



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Radzenie sobie z tremą a zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie

Author: Patrycja Curyło-Sikora

Citation style: Curyło-Sikora Patrycja. (2017). Radzenie sobie z tremą a zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Instytut Psychologii

Rozprawa doktorska

PATRYCJA CURYŁO-SIKORA

**RADZENIE SOBIE Z TREMĄ A ZDROWIE MŁODZIEŻY
UZDOLNIONEJ MUZYCZNIE**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Heleny Wrony-Polańskiej, prof. UP

Katowice 2017

Składam serdecznie podziękowanie Pani dr hab. Helenie Wronie-Polańskiej, prof. UP
za opiekę promotorską, wskazówki merytoryczne oraz wsparcie i życzliwość,
jakie otrzymałam podczas przygotowania tej rozprawy.

Spis treści

Spis treści	3
Wprowadzenie	6
CZEŚĆ TEORETYCZNA	
1. Specyfika kształcenia muzycznego i jej znaczenie dla zdrowia.....	10
2. Trema i radzenie sobie z tremą	14
2.1. Trema – problemy definicyjne	14
2.2. Trema – charakterystyka zjawiska	18
2.2.1. Przyczyny tremy.....	18
2.2.2. Objawy tremy	21
2.2.3. Konsekwencje tremy	24
2.2.4. Procesualny aspekt tremy.....	27
2.2.5. Sposoby radzenia sobie z tremą	29
3. Zdrowie w perspektywie psychologicznej.....	31
3.1. Modele zdrowia – od paradygmatu patogenetycznego do psychospołecznego..	31
.....	31
3.2. Koncepcje zdrowia.....	35
3.2.1. Psychologiczne definicje zdrowia	35
3.2.2. Subiektywne definicje zdrowia	37
3.2.3. Koncepcje zdrowia i ich znaczenie dla praktyki społecznej	39
3.3. Psychologiczne uwarunkowania zdrowia	42
3.3.1. Stres jako wskaźnik poziomu zdrowia i choroby.....	43
3.3.2. Radzenie sobie ze stresem a zdrowie	46
3.3.3. Zasoby a zdrowie.....	50
3.4. Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) jako integracja dotychczasowego	
podejścia do zdrowia.....	63
4. Trema jako specyficzny rodzaj stresu w ujęciu Funkcjonalnego Modelu Zdrowia	
.....	68

4.1.	Radzenie sobie z tremą jako specyficznym rodzajem stresu	70
CZĘŚĆ EMPIRYCZNA		
5.	Radzenie sobie z tremą a zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie w świetle wyników badań własnych.	75
5.1.	Charakterystyka badań własnych	75
5.1.1.	Cel i podstawa teoretyczna badań.	75
5.1.2.	Model badawczy i hipotezy badawcze	76
5.1.3.	Mierzone zmienne i ich operacjonalizacja.	78
5.1.4.	Opis procedury badawczej	81
5.1.5.	Zastosowane techniki badawcze.	81
5.1.6.	Charakterystyka grupy badanych.	88
5.1.7.	Sposób statystycznej analizy danych	90
5.2.	Charakterystyka grupy pod względem badanych zmiennych.	90
5.2.1.	Zdrowie w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie – charakterystyka wskaźników zdrowia oraz ogólnej zmiennej zdrowie.	91
5.2.2.	Trema w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.....	106
5.2.3.	Radzenie sobie z tremą w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie....	111
5.2.4.	Zasoby w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.	112
5.2.5.	Płeć a badane zmienne	117
5.3.	Zdrowie jako funkcja radzenia sobie z tremą	120
5.3.1.	Zdrowie a trema.....	120
5.3.2.	Zdrowie a sposoby radzenia sobie z tremą.....	122
5.4.	Radzenie sobie z tremą funkcją zasobów.....	123
5.4.1.	Sposoby radzenia sobie z tremą a zasoby	124
5.4.2.	Trema a zasoby.....	129
5.5.	Zdrowie jako funkcja zasobów	131
5.6.	Model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie.....	132
6.	Dyskusja i interpretacja wyników.....	137

7. Kreowanie zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie – wskazania poznawczo – aplikacyjne.	146
7.1. Promowanie zdrowiej rodziny i szkoły.....	146
7.2. Tworzenie warunków edukacji sprzyjających zdrowiu	148
7.3. Indywidualne sposoby wspomagania zdrowia.....	149
Zakończenie	151
Bibliografia	153
Streszczenie.....	174
Spis tabel.....	177
Spis rycin.....	180
Aneks	181

Wprowadzenie

W literaturze oraz percepcji społecznej trema ma charakter niejednoznaczny. Obok wyraźnej tendencji do traktowania jej jako czynnika negatywnie wpływającego na proces wykonawczy i zdrowie muzyka istnieją badania wskazujące także na jej pozytywne znaczenie dla jego funkcjonowania. Występ publiczny, ujmowany w perspektywie czasowej, również jako przygotowanie do niego oraz jego retrospekcja może stanowić źródło pozytywnych emocji oraz okazję do prezentacji własnych osiągnięć, talentu, efektów długotrwałego przygotowania i kształcenia muzycznego, w tym sensie sprzyjając zdrowiu muzyka. Z drugiej strony wielu artystów doświadcza silnego stresu zarówno przed występem, w jego trakcie, jak i po nim, czemu towarzyszą negatywne myśli (np. „nie uda mi się”, „jestem do niczego”, „wypadłem beznadziejnie”), uczucia (np. lęk, obawa, przerażenie, niezadowolenie) oraz nieprzyjemne doznania somatyczne (np. bezsenność, bóle brzucha), które w konsekwencji mogą zagrażać zdrowiu.

Rozumienie tremy jako zjawiska wyłącznie niekorzystnie wpływającego na funkcjonowanie i zdrowie muzyka stanowiłoby odniesienie do założeń modelu biomedycznego, skoncentrowanego na chorobie i leczeniu. Przyjmując, że występ publiczny (także przygotowanie do niego i jego retrospekcja) jest elementem codziennej aktywności młodzieży kształcącej się muzycznie oraz że istnieją muzycy, którzy lubią występować, a działalność muzyczna nadaje ich życiu sens, prowadząc do rozwoju artystycznego i osobistego, warto podjąć rozważania na temat tremy i konsekwencji do jakich może prowadzić umieszczając nie chorobę, a zdrowie w centrum zainteresowania.

Traktując tremę jako specyficzny rodzaj stresu związany z występem publicznym – rozumianym jako sytuacja stresowa, w której zachodzi relacja między wykonawcą a sytuacją występu (między możliwościami jednostki a wymaganiami sytuacji) (Wrona-Polańska, 2004, 2008, 2014, 2016) warto odnieść się do założenia obecnego w psychologii zdrowia, zgodnie z którym stres nie musi zagrażać zdrowiu. Współcześnie uważa się, że to od zasobów, które sprzyjają radzeniu sobie ze stresem zależy rozwiązanie transakcji stresowej i przesuwanie się jednostki na kontinuum zdrowie – choroba w jednym lub drugim kierunku. Dominuje zatem orientacja prozdrowotna ukierunkowana na poszukiwanie mechanizmów pozwalających na zachowanie i wzmacnianie zdrowia w obliczu sytuacji stresowych.

Celem pracy jest ukazanie tremy w kontekście zdrowia oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie psychologiczne mechanizmy sprzyjają utrzymaniu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, a które mu zagrażają?

Inspirację do podjęcia tejże problematyki stanowił Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), w myśl którego zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, zależnego od posiadanych zasobów. Funkcjonalny Model Zdrowia kieruje się orientacją prozdrowotną co oznacza, że kładzie nacisk na rozwijanie i utrzymanie zdrowia poprzez twórcze radzenie sobie z problemami. Każda jednostka znajduje miejsce na kontinuum zdrowie – choroba. Istotne jest więc poznanie czynników, dzięki którym człowiek zbliża się w kierunku zdrowia, nawet w obliczu sytuacji trudnych. U podstaw omawianego modelu leży transakcyjna teoria stresu R. Lazarusa i S. Folkman, ujęcie salutogenetyczne A. Antonovsky’ego oraz społeczno – ekologiczny model zdrowia. Drugim źródłem inspiracji były zainteresowania autorki dotyczące omawianej problematyki. Zainteresowania te wynikają nie tylko z analiz teoretycznych, ale także profesjonalnych i osobistych relacji z muzykami oraz badań prowadzonych pod kierunkiem Profesor H. Wrony-Polańskiej, założycielki i kierownika Zakładu Psychologii Zdrowia, przekształconego później w Katedrę Psychologii Zdrowia UP, zajmującą się psychologicznymi uwarunkowaniami zdrowia zarówno w grupie osób zdrowych, jak i chorych. Wieloletnie badania zapoczątkowane i nadal kontynuowane przez Wronę-Polańską i jej współpracowników ujawniły, że jednostka ze swą podmiotowością może być kreatorem własnego zdrowia, pod warunkiem, że potrafi wyzwolić wewnętrzpsychiczne siły do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi poprzez mobilizację zasobów, które sprzyjają utrzymaniu i rozwijaniu własnego zdrowia. Kształcenie muzyczne stawia przed młodym muzykiem szereg wyzwań natury somatycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. W tym sensie jest złożoną sytuacją stresową o charakterze długotrwałym, która może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania lub rozwoju młodego człowieka – zagrażając lub sprzyjając jego zdrowiu holistycznemu. Przyjmując za Wroną-Polańską (2003, 2011), że zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem oraz zasobów a także założenie, że twórcze radzenie sobie ze stresem wiąże się z zasobami, pojawiają się następujące pytania: Jakie radzenie sobie z treścią sprzyja zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie? Jakie zasoby sprzyjają radzeniu sobie określanemu jako twórcze? Jakie zasoby sprzyjają zdrowiu badanej młodzieży? Jak wspierać rozwój muzyków, począwszy od najmłodszych lat ich życia, aby sytuacje trudne spozstrzegali jako wyzwania (a nie zagrożenia), które w konsekwencji sprzyjają utrzymaniu zdrowia na dobrym poziomie?

Tak zarysowany problem rozprawy wynika z konkretnych założeń teoretycznych (Funkcjonalny Model Zdrowia) i prowadzi do konkretnych wskazań metodologicznych. Problematyka zdrowia i choroby ujmowana jest w sposób holistyczno – funkcjonalny, a zdrowie definiowane jest jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem i zasobów

(Wrona-Polańska, 2003, 2011); a nie komplementarny w odniesieniu wyłącznie do paradygmatu patogenetycznego i salutogenetycznego, u podstawy których leżą różne modele zdrowia. Ujęcie systemowe pozwala na traktowanie zdrowia i choroby w sposób jednolity, jako funkcji zmagania się ze stresem i zasobów – „(...) o zdrowiu będzie decydować skuteczne zmaganie się ze stresem (...), wysoki poziom zasobów i pozytywne emocje, o chorobie zaś nieskuteczne zmaganie się ze stresem (...), deficyty w zasobach i emocje negatywne” (Wrona-Polańska, 2011, s. 15). Można przewidywać, że utrzymanie zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, w obliczu stresogennego charakteru kształcenia muzycznego zależy będzie od zasobów, które sprzyjają ocenie poznawczej stresu jako wyzwania, a w konsekwencji równoważą przeżywany stres.

Analiza materiału empirycznego pozyskanego z wywiadu standaryzowanego skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy oraz technik kwestionariuszowych koncentrowała się wokół zdrowia, tremy, sposobów radzenia sobie z nią, zasobów oraz wzajemnych relacji między nimi, ostatecznie mając na celu poznanie psychologicznych mechanizmów zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie.

Ze względu na wielowątkowość pracy po każdym rozdziale zamieszczono podsumowanie.

CZEŚĆ TEORETYCZNA

1. Specyfika kształcenia muzycznego i jej znaczenie dla zdrowia

Celem pracy jest poznanie psychologicznych mechanizmów wiodących do zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, której kształcenie łączy się z wieloma sytuacjami prowadzącymi do doświadczania specyficznego rodzaju stresu jakim jest trema. Ludzie, będący odbiorcami muzyki widzą artystę przede wszystkim na scenie (podczas występu, konkursu, egzaminu) – dostrzegają tym samym efekt końcowy jego pracy. Rzadko zdają sobie sprawę z czynników towarzyszących mu w perspektywie czasowej, które mogą sprzyjać lub dezorganizować jego funkcjonowanie sceniczne i osobiste. Z tego względu, by w sposób szczegółowy omówić problematykę tremy w kontekście zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie odwołano się do specyfiki kształcenia muzycznego. Stanowisko takie wynika również z tego, że z jednej strony muzyka i aktywność muzyczna traktowane są jako sprzyjające rozwojowi człowieka w każdym wieku (Galińska i Aranowska, 2004; Jankowska, 2009; Klimas-Kuchtowa, 2012; Kronenberger, 2003; Kudlik-Czerniawska, 2011; Schwabe, 1972; Sacher 2007; Wrona-Polańska, Polańska i Polański, 2012), z drugiej natomiast literatura przedmiotu dostarcza danych wskazujących na problemy zdrowotne muzyków, pojawiające się już na etapie kształcenia muzycznego (Brandfonbrener, 2009; Nawrocka, Młynarski, Powerska-Didkowska, Grabara i Garbaciak, 2014; Spahn, Strukely i Lehman, 2004; Spencer i Śmieszchalska, 2013; Sternbach, 2008).

W Polsce struktura szkolnictwa zawiera przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne, policealne oraz inne placówki edukacyjne, w tym system szkolnictwa specjalistycznego przeznaczony dla dzieci i młodzieży uzdolnionej artystycznie (m.in. muzycznie) (Limont, 2012). Szkolnictwo muzyczne podlega pod Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Edukacja muzyczna jest realizowana przez kształcenie ogólne (ogólnokształcące szkoły muzyczne I i II stopnia) i artystyczne (szkoły muzyczne I i II stopnia).

Przyjęcie dziecka do szkoły I stopnia poprzedzone jest procesem rekrutacji – przechodzi ono klasyfikację, która dotyczy predyspozycji do nauki gry na wybranym instrumencie oraz predyspozycji psychofizycznych i uzdolnień muzycznych. Kształcenie muzyczne na tym etapie może być realizowane w cyklu sześcioletnim – dziecięcym (przeznaczonym dla uczniów rozpoczynających naukę w wieku 6 – 7 lat) lub czteroletnim – młodzieżowym (dla uczniów starszych). Po ukończeniu edukacji muzycznej na poziomie I stopnia istnieje możliwość kontynuacji kształcenia w szkole muzycznej lub ogólnokształcącej szkole muzycznej II

stopnia. Mogą do nich zostać przyjęci kandydaci, którzy pomyślnie przeszli egzaminy wstępne sprawdzające: wiedzę teoretyczną (m.in. z zakresu historii i literatury muzycznej oraz zasad muzyki), umiejętności praktyczne (dotyczące przede wszystkim techniki gry na wybranym instrumencie oraz świadomej interpretacji prezentowanego utworu muzycznego), predyspozycje psychofizyczne (badanie słuchu muzycznego poprzez różne formy dyktand np. interwałowe, rytmiczne, melodyczno – rytmiczne).

W związku z tym, że kształcenie muzyczne realizowane jest jednocześnie z kształceniem ogólnym – którego odbiorcami są wszyscy adolescenty – nastoletni muzyk spędza w szkole znacznie więcej czasu niż jego rówieśnicy. Musi on opanować materiał, nie tylko z przedmiotów ogólnokształcących, ale także z edukacyjnych zajęć artystycznych – praktycznych (np. instrument główny, instrument dodatkowy, nauka akompaniamentu, zespoły kameralne, chór lub orkiestra) oraz teoretycznych (np. zasady muzyki, literatura muzyczna, kształcenie słuchu, harmonia, formy muzyczne, historia muzyki).

Opanowanie treści programowych z przedmiotów ogólnokształcących oraz muzycznych sprawdzane jest systematycznie poprzez odpowiedzi ustne, kartkówki, testy i sprawdziany. Wiele przedmiotów muzycznych wiąże się z przesłuchaniami i egzaminami semestralnymi lub końcoworocznymi, podczas których efekty pracy uczniów oceniane są przez komisję egzaminacyjną. Ich wynik w dużej mierze decyduje o ocenie na świadectwie, a w konsekwencji dyplomie ukończenia szkoły muzycznej II stopnia. Ponadto, typowymi elementami kształcenia muzycznego są popisy, koncerty, projekty i konkursy muzyczne, które wymagają od ucznia dodatkowych prób i przygotowań. W związku z dużą ilością obowiązków nastoletni muzyk spędza w szkole większość dnia – z reguły także czas wolny od zajęć dydaktycznych, przeznaczając na ćwiczenie i naukę.

Młodzież kończąca ogólnokształcącą szkołę muzyczną II stopnia standardowo przystępuje do egzaminów maturalnych. Kształcenie muzyczne na tym etapie kończy się dodatkowo egzaminami dyplomowymi (z instrumentu głównego oraz dodatkowego, a także z historii muzyki), a ich wyniki są istotne w procesie rekrutacji na wyższe uczelnie muzyczne. Ukończenie szkoły II stopnia prowadzi do uzyskania tytułu zawodowego muzyka oraz daje możliwość ubiegania się o przyjęcie na uczelnię wyższą (w tym także muzyczną).

Nastoletni muzyk – instrumentalista w procesie kształcenia, poza wiedzą ogólnokształcącą, musi opanować grę na instrumencie w stopniu mistrzowskim (co stanowi o dalszym rozwoju jego muzycznej kariery) oraz obszerną wiedzę z zakresu teorii muzyki. Edukacja muzyczna wymaga od niego wielu wyrzeczeń, odpowiedniej motywacji,

samodyscypliny i cech osobowości oraz umiejętności, dzięki którym może on sprostać wymogom wynikającym z rodzaju podjętego kształcenia (Lewandowska, 2010; Sierszeńska-Leraczyk, 2011; Nogaj, 2014; Sękowski, 2000, 2004; Wrona-Polańska, 2004; 2013; Wrona-Polańska, Polańska i Polański, 2016) .

Psychologiczna sytuacja uczniów szkół muzycznych, ze względu na specyfikę kształcenia artystycznego może więc, w sposób znaczący wpływać na ich rozwój w każdej sferze funkcjonowania. Wymagania związane z kształceniem muzycznym mogą prowadzić do przeciążenia organizmu od strony psychicznej, ale także fizycznej. Poza ogólnym zmęczeniem, muzyk doświadcza szeregu dolegliwości wynikających z wielogodzinnych ćwiczeń, które wiążą się z długotrwałym napięciem mięśni, obciążeniem narządów ruchu wchodzących w skład zespołu wykonawczego, przeciążeniem układu mięśniowo – stawowo – kostnego i/lub oddechowego. Może to stanowić przyczynę ogólnego przeciążenia organizmu oraz w perspektywie czasowej prowadzić do przekształcenia tych dolegliwości ze zmian o charakterze czynnościowym w nieodwracalne zmiany organiczne (Janiszewski, 1992). Doniesienia empiryczne wskazują na poważne problemy zdrowotne muzyków. Większość z nich dotyczy studentów uczelni muzycznych lub osób, które zakończyły już kształcenie muzyczne (Kreutz, Ginsborg i Williamon 2008, 2009; Wynn, 2004). W zależności od badania i grupy badanej procent osób cierpiących z powodu dolegliwości fizycznych jest różny. Zaza (1998) dokonał przeglądu 24 badań i wskazał, że liczba muzyków zgłaszających urazy wynikające z wykonywanej pracy waha się od 39% do 87%. Badania dotyczące tej kwestii w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie należą do rzadkości, jednak ukazują, że już na etapie kształcenia muzycznego młodzież zgłasza dolegliwości wynikające z charakteru podjętej przez nich edukacji (Brandfonbrener, 2009; Nawrocka i in., 2014; Zaza 1998). Co więcej, problemy te pogłębiają się z każdym rokiem muzykowania (Ramella, Fonte i Converti, 2014).

Muzycy zwracają uwagę, także na percepcję społeczną podjętej przez nich aktywności, wskazując na niezrozumienie i niedocenianie tej formy kształcenia i pracy (Strauchmann, 2014). Zdaniem Wrońskiego (1979, s. 136–137): „Nie istnieje chyba dziedzina poglądów i mniemań, tak pełna sprzecznych i dziwacznych sądów i niesprawdzonych hipotez, jak dziedzina wyobrażeń świata pozamuzycznego o świecie muzycznym (...), znajomość świata sztuki przez ludzi spoza tego kręgu praktycznie nie istnieje”.

Z raportu opracowanego na zlecenie Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego diagnozującego potrzeby kulturalne wynika, że Polacy nie są zainteresowani „kulturą wyższą”, a edukacja kulturalna funkcjonuje w warunkach dominacji kultury popularnej (Fatyga, Nowiński i Kukułowicz, 2009). Literatura przedmiotu wskazuje, że kondycja muzyki jest coraz

trudniejsza – w ostatnich latach nastąpiła inwazja płytkiej kultury masowej (Białkowski i Sacher, 2010), a współczesne obcowanie z muzyką, ma charakter „słuchania tapetowego”, co oznacza, że muzyka jest jedynie tłem dla codziennych aktywności (Konaszkiewicz, 2001).

Wynika z tego, że obok wymagań obciążających organizm młodego muzyka od strony psychofizycznej, musi on sprostać także stresorom związanym ze współczesnymi tendencjami społeczno – kulturowymi. Omówiona specyfika kształcenia muzycznego jest szczególnie istotna w kontekście radzenia sobie z tremą i jej konsekwencji dla funkcjonowania muzyka, gdyż dla wyjaśnienia sukcesów i niepowodzeń oprócz czynników indywidualnych, duże znaczenie ma także kontekst sytuacyjny, konkretne zadanie i konkretne warunki pracy (Mandal, 1991).

Podsumowując, kształcenie muzyczne ma charakter intensywny i specjalistyczny, a cechami wpisanymi w ten system jest m. in. wcześniej wymuszony profesjonalizm z treningiem warsztatowo – technicznym, wysokie wymagania, długotrwały wysiłek oraz duża stresogenność (Jankowski, 2001; Konaszkiewicz 2006; Mirkiewicz, 2014; Wroński, 1979). W niniejszym rozdziale przedstawiono specyfikę kształcenia muzycznego związaną z jego organizacją i strukturą oraz psychofizycznymi wymogami, którym jednostka będąca w jego procesie musi sprostać. Wymagania te wynikają z podejmowania typowych dla wieku zadań rozwojowych i edukacyjnych oraz realizacji zadań związanych z profesjonalną edukacją muzyczną (Gluska, 2010). Kształcenie muzyczne angażuje cały potencjał jednostki – jej możliwości fizyczne i psychiczne (Śmieszchalska, 2015). Muzykowi – nastolatkowi stale towarzyszą sytuacje, w których sprawdza on swoje: (1) umiejętności wykonawcze (np. muzyczne, instrumentalne, związane z techniką gry) oraz predyspozycje indywidualne (np. umiejętność radzenia sobie ze stresem, przeciążeniem organizmu czy chwilowym zniechęceniem), jak również podlega ocenie ze strony innych (np. nauczycieli, komisji egzaminacyjnej, publiczności, rówieśników) oraz sam dokonuje oceny własnej osoby. System kształcenia muzycznego, wymagający od jednostki funkcjonowania w warunkach stałej ekspozycji społecznej oraz oceny, uznawany jest ze względu na omówione w niniejszym rozdziale czynniki za wysoce stresogenne (Jankowski, 2001, Sternbach 1995, za: Kenny i in. 2004), z tego powodu może zagrażać zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie. Specyfika omawianego kształcenia, wiąże się więc z wieloma sytuacjami, w których muzyk może doświadczać tremy (Kumik, 2012). Ze względu na złożoność omawianego zagadnienia, problematykę tremy i radzenia sobie z nią podjęto w kolejnym rozdziale.

2. Trema i radzenie sobie z tremą

Początki tremy sięgają czasów odległych. Zdaniem Fehm i Schmidt (2006, s. 98) „możliwe, że trema jest tak stara jak same występy”. Problem ten, rzadko jednak pojawia się w publikacjach z obszaru psychologii, pedagogiki czy muzyki (Kenny, 2006). Literatura poświęcona temu zagadnieniu jest skromna i cechuje ją często fragmentaryczny sposób podejścia do omawianego problemu, w zależności od doświadczeń i zainteresowań autora (Wrona-Polańska, 2014).

Już na początku XX wieku pianista i pedagog Otto Ortmann (1925, 1929; za: Keegan, 1995, s. 99) pisał: „Żałuję bardzo, że psychologia sztuki pianistycznej, tak niewiele miejsca poświęciła problemom psychologii wykonawstwa muzycznego. Jestem przekonany, że wiele problemów natury fizycznej czy fizjologicznej można byłoby wyjaśnić w terminach psychologicznych”. Pomimo tego, do dnia dzisiejszego trema jest stosunkowo zaniedbywanym zjawiskiem psychologicznym (Kenny, 2006). Problematyka ta rzadko podejmowana jest od strony teoretyczno – empirycznej, co znajduje wyraz w problemach definicyjnych, niewielkiej ilości badań oraz prac naukowych, jak i na gruncie praktyki (wychowania i edukacji), w obszarze której wpływ tremy na proces wykonawczy i funkcjonowanie samego muzyka jest rzadko przedmiotem oddziaływań pedagogicznych.

Celem usystematyzowania dotychczasowej wiedzy dotyczącej omawianego zjawiska, w oparciu o literaturę przedmiotu: (1) ukazano różnorodne sposoby pojmowania tremy oraz podjęto próbę definicyjnego usystematyzowania jej rozumienia, (2) przedstawiono źródła oraz teoretyczne wyjaśnienia jej rozwoju, (3) omówiono kwestie dotyczące objawów tremy, (4) przedstawiono tremę jako zjawisko mogące prowadzić do pozytywnych oraz negatywnych konsekwencji, (5) ukazano złożoność omawianego zjawiska w kontekście jego procesualnego charakteru, (6) przedstawiono sposoby radzenia sobie z nią stosowane przez muzyków.

2.1. Trema – problemy definicyjne

Poznanie i omówienie zjawiska tremy wymaga jej precyzyjnego zdefiniowania, jednak już samo pojęcie *trema* sprawia trudności definicyjne. Wśród badaczy zajmujących się tym zagadnieniem nie ma zgody, co do jej rozumienia i definiowania. Refleksja nad omawianym zjawiskiem prowadzi do kilku pytań: jakie są konsekwencje tremy, jakie objawy towarzyszą tremie i jakie jest ich znaczenie dla funkcjonowania muzyka, a także czy trema ograniczona jest do sytuacji występu, czy też można ją rozpatrywać w perspektywie czasowej oraz co leży u źródeł tremy? Podjęcie w pierwszej kolejności problematyki dotyczącej konsekwencji oraz objawów tremy, a w dalszej jej źródeł jest celowe i wynika z tego, że tremę

definiuje się przede wszystkim w odniesieniu do jej skutków i objawów. Powyższe kwestie, w sposób systematyczny zostały szczegółowo omówione w kolejnych podrozdziałach, w tym miejscu jedynie zasygnalizowano ich znaczenie dla rozumienia tremy i tym samym ukazano jej niejednoznaczny i złożony charakter.

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne sposoby definiowania tremy. Dominuje tendencja do traktowania jej w sposób jednostronny – jako czynnika zakłócającego wykonanie oraz mającego negatywne konsekwencje dla wykonawcy. Z reguły definicje tremy odwołują się do wysokiego poziomu lęku jako jej wyznacznika oraz objawów towarzyszących występowi – tych ze strony układu wegetatywnego, jak i tych o charakterze psychologicznym, które w konsekwencji prowadzą do gorszego wykonania (Fresch, 1963; za: Czub, 2006; Fielden, 1974; za: Keegan, 1995). W literaturze przedmiotu można znaleźć także określenia wskazujące, że trema może prowadzić do polepszenia jakości wykonania oraz sprzyjać funkcjonowaniu artysty. W tym kontekście zwraca się uwagę na rolę optymalnego poziomu lęku w poprawie jakości wykonania (Brodsky, 1996; Burowska i Głowacka, 2006; Głowacka, 1991; Kafadar, 2009; za: Egilmez, Aytakin i Dirican, 2013; Kępińska-Welbel, 1999; Raducanu, 2010) oraz mobilizującą rolę objawów tremy (Salomon, 1990; za: Keegan 1995).

Zdaniem Wrony-Polańskiej (2014), w definiowaniu omawianego zjawiska można wyróżnić dwa nurty: muzyczny – pedagogiczny oraz psychologiczny. Pierwszy nurt wynika z doświadczeń własnych muzyków oraz doświadczeń w pracy pedagogicznej z młodymi muzykami na różnych szczeblach edukacji. Definicje formułowane w jego obszarze ukazują tremę, przede wszystkim jako zjawisko niesprzyjające funkcjonowaniu artysty. Rozumienie jej, jako czynnika zakłócającego wykonanie zgodne jest ze źródłosłowem terminu trema, który wywodzi się z greckiego słowa *tremo* i oznacza drżenie, zdenerwowanie. Odpowiada także łacińskiemu *tremere*, które oznacza drżeć, trząść się oraz włoskiemu *tremare*, w tłumaczeniu na język polski odwołującemu się do takich pojęć jak drżeć, bać się. Fresch (1963; za: Czub, 2006) – skrzypek i pedagog określa tremę jako ogólną nerwowość, powodującą liczne zahamowania podczas występu publicznego. Fielden (1974; za: Keegan, 1995) utożsamia ją z lękiem i strachem. Wroński (1996, s. 184), znakomity skrzypek i pedagog twierdzi, że trema jest: „(...) zespołem bardzo różnorodnych przeżyć na estradzie niekorzystnych dla gry, od stosunkowo nieszkodliwego uczucia skrępowania aż do objawów groźnych, jak drgawki, usztywnienie mięśni i zahamowanie pracy mózgu w pewnych momentach”. Zaznacza on jednocześnie, że z problematyką tremy wiąże się wiele pytań i niedomówień, co wskazuje na jej złożoność. Ten niejednoznaczny i złożony charakter tremy wymaga podejścia interdyscyplinarnego, w tym także psychologicznego. Obecnie wielu autorów podkreśla, że

obok tremy prowadzącej do negatywnych konsekwencji istnieje trema mająca charakter mobilizujący – sprzyjający funkcjonowaniu muzyka. Ich zdaniem ważne jest, aby nauczyć się żyć z objawami towarzyszącymi tremie oraz dokonać ich pozytywnego przeformułowania (Głowacka, 1990; za: Wrona-Polańska, 2014; Lehler, 1987; za: Wrona-Polańska, 2014; Raducanu, 2010; Wrona-Polańska, 2004, 2008; 2012; 2014). Według Kępińskiej-Welbel (1991, s. 1):

Trema jest to dynamiczny proces psychiczny związany z publicznym wykonaniem utworów muzycznych, gdy wykonawca spodziewa się oceny ze strony słuchaczy. W procesie tym zachodzi interakcja komponentów emocjonalnych i poznawczych spowodowana niepewnością ocen własnego wykonania lub oczekiwaniem ocen negatywnych. Procesowi temu towarzyszą zwykle negatywne emocje takie jak strach, lęk, poczucie winy, wstyd, rozczarowanie, smutek, złość, z charakterystycznymi dla nich nieprzyjemnymi objawami ze strony układu wegetatywnego.

Powyższa definicja, mimo że koncentruje się na negatywnych objawach tremy ukazuje ją jako dynamiczny proces psychiczny, tym samym podkreślając jej czasowy charakter. Wielu autorom bliższe jest rozumienie tremy jako stanu, ograniczonego wyłącznie do sytuacji samego występu (Fielden, 1974; za: Keegan, 1995; Kaspersen i Gotestam, 2002), niektórzy jednak zwracają uwagę na jej aspekt procesualny (Raducanu, 2010; Ryan, 2004), wskazując na istnienie tremy przedkoncertowej, koncertowej i pokoncertowej (Kępińska-Welbel, 1991).

Źródłostów omawianego pojęcia wskazuje jedynie na fizjologiczne odczucia towarzyszące tremie, jednak w literaturze podkreśla się istnienie także tych psychologicznych (Biasutti i Urli, 2006; Green, 1986; za: Keegan, 1995; Fehm i Szmidt, 2006; Kępińska-Welbel, 1999; Raducanu, 2010). Fresch (1963; za: Czub, 2006) zaznacza, że przyjęta powszechnie nazwa *trema* nie ma znaczenia dosłownego, bowiem nie różnicuje wielorakich odczuć lęku i nerwowości, jakie towarzyszą sytuacji występu. W doświadczeniu tremy obok napięcia fizjologicznego pojawia się napięcie psychiczne, które znajduje odzwierciedlenie w poczuciu strachu, lęku, niepewności, ale także trudności w odpamiętaniu przygotowanego materiału czy koncentracji uwagi. Green (1986; za: Faryniarz, 2010) – amerykański kontrabasista i pedagog na określenie tremy używa pojęcia „samozakłócenie”. Rozumie on przez to swoistego rodzaju stan psychiczny pojawiający się w umyśle wykonawcy, na skutek tzw. *podwójnej gry*. Pierwsza z nich to gra zewnętrzna, która dotyczy otaczającego świata oraz pojawiających się okoliczności zewnętrznych (np. szumy dochodzące z sali, niewystarczające oświetlenie, nieodpowiedni lub słabej jakości instrument). Równolegle do gry zewnętrznej pojawia się gra wewnętrzna, która toczy się w umyśle jednostki. Jest ona trudna do zaobserwowania, a jej

podłoże ma charakter wyłącznie psychologiczny (np. obawa przed utratą kontroli, wątpliwość we własne umiejętności i reakcję ze strony słuchaczy, poczucie niewystarczającego przygotowania). Jego zdaniem czynnikami, które w największym stopniu wiążą się negatywnie z jakością wykonania są te pochodzenia psychicznego. Na rolę czynników psychologicznych (emocjonalnych i poznawczych) towarzyszących tremie zwraca uwagę także Raducanu (2010). Jej zdaniem trema wiąże się przede wszystkim ze sposobem interpretacji konkretnych sytuacji przez jednostkę. Uważa ona, że czynnikiem stresowym jest nie samo wydarzenie, ale sposób w jaki jednostka je postrzega. Biasutti i Urli (2006) traktują tremę jako złożone zjawisko psychologiczne, które manifestuje się w obszarze emocji, poznania, zachowania i procesów fizjologicznych. Również Kępińska-Welbel (1991) rozumie tremę jako proces psychiczny, któremu towarzyszą różne stany emocjonalne, poznawcze i fizjologiczne.

Mimo że, w literaturze przedmiotu zauważalna jest tendencja do traktowania tremy jako zjawiska przede wszystkim zakłócającego wykonanie oraz dotyczącego tylko sytuacji występu, bez uwzględnienia jej procesualnego charakteru, to powyższy przegląd literatury ukazuje, że sposób rozumienia tremy zmienia się. Obok ujmowania jej wyłącznie w kategoriach objawów towarzyszących tremie podczas występu oraz ich negatywnych konsekwencji, pojawiają się twierdzenia ukazujące tremę jako zjawisko fizjologiczne i psychologiczne, mogące także mobilizować i sprzyjać funkcjonowaniu artysty oraz traktujące tremę jako zjawisko rozumiane w perspektywie czasowej, u podłoża którego leżą czynniki psychologiczne. Trema występuje na kontinuum od zwykłych, codziennych aspektów zdrowego stresu i niepokoju, które są nierozdzielnie związane z profesją muzyka do poważnie osłabiających objawów tremy (Biasutti i Urli, 2006; Brodsky, 1996; Egilmez i in., 2013). Lęk, niepokój, zmartwienie, strach, napięcie, trudności w koncentracji uwagi, przyspieszony rytm serca są stanami doświadczanymi przez każdego człowieka – „to reakcje, podczas których ludzie próbują przyzwyczać się do świata zewnętrznego” (Egilmez i in., 2013, s. 165). W przypadku muzyków reakcje te nie są ograniczone do sytuacji występu, mogą im towarzyszyć także przed nim, jak i po jego zakończeniu. Przyjmują one postać objawów poznawczych (np. negatywne myśli związane z wykonaniem, jego antycypacją lub retrospekcją), emocjonalnych (np. lęk, panika, niepokój), somatycznych (np. pocenie się, drżenie, silne bicie serca) i behawioralnych (np. stukanie palcami, chodzenie w koło). Symptomy towarzyszące tremie mogą mieć także charakter pozytywny, co oznacza że mogą sprzyjać wykonaniu i funkcjonowaniu muzyka (np. antycypacja i retrospekcja występu w kategoriach wydarzenia, podczas którego można zaprezentować swoje umiejętności, doświadczanie przyjemnego pobudzenia w związku z występem, uderzanie palcami jako forma „rozgrzewki” przed koncertem, a nie forma

„bezrefleksyjnego stukania”, przyspieszony rytm bicia serca będący objawem doświadczania czegoś przyjemnego, a nie paraliżującego lęku). Trema może pomóc w podejmowaniu decyzji, motywować do podjęcia działań i dzięki temu polepszać występ. Istotne jest zatem nie całkowite pozbycie się jej, ale kontrola (Egilmez i in., 2013), sposób jej interpretacji (Raducanu, 2010; Wrona-Polańska, 2004, 2008, 2014, 2016) czy traktowanie w kategoriach naturalnej reakcji na sytuację występu (Biasutti i Urli, 2006). Mowa tu zatem o czynnikach psychologicznych, które leżą u podłoża tremy oraz prowadzą do doświadczania jej jako czynnika sprzyjającego aktywności muzyka lub skutkującego jej zakłóceniem.

Zróznicowanie w sposobie rozumienia tremy przez różnych autorów, przede wszystkim muzyków, pedagogów i psychologów świadczy o złożoności omawianego fenomenu i tym samym potrzebie definicyjnego usystematyzowania pojęcia. Na potrzeby niniejszej pracy pojęcie trema i pojęcie MPA (music performance anxiety)¹ będą stosowane zamiennie na określenie zespołu czynników o charakterze poznawczym, emocjonalnym oraz fizjologicznym towarzyszących muzykowi w procesie wykonawczym, czyli przed występem, w jego trakcie oraz po zakończeniu występu. Czynniki te mogą mieć charakter zarówno optymalizujący, jak i pogarszający funkcjonowanie i zdrowie muzyka, zależy to jednak od dyspozycji jednostki zwanych inaczej mechanizmami zdrowia kształtowanymi i wzmacnianymi w toku jej rozwoju (Wrona-Polańska, 2004, 2014, 2016; Wrona-Polańska, Polańska i Polański, 2009; 2011).

2.2. Trema – charakterystyka zjawiska

W poniższym rozdziale omówiono zjawisko tremy w odniesieniu do: (1) czynników leżących u jej podłoża; (2) objawów manifestujących się w sferze somatycznej, poznawczej oraz emocjonalnej; (3) negatywnych i pozytywnych konsekwencji do jakich może prowadzić; (4) jej procesualnego charakteru znajdującego wyraz w perspektywie czasowej oraz (5) sposobów radzenia sobie z nią.

2.2.1. Przyczyny tremy

Trema jest zjawiskiem powszechnym (Brodsky i Sloboda, 1997; Fehm i Schmidt, 2006; Kaspersen i Gotestam, 2002; Kępińska-Welbel, 1999; Kokotsaki i Davidson, 2003; Tamborrino, 2001). Doświadczana jest przez dorosłych muzyków oraz dzieci i młodzież

¹ Pojęcie music performance anxiety (MPA) zostało zapożyczone z obcojęzycznej literatury przedmiotu. W języku polskim dominuje sformułowanie trema, podczas gdy w literaturze amerykańskiej, australijskiej czy brytyjskiej używane bywają przede wszystkim pojęcia music performance anxiety oraz stage fright. Pojęciem, które pojawia się najczęściej w cytowanych w niniejszej pracy artykułach jest właśnie music performance anxiety.

kształcąca się muzycznie (Boucher i Ryan, 2011; Fehm i Schmidt, 2006; Kenny i in. 2004; Papageorgi, 2007; Ryan, 2003, 2004, 2005). Występuje wśród kobiet i mężczyzn, dziewcząt i chłopców (badania wskazują na wyższy poziom tremy u instrumentalistek niż instrumentalistów oraz wyższy poziom lęku u muzyków w ogóle) (Huston, 2001; Kaspersen i Gotestam, 2002; Ryan, 2003, 2004; Kenny, 2006; Osborne i Kenny, 2008; Rae i McCambrige, 2004; Yagasani, 2009). W obliczu doniesień ukazujących, że trema doświadczana jest przez wielu muzyków, niezależnie od wieku i płci, pojawia się pytanie, jakie są jej przyczyny?

Kenny (2006) podkreśla znaczenie wrodzonego temperamentu (innate temperament), zdolności poznawczych (cognitive capacity), zdolności do samorefleksji (selfreflective), sposobu wychowania (type of parenting), doświadczeń interpersonalnych (interpersonal experiences), sposobu percepcji i interpretacji otaczającego świata (perception and interpretation of the world around us), biegłości i zdolności technicznych (technical skill) oraz konkretnych doświadczeń wcześniejszych występów, które miały pozytywny lub negatywny rezultat (specific performance experiences that may have positive or negative outcomes).

Koncepcja Kenny zbliżona jest do modelu lęku Barlowa (2000), który przedstawia trzy zintegrowane czynniki, mogące stanowić wyjaśnienie rozwoju lęku, w tym lęku przed występem. Czynniki te, to: (1) uogólniona skłonność biologiczna/ genetyczna (generalized biological/ heritable vulnerability), (2) uogólniona skłonność psychologiczna (generalized psychological vulnerability), (3) specyficzna skłonność psychologiczna (specific psychological vulnerability). Dwa pierwsze czynniki, czyli predyspozycje biologiczne oraz uogólniona skłonność psychologiczna związana z wczesnymi doświadczeniami życiowymi są szczególnie istotne w występowaniu lęku, trzeci natomiast jest niezbędny do powstania, w odpowiedzi na specyficzne bodźce konkretnego rodzaju lęku (Osborne i Kenny, 2008). Na przykład, w przypadku adolescenta będącego w procesie kształcenia muzycznego, u którego występuje skłonność do doświadczania lęku (uogólniona skłonność biologiczna), pochodzącego ze środowiska, w którym wymaga się od niego bycia najlepszym, ale nie wspiera go w tym dążeniu do doskonałości (uogólniona skłonność psychologiczna), narażenie na wczesne i częste oceny oraz samoocenę jego występów w „ambitnym i konkurencyjnym środowisku” (specyficzna skłonność psychologiczna) mogą wystarczyć do uruchomienia poznawczych, fizjologicznych i emocjonalnych reakcji charakterystycznych dla MPA (Kenny i Osborne, 2006). Fehm i Schmidt (2006) zwracają uwagę, że sytuacja występu jest zawsze sytuacją społeczną, która zawiera element oceny i w tym kontekście trema w swej skrajnej formie może przybrać charakter fobii społecznej. Badania wykazały, że muzycy z fobią społeczną są w większym stopniu narażeni na doświadczanie niszczących skutków tremy, niż

ci nie cierpiący z jej powodu (Kaspersen i Gotestam, 2002). Zdaniem Kenny (2006, s. 53): „Osoby, które odczuwają największe zagrożenie prawdopodobnie odczuwają największy lęk, a osoby odczuwające największy lęk, prawdopodobnie uznają warunki, w jakich występują za najbardziej zagrażające”. Kirchner (2003) uważa, że lęk przed występem jest przede wszystkim zjawiskiem psychologicznym, a objawowe aspekty tremy są aktywowane przez poczucie zagrożenia u występującego. Wilson (2002) opisuje poczucie zagrożenia jako połączenie trzech zmiennych, które odgrywają ważną rolę w odczuwaniu lęku: (1) konstytucjonalna i wyuczona tendencja do doświadczania lęku w odpowiedzi na nacisk społeczny – lęk cecha (trait anxiety), (2) stopień trudności zadania (the degree of task mastery) i (3) stopień stresu sytuacyjnego (the degree of situational stress). Przy czym uznaje on za bardziej prawdopodobne odczuwanie przez jednostkę wysokiego poziomu lęku, w sytuacji silnych nacisków społecznych lub środowiskowych.

Zdaniem Kępińskiej-Welbel (2000) wystąpienie publiczne należy do jednej z najtrudniejszych sytuacji psychologicznych – konstytuują je takie czynniki, jak presja czasowa, oczekiwanie bezbłędnego wykonania, a w sytuacji popełnienia błędu brak możliwości jego poprawy, ponadto muzyka staje się przedmiotem ekspozycji społecznej, a jednostka podlega ocenie. Wykonanie utworu jej zdaniem angażuje potencjał muzyczny oraz osobowość wykonawcy. Badania osobowościowych determinant występowania tremy wśród muzyków należą nadal do rzadkości. Istnieją jednak doniesienia, które wskazują na związek między poziomem tremy a samooceną, poczuciem skuteczności oraz narcyzmem i perfekcjonizmem (Kaspersen i Gotestam, 2002; Kenny i in., 2004; Kępińska-Welbel, 1991, 1999, 2000; Papageorgi, 2007; Stoeber i Eisman, 2007; Szulc i Olszak, 2012).

Burowska i Głowacka (2006) w odpowiedzi na pytanie o czynniki leżące u podłoża tremy dokonują podziału dwukategorialnego. Wskazują one na determinanty obiektywne i subiektywne. Do pierwszej grupy zaliczają: repertuar niedostosowany do możliwości i preferencji ucznia, zły aparat gry, niesystematyczną pracę, słabą technikę, niedopracowany repertuar, brak możliwości „ogrania” programu, rzadkie występy, brak właściwej współpracy z pedagogiem (tzw. lękotwórczy nauczyciel), niesprzyjające warunki, złą pogodę, złą akustykę sali. W obrębie drugiej kategorii wyróżniają: niską odporność na stres, zbyt silną (destrukcyjnie działającą) motywację, ogólną wrażliwość, lęk przed oceną publiczną, brak realistycznej samooceny, przekonanie o negatywnym stosunku słuchaczy, ambicje przekraczające możliwości wykonawcze, urazy związane z wcześniejszymi niepowodzeniami, wzmożone poczucie odpowiedzialności, obawę przed błędami w grze i lukami pamięciowymi.

Posługując się sformułowaniem, że ktoś jest muzykiem zapominamy, że nie stał się on nim nagle. Właściwsze być może, w kontekście młodzieży uzdolnionej muzycznie, byłoby użycie określenia, że muzyk staje się muzykiem. Ten proces „stawania się muzykiem” ma charakter wieloletni i wpisuje się w naturalny cykl rozwoju człowieka. Wydaje się więc, że trema nie można traktować jako zjawiska uwarunkowanego wyłącznie czynnikami zewnętrznymi, a konkretnie oceną dokonywaną przez innych, gdyż duże znaczenie mają tu właściwości samej jednostki kształtujące się na drodze jej rozwoju. U źródeł tremy leżą zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i środowiskowe, które wchodząc we wzajemne relacje stanowią naturalne elementy w procesie rozwoju człowieka. Psychologia rozwojowa dostarcza danych wskazujących na to, że rozwój człowieka uwarunkowany jest czynnikami biopsychospołecznymi, zależy więc od predyspozycji jednostki, doświadczeń, które nabywa w biegu życia, jak również celowych działań edukacyjno – wychowawczych oraz zmieniających się warunków społeczno – kulturowych. Czynniki te będące naturalnym elementem rozwoju człowieka, kształtują jego sposób myślenia, przeżywania, postrzegania, rozumienia zdarzeń oraz zdolność do radzenia sobie zarówno z codziennymi sytuacjami, jak i tymi które pojawiają się niespodziewanie.

Podsumowując, nie ma jednoznacznego stanowiska odnośnie przyczyn leżących u podłoża tremy. Przytoczone powyżej doniesienia wskazują na jej wieloczynnikowość i polietiologię. Podkreślają, przede wszystkim znaczenie czynników psychologicznych – tych nabytych oraz modyfikowanych w procesie rozwoju oraz biologicznych (wrodzonych), a także czynników zewnętrznych związanych ze środowiskiem w jakim żyje jednostka. Trema ma więc swe uwarunkowania podmiotowe i sytuacyjne (Kępińska-Welbel, 2000; Wrona-Polańska, 2008, 2014). Wynika z tego, że wiąże się z takimi właściwościami jednostki jak: zasoby będące w jej dyspozycji, zdolność do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz percepcja ich w kategoriach wyzwania, lub przeciwnie – z nieradzeniem sobie w tych sytuacjach, oceną ich jako zagrożenia oraz nieumiejętnością sprostania pojawiającym się wymaganiom. Może łączyć się także z takimi elementami środowiska jak: zasoby lub deficyty tkwiące w otoczeniu (np. fizyczne warunki wykonawstwa, relacja uczeń – nauczyciel), czy też – w szerszej perspektywie z sytuacją społeczno – kulturową (rywalizacja, pęd do kariery, kwestia uznania społecznego).

2.2.2. Objawy tremy

O ile trema jest zjawiskiem sprawiającym trudności definicyjne, o tyle wydaje się, że w odniesieniu do jej objawów porozumienie zarówno wśród badaczy, jak i samych muzyków jest znacznie większe.

Tremie towarzyszącej muzykowi w procesie wykonawczym, czyli przed występem, w jego trakcie oraz po jego zakończeniu towarzyszy szereg objawów, mogących przejawiać się w każdym obszarze jego funkcjonowania. Mogą one dotyczyć sfery somatycznej (objawy fizjologiczne i behawioralne), psychologicznej (objawy poznawcze i emocjonalne) oraz społecznej. Mimo że, w odniesieniu do tego ostatniego obszaru funkcjonowania jest bardzo niewiele doniesień warto podkreślić, że przeżywanie tremy i nadawanie jej znaczenia przez muzyka może wpływać także na relacje w jakie wchodzi, jak również przez te relacje może być modyfikowane.

W literaturze przedmiotu objawy tremy najczęściej prezentowane są jako mające charakter trójkategorialny (Biasutti i Urli, 2006; Kenny, 2006; Kaspersen i Gotestam, 2002; Keegan, 1995; Szulc i Olszak, 2012) lub dwukategorialny (Burowska i Głowacka, 2006). W pierwszym wypadku wymienia się objawy fizjologiczne, psychologiczne (poznawcze i emocjonalne) oraz behawioralne, w drugim mówi się o objawach fizycznych (reakcje wegetatywne i behawioralne) oraz psychicznych. Przedstawione klasyfikacje, niezależnie czy mają charakter trój- czy dwukategorialny odnoszą się do objawów: (1) somatycznych, a więc pochodzących z ciała, w odniesieniu do których wyróżnia się symptomy wegetatywne oraz behawioralne oraz (2) psychologicznych – w obszarze których wymienia się symptomy poznawcze i emocjonalne.

Do grupy symptomów somatycznych (wegetatywnych) zaliczane są objawy ze strony wegetatywnego układu nerwowego (np. zmiany w pracy układu sercowo – naczyniowego, oddechowego, trawiennego, przyspieszenie tętna, skoki ciśnienia, przyspieszony i sploty oddech, uczucie gorąca lub zimna, dreszcze, wzmożone napięcie, sztywność mięśni, drżenie kończyn, suchość w ustach, pocenie się, ból i rozstrój żołądka, utratę apetytu, zimne ręce, wypięki lub blednięcie, czasami także zaburzenia widzenia czy słuchu). Objawy wegetatywne są szczególnie obciążające dla muzyków instrumentalistów – „(...) trudno nie zrozumieć kłopotów z grą na skrzypcach przy drżeniu rąk, grą na fortepianie przy spoconych dłoniach, czy grą na instrumentach dętych, kiedy ma się zupełnie suche usta” (Szulc i Olszak, 2012, s. 204).

Do objawów somatycznych (behawioralnych) zalicza się negatywne elementy gry i zachowania, które nie miały miejsca w trakcie przygotowań (Keegan, 1995). Są to na przykład nerwowe tiki, niekontrolowana mimika, nadmierna gestykulacja, nadmierne pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe.

Wśród objawów poznawczych występują negatywne myśli o sobie i swoich przeżyciach, myśli katastroficzne, myśli dotyczące pojawienia się luk pamięciowych,

zapomnienia fragmentu przygotowanego materiału, wątplenie w możliwości dobrego wykonania repertuaru, dekoncentracja, uczucie zamętu w głowie, zwątpienie i brak wiary we własne możliwości sprostania podjętemu zadaniu, oczekiwanie porażki, ogólne obniżenie sprawności umysłowej, obsesyjne myśli dotyczące występu („na pewno się pomylę”). Według Szulc i Olszak (2012) do objawów poznawczych należą te schematy myślenia i postępowania, które człowiek ustalił w toku całego życia. Zaznaczają oni, że osobom, które doświadczają zbyt wysokiego poziomu tremy, natrętnie towarzyszą myśli katastroficzne dotyczące konsekwencji niepowodzenia podczas występu.

W obszarze objawów emocjonalnych najczęściej wyróżniane są następujące dolegliwości: „wyłączenie się”, nasilenie niepokoju, lęku i strachu oraz poczucie obawy np. przed utratą kontroli nad przebiegiem utworu

Szulc i Olszak (2012, s. 205) w kontekście objawów tremy zwracają uwagę na zjawisko deautomatyzacji wykonania utworu. Ich zdaniem: „Muzyk podczas występu powinien skupić się na interpretacji utworu, a nie technicznym sposobie jego wykonywania. Gdy zaczyna się za bardzo zastanawiać na przykład nad tym, czy zna utwór na pamięć lub jak powinien oddychać, może dojść do deautomatyzacji nabytych wcześniej nawyków”. Za przyczynę deautomatyzacji uważa się m.in. nadmierną koncentrację na aspekcie wykonawczym – technice gry lub własnym stanie fizycznym i/ lub psychicznym. Amerykański psychiatra i badacz świadomości Deikman wprowadził pojęcie deautomatyzacji (Migda, 2013). Używa je jednak w odmiennym znaczeniu niż Szulc i Olszak (2012). Jego zdaniem deautomatyzacja prowadzi do wyłączenia schematycznych sposobów myślenia oraz przeżywania i dzięki temu wejścia na drogę innego, mistycznego poznania rzeczywistości. Szulc i Olszak (2012) traktują deautomatyzację także, jako utratę pewnych schematów czy nawyków (na przykład, na skutek nadmiernej koncentracji na poprawności technicznej utworu), która w konsekwencji prowadzi nie do doświadczeń szczytowych, a do negatywnych konsekwencji dla muzyka i jego wykonania. Można jednak oba sposoby rozumienia połączyć. Dla muzyka niezmiernie ważne jest, by wychodząc na scenę miał na tyle opanowany utwór pod względem technicznym, aby w trakcie wykonania umysł jego był wolny od tego aspektu wykonawczego – mowa tu zatem o automatyzacji opanowania technicznego utworu (stąd też rola odpowiednio wczesnego rozpoczęcia przygotowania do występu) (Cofalik, 2015). Dzięki temu może on doświadczać muzyki, przeżywać ją, cieszyć się jej wykonaniem – według niektórych muzyków wykonanie utworu jest doświadczeniem mistycznym, przejściem do innej rzeczywistości. By taki stan mógł pojawić się w przeżyciu muzyka, musi on być wolny od objawów tremy, których doświadczą jako negatywnych np. nadmiernej koncentracji na bezbłędnym wykonaniu technicznym utworu z jednej strony

i myślach skoncentrowanych na pozbyciu się tych objawów z drugiej. Zatem automatyzacja technicznych umiejętności (pod warunkiem, że są one poprawne), daje możliwość na deautoamtyzację w sferze psychicznej, w rozumieniu Deikmana i tym samym doświadczanie występu w mistyczny sposób.

Symptomy tremy mogą prowadzić do konsekwencji bezpośrednich oraz pośrednich. Pierwsze z nich pojawiają się, gdy muzyk antycypuje sytuację (np. egzaminu, konkursu, lekcji z nauczycielem) lub jest już w tej sytuacji. Wówczas objawy tremy w sposób bezpośredni mogą przyczynić się do pogorszenia jakości wykonania. Pośrednie skutki tremy znajdują odzwierciedlenie w codziennym funkcjonowaniu muzyka: (1) w jego relacjach z rodziną, rówieśnikami, nauczycielami, które najczęściej w owych sytuacjach nie są korzystne (życie w ciągłym lęku i napięciu nie sprzyja kształtowaniu pozytywnych relacji interpersonalnych), (2) w jego życiu szkolnym (można w tym miejscu odwołać się do spirali niepowodzeń) (por. rozdz. 2.2.3), (3) w jego stanie zdrowia (somatycznego i psychicznego).

Podsumowując, muzycy doświadczają somatycznych oraz psychologicznych objawów tremy prowadzących do bezpośrednich i pośrednich konsekwencji, znajdujących wyraz w każdej sferze ich funkcjonowania.

2.2.3. Konsekwencje tremy

Trema najczęściej kojarzona jest z doświadczaniem wyłącznie przykrych stanów somatycznych oraz negatywnych emocji i myśli. Ta powszechna percepcja zjawiska nie odzwierciedla go jednak w sposób całkowity. Już z końcem lat 80. XX Wolfe (1989) wprowadziła pojęcie tremy osłabiającej na określenie stanu jednostki, który prowadzi do obniżenia jakości wykonania. Jej zdaniem istnieją dwa typy tremy – pierwszy to normalny stan pobudzenia pojawiający się w sytuacji publicznej, drugi natomiast ma charakter nieprzystosowawczy – paraliżuje i wpływa niekorzystnie na występ. Także Raducanu (2010) wskazuje na istnienie tremy pozytywnej i negatywnej². Niektórzy proponują zróżnicowanie omawianego zjawiska poprzez przypisanie poszczególnym stanom odpowiednich nazw. Na przykład Moller (1999; za: Fehm i Schmidt, 2006) uważa, że na oznaczenie pozytywnego stanu

² W literaturze można spotkać rozróżnienie na tremę pozytywną i negatywną. Nie odnosi się ono jednak do wartościowania omawianego zjawiska – służy ukazaniu, że trema może prowadzić zarówno do pozytywnych jak i negatywnych konsekwencji. W pierwszym przypadku może ona wieść do poprawy jakości wykonania, polepszenia funkcjonowania muzyka a także sprzyjać zdrowiu, w drugim natomiast może skutkować pogorszeniem wykonania i funkcjonowania jednostki oraz zagrażać zdrowiu. Dokładne omówienie tremy jako czynnika sprzyjającego lub zagrażającego zdrowiu zamieszczono w rozdziale 4.

należy używać określenia *stage fright*, natomiast termin *performance anxiety* powinien być odnoszony do poziomu lęku niekorzystnie wpływającego na muzyka i jego wykonanie. Niezależnie jednak od sporów dotyczących nomenklatury omawianego zjawiska istotne wydaje się przyjęcie założenia, że trema może pełnić funkcje adaptacyjne, czy wręcz optymalizujące rozwój jednostki, sprzyjając jej zdrowiu (Wrona-Polańska, 2004, 2006, 2014, 2016). Zdaniem Kempa (1996) świat dźwięków jest dla muzyka polem do stawiania sobie estetycznych, technicznych i osobistych celów. Według niego występ może być okazją do sprawdzenia się i sprostania oczekiwaniom zarówno własnym, jak i innych, ale kiedy towarzyszy mu wizja zagrażającej samoocenie porażki może generować lęk. Wypowiedzi samych artystów także wskazują na niejednoznaczny charakter tremy (Stączek, 2012; Szulc i Olszak, 2012; Wills, 2011).

Badania koncentrują się przede wszystkim na tym, że wielu muzyków charakteryzuje ponadprzeciętny poziom lęku, który prowadzi do negatywnych konsekwencji dla muzyka i jego wykonania (James, 1998; za: Kenny, 2006; Kępińska-Welbel, 2000; Teztel i Askin, 2007; za: Egilmez i in., 2013; van Kemenade, van Son, van Heesch, 1995; za: Kenny, 2005). Trema negatywna w swoich konsekwencjach jest szkodliwa dla muzyków, gdyż może stanowić powód, dla którego wielu obiecujących artystów porzuca marzenia o karierze muzycznej, jeszcze na etapie kształcenia muzycznego. Nieodłącznie wiąże się z nią lęk o jakość wykonania, niepewność co do własnych zdolności, przekonanie że posiadane umiejętności są niewystarczające, aby w sposób poprawny zagrać zaplanowany program. Towarzyszy jej dysfunkcyjny sposób myślenia o sobie i otaczającej rzeczywistości oraz niskie poczucie własnej wartości. Występ przed publicznością to sytuacja, w której muzyk powinien skoncentrować się na zadaniu, jakim jest zagranie przygotowanego programu. Oderwanie od tego typu myślenia jest typowe dla muzyków doświadczających tremy negatywnej i może stanowić źródło szeregu trudności, które Raducanu (2010) określa jako: (1) wyolbrzymianie w wyobraźni tego, co może się stać jeśli zostanie popełniony błąd w trakcie gry oraz (2) nadmierna koncentracja na tym, jak inni odbiorą występ oraz samego muzyka. Objawy poznawcze i emocjonalne są uważane za te, które w większym stopniu (niż objawy somatyczne) odpowiadają za to, czy konsekwencje tremy będą sprzyjały muzykowi czy też mu zagrażały. Potwierdzają to wyniki badań Salomona (1990 za: Keegan, 1995). Zgodnie z nimi objawy fizjologiczne pojawiające się przed występem, mimo iż z reguły są bardzo przykre mogą odgrywać funkcję mobilizującą muzyka do wykonania zadania. Zaznacza on, że zarówno zbyt wysokie, jak i zbyt niskie pobudzenie psychiczne podczas występu jest zjawiskiem niekorzystnym.

Craske i Craig już w latach 80. podkreślali, że MPA jest konsekwencją psychologicznego pobudzenia, zgodnie z modelem odwróconej litery U. Sang – Hie Lee (2002; za: Raducanu, 2010) twierdzi, że psychologowie zakwalifikowali podwyższony stan napięcia, jako biologiczną podstawę motywująca do działania. Również Kępińska-Welbel (1991, s. 2) uważa, że „należy polubić tremę, a wysoki poziom pobudzenia należy traktować jako sygnał do uruchomienia repertuaru zachowań spełniających rolę kontroli gry”.

W obliczu powyższych doniesień trudno jednoznacznie określić, jaki poziom tremy sprzyja wykonaniu i w dłuższej perspektywie czasowej zdrowiu muzyka. Wydaje się jednak, że warto przyjąć założenie, że relacja pobudzenie – efektywność wykonania zadania wiąże się z różnicami indywidualnymi (Łukaszewski i Doliński, 2005) oraz zasobami i stylami radzenia sobie ze stresem (tremą) (Wrona-Polańska, 2010, 2011a)

Trema zgodnie z potocznym, jak i wynikającym z jej źródłosłowu rozumieniem może znacznie obniżać jakość wykonania, bez względu na to, jak dobrze artysta jest przygotowany. Z drugiej strony może, obok przygotowania muzycznego prowadzić do pozytywnych konsekwencji dla muzyka i jego scenicznej aktywności. W tym kontekście ważne jest utrzymanie optymalnego napięcia – zbyt wysoki jego poziom wiąże się z deficytami w obszarze zasobów, które prowadzą do nieskutecznego radzenia sobie w sytuacji stresowej, zagrażając zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003, 2011). Wysoki poziom napięcia przyczynia się także do zmniejszenia pewności gry i w konsekwencji zwiększenia ryzyka niepowodzenia, stając się początkiem tego, co Kępińska-Welbel (1991) nazwała *spiralą niepowodzeń*. Spirala ta wiąże się z niekorzystną percepcją siebie i własnych umiejętności, utratą poczucia własnej kompetencji muzycznej, brakiem kontroli, a w konsekwencji nie odczuwaniem satysfakcji z twórczości muzycznej i oczekiwaniem potencjalnych niepowodzeń, które zwrótnie wpływają na obraz własnej osoby oraz przekonanie o swoich kompetencjach i zdolnościach.

Podsumowując, całkowite wyeliminowanie tremy jest niemożliwe, co więcej byłoby niekorzystne. Zdaniem Kępińskiej-Welbel (1999, s. 208) „(...) emocje związane z występem są nieodzowne, jak frak i muszka (...), coraz częściej można spotkać się z poglądem, że artyści sami, nieświadomie wprowadzają się w stan pobudzenia i napięcia, które sprzyja bezpośredniemu przekazywaniu emocji”. Trema jest więc integralnym elementem życia artysty – wykonawcy, dlatego ważne jest, aby jej konsekwencje miały charakter pozytywny (motywujący, mobilizujący), a nie negatywny. Z tego względu obok takich elementów jak: wielokrotne powtarzanie materiału, adekwatny dobór utworu do możliwości młodego muzyka, dostosowanie sposobu, w jaki będzie prowadzona praca nad utworem, poznanie miejsca, w którym będzie odbywał się koncert – mowa tu o czynnikach zewnętrznych – duże znaczenie

mają również dyspozycje samego muzyka. Warto zatem poszukiwać czynników, które prowadziłyby do doświadczania tremy pozytywnej w swych konsekwencjach w różnicach indywidualnych, takich jak właściwości osobowości, zasoby i style radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2008, 2009, 2013, 2013a, 2013b; Wrona-Polańska i in., 2009, 2011, 2016).

2.2.4. Procesualny aspekt tremy

Najczęściej, trema kojarzona jest z sytuacją samego występu (Kaspersen i Gotestam, 2002). Okazuje się jednak, że jest ona procesem czasowym (Kępińska-Welbel, 1991; Raducanu, 2010; Ryan, 2004). Fenomen ten, nie jest ograniczony tylko do momentu publicznego przedstawiania utworu. Trema wiąże się także z antycypacją rezultatu wykonania (zawiera elementy przewidywania odległych w czasie konsekwencji występu) oraz jego retrospekcją. W tym sensie ma charakter procesualny.

Wyjaśniając omawiane zjawisko można odwołać się do mechanizmu feed-back i feed-forward (Kępińska-Welbel, 1991). Pierwszy z nich związany jest z przeszłymi wykonaniami muzyka i dostarcza informacji zwrotnych na temat dotychczasowego przebiegu wykonania utworu oraz uprzednich występów (retrospekcja), drugi natomiast integruje dotychczasowe informacje i może wpływać na przewidywanie porażki lub sukcesu (antycypacja).

Kępińska-Welbel (1991) wprowadziła rozróżnienie na tremę przedkoncertową, tremę koncertową i tremę pokoncertową.

Trema przedkoncertowa może pojawić się w każdym momencie poprzedzającym występ (tydzień, dzień, godzinę czy kilka minut przed występem) – L. Pavarotti uważał, że zdenerwowanie przed występem jest jego nieodłączną częścią (Leary i Kowalski, 2001). Do głównych objawów tego etapu należą symptomy ze strony wegetatywnego układu nerwowego oraz ogólne pobudzenie. Samo pobudzenie nie jest tak niebezpieczne, jak ocena poznawcza sytuacji. Jeśli symptomy fizjologiczne zostaną połączone z negatywną ich interpretacją, która przybierze postać demonizacji objawów, nadawania im negatywnego znaczenia, zamiast postrzegania ich jako reakcji adaptacyjnej organizmu, której celem jest przygotowanie do wykonania emocjonalnie trudnego zadania, to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że doprowadzi to do nieadaptacyjnego przeżycia tremy koncertowej. Zdaniem Raducanu (2010, s. 186):

Ten rodzaj lęku w wielu przypadkach może występować nie tylko na scenie. Wydaje się być w większym stopniu konsekwencją oceny natury sytuacji, niezależną wyłącznie od obecności publiczności. To jest fenomen, który występuje nagle, ale rozwija się stopniowo przez długi okres czasu przed ważnym wydarzeniem, takim jak recital czy koncert.

Zabuska (2009) w jednym ze swoich artykułów zadaje pytanie: „Jak jednak wytłumaczyć, że odczucia do złudzenia przypominające tremę towarzyszą nawet samotnej pracy czy kontrolnemu nagrywaniu jej efektów?”. Jej zdaniem trema, w dużym stopniu ma antycypacyjny charakter – jej źródłem może być towarzysząca pracy nad utworem wizja zbliżającego się publicznego występu i jego oceny. Możliwe jest więc, że publiczność wywołuje tremę pośrednio, sama jej obecność jest źródłem pobudzenia, natomiast to czy przyjmie ono charakter pozytywny, czy negatywny wiąże się ze sposobem percepcji sytuacji przez jednostkę (antycypacją reakcji otoczenia).

Trema koncertowa towarzyszy wykonywaniu utworu przed publicznością, objawia się m. in. poczuciem braku kontroli nad wykonaniem, zaburzeniami koncentracji, a także pesymistycznymi myślami na temat siebie i swojego występu. Wykonawcy, doświadczający zbyt wysokiego poziomu tremy, zwłaszcza w początkowym okresie występu mogą doświadczać łańcucha interakcji między czynnikami somatycznymi, poznawczymi i emocjonalnymi, który w konsekwencji prowadzi do obniżenia poziomu wykonania.

Trema pokoncertowa związana jest z oceną własnego wykonania, oceną dokonaną przez specjalistów (np. egzaminujących nauczycieli) oraz oceną publiczności. Może ona wiązać się z emocjami pozytywnymi – zadowolenie z siebie, duma lub negatywnymi – lęk, wstyd, żal. W kontekście tych ostatnich Szulc i Olszak (2012, s. 204) piszą: „Ostatnim etapem jest trema pokoncertowa – przeżywanie wykonania utworu na nowo, emocje wstydu, złości, niezadowolenia, załamania, lęku, że nie spełniło się oczekiwań swoich i innych osób, odczuwanie rozbieżności pomiędzy zamierzonym a osiągniętym poziomem wykonania utworu”. Trema pokoncertowa może zwrotnie wpływać na tremę przedkoncertową, której przeżywanie powodowane jest m. in. przez retrospekcję wcześniejszych wykonań. Sposób antycypacji kolejnego występu, zależy więc od doświadczeń związanych z poprzednimi występami (mechanizm feed – back i feed – ward).

Wprowadzenie rozróżnienia na tremę przedkoncertową, koncertową i pokoncertową ukazuje jej procesualny charakter i jest istotne dla pełnego zrozumienia omawianego zjawiska. Stanowi także ważną wskazówkę dla potencjalnych oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych, które powinny w swych założeniach uwzględniać złożoność omawianego zjawiska, wynikającą z jej procesualnego charakteru. Traktowanie tremy jako sytuacji ograniczonej do momentu występu ma charakter redukcjonistyczny i nie pozwala na właściwe poznanie jej natury, a także – w tym kontekście zrozumienia jej wpływu na zdrowie i funkcjonowanie muzyka.

2.2.5. Sposoby radzenia sobie z treścią

Pierwszy kompleksowy przegląd badań dotyczących metod stosowanych w celu poradzenia sobie z MPA przeprowadziła Kenny (2005). Zwróciła ona uwagę na oddziaływania stosowane wobec muzyków doświadczających tremy, która negatywnie wpływa na ich funkcjonowanie sceniczne. Na podstawie dokonanego przeglądu analiz empirycznych dotyczących omawianej problematyki wyróżniła następujące działania: interwencje behawioralne (behavioural interventions), interwencje poznawcze (cognitive interventions), interwencje poznawczo – behawioralne (cognitive – behavioural interventions), technika Alexandra (Alexander Technique), biofeedback, muzykoterapia (music therapy), hipnoterapia (hypnotherapy), medytacja (meditation) oraz interwencje farmakologiczne (drug interventions). Poza metodami wymienionymi powyżej, w literaturze przedmiotu można znaleźć także doniesienia dotyczące stosowania takich metod jak: joga (Garner, 2012; Khalsa, Shorter, Cope, Wyshak i Sklar, 2009), terapia odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) (Garner, 2012), technika Rolfingu i metoda Feldenkrais (Cimen, 2001; za: Egilmez i in., 2013), techniki oddechowe i relaksacyjne (Deen, 2000; Grishman, 1989; za: Kenny 2005; Egilmez i in., 2013).

Fehm i Schmidt (2006) na podstawie przeprowadzonych badań grupy nastoletnich muzyków dokonali podziału sposobów radzenia sobie z treścią na radzenie o charakterze krótkoterminowym (stosowane bezpośrednio przed występem) oraz długoterminowym (obejmujące działania pozwalające poradzić sobie z MPA w dłuższej perspektywie czasowej). Wśród pierwszej grupy wymieniają, zgodnie z częstością ich występowania następujące działania: ćwiczenie trudnych części utworu (95%), pozytywne myślenie (81,2%), modlitwa (54,9%), palenie papierosów (20,4%), relaksacja (18,4%), przyjmowanie leków uspokajających (15%), w pojedynczych przypadkach spożywanie alkoholu i zażywanie narkotyków. W odniesieniu do sposobów radzenia sobie zorientowanych długoterminowo wyszczególniono następujące działania: przygotowywanie się do występu (40%), rozmowy z osobami z klasy oraz przyjaciółmi spoza środowiska muzycznego (ponad 20%), rozmowy z nauczycielami (około 20%), relaksacja (około 10%). Mimo stosowania powyżej wymienionych sposobów radzenia sobie z treścią 86% uczniów stwierdziło, że potrzebowałyby w tym zakresie pomocy. Ich zdaniem pomoc taka mogłaby przyjąć dwie formy: (1) odpowiednie oddziaływania przyczyniające się do redukcji tremy powinny być stosowane w trakcie codziennych lekcji gry, (2) wdrożenie działań zewnętrznych np. organizacji warsztatów czy wprowadzenia technik relaksacji do zajęć.

Omawiana problematyka, coraz częściej w literaturze przedmiotu podejmowana jest w odniesieniu do zażywania leków w celu zmniejszenia poziomu tremy. Badania wskazują, że oddziaływania farmakologiczne stanowią powszechny sposób radzenia sobie z tremą w grupie muzyków, przy czym często stosowane są bez konsultacji medycznej (Lackwood, 1989; za: Egilmez i in., 2013; Fishbein i in., 1988; za: Fehm i Schmidt, 2006; Nube, 1991; za: Kenny, 2005).

Literatura przedmiotu dostarcza informacji na temat różnorodnych technik i metod, które stosowane są w celu poradzenia sobie z tremą. Na podstawie dotychczas przeprowadzonych badań dotyczących omawianego zagadnienia można wyciągnąć następujące wnioski: (1) literatura dotycząca sposobów oddziaływań podejmowanych wobec MPA jest fragmentaryczna, nierzadko sprzeczna, a wyniki badań nie mają charakteru jednoznacznego (Kenny, 2005); (2) metody, których skuteczność poddano analizie empirycznej mają charakter doraźny i stosowane są w sytuacji, kiedy muzyk doświadcza już wysokiego poziomu lęku oraz negatywnych objawów tremy, w różnym stopniu dezorganizujących jego funkcjonowanie.

W powyższej części pracy zwrócono uwagę na specyfikę kształcenia muzycznego, wiążącego się z wieloma sytuacjami, które wymagają od ucznia zdolności do poradzenia sobie z zadaniami angażującymi jego potencjał fizyczny i psychiczny. Wskazano także, że trema jest nieodłącznym elementem kształcenia muzycznego i omówiono jej złożony charakter. Ukazano ją jako zjawisko uwarunkowane wieloczynnikowo, mające procesualny charakter, któremu towarzyszą objawy psychofizyczne. Podjęto także problematykę radzenia sobie z tremą, wskazując, że koncentruje się ono przede wszystkim na metodach stosowanych w sytuacji pojawienia się tzw. tremy negatywnej, zagrażającej wykonawstwu i zdrowiu muzyka.

Problematyka poruszona w powyższych rozdziałach wskazuje, że młodzież uzdolniona muzycznie narażona jest na wiele sytuacji stresowych, które mogą zagrażać jej zdrowiu. Współcześnie w psychologii zdrowia zwraca się uwagę, przede wszystkim na czynniki pozwalające na optymalne funkcjonowanie i zachowanie zdrowia mimo sytuacji trudnych (Heszen, 2013; Heszen i Sęk, 2012; Wrona-Polańska, 2003, 2011). Z tego względu w kolejnej części pracy omówiono problematykę zdrowia oraz jego psychologicznych mechanizmów, w konsekwencji, podejmując kwestię tremy jako specyficznego rodzaju stresu, który może sprzyjać zdrowiu (Wrona-Polańska, 2004, 2014, 2016).

3. Zdrowie w perspektywie psychologicznej

Problematyka zdrowia ma wielowiekową tradycję udokumentowaną bogactwem badań i literatury przedmiotu. Podejmowana jest przez przedstawicieli wielu nauk – m.in. psychologów, pedagogów, lekarzy i socjologów. Mimo tego, pytania dotyczące tego czym jest zdrowie i jakie są jego uwarunkowania są stale aktualne. Współcześnie wiadomo, że znalezienie na nie odpowiedzi wymaga podejścia interdyscyplinarnego, a nawet transdyscyplinarnego (Górnik-Durose, 2011).

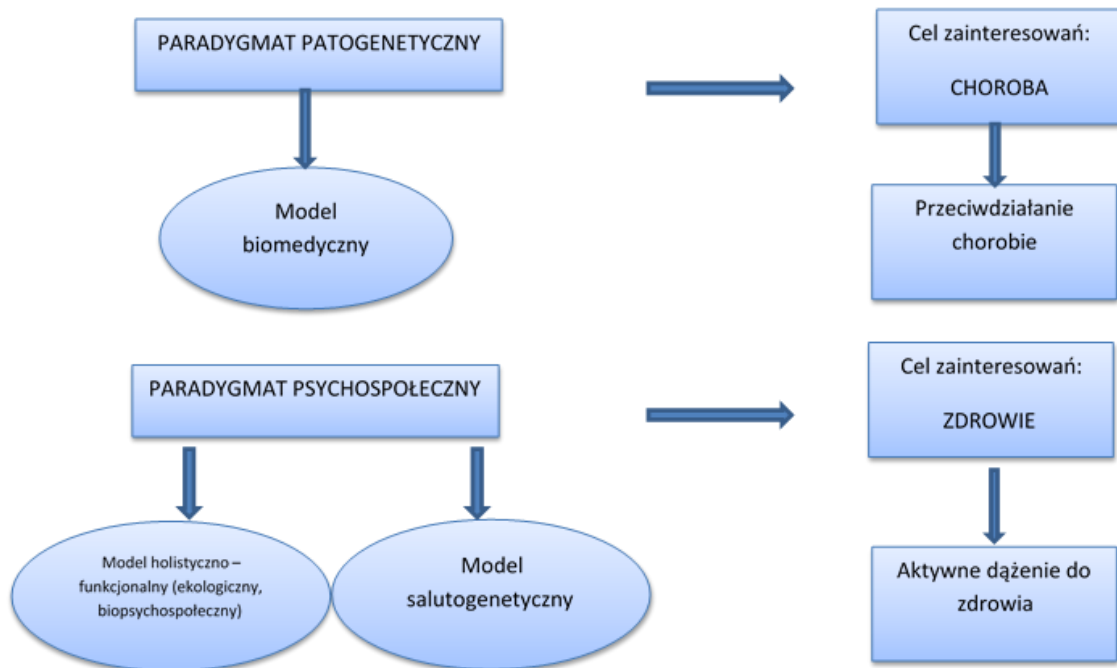
Tak szerokie podejście do fenomenu zdrowia wynika z tego, że na przestrzeni lat zdrowie przestało być traktowane jako brak choroby. Nastąpiło przejście od rozumienia biomedycznego, związanego z dualizmem kartezjańskim do traktowania omawianego zagadnienia jako zjawiska o charakterze biopsychospołecznym (Wrona-Polańska, 2003, 2011). Zdrowie zaczęło być rozpatrywane w odniesieniu do sfery somatycznej, psychicznej oraz społecznej – według niektórych także duchowej (Białek, 2012; Heszen, 2013). Podejście to powoduje jednak trudności związane przede wszystkim z niejednoznacznością terminologiczną i niejasnością dotyczącą tego, co jest optymalnym dla jednostki poziomem funkcjonowania w każdej ze sfer. O ile w medycynie kryteria zdrowia i choroby są wyszczególnione w sposób jasny, o tyle w podejściu psychospołecznym wykraczają one poza sferę somy i parametry medyczne, przestając być tak oczywistymi (Wojtyna i Stawiarska, 2013).

W rozdziale tym zostaną poruszone kwestie dotyczące: (1) zmian w rozumieniu zdrowia, a więc przejścia od paradygmatu biomedycznego (patogenetycznego) do biopsychospołecznego i salutogenetycznego, (2) sposobu rozumienia omawianego zagadnienia w odniesieniu do naukowych i subiektywnych definicji zdrowia oraz ich znaczenia dla praktyki społecznej, (3) psychologicznych uwarunkowań zdrowia. Zostanie także omówiony Funkcjonalny Model Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003), jako integrujący założenia dotychczasowych koncepcji ujmujących zdrowie w sposób holistyczny i funkcjonalny.

3.1. Modele zdrowia – od paradygmatu patogenetycznego do psychospołecznego

Rozumienie zdrowia znajduje wyraz w tworzeniu różnych jego modeli. Ich źródeł należy upatrywać w sposobie percepcji świata i człowieka, typowej dla danego okresu historycznego, dominujących tendencji społeczno – kulturowych oraz nauki w obszarze której były tworzone. Modele mają charakter pierwotny wobec definicji zdrowia, a rozmaite ujęcia zdrowia odzwierciedlają różne podejścia do jego problematyki i wskazują na zróżnicowane mechanizmy i uwarunkowania (Wrona-Polańska, 2011).

W literaturze przedmiotu mówi się o podejściu patogenetycznym i psychospołecznym. W nurcie pierwszym tkwią założenia modelu biomedycznego, natomiast w nurcie drugim idee modelu biopsychospołecznego, inaczej zwanego holistyczno – funkcjonalnym lub ekologicznym oraz salutogenetycznym (rycina 1).



Rycina 1. Paradygmaty i modele zdrowia oraz ich konsekwencje.

Źródło: H. Wrona-Polańska (2006a).

Przez długi okres w rozumieniu zdrowia i jego przyczyn dominował model patogenetyczny związany z podejściem biomedycznym. Założenia jego wywodziły się z kartezjańsko – newtonowskiego paradygmatu mechanistycznego. Fundamentem tego podejścia była idea, że ciało i umysł są odrębnymi bytami. Medycyna w tym ujęciu nastawiona była na leczenie chorób, a nie promocję czy profilaktykę zdrowia. To co stanowiło źródło zainteresowania, to choroba w sensie zmian organicznych, natomiast stan psychiczny jednostki i jej nastawienie traktowane były jako nieistotne. W procesie leczenia nie uwzględniano aktywnej roli chorego i jej znaczenia w powrocie do zdrowia. Stres traktowano jako czynnik predysponujący do chorób, stresory jako patogeny, a zdrowie ujmowano w sposób dychotomiczny – jako stan braku choroby. Zdrowie było więc kategorią obiektywną, ograniczoną do somatycznej sfery człowieka (Hoffman, 2002; Domaradzki, 2013).

Na przestrzeni lat negatywne rozumienie zdrowia okazało się niewystarczające. Współczesna rzeczywistość wymaga od człowieka wszechstronnego rozwoju. Potrzeba zatem podejścia pozytywnego oraz dynamicznego, które podkreślałoby możliwości rozwoju

jednostki, a także jej rolę w kreowaniu zdrowia indywidualnego i społecznego. Według Wrony-Polańskiej (2003, 2011, 2016a) człowiek jest jednością psychofizyczną, która żyje w szerszym kontekście społeczno – kulturowym, z tego względu u podstaw współczesnego myślenia o zdrowiu powinno leżeć systemowe podejście do jednostki i jej zdrowia. Zdaniem Woynarowskiej (2010) pojęcie zdrowia odnosi się do trzech wymiarów: zdolności do wykonywania zadań dnia codziennego, dobrego samopoczucia oraz przestrzegania zachowań prozdrowotnych. Według Piątkowskiego (2002) za wskaźniki zdrowia obok braku choroby można przyjąć także: pozytywne relacje z otoczeniem, aktywność człowieka, zdolność do wykonywania ról i zadań społecznych, poczucie samospełnienia oraz adaptację do zmieniających się warunków.

Odejście od dualistycznego i redukcjonistycznego rozumienia zdrowia było efektem, przede wszystkim rewolucji zdrowotnych, które stanowiąc odpowiedź na narastające problemy zdrowotne, przyczyniły się do ukazania obok biologicznego, także psychospołecznego wymiaru zdrowia, aktywnej roli podmiotu w jego kreowaniu oraz zmiany konceptualizacji stresu (jako nie koniecznie, w swych konsekwencjach negatywnego). Na skutek zmian jakie dokonały się na przestrzeni niespełna stu lat człowiek przestał być biernym odbiorcą oddziaływań medycznych i stał się aktywnym twórcą własnego zdrowia, zdolnym do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi dzięki posiadanym zasobom (Wrona-Polańska, 2009a; 2011). Rewolucje przyczyniły się do ujmowania zdrowia w kategoriach holistyczno – funkcjonalnych oraz wzrostu świadomości zdrowotnej i czynników warunkujących je (Wrona-Polańska, 2006a). Ich efektem był również rozwój działań pozamedycznych ukierunkowanych na jednostkę i jej środowisko. Wskazały one także na konieczność zwiększania świadomości zdrowotnej, w celu promowania zdrowia indywidualnego i społecznego (Wrona-Polańska, 2009a; Wrona-Polańska, 2011).

Traktowanie zdrowia jako zjawiska zależnego od czynników społecznych, w tym przenikania wiedzy specjalistycznej do wiedzy potocznej oraz podmiotowych czyli aktywnego i świadomego działania jednostki na jego rzecz znalazło odzwierciedlenie w koncepcji A. Antonovsky’ego – twórcy podejścia salutogenetycznego. Zgodnie z nim zdrowie powiązane jest ze stresem, gdyż „stresory są wszechobecne, a normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest stan braku równowagi” (Sęk, 2001, s. 24). Konsekwentnie zdrowie jest procesem utrzymywania równowagi w wymiarze dynamicznym między stresorami, czyli wymaganiami otoczenia a zasobami, czyli możliwościami jednostki. Człowiek stale narażony jest na doświadczanie sytuacji trudnych i znajduje się w stanie nieustannego poszukiwania harmonii – dynamicznej i optymalnej. Można, zatem określić różne poziomy zdrowia i ujmować je na

kontinuum zdrowie – choroba. Badania Wrony-Polańskiej (2003, 2011) wskazują, że o tym bliżej którego krańca kontinuum znajdzie się człowiek decydują zasoby będące w jego dyspozycji, poziom doświadczanego stresu oraz to, w jaki sposób i na ile skutecznie i efektywnie jednostka sobie z nim radzi.

Przyjęcie założeń modelu salutogenetycznego oznacza koncentrację na utrzymaniu, wzmacnianiu, promowaniu lub w sytuacji choroby przywracaniu zdrowia, nie tylko w wymiarze cielesnym, ale holistycznie – zdrowia funkcjonalnego. Model salutogenetyczny ukazuje wieloczynnikowe uwarunkowania zdrowia i choroby. Koncentruje się na aktywności podmiotu, jego przekonaniach o własnych możliwościach i źródłach wsparcia, które sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie z sytuacją stresową (Heszen i Sęk, 2012; Wrona-Polańska, 2011). W swojej koncepcji Antonovsky (2005) nadaje niezwykle ważną rolę zgeneralizowanym zasobom odpornościowym, które warunkują sposób oceny sytuacji i to, jakie w konsekwencji tej oceny jednostka uruchomi działania zaradcze. Zasoby sprzyjają zatem zdrowiu, a deficyty jego utracie – dysharmonii między wymaganiami a możliwościami jednostki.

Współczesne rozumienie zdrowia w kategoriach holistyczno – funkcjonalnych nawiązuje także do teorii systemowej, znajdującej wyraz w teorii systemów ekologicznych Bronfenbrennera i stworzonego w latach 80. XX wieku przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto społeczno – ekologicznego modelu zdrowia znanego jako Mandala Zdrowia (Borzucka-Sitkiewicz, 2006). Modele te ukazują wielorakie zależności między środowiskiem społecznym, kulturowym i fizycznym a zdrowiem. Człowiek ujmowany jest jako jedność biopsychospołeczna, mająca swe miejsce w ekosystemie stanowiącym centrum wszechświata. Jednostka oddziałuje na nad- i podsystemy oraz ulega ich wpływom. Tym samym może być aktywnym twórcą otaczającej rzeczywistości oraz kreatorem własnego zdrowia. Podsystemy zachowują swoją unikatowość przy jednoczesnym rozwoju i tendencji do zmian z zachowaniem integralności i spójności całego systemu (Wrona-Polańska, 2006a, 2011). To właśnie tendencja do rozwoju i zmian, czyli możliwość do wychodzenia poza własne ograniczenia i tworzenia nowych struktur jest istotna w kontekście omawianej problematyki. Zgodnie z teorią systemową człowiek jest jednością psychofizyczną, żyjącą w środowisku fizycznym i społecznym, które wzajemnie na siebie oddziałują i wchodzą w relacje z jednostką. Podkreślona zostaje więc podmiotowość jednostki, jako twórcy zdrowia somatycznego, psychicznego oraz społecznego i w konsekwencji jej zdolność do „(...) kierowania własnym życiem i kreowania samego siebie, w szerszym kontekście społecznym (...)” (Wrona-Polańska, 2006a, s. 21).

Przejsie od paradygmatu biomedycznego do psychospołecznego spowodowało zmiany w rozumieniu zdrowia oraz roli jednostki w jego kształtowaniu: (1) zdrowie przestało być kategorią obiektywną i negatywną, (2) zdrowie zaczęło być rozumiane jako proces dynamiczny, ukierunkowany na utrzymanie równowagi między możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia, (3) o poziomie zdrowia decyduje konstelacja czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych stanowiących o holistycznym jego rozumieniu, (4) zdrowie związane jest z aktywną i świadomą postawą człowieka, ukierunkowaną na wzmacnianie potencjału jednostki poprzez rozwijanie zasobów, skuteczne i efektywne radzenie sobie ze stresem oraz zdrowy styl życia – w tym sensie ma charakter funkcjonalny (Wrona-Polańska, 2011).

3.2. Koncepcje zdrowia

Przeniesienie akcentu z choroby na zdrowie stało się źródłem rozważań o charakterze interdyscyplinarnym na temat tego, czym jest zdrowie i jakie są jego uwarunkowania. Pytanie to stanowi przedmiot zainteresowania i refleksji empiryczno – teoretycznych badaczy z różnych dziedzin nauki oraz pojawia się w rozważaniach każdego człowieka, który tworzy subiektywne definicje zdrowia. W literaturze można odszukać blisko sto dwadzieścia definicji zdrowia (Kowalski i Gawel, 2007), które dotyczą różnych obszarów funkcjonowania jednostki i które ukazują zróżnicowanie w jego rozumieniu. Percepcja i sposób definiowania zdrowia zależny jest od wielu czynników, m. in. sytuacji politycznej, ekonomicznej i społecznej kraju, osiągnięć nauki, warunków środowiskowych oraz norm i zwyczajów konkretnej zbiorowości (Domaradzki, 2013). W zależności od kultury, grupy społecznej czy obszaru terytorialnego w tym samym czasie historycznym mogą więc pojawiać się różne sposoby ujmowania zdrowia (Firkowska-Mankiewicz, 2009). W rozdziale tym podjęto problematykę rozumienia zdrowia z perspektywy naukowych – psychologicznych i subiektywnych jego definicji oraz ich znaczenia dla praktyki społecznej.

3.2.1. Psychologiczne definicje zdrowia

Definicje zdrowia obecne w literaturze przedmiotu opierają się przede wszystkim na założeniach omówionych wcześniej modeli – biomedycznego oraz biopsychospołecznego. W odniesieniu do tego pierwszego zdrowie jest kategorią negatywną i oznacza stan braku choroby. Wobec takiego ujęcia można sformułować przynajmniej dwa zastrzeżenia. Pierwsze dotyczy traktowania zdrowia jako stanu. Drugie charakteryzowania go przy użyciu kategorii negatywnej. Rozumienie zdrowia w sposób negatywny, jako stanu braku choroby w „wielopłaszczyznowej rzeczywistości, która wymaga zdolności do dynamicznego,

wszechstronnego i wielopoziomowego rozwoju osobistego (...), będącego wyznacznikiem zdrowia psychicznego” (Kasperek, 1997, s. 91) jest nadmiernym uproszczeniem. Zdaniem Białek (2012a, s. 41) „(...) zredukowanie wszechświata tylko do części materialnej, z pominięciem poziomu duchowego, podobnie jak człowieka do jego ciała i biochemii przyniosło rozczłonkowanie go (...)”. W psychologii zdrowia kanonem stał się model holistyczny, traktujący człowieka jako jedność biopsychospołeczną, czyli złożony kompleks wzajemnie na siebie oddziałujących czynników natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Takie rozumienie zdrowia ukazało jego pozytywny, dyspozycyjny, procesualny (dynamiczny) oraz funkcjonalny charakter. Przeniesienie akcentu ze zdrowia ujmowanego w sposób negatywny na charakteryzowanie go poprzez wyżej wymienione kategorie doprowadziło do zmian w jego definiowaniu.

Pierwsza pozytywna definicja zdrowia w ujęciu holistycznym została sformułowana w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z nią, zdrowie oznaczało „pełnię dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak dolegliwości chorobowych” (Pilecka, 2011, s. 18). Takie ujęcie omawianego fenomenu spotkało się z zarzutem nadmiernej idealizacji i niemożności operacjonalizacji pojęcia *dobrostan*, ukazywało jednak holistyczny i pozytywny wymiar zdrowia (Wrona-Polańska, 2003).

W literaturze przedmiotu można spotkać różne sposoby definiowania zdrowia. Rozumiane jest ono jako dyspozycja (zasób), proces, wartość i funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. W pierwszym przypadku utożsamia się je z: (1) ogólną zdolnością organizmu do wszechstronnego rozwoju i radzenia sobie z wymaganiami stawianymi przed jednostką oraz (2) dyspozycją prowadzącą do utrzymania równowagi w systemie jednostka – otoczenie (Wrona-Polańska, 2003). Według jednej z pierwszych definicji traktujących zdrowie jako zasób, jest ono „poddającą się zmianom zdolnością człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska” (Słońska i Misiunia, 1993; za: Heszen-Niejodek i Wrześniewski, 2005, s. 458). Tak rozumiane zdrowie sprzyja przystosowaniu jednostki do otoczenia, prawidłowemu jej funkcjonowaniu, osiągnięciu celów życiowych oraz zaspokajaniu potrzeb. W drugim znaczeniu zdrowie rozumiane jest jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu wymagań, które stale stawiane są przed człowiekiem (Heszen-Niejodek i Wrześniewski, 2005; Heszen i Sęk, 2012). Stanowi więc zmieniający się punkt pomiędzy krańcami wyznaczonymi na kontinuum zdrowie – choroba. Zmienia się w zależności od wymagań wewnętrznych lub zewnętrznych czyli zasobów (możliwości), tkwiących w jednostce i otoczeniu (Antonovsky, 2005). W tym ujęciu: „O poziomie zdrowia decydują z jednej strony stresory, a więc czynniki

patogenne, zaś z drugiej posiadane zasoby, określane jako zgeneralizowane zasoby odpornościowe (...) równoważące stresory” (Wrona-Polańska, 2011, s. 102). Rozumienie zdrowia jako wartości oznacza, że może samo w sobie stać się celem aktywności człowieka, lub też dzięki niemu może on realizować swoje zamierzenia i plany (Heszen i Sęk, 2012). Funkcjonalne podejście do zdrowia zaproponowane przez Wronę-Polańską (2003) ukazuje, że zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie z zadaniami życiowymi dzięki zasobom będącym w posiadaniu jednostki (por. rozdz. 3.4).

Omówione sposoby rozumienia zdrowia są względem siebie komplementarne (Pilecka, 2011). Współczesne definicje zdrowia, odchodząc od tradycyjnego jednowymiarowego rozumienia omawianego zagadnienia, wskazują na jego holistyczny charakter. Zdrowie traktowane jest w nich znacznie szerzej, niż we wczesnych konceptualizacjach – ujmowane jest jako zasób, wartość oraz proces. Rozumienie zdrowia jako procesu równoważenia wymagań wewnętrznych i zewnętrznych dzięki posiadanym zasobom, podkreśliło jego funkcjonalny charakter oraz wskazało na istotną rolę w jego kreowaniu – obok kategorii zdrowia obiektywnego, także subiektywnej jego percepcji.

3.2.2. Subiektywne definicje zdrowia

Zróżnicowanie definicyjne zdrowia wskazuje na jego złożony charakter. Różne ujęcia zdrowia odzwierciedlają różne podejścia do jego problematyki i wskazują na rozliczne mechanizmy i uwarunkowania (Wrona-Polańska, 2011). Próby definicyjnego usystematyzowania zdrowia są niezwykle użyteczne, przede wszystkim przez wzgląd na dążenie do zobiektywizowania jego rozumienia. Dyskusja dotycząca tego czy obiektywne zdrowie jest predyktorem spostrzeganego zdrowia jest stale aktualna. Wyniki dotyczące zależności między zdrowiem obiektywnym a subiektywnym nie są jednoznaczne i ujawniają zarówno słabe jak i silne zależności (Juczyński, 2012; Wrona-Polańska, 2003).

Z psychologicznego punktu widzenia istotne jest to, w jaki sposób ludzie rozumieją pojęcie zdrowia i jakie mają jego koncepcje. Takie stanowisko wynika zarówno z doświadczeń klinicznych, jak i codziennych obserwacji, które ukazują, że poczucie zdrowia ma wyższą moc regulacyjną niż zdrowie obiektywne – tym samym wyznacza ono kierunek aktywności i sposób funkcjonowania jednostki (Wrona-Polańska, 2011). Zdarzają się sytuacje, kiedy mimo niekorzystnych rokowań w poważnych chorobach, jednostka odzyskuje zdrowie i powraca do codziennego funkcjonowania znacznie szybciej niż osoba z lepszymi lekarskimi rokowaniami. Przykład mogą stanowić pacjenci z chorobą nowotworową krwi (Wrona-Polańska, 2011, 2012a). Zdaniem Koństańczak (2012, s. 17):

Celem działalności człowieka jest pełna realizacja swoich potencjalnych możliwości, co jest możliwe tylko w sytuacji, gdy cieszymy się dobrym samopoczuciem, co niekoniecznie oznacza, że znajdujemy się w pełni sił fizycznych. Osoby trwale niepełnosprawne fizycznie mogą mieć równie dobre, a nawet lepsze samopoczucie, jak ktoś, kto żadnych problemów ze zdrowiem nie ma.

Oznacza to, że sposób, w jaki człowiek rozumie zdrowie, wpływa na ocenę tego, w jakim stopniu czuje się zdrowy – „Zdrowie subiektywne jest zawsze zdrowiem czymś, konkretnego podmiotu, obiektywne zaś może być wynikiem przyjętego modelu czy koncepcji zdrowia” (Wrona-Polańska, 2011, s. 97). Osoby, które definiują zdrowie jako brak choroby, prezentują odmienne podejście do zdrowia od tych, dla których zdrowie jest dążeniem do stanu optymalnego funkcjonowania (Juczyński, 2012). Obiektywna kategoria zdrowia nie musi odpowiadać subiektywnej i odwrotnie. W literaturze przedmiotu na zobrazowanie omawianego zjawiska można spotkać opisy *paradoksu zadowolenia* (mimo obiektywnie istniejących trudności jednostka potrafi przyjąć wobec nich pozytywną perspektywę) oraz *dylematu niezadowolenia* (mimo obiektywnie dobrego stanu zdrowia jednostka percypuje go w kategoriach negatywnych) (Pasikowski, 2008; Majakowicz i Zdun-Ryżewska, 2009). Jak zatem postrzegane jest zdrowie przez ludzi? Literatura przedmiot wskazuje na kilka tendencji, które omówiono poniżej:

- W potocznych koncepcjach zdrowia znajdują się odniesienia typowe zarówno dla modelu biomedycznego, jak i biopsychospołecznego. Badania, prowadzone w tym obszarze już na przełomie lat 80. i 90. XX wieku m.in. przez Boczkowskiego i Włodarczyka (1988; za: Nowakowska, 2010), Gniazdowskiego (1990; za: Nowakowska, 2010) i Sęk (1992; za: Nowakowska, 2010) wskazały, że zdrowie jest fenomenem złożonym, wymagającym wielokryterialnych odniesień (biomedyczne kryterium zdrowia było istotne, jednak tylko dla niewielkiej części badanych stanowiło kryterium wystarczające).
- Subiektywne definicje zdrowia wiążą się z wiekiem jednostki oraz jej wykształceniem. Kryteria zdrowia dzieci i młodzieży odnoszą się głównie do zdrowia somatycznego oraz wskaźników obiektywnych, percepcja zdrowia przez dorosłych dotyczy przede wszystkim sprawności funkcjonalnej (np. zdolności do pełnienia ról społecznych), natomiast seniorzy postrzegają swoje zdrowie przez pryzmat stanu afektywnego będącego elementem zdrowia psychicznego (Juczyński, 2012). Badania Wrony-Polańskiej (2003) wskazały, że czynnikiem warunkującym, czy w percepcji zdrowia

jednostki występuje głównie kryterium biomedyczne, czy też znajdują się w niej odniesienia do kryteriów holistyczno – funkcjonalnych zdrowia jest wykształcenie – im jest wyższe tym większa preferencja modelu psychospołecznego i jego kryteriów zdrowia.

- Zdrowie uznawane jest za jedną z najważniejszych wartości:

Jak zaznacza Krzysztof Puchalski (1997) istnieje pewna międzykulturowa zgoda co do tego, że jest ono dobrem i niepodlegającą dyskusji wartością. Dlatego też (...) wydaje się, że badacze uważają, iż nie warto badać jaką wartość dla ludzi ma zdrowie, ponieważ i tak się okaże, że jest priorytetem, od którego zależy realizacja innych wartości (Górnik-Durose i Jach, 2013, s. 77).

Kwestia wartościowania zdrowia nie jest jednak oczywista. Z jednej strony, w sytuacji kiedy zostaje ono zestawione z innymi wartościami często traci swoją wiodącą pozycję (Górnik-Durose i Jach, 2013; Wrona-Polańska, 2003), z drugiej wartość zdrowia wzrasta w sytuacji gdy istnieje zagrożenie jego utraty lub gdy zostało już utracone (Derkacz, Chmiel-Perzyńska, Grywalska i Nowakowski, 2011; Ostrowski, 2006).

Na podstawie przywołanych doniesień można stwierdzić, że: (1) człowiek tworzy subiektywne definicje zdrowia, które stanowią wyznacznik jego funkcjonowania i które nie zawsze odpowiadają zdrowiu obiektywnemu, (2) subiektywne definicje zdrowia odnoszą się nie tylko do ujmowania go w kategoriach biomedycznych, ale także w odniesieniu do kryteriów biopsychospołecznych, (3) subiektywne definicje zdrowia kształtują się w perspektywie cyklu życia człowieka oraz mogą zmieniać się w zależności od wykształcenia, (4) mimo że zdrowie ujmowane jest jako jedna z najważniejszych wartości, to jej miejsce zależy od tego w jakiej jest relacji do innych wartości.

3.2.3. Koncepcje zdrowia i ich znaczenie dla praktyki społecznej

Przejsie od traktowania zdrowia w kategoriach biomedycznych do biopsychospołecznych zapoczątkowane poprzez rewolucje zdrowotne doprowadziło do usystematyzowania pojęcia zdrowia (Pasikowski, 2008; Wrona-Polańska, 2003).

Przemiany te znalazły odzwierciedlenie w definiowaniu omawianego zjawiska. Pierwotnie zdrowie było ujmowane w sposób negatywny, koncentrowano się na chorobie, działaniach ukierunkowanych na jej leczeniu, a jednostkę traktowano jako biernego odbiorcę oddziaływań medycznych (model biomedyczny). Stopniowo zdrowie obok swego znaczenia

medycznego stało się pojęciem psychospołecznym, podejmowanym w sposób powszechny, także przez mass media, polityków i działaczy społecznych (Nowakowska, 2010). Aktualna koncepcja zdrowia jest wynikiem naukowego podejścia oraz zapotrzebowania i nacisków społecznych (Hobfoll, 2006). Oznacza to, że współczesne rozumienie zdrowia stanowi odpowiedź na rosnące potrzeby społeczne, pojawiające się w obliczu coraz poważniejszych zagrożeń dla zdrowia jednostkowego oraz społecznego. Głównym zadaniem praktyki społecznej stała się ochrona zdrowia.

Samo zdrowie rozumiane jest już nie tylko jako kategoria obiektywna, ale przede wszystkim nadany zostaje mu wymiar subiektywny, poprzez który – zgodnie z trzecią rewolucją zdrowotną – podkreślona zostaje rola świadomości i odpowiedzialności jednostki za zdrowie indywidualne i społeczne. Traktowanie zdrowia jako procesu wynikającego z interakcji jednostka – otoczenie oraz dostępnych człowiekowi zasobów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym podkreśliło perspektywę humanistycznego podejścia do człowieka i jego roli w kreowaniu własnego zdrowia – zdaniem Wrony-Polańskiej (2006a, s. 21):

Wielowymiarowe podejście do problematyki zdrowia wskazuje jednoznacznie, że o poziomie zdrowia współdecydują zarówno czynniki biologiczne, społeczne, jak i psychologiczne, ale pojmowane całościowo, we wzajemnych interakcjach i nie można ich rozpatrywać jednostronnie, ale tylko w pewnych funkcjonalnych całościach, które tworzą podmiotowy wymiar człowieka i jego zdrowia. Konsekwencją takiego podejścia jest świadomy i aktywny udział każdego człowieka, zmierzający do umacniania zdrowia, a także pomnażania jego potencjałów poprzez zdrowy styl życia, uczenie się skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz preferowania zachowań prozdrowotnych zależnych od modelu przekonań zdrowotnych.

Przyjęcie założeń modelu salutogenetycznego i biopsychospołecznego zapoczątkowało badania nad wykrywaniem czynników związanych z utrzymaniem zdrowia, jego poprawą oraz powrotem do zdrowia w sytuacji choroby. Traktowanie jednostki jako aktywnego twórcy własnego zdrowia zwróciło uwagę na rolę zasobów kształtowanych i nabywanych w biegu życia człowieka. Obecnie przyczyn prowadzących do utraty zdrowia w wymiarze indywidualnym i społecznym upatruje się w różnorodnych czynnikach – zdaniem badaczy działanie jednego, wyizolowanego czynnika ryzyka, nie jest warunkiem wystarczającym dla pojawienia się choroby czy zakłócenia w funkcjonowaniu jednostki (Deptuła, 2005; Greenberg, 2006; Masten i Powell, 2003). Współcześnie uważa się, że czynniki leżące u źródeł psychopatologii mogą stanowić też czynniki chroniące (Borucka i Ostaszewski, 2008).

Podkreśla się rolę przede wszystkim czynników osobowościowych i środowiskowych mających udział, zarówno w powstawaniu psychopatologii, jak i utrzymaniu zdrowia (w tym ujęciu, czynnikiem biologicznym często przypisuje się najmniejsze znaczenie) (Baranowska i Wiciak; 2012; Geryń, 2012). Oznacza to, że obecnie w kwestii zdrowia wskazuje się głównie na rolę oddziaływań mających charakter systemowy, których nadrzędnym celem jest nie redukcja czynników zagrażających (co wynikało z założeń paradygmatu biomedycznego), a promocja zdrowia ukierunkowana na rozwijanie mocnych stron i zasobów, dzięki którym jednostka staje się bardziej odporna na zagrożenia mogące prowadzić do różnych trudności oraz chorób somatycznych, psychicznych i psychopatologii społecznych (Ostaszewski, 2005). Takie działanie nazywane jest profilaktyką pozytywną, istniejąca obok tradycyjnego modelu profilaktyki negatywnej (Szymańska i Zamecka, 2002). Ukierunkowana jest ona na kształtowanie w jednostce zasobów, dzięki którym można: (1) osiągnąć lepsze funkcjonowanie w stosunku do tego, którego można się spodziewać w oparciu o wiedzę o czynnikach ryzyka, (2) zachować dobre funkcjonowanie pomimo sytuacji stresowych, (3) odzyskać zdrowie w sytuacji jego utraty (Borucka i Ostaszewski, 2008; Masten i Powell, 2003; Mudrecka, 2013)

Poddając refleksji problematykę zdrowia warto mieć na względzie, że jest ono zjawiskiem złożonym i wymagającym współpracy specjalistów z różnych dziedzin (Nowakowska, 2010). Obok integrowania wiedzy, ważne jest rozwijanie świadomości, że wiedza ta powinna mieć charakter społecznie użyteczny poprzez uwzględnienie roli samej jednostki w kształtowaniu zdrowia, powinna także znajdować odzwierciedlenie w tworzeniu holistycznych modeli wyjaśniających mechanizmy utrzymywania, ochrony i powracania do zdrowia na różnych etapach życia człowieka (Borucka i Ostaszewski, 2008; Brzeziński i Cierpiałkowska, 2008; Ostaszewski, 2014). Stanowisko takie wynika z tego, że współcześnie zdrowie traktowane jest jako proces zachodzący na wielu płaszczyznach, wzajemnie ze sobą powiązanych i może się zmieniać w zależności od warunków zewnętrznych, dyspozycji tkwiących w jednostce, jak i wzajemnej relacji między nimi. Choroba natomiast jest następstwem niewydolności tego procesu – dochodzi do niej wówczas, gdy brakuje energii i/ lub umiejętności (zasobów), aby sprostać wymaganiom i obciążeniom (Wrona-Polańska, 2003).

W powyższej części pracy przedstawiono transformację w rozumieniu i podejściu do zdrowia (od ujęcia negatywnego, biomedycznego do pozytywnego i holistycznego). Zwrócono uwagę na rozszerzenie zainteresowania problematyką zdrowotną (zdrowie przestało być domeną wyłącznie lekarzy) i czynnikami, które uwarunkowały taki stan rzeczy (rewolucje

zdrowotne). Ukazano także zmiany w definiowaniu zdrowia, w kontekście naukowego i potocznego sposobu rozumienia omawianego zagadnienia. Przedstawiono współczesne tendencje obecne w psychologii zdrowia, wskazujące na rolę jednostki traktowanej jako jedność biopsychospołeczna w kształtowaniu własnego zdrowia, podkreślając także istotę subiektywnych definicji zdrowia. Ukazano, że w konsekwencji zmian w podejściu do zdrowia oraz traktowaniu jednostki jako jego aktywnego twórcy, nastąpiło przeniesienie akcentu z leczenia już powstałej choroby na promocję zdrowia, stanowiącą odpowiedź na rosnące zapotrzebowanie społeczne w zakresie jego utrzymania, wzmacniania, a w sytuacji choroby powrotu do optymalnego funkcjonowania. Tak zarysowana problematyka zdrowia stanowi inspirację do podjęcia rozważań na temat psychologicznych mechanizmów sprzyjających zachowaniu równowagi między wymaganiami a możliwościami jednostki, czyli zdrowia.

3.3. Psychologiczne uwarunkowania zdrowia

Rozdział ten inspirowany jest problematyką stresu, która od lat jest obecna w psychologii, a za jej źródło uznaje się nauki ścisłe, przede wszystkim biologię i fizykę. Mimo swej wieloletniej obecności na gruncie empirycznym oraz teoretycznym, po dzień dzisiejszy zagadnienie to prowokuje do ciągłej refleksji i stawiania kolejnych pytań. Współcześnie pytania te dotyczą przede wszystkim mechanizmów warunkujących zdrowie w obliczu stresu, traktowanego jako element codziennego funkcjonowania. Uzyskanie odpowiedzi może stanowić wskazówkę dla działań skierowanych do dzieci, młodzieży, osób dorosłych oraz starszych odnośnie tego: (1) jak radzić sobie z sytuacjami stresowymi w świecie, którego są one naturalną częścią, (2) jak zachować i wzmacniać zdrowie mimo ich obecności oraz (3) jak zredukować negatywne konsekwencje stresu w sytuacji choroby. Mogłoby się wydawać, że na większość pytań, które zostały postawione przez badaczy i naukowców, dotyczących omawianego zagadnienia istnieją już wypracowane przez świat nauki odpowiedzi – często mające postać konkretnych koncepcji, modeli czy teorii. Okazuje się jednak, że nie straciły one na swej aktualności. Czym jest stres, jaka jest jego natura, jakie jest jego miejsce w życiu człowieka i znaczenie dla jego funkcjonowania, do jakich prowadzi konsekwencji, w jaki sposób człowiek próbuje mu sprostać i w końcu, dlaczego jedni ludzie z konfrontacji stresowej wychodzą zwycięsko, a inni okupują ją kosztami fizjologicznymi i psychospołecznymi, to pytania stale pojawiające się w obszarze omawianego zagadnienia.

W rozdziale tym podjęto problematykę stresu, sposobów radzenia sobie nim oraz zasobów traktowanych jako psychologiczne mechanizmy zdrowia przyjmując, że stres jest zjawiskiem obecnym w życiu każdego człowieka oraz że nie musi negatywnie wpływać na jego

zdrowie i funkcjonowanie. U podłoża takiego rozumienia stresu leży: (1) przejście od definiowania go w kategoriach bodźca i reakcji, do ujmowania jako relacji w nurcie transakcyjnej teorii stresu oraz (2) podkreślenie roli radzenia sobie ze stresem oraz zasobów jako czynników umożliwiających przesuwanie się człowieka na kontinuum zdrowie – choroba w kierunku tego pierwszego, także w obliczu sytuacji stresowych.

3.3.1. Stres jako wskaźnik poziomu zdrowia i choroby

Stres jest nieodłącznym elementem ludzkiej egzystencji, można sądzić, że towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Zjawisko to ma wieloletnią tradycję, a jego natura nie ma jednorodnego charakteru. Rozumienie omawianego fenomenu zależy od konstelacji wielu czynników w tym dziedzinie, na gruncie której jest podejmowany i nadawanego mu znaczenia. Może on być rozpatrywany m.in. (1) na płaszczyźnie biologicznej, medycznej lub psychologicznej oraz (2) w kategoriach bodźca, reakcji lub relacji.

Obecnie stres jest zjawiskiem o charakterze interdyscyplinarnym, jednak początkowo nie znajdował odzwierciedlenia w zainteresowaniu nauk humanistycznych (w jego rozumieniu odwoływano się głównie do nauk ścisłych, w tym fizyki i biologii). Traktowanie stresu w kategoriach fizjologicznych rozwinęło się w pierwszej połowie XX wieku, przede wszystkim za sprawą H. Seyle'go. Stopniowo rozumienie stresu ewoluowało od ujmowania go na płaszczyźnie biologicznej (koncepcja C. Bernarda, W. Cannon, H. Seyle'go) oraz medycznej (koncepcja B.S i B.P. Dohrenwendów, G. Caplana) do koncepcji akcentujących rolę czynników psychospołecznych w jego powstawaniu i znaczeniu dla funkcjonowania człowieka (począwszy od syndromu nerwicy wojennej opisanej przez R. Grinker i J. Spiegel, przez psychosomatykę do systemowego i transakcyjnego ujęcia stresu w teorii R.S. Lazarusa i S. Folkman).

Pierwsze doniesienia dotyczące stresu pochodzą z XIX wieku (Terelak, 2001), jednak dopiero wiek XX okazał się przełomowym w odniesieniu do rozwoju zainteresowania omawianą problematyką. Twórcą pierwszej teorii stresu był Seyle. Zdefiniował on stres jako zespół niespecyficznych zmian organizmu na różne stawiane przed nim wymagania (Dugiel, Tustanowska, Kęcka i Jasińska, 2012). Tak rozumiana reakcja stresowa rozwija się przez trzy fazy – reakcji alarmowej, odporności i wyczerpania. Mimo, że koncepcja Seyle'go powstała w pierwszej połowie XX wieku na gruncie biologii, to można znaleźć w niej odniesienie do współczesnego, psychologicznego ujęcia stresu. Wprowadził on pojęcie eustresu, jako stresu pozytywnego, mobilizującego do działania oraz dystresu jako stresu negatywnego, będącego reakcją organizmu na zagrożenie, utrudnienie lub niemożność realizacji ważnych celów

i zadań. Pod kątem fizjologicznym (pobudzenia) eustres i dystres nie różnią się, to co je różnicuje to aspekt psychologiczny (ocena poznawcza sytuacji stresowej oraz nadanie jej indywidualnego znaczenia). Na ten psychologiczny wymiar stresu zwrócono uwagę w sposób szczególny nieco później, w transakcyjnej teorii stresu.

W znaczeniu psychologicznym pojęcie stresu po raz pierwszy zostało użyte na określenie syndromu nerwicy wojennej, który został opisany w książce „Men under stress” w 1945 roku. Już wówczas podkreślano, że poza konsekwencjami fizycznymi powstałymi w wyniku walki, niebezpieczne są także skutki znajdujące odzwierciedlenie w strukturze psychicznej jednostki. Ujęcie to podkreśliło rolę psychiki w powstawaniu różnego typu problemów zdrowotnych, wpisując się już wtedy w założenia, tego co potem określono mianem psychosomatyki, za której twórcę uważa się R. Adera. Na gruncie polskim idee psychosomatyki rozpowszechniał J. Aleksandrowicz, wskazując na istnienie zależności psychosomatycznych i somatopsychicznych oraz zwracając uwagę na rolę czynników psychologicznych zarówno w etiologii choroby, jak i powrocie do zdrowia (Wrona-Polańska, 2012b).

Rozumienie stresu ewoluowało od traktowania go w kategoriach bodźca i reakcji do rozumienia go jako relacji (transakcji). W pierwszym ujęciu stres traktowany był jako zdarzenie dziejące się w otoczeniu człowieka, mające charakter nieprzyjemny i szkodliwy. W drugim określany był jako stan emocjonalny będący odpowiedzią na niekorzystne zmiany w otoczeniu. Zarówno wobec jednego, jak i drugiego ujęcia można znaleźć w literaturze przedmiotu zastrzeżenia (Heszen-Nieodek, 2005; Łosiak, 1994; za: Słowik, 2003). Pojmowanie stresu jako relacji podkreśla rolę czynników psychologicznych w transakcji stresowej oraz stanowi odpowiedź na pytanie postawione przez Antonovsky’ego (2005) – dlaczego jedni ludzie wychodzą z transakcji stresowej zwycięsko, a inni okupują ją kosztami zdrowotnymi?

W nurcie relacyjnym stres rozumiany jest jako „szczególna forma relacji między podmiotem a otoczeniem” (Łosiak 1994; za: Słowik, 2003, s. 48). Zdaniem Heszen (2013, s. 24): „We współczesnej psychologii stres nie jest lokalizowany ani w jednostce, ani w otoczeniu, ale dotyczy określonego rodzaju relacji (interakcji, transakcji) między nimi”.

Relacyjne rozumienie stresu ma swój początek w transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkmana, akcentującej rolę oceny poznawczej i sposobów radzenia sobie ze stresem jako czynników pośredniczących w transakcji stresowej (Heszen, 2013; Heszen-Nieodek, 2005; Sęk, 2002; Słowik, 2003; Wrona-Polańska, 2003, 2006a, 2011).

W omawianej teorii stres to: „relacja z otoczeniem, która w percepcji człowieka stanowi zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami ich

spełnienia” (Heszen, 2012, s. 183). Relacja ta oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi (Heszen-Niejodek, 2005). W tym ujęciu podstawowym źródłem stresu są wymagania, którym jednostka nie może sprostać. Istotą stresu jest zatem nierównowaga między wymaganiami a możliwościami jednostki. W nurcie relacyjnym konsekwencje transakcji stresowej zależą od oceny poznawczej sytuacji, zasobów jakimi dysponuje jednostka oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. Ocena relacji w kategoriach wyzwania związana jest z pozytywnymi emocjami, eustresem oraz pozytywną oceną swojego stanu zdrowia (Wrona-Polańska, 2011).

Relacyjne ujęcie stresu podkreśliło rolę jednostki w kształtowaniu zdrowia. W zależności od dokonanej oceny poznawczej, stres może być wskaźnikiem zagrożenia i utraty zdrowia lub wyzwaniem do zwiększenia wysiłków adaptacyjnych celem osiągnięcia równowagi człowiek – otoczenie, czyli zdrowia (McGowan, Gardiner i Fletcher, 2006; Pasikowski, 2000; Wrona-Polańska, 2011). Zdrowie i choroba to dwa krańce tego samego kontinuum, na którym człowiek może się przemieszczać albo w kierunku zdrowia, albo choroby (Antonovsky, 2005) – w zależności od posiadanych zasobów i radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Stres nie zawsze prowadzi do negatywnych konsekwencji w życiu jednostki, spełnia on bowiem istotne zadanie – pełni funkcję regulacyjną, ostrzegawczą, informacyjną, adaptacyjną, sygnalizuje i broni przed utratą zdrowia i życia, mobilizuje do działań na jego rzecz, wiodąc do rozwoju osobowości (Łosiak, 2009; McGowan i in., 2006; Nelson i Simmons, 2003; Skinner i Brewer, 2002; Wrona-Polańska, 2009a, 2011, 2012b, 2016a). Według Wrony-Polańskiej (2003, 2011) stres może być rozumiany systemowo – jako rezultat braku równowagi w systemie, która oznacza rozbieżność między wymaganiami a zasobami człowieka i która wyzwala czynności zaradcze. Takie ujęcie stresu odpowiada – jej zdaniem – systemowemu podejściu do zdrowia, jako procesu równoważenia wymagań otoczenia z możliwościami człowieka. Stres, jest więc traktowany przez Wronę-Polańską (2003) jako odwrotność zdrowia i jest wskaźnikiem jego zagrożenia. Zaprezentowane rozumienie stresu łączy w sobie podejście podmiotowe i relacyjne wyróżnione przez Łosiaka (2008). Jego zdaniem stres będąc rezultatem braku równowagi w systemie człowiek – otoczenie lub wewnątrz systemu, doświadczany jest jako stan wiążący się z różnymi emocjami (np. strachem, gniewem) – od ich oceny oraz posiadanych zasobów lub deficytów zależy osiągnięcie lub nie równowagi, a więc zdrowie lub choroba. Z tego względu konsekwencje stresu nie muszą być negatywne (zasoby pełniąc funkcję buforującą stres mogą prowadzić do przywrócenia równowagi w systemie, czyli zdrowia).

Podsumowując, niezależnie od sposobu konceptualizacji stresu, panuje przekonanie że „człowiek doznaje go niemal permanentnie” (Strelau, 2006, s. 298) oraz, że: „symptomy stresu we współczesnych czasach znane są prawie każdemu (...), wszyscy bywają zestresowani, przeżywają stresującą sytuację lub też stresują się przez pewien okres czasu” (Geisselhart i Hofmann-Burkart, 2009, s. 6). Stres ma charakter wszechobecny i ponadczasowy, co oznacza różnorodność czynników leżących u jego źródła oraz powszechność jego doświadczania. Mimo, że problematyka stresu podejmowana jest niemal od początku XX wieku, to przez znaczną część tego okresu dominowało negatywne jego rozumienie – jako czynnika zakłócającego i zagrażającego zdrowiu (Łosiak, 2009). Zmiana w rozumieniu stresu pozwoliła na przejście od traktowania go w kategoriach bodźca i reakcji, do integracji tych dwóch ujęć i akceptacji jako czynnika pośredniczącego oceny poznawczej i sposobów radzenia sobie ze stresem (Łosiak, 2009; Słowik, 2003; Heszen-Niejodek, 2005; Heszen, 2013). Zdaniem Heszen (2013) najnowszy, dynamicznie rozwijający się trend badań koncentruje się m.in. na pozytywnych aspektach stresu i podejmuje kwestie dotyczące: radzenia sobie ze stresem, roli pozytywnych emocji oraz zasobów w przebiegu transakcji stresowej.

3.3.2. Radzenie sobie ze stresem a zdrowie

Doświadczany przez człowieka stres skłania do podejmowania aktywności ukierunkowanej na poradzenie sobie z nim i odzyskanie równowagi w systemie. Zainteresowanie problematyką radzenia sobie wynika z konceptualizacji stresu, jako relacji między możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia. Obecnie mniejsze znaczenie przypisuje się negatywnym konsekwencjom sytuacji stresowej, większe zaś aktywności jednostki ukierunkowanej na poradzenie sobie z nią i zachowanie zdrowia (Wrona-Polańska, 2003).

Pojęcie radzenia sobie ze stresem znalazło miejsce w literaturze psychologicznej dopiero z końcem lat 60. (Heszen, 2013), jednak zainteresowanie tą problematyką sięga XIX wieku i ma swe źródło w psychoanalizie, za sprawą pojęcia mechanizmów obronnych.

W początkowym okresie badań nad stresem odwoływano się do koncepcji psychoanalitycznej, dokonując rozróżnienia na mechanizmy adaptacyjne (mechanizmy kontroli) i nieadaptacyjne (mechanizmy obronne). Na przykład Reykowski (1966; za: Wrona-Polańska, 2003) wyróżnił adekwatnie reakcje zwalczania stresu i reakcje obrony przed stresem, Maruszewski (1981; za: Wrona-Polańska, 2003) mechanizmy realistyczne i nierealistyczne, natomiast Maslow (za: Heszen, 2012) wyszczególnił dwie składowe zachowania – instrumentalną i ekspresywną, przy czym tylko pierwszą traktował jako adekwatne radzenie

sobie ze stresem. Problematyka mechanizmów obronnych była wielokrotnie podejmowana w literaturze (Gabbard, 2009; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr i Appelbaum, 2007; McWilliams, 2009, 2012), a obserwacje kliniczne wskazywały także na ich pozytywną rolę w konfrontacji z rzeczywistością (Wrona-Polańska, 1989; McWilliams, 2009, 2012; Seredyńska, 2011). Współcześnie panuje przekonanie, że ocena sytuacji nie musi być realistyczna, a cel aktywności nie musi być uświadomiony, aby można ją było uznać za radzenie sobie (Heszen, 2012). Pozwala to na włączenie mechanizmów obronnych do obszaru aktywności określanej jako radzenie sobie ze stresem (Lazarus i Folkman, 1984; za: Heszen, 2012).

Radzenie sobie ze stresem przyjmuje różne formy i mimo licznych prób nie doczekało się wspólnej klasyfikacji czy definicji (Heszen, 2013; Wrześniewski 2000). Zgodność badaczy dotyczy jedynie definiowania go jako stylu, strategii i procesu (Heszen-Niejodek, 2000).

Pojęcie *stylu* wiąże się z koncentracją na znaczeniu różnic indywidualnych. Oznacza, że ludzie mogą zachowywać się w różnoraki sposób w podobnych lub takich samych sytuacjach stresowych oraz że w różnych sytuacjach konkretna jednostka może przejawiać podobne wzorce zachowania. N.S. Endler i J.D.A. Parker zakładają, że działania zaradcze, które człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej są efektem interakcji zachodzącej pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie ze stresem, charakterystycznym dla danej jednostki. Styl ma status zmiennej osobowościowej i definiowany jest jako: „(...) posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi” (Heszen-Niejodek, 2005, s. 484), czy też „(...) cecha podmiotu (...) o stylu świadczy indywidualna konfiguracja preferencji różnych strategii radzenia sobie, nie tylko jednorodnych funkcjonalnie” (Poprawa, 2011, s. 74). W ujęciu Heszen-Niejodek (1996; za: Wrona-Polańska, 2002, s. 102) styl to: „(...) będący w dyspozycji jednostki zbiór strategii, z których tylko część wykorzystywana jest w danej konfrontacji stresowej. Częste wykorzystywanie pewnych strategii może świadczyć o stylu radzenia sobie ze stresem”.

Zdaniem Wrony-Polańskiej (2003, s. 37): „Dobrze jest mieć styl, gdyż ułatwia on radzenie sobie, pod warunkiem, że nie ma charakteru sztywnego, tylko elastyczny, a strategie radzenia sobie dobierane są zgodnie ze stylem a nie odwrotnie”. Również badania Heszen-Niejodek (2002) prowadzą do wniosku, że o skuteczności radzenia sobie decyduje elastyczność, która stanowi właściwość stylu radzenia sobie i dotyczy dostosowania zachowania do wymagań sytuacji.

O ile styl traktowany jest jako dyspozycja indywidualna, bezpośrednio aktualizująca się w procesie radzenia, o tyle *strategia* ma status zmiennej sytuacyjnej. Ludzie różnią się między

sobą tym, w jaki sposób radzą sobie z wydarzeniami stresowymi. U podstaw tej różnorodności leży styl radzenia sobie ze stresem oraz mniejsze jednostki aktywności, zwane strategiami (Heszen-Niejodek, 2005).

Pojęcie *procesu* odnosi się do wszelkich działań jakie podejmuje jednostka w sytuacji trudnej i dotyczy całej aktywności podmiotu w konkretnej sytuacji stresowej. W procesie radzenia sobie ze stresem biorą udział strategie oraz style radzenia sobie. Proces, o którym mowa, w zależności od sytuacji może mieć charakter krótko- lub długoterminowy. Inicjowany jest on przez ocenę poznawczą i trwa aż do momentu ustania sytuacji stresowej (Heszen, 2013).

Obecnie, za Lazarusem i Folkman przyjmuje się, że proces radzenia sobie ze stresem pełni dwojakie funkcje – skoncentrowaną na rozwiązaniu problemu (instrumentalną) oraz zorientowaną na regulację emocji (emocjonalną), traktując obie jako równoznaczne i adaptacyjne z punktu widzenia ich efektywności w sytuacji stresowej (pod warunkiem adekwatnego i elastycznego ich stosowania, dostosowanego do wymogów sytuacji i możliwości samego podmiotu). Pierwsza zorientowana jest na poprawę relacji podmiotu z otoczeniem, druga na samoregulację emocji (Borecka-Biernat, 2006; Heszen, 2012, 2013; Scheridan i Radmacher, 1998; Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Zdaniem Lazarusa i Folkman (1984; za: Heszen-Niejodek, 2005, s. 476) radzenie sobie ze stresem określane jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (efforts), mające na celu opanowanie (to manage) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” stanowi podstawowy proces adaptacyjny. Koncepcja ta podkreśla rolę modalności radzenia sobie (poznawcze i behawioralne wysiłki) oraz jej aspekt funkcjonalny tzn. ukierunkowanie na rozwiązanie problemu lub regulację emocji. Schwarzer i Knoll (2003) posługują się rozróżnieniem radzenia sobie ze stresem na: ukierunkowane na problem oraz ukierunkowane na znaczenie, które można odnieść do radzenia skoncentrowanego na emocjach. Endler i Parker uzupełniają tradycyjny sposób klasyfikacji o radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu, mające dwie formy – angażowanie się w czynności zastępcze (unikanie zorientowane na zadanie) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (unikanie zorientowane osobowo) (Borecka-Biernat, 2006). Uzupełnienie to stanowi bardzo ważną zmianę, bowiem wzbogaca tradycyjne koncepcje radzenia sobie ze stresem o wymiar społeczny, na który zwracają uwagę także Hobfoll (2006) oraz Folkman i Moskowitz (2004). Ci ostatni poza aspektem społecznym, podkreślili również znaczenie religijnego (duchowego) wymiaru radzenia sobie, które odgrywa szczególną rolę w sytuacjach stresu, którego źródła są poza kontrolą człowieka (Heszen, 2013).

Współcześnie w odniesieniu do radzenia sobie ze stresem, w literaturze przedmiotu podejmuje się kwestie dotyczące także: (1) radzenia proaktywnego, którego aktywność ukierunkowana jest na przyszłe źródła stresu (Aspinwall i Taylor, 1997; za: Heszen, 2013; Schwarzer i Knoll, 2003) oraz (2) regulacji emocji, ale w kontekście wzbudzenia tych o charakterze pozytywnym (Heszen, 2013a; Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Dotychczas omówiono radzenie sobie rozumiane jako styl, strategia i proces, oraz określono funkcje i charakter działań zaradczych. W obliczu coraz powszechniejszej tendencji do skupiania się na traktowaniu radzenia sobie jako aktywności, która w obliczu transakcji stresowej może prowadzić do zdrowia pojawia się pytanie: Jakie radzenie ze stresem sprzyja zdrowiu?

W literaturze psychologicznej można znaleźć różne doniesienia na temat twórczego (Wrona-Polańska, 2003, 2011) i prozdrowotnego charakteru radzenia sobie ze stresem (Scheridan i Radmacher, 1998; Wrona-Polańska, 2003, 2011; Heszen-Niejodek, 2005; Borecka-Biernat, 2006; Heszen, 2011, 2012, 2013).

Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003) utrzymanie przez jednostkę zdrowia, a więc zachowanie równowagi w systemie, mimo pojawienia się sytuacji stresowej wyznaczone jest przez twórcze radzenie sobie ze stresem. Twórcze, oznacza: „(...) dostosowany do oceny poznawczej sytuacji elastyczny dobór strategii i obron, prowadzący do rozwiązania problemu i nadania mu pozytywnego sensu i znaczenia. To od sposobu radzenia sobie ze stresem, stosowanych strategii i posiadanych zasobów zależy poziom zdrowia” (Wrona-Polańska, 2006, s. 23). W tak rozumianym radzeniu sobie ze stresem podkreślona zostaje rola jednostki w przebiegu transakcji stresowej – to czynniki podmiotowe decydują o sposobie przezwycięzania istniejącej lub mogącej zaistnieć sytuacji stresowej. Mogą one ukierunkować proces radzenia sobie na wzrost i rozwój osobisty lub też w sytuacji ich deficytu stres może zagrozić zdrowiu. Odgrywają istotną rolę, zarówno jako wyznaczniki aktywności zaradczej ukierunkowanej na „tu i teraz”, jak i tej dotyczącej antycypowania wystąpienia sytuacji trudnej.

Badania prowadzone przez Wronę-Polańską (2003, 2011) potwierdziły pozytywną funkcję stresu oraz ujawniły istotną rolę zasobów w procesie radzenia sobie z nim. Również Heszen (2013) zaznacza, że warunkiem opanowania stresu oraz osiągnięcia zamierzonego celu jest radzenie oparte na trafnej ocenie sytuacji, własnych możliwości oraz stosowanie różnorodnych strategii, adekwatnie do zmieniających się okoliczności. Skuteczność radzenia, znajdująca odzwierciedlenie w poziomie zdrowia zależy zatem – zgodnie z ujęciem systemowym – od właściwości sytuacji, właściwości osoby oraz wzajemnego ich dopasowania,

czyli każdorazowo wiąże się oceną poznawczą sytuacji i zdolności do poradzenia sobie z nią. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2003) twórcze radzenie sobie ze stresem jest funkcją posiadanych zasobów – to od nich zależy poziom stresu, podjęta aktywność zaradcza i w konsekwencji poziom zdrowia.

Podsumowując, w literaturze przedmiotu radzenie sobie ze stresem traktowane jest jako proces, u podłoża którego leży styl będący w dyspozycji jednostki i tworzące go strategie. Ma ono określony charakter – zadaniowy, emocjonalny, a współcześnie odnosi się także do wymiaru społecznego i duchowego. Radzenie rozumiane jest w kontekście jego: (1) dynamiki – radzenie sobie jako proces zmieniający się w perspektywie czasowej; (2) funkcji – radzenie ukierunkowane na rozwiązanie problemu lub/ i regulację emocji; (3) charakteru – z uwzględnieniem obok radzenia skoncentrowanego na już istniejącej sytuacji (reaktywnego) także radzenia o charakterze prokreatywnym, prowadzącym do wzbudzania pozytywnych emocji. Wynikiem twórczego radzenia sobie ze stresem jest przesuwanie się jednostki na kontinuum zdrowie – choroba w kierunku tego pierwszego. Zdrowie, zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003) zależy od posiadanych zasobów, które sprzyjają ocenie zadania w kategoriach wyzwania oraz uruchamiają dostosowane do sytuacji i możliwości podmiotu radzenie sobie z sytuacją stresową.

3.3.3. Zasoby a zdrowie

Sytuacja stresowa może prowadzić zarówno do wzrostu osobistego i zdrowia, jak również do jego pogorszenia i choroby. O tym, jakie będą jej konsekwencje dla jednostki decyduje transakcja pomiędzy możliwościami człowieka a właściwościami sytuacji. W sytuacji stresowej chodzi o percepcję sytuacji w taki sposób i uruchomienie takiej aktywności zaradczej, aby w konfrontacji z czynnikiem stresowym nie doszło do załamania zdrowia.

Radzenie sobie ze stresem powinno prowadzić więc do rozwoju jednostki i wzmocnienia zdrowia, a w sytuacji choroby powinno sprzyjać odzyskaniu zdrowia. W procesie radzenia sobie oraz utrzymaniu i wzmocnianiu zdrowia ważną rolę odgrywają zasoby.

Problematyce zasobów współczesna psychologia zdrowia poświęca wiele miejsca, traktując je jako czynniki sprzyjające zdrowiu człowieka. W każdej jednostce i w każdej z jej sfer funkcjonowania (biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej) tkwią potencjały, które mogą aktualizować się w konkretnych sytuacjach życiowych, prowadząc w kierunku zdrowia, a w sytuacji ich wyczerpania choroby. Zasoby są „potencjalnymi nośnikami zdrowia (...)” (Borys, 2010, s. 44). Mogą być nimi wszelkie pozytywne właściwości, wszystko co sprawia,

że jednostka dobrze się czuje i dąży do wyznaczonych przez siebie celów, utrzymując zdrowie biopsychospołeczne (Antonovsky, 2005). Ich prozdrowotna rola polega głównie na zwiększaniu skuteczności człowieka w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami oraz wzbudzaniu pozytywnych emocji będących źródłem energii jednostki (Wrona-Polańska, 2003). Zasoby stanowią istotne czynniki sprzyjające utrzymaniu równowagi w systemie człowiek – otoczenie, w obliczu stale stawianych przed jednostką wymagań (Wrona-Polańska, 2003). Umożliwiają osiągnięcie zdrowia poprzez jego: (1) wzmacnianie (promocja zdrowia), (2) ochronę i utrzymanie (profilaktyka) oraz (3) przywracanie w przypadku choroby (leczenie i rehabilitacja).

W literaturze, problematyka zasobów w kontekście ich znaczenia dla funkcjonowania i zdrowia jednostki jest podejmowana przez wielu badaczy. Wśród zasobów można wyróżnić m.in. pozytywną samoocenę, poczucie koherencji, energię życiową, kontrolę i odpowiedzialność za własne zdrowie, biologiczną odporność organizmu, optymizm życiowy, poczucie samoskuteczności, poczucie wsparcia, odporność na stres oraz zasoby tkwiące w otoczeniu – prozdrowotne i proekologiczne oraz przyrodnicze i społeczne wartości zawarte w systemach przekonań jednostek i zbiorowości (Wrona-Polańska, 2003). Antonovsky (1995) podejmując omawianą problematykę podkreślał rolę uogólnionych zasobów odpornościowych, będących antagonistycznymi wobec zgeneralizowanych deficytów, które mogą zagrażać zdrowiu. Nie dokonał on, w przeciwieństwie do Hobfolla (2006) ich kategoryzacji. Jego zdaniem (1995; za: Wrona-Polańska, 2011, s. 126): „Zdrowie zależy od szeroko rozumianych zasobów (resources) biologicznych (genetycznych), psychologicznych i społecznych, dzięki którym człowiek może skutecznie radzić sobie ze stresem”. Z prezentowanych przez niego opisów wynika, że mogą być to wszystkie cechy człowieka i środowiska, w którym żyje. Wymienia on cechy środowiska fizycznego, naturalnego, cechy biologiczne i tkwiące w warunkach materialnych, czynniki społeczno – kulturowe oraz cechy psychiczne określane często jako potencjały zdrowia (Sęk, 2001). Hobfoll (2006) opracował model stresu oparty na założeniu, że głównym celem aktywności ludzkiej jest utrzymywanie, ochranianie i budowanie cenionych obiektów, określanych jako zasoby (teoria zachowania zasobów).

Lista zasobów wymienianych przez badaczy jest długa, zatem omówienie każdego z nich nie jest możliwe. Na potrzeby niniejszej pracy uwzględniono następujące zasoby: poczucie koherencji, poczucie kontroli, samoocenę, niski poziom lęku dyspozycyjnego, poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z tremą oraz poczucie wsparcia. Wybór powyższych zasobów wynika przede wszystkim z ich znaczenia dla zdrowia, które zostało zweryfikowane empirycznie przez H. Wronę-Polańską, autorkę Funkcjonalnego Modelu

Zdrowia (2003). Jej zdaniem zasadniczą rolę w kreowaniu zdrowia ma osobowość prozdrowotna na którą składają się zasoby podmiotowe poznawcze: poczucie koherencji, poczucie kontroli oraz samoocena. Prowadzą one do zdrowia: ścieżką kompetencyjną poprzez skuteczne radzenie sobie ze stresem oraz ścieżką emocjonalną poprzez pozytywne emocje, równoważąc ścieżkę stresową (napięciową), zagrażającą zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003). Uzasadnienie wyboru samooceny, poczucia wsparcia, poczucia koherencji, poczucia kontroli, poczucia samoskuteczności oraz niskiego poziomu lęku jako cechy wynika także z wielu badań wskazujących na ich ważność dla zdrowia (przedstawiono je w kolejnych podrozdziałach). W literaturze przedmiotu istnieje niewiele doniesień dotyczących znaczenia zasobów dla zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie. Biorąc pod uwagę, że wielu autorów podejmujących problematykę tremy wskazuje, że jest ona poważnym problemem wśród muzyków, także w grupie dzieci i młodzieży kształcącej się muzycznie (Boucher i Ryan, 2011; Fehm i Schmidt, 2006; Papageorgi, 2007; Simon i Martens 1979; za: Kenny, 2006; Ryan, 2003, 2004, 2005) oraz że powinna być rozpatrywana w odniesieniu do mechanizmów psychologicznych (Burowska i Głowacka, 2006; Kenny 2006; Kępińska-Welbel, 2000), jak również badania wskazujące na rolę zasobów w kształtowaniu zdrowia wśród osób w różnym wieku, zdrowych i chorych – można przyjąć, że mają one znaczenie także dla zdrowia młodzieży będącej w procesie kształcenia muzycznego.

3.3.3.1. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji jest zasobem, który w interakcji stresowej przejmuje sterowanie innymi potencjałami, tak by nie doszło do ich wyczerpania, a w konsekwencji do utraty zdrowia – pełni więc funkcję regulacyjną (Wrona-Polańska, 2012b). Twórcą omawianego konstruktu jest Antonovsky (1995, s. 34), który zdefiniował poczucie koherencji jako:

Globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny, dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania.

Omawiany zasób składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. Poczucie zrozumiałości odnosi się do stopnia uporządkowania posiadanych przez jednostkę informacji, zapewnia poczucie rozumienia, tego co dzieje się w otaczającym świecie oraz oznacza zdolność przewidywania. Poczucie zaradności wyraża się w stopniu, w jakim człowiek postrzega dostępność właściwych mu zasobów (zewnętrznych

i wewnętrznych). Poczucie sensowności odzwierciedla stopień, w jakim jednostka czuje, że życie ma sens, a stawiane przed nią wymagania są warte zaangażowania (Sęk, 2001).

Badania ukazują, że omawiany zasób sprzyja zdrowiu oraz skutecznemu radzeniu sobie ze stresem (Gruszczyńska, 2004; Januszewska, 2011; Płaczkiewicz i Tucholska, 2009; Sęk, 2001; Sęk i Pasikowski, 2001; Wrona-Polańska, 2003, 2011). Jednostka o silnym poczuciu koherencji ma „aktywny i podmiotowy stosunek do własnego zdrowia” (Pasikowski, 2008, s. 68), przejawiający się w wewnętrznej atrybucji jego przyczyn i działań prozdrowotnych; ma motywację do podejmowania różnych aktywności, które sprzyjają jej zdrowiu i rozwojowi (Wrona-Polańska, 2011). Poczucie koherencji w sposób istotny wiąże się z procesem radzenia sobie ze stresem na każdym jego etapie. Związek ten najbardziej uwidacznia się przy okazji oceny poznawczej sytuacji – wysoki poziom omawianego zasobu łączy się z tendencją do oceny zdarzeń w kategoriach wyzwania oraz wyborem adekwatnych do sytuacji i możliwości podmiotu sposobów radzenia sobie (Wrona-Polańska, 2003). Osoby z wysokim poczuciem koherencji tworzą własną dynamikę funkcjonowania w stresie – koncentrują się na zadaniu, rzadziej stosują strategie unikowe oraz mają wyższy poziom subiektywnego zdrowia zarówno w wymiarze psychicznym, jak i somatycznym (Pasikowski, 2008).

Wśród doniesień empirycznych dotyczących roli poczucia koherencji w kontekście zdrowia człowieka, znajdują się także takie, które podejmują omawianą problematykę w odniesieniu do grupy młodzieży. Rozliczne badania wskazują, że poczucie koherencji chroni młodego człowieka przed wchodzeniem na drogę przestępczą (Niewiadomska, 2010; Niewiadomska i Chwaszcz, 2010), przeciwdziała wystąpieniu różnych zaburzeń np. depresji (Kichler, 2012), sprzyja pełnej integracji osobowości oraz jakości życia (Januszewska, 2011), umożliwia kształtowanie pozytywnych relacji z rodzeństwem (Osuchowska-Kościjańska i in., 2014), warunkuje podejmowanie zachowań prozdrowotnych oraz chroni przed zachowaniami ryzykownymi jak np. spożywanie alkoholu czy nadużywanie leków uspokajających (Zadworna-Cieślak i Gutowska-Wyka, 2009), ma również pozytywny związek z subiektywną oceną zdrowia (Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011).

Powyższy fragment ukazuje tylko nieliczną część dostępnych doniesień dotyczących poczucia koherencji, obrazuje jednak pozytywną rolę omawianego zasobu w rozwoju młodego człowieka i jego funkcjonowaniu w wymiarze psychicznym, społecznym i somatycznym. Silne poczucie koherencji pełni rolę bufora chroniącego przed negatywnymi dla zdrowia następstwami stresu (sprzyja percepcji sytuacji jako przewidywalnej, możliwej do zrozumienia i wyjaśnienia, a także traktowania jej jako wyzwania).

Mimo braku badań dotyczących roli poczucia koherencji dla funkcjonowania młodzieży uzdolnionej muzycznie – biorąc pod uwagę powyższe rozważania – można sądzić, że omawiany zasób jest istotny także dla zdrowia uczniów szkół muzycznych. Edukacja muzyczna ma charakter długotrwały i wysoce stresogenny (por. rozdz. 1). Poczucie koherencji jest potencjałem, który może odgrywać ważną rolę w kształtowaniu zdrowia, umożliwiając muzykowi poradzenie sobie z wymogami zewnętrznymi i wewnętrznymi jakie stawia przed nim zarówno kształcenie muzyczne, jak i typowe dla okresu adolescencji sytuacje. Zdaniem Kępińskiej-Welbel (2000) duży wpływ na poziom osiągnięć muzyka ma sfera dążeńowo – motywacyjna, a więc pewne wartości i uwewnętrznione standardy wykonawcze, które kształtują motywację muzyczną. Optymalnie jest, kiedy ma ona charakter wewnętrzny, a więc muzyk doświadcza satysfakcji z samego muzykowania, natomiast prestiżowe nagrody czy ocena innych stanowią dla niego wtórny efekt aktywności muzycznej. Jej zdaniem sukces muzyka zależy od *motywacji mistrzostwa*, czyli motywacji wewnętrznej stanowiącej o umiejętności samodzielnego stawiania sobie celów, akceptacji ewentualnej porażki oraz rozumienia sensu podejmowanych działań i wiary w możliwość ich realizacji mimo trudności.

Podsumowując, poczucie koherencji rozumiane jako dyspozycja osobowościowa, umożliwiająca jednostce adaptację do rzeczywistości oraz jej adekwatną percepcję prowadzi do przekonania, że sytuacje, których doświadcza mają sens oraz że można sobie z nimi poradzić. Dyspozycja, o której mowa ma status zgeneralizowanego zasobu odpornościowego, który pełni funkcję regulacyjną oraz aktywizującą inne zasoby, dzięki czemu sprzyja zdrowiu (Heszen i Sęk, 2012, Sęk i Pasikowski, 2001, Wrona-Polańska, 2003, 2011).

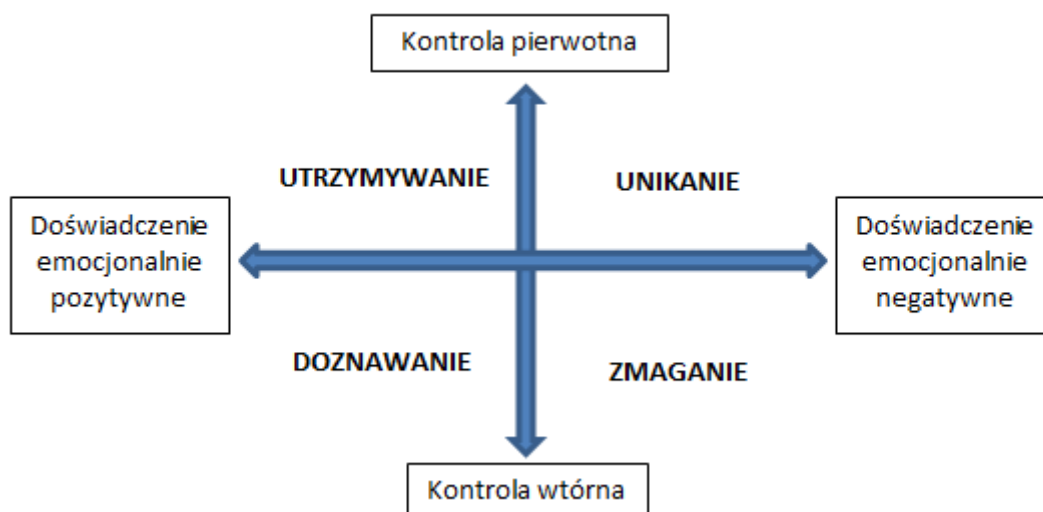
3.3.3.2. Poczucie kontroli

Poczucie kontroli, w procesie zmagania się ze stresem i kreowania zdrowia decyduje o podmiotowej regulacji stosunków jednostki z otoczeniem (Wrona-Polańska, 2011). W obliczu wydarzeń stresowych u jednostki aktywizuje się określony poziom kontroli, który wiąże się z konkretnym sposobem percepcji sytuacji, poziomem wzbudzenia organizmu oraz sposobem działania (Dudek, Mercz i Makowska, 2001). Człowiek za najbardziej stresujące uważa te sytuacje, które kojarzą mu się z brakiem kontroli nad mającymi miejsce wydarzeniami (Bishop, 2000). Wynika z tego, że zdolność do podejmowania działań na rzecz zdrowia możliwa jest, gdy jednostka ma poczucie, że może oddziaływać na daną sytuację oraz doprowadzić do jej zmiany. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2011, s. 130): „Przejawem relacji jednostki ze światem jest sprawowanie kontroli nad otoczeniem i samym sobą, a więc

ukształtowanie się pewnej dyspozycji osobowościowej – poczucia kontroli, wpływającej w istotny sposób na procesy oceny poznawczej i zmaganie się ze stresem”.

Najbardziej podstawowe ujęcie procesu kontroli pochodzi z koncepcji J.B. Rottera (1966; za: Ścigała, 1991), w której stanowi ona jednowymiarowy konstrukt (wewnętrzne vs. zewnętrzne poczucie kontroli). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli odnosi się do własnej aktywności jednostki, odpowiedzialności za to działanie oraz aktywności w poszukiwaniu informacji dotyczących zdrowia (Borys, 2010). Badania prowadzone w różnych grupach wiekowych osób zdrowych i chorych, wskazują na prozdrowotną rolę poczucia kontroli umiejscowionego wewnętrznie (Dudek, Mercz i Makowska, 2001; Fiszer i Sobów, 2013; Klonowicz i Eliaz, 2004; Kościelak, 2010; Opuchlik, Wrzesińska i Kocur, 2009), także w grupie młodzieży kształcącej się muzycznie (Nogaj i Owczarz, 2015). Dwumodalne ujęcie omawianego konstrukt zaproponował M. Snyder (1982) – wyróżnił on kontrolę pierwotną (nastawioną na zmianę sytuacji zewnętrznej) oraz wtórną (ukierunkowaną na zmianę jednostki).

W ujęciach dzisiejszych pojęcie kontroli ma charakter złożony, oprócz kontroli zewnętrznej i wewnętrznej, rozróżnia się również kontrolę nastawioną na zmianę zdarzeń doświadczanych i doznawanych emocjonalnie negatywnie od doznawanych emocjonalnie pozytywnie (Sęk i Ścigała, 2000). Odzwierciedlenie tego podejścia zawiera stworzony z końcem lat 80. Czteroczynnikowy Model Spostrzeganej Kontroli F.B. Bryanta (1989) (rycina 2).



Rycina 2. Czteroczynnikowy Model Spostrzeganej Kontroli Bryanta.
Opracowanie własne.

W omawianym modelu zostały wyróżnione cztery mechanizmy funkcjonowania spostrzeganej kontroli: mechanizm unikania, zmagania, doznawania oraz utrzymywania. Powstają one w wyniku kombinacji kontroli pierwotnej i wtórnej z kontrolą dotyczącą zdarzeń i emocji o walencji negatywnej lub pozytywnej.

Unikanie uruchamiane jest wówczas, gdy jednostka wartościuje sytuację negatywnie i zmierza do dokonania zmian w otoczeniu (kontrola pierwotna). Zdaniem Sęk i Ścigały (2000, s. 142): „Kształtowaniu się tego mechanizmu sprzyjają osobiste przekonania o wartości i sensie unikania negatywnych zdarzeń oraz o możliwości intuicyjnego bądź racjonalnego przewidywania, a także konkretnego działania w realnych sytuacjach”. Zmaganie ma miejsce, gdy wydarzenia oceniane są negatywnie i generują przekonanie o konieczności zmian wewnętrznych sądów czy opinii (kontrola wtórna). Utrzymywanie to przekonanie człowieka o zdolności do przekształcenia środowiska zewnętrznego i przeżywanie emocji o pozytywnej walencji (kontrola pierwotna). Doznawanie wiąże się z doświadczeniem pozytywnych zdarzeń, umożliwiających przeżywanie emocji o walencji dodatniej (kontrola wtórna) (Sęk i Ścigała, 2000; Pietrzyk i Lizińczyk, 2008).

Zdaniem Bryanta (1989) kontrola zdarzeń i emocji pozytywnych (utrzymywanie i doznawanie) sprzyjają przede wszystkim zdrowiu psychicznemu. Według Wrony-Polańskiej (2003, s. 162):

Negatywne waloryzowanie zdarzeń i podejmowanie w związku z tym aktywności (zewnętrznej czy wewnętrznej), a więc mechanizmy unikania i zmagania się najbardziej sprzyjają poczuciu zdrowia somatycznego, fizycznego, zaś pozytywne doświadczanie emocjonalnie zdarzeń, niezależnie od rodzaju podejmowanej aktywności (zewnętrznej czy wewnętrznej), tj. kontrola typu doznawania i utrzymywania sprzyja (...) zdrowiu w rozumieniu funkcjonalnym.

Podsumowując, w literaturze funkcjonują różne typologie omawianego zasobu. Panuje zgodność, co do tego, że w procesie utrzymania i kreowania zdrowia ważna jest kontrola, która wiąże się z percepcją własnej osoby jako aktywnej, mogącej oddziaływać na sytuację, a w razie niemożności jej zmiany przeciwdziała emocjom o walencji negatywnej (Wrona-Polańska, 2003). W obliczu braku badań dotyczących omawianego zagadnienia w odniesieniu do grupy młodzieży uzdolnionej muzycznie, warto zaznaczyć, że często oni sami twierdzą, że różne rzeczy dzieją się poza nimi, że ich zdanie nie jest brane pod uwagę przy podejmowaniu ważnych dla nich decyzji np. wyboru utworu, jaki mają wykonywać podczas występu czy konkursu (rozmowy prywatne). Z tego względu, w obliczu przytoczonych powyżej doniesień o znaczeniu poczucia kontroli dla zdrowia warto podjąć rozważania dotyczące omawianego

zasobu oraz jego roli w kształtowaniu zdrowia także w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.

3.3.3.3. Samoocena

Edyta Geppert, znana polska piosenkarka stwierdziła: „Kiedyś trema była dla mnie obezwładniającym, paraliżującym strachem. Zaczęłam czytać książki z dziedziny psychologii. Zrozumiałam, że moja chorobliwa trema wypływa z niskiej samooceny. Dziś, po 16 latach pracy na estradzie odbieram tremę jako coś radośnie mobilizującego. W moim przekonaniu jest ona wyrazem respektu wobec publiczności i pokory wobec mojego zawodu” (zasłyszane). Słowa te wskazują na rolę poczucia własnej wartości w sposobie doświadczania i rozumienia tremy oraz ukazują jego znaczenie, jako zasobu mogącego korzystnie wpływać na funkcjonowanie artysty.

Samoocena traktowana jako wartościujący aspekt obrazu Ja kształtuje się w trakcie realizacji zadań życiowych i zaspokajania potrzeb oraz jest wypadkową własnych możliwości i wymagań otoczenia, a także własnych standardów (Wrona-Polańska, 2003, 2009a). Poprzez swoje regulacyjne właściwości odgrywa ona znaczącą rolę w transakcji stresowej – zapewnia utrzymanie równowagi wewnętrznej, prowadząc do zdrowia (Wrona-Polańska 2011).

W literaturze przedmiotu podkreślana jest rola samooceny w odniesieniu do radzenia sobie ze stresem i jej znaczenia dla zdrowia (Borys, 2010; Filist, 2012; Ogińska-Bulik, 2001, Wrona-Polańska, 2003, 2009a, 2011). Badania wskazują, że samoocena: sprzyja zdrowiu w ujęciu funkcjonalnym (Wrona-Polańska, 2003), wpływa na gotowość do podejmowania nowych aktywności (Baumeister, Cambell, Krueger i Vohs, 2003), determinuje relacje interpersonalne, warunkuje przystosowanie społeczne jednostki, wpływa na oczekiwania, motywację i wiarę w możliwość sprostania wymaganiom (Filis, 2012), wiąże się ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem poprzez aktywne podejmowanie działań (Wrona-Polańska, 2011), pozwala zachować pozytywne samopoczucie wobec różnych sytuacji stresowych oraz umożliwia jednostce pokonanie przeciwności poprzez wytrwałość w działaniach, a w sytuacji porażki zabezpiecza przed załamaniem (Ogińska-Bulik, 2001).

W literaturze przedmiotu podkreślana jest również rola samooceny w funkcjonowaniu muzyków, którzy stale podlegają ocenie dokonywanej „z zewnątrz” (np. podczas egzaminów, konkursów, koncertów) oraz „z wewnątrz” (dokonywanej przez samych siebie) (Hoshino, 1999; Kenny i in., 2004; Kępińska-Welbel, 1991, 1999, 2000, Papageorgi, 2007; Papageorgi, Hallam i Welch, 2007). W odniesieniu do tej kwestii ważne wydają się wnioski Dymkowskiego (1991, s. 66–67).

Lęk społeczny jest pozytywnie związany z dyspozycyjną, publiczną samoświadomością (rezultatem chronicznej koncentracji uwagi na swoim „ja” publicznym), która ogólnie jest negatywnie skorelowana z samowartościowaniem. Ponieważ zaś chroniczna autokoncentracja na aspektach „ja” publicznego zwiększa wrażliwość na otrzymane oceny, należy oczekiwać przejmowania przez nie funkcji standardów regulacji zachowania zwłaszcza u osób o relatywnie niepocholebnych sądach o sobie. Afektywne znaczenie napływających informacji oceniających może odgrywać w ich przypadku ważną rolę w określaniu rozmaitych parametrów funkcjonowania zadaniowego. Natomiast wysokie ogólne samowartościowanie powinno współwystępować ze względną niezależnością tegoż funkcjonowania od odbieranych ocen.

Zdaniem Kępińskiej-Welbel (1991) muzyka powinna być środkiem ekspresji uczuć, a nie zaspokojenia ambicji i osiągnięcia sławy – pierwsza sytuacja sprzyja zwiększeniu poziomu lęku, druga jego redukcji. Dzieje się tak dlatego, że zbyt duże aspiracje mogą powodować nadmierne napięcie, ponieważ samoocena jednostki jest stale zagrożona poprzez możliwość nieoptymalnego wykonania. Osoby, u których samoocena odpowiada ich poziomowi aspiracji doświadczają raczej niewielkiego poziomu lęku (Kenny i in., 2004). Z tego względu, zdaniem Kępińskiej-Welbel (2000, s. 356), istotna jest rola przygotowania psychologicznego wykonawcy, która zawiera się w kształtowaniu pozytywnej, lecz realistycznej i optymistycznej postawy wobec siebie jako wykonawcy, dającej „możliwość transformacji przeżywanego lęku (...) i zaufanie do swych kompetencji (...)”.

Podsumowując, samoocena pełni istotną rolę w transakcji stresowej. Poprzez swoją regulacyjną właściwość zapewnia utrzymanie równowagi w systemie i prowadzi do zdrowia. Jest ona bardzo ważna, zwłaszcza w sytuacji obniżania się innych zasobów (podnoszący się wówczas poziom samooceny pozwala na zachowanie równowagi w zasobach i sprzyja utrzymaniu zdrowia) (Wrona-Polańska, 2003). Poczucie własnej wartości odgrywa istotną rolę także w grupie muzyków, zwłaszcza w odniesieniu poziomu tremy.

3.3.3.4. Niski poziom lęku dyspozycyjnego

Zgodnie z ujęciem C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene lęk traktowany jest jako: (1) przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk stan) oraz (2) względnie stała cecha osobowości (lęk cecha). Lęk cecha definiowany jest jako: „Motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowania na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (Sosnowski i Wrześniewski, 1987, s. 4). W tym sensie niski poziom lęku jako cechy traktowany

może być zgodnie z ujęciem Antonovsky'ego (2005) jako zasób, podczas gdy jego wysoki poziom jako deficyt. Stan lęku określany jest jako: „Subiektywne, świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego (Sosnowski i Wrześniewski, 1987, s. 3) i traktowany jest za Wroną-Polańską (2003) jako wskaźnik stresu.

Lęk stan ma charakter sytuacyjny, natomiast lęk cecha dyspozycyjny. Istnieje pozytywny związek między obydwojoma rodzajami lęku (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska i Fecenc, 2011). Oznacza to, że osoba, która dyspozycyjnie ma tendencję do reagowania lękiem, prawdopodobnie większość sytuacji będzie traktowała jako zagrożenie i reagowała na nie w sposób lękowy. Niski poziom cechy lęku może stanowić zasób, bowiem w sytuacji stresowej jednostka, która nie ma osobowościowych uwarunkowań do reagowania lękiem będzie przejawiała niższy jego poziom.

Wyniki badań Szulc i Olszak (2012), w których grupę badawczą stanowili muzycy ukazały, że istnieje istotna dodatnia korelacja pomiędzy lękiem jako stanem i lękiem jako cechą a nasileniem tremy (subiektywną jej oceną). Hoshino (1999) przeprowadził badania w grupie kształcących się muzyków używając Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Performance Anxiety Questionnaire Coxa i Kenardy'ego (PAQ). Wyniki uzyskane w PAQ okazały się zbieżne z wynikami pochodzącymi ze STAI. W przytoczonych badaniach zaobserwowano, zgodnie z oczekiwaniami, że: (1) jeśli jednostka uzyskuje wysokie wyniki w skali lęku cechy, to niezależnie czy jest w sytuacji występu, czy podczas ćwiczeń, doświadcza wyższego poziomu lęku stanu niż jednostki o niższych jego parametrach, (2) poziom lęku stanu zarówno w grupie młodzieży mniej lękowej, jak i tej bardziej lękowej był niższy podczas prób i ćwiczeń, niż w trakcie występu, (3) badana młodzież, której motywacja miała charakter wewnętrzny (pragnienie ekspresji, komunikacji poprzez muzykę) doświadczała niższego poziomu lęku niż jednostki, które chciały tylko „dobrze wypaść”. Również Papageorgi i współpracownicy (2007) wskazują, że wyższy poziom lęku cechy wiąże się z wyższym poziomem tremy.

Wyniki badań Kenny i współpracowników (2004) wskazały, że muzyków charakteryzuje trzykrotnie wyższy poziom lęku cechy niż grupę porównawczą, przy czym osoby z wyższym lękiem dyspozycyjnym postrzegają warunki, w jakich funkcjonują jako bardziej stresorodne, niż jednostki z niższym jego poziomem. Podobne wyniki uzyskano w odniesieniu do stanu lęku, chociaż różnice te nie były aż tak duże jak w przypadku lęku cechy. Uzyskane wyniki badacze wytłumaczyli stawiając trzy hipotezy: (1) lęk cecha dotyczy ogólnego poczucia zagrożenia ego; być może część muzyków, mimo ogólnej tendencji do przeżywania doświadczeń w sposób lękowy, wypracowała pewne sposoby radzenia sobie

z lękiem w sytuacji występu, (2) funkcjonowanie w warunkach stałej ekspozycji społecznej oraz zagrażającej oceny może podnieść bazowy poziom lęku, (3) muzycy są bardziej skłonni do introwersji i doświadczania m. in. lęku, neurotyzmu i perfekcjonizmu.

Podsumowując, lęk stan i lęk cecha w grupie osób kształcących się muzycznie są ze sobą związane. Osobowość lękowa określana jako deficyt powoduje doświadczanie wyższego poziomu lęku stanu w sytuacjach związanych z wykonaniem (zarówno w trakcie ćwiczeń i prób, jak i w sytuacji występu).

3.3.3.5. Poczucie własnej skuteczności

Przekonaniu o własnej skuteczności, jako czynnika sprzyjającym podejmowaniu działań ukierunkowanych na poprawę i umacnianie zdrowia przypisywano istotną rolę już w drugiej połowie XX wieku za sprawą Alberta Bandury (1993, 2001, 2007). Samoskuteczność to indywidualny osąd własnych kompetencji, dotyczący zdolności do poradzenia sobie z określonymi – obecnymi i przyszłymi zadaniami. Jest ona przekonaniem o własnych zdolnościach do pokonywania trudności, które mogą pojawić się na drodze do zamierzonego celu oraz trwania w nim (Mateusiak i Gwozdecka-Wolniaszek, 2013).

Współcześnie obok przekonań specyficznych zwraca się uwagę także na tzw. przekonania uogólnione. Pierwsze z nich dotyczą wybranego zachowania w konkretnej sytuacji, drugie to ogólne przekonania na temat własnych możliwości (Gromulska, Piotrowicz i Cianciara, 2009). Oba typy przekonań są ze sobą związane – postrzeganie siebie jako osoby mającej cechy pozwalające na realizację różnorodnych zadań, stanowi podstawę dla procesu formułowania przekonań o własnej skuteczności w odniesieniu do zadań nowych i specyficznych (Łuszczynska i Schwarzer, 2008; Wise, 2007). Zarówno jedno, jak i drugie kształtują się w sposób bezpośredni (na podstawie własnego doświadczenia jednostki) i pośredni (poprzez obserwację innych ludzi, doświadczenia symboliczne dotyczące innych osób oraz określone stany fizjologiczne i wzbudzone emocje) (Borys, 2010).

Jednostki mające wysokie poczucie własnej skuteczności zakładają, że od nich samych zależy zmiana zarówno zewnętrznej, jak i wewnętrznej rzeczywistości (*agentic perspective*) oraz że są w stanie podjąć na jej rzecz działanie (*can do*), potrafią efektywniej korzystać z posiadanych zasobów, łatwiej podejmują decyzję o zmianie sposobu funkcjonowania i konsekwentnie ją realizują (Zalewska-Puchała, Majda i Korzonek, 2013), mają wyższą motywację oraz niższy poziom stresu (Oleś i Drat-Ruszczak, 2008), odczuwają niższe pobudzenie związane z lękiem oraz wierzą, że poradzą sobie z sytuacją (Bandura 1977, za: Łuszczynska i Schwarzer, 2008), dążą do przekształcenia nieodpowiednich warunków

w odpowiednie oraz poszukują dróg i możliwości sprostania wymaganiom (Cherniss 1993, za: Sęk, 2009).

Przedstawione doniesienia wskazują, że omawiany potencjał wpływa na radzenie sobie ze stresem oraz zdrowie człowieka. Wpływ ten może mieć charakter bezpośredni (Maddux, 2002) lub pośredni poprzez zmianę percepcji konkretnej sytuacji stresowej i wybór adekwatnych strategii radzenia sobie (Borys, 2010).

Badania dowiodły, że w grupie młodzieży będącej w procesie kształcenia muzycznego, poczucie samoskuteczności sprzyja redukcji tremy (Papageorgi, 2007) oraz wiąże się z lepszym wykonaniem (Kaleńska-Rodzaj, 2013; McPherson i McCormick, 2003, 2006). Zdaniem Kępińskiej-Welbel (2000, s. 356) jednym z elementów przygotowania psychologicznego muzyka do występu jest rozwijanie w nim „(...) zaufania do swych kompetencji muzycznych oraz osób z zespołu wykonawczego, co gwarantuje spontaniczne, a nie kontrolowane lękiem wykonanie. Ważne jest aby potrafił on ćwiczyć maksymalnie świadomie, ale w czasie publicznego wykonania powinien zawierzyć swojej intuicji muzycznej”. W odniesieniu do poczucia samoskuteczności istotne znaczenie ma procesualny charakter tremy – „wpływ pamięci autobiograficznej na kształtowanie samoskuteczności polega na tym, że przeżyte wydarzenia (nawet z pozoru nieistotne) stanowią znaczniki orientacyjne i wzorce reagowania o dużej sile przełożenia na aktualne zachowania i projektowane cele” (Niewiadomska i Chwaszcz, 2010, s. 50). Oznacza to, że na podstawie przeżytych wydarzeń jednostka tworzy obraz aktualnych i przyszłych sytuacji. Ludzie mają tendencję do powtarzania takich aktywności, które sprawiają im satysfakcję, nawet mimo wcześniejszych trudności i wyrzeczeń, natomiast dewalują te cele, których realizacja może zakończyć się porażką. Z tego względu, muzyk który ma poczucie skuteczności własnych działań będzie podejmował zadania, w jego ocenie możliwe do wykonania dzięki własnemu zaangażowaniu (np. odpowiednio wcześniej rozpocznie przygotowania do egzaminu lub popisu, mając świadomość, że takie działania w przeszłości umożliwiały mu dobre wykonanie). Analogicznie, muzyk z niskim poczuciem samoskuteczności od razu może wyjść z założenia, że nie poradzi sobie z danym zadaniem, lub też odkłada przygotowania „na ostatnią chwilę”, co może prowadzić do porażki i w rezultacie poczucia nieskuteczności własnych działań.

Podsumowując, w literaturze przedmiotu poczucie samoskuteczności traktowane jest jako istotny zasób, sprzyjający zdrowiu oraz umożliwiający skuteczne radzenie sobie ze stresem. W odniesieniu do młodzieży uzdolnionej muzycznie podkreślana jest przede wszystkim jego rola w redukcji tremy oraz poprawie jakości wykonania.

3.3.3.6. Poczucie wsparcia

Wsparcie społeczne może być rozumiane jako specyficzny typ relacji międzyludzkiej, który ma charakter uniwersalny i odnosi się do tworzenia i podtrzymywania więzi z innymi ludźmi (Kacperczyk, 2006). W psychologii podkreśla się jego rolę, uznając je za zasób, który może sprzyjać zdrowiu jednostki oraz redukować negatywne konsekwencje transakcji stresowej.

Zdaniem Wrony-Polańskiej (2011) wsparcie realizowane jest w interakcji z ludźmi, podstawą korzystania z niego jest zaufanie, mające źródło w jakości codziennych interakcji, a jego celem jest zmniejszenie stresu oraz opanowanie kryzysu poprzez tworzenie poczucia bezpieczeństwa. Rozpatrując omawiany zasób z perspektywy funkcjonalnej można wyróżnić wsparcie spostrzegane i otrzymywane. Pierwsze ma charakter prospektywny i wiąże się z antycypacją pomocy, drugie ma charakter retrospektywny i odnosi się do faktycznie uzyskanej pomocy (Knoll i Schwarzer, 2004; Sęk i Cieślak, 2011). Wsparcie spostrzegane przejawiające się w subiektywnej jego percepcji przez jednostkę jest szczególnie istotne w procesie utrzymywania zdrowia (Wrona-Polańska, 2011). Ważny jest więc, nie sam fakt dawania wsparcia, ale jego adekwatność do potrzeb jednostki i wymagań sytuacji oraz sposób jego percepcji przez jednostkę.

Źródła wsparcia mogą być różne, ich rola zależna jest od konkretnej sytuacji (Sęk i Cieślak, 2011). W procesie socjalizacji obok rodziców bardzo ważną rolę pełnią pedagodzy, wychowawcy, nauczyciele oraz rówieśnicy. Biorąc pod uwagę proces rozwojowy, na różnych etapach życia człowieka relacja z konkretną grupą jest bardziej znacząca niż z inną (Boyd i Bee, 2008). Młodzieży zależy przede wszystkim na akceptacji rówieśników – to oni wyznaczają trendy, sposób zachowania i funkcjonowania. Nie oznacza to jednak, że rodzina i nauczyciele przestali pełnić swą rolę – to właśnie na tym etapie, ich oddziaływania względem młodego człowieka są bardzo istotne. Zachowania młodzieży powszechnie zwane buntem nastolatka to próba, z jednej strony zyskania akceptacji otoczenia, a z drugiej przeciwstawiania się mu. Ta konfliktowość typowa dla okresu adolescencji to niezwykle wyzwanie dla dorosłych zaangażowanych w rozwój, edukację i wychowanie młodego człowieka, który próbując odnaleźć własne Ja, jednocześnie dąży do akceptacji tego co robi i potwierdzenia, że jest to właściwa droga. Wyjaśnia to dlaczego muzycy w okresie adolescencji niezmiernie często wskazują na rolę rodzica i nauczyciela w procesie ich kształcenia oraz radzenia sobie z treścią – to właśnie od nich oczekują wsparcia i pozytywnego nastawienia (Fehm i Schmidt, 2006; Kaspersen i Gotestam; 2002).

Podsumowując, poczucie wsparcia, u źródeł którego leżą pozytywne relacje opierające się na podmiotowym traktowaniu jednostki może stanowić czynnik sprzyjający radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi oraz przesuwaniu się jednostki na kontinuum choroba – zdrowie w kierunku tego drugiego.

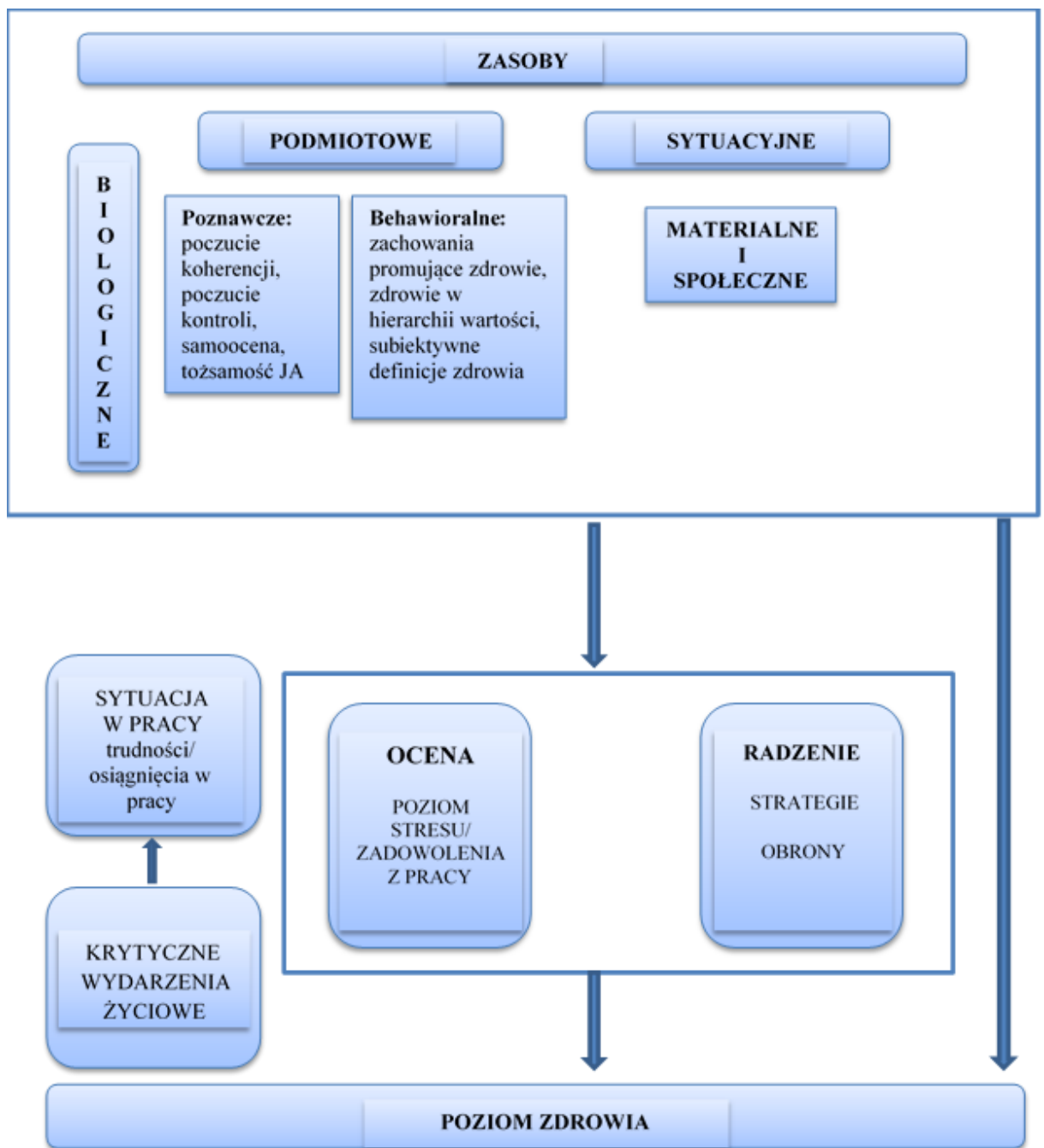
3.4. Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) jako integracja dotychczasowego podejścia do zdrowia.

Funkcjonalny Model Zdrowia autorstwa Heleny Wrony-Polańskiej (2003) jest połączeniem stale obecnych w psychologii tendencji w rozumieniu zdrowia. Czerpie on z transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman, akcentując rolę oceny poznawczej pierwotnej (określającej percepcję konkretnej sytuacji przez podmiot) oraz oceny poznawczej wtórnej (warunkującej w oparciu o ocenę pierwotną podjęcie odpowiednich środków zaradczych). Odnosi się do modelu salutogenetycznego Antonovsky'ego, odwołując się do pozytywnego rozumienia zdrowia oraz zasobów uznawanych za istotne w procesie jego wzmacniania, utrzymywania i/lub zdrowienia. Podkreśla założenia teorii systemowej oraz społeczno – ekologicznego modelu zdrowia, akcentując podmiotowość człowieka, jego jedność biopsychospołeczną oraz w myśl trzeciej rewolucji zdrowotnej rolę jednostki w zdrowiu i chorobie. Mimo że powyższe koncepcje były formułowane w II połowie XX wieku, stanowią po dzień dzisiejszy podstawę dla współczesnego podejścia do zdrowia. Koncepcje te zostały opisane szczegółowo we wcześniejszej części pracy (por. rozdz. 3.1 oraz 3.3.1), dlatego w tym miejscu ograniczono się wyłącznie do omówienia Funkcjonalnego Modelu Zdrowia. Model ten w formie graficznej przedstawiono na rycinie 3.

W Funkcjonalnym Modelu Zdrowia, najważniejszą rolę pełnią zasoby, które prowadzą do przeżywania napięcia na optymalnym poziomie, umożliwiają twórcze radzenie sobie ze stresem i sprzyjają zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003).

Zdaniem Wrony-Polańskiej (2003, 2011) poradzenie sobie z sytuacją trudną wymaga twórczego (skutecznego i efektywnego) radzenia sobie ze stresem. Skuteczność oznacza dobór adekwatnych do oceny sytuacji sposobów radzenia sobie, natomiast efektywność dotyczy wykorzystania w przebiegu transakcji stresowej możliwości podmiotu, czyli posiadanych zasobów. Radzenie sobie ze stresem wymaga więc aktywności twórczej – zależnej od procesów poznawczych i emocjonalnych jednostki – a nie stereotypowej. U podłoża twórczego, a więc sprzyjającego zdrowiu radzenia sobie leżą zasoby (Wrona-Polańska, 2003), które uruchamiają radzenie każdorazowo dostosowane do możliwości jednostki i warunków sytuacji. Celem tak

rozumianego radzenia sobie jest utrzymanie i/lub wzmocnienie zdrowia w obliczu sytuacji stresowej.



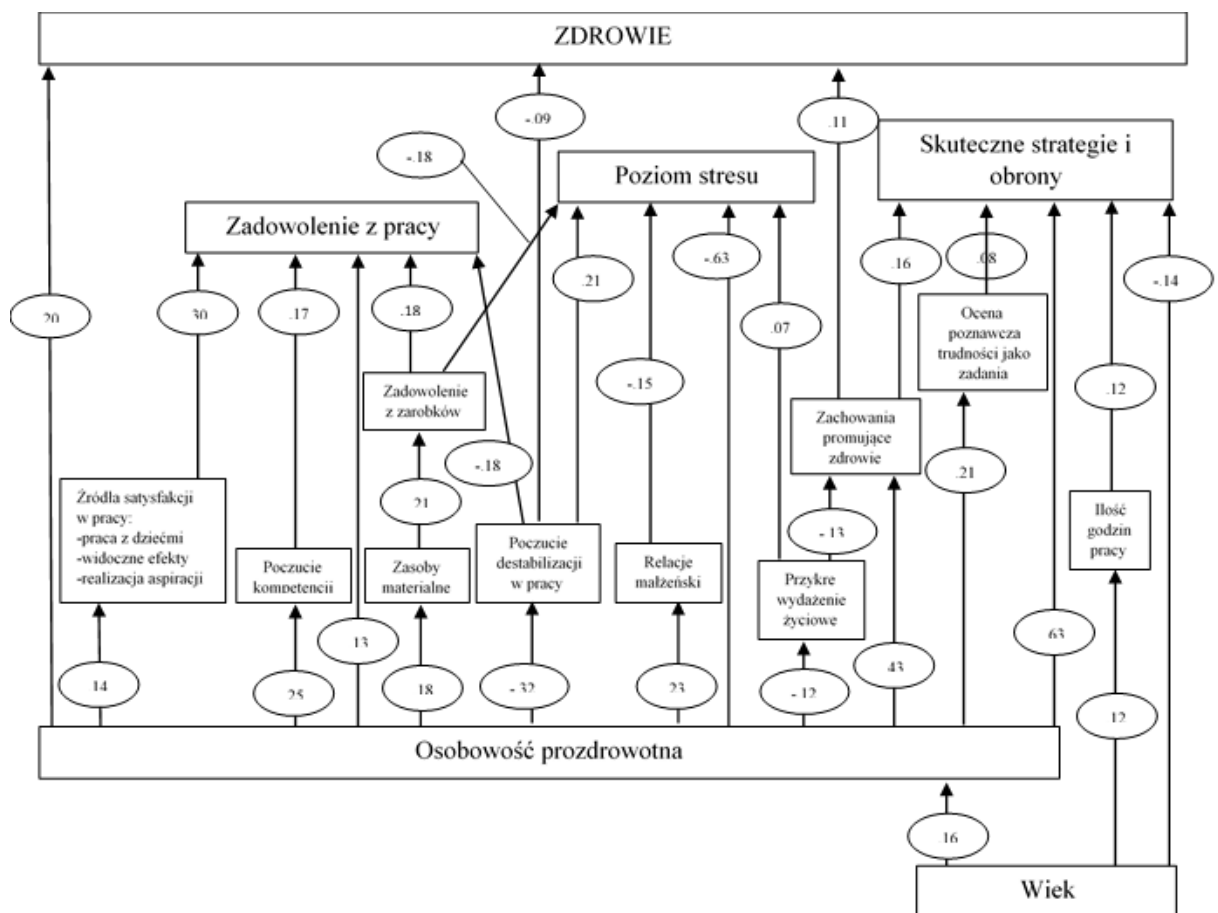
Rycina 3. Funkcjonalny Model Zdrowia i jego uwarunkowań.

Źródło: H. Wrona-Polańska (2003, s. 100).

Omawiany model znalazł potwierdzenie empiryczne w przeprowadzonych przez jego Autorkę badaniach z udziałem 299 nauczycielek wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego oraz pracownic socjalnych i administracyjnych. W prowadzonym postępowaniu empirycznym Wrona-Polańska zoperacjonalizowała zdrowie przy użyciu

siedmiu wskaźników: poczucia zdrowia, braku poczucia zmęczenia, poczucia spokoju, braku wyczerpania emocjonalnego, braku depersonalizacji, poczucia jakości życia oraz poczucia osobistych osiągnięć. Suma wszystkich wskaźników stanowiła ogólną zmienną zdrowie. Model badawczy obejmował także: trudności i osiągnięcia w pracy, wydarzenia krytyczne, ocenę i przeżywanie stresu, zadowolenie z pracy, radzenie sobie ze stresem (strategie i obrony) oraz zasoby podmiotowe poznawcze (poczucie koherencji, samoocenę, poczucie tożsamości JA, poczucie spozstrzeganej kontroli), podmiotowe behawioralne (tworzące zdrowy styl życia), biologiczne i sytuacyjne (materialne i społeczne).

Wyniki analizy ścieżek (rycina 4) pozwoliły na empiryczną weryfikację skonstruowanego przez Wronę-Polańską modelu teoretycznego i ukazały kluczową rolę zasobów w kształtowaniu zdrowia.



Rycina 4. Model zdrowia w całej badanej grupie. Źródło: Wrona-Polańska, 2003, s. 210.

Najistotniejszymi determinantami zdrowia okazały się zasoby podmiotowe – poczucie koherencji, poczucie kontroli oraz samoocena, które zostały określone przez Autorkę Funkcjonalnego Modelu Zdrowia jako osobowość prozdrowotna.

Zasoby podmiotowe trzema ścieżkami prowadzą do zdrowia: kompetencyjną (poprzez skuteczne radzenie sobie) i emocjonalną (za pośrednictwem pozytywnych emocji), które równoważą ścieżkę napięciową (zagrożającą zdrowiu). Zdaniem Wrony-Polańskiej (2011, s. 145): „Zasoby przez stymulowanie skutecznego działania, prowadzącego do rozwiązania problemu lub nadania mu pozytywnego znaczenia i wyzwalanie pozytywnych emocji przeciwdziałają narastaniu napięcia, a więc równoważą stawiane człowiekowi wymagania, sprzyjając zdrowiu”. Wynika z tego, że ścieżka kompetencyjna – skutecznego radzenia sobie odgrywa znaczącą rolę w kreowaniu zdrowia, prowadząc do rozwiązania problemu, podczas gdy ścieżka napięciowa zagraża zdrowiu. Wyniki badań Wrony-Polańskiej (2003) wskazują, że osobowość prozdrowotna, czyli trzy wymienione wyżej zasoby podmiotowe zasilają ścieżkę kompetencyjną (0,63) i prowadzą do rozwiązania problemu, co skutkuje redukcją stresu (-0,63) – świadczą o tym zamieszczone w nawiasach wyniki analizy ścieżek.

Badania Wrony-Polańskiej (2003) wskazały, że obok osobowości prozdrowotnej ze zdrowiem wiążą się także zasoby podmiotowe behawioralne (zachowania promujące zdrowie), takie jak świadome podejmowanie aktywności na rzecz zdrowia oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Zachowania te w dużej mierze zasilają ścieżkę skutecznego radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003, 2011). Istotne okazały się także zasoby materialne i społeczne, które stanowiąc źródło pozytywnych emocji, sprzyjają zdrowiu. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2003, s. 105):

Zdrowie wiąże się ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem, o poziomie zdrowia decyduje poziom przeżywanego stresu oraz skuteczność stosowanych strategii i obron w radzeniu sobie (...). Wyższy poziom zdrowia wiąże się z niższym poziomem przeżywanego stresu, bardziej skutecznym radzeniem sobie ze stresem, wykorzystującym aktywne strategie wymagające twórczego myślenia w rozwiązywaniu problemów, nadawania im pozytywnego charakteru tak, aby warto było podejmować działanie (...). Natomiast niższy poziom zdrowia wiąże się ze stosowaniem strategii unikowych, które powodują kumulację napięcia, często utrudniają aktywne działanie oraz niższym poziomem zasobów, co utrudnia skuteczne działanie i może zagrażać zdrowiu.

Podsumowując, Funkcjonalny Model Zdrowia: (1) ukazuje psychologiczne uwarunkowania zdrowia definiowanego w sposób holistyczny i funkcjonalny, (2) podkreśla rolę zasobów – zwłaszcza osobowości prozdrowotnej – jako sprzyjających twórczemu radzeniu sobie ze stresem i niższemu poziomowi stresu, (3) wskazuje, że zasoby, twórcze radzenie sobie ze stresem oraz poziom stresu decydują o zdrowiu rozumianym jako proces równoważenia wymagań (stresorów, patogenów) z możliwościami (zasobami) jednostki, (4) zwraca uwagę na

znaczenie pozytywnych emocji sprzyjających zdrowiu. Omawiany model może stanowić źródło dla wskazań praktycznych – zdaniem Wrony-Polańskiej (2003) w procesie kreowania zdrowia bardzo duże znaczenie ma kształtowanie w jednostce, już od najmłodszych lat życia, twórczego myślenia oraz umiejętności rozwiązywania trudności i problemów poprzez rozwijanie zasobów podmiotowych. Model ten doskonale wpisuje się w problematykę promocji zdrowia, stanowiąc źródło wiedzy i inspirację do poszukiwania odpowiedzi na pytanie jak rozwijać i utrzymywać zdrowie pomimo stresu, będącego naturalnym elementem życia człowieka.

4. Trema jako specyficzny rodzaj stresu w ujęciu Funkcjonalnego Modelu Zdrowia

Rozumienie stresu na przestrzeni lat ewoluowało od taktowania go w kategoriach zjawiska z obszaru biologii i medycyny do mającego charakter także psychospołeczny. W zależności od okresu i dominujących w nim trendów naukowych oraz społeczno – kulturowych nadawano mu status bodźca lub reakcji, w konsekwencji łącząc oba sposoby rozumienia (Heszen-Niejodek, 2005; Heszen, 2013; Słowik, 2003). Obecnie akcentuje się znaczenie wzajemnej relacji między jednostką a otoczeniem, mającą charakter procesualny i podkreśla, że stres jest zjawiskiem wielopoziomowym i dynamicznie zmieniającym się w czasie (Heszen, 2013). Takie jego rozumienie ukazuje rolę oceny poznawczej, radzenia sobie ze stresem oraz zasobów jednostki (kształtowanych od najmłodszych lat życia człowieka) w przebiegu transakcji stresowej, która może prowadzić nie do choroby, a do zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016a).

Przyjęcie założenia o pozytywnych skutkach stresu wynika ze współczesnych tendencji obecnych na gruncie psychologii, wskazujących na powszechne występowanie stresu oraz traktowania go jako nieodłącznego elementu codziennego funkcjonowania człowieka. U źródeł tego założenia leży transakcyjna teoria stresu, model salutogenetyczny, teoria systemowa oraz społeczno – ekologiczny model zdrowia (por. rozdz. 3.1 oraz 3.3.1), których syntezę stanowi Funkcjonalny Model Zdrowia (por. rozdz. 3.4).

Rozważania dotyczące pojęcia stresu i jego znaczenia dla zdrowia człowieka znajdujące wyraz w wyżej przytoczonych koncepcjach i modelach stanowiły inspirację do konceptualizacji tremy (jako specyficznego rodzaju stresu), ukazania jej konsekwencji (sprzyjających zdrowiu lub mu zagrażających) oraz mechanizmów wiążących się z nimi (zasoby i radzenie sobie ze stresem).

Obecnie, w powstawaniu tremy oraz konsekwencjach do jakich prowadzi podkreśla się przede wszystkim rolę czynników psychologicznych i środowiskowych (por. rozdz. 2.2.1 i 2.2.3). Jest to zgodne z założeniem, że stres jest relacją między możliwościami jednostki a wymaganiami sytuacji. Z psychologicznego punktu widzenia tremę można zdefiniować jako specyficzny rodzaj stresu w ujęciu systemowym (Wrona-Polańska, 2004; 2008; 2014; 2016). Występ publiczny traktowany jest jako sytuacja stresowa, w której zachodzi relacja między wykonawcą a sytuacją występu. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2014, s. 222): „Od oceny występu przez wykonawcę w kategoriach – zagrożenia, straty czy wyzwania i oceny własnych możliwości – stopnia przygotowania repertuaru, poziomu samooceny oraz przebiegu występu

zależy przebieg tej relacji (...). Oznacza to, że trema może prowadzić do konsekwencji pozytywnych (sprzyjać wykonaniu i zdrowiu muzyka) lub negatywnych (zagrozić wykonaniu i zdrowiu muzyka) w zależności od zasobów dostępnych jednostce. Zasoby prowadzą do oceny sytuacji występu w kategoriach wyzwania i przeżywania tremy na optymalnym poziomie, sprzyjającemu twórczemu radzeniu sobie z nią, czyli zdrowiu.

Trema w niniejszej pracy rozumiana jest za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2014, 2016) jako rodzaj stresu, który ma charakter specyficzny. Specyfika ta wynika z tego, że dotyczy ona konkretnej grupy osób, których codzienna aktywność wiąże się z funkcjonowaniem w określonym środowisku stawiającym przed jednostką konkretne wymagania (por. rozdz. 1). Trema w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie jest zatem specyficznym rodzajem stresu związanym z sytuacją występu, której mogą towarzyszyć objawy somatyczne oraz poznawczo – emocjonalne i która w zależności od mechanizmów psychologicznych – zasobów podmiotowych i radzenia sobie z nią może sprzyjać lub zagrażać zdrowiu muzyka. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia w wyniku deficytów w zasobach i nieskutecznego radzenia sobie może ona prowadzić do problemów o charakterze somatycznym (np. wrzody żołądka, nadmierne napięcie mięśniowe), psychologicznym (np. bezsenność, stany depresyjne, stany lękowe, trudności w koncentracji uwagi) i społecznym (np. izolacja, poczucie osamotnienia). Długotrwałe narażenie na stres w sferze psychicznej (stresory o charakterze poznawczo – emocjonalnym), fizycznej (np. przeciążenie poszczególnych układów na skutek wielogodzinnego ćwiczenia i pozostawania w tzw. pozycji wymuszonej) oraz społecznej (np. niedocenianie i brak zrozumienia roli muzyka, niesprzyjające tejże profesji trendy społeczno – kulturowe, w tym komercjalizacja muzyki) stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia holistycznego muzyków.

W kontekście omawianej problematyki warto odnieść się do procesualnego charakteru tremy. Po pierwsze proces przygotowania do występu (traktowanego jako sytuacja stresowa) trwa kilka tygodni/ miesięcy – a do bycia muzykiem w sensie roli zawodowej całe lata i związany jest z dużym wysiłkiem fizycznym i psychicznym. Po drugie, sama antycypacja występu może stanowić czynnik stresogenny i aktywizujący zasoby (już w tym okresie może nastąpić wyczerpanie organizmu, a na dojście do pierwotnego stanu organizmu zwykle nie ma czasu, gdyż stresory jakim podlega muzyk są wpisane w jego codzienne funkcjonowanie). Po trzecie, sytuacja po występie także może powodować negatywne stany somatyczne i psychologiczne (jest to czas refleksji i analizy dotyczącej np. poprawności wykonania, oceny własnej osoby dokonywanej przez samego muzyka oraz publiczność, egzaminatorów, nauczycieli). Procesualny charakter tremy wskazuje, że narażenie na długotrwałe

doświadczanie wysokiego poziomu napięcia – lęku, który jest wskaźnikiem stresu (Wrona-Polańska, 2003) oraz negatywnych objawów tremy może prowadzić do choroby lub pogorszenia zdrowia.

Przyjmując systemowe rozumienie tremy, wydaje się słuszne odejście od dotychczasowego, osadzonego w paradygmacie biomedycznym, redukcjonistycznego jej traktowania (wyłącznie jako czynnika skutkującego pogorszeniem funkcjonowania scenicznego i osobistego artysty) i ukazania jej zgodnie ze współczesną myślą psychologii zdrowia, jako specyficznego rodzaju stresu, stanowiącego naturalny element funkcjonowania muzyka, który może pełnić funkcję pozytywną i sprzyjać zdrowiu. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia, zdrowie wiąże się z zasobami, które redukują poziom stresu oraz uruchamiają twórcze radzenie sobie z nim. Zatem, od zasobów podmiotowych zależy w kierunku którego krańca człowiek przesunie się na kontinuum zdrowie – choroba w obliczu transakcji stresowej. W tym sensie trema traktowana jako specyficzny rodzaj stresu może skutkować albo rozwojem i zdrowiem albo pogorszeniem funkcjonowania i/ lub chorobą.

4.1. Radzenie sobie z tremą jako specyficznym rodzajem stresu

Trema jest zjawiskiem, pojawiającym się w doświadczeniu każdego muzyka, niezależnie od wieku, płci, doświadczenia i zdolności muzycznych (por. rozdz. 2.2.1). Omawiana problematyka podejmowana jest zwykle w odniesieniu do tremy prowadzącej do negatywnych skutków (por. rozdz. 2.2.3). W konsekwencji, w literaturze przedmiotu pojawiają się przede wszystkim badania dotyczące metod radzenia sobie z tremą, ale tych które mają zmniejszyć już istniejący – a więc zagrażający zdrowiu – wysoki jej poziom (por. rozdz. 2.2.5).

Działania, o których mowa nie odnoszą się do radzenia sobie z tremą rozumianego w ujęciu Funkcjonalnego Modelu Zdrowia. Zgodnie z nim radzenie sobie powinno mieć charakter twórczy czyli każdorazowo powinno być dostosowane do wymagań sytuacji i możliwości jednostki, co oznacza, że o jego skuteczności decydują zasoby podmiotowe (Wrona-Polańska, 2003).

Badania zasobów, w kontekście ich znaczenia dla zdrowia i funkcjonowania jednostki prowadzone były na różnych grupach wiekowych i zawodowych. Istnieje jednak niewiele doniesień empirycznych z tego obszaru w odniesieniu do muzyków, zwłaszcza młodzieży uzdolnionej muzycznie (por. rozdz. 3.3.3). Te, które istnieją dotyczą przede wszystkim roli poczucia samoskuteczności (Kaleńska-Rodzaj, 2013; McPherson i McCormick, 2003, 2006) oraz samooceny w redukcji poziomu lęku i jego wpływu na sceniczne funkcjonowanie muzyka (Dymkowski, 1991; Hoshino, 1999; Kenny i in., 2004; Kępińska-Welbel, 1999, 2000;

Papageorgi i in., 2007; Szulc i Olszak, 2012). Wiele jest natomiast publikacji wskazujących na istotną rolę rodziców i nauczycieli w procesie kształtowania i rozwoju młodego muzyka (Kaleńska-Rodzaj i Pietras, 2014; Konaszkiewicz, 2004, 2009; Markiewicz, 2008; Nogaj, 2014a; 2014b; Weiner, 2014). Sposób percepcji, doświadczania i przeżywania różnych sytuacji, także stresowych kształtuje się w procesie rozwoju. Wiąże się zatem z oddziaływaniami edukacyjnymi i wychowawczymi. Oddziaływania te rozpoczynają się na bardzo wczesnym etapie rozwoju człowieka i powinny zmierzać do kształtowania jednostki o harmonijnie rozwiniętej osobowości, mającej świadomość potencjałów w niej tkwiących i dysponującej zasobami pozwalającymi na radzenie sobie ze stawianymi przed nią zadaniami (Gliniecka-Rękawik, 2007; Wrona-Polańska i Curyło-Sikora, 2012). Traktując tremę jako specyficzny rodzaj stresu oraz przyjmując założenia Funkcjonalnego Modelu Zdrowia, wydaje się istotne zwrócenie uwagi na rolę zasobów, które sprzyjają ocenie poznawczej stresu jako wyzwania, a w konsekwencji równoważą przeżywany stres, prowadząc do zdrowia (Wrona-Polańska, 2003; 2006a, 2009, 2011; Wrona-Polańska i in. 2009, 2011). Na gruncie polskim, na rolę zasobów w grupie młodzieży kształcącej się muzycznie zwraca uwagę przede wszystkim Wrona-Polańska (2008, 2013a, 2013b, 2014) oraz Wrona-Polańska, Polańska i Polański (2009, 2011).

Literatura przedmiotu wskazuje, że muzycy często dokonują nieadekwatnej oceny poznawczej sytuacji, która prowadzi do doświadczania wysokiego poziomu tremy (Raducanu, 2010; Kępińska-Welbel, 1991). Na przykład zniekształcają oni obraz publiczności (m.in. mają poczucie, że opinie słuchaczy odnoszą się wyłącznie do ich osoby oraz że publiczność nastawiona jest wyłącznie na ich krytykę), tym samym postrzegają słuchaczy jako zagrożenie i antycypują ich reakcje negatywne. Kępińska-Welbel (1991, s. 3), podejmując powyższą problematykę zaznacza, że: „Praca terapeutyczna (z muzykiem – przyp. autorki) wymaga również omówienia kontekstu społecznego sytuacji występu oraz dokonania przez muzyka realistycznej oceny publiczności”. Uważa ona, że niezależnie od opinii odbiorców, jeśli muzyk ma poczucie pewności, poczucie własnej wartości, akceptuje samego siebie i swoją grę, a w sytuacji błędu traktuje go jako czynnik motywujący do dalszej pracy a nie porażkę, wówczas zamiast przeżywania publiczności w sposób lękowy pojawia się doświadczanie jej jako towarzyszących artyście i wspólnie z nim przeżywających muzykę. W przeciwnej sytuacji istnieje prawdopodobieństwo pojawiania się w myśleniu artysty błędnych wzorców poznawczych, trudności w koncentracji uwagi oraz negatywnego obrazu własnej osoby, co w konsekwencji zwiększa ryzyko popełniania błędów w trakcie wykonania.

W badaniu przeprowadzonym przez Biasutti i Urli (2006) 25% badanych określiło, że obecność publiczności ma na nich negatywny wpływ, 8% że pozytywny, natomiast 67% stwierdziło, że wpływ ten jest zarówno pozytywny, jak i negatywny. Komponent pozytywny związany był z przeżywaniem publiczności jako towarzyszy, z którymi zachodzi proces komunikacji przez muzykę. Natomiast negatywny dotyczył obawy przed oceną ze strony innych i powodował uczucie dyskomfortu, niemożności zapanowania nad występem, chęć zrezygnowania z niego, czy bycia w innym miejscu. Wskazywały na niego następujące wypowiedzi: „Byłem przerażony oceną innych, nawet jeśli grałem wśród 100 innych graczy, publiczność była wrogiem, a ja byłem ich celem”, „Zaczynam myśleć, że oni patrzą na mnie, dokładnie koncentrują się na tym w co jestem ubrany, jakie mam buty, na moim graniu, to staje się fobią!” (Biasutti i Urli, 2006, s. 1479).

Ukazane doniesienia podkreślają rolę oceny poznawczej w doświadczaniu tremy. Zdaniem Wolfe (1990; za: Raducanu, 2010, s. 186) ważne jest by: „Muzycy używali pozytywnych komponentów lęku, takich jak pobudzenie i intensywność, które sprzyjają występowi zamiast pozwolić negatywnym elementom, takim jak poczucie obawy, rozproszenie uwagi obniżyć jakość wykonania”. Również według Raducanu (2010, s. 187):

Wykonawcy powinni spróbować interpretować przyspieszone bicie serca jako sygnał podniecenia i zadowolenia z zadania, co stanowi o pozytywnym efekcie wykonania. Nie powinni myśleć w sposób negatywny. Myślenie o porażce w trakcie występu prawie zawsze oznacza gorsze wykonanie w stosunku do możliwości wykonawcy.

Powyższe rozważania oraz przytoczone dane empiryczne wskazują że profesjonalna aktywność muzyczna, począwszy od etapu kształcenia muzycznego, ze względu na swoją specyfikę wymaga szczególnego zainteresowania psychologią zdrowia, przede wszystkim w kontekście podejmowania oddziaływań, których celem jest taki rozwój jednostki, aby pojawiające się przed nią zdarzenia interpretowała przez pryzmat posiadanych zasobów, traktując je jako wyzwania a nie zagrożenie (Wrona-Polańska i in., 2010, 2012a, 2014).

Muzyk powinien nabyć umiejętność radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, dzięki zasobom, będącym w jego dyspozycji, które kształtowane są w trakcie jego rozwoju. Dzięki nim, mimo czynników obciążających organizm od strony fizycznej, psychicznej oraz społecznej, może on sprostać zadaniom bez kosztów zdrowotnych i/ lub wejść na drogę twórczego rozwoju osobowości. Doniesienia teoretyczno – empiryczne przedstawione w niniejszym podrozdziale wskazują, że czynniki prowadzące do przeżywania napięcia przez muzyka w kategoriach doświadczenia pozytywnie lub negatywnie wpływającego na jego

funkcjonowanie wiąże się z interpretacją sytuacji i własnych możliwości dokonywaną przez niego samego. Zależą więc, nie tyle od zdolności muzycznych, co od posiadanych kompetencji oraz zasobów będących w dyspozycji jednostki.

Rozważania poczynione w niniejszym rozdziale prowadzą do kilku wniosków. Po pierwsze, trema jest nieodłącznym elementem aktywności każdego muzyka. Po drugie, jako specyficzny rodzaj stresu może sprzyjać, ale także zagrażać zdrowiu – może wpływać pozytywnie na zdrowie i rozwój muzyka w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, ale także może prowadzić do wyczerpania organizmu i choroby. Po trzecie konsekwencje, do jakich będzie prowadziła zależą od zasobów, które sprzyjają przeżywaniu stresu na optymalnym poziomie i umożliwiają twórcze radzenie sobie z nim. Po czwarte stosowane przez muzyków sposoby radzenia sobie z tremą koncentrują się przede wszystkim na redukowaniu doświadczanego już wysokiego poziomu MPA oraz negatywnych jej objawów (leczenie). Z tego względu, w oparciu o Funkcjonalny Model Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003), podjęto problematykę radzenia sobie z tremą w kontekście zdrowia, poszukując odpowiedzi na pytanie: Jakie psychologiczne mechanizmy sprzyjają zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie, a które mu zagrażają?

CZEŚĆ EMPIRYCZNA

5. Radzenie sobie z tremą a zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie w świetle wyników badań własnych.

5.1. Charakterystyka badań własnych

5.1.1. Cel i podstawa teoretyczna badań.

Występ publiczny będący naturalnym elementem kształcenia muzycznego jest sytuacją stresową. Profesja muzyka wymaga od niego częstej ekspozycji społecznej, która zawierając w sobie element oceny i samooceny prowadzi do doświadczania tremy, rozumianej za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2014, 2016), jako specyficzny rodzaj stresu w ujęciu systemowym (por. rozdz. 4).

Współcześnie uważa się, że „stres jest nieodłącznym towarzyszem życia, nie można się od niego uwolnić, ale trzeba nauczyć się z nim żyć (...), tak aby nie zachorować (...)” (Wrona-Polańska, 2003, s. 95). Założenie to, wskazujące na istnienie związku między stresem a zdrowiem stało się punktem wyjścia dla podjętych badań. Rozumienie relacji stres – zdrowie na przestrzeni wieków ewoluowało od ujęcia, w którym wskazywano jedynie na negatywne konsekwencje stresu w postaci wielu chorób i zaburzeń (ujęcie patogenetyczne, biomedyczne) do koncentracji na zdrowiu (model salutogenetyczny) oraz rozumienia go holistycznie i funkcjonalnie (Funkcjonalny Model Zdrowia).

Celem badań jest próba odpowiedzi na pytanie: Jaki jest poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie i od jakich psychologicznych mechanizmów zależy utrzymanie zdrowia na dobrym poziomie?

Podstawę teoretyczną badań stanowił Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), skonstruowany teoretycznie i sprawdzony empirycznie w oparciu o badania ludzi zdrowych (por. rozdz. 3.4).

Zdrowie w modelu tym (Wrona-Polańska, 2003, s. 96), traktowane jest jako: „proces równoważenia wymagań stawianych człowiekowi przez otoczenie społeczne z jego możliwościami (...). Tak pojmowane zdrowie ma wiele wymiarów, ale istotą jest jego funkcjonalność, a więc zdolność do takiego radzenia sobie z wymaganiami otoczenia, aby utrzymać dynamiczną równowagę”.

Zdrowie wiąże się z optymalnym poziomem stresu, jako konsekwencji twórczego radzenia sobie z nim. Twórcze radzenie sobie ze stresem oznacza „(...) radzenie wykorzystujące aktywność podmiotu, dostosowane do sytuacji i możliwości człowieka, wymagające elastycznego doboru strategii i wytyczania granic spraw ważnych” (Wrona-Polańska, 2003,

s. 96). Zarówno poziom stresu, jak i sposoby radzenia sobie ze stresem wiążą się z zasobami jakimi dysponuje jednostka. Zasoby sprzyjając twórczemu radzeniu sobie, wiążą się także ze zdrowiem powodując, że człowiek przesuwa się na kontinuum choroba – zdrowie w kierunku pierwszego (w sytuacji ich braku lub wyczerpania) lub drugiego krańca (w sytuacji ich mobilizacji).

Rozumienie zdrowia jako procesu utrzymywania dynamicznej równowagi pomiędzy wymaganiami otoczenia a możliwościami człowieka (Wrona-Polańska, 2003) podkreśla rolę jednostki w kształtowaniu zdrowia. Możliwości w myśl modelu Antonovsky'ego (2005) rozumiane są jako zgeneralizowane zasoby odpornościowe, traktowane jako psychologiczne mechanizmy zdrowia oraz zgodnie z ujęciem Hobfolla (2006) jako ważne i cenione przedmioty, właściwości osobiste, warunki i zasoby energii.

Zgodnie z omawianym modelem oraz przyjęciem za Wroną-Polańską założenia, że treść jest specyficznym rodzajem stresu można uznać, iż istnieje związek między treścią a zdrowiem nie tylko negatywny, ale także pozytywny. Treść jest zjawiskiem wpisanym w funkcjonowanie młodzieży będącej w procesie kształcenia muzycznego, nie można jej całkowicie wyeliminować. Z literatury przedmiotu (por. rozdz. 2.2.3) wiadomo, że może ona prowadzić do pozytywnych lub negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania scenicznego i osobistego muzyka. Treść towarzysząca muzykom może zatem sprzyjać zdrowiu, dzięki zasobom będącym w dyspozycji jednostki, które uruchamiają radzenie każdorazowo dostosowane do oceny sytuacji (por. rozdz. 4). Ogólnie przewiduje się, że zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z wyższym poziomem zasobów, które sprzyjają przeżywaniu treści na optymalnym poziomie, jak również umożliwiają twórcze radzenie sobie ze stresem.

5.1.2. Model badawczy i hipotezy badawcze

W oparciu o Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003) skonstruowano model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią (rycina 5) oraz sformułowano hipotezy badawcze.

I Zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie z treścią

Hipoteza 1: Wyższy poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z niższym poziomem treści i niższym poziomem objawów treści.

Hipoteza 2: Wyższy poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z twórczym radzeniem sobie ze stresem, czyli wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu i niższym stylu skoncentrowanego na emocjach.

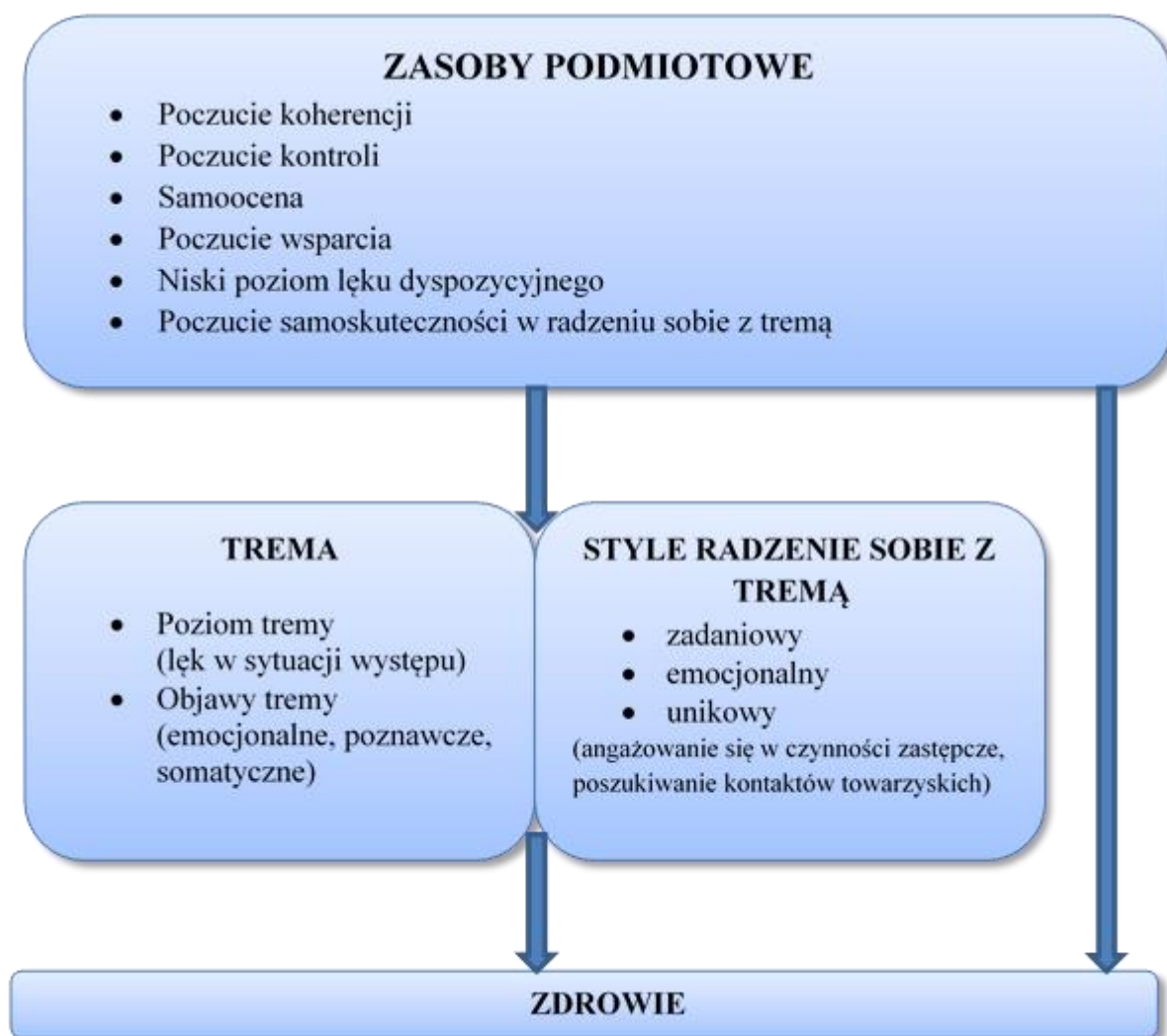
II Twórcze radzenie sobie z treścią jest funkcją zasobów podmiotowych

Hipoteza 3: Wyższy poziom zasobów podmiotowych młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z twórczym radzeniem sobie z treścią, czyli stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu. Niższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się ze stylem skoncentrowanym na emocjach.

Hipoteza 4: Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem tremy i niższym poziomem objawów tremy.

III Zdrowie jest funkcją zasobów podmiotowych

Hipoteza 5: Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z wyższym poziomem zdrowia.



Rycina 5. Model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią. Opracowanie własne na podstawie Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003, s.100).

Powyższe hipotezy wynikają z założeń Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (2003), mówiących o tym, że: (1) zdrowie jest funkcją radzenia sobie ze stresem, co oznacza, że wyższy poziom zdrowia wiąże się z niższym poziomem stresu oraz twórczym czyli skutecznym i efektywnym radzeniem sobie ze stresem (hipoteza pierwsza i druga), (2) radzenie sobie ze stresem jest funkcją zasobów, co oznacza, że wyższy poziom zasobów wiąże się z twórczym radzeniem sobie ze stresem oraz niższym poziomem stresu (hipoteza trzecia i czwarta), (3) zdrowie jest funkcją zasobów, co oznacza, że wyższy poziom zasobów sprzyja wyższemu poziomowi zdrowia (hipoteza piąta).

Funkcja, za Wroną-Polańską (2003) rozumiana jest w sensie matematycznym, jako zależność pomiędzy zmiennymi. Zmiana jednej wartości pociąga za sobą zmianę drugiej wartości.

Celem badań jest, po pierwsze uchwycenie związku między poziomem zdrowia a poziomem tremy i jej objawów oraz poziomem zdrowia a sposobami radzenia sobie z treścią; po drugie określenie związku między zasobami a radzeniem sobie z treścią oraz zasobami a poziomem tremy i jej objawami; po trzecie analiza materiału ma zmierzać do uchwycenia związku między poziomem zdrowia a zasobami.

Otrzymane wyniki będą podstawą do określenia predyktorów zdrowia, tremy i radzenia sobie ze treścią. W konsekwencji posłużą do stworzenia modelu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią oraz udzielenia odpowiedzi na pytanie, jakie psychologiczne mechanizmy sprzyjają utrzymaniu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, a które mu zagrażają.

5.1.3. Mierzone zmienne i ich operacjonalizacja.

Do pomiaru badanych zmiennych użyto wywiadu standaryzowanego oraz technik kwestionariuszowych. Mierzone zmienne, które sklasyfikowano w pięć grup tematycznych i ich operacjonalizacja zostały przedstawione w tabeli 1.

Operacjonalizacja zmiennej zdrowie

W celu zbadania zdrowia posłużono się pięcioma wskaźnikami, których sumaryczny wynik stanowi ogólną zmienną zdrowie:

- poczucie zdrowia
- poczucie spokoju
- poczucie braku zmęczenia
- poczucie osobistych osiągnięć
- poczucie jakości życia

Taki sposób operacjonalizacji omawianej zmiennej wynikał z czterech czynników. Po pierwsze wiązał się z empiryczną weryfikacją wymienionych wskaźników, przeprowadzoną przez Autorkę Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, s. 116), wskazującą na ich ważność w całościowym rozumieniu zdrowia. Po drugie wynikał z przyjętego w pracy modelu teoretycznego wskazującego kierunek określania zdrowia – zgodnie z nim powinno być rozumiane w perspektywie holistycznej i funkcjonalnej. Po trzecie wiązał się ze złożonością i wieloaspektowością zdrowia, które powodują, że jest ono zjawiskiem niezwykle trudnym do badania niezależnie od dziedziny, czy grupy badawczej. Po czwarte w badaniach młodzieży uzdolnionej muzycznie niemożliwym było dotarcie do obiektywnych wskaźników zdrowia badanych (np. ich dokumentacji medycznej), dlatego celem określenia jego poziomu posłużono się wskaźnikami zdrowia.

Analiza interkorelacji między wskaźnikami zdrowia wskazała, że wiążą się one ze sobą w sposób istotny statystycznie, tworząc ostatecznie ogólną zmienną zdrowie. Przyjmują one wartości od $r_s=0,436$ do $r_s=0,794$ dla związków pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami oraz od $r_s=0,747$ do $r_s=0,917$ dla związków z ogólną zmienną zdrowie (tabela 12). Dla pełniejszego określenia zdrowia w badanej grupie dokonano także analizy jakościowej.

Operacjonalizacja zmiennej trema

Trema została określona poprzez dwa wskaźniki:

- poziom tremy (lęk w sytuacji występu)
- objawy tremy (emocjonalne, poznawcze, somatyczne)

Taka operacjonalizacja omawianej zmiennej wynikała z założeń teoretycznych przedstawionych w pierwszej części niniejszej rozprawy. Po pierwsze trema traktowana jest za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2014, 2016) jako specyficzny rodzaj stresu, którego wskaźnikiem zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia jest lęk związany z oceną sytuacji występu jako stresowej. Po drugie literatura podejmująca problematykę tremy wskazuje, że przejawia się ona w sferze somatycznej, poznawczej oraz emocjonalnej, w konsekwencji mogąc prowadzić do obniżenia jakości wykonania oraz zdrowia. Dla pełniejszego zrozumienia zjawiska tremy dokonano także analizy jakościowej opartej na wypowiedziach osób badanych.

Współczynnik korelacji między wskaźnikami tremy wynosi $r_s=0,795$ (tabela 16).

Do oceny pozostałych zmiennych – sposobów radzenia sobie ze stresem oraz zasobów użyto dostępnych technik badawczych. W przypadku poczucia wsparcia oraz poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z tremą zastosowano wywiad standaryzowany.

Tabela 1. Mierzone zmienne według grup tematycznych i ich operacjonalizacja

Zakres tematyczny	Grupa zmiennych	Zmienne	Techniki badawcze
ZDROWIE	Zdrowie	Ogólna zmienna zdrowie Poczucie zdrowia Poczucie spokoju Poczucie jakości życia Poczucie braku zmęczenia Poczucie osobistych osiągnięć	Wyniki w 5 skalach wywiadu standaryzowanego składające się na wynik sumaryczny stanowiący ogólną zmienną zdrowie.
TREMA	Trema	Poziom tremy Objawy tremy: somatyczne emocjonalne poznawcze	STAI – wyniki w skali lęku jako stanu. Wyniki w trzech skalach wywiadu standaryzowanego oraz ich wynik sumaryczny.
STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM (tremą)	Style radzenia sobie ze stresem (tremą)	Styl zadaniowy Styl emocjonalny Styl unikowy Angażowanie się w czynności zastępcze Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	CISS – wyniki w poszczególnych skalach
ZASOBY I DEFICYTY	Poczucie koherencji	Poczucie koherencji Poczucie zrozumiałości Poczucie zaradności Poczucie sensowności	SOC – 29 – wyniki w poszczególnych skalach oraz wynik sumaryczny stanowiący ogólną zmienną poczucie koherencji.
	Poczucie kontroli	Poczucie kontroli Unikanie Utrzymywanie Zmaganie się Doznawanie	Kwestionariusz Mechanizmów Kontroli F. Bryanta – wyniki w poszczególnych skalach oraz wynik sumaryczny stanowiący ogólną zmienną poczucie kontroli.
	Samoocena	Poziom samooceny	Skala Samooceny SES M. Rosenberga – wynik ogólny.
	Lęk jako cecha	Poziom lęku dyspozycyjnego	STAI – wynik w skali lęku jako cechy.
	Poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią	Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią	Wywiad standaryzowany – ogólny wynik tej zmiennej.
	Poczucie wsparcia	Poczucie wsparcia	Wywiad standaryzowany – ogólny wynik tej zmiennej.
ZMIENNE Socjodemograficzne	Zmienne socjodemograficzne	Płeć Wiek Staż edukacji muzycznej Ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu	Wywiad standaryzowany (metryczka)

5.1.4. Opis procedury badawczej

Zarówno Funkcjonalny Model Zdrowia, jak i badanie obejmujące grupę młodzieży uzdolnionej muzycznie narzuciły wybór określonych technik badawczych oraz sposób prowadzenia badań.

Badanie odbywało się w zależności od dnia w jednej z sal szkoły muzycznej, w warunkach takich, by osoby badane miały pełen komfort podczas wypełniania kwestionariuszy (cisza, ławka, na której mogły wygodnie wypełnić przygotowaną baterię testów). Jednocześnie w sali było obecnych kilkoro uczniów. Na początku informowano ich o celu badania i sposobie jego przeprowadzania, zapewniając o całkowitej anonimowości; potem był czas na ewentualne pytania, następnie uczniowie przystępowali do pracy. Osoby badane otrzymywały wszystkie kwestionariusze jednocześnie. Po zakończeniu badania, w zależności od osób badanych, niektóre podejmowały z badającym (autorką pracy) dyskusję na temat nie tylko treści i sposobów przezwyciężania jej, ale także opowiadały o swojej działalności muzycznej. Rozmowa była źródłem cennych informacji, dzięki którym zyskiwano, coraz większy stopień wtajemniczenia w specyfikę kształcenia muzycznego.

5.1.5. Zastosowane techniki badawcze.

W badaniach wykorzystano metodę wywiadu standaryzowanego skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy w oparciu o Kwestionariusz Wydarzeń Stresowych (KWS) H. Wrony-Polańskiej (2003) oraz metody kwestionariuszowe do badania poziomu lęku (będącego wskaźnikiem poziomu treści), stylów radzenia sobie ze stresem oraz zasobów.

Wywiad standaryzowany zawiera 45 pytań służących do: określenia zdrowia (24 itemy), poczucia wsparcia (5 itemów), poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią (4 itemy), jej objawów somatycznych, poznawczych i emocjonalnych (9 itemów), określenia tego czym jest treść w ocenie badanych (1 item) i w jakich sytuacjach się ona pojawia - przed, w trakcie i/lub po koncercie (1 item), a także dokonania jakościowej interpretacji treści przedkoncertowej, koncertowej i pokoncertowej (1 item). Wywiad wraz z kluczem zamieszczono w aneksie (załącznik 1 i 1a).

5.1.5.1. Techniki do badania zdrowia

5.1.5.1.1. Wywiad standaryzowany

Wywiad standaryzowany zawiera 24 pozycje, 21 z nich służy do określenia wskaźników zdrowia, których suma stanowi ogólną zmienną zdrowie. Trzy pozostałe są uzupełnieniem wyników uzyskanych dla zmiennej zdrowie, w postaci analizy jakościowej. Zdrowie określono

wykorzystując zoperacjonalizowaną definicję zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, s.116). Za wskaźniki zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie przyjęto: (1) poczucie zdrowia, (2) poczucie spokoju, (3) poczucie jakości życia, (4) poczucie braku zmęczenia oraz (5) poczucie osobistych osiągnięć (por. rozdz. 5.1.3). Wskaźniki te odnoszą się do trzech wymiarów zdrowia: somatycznego, psychicznego i społecznego. Przyjmuje się za Wroną-Polańską (2003), że im wyższy poziom składowych ogólnej zmiennej zdrowie, tym wyższy poziom zdrowia badanych oraz że ich suma stanowi ogólną zmienną zdrowie.

Poczucie zdrowia (4 itemy). Jedno z pytań ma charakter skali o wartościach liczbowych 1 – 10, prawy biegun oznacza ludzi zdrowych, a lewy chorych. Osoba badana ma określić, w którym miejscu tej linii się znajduje oraz uzasadnić swój wybór. Pozostałe itemy są pytaniami typu: „Jak często odczuwasz różnego rodzaju dolegliwości?”. Badany ma się do nich ustosunkować poprzez zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. W wymiarze tym osoba badana może uzyskać maksymalny wynik 28 punktów, oznaczający wysokie poczucie zdrowia.

Poczucie spokoju (4 itemy). Jedno z pytań ma charakter skali o wartościach liczbowych 1 – 10, prawy biegun to ludzie spokojni, a lewy nerwowi. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na linii, w którym miejscu się znajduje oraz uzasadnienie swojego wyboru. Kolejne trzy itemy to pytania typu: „Jak często doświadczasz sytuacji, w których odczuwasz zdenerwowanie/napięcie?”. Badany ma ustosunkować się do nich poprzez zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Osoba badana może uzyskać maksymalny wynik 28 punktów, oznaczający wysokie poczucie spokoju.

Poczucie braku zmęczenia (3 itemy). Wskaźnik ten określony jest przez użycie skali o wartościach liczbowych 1 – 10, gdzie prawy biegun to ludzie nie odczuwający zmęczenia, a lewy ludzie odczuwający bardzo duże zmęczenie. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na linii, w którym miejscu się znajduje oraz uzasadnienie swojego wyboru. Pozostałe itemy mają charakter pytań, np. „Czy czujesz się wyczerpana/y codziennymi obowiązkami?”, badany ma się do nich ustosunkować poprzez zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Maksymalny wynik oznaczający poczucie braku zmęczenia to 22 punkty.

Poczucie jakości życia (3 itemy). Jedna pozycja ma charakter skali o wartościach liczbowych 1 – 10, prawy biegun to ludzie prowadzący udane i satysfakcjonujące życie, a lewy oceniający swoje życie jako nieudane i pełne rozczarowań. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na linii, w którym miejscu się znajduje oraz uzasadnienie swojego wyboru. Kolejne 2 itemy to pytania typu: „Czy uważasz, że Twoje życie zgodne jest z Twoimi oczekiwaniami?”, badany ma się do nich ustosunkować poprzez zaznaczenie jednej z czterech

możliwych odpowiedzi. Osoba badana może uzyskać maksymalny wynik 22 punktów, oznaczający wysokie poczucie jakości życia.

Poczucie osobistych osiągnięć (7 itemów). Jedno z pytań ma charakter skali o wartościach liczbowych 1 – 10, prawy biegun to ludzie zadowoleni z własnych osiągnięć, a lewy to ludzie z nich niezadowoleni. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na linii, w którym miejscu się znajduje oraz uzasadnienie swojego wyboru. Pozostałe sześć itemów to pytania typu: „Czy uważasz, że to, czego dotychczas dokonałaś/eś w życiu było warte włożonego wysiłku?”, „Czy masz poczucie, że Twoje kompetencje są wystarczające?”. Badany ma się ustosunkować do nich poprzez zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Maksymalny wynik oznaczający wysokie poczucie osobistych osiągnięć to 46 punktów.

Suma wyników z poszczególnych skal stanowi ogólną zmienną zdrowie i mieści się w przedziale od 5 do 146 punktów.

Właściwości psychometryczne są zadowalające, α Cronbacha wynosi: 0,91 dla całego narzędzia, zaś dla jego 5 podskal mieści się w granicach od 0,67 do 0,79 (poczucie zdrowia: 0,69; poczucie spokoju: 0,70; poczucie braku zmęczenia: 0,67; poczucie jakości życia: 0,77; poczucie osobistych osiągnięć: 0,79).

Trzy pytania służą do analizy jakościowej ogólnej zmiennej zdrowie. Jedno z nich dotyczy dolegliwości związanych z rodzajem podjętej edukacji – badany ma określić czy doświadcza tak owych, czy też nie (jeśli tak proszony jest o ich wymienienie). Następne stanowi zbiór sześciu twierdzeń (np. „Nie ma nic ważniejszego niż własne zdrowie”, „Jeśli nie masz zdrowia, nie masz niczego”), do których badany ma ustosunkować się na 7 punktowej skali, gdzie 1 oznacza „całkowicie się zgadzam”, a 7 „całkowicie się nie zgadzam”. Kolejne dotyczy metafor zdrowia (zaczerpniętych z KWS Wrony-Polańskiej, 2003) określanych przez badanych – badany ma dokończyć rozpoczęte zdania: „Zdrowie jest jak...”, „Moje zdrowie...”, „Ludzie zdrowi...”.

5.1.5.2. Techniki do badania tremy jako specyficznego rodzaju stresu

5.1.5.2.1. Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Twórcami kwestionariusza są C.D. Spielberger, R.L. Gorsach i R.E. Lushene, adaptacji polskiej dokonali C.D. Spielbergera, J. Strelaua, K. Wrześniewskiego i M. Tysarczyk.

Metoda powstała w 1970 roku w USA. Polska adaptacja została wydana przez Pracownię Testów Psychologicznych w 1987. Twórcy tego kwestionariusza nawiązali do badań Cattela i Scheiera, którzy wyodrębnili dwa czynniki: lęk – stan i lęk – cechę. Obecna wersja powstała w wyniku kilkietapowej redukcji twierdzeń ze wstępnej, liczącej 177 pozycji,

złożonej z trzech metod: The IPAT Anxiety Scale Cattela, The Manifest Anxiety Scale (MAS) Taylor oraz Anxiety Scale Welsha.

STAI to kwestionariusz dwuczęściowy, pierwsza część bada lęk – stan ($X - 1$), druga lęk – cechę ($X - 2$). Każda z części zawiera 20 twierdzeń, wobec których badany ma ustosunkować się na czteropunktowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie” a 4 „zdecydowanie tak”. Rzetelność na podstawie zgodności wewnętrznej (α Cronbacha) dla $X - 1$ wynosi: 0,83 – 0,92, a dla $X - 2$: 0,86 – 0,92. Właściwości psychometryczne metody są zadowalające. (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenc, 2011).

W celu zbadania poziomu tremy, za wskaźnik którego przyjęto za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2016) poziom lęku w sytuacji występu zastosowano pierwszą część kwestionariusza ($X - 1$) ze zmienioną instrukcją: „Niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak czujesz się w sytuacji występu. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Nie poświęcaj zbyt wiele czasu poszczególnym twierdzeniom. Podawaj odpowiedzi, które, jak Ci się wydaje najlepiej opisują to, co czujesz w sytuacji występu”.

5.1.5.2.2. Wywiad standaryzowany

Wywiad zawiera 12 pozycji, z których 9 służy do określenia objawów tremy o charakterze poznawczym (np. „Trudno zebrać mi myśli, skoncentrować się”), emocjonalnym (np. „Mam poczucie, że jestem drażliwa/ drażliwy i łatwo wyprowadzić mnie z równowagi”) i somatycznym (np. „Odczuwam różne uciążliwe dolegliwości w ciele np. bóle brzucha, suchość w ustach, pocenie się”). Badany ma przypisać poszczególnym stwierdzeniom wartości 1 – 6, gdzie 1 oznacza nigdy a 6 zawsze. Sumaryczny wynik wynosi od 9 do 54 punktów, a w poszczególnych skalach od 3 do 18. Współczynnik α Cronbacha dla całego narzędzia wynosi 0,92 a dla jego podskal przyjmuje następujące wartości: 0,87 (objawy somatyczne), 0,87 (objawy poznawcze), 0,80 (objawy emocjonalne). Kolejna pozycja ma charakter zdania niedokończonego: „Trema jest dla mnie...” i ma na celu uzyskanie informacji na temat subiektywnej jej percepcji przez osoby badane. Dwa pozostałe itemy służą do jakościowej interpretacji tremy przedkoncertowej, koncertowej i pokoncertowej – badany ma za zadanie określić w której z sytuacji odczuwa napięcie (1 item) oraz napisać co czuje i myśli przed występem, w jego trakcie oraz po nim (1 item).

5.1.5.3. Techniki do badania radzenia sobie z treścią

5.1.5.3.1. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS).

Autorami metody są N.S. Endler i J.D.A. Parker. Polską adaptację stworzyli: P. Szczepaniak, J. Strelau i K. Wrześniewski. Kwestionariusz bada style radzenia sobie ze stresem (rozumiane jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania się w sytuacji stresowej). Składa się on z 48 twierdzeń, do których osoba badana ma się ustosunkować na pięciostopniowej skali. Badany ma określić częstotliwość z jaką podejmuje dane działanie w sytuacji stresowej, przy czym 1 oznacza nigdy, a 5 bardzo często. Odpowiednie twierdzenia związane są z określonym stylem. Metoda określa następujące style:

- Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ, 16 twierdzeń), np. „Zmieniam kolejność spraw do załatwienia”.
- Styl skoncentrowany na emocjach (SSE, 16 twierdzeń), np. „Winię siebie, że zbyt się tym przejmuję”.
- Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU, 16 twierdzeń), który może przyjmować dwie formy:
 - Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ, 8 twierdzeń), np. „Objadam się ulubioną potrawą”.
 - Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT, 5 twierdzeń), np. „Odwiedzam przyjaciela”.

Każda z powyższych skal daje możliwość uzyskania od 16 do 80 punktów, podskale: angażowanie w czynności zastępcze od 8 do 40 punktów, a poszukiwanie kontaktów towarzyskich od 5 do 25 punktów. Współczynniki α Cronbacha mieszczą się w granicach 0,78 – 0,90. Kwestionariusz jest trafnym i rzetelnym narzędziem (Szczepaniak, Jaworowska, Strelau, Wrześniewski, 2005).

5.1.5.4. Techniki do badania zasobów

5.1.5.4.1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC- 29).

Twórcą metody opublikowanej w 1983 roku jest A. Antonovsky . Służy ona do badania ogólnej dyspozycji osobowościowej jaką jest poczucie koherencji. Kwestionariusz składa się z 29 itemów, wobec których osoba badana ma ustosunkować się na siedmiostopniowej skali, przy czym 1 oznacza „nie mam takiego poczucia”, a 7 „zawsze mam takie poczucie”. Metoda zawiera trzy podskale:

- Poczucie zrozumiałości (PZR, 11 pytań), np. „Czy miewasz wrażenie, że jesteś w nieznannej sytuacji i nie wiesz, co zrobić?”. W wymiarze tym można uzyskać od 11 do 77 punktów.
- Poczucia zaradności (PZ, 10 pytań), np. „Ludzie – nawet o silnym charakterze czasami czują się przegrani w pewnych sytuacjach. Jak często czułeś się tak w przeszłości?”. W wymiarze tym można uzyskać od 10 do 70 punktów.
- Poczucie sensowności (PS, 8 pytań), np. „Czy masz poczucie, że tak naprawdę, nie obchodzi Cię to, co się dzieje wokół Ciebie?”. W wymiarze tym można uzyskać od 8 do 56 punktów.

Poczucie koherencji jest sumą wyników z poszczególnych skal, a wynik może mieścić się w przedziale od 29 do 203 punktów. Polska adaptacja metody została dokonana przez zespoły z Zakładu Psychologii Klinicznej IPiN w Warszawie, Zakładu Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM oraz Zakładu Psychologii Pracy w Łodzi (Jelonkiewicz, Kosińska-Dec, 2001). Rzetelność narzędzia jest zadowalająca – α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,92 a dla podskal mieści się w przedziale 0,68 – 0,78 (Koniarek, Dudek, Makowska, 1993 za: Płaczkiewicz, Tucholska, 2009).

5.1.5.4.2. Skala Samooceny SES M. Rosenberga.

Skala została skonstruowana przez M. Rosenberga w 1965 roku, służy ona do pomiaru ogólnej samooceny – względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec Ja (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łąguna, 2008). Adaptacja została dokonana przez I. Dzwonkowską, K. Lachowicz-Tabaczek oraz M. Łagunę. To skala jednowymiarowa. Wymiarem jest ogólna postawa wobec samego siebie. Metoda zbudowana jest z 10 twierdzeń, dotyczących zarówno ocen pozytywnych, jak i negatywnych własnej osoby. Jednostka ma za zadanie na czteropunktowej skali wskazać w jakim stopniu zgadza się z każdym z twierdzeń. Można uzyskać wyniki mieszczące się w przedziale od 10 (wynik najniższy) do 40 (wynik najwyższy). Skalę cechuje wysoka zgodność wewnętrzna większości skal (współczynniki α Cronbacha dla różnych grup wiekowych wahają się od 0,81 do 0,83). Skala samooceny jest dobrym narzędziem o wystarczającej rzetelności i trafności. (Łąguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007).

5.1.5.4.3. Kwestionariusz Mechanizmów Kontroli F. B. Bryanta.

Kwestionariusz zawiera 15 pytań dotyczących poczucia kontroli. Badany ma się do nich ustosunkować na 4-, 5- i 7 punktowej skali. W ogólnej skali poczucia kontroli można uzyskać od 15 do 81 punktów.

Metoda zawiera 4 podskale oparte na 4 Czynnikiem Modelu Spostrzeganej Kontroli F. Bryanta:

- Unikanie (3 pytania), np. „Jak prawdopodobne jest to, że coś złego zdarzy się Tobie?”. W podskali tej można uzyskać od 3 do 16 punktów.
- Zmaganie się (3 pytania), np. „Jak długo negatywne zdarzenia wpływały zwykle na Twoje samopoczucie?”. W podskali tej można uzyskać od 3 do 17 punktów.
- Utrzymywanie (4 pytania), np. „Jak prawdopodobne jest to, że coś dobrego zdarzy się Tobie?”. W podskali tej można uzyskać od 4 do 23 punktów.
- doznawanie (5 pytań), np. „Jak często miałaś ochotę skakać z radości?”. W podskali tej można uzyskać od 5 do 23 punktów.

Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające – współczynniki rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych typów kontroli wynoszą: unikanie (0,60); utrzymywanie (0,71); zmaganie się (0,70); doznawanie (0,78). Suma wyników uzyskanych w poszczególnych skalach jest miarą spostrzegania kontroli własnego życia (Bryant, 1989).

5.1.5.4.4. Techniki do pomiaru lęku dyspozycyjnego.

Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI) – w celu zbadania poziomu lęku jako cechy zastosowano drugą część kwestionariusza STAI, X – 2 służącą do pomiaru lęku dyspozycyjnego rozumianego w kategoriach zasobu – jeśli przyjmuje niskie wartości lub deficytu jeśli osiąga wysoki poziom. Kwestionariusz pozwala na uzyskanie obiektywnych danych dotyczących poziomu lęku dyspozycyjnego.

5.1.5.4.5. Techniki do pomiaru poczucia wsparcia.

Do oceny poczucia wsparcia użyto 5 itemów zawartych w wywiadzie standaryzowanym. Cztery z nich mają charakter pytań typu: „Czy są w Twoim otoczeniu ludzie, którzy ofiarują Ci pomoc, kiedy jej potrzebujesz?” i wymagają od osoby badanej dokonania wyboru jednej spośród czterech odpowiedzi. Osoba badana może uzyskać od 0 do 24 punktów. Współczynnik α Cronbacha dla poczucia wsparcia społecznego wynosi 0,82.

Analizę ilościową uzupełniono poprzez pytanie: „Czyje wsparcie w związku z sytuacją występu jest dla Ciebie pomocne?”. Jego celem było określenie źródeł wsparcia, przy czym osoba badana mogła zaznaczyć ich kilka.

5.1.5.4.6. Techniki do pomiaru poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią.

Do określenia oceny poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z treścią użyto 4 itemów umieszczonych w wywiadzie standaryzowanym. Jeden z nich ma charakter

dziesięciostopniowej skali szacunkowej (1 – 10). Prawy jej biegun to ludzie deklarujący, że skutecznie radzą sobie z treścią a lewy, że zupełnie sobie z nią nie radzą. Zadaniem osoby badanej było zaznaczenie na linii, w którym miejscu się znajduje oraz uzasadnienie swojego wyboru. Dwie kolejne pozycje typu: „Czy uważasz, że jesteś w stanie opanować nieprzyjemne doznania, które towarzyszą Ci w związku z występem?” wymagają od osoby badanej dokonania wyboru jednej spośród czterech odpowiedzi. Sumaryczny wynik tych trzech pozycji stanowi wskaźnik oceny skuteczności w radzeniu sobie z treścią. Osoba badana może uzyskać maksymalnie 22 punkty. Współczynnik α Cronbacha wynosi 0,81. Jako uzupełnienie analizy ilościowej zastosowano zdanie niedokończone: „Z treścią próbuję radzić sobie poprzez...”, stanowiące czwartą pozycję w obszarze poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią.

W tabeli 2 umieszczono omówione techniki badawcze w kontekście badanych zmiennych.

Tabela 2. Zastosowane techniki badawcze w kontekście badanych zmiennych

ZASTOSOWANE TECHNIKI BADAWCZE w KONTEKŚCIE BADANYCH ZMIENNYCH	
Techniki do badania zdrowia	1. Wywiad standaryzowany (24 pozycje)
Techniki do badania tremy jako specyficznego rodzaju stresu	1. Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI) C.D. Spielbergera, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene, skala X - 1 (lęk jako stan) 2. Wywiad standaryzowany (12 pozycji)
Techniki do badania radzenia sobie ze stresem	1. Inwentarz Stylów Radzenia Sobie (CISS) N. S. Endlera i J. D. A. Parkera.
Techniki do badania zasobów	1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC – 29) A. Antonovsky’ego 2. Skala Samooceny M. Rosenberga (SES). 3. Kwestionariusz Mechanizmów Kontroli F. Bryanta 4. Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI), skala X - 2 (lęk jako cecha) C.D. Spielbergera, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene 5. Wywiad standaryzowany do oceny poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią (4 pozycje). 6. Wywiad standaryzowany do oceny poczucia wsparcia (5 pozycji).

5.1.6. Charakterystyka grupy badanych.

Badania zostały przeprowadzone wśród uczniów ogólnokształcących szkół muzycznych II stopnia (pierwsza, druga i trzecia klasa liceum). Ze 180 osób badanych, które przystąpiły do badania, jedynie 132 ukończyło je w stopniu pozwalającym na empiryczną weryfikację danych.

Dobór grupy wiekowej podyktowany był możliwością zastosowania poszczególnych narzędzi badawczych (określony próg wiekowy), których wybór wynikał z przyjęcia za podstawę teoretyczną Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej. Statystyki opisowe oraz charakterystyka grupy ze względu na zmienne: wiek, płeć, staż edukacji muzycznej oraz ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu zostały przedstawione w tabeli 2 i 3.

Tabela 3. Wartości podstawowych statystyk opisowych w całej grupie badanej zmiennych: wiek, staż edukacji muzycznej oraz ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Wiek	16,45	0,7	16	18
Staż edukacji muzycznej	9,78	2,06	9	13
Czas przygotowania do zajęć z instrumentu / dzień	2,39	1,25	0,5	6

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy ze względu na płeć, wiek oraz ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu

Płeć	Dziewczęta: 104 (79%) Chłopcy: 28 (21%)
Wiek	16 lat - 88 osób (67%) 17 lat - 28 osób (21%) 18 lat - 16 osób (12%)
Czas przygotowania do zajęć z instrumentu / dzień	do 2 h/ dziennie – 74 osoby (56%) 2,5 - 4 h/dzień – 46 osób (35%) 4,5 -6/dziennie - 12 osób (9%)

Z danych zamieszczonych w tabelach wynika, że grupę badawczą stanowiły przede wszystkim dziewczęta (79%). Najwięcej osób badanych było w wieku 16 lat (67%), średnia wyniosła 16,45 przy odchyleniu standardowym 0,7. Staż edukacji muzycznej mieści się w granicach od 9 do 13 lat, ze średnią wartością 9,78 i odchyleniem standardowym 2,06. Natomiast ilość czasu poświęcona na przygotowanie do zajęć z instrumentu w skali dnia waha się między 0,5 a 6 godzinami, ze średnią dla całej grupy wynoszącą 2,39 i odchyleniem standardowym równym 1,25. Prawie połowa badanych osób (44%) przygotowuje się do zajęć z instrumentu dłużej niż 2h każdego dnia.

5.1.7. Sposób statystycznej analizy danych

Statystycznej analizy danych dokonano przy użyciu pakietu Statistica, SPSS oraz AMOS. Celem przeprowadzonych analiz była empiryczna weryfikacja przyjętego w pracy badawczego modelu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią, skonstruowanego w oparciu o Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), stanowiący podstawę teoretyczną badań.

W celu charakterystyki poszczególnych zmiennych (zdrowia, tremy, radzenia sobie z treścią oraz zasobów) przeliczono wyniki surowe na stenowe – w przypadku kwestionariuszy posiadających normy – posłużono się nimi, natomiast w przypadku zdrowia, objawów tremy, poczucia koherencji, poczucia kontroli, poczucia wsparcia, poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią obliczono je na podstawie stenów wg. Brzezińskiego (pozwoliło to określić poziom badanych zmiennych w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie). W odniesieniu do części zmiennych dokonano analizy jakościowej, której celem było omówienie wyników uzyskanych w analizie ilościowej.

Aby sprawdzić czy płeć różnicuje badane zmienne zastosowano test U Manna – Whitney'a.

W celu sprawdzenia postawionych hipotez badawczych otrzymane wyniki badań opracowano statystycznie przy użyciu współczynnika korelacji rang Spearmana. Aby zweryfikować przyjęty w pracy model badawczy zastosowano regresję wielokrotną metodą wprowadzania oraz w dalszej kolejności przeprowadzono modelowanie równań strukturalnych (SEM).

Dobór testów nieparametrycznych (rho Spearmana oraz testu U Manna – Whitney'a) wynikał z tego, że rozkład badanych zmiennych odbiegał od normalnego. W celu sprawdzenia normalności rozkładu wykonano test Shapiro-Wilka oraz test Kołomogorowa-Smirnowa z poprawką Lilleforsa – wyniki umieszczono w aneksie, w tabeli A.1 (załącznik 2). Wyniki weryfikacji założeń dotyczących zastosowania poszczególnych analiz regresji przedstawiono w aneksie w załączniku 5 (5a – 5c); wskazały one na możliwość przeprowadzenia omawianej analizy (zdaniem Bedyńskiej i Książek (2012) jest ona metodą, która radzi sobie w sytuacji kiedy rozkład zmiennych odbiega od normalnego).

5.2. Charakterystyka grupy pod względem badanych zmiennych.

Badana grupa została poddana analizie w kontekście zmiennych opisujących zdrowie, treść, styl radzenia sobie ze stresem oraz zasoby. Celem określenia poziomu poszczególnych

zmiennych wyniki surowe przeliczono na wartości stenowe. Analizę ilościową w odniesieniu do części zmiennych uzupełniono analizą jakościową.

5.2.1. Zdrowie w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie – charakterystyka wskaźników zdrowia oraz ogólnej zmiennej zdrowie.

Podstawowe statystyki opisowe dla zdrowia i jego wskaźników (dla wyników surowych) zostały umieszczone w tabeli 5. Rozkłady wyników stenowych dla poszczególnych zmiennych zamieszczono w tabelach 6 – 11 (szczegółowe rozkłady wyników zawarto w aneksie, w załączniku 3, tabele A.2 – A.12).

Każdy ze wskaźników zdrowia charakteryzowany jest przez wynik ogólny – odnoszący się do wszystkich pozycji kwestionariusza tworzących dany wskaźnik zdrowia oraz wynik uzyskany przez osobę badaną na skali szacunkowej (który dotyczy każdorazowo tylko skali określającej konkretny wskaźnik). Taka prezentacja wyników podyktowana jest chęcią, po pierwsze przedstawienia ogólnej charakterystyki poszczególnych wskaźników zdrowia, a po drugie ukazania liczbowych wyborów dokonywanych przez osoby badane w odniesieniu do każdego wskaźnika zdrowia oraz sposobu ich uzasadniania.

Tabela 5. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących zdrowie i jego wskaźniki – wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik Minimalny	Wynik Maksymalny
Ogólna zmienna zdrowie	79,44	22,12	39	125
WYNIKI OGÓLNE				
Poczucie zdrowia	19,67	4,60	7	28
Poczucie spokoju	13,58	5,19	1	25
Poczucie jakości życia	12,48	4,10	2	20
Poczucie braku zmęczenia	7,25	3,93	1	17
Poczucie osobistych osiągnięć	26,45	8,63	10	45
WYNIKI ZE SKAL SZACUNKOWYCH				
Poczucie zdrowia	7,46	2,19	1	10
Poczucie spokoju	5,71	2,20	1	10
Poczucie jakości życia	7,04	1,91	2	10
Poczucie braku zmęczenia	3,86	2,22	1	10
Poczucie osobistych osiągnięć	6,12	2,22	1	10

5.2.1.1. Poczucie zdrowia

Wyniki charakteryzujące poczucie zdrowia umieszczono w tabeli 6. Świadczą one o tym, że badani uczniowie cieszą się dobrym i bardzo dobrym zdrowiem. Najmniej osób

badanych uzyskało wyniki wskazujące na niski jego poziom. Szczegółowe rozkłady uzyskanych przez badanych wyników znajdują się w aneksie, w tabeli A.2 – A.3.

Tabela 6. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie zdrowia – na podstawie wyników stenowych

		POCZUCIE ZDROWIA WYNIK OGÓLNY		POCZUCIE ZDROWA WYNIK ZE SKALI SZACUNKOWEJ	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba Badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	36	27,3%	28	21,2%
Średnie	5-6	54	40,9%	50	37,9%
Wysokie	7-10	42	31,9%	54	40,9%
		132	100%	132	100%

W kontekście uzyskanych wyników interesująca wydaje się analiza jakościowa opierająca się na wypowiedziach osób badanych, stanowiących uzasadnienie oceny poziomu poczucia zdrowia.

O wysokim poziomie zdrowia decydują następujące wypowiedzi: „Czuję się dobrze” (10), „Nie jestem chora, dbam o swoje zdrowie, chodzę do szkoły” (10), „Jestem zdrowa, bo o tym wiem, dobrze się czuję, nic mi nie dolega” (10), „Czuję się zdrowa, mam tylko alergię” (7), „Nie cierpię na poważne choroby, mam tylko problemy ze stawami” (7), „Generalnie jest ok, tylko czasem łapie mnie przeziębienie i boli mnie kręgosłup” (7), „Na ogół jestem zdrowa, dolega mi tylko zmęczenie i kiepskie samopoczucie” (7), „Jest ok, chociaż ciągle boli mnie kręgosłup” (7), „Nawet jeśli choruję, czuję się na siłach. Chodzę do szkoły, koncertuje. Niestety nikt nie jest idealny, a ja rzadko choruję, jeśli już, to w moim przypadku są to często niezwykle kapryśne, strzelające i wyskakujące stawy”(10), „Właściwie to nic mi nie jest, czasem tylko boli mnie kręgosłup i szyja, szczególnie gdy długo ćwiczę, zdarza się też, że bolą mnie nadgarstki, ale to normalne spędzając tyle czasu na ćwiczeniach” (7).

Uczniowie oceniający swoje zdrowie na poziomie przeciętnym używali następujących sformułowań: „Fizycznie jest w porządku, poza anemią, alergią i astmą” (6), „Często moje samopoczucie robi swoje, chodzę blada jak ściana i nie mam ochoty z nikim rozmawiać” (5), „Coraz częściej mam dni kiedy czuję się strasznie i mam wszystkiego dość, wszyscy mnie złością i irytują” (6), „Mam problemy z kostką, osłabienie, nastroje nerwicowe i depresyjne” (5), „Coraz częściej nie wiem co się ze mną dzieje, kłócę się z bliskimi i przyjaciółmi bez powodu, ciągle boli mnie głowa i żołądek” (5), „Czasami choruję, ale nie jest to częste, czuję, że mam równowagę wewnętrzną” (5), „Fizycznie jestem zdrowa, psychicznie czasem coś mnie

męczy, jednak staram się pokonywać trudności” (6), „Ciągłe jestem zła i kłócę się ze wszystkimi – rodziną, znajomymi, nawet nauczycielami, wszystko mnie wkurza, chociaż wiem, że to nie jest dobre”.

Niski poziom zdrowia charakteryzowany był poprzez stwierdzenia: „Mam problemy, chodzę do psychologa. Mam depresję i anemię” (3), „Ciągłe trafiam do szpitala” (2), „Często jestem chora” (4), „Jestem pod opieką psychiatry i psychologa” (2), „Więcej czasu spędzam w domu, w łóżku z powodu choroby niż w szkole” (3).

Z wypowiedzi badanych uczniów wynika, że wysoki poziom poczucia zdrowia utożsamiany jest z możliwością pełnienia właściwych dla wieku ról społecznych (głównie ucznia) oraz brakiem poważnych chorób fizycznych i psychicznych. O poczuciu zdrowia na poziomie przeciętnym świadczy jego percepcja w kategoriach niemal stałego doświadczania przykrych dolegliwości fizycznych i psychicznych, rzutujących także na relacje społeczne (z rodziną, przyjaciółmi). Natomiast poczucie niskiego poziomu zdrowia wiąże się z doświadczaniem różnorodnych chorób i dolegliwości oraz korzystaniem z metod oddziaływań uznanych społecznie za przeznaczone dla ludzi chorych. Interesujące są wypowiedzi osób, które określiły swoje zdrowie w kategoriach dobrego oraz bardzo dobrego, a zatem uzyskały przeciętne i wysokie wyniki w zakresie poczucia zdrowia. W obydwu tych grupach wskazywano jednocześnie na szereg problemów fizycznych (np. bóle szyi, kręgosłupa, stawów), psychicznych (np. złe samopoczucie) i społecznych (np. wchodzenie w konflikty). Analizując dokładnie powyższe wypowiedzi można odnieść wrażenie niespójności – z jednej strony deklaracji bardzo dobrego zdrowia, z drugiej wskazywania na różne dolegliwości i dyskomfort. Szczególny wyraz dają temu dwa ostatnie stwierdzenia z grupy wypowiedzi stanowiących uzasadnienie dla wysokiej oceny swojego zdrowia („Nawet jeśli choruję, czuję się na siłach. Chodzę do szkoły i koncertuję. Niestety nikt nie jest idealny, a ja rzadko choruję, jeśli już, to w moim przypadku są to często niezwykle kapryśne, strzelające i wyskakujące stawy”, „Właściwie to nic mi nie jest, czasem tylko boli mnie kręgosłup i szyja, szczególnie gdy długo ćwiczę, zdarza się też, że bolą mnie nadgarstki, ale to normalne spędzając tyle czasu na ćwiczeniach”). Pierwsza z nich jest autorstwa skrzypaczki, druga pianistki. Wypowiedzi o podobnym charakterze w analizowanym materiale było bardzo wiele. Pojawia się zatem pytanie, w jaki sposób rozumieć tę niejednoznaczność. Nasuwają się dwa, jak się wydaje komplementarne wyjaśnienia. Po pierwsze można odwołać się do specyfiki kształcenia muzycznego, która wiąże się z doświadczaniem szeregu dolegliwości np. bóle stawów, kręgosłupa (tzw. bóle związane z pozycją wymuszoną), wynikających z wielogodzinnych ćwiczeń. W związku z ich powszechnością większość uczniów prawdopodobnie nie utożsamia

tego typu bólu czy dyskomfortu z problemami zdrowotnymi lub chorobą – traktują go raczej jako zjawisko codzienne, do którego przywykli i któremu nadali status „normalnego”. Taka percepcja własnego stanu zdrowia może sprzyjać funkcjonowaniu muzyka. W obliczu powszechnych dolegliwości związanych bezpośrednio z omawianą profesją, inne funkcjonowanie np. stałe zamartwianie się własnym zdrowiem, analizowanie każdej dolegliwości, mogłoby prowadzić do różnych trudności np. nie występowania na koncertach czy opuszczania zajęć szkolnych, na co młody, aspirujący muzyk nie może sobie pozwolić. Z drugiej strony bagatelizowanie i niedostrzeganie problemów zdrowotnych może nieść za sobą poważne konsekwencje w postaci nieodwracalnych zmian chorobowych czy też przymusu rezygnacji z profesjonalnej działalności muzycznej. Mowa tu o dolegliwościach, które pierwotnie mają charakter czynnościowy, jednak na skutek nie podejmowania oddziaływań profilaktycznych lub leczniczych stają się zaburzeniami organicznymi np. stale odnawiające się zapalenie ścięgien ręki (pianiści, skrzypkowie), rozedma płuc (fagociści, oboiści – instrumentalisci dęci podwójnostroikowi), zespół bólu kręgosłupa (trębacz – lędźwiowego, fleciści – piersiowego), pęknięcie i odbicie torebek stawowych (rytmiczki). Po drugie, być może osoby oceniające swoje zdrowie wysoko i przeciętnie percypują je przede wszystkim w odniesieniu do funkcjonowania psychospołecznego.

5.2.1.2. Poczucie spokoju

Jak wynika z tabeli 7, ponad $\frac{2}{3}$ badanych ocenia siebie jako osoby spokojne i bardzo spokojne (33,4% na poziomie średnim, 39,3% na poziomie wysokim), natomiast około $\frac{1}{3}$ badanych postrzega siebie jako niespokojnych (27,3%). Osoby badane uzyskały podobne wyniki na skali szacunkowej, z tym że zaznacza się tu wyraźniej ocena własnej osoby jako spokojnej (42,4%) lub bardzo spokojnej (40,9%). Szczegółowe rozkłady uzyskanych przez badanych wyników znajdują się w aneksie, w tabeli A.4 – A.5.

Tabela 7. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie spokoju – na podstawie wyników stenowych

		POCZUCIE SPOKOJU WYNIK OGÓLNY		POCZUCIE SPOKOJU WYNIK ZE SKALI SZACUNKOWEJ	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba Badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	36	27,3%	22	16,7%
Średnie	5-6	44	33,4%	56	42,4%
Wysokie	7-10	52	39,3%	54	40,9%
		132	100%	132	100%

O wysokim poziomie spokoju świadczą następujące wypowiedzi uczniów: „Uważam, że w życiu szkoda czasu na denerwowanie się, trzeba iść przed siebie i nie spoglądać no to, co było złe” (7), „Jestem pozytywnie nastawiona do życia, ze wszystkim można sobie poradzić samemu, albo przy pomocy innych” (7), „Staram się rozwiązywać trudne sytuacje rozmową a nie konfliktem” (7), „Każda sytuacja niesie za sobą coś dobrego, nawet jak najpierw wydaje się czymś strasznym” (8); „Generalnie jestem spokojna” (8), „Wszystkie sprawy staram się rozpatrywać spokojnie, z dystansu, kiedy ochłonę” (10), „Mam taki charakter, nie mam problemów z nerwami, wszystkiemu można podołać, jak się tylko chce” (8), „Na ogół jestem osobą spokojną, tylko czasem się denerwuje, ale uważam, że w życiu każdego są czasem takie sytuacje, które skruszą nawet najbardziej stalowe nerwy” (7).

Przeciętny poziom spokoju określany jest przez sformułowania: „Staram się nie denerwować, ale jest wiele sytuacji powodujących, że emocje przewyciężają rozumowe myślenie i wówczas szybko staje się nerwowa; jest to zależne od sytuacji i mojego samopoczucia” (5), „Jak każdy człowiek przechodzę przez sytuacje trudne i pełne niepokoju, czasem sobie z nimi daję radę a czasem nie” (5), „Czasami potrafię zapanować nad nerwami, ale czasami wymykają mi się spod kontroli” (6), „Dość trudno wybić mnie z równowagi, chociaż czasem się denerwuje” (6).

Na niski poziom poczucia spokoju wskazują stwierdzenia typu: „Często się denerwuję z byle powodu, a jak nachodzi mnie duży stres, to odczuwam ból w klatce piersiowej i się duszę” (2), „Mam dużo rzeczy na głowie, często się denerwuję z błahych powodów, wszystko mnie złości” (3), „Nie radzę sobie ze swoimi emocjami” (4), „Nie potrafię radzić sobie z trudnymi sytuacjami, na zewnątrz jestem spokojna, ale wewnątrz nie” (4), „Taki mam charakter, jestem nerwowa, robię wiele rzeczy jednocześnie, czasem wszystko chcę załatwić na raz” (3), „Jestem osobą dość nerwową, szybko się irytuję i wybucham” (2), „Nie radzę sobie z wieloma rzeczami, wszystko mnie drażni” (2).

Wypowiedzi osób badanych ujawniają, że u podłoża wysokiego poczucia spokoju leży pozytywne przewartościowanie, wiara we własne możliwości sprostaną wymaganiom oraz dysponowanie potencjałem umożliwiającym poradzenie sobie w trudnej sytuacji, w tym optymizmem i pozytywnym myśleniem. Takie podejście warunkuje komfort psychiczny i umożliwia aktywną postawę w sytuacjach trudnych. Sformułowania określające przeciętny poziom spokoju są zbliżone w swym charakterze do tych dotyczących jego wysokiego poziomu. Główna różnica wydaje się wiązać z niepewnością, co do własnego wpływu na zdarzenia i trudne sytuacje, bez wyraźnego przekonania, że można im sprostać. Niski poziom spokoju wynika z przeświadczenia, że nie ma się zupełnie wpływu na sytuację, że rzeczywistość może

przerosnąć jednostkę i jej możliwości, a otoczenie jest w większym stopniu wrogiem niż sojusznikiem.

Analiza wypowiedzi wskazuje, że dla poczucia spokoju istotne jest opracowanie przeżywanego niepokoju poprzez pozytywne przewartościowanie czy dystansowanie się, które umożliwia aktywne działanie i podejmowanie różnych inicjatyw traktowanych jako wyzwania, a nie zagrożenia. Zupełnie odwrotnie przedstawia się sytuacja, w przypadku osób niespokojnych, które koncentrują się na własnym negatywnym stanie emocjonalnym, który może paraliżować aktywność i uniemożliwiać osiągnięcie spokoju (stałe na zasadzie błędnego koła wzbudzając negatywne emocje i wysoki poziom napięcia).

5.2.1.3. Poczucie braku zmęczenia

Wyniki umieszczone w tabeli 8 ukazują, że większość młodzieży uzdolnionej muzycznie doświadcza zmęczenia. Jedynie 13,6% osób badanych uzyskało wyniki wskazujące na niski jego poziom (wysokie poczucie braku zmęczenia). Dane liczbowe wyrażone przez badanych na 10-punktowej skali szacunkowej stanowią ich potwierdzenie – poczucie braku zmęczenia deklaruje także tylko 13,6% z nich. Pozostali uczniowie oceniają siebie jako osoby zmęczone na umiarkowanym lub wysokim poziomie. Szczegółowe rozkłady uzyskanych przez badanych wyników znajdują się w aneksie, w tabeli A.6 – A.7.

Tabela 8. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie braku zmęczenia – na podstawie wyników stenowych

		POCZUCIE BRAKU ZMĘCZENIA WYNIK OGÓLNY		POCZUCIE BRAKU ZMĘCZENIA WYNIK ZE SKALI SZACUNKOWEJ	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	56	42,4%	46	34,8%
Średnie	5-6	58	43,9%	68	51,6%
Wysokie	7-10	18	13,6%	18	13,6%
		132	100%	132	100%

Analiza jakościowa oparta na wypowiedziach osób badanych, stanowiących uzasadnienie dokonanych przez nich wyborów liczbowych dostarcza interesujących informacji.

Wysoki poziom poczucia braku zmęczenia (niskie zmęczenie) charakteryzują stwierdzenia: „Lubię to co robię i nie męczy mnie to” (8), „Nie mam presji na to, by robić coś ponad swoje siły, jeśli dam radę coś zrobić to jest ok, jeśli nie to trudno” (8), „To, co robię sprawia mi przyjemność, zajmuję się tym co jest moją pasją, a resztę rzeczy trochę odpuszczam,

inaczej można by zwariować” (8), „Z reguły nie jestem w stanie zrobić wszystkiego perfekcyjnie, więc wybieram to co, jest dla mnie ważne, a reszta jakoś sama się toczy” (8).

Przeciętny poziom braku zmęczenia (średnie zmęczenie) przejawia się w następujących sformułowaniach: „Każdy dzień mam zajęty, nawet w weekendy muszę wypełniać obowiązki szkolne” (6), „Próby, koncerty, szkoła, próby koncertów, szkoła i tak ciągle” (5), „Rzadko mam czas wolny po szkole” (6), „Odczuwam zmęczenie stale, bo ciągle się nie wysypiam i mam dużo nauki, ale grunt to iść przed siebie” (5), „Generalnie ciągle odczuwam zmęczenie, ale jak jestem w dobrym nastroju, to łatwiej mi sobie z nim poradzić” (6), „Moje zmęczenie zależy od dnia, ale dzięki znajomym nie jest tak źle” (6).

Na niski poziom braku zmęczenia (duże zmęczenie) wskazują wypowiedzi typu: „Jak wracam ze szkoły po 12 godzinach, to nie mam siły już na nic” (1), „Nie mam kiedy odpocząć” (3), „Mam dużo zajęć i obowiązków, a do tego ciągle rozczarowanie nauczyciela” (2), „Wracam ze szkoły o 21, a potem uczę się do pierwszej w nocy” (1), „Codziennie siedzę powyżej 10 godzin w szkole” (3), „Nie mam czasu na sen i relaks, gdy wracam ze szkoły dosłownie padam z nóg” (3), „Chodzę do szkoły bardzo wcześnie, a wracam niemal w nocy, jestem zmęczony dużą ilością obowiązków” (4).

Niskie i średnie poczucie braku zmęczenia (duże i średnie zmęczenie) w ocenie badanych ma swoje źródło w przeciążeniu obowiązkami szkolnymi oraz braku czasu na odpoczynek i inne ważne w okresie dorastania aktywności. Natomiast wysokie poczucie braku zmęczenia (niskie zmęczenie) związane jest przede wszystkim, jak się wydaje z wypracowaniem sposobów radzenia sobie z nadmiarem wymogów otoczenia poprzez indywidualną hierarchizację celów.

Powyższe stwierdzenia bezpośrednio ukazują zjawisko specyficzne dla kształcenia muzycznego, które w perspektywie czasowej może mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie. Niepokojącym jest fakt, iż znaczna część badanych uczniów deklaruje stale obecne zmęczenie przy jednoczesnym braku czasu na regenerację sił. Wyniki powyższe w obliczu doniesień dotyczących czynników specyficznych dla profesjonalnego wykonawstwa muzycznego, zwłaszcza w kontekście edukacji muzycznej nie budzą zdziwienia (już od drugiej połowy XX wieku znawcy tematu m.in. T. Wroński (1996, 1979) – skrzypek i pedagog, M. Janiszewski (1992) – kierownik Kliniki Rehabilitacji Akademii Medycznej w Łodzi zwracali uwagę na system kształcenia muzycznego i konstytuujące go cechy m.in. nadmierną ilość obowiązków, które przeciążają młody organizm od strony fizycznej i psychicznej oraz złą ergonomię zawodu muzyka). Dane te wydają się mieć charakter alarmujący i stanowiący podstawę do szerokiej (makro i mikrosystemowej) analizy istniejącego

stanu rzeczy. Wypowiedzi muzyków jednoznacznie wskazują na trudność pogodzenia jakże ważnych w okresie adolescencji różnych aktywności (np. rodzinnych, rówieśniczych, szkolnych, indywidualnych) i ról (córkę/ syna, kolegi/ koleżanki, ucznia). Być może stąd wynika również dość powszechne zjawisko w tej grupie, które można określić mianem postrzegania siebie przez pryzmat wyłącznie muzyki, a co się z tym wiąże, oceniania własnej osoby głównie na podstawie osiągnięć muzycznych bądź ich braku. Nie bez przyczyny coraz częściej w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na kształcenie po pierwsze człowieka, a po drugie muzyka (Gliniecka-Rękawik, 2007; Kaleńska-Rodzaj i Pietras, 2014; Nogaj, 2014a; Weiner, 2014, Wrona-Polańska i Curyło-Sikora, 2012).

Radzenie sobie z licznymi obowiązkami bez stale towarzyszącego poczucia zmęczenia oraz pełnienie aktywności typowych dla nastolatka wymaga swoistego rodzaju metaumiejętności, które młody człowiek może wypracować tylko na drodze współpracy z życzliwym dorosłym, moderującym jego funkcjonowanie na trudnej drodze rozwoju osobowości i kształtowania tożsamości.

5.2.1.4. Poczucie osobistych osiągnięć

Wyniki charakteryzujące poczucie osobistych osiągnięć umieszczono w tabeli 9. Świadczą one o tym, że zdecydowana większość osób badanych ma poczucie osobistych osiągnięć w stopniu wysokim i średnim, a $\frac{1}{3}$ w stopniu niskim. Analiza ilościowa uzyskanych na 10-stopniowej skali szacunkowej wyników ukazuje podobny rozkład, chociaż w sytuacji bezpośredniego pytania o osiągnięcia, wyraźniej zaznacza się tendencja do oceny ich na poziomie od przeciętnego (40,9%) do wysokiego (33,4%). Szczegółowe rozkłady uzyskanych przez badanych wyników znajdują się w aneksie w tabeli A.8 – A.9.

Tabela 9. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie osobistych osiągnięć – na podstawie wyników stenowych

		POCZUCIE OSOBISTYCH OSIĄGNIĘĆ WYNIK OGÓLNY		POCZUCIE OSOBISTYCH OSIĄGNIĘĆ WYNIK ZE SKALI SZACUNKOWEJ	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	40	30,3%	34	25,8%
Średnie	5-6	42	31,8%	54	40,9%
Wysokie	7-10	50	37,8%	44	33,4%
		132	100%	132	100%

Dodatkowych informacji dostarcza uzasadnienie dokonanych przez osoby badane wyborów liczbowych na skali szacunkowej.

Osoby badane oceniające swoje osiągnięcia na poziomie wysokim (wysokie poczucie osobistych osiągnięć) uzasadniały swój wybór w następujący sposób: „Udało mi się zaistnieć na scenie muzycznej (regionalnej, ogólnopolskiej, międzynarodowej)” (8), „Cieszę się, że mogę realizować chociaż jedno z marzeń – grę na wiolonczeli” (8), „Wygrałem parę konkursów, mam 6 z instrumentu” (8), „Uważam, że dużo osiągnęłam, co stale motywuje mnie do dalszej pracy” (9), „Każde osiągnięcie pozwala mi poszerzać swoje umiejętności, co sprawia mi przyjemność” (10), „Uważam, że wszystko, co robię i co mnie spotyka ma swój głębszy sens” (7), „Każde osiągnięcie, nawet małe dodaje mi wiary we własne możliwości i motywuje do ciągłego doskonalenia się” (7), „Uważam, że zawsze mogę robić więcej i więcej” (7), „Jestem zadowolona ze swych osiągnięć, choć zawsze może być lepiej i stale nad tym pracuje” (8).

Średni poziom poczucia osiągnięć określany był poprzez sformułowania: „Wiem, że stać mnie na więcej” (6), „Zawsze może być lepiej” (5), „Mam dobre osiągnięcia, ale chciałabym więcej” (5), „Uważam, że zbyt mało się staram i mógłbym osiągnąć więcej” (6), „Nie robię tyle, na ile mnie stać, więc nie mam wyników” (5), „Niekiedy udaje mi się zrealizować to co chce, a innym razem nie” (6), „Staram się robić to co chcę i realizować siebie, z reguły mi się to udaje, chociaż nie zawsze, co mnie bardzo frustruje” (6), „Zawsze brakuje mi 0,17 punktu na egzaminach do wyróżnienia (6)”.

Na niski poziom poczucia osobistych osiągnięć wskazywały wypowiedzi: „Szkola zabiła we mnie wszystkie pasje, nie potrafię się ogarnąć (zmotywować), mam mało czasu na własny rozwój, naukę czy pasję” (2), „Uważam, że dałabym radę więcej osiągnąć, ale wszystko ucieka mi sprzed nosa” (4), „Mam wrażenie, że nie sprawdzam się, chcę spełniać swoje marzenia, ale ludzie stają przeciwko mnie, rzeczywistość mi przeszkadza” (4), „Nie jestem zadowolona ze swych osiągnięć. Często dużo się uczę, a dostaję złe oceny” (3), „Nic nie potrafię, nic mi nie wychodzi, jakaś zła passa tkwi nad moją osobą” (3), „Może gdybym się bardziej postarał, to osiągnąłbym więcej” (4), „Mogłabym się lepiej starać o to, by osiągnąć więcej, ale nawet jak się staram, to nikt tego nie docenia” (4).

Wypowiedzi powyższe ujawniają mechanizm leżący u podłoża poczucia osobistych osiągnięć w badanej grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie. Osoby o wysokim poczuciu osiągnięć wskazują na ich źródło w samych sobie – twierdzą, że to co osiągnęli zależy od nich samych, przy czym są w stanie dostrzec i docenić nie tylko te duże, ale również niewielkie sukcesy, które traktują jako czynnik motywujący do dalszych działań. Uczniowie oceniający swoje osiągnięcia jako średnie koncentrują się przede wszystkim na porażkach (co różnicuje ich

od grupy wysoko oceniającej swe osiągnięcia). Ich źródeł upatrują przede wszystkim w swoich działaniach, a raczej ich braku. Jednostki o niskim poczuciu osiągnięć stosują przede wszystkim mechanizm racjonalizacji i tłumaczenia niepowodzeń niesprzyjającymi okolicznościami zewnętrznymi. Tylko niewielka część wypowiedzi w tej grupie wskazywała na to, że obok czynników zewnętrznych również indywidualna postawa jednostki i podejmowane przez nią działania mogą znaleźć odzwierciedlenie w jej dokonaniach. Taka postawa, związana z poszukiwaniem przyczyn niepowodzeń w czynnikach zewnętrznych znacząco różnicuje tę grupę, od osób oceniających swoje osiągnięcia na poziomie wysokim lub średnim.

Na podstawie analizy wypowiedzi uczniów wydaje się, że u podłoża poczucia osiągnięć leży koncentracja na samym sobie jako ich źródle. Jednostka poprzez własną pracę, dążenie do ciągłego rozwoju oraz stawianie sobie realnych do zdobycia celów jest w stanie osiągać satysfakcjonujące efekty, które niezależnie od ich rozmiaru traktuje jako potwierdzenie własnych umiejętności. Natomiast orientacja „na zewnątrz” i rozumienie tego, co się dzieje w kategoriach niezależnych od własnej osoby prowadzi do przekonania, że to przede wszystkim inni lub sytuacja jest winna niepowodzeniom.

5.2.1.5. Poczucie jakości życia

Wyniki umieszczone w tabeli 10 wskazują, że poczucie jakości życia w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie przyjmuje wartości od umiarkowanych (45,5%) do wysokich (31,8%). Wyniki uzyskane na 10-stopniowej skali szacunkowej potwierdzają tę prawidłowość, chociaż w przypadku bezpośredniego pytania o ocenę swojego życia jako udanego i satysfakcjonującego lub nieudanego i pełnego rozczarowań ujawnia się tendencja do oceniania go na poziomie wysokim (45,5%). Około ¼ osób badanych – zarówno w przypadku ogólnego wyniku omawianego wskaźnika zdrowia (22,7%), jak i tego uzyskanego na skali szacunkowej (24,2%) ocenia swoje życie jako nieudane i niesatysfakcjonujące. Szczegółowe rozkłady uzyskanych przez badanych wyników znajdują się w aneksie w tabeli A.10 – A.11.

Tabela 10. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie jakości życia – na podstawie wyników stenowych

		POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA WYNIK OGÓLNY		POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA WYNIK ZE SKALI SZACUNKOWEJ	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	30	22,7%	32	24,2%
Średnie	5-6	60	45,5%	40	30,3%
Wysokie	7-10	42	31,8%	60	45,5%
		132	100%	132	100%

Interesujących danych dostarcza analiza wypowiedzi uczniów dotyczących oceny jakości ich życia.

O wysokim poczuciu jakości życia świadczą wypowiedzi typu: „Moje życie jest super, bo mam świetną rodzinę i przyjaciół” (10), „Mam wspaniałe życie” (10), „Jestem otoczona ludźmi, którzy mnie wspierają” (10), „Jestem człowiekiem zdrowym, mającym rodzinę, przyjaciół i szczęście” (9), „Lubię siebie i innych, a oni mnie” (9), „Zdarzają się sytuacje, z których nie jestem dumna i które chcę poprawić, ale Kocham życie” (9), „Generalnie jest dobrze, chociaż do pełnego szczęścia brakuje mi drugiej połówki i dobrych ocen” (8), „Czasem nawet rozczarowania wychodzą na dobre” (7), „Przeżyłam wiele rozczarowań, ale sobie z nimi radzę, mam wokół siebie ludzi, którzy mi pomagają” (8), „Czuję się szczęśliwy” (7), „Nie mogę narzekać na swoje życie” (8).

Przeciętne poczucie jakości życia charakteryzowane jest przez następujące stwierdzenia: „Gdyby w moim życiu rodzinnym wszystko dobrze się układało to byłoby super, niestety tak nie jest, chociaż w innych sferach czuję się szczęśliwa” (6), „Pod pewnymi względami moje życie jest udane, bo mam Kochającą rodzinę, która spełnia moje zachcianki, chociaż ja sama często nie mogę osiągnąć tego, co chcę” (6), „Mam przyjaciół, których Kocham całym sercem, ale życie dużo ode mnie wymaga” (6), „W moim życiu były udane rzeczy, ale nie zabrakło także tych złych” (5), „Nie zawsze udaje mi się osiągnąć to o czym marzę” (5), „Czasem cieszę się z tego, gdzie jestem, a czasem obwiniam się za mój wybór” (5).

Na niskie poczucie jakości życia wskazują twierdzenia: „Moje życie zdominowane jest przez szkołę i nie mam czasu na inne rzeczy” (4), „Mam ciągle dużo różnych problemów” (4), „Niewiele rzeczy udaje mi się osiągnąć, także w życiu codziennym” (3), „Moi rodzice się mną nie zajmują, dzieciństwo to alkohol i bicie, a teraz nie mam nawet przyjaciela” (2), „Moje życie to tylko nauka, nie mam przyjaciół, rodzeństwa, nawet psa” (2).

Analiza powyższych wypowiedzi wskazuje, że o jakości życia badanej młodzieży decyduje przede wszystkim zaspokojenie rozwojowych potrzeb osoby dorastającej. Na jakość życia uczniów największy wpływ mają rodzina i przyjaciele, bycie sobą, troska i wsparcie ze strony bliskich, wiara w siebie oraz ogólne zadowolenie. Wyniki te wpisują się w model jakości życia składający się z czterech obszarów (Oleś, 2010): (1) relacje społeczne (kontakty z rodziną i rówieśnikami, aktywność grupowa, przyjaźń, wolność i wsparcie ze strony dorosłych), (2) poczucie własnego Ja (wiara w siebie, zdrowie fizyczne, psychiczne, sfera duchowa oraz poczucie bycia sobą), (3) środowisko oraz możliwości i przeszkody jakie stwarza (zaangażowanie, aktywna postawa, poczucie bezpieczeństwa, perspektywy na przyszłość), (4) ogólne zadowolenie z życia (pozytywne uczucia, poczucie radości, poczucie, że życie ma sens).

Okazuje się, że właśnie te wymiary dotyczące poczucia jakości życia, określają jego poziom w badanej grupie.

5.2.1.6. Ogólna zmienna zdrowie

Suma przyjętych wskaźników pozwoliła określić poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie. Większość osób badanych (72,7%) uzyskała wyniki wskazujące na dobre (40,9%) i bardzo dobre zdrowie (31,8%), natomiast wyniki ponad ¼ (27,3%) uczniów wskazały na jego niski poziom (tabela 11). Szczegółowe rozkłady danych znajdują się w aneksie, w tabeli A.12.

Tabela 11. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla ogólnej zmiennej zdrowie – na podstawie wyników stenowych

		OGÓLNA ZMIENNA ZDROWIE	
POZIOM WYNIKU	STENY	Liczba badanych	Procent badanych
Niskie	1-4	36	27,3%
Średnie	5-6	54	40,9%
Wysokie	7-10	42	31,8%
		132	100%

Wysokie korelacje występujące pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami zdrowia a ogólną zmienną zdrowie ukazały, że wszystkie jego wskaźniki mają udział w całościowo ujmowanym zdrowiu (tabela 12).

Tabela 12. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi zdrowie oraz globalną zmienną zdrowie

	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Poczucie zdrowia	-					
Poczucie spokoju	0,600**	-				
Poczucie osob. Osiągnięć	0,518**	0,644**	-			
Poczucie jakości życia	0,645**	0,637**	0,794**	-		
Poczucie braku zmęczenia	0,436**	0,485**	0,678**	0,540**	-	
Ogólna zmienna zdrowie	0,748**	0,815**	0,917**	0,875**	0,747**	-

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (test dwustronny).

Kształcenie muzyczne wymaga od ucznia ciągłego doskonalenia własnych umiejętności, perfekcyjnego warsztatu technicznego, bycia lepszym od innych oraz wiąże się z brakiem miejsca na niedoskonałość i błędy. Funkcjonowanie w świecie profesjonalnego muzykowania

wyznaczane jest przez coraz lepsze osiągnięcia, umiejętności radzenia sobie z niedyspozycją oraz swoim stanem psychofizycznym. Analiza jakościowa poszczególnych wskaźników zdrowia oraz współczynniki korelacji (nieco niższe dla poczucia zdrowia i poczucia braku zmęczenia), mogą wskazywać, że ból i zmęczenie doświadczane przez większość muzyków traktowane są jako stan typowy, wiążący się z ich codziennym funkcjonowaniem i w tym sensie niezależny od nich. Poddanie się im poprzez np. nieuczestniczenie w próbach czy koncertach mogłoby stanowić zagrożenie dla rozwoju artystycznego. Natomiast brak osiągnięć, poczucie napięcia czy „poddanie się” jest czymś zależnym od każdego z nich. To bagatelizowanie somatycznego stanu zdrowia, z jednej strony może mobilizować do działania, sprzyjać osiągnięciom i dawać satysfakcje z aktywności muzycznej, z drugiej jednak – zwłaszcza w dłuższej perspektywie czasowej podejmowanie zbyt obciążających zadań i praca ponad swoje możliwości może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia .

Potwierdzenie powyższych wniosków stanowią dane uzyskane przez ustosunkowanie się młodzieży uzdolnionej muzycznie do pytania: „Czy masz jakieś problemy zdrowotne, mogące Twoim zdaniem wynikać z rodzaju podjętego przez Ciebie kształcenia?”. 72% uczniów stwierdziło, że nie cierpi z powodu tego typu dolegliwości, natomiast 28% odpowiedziało, że doświadcza różnych przypadłości (do najczęściej wymienianych należały: bóle pleców, bóle brzucha z nerwów, bóle szyi, ramion, bóle głowy, bóle barku, bóle rąk). Wyniki te są spójne z danymi z literatury, wskazującymi że część młodzieży na etapie kształcenia muzycznego doświadcza dolegliwości wynikających z charakteru podjętej edukacji (por. rozdz. 1). Są one interesujące biorąc pod uwagę analizę jakościową wskaźnika poczucie zdrowia. Mimo szeregu dolegliwości jakie w wypowiedziach wymienili badani, nie były one powodem obniżenia oceny swojego stanu zdrowia. Doniesienia z literatury prowadzą do wniosku, że mimo pogłębiania się dolegliwości fizycznych w perspektywie czasowej (Ramella i in., 2014), badani muzycy oceniają swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre (Kreutz i in., 2008).

Uzupełnienie dotychczasowych wyników w odniesieniu do zmiennej zdrowie stanowi analiza jakościowa wypowiedzi osób badanych dotyczących metafor zdrowia.

Stwierdzenia muzyków, stanowiące dokończenie zdania „Moje zdrowie...” zostały podzielone na trzy grupy określające stan zdrowia jako:

- zadawalający (70% młodzieży), znajdujący odzwierciedlenie w wypowiedziach:

Moje zdrowie...: „jest wystarczające w 100%”, „jest w porządku”, „jest dobre”, „jest ok”, „jest satysfakcjonujące”, „jest w normie”, „zadowala mnie”,

- zależny od czasu i sytuacji (18% młodzieży), ukazany przez stwierdzenia:
Moje zdrowie...: „jest czasem dobre, a czasem nie”, „nie jest zbyt stabilne, zależy od dnia” „zależy np. od pory roku i tego co się dzieje w moim życiu”,
- niezadowolający (12% młodzieży), scharakteryzowany za pośrednictwem określeń:
Moje zdrowie... „jest niezbyt dobre”, „aktualnie jest zaniedbane”, „nie jest wystarczające”, „budzi wiele zastrzeżeń”, „nie pozwala cieszyć się życiem”.

Niezależnie od tego, w której z powyższych kategorii była wypowiedź, 66% uczniów wskazała także, że zdrowie jest dla nich ważne – Moje zdrowie... „jest najważniejsze”, „jest dla mnie istotne”, „jest ważne”, „jest ważne i staram się o nie dbać”, „jest ważne i dobre”.

Wypowiedzi badanych uzyskane poprzez dokończenie zdania: „Zdrowie jest jak...” ukazały, że młodzież uzdolniona muzycznie utożsamia zdrowie ze:

- szczęściem (zdrowie jest jak... „szczęście – zawsze pragniemy go więcej”, „szczęście – łatwo je stracić”, „szczęście, o które należy stale dbać”),
- stanem harmonii (zdrowie jest jak... „stan harmonii, który daje ład i spokój”, „człowiek, który chodzi po linii i tylko pełna równowaga zapewni mu satysfakcję”),
- czymś najważniejszym i najcenniejszym w życiu, co umożliwia dobre funkcjonowanie (zdrowie jest jak... „powietrze”, „najważniejszy skarb, który pozwala spełniać marzenia”, „coś najważniejszego”, „coś bardzo ważnego”, „paliwo”, „siła do życia”, „pełnia życia”)
- stanem, który można łatwo stracić (zdrowie jest jak... „porcelana – cenne i wartościowe, chociaż narażone na rozkruszenie”, „bańka, która w każdej chwili może pęknąć”, „dar, który trzeba pielęgnować jak kwiat, bo inaczej uschnie”, „ocean – nigdy nie wiadomo co się wydarzy”, „chmurka – z małej może być duży deszcz”, „płomień, który pali się cały czas, ale niekiedy coś go potrafi przygasić”, „jajko – bardzo delikatne”, „zegar – czasami przestaje tykać”),
- stanem trudnym do osiągnięcia (zdrowie jest jak... „czas wolny – nigdy go nie ma”, wakacje – jak potrzeba, to go nie ma”, „jak kobieta – raz jest, a raz jej nie ma”, „pieniądze – ciągle go brakuje”, „coś z czego nikt, nigdy nie będzie zadowolony”, „marzenie”, „życie bez problemów, bo życie z problemami często jest jak choroba”).

Na podstawie przytoczonych wypowiedzi badanych pogrupowanych w 5 kategorii można sformułować wniosek, że zdrowie traktowane jest przez młodzież uzdolnioną muzycznie jako stan, który daje możliwość optymalnego funkcjonowania, zapewnia równowagę wewnętrzną, daje siłę do życia oraz pozwala spełniać marzenia, ale także jako stan trudny do osiągnięcia i łatwy do stracenia.

Zdaniem młodzieży uzdolnionej muzycznie „Ludzie zdrowi...” są:

- szczęśliwi – dają temu wyraz następujące wypowiedzi:
Ludzie zdrowi... „są szczęśliwi”, „mają uśmiech od ucha do ucha”, „są bardziej radośni”, „są uśmiechnięci”, „są radośni”, „cieszą się życiem”, „są bardziej zadowoleni”, „są pełni życia i optymizmu”, „cieszą się”, „są spełnieni”,
- osobami, które mogą zmierzać się z codziennymi zadaniami – wskazują na to następujące określenia:
Ludzie zdrowi... „są normalni”, „pełni sił”, „aktywni”, „są silni”, „mają łatwiejsze życie”, „mogą realizować swoje marzenia”, „mogą łatwiej wykonywać pracę”, „mogą podejmować nowe zadania”, „dają sobie radę w codziennym życiu”, „mogą robić, co chcą”, „nic ich nie ogranicza”.

Interesujących danych dostarcza ustosunkowanie się osób badanych do sześciu stwierdzeń dotyczących zdrowia na 7 – punktowej skali, gdzie jeden oznacza „całkowicie się zgadzam”, a siedem „całkowicie się nie zgadzam”. Wyniki zamieszczono w tabeli 13.

Tabela 13. Wartości podstawowych statystyk opisowych – twierdzenia opisujące zdrowie

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
1. „Nie ma nic ważniejszego niż własne zdrowie”	3,01	1,5	1	7
2. „Dobre zdrowie jest sprawą drugorzędną w szczęśliwym życiu”	3,36	1,6	1	7
3. „Jeżeli nie masz zdrowia, to nie masz niczego”	4,25	1,9	1	7
4. „Jest wiele rzeczy, o które troszczę się bardziej niż o swoje zdrowie”	2,85	1,51	1	7
5. „Od mojego zdrowia zależą moje dotychczasowe oraz przyszłe osiągnięcia i sukcesy w życiu”	3,50	1,69	1	7
6. „Powiniennem w zasadniczy sposób zmienić swój stosunek do własnego zdrowia”	3,86	1,81	1	7

Na podstawie dotychczas przedstawionych wyników można stwierdzić, że zdrowie na poziomie deklaratywnym traktowane jest przez młodzież uzdolnioną muzycznie jako pewnego rodzaju wartość (szczęście, stan harmonii, coś czemu nadaje się status cennego, pozwalającego na optymalne funkcjonowanie oraz stan, który trudno osiągnąć i łatwo stracić), ludzie zdrowi określani są jako szczęśliwi oraz mogący dobrze funkcjonować. Wskazuje na to także stwierdzenie 1 ($M = 3,01$, $SD = 1,5$). Natomiast w stopniu bardziej szczegółowym, odnoszącym się do zdrowia konkretnej jednostki oraz potencjalnych działań, jakie może ona podjąć w wymiarze indywidualnym na rzecz jego wzmocnienia, nie jest to już takie oczywiste. Szczególny wyraz dają temu stwierdzenia 3 ($M = 4,25$, $SD = 1,9$), 5 ($M = 3,50$) oraz 6 ($M = 3,86$, $SD = 1,69$). Ukazują one, że zdrowie w ocenie badanych (w odniesieniu do nich samych) nie jest wyznacznikiem pełni funkcjonowania, jak również nie widzą oni potrzeby wdrażania zmian, które mogłyby polepszyć czy wzmocnić zdrowie. Zdanie 4 ($M = 2,85$, $SD = 1,51$) wskazuje, że troska o zdrowie ustępuje dbaniu o inne rzeczy, gdyż zdrowie – zgodnie z stwierdzeniem 2 ($M = 3,36$, $SD = 1,6$) jest sprawą drugorzędną.

Podsumowując, większość badanej młodzieży ocenia swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre. Analiza jakościowa ukazała, że młodzież uzdolniona muzycznie cierpi z powodu różnych dolegliwości fizycznych, jednak nie utożsamia ich z problemami zdrowotnymi. Zdrowie na poziomie deklaratywnym ma status wartości, ale w wymiarze konkretnych działań i odniesienia do własnej osoby nie pełni roli wiodącej.

5.2.2. Trema w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.

Operacjonalizacja zmiennej trema przy użyciu dwóch wskaźników pozwoliła na określenie poziomu tremy oraz objawów tremy. Wartości podstawowych statystyk opisowych omawianej zmiennej znajdują się w tabeli 14, natomiast rozkłady wyników stenowych dla poszczególnych zmiennych umieszczono w tabeli 15 (szczegółowe rozkłady wyników zamieszczono w aneksie, w tabelach A.13 – A.17).

Tabela 14. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących wskaźniki tremy - wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Objawy emocjonalne	9,73	3,78	3	18
Objawy poznawcze	10,95	4,19	3	18
Objawy somatyczne	10,07	4,62	3	18
Objawy tremy(suma)	30,76	11,34	9	54
Poziom tremy	47,60	12,10	26	72

Tabela 15. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla wskaźników zmiennej trema – na podstawie wyników stenowych

	POZIOM WYNIKU – WARTOŚCI STENOWE					
	Niski 1 – 4		Średni 5 – 6		Wysoki 7 – 10	
	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Objawy emocjonalne	36	27,3%	40	30,3%	56	42,5%
Objawy poznawcze	18	13,6%	72	54,5%	42	31,9%
Objawy somatyczne	36	27,2%	50	37,9%	46	34,9%
Objawy tremy (suma)	36	27,3%	50	37,9%	46	34,8%
Poziom tremy	32	24,2%	26	19,7%	74	56,1%

Dane umieszczone w tabeli 15 ukazują, że większość młodzieży uzdolnionej muzycznie doświadcza tremy. Ponad połowa (56,1%) uczniów uzyskała wyniki wskazujące na jej wysoki poziom. Ponad 2/3 (72,8%) osób badanych doświadcza objawów tremy (37,9% na poziomie umiarkowanym, 34,8 % na poziomie wysokim). W odniesieniu do poszczególnych objawów uzyskane wyniki wskazują, że najwięcej uczniów doświadcza ich na poziomie umiarkowanym (w przypadku objawów poznawczych – 54,5% i somatycznych – 37,9%) oraz wysokim (w przypadku objawów emocjonalnych – 42,5%).

Podsumowując, (1) ponad połowa osób badanych doświadcza wysokiego poziomu tremy, (2) ponad 1/3 osób badanych doświadcza objawów tremy w stopniu wysokim, najwięcej w zakresie objawów emocjonalnych, (3) większość badanych doświadcza objawów poznawczych i somatycznych na poziomie umiarkowanym.

Tabela 16. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi trema

	Objawy emocjonalne	Objawy poznawcze	Objawy somatyczne	Objawy tremy (suma)	Lęk w sytuacji występu
Objawy emocjonalne	-				
Objawy poznawcze	0,806**	-			
Objawy somatyczne	0,699**	0,657**	-		
Objawy tremy (suma)	0,916**	0,906**	0,883**	-	
Poziom tremy	0,803**	0,699**	0,660**	0,795**	-

**Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (test dwustronny).

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 16, między wskaźnikami tremy istnieją silne dodatnie korelacje. Oznacza to, że wyższy poziom tremy wiąże się z wyższym poziomem objawów – zarówno emocjonalnych, poznawczych, jak i somatycznych. Poziom tremy najsilniej skorelowany jest z objawami emocjonalnymi, słabiej z poznawczymi, a najslabiej z somatycznymi. Uzyskane wyniki wskazują, że to sfera psychiczna, czyli umiejętność – lub

jej brak – uzyskania harmonii wewnętrznej oraz sposób rozumienia, postrzegania i interpretowania zdarzeń wiąże się w większym stopniu z poziomem tremy, niż stan cielesny

Interesujących danych dostarcza analiza wypowiedzi uczniów stanowiących dokończenie zdania: „Trema jest dla mnie...”.

Wypowiedzi osób badanych podzielono na trzy kategorie, które wraz z ich rozkładem procentowym przedstawia tabela 17. Sposób przypisywania wypowiedzi do poszczególnych kategorii związany był z ich analizą treściową. Trema jako czynnik motywujący określana była za pośrednictwem charakterystyk, które wskazywały na to, iż jest ona czymś, co dodaje siły, pozwala na sprośanie wymaganiom, motywuje do podjęcia działania oraz wszelkich określeń pozwalających na stwierdzenie, że ma ona działanie motywujące. Trema jako czynnik zakłócający znajdowała odzwierciedlenie w wypowiedziach jednoznacznie wskazujących na jej negatywną percepcję i konsekwencje dla samopoczucia artysty oraz jego wykonania. Trema jako czynnik neutralny charakteryzowana była poprzez stwierdzenia, w których brak było bezpośrednich wskazań, jakoby była ona czynnikiem motywującym lub zakłócającym. Pojęcie „neutralny” nie oznacza, że nie ma ona znaczenia dla muzyka, lub że nie doświadcza jej, oznacza tylko, że część z wypowiedzi nie była możliwa do zakwalifikowania do pozostałych kategorii.

Tabela 17. Rozkład procentowy sposobu rozumienia tremy przez młodzież uzdolnioną muzycznie wraz z wypowiedziami

TREMA	%	PRZYKŁADOWE WYPOWIEDZI „TREMA JEST DLA MNIE...”
CZYNNIK MOTYWUJĄCY	42	„czymś co pomaga w graniu”, „bodźcem, który pomaga skoncentrować się oraz pozwala udowodnić samemu sobie, że da się radę”, „czynnikiem motywującym, pozwalającym skoncentrować się na wykonywanej czynności”, „zazwyczaj pomocna – jak jestem trochę spięta, to lepiej zapamiętuję ostatnie poprawki, co do grania”, „uczuciem dodającym skrzydeł poprzez podniesienie adrenaliny i uświadomienie, że jest się częścią czegoś pięknego czym jest muzyka”
CZYNNIK „NEUTRALNY”	10	„normą, czymś do czego się już przyzwyczyłem”, „jest nieunikniona i trzeba sobie umieć z nią radzić... jest w domu, szkole wszędzie”, „chlebem powszednim”, „czymś co będzie towarzyszyć przez całe życie i czemu trzeba sprośać”, „nieodłącznym elementem życia”
CZYNNIK ZAKŁÓCAJĄCY	48	„problemem, bo przez nią gram o wiele gorzej”, „czymś strasznym, z czym nie umiem sobie poradzić”, „moim najgorszym koszmarem, bo dzieje się w rzeczywistości”, „wrogiem moich umiejętności”, „czymś nieprzyjemnym, burzącym występ”, „czymś destrukcyjnym, co odbiera mi wiarę w siebie”, „wrogiem, który paraliżuje mnie i nie pozwala na przekaz moich umiejętności”, „czynnikiem blokującym moją osobę i ograniczającym moje możliwości”

Uzyskane wyniki zgodne są z danymi ilościowymi dotyczącymi poziomu tremy. Wskazały one, że większość (56,1%) badanej młodzieży uzdolnionej muzycznie doświadcza tremy na wysokim poziomie, który może być traktowany – jak wynika z analizy jakościowej – jako czynnik zakłócający (48%).

Tak rozumiana trema znajduje wyraz w perspektywie czasowej, 70% osób badanych przyznało, że doświadcza napięcia na drodze antycypacji występu, w jego trakcie oraz po jego zakończeniu. Tylko 14% było zdania, że odczuwa napięcie wyłącznie przed występem, pozostałe 16 % stanowiło różną konfigurację możliwych odpowiedzi. Zarówno poziom napięcia, jak i jego rodzaj nie był określany, pytanie brzmiało w sposób następujący: „W której sytuacji odczuwasz napięcie – przyjemne pobudzenie lub też stan dyskomfortu? (Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): a) przed występem, b) w trakcie występu, c) po występie.

Dalsza analiza pozwoliła zgłębić aspekt poznawczy i emocjonalny omawianego zjawiska oraz umożliwiła wyłonienie charakterystycznego sposobu myślenia i przeżywania osób badanych w kontekście procesualnego charakteru tremy. Zależności powyższe przedstawia tabela 18.

Wypowiedzi uczniów wskazują, że przed, w trakcie i po występie muzykowi mogą towarzyszyć objawy poznawcze i emocjonalne.

W sytuacji poprzedzającej występ część młodzieży uzdolnionej muzycznie odczuwa takie emocje jak: stres, zagrożenie, strach, lęk. Znajdują one wyraz myśleniu skoncentrowanym na jak najszybszym „uporaniu się” z występem, ocenie dokonanej przez innych oraz poprawności wykonania. Inni natomiast doświadczają całego spektrum emocji pozytywnych od spokoju i radości do podniecenia muzyką oraz przeświadczenia, że zaraz nastąpi coś przyjemnego, godnego zaangażowania.

W trakcie występu uczniowie odczuwają albo zdenerwowanie i rozkojarzenie, albo rozluźnienie, spokój, przypływ energii. W pierwszym przypadku koncentrują się na ocenie własnej osoby przez siebie i innych (profesorów, publiczności, kolegów), a w drugim skupiają się na „tu i teraz” w kontekście zadania do zrealizowania, jakim jest wykonanie utworu.

Po występie, muzykom może towarzyszyć zmęczenie, lęk przed oceną, niezadowolenie oraz myśli skoncentrowane na analizie i ocenie występu (własnej i innych), często z założeniem, że mogło być lepiej; lub też poczucie satysfakcji, zadowolenia i spełnienia, które wiążą się z radością, wynikającą z dzielenia się muzyką i emocjami z niej płynącymi, przekonaniem o wartości samego siebie oraz własnej aktywności muzycznej.

Tabela 18. Zależności między aspektem czasowym tremy a towarzyszącymi mu stanami emocjonalnymi oraz sposobem myślenia na podstawie wypowiedzi osób badanych

TREMA	CZUJĘ...	MYŚLĘ...
PRZED WYSTĘPEM	stres, zagrożenie, lęk, przerażenie, ...się okropnie, strach, (że zaraz zwariuję, że chcę uciec, że nie dam rady)	„staram się wyłączyć myślenie”, „aby już się skończyło”, „o czymś przyjemnym”, „o czymś, żeby nerwy odeszły”, „żeby tylko się udało”, „o tym by jak najlepiej zagrać” „jak zostanę oceniony”
	radość, podniecenie muzyką, ekstazę, spokój, dreszczyk emocji, podniecenia	„o przyjemnościach”, „o obecnej chwili i o tym, niewidzialnym, lecz słyszalnym połączeniu naszych (muzyków) myśli i umysłów na scenie” „że się uda”
W TRAKCIE WYSTĘPU	rozkojarzenie, zdenerwowanie, niezadowolenie, stres	„staram się myśleć nad tym co robię, ale często moje myśli uciekają od utworu do tego czy gram dobrze i co powie później mój profesor i koledzy”, „o tym, że inni mnie oceniają”, „o muzyce i publiczności”.
	rozluźnienie, przyływ energii, pozytywną siłę, spokój, adrenalinę i motywację.	„raczej nie myślę, płyną z chwilą i robię to co mam robić”, „że chce być muzykiem”, „o tym co gram”, „nie myślę o niczym innym, jak tylko o występie, o tym co robię”.
PO WYSTĘPIE	zmęczenie, ulgę, lęk przed oceną, zawstydzenie, niezadowolenie, roztrzęsienie, lekki upust nerwów.	„jak mi poszło”, „dobrze, że już koniec”, „co zrobiłam źle a co dobrze”, „jak ludzie mnie odebrali”, „o tym, że będzie dobrze, chociaż nie mam pewności”, „o tym, że mogło być lepiej”, „o tym jak zagrałam”, „o tym, że w końcu jest to za mną”, „o tym jak zostałam odebrana”.
	satysfakcję, podniecenie i ogromne zadowolenie, radość, szczęście, spokój, się bardzo dobrze, się spełniony, że jestem we właściwym miejscu.	„że fajnie było grać dla innych”, „że wykonałam kawał dobrej roboty”, „o opiniach innych, które są dla mnie źródłem cennych informacji, a często dowodem na to, że to co robię, robię dobrze”, „o tym że przekazałam innym moje emocje”, „że podobało mi się to co zagrałam i jak to zrobiłam”, „o tym by być z siebie zadowolonym niezależnie od tego jak mi poszło i jak inni mnie oceniają”.

Podsumowując, w grupie badanej młodzieży uzdolnionej muzycznie wysoki poziom tremy doświadczany jest przez ponad połowę badanych. Między poziomem tremy a jej objawami istnieje silny dodatni związek, który wskazuje na niebezpieczeństwo doświadczania całego spektrum symptomów psychofizycznych. Wnioski z analizy jakościowej są zgodne

z dotychczasową literaturą przedmiotu wskazującą na procesualny charakter tremy (por. rozdz. 2.2.4) oraz jej konsekwencje sprzyjające lub zakłócające funkcjonowaniu artysty (por. rozdz. 2.2.3). Młodzież uzdolniona muzycznie doświadcza tremy zarówno mobilizującej, jak i zakłócającej – przed występem, w jego trakcie oraz po nim, przy czym w każdej sytuacji może ona wiązać się z pozytywnymi lub negatywnymi objawami poznawczym i emocjonalnym.

5.2.3. Radzenie sobie z treścią w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.

Wartości podstawowych statystyk zmiennej radzenie sobie z treścią znajdują się w tabeli 19, natomiast rozkłady wyników stenowych dla poszczególnych zmiennych umieszczono w tabeli 20 (szczegółowe rozkłady wyników zamieszczono w aneksie, w tabelach A.18 – A.22).

Tabela 19. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących style radzenia sobie z treścią – wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Styl skoncentrowany na zadaniu	50,62	9,40	17	71
Styl skoncentrowany na emocjach	43,61	10,29	21	71
Styl skoncentrowany na unikaniu	45,38	8,54	27	67
Angażowanie się w czynności zastępcze	19,73	5,56	9	31
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	17,20	3,30	10	25

Tabela 20. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej style radzenie sobie ze treścią – na podstawie wyników stenowych

	POZIOM WYNIKU – WARTOŚCI STENOWE					
	Niski 1 – 4		Średni 5 – 6		Wysoki 7 – 10	
	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Styl zadaniowy	78	59,1%	40	30,3%	14	10,6%
Styl emocjonalny	40	30,3%	56	42,4%	36	27,3%
Styl unikowy	60	45,5%	56	42,4%	16	12,1%
Angażowanie się w czynności zastępcze	44	33,3%	68	51,5%	20	15,2%
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	60	45,5%	54	40,9%	18	13,6%

Jak wynika z tabeli 20 badanych charakteryzuje dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach, na średnim i wysokim poziomie (69,7%) oraz stylu skoncentrowanego na unikaniu (54,5%) – przede wszystkim unikaniu przez dystrakcję czyli angażowanie się w czynności

zastępcze (66,7%). Większość badanych (59,1%) charakteryzuje niski poziom stylu zadaniowego.

5.2.4. Zasoby w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie.

Wartości podstawowych statystyk opisowych dla zmiennych charakteryzujących zasoby znajdują się w tabeli 21, natomiast rozkłady wyników stenowych dla poszczególnych zasobów umieszczono w tabelach 22 i 23 (szczegółowe rozkłady wyników zamieszczono w aneksie, w tabelach A.23 – A.36).

Tabela 21. Wartości podstawowych statystyk opisowych dla zmiennych opisujących zasoby – wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wyniki minimalne	Wyniki maksymalne
Samoocena	29,54	7,59	15	40
Poczucie koherencji	123,96	18,85	70	175
Poczucie zrozumiałości	42,30	6,62	24	57
Poczucie zaradności	44,07	8,14	25	70
Poczucie sensowności	37,59	7,09	14	54
Poczucie kontroli	53,26	7,13	32	73
Unikanie	9,81	2,17	5	16
Zmaganie się	10,09	2,48	5	17
Utrzymywanie	14,86	2,86	8	22
Doznawanie	18,50	3,24	11	24
Poczucie wsparcia	17,30	4,50	6	24
Lęk dyspozycyjny	44,48	8,31	26	60
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią – wynik ogólny	12,24	5,54	2	22
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią – wynik ze skali	6,12	2,74	1	10

Tabela 22. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej samoocena – na podstawie wyników stenowych

POZIOM WYNIKU	STENY	SAMOOCENA	
		Liczba badanych	Procent badanych
Bardzo niskie	1 – 2	4	3,0%
Niskie	3 – 4	28	21,2%
Średnie	5 – 6	58	44%
Wysokie	7 – 8	32	24,2%
Bardzo wysokie	9 – 10	10	7,6%
		132	100%

Tabela 23. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej zasoby – na podstawie wyników stenowych

	POZIOM WYNIKU – WARTOŚCI STENOWE					
	Niski 1 – 4		Średni 5 – 6		Wysoki 7 – 10	
	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych	Liczba badanych	Procent badanych
Poczucie koherencji	40	30,3%	50	37,9%	42	31,8%
Poczucie zrozumiałości	36	27,3%	52	39,4%	44	33,3%
Poczucie zaradności	32	24,2%	58	44,0%	42	31,8%
Poczucie sensowności	30	22,7%	60	45,5%	42	31,8%
Poczucie kontroli	30	22,7%	58	44,0%	44	33,3%
Unikanie	30	22,8%	58	42,4%	46	34,8%
Zmaganie się	30	22,7%	42	31,8%	60	45,5%
Utrzymywanie	38	28,8%	38	28,8%	56	42,4%
Doznawanie	38	28,8%	46	34,8%	48	36,4%
Poczucie wsparcia	36	27,3%	46	34,8%	50	37,9%
Lęk dyspozycyjny	40	30,3%	44	33,3%	48	36,4%
Poczucie samoskuteczności wynik ogólny	40	30,3%	44	33,3%	48	36,4%
Poczucie samoskuteczności wynik ze skali	38	28,8%	46	34,8%	48	36,4%

Młodzież uzdolnioną muzycznie charakteryzuje w większości (75,8%) średni i wysoki poziom samooceny, natomiast prawie ¼ badanych uzyskała wyniki wskazujące na niski lub bardzo niski poziom samooceny (odpowiednio 21,2% i 3%) (tabela 22).

Najwięcej uczniów cechuje umiarkowane poczucie koherencji (37,9%). Wyniki osób badanych w zakresie jego trzech składowych przyjmują wartości od umiarkowanych do wysokich. Najmniej osób badanych osiąga wyniki wskazujące na niski poziom omawianej zmiennej (30,3%) (tabela 23).

Tabela 24. Współczynniki korelacji między poczuciem koherencji i jej składnikami

	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności	Poczucie koherencji
Poczucie zrozumiałości	-			
Poczucie zaradności	0,587**	-		
Poczucie sensowności	0,556**	0,688**	-	
Poczucie koherencji	0,814**	0,897**	0,869**	-

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

Korelacje między poczuciem koherencji a jej składnikami wskazują, że jest ona jako ogólna orientacja dyspozycyjna charakteryzowana w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie, w stopniu silnym poprzez wszystkie składowe: poczucie zaradności ($r_s = 0,897$), sensowności

($r_s=0,869$) i poczucie zrozumiałości ($r_s=0,814$) (tabela 24). Pierwszy składnik daje przekonanie o możliwości poradzenia sobie z sytuacją trudną dzięki własnym umiejętnościom lub wsparciu innych. Drugi sprzyja przeżywaniu pozytywnych emocji dających poczucie, że działania jakie podejmuje jednostka mają sens. Trzeci składnik sprzyja przekonaniu o przewidywalności bodźców napływających z otoczenia lub własnego organizmu i umożliwia (w oparciu o swoje doświadczenia lub uzyskane informacje) właściwe ich rozpoznanie oraz podjęcie działań w celu poradzenia sobie z określoną sytuacją.

W zakresie poczucia kontroli, najmniej uczniów uzyskało wyniki wskazujące na niski poziom ogólnej zmiennej oraz poszczególnych jej typów (tabela 23). Oznacza to, że większość badanej młodzieży uzdolnionej muzycznie ma poczucie kontroli (na średnim i wysokim poziomie). Najwięcej osób uzyskało wyniki wskazujące na wysoki poziom kontroli o typie zmaganie się (45,5%), utrzymywanie (42,4%) i doznawanie (36,4%), przy czym w zakresie tego ostatniego różnice procentowe między poziomem wysokim a średnim nie są tak wyraźne, jak w przypadku zmagania i utrzymywania.

Taki rozkład wyników wskazuje, że większość badanej młodzieży przejawia wysoki poziom kontroli opartej przede wszystkim na zmaganiu się z negatywnymi emocjami (kontrola wtórna – zmaganie się), zdolności do utrzymywania pozytywnych zdarzeń (kontrola pierwotna – utrzymywanie) oraz doznawaniu pozytywnych emocji (kontrola wtórna – doznawanie). Uzyskanie przez największy procent osób wyników średnich w zakresie unikania pozwala stwierdzić, że również poczucie kontroli poprzez unikanie negatywnych zdarzeń (kontrola pierwotna – unikanie) charakteryzuje badaną grupę.

Tabela 25. Współczynniki korelacji między poczuciem kontroli i jej typami

	Unikanie	Zmaganie się	Utrzymywanie	Doznawanie	Poczucie kontroli
Unikanie	-				
Zmaganie się	0,209*	-			
Utrzymywanie	0,295**	0,305**	-		
Doznawanie	0,098	0,025	0,495**	-	
Poczucie kontroli	0,541**	0,545**	0,823**	0,692**	-

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny).

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

Korelacje ukazały istnienie istotnych statystycznie związków między poczuciem kontroli a wszystkimi jej typami. Oznacza to, że w badanej grupie poczucie kontroli określane jest poprzez wszystkie typy kontroli (tabela 25).

Wyniki uzyskane przez uczniów w zakresie poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią (tabela 23) ukazały, że większość badanej młodzieży jest przekonana, że sobie

z nią radzi (69,7%), natomiast prawie $\frac{1}{3}$ jest zdania że nie radzi sobie z nią całkowicie. Analiza ilościowa skali szacunkowej potwierdza te wyniki (tabela 23), natomiast analiza jakościowa dostarcza dodatkowych informacji.

Osoby przekonane, że nie radzą sobie z treścią argumentują to w następujący sposób: „Nie wiem dlaczego treść mnie paraliżuje” (2), „Czuję się niepewnie, jeśli nie spełnię oczekiwań profesora i rodziny” (3), „Nie jestem w stanie powstrzymać tremy” (4), „Treść mnie zżera” (2), „mam treść i już, nie wiem co z nią zrobić”.

O radzeniu sobie na poziomie średnim świadczą wypowiedzi: „Umiem się opanować, choć czasem treść mi przeszkadza” (5), „Zdarzają się sytuacje, że nie wytrzymuję presji i zaczynają mną rządzić emocje” (5), „Czasem, w sytuacji stresu trudno mi się opanować, wskutek czego pojawiają się nieprzyjemne konsekwencje” (6), „Staram się być opanowana w stresującej sytuacji i nie dawać się władać emocjami, ale one czasami biorą górę, niestety” (6).

Przekonanie o umiejętnym radzeniu sobie znajduje odzwierciedlenie w następujących sformułowaniach: „Lubię występować i nie sprawia mi to większego stresu” (9), „Znam swój organizm i wiem co robić, żeby treść na mnie dobrze wpłynęła” (9), „Wydaje mi się, że przez te wszystkie lata opanowałem sposoby, by zmniejszyć jej negatywne konsekwencje” (9), „Rzadko odczuwam treść, jeśli wiem, że jestem przygotowana” (8).

Wypowiedzi uczniów wskazują, że podstawą przekonania o zdolności do poradzenia sobie z treścią jest samoświadomość i refleksyjność jednostki oraz przygotowanie do występu.

Analiza wypowiedzi osób badanych w odniesieniu do zdania: „Z treścią próbuje radzić sobie przez...” ukazuje, że młodzież uzdolniona muzycznie stosuje różne sposoby radzenia sobie z nią. Do najczęściej powtarzających należą metody, które pogrupowano w następujące kategorie:

- techniki poznawcze (np. pozytywne myślenie, typu „dam radę”, „wiem, że potrafię”, afirmuję, stosuję autosugestię) (38%);
- skupianie się na zadaniu do wykonania oraz jego wizualizacja (wyobrażanie sobie, że jest się samemu, „granie w myślach, z zamkniętymi oczami”, wyobrażanie sobie utworu i skupianie się w myślach na każdej nucie) (29%)
- techniki oddechowe (27%)
- relaks i odpoczynek (poprzez spacer, rozrywkę, gimnastykę/ ćwiczenia fizyczne, pójście do kosmetyczki, na zakupy, słuchanie muzyki) (20%)
- palenie tytoniu i zażywanie środków uspokajających (13%).

Do pozostałych sposobów radzenia sobie z treścią (których nie zakwalifikowano do żadnej z poszczególnych kategorii, ze względu na małą częstość ich występowania – w sumie 3%) należały: medytacja, rzucanie poduszkami, krzyczenie w samotności, masaż.

Z uwagi na fakt, że osoby badane mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, suma % przekracza 100.

Większość badanej młodzieży (72,7%) ma poczucie wsparcia (tabela 23), natomiast ponad ¼ badanych jest przekonana, że w sytuacji trudnej nie otrzymałaby pomocy. Dalsza analiza (tabela 26) prowadzi do wniosku, że młodzież uzdolniona muzycznie najbardziej potrzebuje wsparcia rodziców oraz przyjaciół, tylko nieliczni oczekują go od nauczyciela, przy czym zaznaczają oni, że wsparcia takiego z pewnością by nie otrzymali (wskazują na to dopisane przy pytaniu wypowiedzi kilkunastu osób badanych, np. „Mój nauczyciel jest mistrzem w stresowaniu mnie”, „Nie znoszę mojego nauczyciela, on mnie pewnie też”, „Prędzej zdarzy się cud niż pan (tu padło nazwisko nauczyciela) mi pomoże”, „Mój nauczyciel tylko wymaga, pomoc – to chyba jakiś żart”). W kilku przypadkach młodzież korzysta ze wsparcia specjalistycznego, w tym psychologa i lekarza. Wśród kategorii „kogoś innego”, pojawiały się następujące odpowiedzi – „Boga”, „nikogo”, „mojej sąsiadki, która zawsze mówi mi dobre słowo”, „mojej dziewczyny/ chłopaka”.

Z uwagi na fakt, że osoby badane mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, suma % przekracza 100.

Tabela 26. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czyje wsparcie w związku z sytuacją występu jest dla Ciebie pomocne?”

Przyjaciół	62%
Nauczycieli	10%
Lekarza	4%
Psychologa, pedagoga np. szkolnego	5%
Rodziny	50%
Kogoś innego	8%

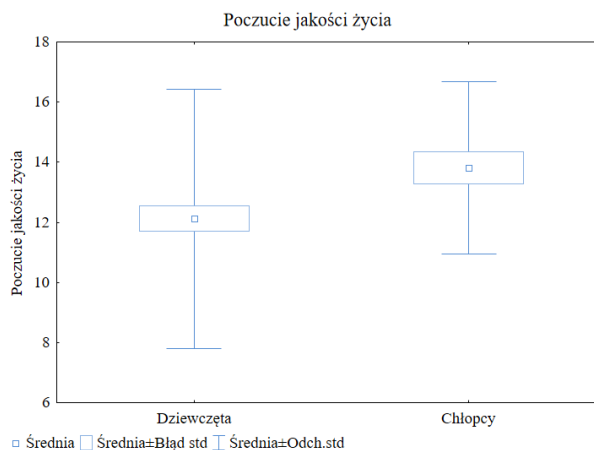
Wyniki uzyskiwane przez osoby badane w zakresie lęku dyspozycyjnego (osobowość lękowa) traktowanego jako deficyt w przypadku wysokiego poziomu wskazują, że najwięcej osób doświadcza go właśnie na poziomie wysokim (36,4%), mniej na poziomie umiarkowanym (33,3%), najmniej na poziomie niskim (30,3%). Mimo, że wyniki te rozkładają się dość równomiernie to wskazują, że ponad ⅔ młodzieży uzdolnionej muzycznie jest podatna na postrzeganie obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających (tabela 23).

Podsumowując, większość badanej młodzieży uzdolnionej muzycznie dysponuje zasobami na umiarkowanym i wysokim poziomie. Istnieje jednak grupa, którą cechuje niski ich poziom. Średnio co trzeci uczeń ma wysoki poziom lęku dyspozycyjnego, niskie poczucie koherencji, oraz niskie poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią, a co czwarty charakteryzowany jest przez niskie poczucie własnej wartości oraz kontroli, a także brak poczucia wsparcia.

5.2.5. Płeć a badane zmienne

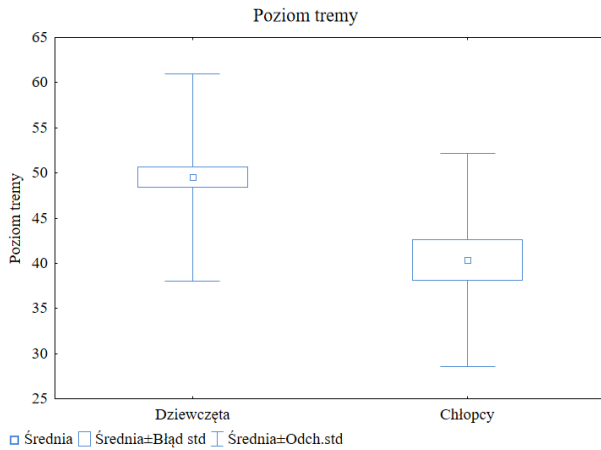
W celu uzyskania informacji czy w zakresie badanych zmiennych istnieją różnice między dziewczętami a chłopcami wykonano test U Manna-Whitney'a. Wyniki dla wszystkich zmiennych zamieszczono w aneksie w tabeli A.37 (załącznik 4), natomiast zmienne, które okazały się różnicować badaną grupę ze względu na płeć przedstawiono na rycinach 6 – 19.

W odniesieniu do zmiennej zdrowie oraz jej wskaźników, poza poczuciem jakości życia (rycina 6), analiza nie wykazała istnienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą badanych dziewcząt i chłopców.

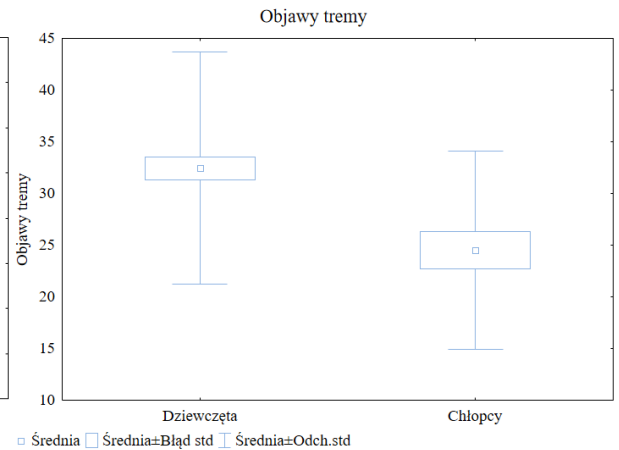


Rycina 6. Poczucie jakości życia a płeć

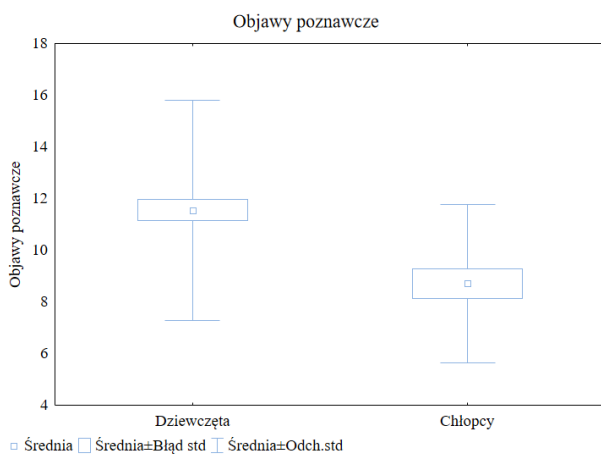
Uzyskane wyniki okazały się istotnie różnicować badaną grupę w zakresie zmiennej trema. Dziewczeta doświadczają wyższego poziomu tremy oraz wszystkich jej objawów (rycina 7 – 11).



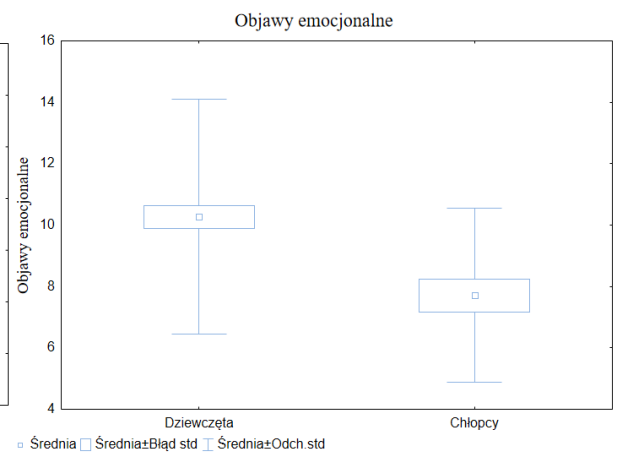
Rycina 7. Poziom tremy a płeć



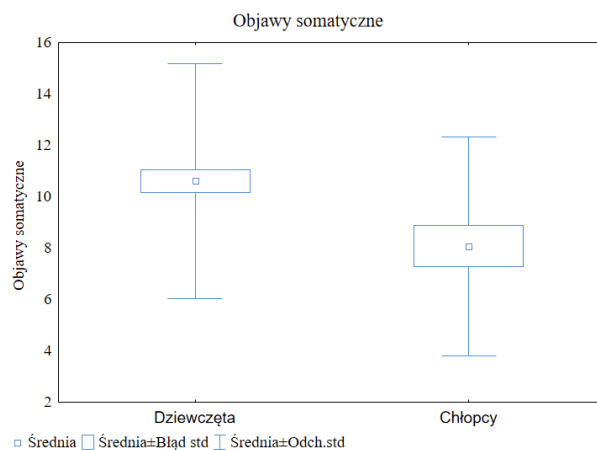
Rycina 8. Objawy tremy a płeć



Rycina 9. Objawy poznawcze tremy a płeć

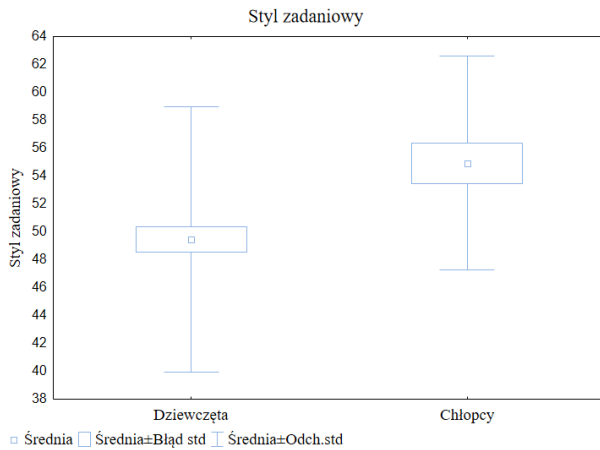


Rycina 10. Objawy emocjonalne tremy a płeć

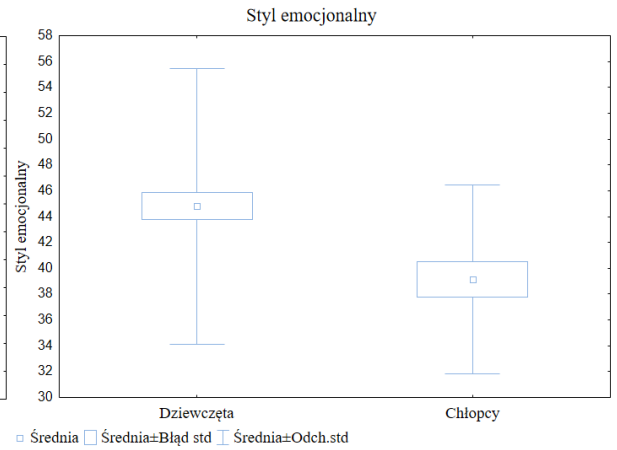


Rycina 11. Objawy somatyczne tremy a płeć

Analiza ukazała, że grupy badanych wyodrębnione z uwagi na płeć istotnie statystycznie różnią się w zakresie stosowania stylu radzenia sobie z treścią. Dziewczeta stosują w większym stopniu styl skoncentrowany na emocjach, natomiast chłopcy styl skoncentrowany na zadaniu (rycina 12 – 13).

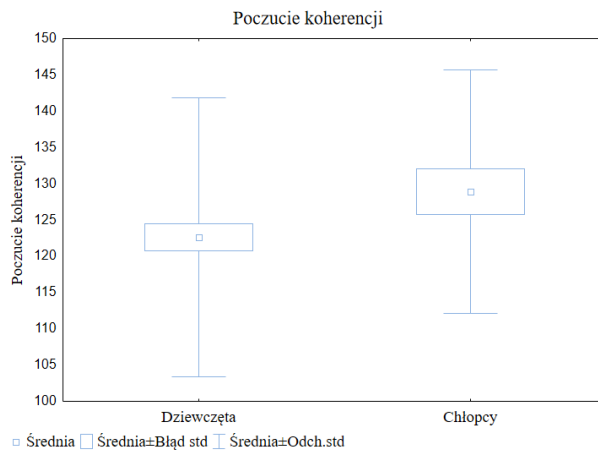


Rycina 12. Styl zadaniowy a płeć

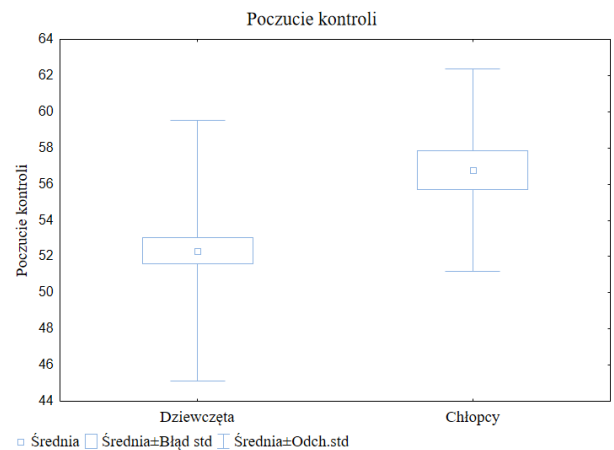


Rycina 13. Styl emocjonalny a płeć

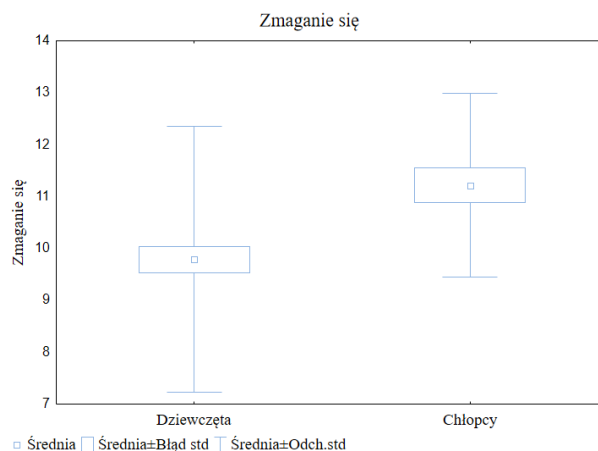
Test ujawnił także różnicowanie w odniesieniu do części zasobów. Chłopców w porównaniu z dziewczętami charakteryzuje wyższy poziom poczucia koherencji, poczucia kontroli (przede wszystkim w zakresie kontroli o typie zmaganie się i doznawanie), oraz poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią (rycina 14 – 19).



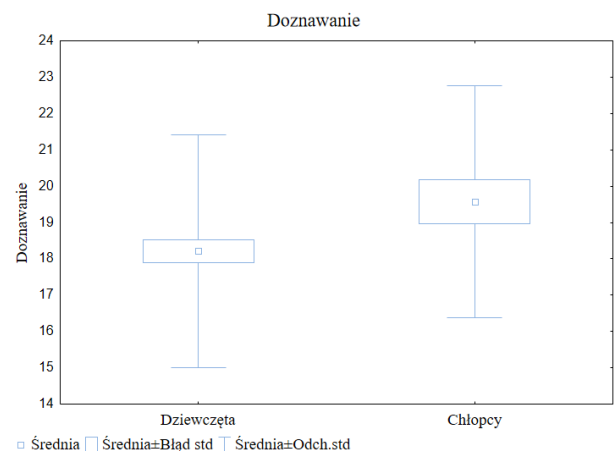
Rycina 14. Poczucie koherencji a płeć



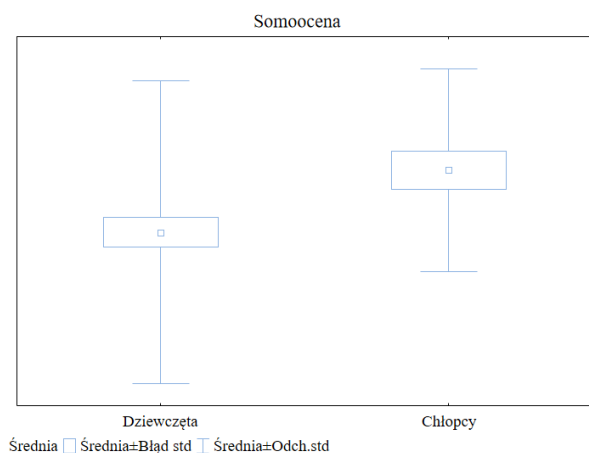
Rycina 15. Poczucie kontroli a płeć



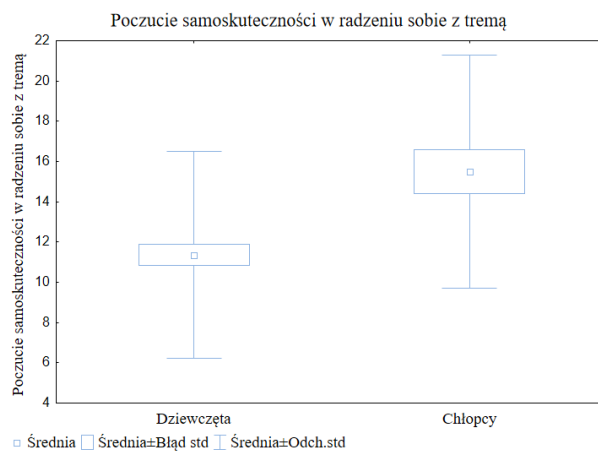
Rycina 16. Kontrola (zmaganie się) a płeć



Rycina 17. Kontrola (doznawanie) a płeć



Rycina 18. Samoocena a płeć



Rycina 19. Poczucie skuteczności a płeć

Podsumowując, chłopców cechuje wyższy poziom zasobów, niższy poziom tremy oraz jej objawów, zadaniowy styl radzenia sobie z treścią oraz wyższy poziom poczucia jakości życia. Dziewczęta natomiast charakteryzuje niższy poziom zasobów, wyższy poziom tremy oraz jej objawów, radzenie sobie z treścią skoncentrowane na emocjach oraz niższe poczucie jakości życia.

5.3. Zdrowie jako funkcja radzenia sobie z treścią

Celem analiz podjętych w niniejszym rozdziale jest weryfikacja hipotez:

Hipoteza 1. Wyższy poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z niższym poziomem tremy i niższym poziomem jej objawów (por. rozdz. 5.3.1),

Hipoteza 2. Wyższy poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z twórczym radzeniem sobie z treścią (wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu i niższym skoncentrowanego na emocjach) (por. rozdz. 5.3.2).

Aby sprawdzić hipotezy obliczono współczynniki korelacji rang Spearmana. Oprócz analiz korelacyjnych wykonano analizę regresji wielozmiennowej metodą wprowadzania w celu wyłonienia predyktorów zdrowia. Wyniki dotyczące weryfikacji założeń dla poszczególnych analiz regresji umieszczono w aneksie, w załączniku 5a (rycina A.1 i A.2), 5b (tabela A.38 i A.39) oraz w załączniku 5c (tabela A.43).

5.3.1. Zdrowie a treść

Wyniki dotyczące związku poziomu tremy i objawów tremy z ogólną zmienną zdrowie i jej wskaźnikami przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Współczynniki korelacji między ogólną zmienną zdrowie oraz jej wskaźnikami a wskaźnikami opisującymi treść.

	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Poziom Tremy	-0,499**	-0,597**	-0,583**	-,491**	-0,384**	-0,631**
Objawy somatyczne	-0,398**	-0,428**	-0,428**	-0,316**	-0,355**	-0,470**
Objawy emocjonalne	-0,486**	-0,597**	-0,547**	-0,471**	-0,297**	-0,584**
Objawy poznawcze	-0,534**	-0,621**	-0,676**	-0,564**	-0,440**	-0,697**
Objawy tremy (suma)	-0,521**	-0,599**	-0,620**	-0,501**	-0,418**	-0,654**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

Doświadczana przez osoby badane treść – poziom tremy i jej objawy (poznawcze, emocjonalne, somatyczne) – wiążą się w sposób statystycznie istotny z ogólną zmienną zdrowie oraz wszystkimi jej wskaźnikami.

Ogólna zmienna zdrowie oraz wszystkie jej wskaźniki poza poczuciem braku zmęczenia łączą się najsilniej z objawami poznawczymi i emocjonalnymi, a najslabiej z somatycznymi. Poczucie braku zmęczenia wiąże się najsilniej z objawami poznawczymi oraz somatycznymi, najslabiej natomiast z emocjonalnymi.

Wyniki ukazują, że zdrowie w badanej grupie wiąże się z treścią. Im niższy poziom tremy i jej objawów – zwłaszcza tych o charakterze poznawczym i emocjonalnym, tym wyższy poziom zdrowia. Uzyskane wyniki potwierdzają hipotezę pierwszą, że wyższy poziom zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z niższym poziomem tremy oraz niższym poziomem jej objawów.

W celu określenia czy wskaźniki tremy są predyktorami zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie przeprowadzono analizę regresji (tabela 28).

Tabela 28. Wyniki analizy regresji dla wskaźników tremy jako predyktorów zdrowia

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standardyzowane	t (129)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	129,100	5,993		21,540	0,000
Poziom tremy	-0,522	0,198	-0,285	-2,630	0,010
Objawy tremy	-0,808	0,212	-0,414	-3,816	0,000
R = 0,664 R ² = 0,441 Popraw. R ² = 0,432 F(2, 129) = 50,794 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 16,675					

Wyniki okazały się istotne statystycznie dla obydwu wskaźników tremy – poziomu tremy ($\beta = -0,285$, $p = 0,010$) oraz jej objawów ($\beta = -0,414$, $p = 0,000$). Współczynnik determinacji wielokrotnej ($R^2 = 0,432$) wskazuje, że 43% wariacji zmiennej zależnej zdrowie wyjaśniają właśnie te zmienne. Wyniki wskazują, że niższa trema (niższy poziom tremy i niższy poziom jej objawów) sprzyja zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie. Model jest dopasowany do zmiennych $F(2, 129) = 50,794$, $p < 0,000$.

5.3.2. Zdrowie a sposoby radzenia sobie z treścią

Analizy korelacyjne, pozwoliły na określenie, jakie sposoby radzenia sobie z treścią wiążą się ze zdrowiem w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie (tabela 29).

Tabela 29. Współczynniki korelacji między zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stylami radzenia sobie z treścią

	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Styl zadaniowy	0,072	0,274**	0,388**	0,380**	0,284**	0,360**
Styl emocjonalny	-0,400**	-0,481**	-0,390**	-0,576**	-0,295**	-0,509**
Styl unikowy	-0,052	-0,091	0,001	-0,050	0,029	-0,040
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,132	-0,171	-0,185*	-0,240**	-0,154	-0,225**
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,069	-0,065	0,117	0,107	0,168	0,087

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny).

Ogólna zmienna zdrowie łączy się w sposób statystycznie istotny ze stylem skoncentrowanym na zadaniu ($r_s = 0,360$), stylem skoncentrowanym na emocjach ($r_s = -0,509$) oraz angażowaniem w czynności zastępcze ($r_s = -0,225$).

Wyniki te wskazują, że koncentracja na konkretnym zadaniu do wykonania (np. przygotowaniu do występu) sprzyja zdrowiu holistycznemu ($r_s = 0,360$), czyli zwiększa poczucie osobistych osiągnięć ($r_s = 0,388$), poczucie jakości życia ($r_s = 0,380$), poczucie braku zmęczenia ($r_s = 0,284$) i poczucie spokoju ($r_s = 0,274$).

Natomiast radzenie sobie z treścią skoncentrowane na emocjach ($r_s = -0,509$) oraz radzenie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze ($r_s = -0,225$) wiążą się negatywnie ze zdrowiem. Koncentracja na własnych emocjach (np. złości, lęku) zmniejsza poczucie jakości życia ($r_s = -0,576$), poczucie spokoju ($r_s = -0,481$), poczucie zdrowia ($r_s = -0,400$), poczucie osobistych osiągnięć ($r_s = -0,390$) i poczucie braku zmęczenia ($r_s = -0,295$). Radzenie poprzez

angażowanie się w czynności zastępcze, stanowiące rodzaj radzenia unikowego, polegające na odrzucaniu myślenia o problemie oraz nie podejmowaniu realnych działań ukierunkowanych na poradzenie sobie z sytuacją trudną wiąże się z obniżeniem poczucia jakości życia ($r_s = -0,240$) i poczucia osobistych osiągnięć ($r_s = -0,185$).

Uzyskane wyniki potwierdzają hipotezę drugą, że wyższy poziom zdrowia wiąże się z twórczym radzeniem sobie z treścią, czyli wyższym poziomem radzenia poprzez koncentrację na zadaniu i niższym poprzez koncentrację na emocjach.

Dalsza analiza zmierzała w kierunku określenia, które style radzenia sobie z treścią są predyktorami zdrowia (tabela 30).

Tabela 30. Wyniki analizy regresji dla stylów radzenia sobie z treścią jako predyktorów zdrowia

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (128)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	83,112	12,975		6,404	0,000
Styl zadaniowy	0,675	0,174	0,287	3,889	0,000
Styl emocjonalny	-1,032	0,172	-0,480	-6,016	0,000
Angażowanie w czynności zastępcze	0,361	0,312	0,091	1,158	0,249
R = 0,584 R ² = 0,341 Popraw. R ² = 0,325 F(3, 128) = 22,068 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 18,170					

Uzyskane wyniki wskazują, że predyktorami zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie są dwa style radzenia sobie z treścią – styl skoncentrowany na emocjach ($\beta = -0,480$, $p = 0,000$) i styl skoncentrowany na zadaniu ($\beta = 0,287$, $p = 0,000$). Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(3, 128) = 22,068$, $p < 0,000$. Współczynnik determinacji wielokrotnej ($R^2 = 0,325$) ukazuje, że 33% wariacji zmiennej zdrowie wyjaśniają brane pod uwagę zmienne. Wyniki potwierdziły, że twórcze radzenie sobie z treścią wymaga rozwiązania problemu oraz regulacji emocji. Oznacza to, że koncentracja na własnym, negatywnym stanie emocjonalnym oraz nie podejmowanie aktywnego działania w celu poradzenia sobie z treścią może zagrażać zdrowiu.

5.4. Radzenie sobie z treścią funkcją zasobów

Celem niniejszego rozdziału jest weryfikacja hipotezy trzeciej i czwartej odnoszących się do zasobów podmiotowych i ich związku z radzeniem sobie z treścią:

Hipoteza 3. Wyższy poziom zasobów podmiotowych młodzieży uzdolnionej muzycznie wiąże się z twórczym radzeniem sobie z treścią, czyli stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu, natomiast niższy ze stylem skoncentrowanym na emocjach (rozdz. 5.4.1).

Hipoteza 4. Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem tremy i jej objawów (rozdz. 5.4.2)

W celu weryfikacji hipotez wykonano analizę korelacji rang Spearmana. Następnie, aby określić predyktory poszczególnych stylów radzenia sobie z treścią oraz tremy (jej poziomu i objawów) wykonano analizy regresji. Wyniki dotyczące weryfikacji założeń dla poszczególnych analiz regresji umieszczono w aneksie, w załączniku 5a (rycina A.3 – A.7), 5b (tabela A.40 i A.41) oraz w załączniku 5c (tabela A.43).

5.4.1. Sposoby radzenia sobie z treścią a zasoby

Wyniki dotyczące związku między stylami radzenia sobie z treścią a zasobami umieszczono w tabeli 31.

Tabela 31. Współczynniki korelacji między stylami radzenia sobie z treścią a zasobami

	Styl Zadaniowy	Styl Emocjonalny	Styl unikowy	Angażowanie się w czynności zastępcze	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich
Poczucie koherencji	0,439**	-0,607**	-0,002	-0,179*	0,113
Poczucie zrozumiałości	0,298**	-0,466**	0,028	-0,043	0,018
Poczucie zaradności	0,301**	-0,567**	0,117	-0,041	0,129
Poczucie sensowności	0,463**	-0,506**	-0,143	-0,325**	0,078
Poczucie kontroli	0,366**	-0,443**	-0,015	-0,200*	0,161
Unikanie	-0,083	-0,221*	-0,147	-0,179*	-0,043
Zmaganie się	0,213*	-0,393**	0,132	0,002	0,115
Utrzymywanie	0,291**	-0,306**	0,161	-0,010	0,231**
Doznawanie	0,425**	-0,206*	-0,134	-0,298**	0,115
Samoocena	0,353**	-0,589**	-0,014	-0,179*	0,070
Poczucie wsparcia	0,259**	-0,306**	0,120	-0,186*	0,280**
Lęk dyspozycyjny	-0,464**	0,671**	0,051	0,241**	-0,118
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią	0,349**	-0,488**	-0,032	-0,177*	-0,012

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny).

Uzyskane wyniki ujawniły, że:

- wszystkie zasoby wiążą się w sposób statystycznie istotny pozytywnie ze stylem skoncentrowanym na zadaniu (poza typem unikowym kontroli),
- wszystkie zasoby wiążą się negatywnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach.

W odniesieniu do podskal stylu unikowego istnieją słabe istotne statystycznie związki między zasobami a angażowaniem się w czynności zastępcze oraz poszukiwaniem kontaktów towarzyskich:

- radzenie sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze wiąże się ujemnie ze wszystkimi zasobami (w zakresie poczucia koherencji – tylko z poczuciem sensowności, a w odniesieniu do poczucia kontroli z kontrolą o typie doznawanie).
- radzenie sobie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich wiąże się w sposób statystycznie istotny pozytywnie jedynie z poczuciem wsparcia oraz kontrolą o typie utrzymywania.

Otrzymane wyniki potwierdzają hipotezę trzecią, że o twórczym radzeniu sobie z treścią, skoncentrowanym na podejmowaniu aktywności wobec sytuacji stresowej (np. rozpoczęcie odpowiednio wcześniej przygotowania do konkursu) decyduje wyższy poziom zasobów (niższy lęku dyspozycyjnego). Natomiast niższy poziom zasobów wiąże się ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach. Deficyty w zasobach łączą się z radzeniem sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze, a poczucie wsparcia i kontrola o typie utrzymywania, czyli przeżywanie pozytywnych emocji sprzyjają poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Dalsza analiza zmierzała do określenia, czy i które z zasobów są predyktorami poszczególnych stylów radzenia sobie z treścią.

Analiza regresji ujawniła, że:

- zasoby są predyktorami stylu zadaniowego
 $F(6, 117) = 9,956, p < 0,000 (R^2 = 0,304)$,
- zasoby są predyktorami stylu emocjonalnego
 $F(6, 115) = 23,850, p < 0,000 (R^2 = 0,531)$,
- zasoby są predyktorami angażowania się w czynności zastępcze
 $F(6, 111) = 6,011, p < 0,000 (R^2 = 0,204)$,
- zasoby są predyktorami poszukiwania kontaktów towarzyskich
 $F(6, 116) = 3,704, p < 0,002 (R^2 = 0,117)$.

Szczegółowe wyniki umieszczono w tabelach 32 – 35.

Tabela 32. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów zadaniowego radzenia sobie z treścią

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (117)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	43,655	11,439		3,816	0,000
Lęk dyspozycyjny	-0,303	0,119	-0,303	-2,544	0,012
Poczucie wsparcia	0,406	0,173	0,216	2,344	0,021
Poczucie samoskuteczności	0,378	0,136	0,256	2,781	0,006
Samoocena	-0,181	0,061	-0,373	-2,963	0,004
Poczucie koherencji	0,048	0,050	0,107	0,964	0,337
Poczucie kontroli	0,274	0,119	0,221	2,309	0,023
R = 0,581 R ² = 0,338 Popraw. R ² = 0,304 F(6, 117) = 9,956 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 6,783					

Wyniki przedstawione w tabeli 32 wskazują, że istotnymi pozytywnymi predyktorami stylu skoncentrowanego na zadaniu są następujące zasoby – poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią ($\beta = 0,256$, $p = 0,006$), poczucie kontroli ($\beta = 0,221$, $p = 0,023$) oraz poczucie wsparcia ($\beta = 0,216$, $p = 0,021$). Natomiast samoocena ($\beta = -0,373$, $p = 0,004$) oraz poziom lęku dyspozycyjnego ($\beta = -0,303$, $p = 0,012$) stanowią negatywne predyktory omawianej zmiennej. Oznacza to, że wyższy poziom poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią, poczucia kontroli, poczucia wsparcia oraz niższy poziom cechy lęku oraz samooceny sprzyjają zadaniowemu radzeniu sobie z treścią.

Tabela 33. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów emocjonalnego radzenia sobie z treścią

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (115)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	58,128	11,466		5,070	0,000
Lęk dyspozycyjny	0,416	0,116	0,339	3,576	0,001
Poczucie wsparcia	0,010	0,172	0,004	0,060	0,952
Poczucie samoskuteczności	-0,148	0,141	-0,081	-1,050	0,296
Samoocena	-0,084	0,058	-0,142	-1,438	0,153
Poczucie koherencji	-0,153	0,052	-0,262	-2,940	0,004
Poczucie kontroli	-0,121	0,119	-0,080	-1,018	0,311
R = 0,745 R ² = 0,554 Popraw. R ² = 0,531 F(6, 115) = 23,850 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 6,770					

Jak wynika z tabeli 33, lęk dyspozycyjny ($\beta = 0,339$, $p = 0,001$) i poczucie koherencji ($\beta = -0,262$, $p = 0,004$) stanowią predyktory stylu skoncentrowanego na emocjach. Oznacza to,

że wyższy poziom cechy lęku oraz niższy poczucia koherencji sprzyja emocjonalnemu radzeniu sobie z treścią.

Tabela 34. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów radzenia sobie z treścią poprzez angażowanie się w czynności zastępcze

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (111)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	19,041	7,748		2,458	0,016
Lęk dyspozycyjny	0,147	0,085	0,221	1,742	0,084
Poczucie wsparcia	-0,300	0,121	-0,243	-2,481	0,015
Poczucie samoskuteczności	-0,182	0,098	-0,186	-1,845	0,068
Samocena	-0,054	0,044	-0,167	-1,230	0,221
Poczucie koherencji	0,108	0,038	0,400	2,806	0,006
Poczucie kontroli	-0,164	0,085	-0,203	-1,917	0,058
R = 0,495 R ² = 0,245 Popraw. R ² = 0,204 F(6, 111) = 6,011 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 4,692					

Predyktorami radzenia sobie poprzez angażowanie w czynności zastępcze są poczucie wsparcia ($\beta = -0,243$, $p = 0,015$) oraz poczucie koherencji ($\beta = 0,400$, $p = 0,006$). Poczucie wsparcia przeciwdziała radzeniu sobie poprzez angażowanie w czynności zastępcze, natomiast poczucie koherencji może mu sprzyjać (tabela 34). W zakresie poszukiwania kontaktów towarzyskich istotne okazało się poczucie wsparcia ($\beta = 0,371$, $p = 0,000$), które stanowiąc predyktor pozytywny sprzyja tej formie radzenia sobie z treścią (tabela 35).

Tabela 35. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów radzenia sobie z treścią poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (116)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	6,174	4,866		1,269	0,207
Lęk dyspozycyjny	0,028	0,052	0,073	0,545	0,587
Poczucie wsparcia	0,289	0,080	0,371	3,595	0,000
Poczucie samoskuteczności	-0,002	0,060	-0,004	-0,035	0,972
Samocena	-0,038	0,026	-0,207	-1,453	0,149
Poczucie koherencji	0,016	0,022	0,098	0,734	0,464
Poczucie kontroli	0,095	0,054	0,197	1,746	0,083
R = 0,400 R ² = 0,160 Popraw. R ² = 0,117 F(6, 116) = 3,704 p < 0,002 Błąd std. oszacowania: 3,001					

Analiza regresji ujawniła, że najwięcej zasobów jest predyktorami stylu zadaniowego. Dla pozostałych sposobów radzenia sobie tylko nieliczne okazały się istotne. Kierunek zależności był zgodny z przewidywanym w przypadku większości zasobów. W odniesieniu do samooceny, która okazała się istotnym, ale negatywnym predyktorem stylu zadaniowego oraz poczucia koherencji, stanowiącego pozytywny predyktor angażowania się w czynności zastępcze kierunki okazały się odmienne od przewidywanych, opartych na wynikach uzyskanych w analizach korelacyjnych (w przeciwieństwie do modelu regresji nie uwzględniają one zespołu zmiennych – odnoszą się jedynie do związków między dwoma zmiennymi).

Układ wyników uzyskany poprzez analizę zespołu predyktorów może tłumaczyć powyższe niejednoznaczności w odniesieniu do samooceny oraz poczucia koherencji. W sytuacji, kiedy jednostka ma poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią, poczucie wsparcia, poczucie kontroli oraz nie przeżywa lęku na wysokim poziomie, zbyt wysoka samoocena może prowadzić do nie podejmowania zadaniowego radzenia sobie ze stresem – sprzyja mu adekwatna, pozytywna ocena własnej osoby (Wrona-Polańska, 2003). Natomiast w sytuacji kiedy jednostka ma poczucie koherencji ale nie ma poczucia wsparcia wzrasta radzenie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze, które może tymczasowo zredukować napięcie.

Podsumowując, (1) zasoby sprzyjają radzeniu sobie ze stresem poprzez koncentrację na zadaniu, przy czym zbyt wysoka samoocena, może mu zagrozić, (2) zasoby (przede wszystkim poczucie koherencji oraz niski poziom lęku dyspozycyjnego) przeciwdziałają koncentracji na negatywnych emocjach, (3) angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, pozwalające na tymczasową regulację emocji wiążą się przede wszystkim z poczuciem wsparcia – przekonanie o nim skutkuje szukaniem kontaktów z innymi, jego brak, zwłaszcza w sytuacji, kiedy jednostka ma wysokie poczucie koherencji prowadzi do radzenia sobie poprzez podejmowanie innych, nie związanych z rozwiązaniem problemu działań.

Współczynniki determinacji wielokrotnej wynoszą $R^2 = 0,304$ (styl zadaniowy); $R^2 = 0,531$ (styl emocjonalny); $R^2 = 0,204$ (angażowanie w czynności zastępcze), $R^2 = 0,117$ (poszukiwanie kontaktów towarzyskich) i świadczą o tym, że ten zespół zmiennych (zasoby) wyjaśnia odpowiednio 30% wariacji dla stylu skoncentrowanego na zadaniu, 53% dla stylu skoncentrowanego na emocjach, 20% dla angażowania w czynności zastępcze oraz 12% dla poszukiwania kontaktów towarzyskich.

5.4.2. Treść a zasoby

Wyniki dotyczące związku między poziomem treści i jej objawami a zasobami umieszczono w tabeli 36.

Tabela 36. Współczynniki korelacji między wskaźnikami treści a zasobami

	Poziom treści	Objawy emocjonalne	Objawy poznawcze	Objawy Somatyczne	Objawy (suma)
Poczucie koherencji	-0,466**	-0,487**	-0,619**	-0,494**	-0,605**
Poczucie zrozumiałości	-0,368**	-0,452**	-0,526**	-0,519**	-0,564**
Poczucie zaradności	-0,416**	-0,513**	-0,597**	-0,425**	-0,573**
Poczucie sensowności	-0,330**	-0,236**	-0,399**	-0,249**	-0,343**
Poczucie kontroli	-0,248**	-0,217*	-0,332**	-0,065	-0,212*
Unikanie	-0,066	-0,159	-0,138	0,035	-0,094
Zmaganie się	-0,191*	-0,342**	-0,277**	-0,160	-0,265**
Utrzymywanie	-0,235**	-0,232**	-0,262**	-0,140	-0,215*
Doznawanie	-0,112	0,070	-0,161	-0,015	-0,048
Samocena	-0,457**	-0,463**	-0,545**	-0,284**	-0,480**
Poczucie wsparcia	-0,368**	-0,382**	-0,444**	-0,310**	-0,417**
Lęk dyspozycyjny	0,602**	0,604**	0,662**	0,482**	0,650**
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią	-0,839**	-0,754**	-0,708**	-0,612**	-0,769**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny).

Uzyskane wyniki ujawniły, że:

- wszystkie zasoby wiążą się istotnie ze wskaźnikami treści (poziomem treści i jej objawami), przy czym lęk traktowany jako deficyt dodatnio, natomiast pozostałe ujemnie;
- wszystkie składniki poczucia koherencji oraz dwa spośród czterech typów kontroli – kontrola o typie zmagania oraz utrzymywania wiążą się negatywnie z obydwoma wskaźnikami treści;
- wszystkie zasoby łączą się negatywnie z objawami emocjonalnymi oraz poznawczymi
- wszystkie składniki poczucia koherencji oraz dwa spośród czterech typów kontroli – kontrola o typie zmagania oraz utrzymywania wiążą się negatywnie z objawami emocjonalnymi i poznawczymi;
- wszystkie zasoby poza poczuciem kontroli i jego typami łączą się negatywnie z objawami somatycznymi.

Hipoteza czwarta, że wyższy poziom zasobów wiąże się z niższym poziomem treści i jej objawów została potwierdzona. W kontekście uzyskanych wyników warto odnieść się do poczucia kontroli. Im wyższy jego poziom, tym niższy poziom treści i objawów. Analiza wyników uzyskanych w poszczególnych typach kontroli wskazuje, że dla obniżenia poziomu

tremy i objawów (emocjonalnych i poznawczych) ważna jest kontrola o typie zmagania oraz utrzymywania.

W związku z tym, że wszystkie zasoby korelowały istotnie z obydwoma wskaźnikami tremy (tabela 36), a także obydwa wskaźniki tremy okazały się predyktorami zdrowia (por. rozdz. 5.3.1, tabela 28) postanowiono stworzyć jeden czynnik, który stanowi iloczyn obydwu wskaźników tremy – utworzoną zmienną nazwano *trema*. Tak utworzoną zmienną włączono do dalszej analizy, mającej na celu określenie, które z zasobów są predyktorami tremy (tabela 37).

Tabela 37. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów tremy

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (105)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	501,292	593,529		,845	0,400
Lęk dyspozycyjny	29,536	6,283	0,337	4,701	0,000
Poczucie wsparcia	-40,316	10,004	-0,233	-4,030	0,000
Poczucie samoskuteczności	-103,986	8,521	-0,731	-12,203	0,000
Samoocena	3,112	3,232	-0,073	0,963	0,338
Poczucie koherencji	-0,405	2,653	-0,011	-0,152	0,879
Poczucie kontroli	27,926	6,406	0,279	4,359	0,000
R = 0,875 R ² = 0,765 Popraw. R ² = 0,752 F(6, 105) = 56,975 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 357,707					

Analiza regresji ukazała, że wszystkie badane zasoby poza samooceną i poczuciem koherencji stanowią predyktory tremy. Niższej tremie sprzyja poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią ($\beta = -0,731$, $p = 0,000$) i poczucie wsparcia ($\beta = -0,233$, $p = 0,000$). Natomiast poczucie kontroli ($\beta = 0,279$, $p = 0,000$) oraz lęk dyspozycyjny prowadzą do wzrostu tremy ($\beta = -0,233$, $p = 0,000$).

Uzyskane wyniki wskazują, że w sytuacji, kiedy jednostka ma wysoki poziom lęku dyspozycyjnego, nie ma poczucia wsparcia oraz przekonania, że może poradzić sobie z treścią – *trema* wzrasta. Biorąc pod uwagę taki układ zmiennych, wzrost poczucia kontroli może prowadzić do wzrostu tremy. Poczucie kontroli jest u muzyków bardzo ważne – z jednej strony pokazuje wielość rzeczy, którym muzyk musi sprostać, w tym sensie może wzmacniać *tremę*, (zwłaszcza kiedy występują deficyty w innych zasobach), z drugiej jednak, w sytuacji dysponowania innymi zasobami poczucie kontroli może motywować do działania i sprzyjać zadaniowemu rozwiązaniu sytuacji stresowej np. poprzez zaplanowanie czasu na ćwiczenie gry, naukę, ale także odpoczynek.

Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(6, 105) = 56,975, p < 0,000$. Współczynnik determinacji wielokrotnej ukazuje, że 75% ($R^2 = 0,752$) wariacji zmiennej treść wyjaśniają zmienne niezależne.

5.5. Zdrowie jako funkcja zasobów

W celu weryfikacji hipotezy piątej, że wyższy poziom zdrowia wiąże się z wyższym poziomem zasobów podmiotowych wykonano analizy korelacyjne (tabela 38).

Tabela 38. Współczynniki korelacji między ogólną zmienną zdrowie oraz jej wskaźnikami a zasobami

	Poczucie Zdrowia	Poczucie Spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Poczucie koherencji	0,423**	0,519**	0,585**	0,597**	0,540**	0,645**
Poczucie zrozumiałości	0,310**	0,459**	0,347**	0,365**	0,342**	0,433**
Poczucie zaradności	0,437**	0,559**	0,561**	0,534**	0,505**	0,624**
Poczucie sensowności	0,309**	0,318**	0,513**	0,618**	0,445**	0,541**
Poczucie kontroli	0,415**	0,298**	0,350**	0,583**	0,268**	0,443**
Unikanie	0,232**	0,191*	0,041	0,233**	-0,055	0,137
Zmaganie się	0,130	0,232**	0,191*	0,316**	0,246**	0,234**
Utrzymywanie	0,375**	0,208*	0,304**	0,428**	0,177*	0,355**
Doznawanie	0,361**	0,146	0,337**	0,500**	0,296**	0,397**
Samocena	0,621**	0,471**	0,585**	0,723**	0,401**	0,643**
Poczucie wsparcia	0,404**	0,455**	0,450**	0,568**	0,214*	0,499**
Lęk dyspozycyjny	-0,641**	-0,699**	-0,679**	-0,674**	-0,516**	-0,767**
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią	0,472**	0,545**	0,558**	0,467**	0,391**	0,604**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny).

Wyniki umieszczone w tabeli 38 wskazują, że wszystkie zasoby wiążą się istotnie z ogólną zmienną zdrowie oraz jej wskaźnikami. Lęk dyspozycyjny ujemnie, natomiast pozostałe zasoby dodatnio. Oznacza to, że wyższy poziom zasobów i niższy poziom lęku dyspozycyjnego sprzyja zdrowiu. W zakresie poczucia koherencji wszystkie jej składniki korelują dodatnio z omawianymi zmiennymi. Natomiast w odniesieniu do poczucia kontroli, które jako ogólna zmienna wiąże się ze zdrowiem i jego wskaźnikami, trzy spośród czterech typów kontroli okazały się statystycznie istotne – zmaganie, utrzymywanie oraz doznawanie.

Wyniki potwierdzają hipotezę piątą mówiącą, że wyższy poziom zasobów wiąże się z wyższym poziomem zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie.

W celu sprawdzenia, które zasoby stanowią predyktory zdrowia przeprowadzono analizę regresji (tabela 39). Wyniki dotyczące weryfikacji jej założeń umieszczono w aneksie, w załączniku 5a (rycina A.8), 5b (tabela A.42) oraz 5c (tabela A.43).

Tabela 39. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów zdrowia.

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t (119)	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	43,920	20,717		2,120	0,036
Lęk dyspozycyjny	-0,932	0,214	-0,354	-4,365	0,000
Poczucie wsparcia	0,660	0,315	0,133	2,092	0,039
Poczucie samoskuteczności	0,715	0,250	0,183	2,855	0,005
Samocena	0,105	0,108	0,083	0,969	0,335
Poczucie koherencji	0,212	0,092	0,178	2,299	0,023
Poczucie kontroli	0,429	0,219	0,131	1,958	0,053
R = 0,820 R ² = 0,673 Popraw. R ² = 0,657					
F(6, 119) = 40,848 p < 0,000 Błąd std. oszacowania: 12,515					

Wyniki analizy regresji wskazują, że predyktorami zdrowia w badanej grupie są cztery spośród sześciu branych pod uwagę zasobów – w najsilniejszym stopniu poziom lęku dyspozycyjnego ($\beta = -0,354$, $p = 0,000$) oraz w słabszym poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią ($\beta = 0,183$, $p = 0,005$), poczucie koherencji ($\beta = 0,178$, $p = 0,023$) i poczucie wsparcia ($\beta = 0,133$, $p = 0,039$). Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(6, 119) = 40,848$, $p < 0,000$ i wyjaśnia 66% wariancji ($R^2 = 0,657$) zmiennej zdrowie

5.6. Model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie

Dotychczas przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na weryfikację hipotez badawczych oraz określenie predyktorów dla poszczególnych zmiennych. W celu sprawdzenia przyjętego w pracy modelu badawczego oraz określenia czy Funkcjonalny Model Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003) znajduje zastosowanie także wobec młodzieży uzdolnionej muzycznie przeprowadzono modelowanie równań strukturalnych (SEM).

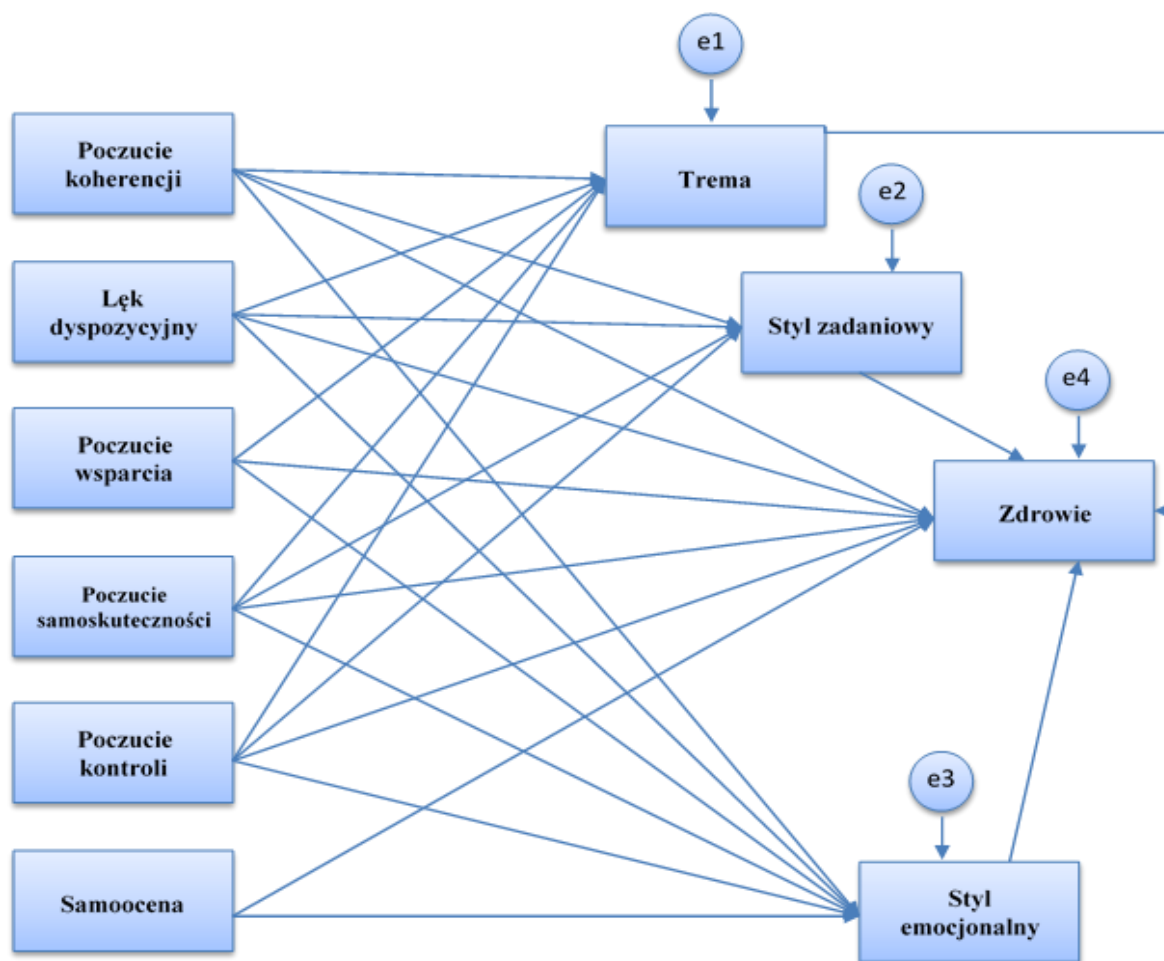
Do modelu włączono następujące zmienne: zasoby, treść, sposoby radzenia sobie z treścią oraz zdrowie. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia stanowiącym podstawę teoretyczną niniejszej pracy:

- za zmienne niezależne przyjęto wszystkie zasoby, które okazały się istotne w poszczególnych analizach regresji. Zgodnie z założeniami metodologicznymi modelowania równań strukturalnych zostały one uznane za wzajemnie skorelowane

(Konarski, 2010), (wyniki przedstawiono w tabeli A.44 umieszczonej w aneksie, w załączniku 6),

- za zmienne pośredniczące uznano treść (stanowiącą iloczyn jej wskaźników) oraz style radzenia sobie z treścią (zadaniowy i emocjonalny). Pozostałe style w analizie regresji okazały się nieistotne względem zmiennej zdrowie, z tego względu nie zostały uwzględnione w modelu,
- za zmienną niezależną przyjęto zdrowie.

Model w ogólnej formie przedstawiono na rycinie 20. Wskaźniki dopasowania modelu zawarto w tabeli 40 – model okazał się odpowiednio dopasowany do danych. Wyniki poszczególnych analiz umieszczono na rycinie 21 (ścieżki bezpośrednie) i w tabeli 41 (ścieżki pośrednie). Wartości całkowite efektów pośrednich oraz wpływów całkowitych zostały umieszczone w aneksie w tabeli A.45 i A.46 (załącznik 6).



Rycina 20. Ogólny model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią.

Tabela 40. Wskaźniki dopasowania modelu

Wskaźnik	Wartość
χ^2	0,925, p = 0,968
GFI	0,999
AGFI	0,985
RMSEA	0,074 LO: 0,071 HI: 0,077

Wyniki modelowania równania strukturalnego w zakresie wpływów bezpośrednich wskazały, że (rycina 21):

1. Na zdrowie w badanej grupie mają wpływ:

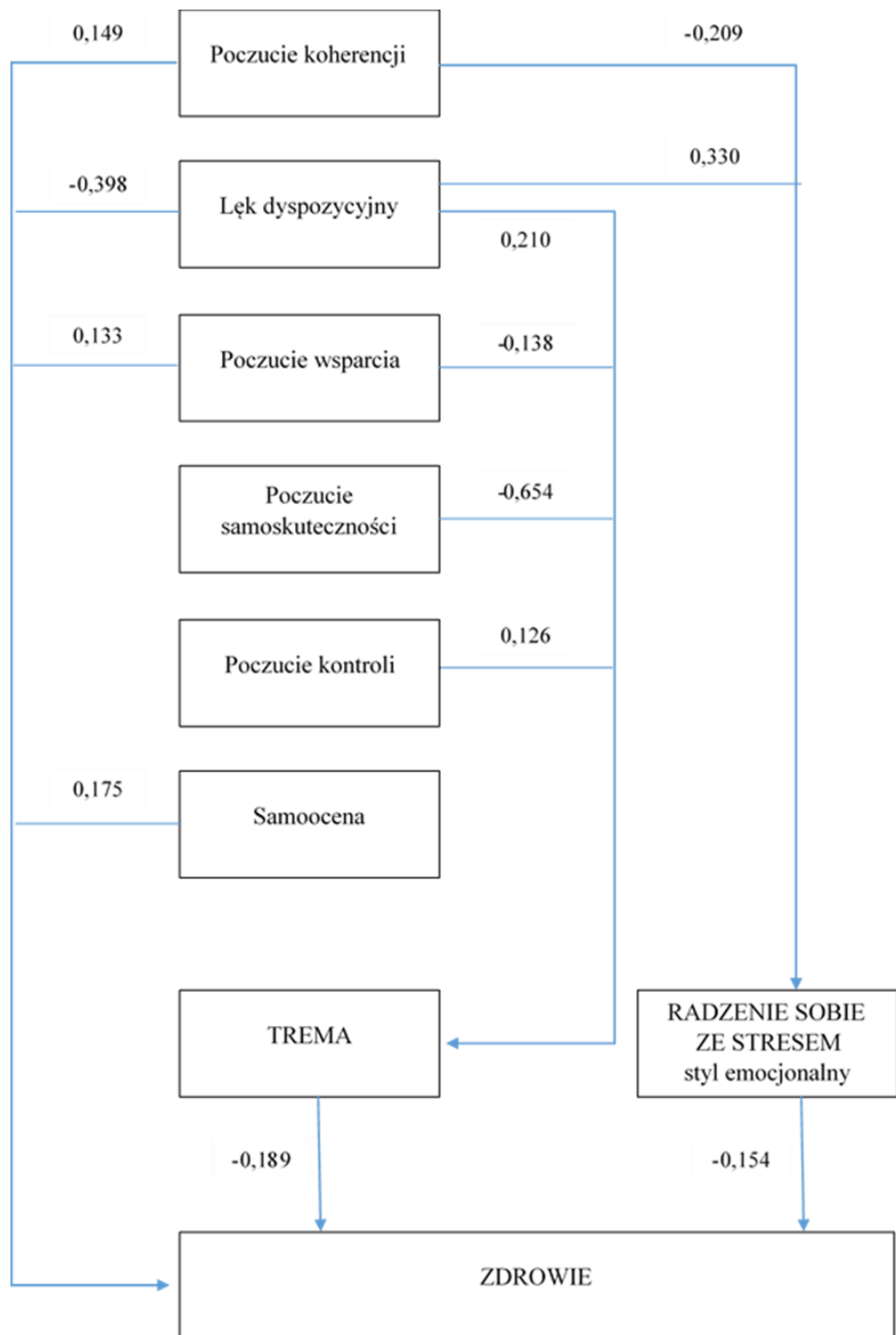
- zasoby (poczucie koherencji, poczucie wsparcia, samoocena oraz poziom lęku dyspozycyjnego),
- trema
- radzenie sobie z treścią skoncentrowane na emocjach (styl skoncentrowany na zadaniu okazał się nieistotny, prawdopodobnie ze względu na to, że 79% osób badanych stanowiły dziewczęta, które charakteryzuje wyższy poziom stylu skoncentrowanego na emocjach – por. rozdz. 5.2.5).

Wymienione zasoby sprzyjają zdrowiu, natomiast wysoka trema i styl skoncentrowany na emocjach stanowią zagrożenie dla zdrowia.

2. Deficyty w zasobach przejawiające się w niskim poczuciu samoskuteczności, niskim poczuciu wsparcia i wysokim lęku dyspozycyjnym wzmocniają treść. Wzmocniają ją również poczucie kontroli. Okazuje się więc, że ogólne poczucie kontroli w sytuacji obniżania innych zasobów oraz wysokiego poziomu lęku dyspozycyjnego prowadzi do wzrostu tremy (por. rozdz. 5.4.2).
3. Deficyty w zasobach przejawiające się w niskim poczuciu koherencji oraz wysokim lęku dyspozycyjnym sprzyjają radzeniu sobie z treścią skoncentrowanemu na emocjach.

Wyniki modelowania równania strukturalnego w zakresie wpływów pośrednich wskazały, że (tabela 41):

1. Zasoby (poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią, poczucie wsparcia, niski poziom lęku dyspozycyjnego oraz niski poziom kontroli) sprzyjają niższej treści i w konsekwencji zdrowiu.
2. Zasoby (poczucie koherencji oraz niski poziom lęku dyspozycyjnego) przeciwdziałają radzeniu sobie poprzez koncentrację na emocjach, sprzyjając zdrowiu.



Rycina 21. Standaryzowany wpływ bezpośredni uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie. Nad strzałkami podaje się wartości β . Ze względu na czytelności ryciny, umieszczono na niej tylko wartości istotne. Wszystkie wyniki znajdują się w aneksie w tabeli A.47 (załącznik 6)

Tabela 41. Standaryzowany wpływ pośredni uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie

Ścieżka pośrednia	Współczynnik β
Poczucie koherencji → trema → zdrowie	0,012
Poczucie koherencji → styl zadaniowy → zdrowie	0,017
Poczucie koherencji → styl emocjonalny → zdrowie	0,032*
Lęk dyspozycyjny → trema → zdrowie	-0,039*
Lęk dyspozycyjny → styl zadaniowy → zdrowie	-0,023
Lęk dyspozycyjny → styl emocjonalny → zdrowie	-0,051*
Wsparcie → trema → zdrowie	0,026*
Wsparcie → → styl emocjonalny → zdrowie	-0,014
Poczucie samoskuteczności → trema → zdrowie	0,123*
Poczucie samoskuteczności → styl zadaniowy → zdrowie	0,015
Poczucie samoskuteczności → styl emocjonalny → zdrowie	0,022
Poczucie kontroli → trema → zdrowie	-0,024*
Poczucie kontroli → styl zadaniowy → zdrowie	0,021
Poczucie kontroli → styl emocjonalny → zdrowie	0,013
Samoocena → styl emocjonalny → zdrowie	-0,023

*Istotność na poziomie 0,05. Ścieżki, które obniżały jakość dopasowania modelu (z jednoczesnym brakiem istotności) nie zostały uwzględnione w końcowym modelu.

*Wyniki w zakresie wpływów pośrednich należy interpretować z dużą ostrożnością, mimo że okazały się statystycznie istotne, ich wartości są bardzo niskie.

6. Dyskusja i interpretacja wyników

Z przeglądu literatury wynika, że trema jest powszechnym zjawiskiem wśród muzyków (Boucher i Ryan, 2011; Brodsky i Sloboda, 1997; Fehm i Schmidt, 2006; Kaspersen i Gotestam, 2002; Huston, 2001; Kenny i in. 2004; Kenny, 2006; Kenny i Osborne, 2006; Kępińska-Welbel, 1999; Papageorgi, 2007; Ryan, 2003, 2004, 2005; Tamborrino, 2001, Yagasani, 2009). Doświadczają jej dorośli muzycy oraz dzieci i młodzież będąca w procesie kształcenia muzycznego; kobiety i mężczyźni, dziewczęta i chłopcy (por. rozdz. 2.2.1). Problematyka jej podejmowana jest przede wszystkim w odniesieniu do osób dorosłych, głównie w kontekście występowania wysokiego poziomu lęku prowadzącego do negatywnych konsekwencji dla wykonawstwa muzycznego (Fresch, 1963; za: Czub, 2006; Fielden 1974; za: Keegan, 1995; James, 1998; za: Kenny, 2006; Teztel i Askin, 2007; za: Egilmez i in., 2013; van Kemenade i in., 1995; za: Kenny, 2005) (por. rozdz. 2.1 i 2.2.3), jak również leczenia już istniejących objawów (przeglądu literatury na ten temat dokonała Kenny, 2005 – por. rozdz. 2.2.5), a także często bez uwzględnienia jej procesualnego charakteru (Fielden, 1974; za: Keegan, 1995; Kaspersen i Gotestam, 2002) (por. rozdz. 2.1 i 2.2.4).

Problematyka psychologicznych mechanizmów zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie oraz w ogóle muzyków, podejmowana w kontekście tremy i radzenia sobie z nią, nie znalazła odzwierciedlenia w cytowanej wyżej literaturze przedmiotu. Prekursorem rozumienia tremy jako specyficznego rodzaju stresu w kontekście zdrowia z ukazaniem jej pozytywnego aspektu jest Helena Wrona-Polańska (2004, 2008, 2009, 2010, 2011a, 2012, 2013, 2013a, 2013b, 2014, 2016). W literaturze przedmiotu coraz częściej zwraca się uwagę na to, że MPA występuje na kontinuum od zwykłych, codziennych aspektów zdrowego stresu i niepokoju, które są nierozzerwalnie związane z profesją muzyka do poważnie osłabiających objawów tremy doświadczanych także jako panika (Brodsky, 1996; Biasutti i Urli, 2004; Egilmez i in., 2013; Kafadar, 2009; za: Egilmez i in.; 2013 Raducanu, 2010). Z tego względu w pracy przyjęto za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2014, 2016) założenie, że trema jest specyficznym rodzajem stresu, który nie musi prowadzić do pogorszenia zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, ale może mu sprzyjać (por. rozdz. 4). W oparciu o powyższe założenie zaprojektowano i wykonano badania młodzieży uzdolnionej muzycznie (licealistów uczęszczających do ogólnokształcącej szkoły muzycznej II stopnia), które w efekcie umożliwiły sformułowanie wniosków, przedstawionych poniżej.

Charakterystyka zdrowia w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie (por. rozdz. 5.2.1) prowadzi do wniosku, że ocenia ona swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, w przypadku ponad ¼ osób badanych wyniki wskazały na jego niski poziom. Wyniki te są spójne z danymi uzyskanymi z pytania o dolegliwości związane z rodzajem podjętego kształcenia (ponad ¼ osób badanych uznała, że doświadcza tak owych). Dane te są interesujące w kontekście analizy jakościowej, która wskazała, że młodzież uzdolniona muzycznie, oceniająca swoje zdrowie jako dobre, jednocześnie wymienia szereg dolegliwości fizycznych, wiążących się ze specyfiką kształcenia muzycznego. Również doniesienia z literatury przedmiotu (Kreutz i in., 2008) wskazują, że mimo obiektywnie doświadczanych dolegliwości zdrowotnych muzycy oceniają swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Zdaniem Kreutz i współpracowników (2008) sytuację tą można wyjaśnić w dwojaki sposób: (1) problemy takie jak ból czy zmęczenie traktowane są jako normalne czynniki związane z grą, w związku z czym muzycy zaprzeczają im (wyjaśnienie psychologiczne), (2) w trakcie gry dochodzi do uwolnienia endorfin, które skutkuje znieczuleniem percepcji bodźców bólowych (wyjaśnienie biologiczne). Sytuacja ta może wynikać także z czynników związanych ze specyfiką profesji muzyka (por. rozdz. 1). Zdaniem Janiszewskiego (1992) praca muzyka ma charakter bardzo ciężki, zarówno pod względem fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Jankowski (2001) dokonał porównania systemu kształcenia muzycznego w Polsce z systemami kształcenia w krajach romańskich i anglosaskich i uznał, że Polski system kształcenia muzycznego jest najbardziej stresogenny. Angażuje on cały potencjał muzyka – jego możliwości psychiczne i fizyczne (Gluska, 2010, Śmieszchalska, 2015). Być może, z tego względu już na etapie kształcenia muzycznego wielu młodych muzyków jest świadoma, że poddanie się dolegliwościom fizycznym, bólowi czy zmęczeniu może zagrozić rozwojowi ich kariery (z rozmów prowadzonych przez autorkę z młodzieżą uzdolnioną muzycznie wynika, że w profesji tej, jeśli chce się „być najlepszym” nie ma miejsca na błędy i chwilowe „niedomaganie”).

Uzyskane wyniki są niepokojące, zwłaszcza biorąc pod uwagę doniesienia z literatury, wskazujące na powszechność doświadczania problemów zdrowotnych przez muzyków. Brandfonbrener (2009) wskazała na podstawie wyników badań przeprowadzonych w Ameryce oraz Europie, że 79% muzyków zanim podejmie kształcenie muzyczne na poziomie uniwersyteckim cierpi z powodu problemów zdrowotnych, wynikających ze specyfiki kształcenia. Prawdopodobieństwo poszukiwania specjalistycznej pomocy w ciągu pierwszych dwóch lat studiów dotyczy przynajmniej 45% muzyków (Spahn i in., 2004). Na gruncie polskim badania w tym obszarze prowadziła Nawrocka i współpracownicy (2014) – wyniki ukazały, że z powodu dolegliwości bólowych cierpi (w zależności od części ciała) od 38% do 60% uczniów

szkół muzycznych będących w wieku 10 – 18 lat. Doniesienia empiryczne ukazują także, że wraz z każdym rokiem praktyki muzycznej wzrasta ryzyko pogłębiania się już istniejących problemów zdrowotnych (Janiszewski, 1992; Ramella i in., 2014).

Analiza jakościowa (por. rozdz.5.2.1) wykazała, że osoby badane postrzegają zdrowie przede wszystkim jako szczęście, stan harmonii, coś co jest najcenniejsze w życiu, także jako stan, który można łatwo stracić lub też, który trudno osiągnąć, natomiast ludzi zdrowych percypują jako szczęśliwych i mogących realizować codzienne zadania oraz zobowiązania. Jednocześnie badania ukazały, że zdrowie na poziomie deklaratywnym ma status wartości, która jednak w wymiarze konkretnych oddziaływań i odniesienia do własnej osoby nie pełni roli wiodącej. Wyniki te mogą tłumaczyć doniesienia z literatury wskazujące, że:

- Zdrowie z jednej strony traktowane jest jako wartość, z drugiej natomiast, kiedy pojawia się w relacji do innych wartości przestaje być wartością najwyższą:

Gdy zatem w codziennym życiu staje ono z innymi wartościami - tym razem „codziennymi” traci uroczyste konotacje. (...). Działania na rzecz zdrowia schodzą wówczas na dalszy plan (...). Takie mało uroczyste zdrowie staje się wartością, o którą dbamy na tyle, na ile pozwala nam ono realizować inne wartości (Górnik-Durose i Jach, 2013, s. 81).

- Dopiero w sytuacji utraty zdrowia staje się ono bardziej cenione (Derkacz, Chmiel-Perzyńska, Grywalska i Nowakowski, 2011; Ostrowski, 2006, Wrona-Polańska, 2003).

Badania ukazały, że ponad połowa młodzieży uzdolnionej muzycznie doświadcza wysokiego poziomu tremy. Ponad 1/3 uzyskała wyniki wskazujące na występowanie, także na wysokim poziomie objawów tremy – najwięcej w odniesieniu do symptomów emocjonalnych. W zakresie objawów poznawczych i somatycznych większość badanych doświadcza ich na poziomie od umiarkowanego do wysokiego. Uzyskane wyniki są zgodne z literaturą przedmiotu wskazującą, że wielu muzyków doświadcza ponadprzeciętnego poziomu tremy (James, 1998; za: Kenny, 2006; Kepińska-Welbel, 2000; Teztel i Askin, 2007; za: Egilmez i in., 2013; van Kemenade i in., 1995; za: Kenny, 2005). Badania omawianego problemu dotyczą głównie dorosłych muzyków, istnieją jednak doniesienia wskazujące na występowanie wysokiego poziomu tremy także w grupie dzieci i młodzieży uzdolnionej muzycznie (Boucher i Ryan, 2011; Fehm i Schmidt, 2006; Papageorgi, 2007; Simon i Martens 1979, za: Kenny, 2006; Ryan, 2003, 2004, 2005). Zdaniem Kenny (2006) istnieje podobieństwo

w doświadczaniu tremy u dorosłych i młodzieży. Natomiast badania dotyczące omawianej problematyki w grupie dzieci koncentrują się przede wszystkim na objawach somatycznych. Wynika to z faktu, że dzieci do 10 roku życia myślą w sposób konkretny i nie są w stanie ocenić swoich objawów poza tymi widocznymi (np. bólem brzucha, biegunką).

W literaturze wskazuje się również, że trema nie musi prowadzić do negatywnych konsekwencji (Brodsky, 1996; Biasutti i Urli, 2006; Burowska i Głowacka 2006; Egilmez i in., 2013; Fehm i Schmidt 2006; Kafadar, 2009; za: Egilmez i in. 2013; Kępińska-Welbel, 1991, 1999; Raducanu, 2010; Wolfe, 1989; Wrona-Polańska, 2004, 2008, 2009, 2010, 2011a, 2012, 2013, 2013a, 2013b, 2014, 2016). W badaniach własnych wykazano, że młodzież uzdolniona muzycznie traktuje tremę zarówno jako czynnik mobilizujący (42%), jak i zakłócający (48%) (wypowiedzi 10% badanych nie pozwalały aby zakwalifikować je do wymienionych kategorii). Ponadto wskazano, że 70% młodzieży doświadcza tremy zarówno przed występem, w jego trakcie, jak i po nim. Wynik ten potwierdza koncepcję Kępińskiej-Welbel (1991) o procesualnym charakterze tremy. Dodatkowa analiza ukazała, że trema rozumiana w perspektywie czasowej wiąże się z pozytywnym lub negatywnym stanem poznawczym i emocjonalnym – ukazuje to znaczenie oceny poznawczej w doświadczaniu tremy jako czynnika sprzyjającego lub zakłócającego własnej aktywności wykonawczej.

Wyniki uzyskane przez osoby badane w zakresie stylów radzenia sobie z tremą ukazały (por. rozdz. 5.2.3), że grupę młodzieży uzdolnionej muzycznie charakteryzuje (na średnim i wysokim poziomie) dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach (69,7%) oraz unikaniu (54,5%), zwłaszcza poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Większość badanych (59,1%) charakteryzuje niski poziom stylu zadaniowego. Dane te są niepokojące ponieważ doniesienia z literatury wskazują na istotną rolę w procesie przygotowania do występu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu np. poprzez odpowiednio wczesne opracowanie utworu (Raducanu, 2010; Wrona-Polańska, 2009, 2010, 2013), a także podkreślają istotną rolę pozytywnych emocji w zmaganiu się ze stresem (Heszen, 2013a; Wrona-Polańska, 2003). Uzyskane wyniki może tłumaczyć fakt, że grupę badawczą stanowiły przede wszystkim dziewczęta, które – jak wynika z przeprowadzonych badań (por. rozdz. 5.2.5) – charakteryzuje wyższy poziom tremy, objawów tremy i radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach oraz niższy poziom zasobów.

Charakterystyka poszczególnych zasobów (por. rozdz. 5.2.4) ujawniła, że większość badanej młodzieży uzdolnionej muzycznie dysponuje zasobami na umiarkowanym i wysokim

poziomie. Istnieje jednak grupa, którą cechuje niski ich poziom – około $\frac{1}{3}$ osób badanych uzyskała niskie wyniki w zakresie poczucia samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią, samooceny oraz poczucia koherencji, około $\frac{1}{4}$ w zakresie poczucia kontroli, przeszło $\frac{1}{4}$ w odniesieniu do poczucia wsparcia. Więcej niż $\frac{1}{3}$ osób badanych doświadcza wysokiego poziomu lęku dyspozycyjnego.

Dodatkowa analiza dostarczyła informacji pozwalających na określenie sposobów radzenia sobie z treścią stosowanych w badanej grupie, przy czym jak wynika z danych uzyskanych w zakresie poczucia skuteczności w radzeniu sobie z MPA, co trzeci uczeń uważa, że sobie z nią nie radzi. Uzyskane wyniki zgodne są z literaturą przedmiotu, która wskazuje, że młodzież będąca w procesie kształcenia muzycznego próbuje poradzić sobie z treścią, stosując różnorodne techniki (Fehm i Schmidt, 2006; Biasutti i Urli, 2006), jednocześnie większość z niej deklaruje potrzebę wsparcia w tym zakresie (Fehm i Schmidt, 2006).

W odniesieniu do poczucia wsparcia analiza, której celem było określenie czyje wsparcie w sytuacji występu jest pomocne ukazała, że badana młodzież otrzymuje je przede wszystkim od przyjaciół i rodziny, w znacznie mniejszym stopniu od nauczycieli oraz specjalistów np. lekarza lub pedagoga/ psychologa szkolnego.

Wyniki te są istotne zwłaszcza, w kontekście omówionych w części teoretycznej czynników specyficznych dla kształcenia muzycznego (por. rozdz. 1). Literatura przedmiotu wskazuje na istotną rolę budowania właściwej relacji uczeń – nauczyciel, prowadzącej przede wszystkim do rozwoju „muzyka – człowieka”, a w dalszej kolejności „muzyka – artysty” (Białkowski i Sacher, 2010; Bissinger-Ćwierz, 2016; Gliniecka-Rękawik, 2007; Gutek, 2003; Kaleńska-Rodzaj i Pietras, 2014; Konaszkiwicz, 2004, 2009; Ławrowska, 2003; Markiewicz, 2008; Nogaj, 2014a, 2014b; Weiner, 2014). W edukacji muzycznej, to na nauczycielu instrumentu (przedmiotu głównego) spoczywa największa odpowiedzialność za indywidualne kształcenie ucznia. Nogaj (2014a) powołując się na Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. oraz z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach zaznacza, że w procesie kształcenia muzyka głównymi filarami wsparcia pedagogicznego powinny być kompetencje nauczycieli. Dzięki nim może on rozpoznać i zaspokoić potrzeby edukacyjno – rozwojowe ucznia oraz rozpoznać jego psychofizyczne możliwości. Tymczasem literatura przedmiotu wskazuje na problemy pojawiające się w tym obszarze. Współczesne doniesienia pokazują, że nauka w polskich szkołach muzycznych oparta jest na zasadzie – (1) *dydaktyzmu* oznaczającego oddziaływania ukierunkowanych na kształtowanie u jednostki postaw lub poglądów wyłącznie poprzez pouczanie (Pituła, 2008),

(2) dyrektywnego stylu nauczania (Chmurzyńska, 2011, 2012, Gliniecka-Rękawik, 2009) oraz (3) *technicyzacji*, czyli koncentracji przede wszystkim na technicznym aspekcie wykonawczym, z pominięciem emocjonalności ucznia (Konaszkiewicz, 2006; Markiewicz, 2008; Wroński, 1979).

Doniesienia zaprezentowane powyżej mogą stanowić wyjaśnienie, dlaczego tylko niewielka grupa młodzieży uzdolnionej muzycznie uważa wsparcie nauczyciela za pomocne. Część osób badanych (9%) korzysta ze wsparcia specjalistycznego – psychologa, pedagoga lub lekarza, a w celu poradzenia sobie z tremą stosuje środki uspokajające i/lub pali papierosy (13%). Badania Fehm i Schmidt (2006) wskazują, że na etapie kształcenia muzycznego, z jednej strony nieliczni uczniowie radzą sobie z tremą poprzez przyjmowanie leków, z drugiej oczekują oni większego wsparcia w tym zakresie. Ponadto, większość doniesień dotyczących stosowania różnorodnych interwencji specjalistycznych np. terapii poznawczej, poznawczo – behawioralnej (por. rozdz. 2.2.5) oraz stosowania leków w celu poradzenia sobie z MPA dotyczy dorosłych muzyków i wskazuje, że jest to metoda powszechna w tej grupie (Lackwood 1989 za: Egilmez i in., 2013; Nube 1991 za: Kenny 2005).

W literaturze dotyczącej psychologicznych mechanizmów pozwalających na zachowanie zdrowia podkreśla się rolę twórczego czyli skutecznego i efektywnego radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003) oraz zasobów (Antonovsky, 2005; Bandura, 1993; Gruszczyńska, 2013; Heszen, 2011, 2012, 2013; Heszen-Niejodek, 2005; Heszen i Sęk, 2012; Hobfoll, 2006; Makowska i Poprawa, 1996; Scheridan i Radmacher, 1998; Ratajczak, 2000; Wrona-Polańska, 2003, 2006, 2009, 2011, 2014) (por. rozdz. 3.3 i 3.4).

Badania prowadzone w ramach niniejszej rozprawy koncentrowały się na mechanizmach wiążących się ze zdrowiem w obliczu specyficznego rodzaju stresu, jakim jest trema. Za podstawę teoretyczną przyjęto Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), którego założenia były weryfikowane w odniesieniu do grupy młodzieży uzdolnionej muzycznie. Uzyskane wyniki wskazują, że:

1. Zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie z tremą:

- Wyższy poziom zdrowia wiąże się z niższym poziomem tremy i jej objawów. Obydwa wskaźniki tremy okazały się negatywnymi predyktorami zmiennej zdrowie – niższy ich poziom wiąże się z wyższym poziomem zdrowia.

- Wyższy poziom zdrowia wiąże się z twórczym radzeniem sobie z treścią, czyli wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz niższym stylem skoncentrowanym na emocjach.

Styl zadaniowy i emocjonalny okazały się predyktorami zdrowia, przy czym zadaniowy – pozytywnym, a emocjonalny – negatywnym.

2. Twórcze radzenie sobie z treścią jest funkcją zasobów podmiotowych:

- Wyższy poziom zasobów sprzyja radzeniu sobie z treścią skoncentrowanemu na emocjach, natomiast deficyty w ich obszarze wiążą się ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach. Wszystkie zasoby wiążą się pozytywnie z zadaniowym radzeniem sobie oraz negatywnie z radzeniem emocjonalnym. Predyktorami stylu zadaniowego okazały się wszystkie z branych pod uwagę zasobów, poza poczuciem koherencji, które jest istotnym negatywnym predyktorem stylu emocjonalnego. Uzyskane wyniki wskazały, że zasoby: (1) sprzyjają zadaniowemu radzeniu sobie, przy czym zbyt wysoka samoocena może mu zagrażać, (2) przeciwdziałają radzeniu sobie emocjonalnemu (niski poziom lęku oraz wysokie poczucie koherencji).

Analizy prowadzone w odniesieniu do podskal stylu unikowego, których celem jest chwilowa redukcja napięcia, wskazały na rolę wsparcia – w sytuacji jego dostępności jednostka poszukuje kontaktów z innymi osobami, natomiast w sytuacji jego braku angażuje się w czynności zastępcze.

- Wyższy poziom zasobów wiąże się z niższym poziomem tremy i jej objawów. Predyktorami tremy okazały się poczucie wsparcia, poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią, lęk dyspozycyjny oraz poczucie kontroli. Wyniki wskazały, że w sytuacji wysokiego poziomu lęku i deficytów w obszarze innych zasobów (wsparcia oraz poczucia samoskuteczności) poczucie kontroli może prowadzić do wzrostu tremy.

3. Zdrowie jest funkcją zasobów

- Wyższy poziom zasobów wiąże się z wyższym poziomem zdrowia. Wszystkie zasoby, poza poczuciem kontroli okazały się istotnymi predyktorami zmiennej zdrowia.

Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia zasoby – poczucie koherencji, kontroli i samoocena, tworzące osobowość prozdrowotną wpływają na zdrowie bezpośrednio oraz pośrednio – trzema ścieżkami:

- ścieżką kompetencyjną (poprzez skuteczne radzenia sobie).
- ścieżką napięciową (redukując poziom stresu)
- ścieżką emocjonalną (sprzyjając pojawieniu się pozytywnych emocji).

Wyniki uzyskane w modelowaniu równań strukturalnych (por. rozdz. 6) wskazały, że w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie zasoby sprzyjają zdrowiu.

Bezpośrednio ze zdrowiem wiążą się dwa spośród trzech zasobów tworzących osobowość prozdrowotną – poczucie koherencji oraz samoocena. Wpływają na nie dodatkowo takie zasoby jak niski poziom lęku dyspozycyjnego i poczucie wsparcia. Poczucie samoskuteczności oraz poczucie kontroli wiążą się natomiast ze zdrowiem tylko poprzez treść. Przy czym poczucie kontroli wbrew oczekiwaniom - powoduje wzrost tremy i w konsekwencji obniża zdrowie (dzieje się tak w sytuacji deficytów w zakresie innych zasobów).

Deficyty w zasobach (wysoki poziom lęku dyspozycyjnego, niskie poczucie wsparcia, niskie poczucie samoskuteczności przy wysokim poczuciu kontroli) powodują wzrost tremy, który zagraża zdrowiu. Analiza wpływów pośrednich wykazała także, że wymienione zasoby wpływają na zdrowie pośrednio – przez treść. Taki układ wyników może odpowiadać ścieżce napięciowej (zagrożającej zdrowiu) wyróżnionej w modelu Wrony-Polańskiej.

Zasoby (poczucie koherencji i niski poziom lęku) przeciwdziałają radzeniu sobie poprzez koncentrację na emocjach, które zagraża zdrowiu. Analiza wpływów pośrednich wykazała, że wymienione zasoby mogą sprzyjać zdrowiu także pośrednio poprzez zmniejszanie emocjonalnego radzenia sobie z treścią. Taki układ wyników można odnieść do ścieżki kompetencyjnej oraz emocjonalnej uwzględnionych w modelu Wrony-Polańskiej. Pomimo, że badania nie dały odpowiedzi, jakie radzenie sobie z treścią sprzyja zdrowiu, to ukazały jakie radzenie stanowi dla niego zagrożenie. W tym sensie można uznać emocjonalne radzenie sobie z treścią, które wiąże się z deficytami w obszarze zasobów (wysoki poziom lęku oraz niskie poczucie koherencji) za nieskuteczne. Radzenie sobie, o którym mowa wiąże się z koncentracją na negatywnych emocjach, myśleniem życzeniowym oraz nie podejmowaniem prób aktywnego poradzenia sobie z sytuacją stresową. Można więc sądzić, że zasoby poprzez przeciwdziałanie tej formie radzenia sobie mogą sprzyjać bardziej skutecznemu radzeniu sobie oraz przeżywaniu emocji o pozytywnej walencji. Na ten moment stwierdzenie to w odniesieniu do badanej grupy ma charakter hipotetyczny.

Podsumowując, wszystkie brane pod uwagę w niniejszej pracy zasoby wpływają na zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie. Przy czym wpływ ten ma charakter bezpośredni lub pośredni poprzez obniżanie tremy i przeciwdziałanie radzeniu sobie z nią skoncentrowanemu na emocjach. Wpływ pośredni, mimo że istotny jest bardzo niski, z tego względu w kształtowaniu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie należy zwrócić uwagę przede wszystkim na takie oddziaływania, które prowadziłyby do rozwoju jednostki o osobowości niełękowej, mającej poczucie koherencji, poczucie własnej wartości, oraz poczucie wsparcia a więc zasobów bezpośrednio wiążących się ze zdrowiem.

Biorąc pod uwagę, że obok stylu emocjonalnego także wysoka trema zagraża zdrowiu warto zwrócić uwagę również na te zasoby, które bezpośrednio:

- sprzyjają zmniejszeniu tremy – obok poczucia wsparcia i niskiego poziomu lęku dyspozycyjnego, które wpływają na zdrowie bezpośrednio, także na poczucie samoskuteczności oraz poczucie kontroli (tylko w sytuacji obecności innych zasobów poczucie kontroli prowadzi do redukcji tremy, w sytuacji ich deficytu może sprzyjać jej wzrostowi),
- przeciwdziałają radzeniu sobie skoncentrowanemu na emocjach (poczucie koherencji oraz niski poziom lęku dyspozycyjnego zarówno wpływają na zdrowie bezpośrednio jak i przeciwdziałają radzeniu skoncentrowanemu na emocjach).

Uzyskane wyniki dają odpowiedź na pytanie, jakie psychologiczne mechanizmy sprzyjają zdrowiu w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie, a które mu zagrażają, w obliczu stresogennego charakteru kształcenia muzycznego, którego jednym z elementów jest częsta ekspozycja społeczna znajdująca odzwierciedlenie w doświadczaniu tremy. Zdrowiu w badanej grupie zagrażają deficyty w zasobach, wysoki poziom tremy oraz radzenie skoncentrowane na emocjach. Badania te, w sposób jednoznaczny potwierdzają Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej, w którym istotą zdrowia są zasoby podmiotowe – bezpośrednio i pośrednio wpływające na zdrowie człowieka.

7. Kreowanie zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie – wskazania poznawczo – aplikacyjne.

Badania potwierdziły, że o zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie decydują zasoby, które redukują poziom tremy oraz przeciwdziałają radzeniu sobie z nią skoncentrowanemu na emocjach, zagrażającemu zdrowiu. Otrzymane wyniki mogą być wskazówką, jak kreować zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003) oddziaływania ukierunkowane na wzmacnianie i rozwój zdrowia, u podłoża których leży założenie, że człowiek będąc jednostką biopsychospołeczną jest częścią większego systemu, powinny być skoncentrowane przede wszystkim na rozwijaniu determinant zdrowia (zasobów), dzięki którym jednostka staje się w procesie rozwoju aktywnym jego twórcą. Z perspektywy psychologicznej w promocji zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie należy za Wroną Polańską (2009, 2014) uwzględnić:

1. promowanie zdrowej rodziny i zdrowej szkoły,
2. tworzenie warunków edukacji sprzyjających zdrowiu,
3. indywidualne sposoby wspomagania zdrowia.

7.1. Promowanie zdrowiej rodziny i szkoły

W procesie kształcenia muzyka od samego początku znaczącą rolę odgrywają rodzice i pedagodzy, którzy powinni być liderami zdrowia na każdym etapie rozwoju jednostki, począwszy od najmłodszych lat jej życia (Wrona-Polańska, 2011). Współczesna rzeczywistość szkolna traktowana bywa jako wyłącznie edukacyjna, tymczasem zgodnie z systemowym podejściem do zdrowia, znajdującym wyraz w założeniach Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003), celem oddziaływań podejmowanych wobec dzieci i młodzieży powinno być także/ przede wszystkim wychowanie. Połączenie oddziaływań edukacyjno – wychowawczych na rzecz zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie wymaga:

1. Zwiększenia świadomości nauczycieli i rodziców w zakresie:
 - Czynników specyficznych dla kształcenia muzycznego, jako mogących mieć charakter streseogeny i zagrażający zdrowiu holistycznemu, zwłaszcza w perspektywie długoterminowej.
 - Roli zasobów sprzyjających kształtowaniu zdrowia, doświadczaniu optymalnego poziomu tremy oraz przeciwdziałających radzeniu sobie z nią poprzez koncentrację na negatywnych emocjach, które zagraża zdrowiu.

- Istoty budowania podmiotowej relacji uczeń – rodzic/ nauczyciel (np. przez uwzględnianie potrzeb i możliwości nastolatka, adekwatne dostosowywanie wymagań, towarzyszenie zarówno w sytuacji porażki, jaki i sukcesu, akceptowanie jednostki niezależnie od efektu występu i chwilowych niedyspozycji). Relacja, o której mowa, poprzez zapewnienie dziecku funkcjonowania w atmosferze bezpieczeństwa, szacunku i wzajemnego zaufania sprzyja rozwojowi zasobów.
2. Zwiększenie świadomości rodziców i nauczycieli, a w konsekwencji także młodzieży uzdolnionej muzycznie, w odniesieniu do złożonego charakteru tremy:
- Ukazanie tremy jako naturalnego elementu funkcjonowania muzyka, który może prowadzić do konsekwencji pozytywnych lub negatywnych, w zależności od oceny sytuacji (konkursu, intencji publiczności) i własnych możliwości (muzycznych oraz psychologicznych – zasobów).
 - Zwrócenie uwagi na zagrożenia płynące z koncentracji na negatywnych emocjach i radzeniu sobie z nimi np. poprzez zażywanie środków farmakologicznych. Wskazanie tych sposobów, które sprzyjają utrzymaniu tremy na optymalnym poziomie. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2004, 2008, 2013a, 2013b, 2014, 2016) do skutecznych sposobów radzenia sobie z tremą należą: systematyczne ćwiczenia – rozpoczęte odpowiednio wcześniej do możliwości muzyka i trudności zadania (radzenie skoncentrowane na zadaniu), nie koncentrowanie się na negatywnych emocjach (zapobieganie radzeniu skoncentrowanemu na emocjach), docenianie dotychczasowych osiągnięć, wzmacnianie własnych zasobów np. poprzez rozwijanie nie tylko kompetencji muzycznych, ale także innych zainteresowań oraz budowanie pozytywnych relacji z rówieśnikami.
 - Ukazanie tremy jako zjawiska mającego charakter procesualny oraz wiążącego się ze zdrowiem w sferze somatycznej, ale także psychospołecznej.
3. Rozwijanie w młodzieży indywidualnej świadomości zdrowotnej oraz odpowiedzialności za własne zdrowie poprzez podejmowanie kwestii dotyczących:
- Ergonomii zawodu muzyka zarówno w odniesieniu do sfery fizycznej, jak i psychicznej.
 - Uczenia prawidłowej higieny pracy: fizycznej (postulat dbania o ciało, które w związku ze specyfiką gry na instrumencie narażone jest na szereg przeciążeń),

umysłowej (postulat właściwej organizacji pracy – czas na relaks, odpoczynek) i psychicznej (budowanie pozytywnego klimatu emocjonalnego).

Powyższe cele wymagają od rodziców i pedagogów odpowiednich kompetencji wychowawczych. Współcześnie niestety, coraz częściej zwraca się uwagę wyłącznie na kwalifikacje nauczyciela, pomijając istotę jego osobowości, jako ważnego czynnika wpływającego na rozwój młodego człowieka. Kwalifikacje nauczyciela są istotne, gdyż zapewniają uczniowi dobre przygotowanie merytoryczne oraz techniczne, ale nie gwarantują szeroko rozumianego sukcesu szkolnego, zawodowego czy osobistego. Tu bardzo ważną rolę odgrywa osobowość oraz dojrzałość emocjonalna rodziców i nauczycieli – „dająca poczucie bezpieczeństwa oraz właściwe wzorce zachowania, gdyż zachowań emocjonalnych dziecko uczy się od osób znaczących – rodziców i wychowawców” (Wrona-Polańska, 2009, s.19). Nauczyciele powinni więc wykraczać swoimi kompetencjami i wiedzą poza zakres tradycyjnego modelu nauczania. Jest to trudne wyzwanie, gdyż wymaga połączenia roli autorytetu, towarzysza oraz opiekuna, którego zadanie polega nie tylko na przekazywaniu wiedzy teoretyczno – technicznej, ale także zapewnieniu warunków pozwalających na optymalny rozwój jednostki w każdej sferze jej funkcjonowania.

7.2. Tworzenie warunków edukacji sprzyjających zdrowiu

Najbardziej powszechną formą kształcenia muzycznego w Polsce jest rozpoczęcie nauki gry na instrumencie wraz z pójściem dziecka do szkoły. Tym samym początek edukacji muzycznej sięga wczesnych lat dzieciństwa. Wymaga to stworzenia odpowiedniego systemu kształcenia oraz optymalnych warunków edukacji, które sprzyjałyby utrzymaniu zdrowia na dobrym poziomie. W tym kontekście proponuje się zwrócenie uwagi na:

1. Zapewnienie klimatu emocjonalnego sprzyjającego budowaniu bezpiecznych i satysfakcjonujących relacji uczeń – nauczyciel ale także uczeń – uczeń.
2. Adekwatność wymogów do możliwości rozwojowych uczniów.
3. Warunki lokalowo – materialne, np. dostępność potrzebnych materiałów, sal ćwiczeniowych, wyposażenie w pomoce dydaktyczne itd. (muzycy często skarżą się na brak miejsca do ćwiczenia – tzw. „ćwiczeniówek”, niskiej jakości pomoce dydaktyczne oraz niewielką ich ilość).
4. Czynniki związane z restrukturyzacją systemu kształcenia. Na przestrzeni ostatnich lat odnotowano w tym obszarze przykłady dobrych praktyk: (1) opracowano system kształcenia osób zdolnych oparty na zasadzie indywidualizacji procesu nauczania, który daje możliwość dostosowania kształcenia do możliwości i potrzeb dziecka;

(2) wypracowano odpowiednie strategie wychowawcze i system edukacji nauczycieli oparty na wzajemnym przekazywaniu przez nich wiedzy oraz zdobytego doświadczenia w obszarze praktyki pedagogicznej; (3) wprowadzono strategię kształcenia opartą na współpracy nauczyciela – mistrza z uczniami. Mimo tego, Limont (2012) zaznacza potrzebę dalszych zmian w tym obszarze. Według niej należy:

- Dokonać analizy istniejącego systemu kształcenia, organizacji oraz sposobu przeprowadzania np. konkursów oraz wprowadzić zmiany legislacyjne i metodyczne.
- Wdrożyć działania, których celem byłoby uwrażliwienie szerokiego grona osób na specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży uzdolnionych muzycznie (np. wprowadzenie do programów kształcenia przyszłych nauczycieli modułów dotyczących problematyki pracy z uczniem zdolnym).
- Uzupełnić projekt realizowany przez MEN, związany z budową odpowiedniego systemu pracy z uczniem zdolnym o opiekę i kształcenie osób zdolnych w perspektywie całego życia. Wymaga to przygotowania wyspecjalizowanej kadry nauczycieli, pedagogów i psychologów w zakresie edukacji dla osób w różnym wieku oraz wdrażania współpracy o charakterze interdyscyplinarnym.

7.3. Indywidualne sposoby wspomaganie zdrowia

Na początku rozwoju dziecka odpowiedzialność za przekazanie mu prawidłowych postaw i nawyków związanych ze zdrowiem leży po stronie rodziców i nauczycieli. Stopniowo jednak, w miarę rozwoju jednostki, zostaje ona przeniesiona na nią samą. To przeniesienie odpowiedzialności jest istotne ponieważ wiąże się z tym, że to, o co dotychczas dbali rodzice i nauczyciele powinno zostać zinternalizowane przez młodego muzyka i stanowić źródło jego aktywności podejmowanej na rzecz zdrowia, wynikającej z indywidualnych przekonań i nastawień. W kontekście omawianej problematyki warto zwrócić uwagę na następujące indywidualne sposoby wspomaganie zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie (Wrona-Polańska, (2009, 2011a):

1. Otwartość poznawcza sprzyjająca zwiększaniu świadomości zdrowotnej oraz gotowość do przyjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie.
2. Stałe rozwijanie własnych zasobów oraz umiejętności życiowych.
3. Dbanie o pozytywne relacje interpersonalne, w tym świadomość istnienia źródeł wsparcia i subiektywne przyzwolenie na korzystanie z nich w razie potrzeby.
4. Dbanie o dobrą kondycję psychofizyczną oraz przestrzeganie zasad higieny pracy.

Podsumowując, w promocji zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie istotne jest wdrażanie oddziaływań o charakterze systemowym (mikrosystemowym i makrosystemowym) oraz interdyscyplinarnym (np. współpraca rodziców, szkoły, a w razie potrzeby psychologów, lekarzy i innych specjalistów, którym nie obca jest specyfika profesji muzyka). Warunkiem skutecznych działań wobec dzieci i młodzieży uzdolnionej muzycznie jest włączenie w proces kształtowania zdrowia rodziców i innych znaczących dorosłych. Tylko współpraca różnych specjalistów i środowisk odpowiedzialnych za rozwój, edukację i wychowanie młodego człowieka daje możliwość kształtowania zdrowia holistycznego. Odwołując się do istoty Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003) chodzi o kształtowanie ścieżki kompetencyjnej, a więc zdolności do twórczego radzenia sobie ze stresem (każdorazowo dostosowanego do sytuacji i możliwości podmiotu, a także prowadzącego do rozwiązania sytuacji trudnej) oraz ścieżki emocjonalnej (pozytywnych emocji), przy jednoczesnym przeciwdziałaniu ścieżce napięciowej, zagrażającej zdrowiu. Znacząca rolę w odniesieniu do wszystkich ścieżek, w przypadku dzieci i młodzieży odgrywa otoczenie społeczne, które jest odpowiedzialne za rozwijanie w jednostce zasobów. Jak wynika z przeprowadzonych badań sprzyjają one zdrowiu młodzieży uzdolnionej muzycznie, przeżywaniu tremy na optymalnym poziomie oraz przeciwdziałają radzeniu sobie z tremą skoncentrowanemu na emocjach, które zagraża zdrowiu.

Promocja zdrowia w odniesieniu do grupy muzyków powinna opierać się na dążeniu do zmiany świadomości zarówno jednostkowej, jak i społecznej. Aby przyniosła pożądane rezultaty konieczna jest współpraca wielu podmiotów, w tym rodziny, szkoły i całego społeczeństwa – makro i mikrostruktur. Konieczne jest zatem aktywne uczestniczenie w trzeciej rewolucji zdrowotnej, w tym docenianie zdrowia jako wartości autotelicznej, zwiększenie indywidualnej i społecznej świadomości zdrowotnej i przyjęcie odpowiedzialności za własne zdrowie (Wrona-Polańska, 2003, 2006a, 2011, 2012, 2016a).

Zakończenie

Celem rozprawy było ukazanie tremy w kontekście zdrowia oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie psychologiczne mechanizmy sprzyjają utrzymaniu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, a które mu zagrażają. W części teoretycznej omówiono specyfikę kształcenia muzycznego, ukazując czynniki, które mogą zagrażać rozwojowi młodego artysty oraz zwrócono uwagę na zjawisko tremy (jej przyczyny, objawy, konsekwencje, procesualność oraz sposoby radzenia sobie z nią). Starano się także poprzez podjęcie problematyki zdrowia oraz jego psychologicznych mechanizmów, w odniesieniu do współczesnych tendencji w ich rozumieniu ukazać tremę jako specyficzny rodzaj stresu, w obliczu którego, dzięki mobilizacji zasobów oraz skutecznego radzenia sobie z nim można zachować zdrowie.

Funkcjonalny Model Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003) przyjęty jako podstawa teoretyczna prowadzonych badań, a także rozumienie tremy jako relacji między wymaganiami (sytuacją występu) a możliwościami jednostki (Wrona-Polańska, 2004, 2008, 2014, 2016) stały się inspiracją do podjęcia problematyki tremy w kontekście czynnika sprzyjającego, a nie zagrażającego zdrowiu w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie. Zjawisko tremy zostało zatem przedstawione w opozycji do jej tradycyjnego, negatywnego rozumienia oraz wbrew potocznym poglądom o jej wyłącznie niekorzystnym wpływie na funkcjonowanie sceniczne i osobiste muzyka. Rozumienie tremy w ujęciu systemowym prowadzi do wniosku, że jej efektem może być wyczerpanie organizmu i choroba, ale także, stanowiąc nieodłączny element aktywności każdego muzyka, może ona korzystnie wpływać na jego zdrowie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Muzyka uprawiana profesjonalnie oraz czynniki specyficzne dla kształcenia muzycznego mogą stanowić źródło stresu i zagrażać zdrowiu, jednak zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia, to od zasobów i sposobów radzenia sobie ze stresem zależy, w którym kierunku jednostka będzie przesuwiała się na kontinuum zdrowie – choroba.

Wyniki badań własnych potwierdziły istotną rolę zasobów w kształtowaniu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie. Z tego względu warto obok oddziaływań skoncentrowanych na leczeniu (tremy w swych konsekwencjach negatywnej) podejmować działania promujące zdrowie poprzez wzmacnianie zasobów. Takie oddziaływania powinny być wdrażane na poziomie systemowym (makro – i mikrosystemowym), już od najwcześniejszych lat życia muzyka.

W obszarze psychologii zdrowia coraz więcej badań koncentruje się na zagadnieniach dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia, tworząc tym samym wiedzę społecznie użyteczną – stanowią bowiem odpowiedź na pytanie o to, w jaki sposób kreować zdrowie. Problematyka ta w odniesieniu do grupy muzyków jest jednak jeszcze zaniedbana. Co więcej, bardzo powoli staje się ona przedmiotem zainteresowania psychologów, pedagogów, lekarzy czy nawet samych muzyków. W literaturze można odnaleźć doniesienia wskazujące na różnorodne czynniki specyficzne dla wykonawstwa muzycznego i ich negatywny wpływ na zdrowie muzyka. Szkoły i uczelnie muzyczne zaczynają ustalać specjalne programy zarówno w obszarze leczenia zaburzeń, jak i strategii prewencyjnych w celu zahamowania rozwoju chorób związanych z praktyką muzyczną (Burton i Feinberg, 2008; Cheesky, Dawson i Manchester, 2006; Clark i Lisboa; za: Śmieszchalska, 2015; Kreutz i.in, 2008; 2009; Lopez i Martinez, 2013; Wynn, 2003; Spahn, Nusseck i Zander, 2014; Yoshimura, Paul, Aerts i Chesky, 2006; Zander, Voltmer i Spahn; 2010). Dane te dotyczą przede wszystkim instytucji oświatowych poza granicami Polski oraz oddziaływań dotyczących dolegliwości fizycznych typowych dla tej grupy. Traktując zdrowie w sposób holistyczny ważne jest podjęcie problematyki mechanizmów warunkujących zdrowie, nie tylko związanych z somatyczną sferą człowieka, ale całościowo – także w odniesieniu do jego funkcjonowania psychospołecznego. Z tego względu omawiane zjawisko powinno budzić zainteresowanie, wszystkich tych, którzy w sposób bezpośredni lub pośredni podejmują kwestię zdrowia, edukacji i wychowania młodzieży uzdolnionej muzycznie.

Podsumowując, podejście do zagadnienia tremy zaprezentowane w niniejszej rozprawie, w pewien sposób odmienne od tradycyjnego i powszechnego redukcjonistycznego jej traktowania może okazać się szczególnie przydatne dla rodziców, nauczycieli i wychowawców odpowiedzialnych za prawidłowy rozwój i zdrowie młodzieży, będącej w procesie kształcenia muzycznego. Może także stanowić inspirację do dalszych badań nad zjawiskiem tremy w kontekście psychologicznych mechanizmów pozwalających na utrzymanie zdrowia holistycznego.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117–148.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 1–26. Pozyskano z: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Baranowska, M., Wiciak, I. (2012). *Wybrane patologie społeczne: uwarunkowania, przejawy, profilaktyka*. Szczytno: Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie.
- Barlow, D. (2000). Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.
- Baumeister, R., Cambell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (1), 1–44.
Pozyskano z: <https://www.psychologicalscience.org/journals/pspi/pdf/pspi411.pdf>
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Bissinger-Ćwierz, U. (2016). *Psychopedagogiczne metody pracy z uczniem najmłodszym oraz uczniem ryzyka dysleksji w szkole muzycznej*. Warszawa: Centrum Edukacji Artystycznej.
- Boyd, D., Bee, H. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Białek, E.D. (2012). *Psychosomatyczne, emocjonalne i duchowe aspekty chorób ze stresu*. Warszawa: Wyd. Instytut Psychosyntezy
- Białek, E.D. (2012a). Perspektywy medycyny zintegrowanej w Polsce – uwagi i refleksje własne. *Sztuka Leczenia*, 24 (1–2), 23–48.
- Białkowski, A., Sacher, W.A. (2010). *Standardy edukacji muzycznej*. Warszawa: Fundacja Muzyka jest dla wszystkich.

- Biasutti, M., Urli, G. (2006). *Self-report research on Music Performance Anxiety among Professional musicians and students of music*, 9th International Conference on Music Perception and Cognition, Alma Mater Studiorum University of Bologna, 1477–1482.
- Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Borecka-Biernat, D. (2006). *Strategie radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych: psychospołeczne uwarunkowania*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12 (2 Pt 1), 587–597.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Poradnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4 (1), 44–52.
- Boucher, H., Ryan C.A. (2011). Performance stress and the Very Young Musician. *Journal of Research in Music Education*, 58 (4), 329–345.
- Brandfonbrener, A. (2009). History of Playing-related Pain in 330 University Freshman Students. *Medical Problems of Performing Artists*, 24 (1), 30–36.
- Brodsky, W. (1996), Music Performance Anxiety Reconceptualized. *Medical Problems of Performing Artists*, 11 (3), 88–98.
- Brodsky, W., Sloboda, J.A. (1997). Clinical trial of a music generated vibrotactile therapeutic environment for musicians: main effects and outcome differences between therapy subgroups. *Journal of Music Therapy*, 34 (1), 2–32.
- Bryant, F. (1989), A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring. *Journal of Personality*, 57 (4), 773–797.
- Brzeziński, J.M, Cierpiałkowska, L. (2008). Profesor Helena Sęk – psycholog kliniczny i profesor uniwersytetu. W: L. Cierpiałkowska, J. Brzeziński (red), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki (IX)*. Gdańsk: GWP.
- Burowska, Z., Głowacka, E. (2006). *Psychodydaktyka muzyczna, zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Muzycznej.
- Burton, R., Feinberg, J.R. (2008). Effectiveness of an Eeducational Program in Health Promotion and Injury Prevention for Freshman Music Majors. *Medical Problems of Performing Artists*, 23 (2), 47–53.

- Cheesky, K.S., Dawson, W.J., Manchester, R. (2006). Health promotion in schools of music: Initial recommendations for Schools of Music. *Medical Problems of Performing Artists*, 21 (3), 142–144.
- Chmurzyńska, M. (2011). The optimal piano teacher: Sosniak's model versus Polish teachers from public music school. *Interdisciplinary Studies in Musicology*, 10, 111–130.
- Chmurzyńska, M. (2012). How (not) to Discourage Youngsters from Playing the Piano. On Bad and Good Piano Teaching.
Pozyskano z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812023038>
- Cofalik, A. (2015). *Notatnik metodyczny: o grze skrzypcowej i jej nauczaniu*. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Czub, E. (2006). *Trema według muzyków i psychologów*.
Pozyskano z: <http://www.muzyk.ntr.pl/artukul.php?id=85>
- Deen, D.R. (2000). Awereness and breathing: keys to the moderation of musical performance anxiety. *Disseration Abstracts International*, 60 (12–A), 4241.
- Derkacz, M., Chmiel-Perzyńska, I., Grywalska, E., Nowakowski, A. (2011). Zdrowie jako wartość dla pacjentów z cukrzycą. *Current Problems of Psychiatry*, 12 (4), 575–579.
- Domaradzki, J. (2013). O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 40 (1), 5–29.
- Deptuła, M. (2005). Indywidualne ścieżki ryzyka i związana z nimi interwencja profilaktyczna. W: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 158–184.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Dudek, B., Mercz D., Makowska Z. (2001), Poczucie kontroli w miejscu pracy, a poziom stresu zawodowego i związane z nim skutki. *Medycyna Pracy*, 52 (6), 451–457.
- Dugiel, G., Tustanowska, B., Kęcka, K., Jasińska, M. (2012). Przegląd teorii stresu. *Acta Scientifica Academiare Ostroviensis: nauki medyczne, kultura i zdrowie*, 1, 47–70.
Pozyskano z: http://zn.wsbip.edu.pl/wydania/zeszyt1/sekcjaB/artykuly_wpinz.PDF
- Dymkowski, M. (1991). Czy konfrontowanie z oczekiwaniami informacji angażujących „Ja” wpływają na twórcze myślenie? W: A. Tokarz (red.), *Stymulatory i inhibitory aktywności twórczej* (s. 66–79). Kraków: Instytut Psychologii.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Egilmez, H.O., Aytekin, N.T, Dirican, M. (2013). Coping with the performance anxiety among music education students: a method trial. *Asian Journal of Social Sciences &*

- Humanities*, 2 (1), 165–173.
- Fatyga, B., Nowiński, J., Kukułowicz, T. (2009). *Jakiej kultury Polacy potrzebują i czy edukacja kulturalna im ją zapewnia?* Raport o problemach edukacji kulturalnej w Polsce dla Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego.
- Pozyskano z:
[http://www.kongreskultury.pl/library/File/Raportedu/edukacja_kult_raport_w.pelna\(1\).pdf](http://www.kongreskultury.pl/library/File/Raportedu/edukacja_kult_raport_w.pelna(1).pdf)
- Faryniarz, Z. (2010). *Sposoby radzenia sobie z tremą estradową*.
- Pozyskano z: http://interpiano.pl/zeszyty_naukowe-307.htm
- Fehm, L., Schmidt, K. (2006). Performance anxiety in gifted adolescent musicians. *Anxiety Disorders*, 20 (1), 98–109.
- Filist, E. (2012). Samoocena a postawy młodzieży wobec zjawiska alkoholizmu. *Innowacje Psychologiczne*, 1 (1), 47–53.
- Firkowska-Mankiewicz, A. (2009). Teorie przyczyny chorób. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s. 41–63). Warszawa: IFiS PAN.
- Fischer, K., Sobów, T. (2013). Związek umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19 (3), 294–299.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Galińska, E., Aranowska, A. (2004). Metodologiczne podstawy analizy stylu komunikacji muzycznej. *Przegląd Psychologiczny*, 47 (4), 327–344.
- Garner, A.M. (2012). Performance Anxiety Treatment Options for Stage Anxiety. *American String Teacher*, 62 (1), 34–37.
- Geisselhart, R., Hoffman-Burkart, C. (2009). *Stresologia: techniki zarządzania stresem*, Warszawa: Flashbook.pl.
- Geryń, B. (2012). Czynniki środowiska rodzinnego warunkujące zdrowie dzieci i młodzieży. W: M. Boczkowska, E. Tymoszuć, P. Zielińska (red.), *Wychowanie, profilaktyka, terapia: szanse i zagrożenia* (s. 205–214). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Gliniecka-Rękawik, M. (2007). Sylwetka pierwszego nauczyciela gry według uczniów szkoły muzycznej. W: B. Kamieńska (red.), *Psychologia rozwoju muzycznego a kształcenie nauczycieli* (s. 76–85). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
- Gliniecka-Rękawik, M. (2009). Relacja z obserwacji indywidualnych lekcji gry na instrumencie uczniów w klasach 0–3 szkoły muzycznej I stopnia. W: Z. Konaszkiewicz (red.), *Szkoła muzyczna: studia i szkice* (s. 37–67). Warszawa: UMCF.
- Gluska, A.A. (2010). Charakterystyka pomocy psychologicznej w świetle trudności doświadczanych przez uczniów szkół muzycznych. W: M. Manturzevska, B. Kamińska, A.A. Nogaj (red.), *Poradnictwo psychologiczne w polskich szkołach muzycznych. Rys historyczny i współczesne kierunki działań* (s. 65–73). Warszawa–Bydgoszcz: CEA, Wydawnictwo PZSM im. A. Rubinsteina.
- Głowacka, E. (1991). *Samoocena, a przeżycia tremy egzaminacyjnej przez studentów instrumentalistów*. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Psychologii Muzyki, Radziejowice.
- Greenberg, M.T. (2006). Promoting resilience in children and youth. Preventive intervention and their interface with neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 139–150. Pozyskano z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347349>
- Gromulska, L., Piotrowicz, M. i Cianciara, D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przeгляд Epidemiologiczny*, 63 (3), 427–432. Pozyskano z: http://www.pzh.gov.pl/przeгляд_epimed/63-3/633_15.pdf
- Gruszczyńska, E. (2004). Poczucie koherencji (SOC) a proces radzenia sobie ze stresem: w poszukiwaniu mechanizmów działania SOC. *Przeгляд Psychologiczny*, 47 (1), 77–91.
- Górnik-Durose, M. (2011). Konteksty i pogranicza – inspiracje dla psychologii zdrowia. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia – konteksty i pogranicza* (s. 17–39). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Górnik-Durose, M., Jach, Ł. (2013). O zdrowiu w relacji do innych wartości we współczesnej kulturze. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie: aspekty psychologiczne* (77–105). Sopot: GWP.
- Gutek, L. (2003). *Filozoficzne i ideologiczne podstawy edukacji*. Gdańsk: GWP
- Heszen, I. (2011). Zachowanie celowe i reaktywne jako komplementarne formy radzenia sobie w sytuacji stresowej. *Przeгляд Psychologiczny*, 54 (1), 47–66.

- Heszen, I. (2012). Problemy zdrowotne i radzenie sobie z nimi – od zaprzeczenia do emocji pozytywnych. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 183–197). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I. (2013a). *Regulacyjna rola emocji w przebiegu konfrontacji stresowej*. Referat wygłoszony na IX Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Sekcji Psychologii Zdrowia PTP: Zdrowie i choroba w kontekście funkcjonowania społecznego i zawodowego, Warszawa.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (2002). Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 174–197). Poznań: Stowarzyszenie Psychologa i Architektura.
- Heszen-Niejodek, I. (2005). Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Heszen-Niejodek, I., Wrześniewski, K. (2005). Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (t. 3, s. 443–464). Gdańsk: GWP.
- Heszen, I., Sęk H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP.
- Hoffmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *J Med Phil.*, 27 (6), 651–673.
Pozyskano z:
<http://www.ansatt.hig.no/bjoernh/Artikler/Disease%20Illness%20Sickness%20JMP.pdf>
- Hoshino, E. (1999). Performance anxiety, Motivation and personality in music students. *Journal of Music Perception and Cognition*, 5 (2), 67–86.
- Huston, J.L. (2001). Familial antecedents of musical performance anxiety: a comparison with social anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences & Engineering*, 62 (1–B), 551.
- Janiszewski, M. (1992). *Ergonomia zawodu muzyka instrumentalisty*. Warszawa – Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Jankowska, J. (2009). Głębokie oddziaływanie muzyką na osobowość człowieka. W: D. Kadłubiec, A. Adamski (red.), *Muzyka, światło, ruch w osobowości człowieka* (s. 61–72). Bielsko-Biała: Compal.
- Jankowski, W. (2001). O systemie szkolnictwa i wychowania muzycznego w Polsce. W: M. Manturzevska (red.), *Psychologia podstaw kształcenia muzycznego: materiały z ogólnopolskiego seminarium dla nauczycieli i psychologów Szkół Muzycznych* (s. 21–32). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina.
- Januszewska, E. (2011). Sense of coherence and psychological indicators of Bio-Psycho-Social health. A study among adolescents. W: K. Janowski, S. Steuden (eds.), *The Multidisciplinary Approach to Health and Disease. Selected Papers* (s. 252–266). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K. (2001). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności. *Przegląd Psychologiczny*, 44 (3), 337 - 347.
- Juczyński, Z. (2012). Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka – „mieć czy być zdrowym”? W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 11–24). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego..
- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kaleńska, J. (2008). Zjawisko tremy - od badań do praktyki. W: W. Limont i B. Didkowska (red.), *Edukacja Artystyczna a metafora* (s. 193 - 201). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Kaleńska-Rodzaj, J. (2013). Poczucie własnej skuteczności muzyka – wykonawcy jako wyznacznik efektywnej publicznej prezentacji dokonań. *Tawrijski studii*, 4, 5–11. Pozyskano z: <http://ts.uncat.crimea.ua>
- Kaleńska-Rodzaj, J., Pietras, K. (2014). Jakość relacji nauczyciel – uczeń a rozwój osiągnięć muzycznych młodego wykonawcy. W: G.E. Kwiatkowska, J. Posłuszna (red.), *Relacja mistrz – uczeń. Rozważania z perspektywy psychologii muzyki* (s. 98–116). Kraków: Wydawnictwo Aurorus.
- Kaspepek, E. (1997). Zachowania prozdrowotne w świadomości i kulturze współczesnego człowieka. *Sztuka Leczenia*, 3 (3), 87–93.
- Kaspersen, M., Gotestam, K.G. (2002). A Survey of Music Performance Anxiety among Norwegian Music Student. *The European Journal of Psychology*, 16 (2), 69–80.
- Keegan, D. (1995). Trema u pianisty wirtuoza. *Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im.*

- F. Chopina*, 29, 99–119.
- Kemp, A.P. (1996). *The musical temperament: Psychology and personality of Musican*. Oxford: Oxford University Press.
- Kenny, D.T. (2005). A systematic Review of Treatments for Music Performance Anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 18 (3), 183–208.
- Kenny, D.T. (2006). Music Performance Anxiety: Origins, phenemonology, assessment, and treatment. *Context: Journal of Music Research*, 31, 51–66.
- Kenny, D.T., Osborne M.S. (2006). Music Performance Anxiety: new insights from young musicians. *Advances in Cognitive Psychology*, 2 (2-3), 103–112.
- Kenny, D.T., Davies P., Oates J. (2004). Music Performance anxiety and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. *Anxiety Disorders*, 18 (6), 757–777.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A, Koenigsberg, A.C., Carr, A.C. i Appelbaum, A.H. (2007). *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: GWP.
- Kępińska-Welbel, J. (1991). *Trema u muzyków*. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Psychologii Muzyki, Radziejowice (maszynopis).
- Kępińska-Welbel, J. (1999). *Trema*. W: M. Manturzevska (red.), *Psychologiczne podstawy kształcenia muzycznego: materiały z ogólnopolskiego seminarium dla nauczycieli i psychologów szkół muzycznych* (s. 204–217). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
- Kępińska-Welbel, J.(2000). Psychologiczne przygotowanie wokalisty do występów. W: W. Jankowski (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia* (s. 349-357). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
- Khasa, S.B., Shorter, S.M., Cope, S., Wyshak, G., Sklar, E. (2009). Yoga Ameliorates Performance Anxiety and Mood Disturbance in Young Proffesional Musicians. *Psychophysiol Biofeedback*, 34 (4), 279–289.
- Kichler, K. (2012). Obrony psychiczne i psychospołeczne a poczucie koherencji u młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi. W: E. Drop, M. Maćkiewicz (red.), *Młoda Psychologia* (t. 1, s. 81–100). Wydawnictwo Liberi Libri.
- Kirchner, J. M. (2003). A qualitive inquiry into musical performance anxiety. *Medical Problems of Performing Artists*, 18 (2), 137–159.
- Klimas-Kuchtowa, E. (2012). Muzyka w oddziaływaniu na zdrowie pozapsychiczne. W: H. Wrona-Polańska. *Psychologia zdrowia w służbie człowieka* (s. 226–235). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

- Klonowicz, T., Eliaz, A., (2004). Traumatyczny stres w zawodowym doświadczeniu pracowników pogotowia. Rola niedopasowania osobowościowych regulatorów zachowania. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 167–182). Gdańsk: GWP.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół... wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 29 –48), Warszawa: PWN.
- Kokotsaki, D., Davidson, J.W. (2003). Investigating Musical Performance anxiety among Music College Students: a quantitative analysis. *Medical Problems of Performing Artists*, 18 (3), 45–59.
- Konarski, R. (2010). *Modelowanie równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konaszkiwicz, Z. (2001). *Szkice z pedagogiki muzyki*. Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
- Konaszkiwicz, Z. (2004). Z zagadnień kształtowania indywidualności artysty. W: Z. Konaszkiwicz (red.), *Mój warsztat artystyczny. Mój warsztat pedagogiczny* (s. 39–62). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
- Konaszkiwicz, Z. (2006). *Szkoła baletowa – studia i szkice*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. F. Chopina.
- Konaszkiwicz, Z. (2009). Osobowościowe uwarunkowania pracy nauczyciela w szkole muzycznej. W: Z. Konaszkiwicz (red.), *Szkoła muzyczna. Studia i szkice* (s. 11–35). Warszawa: Uniwersytet Muzyczny F. Chopina
- Koństańczak, S. (2012). Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna. *Studia Ecologiae et Bioethicae UKSW*, 10 (3), 23–33. Pozyskano z:
http://seib.uksw.edu.pl/sites/default/files/tom_10_3_2_stefan_konstanczak_zdrowie_jako_wartosc_ogolnospoleczna.pdf
- Kościełak, K. (2010), *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kowalski, M., Gaweł, A. (2007). *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Impuls.
- Kreutz, G., Ginsborg, J., Williamon, A. (2008). Music Students' Health Problems and Health – promoting Behaviours. *Medical Problem of Performing Artists*, 23 (1), 3–12.
- Kreutz, G., Ginsborg, J., Williamon, A. (2009). Health – promoting Behaviours in conservatoire students. *Psychology of Music*, 37 (1), 3–11.
- Kronenberger, M. (2003). *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania*

- muzykoterapii w profilaktyce stresu*. Szczecin: Mediatour.
- Kudlik, A., Czerniawska, E. (2011). Indywidualne oddziaływanie muzyki na człowieka – wpływ muzyki na nastrój. W: E. Goryńska, M. Lędzińska, M. Zajenkowski (red.), *Nastrój. Modele, geneza, funkcje* (s. 248–269). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kumik, E. (2012). Postrzeganie środowiska szkolnego przez uczniów szkół muzycznych. Referat wygłoszony na I Konwencji Pedagogiki Muzyki, Gdańsk.
- Leary, M., Kowalski, R.M. (2001). *Lęk społeczny*. Gdańsk: GWP
- Lewandowska, A. (2010). Przyczyny trudności i niepowodzeń w nauce w szkołach muzycznych. W: M. Manturzevska, B. Kamińska, A.A. Nogaj (red.), *Poradnictwo psychologiczne w polskich szkołach muzycznych. Rys historyczny i współczesne kierunki działań*. Warszawa – Bydgoszcz: CEA, Wydawnictwo PZSM im. A. Rubinsteina.
- Limont, W. (2012). *Kształcenie uczniów zdolnych w polskim systemie oświaty – wybrane przykłady*. Materiały z Międzynarodowej Konferencji: Systemowe strategie kształcenia uczniów zdolnych droga do edukacji ku przyszłości. Warszawa: ORE. Pozyskano z: <https://www.ore.edu.pl/materialy-do-pobrania>
- Lopez, T.M., Martinez, J.F. (2013). Strategies to Promote Health and Prevent Musculoskeletal Injuries in Students from the High Conservatory of Music of Salamanca, Spain. *Medical Problems of Performing Artists*, 28 (2), 100–106.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2, 02 (04), 164–174.
- Ławrowska, R. (2003). *Uczeń i nauczyciel w edukacji muzycznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Łosiak, W. (2009). *Stres i emocje w naszym życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Łukaszewski, W., Doliński, D. (2005). Mechanizmy leżące u podstaw motywacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 441–468). Gdańsk: GWP.
- Łuszczynska, A., Schwarzer, R. (2008). Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności – utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno – poznawczej. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiąłkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 47–61). Gdańsk: GWP.

- Maddux, J.F. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. In: C.R. Snyder, S.J. Lopez (ed.). *Handbook of positive psychology* (p. 277–287). Oxford University Press, New York.
- Majakowicz, M., Zdun-Ryżewska, A. (2009). Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2 (2), 100–114.
- Makowska, H., Poprawa, R. (1996). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 67–100). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Mandal, E. (1991). Wyjaśnienie przyczyn sukcesów i niepowodzeń zawodowych doświadczanych przez kobiety i mężczyzn. *Przeгляд Psychologiczny*, 34 (4), 637 – 647.
- Markiewicz, L. (2008). *O sztuce pedagogiki instrumentalnej*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego.
- Masten, A.S., Powell, J.L. (2003). A Resilience Framework for Research Policy and Practice. In: S.S. Luthar (eds.), *Resilience and Vulnerability* (p. 7–28). Cambridge University Press.
- Mateusiak, J., Gwozdecka-Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie: aspekty psychologiczne* (s. 155–184). Sopot: GWP.
- McGowan, J., Gardiner, D., Fletcher, R. (2006). Positive and negative outcomes of occupational stress. *New Zealand Journal of Psychology*, 35 (2), 92–98.
Pozyskano z: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-151712801/positive-and-negative-affective-outcomes-of-occupational>
- McCormick, J., McPherson, G.E. (2003). The role of self-efficacy in a musical performance examination: an exploratory structural equation analysis. *Psychology of Music*, 31 (1), 37–51.
Pozyskano z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=2&hid=117&sid=2966280b-0f96-473babb676c37931b6%40SRCSM1-bib15up>
- McPherson, G.E., McCormick, J. (2006). Self-efficacy and performing music. *Psychology of Music*, 34 (3), 321–336.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP
- McWilliams, N. (2012). *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Migda, A. (2103). *Mistycyzm pentekostalny*. Kraków: NOMOS.

- Mirkiewicz, J. (2014). Środowisko i motywacja jako determinanty rozwoju muzycznego. *Białostockie Studia Pedagogiczno – Muzyczne*, 1, 117–145.
- Mudrecka, I. (2013). Wykorzystanie koncepcji resilience w profilaktyce niedostosowania społecznego i resocjalizacji. *Resocjalizacja Polska*, 5, 49–61.
- Nawrocka, A., Młynarski, W., Powerska-Didkowska, A., Grabara, M., Garbaciak, W., (2014). Musculoskeletal Pain Among Polish Music School Students. *Medical Problems of Performing Artists*, 29 (2), 64–69.
- Nelson, D.L, Simmons, B.L. (2003). Health psychology and work stress. More positive approach. In: J.C. Quick, L. Tetrick (eds.), *Handbook of occupational Health psychology* (p. 97–117). Washington DC: APA.
- Niewiadomska, I. (2010) Poczucie koherencji jako osobowościowy predyktor skuteczności kary pozbawienia wolności. *Przegląd Psychologiczny*, 53 (1), 83–99.
- Niewiadomska, I., Chwaszcz, J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej?* Lublin: Drukarnia TEKST spółka jawna Emilia Zonik i wspólnicy.
- Nogaj, A.A. (2014). Rola cech osobowości w edukacji muzycznej z perspektywy psychologów. *Zeszyty Psychologiczno – Pedagogiczne Centrum Edukacji Artystycznej*, 2, 47–54.
- Nogaj, A.A. (2014a). Rola mistrza w rozwoju muzycznej tożsamości młodego adepta sztuki muzycznej. W: G.E. Kwiatkowska, J. Posłuszna (red.), *Relacja mistrz – uczeń. Rozważania z perspektywy psychologii muzyki* (s. 82–97). Kraków: Wydawnictwo Aurorus.
- Nogaj, A.A. (2014b). Wsparcie pedagogiczne w edukacji muzycznej. *Psychologia Wychowawcza*, 47 (5), 91–103.
- Nogaj, A.A., Owczarz, U. (2015). Sytuacje trudne a różnice w umiejscowieniu poczucia kontroli uczniów szkół muzycznych i plastycznych. *Zeszyty Psychologiczno – Pedagogiczne Centrum Edukacji Artystycznej*, 3, 71–78.
- Nowakowska, M. (2010). Społeczno – kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby. *Sztuka Leczenia*, 20 (1–2), 43–49.
- Ogińska-Bulik, N. (2001). Zasoby osobiste jako wyznaczniki radzenia sobie ze stresem u dzieci. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica* 5, 83–93. Pozyskano z: http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3441/F7_5.pdf?sequence=1
- Oleś, M. (2010). Czynnikowa struktura jakości życia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15 (2), 262–279.

- Oleś, P.K., Drat-Ruszczak K. (2008). Osobowość. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 651–754). Gdańsk: GWP.
- Opuchnik, K., Wrzesińska, M., Kocur, J. (2009). Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska*, 13 (2), 235–245.
- Osborne, M.S., Kenny, D.T (2008). The role of sensitizing experiences in music performance anxiety in adolescent musicians. *Psychology of Music*, 34 (4), 447–462.
- Ostaszewski, K. (2005). Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych. W: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 111–137). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Ostaszewski, K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostrowski, T. M. (2006). Zdrowie jako wartość w świetle wyników badań osób zdrowych i po zawale serca. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria* (s. 99–111). Poznań: Boguski Wydawnictwo Naukowe.
- Osuchowska-Kościjańska, A., Charzyńska, K., Chądryńska, M., Drożdżyńska, A., Kasperek-Zimowska, B., Bednarek, A., Sawicka, M. (2014). Poczucie koherencji i sposoby radzenia sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą u zdrowego rodzeństwa osób chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 48 (2), 371–382.
- Papageorgi, I. (2007). The influence of the wider context of learning, gender, age, and individual differences on adolescent musicians' performance anxiety. International Symposium on Performance Science. Pozyskano z:
<http://www.performancescience.org/ISPS2007/Proceedings/Rows/39Papageorgi.pdf>
- Papageorgi, I., Hallam, S., Welch, G.F. (2007). A Conceptual Framework for Understanding Musical Performance Anxiety. *Research Studies in Music Education*, 28 (1), 83–107.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Pasikowski, T. (2008). Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiątkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 47–61). Gdańsk: GWP.
- Piątkowski, W. (2002). Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. W: W. Piątkowski, J. Barański (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (s. 23–28). Wrocław: Atut.

- Pietrzyk, A., Lizińczyk, S. (2008). Spostrzegana kontrola własnego życia a radzenie sobie z chorobą i codziennymi problemami po rocznej rehabilitacji psychospołecznej pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria Polska*, 13 (1), 59–71.
- Pituła, B. (2008). Wpływ mediów na model pracy nauczyciela. W: W. A. Sacher, A. Wąsiński (red.), *Edukacja – kultura – media. Wybrane aspekty pedagogiki kultury, muzyki i mediów* (s. 33–41). Bielsko - Biała: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji.
- Pilecka, W. (2011). Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży jako dyscyplina stosowana. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży* (s. 1–27). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecka, W., Fryt J. (2011). Teoretyczne podstawy psychologii zdrowia dzieci i młodzieży. Teoria stresu dziecięcego. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży* (s. 31–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Płaczekiewicz, B., Tucholska, S. (2009). Poczucie koherencji a zachowania zaradcze młodzieży. *Studia Psychologica UKSW*, 9, 45–56.
- Poprawa, R. (2011). Style radzenia sobie a ryzyko problemów alkoholowych wśród dorastającej młodzieży. *Przegląd Psychologiczny*, 54 (1), 67–85.
- Raducanu, C.A. (2010). *Performance anxiety in piano playing*, AMTA'10 Proceedings of the 11th WSEAS International conference Acoustics & Music : theory & applications. Wisconsin: USA, 186–189.
Pozyskano z: <http://www.wseas.us/e-library/conferences/2010/Iasi/AMTA/AMTA-33.pdf>
- Ramella, M., Fonte, F., Converti, R.M (2014). Postural Disorders in Conservatory Students: the Diosis Project. *Medical Problems of performing Artists*, 29 (1), 19–22.
- Rae, G., McCambrige, K. (2004). Correlates of performance anxiety in practical music exams. *Psychology of Music*, 32 (4), 432–439
- Ryan, C.A. (2003). A study of the differential responses of male and female children to musical performance anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 63 (7–A), 2487–2495.
- Ryan, C.A. (2004). Gender Differences in children's experience of musical performance anxiety. *Psychology of Music*, 32, 89–103.
- Ryan, C.A. (2005). Experience of musical performance anxiety in elementary school children. *International of Journal Stress Management*, 12 (4), 331–342.
- Sacher, W.A. (2007). Funkcje edukacji muzycznej w profilaktyce zaburzeń rozwojowych dzieci. W: W.A. Sacher, M. Knapik (red.), *Sztuka jako wsparcie rozwoju* (s. 69–75). Bielsko-Biała: Wyższa Szkoła Administracji.

- Schwabe, Ch. (1972). *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
- Schwarzer, R., Knoll N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In: S.J. Lopez, , C.R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 393–409). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sheridan, Ch.L, Radmacher S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Seredyńska, A. (2011). Dojrzałe mechanizmy obronne a potrzeby i wartości preferowane przez przyszłych pedagogów. *Pedagogica Christiana*, 1 (27), 145–159. Pozyskano z: <http://wydawnictwoumk.pl/czasopisma/index.php/PCh/article/view/PCh.2011.023/3036>
- Sęk, H. (2001). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 23–43), Poznań: Wydawnictwo Edukacji Humaniora.
- Sęk, H. (2002). Potoczna wiedza o stresie, a naukowe koncepcje stresu i radzenia sobie. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 15–36). Poznań: Stowarzyszenie Psychologa i Architektura.
- Sęk, H. (2009). *Wypalenie zawodowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H, Cieślak, R. (2011). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 23–43). Poznań: Wydawnictwo Edukacji Humaniora.
- Sęk, H., Ścigała, I. (2000). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 133-148). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sękowski, A.E. (2000). *Osiągnięcia uczniów zdolnych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Sękowski, A.E. (2004). Psychologiczne uwarunkowania wybitnych zdolności. W: A.E. Sękowski (red.), *Psychologia zdolności. Współczesne kierunki badań* (s. 30–46). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Sierszeńska-Leraczyk, M. (2011). Od czego zależy sukces w muzyce. W: E. Czerniawska (red.), *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu człowieka muzyki na człowieka* (s. 161–184). Warszawa: Difin.
- Słowik, P. (2003). Stres psychologiczny w ujęciu relacyjnym – wybrane koncepcje. *Sztuka Leczenia*, 9 (3–4), 47–57.
- Sosnowski, T., Wrześniewski, K. (1987). Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – polska adaptacja testu STAI. Podręcznik. Laboratorium Technik Diagnostycznych. PTP, Warszawa.
- Skinner, N., Brewer, N. (2002), Dynamicsof treat and challange appraisal prior to stresfull achievement events. *Journal of personality and Social Psychology*, 83 (3), 678–692.
- Snyder, M. (1982). Self-Monitoring Processes. In: W.L. Berkowitz (eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (t. 12, p. 85–128). New York: Academic Press.
- Spahn, C., Strukely, S., Lehman, A. (2004). Health Conditions, Attitudes Toward Study and Attitudes Toward Health at the Beginning of University Study: Music Students in Comparsion with Other Student Populations. *Medical Problems of Performing Artists*, 19 (1), 26–33.
- Spahn, C. Nusseck, M., Zander, M. (2014). Long – Term Analysis of Health Status and Preventive Behaviour in Music Students Across an Etnire University Program. *Medical Problems of Performing Artists*, 29 (1), 8–15.
- Spencer, M., Śmieszchalska, J. (2013). L'influence des voyages et de la préparation physique préventive sur les douleursèprouvées par les musiciens. Deuxétudes èpidèmiologiques. *Medicine des arts*, 74.
- Stączek, M. (2012). *Trema eliminuje vs. Eliminuj tremę*. Pozyskano z:
<http://www.stoslow.pl/blog/sto-slow/item/183-trema-eliminuje-vs-eliminuj-treme>
- Stoeber, J., Eismann, U. (2007). Perfectionism in Young musicians: relations with Motivation, effort, achievement, and distress. *Personality and Individual Differences*, 43 (8), 2182–2192.
- Strauchmann, R. (2014). *Trudno jest być poważnym muzykiem*, Reportaż. Pozyskano z:
<http://www.nto.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20140114/REPORTAZ/140119974>
- Sternbach, D.J. (2008). Stress in the lives of music students. *Music Educators Journal*, 94 (3), 42–48.
- Strelau, J. (2006). *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Strelau, J (2006a). *Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk, GWP.

- Szczepaniak, P., Jaworowska, A., Strelau, J., Wrześniewski, K. (2005). *CISS. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Szulc, M., Olszak, A. (2012). Wybrane psychologiczne wyznaczniki tremy koncertujących muzyków profesjonalistów i amatorów. *Estetyka i Krytyka*, 25 (2), 201–230. Pozyskano z: http://estetykaikrytyka.pl/art/25/eik_25_12.pdf
- Szymańska, J., Zamecka, J. (2002). Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym* (s. 19–32). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Ściagała, I. (1991). Twórczość i zdrowie psychiczne we współczesnej myśli kreatywistycznej. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 5–17). Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. A. Mickiewicza
- Śmieszchalska, J. (2015). Profilaktyka dolegliwości wynikających ze specyfiki gry na instrumentach muzycznych – nowe wyzwanie dla nauczycieli. *Zeszyty Psychologiczno – Pedagogiczne Centrum Edukacji Artystycznej*, 3, 55–70.
- Tamborrino, R.A. (2001). An examination of performance anxiety associated with solo performance of college-level music majors. *Dissertation Abstracts International*, 62 (5–A), 1636.
- Terelak, J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Weiner, A. (2014). Nauka gry na instrumencie – relacja nauczyciel – uczeń. W: G.E. Kwiatkowska, J. Posłuszna (red.), *Relacja mistrz – uczeń. Rozważania z perspektywy psychologii muzyki* (s. 70–81). Kraków: Wydawnictwo Aurerus.
- Wills, D. (2011). *Metamorfozy. Marilyn Monroe*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak
- Wilson, G.D. (2002). *Psychology for performing artists*. London, UK: Whurr.
- Wise, J.B. (2007). Testing a theory that explains how self-efficacy beliefs are formed: Predicting self-efficacy appraisals across recreation. *Journal of Social and Clinical Psychology* 26, 829–836.
- Wojtyna, E., Stawiarska, P. (2013), *O współczesnym rozumieniu zdrowia*. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie: aspekty psychologiczne* (s. 51–77). Sopot: GWP.
- Wolfe, M.L. (1989). Correlates of Adaptive and Maladaptive Musical Performance Anxiety. *Medical Problems of Performing Artists* 4, 49–56.

- Woynarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik Akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrona-Polańska, H. (1989). Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczką. *Polski Tygodnik Lekarski*, 44, 446–448.
- Wrona-Polańska, H. (2002). Kreowanie własnego zdrowia w procesie radzenia sobie ze stresem. *Sztuka Leczenia*, 13 (3), 101–107.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Wrona-Polańska, H. (2004). *Trema jako specyficzny rodzaj stresu w kontekście zdrowia – perspektywa psychologiczna*. Referat wygłoszony na XXX Międzynarodowych Kursach Muzycznych im. Zenona Brzewskiego. Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2006). *Stres – definicja, diagnoza, próby opanowania*. Referat wygłoszony na XXXII Międzynarodowych Kursach Muzycznych im. Zenona Brzewskiego, Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2006a). Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. *Sztuka Leczenia*, 13 (1–2), 19–31.
- Wrona-Polańska, H. (2008). *O tremie, jej uwarunkowaniach i sposobach radzenia sobie z nią*. Referat wygłoszony na XXXIV Międzynarodowych Kursach Muzycznych, Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2009). *Sposoby radzenia sobie z tremą*. Referat wygłoszony na XXXV Międzynarodowych Kursach Muzycznych, Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2009a). Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna. W: H. Wrona-Polańska i J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej* (s. 11–26), Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2010). *Sposoby radzenia sobie z tremą a zdrowie*. Referat wygłoszony na XXXVI Międzynarodowych Kursach Muzycznych, Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2011a). *Jak radzić sobie z tremą i zachować zdrowie*. Referat wygłoszony na XXXVII Międzynarodowych Kursach Muzycznych, Łańcut.
- Wrona-Polańska, H. (2012). *Skuteczne radzenie sobie z tremą jako forma promocji zdrowia*. Referat wygłoszony na XXXIII Międzynarodowych Kursach Muzycznych, Łańcut.

- Wrona-Polańska, H. (2012a). *Między zdrowiem i chorobą – Psychologiczne uwarunkowania zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Materiały z Konferencji „WJASC”. Kraków. Pozyskano z:
http://www.up.krakow.pl/main/htmlarea/uploaded/konferencje/konf_KPZ_20120301.pdf
- Wrona-Polańska, H., (2012b). Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka* (s. 12–29). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wrona-Polańska, H., (2013). *Sposoby radzenia sobie z treścią w kontekście zdrowia*. Referat wygłoszony na XXXIX Międzynarodowych Kursach Muzycznych
- Wrona-Polańska, H. (2013a). *Jak skutecznie radzić sobie z treścią*. Referat wygłoszony na I Ogólnopolskim Konkursie Skrzypcowym „Młody Wirtuoz”, Kraków.
- Wrona-Polańska, H. (2013b). *Skuteczne radzenie sobie z treścią – czy jest możliwe?* Referat wygłoszony na Konferencji Naukowej: Muzyka – Sztuka – Media, Kraków.
- Wrona-Polańska, H. (2014). *Jak skutecznie radzić sobie z treścią i utrzymać zdrowie?* W: M. Stępińska (red.), *Międzynarodowe Kursy Muzyczne im. Zenona Brzewskiego w Łańcucie: interpretacja – pedagogika* (217–233). Warszawa, Wydawnictwo: Centrum Edukacji Artystycznej.
- Wrona-Polańska, H. (2016). *Treść jako specyficzny rodzaj stresu w kontekście zdrowia holistycznego*. Referat wygłoszony na II Konferencji Psychologii Klinicznej: Oblicza integracji w obszarach teorii i praktyki psychologii klinicznej, Poznań.
- Wrona-Polańska, H. (2016a). *Zdrowie nauczyciela w zmieniającym się świecie XXI wieku*. Referat wygłoszony na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej z udziałem gości zagranicznych: Teoria i praktyka pedagogiczna w zmieniającej się rzeczywistości. Kraków.
- Wrona-Polańska, H., Curyło-Sikora, P. (2012). *Zasoby podmiotowe i radzenie sobie z treścią rytmiczek w aspekcie promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna*. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka* (255–278). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M. (2009). *Personal resources and coping with stage fright in the context of health promotion – From Knowledge to Interventions*, 23 Annual Conference of the European Health Psychology Society in Collaboration with the Italian Society of Health Psychology (SIPSA), Pisa.

- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M. (2010). *Effective coping with stage fright as a form of health promotion – Health in Context*, 24 Annual Conference of the European Health Psychology Society, Cluj-Napoca.
- Wrona-Polańska, H. Polańska, M., Polański, M. (2011). *The role of personal resources in effective coping with stage fright*, 25 Annual Conference of the European Health Psychology Society, Hersonisoss.
- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M. (2012). Znaczenie muzyki w życiu człowieka. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka* (s. 214–225). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M., (2012a). *Effective coping with stage fright and health*, 26 Annual Conference of the European Health Psychology Society, Prague.
- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M., (2014). *Coping with stage fright in the context of health promotion*, 28 Conference EHPS, Innsbruck.
- Wrona-Polańska, H, Polańska, M., Polański, M., (2016). *Coping with stage fright and health of students from music schools*, 30 Conference EHPS, Aberdeen.
- Wroński, T. (1996). *Techniki gry skrzypcowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wroński, T. (1979). *Zdolni i niezdolni. O grze i antygrze na skrzypcach*. Kraków: PWM.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemu teoretyczne i metodologiczne* (s. 44–64). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenc, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wynn Parry, C.B. (2003). Prevention of Musicians' Hand Problems. *Hand Clin.*, 19 (2), 317–324. Pozyskano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12852674>
- Wynn Parry, C.B. (2004). Managing the physical demands of music performance. W: A. Williamon (eds.), *Musical excellence: Strategies and Techniques to Enhance Performance* (s. 41–60). New York: Oxford University Press.
- Yagisan, N. (2009). A Survey of Music Performance Anxiety among Turkish Music Students, *Turkish Journal of Music Education*, 2 (1), 2–11.
- Yoshimura, E., Paul, P. M., Aerts, C., Cheskey, K. (2006). Risk factor for piano related pain among college students. *Medical Problem of Performing Artists*, 21 (3), 118–125.
- Zabuska, A. (2009), *Natura tremy*. Pozyskano z: <http://www.muzyk.ntr.pl/artukul.php?id=243>

- Zadworna-Cieślak, M., Gutowska-Wyka, A. (2009). Poczucie koherencji jako zasób sprzyjający zachowaniom zdrowotnym młodzieży – przesłanki dla zadań edukacyjnych i wychowawczych. W: E. Przegrodzka, I. Chmielewska (red.), *Nauczyciele wobec wyzwań współczesności* (s. 107–120). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej.
- Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży - uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Warszawa: Difin.
- Zalewska-Puchała, J., Majda, A., Korzonek, R. (2013). Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (4), 504–511. Pozyskano z:
<http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/viewFile/34260/26545>
- Zander, M.F., Voltmer, E., Spahn, C. (2010). Health Promotion and Prevention in Higier Music Education (Results of Longitudinal Study). *Medical Problems of Performing Artists*, 25 (2), 54–65.
- Zaza, C. (1998). Playing-related musco-skeletal disorders in musicans: a systematic review of incidence and prevalence. *CMAJ*, 158 (8), 1019–1025.

Streszczenie

Celem pracy jest poznanie psychologicznych mechanizmów wiodących do zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie, której kształcenie łączy się z wieloma sytuacjami angażującymi psychofizyczny potencjał muzyka, prowadzącymi do doświadczania specyficznego rodzaju stresu jakim jest trema.

W literaturze istnieje wiele badań wskazujących na prozdrowotną rolę muzyki i aktywności muzycznej, która znajduje odzwierciedlenie zarówno w stanie somatycznym, jak i psychicznym jednostki (Klimas-Kuchtowa, 2012; Sacher 2007; Wrona-Polańska, Polańska i Polański, 2012). Z drugiej strony analizy empiryczne ukazują, że problemy zdrowotne muzyków, pojawiają się już na etapie kształcenia muzycznego (Brandfonbrener, 2009; Spencer i Śmieszchalska, 2013) i pogłębiają z każdym rokiem praktyki muzycznej (Ramella, Fonte i Converti, 2014). Kształcenie, o którym mowa łączy się z wieloma wymaganiami, angażującymi cały potencjał ucznia – jego możliwości psychiczne i fizyczne (Głuska, 2010; Śmieszchalska, 2015). System kształcenia muzycznego uznawany jest, ze względu na psychofizyczne wymagania, którym musi sprostać ucząca się młodzież za wysoce stresogenny (Jankowski, 2001, Sternbach 1995, za: Kenny i in. 2004), a jego specyfika wiąże się z funkcjonowaniem w warunkach stałej ekspozycji społecznej oraz oceny, prowadząc do doświadczania tremy (m. in. przesłuchania, egzaminy semestralne i końcoworoczne, konkursy, popisy, projekty muzyczne).

Rozumienie tremy w kategoriach modelu biomedycznego – jako zjawiska wyłącznie niekorzystnie wpływającego na funkcjonowanie i zdrowie muzyka ma charakter redukcjonistyczny. Występ publiczny (także przygotowanie do niego i jego retrospekcja) jest elementem codziennej aktywności kształcącej się młodzieży. Z tego względu w rozprawie podjęto rozważania na temat tremy i konsekwencji do jakich może prowadzić, umieszczając nie chorobę, a zdrowie w centrum zainteresowania.

W pracy przyjęto za Wroną-Polańską (2004, 2008, 2014, 2016) systemowe rozumienie tremy. Zgodnie z nim jest ona specyficznym rodzajem stresu, związanym z występem publicznym (rozumianym jako sytuacja stresowa, w której zachodzi relacja między możliwościami wykonawcy a wymaganiami sytuacji), który może sprzyjać zdrowiu muzyka.

Podstawę teoretyczną podjętych badań stanowił Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003), w którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, zależnego od posiadanych zasobów podmiotowych, będących kluczowymi psychologicznymi mechanizmami sprzyjającymi zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003). Zasoby trzema ścieżkami

prowadzą do zdrowia – kompetencyjną (poprzez skuteczne radzenie sobie) i emocjonalną (za pośrednictwem pozytywnych emocji), które równoważą ścieżkę napięciową, zagrażającą zdrowiu.

W badaniach wzięło udział 132 uczniów ogólnokształcącej szkoły muzycznej II stopnia. Zdrowie określono wykorzystując zoperacjonalizowaną definicję zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, s.116). Zgodnie z nią, za wskaźniki zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie przyjęto: poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, poczucie braku zmęczenia oraz poczucie osobistych osiągnięć. Suma poszczególnych zmiennych stanowi ogólną zmienną zdrowie. W celu określenia poziomu zdrowia wykorzystano metodę wywiadu standaryzowanego skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy w oparciu o Kwestionariusz Wydarzeń Stresowych (KWS) H. Wrony-Polańskiej (2003).

Tremę zoperacjonalizowano przy użyciu dwóch wskaźników: poziomu tremy (lęku w sytuacji występu) oraz objawów somatycznych, poznawczych i emocjonalnych. W celu określenia pierwszego wskaźnika posłużono się skalą X – 1, kwestionariusza STAI służącego do badania stanu lęku, natomiast do oceny poszczególnych objawów zastosowano zbiór pytań umieszczonych w wywiadzie standaryzowanym. Sposoby radzenia sobie z treścią zbadano przy użyciu Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa N.S. Endlera i J.D.A. Parkera. Zasoby mierzono metodami kwestionariuszowymi (poczucie koherencji – SOC-29 A. Antonovsky’ego; poczucie kontroli – Kwestionariusz Mechanizmów Kontroli B. Bryanta; samoocena – Skala Samooceny M. Rosenberga; poziom lęku dyspozycyjnego – STAI, X –2) oraz wywiadu standaryzowanego (poczucie wsparcia i poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z treścią).

Przeprowadzone analizy statystyczne ukazały, że ponad ¼ młodzieży uzdolnionej muzycznie ocenia swoje zdrowie jako złe. Więcej niż połowa doświadcza wysokiego poziomu tremy, przejawiającej się w formie objawów emocjonalnych, poznawczych i somatycznych. Średnio co trzeci uczeń ma wysoki poziom lęku dyspozycyjnego, niskie poczucie koherencji, oraz niskie poczucie skuteczności w radzeniu sobie z treścią, a co czwarty charakteryzowany jest przez niskie poczucie własnej wartości oraz kontroli, a także brak poczucia wsparcia. Dalsze analizy pozwoliły na określenie predyktorów zdrowia, tremy i sposobów radzenia sobie z treścią, a także umożliwiły stworzenie modelu zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią. Otrzymane wyniki potwierdziły Funkcjonalny Model Zdrowia wskazując, że psychologicznymi mechanizmami zdrowia w grupie badanych uczniów są zasoby podmiotowe, które sprzyjają przeżywaniu tremy na optymalnym poziomie oraz przeciwdziałają radzeniu skoncentrowanemu na emocjach, które zagraża zdrowiu.

Uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do konstruowania programów edukacyjnych i promujących zdrowie dla młodzieży uzdolnionej muzycznie, skoncentrowanych na podejmowaniu oddziaływań o charakterze systemowym, ukierunkowanych na promowanie zdrowej rodziny i szkoły, tworzenie warunków sprzyjających edukacji oraz rozwijanie indywidualnych sposobów wspomagania zdrowia.

Spis tabel

Tabela 1. Mierzone zmienne według grup tematycznych i ich operacjonalizacja.....	80
Tabela 2. Zastosowane techniki badawcze w kontekście badanych zmiennych	88
Tabela 3. Wartości podstawowych statystyk opisowych w całej grupie badanej zmiennych: wiek, staż edukacji muzycznej oraz ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu.....	89
Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy ze względu na płeć, wiek oraz ilość czasu poświęconego na przygotowanie do zajęć z instrumentu	89
Tabela 5. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących zdrowie i jego wskaźniki – wyniki surowe.....	91
Tabela 6. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie zdrowia – na podstawie wyników stenowych	92
Tabela 7. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie spokoju – na podstawie wyników stenowych	94
Tabela 8. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie braku zmęczenia – na podstawie wyników stenowych.....	96
Tabela 9. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie osobistych osiągnięć – na podstawie wyników stenowych	98
Tabela 10. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej poczucie jakości życia – na podstawie wyników stenowych	100
Tabela 11. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla ogólnej zmiennej zdrowie – na podstawie wyników stenowych	102
Tabela 12. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi zdrowie oraz globalną zmienną zdrowie	102
Tabela 13. Wartości podstawowych statystyk opisowych – twierdzenia opisujące zdrowie..	105
Tabela 14. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących wskaźniki tremy - wyniki surowe	106
Tabela 15. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla wskaźników zmiennej trema – na podstawie wyników stenowych	107
Tabela 16. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi tremę	107
Tabela 17. Rozkład procentowy sposobu rozumienia tremy przez młodzież uzdolnioną muzycznie wraz z wypowiedziami	108

Tabela 18. Zależności między aspektem czasowym tremy a towarzyszącymi mu stanami emocjonalnymi oraz sposobem myślenia na podstawie wypowiedzi osób badanych.....	110
Tabela 19. Wartości podstawowych statystyk opisowych zmiennych opisujących style radzenia sobie z tremą – wyniki surowe	111
Tabela 20. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej style radzenie sobie ze tremą – na podstawie wyników stenowych.....	111
Tabela 21. Wartości podstawowych statystyk opisowych dla zmiennych opisujących zasoby – wyniki surowe.....	112
Tabela 22. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej samoocena – na podstawie wyników stenowych	112
Tabela 23. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane dla zmiennej zasoby – na podstawie wyników stenowych	113
Tabela 24. Współczynniki korelacji między poczuciem koherencji i jej składnikami.....	113
Tabela 25. Współczynniki korelacji między poczuciem kontroli i jej typami.....	114
Tabela 26. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czyje wsparcie w związku z sytuacją występu jest dla Ciebie pomocne?”	116
Tabela 27. Współczynniki korelacji między ogólną zmienną zdrowie oraz jej wskaźnikami a wskaźnikami opisującymi tremę.....	121
Tabela 28. Wyniki analizy regresji dla wskaźników tremy jako predyktorów zdrowia	121
Tabela 29. Współczynniki korelacji między zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stylami radzenia sobie z tremą.....	122
Tabela 30. Wyniki analizy regresji dla stylów radzenia sobie z tremą jako predyktorów zdrowia	123
Tabela 31. Współczynniki korelacji między stylami radzenia sobie z tremą a zasobami	124
Tabela 32. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów zadaniowego radzenia sobie z tremą.....	126
Tabela 33. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów emocjonalnego radzenia sobie z tremą	126
Tabela 34. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów radzenia sobie z tremą poprzez angażowanie się w czynności zastępcze	127
Tabela 35. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów radzenia sobie z tremą poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.....	127
Tabela 36. Współczynniki korelacji między wskaźnikami tremy a zasobami.....	129
Tabela 37. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów tremy	130

Tabela 38. Współczynniki korelacji między ogólną zmienną zdrowie oraz jej wskaźnikami a zasobami.....	131
Tabela 39. Wyniki analizy regresji dla zasobów jako predyktorów zdrowia.....	132
Tabela 40. Wskaźniki dopasowania modelu	134
Tabela 41. Standaryzowany wpływ pośredni uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie.....	136

Spis rycin

Rycina 1. Paradygmaty i modele zdrowia oraz ich konsekwencje. Źródło: H. Wrona-Polańska (2006a).	32
Rycina 2. Czteroczynnikowy Model Spostrzeganej Kontroli Bryanta. Opracowanie własne.	55
Rycina 3. Funkcjonalny Model Zdrowia i jego uwarunkowań. Źródło: H. Wrona-Polańska (2003, s. 100).	64
Rycina 4. Model zdrowia w całej badanej grupie. Źródło: Wrona-Polańska, 2003, s. 210.	65
Rycina 5. Model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z tremą. Opracowanie własne na podstawie Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003, s.100).	77
Rycina 6. Poczucie jakości życia a płęć	117
Rycina 7. Poziom tremy a płęć	118
Rycina 8. Objawy tremy a płęć	118
Rycina 9. Objawy poznawcze tremy a płęć	118
Rycina 10. Objawy emocjonalne tremy a płęć	118
Rycina 11. Objawy somatyczne tremy a płęć	118
Rycina 12. Styl zadaniowy a płęć	119
Rycina 13. Styl emocjonalny a płęć	119
Rycina 14. Poczucie koherencji a płęć	119
Rycina 15. Poczucie kontroli a płęć	119
Rycina 16. Kontrola (zmaganie się) a płęć	119
Rycina 17. Kontrola (doznawanie) a płęć	119
Rycina 18. Samoocena a płęć	120
Rycina 19. Poczucie skuteczności a płęć	120
Rycina 20. Ogólmy model zdrowia młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z tremą.	133
Rycina 21. Standaryzowany wpływ bezpośredni uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie. Nad strzałkami podaje się wartości β . Ze względu na czytelności ryciny, umieszczono na niej tylko wartości istotne. Wszystkie wyniki znajdują się w aneksie w tabeli A.47 (załącznik 6).	135

Aneks

Załącznik 1 Wywiad standaryzowany

Załącznik 1a Klucz do wywiadu standaryzowanego

Załącznik 2 Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa i Shapiro-Wilka

Załącznik 3 Szczegółowe rozkłady wyników badanych zmiennych w przeliczeniu na steny

Załącznik 4 Wyniki testu U Manna-Whitney'a (płeć a badane zmienne)

Załącznik 5 Wyniki testów weryfikujących założenia analizy regresji

Załącznik 5a. Wykresy reszt względem wartości przewidywanych

Załącznik 5b Wyniki statystyk współliniowości oraz statystyki Durbina-Watsona

Załącznik 5c Wyniki analiz odległości Mahalanobisa oraz Cooka

Załącznik 6 Wyniki modelowania strukturalnego

ZAŁĄCZNIK 1 WYWIAD STANDARYZOWANY

Poniżej znajduje się szereg pytań. Proszę ustosunkuj się do nich zaznaczając właściwą odpowiedź. W większości przypadków należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź, w kilku pytaniach można zaznaczyć ich więcej - w takiej sytuacji obok pytania znajduje się informacja: „Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź”. Zanim przystąpisz do pracy proszę o udzielenie kilku informacji:

Wiek:

Płeć (zakreśl właściwe): K M

Staż edukacji muzycznej (napisz ile lat uczęszczasz do szkoły muzycznej):

Czas poświęcony na przygotowanie do zajęć z instrumentu (napisz ile godzin dziennie poświęcasz na przygotowanie się do zajęć z instrumentu):

1. Jak często odczuwasz różnego rodzaju dolegliwości?

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) bardzo rzadko

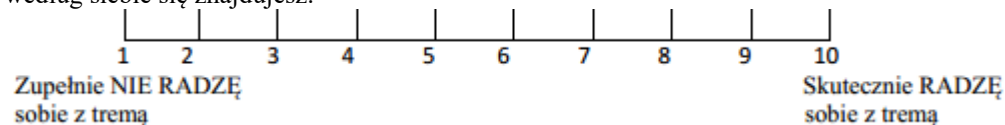
4. Jak często doświadczasz sytuacji w których odczuwasz zdenerwowanie/napięcie?

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) bardzo rzadko

7. Jak często odczuwasz bezsilność w realizacji zamierzonych planów.

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) bardzo rzadko

2. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie zupełnie nie radzący sobie z tremą, a na przeciwległym skutecznie radzący sobie z tremą. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.



5. Czy czujesz się wyczerpana/y codziennymi obowiązkami?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

8. Czy Twój stan zdrowia ogranicza Ci możliwość wykonywania niektórych czynności?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

Uzasadnij dlaczego:

3. Dokończ rozpoczęte zdania pierwszą myślą jaka przychodzi Ci do głowy:

Zdrowie jest jak...

Moje zdrowie...

Ludzie zdrowi...

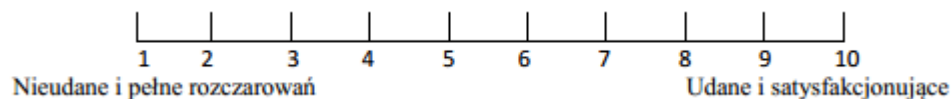
6. Czy są w Twoim otoczeniu ludzie, którzy ofiarują Ci pomoc, kiedy jej potrzebujesz?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

9. Jak często gdy wstajesz rano czujesz, że to będzie kolejny męczący i monotony dzień.

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) bardzo rzadko

10. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie oceniający swoje dotychczasowe życie jako nieudane i pełne rozczarowań, a na przeciwległym jako bardzo udane i satysfakcjonujące. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.



Uzasadnij dlaczego:

11. Czyje wsparcie w związku z sytuacją występu jest dla Ciebie pomocne?

(Możesz zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)

- a) przyjaciół
- b) nauczycieli
- c) lekarza
- d) psychologa/ pedagoga
- e) rodziny
- f) kogoś innego (napisz kogo)...

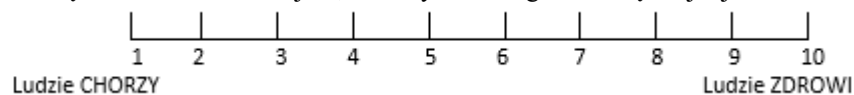
12. Określiłabyś/byś siebie jako osobę:

- a) nerwową - bardzo łatwo wyprowadzić mnie z równowagi
- b) raczej nerwową - często coś mnie wyprowadza z równowagi
- c) raczej spokojną - rzadko coś mnie wyprowadza z równowagi
- d) spokojną, raczej nic nie wyprowadza mnie z równowagi

13. Dokończ rozpoczęte zdanie pierwszą myślą jaka przychodzi Ci do głowy:

Z treścią próbuję radzić sobie poprzez...

14. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie chorzy, a na przeciwległym zdrowi. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.



Uzasadnij dlaczego:

15. Czy masz poczucie, że Twoje kompetencje są wystarczające.

- a) zdecydowanie nie
- b) raczej nie
- c) raczej tak
- d) zdecydowanie tak

16. Jak często czujesz się wypoczęta/y?

- a) bardzo rzadko
- b) rzadko
- c) często
- d) bardzo często

17. Czy masz jakieś problemy zdrowotne mogące Twoim zdaniem wynikać z rodzaju podjętego przez Ciebie kształcenia muzycznego?

Tak / Nie

Jeśli tak to jakie?...

18. Dokończ rozpoczęte zdanie pierwszą myślą jaka przychodzi Ci do głowy:

Treść jest dla mnie...

19. Czy masz poczucie, że wśród ludzi, są tacy, którzy z reguły Cię rozumieją.

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

20. Czy uważasz, że Twoje życie zgodne jest z Twoimi oczekiwaniami?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

21. Czy sytuacji występu jesteś pewna/pewien, że dobrze wykonasz swoje zadanie.

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

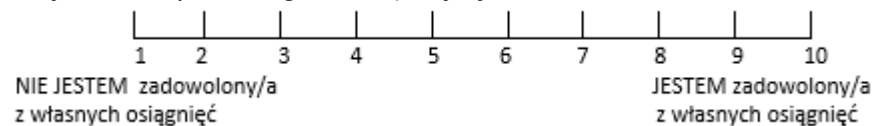
22. Jak często towarzyszy Ci myśl, że gdybyś mogła/ mógł to zmieniłabyś/zmieniłbyś rodzaj szkoły.

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) bardzo rzadko

23. Czy uważasz, że jesteś w stanie opanować nieprzyjemne doznania, które towarzyszą Ci w związku z występem?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

24. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie niezadowoleni z własnych osiągnięć, a na przeciwległym ludzie zadowoleni z własnych osiągnięć. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.



Uzasadnij dlaczego

25. Dokończ zdania pierwsza myślą, jaka przychodzi Ci do głowy:

Przed występem:

Czuję

Myślę

W trakcie występu:

Czuję

Myślę

Po występie:

Czuję

Myślę

26. Kiedy nie dajesz sobie z czymś rady, czy masz poczucie, że są tacy, którzy Ci pomogą?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

27. Czy obowiązki związane z nauką sprawiają, że czujesz coraz większe niezadowolenie i niechęć w związku z jej podejmowaniem.

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

28. Czy kiedy „jest Ci źle” inni okazują Ci sympatię?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

29. Czy uważasz, że to czego dotychczas dokonałaś/eś w życiu było warte wysiłku i zaangażowania.

- a) zdecydowanie nie
- b) raczej nie
- c) raczej tak
- d) zdecydowanie tak

30. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- a) bardzo zły, czuję się chory
- b) zły, często mi coś dolega
- c) dobry, rzadko mi coś dolega
- d) bardzo dobry, nic mi nie dolega

31. W której z sytuacji odczuwasz „napięcie” (przyjemne pobudzenie lub też stan dyskomfortu)? (możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- a) przed występem,
- b) w trakcie występu,
- c) po występie

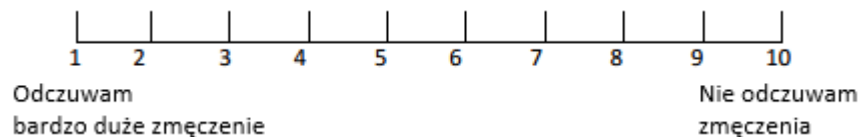
32. Czy swoje codzienne życie określiłabyś jako sprawiające Ci radość?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

33. Czy nauka jest dla Ciebie źródłem stresu/napięcia?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

34. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie nie odczuwający zmęczenia po dniu pracy/ nauki, a na przeciwległym odczuwający bardzo duże zmęczenie. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.

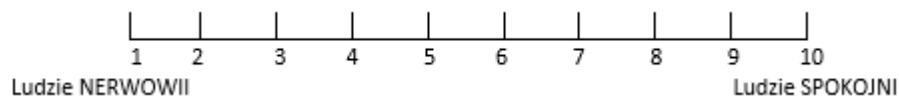


Uzasadnij dlaczego

35. Używając poniższej skali 7-punktowej wskaż – w jakim stopniu zgadzasz się z treścią podanych stwierdzeń. Wpisz właściwe dla siebie cyfry przy stwierdzeniach po prawej stronie (1 oznacza zupełnie się nie zgadzam, 7 – zgadzam się całkowicie)

Stwierdzenia:	Wpisz cyfry od 1 – 7
1. Nie ma nic ważniejszego niż własne zdrowie	
2. Dobre zdrowie jest sprawą drugorzędną w szczęśliwym życiu	
3. Jeśli nie masz zdrowia to nie masz niczego	
4. „Jest wiele rzeczy, o które troszczę się bardziej niż o swoje zdrowie”	
5. „Od mojego zdrowia zależą moje dotychczasowe oraz przyszłe osiągnięcia i sukcesy w życiu”	
6. „Powiniennem w zasadniczy sposób zmienić swój stosunek do własnego zdrowia”	

36. Poniżej znajduje się linia na jednym jej krańcu są ludzie nerwowi, a na przeciwległym spokojni. Proszę zaznaczyć na linii miejsce, w którym według siebie się znajdujesz.



Uzasadnij dlaczego:

W stwierdzeniach 37-45 proszę określić w jakim stopniu poniższe doznania towarzyszą Ci w związku z sytuacją występu, gdzie:

1-nigdy, 2-bardzo rzadko, 3-rzadko, 4-często, 5-bardzo często
6-zawsze

37. Mam poczucie, że jestem drażliwa/y i łatwo mnie wyprowadzić z równowagi

1 2 3 4 5 6

38. Odczuwam różne uciążliwe dolegliwości w ciele (np. bóle brzucha, suchość w ustach, pocenie się)

1 2 3 4 5 6

39. Towarzyszy mi myśl, że coś się nie powiedzie, że popełnię błąd

1 2 3 4 5 6

40. Mam poczucie „rozdygotania wewnętrznego”

1 2 3 4 5 6

41. Odczuwam przyspieszone bicie serca i sploty oddech

1 2 3 4 5 6

42. Trudno zebrać mi myśli i skoncentrować się.

1 2 3 4 5 6

43. Jestem zaniepokojona/y

1 2 3 4 5 6

44. Odczuwam napięcie mięśni, drżenie np. rąk, „niepokój ruchowy”

1 2 3 4 5 6

45. Mam poczucie, że „nic nie pamiętam”

1 2 3 4 5 6

ZAŁĄCZNIK 1a KLUCZ DO WYWIADU STANDARYZOWANEGO

Zmienna	Ilość pozycji	Pozycja	Przedział punktowy	Możliwe do uzyskania punkty
ZDROWIE				
Poczucie zdrowia	4	1, 8, 30	a) 0 b) 2 c) 4 d) 6	1 – 28
		14 (skala szacunkowa)	1 – 10	
Poczucie spokoju	4	4, 12, 33	a) 0 b) 2 c) 4 d) 6	1 – 28
		36 (skala szacunkowa)	1 – 10	
Poczucie braku zmęczenia	3	5, 16	a) 0 b) 2 c) 4 d) 6	1 – 22
		43 (skala szacunkowa)	1 – 10	
Poczucie jakości życia	3	20, 32	a) 6 b) 4 c) 2 d) 0	1 – 22
		10 (skala szacunkowa)	1 – 10	
Poczucie osobistych osiągnięć	7	7, 9, 15, 22, 27, 29	a) 0 b) 2 c) 4 d) 6	1 – 46
		24 (skala szacunkowa)	1 – 10	
Ogólna zmienna zdrowie	24 21 analiza ilościowa 3 analiza jakościowa	Suma wyników uzyskanych w poszczególnych wskaźnikach 3, 17, 35		5 – 146
TREMA				
Objawy emocjonalne	3	37, 40, 43	1 – 6	3 – 18
Objawy poznawcze	3	39, 42, 45	1 – 6	3 – 18
Objawy somatyczne	3	38, 41, 44	1 – 6	3 – 18
Objawy (suma)	9	Suma wyników uzyskanych w poszczególnych objawach		9 – 54
Trema	3 analiza jakościowa	18, 25, 31		
POCZUCIE SAMOSKUTECZNOŚCI w RADZENIU SOBIE Z TREMĄ				
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z tremą	4 3 analiza ilościowa	21, 23	a) 6 b) 4 c) 2 d) 0	1 – 22
		2 (skala szacunkowa)	1 -10	
	1 analiza jakościowa	13		

Zmienna	Ilość pozycji	Pozycja	Przedział punktowy	Możliwe do uzyskania punkty
POCZUCIE WSPARCIA				
Poczucie wsparcia	5 4 analiza ilościowa	6, 19, 26, 28	a) 6 b) 4 c) 2 d) 0	0 – 24
	1 analiza jakościowa	11		

ZAŁĄCZNIK 2

WYNIKI TESTU KOŁMOGOROWA-SMIRNOWA ORAZ SHAPIRO-WILKA

Tabela A.1. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką istotności Lillieforsa oraz testu Shapiro-Wilka

	Kołmogorow-Smirnow			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	Df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
Ogólna zmienna zdrowie	0,071	132	0,098	0,978	132	0,032
Poczucie zdrowia	0,144	132	0,000	0,954	132	0,000
Poczucie spokoju	0,087	132	0,016	0,985	132	0,157
Poczucie jakości życia	0,129	132	0,000	0,967	132	0,003
Poczucie braku zmęczenia	0,143	132	0,000	0,916	132	0,000
Poczucie osobistych osiągnięć	0,096	132	0,005	0,972	132	0,008
Poziom tremy	0,086	132	0,019	0,970	132	0,005
Objawy somatyczne	0,111	132	0,000	0,935	132	0,000
Objawy emocjonalne	0,077	132	0,054	0,972	132	0,008
Objawy poznawcze	0,119	132	0,000	0,953	132	0,000
Objawy (suma)	0,086	132	0,018	0,965	132	0,002
Styl zadaniowy	0,080	132	0,040	0,961	132	0,001
Styl emocjonalny	0,063	132	0,200*	0,980	132	0,053
Styl unikowy	0,078	132	0,047	0,979	132	0,035
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,113	132	0,000	0,976	132	0,021
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,111	132	0,000	0,972	132	0,009
Poczucie koherencji	0,078	132	0,046	0,976	132	0,021
Poczucie zrozumiałości	0,084	132	0,023	0,969	132	0,004
Poczucie zaradności	0,110	132	0,001	0,978	132	0,028
Poczucie sensowności	0,103	132	0,002	0,953	132	0,000
Poczucie kontroli	0,119	132	0,000	0,977	132	0,026
Unikanie	0,157	132	0,000	0,947	132	0,000
Zmaganie się	0,160	132	,000	,960	132	0,001
Utrzymywanie	0,134	132	,000	,976	132	0,020
Doznawanie	0,107	132	,001	,969	132	0,004
Samocena	0,078	132	,045	,980	132	0,046
Poczucie wsparcia	0,113	132	,000	,946	132	0,000
Lęk dyspozycyjny	0,073	132	,078	,978	132	0,029
Poczucie samoskuteczności	0,106	132	,001	,963	132	0,001

* Dolna granica rzeczywistej istotności

ZAŁĄCZNIK 3

PROCENTOWY ROZKŁAD WYNIKÓW UZYSKANY DLA BADANYCH ZMIENNYCH

Tabela A.2. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie zdrowia (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	8	6,1	6,1	10,6
4	22	16,7	16,7	27,3
5	26	19,7	19,7	47,0
6	28	21,2	21,2	68,2
7	20	15,2	15,2	83,3
8	10	7,6	7,6	90,9
9	8	6,1	6,1	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.3. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla zmiennej poczucie zdrowia – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	6	4,5	4,5	9,1
4	16	12,1	12,1	21,2
5	30	22,7	22,7	43,9
6	20	15,2	15,2	59,1
7	30	22,7	22,7	81,8
8	0	0,0	0,0	81,8
9	0	0,0	0,0	81,8
10	24	18,2	18,2	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.4. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie spokoju (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	14	10,6	10,6	15,2
4	16	12,1	12,1	27,3
5	24	18,2	18,2	45,5
6	20	15,2	15,2	60,6
7	28	21,2	21,2	81,8
8	14	10,6	10,6	92,4
9	6	4,5	4,5	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.5. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla zmiennej poczucie spokoju – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	12	9,1	9,1	13,6
4	4	3,0	3,0	16,7
5	44	33,3	33,3	50,0
6	12	9,1	9,1	59,1
7	16	12,1	12,1	71,2
8	28	21,2	21,2	92,4
9	0	0,0	0,0	92,4
10	10	7,6	7,6	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.6. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie braku zmęczenia (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	4	3,0	3,0	3,0
2	6	4,5	4,5	7,5
3	12	9,1	9,1	16,6
4	34	25,8	25,8	42,4
5	46	34,8	34,8	77,2
6	12	9,1	9,1	86,3
7	0	0,0	0,0	86,3
8	14	10,6	10,6	96,9
9	4	3,0	3,0	100,0
10	0	0,0	0,0	100
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.7. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla zmiennej poczucie braku zmęczenia – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	4	3,0	3,0	3,0
2	6	4,5	4,5	7,5
3	20	15,2	15,2	22,7
4	16	12,1	12,1	34,8
5	20	15,2	15,2	50,0
6	48	36,4	36,4	86,4
7	0	0,0	0,0	86,4
8	18	13,6	13,6	100,0
9	0	0,0	0,0	100,0
10	0	0,0	0,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.8. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie osobistych osiągnięć (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	6	4,5	4,5	6,1
3	12	9,1	9,1	15,2
4	20	15,2	15,2	30,3
5	24	18,2	18,2	48,5
6	18	13,6	13,6	62,1
7	26	19,7	19,7	81,8
8	14	10,6	10,6	92,4
9	4	3,0	3,0	95,5
10	6	4,5	4,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.9. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla zmiennej poczucie osobistych osiągnięć – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	0	0,0	0,0	0,0
3	16	12,1	12,1	13,6
4	16	12,1	12,1	25,8
5	32	24,2	24,2	50,0
6	22	16,7	16,7	66,7
7	22	16,7	16,7	83,3
8	0	0,0	0,0	0,0
9	0	0,0	0,0	0,0
10	22	16,7	16,7	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.10. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie jakości życia (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	14	10,6	10,6	15,2
4	10	7,6	7,6	22,7
5	34	25,8	25,8	48,5
6	26	19,7	19,7	68,2
7	12	9,1	9,1	77,3
8	20	15,2	15,2	92,4
9	4	3,0	3,0	95,5
10	6	4,5	4,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.11. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla zmiennej poczucie jakości życia – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	6	4,5	4,5	9,1
4	20	15,2	15,2	24,2
5	32	24,2	24,2	48,5
6	8	6,1	6,1	54,5
7	30	22,7	22,7	77,3
8	20	15,2	15,2	92,4
9	0	0,0	0,0	0,0
10	10	7,6	7,6	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.12. Rozkład wyników uzyskanych dla ogólnej zmiennej zdrowie – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	8	6,1	6,1	6,1
3	12	9,1	9,1	15,2
4	16	12,1	12,1	27,3
5	28	21,2	21,2	48,5
6	26	19,7	19,7	68,2
7	20	15,2	15,2	83,3
8	12	9,1	9,1	92,4
9	6	4,5	4,5	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.13. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej lęk w sytuacji występu – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	2	1,5	1,5	1,5
3	10	7,6	7,6	9,1
4	20	15,2	15,2	24,2
5	14	10,6	10,6	34,8
6	12	9,1	9,1	43,9
7	22	16,7	16,7	60,6
8	26	19,7	19,7	80,3
9	4	3,0	3,0	83,3
10	22	16,7	16,7	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.14. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej objawy tremy – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	6	4,5	4,5	6,1
3	12	9,1	9,1	15,2
4	16	12,1	12,1	27,3
5	28	21,2	21,2	48,5
6	22	16,7	16,7	65,2
7	24	18,2	18,2	83,3
8	12	9,1	9,1	92,4
9	6	4,5	4,5	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.15. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej emocjonalne objawy tremy – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	8	6,1	6,1	10,6
4	22	16,7	16,7	27,3
5	26	19,7	19,7	47,0
6	14	10,6	10,6	57,6
7	30	22,7	22,7	80,3
8	10	7,6	7,6	87,9
9	8	6,1	6,1	93,9
10	8	6,1	6,1	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.16. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poznawcze objawy tremy –
wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	4	3,0	3,0	3,0
3	4	3,0	3,0	6,1
4	10	7,6	7,6	13,6
5	44	33,3	33,3	47,0
6	28	21,2	21,2	68,2
7	20	15,2	15,2	83,3
8	8	6,1	6,1	89,4
9	0	0,0	0,0	89,4
10	14	10,6	10,6	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.17. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej somatyczne objawy tremy –
wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	10	7,6	7,6	12,1
4	20	15,2	15,2	27,3
5	28	21,2	21,2	48,5
6	22	16,7	16,7	65,2
7	22	16,7	16,7	81,8
8	8	6,1	6,1	87,9
9	0	0,0	0,0	87,9
10	16	12,1	12,1	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.18. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej styl skoncentrowany na zadaniu –
wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	8	6,1	6,1	7,6
3	42	31,8	31,8	39,4
4	26	19,7	19,7	59,1
5	26	19,7	19,7	78,8
6	14	10,6	10,6	89,4
7	4	3,0	3,0	92,4
8	4	3,0	3,0	95,5
9	6	4,5	4,5	100,0
10	0	0,0	0,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.19. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej styl skoncentrowany na emocjach – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	0	0,0	0,0	1,5
3	22	16,7	16,7	18,2
4	16	12,1	12,1	30,3
5	22	16,7	16,7	47,0
6	34	25,8	25,8	72,7
7	14	10,6	10,6	83,3
8	18	13,6	13,6	97,0
9	2	1,5	1,5	98,5
10	2	1,5	1,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.20. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej styl skoncentrowany na unikaniu – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	4	3,0	3,0	3,0
2	12	9,1	9,1	12,1
3	20	15,2	15,2	27,3
4	24	18,2	18,2	45,5
5	28	21,2	21,2	66,7
6	28	21,2	21,2	87,9
7	12	9,1	9,1	97,0
8	2	1,5	1,5	98,5
9	2	1,5	1,5	100,0
10	0	0,0	0,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.21. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze angażowania się w czynności zastępcze – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	10	7,6	7,6	7,6
2	8	6,1	6,1	13,6
3	12	9,1	9,1	22,7
4	14	10,6	10,6	33,3
5	28	21,2	21,2	54,5
6	40	30,3	30,3	84,8
7	10	7,6	7,6	92,4
8	6	4,5	4,5	97,0
9	4	3,0	3,0	100,0
10	0	0,0	0,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.22. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwanie kontaktów towarzyskich – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	6	4,5	4,5	4,5
3	18	13,6	13,6	18,2
4	36	27,3	27,3	45,5
5	42	31,8	31,8	77,3
6	12	9,1	9,1	86,4
7	10	7,6	7,6	93,9
9	4	3,0	3,0	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.23. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej samoocena – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	2	1,5	1,5	3,0
3	10	7,6	7,6	10,6
4	18	13,6	13,6	24,2
5	36	27,3	27,3	51,5
6	22	16,7	16,7	68,2
7	22	16,7	16,7	84,8
8	10	7,6	7,6	92,4
9	2	1,5	1,5	93,9
10	8	6,1	6,1	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.24. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie skuteczności w radzeniu sobie z tremą (wynik ogólny) – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	0	0,0	0,0	1,5
3	18	13,6	13,6	15,2
4	20	15,2	15,2	30,3
5	26	19,7	19,7	50,0
6	18	13,6	13,6	63,6
7	22	16,7	16,7	80,3
8	14	10,6	10,6	90,9
9	6	4,5	4,5	95,5
10	6	4,5	4,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.25. Rozkład wyników uzyskanych na skali szacunkowej dla poczucia skuteczności w radzeniu sobie z tremą – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	8	6,1	6,1	6,1
3	12	9,1	9,1	15,2
4	18	13,6	13,6	28,8
5	28	21,2	21,2	50,0
6	18	13,6	13,6	63,6
7	12	9,1	9,1	72,7
8	26	19,7	19,7	92,4
9	0	0,0	0,0	92,4
10	10	7,6	7,6	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.26. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie wsparcia – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	0	0,0	0,0	1,5
3	16	12,1	12,1	13,6
4	18	13,6	13,6	27,3
5	30	22,7	22,7	50,0
6	16	12,1	12,1	62,1
7	20	15,2	15,2	77,3
8	14	10,6	10,6	87,9
9	0	0,0	0,0	87,9
10	16	12,1	12,1	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.27. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej lęk jako cecha (lęk dyspozycyjny) – wyniki stenowe

Steny	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	8	6,1	6,1	7,6
3	16	12,1	12,1	19,7
4	14	10,6	10,6	30,3
5	12	9,1	9,1	39,4
6	32	24,2	24,2	63,6
7	30	22,7	22,7	86,4
8	10	7,6	7,6	93,9
9	6	4,5	4,5	98,5
10	2	1,5	1,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.28. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie koherencji – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	12	9,1	9,1	13,6
4	22	16,7	16,7	30,3
5	26	19,7	19,7	50,0
6	24	18,2	18,2	68,2
7	20	15,2	15,2	83,3
8	12	9,1	9,1	92,4
9	6	4,5	4,5	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.29. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie zrozumiałości – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	6	4,5	4,5	6,1
3	10	7,6	7,6	13,6
4	18	13,6	13,6	27,3
5	24	18,2	18,2	45,5
6	28	21,2	21,2	66,7
7	22	16,7	16,7	83,3
8	12	9,1	9,1	92,4
9	4	3,0	3,0	95,5
10	6	4,5	4,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.30. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie zaradności – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	14	10,6	10,6	15,2
4	12	9,1	9,1	24,2
5	28	21,2	21,2	45,5
6	30	22,7	22,7	68,2
7	18	13,6	13,6	81,8
8	12	9,1	9,1	90,9
9	8	6,1	6,1	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.31. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej sensowności – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	4	3,0	3,0	4,5
3	14	10,6	10,6	15,2
4	10	7,6	7,6	22,7
5	36	27,3	27,3	50,0
6	24	18,2	18,2	68,2
7	16	12,1	12,1	80,3
8	16	12,1	12,1	92,4
9	6	4,5	4,5	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.32. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie kontroli – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	6	4,5	4,5	6,1
3	6	4,5	4,5	10,6
4	16	12,1	12,1	22,7
5	36	27,3	27,3	50,0
6	22	16,7	16,7	66,7
7	20	15,2	15,2	81,8
8	13	9,8	9,8	91,7
9	7	5,3	5,3	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.33. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie kontroli o typie unikania – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	8	6,1	6,1	6,1
3	10	7,6	7,6	13,6
4	12	9,1	9,1	22,7
5	28	21,2	21,2	43,9
6	28	21,2	21,2	65,2
9	0	0,0	0,0	65,2
8	36	27,3	27,3	92,4
9	4	3,0	3,0	95,5
10	6	4,5	4,5	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.34. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie kontroli o typie zmagania – wyniki stenowe

Steny	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	0	0,0	0,0	0,0
2	8	6,1	6,1	6,1
3	10	7,6	7,6	13,6
4	12	9,1	9,1	22,7
5	20	15,2	15,2	37,9
6	22	16,7	16,7	54,5
7	34	25,8	25,8	80,3
8	14	10,6	10,6	90,9
9	4	3,0	3,0	93,9
10	8	6,1	6,1	100
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.35. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie kontroli o typie utrzymywania – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	6	4,5	4,5	6,1
3	12	9,1	9,1	15,2
4	18	13,6	13,6	28,8
5	14	10,6	10,6	39,4
6	24	18,2	18,2	57,6
7	34	25,8	25,8	83,3
8	8	6,1	6,1	89,4
9	10	7,6	7,6	97,0
10	4	3,0	3,0	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

Tabela A.36. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej poczucie kontroli o typie doznawania – wyniki stenowe

Sten	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
1	2	1,5	1,5	1,5
2	8	6,1	6,1	7,6
3	12	9,1	9,1	16,7
4	16	12,1	12,1	28,8
5	22	16,7	16,7	45,5
6	24	18,2	18,2	63,6
7	20	15,2	15,2	78,8
8	12	9,1	9,1	87,9
9	8	6,1	6,1	93,9
10	8	6,1	6,1	100,0
Ogółem	132	100,0	100,0	

ZAŁĄCZNIK 4

WYNIKI TESTU U MANNA-WHITNEY'A (PŁEĆ A BADANE ZMIENNE)

Tabela A.37. Płeć a badane zmienne – wyniki testu U Manna-Whitney'a

ZMIENNE	DZIEWCZĘTA (N = 104)	CHŁOPCY (N = 28)			
	Suma rang	Suma rang	U	Z	P
ZDROWIE					
Ogólna zmienna zdrowie	6640	2138	1180	-1,534	0,125
Poczucie zdrowia	6720	2058	1260	-1,088	0,276
Poczucie spokoju	6592	2186	1132	-1,801	0,072
Poczucie jakości życia	6474	2304	1014	-2,458	0,014
Poczucie braku zmęczenia	6814	1964	1354	-0,565	0,572
Poczucie osobistych osiągnięć	6684	2094	1224	-1,289	0,198
POZIOM DOŚWIADCZANEJ TREMY					
Poziom tremy	7584	1194	788	3,716	0,000
Objawy somatyczne	7406	1372	966	2,725	0,006
Objawy emocjonalne	7524	1254	848	3,382	0,001
Objawy poznawcze	7516	1262	856	3,337	0,001
Objawy tremy (suma)	7502	1276	870	3,259	0,001
STYLE RADZENIA SOBIE Z TREMĄ					
Styl zadaniowy	6388	2390	928	-2,936	0,003
Styl emocjonalny	7394	1384	978	2,658	0,008
Styl unikowy	7066	1712	1306	0,832	0,405
Angażowanie się w czynności zastępcze	7004	1774	1368	0,487	0,626
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	7102	1676	1270	1,033	0,302
ZASOBY					
Poczucie koherencji	6540	2238	1080	-2,090	0,037
Poczucie zrozumiałości	6566	2212	1106	-1,945	0,052
Poczucie zaradności	6752	2026	1292	-0,910	0,363
Poczucie sensowności	6584	2194	1124	-1,845	0,065
Poczucie kontroli	6340	2438	880	-3,203	0,001
Unikanie	6798	1980	1338	-0,654	0,513
Zmaganie się	6368	2410	908	-3,048	0,002
Utrzymywanie	6580	2198	1120	-1,868	0,062
Doznawanie	6562	2216	1102	-1,968	0,049
Samoocena	6514	2264	1054	-2,235	0,025
Poczucie wsparcia	7054	1724	1318	0,765	0,444
Lęk dyspozycyjny	7208	1570	1164	1,623	0,105
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z tremą	6296	2482	836	-3,448	0,001

ZAŁĄCZNIK 5
WYNIKI TESTÓW WERYFIKUJĄCYCH ZAŁOŻENIA ANALIZY REGRESJI
ZAŁĄCZNIK 5a
WYKRESY RESZT ROZRZUTU

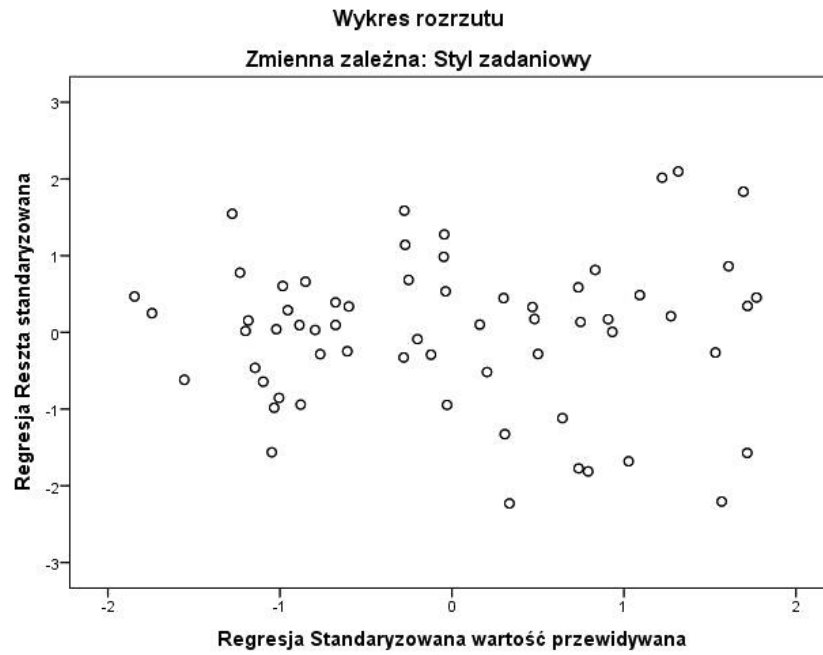
W celu zweryfikowania założenia o homoskedastyczności dokonano graficznej analizy wykresów reszt względem wartości przewidywanych.



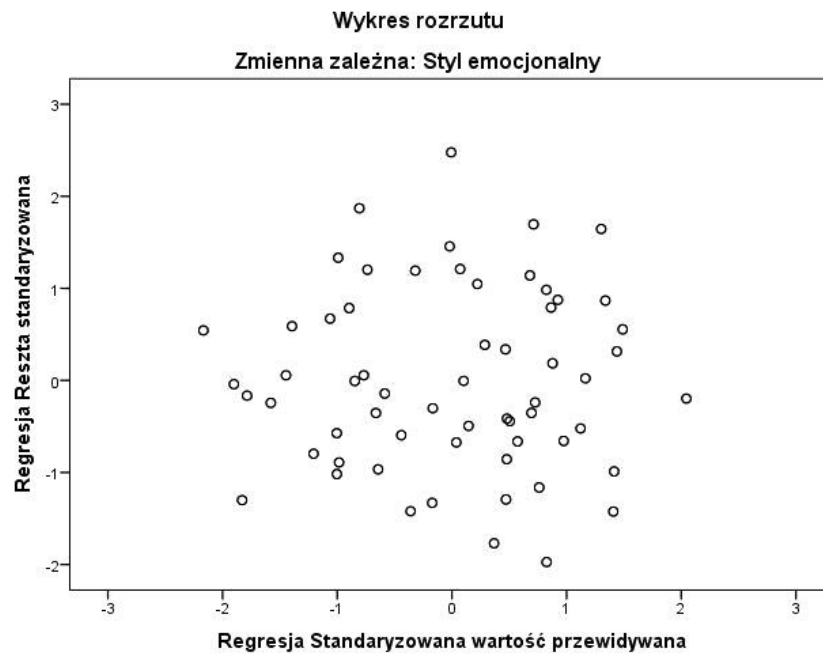
Rycina A.1. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych wskaźniki tremy – zdrowie



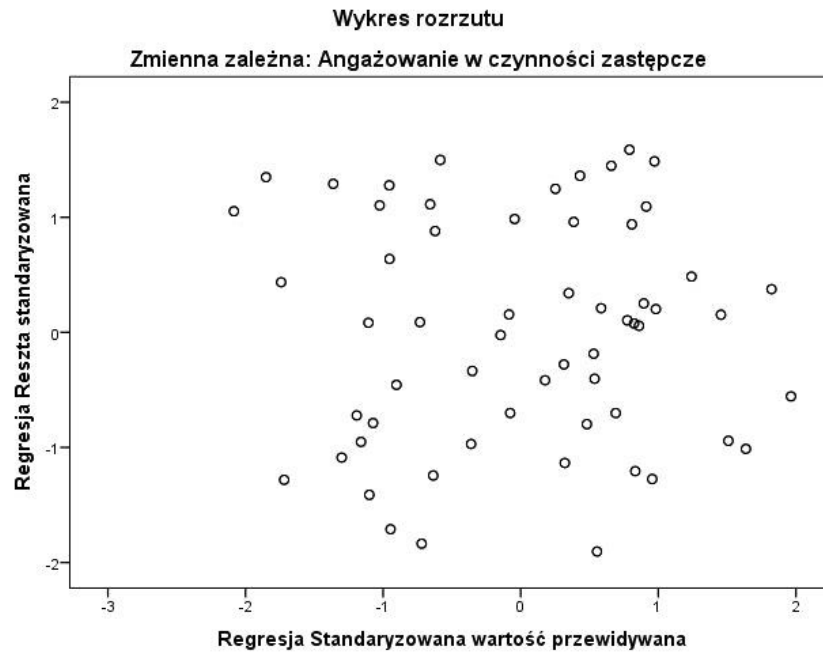
Rycina A.2. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych style radzenia sobie z treścią – zdrowie



Rycina A.3. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – styl skoncentrowany na zadaniu



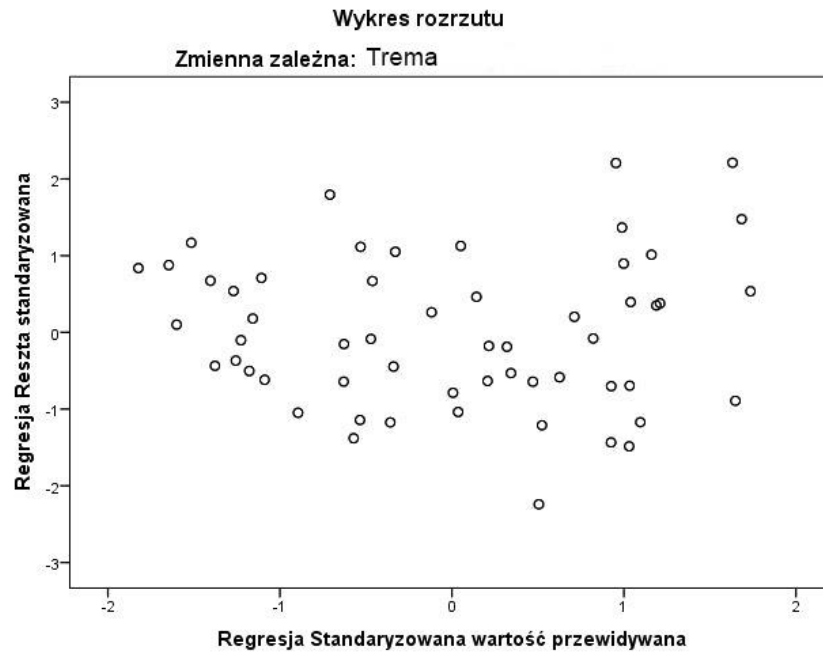
Rycina A.4. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – styl skoncentrowany na emocjach



Rycina A.5. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – angażowanie w czynności zastępcze



Rycina A.6. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – poszukiwanie kontaktów towarzyskich



Rycina A.7. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – trema



Rycina A.8. Wykres reszt rozrzutu dla zmiennych zasoby – zdrowie

ZAŁĄCZNIK 5b
WYNIKI STATYSTYK WSPÓLLINIOWOŚCI ORAZ STATYSTYKI
DURBINA-WATSONA

Wyniki statystyk współliniowości pozwalają na zweryfikowanie założenia dotyczącego braku skorelowania predyktorów.

Tabela A.38. Statystyki współliniowości oraz statystyka Durbina-Watsona dla zmiennych wskaźniki tremy – zdrowie

	Statystyki współliniowości		Statystyka Durbina-Watsona
	Tolerancja	VIF	
Poziom tremy	0,368	2,714	1,508
Objawy tremy	0,368	2,714	

Tabela A.39. Statystyki współliniowości oraz statystyka Durbina-Watsona dla zmiennych style radzenia sobie z trema – zdrowie

	Statystyki współliniowości		Statystyka Durbina-Watsona
	Tolerancja	VIF	
Styl zadaniowy	0,947	1,056	1,588
Styl emocjonalny	0,808	1,237	
Angażowanie w czynności zastępcze	0,835	1,197	

Tabela A.40. Statystyki współliniowości oraz statystyka Durbina-Watsona dla zmiennych zasoby – trema

TREMA	Statystyki współliniowości		Statystyka Durbina-Watsona
	Tolerancja	VIF	
Lęk dyspozycyjny	0,435	2,296	1,004
Poczucie wsparcia	0,669	1,495	
Samoocena	0,623	1,604	
Poczucie koherencji	0,387	2,584	
Poczucie kontroli	0,423	2,362	
Poczucie samoskuteczności	0,547	1,827	

Tabela A.41. Statystyki współliniowości oraz statystyka Durбина-Watsona dla zmiennych zasoby – style radzenia sobie z treścią

STYL ZADANIOWY	Statystyki współliniowości		Statystyka Durбина-Watsona
	Tolerancja	VIF	
Lęk dyspozycyjny	0,399	2,508	1,323
Poczucie wsparcia	0,669	1,495	
Samocena	0,358	2,797	
Poczucie koherencji	0,457	2,186	
Poczucie kontroli	0,616	1,623	
Poczucie samoskuteczności	0,670	1,492	
STYL EMOCJONALNY			
Lęk dyspozycyjny	0,431	2,321	1,007
Poczucie wsparcia	0,727	1,375	
Samocena	0,399	2,504	
Poczucie koherencji	0,487	2,052	
Poczucie kontroli	0,632	1,581	
Poczucie samoskuteczności	0,652	1,534	
ANGAŻOWANIE w CZYNNOSCI ZASTĘPCZE			
Lęk dyspozycyjny	0,422	2,369	1,038
Poczucie wsparcia	0,709	1,409	
Samocena	0,371	2,698	
Poczucie koherencji	0,335	2,987	
Poczucie kontroli	0,604	1,655	
Poczucie samoskuteczności	0,667	1,499	
POSZUKIWANIE KONTAKTÓW TOWARZYSKICH			
Lęk dyspozycyjny	0,397	2,518	1,015
Poczucie wsparcia	0,673	1,486	
Samocena	0,659	1,518	
Poczucie koherencji	0,355	2,814	
Poczucie kontroli	0,404	2,476	
Poczucie samoskuteczności	0,562	1,778	

Tabela A.42. Statystyki współliniowości oraz statystyka Durбина-Watsona dla zmiennych zasoby – zdrowie

	Statystyki współliniowości		Statystyka Durбина-Watsona
	Tolerancja	VIF	
Lęk dyspozycyjny	0,418	2,390	1,053
Poczucie wsparcia	0,680	1,471	
Samocena	0,377	2,649	
Poczucie koherencji	0,457	2,187	
Poczucie kontroli	0,614	1,628	
Poczucie samoskuteczności	0,670	1,492	

ZAŁĄCZNIK 5c

WYNIKI ANALIZ ODLEGŁOŚCI MAHALANOBISA ORAZ COOKA

W celu wykrycia obserwacji odstających testowano odległość Mahalanobisa oraz odległość Cooka.

Tabela A.43. Wyniki analiz odległości Mahalanobisa oraz Cooka dla badanych zmiennych włączonych do analizy regresji

Zmienne	Przypadki odstające	N
Wskaźniki tremy – zdrowie	0	132
Style radzenia sobie z tremą – zdrowie	0	132
Zasoby – styl zadaniowy	8	124
Zasoby – styl emocjonalny	10	122
Zasoby – angażowanie w czynności zastępcze	14	118
Zasoby – poszukiwanie kontaktów towarzyskich	8	124
Zasoby – trema	20	112
Zasoby – zdrowie	6	126

ZAŁĄCZNIK 6

WYNIKI MODELOWANIA STRUKTURALNEGO

Tabela A.44. Współczynniki korelacji między zmiennymi niezależnymi włączonymi do modelowania równań strukturalnych

Zmienne	Współczynnik β	Istotność
Lęk dyspozycyjny \leftrightarrow poczucie koherencji	-0,639	0,000
Lęk dyspozycyjny \leftrightarrow poczucie wsparcia	-0,417	0,000
Poczucie wsparcia \leftrightarrow poczucie samoskuteczności	0,226	0,012
Poczucie samoskuteczności \leftrightarrow poczucie kontroli	0,291	0,001
Lęk dyspozycyjny \leftrightarrow poczucie samoskuteczności	-0,542	0,000
Lęk dyspozycyjny \leftrightarrow poczucie kontroli	-0,465	0,000
Poczucie wsparcia \leftrightarrow poczucie koherencji	0,453	0,000
Poczucie wsparcia \leftrightarrow poczucie kontroli	0,366	0,000
Poczucie koherencji \leftrightarrow poczucie kontroli	0,514	0,000
Poczucie samoskuteczności \leftrightarrow poczucie koherencji	0,403	0,000
Lęk dyspozycyjny \leftrightarrow samoocena	-0,701	0,000
Poczucie wsparcia \leftrightarrow samoocena	0,449	0,000
Poczucie samoskuteczności \leftrightarrow samoocena	0,451	0,000
Poczucie kontroli \leftrightarrow samoocena	0,538	0,000
Poczucie koherencji \leftrightarrow samoocena	0,673	0,000
e2 \leftrightarrow e3	0,264	0,003

Tabela A.45. Standaryzowany wpływ całkowity efektów pośrednich uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie

	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Trema	Zdrowie
Poczucie koherencji	-	-	-	0,061
Poczucie kontroli	-	-	-	0,01
Samoocena	-	-	-	0,023
Poczucie wsparcia	-	-	-	0,012
Lęk dyspozycyjny	-	-	-	-0,113
Poczucie samoskuteczności	-	-	-	0,160
Styl zadaniowy	-	-	-	-
Styl emocjonalny	-	-	-	-
Trema	-	-	-	-

Tabela A.46. Standaryzowany wpływ całkowity uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie

	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Trema	Zdrowie
Poczucie koherencji	0,160	-0,209	-0,068	0,21
Poczucie kontroli	0,191	-0,087	0,126	0,123
Samoocena	-	-0,151	-	0,198
Poczucie wsparcia	-	0,093	-0,138	0,145
Lęk dyspozycyjny	-0,217	0,330	0,210	-0,511
Poczucie samoskuteczności	0,143	-0,143	-0,654	0,288
Styl zadaniowy	-	-	-	0,109
Styl emocjonalny	-	-	-	-0,154
Trema	-	-	-	-0,189

Tabela A.47. Standaryzowany wpływ bezpośredni uwzględnionych w modelu predyktorów na zdrowie

Zmienne	Współczynnik β	Istotność
Lęk dyspozycyjny \rightarrow trema	0,210	0,003
Poczucie wsparcie \rightarrow trema	-0,138	0,014
Poczucie samoskuteczności \rightarrow trema	-0,654	0,000
Lęk dyspozycyjny \rightarrow styl zadaniowy	-0,217	0,039
Poczucie koherencji \rightarrow styl emocjonalny	-0,209	0,021
Lęk dyspozycyjny \rightarrow styl emocjonalny	0,330	0,000
Poczucie kontroli \rightarrow styl emocjonalny	-0,087	0,249
Poczucie samoskuteczności \rightarrow styl zadaniowy	0,143	0,100
Poczucie samoskuteczności \rightarrow styl emocjonalny	-0,143	0,053
Poczucie koherencji \rightarrow trema	-0,068	0,317
Poczucie koherencji \rightarrow styl zadaniowy	0,160	0,108
Samoocena \rightarrow styl emocjonalny	-0,151	0,112
Samoocena \rightarrow poczucie wsparcia	0,093	0,176
Poczucie kontroli \rightarrow trema	0,126	0,030
Poczucie kontroli \rightarrow styl zadaniowy	0,191	0,027
Poczucie koherencji \rightarrow zdrowie	0,149	0,038
Lęk dyspozycyjny \rightarrow zdrowie	-0,398	0,000
Poczucie wsparcia \rightarrow zdrowie	0,133	0,017
Poczucie samoskuteczności \rightarrow zdrowie	0,128	0,109
Trema \rightarrow zdrowie	-0,189	0,025
Styl emocjonalny \rightarrow zdrowie	-0,154	0,025
Styl zadaniowy \rightarrow zdrowie	0,109	0,062
Samoocena \rightarrow zdrowie	0,175	0,020
Kontrola \rightarrow zdrowie	0,113	0,060