UČINAK MUZIKOTERAPIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Miloš, Dajana

Professional thesis / Završni specijalistički

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Academy of Arts and Culture in Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:251:386650

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

AKADEMIJA ZA UMJETNOST I KULTURU U OSIJEKU

THE ACADEMY OF ARTS AND CULTURE IN OSIJEK

Repository / Repozitorij:

Repository of the Academy of Arts and Culture in Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku
Poslijediplomski specijalistički studij Kreativne terapije / Muzikoterapija

DAJANA MILOŠ

UČINAK MUZIKOTERAPIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Završni rad poslijediplomskog specijalističkog studija

Osijek, 2019.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku
Poslijediplomski specijalistički studij Kreativne terapije / Muzikoterapija

DAJANA MILOŠ

UČINAK MUZIKOTERAPIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Završni rad poslijediplomskog specijalističkog studija

JMBAG: 0130289812
Email: dmilos@uaos.hr

Mentorica: doc.dr.sc. Ana Katušić

Osijek, 2019.

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Academy of arts and culture in Osijek
Postgraduate specialist study programme of Creative Therapies / Music therapy

Dajana Miloš

THE EFFECTS OF MUSIC THERAPY ON MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE

Postgraduate final paper

Osijek, 2019

IZJAVA

O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI, PRAVU PRIJENOSA INTELEKTUALNOG VLASNIŠTVA, SUGLASNOSTI ZA OBJAVU U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA I ISTOVJETNOSTI DIGITALNE I TISKANE VERZIJE RADA

1. Kojom izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je završni/specijalistički rad isključivo rezultat osobnoga rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Potvrđujem poštivanje nepovredivosti autorstva te točno citiranje radova drugih autora i referiranje na njih.
2. Kojom izjavljujem da je Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku, bez naknade u vremenski i teritorijalno neograničenom opsegu, nositelj svih prava intelektualnoga vlasništva u odnosu na navedeni rad pod licencom Creative Commons Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima 3.0 Hrvatska.
3. Kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i objavi moj rad u institucijskom digitalnom repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademije za umjetnost i kulturu u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15 i 131/17.).
4. Kojom izjavljujem da sam autor/autorica predanog rada i da je sadržaj predane elektroničke datoteke u potpunosti istovjetan sa dovršenom tiskanom verzijom rada predanom u svrhu obrane istog.

Ime i prezime studenta/studentice: Dajana Miloš

JMBAG: 0130289812

OIB: 41283097584

e-mail za kontakt: dajana.milos@hotmail.com

Naziv studija: Poslijediplomski specijalistički studij Kreativne terapije – Muzikoterapija

Naslov rada: Učinak muzikoterapije na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi

Mentor/mentorica rada: doc.dr.sc. Ana Katušić

U Osijeku, 13. rujna 2019. godine

Potpis

"I think music in itself is healing. It's an explosive expression of humanity. It's something we are all touched by. No matter what culture we're from, everyone loves music." – Billy Joel

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Ani Katušić i ostalim profesorima na nesebičnom dijeljenju znanja i iskustva te podršci tijekom studiranja.

Zahvaljujem se ravnateljici i osoblju *Doma za starije osobe Novigrad* koji su mi omogućili provođenje istraživanja.

Hvala prijateljima i kolegama na dijeljenju studentskih briga i radosti.

Posebno zahvaljujem svojim roditeljima i ostatku obitelji na pomoći, podršci i razumijevanju tijekom cjelokupnog školovanja.

Hvala G. što si bio uz mene.

Učinak muzikoterapije na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi

SAŽETAK

U Republici Hrvatskoj susrećemo se s procesom ubrzanog starenja stanovništva. Sustav socijalne skrbi potrebno je prilagoditi potrebama starijeg stanovništva koje se neprestano mijenjaju i povećavaju. Stariji ljudi susreću se s tipičnim posljedicama starenja, no i s pojavom poteškoća i bolesti koje su češće u starijoj životnoj dobi. Standardi suvremene gerontologije usmjeravaju se na poboljšanje kvalitete života osoba starije dobi i njihove aktivnosti, a ne samo na brigu o tjelesnom zdravlju. Mentalno zdravlje definirano je kao stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti. Muzikoterapija i općenito uključivanje u muzičke aktivnosti, posebice za osobe koje su na trajnom smještaju u domovima za starije osobe, može uvelike pomoći u održavanju i poboljšanju njihovog mentalnog zdravlja. U ovom istraživanju ispitivan je učinak muzikoterapije na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi koje su smještene u domovima za starije osobe. U istraživanju je sudjelovalo 26 sudionika, korisnika doma za starije osobe, koji su bili podvrgnuti muzikoterapijskom tretmanu u trajanju od 12 seansi prije i poslije kojeg su mjereni aspekti mentalnog zdravlja poput depresivnosti i anksioznosti, percipiranog stresa te subjektivnog blagostanja. Rezultati su pokazali da postoji značajan učinak muzikoterapije na smanjenje simptoma depresivnosti, anksioznosti i percipiranog stresa te povećanje subjektivnog blagostanja kod osoba starije životne dobi.

Ključne riječi: depresivnost, mentalno zdravlje, muzikoterapija, osobe starije životne dobi, subjektivno blagostanje

The effects of music therapy on mental health in older people

ABSTRACT

In the Republic of Croatia, we are facing a process of accelerated aging of the population. The social welfare system needs to be tailored to the needs of older people which are constantly changing and increasing. Elderly people are faceing with the typical effects of aging, but also with the onset of difficulties and diseases that are more common in older ages. The standards of modern gerontology focus on improving the quality of life of older people and their activity, not just on their physical health. Mental health is defined as the state of complete physical, mental and social well-being, not just the absence of disease or weakness. Music therapy and in general engageing in music activities, especially for people who are in residences for older people, can greatly assist in maintaining and improving the mental health of the elderly. In this study, the effects of music therapy on the mental health of elderly persons housed in homes for the elderly was studied. 26 participants, elderly home users, were subjected to a music therapy treatment lasting 12 sessions before and after which mental health aspects such as depression, anxiety, perceived stress and subjective well-being were measured. The results have shown that there is a significant effect of music therapy on reducing symptoms of depression and anxiety, reducing perceived stress and increasing subjective well-being in the elderly.

Keywords: depression, elderly, mental health, music therapy, subjetive well-being

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. Starost i starenje 1

1.2. Depresivnost i anksioznost kod osoba starije životne dobi 2

1.3. Druge komponente mentalnog zdravlja kod osoba starije životne dobi 4

1.4. Primjena i učinci muzikoterapije u gerontologiji 6

1.5. Pristupi, modeli, metode i tehnike muzikoterapije u radu s osobama starije životne dobi 9

1.5.1. Slušanje glazbe i muzička reminiscencija 10

1.5.2. Muzička improvizacija 13

1.5.3. Kompozicijske metode: skladanje (*composing)* i pisanje pjesama *(songwriting*)……..15

1.5.4. Ponovno stvaranje (*re-creating*), izvođenje (*performing*) i zajedničko pjevanje poznatih pjesama (*sing-along*) 21

2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE 26

2.1. Cilj i problemi istraživanja 26

2.2. Hipoteze 26

3. METODA 27

3.1. Sudionici 27

3.2. Mjerni instrumenti 28

3.3. Postupak 29

3.4. Obrada rezultata 31

4. REZULTATI 31

4.1. Preliminarne analize i deskriptivna statistika 31

4.2. Ispitivanje učinka muzikoterapijskog tretmana na komponente mentalnog zdravlja 32

5. RASPRAVA 33

5.1. Učinak muzikoterapije na smanjenje depresivnosti i anksioznosti 33

5.2. Učinak muzikoterapije na percipirani stres 36

5.3. Učinak muzikoterapije na subjektivno blagostanje 37

5.4. Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja 38

6. ZAKLJUČAK **40**

7. LITERATURA **41**

8. DODACI **45**

9. PRILOZI **46**

1. UVOD

1.1. Starost i starenje

U Republici Hrvatskoj, kao i u ostatku Europe, susrećemo se s procesom ubrzanog starenja stanovništva. Prema demografskim pokazateljima, Republika Hrvatska ubraja se među države s vrlo visokim udjelom starog stanovništva. Prema Državnom zavodu za statistiku 2015. godine je u RH udio stanovništva starog 65 i više godina iznosio 19,01%, a udio starijeg stanovništva veći od 8% pokazatelj je kako je neko stanovništvo zakoračilo u demografsku starost (Nejašmić i Toskić, 2013; Strategija socijalne skrbi za starije osobe u RH, 2017). Osobe starije životne dobi su u sustavu socijalne skrbi prepoznate kao posebno osjetljiva korisnička skupina. Povećanjem udjela starijeg stanovništva i produljenjem životnog vijeka sve većem broju ljudi potrebna je pomoć u starijoj životnoj dobi. Graovac (2003; prema Strategiji socijalne skrbi za starije osobe u RH, 2017) navodi kako starije osobe danas žive dulje i drugačije od svojih predaka te se njihove potrebe kontinuirano mijenjaju i povećavaju. Osobe starije životne dobi žele visoku kvalitetu života, žele ostati neovisne i aktivne bez obzira na svoju dob. S druge strane, zbog promjena obiteljske strukture i njezinih uloga, urbanizacije, migracija mladih ljudi u gradove u potrazi za radnim mjestom, smanjenja obitelji, sve više radno aktivnih žena i drugih demografskih promjena, smanjuje se broj članova obitelji koji mogu brinuti o osobama starije životne dobi. Iz tog razloga, starenje stanovništva danas postaje prioritetno pitanje za kreatore politike. Slijedom toga mijenjaju se i zahtjevi za zadovoljavanjem socijalnih potreba starijih osoba te se dovodi u pitanje kako ih zadovoljiti te jesu li postojeći sustavi skrbi i brige za starije osobe primjereni. Suvremeni trendovi zahtijevaju promjenu sustava socijalne skrbi koja se treba temeljiti na individualnom holističkom pristupu planiranja socijalnih usluga, personaliziranoj socijalnoj skrbi i uslugama prilagođenim potrebama i željama korisnika (Xie i sur., 2012; Strategija socijalne skrbi za starije osobe u RH, 2017).

Starenje nije samo tjelesni proces, jer osjećaj starosti uvelike ovisi i o socijalnim i osobnim čimbenicima. Osim narušenog zdravstvenog stanja i fizičke onesposobljenosti stariji se pojedinci susreću s mnogim ograničenjima i teškoćama kao što su: kognitivni i senzorni deficiti, socijalni gubitci i promjena socijalnih uloga i odnosa, gubitak radne uloge i osjećaja društvene korisnosti, osjećaj odbačenosti i usamljenosti te socijalna izoliranost, nezadovoljavajući financijski uvjeti zbog smanjenja prihoda, sniženo samopoštovanje, procjena prošlih životnih uspjeha i neuspjeha, prilagodba na smrt. Gubitci i stres mogu dovesti do pojave

starosne depresije. Na razvoj starosne depresije utječe niz medicinskih, psiholoških i socijalnih čimbenika, od kojih su najznačajniji: tjelesna bolest, lijekovi, žalovanje, rat, umirovljenje, razmišljanja o životu i suočavanje sa smrću (Šilje i Sindik, 2013).

Lovreković i Leutar (2010) navode kako treba razlikovati termine starost i starenje. Starost je određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok je starenje ireverzibilan proces propadanja struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava te pad prilagodbe i odgovora (adaptacije i reakcije). Starost se može promatrati na biološkoj, psihološkoj i socijalnoj razini. Biološka starost odnosi se na niz regresivnih promjena koje se događaju na biološkoj razini u procesu starenja, na trajni gubitak velikog broja fizičkih sposobnosti, a prepoznatljiva je u nizu izvanjskih, tjelesnih pokazatelja poput sijede kose, promjena na koži, pogrbljenog držanja, teškog i usporenog hoda, itd. Psihološka starost se odnosi na mogućnost prilagodbe pojedinca na promjene u životnoj okolini, na starenje se gleda kao na proces promjena u psihičkim funkcijama (npr. gubitak pamćenja), kao i na tijek prilagodbe tim promjenama, dok se socijalna starost odnosi na promjenu u socijalnim ulogama pojedinca u društvu, napuštanje dosadašnjih društvenih uloga i preuzimanje onih primjerenih dobi (Lovreković i Leutar, 2010). U ovom radu naglasak je na psihološkoj i socijalnoj razini.

1.2. Depresivnost i anksioznost kod osoba starije životne dobi

Seligman, Walker i Rosenhan (2001; u Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013) navode kako je depresivnost najčešća poteškoća mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi, a klinička depresija najčešći psihički poremećaj među starijim osobama. Prema Vulić-Prtorić i Sorić (2001; u Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013) depresivnost se može definirati kao emocionalno stanje koje je karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti, a očituje se kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa i anhedoniju – nemogućnost uživanja u životu, umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Ove psihičke promjene su na tjelesnom planu često praćene poremećajem apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije. Istraživanja su pokazala da od kliničke depresije pati 2% do 5% starijih osoba, a dodatnih 8% do 16% pokazuje klinički značajne simptome depresivnosti. Također, pokazalo se da su starije osobe koje žive u institucijama pod većim rizikom za razvijanje kliničke depresije, a približno 40%

pokazuje značajne simptome depresivnosti (Yeung, Ching i Chung, 2010; Cole, 2003; u Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013).

Ajduković, Ručević i Majdenić (2013: 151) navode kako "depresija utječe na sposobnost starije osobe da zadrži zadovoljavajuće fizičko zdravlje, da ostane aktivna i zadrži optimalno funkcioniranje u vlastitom domu i zajednici" te da iz tog razloga rano prepoznavanje i prevencija depresije mogu značajno pridonijeti kvaliteti života starije osobe. Brojna istraživanja usmjerila su se upravo na prepoznavanje rizičnih čimbenika koji utječu na pojavu depresije. Ti rizični čimbenici mogu biti biološki, psihološki i socijalni (Plavšić, 2012; prema Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013). Jedan od rizičnih čimbenika jest smještanje osobe u ustanove za pomoć starijima odnosno staračke domove (Kivela i sur., 1996; prema Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013). Istraživanje koje su proveli Rovner i sur. (1995, prema Schaie i Willis, 2001) pokazalo je da je 12,6% novopridošlica u staračk dom imalo depresivni poremećaj, a 18% depresivne simptome koje osoblje doma nije prepoznalo zbog čega su ostali bez odgovarajućeg tretmana. Također, pokazalo se povećanje od 59% vjerojatnosti smrti u godini odlaska u staračk dom za osobe koje pate od depresije. Potreba za institucionalizacijom osoba starije životne dobi javlja se zbog slabljenja njihovih funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti te nemogućnosti brige o samome sebi i samostalnog života. Zbog toga, nije neočekivano da osobe u domovima za starije pokazuju veću razinu depresivnosti u odnosu na one u lokalnoj zajednici (Kivač, 2015). Upravo zato je potrebno posvetiti im posebnu pažnju kako bi te razlike bile što je moguće manje.

U starijoj životnoj dobi u komorbiditetu s depresijom često se javlja anksioznost. Anksioznost možemo opisati kao reakciju na nespecifičan podražaj, anticipaciju buduće opasnosti koja se manifestira kao kompleksan i neugodan osjećaj tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti. Anksioznost je normalna pojava u svakodnevnom životu. Ona ima motivacijsku i adaptivnu funkciju, potiče promišljanje, planiranje i oprez te sprječava ponovna izlaganja neugodnim i bolnim situacijama. Patološka anksioznost mnogo je intenzivnija i izvan je kontrole pojedinca. Javlja se izvan opasne ili prijeteće situacije, traje dugo nakon stresa ili opasnosti, ometa funkcioniranje osobe i može izmijeniti njeno mišljenje i ponašanje (Petz, 1992).

Kod starijih osoba simptomi anksioznosti često se preklapaju s medicinskim stanjima (kao što je primjerice hipertireoza) te gerijatrijski pacijenti češće izražavaju simptome anksioznosti kao somatske probleme, a ne kao psihološke zbog čega rjeđe traže pomoć

stručnjaka. U starijoj dobi anksioznost je povezana s medicinski neobjašnjivim simptomima, povećanim traženjem medicinske pomoći, kroničnim bolestima, niskom kvalitetom života i invaliditetom. Anksioznost se u starijoj dobi javlja i kao posljedica suočavanja s opadanjem kognitivnih i fizičkih funkcija te drugim psihološkim stresorima odnosno kao sekundarni simptom u podlozi lošijeg općeg zdravstvenog stanja. Anksiozne starije osobe su ovisnije o tuđoj pomoći i veći su teret obiteljima, slabije su disciplinirane u uzimanju lijekova, imaju smanjeno zadovoljstvo životom, veće poteškoće pamćenja i mišljenja te češće poručuju o osjećaju usamljenosti (Bassil, Ghandour i Grossberg, 2011).

U istraživanju koje su proveli De Beurs i suradnici (1999) na nizozemskom uzorku od 659 starijih ispitanika u dobi od 55 do 85 godina, ustanovljen je značajan negativni učinak anksioznosti na funkcioniranje i dobrobit starijih osoba. Pritom je uočena neočekivana sličnost u varijablama kvalitete života i korištenja usluga zdravstvene skrbi između sudionika koji imaju dijagnosticiran anksiozni poremećaj i onih koji imaju samo simptome anksioznosti. Autori napominju kako se, usprkos teškim posljedicama anksioznosti na kvalitetu života, starijim osobama rijetko pruža odgovarajuća briga te kako pravovremeno prepoznavanje, djelotvorno liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i upućivanje na specijaliziranu njegu mogu imati pozitivne učinke na liječenje anksioznosti u kasnom životu.

1.3. Druge komponente mentalnog zdravlja kod osoba starije životne dobi

Mentalno zdravlje definirano je kao stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti, odnosno stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje vlastite sposobnosti, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodonosno te je sposoban dati svoj doprinos zajednici (WHO, 2001; prema Herrman, Saxena i Moodie, 2004).

Jedna od najvažnijih komponenti u suvremenim modelima mentalnog zdravlja je psihološka dobrobit odnosno blagostanje (*well–being*) (npr. Keyes, 2006; Vaillant, 2003; prema Jovanović, 2010). Subjektivno blagostanje se odnosi na afektivnu i kognitivnu evaluaciju vlastitog života (Diener, 2000; prema Jovanović, 2010). Pritom se afektivna komponenta odnosi na doživljavanje pozitivnih i negativnih emocija, a kognitivna komponenta na zadovoljstvo životom (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Jovanović, 2010). Musek (2010) također navodi kako su komponente subjektivnog blagostanja upravo pozitivni i negativni afekt

te zadovoljstvo životom. Nadalje, navodi kako ne možemo govoriti o psihičkom (mentalnom) zdravlju ukoliko ono nije praćeno osjećajem sreće, dobrim raspoloženjem i zadovoljstvom životom, odnosno ako nema psihičkog blagostanja, iako subjektivno blagostanje i sreća nisu jedini kriteriji mentalnog zdravlja.

Lovreković i Leutar (2010) govore o terminu kvaliteta života koji se često izjednačava s pojmovima subjektivno blagostanje, zadovoljstvo životom, subjektivna kvaliteta života (Penezić, 1999; Vuletić, 1999; Schilling, 2003; Poredoš, 2002; prema Lovreković i Leutar, 2010). Porast materijalnih bogatstava u društvu nije jamstvo porasta standarda i općenito kvalitete života starijih i nemoćnih osoba (Lučanin i sur., 2000; prema Lovreković i Leutar, 2010), već je za blagostanje osoba starije životne dobi važna svijest u društvu da starija osoba ima potrebe te joj je potrebna pomoć drugih kako bi ih zadovoljila. Zbog toga je prisutnost drugih ljudi u životu starijih i nemoćnih osoba veoma važna, a ujedno je važna sigurnost koju pruža društvo koje brine o svojim starijim članovima. Autorice su 2010. godine provele istraživanje u kojem su se bavile procjenom kvalitete života starijih osoba smještenih u zagrebačkim staračkim domovima. Na uzorku od 250 sudionika željela se utvrditi razina povezanosti kvalitete života i zadovoljstva uslugama doma. Rezultati istraživanja pokazali su kako postoji umjerena pozitivna povezanost između aspekata kvalitete života i aspekata zadovoljstva uslugama doma, što znači da su pojedinci koji su svoju kvalitetu života procijenili većom, ujedno i zadovoljniji uslugama doma. Pritom su najzadovoljniji bili uslugama zaposlenika, a najmanje druženjem i aktivnostima u domu. Rezultati su također pokazali kako je zadovoljstvo životom, kao prvi indikator kvalitete života, statistički značajno povezano sa svim aspektima zadovoljstva uslugama doma: hranom, uslugama zaposlenika, smještajem te druženjem i aktivnostima u domu. Prema Havighurstu (1963/1968; u Mirčeta, 2008) upravo zadovoljstvo životom predstavlja mjeru adaptivnog prilagođavanja na proces starenja.

Na psihičko blagostanje i mentalno zdravlje uvelike utječe doživljeni stres. Prema Lazarusovoj teoriji (Lazarus i Folkman, 1984) stres možemo promatrati kao odnos između pojedinca i njegovog okruženja. Psihološki stres pojavljuje se onda kada se neka situacija ocijeni kao prijeteća ili zahtjevna te kada su resursi za rješavanje te situacije nedostupni. To je, dakle, negativna čuvstvena reakcija koja se temelji na kognitivnoj procjeni događaja kao prijetnje. Osobe starije životne dobi suočavaju se s nizom specifičnih stresnih situacija koje ta dob donosi. U starijoj dobi stres predstavljaju: fizička onesposobljenost kao posljedica narušenog zdravstvenog stanja, senzorno i kognitivno osiromašenje, bolni sindromi, senzorni i

kognitivni deficiti, socijalni gubitci poput smrti supružnika ili partnera, odbačenost od porodice, napuštenost, gubitak radne uloge i radnog značaja, smanjenje prihoda zbog umirovljenja i nezadovoljavajući financijski uvjeti, prilagodba na smrt, održavanje samopoštovanja, procjena prošlih životnih uspjeha i neuspjeha. Zbog smanjenih fizičkih, psiholoških i financijskih resursa i neke, naizgled bezazlene situacije, osoba može procijeniti kao prijeteće te zbog toga češće doživljavati psihološki stres. Institucionalizacija i život u domu predstavljaju poseban stres za osobe starije životne dobi te zahtijevaju prilagodbu na novonastale i neuobičajene situacije, novu okolinu i nove ljude. Istovremeno, stresori utjecajem na negativna afektivna stanja (kao što su primjerice anksioznost i depresija) povećavaju rizik od bolesti (Cohen i sur., 1983). Percipirani stres i subjektivno blagostanje su, uz depresivnost i anksioznost, važne komponente mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi zbog čega smo ih odlučili uključiti u ovo istraživanje.

1.4. Primjena i učinci muzikoterapije u gerontologiji

Bruscia (2014) definira muzikoterapiju kao refleksivan proces u kojem terapeut pomaže klijentu da poboljša zdravlje koristeći razne aspekte muzičkih iskustava i odnos koji se formira kroz njih kao sila koja pokreće promjenu. To je planski proces s jasno određenim ciljevima koji se temelji na procjeni i evaluaciji individualnih potreba klijenta. U muzikoterapiji se koriste muzička iskustva (pjevanje, sviranje, pokret, slušanje glazbe, stvaranje pjesme) koja su osmišljena kako bi utjecala na pozitivne promjene u ponašanju, stjecanju vještina, razmišljanju i izražavanju emocija (Peters, 2000). Prema Svjetskoj federaciji za muzikoterapiju (1996; u Wigram, Pedersen i Bonde, 2002: 30) "muzikoterapija je korištenje glazbe i/ili glazbenih elemenata (zvuka, ritma, melodije i harmonije) od strane kvalificiranog muzikoterapeuta s klijentom ili grupom, u procesu koji je osmišljen za olakšavanje i promicanje komunikacije, odnosa, učenja, mobilizacije, izražavanja, organizacije i postizanje drugih relevantnih terapijskih ciljeva, kako bi se zadovoljile fizičke, emocionalne, mentalne, socijalne i kognitivne potrebe. Muzikoterapija ima za cilj razviti potencijale i/ili obnoviti funkcije pojedinca tako da on ili ona mogu postići bolju intra- i interpersonalnu integraciju i, posljedično, bolju kvalitetu života kroz prevenciju, rehabilitaciju ili tretman." Naglasak je, stoga, na klijentu i njegovim potrebama, na pozitivnim promjenama i pomoći u poboljšanju zdravlja te povećanju kvalitete života.

Muzikoterapeuti koji rade sa osobama starije životne dobi često rade u domovima za starije osobe gdje najčešće provode grupne muzikoterapijske aktivnosti. To podrazumijeva rad s heterogenom skupinom korisnika te često uključuje osobe s kroničnim i progresivnim bolestima. Dolaskom u domove suočavaju se sa značajnim životnim promjenama, kao i nepoznatim i teškim situacijama. Teškoće na koje nailaze starije osobe u domovima su prilagodba na novu okolinu, promjena svakodnevnih rutina i stvaranje novih rutina, puno novih osoba, cimer ili netko od ostalih štićenika s velikim zdravstvenim ili psihičkim teškoćama, osoblje s manjkom vremena te ulaženje osoblja u intimni prostor korisnika (zbog svakodnevne higijene). Muzikoterapija u starijoj odrasloj dobi može pomoći u poboljšanju ili održavanju različitih aspekata zdravlja i dobrobiti. Muzikoterapeuti rade s odraslim osobama starije životne dobi koje doživljavaju tipične posljedice starenja, kao i s onima koji pate od demencije, Parkinsonove bolesti, koje su doživjele moždani udar ili su oboljele od raka. Najčešći ciljevi rada sa starijom populacijom su: fizička stimulacija, relaksacija, poticanje društvenosti, održavanje kognitivnih sposobnosti, utjecaj na ponašanja te poticanje komunikacije i interakcije između korisnika (Wigram, Pedersen i Bonde, 2002). Također, uključivanje u muzikoterapijske aktivnosti može pomoći u podizanju raspoloženja, poticanju pozitivnih emocija, povećanju samopoštovanja i samopouzdanja, stvaranju osjećaja vrijednosti, svrhovitosti i pripadanja zajednici, smanjenje stresa i usamljenosti.

Istraživanja muzikoterapije u gerontologiji otkrila su brojne prednosti individualiziranih muzikoterapijskih intervencija. Kratkoročni rezultati muzikoterapije kod starijih osoba često su vidljivi na području kognitivnih vještina, u smanjenju agitiranosti i tjeskobe, podizanju raspoloženja, snižavanju sistoličkog krvnog tlaka i povećanju kvalitete života (Yinger, 2018). Muzikoterapija kod starijih osoba može utjecati na fizičko i mentalno zdravlje na različite načine. Muzikoterapijske intervencije mogu ublažiti dosadu, smanjiti socijalnu izoliranost i osjećaj usamljenosti, motivirati korisnika na kretanje i poboljšati motoriku, potaknuti pozitivne uspomene i pozitivnije obrasce razmišljanja, izazvati sretne misli, potaknuti socijalnu interakciju s okolinom i smiriti osobu te pozitivno utjecati na njen osjećaj blagostanja (Epstein, 2014). Britansko udruženje za muzikoterapiju (2017) navodi kako muzikoterapija kod starijih osoba može potaknuti društvenu interakciju, bolji osjećaj sebe kroz improviziranu glazbu, dati starijim osobama priliku da se prisjete prošlosti kroz uporabu pjesama i razgovora, olakšati opuštanje, potaknuti izražavanje intenzivnih osjećaja kao što su ljutnja, frustracija, tuga, povećati samopoštovanje te povećati istraživačke i kreativne sposobnosti.

Vanderark, Newman i Bell (1983) su u svom istraživanju ustanovili značajni pozitivni učinak uključenosti u muzičke aktivnosti na zadovoljstvo životom, muzičko samopoimanje i stavove prema glazbi kod korisnika doma za starije osobe iznad 60 godina starosti. Sudionici istraživačke skupine bili su uključeni u muzičke aktivnosti dva puta tjedno kroz pet tjedana. U istraživanju koje su proveli Hanser i Thompson (1994) sudionici su bili podvrgnuti 8-tjednom kućnom tretmanu receptivne muzikoterapije. Rezultati su pokazali pozitivne učinke tehnika slušanja glazbe u kućnom okruženju (uz posjete ili telefonske razgovore s muzikoterapeutom jednom tjedno) na smanjenje simptoma depresije, uznemirenost, samopoštovanje te poboljšanje raspoloženja. U istraživanju koje su proveli Chu i suradnici (2014) grupna muzikoterapija smanjila je depresiju kod osoba s blagom i umjerenom demencijom te poboljšala kognitivne funkcije posebice u domeni kratkoročnog pamćenja/dosjećanja. Učinci muzikoterapijskog tretmana bili su vidljivi i mjesec dana nakon završetka tretmana. Meta analiza Cochranove baze istraživanja (Aalbers i sur., 2017) navodi kako muzikoterapija može biti korisna u modulaciji raspoloženja i emocija. Pregledom devet studija, u kojima je ukupno sudjelovao 421 sudionik, ustanovljeni su pozitivni kratkoročni učinci muzikoterapije na depresiju. Muzikoterapija uz uobičajene tretmane liječenja depresije smanjuje depresivne simptome u usporedbi s liječenjem isključivo tradicionalnim tretmanima. Također, učinkovitost muzikoterapije pokazala se i u smanjenju razine anksioznosti i poboljšanju funkcioniranja kod depresivnih pojedinaca.

Coffman (1999; prema Creech, Hallam, McQueen, i Varvarigou, 2013) je istraživao odnos između glazbe i kvalitete života. Anketirao je 52 člana benda za starije građane te izvijestio o pozitivnim učincima aktivnog stvaranja glazbe na aspekte kvalitete života, odnosno socijalnu interakciju, osjećaj obogaćenosti i doživljavanje osjećaja postignuća. Prema novijem istraživanju Southcotta (2009; prema Creech, Hallam, McQueen, i Varvarigou 2013), koji je proveo fenomenološku studiju slučaja istražujući iskustva starijih sudionika pjevačkog zbora, članstvo u zboru utječe na dobrobit pojedinca pružajući osjećaj svrhovitosti, ispunjenja, osobnog rasta i kontekst za stvaranje društvenih odnosa. Aktivno grupno stvaranje glazbe u zajednici može imati snažan učinak na poboljšanje zdravlja i dobrobiti starijih odraslih osoba. Socijalna mreža starijih osoba podržava dugotrajni osobni angažman pojedinca u izbornim i obveznim domenama svakodnevnog života te može pozitivno utjecati na fiziološko i psihološko zdravlje (npr. Cohen & Doyle, 1997; Smith & Christakis, 2008; prema Creech, Hallam, McQueen i Varvarigou 2013), smanjiti rizik od demencije (Cacioppo & Berntson, 2002; prema Creech, Hallam, McQueen i Varvarigou 2013) te povećati osjećaj sreće (Fowler i Christakis, 2009; prema Creech, Hallam, McQueen i Varvarigou 2013). Fullagar (2008; prema Creech,

Hallam, McQueen, i Varvarigou 2013) navodi kako sudjelovanje u kreativnim, aktivnim i društvenim slobodnim aktivnostima kao što je glazba može doprinijeti oporavku od depresije i održavanju osobne dobrobiti.

Zajedničko druženje kroz grupnu muzikoterapiju pruža pojedincima socijalnu podršku, koja je kod starijih osoba jako važna u smanjenju stresa te vodi boljem tjelesnom zdravlju i psihičkoj dobrobiti (Galić, Tomasović Mrčela i sur., 2013). Galić, Tomasović Mrčela i sur. (2013) navode kako se osoba koja ima podršku drugih lakše nosi sa stresnim situacijama, drugačije percipira stres te koristi drugačije strategije suočavanja i prilagodljivija je. Ujedno navode kako je depresija češća kod onih starijih pojedinaca koji su socijalno izolirani – žive sami ili pak u ustanovama u kojima je velika fluktuacija ljudi pa nemaju mogućnost uspostavljanja bliskog i povjerljivog odnosa.

1.5. Pristupi, modeli, metode i tehnike muzikoterapije u radu s osobama starije životne dobi

Najčešće korištene intervencije muzikoterapije u gerontologiji uključuju slušanje glazbe, opuštanje uz pomoć glazbe, tehnike neurološke muzikoterapije te aktivne grupne muzikoterapijske tehnike i intervencije s članovima obitelji i osobljem ustanova. U literaturi je opisano mnogo različitih intervencija u radu s populacijom osoba starije životne dobi poput: improvizacije, pjevanja poznatih pjesama odnosno grupnog pjevanja (*sing-along*), vibroakustičke terapije, tehnika redukcija stresa, pisanja pjesama (*songwriting*), upotrebe glazbe i pokreta, društvenih plesova, muzičke reminiscencije i dr. U domovima za starije i osoblje često koristi muzičke intervencije u vidu puštanja pozadinske glazbe, organiziranja glazbenih slušaonica, grupnog sviranja uz matricu, pjevanja tijekom svakodnevnih rutina i sl. (Wigram, Pedersen i Bonde, 2002). Muzikoterapeuti, stoga, u radu s osobama starije životne dobi koriste bilo individualne bilo grupne intervencije te aktivne kao i receptivne muzikoterapijske tehnike. U nastavku su opisane neke od metoda i tehnika koje su korištene u muzikoterapijskom tretmanu koji je proveden u sklopu ovog istraživanja, kao i modeli iz kojih pojedine metode i tehnike proizlaze. Pritom se metoda odnosi na vrstu muzičkog iskustva u kojeg se klijent uključuje u terapeutske svrhe, a model predstavlja sustavni i jedinstveni pristup metodama, postupcima i tehnikama temeljen na određenim načelima (Bruscia, 1998; prema Wigram, Pedersen i Bonde, 2002).

1.5.1. Slušanje glazbe i muzička reminiscencija

Tehnika reminiscencije ili dosjećanja često se koristi u radu sa starijima, a sastoji se od prizivanja sjećanja i razgovora o njima. Za starije pojedince pričanje o prošlosti je vrlo važna, mentalno zdrava aktivnost. Na taj se način pojedinci prisjećaju svoji ranijih uloga, postignuća, vremena kad su bili društveno aktivni, dobivaju na važnosti i potvrđuju vlastiti identitet. Istraživanja pokazuju kako ljudi koji više reminisciraju imaju veće samopoštovanje, bolju kvalitetu života, bolje rješavaju probleme i manje su skloni depresiji (Coleman, 1986; prema Ajduković i Čevizović, 1994). Utvrđeno je da se reminiscencije povećavaju za vrijeme velikih životnih promjena, a život u instituciji svakako predstavlja veliku promjenu koja zahtjeva određenu prilagodbu. Dosjećanje je spona između osobne prošlosti i sadašnjosti. Doživljavanje ponovne slike života donosi starijim osobama određenu smirenost i stabilnost. Ujedno, razumijevanje osobne povijesti starijih osoba olakšava pomagačima razumijevanje njihovog sadašnjeg ponašanja, pri čemu lakše uviđaju i njihove potrebe. Starije osobe koje žive u različitim oblicima domova ne moraju nužno imati međusobno razvijene tople društvene odnose. Dosjećanje potiče društvenost te pridonosi prihvaćanju ostalih članova i stvaranju novih prijateljstava. Dosjećanje prenosi i štiti kulturnu tradiciju, koja je važan čimbenik u očuvanju osobne povijesti te u prijenosu tradicionalnih i kulturalnih vrijednosti mlađim generacijama. U radu sa starijim osobama nije dovoljno uzimati u obzir samo njihovo sadašnje stanje, već se u procjeni osobnosti uzima u obzir njihova cijela prošlost. To nam pomaže u boljem razumijevanju kakve su te osobe bile prije, što su radile, te kakve su sada i što još uvijek mogu raditi. Ne treba zaboraviti kako starije osobe većim dijelom uživaju u dosjećanju. Pritom je potrebno prihvatiti činjenicu kako nisu sva sjećanja sretna te, ako netko nije spreman sjećati se svakog doživljaja, voditelj i članovi grupe trebali bi poštovati njegovu želju i pokazati suosjećanje (Ajduković, 1995).

Dosadašnja istraživanja pokazala su značajan učinak reminiscencije na aspekte mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Meta-analiza deset radova koju su proveli Song i sur. (2014) pokazala je učinkovitost grupne reminiscencije na smanjenje depresivnih simptoma starijih bolesnika. Također, znatno je poboljšala samopoštovanje i zadovoljstvo životom. Humsky i Janušić (2000) navode kako je evaluacija grupnog rada sa starijim ljudima, u kojem je korištena tehnika reminiscencije, pokazala niz pozitivnih promjena kao što su proširenje sjećanja, povećanje samopouzdanja, smanjivanje neprijateljstva, veću društvenost, senzoričku stimulaciju korisnika i poboljšanu socijalizaciju.

Bruscia (2014) svrstava muzičku reminiscenciju među varijacije receptivnih muzikoterapijskih metoda te je ona definirana kao uporaba slušanja glazbe za buđenje sjećanja na prošle događaje i iskustva u klijentovom životu. Pritom se koristi vokalna ili instrumentalna glazba, snimljena ili izvedena uživo i odabrana od klijenta ili terapeuta obzirom na povezanost s nekim prošlim iskustvom ili vremenskim periodom klijentovog života. Nakon slušanja (ili izvođenja glazbe) klijent i terapeut se prisjećaju prošlosti klijenta. Muzička reminiscencija je kombinacija nekoliko terapijski metoda i ugodnih aktivnosti za starije osobe, gdje glazba predstavlja ključni poticaj. Stručnjak koji provodi muzičku reminiscenciju može pomoći u oživljavanju sjećanja, poticati sudjelovanje i interakciju s drugima, voditi pojedinca kroz putovanje koje odražava i podiže raspoloženje. Uz to, reminiscencija uz glazbeni poticaj i osobnu interakciju može pozitivno utjecati i na druge aspekte zdravlja starijih osoba. To je inkluzivna tehnika koja može smanjiti napetost unutar grupe i poboljšati komunikaciju. Stručnjak za muzičku reminiscenciju mora imati opsežno znanje o povijesnoj/društvenoj/kulturnoj/lokalnoj glazbi i, što je još važnije, njenoj produkciji. U kombinaciji s relevantnim vizualnim poticajima, angažira klijente te ih uključuje u koristan, ugodan i smislen proces. Muzička reminiscencija koristi se za daljnje aktiviranje interesa, sjećanja i razgovora (What is Musical Reminiscence, n.d.).

Slušanje glazbe služi kao uvod u reminiscenciju odnosno dosjećanje događaja ili osoba iz prošlosti, načina života pojedinog razdoblja ili kraja i sl. U početku muzikoterapeut treba upoznati grupu s kojom radi i uzeti u obzir informacije o klijentima (njihovu dob, zanimanje, način života itd.) te kulturno-povijesni kontekst kraja u kojem su pojedinci proveli veći dio života. Također, u razgovoru s klijentima može saznati o njihovim muzičkim preferencijama, muzičkim navikama te o pjesmama i glazbenim djelima koja za pojedine klijente imaju određeno značenje. Zatim muzikoterapeut sastavlja popis skladbi koje su karakteristične za tu grupu. U idućim seansama receptivna muzikoterapija odnosno slušanje određenih, unaprijed dogovorenih skladbi koristi se kao uvod u reminiscenciju. Slušanje glazbe nekog kraja i nekog određenog razdoblja može potaknuti sjećanja iz tog razdoblja klijentove prošlosti. Muzikoterapeut može s pitanjima potaknuti dosjećanje, a ujedno međusoban razgovor članova grupe i sjećanje jednog člana može potaknuti druge članove na dijeljenje iskustva. Na taj način može se raditi na ciljevima poput stvaranja grupne kohezije odnosno povezanosti članova grupe i razvijanje osjećaja prihvaćenosti i podrške kod starijih pojedinaca, pogotovo kada govorimo o korisnicima doma. Institucionalizacija u starijoj dobi predstavlja veliku promjenu, ne samo dosadašnjih navika i načina života, već i socijalne mreže. Stariji se ljudi susreću s gubitcima, a

njihovo međusobno poistovjećivanje kao i osjećaj prihvaćenosti unutar skupine zasigurno utječe na njihov osjećaj blagostanja i na mnoge aspekte mentalnog zdravlja.

Ajduković i Čevizović (1994) daju neke ideje za korištenje tehnike reminiscencije u grupnom radu sa starijima. Cilj vježbi i aktivnosti koje potiču dosjećanje je jačanje identiteta i energiziranja pojedinca. Tehnika reminiscencije često započinje vođenom imaginacijom. U tom dijelu primjenjiva je receptivna muzikoterapija. Vježbe "Povijesni događaj" (u kojoj terapeut odabire jedan značajni povijesni događaj u kojem su članovi grupe sudjelovali te nizom pitanja potakne sjećanje članova grupe na njega), "Stablo djetinjstva" (koje započinje vođenom imaginacijom nakon koje članovi crtaju drvo na koje stavljaju ljude, događaje i predmete iz svog djetinjstva) ili grupno vođena imaginacija "Spuštanje niz svoje godine" (gdje terapeut potiče klijente da pokušaju zamisliti sebe kao dijete) mogu se koristiti uz glazbu. U tretmanu provedenom u sklopu ovog istraživanja je korištena varijacija tehnike "Spuštanje niz svoje godine". Sudionici su najprije uz pomoć terapeuta odabrali nekoliko glazbenih primjera koje su slušali u mladosti. Dobili su uputu da se prilikom slušanja vrate u razdoblje kada su bili mladi i pokušaju se prisjetiti nekog događaja iz tog razdoblja. Nakon toga je slijedio razgovor i neki od sudionika podijelili su svoje priče s ostatkom grupe.

Osim za reminiscenciju, slušanje poznate glazbe može se koristiti i u svrhu analize teksta (npr. u analitičkim modelima) ili za imaginaciju i prizivanje određenih slika (npr. Guided Imagery and Music – GIM model ili Bonny metoda). Bruscia (2014) navodi metodu analiza pjesama odnosno teksta (*song – lyric discussion*) u kojoj terapeut donosi pjesmu koja služi kao poticaj za raspravu o pitanjima koja su terapeutski relevantna za klijenta. Nakon slušanja pjesme, terapeut zamoli klijenta da analizira značenje riječi te se u dijalogu s terapeutom ili drugim klijentima u grupi diskutira o važnosti teksta za klijenta ili njegov život.

Slušanje glazbe kod starije populacije možemo koristiti i za opuštanje te smanjenje stresa. U tom slučaju govorimo o muzički potpomognutoj relaksaciji ili meditativnom slušanju glazbe (Wheeler, Shultis i Polen, 2005). Postoje razne tehnike opuštanja uz glazbu kao što su progresivno-mišićna relaksacija uz glazbu, mindfullness, vođena relaksacija uz vizualizaciju i dr. Određene varijacije slušanja glazbe mogu se koristiti i kod starije populacije čije je funkcioniranje značajno smanjeno, primjerice kod osoba s motoričkim ili perceptivnim teškoćama može se koristiti tzv. ritmičko slušanje glazbe (slušanje uz udaranje ritma ili pokrete) ili slušanje glazbe za stimulaciju auditivne percepcije (npr. tehnike neurološke muzikoterapije).

Druge tehnike slušanja poput somatskog slušanja glazbe ili muzičke anestezije mogu se koristiti za stimulaciju ili smanjenje fizičke boli (Wheeler, Shultis i Polen, 2005).

Rezultati istraživanja povezanosti slušanja glazbe i psihološkog blagostanja koje je proveo Laukka (2007) na uzorku od 500 starijih osoba između 65 i 75 godina, pokazali su kako je slušanje glazbe česta i uobičajena aktivnost starijih osoba u slobodno vrijeme te da je slušanje glazbe čest izvor pozitivnih emocija za starije odrasle osobe. Također, sudionici su izvijestili kako koriste različite strategije slušanja povezane s emocionalnim funkcijama (npr. zadovoljstvo, regulacija raspoloženja i opuštanje). U istraživanju je ustanovljeno kako su zdravstveno stanje i osobine ličnosti najvažniji prediktori subjektivne dobrobiti odnosno blagostanja, ali neke strategije slušanja također su bile značajno povezane s psihološkom dobrobiti.

Receptivna muzička iskustva mogu biti korisna za starije osobe s demencijom, ali i za one s očuvanim kognitivnim sposobnostima kod kojih glazba može poslužiti kao izvor stimulacije i pomoć pri procesiranju osobnih problema (Bright, 1991; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005).

1.5.2. Muzička improvizacija

Muzička improvizacija se može definirati kao "bilo koja kombinacija zvukova stvorenih unutar okvira početka i završetka" (Wigram, 2004: 37). Ona nastaje kada klijent sam ili s grupom stvara glazbu, vokalno ili instrumentalno ili s dijelovima tijela i drugim medijima. Svrstava se u aktivne muzikoterapijske metode. Terapeut pomaže klijentu strukturirati muzičko iskustvo na način da improvizira zajedno s njim ili ga na neki drugi način vodi kroz improvizaciju (Bruscia, 1998; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005). Muzičku improvizaciju kao metodu najčešće nalazimo unutar analitičkih modela (npr. Model slobodne improvizacije J. Alvin i Analitički orijentirane muzikoterapije M. Priestley) te modela kreativne muzikoterapije (Nordoff-Robbins model). Kod analitičkih modela naglasak je na razumijevanju značenja i forme izraza u muzičkoj improvizaciji te transferu i kontratransferu odnosno odnosu koji klijent i terapeut stvaraju kroz improvizaciju. Improvizacija ima glavnu ulogu u uspostavljanju muzičkog kontakta između terapeuta i klijenta. U analitičkim terapijama najčešće se izmjenjuju improvizacijski muzički dijelovi i verbalni, reflektirajući dijelovi u kojima terapeut koristi pojašnjenje i tumačenje. Kod kreativne muzikoterapije naglasak je na

samoizražavanju i komunikaciji kroz improvizaciju odnosno na prepoznavanju i reflektiranju klijentovog stanja i osjećaja kroz improviziranu glazbu. Najčešće je terapeut onaj koji improvizira dajući klijentovom djelovanju neki muzički okvir (Wigram, Pedersen i Bonde, 2002).

Postoji cijeli niz improvizacijskih tehnika koje terapeut koristi kako bi stvorio empatični odgovor i odnos s klijentom te postigao terapijske ciljeve poput zrcaljenja ili imitacije (*mirroring/imitating*), podudaranja (*matching*), reflektiranja (*reflecting*), uzemljenja ili podržavanja (grounding/holding) odnosno pružanja muzičkog emocionalnog kontejnera (containing) pa sve do muzičkog dijaloga (dialoguing) i praćenja (*accompanying*). Njihov izbor ovisi o brojnim čimbenicima kao što su faza terapijskog procesa, terapijski ciljevi, klijentova razina funkcioniranja i uključenosti, i dr. Također, tijekom improvizacije terapeut prelazi iz jedne u drugu tehniku ovisno o cilju koji želi postići (Wigram, 2004).

Muzička improvizacija može biti vokalna ili instrumentalna, tonalna (s određenom harmonijskom strukturom i u određenom ključu) ili atonalna (bez određene harmonijske strukture). Kroz muzičku improvizaciju možemo opisivati neko nemuzičko iskustvo ili objekt – u tom slučaju govorimo o referencijalnoj improvizaciji, a ukoliko se improvizacija odnosi samo na zvukove ili glazbu samu po sebi riječ je o nereferencijalnoj improvizaciji. Također, klijent može, uz vokal i instrumente, koristiti i vlastito tijelo kako bi improvizirao ili druge medije. U grupnim seansama jedan klijent može voditi grupnu improvizaciju dajući smjernice drugim vokalistima ili instrumentalistima (Bruscia, 1998; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005).

U radu s populacijom osoba starije životne dobi mogu se koristiti nereferencijalna improvizacija i referencijalna improvizacija na odabranu temu primjerice opisivanje godišnjeg doba ili određene emocije. Pritom se od instrumenata najčešće koriste jednostavne udaraljke i glas. Terapeutova uloga je da olakša improvizaciju i najčešće svira s klijentima. Nakon improvizacije može slijediti razgovor o tome kakve je osjećaje pobudila improvizacija, odnosno kakve su asocijacije i sjećanja povezana s temom improvizacije (Wheeler, Shultis i Polen, 2005). To može poslužiti kao uvod u reminiscenciju odnosno dosjećanje. U tretmanu provedenom u svrhu ovog istraživanja korištena je referencijalna improvizacija. Sudionici su dobili uputu da odaberu instrument i odsviraju kako se trenutno osjećaju nakon čega je slijedila kratka diskusija. Cilj improvizacije je bio fokusiranje na 'ovdje i sada' te osvještavanje i prihvaćanje vlastitog emocionalnog stanja.

1.5.3. Kompozicijske metode: skladanje (*composing)* i pisanje pjesama *(songwriting*)

Kompozicijske metode ili muzička iskustva odnose se na bilo kakvo stvaranje muzičkih proizvoda pri čemu terapeut pomaže klijentu u pisanju pjesama, tekstova ili instrumentalnih djela. One obuhvaćaju parodije pjesama (*song parodies*), pisanje pjesama (*songwriting*), skladanje (*composing*) instrumentalnih kompozicija te stvaranje muzičkih kolaža (zvučnih sekvencija, pjesama ili riječi) (Bruscia, 1998; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005).

Kod parodija pjesama klijenti mijenjaju dio postojećih pjesama zadržavajući melodiju ili pratnju originalne pjesme (ili obratno) ili njenih dijelova (teksta, melodije, pratnje) uz pomoć terapeuta. Takav se muzički proizvod na neki način dokumentira (zapiše i/ili snimi) (Bruscia, 1998; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005). U tretmanu koji je proveden u sklopu ovog istraživanja korištena je navedena metoda u radu s osobama starije životne dobi s ciljem samopredstavljanja, reminiscencije odnosno poticanja refleksije o prošlim iskustvima i životnim uspjesima, podizanja samopoštovanja, poticanje pojedinca na aktivnost, stvaranja grupne kohezije i prihvaćanja unutar grupe. Pritom je korištena popularna hrvatska pjesma "*Slatka, mala Marijana*" (V. Paljetak, Dubrovački trubaduri) kojoj je izmijenjen tekst na način da su umjesto imena Marijana opjevana imena članova grupe, a u nastavku su opjevane aktivnosti i poslovi u kojima su sudjelovali u prošlosti, dok su bili mlađi i koje su smatrali ugodnima te su u njima uživali. Primjer jednog takvog uratka donosimo u nastavku:

O Ana, Ana, slatka mala Ana, ona sir je radila i heklala.

O Ivan, Ivan, dragi naš Ivan, kamen je klesao i puno pjevao.[1]

Prije promjene teksta sudionici su zajedno s terapeutkinjom pročitali izvorni tekst i nekoliko puta otpjevali originalnu pjesmu te im je melodija i struktura pjesme bila poznata.

U aktivnosti pisanja pjesama (*songwriting*) klijent smišlja svoju izvornu pjesmu ili bilo koji njezin dio (tekst, melodiju, pratnju, itd.) uz različite razine pomoći terapeuta. Proces obično uključuje neki oblik zapisa ili bilježenja konačnog proizvoda (audio ili video snimku) (Bruscia, 2014).

[1] Imena su izmijenjena radi osiguravanja tajnosti podataka osoba koje su sudjelovale u istraživanju

U tretmanu koji je proveden u sklopu ovog istraživanja sudionici su osmislili novi tekst na postojeću melodiju tradicionalne narodne pjesme *"Na brijegu kuća mala"*. Tekst je prikazan na *Slici 1*. Sudionici su uz pomoć terapeuta u tekstu opjevali karakteristike muzikoterapijske grupe kojoj su pripadali. Uputa je bila da se pokušaju kroz pjesmu predstaviti kao grupa. Na taj način se može raditi na zajedničkim ciljevima poput stvaranja grupne kohezije i pružanja socijalne podrške.

MI SMO VESELA DRUŽBA (NA BRIJEGU KUĆA MALA)

MI SMO VESELA DRUŽBA
ZAJEDNO PJEVAMO,
STARIH SE, STARIH PJESMA
SKUPA PRISJEĆAMO.

VOLIMO SKUPA PJEVAT
NAŠU DAJANU GLEDAT,
DOSTA SMO, DOSTA STARI
I RIJEČI SMO ZABORAVILI.

ALI MELODIJE NISMO
I RADO IH PJEVAMO,
VOLIMO SE MI DRUŽIT
JER TADA NISMO TUŽNI.

POZDRAVLJAMO SAD' SVE VAS,
PJEVAMO NA SAV GLAS,
DONIJETI MALO VESELJA
ŽELIMO U OVAJ ČAS.

Slika 1. Tekst nastao *songwriting* metodom na melodiju tradicionalne narodne pjesme *"Na brijegu kuća mala"*

Pjevanje omogućava klijentima izražavanje vlastitih iskustva i osjećaja, prisjećanje prošlosti, razumijevanje sadašnjosti i izražavanje budućnosti. Pjesme mogu pružiti priliku za razvijanje komunikacijskih vještina, jačanje solidarnosti u skupini i poticanje društvene interakcije. Klijentu poznate pjesme pomažu u formiranju terapijskog odnosa s terapeutom. Tijekom terapijskih seansi terapeut može poticati klijente da pjevaju pjesme koje odražavaju njihova iskustva, osjećaje i misli (Hong i Choi, 2011).

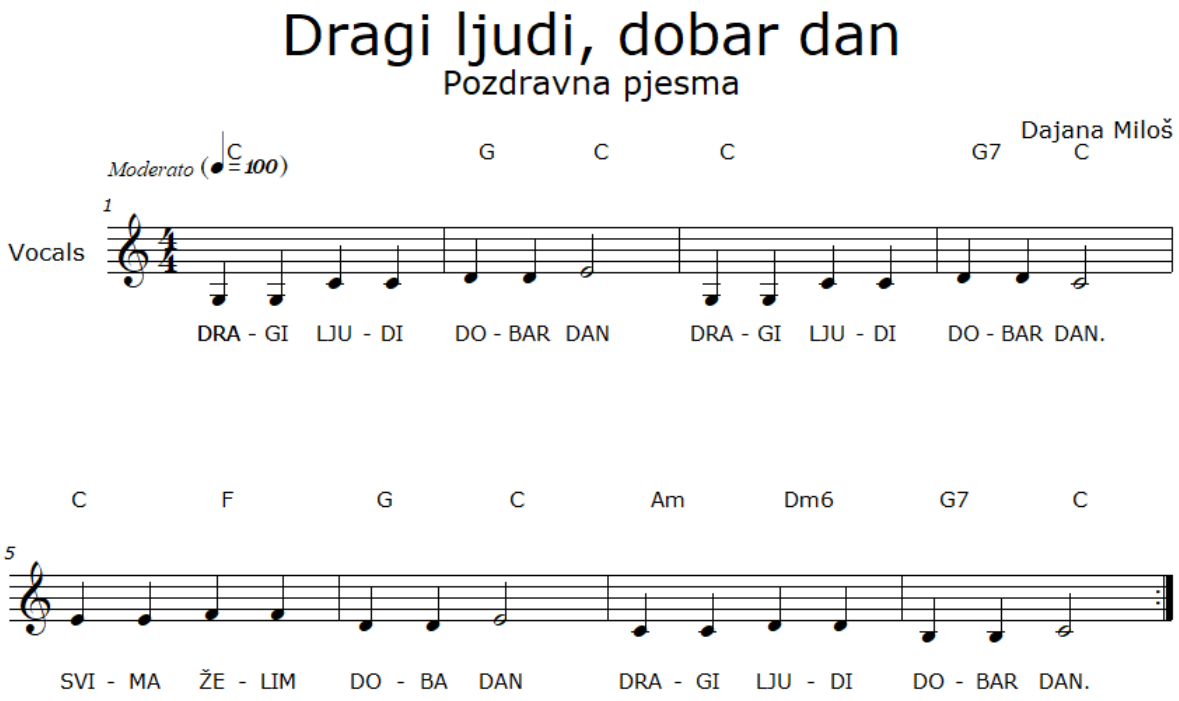
Pisanje pjesama potiče misli i osjećaje čak i više od pjevanja već poznatih pjesama. O'Callaghan (1997; prema Hong i Choi, 2011) navodi kako pisanje pjesama ima brojne terapijske učinke: omogućava kreativno izražavanje kroz jezik i glazbu; manje je ugrožavajuće u odnosu na pisanje općenito; pruža razne mogućnosti u potrazi za srećom; razumijevanje stihova je potaknuto glazbenom pratnjom; proces stvaranja pjesme predstavlja kreativan izbor glazbenih i jezičnih dimenzija; nudi mogućnosti za savjetovanje; pruža neočekivanu ugodu koja proizlazi iz melodije pjesme; proces uključuje lingvistički, muzički i emocionalni izraz; pojedinac izražava svoje osjećaje i misli kroz pisanje vlastitih tekstova na dobro poznate pjesme; pomaže sudionicima da osjećaju ponos zbog stihova i glazbe koju su stvorili. Aktivnosti pisanja pjesama (*songwriting*) uključuju dopunjavanje nedovršenih pjesama, prepisivanje stihova, varijacije pjesama, stvaranje *rap* glazbe, pisanje tekstova, stvaranje melodija, stvaranje improviziranih pjesama kroz naraciju ili s glazbenim instrumentima te skladanje (Choi, 2004; prema Hong i Choi, 2011).

Kako bi se postigli određeni terapijski ciljevi prilikom osmišljavanja aktivnosti pisanja pjesama terapeut treba uzeti u obzir muzičke aspekte i osobine klijenta, njegovo iskustvo, interese i sposobnosti, kao i preferencije do određenih muzičkih stilova (Ficken, 1976; prema Hong i Choi, 2011). Pritom je mnogo važnije pružiti klijentu mogućnost da se izrazi nego estetska vrijednost konačnog uratka. Istraživanja (npr. Ficken, 1976; Freed, 1987; Hong, 2004; Montello, 2003; O'Callaghan, 1997; sve prema Hong i Choi, 2011) pokazuju da pisanje pjesama može pomoći u postizanju uvida, u razvijanju vještina rješavanja problema, a može pružiti i emocionalnu, duhovnu, psihološku i društvenu podršku.

Muzička iskustva obuhvaćaju različite aspekte čovjekovog funkcioniranja: fizičke, emocionalne, mentalne (spoznajne), duhovne te aspekte odnosa. Bruscia (2014) navodi kako u kompozicijskim metodama skladatelj, stvaratelj muzičkog proizvoda, gradi i konstruira skladbu koristeći zvukove kao osnovni materijal. To za njega predstavlja određene izazove, prije svega fizički, a zatim spoznajni i emocionalni. Ne samo da je potrebno pronaći najbolju kombinaciju zvukova i sekvenca, već je potrebno i stvoriti nekakvu glazbenu priču, izraziti određene misli i emocije. Iako iskustva skladanja glazbe uključuju sve kreativne odluke koje uključuje i improvizacija (npr. odabir instrumenata, način korištenja glasa i dr.), za razliku od improvizacije skladatelj može uzeti vremena koliko god je potrebno za razmatranje i testiranje različitih opcija prije nego što odluči o stvarnom sadržaju glazbe, što ga čini pogodnijom i prihvatljivijom metodom za neke klijente. Skladanje također uključuje sve mentalne aktivnosti

koje su uključene i u slušanje. Kada slušamo, nastojimo identificirati različite prisutne odnose u glazbi, a kada skladamo moramo ih stvoriti. Također, skladatelj je u odnosu s izvođačem (ili samim sobom ako je ujedno i skladatelj i izvođač) te slušateljima s kojima komunicira preko svog glazbenog djela i prenosi svoju priču koju drugi mogu iskusiti, doživjeti i interpretirati. Na taj način skladatelj je u zajedništvu sa zajednicom, društvom i kulturom.

Pozdravne pjesme također možemo uvrstiti u kompozicijske metode. Koriste se za uvođenje pojedinca ili grupe u muzikoterapijski proces, procjenjivanje, izgradnju odnosa i povjerenja, za poticanje interakcije i sudjelovanja te uspostavu teme seanse koja slijedi. Često se koriste u muzikoterapiji s djecom, ali u prilagođenom obliku mogu se koristiti i kod odrasle i starije populacije. Pozdravne pjesme predstavljaju ritualne muzičke izraze za dobrodošlicu klijentu i uspostavljanje međusobne komunikacije. Koriste se unutar improvizacijskih i kreativnih muzikoterapijskih modela. Muzikoterapeuti obično sastavljaju pjesme pojedinačno za svakog klijenta ili grupu tijekom prvih nekoliko seansi terapijskog procesa. Pozdravne pjesme tekstualno i muzički odražavaju jedinstvenost svakog klijenta i njegov odnos s terapeutom (Kantor i Kružíková, 2016). Jedna takva pjesma sastavljena je za potrebe tretmana koji se provodio sa starijom populacijom u sklopu ovog istraživanja. *Slika 2*. prikazuje pjesmu naziva *"Dragi ljudi, dobar dan"* koja se pjevala na početku svake seanse uz harmonijsku pratnju terapeuta.



Slika 2. Pozdravna pjesma "Dragi ljudi, dobar dan"[2]

Pozdravne pjesme trebaju biti jednostavne i lako pamtljive kako bi ih sudionici brzo savladali. Sudionici su vrlo brzo naučili melodiju i prihvatili pjesmu kao svoju te je ona korištena za pozdrav na početku, a ponekad i na kraju seanse, ali se umjesto pozdrava *'dobar dan'* pjevalo *'doviđenja'*. Također, umjesto izraza *'dragi ljudi'* na početku svake seanse, kako bi se pojedinačno pozdravilo svakog prisutnog klijenta, korišteno je ime klijenta, primjerice *Draga Marija, dobar dan*. I tako redom dok svi prisutni nisu pozdravljeni, uključujući i terapeuta. Na taj način, svakom prisutnom dalo se na važnosti i osjećao se dijelom grupe, a ujedno u skupinama koje se slabije poznaju, sudionici lakše upamte imena pojedinih članova. Osim toga, na pozdravnu pjesmu se može dodavati tekst primjeren za pojedinu seansu ili u skladu s ciljem. Primjerice u jednoj seansi u kojoj je kratkoročni cilj bio da klijenti izraze trenutne osjećaje te se usmjere na svoje emocionalno stanje 'ovdje i sada', terapeut je pjevao

[2] Tekst pjesme može varirati. Umjesto *'ljudi'* može se pjevati klijentovo IME, a umjesto *'dobar dan'* može se pjevati *'doviđenja'* ili *'kako ste'* i sl.

Dragi/a IME KLIJENTA, kako ste? i sl. Pjesme o klijentovom imenu, takozvane 'pjesme imenovanja' (*naming songs*) u svom su sadržaju slične pozdravnim pjesmama i prva ih je opisala Alvin (1978; prema Kantor i Kružíková, 2016). Prilikom njihovog stvaranja muzikoterapeut također može uzeti u obzir klijentove preferencije odnosno aktivnost u kojoj klijent uživa, nešto u čemu je dobar, hranu koju voli jesti i sl. Jedan takav primjer već je opisan u ovom poglavlju te smo ga svrstali pod parodije pjesama.

Pavličević (1999; prema Kantor i Kružíková, 2016) pruža širu perspektivu u proučavanju pozdravnih pjesama i svrstava ih u nekoliko skupina ovisno o kontekstu u kojem se upotrebljavaju i njihovoj namjeni. Tako na primjer pozdravne pjesme mogu biti početne (Dragi ljudi, dobar dan) i završne pjesme (Dragi ljudi, doviđenja), u njima razlikujemo muzičke i ne-muzičke elemente (npr. tekst), mogu biti namijenjene pojedincu ili grupi, mogu se pojaviti tijekom seanse kao improvizacija ili biti sastavljene izvan terapije od strane terapeuta za određenog klijenta ili grupu, itd. Schwartz (2008; prema Kantor i Kružíková, 2016) razlikuje pjesme za okupljanje (*Gathering Songs*), pjesme za uključivanje (*Embedded Songs*) (koje uključuju igre), pjesme za povezivanje (*Bonding Songs*) odnosno stvaranje odnosa, prijelazne pjesme (*Transition Songs*) koje imaju za cilj olakšati promjenu aktivnosti, pjesme o instrumentima, pjesme o pokretu, pjesme o meni i pjesme o mom svijetu. Pozdravna pjesma može ujedno spadati u bilo koju od ovih kategorija obzirom na sadržaj.

Pozdravne pjesme igraju važnu ulogu u mnogim modelima muzikoterapije, posebice kreativnoj muzikoterapiji. One pomažu u određivanju strukture i tijeka seanse. Ključne su u tijekom početnih seansi muzikoterapijskog procesa jer se kroz njih uspostavlja muzička komunikacija s klijentom odnosno pozitivan odnos te pobuđivanje onog dijela klijentove osobnosti koju nazivamo 'muzičko dijete' (Robbins, 1993; prema Kantor i Kružíková, 2016). Pritom su terapeutove muzičke i improvizacijske vještine najvažniji alati. Glazba treba odgovarati raspoloženju klijenta, a muzički elementi (melodija, ritam, harmonija, itd.) trebaju biti korišteni kako bi podržali cilj. Zbog toga terapeut mora pažljivo osluškivati klijenta kako bi identificirao njegov muzički izraz, vokalizaciju, pokrete i odgovorio na njegove muzičke impulse (Birnbaum, 2012; prema Kantor i Kružíková, 2016).

1.5.4. Ponovno stvaranje (*re-creating*), izvođenje (*performing*) i zajedničko pjevanje poznatih pjesama (*sing-along*)

Kod muzičkih iskustava izvođenja i ponovnog stvaranja klijent uči kako izvesti i izvodi već komponiranu glazbu ili reproducira neku glazbenu formu po modelu. To uključuje strukturirana muzička iskustva u kojima klijent izvodi predefinirane uloge ili ponašanja. Iskustvo ponovnog stvaranja uključuje vokalno i instrumentalno stvaranje glazbe odnosno pjevanje i sviranje na unaprijed definiran način, reproduciranje postojećeg muzičkog materijala ili pjesama, muzičku produkciju, muzičke igre i aktivnosti te vođenje (Bruscia, 1998; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005).

Ponovno stvaranje i izvođenje također obuhvaćaju fizičke, emocionalne, mentalne (spoznajne), duhovne aspekte funkcioniranja pojedinca te aspekte odnosa zbog čega se mogu koristiti za postizanje široke palete terapijskih ciljeva na svim područjima (motoričkom, socio-emocionalnom, spoznajnom, duhovnom). Pjevanje ili sviranje već komponirane glazbe uključuje fizičku komponentu: tijelo i osjetila. Za razliku od improvizacije, u kojoj nema glazbenog modela te improvizator stvara glazbu "ovdje i sada", kod ponovnog stvaranja glazbenog djela pjevač ili instrumentalist ima model te se od njega očekuje da se uklapa u fizičku strukturu i zadovolji zahtjeve skladbe. Mora proizvesti ispravne note u ispravnom ritmu i tempu te u određenoj boji i dinamici. To zahtijeva od osobe koja ponovno stvara glazbu korištenje i kontroliranje svojeg tijela kako bi stvorio zvukove na način kako je navedeno te kako je to odredio skladatelj. Izvođač pritom ne može puno odstupati od modela te prilagoditi kompoziciju svojim fizičkim sposobnostima, već mora razvijati svoje sposobnosti kako bi udovoljio fizičkim zahtjevima kompozicije. Osim slušno-motoričke koordinacije potrebne za pjevanje ili sviranje, stvaranje glazbe zahtijeva i vizualno-motoričku koordinaciju. Pjevač ili instrumentalist često mora čitati note i gledati druge izvođače ili dirigenta dok svira, proizvoditi glazbu u određenom vremenu. Ponovno stvaranje glazbe zahtijeva vježbu, samodisciplinu i ustrajnost. Uzevši u obzir sve uključeno, pjevanje i sviranje preoblikovane, već komponirane glazbe može se terapijski koristiti za uspostavljanje, održavanje i poboljšanje sposobnosti upotrebe i kontrole različitih dijelova tijela, razvijanje i integriranje senzomotoričkih vještina, strukturiranje ili modificiranje ponašanja, izgradnju samodiscipline i usmjerenosti k cilju, povećanje samopouzdanja. Pjevanje ili sviranje preoblikovanog, komponiranog glazbenog komada znači i pronalazak sebe u glazbi. Iako su zvukovi i sekvence propisani od strane skladatelja te već pružaju određeni raspon značenja i emocija, zadatak izvođača je

personalizirati zvuk i izraziti vlastito tumačenje glazbe i emocija ostajući pritom unutar granica koje je odredio skladatelj. Glazbeni komad postaje emocionalni kontejner ili model koji propisuje što izvođač može i ne može izraziti. Dakle, ponovno stvaranje glazbe je potpuno različito od slobodne improvizacije. Ograničenja u ponovnom stvaranju glazbe su stroža. Izvođač mora donijeti već postojeću glazbu. Pjevati ili svirati znači biti u glazbi "ovdje i sada", predstavljati ju i dijeliti s drugima. Izvedena glazba je uvijek jedinstven proizvod izvođača jer je svaki izvođač jedinstven, ima svoju osobnost i način sviranja, ima različito životno iskustvo te izražava emocije na drugačiji, sebi svojstven način. On ponovno stvara i interpretira glazbu na svoj jedinstveni način gradeći identitet glazbenika. Ponovno stvaranje glazbenog komada je učenje niza zvukova koji čine glazbeno djelo. Najčešće to uključuje čitanje neke vrste glazbene notacije ili učenje komada po sluhu (kao npr. u pjevanju) ili slijeđenje vizualnih znakova. Kako bismo mogli pročitati notni zapis, treba naučiti i upamtiti sustav notacije odnosno zapamtiti što označava svaki znak ili simbol, a zatim proizvesti zvuk s određenim trajanjem, bojom i dinamikom. Učenje po sluhu zahtijeva značajnu vještinu slušnog pamćenja, praćenje znakova i uputa, pažnju i brzo reagiranje. Ključno u svemu je i vježbanje koje zahtijeva određenu strategiju. Pjevač ili instrumentalist mora razviti najučinkovitiji plan učenja i ovladavanja skladbom što uključuje donošenje brojnih odluka: *Kako treba podijeliti komad u dijelove za učenje i vježbanje?; Koje dijelove treba naučiti prve?; Trebaju li se neki dijelovi zapamtiti odmah?; Koji dijelovi zahtijevaju ponavljanje?;* itd. Pojavljuju se i kreativna pitanja. primjerice: *Na koje različite načine komad može biti otpjevan ili odsviran? Što je skladatelj namjeravao poručiti, kako se treba odsvirati i interpretirati komad? Kako mogu saznati o skladateljevim namjerama interpretacije? I u konačnici, kako se moj stil, interpretacija i preferencije uklapaju u namjere skladatelja?* Ponovno stvaranje glazbe, dakle, uključuje višestruke mentalne izazove. Ovisno o mediju (glas, instrument), stvarna izvedba djela u javnosti može zahtijevati memoriranje skladbe, izvođenje napamet. Potrebno je uzeti u obzir sve vrste odnosa i varijacija u glazbi, a zatim razviti različite mnemoničke strategije za njihovo pamćenje. U konačnici, učenje komada, vježbanje i izvođenje je učenje o tome kako naučiti i kako zapamtiti, a zatim neprekidno samoupravljati vlastitim pjevanjem ili sviranjem. Ponovno stvaranje i izvođenje glazbe zahtijevaju samokontrolu. Izvođač mora neprestano slušati vlastitu izvedbu dok istovremeno izvodi. Povratna informacija je stalno prisutna pri čemu izvođač sluša sebe, uspoređuje ono što čuje na snimci, a zatim se prilagođava pjevajući ili svirajući u skladu s tim. Model koji izvođač čuje u svojoj glavi može biti ideal za vlastito pjevanje ili sviranje, kao i izvedbeno tumačenje skladbe i namjere skladatelja (Bruscia, 2014).

Kod izvođenja (*performing*) izvođač je u odnosu s drugim izvođačima, u zajedničkoj interpretaciji i ostvarivanju skladateljeve pripovijesti i dijeljenju njezine ljepote i značenja sa slušateljima. Kada nastupa s drugima, izvođač mora pregovarati i složiti se oko vlastite interpretacije skladbe i skladateljeve namjere. Izvođač može ili ne mora odgovarati zahtjevima skladatelja ili ostalih izvođača. Izvođenje pred publikom donosi široku lepezu emocija za izvođača. Na jednom kraju kontinuuma su tjeskoba i strah. Ponovno stvaranje i izvođenje glazbe predstavljaju jednak rizik kao i improvizacija. Klijent se suočava s nizom izazova: *Hoću li propustiti notu? Hoću li zaboraviti gdje sam?* S druge strane kontinuuma je samopouzdanje i mogućnost da klijent pobjedi vlastitu tjeskobu i strah. Bez prave razine samopouzdanja, izvođač se nikada ne bi popeo na pozornicu te pjevao ili svirao (Bruscia, 2014). Izvođenje ne postoji kako bi se prezentirala postojeća glazbena djela, već glazbena djela sama po sebi postoje kako bi izvođači imali što izvoditi. Naglasak je pritom na glazbeniku, a ne na glazbi (Pavlicevic i Ansdell, 2004). U terapijskom kontekstu to znači da je naglasak na klijentu te da su glazba i glazbeno djelo u službi njegovih potreba i resursa. Zbog svega navedenog, ponovno stvaranje i izvođenje su veoma korisne metode i primjenjive kod starije populacije za postizanje terapijskih ciljeva na različitim područjima.

Zajedničko ili grupno pjevanje (*sing-along*) uključuje pjevanje poznatih pjesama i često se koristi kao muzikoterapijska metoda u radu s populacijom osoba starije životne dobi u zajednici i institucijama. Zajedničko pjevanje često je dio muzikoterapijskih programa s osobama treće životne dobi koje boluju od demencije (Chavin, 1991; Shaw, 1993; Clair, 1996; sve prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005), no također se koristi i kod zdrave starije populacije kako bi zadržala vitalnost. Clair (1996; prema Wheeler, Shultis i Polen, 2005) navodi kako mnoge starije osobe koje su još zdrave imaju dovoljno mogućnosti, vremena i energije da razviju ili ponovno usvoje neke muzičke vještine, a to može imati pozitivne učinke na njihovo samopouzdanje i socijalne vještine odnosno interakciju s drugima. Dok izvođenje instrumentalne glazbe zahtijeva vladanje nekim instrumentom, što mnogima nije blisko, glas je nešto što svi imamo i gotovo da je svatko od nas bar nekad u životu zapjevao, bez obzira na muzičke vještine. Pjevanje je olakšano pogotovo uz instrumentalnu pratnju i pomoć terapeuta. Osim toga, uz pjevanje se često mogu koristiti i jednostavne udaraljke iz Orffovog instrumentarija, što obogaćuje vokalno izvođenje. Pjevanje je zabavna društvena aktivnost u mnogim kulturama i logični je način uključivanja ljudi u zajedničku aktivnost. Pjesme mogu oživjeti sjećanja i izazvati osjećaje, mogu se verbalno procesirati, poslužiti za reminiscenciju i na druge načine angažirati starije ljude. Čak i ako se ne osjećaju spremnima za pjevanje, mogu

se svejedno uključiti u grupu, biti prisutni, slušati, pljeskati i osjećati da su dio grupe (Wheeler, Shultis i Polen, 2005). Pjevanje, stvaranje glazbe i izvođenje često mogu uključivati pokret i ples, što predstavlja još jedan način obogaćenja muzičkih aktivnosti. Aktivno grupno stvaranje glazbe u zajednici može pozitivno utjecati na poboljšanje i održavanje zdravlja i dobrobiti starijih odraslih osoba. U tretmanu u sklopu ovog istraživanja korištene su metode ponovnog stvaranja, zajedničkog pjevanja i izvođenja. Sudionici su preferirali zajedničko pjevanje te su često sami predlagali pjesme, prisjećali se tekstova, razgovarali o prošlim iskustvima i događajima na koja su ih pjesme asocirale. Zajedničko pjevanje često je bilo praćeno udaraljkama (palice, zvečke, bubnjevi, šuškalice i dr.) od strane klijenata te harmonijske pratnje terapeuta (na gitari ili klavijaturama). Sudionici su ponovno stvarali već postojeće pjesme i skladbe na svoj način, u prilagođenom tonalitetu i tempu te su zatim izvodili pripremljen program na organiziranim priredbama i nastupima unutar institucije.

Spomenuta muzička iskustva odnosno metode, posebice kada je riječ o izvođenju, često se koriste unutar modela muzikoterapije u zajednici. "Muzikoterapija u zajednici je pristup muzičkog rada s ljudima u kontekstu: uvažavanje društvenih i kulturnih čimbenika njihovog zdravlja, bolesti, odnosa i glazbe." (Ansdell, 2002). U muzikoterapiji u zajednici svaka aktivnost procjenjuje se ne samo u odnosu na potrebe i snage klijenta, već i u odnosu na zajednicu s kojom se radi. Aktivnosti poput improvizacije, stvaranja i razmišljanja mogu omogućiti i osnažiti pojedine članove, no u kasnijem muzikoterapijskom procesu može se pridati više pažnje razvoju izvedbe jer to može dovesti do osnaživanja zajednice (Stige, 2004; prema Pavlicevic i Ansdell, 2004), budući da su upravo aktivnosti izvođenja one u kojima cjelokupna zajednica sudjeluje. Dom za starije osobe predstavlja jednu takvu zajednicu, a ujedno i skupinu pojedinaca s određenim teškoćama koje su povezane s procesom starenja i suočavanja s bolešću, ali također i s prilagodbom na život u zajednici.

Muzikoterapija u zajednici uključuje svakodnevnu praksu i kontekst u kojem se ljudi redovito bave glazbom, no ponekad uključuje i izvanredna i jedinstvena događanja i iskustva. Tako je primjerice tijekom tretmana koji je proveden u sklopu ovog istraživanja organiziran nastup članova muzikoterapijske grupe na kojem su bili prisutni svi članovi zajednice (ostali korisnici doma koji nisu aktivno sudjelovali u muzikoterapijskim aktivnostima, kao i volonteri te osoblje doma), ali također i vanjski posjetitelji: članovi mjesnog župnog zbora i skupina vrtićke djece. Oni su imali višestruku ulogu: sudjelovali su kao izvođači u zajedničkom programu, bili dio publike te podržali nastup članova muzikoterapijske grupe. Na taj način se

korisnicima omogućilo da osjete da su dio domske zajednice, ali također i mjesne zajednice, odnosno jednog šireg socijalnog konteksta. Takvi događaji starijim osobama omogućavaju samopredstavljanje, stvaraju osjećaj važnosti i svrhovitosti, povećavaju njihovo samopouzdanje i samopoštovanje, pružaju mogućnost za doživljavanje pozitivnih emocija, razvijaju mehanizme nošenja sa stresom, kao i niz socijalnih vještina, odnosno pomažu u stvaranju i održavanju dobrih interpersonalnih odnosa.

Glazba ima socijalnu snagu. Mehanizmi kojima glazba utječe na ljude uključuju socijalne i kulturne čimbenike. Muzikoterapija u zajednici, stoga, predstavlja muziciranje zajednice. Even Ruud (1998; u Pavlicevic i Ansdell, 2004), pionir sociokulturne orijentacije u muzikoterapiji promatra muzikoterapeuta koji radi u zajednici kao kulturnog radnika koji unosi u zajednicu muzikoterapijski pristup i vrijednosti. Upravo se na tom modelu najvećim dijelom temelji intervencija koja je provedena u sklopu ovog istraživanja s populacijom osoba starije životne dobi – korisnicima doma za starije osobe.

Oslanjajući se na teoretske pristupe i rezultate dosadašnjih istraživanja koji govore o poteškoćama i potrebama s kojima se susreću starije osobe na trajnom smještaju u institucijama socijalne skrbi te o učincima muzikoterapijskih intervencija na ublažavanje tih poteškoća, željela sam ispitati učinak muzikoterapije na komponente mentalnog zdravlja. Točnije, zanimao me utjecaj muzikoterapije na depresivnost, anksioznost, razinu percipiranog stresa te subjektivno blagostanje kod osoba starije životne dobi koje su na dugotrajnom smještaju u domu za starije osobe, budući da su poteškoće na tim područjima najčešće.

2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE

2.1. Cilj i problemi istraživanja

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati učinak muzikoterapijskog (u nastavku *MT*) tretmana na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi koje su na trajnom smještaju u instituciji (domovima za starije). U odnosu na glavni cilj istraživanja, zanimali su me sljedeći problemi:

1. Ispitati učinak *MT* tretmana na depresivnost i anksioznost osoba starije životne dobi koje su smještene u domu za starije osobe.
2. Ispitati učinak *MT* tretmana na percipirani stres osoba starije životne dobi koje su smještene u domu za starije osobe.
3. Ispitati učinak *MT* tretmana na subjektivno blagostanje osoba starije životne dobi koje su smještene u domu za starije osobe.

2.2. Hipoteze

U skladu s navedenim problemima ovog istraživanja postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Osobe starije životne dobi će nakon *MT* tretmana postići niže rezultate na ljestvici depresivnosti i anksioznosti u odnosu na početno mjerenje.

H2: Osobe starije životne dobi će nakon *MT* tretmana postići niže rezultate na ljestvici percipiranog stresa u odnosu na početno mjerenje.

H3: Osobe starije životne dobi će nakon *MT* tretmana izvještavati o višoj razini subjektivnog blagostanja u odnosu na početno mjerenje.

3. METODA

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 26 sudionika dobnog raspona od 50 do 92 godine (*M*=81,96; *sd*=7,40). Uzorak je činilo 5 sudionika muškog spola (19,2 %) i 21 sudionica ženskog spola (80,8 %). Duljina boravka u domu iznosila je od 8 mjeseci do 17 godina, odnosno u prosjeku 4 i pol godine. Sudionici boluju od različitih tjelesnih bolesti tipičnih za stariju dob (hipertenzija, dijabetes, bolesti lokomotornog sustava, i dr.), dvoje sudionika je u invalidskim kolicima (kao posljedica moždanog udara), neki se kreću uz pomagala (štake, hodalice). Većina sudionika je dalekovidno i koristi pomagala za vid, dvoje sudionika je slabovidno, a jedan je sudionik slijep. Nijedan sudionik nema službenu psihijatrijsku dijagnozu, a njih nekoliko pokazuje početne znakove demencije. U tablici su prikazane frekvencije demografskih obilježja uzorka (spol, obrazovanje, bračni status, broj djece).

Tablica 1. *Demografske karakteristike uzorka*

		f	%
Spol	Ž	21	80,8
	M	5	19,2
Obrazovanje	NKV	20	76,9
	SSS	2	7,7
	VSS	4	15,4
Bračni status	Neoženjen/Neudata	2	7,7
	Oženjen/Udata	4	15,3
	Razveden/Razvedena	2	7,7
	Udovac/Udovica	18	69,2
Broj djece	0	4	15,4
	1	4	15,4
	2	10	38,5
	3	5	19,2
	4	2	7,7
	5	1	3,8

Legenda: *f* – frekvencija; % – postotak sudionika, N = 26

3.2. Mjerni instrumenti

U istraživanju su korišteni sljedeći mjerni instrumenti:

- ***Upitnik općih podataka sudionika*** – konstruiran je za potrebe ovog istraživanja, a sadržavao je pitanja o dobi, spolu, stručnoj spremi i zanimanju, bračnom statusu i broju djece, duljini boravka u domu i dijagnozi sudionika (ukoliko ista postoji);

- ***Bolnička ljestvica anksioznosti i depresivnosti*** (Hospital Anxiety and Depression Scale, *HAD*; Zigmond i Snaith, 1983; Snaith, 2003) – ljestvica samoprocjene koja se koristi kao metoda probira za otkrivanje simptoma te ocjenu stupnja depresivnosti i anksioznosti. Sadrži 14 pitanja od kojih se sedam odnosi na depresivnost, a sedam na anksioznost. Pitanja se odnose na to kako su se ispitanici osjećali unutar posljednjih tjedan dana, a odgovori se boduju na ljestvici od 0 do 3 (0-uopće ne, 3-cijelo vrijeme) pa rezultati mogu varirati od 0 do 21 na ljestvici depresivnosti i isto tako na ljestvici anksioznosti. Rezultat ispod 7 ne ukazuje na depresivnost/anksioznost, 8-10 ukazuje na granično stanje, a 11-21 predstavlja depresivnost, odnosno anksioznost. Ljestvica je prvobitno bila kreirana za primjenu u bolničkim uvjetima. Ubrzo su brojna istraživanja pokazala kako se HAD ljestvica može pravovaljano upotrebljavati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u široj društvenoj zajednici te da su dvije skale koje opisuju depresivnost i anksioznost potpuno zasebne mjere, koje se većinom temelje na stanju smanjene mogućnosti da se izrazi zadovoljstvo. Zasebne ljestvice anksioznosti i depresivnosti su valjane i daju dobre mjere neovisno o težini različitih poremećaja raspoloženja. Prednosti ove ljestvice su jednostavna primjena za procjenu postojanja i stupnja anksioznosti i depresivnosti. Ljestvica se najčešće koristi kao pouzdani instrument za screening anksioznosti i depresivnosti, a može se primijeniti i u vrednovanju tretmana. HAD ljestvica validirana je u psihijatrijskoj i općoj populaciji za odrasle i adolescente te je prevedena na hrvatski jezik. Kenn i suradnici (1987; prema Vadla, 2011) su dokazali prednosti HAD ljestvice pred ostalim ljestvicama za mjerenje depresivnosti u starijih osoba jer umanjuje utjecaj organskih oboljenja i fizičkih simptoma na mjerenje depresivnosti i anksioznosti, zbog čega je opravdana i njena primjena u ovom istraživanju;

- ***Skala percipiranog stresa*** (Perceived Stress Scale, *PSS*; Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983) – mjeri stupanj subjektivnog stresa preko procjena pomanjkanja kontrole, osjećaja zasićenosti i nepredvidljivosti života. Skala sadrži 10 čestica na koje sudionik odgovara na 5-stupanjskoj ljestvici Likertovog tipa (od 0-nikada do 4-vrlo često). Ukupan rezultat dobiva

se zbrajanjem odgovora gdje veći rezultat upućuje na veću razinu percipiranog stresa. Skala je prevedena na hrvatski jezik i korištena u istraživanju kojeg su proveli Hudek-Knežević, Kardum i Lesić (1999). Prilikom tog ispitivanja utvrđena je jednofaktorska struktura skale, a koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach α iznosio je .88, što ukazuje na visoku pouzdanost;

• ***Kratka skala subjektivnog blagostanja*** (*KSB*; Jovanović i Brdarić, 2008; prema Jovanović i Novović, 2008) – globalna procjena afektivne i kognitivne komponente subjektivnog blagostanja. Autori su je konstruirali s namjerom da predstavlja holistički instrument pri mjerenju subjektivnog blagostanja. Sastoji se od 8 čestica koje imaju visoku unutarnju konzistentnost (α=.86) i čiji se sadržaj odnosi na iskustva ugodnih emocija (npr. Osjećam se živahno) i pozitivnog vrednovanja života (npr. Sve u svemu, život je lijep). Odgovori se daju na 5-stupanjskoj ljestvici Likertovog tipa. Analiza glavnih komponenti je pokazala da se skala sastoji od dvije dimenzije – afektivne i kognitivne. Rezultati ukazuju da ove dvije dimenzije predstavljaju različite aspekte subjektivnog blagostanja, ali da se u njihovoj osnovi nalazi opći faktor subjektivnog blagostanja. Afektivna komponenta se procjenjuje pomoću subskale Pozitivan afektivitet, koja sadrži čestice koje se odnose na doživljavanje ugodnih emocija (čestice 3, 4, 5 i 7), dok se kognitivni aspekt subjektivnog blagostanja procjenjuje subskalom Pozitivan stav prema životu koja je operacionalizirana preko čestica koje se odnose na pozitivno vrednovanje života i optimističan stav prema životu (čestice 1, 2, 6, 8). U istraživanju koje je proveo Jovanović (2010) utvrđena je visoka pouzdanost cjelovite skale (Cronbach α koeficijent unutarnje konzistencije iznosio je 0.87) te pojedinih subskala (za subskalu *Pozitivan afektivitet* Cronbach α=.84, a za subskalu Pozitivan stav prema životu Cronbach α=.80.

3.3. Postupak

Nakon dobivenog odobrenja za provedbu istraživanja, provedeno je početno mjerenje baterijom upitnika. Sudionici koji su odabrani od strane stručne službe doma za starije okupljeni su na prvom sastanku na kojem im je predstavljeno istraživanje te na kojem su potpisali informirani pristanak. Svim sudionicima koji su pristali na sudjelovanje u istraživanju dodijeljene su šifre te im je podijeljena baterija upitnika. Mjerenje je bilo grupno. Prije primjene upitnika voditeljica istraživanja je sudionicima pročitala opće upute za ispunjavanje upitnika.

Pritom je naglašeno da je ispitivanje anonimno zbog čega se očekuje iskrenost pri odgovaranju. Također, navedeno je kako nema točnih i netočnih odgovora te da sudjelovanje u istraživanju nije obavezno i sudionici mogu u bilo kojem trenutku odustati od istraživanja bez navođenja posebnih razloga. Vrijeme ispunjavanja nije bilo ograničeno, a za ispunjavanje cjelokupne baterije u prosjeku je bilo potrebno približno 30 minuta. Voditeljica istraživanja je na glas čitala pojedinu uputu te je bila prisutna za vrijeme mjerenja, odgovarala na pitanja i davala pojašnjenja. Sa sudionicima lošijeg zdravstvenog stanja ili onima kod kojih je primijećeno otežano razumijevanje pitanja te koji nisu bili u mogućnosti upitnik rješavati grupno, mjerenje baterijom upitnika je bilo provedeno individualno tako da je ispitivač redom postavljao pitanja iz upitnika te bilježio sudionikove odgovore. U ovom dijelu istraživanja posebna je pažnja posvećena uspostavi odnosa sa sudionicima naglašavajući povjerljivosti njihovih podataka i odgovora.

Nakon odrađenog početnog mjerenja voditeljica je sa sudionicima dogovorila dinamiku provođenja muzikoterapijskog tretmana. *MT* tretman se provodio kroz dva mjeseca odnosno šest tjedana početkom 2019. godine. Ukupno je održano 12 muzikoterapijskih seansi (M =7.46) u trajanju od po 45 do 60 minuta. Svaki je sudionik istraživanja bio uključen u grupnu muzikoterapijsku seansu 1-2 puta tjedno. Muzikoterapeut je pratio redovitost tijekom tretmana, a pojedinci koji su sudjelovali u početnom mjerenju, ali nisu prisustvovali nijednoj seansi nisu uključeni u daljnje istraživanje. U *MT* tretmanu korištene su metode poput: grupnog muziciranja, grupnog pjevanja poznatih pjesama, skladanja pjesama (*songwriting*), ponovnog stvaranja odnosno mijenjanja teksta na postojeće melodije (re-creating), grupne improvizacije, grupnog izvođenja, analize tekstova pjesama, muzičke reminiscencije i muzičkih igara. Korištene su improvizacijske tehnike te tehnike neurološke muzikoterapije. Muzikoterapijski modeli na kojima se temeljio muzikoterapijski tretman su Kreativna muzikoterapija, Analitička muzikoterapija, Neurološka muzikoterapija te Muzikoterapija u zajednici.

Po završetku tretmana provedeno je ponovno mjerenje istom baterijom upitnika (retest) radi utvrđivanja učinka/evaluacije tretmana.

3.4. Obrada rezultata

Rezultati pojedinog sudionika su uneseni u računalo pod šiframa i obrađivani statističkim programom SPSS. Od statističkih analiza korišteni su t-testovi ponovljenih mjerenja. Rezultati su obrađivani i interpretirani isključivo na grupnoj razini zbog čega je osigurana potpuna povjerljivost.

4. REZULTATI

4.1. Preliminarne analize i deskriptivna statistika

Za obradu rezultata koristili smo statistički paket SPSS. Prije obrade rezultata provjerili smo normalnost distribucija korištenih ljestvica odnosno normalnost distribucije razlika (*d*) između aritmetičkih sredina što je preduvjet za korištenje t-testa. Normalnost distribucija testirana je Shapiro–Wilkovim testom (*S - W*). Rezultati su prikazani u tablici u *Prilogu 5*. Razlike aritmetičkih sredina korištenih ljestvica ne pokazuju značajna odstupanja od normalnosti zbog čega je opravdano korištenje parametrijskih statističkih postupaka.

U prvom koraku analize izračunati su deskriptivni podaci (minimalne i maksimalne postignute vrijednosti, aritmetičke sredine, standardne pogreške mjerenja i standardne devijacije) za korištene varijable. Rezultati su prikazani u tablici 2.

Tablica 2. *Deskriptivna statistika ispitivanih varijabli*

Zavisne varijable		*Min*	*Max*	*M*	*SE*	*sd*
Anksioznost	Test	0	19	6,73	1,07	5,47
	Retest	0	12	3,65	0,66	3,36
Depresivnost	Test	0	12	5,46	0,65	3,31
	Retest	0	8	2,77	0,36	1,84
Percipirani stres	Test	2	32	14,85	1,58	8,04
	Retest	0	38	8,38	1,64	8,34
Subjektivno blagostanje	Test	18	40	32,85	1,09	5,57
	Retest	22	40	35,85	0,95	4,82

Legenda: Test= mjerenje prije tretmana; Retest= ponovljeno mjerenje, nakon tretmana; *Min*= minimalna postignuta vrijednost na ljestvici; *Max*= maksimalna postignuta vrijednost na ljestvici; *M*= aritmetička sredina; *SE*= standardna pogreška mjerenja; *sd*= standardna devijacija; N=26

Radi preglednosti rezultate smo prikazali za pojedinu ljestvicu odnosno zavisnu varijablu po mjerenjima: test se odnosi na početno mjerenje – prije početka tretmana, a retest ponovljeno mjerenje, nakon završetka tretmana. Vidimo da su se aritmetičke sredine rezultata na ljestvicama anksioznosti, depresivnosti i percipiranog stresa smanjile nakon tretmana, dok se rezultat na ljestvici subjektivnog blagostanja povećao nakon tretmana. Da bi utvrdili jesu li te razlike statistički značajne te postoji li učinak muzikoterapijskog tretmana na navedene varijable proveli smo t-test.

4.2. Ispitivanje učinka muzikoterapijskog tretmana na komponente mentalnog zdravlja

Za ispitivanje učinka muzikoterapijskog tretmana na komponente mentalnog zdravlja kod osoba starije životne dobi koristili smo t-test ponovljenih mjerenja odnosno zavisnih uzoraka (*paired samples t-test*), budući da gledamo razliku između rezultata na ljestvicama prije (*test*) i poslije tretmana (*retest*) na istom uzorku sudionika. Rezultati t-testa prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. *Rezultati t-testa za povezane (zavisne) uzorke i veličine učinka ispitivanih varijabli*

	t (25)	*p*	*r*
HAD_Anksioznost	4.08**	.000	.63
HAD_Depresivnost	4.28**	.000	.65
Percipirani stres	5.56**	.000	.74
Subjektivno blagostanje	-2.85**	.009	.49

Legenda: *t* = veličina t-testa, *r* = veličina učinka, df (stupnjevi slobode) = N-1 = 25; ** p< .01

Rezultati t-testa pokazuju da postoji značajna razlika između početnog i ponovljenog mjerenja kod svih varijabli: anksioznost, depresivnost, percipirani stres i subjektivno blagostanje. Rezultati pokazuju značajno smanjenje anksioznosti ($t(25)=4.08$, $p<.01$, $r=.63$), depresivnosti ($t(25)=4.28$, $p<.01$, $r=.65$) i percipiranog stresa ($t(25)=5.56$, $p<.01$, $r=.74$) te značajno povećanje subjektivnog blagostanja sudionika ($t(25) = -2.85$, $p<.01$, $r=.49$) nakon muzikoterapijskog tretmana u odnosu na početno mjerenje. Veličine učinka su velike.

5. RASPRAVA

Provedeno istraživanje bavilo se ispitivanjem učinka muzikoterapijskog tretmana na komponente mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Zanimalo nas je kako sudjelovanje u grupnim muzičkim aktivnostima utječe na depresivnost, anksioznost, percipirani stres te subjektivno blagostanje kod starijih osoba koje su na trajnom smještaju u domu. Dobiveni rezultati interpretirani su u odnosu na teorijske postavke i rezultate dosadašnjih istraživanja.

5.1. Učinak muzikoterapije na smanjenje depresivnosti i anksioznosti

Rezultati su pokazali kako postoji značajan učinak muzikoterapijskog tretmana na smanjenje simptoma depresivnosti i anksioznosti kod osoba starije životne dobi te je prva

hipoteza potvrđena. Dobiveni rezultati u skladu su s nalazima dosadašnjih istraživanja. Sudionici ovog istraživanja su nakon muzikoterapijskog tretmana od šest tjedana odnosno 12 seansi izvještavali o manjoj razini depresivnosti, jednako kao i anksioznosti. Ipak, treba napomenuti da je prosječni rezultat na ljestvicama depresivnosti i anksioznosti prije tretmana bio ispod graničnog rezultata koji bi ukazivao na depresivnost odnosno anksioznost. Stariji pojedinci u našem uzorku, u prosjeku, nisu bili depresivni i anksiozni prije početka tretmana. No, od ukupnog broja sudionika, njih petero je u početnom mjerenju imalo rezultat koji ukazuje na granično stanje anksioznosti i depresivnosti, dok su dva sudionika na ljestvici anksioznosti te njih čak sedam na ljestvici depresivnosti postigli rezultat iznad 11 što ukazuje na značajnu depresivnost odnosno anksioznost. Ukupni se rezultat na obje ljestvice smanjio nakon muzikoterapijskog tretmana. Nakon tretmana samo je jedan sudionik postigao granični rezultat na ljestvici depresivnosti, dok su tri sudionika pokazala granično stanje na ljestvici anksioznosti, a samo jedan sudionik je imao rezultat iznad 11, odnosno i dalje je izvještavao o visokoj razini anksioznosti. Također, rezultati ukazuju na to kako su sudionici više anksiozni nego depresivni te je teško odrediti što je u podlozi tih simptoma. Anksioznost se u starijoj dobi može javiti i kao posljedica suočavanja s opadanjem kognitivnih sposobnosti, većim doživljenim stresom, odnosno kao sekundarni simptom lošijeg zdravstvenog stanja.

Najviše istraživanja na području muzikoterapije s gerijatrijskom populacijom provedeno je na pojedincima koji boluju od demencije, posebice Alzeheimerovog tipa (npr. Fukui, Arai i Toyoshima, 2012; Prickett i Moore, 1991; Clement i sur., 2012; Guetin i sur., 2009; sve prema Kovačević i Mužinić, 2015; Silber i Hes, 1995) ili pak kod populacije starije životne dobi s drugim psihijatrijskim poremećajima (npr. Castelino i sur., 2013; prema Atiwannapata, Thaipisuttikula, Poopityastapornb i Katekaewa, 2016). Kod obje skupine je, osim na poboljšanju i održavanju kognitivnih vještina, naglasak na psiho-emocionalnim čimbenicima, a među njima se najčešće spominju depresivnost, anksioznost i stres. Iako u ovom istraživanju nismo imali sudionike s dijagnozom demencije, radi se o osobama starije životne dobi čije je kognitivno funkcioniranje u opadanju kao posljedica starenja. Ujedno, svakodnevno se suočavaju s različitim poteškoćama i stresnim situacijama koje su vezane za život u instituciji te zahtijevaju prilagodbu pojedinca. Autori dosadašnjih istraživanja su pokušavali objasniti na koji način glazba i uključenje u muzičke aktivnosti smanjuje depresivnost i anksioznost kod tih pojedinaca, no u literaturi nailazimo na različita tumačenja. Najčešće se spominju biološke teorije o utjecaju glazbe na moždane funkcije, primjerice djelovanje glazbe na limbički sustav odnosno hipotalamus te os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, aktivacija sustava za

nagradu i kaznu u kojima glazba izaziva snažan osjećaj ugode što stimulira dopaminergičku transmisiju koja igra ulogu u nastanku depresije (Bokulić, 2015). No, u ovom istraživanju naglasak je na psihološkim i socijalnim čimbenicima koji u muzikoterapiji mogu utjecati na smanjenje depresivnosti i anksioznosti.

Načini na koje glazba, odnosno sudjelovanje u muzičkim aktivnostima djeluju na pojedinca, ovise o tome na kojem se pristupu temelji intervencija, odnosno jesu li korištene aktivne ili receptivne muzikoterapijske tehnike. U tretmanu u sklopu ovog istraživanja najviše se koristio aktivni oblik muzikoterapije, a tretman je provođen grupno. Maratos, Crawford i Procter (2011) navode kako je kod aktivne muzikoterapije upravo 'aktivno djelovanje' ona karakteristika koja je povezana sa smislenim načinima rješavanja problema vezanih uz depresiju te govore o tri međusobno povezane dimenzije 'aktivnog djelovanja': estetskoj, fizičkoj i relacijskoj. Muzička iskustva imaju svoju estetsku vrijednost, kroz njih je moguće doživjeti svojevrsnu katarzu, ali ona također otvaraju mogućnost za raspravu i postizanje uvida. Terapeut i klijent, te klijenti međusobno, se kroz muzičku tvorevinu susreću i zajedno stvaraju nešto smisleno što ujedno pruža osjećaj zadovoljstva, a s pojavom depresije je povezan upravo nedostatak zadovoljstva i smisla. Nadalje, aktivno muziciranje odnosno sviranje instrumenata zahtijeva i namjenski fizički pokret, a dobro je poznata uloga tjelesne aktivnosti u otklanjanju depresije i ublažavanju njezinih učinaka. Pojedinac kroz aktivno muziciranje postaje svjestan sebe kao fizičkog bića, a promatrajući druge, koji se primjerice njišu u jednakom ritmu, omogućava mu da osjeti sebe u kontekstu zajedničkog iskustva, daje mu snažan osjećaj sudjelovanja i angažira ga u smislenu aktivnost 'ovdje i sada'. I treća, ali ne i manje važna dimenzija aktivnog muziciranja koju navode autori jest relacijska ili odnosna i predstavlja odnos koji klijent kroz muzička iskustva stvara s drugima (terapeutom i drugim članovima grupe). Terapeut pritom facilitira taj odnos i olakšava klijentov proces otkrivanja sebe u odnosu na druge, a to uključuje mogućnost doživljavanja smisla i zadovoljstva.

Što se tiče simptoma anksioznosti, oni imaju fiziološku komponentu (ubrzano disanje i lupanje srca, osjećaj napetosti, tremor, znojenje dlanova, psihomotorički nemir) te psihološku (pretjerana briga, zabrinutost za budućnost i situacije s kojima se osoba neće moći nositi, osjećaj da će se nešto loše dogoditi, osjećaj napuštenosti i nesposobnosti za samostalnim rješavanjem problema i dr.). Na biološkoj osnovi, dok slušamo glazbu, informacije koje dobivamo iz slušnih centara djeluju na autonomni živčani sustav te aktiviraju parasimpatikus koji usporava rad srca, smanjuje frekvenciju disanja, snižava krvni tlak i omogućuje opuštanje (Nater, Abbruzzese,

Krebs i Ehert, 2006, prema Thoma, Ryf, Mohiyeddini, Ehlert i Nater, 2012). Na taj način potiče se relaksacija i posljedično smanjuju simptomi tjeskobe i uznemirenosti. Slušanje glazbe, ali i aktivno stvaranje glazbe, odnosno angažman u muzičkim aktivnostima, može potaknuti razgovor o brigama i negativnim mislima s kojima se osoba susreće, omogućiti realniju preradu tih misli, potaknuti sjećanja na neke slične situacije iz prošlosti s kojima se osoba uspješno nosila (npr. kroz reminiscenciju), a grupa može pružiti pomoć i podršku u rješavanju nekih problema, savjetovati pojedinca. Ujedno, angažman u muzičkim aktivnostima nekad može jednostavno poslužiti kao distrakcija kako bi osoba manje razmišljala o nekim negativnim stvarima, kako bi se lakše nosila sa bolešću i posljedicama starenja. Erkkillä (2007; prema Thoma i sur., 2012) također navodi kako upotrebom glazbe možemo skrenuti pažnju s izvora stresa ili negativnih stanja te smanjiti napetost i strah, a ujedno možemo djelovati na raspoloženje, održati pozitivno raspoloženje, poboljšati ga ili ga kontrolirati.

5.2. Učinak muzikoterapije na percipirani stres

U ovom istraživanju zanimao nas je učinak muzikoterapije na percipirani stres kod starijih pojedinaca korisnika doma. Rezultati su pokazali kako se razina percipiranog stresa značajno smanjila nakon tretmana u odnosu na početno mjerenje, odnosno da postoji statistički značajan utjecaj tretmana na percepciju stresa kod osoba starije životne dobi te stoga možemo potvrditi i drugu hipotezu. Dosadašnja istraživanja pokazala su kako sudjelovanje u muzikoterapiji i glazba općenito smanjuju stres. Primjerice, Nilsson (2008; prema Yehuda, 2011) je pregledom 42 studije koje su ispitivale utjecaj muzičkih intervencija na smanjenje stresa i anksioznosti, ustanovio da je u više od polovice studija potvrđen pozitivni utjecaj glazbe. Treba napomenuti kako ne postoji neko sveobuhvatno objašnjenje ili model koji objašnjavaju način na koji glazba djeluje na emocionalna stanja, a jednako tako muzičke intervencije se međusobno veoma razlikuju. U svrhu opuštanja i smanjenja stresa često se koriste relaksacijske tehnike uz pomoć glazbe, dakle, najčešće govorimo o muzičkom iskustvu slušanja glazbe odnosno receptivnim metodama, no mogu se koristiti i aktivne metode. Također, u različitim istraživanjima korištene su različite mjere stresa. Osim percepcije stresnih situacija ili čimbenika, možemo mjeriti i fiziološke reakcije na stres ili pak načine suočavanja. Sudjelovanje u muzičkim aktivnostima može utjecati na to da se osoba lakše nosi sa stresom ili pak razvije određene mehanizme za suočavanje sa stresnim situacijama zbog čega jednaki stresor može percipirati manje ugrožavajućim. Institucionalizacija i život u domu predstavljaju

velik stres za osobe starije životne dobi, a većinu situacija s kojima se ove osobe suočavaju ne možemo riješiti muzičkim intervencijama, već im možemo samo pomoći da se s njima lakše nose. Osobe uključene u ovo istraživanje su često navodile kako im izuzetan stres predstavljaju financijske brige, činjenica da moraju financijski ovisiti o drugima (npr. svojoj djeci), narušeno zdravlje te nedostatnost i nedostupnost zdravstvenih usluga[3], kao i loši odnosi s drugim korisnicima primjerice cimerom ili nekim od osoblja. Sudjelovanje u muzikoterapiji nije riješilo njihove probleme i uklonilo stresore, već sudjelovanje u muzičkim aktivnostima, posebice kada se one provode u grupi, pružaju korisnicima mogućnost da progovore o vlastitim brigama i podijele ih s drugima, prerade vlastite misli, uoče da se i drugi suočavaju sa sličnim problemima te dobiju socijalnu podršku. Upravo je socijalna podrška prema Galić, Tomasović Mrčela i sur. (2013) jako važna u smanjenju stresa. Također, sudjelovanje u muzičkim aktivnostima pruža starijim osobama priliku za distrakciju od problema i negativnih misli te doživljavanje pozitivnih emocija. Tako je, primjerice, jedna sudionica u ovom istraživanju navela kako i dalje ima velikih problema s cimericom te da se u proteklih mjesec dana ništa nije promijenilo, no da se jako veselila zajedničkim seansama muzikoterapije jer jedino tada nije razmišljala o tome.

5.3. Učinak muzikoterapije na subjektivno blagostanje

U ovom istraživanju mjeren je i učinak muzikoterapije na subjektivno blagostanje. Rezultati su pokazali kako je nakon muzikoterapijskog tretmana došlo do značajnog povećanja subjektivnog blagostanja. Sudionici istraživanja su prilikom ponovljenog mjerenja izvještavali o višoj razini subjektivnog blagostanja, odnosno bili su zadovoljniji životom te su doživljavali više pozitivnih emocija. Stoga, možemo potvrditi treću hipotezu ovog istraživanja.

Nije pronađeno mnogo studija koje su ispitivale neposredni učinak muzikoterapije na subjektivno blagostanje. No taj utjecaj se može objasniti preko posrednih čimbenika koji utječu na blagostanje pojedinca, a na koje glazba može utjecati. Laukka (2007) navodi kako glazba igra važnu ulogu u izgradnji i jačanju identiteta i osjećaja sebe, može pomoći u poboljšanju društvene komunikacije i identifikacije vršnjaka, pružiti udobnost i smanjiti osjećaj usamljenosti. Ujedno, glazba je povezana s pitanjima kontrole, sposobnosti, postignuća i samopoštovanja. Sve to upućuje na to da je glazba povezana s funkcijama koje utječu na osobnu

[3] Istraživanje i tretman provedeni su u domu u jednom manjem gradskom centru u kojem nisu dostupne specijalističke usluge, zbog čega su korisnici doma često primorani putovati u veće centre na preglede i pretrage.

dobrobit, odnosno blagostanje pojedinca. Istraživanja (npr. Diener i sur., 2003; Scherer i sur., 2004; sve prema Laukka, 2007) su pokazala kako je doživljavanje pozitivnog afekta povezano s povećanim blagostanjem. Isto tako, identitet i pripadnost su temeljne psihološke potrebe čije je ispunjenje bitan preduvjet psihološke dobrobiti (Deci i Ryan, 2000; prema Laukka, 2007).

Musek (2010) navodi kako je subjektivno blagostanje povezano s osobinama ličnosti, no također i okolnostima zbog kojih se pojedinac bolje ili lošije osjeća, osobito ako su te okolnosti dugotrajne i snažno djeluju na osobu, kao što je primjerice institucionalizacija. Institucionalizacija predstavlja rizični čimbenik za mentalno zdravlje, stoga osobama koje žive u institucijama treba posvetiti posebnu pažnju. Osobe starije životne dobi su posebno osjetljive na promjene i teže se s njima suočavaju, posebice zbog bioloških i psiholoških posljedica starenja. Muzikoterapija u ustanovama koje brinu o starijim osobama može pružiti značajnu podršku u održavanju i poboljšanju subjektivnog blagostanja, a ono je ključna komponenta mentalnog zdravlja. Kao što je ranije navedeno, sudjelovanje u muzičkim aktivnostima može pozitivno djelovati na smanjenje depresivnosti i anksioznosti, poboljšati raspoloženje, potaknuti doživljavanje ugodnih emocija, smanjiti stres i neugodne emocije, potaknuti razvijanje socijalnih odnosa i pružiti socijalnu podršku, a sve to djeluje na subjektivno blagostanje osobe. Pozitivna i negativna emocionalnost/afekt ključne su emocionalne komponente optimalnog djelovanja, odnosno modela psihičkog blagostanja (Diener, Smith & Fujita, 1995; prema Musek, 2010). Pozitivni afekt može se definirati kao težnja za doživljavanjem dobrog raspoloženja i traženje situacija koje će tome pridonijeti. Upravo muzikoterapija, tj. sudjelovanje u muzičkim aktivnostima predstavljaju mogućnost za doživljavanje ugodnih emocija.

5.4. Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja

Ovo istraživanje pokazuje rezultate o učincima muzikoterapije na komponente mentalnog zdravlja starijih osoba. Dobiveni rezultati uglavnom potvrđuju rezultate dosadašnjih studija, no na hrvatskom uzorku osoba starije životne dobi, korisnika doma. Rezultati predstavljaju dobar povod za buduća istraživanja u navedenom području. Međutim, dobivene rezultate treba razmatrati s određenim oprezom jer provedeno istraživanje ima svoje nedostatke. Prije svega treba uzeti u obzir kako je istraživanje provedeno na malom uzorku sudionika (N=26), samo jednog doma za starije osobe u manjoj sredini (gradu s <5 000 stanovnika) te je rodna struktura uzorka neujednačena (>80% sudionika je ženskog roda). Također, uzorak je prigodan budući

da sudionici istraživanja nisu odabrani slučajno, već je stručno osoblje doma odabralo starije osobe koje su bile spremne dolaziti na muzikoterapijske seanse te osobe koje imaju višu razinu funkcionalnosti i samostalnosti pa se postavlja pitanje generalizacije dobivenih rezultata odnosno ograničenja vanjske valjanosti provedenog istraživanja. Za buduća istraživanja bilo bi dobro imati veći uzorak iz više različitih domova za starije osobe te reprezentativniju strukturu uzorka, odnosno slučajan odabir sudionika.

I metodologija prikupljanja podataka korištena u ovom istraživanju ima svoja ograničenja. Mjerenje je provedeno grupno, u dvije točke mjerenja, no s nekim je sudionicima zbog njihovih teškoća ili slabijeg razumijevanja pitanja bilo potrebno ispitivanje provesti individualno zbog čega nisu svi sudionici imali jednake uvjete odgovaranja. Takav je način ispitivanja mogao utjecati na iskrenost sudionika odnosno socijalno poželjno odgovaranje te pristranost ispitivača, budući da je ispitivač ujedno i provoditelj istraživanja. Za ubuduće bi bilo dobro razmisliti o uvođenju vanjskih, neovisnih ispitivača (anketara) kako bi se osiguralo objektivnost mjerenja te povećala unutarnja valjanost istraživanja.

6. ZAKLJUČAK

Ovo istraživanje bavilo se učincima muzikoterapije na neke komponente mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Rezultati istraživanja u skladu su s rezultatima dosadašnjih istraživanja te ukazuju na pozitivne učinke koje muzikoterapija ima na različite domene funkcioniranja pojedinca, posebice u starijoj životnoj dobi. Preseljenje u instituciju za starije osobe predstavlja izuzetno stresan događaj te ujedno rizični čimbenik za razvoj depresije. Starijim je osobama u domovima bez obzira na njihovu medicinsku dijagnozu potrebno posvetiti posebnu pažnju i osim smanjenja depresivnih simptoma i simptoma anksioznosti kada se isti pojave, djelovati preventivno. Muzikoterapija i redovito uključivanje starijih pojedinaca u muzičke aktivnosti, može pomoći u održavanju i poboljšanju njihovih sposobnosti i vještina te njihovog funkcioniranja na kognitivnoj, emocionalnoj i socijalnoj razini, smanjiti stres i posljedično pozitivno utjecati na njihov osjećaj blagostanja. Ovo istraživanje, iako ima određene nedostatke, pokazalo je kako postoji značajan učinak muzikoterapije na mentalno zdravlje starijih osoba te je u budućnosti potrebno provesti više takvih istraživanja na većim i reprezentativnijim uzorcima. Rezultati ovog istraživanja trebali bi potaknuti implementaciju muzikoterapijskih programa u domove za skrb o starijim osobama, budući da se muzikoterapija pokazala izuzetno prihvatljivom i učinkovitom metodom u radu s populacijom osoba starije životne dobi.

7. LITERATURA

Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R.E., Spreen, M., Ket, J.C.F., Vink, A.C., ... & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*.

Ajduković, M. (1995). Učenje tehnike dosjećanja – potrebe i iskustva u izobrazbi djelatnika ustanova za starije osobe. U: Starost i starenje – izazov današnjice. Zbornik radova. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi, 91-95.

Ajduković, M. i Čevizović, M. (1994). Model individualnog i grupnog rada sa starijim prognanicima. Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada 1, 33-42.

Ajduković, M., Ručević, S. i Majdenić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku 20*(2), 149-165.

Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. Voices: A World Forum for Music Therapy, 2(2). Raspoloživo na: https://voices.no/index.php/voices/article/view/1590/1349. [pristupljeno: 22. svibnja 2019].

Atiwannapata, P., Thaipisuttikula, P., Poopityastapornb, P. & Katekaewa, W. (2016). Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder – A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine 26*, 141-145.

Bassil, N., Ghandour, A. & Grossberg, G.T. (2011). How anxiety presents differently in older adults. *Current Psychiatry, 10(3)*, 65-72

De Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine, 29*(3), 583-593. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008351

British Association for Music Therapy (2017). *Working with older people*. Raspoloživo na:: (https://www.bamt.org/music-therapy/what-is-music-therapy/older-people.html [pristupljeno: 16. siječnja 2019].

Chu, H., Yang, C.Y., Lin, Y., Ou, K.L., Lee, T.Y., O'Brien, A.P. & Chou, K.R. (2014). The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biological Research For Nursing 16*(2), 209-217.

Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 386-396.

Creech, A., Hallam, S., McQueen, H., & Varvarigou, M. (2013). The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education, 35*(1), 83-98.

Eells, K. (2013). The use of music and singing to help manage anxiety in older adults. *Mental Health Practice, 17*, 10-17.

Epstein, S. (15.6.2014.). *7 Ways that Music Therapy Can Benefit Seniors*. Raspoloživo na: https://www.retireathome.com/benefits-music-therapy-seniors/ [pristupljeno: 16. siječnja 2019].

Galić, S., Tomasović Mrčela, N. i sur. (2013). *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola.

Hanser, S.B. & Thompson L.W. (1994). Effects of a Music Therapy Strategy on Depressed Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological sciences, 49*(6), 265-269.

Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (ed.). (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence and practice*. Geneva: World Health Organisation.

Hong, S. & Choi, M.J. (2011). Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia. *The Arts in Psychotherapy, 38*(4), 221-228.

Hudek-Knežević, J. Kardum, I. i Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne siptome. *Društvena istraživanja 8 – 4*(42): 543-561.

Humsky, S. i Janušić, A. (2000). Tehnika dosjećanja i senzibilizacija studenata socijalnog rada na problem starosti. Sveučilište u Zagrebu: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.

Jovanović, V. (2010). Validacija kratke skale subjektivnog blagostanja. *Primijenjena psihologija, 2*, 175-190

Jovanović, V. i Novović, Z. (2008). Kratka skala subjektivnog blagostanja – Novi instrument za procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja. *Primijenjena psihologija, 1 (1-2)*, 77-94.

Kantor, J. & Kružíková, L. (2016). Qualitative content analysis of "Hello Songs" composed for children by music therapists in the Czech Republic and the USA. *Social Welfare Interdisciplinary Approach, 6*(2).

Kivač, V. (2017). *Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište sjever, Odjel za Biomedicinske znanosti.

Kovačević A. i Mužinić L. (2015). Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću. *Socijalna psihijatrija 43*(1), 12-19.

Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies 8*, 215-241. doi: 10.1007/s10902-006-9024-3.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. *Socijalna ekologija, 19* (1), 55-79.

Maratos, A., Crawford, M. J. & Procter, S. (2011) Music therapy for depression: it seems to work, but how? *The British Journal of Psychiatry, 199*, 92-93.

Mirčeta, M. (2008). *Sociodemografske osobine, socijalna podrška, zadovoljstvo životom i odnos prema smrti starih osoba*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.

Musek, J. (2010). *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (ed.) (2004). *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Peters, J. S. (2000). *Music therapy: An introduction* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

Petz, B. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta.

Schaie, K. W. & Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Silber, F., & Hes, J. P. (1995). The use of songwriting with patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Music Therapy Perspectives, 13*(1), 31-34. https://doi.org/10.1093/mtp/13.1.31

Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(29). doi: 10.1186/1477-7525-1-29

Song, D., Shen, Q, Xu, T. & Sun, Q. (2014). Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. International Journal of Nursing Sciences, 1(4), 416-422.

Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (2010). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Farnham Surrey: Ashgate Publishing Limited.

Šilje, M. i Sindik, J. (2013). *Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba*. Dubrovnik: Opća bolnica – Odjel psihijatrije. Raspoloživo na: https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/186/191 [pristupljeno: 19. rujna 2018].

Thoma, M.V. & al. (2012). Emotion regulation through listening to music in everyday situations. *Cognition and Emotion, 26*(3): 550-60. doi: 10.1080/02699931.2011.595390.

Vadla, D. (2011). *Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba*. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.

Vanderark, S., Newman, I., & Bell, S. (1983). The effects of music participation on quality of life of the elderly. *Journal of Music Therapy, 3*(1), 71-81.

Vlada Republike Hrvatske (2017). *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020.* Narodne novine, 97/2017. Raspoloživo na: https://mdomsp.gov.hr/UserDocsImages//Vijesti2017//Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf [pristupljeno: 14. siječnja 2019].

Wheeler, B.L., Shultis, C.L. & Polen, D.W. (2005). *Clinical Trainig Guide for the Student Music Therapist*. Dallas: Barcelona Publishers.

What is Musical Reminiscence? (n.d.). Preuzeto dana 22. siječnja 2019. sa: http://musicalreminiscence.com/about-musical-reminiscence

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Wigram, T., Pedersen, I.N. & Bonde, L.O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Yehuda, N. (2011). Music and Stress. *Journal of Adult Development, 18*, 85-94.

Yinger, O.S. (2018). Music Therapy in Gerontology. In *Music Therapy: Research and Evidence-Based Practice*, 95-110. Oxford: Elsevier.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. Scand 67*, 361-370.

8. DODACI

Dodatak 1. Popis tablica.

Tablica 1. *Demografske karakteristike uzorka* 27
Tablica 2. *Deskriptivna statistika ispitivanih varijabli* 32
Tablica 3. *Rezultati t-testa za povezane (zavisne) uzorke i veličine učinka ispitivanih varijabli* 33

Dodatak 2. Popis slika.

Slika 1. Tekst nastao *songwriting* metodom na melodiju tradicionalne narodne pjesme *"Na brijegu kuća mala"* 16
Slika 2. Pozdravna pjesma "Dragi ljudi, dobar dan" 19

9. PRILOZI

Prilog 1. Upitnik općih podataka sudionika

Šifra: _____

UPITNIK O OPĆIM PODACIMA SUDIONIKA

DOB: _____ g.

SPOL: M Ž

OBRAZOVANJE I ZANIMANJE:

_____

BRAČNI STATUS:

_____

IMATE LI DJECE? DA NE

AKO DA, KOLIKO? _____

DULJINA BORAVKA U DOMU: _____

DG: _____

(upisuje stručna osoba)

Prilog 2. Bolnička ljestvica anksioznosti i depresivnosti (HAD)

Uputa: Sada ću Vam postaviti nekoliko pitanja o tome kako se osjećate. Molim Vas da od ponuđena četiri odgovora odaberete onaj koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali u posljednje vrijeme.

I. Osjećam se napeto ili uzbuđeno.

a. Skoro uvijek
b. Često
c. Povremeno
d. Uopće ne

II. Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam nekada uživao.

a. U istoj mjeri
b. Ne toliko kao nekada
c. Samo malo
d. Skoro nimalo

III. Dobijem neki zastrašujući osjećaj kao da će se nešto užasno dogoditi.

a. Potpuno jasno i prilično loše
b. Da, ali ne previše loše
c. Pomalo, ali me to ne brine
d. Uopće ne

IV. Znam se smijati i uočiti smiješnu stranu života.

a. Isto onoliko kao i uvijek
b. Sada više ne u tolikoj mjeri
c. Sada više uopće ne u tolikoj mjeri
d. Uopće ne

V. U misli mi dolaze brige.

a. Jako često
b. Često
c. Povremeno, ali ne previše često
d. Samo u nekim trenucima

VI. Osjećam se veselo.

a. Uopće ne
b. Ne često
c. Ponekad
d. Skoro uvijek

VII. Mogu se udobno smjestiti i osjećati se opušteno.

a. Potpuno
b. Uglavnom
c. Ne često
d. Uopće ne

VIII. Osjećam se kao da sam usporen.

a. Skoro uvijek
b. Jako često
c. Ponekad
d. Uopće ne

IX. Dobijem neki zastrašujući osjećaj kao da mi se javlja nervoza u trbuhu.

a. Uopće ne
b. Povremeno
c. Priličnmo često
d. Jako često

X. Izgubio sam zanimanje za svoj izgled.

a. Potpuno
b. Ne brinem o svom izgledu onoliko koliko bih trebao
c. Možda dovoljno ne brinem o svom izgledu
d. Brinem o svom izgledu kao i do sada

XI. Osjećam se nemirnim, kao da moram biti u pokretu.

a. U velikoj mjeri
b. Prilično puno
c. Ne jako puno
d. Uopće ne

XII. S uživanjem se radujem stvarima.

a. Onoliko koliko i uvijek
b. Nešto manje nego prije
c. Prilično manje nego prije
d. Skoro nimalo

XIII. Iznenada me uhvati panika.

a. Jako često
b. Prilično često
c. Ne jako često
d. Uopće ne

XIV. Znam uživati u dobroj knjizi, dobroj emisiji na radiju ili TV-u.

a. Često
b. Ponekad
c. Ne često
d. Jako rijetko

Prilog 3. Skala percipiranog stresa (PSS)

Uputa: Sljedeća pitanja odnose se na Vaše misli i osjećaje tijekom posljednjih mjesec dana. Kod svakog pitanja trebate procijeniti koliko često se osjećate ili razmišljate na određeni način. Iako su neka pitanja slična, ipak postoje određene razliku među njima te Vas molimo da na svako pitanje odgovorite zasebno. Najbolje je odgovarati razmjerno brzo, odnosno bez previše razmišljanja o tome koliko ste se točno puta osjećali ili ste razmišljali na određeni način – odgovorite tako da otprilike procijenite koji je odgovor najprimjereniji za pojedino pitanje.

	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često
1. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste se često uzrujali zbog nečega što se dogodilo neočekivano?	0	1	2	3	4
2. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste često imali osjećaj da ne možete kontrolirati važne stvari u svom životu?	0	1	2	3	4
3. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste se često osjećali nervozno i pod stresom?	0	1	2	3	4
4. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste se često osjećali sigurnim/sigurnom u vlastite sposobnosti da riješite osobne probleme?	0	1	2	3	4
5. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste često osjećali da se stvari odvijaju vama u prilog?	0	1	2	3	4
6. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste često otkrili da niste u stanju nositi se sa svime što vam se događa?	0	1	2	3	4
7. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste često mogli kontrolirati iritacije u vlastitom životu?	0	1	2	3	4
8. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste često osjećali da vladate situacijom?	0	1	2	3	4
9. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko ste se često ljutili zbog stvari koje su vam se dogodile, a koje niste mogli kontrolirati?	0	1	2	3	4
10. Tijekom posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da se poteškoće nakupljaju do mjere da ih ne možete nadvladati?	0	1	2	3	4

Prilog 4. Kratka skala subjektivnog blagostanja (KSB)

Uputa: Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku rečenicu i odgovorite tako što ćete zaokruživanjem broja izraziti u kojoj mjeri se slažete sa svakom od navedenih tvrdnji. Brojevi imaju sljedeće značenje:

1 - uopće se NE slažem
2 - uglavnom se NE slažem
3 - djelomično se slažem
4 - uglavnom se slažem
5 - u potpunosti se slažem

	Tvrdnja	Odgovor				
		Uopće se NE SLAŽEM	Uglavnom se NE SLAŽEM	Djelomično se SLAŽEM	Uglavnom se SLAŽEM	U potpunosti se SLAŽEM
1	Osjećam da je život pun lijepih iznenađenja.	1	2	3	4	5
2	Sve u svemu, život je lijep.	1	2	3	4	5
3	Puno se smijem.	1	2	3	4	5
4	Osjećam se živahno.	1	2	3	4	5
5	Osjećam da imam puno energije.	1	2	3	4	5
6	Život je pun dobrih prilika i mogućnosti.	1	2	3	4	5
7	Često se osjećam radosno i ushićeno.	1	2	3	4	5
8	Divno je živjeti.	1	2	3	4	5

Prilog 5. Vrijednosti i statistička značajnost Shapiro-Wilkovog testa normalnosti distribucije razlika između rezultata na ljestvicama korištenim u ovom istraživanju

	S-W	*p*
Razlika u anksioznosti	,914	,033
Razlika u depresivnosti	,952	,254
Razlika u percipiranom stresu	,985	,955
Razlika u zadovoljstvu životom	,938	,119

Legenda: *S-W* – vrijednosti Shapiro-Wilkovog testa normalnosti distribucije; *p* – razina statističke značajnosti