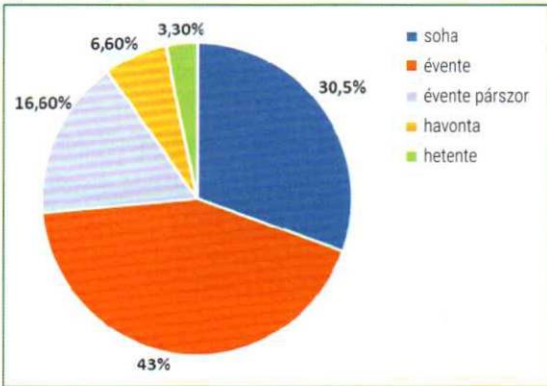
A **III. számú táblázat** az intervenció csoport eredményeit mutatja a tréning előtt és után. Szignifikáns változás nem volt kimutatható a pszichológiai jóllét, az önmagunk iránt érzett kedvesség-ön-

3. ábra: Kedvelt zenék (N=60)



Forrás: saját szerkesztés

4. ábra: Zenei programokon való részvétel gyakorisága (N=60)



Forrás: saját szerkesztés

bírálat, étellel való elégedettség konstruktumaiban. Az egészségi állapot önértékelésében és az azzal való elégedettségben sem tapasztaltunk változást. Azonban szignifikáns növekedés következett be az élvezetkereső boldogság, az áramlatkereső boldogság és a „10 leggyakoribb pozitív érzélem” megélésében a pszichometriai mutatók közül. Valamint

III. sz. táblázat: Intervenció előtti és utáni pszichometriai eredmények (N=12)

	Intervenció előtt (N=12) átlag pontszám (szórás)	Intervenció után (N=12) átlag pontszám (szórás)	Szignifikancia szint
WHO Jól-lét kérdőív	6,99 (SD=3,4)	8,39 (SD=2,18)	0,750
Élettel való Élégedettség	19,66 (SD=6,5)	20,78 (SD=7,32)	0,388
Élvezetkereső boldogság (OTH)	2,88 (SD=0,79)	3,46 (SD=0,62)	0,014
Áramlatélmény (OTH)	3,13 (SD=0,51)	3,34 (SD=0,71)	0,024
Értelemkereső boldogság (OTH)	2,85 (SD=0,43)	3,15 (SD=0,68)	0,219
Önmagunk iránt érzett kedvesség (SCS)	7,67 (SD=2,46)	7,86 (SD=2,11)	0,452
Önbírálat (SCS)	15,11 (SD=4,01)	14,00 (SD=4,66)	0,619
Pozitivitás 10 formája	25,44 (SD=6,85)	30,22 (SD=5,18)	0,040

a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan ($p=0,042$) csökkent a tréning végére. Előtte a fájdalom szint átlaga 4,22 ($SD=1,85$) volt, utána pedig 2,68 ($SD=1,42$) lett.

A kontrollcsoport (N=10) esetében egyetlen paraméterben sem volt kimutatható ($p>0,005$) változás az alatt az idő alatt, amíg az intervenció tartott.

Az intervenció csoport tagjait a tréning zárásakor kértük, hogy válaszoljanak a következő kérdésre: *A zeneterápiás tréning milyen változást hozott az életükbe, az egészségükbe?* Csupa pozitív változást soroltak fel a résztvevők, egyetlen negatívum sem jelent meg a beszámolók között (IV. táblázat).

A legtöbb (10 fő) a közösséghez tartozás élményét emelték ki, mennyire jó érzés volt egy elfogadó, támogató, barátságos csoporthoz tartozni. Ez összefüggésbe hozható azzal is, hogy sokan elmagányosodottan érkeztek a tréningre.

A feszültség csökkenése, a pozitív érzelmek megélése és a hangulat javulása is a legtöbb résztvevőnél megtörtént (9 fő), ahogy a megélt fájdalom mértéke is enyhült sok esetben (8 fő).

A csoport fele számolt be arról, hogy fejlődött az önismertete (5 fő) és javult a magához való viszonya (6 fő). Míg 4 fő számolt be arról, hogy számára a tréning erőforrásként szolgált.

Megbeszélés

A vizsgált RA-s csoport pszichológiai életminőség mutatói elmaradnak a populációs átlagtól. A csoporttagok fokozottan megélik a magányt, a kiszolgáltatottságot, a negatív érzelmeket, depresszívebb hangulatot és a megváltozott életvitelt.

IV. sz. táblázat: A zeneterápiás elemeket felhasználó tréning által létrehozott változások (N=12)

A művészetterápiás tréning milyen változást hozott az életébe, az egészségébe?	
Közösséghez tartozás	<p>„Jó kis közösség alakult ki, hiányozni fog.”</p> <p>„A kis közösségünkben megtapasztaltam, hogy a nehézségeinkről, problémáinkról művészeti közreműködés közben könnyebben beszéltünk, megnyíltunk egymásnak, és sokat segítettünk egymáson.”</p> <p>„A csoporttársakkal összehangolódtunk, jó kis közösséggé váltunk.”</p> <p>„Jó, hogy nem voltunk sokan. Ez a létszám meg tudta adni az egymásra figyelést, az elfogadást, így tudott belőlem felemelő érzést kiváltani.”</p> <p>„Barátságos, szeretetteljes csoport megismerését hozta.”</p> <p>„A tréningen új barátságok születtek, amik sokat segítettek nekem a gyógyásban.”</p> <p>„A csoport tagjai összetartóak, jóindulatúak, segítőkészek voltak. Jó érzés volt hetente találkozni velük.”</p>
Feszültségoldás	<p>„Éppen nehéz, feszült időszakomat élem, s a feszültségek feloldásában sokat segített.”</p> <p>„Sok örömet, feszültségoldást jelentett.”</p> <p>„A csoport megérett közege segített oldani a feszültségemet.”</p>
Pozitív érzelmek, hangulatjavulás	<p>„Rettenő jó hangulatjavító volt a tréning. Ezt terjeszteni kellene!”</p> <p>„A melankolikus állapotomat felváltotta többnyire egy vidámabb hangulat.”</p> <p>„Az egyes alkalmak mosolyt, jókedvet, békességet, szeretetet hoztak az életembe.”</p> <p>„A fájdalmat elfelejtve, vidáman töltöttük együtt pár hónapot. Hiányozni fog a jövőben.”</p> <p>„Úde színfolt volt minden foglalkozás. A különféle művészeti eszközök felszabadították a gyermeki éneket. Játékosságot hozott „öregedő” lelkemnek. Így kellene élni, kinyitva az érzékelést a szépre!”</p> <p>„A nagyon szomorú kedélyállapotom nagyon sokat oldódott, sok vigasztalást kaptam.”</p>
Erőforrás	<p>„Végre rászántam magam egy alaposabb kivizsgálásra, hogy a rejtélyes fájdalmaim kiderítsem, honnan erednek.”</p> <p>„A tréning SOK ERŐT adott ahhoz, hogy kihozzam magamból, amire képes vagyok. Eddig ez nem sikerült.”</p> <p>„A zene energiaforrásként szolgált számomra, a többi művészeti alkotás pedig örömforrásként hatott számomra.”</p>
Önismeret	<p>„Ráébredtem, hogy az önismeretemmel fontos foglalkozni.”</p> <p>„Mindegyik alkalmon valamilyen formában megtapasztaltuk az „aha érzést”.</p> <p>„Sokat fejlődött az önismeretem a foglalkozásokon, így idős koromra. Kár, hogy nem hamarabb találkoztam ilyen lehetőséggel.”</p>
Szelfhez való pozitívabb viszonyulás	<p>„Megbarátkoztam néhány negatívnak hitt tulajdonságommal.”</p> <p>„Enyhült a nyomasztó felelősségérzetem: már nem mindig magamban keresem a hibát, ha rossz dolgok történnek velem.”</p> <p>„Egészségem állapotát, fájdalmaimat nem betegséggként kezeltem, hanem mint hozzám tartozó állapotot elfogadom.”</p>
Fájdalomcsökkenés	<p>„Testi-lelki fájdalmaim csökkentek.”</p> <p>„Elterelte a figyelmem a fájdalomról.”</p> <p>„A fájdalom enyhült a foglalkozások alatt.”</p> <p>„Észrevettem, hogy ha jól érzem magam, boldog vagyok, akkor sokkal kevésbé érzem a fájdalmat, figyelek rá. Szerencsére sok ilyen alkalom volt az elmúlt időszakban.”</p>

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek mindössze 20%-a részesült zenehallgatási lehetőségben az egészségügyben vizsgálat vagy várakozás közben. Egy főtől eltekintve csak pozitív élményt okozott a válaszadókban a szolgáltatott zene. Az RA-s betegek fele (53,8%) nyitott lenne alternatív, zeneterápiás lehetőségeket is kipróbálni fájdalomcsökkentésre. Szinte egyöntetűen a többség (95%) szívesen fogadna kellemes, nem túl hangos zenét az egészségügyi ellátás közben.

A 13 alkalmas, rövidebb időtartamban megvalósított, zeneterápiás elemeket felhasználó intervenció leginkább a résztvevők hangulatát tudta pozitívan befolyásolni: szignifikáns növekedés az élvezetkereső boldogság, az áramlatkereső boldogság és a „10 leggyakoribb pozitív érzelem” megélésében következett be a pszichometriai mutatók közül. Ezen felül

a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan csökkent a tréning végére. Ezeket az eredményeket a szöveges beszámoló is megerősíti: pozitív érzelmekről, hangulatjavulásról, feszültség- és fájdalomcsökkenésről számolt be a résztvevők többsége.

A szakirodalmi adatok alapján feltételezzük, hogy a hosszabb távon tartott foglalkozások még erőteljesebb változásokat tudnának eszközölni a pszichológiai életminőség javulásában.

A nyugati gyógyászatban elterjedt egészségfejlesztő, segítő tevékenységnek számít a zeneterápia alkalmazása a betegek és hozzátartozóik körében. A saját felmérés eredményei is azt támasztják alá, hogy a krónikus fájdalommal együtt élők szívesen fogadnának az egészségügyben zeneterápiás szolgáltatásokat, akár receptív, aktív vagy komplex módon.

Irodalomjegyzék

- Allred, KD., Byers, JF., Sole, ML. (2010). *The effect of music on postoperative pain and anxiety*. Pain Manag Nurs.; 11(1), 15-25. doi:10.1016/j.pmn.2008.12.002
- Bandi, Sz. (2015). Zene és személyiség. In Vas, B. (szerk.). *Zenepszichológia Tankönyv* (pp.145-166.). PTE Művészeti Kar Zeneművészeti Intézet
- Berghammer R. (2013). *A fájdalom és fájdalomszindrómák magatartás-szemponitú megközelítése*. SE Magatartástudományi Intézet. Megtalálva <https://semmelweis.hu/neurologia/files/2013/04/A-f%C3%A1jdalom-%C3%A9s-f%C3%A1jdalomszindr%C3%A1k-magatart%C3%A1s-szemponit%C3%BAmegk%C3%B6zel%C3%ADt%C3%A9se.pdf> 2020.10.12.
- Fredrickson, B. (2015). *A pozitív érzelmek hatalma*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Guetin, S., Ginies, P., Siou, D., Picot MC., Pommie C., Guldner E.,..., Touchon J. (2012). *The effects of music intervention in the management of chronic pain*. Clin journal pain, 28, 329-337. doi:10.1097/AJP.0b013e31822be973
- Goodman, O., Sims, E. (szerk.) (2009). *State of the field report: Arts in healthcare*. Washington, DC: Society for the Arts in Healthcare. Megtalálva https://www.americansforthearts.org/sites/default/files/ArtsInHealthcare_0.pdf 2017. 10. 10.
- Illés A. (2009). *Művészetterápia a közoktatásban: elméleti lehetőségek és etikai megfontolások*. Új Pedagógiai Szemle, 5-6. sz., 233-240.
- Kenny, D., Faunce, G. (2004). *The impact of group singing on mood, coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic*. Journal of music therapy, XLI(3), 241-258. doi:10.1093/jmt/41.3.241
- Kopp, M., Pikó, B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In Kopp, M., Kovács, ME. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 10-19.). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*. Megtalálva http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf 2017. 10. 20.
- Kucsera, C. (2012). *Egyedülálló, idős budapestiek szubjektív életminősége*. Socio, 1, 53-62.
- Martos, T. (2010). *Életcélok és lelki egészség a magyar társadalomban. Doktori disszertáció*. Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., Ittész, A. (2014). *Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15(3), 289-303. doi:10.1556/Mental.15.2014.3.
- Mentesné Tauber, A. (2011). *A zeneterápia mint a személyiségfejlesztés hatékony eszköze. Magyarországi vonatkozások*. Képzés és Gyakorlat, 9(3-4), 32-42.
- Mitchell, LA., MacDonald, RAR., Knussen, C. (2008). *An investigation of the effects of music and art on pain perception*. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 2(3), 162-170.
- Mogyorósy-Révész, Zs. (2019). *Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában – a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 20(3), 267-298. doi:10.1556/0406.20.2019.007
- Nilsson, U. (2011). *Music: A nursing intervention*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10, 73-74. doi:10.1016%2Fj.ejcnurse.2010.06.004
- Rigó, A., Kökönyei, Gy. (2014). *Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegségekkel élők körében*. Alkalmazott Pszichológia, 14(4), 5-14.
- Sági, A., Köteles, F., V.Komlósi, A. (2013). *Az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés (Öneyüttérzés) skála magyar változatának pszichometriai jellemzői*. Pszichológia, 33(4), 293-312.
- Sallai, J., Hunka, A., Héjja, G., Ratkó, I., Ortutay, J., Márkus, I., ..., Bálint, G. (2013). *Hazai kórházakban rehabilitált rheumatoid arthritissel betegek életminősége*. Orvosi Hetilap, 154 (35), 1381-1388. doi:10.1556/oh.2013.29645
- Seligman, MEP., Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55(1), 5-14. doi:10.1037//0003-066x.55.1.5.
- Siedliecki, SL., Good, M. (2006). *Effect of music on power, pain, depression and disability*. Journal Adv Nurs, 54(5), 553-62. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03860.x
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006). *A WHO Jól-Lét Kérdőív Rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy2002 Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7(3), 247-255. doi:10.1556/mental.7.2006.3.8
- Standley, JM. (2000). *Music research in medical treatment*. In Smith, D. (szerk.). *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice*. American Music Therapy Association, Silver Spring. Megtalálva http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Pain_2010.pdf 2017. 10. 15.
- Szondy, M., Martos, T. (2014). *A boldogság három arca: a Boldogság Orientáció Skála magyar változatának validálása*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15(3) 229-243. doi:10.1556/Mental.15.2014.3.5
- Tali, M. (2014). *A Biopsychosocial Perspective on Health-Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis*. Alkalmazott Pszichológia, 14(4), 133-148.
- Tan, X., Yowler, CJ., Super, DM., Fratiannie, RB. (2010). *The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn dressing changes: a prospective randomized crossover trial*. Journal Burn Care Res., 31(4), 590-597. doi:10.1097/BCR.0b013e3181e4d71b,
- Tihanyi, B. (2016). *A zenei bizsergés pszichofiziológiai háttere és terápiás felhasználása*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 17(1), 19-36. doi:10.1556/0406.17.2016.1.2
- Walworth, D., Rumana, CS., Nguyen, J., Jarred, J. (2008). *Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain*. Journal Music Ther., 45(3):349-59. doi:10.1093/jmt/45.3.349

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

Ezt a kéziratot őrizze meg, mert a MESZK honlapján keresztül elérhető online teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!