

WPŁYW MASAŻU NA PSYCHOFIZYCZNY ASPEKT JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA



Mgr Mateusz Antosiewicz
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr hab. n. med. Bożena Okurowska-Zawada

**WPLYW MASAŻU
NA PSYCHOFIZYCZNY ASPEKT
JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**WPŁYW MASAŻU
NA PSYCHOFIZYCZNY ASPEKT JAKOŚCI
ŻYCIA PACJENTA**

**Mgr Mateusz Antosiewicz
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
Dr hab. n. med. Bożena Okurowska-Zawada**

Białystok 2026

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Monika Gałczyk
Akademia Łomżyńska, Łomża

Dr n. med. Grzegorz Bejda
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

AUTORZY MONOGRAFII

Mateusz Antosiewicz
Absolwent kierunku Fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Elżbieta Krajewska-Kulak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bożena Okurowska-Zawada
Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ISBN – 978-83-68761-55-9

Wydanie I
Białystok 2026

Okładka opracowanie graficzne własne z wykorzystaniem zdjęcia zakupionego
w <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie pracy magisterskiej
mgr Mateusza Antosiewicza

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana wyłącznie w formie online
Pełna wersja dostępna online na stronach
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz
https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne

*Na jakość naszego życia wpływają nasze doznania i doświadczenia [...].
Nie mniej istotna od samych doświadczeń jest ich interpretacja.
Albert Einstein*

Słowo wstępne

Masaż leczniczy, łączący wiedzę medyczną z tradycyjnymi metodami terapii, uważany jest za jeden z fundamentów holistycznego podejścia do zdrowia. Przez wieki, różne kultury wykorzystywały masaż nie tylko jako formę relaksu, ale także jako metodę leczenia.

Poprzez głębokie uciskanie, rozcieranie i głaskanie, masaż może skutecznie redukować ból i dyskomfort, a dzięki zwiększeniu przepływu krwi do tkanki mięśniowej, przyczynia się do szybszej regeneracji, zmniejszenia stanu zapalnego oraz ulgi w bólu. Poprawia także krążenie limfy, a to ma kluczowe znaczenie dla zdrowia oraz samopoczucia. Lepsze krążenie wiąże się bowiem z większą efektywnością w dostarczaniu tlenu i składników odżywczych do komórek oraz z szybszym usuwaniem metabolitów i toksyn. Dzięki temu, masaż wspiera procesy detoksykacyjne organizmu, przyczyniając się do jego lepszego oczyszczenia i zwiększenia witalności.

Masaż, dzięki stymulacji produkcji białych krwinek, jest wsparciem układu odpornościowego.

Regularne sesje masażu pomagają także w walce z bezsennością i dzięki temu organizm jest w stanie zrelaksować się do tego stopnia, że nocny odpoczynek staje się głębszy i bardziej regenerujący.

Współczesny styl życia, pełen pośpiechu, stresu i napięcia, sprawia, że coraz więcej osób szuka skutecznych metod, by odzyskać równowagę emocjonalną.

Masaż leczniczy ma również nieocenione korzyści dla zdrowia psychicznego, ponieważ towarzyszy mu „fizyczne wyciszenie ciała”, a to przyczynia się do redukcji poziomu stresu, napięcia i lęku. Stymulacja układu nerwowego podczas masażu prowadzi do wydzielania endorfin, hormonów które są odpowiedzialne za uczucie szczęścia i relaksu. Zmniejsza się napięcie mięśniowe, poprawia krążenie, co pomaga osiągnąć wewnętrzną harmonię i zmniejszyć objawy depresji, lęku czy wypalenia zawodowego.

Masaż, zwłaszcza jeżeli jest wykonywany regularnie, może przynosić długofalowe efekty zdrowotne, bowiem redukcja napięcia mięśniowego, poprawa krążenia czy wsparcie układu limfatycznego to procesy mające długoterminowy wpływ na kondycję organizmu. Jednak aby przynosił trwałe efekty, musi być częścią szerszego podejścia do zdrowia i nie powinien zastępować regularnej aktywności fizycznej ani zdrowej diety.

Choć masaż ma wiele zalet, istnieją sytuacje, w których może być szkodliwy, np. w przypadku schorzeń układu krążenia, ostrych infekcji czy problemów z krzepliwością krwi.

Obecnie istnieje wiele odmian masażu, w których używa się dodatkowych elementów relaksacyjnych w postaci kosmetyków, świecy, gorących kamieni, olejków eterycznych czy

peelingów. Jedną z metod masowania, która pojawiła się stosunkowo niedawno, jest tzw. masaż psychosomatyczny. Filozofia psychosomatyczna zakłada, że ciało oraz psychika są ze sobą bardzo powiązane i to, co wpływa na ludzką psychikę (np. stres), daje objawy cielesne, np. bóle głowy. W związku z takim postrzeganiem człowieka zakłada się, że zabiegi stosowane na ciało będą przekładały się także na psychikę. Masaż psychosomatyczny wykonuje się w obszarze obejmującym głowę, szyję, dekolt oraz ramiona. Technika ta polega na tym samym, na czym inne masaże - na wykonywaniu sekwencji ruchów w określonym rytmie, wywierając ucisk na tkanki, na różnych poziomach głębokości.

W przypadku techniki psychosomatycznej, ruchy wykonywane w trakcie sesji mają na celu stymulację bodźców, w związku z tym oprócz dotyku stosuje się także czynniki, które oddziałują na zmysł słuchu, wzroku czy powonienia – np. muzykę, olejki aromatyczne, czy światło. W trakcie sesji masażu psychosomatycznego stosowana jest technika głaszcząca, czyli tzw. ruchy głaszczące (asynchroniczne oraz asymetryczne). Obowiązują jednak ograniczenia do stosowania. Sesjom tym nie powinny poddawać się osoby, które mają skłonności do krwawień i tętniaki, a także zapalenie żył czy też różne choroby skóry. Zabieg należy też odłożyć w czasie w przypadku przerwania ciągłości skóry, czyli pojawienia się na twarzy, szyi i ramionach wszelkich skaleczeń

Generalnie trzeba pamiętać, że aby terapia masażem leczniczym była jak najbardziej efektywna, powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia pacjenta.

Monografia zawiera wyniki badań dotyczące sprawdzenia znaczącego wpływu masażu na psychofizyczny aspekt jakości życia pacjenta.

Mateusz Antosiewicz

Elżbieta Krajewska-Kulak

Bożena Okurowska-Zawada

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	13
Masaż jako forma oddziaływania terapeutycznego	15
Psychofizyczne aspekty jakości życia	25
Wpływ masażu na funkcjonowanie psychofizyczne człowieka	33
Założenia i cele pracy	39
Materiał i metodyka badań	41
Wyniki badań	47
Weryfikacja hipotez	69
Omówienie wyników	71
Wnioski i postulaty	75
Wykaz piśmiennictwa	77

WYKAZ SKRÓTÓW

BP	<i>bodily pain</i> dolegliwości bólowe
CM	<i>classical massage</i> masaż klasyczny
DOMS	<i>delayed onset muscle soreness</i> opóźniona bolesność mięśniowa
DTM	<i>Deep Tissue Massage</i> masaż tkanek głębokich
EBM	<i>Evidence Based Medicine</i> medycyna oparta na dowodach naukowych
EBP	<i>Evidence Based Practice</i> praktyka oparta na dowodach
GH	<i>general health</i> ogólne poczucie zdrowia
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> Klasyfikacja Ocen Zaleceń, Rozwoju oraz Ewaluacji
HRQoL	<i>Health-Related Quality of Life</i> jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia
MH	<i>mental health</i> poczucie zdrowia psychicznego
MHS	<i>Mental Health Summary</i> zdrowie psychiczne podsumowanie
MLD	<i>manual lymphatic drainage</i> manualny drenaż limfatyczny
MTrP	<i>Myofascial Trigger Point</i> mięśniowo-powięziowy punkt spustowy
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej Wielkiej Brytanii
PF	<i>physical functioning</i> funkcjonowanie fizyczne
PHS	<i>Physical Health Summary</i> zdrowie fizyczne podsumowanie
PKB	Produkt Krajowy Brutto
RE	<i>role emotional,</i> ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych
ROM	<i>Range of Motion</i> Zakres ruchu
RP	<i>role physical</i> ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego
SF	<i>social functioning,</i> funkcjonowanie społeczne

SMT	<i>Sport Massage Therapy</i> terapia masażem sportowym
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i> Wizualna Skala Analogowa
VT	<i>vitality</i> witalność
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life – 100</i> kwestionariusz służący do subiektywnej oceny jakości życia, opracowany przez Światową Organizację Zdrowia
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Test-Bref</i> Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – wersja skrócona

MASAŻ JAKO FORMA ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Rys historyczny masażu

Dzieje masażu sięgają od czasów starożytnych Chin, gdzie już około w 1200 r. p.n.e. powstawało zainteresowanie zdrowiem oraz sportem i łączono to z różnymi elementami ćwiczeń, akupunktury, autohipnozy i kontemplacją, czy masażem. W wielu dziełach jak np. „Nej Tsing”, „Tay-Tsy”, czy w chińskim „Kung-Fu”, wspomniano o leczeniu technikami masażu [1,2].

W Indiach w celu leczenia urazów i wszelakich chorób korzystano z systemu tradycyjnej „Ajurweda”, w którą wchodziły masaże z użyciem ziół, olejków, do tej pory stosowane w tradycyjnej medycynie indyjskiej. W niektórych przekazach pojawiają się informacje, że hinduscy kapłani uważali, że masaż pomaga zmniejszać ilość tkanki tłuszczowej, poprawia jędrność skóry i wzmacnia mięśnie [3]. Stworzyli dodatkowo podział masażu na higieniczny, atletyczny i leczniczy [2].

Z kolei w Egipcie kapłani zajmujący się opieką nad faraonami wykorzystywali masaże z namaszczeniem np. oliwką, kąpiele zimne i ciepłe oraz ćwiczenia gimnastyczne [1,4].

W starożytnej Grecji masażyści byli nazywani „alejptaj” [5]. Pierwszym lekarzem w tamtym regionie, był Herodikos, który jako prekursor wprowadzał do swoich metod leczniczych nie tylko marsze, ćwiczenia fizyczne, dietę, ale również zabiegi fizykalne tj. kąpiele, nacierania zimną i ciepłą wodą, oraz masaże całego ciała [4].

Do rozwoju masażu w dziedzinie medycyny, przyczynił się Hipokrates (460-377 p.n.e.), uczeń Herodikosa, pisząc w swoich dziełach o leczeniu urazów, jak ważna jest pielęgnacja ciała, środowisko naturalne, odpoczynek oraz jak istotny wpływ mają ćwiczenia, masaż i odpowiednia dieta. Według jego założeń masaż miał być wystarczająco mocny, by wzmocnić ciało i lekki, aby przyniósł rozluźnienie [2,4].

Starożytny Rzym słynął rozwojem leczenia poprzez zastosowanie balneoterapii i krenoterapii, a także ćwiczenia i masaż zajmował się w II w. p.n.e. Asklepiades.[5,6] Jego założeniem było stworzenie prostego systemu, w którym chory miał odpoczywać, dbać o siebie, trzymać dietę, uwzględniającą upodobania smakowe danej osoby. Zalecana też była gimnastyka, spacer, picie wód mineralnych oraz masaż [1].

Kolejną istotną osobą dla popularyzacji działy masażu w epoce odrodzenia był lekarz

Ambroise Paré, uznawany za pioniera rehabilitacji, który poprzez wszelakie badania nad pozytywnymi działaniami masażu zaczął nauczać i badać jego fizjologię i wpływ na dane jednostki chorobowe. Po nim pojawił się Fridrich Hoffman, który uważał, że fizjologia posiada naturę mechaniczną i opracował program stosowania masażu w licznych schorzeniach [5].

Znaczący wpływ na rozpowszechnienie masażu w terenach Zachodnich miał szwedzki lekarz Per Henrik Ling, który na początku XIX wieku, w epoce oświecenia, stworzył program treningu fizycznego, wliczając w to również masaż leczniczy, od którego dokonań na ten temat wzięła się nazwa „masaż szwedzki” [6].

Wielkie zasługi należą się również holenderskiemu lekarzowi Johanowi Mezgerowi (1838-1909), który jest przez wielu uważany był za twórcę „masażu naukowego” - uwzględniając w nim cały dział metodologii masażu, wskazań i przeciwwskazań do jego wykonania, opierając się na własnej wiedzy i doświadczeniu [5].

W Polsce rozpropagowaniem masażu zajmował się profesor Izydor Zabłudowski (1851-1906), uczeń Johana Mezgera, kierujący później zakładem Masażu Leczniczego w Berlinie. Dzięki jego badaniom masaż osiągnął poziom na tyle wysoki, by go traktować na równi z innymi dziedzinami nauk medycznych [5].

W roku 1882, Helena Kuczalska (1854-1927), jedna z pionierek wychowania fizycznego i fizjoterapii w Polsce, założyła w Warszawie Zakład Gimnastyki Szwedzkiej i Masażu, a w 1906r. utworzyła pierwszą szkołę kształcąca kolejne pokolenia fizjoterapeutów oraz specjalistów w zakresie gimnastyki leczniczej [1].

W 1919 roku utworzono Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego, gdzie prowadzono przedmioty z zakresu masażu przez profesora Ireneusza Wierzejewskiego(1881-1930) [1].

Definicja i techniki masażu

Słowo ‘masaż’ pochodzi od dwóch różnych źródeł - arabskiego słowa „mass” oznaczającego "dotykać”, natomiast z greckiego „massein” - „ugniatać” [3].

Istnieje definicja mówiąca, że „masaż to forma mechanicznego oddziaływania na tkanki ciała za pomocą uciskania i głaskania, mająca na celu poprawę zdrowia i ogólnego samopoczucia”. Inna definicja określa to „jako manipulację tkankami miękkimi i stawami za pomocą rąk lub urządzeń ręcznych” [7].

Przyjmuje się, że masaż wpływa pozytywnie na parametry zarówno fizjologiczne, jak

i kliniczne. Wynika to z uzyskania rozluźnienia ciała, jak i odprężenia psychicznego, zmniejszenia dolegliwości oraz zwiększenie progu bólu na skutek wydzielania endorfin. Z kolei działanie przeciwbólowe można tłumaczyć teorią kontroli bramki, zgodnie z którą stymulacja włókien nerwowych ogranicza odczuwanie ból [8]. Dzięki skuteczności w redukcji bólu i przywracaniu sprawności stał się popularnym sposobem na dolegliwości układu ruchu [7].

Większość technik masażu bazuje na głaskaniu (effleurage), rozcieraniu (friction), ugniataniu (petrissage), oklepywaniu (tapotement) oraz wibracji [7,9].

Głaskanie to jedna z podstawowych technik, które stosuje się na początku i na zakończenie zabiegu [9,11]. Ruchy prowadzi się zgodnie z ułożeniem mięśni, a wokół stawów, łopatek oraz gruczołów piersiowych wykonuje się je w formie kolistych ruchów. Ta metoda pozwala na usunięcie martwego naskórka i wydzielin. Głaskanie delikatne (powierzchowne) działa uspokajająco, obniża napięcie mięśniowe oraz wpływa relaksująco na układ nerwowy [10]. Mocniejszy nacisk (głębokie głaskanie) poprawia obieg krwi oraz limfy, redukując obrzęki i lepiej dotleniając tkanki. Na zakończenie technika powinna być powolna, rytmiczna i o średniej częstotliwości.

Kolejną techniką jest rozcieranie, polegające na okrężnych lub półokrężnych ruchach dłonią lub palcami wzdłuż tego jak biegną włókna mięśnia [9]. Ruch ten sprzyja usuwaniu metabolitów oraz rozluźnieniu zrostów i złożeń. Dzięki intensywności tej techniki nagrzewa miejscowo tkanki, zwiększając ukrwienie i wspomagając regenerację. W zależności od siły nacisku wyróżnia się rozcieranie powierzchowne oraz głębokie, przy czym ta technika jest bardziej dynamiczna niż głaskanie [9,11].

Ugniatanie to ruch oddziałujący głównie na mięśnie i układ krążenia. Przemieszcza krew oraz limfę do większych naczyń, poprawiając ich ponowny napływ do tkanek [9,11]. Technika ta wpływa na zwiększenie siły i wytrzymałości mięśni, reguluje ich napięcie oraz wspomaga w redukcji obrzęków. Ważne jest, aby ugniatanie było wykonywane w sposób kontrolowany i nie powodowało dyskomfortu ani bólu u osoby masowanej [9].

Oklepywanie to szybkie, rytmiczne uderzanie dłonią, bokiem ręki lub palcami w masowany obszar. Delikatne oklepywanie rozluźnia, a mocne intensywnie pobudza układ nerwowy, zwiększa ukrwienie tkanek oraz wywołuje skurcze mięśniowe [9,11]. Trzeba tą technikę wykonywać ostrożnie, aby nie powodować bólu lub uszkodzeń skóry [7,9,11].

Ostatnią z opisywanych technik są wibracje, które wprowadzają tkanki w drżenie – statyczne w jednym miejscu lub labilnie wzdłuż nerwów, naczyń i mięśni. Efekt jaki zostanie

uzyskany zależy od siły – delikatne drgania zmniejszają napięcie mięśniowe i działają wyciszająco, silne wywołuje skutek stymulujący i zwiększający napięcie [9].

Wpływ masażu na organizm człowieka

Masaż działa przede wszystkim na układ ruchu, krwionośny, limfatyczny, skórę, tkankę łączną, tłuszczową oraz nerwowe zakończenia w skórze. Pośrednio również wpływa na narządy wewnętrzne. Najczęściej stosuje się go w schorzeniach układu ruchu [12].

Dotyk jest składowym elementem życia ludzkiego od narodzin aż po kraniec życia. Daje możliwość oceny palpacyjnej pacjenta, w której można ocenić występowanie napięcia mięśniowego czy nadwrażliwości na ból. Sprzyja bliskiemu kontaktowi z pacjentem, przekazywaniu bodźców masażu i rozprowadzeniu środka poślizgowego [12].

Poprzez tarcie usuwa martwy naskórek, udrażnia gruczoły łojowe i potowe, co poprawia ich wydzielanie. Podnosi elastyczność, sprężystość oraz wytrzymałość mechaniczną skóry. Aktywuje fibroblasty do produkcji większej ilości kolagenu. Przyspiesza krążenie krwi i limfy w skórze, wywołując zaczerwienie, przyspieszając metabolizm komórek, poprawiając odżywienie skóry i jej gruczołów oraz powodując szybsze usuwanie produktów przemiany materii. Rozbija, rozluźnia i usuwa komórki tłuszczowe (andipocyty) z warstwy podskórnej. Pomaga substancjom aktywnym głębiej wnikać w skórę [9].

Masaż poprawia odżywienie chrząstek stawowych, hamując lub zapobiegając powstawaniu zwyrodnień. Wpływa też na kości, utrzymanie równowagi między związkami organicznymi i nieorganicznymi, przyspiesza kostnienie po złamaniach czy pęknięciach. Zmniejsza również odkładanie osteofitów na kościach [9,13].

Przy pracy z mięśniami dąży się do ich pełnego usprawnienia [13]. W trakcie masażu poprzez rozgrzanie tkanki mięśniowej i skóry dochodzi do rozszerzenia naczyń krwionośnych, a co za tym idzie lepszego ukrwienia dotleniając mięśnie, poprawienia trofiki, jędrności, elastyczności, a także pobudzania ich metabolizmu [9,13]. Pozwala na szybszą regenerację i gotowość do kolejnego wysiłku, wytrzymałości i wzrostu masy mięśni, a także zdolność do skurczu i rozkurczu. Zapobiega też zanikom mięśni oraz zmniejsza nadmierne napięcie. W trakcie masażu pobudzających podnosi napięcie, a podczas masażu rozluźniających obniża napięcie mięśni [9,13].

W wyniku masażu dochodzi do zmian w układzie krążenia, a dokładnie aktywacji układu krwionośnego i limfatycznego, przyspieszenia transportu, detoksykacji i odnowy. Poprzez rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych, przyspiesza przepływ krwi i limfy,

co powoduje szybsze dostarczenie tlenu i składników odżywczych i usuwanie metabolitów. Stymuluje tworzenie nowych komórek krwi, ulepsza odpływ żylny i limfatyczny, zmniejszając obrzęki poprzez poszerzenie naczyń – ułatwia pracę serca dzięki lepszemu krążeniu żylnemu i mniejszemu oporowi w tętnicach [9].

Masaż wpływa również na zmniejszenie bólu poprzez tzw. mechanizm bramkowania (bodźce dotykowe z szybkich włókien nerwowych blokują sygnały bólowe z wolniejszych). W masowanym obszarze temperatura rośnie, usprawniając przewodnictwo impulsów nerwowych. Stymulacja zakończeń nerwowych i rozgrzanie tkanki glejowej ułatwiają rozciąganie przykurczonych nerwów po stanach zapalnych. Poprawione krążenie lepiej odżywia i natlenia tkanki nerwowe lokalne. Efekty masażu obejmują cały układ nerwowy [9,12].

W synapsach wzrasta poziom acetylocholino i noradrenaliny. Wzmacnia się aktywność parasympatyczna, co obniża tętno, ciśnienie krwi i zwiększa uwalnianie endorfin. Redukuje hormon stresu, łagodzi lęk, napięcie i zmęczenie [12].

W trakcie masażu energicznych stymuluje pracę układu nerwowego, a w wyniku delikatnych masażu go wycisza [9]. Lokalnie zmniejsza napięcie mięśni spoczynkowych i pobudliwość nerwowo-mięśniową. Poprzez stymulację receptorów zewnętrznych i głębokich normalizuje odruchowo pracę organów wewnętrznych i układów wewnętrznych [12].

Uważa się także, że masaż ma tak skuteczne działanie dzięki pobudzeniu mechanoreceptorów. Powstające w nich impulsy są przekazywane przez szybko przesyłające włókna nerwowe, które mogą ograniczać lub blokować przekaz informacji bólowych do świadomości człowieka [14].

Klasyfikacje i rodzaje masażu

Wyróżnia się wiele rodzajów masażu w tym m.in.: klasyczny, klasyczny leczniczy, sportowy, drenaż limfatyczny, w wodzie (np. wirowy), izometryczny, Shantala, kosmetyczny, orientalny (np. tajski, hawajski czy polinezyjski) oraz relaksacyjny [15].

W tej pracy uwaga zostanie skupiona na kilku najważniejszych odmianach masażu, czyli klasycznym, klasycznym leczniczym, sportowym, drenażu limfatycznym i relaksacyjnym.

Masaż klasyczny (CM - *classic massage*), inaczej masaż szwedzki, pomaga zmniejszyć odczuwanie bólu, szczególnie przy problemach z układem mięśniowo-skie-

letowym. Jego działanie polega na poprawie parametrów fizjologicznych i klinicznych, m.in. poprzez zwiększenie progu bólu oraz stymulację wydzielania endorfin [8,16].

Masaż klasyczny leczniczy (terapeutyczny) to metoda oparta na naukowych podstawach, polegająca na planowym wykorzystaniu technik takich jak głaskanie, rozcieranie, vibracja, oklepywanie, ugniatania, rozciąganie, ucisk oraz bierne lub aktywne ruchy w stawach w maksymalnych granicach naturalnego zakresu ruchu organizmu [8,17]. Ma szerokie zastosowanie w zapobieganiu, leczeniu i rehabilitacji schorzeń z dziedzin ortopedii, chirurgii, pediatrii, ginekologii i neurologii [13].

Badania i piśmiennictwo medyczne pokazują działanie masażu wielokierunkowo – poprzez mechanizmy biochemiczne, neurologiczne, psychofizjologiczne i fizjologiczne – przynosząc korzyści takie jak poprawa krążenia, zwiększony dopływ krwi, odżywienie komórek, redukcję napięcia mięśniowego oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych [8,14,17].

Terapia masażem sportowym (SMT - *Sports Massage Therapy*) rozwijał się równolegle z aktywnością fizyczną już w starożytnych cywilizacjach - w Chinach wykorzystywali go taoiści kapłani w pracy z praktykującymi Kung Fu, natomiast w Grecji stanowił część opieki nad uczestnikami igrzysk olimpijskich [1,18,19]. W obecnych czasach jest on szeroko rozpowszechniony i nauczany w chińskich ośrodkach medycznych, a w XIX wieku zyskał popularność w Stanach Zjednoczonych dzięki pomocy dwóch nowojorskich lekarzy. Włączenie masażu sportowego do podstawowej opieki medycznej nad reprezentacją USA miało miejsce po raz pierwszy podczas Letnich Igrzysk Olimpijskich w Atlancie w 1996 roku. Dziś ta metoda jest powszechnie stosowana przez sportowców zawodowych, olimpijskich oraz akademickich w celu radzenia sobie ze skutkami intensywnego wysiłku i rywalizacji [18].

W sporcie masaż jest skutecznym narzędziem wspomagającym sprawność fizyczną, ponieważ może skutecznie wpływać na zmienne funkcjonalne, takie jak zakres ruchu, elastyczność tkanek, zwiększony transport krwi czy zdolność mięśni do skurczu [19,20]. Powoduje też redukcję bólu oraz uczucia zmęczenia po treningu, osłabia stany zapalne w mięśniach po wysiłku, wzmacniają mięśnie i poprawiają ocenę własnych urazów. Przywracają też prawidłową zmienność rytmu serca i ciśnienie rozkurczowe, zmniejszają napięcie mięśniowe, kinazę kreatynową, opuchliznę oraz problemy oddechowe [21]. Wpływ na te elementy, a w szczególności na elastyczność, ma istotne znaczenie w profilaktyce urazów sportowych. Dodatkowo istnieją liczne publikacje naukowe potwierdzające, że stan nastoju

sportowca wpływa na jego kondycję psychiczną i fizyczną oraz osiągnięte wyniki [19,20].

Badania wskazują, że masaż sprzyja zwiększonemu wydzielaniu substancji odpowiadających za dobre samopoczucie, takich jak endorfiny, serotonina i dopamina, a jednocześnie obniża poziom hormonów stresu, w tym kortyzolu i epinefryny. Zmiany te mogą prowadzić do zmniejszenia napięcia, lęku i zmęczenia oraz poprawy nastroju, co wykazuje znaczący wpływ na pozytywne wyniki sportowe i proces regeneracji po urazach [19].

Masaż tkanek głębokich (DTM - *Deep Tissue Massage*) należy do zaawansowanych form terapii manualnej, celujących w głębokie warstwy mięśni, powięzi i tkanki łącznej. Skupia się na specyficznych strefach dysfunkcji – takich jak szyja, barki, odcinek lędźwiowy kręgosłupa czy kończyny, gdzie znajdują się zgromadzone przewlekłe napięcia, ograniczenie ruchowe spowodowane przeciążeniami czy ból [22].

DTM wykorzystuje zmodyfikowane metody masażu klasycznego, wykonując je z wolniejszym tempem i większą precyzją [23]. Ruchy obejmują głębokie uciski, wydłużanie tkanek, rozdzielanie przedziałów mięśniowych oraz uwalnianie struktur stawowych i przyczepów. Terapeuta stosuje stawy palców, łokcie, pięści wraz z ciężarem własnego ciała, pracując bez olejków poślizgowych dla lepszej kontroli głębokości i palpacji [22,24]. Nacisk kierowany jest pod kątem nieprzekraczającym 45°, co minimalizuje dyskomfort i ryzyko urazów. Sukces zależy od doświadczenia terapeuty w ocenie tkanek i doborze technik [24,25]. Mechanicznie DTM rozluźnia zrosty i blizny poprzez stymulację mechanoreceptorów, sygnalizując do ośrodkowego układu nerwowego. To wyzwała uwalnianie neuroprzekaźników jak serotonina i dopamina, obniżając napięcie mięśniowe i indukując relaks. Dodatkowo poprawia krążenie krwi i limfy, co usprawnia transport tlenu, składników odżywczych i usuwanie metabolitów, przyspieszając regenerację i redukując zapalenia [22,23].

Masaż tkanek głębokich zyskał uznanie wśród sportowców, gdzie łagodzi opóźnioną bolesność mięśniową (DOMS - *delayed onset muscle soreness*), mikrourazy i zmęczenie po intensywnych treningach. Ważnym elementem jest działanie masażu z układem powięziowym – trójwymiarową siecią łączącą mięśnie w funkcjonalne łańcuchy – eliminując ograniczenia z urazów czy złej postawy, przywracając ruchomość i wydajność [23,24]. Metoda wymaga dokładnej kwalifikacji pacjenta ze względu na ograniczenia takie jak np. przy ostrych zapaleniach, infekcjach, tętniakach, gorączce, zakrzepicy, kruchości kości czy nowotworach [24].

Manualny drenaż limfatyczny (MLD - manual lymph drainage) stanowi subtelną, bezinwazyjną formę masażu, w której dochodzi do delikatnej manipulacji na powierzchni skóry i tkankami miękkimi w celu usprawnienia odpływu limfy i zregenerowania układu limfatycznego [26]. W porównaniu do innych rodzajów masażu nie dochodzi w nim do zaczerwienia ani bólu [27]. Technika ta wzmacnia skurcze naczyń chłonnych, dynamizuje ruch limfy i wspomaga rozdzielanie białek, przeciwdziałając ich zaleganiu [26]. Jest niezastąpiona zwłaszcza po mastektomii w raku piersi, gdzie redukuje dolegliwości i wspiera sprawność kończyny górnej. Okazuje się przy tym niezwykle efektywna w łagodzeniu symptomów u pacjentów onkologicznych, zmniejszając ból, zapalenie, mdłości, wyczerpanie czy stany lękowe i depresyjne [28,29].

W kosmetyce MLD doskonale aktywuje obieg limfatyczny, poprawiając kondycję skóry i przeciwdziałając cellulitowi – zarówno prewencyjnie, jak i terapeutycznie. Procedura zabiegu zaczyna się od węzłów chłonnych i naczyń blisko ujść żylnych, przechodząc potem do peryferyjnych obszarów, by stopniowo przepychać chłonkę z obwodu ku centrum. Ważną kwestią jest, aby ruchy były powolne, leniwe, w rytmie przepływu chłonki – 10-15 na minutę, z umiarkowanym naciskiem. Wszystkie manipulacje powinny być subtelne i płynne, stosując techniki wyciskania, tłoczenia, przepychania lub przesuwania, co dodatkowo pobudza krążenie krwi. Główne korzyści to lepsze ukrwienie i natlenienie tkanek, przyspieszone usuwanie metabolitów i toksyn, hamowanie wczesnych obrzęków i eliminacja tych chronicznych oraz regeneracja włókien elastyny i kolagenu [9,15].

Wariant relaksacyjny masażu koncentruje się głównie na wywołaniu intensywnego stanu wyciszenia psychosomatycznego [30,31]. Bazuje na delikatnych, harmonijnych i ciągłych ruchach z niewielkim naciskiem. Charakterystyczne są przedłużone, płynne chwytania, służące zmniejszeniu napięcia i zanurzeniu w relaksie. W odróżnieniu od masażu sportowego czy klasycznego, nie powoduje głębokiej manipulacji mięśni ani mocnej aktywacji krążenia [30]. Łagodny profil tej techniki stymuluje układ przywspółczulny, nadzoruje regenerację i relaksację. Efektem jest spowolnienie rytmu serca, redukcja nerwowego pobudzenia oraz poczucie spokoju. Takie mechanizmy mają szczególne znaczenie dla kondycji psychicznej u osób doświadczających przewlekłego napięcia, emocjonalnego wyczerpania czy zaburzeń snu [31,32,33]. Stosowanie masażu relaksacyjnego wzbogaca strategię prewencyjne i lecznicze w dziedzinie zdrowia psychofizycznego. Systematyczne zabiegi podnoszą samopoczucie, ułatwiają odnowę organizmu i stabilizują wewnętrzną harmonię. Odpowiednie dopasowanie techniki i intensywności masażu pozwala na

bezpieczne osiągnięcie oczekiwanych efektów terapeutycznych. W rezultacie metoda ta zyskuje na znaczeniu w opiece klinicznej, odnowie biologicznej oraz terapiach uzupełniających [31].

Wskazania i przeciwwskazania do masażu

Zalecenia do masażu opierają ją się na korzystnych zmianach w tkankach wywołanych mechanicznym oddziaływaniem - lokalnym lub obejmującym całe ciało w zależności od potrzeb chorego [15].

Masaż jest kluczowy w zwyrodnieniach stawów i kręgosłupa, zapaleniach mięśni, stawów oraz ścięgien [15,34].

Pomaga w przeciążeniach, przy wadach postawy, po skręceniach, zwłnięciach czy złamaniach [15,35,36].

W chorobach atakujących układ ruchu, głównie stawy, poprawia ruchomość i zmniejsza ból [15,37].

Szeroko stosowany jest przy urazach mięśni – stłuczeniach, zmęczeniu po treningowym czy zanikach z bezczynności czy naderwaniach [15,38].

Przy skórnych dolegliwościach – poprawia jej elastyczność i jędrność, wspiera przy leczeniu blizn po operacjach czy urazach [15]. Stosuje się go też przy rozstępach, w kosmetyce, a także przy śladach po odmrożeniach i oparzeniach [39,15].

Poprawia wentylację i pracę mięśni oddechowych po zapaleniu płuc, w astmie, niedodmie i rozedmie czy przewlekłym zapaleniu oskrzeli [15,40].

Wspiera terapię łagodnych i średnio nasilonych chorób naczyń. Polecany przy chorobie Raynauda, przewlekłej niewydolności żylniej oraz wczesnym stadium choroby Buergera [15]. Przydatny jest także przy żylakach, które nie mają owrzodzeń, zakrzepicy żylniej oraz w celu zapobiegania odleżynom u leżących pacjentów [15,41].

Może być stosowany w terapii neuralgii, zapaleniu nerwów, porażeniach, nerwobólach [15,42].

Użyteczny jest też przy chorobie Parkinsona, bezsenności czy stanach pourazowych mózgu [15,43].

Polecany jest również przy zaparciach, celiakii, nerwicach, w rekonwalescencji, przemęczeniu czy w treningu sportowców [15,19,44].

Mimo wielu zalet, masaż ma ściśle ograniczenia – czasem całkowicie zakazany. Jest bez wyjątku zabroniony przy nowotworach z przerzutami, zakażeniach, ostrych zapaleniach,

nieuregulowanych wadach serca i świeże zakrzepy [15].

Nie można korzystać także mając krwotoki, wysoką gorączkę, tętniaki, przerwaną skórę, ropę czy hemofilię [15,45].

Niewskazane są też masaże przy brzuchu przy miesiączce, w zapaleniu dróg żółciowych, chorych jelitach z owrzodzeniami, wrzodach dwunastnicy i żołądka oraz w ciąży w I trymestrze [15].

PSYCHOFIZYCZNE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA

Pojęcie jakości życia

Pojęcie jakości życia jest często występujące zarówno w dziełach naukowych, jak i w potocznych dyskusjach [46].

Pomimo powszechności, sformułowanie jednoznacznej definicji pozostaje trudnością ze względu na złożony i wielowymiarowy charakter, obejmujący zarówno mierzalne warunki zewnętrzne funkcjonowania człowieka, jak i do subiektywnych ocen i przeżyć [46,47].

W najszerszym ujęciu jakość życia określa zdolność człowieka do sprawnego funkcjonowania oraz satysfakcji z codzienności, stanowiąc wypadkową posiadanych zasobów i to jak dana jednostka ją interpretuje. Podkreśla się jednak, że jakość życia nie ma charakteru stałego, ulegając zmianom na przestrzeni czasu i pozostaje w ścisłej zależności od wielu czynników, takich jak stan zdrowia, poziom samodzielności, relacje społeczne czy system wartości jednostki [48]. Z tego względu nie istnieje jedna uniwersalna definicja jakości życia, a jej interpretacja różni się w zależności od dziedziny nauki [47].

Rozwój zainteresowania problematyką jakości życia przypada na okres powojenny, kiedy to zagadnienie to było analizowane głównie w kontekście ekonomicznym [49,50]. Początkowo zajmowali się tym głównie ekonomiści, którzy utożsamiali ją z bogactwem. Uważano wówczas, że im wyższy jest dochód narodowy - PKB (*Produkt Krajowy Brutto*) i im szybciej rozwija się gospodarka, tym lepsza jest jakość życia ludzi [50].

Wraz z upływem czasu zauważono, że samo posiadanie pieniędzy nie zawsze idzie w parze z poczuciem szczęścia. Doprowadziło to do włączenia do analiz nowych aspektów: psychologicznych, zdrowotnych i społecznych. Dostrzeżono, że obiektywne warunki, w jakich żyje człowiek, mogą znacząco różnić się od tego, jak on sam ocenia swoją sytuację [49].

We współczesnych naukach społecznych i medycznych przyjmuje się dwa główne sposoby analizowania jakości życia, czyli podejście obiektywne oraz subiektywne [47,48,49]. Podejście obiektywne opiera się na faktach i mierzalnych wskaźnikach, takich jak między innymi standard mieszkania, poziom zarobków, jakość opieki medycznej czy dostęp do edukacji. [47,50] Taka metoda pozwala na dokonywanie konkretnych porównań między różnymi grupami ludzi oraz ocenę jakości życia w skali populacyjnej [47].

Z kolei podejście subiektywne koncentruje się na tym, co człowiek czuje i jak inter-

pretuje swoją rzeczywistość. Obejmuje ono osobiste poczucie szczęścia, jakość budowania relacji z innymi ludźmi, stan emocjonalny oraz satysfakcję z życia [47,50,51].

Współczesne podejście badawcze pokazują, że dopiero połączenie obu tych perspektyw pozwala na pełniejsze zrozumienie jakości życia. Skupienie się wyłącznie na danych liczbowych mogłoby bowiem doprowadzić do pominięcia najważniejszych, wewnętrznych odczuć człowieka [50].

Definicja jakości życia często bywa mylona z terminami o zbliżonym znaczeniu. Poziom życia odnosi się przede wszystkim do aspektów ekonomicznych oraz materialnych, natomiast dobrostan koncentruje się na sferze emocjonalnej i psychicznej [49,50,51].

Satysfakcja z życia z kolei dotyczy ogólnej, subiektywnej oceny własnej egzystencji. Na tle tych pojęć jakość życia wyróżnia się nadrzędnym i szerszym zakresem znaczeniowym, łącząc obiektywną rzeczywistość z subiektywnym odczuwaniem świata, co umożliwia kompleksowe spojrzenie na człowieka w różnych obszarach jego życia [50,51].

Jedną z najczęściej cytowanych definicji jakości życia jest ta zaproponowana przez WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia). Według niej jakość życia oznacza sposób, w jaki jednostka subiektywnie postrzega swoją pozycję życiową w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym funkcjonuje. Ocena ta zawsze jest dokonywana w odniesieniu do indywidualnych celów, oczekiwań, wzorców oraz przyjętych standardów danej osoby [48,50]. Definicja ta kładzie ogromny nacisk na to, że jakość życia ma indywidualny wymiar, ukształtowany w kontekście otoczenia społecznego [49,50].

Organizacja wyróżnia kilka kluczowych obszarów wpływających na jakość życia, takich jak zdrowie fizyczne i psychiczne, poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko życia oraz przekonania osobiste [48,50].

W naukach medycznych kluczową rolę odgrywa pojęcie jakości życia związane ze zdrowiem – HR-QoL (*Health Related Quality of Life*). Termin ten służy do opisanego, w jaki sposób choroba oraz podejmowane próby leczenia wpływają na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Bierze się pod uwagę w tej koncepcji nie tylko objawy fizyczne, ale także to, jak stan zdrowia zmienia samopoczucie psychiczne i możliwość utrzymywania kontaktów społecznych. Ocena HR-QoL stała się obecnie nieodłącznym elementem nowoczesnej opieki medycznej [46,48,52]. Pozwala lekarzom uwzględnić perspektywę pacjenta w planowaniu rehabilitacji i leczenia. Pacjent przestaje być tylko przedmiotem działań medycznych, a staje się najważniejszym źródłem informacji o swoich potrzebach i komforcie życia [46,52].

Do oceny jakości życia korzysta się ze specjalnie opracowanych kwestionariuszy i ankiet, które umożliwiają ujęcie subiektywnych doświadczeń w formie mierzalnych danych. Najczęściej stosowanymi narzędziami są WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*), krótszą wersję WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Test-Bref*) oraz kwestionariusz SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-Items Short – Form Health Survey*). W sytuacjach, gdy badanie dotyczy konkretnej choroby, specjaliści sięgają po skale stworzone specjalnie dla danej grupy pacjentów. Wybór odpowiedniego narzędzia jest kluczowy dla powodzenia badań. Każdy kwestionariusz musi spełniać określone wymagania, takie jak trafność i rzetelność, co oznacza, że musi on dokładnie mierzyć to, co badacz założył w planie pracy. Bardzo ważna jest również czułość narzędzia, czyli jego zdolność do wyłapywania nawet niewielkich zmian w stanie pacjenta, jakie mogą nastąpić pod wpływem zastosowanej terapii [48,52].

Aspekt fizyczny jakości życia

Na funkcjonowanie i ogólną sprawność organizmu oddziałuje wiele czynników. Aktywność fizyczna bowiem stanowi fundament biologicznego dobrostanu i wynika z ewolucyjnie ukształtowanej potrzeby organizmu [53,54]. Jej niedobór, określany jako “kultura siedzenia”, uznawany jest za czwartą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie, co podkreśla kluczową rolę ruchu dla zdrowia. Wpływ aktywności na fizyczny aspekt jakości życia zależy od jej rodzaju - największe korzyści przynosi aktywność związana z życiem codziennym, obowiązkami i przemieszczaniem się, która najlepiej odpowiada potrzebom organizmu. Z kolei aktywność zawodowa może prowadzić do jednostronnych przeciążeń [53].

Regularne ćwiczenia są jedną z najważniejszych metod nefarmakologicznych, zalecanych przez organizację taką jak np. NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) jako podstawowy sposób poprawy jakości życia. Szczególnie skuteczne są ćwiczenia aerobowe trwające około 30 min, wykonywane 3-5 razy w tygodniu, które poprawiają utrzymać równowagę hormonalną i parametry hematologiczne [54].

Istotnym czynnikiem jest również czas spędzany w pozycji siedzącej. W dni robocze może on sprzyjać regeneracji, natomiast w weekendy wyraźnie pogarsza zarówno obiektywne, jak i subiektywne wskaźniki jakości życia [53]. Połączenie wysokiego poziomu stresu z brakiem aktywności nasila dolegliwości fizjologiczne i utrudnia codzienne funkcjonowanie [53,54].

Kolejnym elementem fizycznej jakości życia jest ból - definiowany jako złożone, nieprzyjemne doznanie o podłożu sensoryczno-emocjonalnym, powstające w odpowiedzi na rzeczywiste lub potencjalne uszkodzenie tkanek [55,56]. Ze względu na swój uciążliwy charakter oraz ryzyko utrwalenia się w postaci przewlekłej, ból jest jedną z głównych przyczyn, dla których pacjenci zgłaszają się po pomoc medyczną.

W aspekcie somatycznym jakość życia pacjentów z bólem chronicznym ulega znaczącemu pogorszeniu [55,57]. Objawia się to przede wszystkim ograniczeniem ruchomości, spadkiem ogólnej kondycji fizycznej oraz trudnościami w podejmowaniu codziennych aktywności. Ograniczenia te mogą dotyczyć tak podstawowych czynności, jak zmiana pozycji ciała, wstawanie czy chodzenie [58].

Do jednostek chorobowych, które w największym stopniu obciążają ten obszar, należą zmiany zwyrodnieniowe stawów, przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa oraz bóle głowy - np. migreny. Ich nawrotność wymusza na pacjentach konieczność stałego leczenia farmakologicznego i prowadzi do sukcesywnego obniżania wydolności organizmu. U niektórych chorych normalne życie zależy od regularnego zażywania leków przeciwbólowych, kształtując przez to harmonogram dnia, hamuje aktywność fizyczną i osłabia poczucie panowania nad własnym ciałem [55,59].

Jednym z głównych elementów fizycznego wymiaru jakości życia pozostaje poziom energii oraz zmęczenie. Ból powoduje zwiększone wydatkowanie zasobów energetycznych ciała, co skutkuje szybszym męczeniem się i spadkiem witalności do normalnego funkcjonowania. Nawet łagodne dolegliwości bólowe mogą zmniejszać wytrzymałość na wysiłek i ograniczać aktywność ruchową [60].

Nasilenie dolegliwości często skutkuje zmianą stylu życia, polegającą na unikaniu ruchu z obawy przed bólem. Choć te nawykowe ustawienia ciała mają za zadanie doraźne złagodzenie dyskomfortu poprzez odciążenie bolesnych struktur, w dłuższej perspektywie stają się one przyczyną powstawania asymetrii i wtórnych zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Mechanizmy kompensacyjne mogą prowadzić do przeciążeń w pierwotnie zdrowych obszarach ciała, co dodatkowo utrudnia leczenie i pogorsza jakość życia chorego [61].

Nasilenie dolegliwości może skutkować zmianą stylu życia poprzez unikanie ruchu z lęku przed bólem. Prowadzi to do zaburzeń w poruszaniu się i kłopotów z realizacją prostych obowiązków domowych. W konsekwencji może dojść do rozwoju niepełnosprawności bólowej, która nie tylko eliminuje samodzielność chorego, ale także wymusza na nim

poleganie na wsparciu osób trzecich. Ta zależność od otoczenia wzmacnia u pacjenta poczucie bezradności [61,62].

Kluczowym elementem jakości życia jest oddziaływanie bólu na rytm dobowy. Chroniczne dolegliwości zaburzają higienę snu, utrudniając zasypianie i powodując częste przebudzenia, co zmniejsza efekt wypoczynku. Brak energii spowodowany zaburzonym snem komplikuje codzienne funkcjonowanie, nasilając ograniczenia ruchowe i utwierdzając pacjenta w przekonaniu o złym stanie jego zdrowia fizycznego [63].

Aspekt psychiczny jakości życia

Jednym z podstawowych elementów psychicznego wymiaru jakości życia jest aktualny stan emocjonalny osoby oraz równowagi między emocjami pozytywnymi i negatywnymi, których doświadcza ona w codziennym funkcjonowaniu. Subiektywne poczucie dobrostanu wynika nie tylko z przeżywania radości, entuzjazmu czy zwiększonej energii, ale także z nasilenia stanów lękowych, napięcia czy smutku [64].

Wyższa jakość życia psychicznego wiąże się z przewagą emocji pozytywnych, co umożliwia utrzymanie satysfakcji z życia nawet w sytuacjach obiektywnie trudnych [65].

Literatura wskazuje, że brak negatywnych przeżyć emocjonalnych nie oznacza automatycznie wysokiego poziomu dobrostanu. Możliwe jest bowiem trwanie w stanie emocjonalnej neutralności, która pozbawiona jest poczucia szczęścia [66]. Z tego powodu coraz większe znaczenie przypisuje się pojęciu balansu afektywnego, rozumianego jako ogólna przewaga emocji pozytywnych nad negatywnymi, uznawanego za istotny wskaźnik kondycji psychicznej [64,66].

Na jakość życia w sferze psychicznej istotnie wpływa funkcjonowanie procesów poznawczych. Składa się na nią zdolność do koncentracji, sprawność pamięci, jasność myślenia oraz umiejętność sprawnego rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji. Dobra sprawność poznawcza pozwala na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, realizację pasji i stały rozwój, co buduje poczucie rozwoju osobistego i kompetencji. Natomiast pogorszenie tych funkcji może skutkować ograniczeniem samodzielności oraz narastającym poczuciem dezorientacji, co znacząco obniża subiektywną ocenę jakości życia [67].

Poczucie własnej wartości oraz sposób postrzegania siebie tworzą kolejny istotny element psychicznej jakości życia. Akceptacja własnej osoby sprzyja budowaniu dobrostanu, podczas gdy negatywna samoocena często staje się źródłem wycofania społecznego

i obniżonego nastroju [67,68]. Ważnym elementem tej sfery jest postrzeganie własnego ciała. Wszelkie zmiany w wyglądzie lub ograniczenia w sprawności fizycznej mogą wpływać na postrzeganie własnej atrakcyjności i wartości, co bezpośrednio przekłada się na pogorszenie funkcjonowania psychicznego [68].

Współczesne modele jakości życia podkreślają znaczenie dobrostanu eudaimonicznego, czyli przekonania o posiadaniu celu i sensu życia. Przekonanie, że życie ma znaczenie, sprzyja lepszemu przystosowaniu do trudnych doświadczeń oraz wzmacnia odporność psychiczną. Kluczową rolę odgrywa tu nadzieja - wiara w pomyślną przyszłość motywuje do działania i pozwala utrzymać względnie wysoki poziom satysfakcji z życia mimo pojawiających się przeciwności [66,69].

Poczucie kontroli stanowi jeden z najistotniejszych determinantów dobrostanu psychicznego, który odnosi się do przekonania o możliwości realnego wpływu na własne życie i podejmowane decyzje [67,70,71].

Osoby, które postrzegają siebie jako podmioty aktywnie kształtujące swoją rzeczywistość, oceniają swoją jakość życia wyżej niż te, które czują się bezradne wobec okoliczności [67].

Wysokie poczucie kontroli sprzyja podejmowaniu działań w sytuacjach kryzysowych i pozwala na zachowanie autonomii, co jest kluczowe dla zachowania równowagi psychicznej [65,69].

Współczesne realia życia sprzyjają nasileniu zjawiska stresu psychicznego, który interpretuje się jako reakcja organizmu na rzeczywiste bądź subiektywne poczucie zagrożenia, oddziałujące na dobrostan osoby [72,73]. Choć reakcja „walcz lub uciekaj” stanowi naturalny i adaptacyjny mechanizm w obliczu krótkotrwałych wyzwań, jej długotrwałe uruchamianie może prowadzić do istotnych zaburzeń funkcjonowania zdrowia psychicznego [65,72].

Przewlekłe napięcie sprzyja nasileniu objawów lękowych oraz obniżeniu nastroju, charakterystycznemu dla stanów depresyjnych [72,74]. W związku z tym kluczowe stają się strategie radzenia sobie ze stresem, które łączą elementy behawioralne i psychologiczne [70,72].

Jedną z powszechnie stosowanych metod obniżania napięcia emocjonalnego jest joga, której praktyka opiera się na integracji ćwiczeń fizycznych, technik oddechowych oraz elementów medytacyjnych. Wyniki badań wskazują, że regularna praktyka jogi pomaga zmniejszać objawy lęku i depresji, stanowiąc efektywny sposób na kontrolę stresu [72].

Inne czynniki wpływające na jakość życia

Wiek uznawany jest za jeden z głównych, niemodyfikowalnych czynników kształtujących jakość życia, którego poziom wyraźnie spada z upływem czasu [75].

Starzenie się organizmu wywołuje nieodwracalne zmiany w ludzkich układach, sprzyjając rozwojowi schorzeń przewlekłych oraz degeneracyjnych, które gwałtownie obniżają dobrostan w zaawansowanym wieku [75,76].

Statystyki populacyjne wskazują, że po 60 roku życia następuje ostry wzrost przypadków niepełnosprawności, obejmujący aż 40% osób powyżej 90. roku życia [76].

Największy regres HR-QoL, zwłaszcza w sferze fizycznej, przypada na okres po 55-60. roku życia, co jest szczególnie widoczne u pacjentów onkologicznych, kardiologicznych oraz chorych na cukrzycę typu 2 [75,77].

Ciekawym zjawiskiem jest niższa subiektywna ocena jakości życia u chorych w wieku 30-39 lat w porównaniu do grupy 40-49 lat, wynikająca z wysokich aspiracji i frustracji spowodowanej ograniczeniami zdrowotnymi [75].

Wraz ze starzeniem zmieniają się priorytety – dla seniorów najważniejsza staje się mobilność i samoobsługa [78]. Choć wiek kalendarzowy nie wyklucza sukcesu operacyjnego, np. w ortopedii, to wiek biologiczny i kruchość są lepszymi predyktorami wyników leczenia [79].

Badania EQ-5D dowodzą również, że starsi pacjenci surowiej oceniają deficyty zdrowotne, będąc skłonni do poświęcenia lat życia w zamian za uniknięcie inwalidztwa [78].

Płeć stanowi istotny czynnik różnicujący, przy czym badania wskazują, że kobiety częściej deklarują niższy dobrostan zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Bywa ona uznawana za kluczowy czynnik predysponujący do obniżonej jakości życia związanej ze zdrowiem (HR-QoL) [77,80]. Te dysproporcje mogą mieć źródło w czynnikach zewnętrznych, takich jak gorszy dostęp do wczesnej diagnostyki i specjalistycznej terapii. W perspektywie długoterminowej po zakończeniu leczenia, kobiety zmagają się częściej z nasilonymi symptomami depresyjnymi i lękowymi. Zależność HR-QoL w procesie terapeutycznym jest wielowymiarowa – kobiety z jednej strony uzyskują znaczącą poprawę parametrów zdrowotnych po leczeniu, z drugiej jednak częściej zgłaszają powikłania typu uporczywy ból i sztywność [80].

Poziom wykształcenia jest ważnym czynnikiem wpływającym na długoterminowe efekty zdrowotne oraz jakość życia [81].

Wyższe wykształcenie zwykle wiąże się z lepszą sytuacją materialną oraz częstszym podejmowaniem zachowań prozdrowotnych. Z kolei niski poziom edukacji może wyraźnie obniżać jakość życia, co obserwuje się m.in. w populacji dzieci i młodzieży [81,82].

Wpływ edukacji ma często charakter pośredni - jej znaczenie dla oceny własnego zdrowia może być wzmacniane przez dostęp do zasobów społecznych [83].

Sytuacja finansowa ma udokumentowany, korzystny wpływ na zdrowie psychiczne i ogólny dobrostan. Wzrost dochodów wyraźnie poprawia funkcjonowanie osób znajdujących się już wcześniej w trudnej sytuacji ekonomicznej. Z kolei niższy status materialny wiąże się z ograniczonym dostępem do zasobów sprzyjających zdrowiu oraz z mniejszym poczuciem kontroli nad własnym życiem [84]. Choć niektóre badania z okresu pandemii nie wykazały bezpośredniego wpływu dochodów na HR-QoL wśród uczniów, większość danych wskazuje, że wyższy status społeczno-ekonomiczny sprzyja lepszemu dostępowi do opieki zdrowotnej i stabilniejszym warunkom życia [82,83]. Warto też zaznaczyć, że spadek dochodów jest bardziej obciążający psychicznie niż ich wzrost [84].

Otoczenie, w którym funkcjonuje człowiek, znacząco wpływa na jego subiektywne samopoczucie [85]. Pełni funkcję czynnika ochronnego, który osłabia niekorzystny wpływ niskiego statusu materialnego oraz chorób przewlekłych na samopoczucie i jakość życia jednostki [83,85].

Wysoki poziom integracji społecznej, relacji w rodzinie i sąsiedztwie oraz poczucie bezpieczeństwa sprzyjają większej satysfakcji z życia, co jest szczególnie widoczne u osób starszych [85]. Z drugiej strony izolacja, np. wynikająca z ograniczeń zdrowotnych, może prowadzić do wyraźnego pogorszenia dobrostanu i sprawności, zwiększając ryzyko lęku i depresji [85].

Istotną rolę odgrywa także kapitał społeczny - relacje i wsparcie w środowisku lokalnym mogą łagodzić negatywne skutki nierówności ekonomicznych dla jakości życia [83].

WPLYW MASAŻU NA FUNKCJONOWANIE PSYCHOFIZYCZNE CZŁOWIEKA

Oddziaływanie masażu na zdrowie fizyczne

Masaż wpływa na sprawność ruchową głównie dzięki mechanotransdukcji, czyli przekształcanie bodźców mechanicznych w reakcje biologiczne w tkankach miękkich. [86] Najbardziej wyraźnym efektem jest poprawa elastyczności mięśni oraz zwiększenie zakresu ruchu w stawach (ROM – *Range of Motion*), co bezpośrednio przekłada się na większą swobodę i płynność poruszania się [86,87]. Dzieje się tak między innymi dzięki podniesieniu temperatury mięśni oraz usprawnieniu krążenia krwi, co redukuje napięcie i poprawia właściwości sprężyste tkanek [86].

W odniesieniu do motoryki ogólnej masaż wspiera funkcjonowanie kończyn dolnych, co objawia się lepszą stabilnością oraz efektywniejszym chodem. Istotne jest również działanie masażu na układ nerwowy i sensoryczny. Poprawia on kontrolę ruchu oraz propriocepcję, czyli czucie głębokie [43].

Dzięki regulacji pobudliwości nerwowo-mięśniowej i zmniejszeniu nadmiernego napięcia mięśniowego ruchy stają się bardziej precyzyjne i skoordynowane [86]. Dodatkowo, redukcja bólu i zmęczenia psychofizycznego sprzyja podejmowaniu dłuższego i bardziej komfortowego wysiłku fizycznego [87].

Masaż powszechnie stosowany jest jako metoda wspierająca łagodzenie bólu, oddziałując manualnie na tkanki, takie jak skóra, powięź, mięśnie czy ścięgna [88]. Choć jakość dowodów naukowych bywa zróżnicowana, metaanalizy pokazują, że może on skutecznie redukować ostry ból po wysiłku oraz dolegliwości towarzyszące różnym schorzeniom, stanowiąc sensowne uzupełnienie standardowego leczenia [88,89]. Jego działanie przeciwbólowe tłumaczy się głównie mechanizmami neurofizjologicznymi – stymulacja mechanoreceptorów przez dotyk wpływa na przewodzenie bodźców bólowych zgodnie z teorią bramki kontrolnej [89,90].

Dodatkowo masaż sprzyja wydzielaniu oksytocyny oraz naturalnych substancji o działaniu przeciwbólowym [89].

W sporcie masaż oraz techniki terapii automasażu zwiększają tolerancję na ból i ucisk, co ułatwia kontynuowanie aktywności mimo obecności punktów spustowych – MTrP (*Myofascial Trigger Point*), czy opóźnionej bolesności mięśniowej - DOMS (*Delayed Onset Muscle Soreness*) [89,90].

Z fizjologicznego punktu widzenia mechaniczne oddziaływanie na tkanki usprawnia krążenie, co przyspiesza usuwanie produktów przemiany materii oraz mediatorów stanu zapalnego i bólu, takich jak IL-6 (interleukina 6) czy bradykinina [90,91].

Jednocześnie te zabiegi ograniczają reakcje zapalne i stres komórkowy, co przekłada się na zmniejszenie dyskomfortu po intensywnym wysiłku. [90]

Masaż wpływa na poziom energii i pomaga ograniczyć zmęczenie dzięki temu, jak oddziałuje na organizm fizjologicznie, jak i funkcjonalnie. W efekcie poprawia ogólną witalność. Kluczowe ma tu usprawnienie krążenia krwi i limfy, co sprzyja usuwaniu produktów przemiany materii powstających podczas wysiłku oraz przyspiesza regenerację tkanek [92,93].

Rozluźnienie napiętych mięśni przywraca większą swobodę ruchu, zmniejsza odczuwanie bólu i ułatwia szybszy powrót do pełnej sprawności [92,94].

Oddziaływanie masażu obejmuje również poziom biochemiczny. Poprawia się przepływ płynów w obrębie mięśni, co pomaga redukować obrzęki i korzystnie wpływa na ich właściwości biomechaniczne [92].

Regularne zabiegi mogą dodatkowo wspierać pracę narządów wewnętrznych i układu odpornościowego, co przekłada się na większą wydolność organizmu [94]. W praktyce oznacza to, że masaż nie tylko łagodzi objawy zmęczenia, ale też wspiera funkcjonowanie układu nerwowo-mięśniowego, tworząc warunki do trwałej poprawy witalności [92,93,94].

Masaż to prosta i bezpieczna metoda wspierająca zdrowy sen, która pozytywnie wpływa zarówno na regenerację psychiczną, jak i fizyczną organizmu [30,32]. Jego działanie opiera się przede wszystkim na wprowadzeniu organizmu w stan głębokiego odprężenia, co przekłada się na lepszą jakość snu, jego wydłużenie oraz bardziej efektywny wypoczynek nocny [10,32].

Kluczowym mechanizmem jest tu wyciszenie układu nerwowego oraz redukcja objawów somatycznych stresu, takich jak napięcie mięśni czy przyspieszona akcja serca [10,30].

Dzięki stymulowaniu poprzez dotyk masaż wpływa także na gospodarkę hormonalną - obniża poziom kortyzolu, a jednocześnie sprzyja wytwarzaniu neuroprzekazników wspierających produkcję melatoniny, która zajmuje się regulacją rytmu dobowego [10,30,32].

Regularne korzystanie z masażu może skracać czas zasypiania, ograniczać liczbę nocnych wybudzeń i poprawiać samopoczucie po przebudzeniu [10,32]. Jest to szczególnie pomocne w łagodzeniu objawów bezsenności związanej ze stresem, napięciem czy

chorobami, stanowiąc ważne wsparcie dla ogólnego dobrostanu psychofizycznego [30,32]. Lepsza jakość snu przekłada się również na wzmocnienie odporności oraz sprawniejsze funkcjonowanie w ciągu dnia [10,32].

Masaż a stan psychiczny

Masaż oraz techniki relaksacji mięśni mogą realnie wzmocnić poczucie własnej wartości, szczególnie u osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak stwardnienie rozsiane czy choroby nowotworowe [95,96]. Dzieje się tak m.in. dzięki zwiększeniu poczucia kontroli nad własnym ciałem, poprawie ogólnego samopoczucia oraz ograniczeniu negatywnych myśli. W efekcie łatwiej budować bardziej pozytywny obraz siebie i większą akceptację swojego ciała. Zwiększona motywacja po masażu wynika głównie z poprawy poczucia sprawności i wiary we własne możliwości [95].

Mniejsze zmęczenie oraz redukcja napięcia mięśniowego ułatwiają codzienne funkcjonowanie, co naturalnie sprzyja większej aktywności [97,98].

Stabilizacja pracy autoimmunologicznego układu nerwowego wspiera też samodzielność i zaangażowanie w działania prozdrowotne oraz proces leczenia [95].

Masaż może wspierać funkcje poznawcze, takie jak koncentracja, pamięć czy szybkość przetwarzania informacji [99].

Wpływa na aktywność obszarów mózgu odpowiedzialnych za czujność i skupienie, co może przekładać się na lepsze wykonywanie zadań wymagających uwagi [98].

W kwestii redukcji stresu masaż jest skutecznym narzędziem, także tego związanego z pracą. Obniża on poziom kortyzolu i jednocześnie pobudza układ przywspółczulny, odpowiedzialny za regenerację organizmu [96,97,98,99]. Mechanizm ten wiąże się ze stymulacją mechanoreceptorów, które przekazują sygnały do struktur mózgu regulujących reakcję stresową, co prowadzi do wyciszenia i odprężenia [95,96]. Dzięki temu możliwa jest lepsza regeneracja psychiczna, co przekłada się na większą efektywność i mniejsze ryzyko błędów wynikających z przemęczenia [32, 96,97].

Wpływ na nastrój w wyniku masażu wywołany jest poprzez zmiany neurochemiczne, zwiększając poziom serotoniny i dopaminy, co pomaga łagodzić objawy lęku i depresji [97,98,99].

Jednocześnie zmniejsza poziom substancji P odpowiedzialnej za przewodzenie bólu, w efekcie powodując rosnącą przewagę emocji pozytywnych i ogólne poczucie dobrostanu [100].

Regularne sesje sprzyjają również zastępowaniu negatywnych myśli stanem głębokiego rozluźnienia [95, 99].

Wpływ masażu na niezależność, relacje społeczne i kontakt ze środowiskiem naturalnym

Masaż w wyraźny sposób zwiększa samodzielność człowieka, poprawiając ogólne funkcjonowanie organizmu oraz zdolność do wykonywania codziennych czynności [86,101].

Wspiera proces rehabilitacji i poprawia zakres ruchu, dzięki czemu pomaga utrzymać niezależność w samoobsłudze i organizowaniu własnego otoczenia, co ma szczególne znaczenie u osób starszych i pacjentów po operacjach [86,101].

Oddziaływanie mechaniczne na tkanki zwiększa ich elastyczność, zmniejsza sztywność i ogranicza spastyczność, co bezpośrednio ułatwia odzyskiwanie sprawności kończyn [101,102].

Dodatkowo poprzez stymulację receptorów ucisku i wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, masaż poprawia stabilność postawy i poczucie równowagi, co przekłada się na większą pewność siebie zarówno fizyczną, jak i psychiczną [101].

Zmniejszenie objawów kinezyfobii, czyli lęku przed ruchem, w połączeniu z obniżeniem napięcia mięśniowego i zmęczenia, wzmacnia poczucie kontroli nad własnym ciałem i zwiększa motywację do aktywności [86,101,102].

Co więcej, masaż wykonywany samodzielnie lub w formie wzajemnej opieki stanowi skuteczne narzędzie regulacji napięcia fizycznego i emocjonalnego, wspierając utrzymanie dobrego samopoczucia i niezależności w codziennym życiu [102].

W kwestii kontaktów międzyludzkich masaż wspiera wzmacnianie więzi poprzez budowanie zaufania i poczucia bliskości, szczególnie w relacjach partnerskich [103,104]. Jego działanie wynika m.in. z aktywacji układu przywspółczulnego oraz mechanoreceptorów, co nie tylko niweluje napięcie, co prowadzi do obniżenia napięcia, a jednocześnie sprzyja lepszej komunikacji - zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Dzięki temu łatwiej rozpoznać i odpowiednio reagować na potrzeby drugiej osoby. Dotyk i masaż działają jak potężny regulator układu nerwowego, który obniża poziom stresu i stymuluje wydzielanie oksytocyny, tzw. hormonu miłości. To buduje zaufanie, pogłębia bliskość oraz znacząco poprawia komunikację i empatię w relacjach międzyludzkich [103,105].

W kontekście relacji masaż może pełnić rolę formy wspólnej troski o dobrostan, co przekłada się na większe poczucie bezpieczeństwa, wdzięczności oraz ograniczenie tendencji do emocjonalnego dystansowania się [103].

Dodatkowo masaż wzmacnia poczucie wsparcia społecznego poprzez okazywanie życzliwości - otrzymywana troska naturalnie skłania do jej odwzajemniania, utrwalając pozytywne wzorce relacji [103].

W środowisku pracy, szczególnie tam, gdzie poziom stresu jest wysoki, wpływa to korzystnie na relacje zawodowe i współpracę zespołową, co przekłada się na sprawniejsze funkcjonowanie organizacji [102,106,107].

Na przykład wśród personelu medycznego stosowanie masażu może obniżać stres związany z nadmiarem obowiązków czy napięciami interpersonalnymi, poprawiając jednocześnie jakość komunikacji i opieki nad pacjentem [107].

Jego regularne stosowanie sprzyja budowaniu trwałego wsparcia - zarówno emocjonalnego, jak i zawodowego – co zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego [106].

Poprzez wykonywanie zabiegów masażu realnie można wzmocnić poczucie bezpieczeństwa u pacjentów, którzy doświadczyli traumy, szczególnie gdy opiera się na poszanowaniu ich granic i autonomii cielesnej [108].

Podejście zakładające świadomą zgodę pacjenta ogranicza lęk związany z leczeniem, a jednocześnie wspiera stabilność psychiczną i poczucie własnej wartości [108,109].

Włączenie masażu do kompleksowej opieki zdrowotnej może dodatkowo poprawiać tolerancję na inne, bardziej bolesne procedury terapeutyczne [108].

Ze względu na ograniczoną dostępność coraz większe znaczenie mają urządzenia do masażu, które stanowią prostszą i tańszą alternatywę dla klasycznej fizjoterapii, możliwą do wykorzystania na co dzień. Istotnym ograniczeniem pozostają jednak kwestie finansowe, szczególnie u osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak np. stwardnienie rozsiane, gdzie koszty terapii pokrywane z własnych środków często przekraczają możliwości pacjentów [109,110,111].

Efekty terapeutyczne mogą być wzmacniane przez kontakt z naturalnym środowiskiem. Masaż w naturalnym środowisku to holistyczny zabieg łączący fizyczny dotyk z terapeutyczną mocą natury. Odbywa się w plenerze (np. na łonie natury, plaży) lub w specjalnych eko-strefach. Wykorzystuje wyłącznie naturalne kosmetyki – organiczne oleje bazowe i czyste olejki eteryczne. Redukuje stres i głęboko relaksuje. Obecne w nim jony ujemne wykazują działanie wspierające odporność i sprzyjające obniżeniu ciśnienia tętniczego. Zwiększone dotlenienie, aromaterapia olejkami eterycznymi oraz redukcja stresorów w otoczeniu natury poprawiają krążenie, przyspieszają regenerację tkanek i potęgują produkcję endorfin [109,112].

Przestrzenie łączące naturę i dobrze zaprojektowaną architekturę sprzyjają regeneracji, a wykorzystanie wirtualnej rzeczywistości może umożliwić dostęp do tych korzyści osobom z ograniczoną mobilnością [111,112].

ZAŁOŻENIE I CELE PRACY

Masaż jest jednym z wielu sposobów, aby wznowić lub przywrócić prozdrowotny styl życia, który w znacznym stopniu przywraca człowiekowi jego zdrowie, regeneruje siły psychofizyczne.

W literaturze fachowej podkreśla się szerokie spektrum oddziaływania masażu klasycznego na organizm – relaksację i regenerację w obrębie tkanek miękkich, skutkującą poprawą stanu narządu ruchu, pobudzenie krążenia krwi i limfy, działające dobroczynnie na układ krążeniowo-oddechowy, a także poprawę stanu psychicznego oraz obniżenie poziomu stresu.

Pomimo długiej historii wykorzystania dobroczynnych efektów masażu, sięgającej tysięcy lat przed naszą erą, wciąż brakuje rzetelnych badań naukowych opartych na obiektywnych metodach pomiarowych (EBM ang. *Evidence Based Medicine* – medycyna oparta na dowodach naukowych), bezsprzecznie potwierdzających pozytywny wpływ masażu klasycznego na poszczególne układy i narządy oraz funkcje organizmu człowieka.

Istnieją natomiast liczne doniesienia z „praktyki gabinetu”, stanowiące efekt pracy terapeutów na całym świecie według zasad EBP (ang. *Evidence Based Practice* – praktyka oparta na dowodach naukowych).

Cel pracy

Potwierdzenie znaczącego wpływu masażu na psychofizyczny aspekt jakości życia pacjenta.

Zasadnicze problemy badawcze

1. Czy ankietowani korzystali wcześniej z usług masażu, jeżeli tak to jak często i gdzie?
2. Jaki był najczęstszy powód korzystania badanych z masażu?
3. Jak oceniali respondenci swój stan zdrowia, samopoczucie, sen, wydolność fizyczną po masażach?
4. Czy ankietowani poleciłiby regularne korzystanie z usług masażu?
5. Jaki poziom jakości życia prezentowali badani?
6. W jakim wskaźniku jakości życia respondenci uzyskali najwyższe wartości?
7. Jaki poziom zadowolenia z życia prezentują ankietowani?
8. Czy istnieje zależność pomiędzy stwierdzeniem przez badanych pozytywnego wpływu masażu na organizm a ich jakością z życia?

9. Czy istnieje zależność pomiędzy stwierdzeniem przez ankietowanych pozytywnego wpływu masażu na organizm a ich satysfakcją z życia?

Hipotezy badawcze

1. Ankietowani korzystali już sporadycznie wcześniej z usług masażu, głównie w przychodni rehabilitacyjnej.
2. Najczęstszy powód korzystania badanych z masażu był ból kręgosłupa.
3. Respondenci swój stan zdrowia, samopoczucie, sen, wydolność fizyczną po masażach oceniali jako bardzo dobrą.
4. Ankietowani poleciłiby regularne korzystanie z usług masażu.
5. Badani prezentowali przeciętny poziom jakości życia.
6. Respondenci najwyższe wartości jakości życia uzyskali w zakresie funkcjonowania fizycznego i społecznego, a najniższe w zakresie dolegliwości bólowych i ogólnego poczucia zdrowia.
7. Ankietowani to osoby raczej zadowolone ze swojego życia.
8. Badani którzy stwierdzili pozytywny wpływ masażu na organizm prezentowali także wyższy poziom jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego.
9. Ankietowani którzy stwierdzili pozytywny wpływ masażu na organizm odczuwali także wyższą satysfakcję z życia.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej APK.002.434.2025. Badaniem objęto 200. osób będących w trakcie korzystania z masażu leczniczego.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety online za pośrednictwem formularza Google (Google Forms).

Kwestionariusz był udostępniony uczestnikom poprzez media społecznościowe, grupy tematyczne oraz kontakt mailowy.

Zebrane informacje zostały uogólnione i wykorzystane wyłącznie w celach badawczych z zachowaniem poufności, zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz.1000).

Wzięcie udziału w badaniu ankietowym było równoznaczne z wypełnieniem ankiety. Respondenci mieli prawo zrezygnować z udziału w badaniu, bez podawania przyczyny, na każdym jego etapie.

Opis narzędzi badawczych

Autorski kwestionariusz ankiety

Autorski kwestionariusz ankiety, który został użyty w przeprowadzonych badaniach, składał się z 26 pytań.

Kwestionariusz SF-36 (*Short Form Health Survey*)

Należy do metod samooceny i służy do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się z 36 pytań w 11 kategoriach pozwalających wyróżnić 8 aspektów jakości życia, takich jak:

- funkcjonowanie fizyczne (ang. *physical functioning*, PF) – zawierające 10 pozycji,
- ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (ang. *role physical*, RP) – 4 pozycje,
- dolegliwości bólowe (ang. *bodily pain*, BP) – 2 pozycje,
- ogólne poczucie zdrowia (ang. *general health*, GH) – 5 pozycji,
- witalność (ang. *Vitality*, VT) – 4 pozycje,
- funkcjonowanie społeczne (ang. *social functioning*, SF) – 2 pozycje,

- ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (ang. *role emotional*, RE) – 3 pozycje,
- poczucie zdrowia psychicznego (ang. *mental health*, MH) – 5 pozycji.

Sposób odpowiedzi na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany, począwszy od dychotomicznego (tak/nie), aż skalę Likerta po 3., 5. i 6. stopniową. Kategorie połączone są w dwie

dwie zbiorcze domeny:

- zdrowia fizycznego PHS (ang. *Physical Health Summary*) - średnia PF, RP, BP i GH - maksymalna liczba punktów: 103;
- zdrowia psychicznego MHS (ang. *Mental Health Summary*) – średnia z skal VT, SF, RE i MH - maksymalna liczba punktów: 68.

Po przeliczeniu, według określonych zasad, punktów ze wszystkich 8 kategorii uzyskuje się wynik w postaci 100-punktowej skali od 0 do 100, gdzie wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia [48,113].

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS -*The Satisfaction with Life Scale*)

Skala zawiera pięć stwierdzeń. Badany oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie: 1 - oznaczało - zupełnie nie zgadzam się, 2 - nie zgadzam się, 3 - raczej nie zgadzam się, 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam, 5 - raczej zgadzam się, 6 - zgadzam się oraz 7 - całkowicie zgadzam się.

Uzyskane oceny podlegają sumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników może mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku stosuje się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie,

- 7-10 stena jako wysokie,
- 5 i 6 stena jako przeciętne [114]

Badanie ankietowe było prowadzone przez okres 5. miesięcy - od 12.12.2025 roku do 12.04.2026 roku. Grupę badanych osób stanowiły osoby, które miały wykonywany masaż leczniczy i otrzymały formularz ankiety poprzez media społecznościowe, grupy tematyczne itp.

Do wykonania analizy wykorzystano program Statistica. W celu zobrazowania wyników użyto statystyki opisowej oraz tabele liczości. Posłużyły one do wykonania tabel przyrównujących do siebie np. wiek i miejsce zamieszkania czy płeć, uzupełniając to informacjami o średniej arytmetycznej, minimum i maksimum, a także odchyleniu standardowym.

W wyniku analizy wykorzystano dane do powstania histogramu, tabel ze zgromadzonymi wynikami oraz wykresów kołowych pokazujący procentowy rozkład poszczególnych odpowiedzi na dane pytania z ankiety.

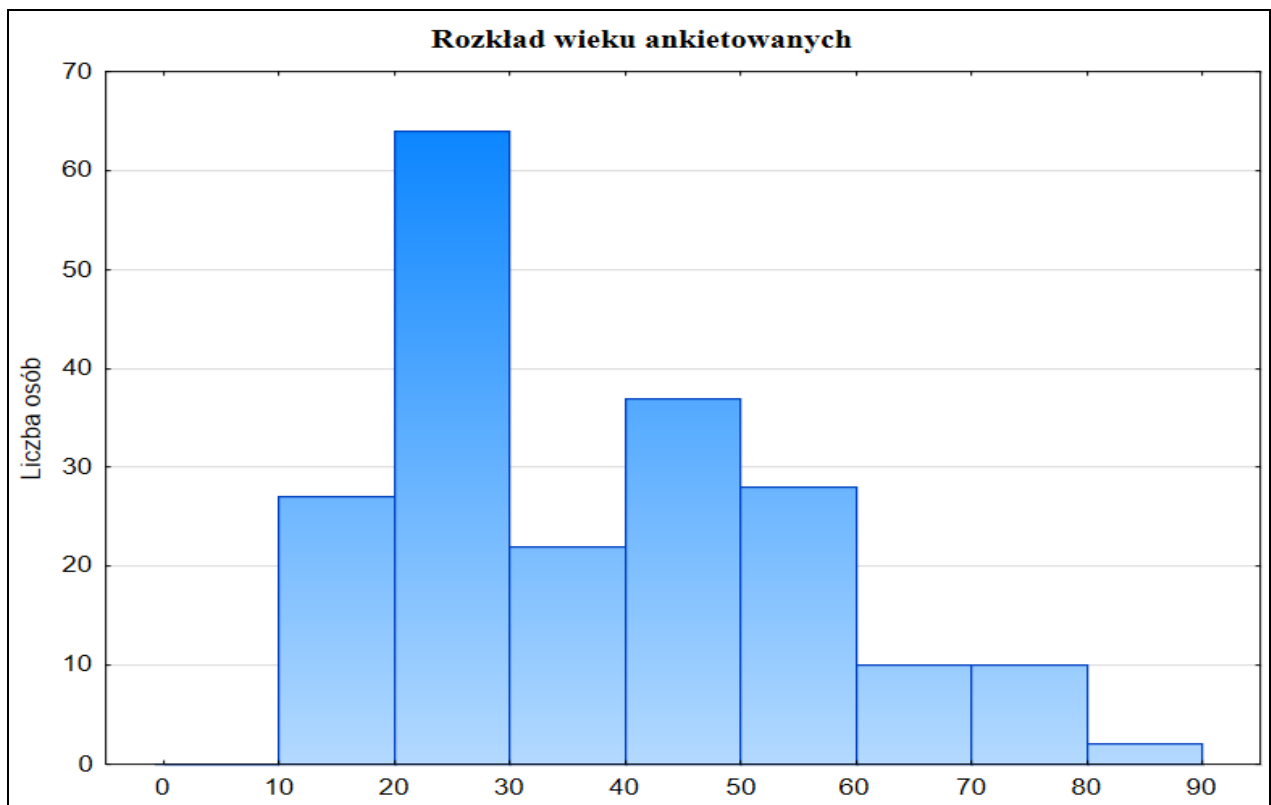
Charakterystyka grupy badanej

W badaniu ankietowym wzięło udział 200 osób, w tym 139 kobiet (69,5%). Mężczyzn było o połowę mniej niż kobiet, bo 61 (30,5%). Najmłodsza osoba płci żeńskiej miała lat 16 i najstarsza 83 lata. Średni wiek kobiet wyniósł 36,5. Rozkład lat u mężczyzn jest w przedziale 16-74 lata ze średnią wieku 37,3. Dla obu płci średni wiek wyniósł 36,9 lat. Wyniki obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Przedstawienie procentowego rozkładu płci

Rozkład płci w grupie ankietowanych	Kobieta	Mężczyzna
Liczba	139	61
Procent (%)	69,5	30,5
Min	16	16
Max	83	74
Średnia	36,5	37,3
Ogólny średni wiek	36,9	

Rycina 1 przedstawia wartości wieku ankietowanych. Największą część (82%) stanowiła grupa w przedziale wiekowym 20-60 lat. Kolejne wartości były bardziej rozproszone, bez dominacji innych przedziałów wiekowych, co oznacza to, że rozkład badanych jest zróżnicowany demograficznie.



Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy

Z wyników zawartych w Tabeli 2. wynika, że podział według stanu cywilnego można podzielić na trzy grupy, z czego największą tworzyły pary małżeńskie - 81 osób (40,5%). Najmłodsza osoba z ankiet miała 21 lat, a najstarsza 75 lat. Średnia wieku badanych wynosiła $49,5 \pm 12,2$ lat, co pokazuje na małe zróżnicowanie ankietowanych. Kolejną dużą grupą byli single – 60 osób (30%) i osoby w związku - 48 osób (24%). Wyniki obrazuje Tabela 2.

Jeśli chodzi o posiadanie potomstwa według ankietowanych 112 (56%) nie ma dzieci. Średni wiek osób bezdzietnych to 27 ± 11 lat. Osoby mające dzieci, stanowiły mniejszość i było ich 88 (44%), przy średniej równej $52 \pm 13,4$ lata. Odchylenie standardowe jest niskie, bo u niemających dzieci – 11 i w grupie mających potomstwo - przekłada się to na małe zróżnicowanie badanych. Wyniki obrazuje Tabela 3.

Tabela 2. Przedstawienie wieku ankietowanych i ich stanu cywilnego

Zmienna	Stan cywilny	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. std.
Wiek	Związek	48	28	16	83	13,9
	Singiel	60	26,5	16	62	11,7
	Zamężna/zonaty	81	49,5	21	75	12,1
	Rozwódka/rozwodnik	4	43,5	34	54	10
	Wdowa/wdowiec	7	63,1	32	83	17,2

Tabela 3. Przedstawienie wieku ankietowanych i posiadania przez nich potomstwa

Zmienna	Potomstwo	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. std.
Wiek	Nie	112	27	16	63	11
	Tak	88	51,6	19	83	13,4

Najwięcej osób mieszkało w bloku - 107 osób (53,5%), średnia wieku tak mieszkających wynosiła $36 \pm 16,5$ lat (Tabela 4)

Tabela 4. Przedstawienie wieku ankietowanych i ich warunków mieszkalnych

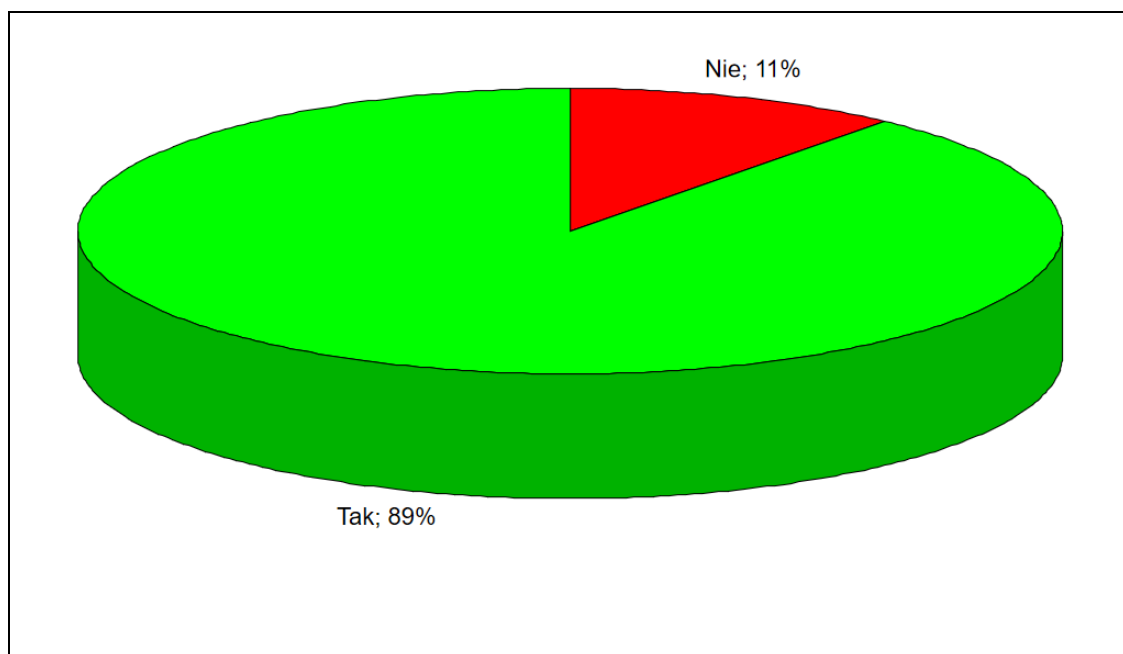
Zmienna	Warunki mieszkalne	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. std.
Wiek	Blok	107	35,7	16	75	16,5
	Dom jednorodzinny	86	41,4	16	83	17,9
	Akademik	1	22	22	22	
	Kawalerka	6	27,2	21	40	7,5

Najmłodsza osoba miała 16 lat i najstarsza 75 lat. Następną większą grupą stanowiły osoby z domem jednorodzinnym - 86 (43%), przy średniej osób $41 \pm 17,9$ lat. Przedział wiekowy jest bardzo szeroki – od 16 do 83 roku życia. Odchylenia tych grup nie różnią się od siebie mocno, bo jedynie o 1, w porównaniu do osób mieszkających w kawalerce – 6 osób - gdzie odchylenie standardowe spadło o 9-10. Wyniki obrazuje Tabela 4.

WYNIKI BADAŃ

W tym rozdziale przedstawiono skumulowane odpowiedzi ankietowanych, opisy zmiennych i wynik analiz statystycznych miały na celu obserwację i ocenę zmian po masażach.

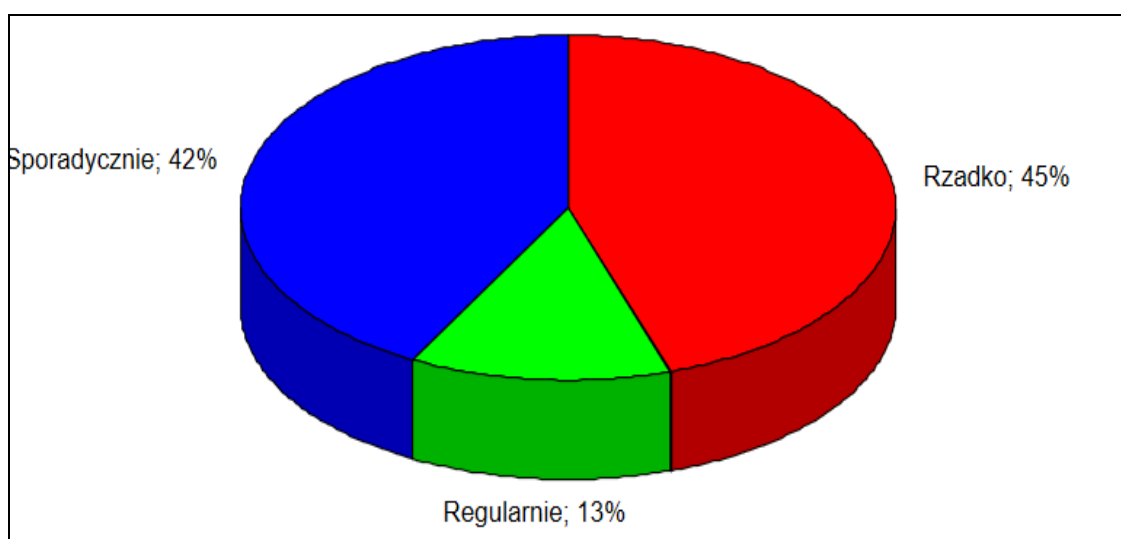
Na kluczowe pytanie czy “Czy korzystałeś/-aś wcześniej z usług masażu? (wykonywane przez np. fizjoterapeutę, technika masażysty, partnera/partnerkę, drugą osobę itp.)” 89%, czyli 178 ankietowanych odpowiedziało, że korzystało, a 11% (22 osoby) nie miało wykonywanego zabiegu masażu.



Rycina 2. Korzystanie z usług masażu u ankietowanych

Rycina 3 obrazuje wyniki odnośnie częstości korzystania z masażu. Okazało się, że respondenci rzadko korzystają z usług masażu - 45% (80 osób) lub sporadyczne – 42% (75 osób). Regularnie użytkujących było tylko 13% (23 osoby).

W kolejnym pytaniu ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Najczęściej podawano trzy odpowiedzi, przy czym najwięcej wypowiedzi dotyczyło korzystania z masażu w prywatnym gabinecie fizjoterapeutycznym, czyli dokładnie 80 osób (24,1%). Kolejne odpowiedzi nadal zbliżone to były usługi wykonywane w domu - 75 osób (22,6%) oraz w przychodni rehabilitacyjnej – 71 osób (21,4%). Wyniki obrazuje Tabela 5.

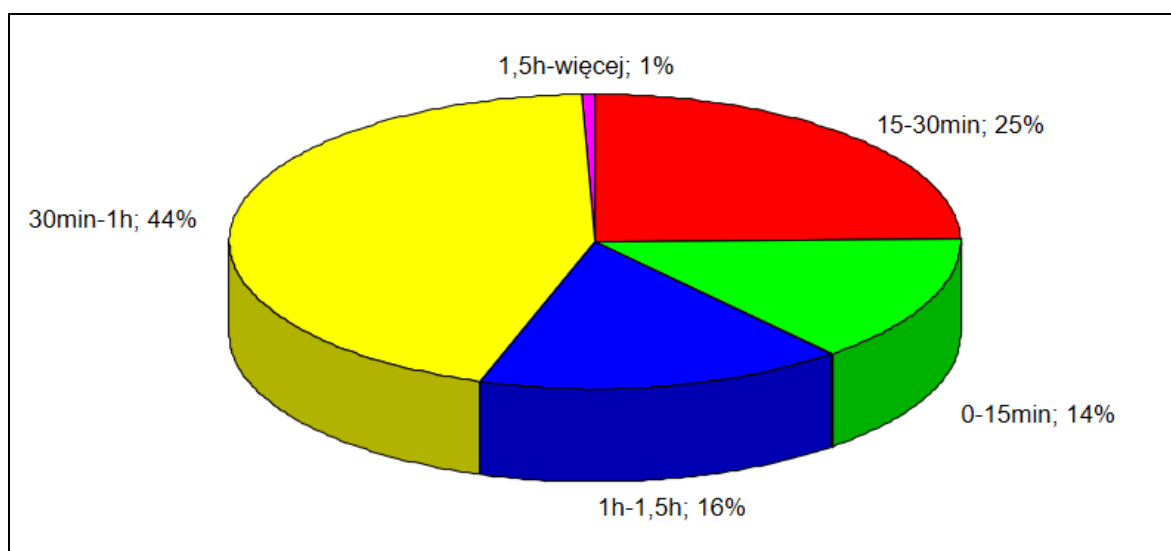


Rycina 3. Rozkład korzystania z masażu

Tabela 5. Miejsce korzystania z masażu

Miejsca masażu	Liczba odpowiedzi	%
Gabinet odnowy biologicznej	34	10,2
Spa	61	18,4
Przychodnia rehabilitacyjna	71	21,4
Prywatny gabinet fizjoterapeutyczny	80	24,1
We własnym domu	75	22,6
Sanatorium	5	1,5
Gabinet/salon masażu	3	0,9
Kurs masażu/technik masażysta/studia	3	0,9

W przypadku oceny czasu spędzania ankietowanych na masażu, okazało się, że najwięcej osób (44% - 79 ankietowanych) wybrało jako przeciętną długość usługi masażu z jakiej skorzystali – 30 min do 1 godziny, a także odpowiedź od 15 do 30 minut – (25% - 44 ankietowanych). Wyniki obrazuje Rycina 4.



Rycina 4. Przegląd czasu ankietowanego na przeciętną długość masażu

W kwestii wskazania osoby, która wykonywała u nich masaż, respondenci mieli opcję wielokrotnego wyboru i najczęściej zaznaczali dwie grupy – fizjoterapeutę ze 110 (61,8%) osób i masażystę z dyplomem – 95 (53,4%) osób. Dużo badanych wskazywało także partner/partnerka - 51 (28,7%) osób lub znajomych/osobę z rodziny – 36 (20,2%) osób. Wyniki obrazuje Tabela 6.

Tabela 6. Osoba wykonująca masaż

	Liczba odpowiedzi	%
Fizjoterapeuta	110	61,8
Masażysta z dyplomem	95	53,4
Kosmetyczka	9	5,1
Znajomy, osoba z rodziny	36	20,2
Partner/partnerka	51	28,7
Nie interesowałem/-am się	16	9

W opcji wielokrotnego wyboru badani mogli także wypowiedzieć odnośnie przyczyn korzystania z masażu. Okazało się, że najczęstszym powodem wybrania masażu był relaks i odprężenie (117 odpowiedzi - 51,5%) i problemy zdrowotne (106 odpowiedzi - 46,7 %). Wyniki obrazuje Tabela 7.

Tabela 7. Przyczyna skorzystania z masażu

	Liczba odpowiedzi	%
Relaks, odprężenie	117	51,5
Problemy zdrowotne/ból	106	46,7
Kurs masażu / nauka	2	0,9
Prezent	1	0,4
Wiek	1	0,4

Istniała także możliwość wielokrotnego wyboru w podaniu rodzaju masażu z jakiego korzystali badani, w tym podawano najczęściej masaż relaksacyjny (107 odpowiedzi - 29,1 %), leczniczy/ rehabilitacyjny (103 odpowiedzi - 28 %) oraz klasyczny (96 odpowiedzi - 26,1 %). Wyniki obrazuje Tabela 8.

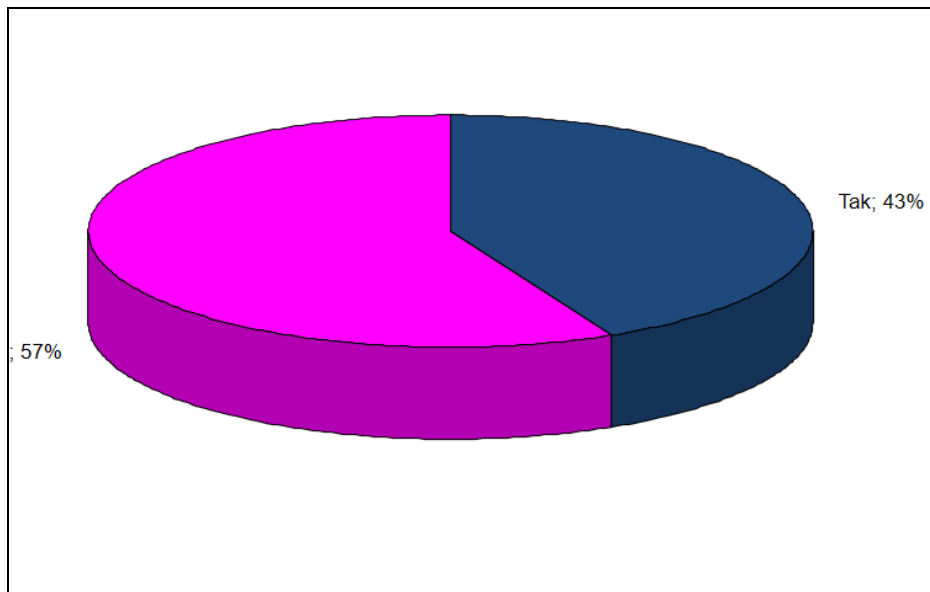
Tabela 8. Wykonane usługi masażu

Rodzaj masażu	Liczba odpowiedzi	%
Klasyczny	96	26,1
Leczniczy/rehabilitacyjny	103	28
Sportowy	14	3,8
Relaksacyjny	107	29,1
Tkanek głębokich	23	6,2
Limfatyczny	23	6,2
Ma-uri	1	0,3
Tajski	1	0,3

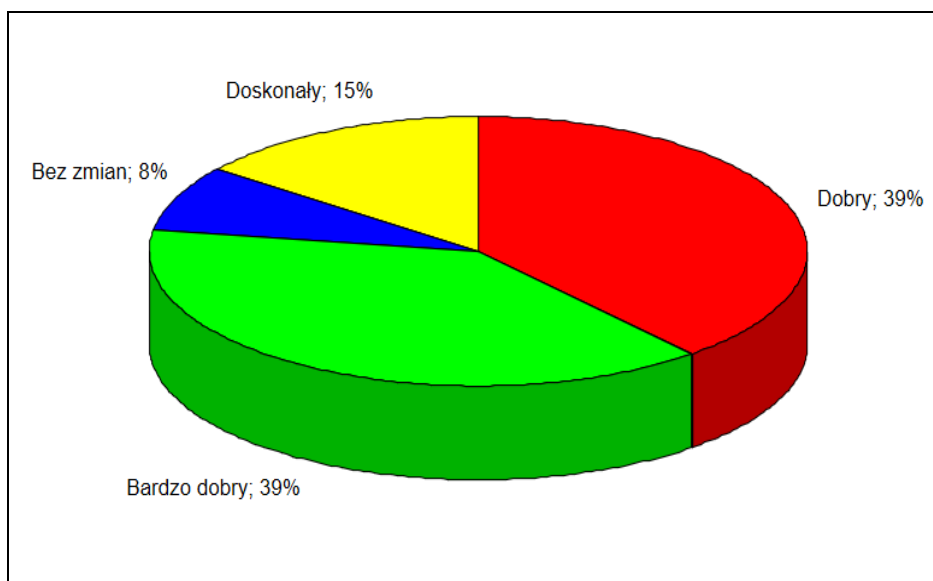
Ankietowanych zapytano o korzystanie z usług fizjoterapeutycznych, takich jak kinezyterapia, zabiegi fizykoterapeutyczne, akupunktura czy kinesiotaping w tym samym okresie co zabiegi masażu, ankietowani odpowiedzieli, że większość z nich, czyli 57% (102 osoby) nie korzystało, a 43% (76 osób) miało okazję skorzystać. Wyniki obrazuje Rycina 5.

W samoocenie swojego stanu zdrowia po zabiegu badani wskazali jako bardzo dobry i dobry – po równo 39% (po 69 osób). Tylko 15% (26 osób) czuło się doskonale,

a 8% (14 osób) uznało, że nie czują zmian po masażu. Wyniki obrazuje Rycina 6.



Rycina 5. Przedstawienie procentowego rozkładu korzystania przez ankietowanych z usług rehabilitacyjnych w tym samym czasie co wykonywane masaże

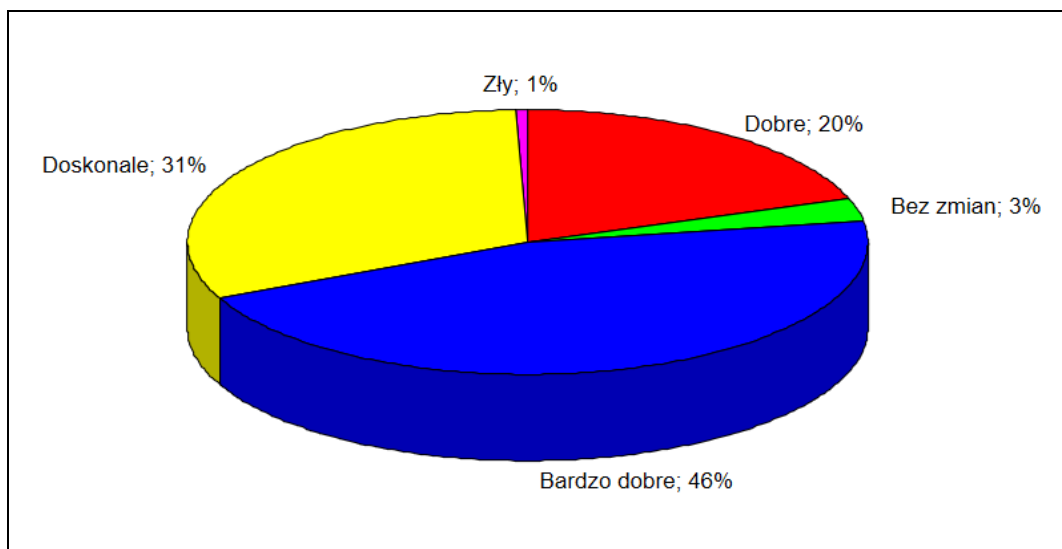


Rycina 6. Stan pacjenta po masażach

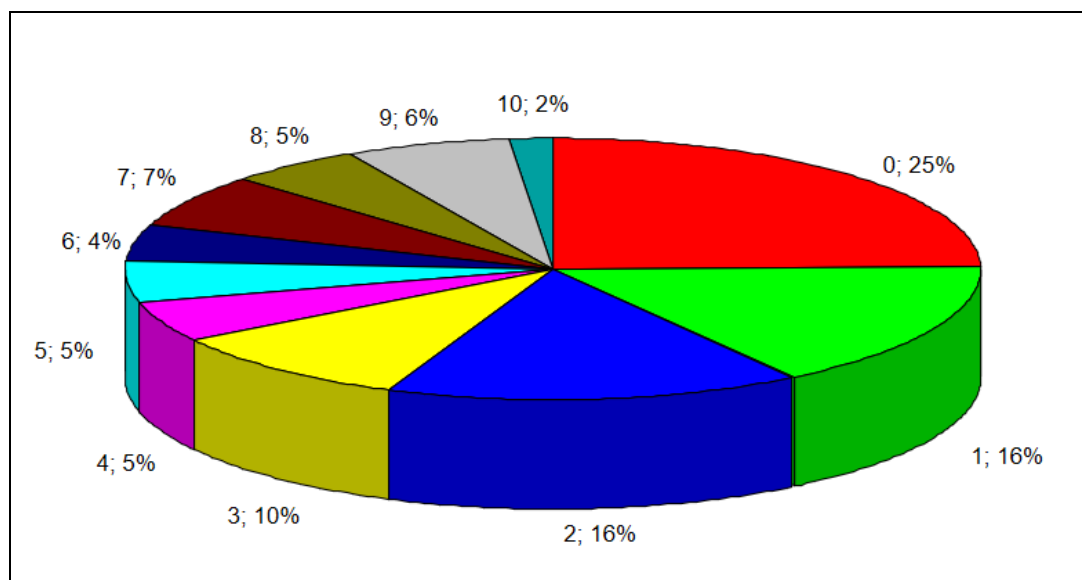
Z kolei samopoczucie po masażach 46% (81 osób) ankietowanych określiła jako bardzo dobre, 31% (56 osób) jako doskonałe i 20% (35 osób) jako dobre. Zmian nie zauważyło 3% osób i 1% uznało, że było złe. Wyniki obrazuje Rycina 7.

W kwestii relaksacyjnego działania masażu odpowiedzi były mocno zróżnicowane, przy czym 67% (117 osób) określiła to na od 0 do 3 pkt. w skali dziesięcio-

stopniowej. Najwięcej reakcji było przy odpowiedzi 0 – 25% (44 osoby), czyli maksymalnie zrelaksowani, kolejne na 1 i 2 – po 16% (po 28 osób), stanowiąc też wskaźnik sporego zrelaksowania, a 33% (61 osób) oceniło odczuwany relaks od 3 do 10 pkt. Wyniki obrazuje Rycina 8.

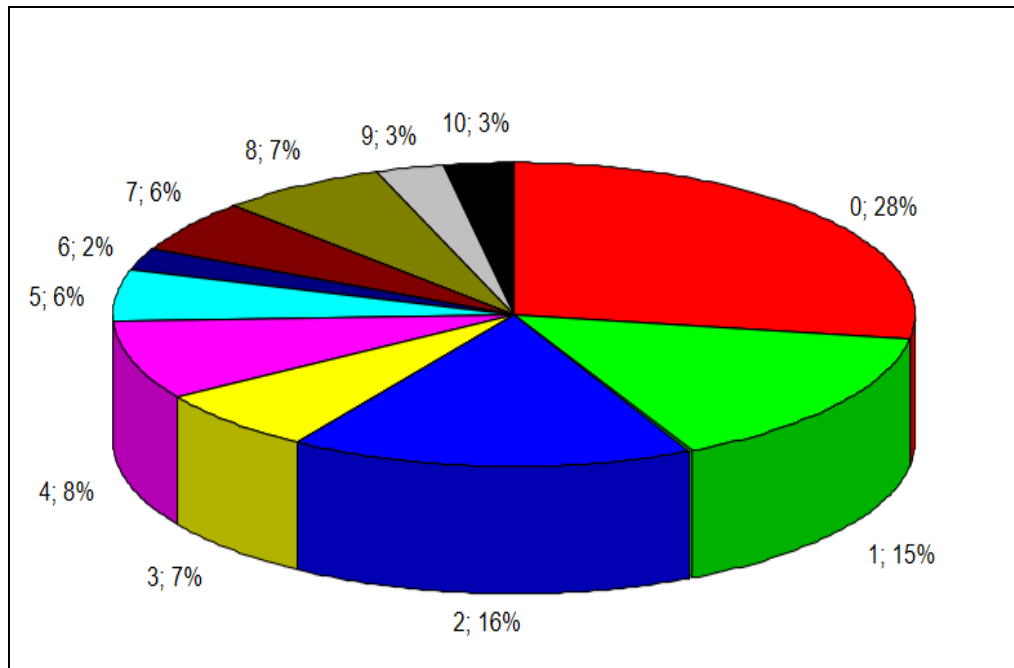


Rycina 7. Samopoczucie ankietowanych po masażach



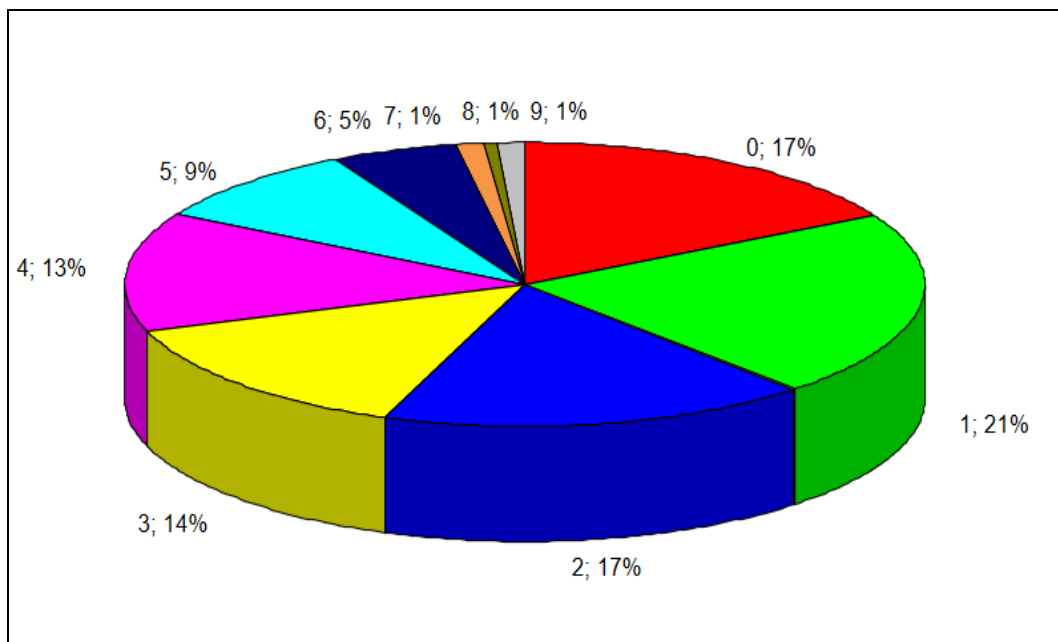
Rycina 8. Poziom relaksu po masażach

W ocenie osiągniętego poziomu satysfakcji z masażu, w skali na 0 - całkowicie usatysfakcjonowany do 10- wcale nie usatysfakcjonowany), 28% (49 osób) odpowiedziało że byli całkowicie usatysfakcjonowani. W skali od 3 do 10 pkt. satysfakcję oceniło 42% (73 osoby). Wyniki obrazuje Rycina 9.



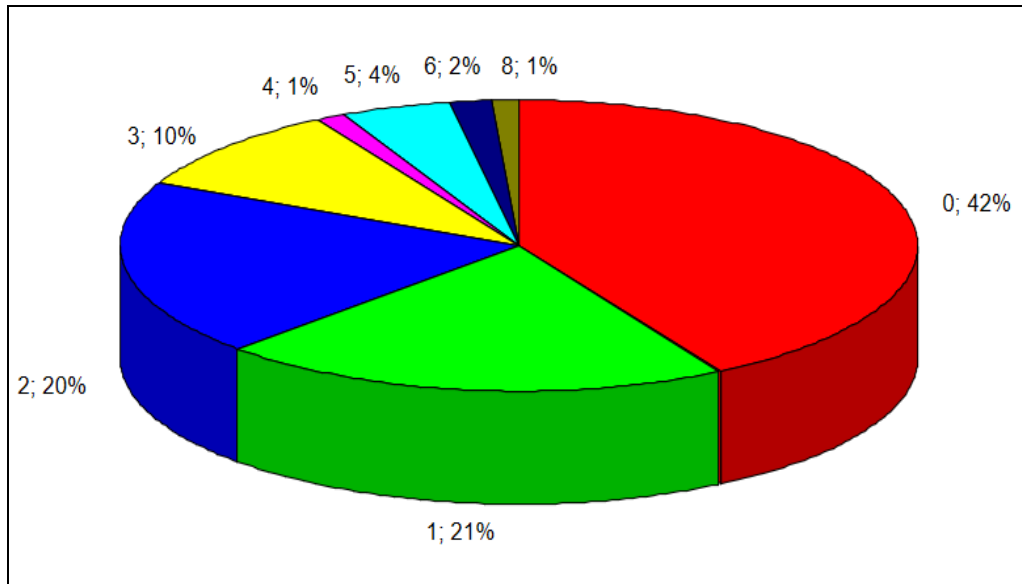
Rycina 9. Poziom satysfakcji po masażach

Ocena poziomu bólu w skali VAS (*Visual Analogue Scale*) u ponad połowy ankietowanych (72%) uplasowała się na poziomie od 0 do 4, przy największej liczbie odpowiedzi na skali 1 – 21% (38 osób) i 0 i 2 - równe po 17% (po 31 osób). Wyniki obrazuje Rycina 10.



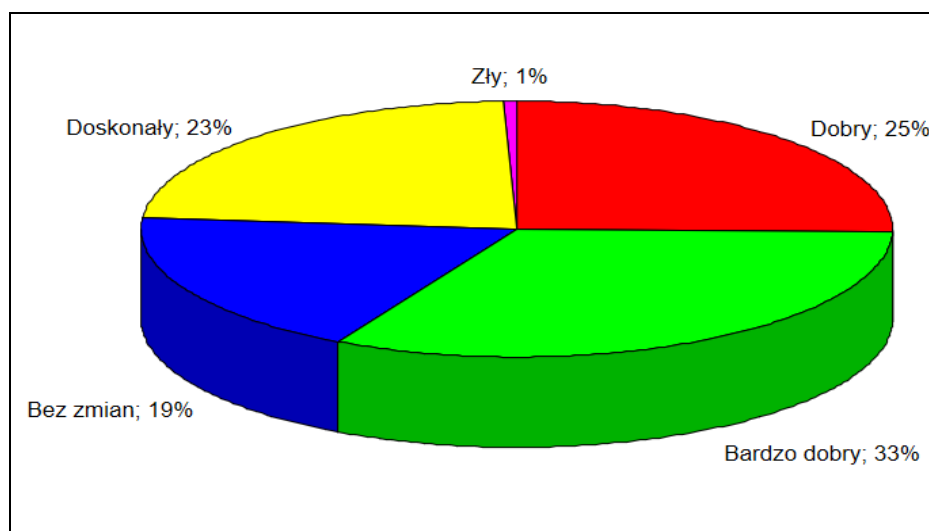
Rycina 10. Poziom bólu po masażach

Poziom stresu po masażach, oceniany w skali 0 - brak stresu do 10 - najgorszy możliwy stres) u większości, bo aż u 83% (146 osób) był na poziomie 0-2, przy najliczniejszej grupie w skali 0 - 42% (74 osoby), 1 –21% (37 osób) oraz 2- 20% (35 osób). Wyniki obrazuje Rycina 11.



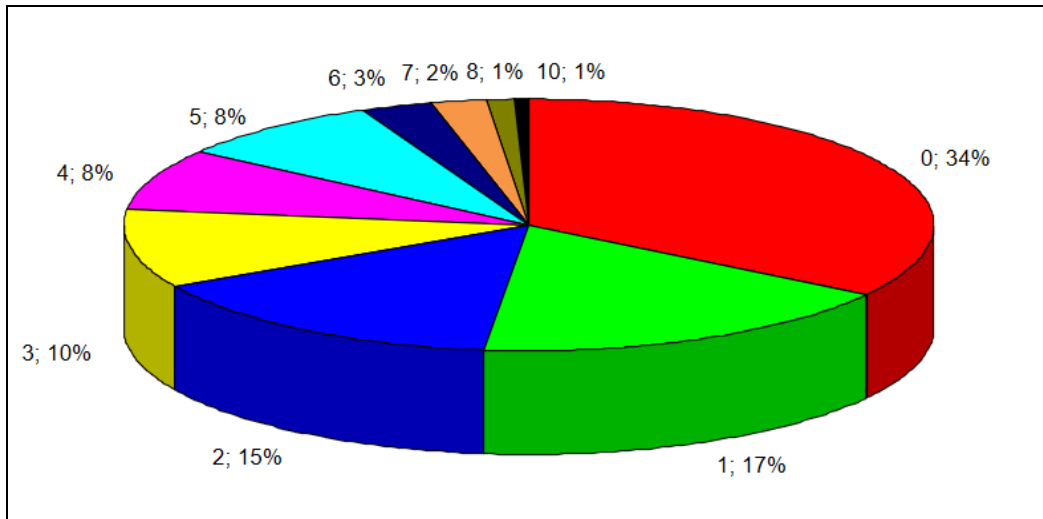
Rycina 11. Przedstawienie poziomu stresu po masażach

Ocena poziomu snu u badanych po masażu wykazała, że jako bardzo dobry oceniało go 33% (58 osób), dobry - 25% (45 osób) i doskonały - 23% (41 osób). Sen nie uległ zmianie w opinii 19% (33 osób), a 1% (1 osoba) stwierdziło że był zły. Wyniki obrazuje Rycina 12.



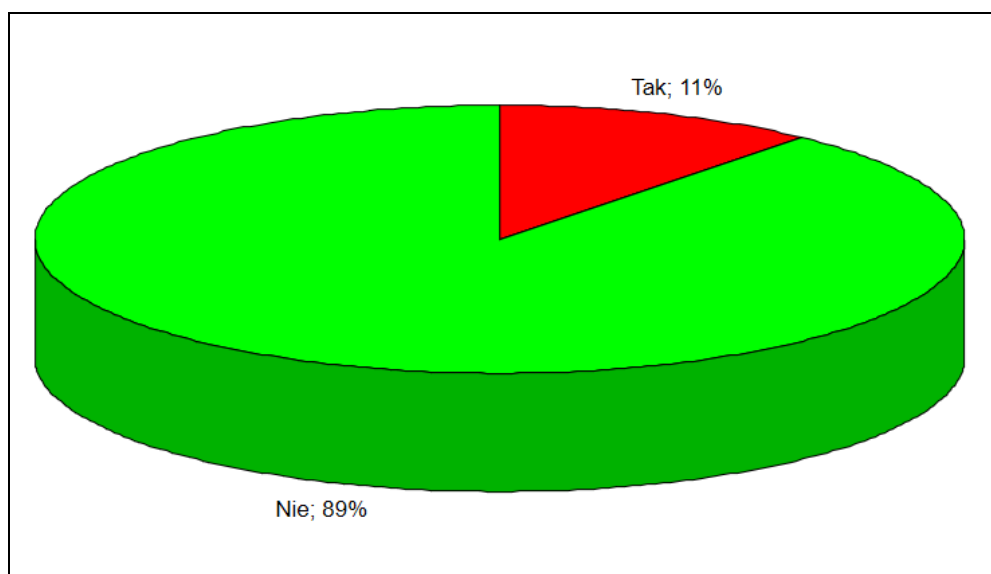
Rycina 12. Przedstawienie oceny snu po masażu

W kwestii oceny wydolności fizycznej po masażach, na poziomie 0 (brak zmęczenia i duszności) odczuwało ją 34% osób (61 osób), na poziomie 1 - 17% (31 osób) oraz na poziomie 2 - 15% (27 osób). Wskazuje to na spory wskaźnik wydolności u ankietowanych po masażach Wyniki obrazuje Rycina 13.



Rycina 13. Przedstawienie oceny wydolności fizycznej po masażach

W przypadku 89% (158 osób) ankietowanych nie pojawiły się żadne objawy niepożądane po masażu. Jednakże 11% (20 osób) zgłosiło ich pojawienie się. Wyniki obrazuje Rycina 14.



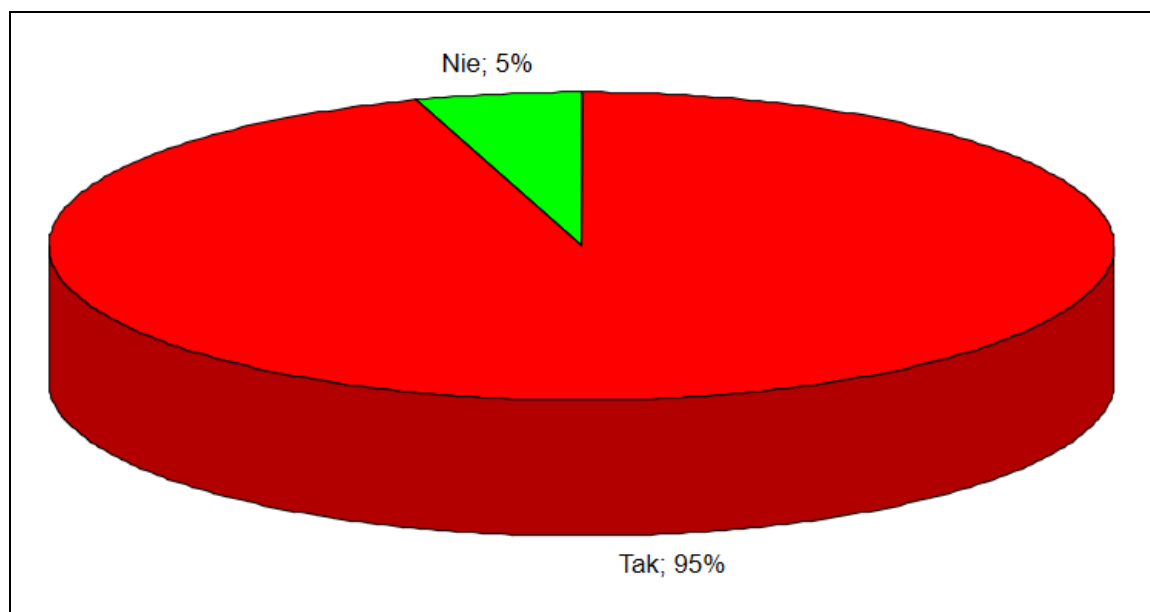
Rycina 14. Przedstawienie obecności niepożądanych efektów masażu

Tabela 9 zawiera zestawienie niepożądanych efektów po masażu. U 7,3% (13 osób) były to zawroty głowy, u 2,8% (5 osób) pojawił się większy ból, a u pojedynczych osób (po 0,6%) pojawiły się także uraz żeber, bóle mięśniowe i stan podgorączkowy.

Tabela 9. Niepożądane efekty masażu

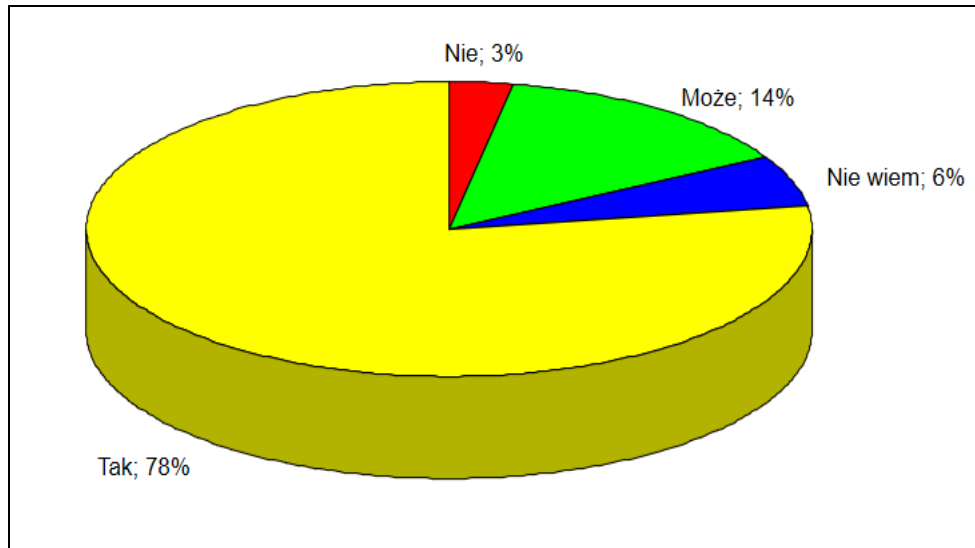
Niepożądane objawy	Liczba odpowiedzi	%
Większy ból	5	2,8
Zawroty głowy	13	7,3
Bóle mięśniowe, stan podgorączkowy	1	0,6
Uraz żeber	1	0,6
Brak omawianych	1	0,6
Nie wystąpiły niepożądane efekty	157	88,2

W opinii 95% (169 osób) masaż spełnił ich oczekiwania, a jedynie 5% (9 osób) twierdziło, że nie okazał się tym na co liczyli. Wyniki obrazuje Rycina 15.



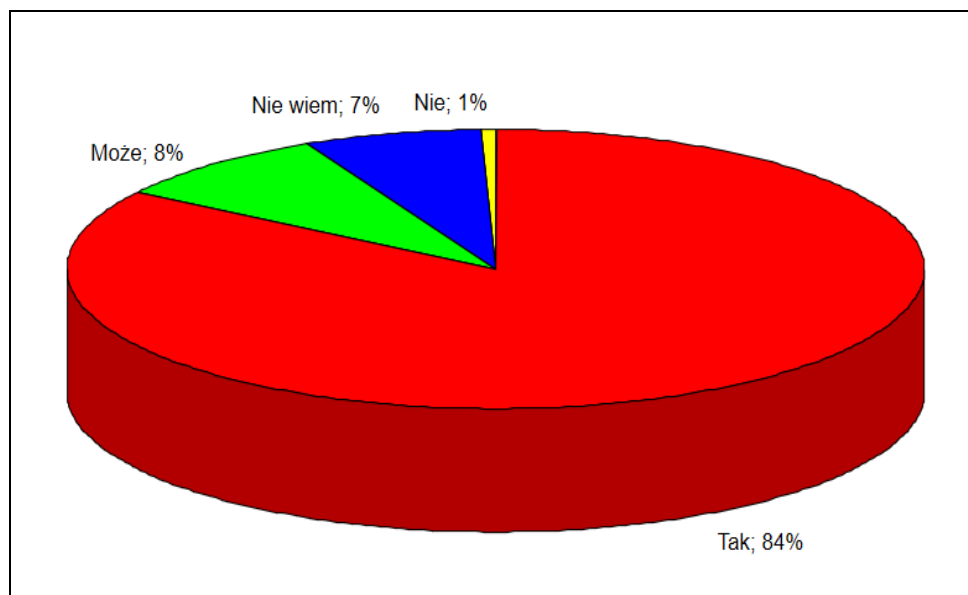
Rycina 15. Przegląd oczekiwań ankietowanych w stosunku do usług masażu

Ponad $\frac{3}{4}$ badanych (78% - 138 osób) wykazało chęć do korzystania z usług masażu w sposób regularny. 20% (35 osób) wyraziło niepewność co do tej możliwości podając odpowiedź „nie wie” lub „może”. W mniejszości znalazła się grupa 3% (5 osób), która nie chciałaby mieć regularnie zabiegów. Wyniki obrazuje Rycina 16.



Rycina 16. Przedstawienie chęci korzystania z masażu regularnie

W kwestii polecenia korzystania z zabiegów masażu - 84% (150 osób) badanych stwierdziło, że zabieg by poleciło innym, a 15% (27 osób) nie była do końca przekonana w tej kwestii. Nie poleciliby innym skorzystania z masażu 1 osoba (1%). Wyniki obrazuje Rycina 17.



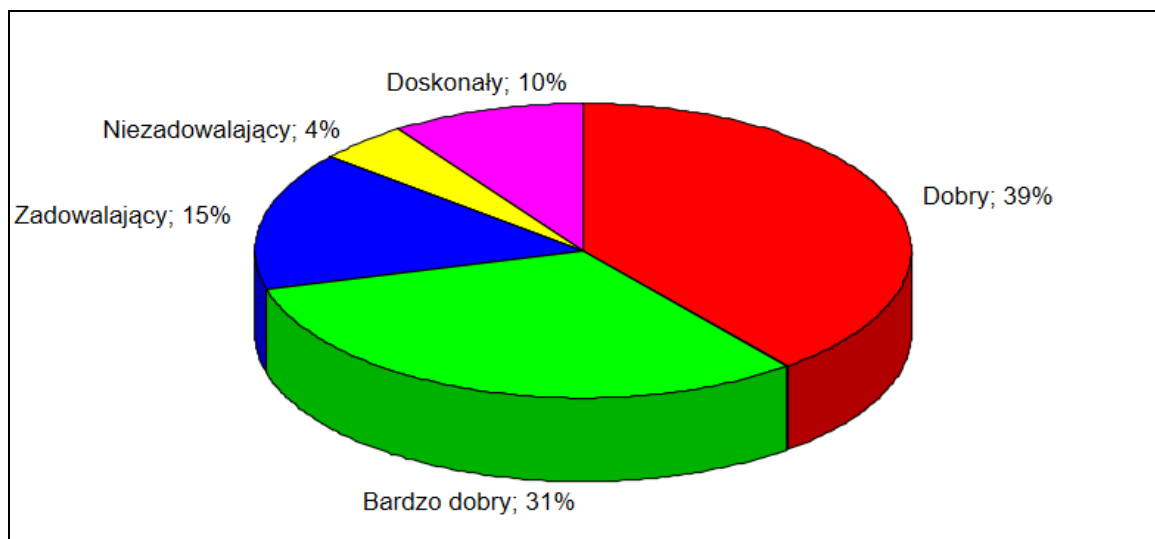
Rycina 17. Ocena polecenia przez ankietowanych usług masażu regularnie

Kolejnym etapem ankiety był składający się z 36 pytań kwestionariusz SF-36.

W pytaniu o to jak wygląda obecny stan zdrowia ankietowanych:

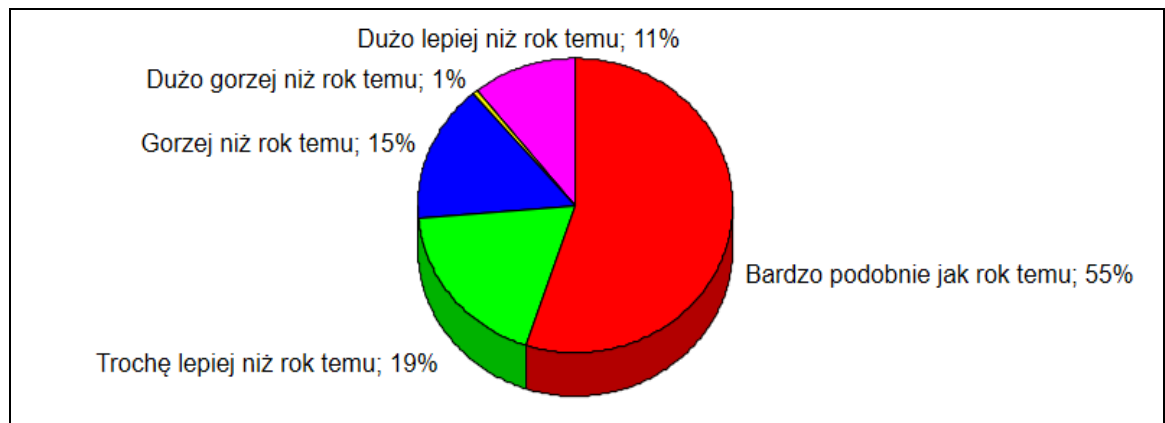
- 39% (70 osób). określiło jako dobry,
- 31% (56 osób). jako bardzo dobry,
- 15% (27 osób). odpowiedziało, że ich stan jest zadowalający,
- 10% (17 osób) że doskonały,
- 4% (8 osób) oceniło jako niezadowalający.

Wyniki obrazuje Rycina 18.



Rycina 18. Przedstawienie stanu zdrowia ankietowanych

W większości, bo 55% (98 osób) ankietowani oceniali swój stan zdrowia bardzo podobnie jak w zeszłym roku, 19% (33 osoby) trochę lepiej i 11% (19 osób). dużo lepiej niż w ubiegłym roku. Gorzej niż rok temu czuło się 15% (27 osób) badanych i 1% (1 osoba). dużo gorzej. Wyniki obrazuje Rycina 19.



Rycina 19. Porównanie stanu zdrowia z analogicznym okresem w ubiegłym roku

Tabela 10. przedstawia odpowiedzi na pytanie z ankiety: “Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeżeli tak, to jak bardzo?”.

W kontekście czynności wymagających energii (bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania), odpowiedzi badanych ukłasyfikowały się następująco:

- u 43% (76 osób) - nie ograniczały wcale funkcjonowania badanych
- u 42% (75 osób) trochę ograniczały,
- u 15% (27 osób) sprawiały duże trudności.

Z kolei czynności o umiarkowanej trudności (przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle lub golfa)

- u 76% (136 osób) nie ograniczało funkcjonowania,
- u 20% (35 osób) trochę sprawiało problem,
- u 4% (7 osób) bardzo ograniczyło.

Dzięki temu porównaniu już można zauważyć różnice, że zmiana czynności wymagających danej energii wpływa na procent u osób ograniczeń.

W przypadku podnoszenia lub dźwigania ciężarów:

- u 74% (131 osób) ankietowanych nie było ograniczeń,
- u 19% (34 osób) sprawiało to trochę trudności,
- u 7% (13 osób) bardzo ograniczało funkcjonowanie.

Pokonywanie kilku pięter schodów:

- u 59% (105 osób) nie sprawiało to problemu,
- u 34% (61 osób) utrudniało trochę,
- u 7% (12 osób) sprawiało duże trudności.

Z kolei pokonywanie jednego piętra schodów:

- u 90% (159 osób) nie powodowało trudnień,
- u 8% (15 osób) sprawiało to trochę problemów,
- u 2% (4 osoby) bardzo przeszkadzało.

Uzyskane wyniki pokazują istotną zmianę w obu przypadkach i ich wpływ na trudności u osób wypełniających ankietę.

Schylanie się lub przyklękanie:

- u 66% (117 osób) nie ograniczało w ogóle funkcjonowania,
- u 26% (47 osób) sprawiało trochę trudnień,
- u 8% (14 osób) ograniczało bardzo.

Spacer dłuższy niż 1km

- 80% (143 osoby) ankietowanych nie miało trudności,
- 12% (21 osób) miało trochę utrudnione spacerowanie,
- 8% (14 osób) nie było w stanie spacerować w wyniku dużych ograniczeń.

Spacer ok. 500m:

- 88% (156 osób) nie miało problemów,
- 9% (17 osób) miało tylko trochę trudność,
- 3% (5 osób) miało spore utrudnienia.

Przy spacerze około 100m:

- 92% (164 osób)- nie miało problemów,
- 7% (12 osób) miało drobne ograniczenia,
- 1% (2 osoby) miało duży problem.

Widać, że 4/5 badanych nie miało problemów jeśli chodzi o spacer z tendencją spadkową wraz z ilością drogi do przejścia.

W kwestii podstawowych czynności takich jak kąpiel czy ubieranie się:

- większość osób, czyli 87% (155 osób) nie sprawiało to trudnień,
- u 12% (21 osób) sprawiało trochę trudności,
- 1% (2 osoby) miało spore problemy z tym.

Wyniki obrazuje Tabela 10.

Tabela 10. Czynności powodujące ograniczenia

Czynności/ Jak bardzo ogranicza ankietowanych	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
---	------------------	------------------	---------------------

Czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania	15%	42%	43%
Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle lub golfa	4%	20%	76%
Podnoszenie lub dźwiganie zakupów	7%	19%	74%
Pokonywanie kilku pięter schodów	7%	34%	59%
Pokonywanie jednego piętra schodów	2%	8%	90%
Schylanie się lub przyklękanie	8%	26%	66%
Spacer dłuższy niż 1 km	8%	12%	80%
Spacer ok. 500m	3%	9%	88%
Spacer ok. 100m	1%	7%	92%
Kąpiel lub ubieranie się	1%	12%	87%

Odnosnie kwestii, czy w ciągu ostatniego miesiąca badani mieli problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikające ze stanu zdrowia, które powodowały konieczność skrócenia czasu pracy lub innych czynności 76% (136 osób) odpowiedziało, że nie miało takich problemów, a 24% (42 osoby) miało istotny problem. Gorsze samopoczucie niż oczekiwano miało 38% (68 osób) ankietowanych, a 62% (110 osób) nie odczuwało tego problemu. Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności dotyczyło 24% (42 osoby), przy czym na 76% (136 osób) nie wpłynęło na to. Przy wystąpieniu utrudnień w wykonywanej pracy lub innych czynności doświadczyło ich 29% (52 osoby), a 71% (126 osób) badanych nie miało tych trudności. Wyniki obrazuje Tabela 11.

Tabela 11. Problemy ze stanem zdrowia wywołujące trudności

Czy w ostatnim miesiącu miałeś/-aś problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:	Tak	Nie
konieczność skrócenia czasu pracy lub innych czynności	24%	76%

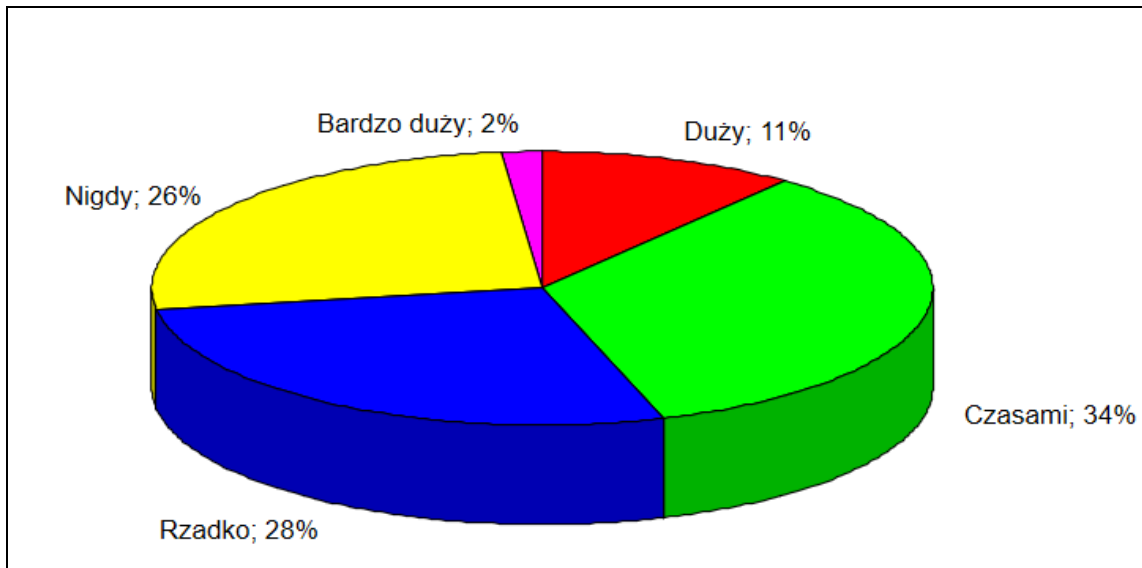
gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)	38%	62%
ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności	24%	76%
wystąpienie utrudnień w wykonywanej pracy lub innych czynności	29%	71%

W wyniku problemów natury emocjonalnej 38% (67 osób) musiało skrócić czas wykonywanej pracy, przy czym 62% (111 osób) nie miało takiej potrzeby. 44% (78 osób) ankietowanych miało mniejsze rezultaty w pracy niż oczekiwaliby, a u 56% (100 osób) nie było takich problemów. Przez trudne sytuacje związane z pracą lub codziennymi czynnościami w wyniku np. zdenerwowania 38% (67 osób) nie mogła wykonywać pracy tak starannie jak zwykle. Natomiast 62% (111 osób) w ciągu ostatniego miesiąca nie miała takich sytuacji. Wyniki obrazuje Tabela 12.

Tabela 12. Problemy z codziennością w wyniku czynników emocjonalnych

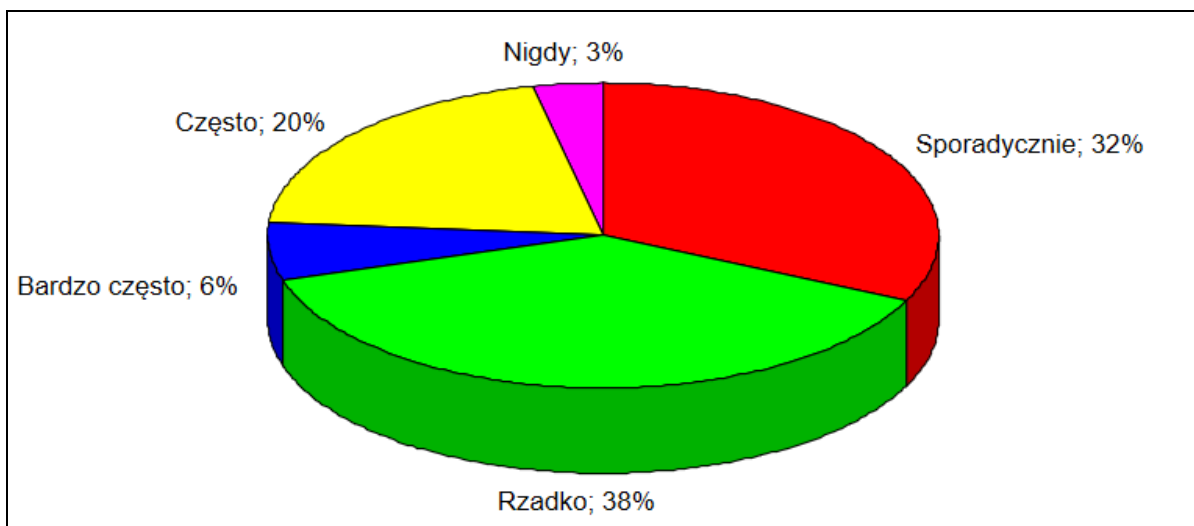
Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś/-aś problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikające z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie):	Tak	Nie
skrócenie czasu wykonywanej pracy lub innej aktywności	38%	62%
osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałbyś(-abyś)	44%	56%
niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle	38%	62%

Ankietowani na pytanie „jaki wpływ miały problemy zdrowotne lub emocjonalne na czynności codzienne i społeczne w trakcie ostatniego miesiąca?” w 34% (61 osób) odpowiedziało, że ma to miejsce czasami, 28% (49 osób), że rzadko, u 26% (46 osób), że nigdy. U 11% (19 osób) był to duży problem, a u 2% (3 osoby) bardzo duży. Wyniki obrazuje Rycina 20.



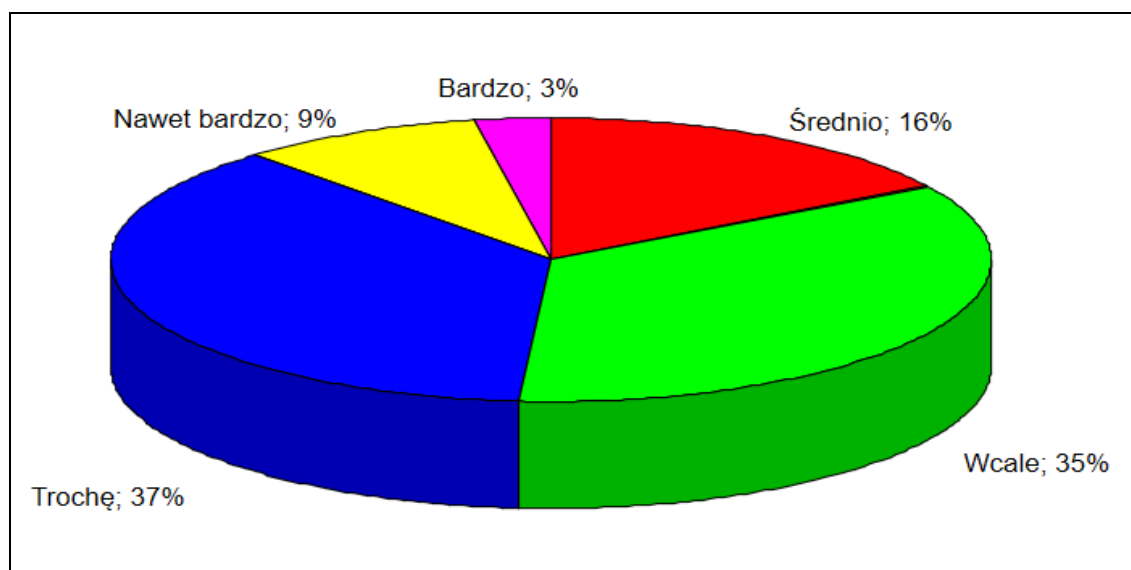
Rycina 20. Wpływu problemów zdrowotnych i psychicznych na funkcjonowanie oraz relacje społeczne

W kwestii odczuwania przez ankietowanych bólu w ciągu ostatniego miesiąca najczęściej badanych stwierdziło, że odczuwa go rzadko – 38% (68 osób), sporadycznie – 32% (57 osób) oraz często - 20% (36 osób). Bardzo często odczuwało ból 6% (11 osób) badanych, a nigdy 3% (6 osób). Wyniki obrazuje Rycina 21.



Rycina 21. Występowanie bólu u ankietowanych

W ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał normalną pracę najczęściej u ankietowanych trochę - 37% (66 osób) i wcale – 35% (62 osoby). Średnio doskwierał u 16% (29 osób), a bardzo 9% (16 osób) oraz bardzo 3% (5 osób). Wyniki obrazuje Rycina 22.



Rycina 22. Częstość występowania bólu i wpływu na funkcjonowanie

Odnosnie poziomu samopoczucia badanych w ciągu ostatniego miesiąca:

- w pełni życia czuło się – 29% (51 osób),
- większość czasu tak czuło się – 28% (50 osób),
- przez długi czas – 19% (33 osoby),
- przez krótki okres czasu 13% (24 osób),
- przez cały czas 8% (15 osób),
- wcale tak się nie czuło 3% (5 osób).

Zdenerwowanych:

- przez długi okres czasu, jakiś czas lub krótki czas zdenerwowanych było po 28% (50 osób) badanych,
- przez większość czasu - 10% (16 osób),
- wcale – 6% (10 osób),
- cały czas 1% (2 osoby).

Zapytani o to, kiedy czuli się nic nie wari:

- najczęściej osób przyznało, że wcale nie miało to miejsca – 33% (59 osób),
- przez mały okres czasu odczuwało tak 30% (53 osób),
- zaś przez jakiś czas – 17% (30 osób),
- przez dłuższy okres czasu czuło się tak 15% (27 osób),
- przez większość czasu 4% (7 osób),
- cały czas 1% (2 osoby).

Uczucie wyciszenia i bycia spokojnym:

- 29% (51 osób) czuło się tak przez dłuższy okres czasu,
- 28% (49 osób) przez jakiś czas,
- 27% (48 osób) przez krótki okres czasu,
- 13% (24 osoby) większość czasu czuło się tak,
- 2% (4 osoby) wcale tak się nie czuło,
- 1% (2 osoby) takie odczucia miało cały czas.

Poczucie pełni energii i witalności:

- przez jakiś czas odczuwało 28% (49 osób) badanych,
- przez dłuższy czas - 23% (41 osób),
- przez krótki okres - 21% (38 osób),
- przez większość czasu 19% (33 osób).
- przez cały czas 7% (12 osób),
- wcale tego nie czuło 3% (5 osób).

Załamany i smutny:

- 34% (61 osób) przez krótki okres czasu,
- 31% (56 osób) przez jakiś czas,
- 15% (27 osób) miało to odczucie przez dłuższy czas,
- 14% (25 osób) nie czuło się tak wcale,
- 4% (8 osób) przez większość czasu,
- 1% (1 osoba) przez cały czas.

Czuło się zmarnowanym:

- 39% (69 osób) przez krótki okres czasu,
- 20% (35 osób) przez jakiś czas,
- 19% (33 osób) przez dłuższy okres czasu,
- 15% (26 osób) - wcale tego uczucia nie miało
- 7% (13 osób) za to czuła się tak przez większość czasu,
- 1% (2 osoby) przez cały czas.

Poczucie bycia szczęśliwym:

- przez dłuższy czasu miało - 33% (58 osób),
- przez większość czasu - 22% (40 osób),
- przez jakiś czas - 20% (35 osób),
- przez krótki czas - 16% (28 osób),

- cały czas- 8% (14 osób),
- nie czuło się tak wcale - 2% (3 osoby).

Zmęczonym:

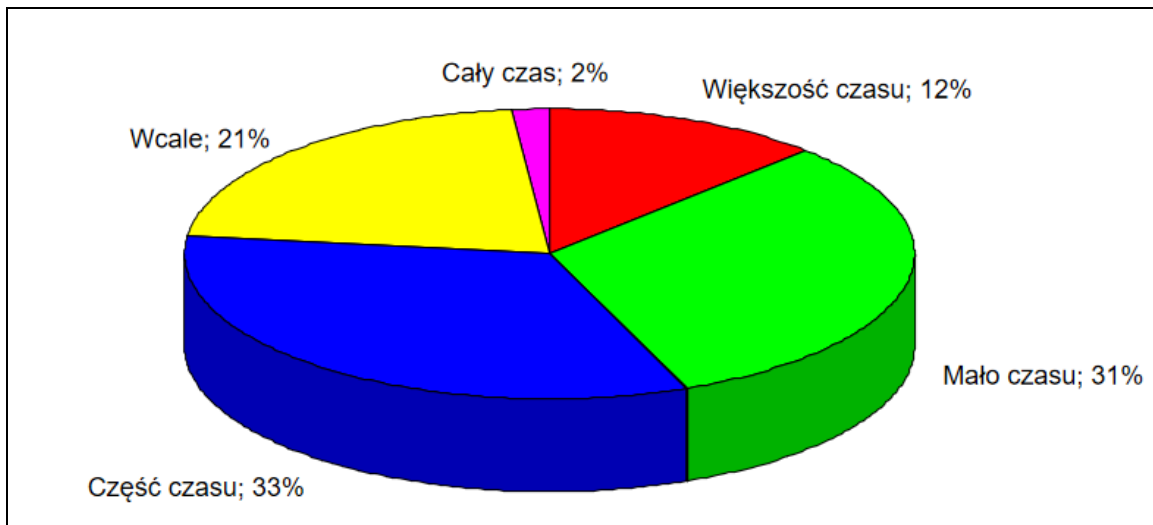
- przez dłuższy czas było 38% (67 osób)
- przez jakiś czas - 28% (49 osób)
- przez większość czasu - 18% (32 osoby),
- przez krótki czas - 11% (19 osób),
- cały czas - 6% (10 osób),
- nie czuło tego wcale - 1% (1 osoba).

Wyniki obrazuje Tabela 13.

W opinii badanych ich zdrowie fizyczne lub stan emocjonalny wpływały na kontakty towarzyskie (spotkania z rodziną i przyjaciółmi) najczęściej (33% - 59 osób) przez część czasu lub przez małą część czasu (31% - 56 osób). Wcale nie wpłynęło u 21% (38 osób), wpływało przez większość czasu u 12% (22 osoby), a cały czas u 2% (3 osoby). Wyniki obrazuje Rycina 23.

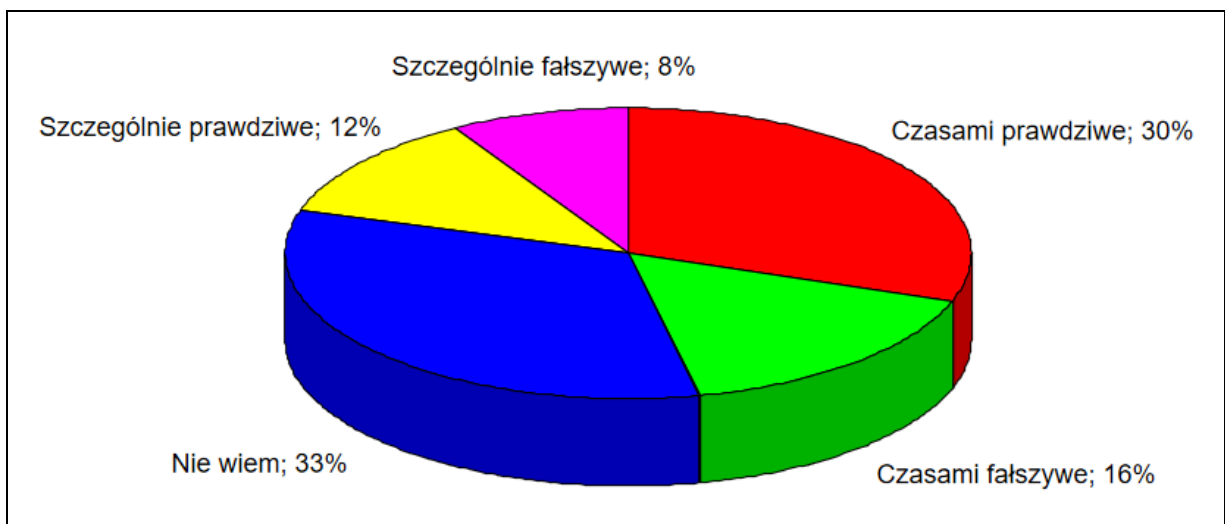
Tabela 13. Przedstawienie elementów samopoczucia i ich wpływu

Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?	Cały czas	Większość czasu	Dużo czasu	Jakiś czas	Mało czasu	Wcale
Byłeś(-aś) pełny(-na) życia	8	28	19	29	13	3
Byłeś(-aś) bardzo zdenerwowany	1	10	28	28	28	6
Czuleś(-aś) się nic nie wart(-a) i nic nie było w stanie cię pocieszyć	1	4	15	17	30	33
Byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)	1	13	29	28	27	2
Byłeś(-aś) pełen (-na) energii	7	19	23	28	21	3
Byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)	1	4	15	31	34	14
Czuleś(-aś) się zmarnowany(-a)	1	7	19	20	39	15
Byłeś(-aś) szczęśliwy(-a)	8	22	33	20	16	2
Byłeś(-aś) zmęczony(-a)	6	18	38	28	11	1



Rycina 23. Wykres zależności między zdrowiem a relacjami społecznymi

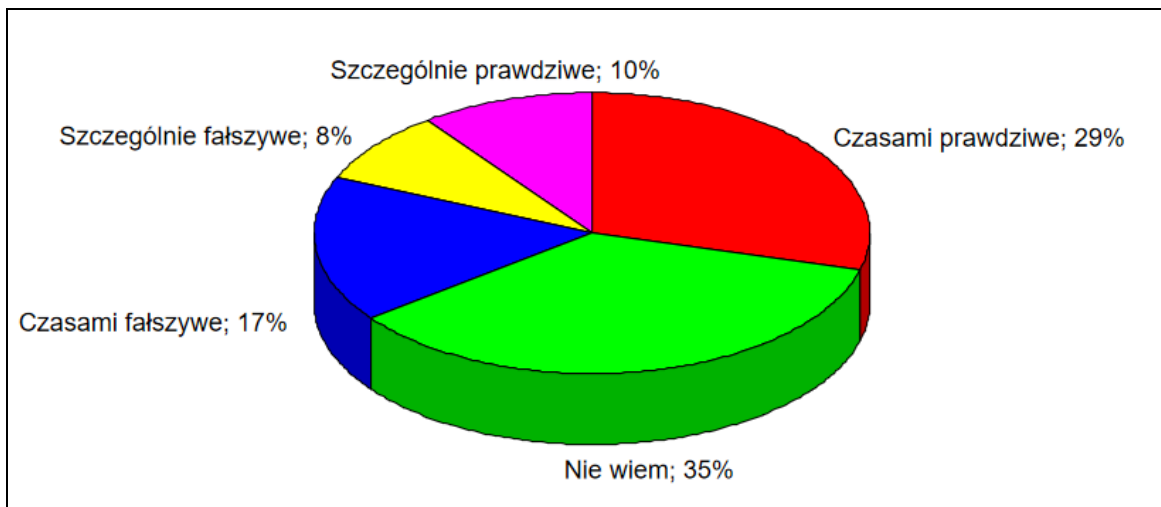
W kolejnym pytaniu badani mieli za zadanie stwierdzić jak prawdziwe lub jak fałszywe są stwierdzenia „uważam, że stan mojego zdrowia jest lepszy niż innych osób które znam” ankietowani za najczęstszą odpowiedź uznali, że nie mają na ten temat pojęcia - 33% (59 osób), następnie że jest to czasami prawdziwe – 30% (54 osoby) badanych, czasami fałszywe- 16% (29 osób), szczególnie prawdziwe - 12% (21 osób), a szczególnie fałszywe - 8% (15 osób). Wyniki obrazuje Rycina 24.



Rycina 24. Przedstawienie prawdziwości stwierdzenia o ankietowanych

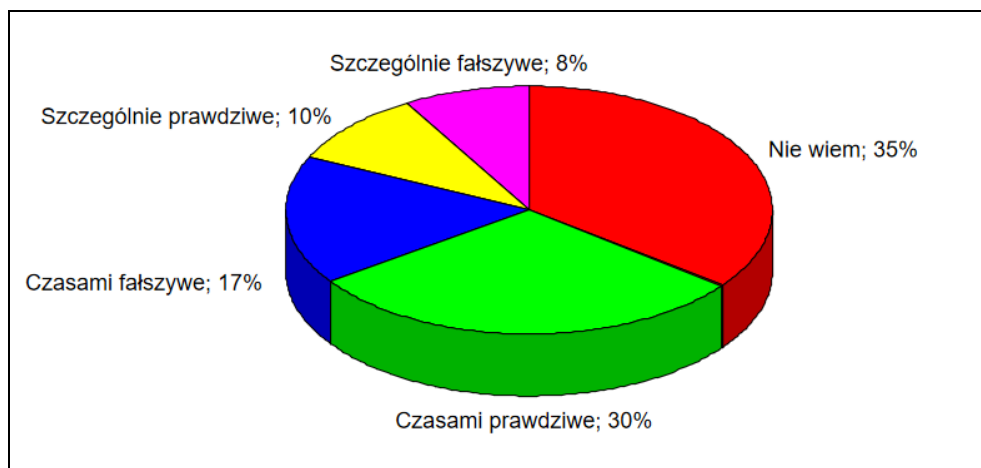
Na stwierdzenie „jestem zdrowszy od innych osób, które znam” - 35% (63 osób) podało odpowiedź nie wiem, 29% (52 osoby) że jest to stwierdzenie czasami prawdziwa

17% (30 osób), że czasami fałszywe. Za szczególnie prawdziwe uznało je 10% (18 osób) badanych, natomiast za w szczególnie fałszywe 8% (15 osób). Wyniki obrazuje Rycina 25.



Rycina 25. Przedstawienie prawdziwości stwierdzenia o ankietowanych

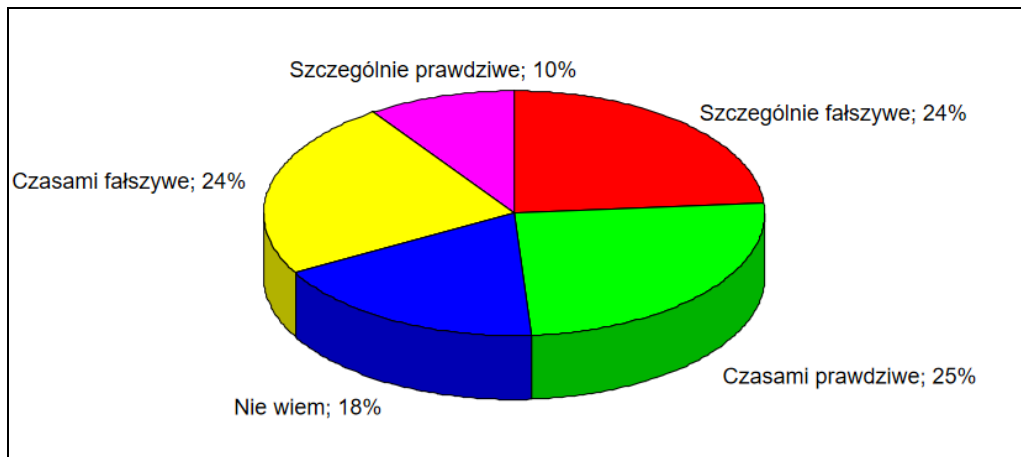
W kwestii „przypuszczam, że stan mojego zdrowia ulegnie pogorszeniu”, 35% (63 osób) odpowiedziało, że nie wiedzą, a 30% (53 osoby) przyznało, że jest to czasami prawdziwe. Za czasami fałszywe uznało to stwierdzenie 17% (30 osób), za szczególnie prawdziwe 10% (17 osób), a za szczególnie fałszywe 8% (15 osób) badanych. Wyniki obrazuje Rycina 26.



Rycina 26. Przedstawienie prawdziwości stwierdzenia o ankietowanych

Odnośnie kwestii, że ich stan zdrowia jest doskonały - najwięcej osób, bo 45 osób uznało, że jest to stwierdzenie prawdziwe – 25%, a następnie że czasami fałszywe i szczególnie fałszywe - po równo 24% (po 42 osoby). Najmniej wskazało odpowiedź nie

wiem – 18% (32 osób) oraz że jest to szczególnie prawdziwe – 10% (17 osób). Wyniki obrazuje rycina 27.



Rycina 27. Przedstawienie prawdziwości stwierdzenia o ankietowanych

Analiza danych zebranych od 179 osób, opracowanych z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 w polskiej adaptacji, wskazuje na wyraźną rozbieżność pomiędzy stanem fizycznym a kondycją psychiczną badanej grupy. Łączny średni indeks jakości życia wyniósł $115 \pm 30,4$ przy maksymalnej 171 punktów, sugerując umiarkowany poziom satysfakcji z życia, ograniczany jednak przez konkretne problemy zdrowotne.

Znacznie lepsze wyniki uzyskano w obszarze fizycznym (średnio $74,9 \pm 21$, pkt) jak i funkcjonowaniu fizycznym (średnio $42,2 \pm 10,5$, pkt) świadczą o zachowanej sprawności ruchowej oraz zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Jednocześnie potencjał ten jest osłabiony przez niską ocenę własnego zdrowia (średnio $12,5 \pm 5,1$, pkt) oraz obecność dolegliwości bólowych (średnio $6 \pm 2,1$, pkt).

Największe jednak trudności dotyczyły sfery psychicznej. Wynik średni na poziomie $40,1 \pm 13,3$, punktów wskazuje na istotny deficyt energii życiowej (średnio $10,7 \pm 4,8$ pkt) oraz zaburzenia równowagi emocjonalnej (średnio $14,8 \pm 4,11$ pkt). W praktyce oznacza to, że badani, mimo dobrej sprawności fizycznej, funkcjonują w stanie wyraźnego zmęczenia i obciążenia psychicznego, co przekłada się na niższą efektywność zawodową oraz ograniczenie aktywności społecznej (średnio $5,2 \pm 1,9$ pkt).

Biorąc pod uwagę także wyniki z zakresu ograniczeń fizycznych (średnio $14,2 \pm 7,6$ pkt) i emocjonalnych (średnio $9,4 \pm 6,5$ pkt), można uznać, że badana populacja cechowała się względnie dobrą kondycją somatyczną, przy jednocześnie potrzebie wsparcia w

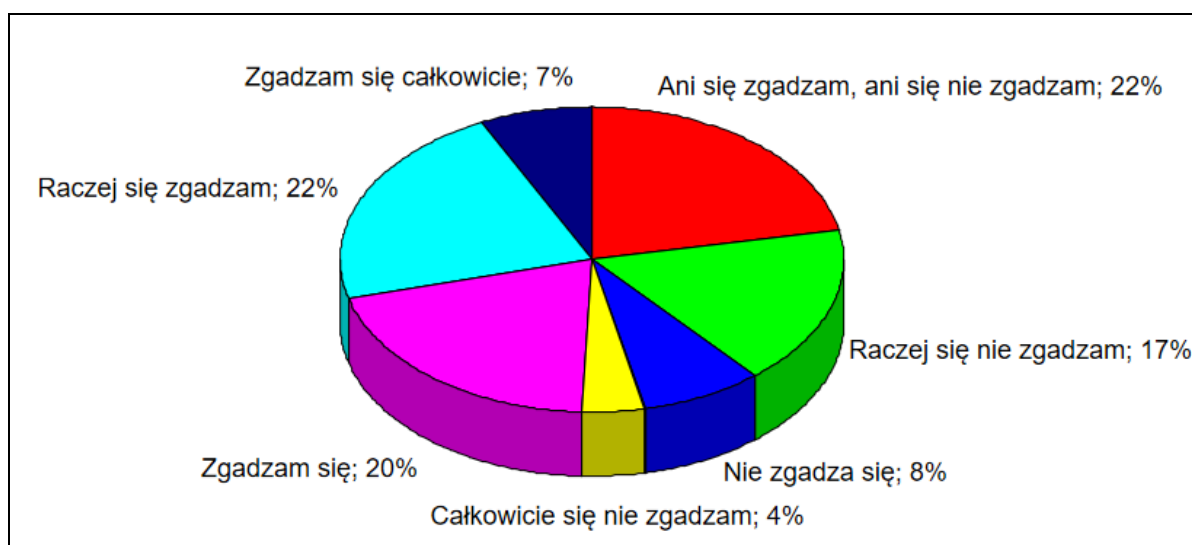
obszarze zdrowia psychicznego, szczególnie w kontekście regeneracji i redukcji napięcia (Tabela 14).

Tabela. 14. Zbiorcza ocena wyników uzyskanych przez badanych w Kwestionariuszu SF-36

Problem	Średnia Punktacja	Maksymal na liczba punktów	Procent
Funkcjonowania fizyczne	42,2±10,5	50	84,4
Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego	14,2±7,6	20	71
Dolegliwości bólowe	6±2,1	9	66,7
Ogólne poczucie zdrowia	12,5±5,1	24	52,1
Witalność	10,7±4,8	20	53,5
Funkcjonowanie społeczne	5,2±1,9	8	65
Ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych	9,4±6,5	15	62,7
Poczucie zdrowia psychicznego	14,8±4,1	25	59,2
Wymiar fizyczny jakości życia			
Wymiar fizyczny jakości życia	74,9 ±21	103	72,7
Wymiar mentalny jakości życia			
Wymiar mentalny jakości życia	40,1±13,3	68	59
Indeks jakości życia			
Indeks jakości życia	115±30,4	171	67,2

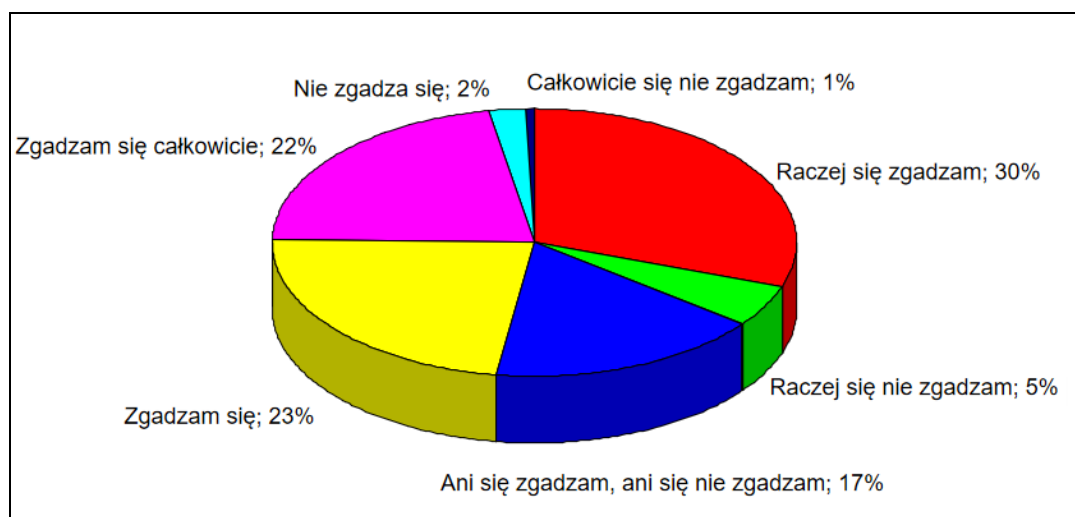
Kolejnym etapem i ostatnim ankiety był kwestionariusz SWLS, czyli Skala Satysfakcji z Życia.

W pytaniu na ile ankietowani oceniają, że ich życie jest bliskie ideału odpowiedzi - raczej się zgadzam oraz ani się zgadzam, ani się nie zgadzam udzieliło po 22% (39 osób) ankietowanych. Zgodziło się z tym 20% (36 osób), a 8% (14 osób) zgodziło się całkowicie. 17% (30 osób) badanych raczej się nie zgodziło z tym zdaniem, 7% (13 osób) nie zgodziło się oraz 4% (7 osób) całkowicie tego nie potwierdzają. Wyniki obrazuje Rycina 28.



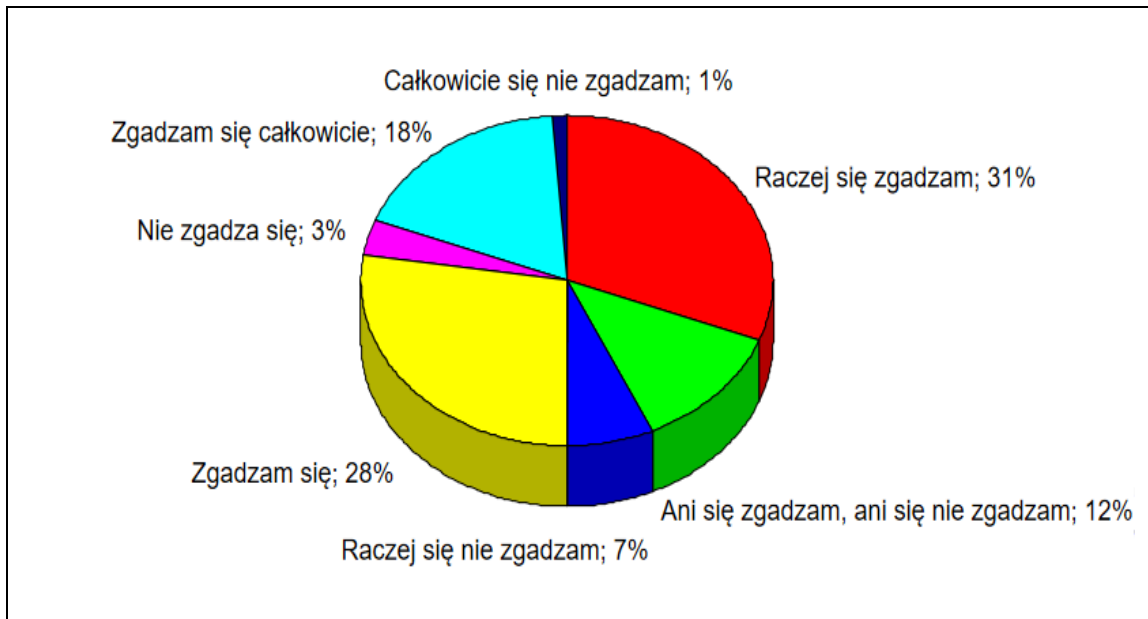
Rycina 28. Przedstawienie stanowiska na temat satysfakcji z życia

Z opinią, że mają doskonałe warunki życia raczej się zgadzało się 30% (54 osób) badanych, zgadzało się - 23% (41 osób), zgadzało się całkowicie - 22% (39 osób) oraz ani się zgadzało, ani się nie zgadzało się 17% (30 osób). Mniejszość odpowiedziała, że raczej się nie zgadza - 5% (9 osób), nie zgadza - 2% (4 osoby) oraz całkowicie się nie zgadza - 1% (1 osoba). Wyniki obrazuje Rycina 29.



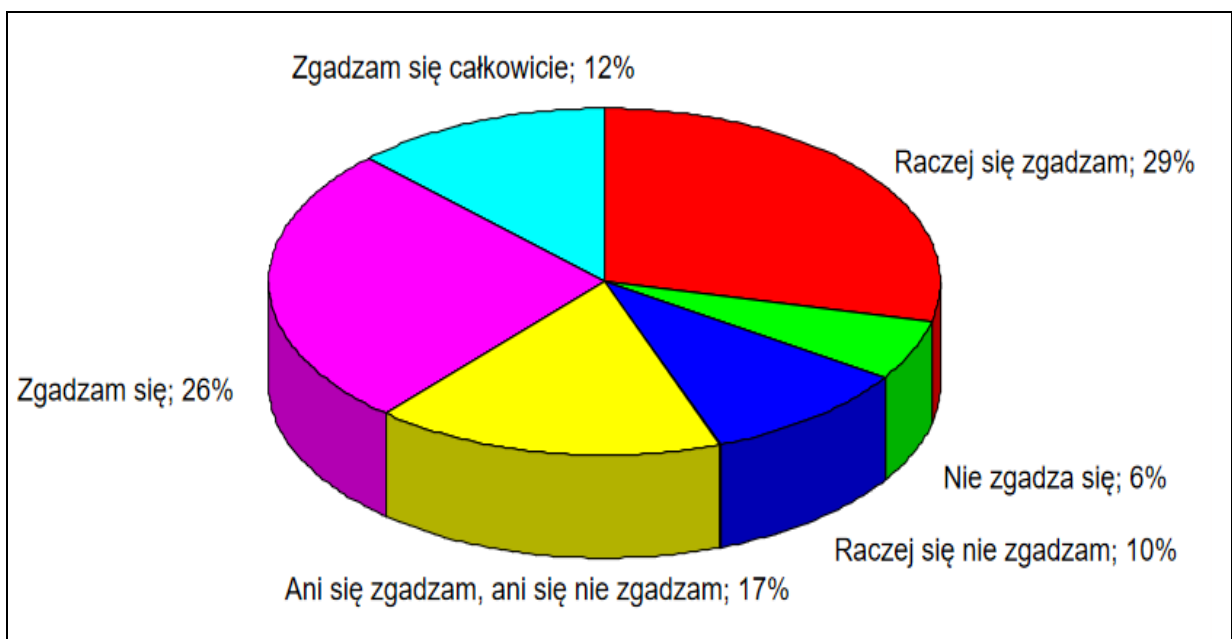
Rycina 29. Przedstawienie stanowiska na temat satysfakcji z życia

Jeśli chodzi o zadowolenie z życia 31% (55 osób) badanych raczej się zgadzało z tym stwierdzeniem, 28% (49 osób) - zgadzało się oraz 18% (32 osoby) zgodziło się całkowicie z tym. Ani się zgadzało się, ani się nie zgadzało się - 12% (22 osób), 7% (12 osób) raczej się nie zgadzało się, 3% (6 osób) zgadzało się i 1% (2 osoby) całkowicie się nie zgadzało. Wyniki obrazuje Rycina 30.



Rycina 30. Przedstawienie stanowiska na temat satysfakcji z życia

W kwestii zrealizowania dotychczas ważnych rzeczy w życiu 29% (51 osób) raczej się zgadzało z tą opinią, 26% (47 osób) zgadzało się, 12% (22 osób) zgadzało się całkowicie, 17% (30 osób) ani się zgadzało, ani się nie zgadzało, 10% (18 osób) raczej się nie zgadzało i 6% (10 osób) nie zgadza się. Wyniki obrazuje Rycina 31.

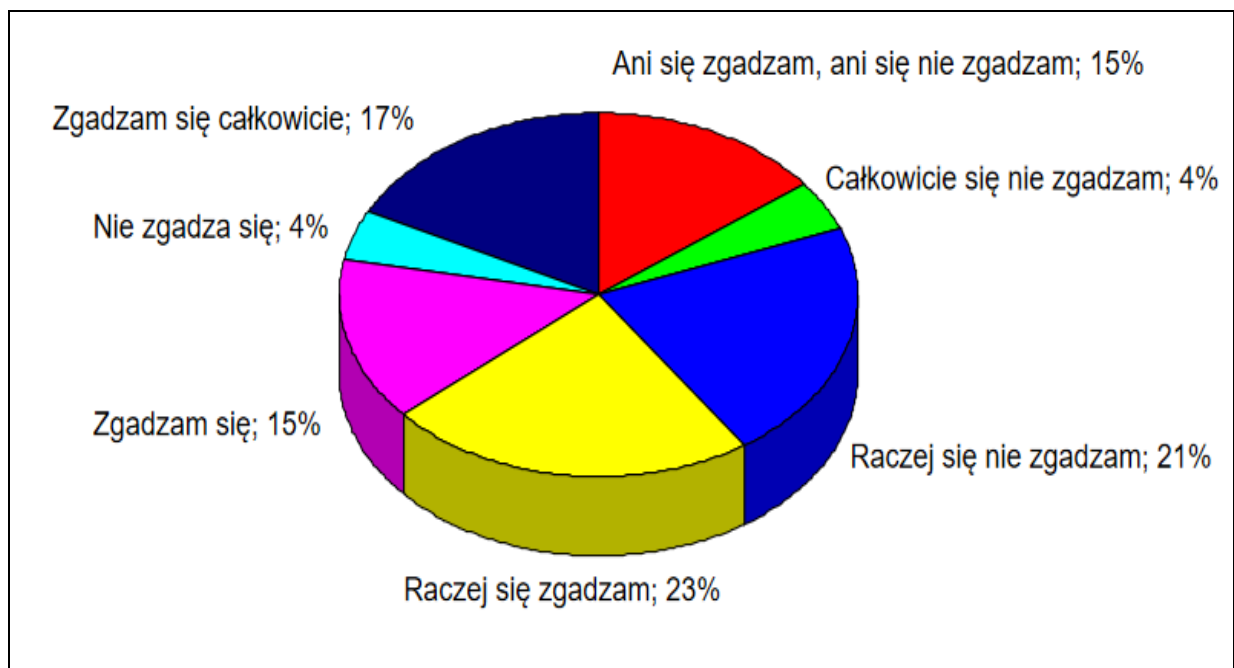


Rycina 31. Przedstawienie stanowiska na temat satysfakcji z życia

W odpowiedzi na to pytanie, czy jeśli mieliby możliwość przeżycia na nowo to samo życie, czy nie zmieniliby prawie niczego:

- 23% (41 osób) raczej się zgodziło z tym stwierdzeniem,
- 17% (31 osób) zgadzało się całkowicie,
- po 15% (po 26 osób) zgadzało się lub ani się zgadzało, ani się nie zgadzało,
- 21% (38 osób) raczej się nie zgadzało,
- po 4% (po 8 osób) nie zgadzało się lub całkowicie się nie zgadzało.

Wyniki obrazuje Rycina 32.



Rycina 32. Przedstawienie stanowiska na temat satysfakcji z życia

Średni wynik w skali SWLS wynosił $22,34 \pm 5,91$ punktu, w tym minimalna liczba punktów wynosiła 5, maksymalna - 35.

Najwięcej badanych 25 (14 %) uzyskało 21 punktów. Najwięcej osób (34,1%) wykazywało, że są raczej zadowolone ze swojego życia. Wyniki obrazuje Tabela 15.

Po przeliczeniu punktów na steny (zgodnie z zaleceniami autorów skali) wykazano że średnio badani uzyskali $5,59 \pm 1,84$ stena.

Minimalna liczba stenów wynosiła 1, maksymalna - 10. Najwięcej badanych (34 osoby, 19 %) uzyskało 5 stenów i najwięcej respondentów (84 osób, 46,9 %) wykazywało wysoki poziom satysfakcji z życia.

Wyniki obrazuje Tabela 16.

Tabela 15. Szczegółowe wyniki satysfakcji z życia (SWLS) w skali punktowej

Skala punktowa	Satysfakcja z życia	Liczba osób (N=179)	Procent (%)
5 – 9 pkt.	osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia	5	2,8%
10 – 14 pkt.	osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia	15	8,4%
15 – 19 pkt.	osoba raczej niezadowolona ze swojego życia	33	18,4%
20 pkt.	osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia	17	9,5%
21 – 25 pkt.	osoba raczej zadowolona ze swojego życia	61	34,1%
26 – 30 pkt.	osoba bardzo zadowolona ze swojego życia	36	20,1%
31 – 35 pkt.	osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia	12	6,7%

Tabela 16. Szczegółowe wyniki satysfakcji z życia (SWLS) w skali stenowej

Skala stenowa	Liczba osób (%)	Satysfakcja z życia
1	5 (2,8%)	Niska
2	10 (5,6%)	
3	10 (5,6%)	
4	28 (15,6%)	
5	34 (19%)	Przeciętna
6	8 (4,5%)	Wysoka
7	36 (20,1%)	
8	29 (16,2%)	
9	7 (3,9%)	
10	12 (6,7%)	

WERYFIKACJA HIPOTEZ

1. Anketowani korzystali już sporadycznie wcześniej z usług masażu, głównie w przychodni rehabilitacyjnej - Hipoteza odrzucona

Wykazano, że 42% ankietowanych korzystało sporadycznie z masażu, przy czym najwięcej, bo 45% rzadko ku temu miało okazję. Z usług w przychodni rehabilitacyjnej korzystało 35,5% badanych, ale więcej w prywatnym gabinecie fizjoterapeutycznym 40% badanych oraz we własnym domu - 37,5%.

2. Najczęstszy powód korzystania badanych z masażu był ból kręgosłupa - Hipoteza odrzucona

Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, że najczęstszym powodem korzystania badanych z masażu był relaks i odprężenie - 58,5%, a problemy zdrowotne i ból - 53%.

3. Respondenci swój stan zdrowia, samopoczucie, sen, wydolność fizyczną po masażach oceniali jako bardzo dobrą - Hipoteza potwierdzona

Ankietowani swój stan zdrowia oceniali w większości jako bardzo dobry (39%) i dobry (39%). Samopoczucie oceniali w 46% jako bardzo dobre, sen w 33% jako bardzo dobry, a wydolność fizyczną opisywana wg Zmodyfikowanej Skali Borga opisywali najczęściej (34%) jako brak zmęczenia i duszności.

4. Anketowani poleciliby regularne korzystanie z usług masażu - Hipoteza potwierdzona

Regularne korzystanie z usług masażu poleciliby innym osobom 84% ankietowanych.

5. Badani prezentowali przeciętny poziom jakości życia - Hipoteza potwierdzona

Uzyskany przez respondentów średni wynik w skali SWLS ($5,59 \pm 1,84$ stena) pozwala sklasyfikować ich ogólną satysfakcję z życia jako przeciętną. Warto jednak odnotować istotną tendencję wzrostową w odpowiedziach - blisko połowa ankietowanych (46,9%) prezentowała wysoki poziom zadowolenia, co sprawia, że mimo średniej mieszczącej się w normie, subiektywna ocena życia badanych jest relatywnie wysoka.

6. Respondenci najwyższe wartości jakości życia uzyskali w zakresie funkcjonowania fizycznego i społecznego, a najniższe w zakresie dolegliwości bólowych i ogólnego poczucia zdrowia - Hipoteza częściowo potwierdzona

Analiza poszczególnych elementów jakości życia pokazała istotne zróżnicowanie w ocenie różnych obszarów dobrostanu. Generalnie wymiar fizyczny jakości życia był wyższy niż wymiar mentalny. Analizując poszczególne najlepiej wypadł aspekt funkcjonowania fizyczne (42,2 pkt.), co świadczy o dobrej sprawności ruchowej ankietowanych. Najsłabiej natomiast wypadło funkcjonowanie społeczne (5,2 pkt.). W zakresie dolegliwości bólowych ankietowani uzyskali średnio 6 pkt., a ogólnego poczucia zdrowia – średnio 6 pkt.

7. Ankietowani to osoby raczej zadowolone ze swojego życia – Hipoteza potwierdzona

Średnia dla całej grupy wyniosła 22,34 pkt, co według przyjętych norm skali SWLS przedstawia respondentów w kategorii “osób raczej zadowolonych z życia”. Potwierdza to również rozkład wyników, ponieważ najlicniejsza grupa badanych (34,1%) uzyskała właśnie taki poziom, a niemal połowa (46,9%) osiągnęła wysokie wartości w skali stenowej.

8. Badani którzy stwierdzili pozytywny wpływ masażu na organizm prezentowali także wyższy poziom jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego - Hipoteza potwierdzona

Masaż spełnił oczekiwania 95% ankietowanych. Problemu z podnoszeniem i dźwiganiem zakupów nie miało 74% ankietowanych, 87% z myciem się i ubieraniem. Nie musiało skracać czasu pracy 62% badanych.

9. Ankietowani którzy stwierdzili pozytywny wpływ masażu na organizm odczuwali także wyższą satysfakcję z życia - Hipoteza potwierdzona

Przyjmując, że 0 oznaczało całkowite usatysfakcjonowanie, stwierdzono, że ponad połowa badanych w ocenie wybranie zakres 0 do 2 punktów (0 punktów -28%, 1 punkt -15%, 2 punkty -16%), co sugeruje wysoką satysfakcję. Poza tym 95% badanych stwierdziło pozytywny wpływ masażu.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Masaż jest uznawany za jedną z najstarszych udokumentowanych form terapii praktykowanej od dawna na całym świecie [115]. Do jego zalet zalicza się rozluźnienie, podnoszenie ogólnej wydolności organizmu, zwiększenie dobrego samopoczucia, a w konsekwencji poprawę komfortu życia [116].

Celem niniejszej pracy było pokazanie, jak masaż oddziałuje na organizm, zarówno z punktu widzenia fizycznego, jak i psychicznego. Wyniki własnych badań przeprowadzonych na grupie 200 osób za pośrednictwem autorskiego kwestionariusza ankiet, jak i standaryzowanych kwestionariuszy SF-36 i SWLS wykazały, że zabiegi masażu skutecznie poprawiają samopoczucie, łagodzą ból i zmniejszają napięcie psychiczne. Najwięcej, bo aż 78% uczestników oceniło swój stan zdrowia po terapii jako dobry lub bardzo dobry, a 46% stwierdziło, że ich samopoczucie po masażach było bardzo dobre. Uzyskane wyniki własne są spójne z obserwacjami Makowskiej-Warmijak i Charuty [117], które w grupie 120. pacjentów z chorobami przewlekłymi również potwierdziły pozytywny wpływ masażu na dobrostan oraz subiektywną ocenę jakości życia, szczególnie u starszych osób [117].

Istotnym wnioskiem z pracy jest także stwierdzenie zmniejszenie natężenia bólu - ponad połowa badanych (72%) wskazała po masażu poziom 0-4 w skali VAS. Podobne rezultaty opisuje Furlan i wsp. [118], zwracając uwagę na krótkotrwałą poprawę w niespecyficznym bólu dolnego odcinka kręgosłupa [118].

Natomiast Srokowska i wsp. [119] wykazali, że masaż tkanek głębokich zmniejsza ból odcinka piersiowego kręgosłupa u osób prowadzących siedzący tryb życia, jednocześnie poprawiając ruchomość klatki piersiowej i elastyczność mięśni piersiowych większych.

Z kolei Liza i wsp. [120] podkreślają korzystne efekty łączenia masażu głębokiego z rozciąganiem w procesie leczenia urazów w odcinku lędźwiowym [120].

Także Imtiyaz i wsp. [121] badając wpływ masażu i terapii wibracyjnej na występowanie oraz redukcję opóźnionej bolesności mięśniowej stwierdzili po masażu obniżenie powysiłkowej bolesności mięśniowej oraz przyspieszenie powrotu tkanki mięśniowej do parametrów przedwysiłkowych. Poprawę elastyczności tkanki mięśniowej oraz zwiększenie zakresu ruchomości stawu skokowego po krótkotrwałym masażu wykazali również McKachine i wsp. [122].

Korzystne wyniki po zastosowaniu masażu (istotna poprawa w elastyczności taśmy tylnej) uzyskali też Steuer i wsp. [123], czy też Żuk i wsp. [124] wykazując istotny jego wpływ na wzrost powierzchniowej temperatury kończyn dolnych 10. minutowego masażu głębokiego na mięsień czworogłowy ud.

Z kolei Bervoetsa i wsp. [7] w badaniu 2565 uczestników wykazali, że w porównaniu z grupą bez leczenia, zastosowanie masażu w krótkim okresie zmniejszyło ból u osób z bólem barku i chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego, ale nie u osób z bólem krzyża lub szyi.

Respondenci własnego badania najczęściej korzystali z masażu rzadko (45%) lub sporadycznie (42%), a czas jego trwania najczęściej (44%) klasował się w granicach 30 minut do jednej godziny.

W badaniu Arsovski'ego [23] na grupie 150 sportowców zabiegi masażu trwały po 40 min dwa razy w tygodniu przez okres 8 tygodni, co udowodniło wpływ częstszych i dłuższych terapii na poprawę i większą elastyczność tkanek [23].

Z kolei w piśmiennictwie podaje się, że czas trwania masażu całkowitego to 50-60 minut, zaś masażu częściowego – to 15-20 minut [15].

W rezultacie własnego opracowania, gdzie u 95% uczestników masaż spełnił ich oczekiwania, sugeruje też, że obok samej techniki kluczową rolę odegrało nastawienie pacjentów.

Jak wskazują Wilson et al. [125], odpowiednie przygotowanie pacjenta przed zabiegiem, zwłaszcza poprzez przekazanie rzetelnych informacji, pozwala kształtować jego oczekiwania, co może skutkować obniżoną wrażliwością układu nerwowego na ból. Warto jednak podkreślić, że sam efekt nie jest uniwersalny - wsparcie psychologiczne przynosi widoczne rezultaty głównie przy masażu o większej intensywności. W przypadku technik delikatnych i bezbolesnych nastawienie pacjenta nie wpływa istotnie na próg bólu, co sugeruje, że znaczenie czynników psychicznych jest ściśle powiązane z siłą bodźca fizycznego [125].

Oddziaływanie masażu obejmuje również sferę psychiczną. W badaniach własnych aż 83% respondentów odnotowało bardzo niski poziom stresu (0-2 punkty w skali 0-10), a 81% oceniło sen jako dobry, bardzo dobry lub doskonały.

Podobne wnioski przedstawiają Majewska- Pulsakowska i Mączka, które w swoich badaniach uzyskały istotne obniżenie poziomu stresu mierzonego skalą PSS-10 po masażu relaksacyjnym u kobiet [33].

Z kolei Tien et al. odnotowali poprawę parametrów snu - krótszy czas zasypiania i dłuższy sen - u hospitalizowanych ciężarnych z grupy wysokiego ryzyka po zastosowaniu technik *effleurage* [10]. W przypadku badań własnych 67% ankietowanych odpowiedziało 0-3 w dziesięciostopniowej skali, że byli bardzo zrelaksowani, co koresponduje z badaniami Zhang et al, przeprowadzonymi na grupie pracowników ze służby zdrowia, a w których potwierdzono, że masaż jest jedną z najbardziej skutecznych metod do redukcji stresu, obniżając tętno, ciśnienie krwi, a także poziom kortyzolu wprowadzając organizm w stan głębokiej relaksacji [126].

W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że masaż, jako jeden z elementów fizjoterapii, ewidentnie wpływa na poprawę jakości życia, a jego regularne stosowanie pozytywnie oddziałuje na samopoczucie psychiczne pacjentów (obniżenie stresu poziomu lęku i poprawę snu). Znalazło to potwierdzenie w badaniach własnych, bowiem ocena poziomu snu u badanych po masażu wykazała, że sen jako bardzo dobry oceniali 33% badanych, jako dobry - 25% i jako doskonały - 23%. A poziom stresu po masażach, oceniany w skali 0 - brak stresu do 10 - najgorszy możliwy stres) u 83% był na poziomie 0-2, przy najliczniejszej grupie (42%) oceniającej go w skali 0.

Ma to także potwierdzenie w badaniach Makowskiej-Warmijak i Charuta wsp. [117], którzy oceniali wpływu masażu na poprawę jakości życia 120 osób ze stwierdzonymi chorobami przewlekłymi. Stwierdzono, że masaż istotnie wpływa na poprawę dobrostanu osób przewlekle chorych. Masaż przyniósł ogromne korzyści psychologiczne, fizyczne i społeczne, wspierając holistycznie osoby geriatryczne [117].

Również Dymacz i Materkowski [127] wskazują na korzystne efekty wpływu masażu klasycznego na organizm i psychikę człowieka. Już po jednym zabiegu zaobserwowano subiektywną poprawę stanu zdrowia, samopoczucia, spadek stresu, poprawę stanu fizycznego i zadowolenia z życia.

W obecnym badaniu oceniano jakość życia za pomocą skali SF-36, a satysfakcję z życia za pomocą kwestionariusza SWLS. U respondentów stwierdzono umiarkowany poziom satysfakcji z życia, ograniczany jednak przez konkretne problemy zdrowotne oraz że badani to osoby raczej zadowolone ze swojego życia.

Generalnie wyniki prowadzonych obserwacji pokazują, że masaż to dla pacjenta zabieg przyjemny, relaksujący, pozytywnie przekładający się na proces zdrowienia, jednocześnie stanowiąc bezpieczną i efektywną terapię [14]. Nie można jednak zapominać o przeciwwskazaniach do wykonywania masażu (choroby zakaźne, stany zapalne,

skręcenia, zwichnięcia, urazy lub operacje, ciąża, choroby serca i naczyniowe, choroby nowotworowe) i skutkach ubocznych, jakie mogą wynikać z jego zastosowania. Są one zazwyczaj łagodne i przejściowe. Mogą obejmować ból mięśni (zakwasy), powodować tkliwość, zaczerwienienia, powstanie siniaków oraz wystąpienie uczucia senności, zmęczenia, zawrotów głowy i nudności. Uważane są za naturalną odpowiedź organizmu na intensywną stymulację tkanek i z reguły ustępują w ciągu 1-2 dni [15].

W obecnym badaniu po masażu u 7,3% pojawiły się zawroty głowy, u 2,8% nasilenie bólu, a u pojedynczych osób uraz żeber, bóle mięśniowe i stan podgorączkowy. Większość jednak ankietowanych nie odczuwało objawów niepożądanych.

W tym miejscu trzeba jednak zaznaczyć, że siła dowodów naukowych w dostępnej literaturze nie jest jednolita.

Mak et al. [88] w analizie badań z lat 2018-2023, podkreślają, że mimo szerokiego wykorzystania masażu, wnioski dotyczące jego wyższości nad innymi aktywnymi metodami leczenia często opierają się na dowodach o niskiej lub bardzo niskiej wiarygodności (zgodnie ze skalą GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). W związku z tym istnieje potrzeba prowadzenia dalszych, rzetelnych badań randomizowanych o wysokiej jakości metodologicznej [88].

Podsumowując, pomimo ograniczeń metodologicznych w literaturze, zarówno wyniki badań własnych, jak i przegląd dostępnych opracowań potwierdzają wszechstronne zalety masażu. Oddziałuje nie tylko na sferę fizyczną, łagodząc ból i poprawiając zakres ruchu, ale również wspiera kondycję psychiczną, wpływając na wyższy poziom satysfakcji z życia oraz większe poczucie sprawności i kontroli nad własnym ciałem.

WNIOSKI I POSTULATY

Wnioski

1. Generalnie respondenci korzystali z reguły z usługi masażu w prywatnym gabinecie fizjoterapeutycznym, głównym powodem była potrzeba relaksu, regeneracji i redukcji stresu.
2. U większości badanych po masażu nie występowały objawy niepożądane, a masaż spełniał ich oczekiwania i poleciłoby korzystanie z niego innym osobom.
3. Masaż poprawił psychofizyczną jakość życia ankietowanych, pozytywnie wpływając na subiektywną ocenę stanu zdrowia, ogólne samopoczucie respondentów, odczuwanie bólu, poziom stresu i jakość snu.
4. Respondenci prezentowali umiarkowany poziom satysfakcji z życia, przy czym średni poziom fizycznego wymiaru jakości życia był wyższy niż wymiaru mentalnego.
5. Badani prezentowali średnio przeciętny poziom zadowolenia z życia.

Postulat

Powszechna akceptacja i chęć rekomendowania masażu przez badanych pokazują potrzebę szerszego włączenia tej formy terapii do standardów opieki medycznej i rehabilitacyjnej jako bezpiecznej metody wspierającej dobrostan pacjenta.

WYKAZ PIŚMIENICTWA

1. Biegański P., Polewska E.: Rehabilitation from antiquity to modernity. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(9);363-374.
2. Jandziś S., Migala M.: Fizjoterapia - rys historyczny. [w:] *Wielka Fizjoterapia Tom 1*. Śliwiński Z., Sieroń A. (red.) Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2022.
3. Bindal V. *Complete book on Correctives, Therapeutic Exercise, Sports Injuries & Massage*, Friends Publications, India 2021.
4. Grabowska A., *Narodziny i rozwój rehabilitacji*. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. 2015;78: 40-50
5. Urtnowska-Joppek K., Gajc A., Goździeniak M.. *History of wellness, massage and reflexotherapy*. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019;9(9):430-442.
6. Allen L., Pounds D. *Masaż leczniczy. Podstawy anatomiczne i techniki*. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
7. Bervoets DC, Luijsterburg PA, Alessie JJ, Buijs MJ, Verhagen AP. *Massage therapy has short-term benefits for people with common musculoskeletal disorders compared to no treatment: a systematic review*. *Journal of Physiotherapy*. 2015;61(3):106-116.
8. Dal C, Koç M, Bayar B. *The effects of connective tissue massage and classical massage on pain, lumbar mobility, function, disability, and well-being in chronic low back pain: A three-arm randomized controlled trial*. *Explore* 2024;20(6):103029.
9. Kurpiewska E., Sadzińska E., Wedman A.: *Studenckie zeszyty naukowe. Kosmetologia*. [w:] *Skuteczność masażu w redukcji cellulitu*. Wolska A. (red) *Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie*, Warszawa 2016: 119-136.
10. Tien YT, Wang CJ, Chang CH, Chang YJ, Hung HY. *Effects of effleurage massage on sleep quality in women hospitalized for high-risk pregnancies: A randomized crossover design*. *Applied Nursing Research* . 2025;83:151955.
11. Park J, Shim J, Kim S, Namgung S, Ku I, Cho M, Lee H, Roh H. *Application of massage for ankle joint flexibility and balance*. *The Journal*

- of Physical Therapy Science, 2017;29(5):789-792.
12. Gizińska M., Matuszak K., Rąglewska P.: Zastosowanie masażu klasycznego
 13. i masażu tkanek głębokich w przewlekłych zespołach bólowych odcinka lędźwiowego na tle przeciążeniowym. [w:] Fizjoterapia w medycynie i ochronie zdrowia człowieka. Maciąg M., Danielewska A. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2023: 26-49 .
 14. Świerżyńska I., Przestrzelska A., i Kowalewska B., Ocena efektywności masażu leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego, [w:] Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. T. 2 : praca zbiorowa, red. A. Lankau, D. Kondzior, i E. Krajewska-Kułak, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2017: 874–889.
 15. Orlikowska A., Kawa M., Jurkiewicz J., Podgórska M.: Ocena skuteczności masażu klasycznego w obniżeniu dolegliwości bólowych występujących w obrębie kręgosłupa. [w:] Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty. Podgórska M. (red.) Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku, Gdańsk 2017: 107-117.
 16. Gwardzik M., Masaż – teoria i praktyka. Podręcznik dla masażystów i fizjoterapeutów, Wydawnictwo Edukacyjne ESAN, Warszawa 2023.
 17. Er G, Yüksel İ. A comparison of the effects of connective tissue massage and classical massage on chronic mechanical low back pain. *Medicine* 2023; 14;102(15):e33516.
 18. Barquilla Ávila C, Rodríguez-Mansilla J. Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia [Therapeutic massage on behavioral disturbances of elderly patients with dementia]. *Atencion Primaria* 2015;47(10):626-635.
 19. Trofa DP, Obana KK, Herndon CL, Noticewala MS, Parisien RL, Popkin CA, Ahmad CS. The Evidence for Common Nonsurgical Modalities in Sports Medicine, Part 1: Kinesio Tape, Sports Massage Therapy, and Acupuncture. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2020;4(1):e1900104.
 20. Schilz M, Leach L. Knowledge and Perception of Athletes on Sport Massage Therapy (SMT). *The International Journal of Therapeutic Massage &*

- Bodywork. 2020; 26;13(1):13-21.
21. Espí-López GV, Serra-Añó P, Cuenca-Martínez F, Suso-Martí L, Inglés M. Comparison Between Classic and Light Touch Massage on Psychological and Physical Functional Variables in Athletes: a Randomized Pilot Trial. *The International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2020; 27;13(3):30-37.
 22. Guo G, Xie S, Cai F, Zhou X, Xu J, Wu B, Wu G, Xiao R, Xu X, Lu P, Fang M. Effectiveness and safety of massage for athletic injuries: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2021;13;100(32):e26925.
 23. Güney E, Uçar T. Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2021 43:101320.
 24. Arsovski D. Deep Tissue Massage Therapy: Effects on Muscle Recovery and Performance in Athletes. *The International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2025;12;18(2):40-51.
 25. Trybulec B, Macul B, Kościńska K, Nawrot-Porąbka K, Barłowska M, Jagielski P. The effect of deep tissue massage on respiratory parameters in healthy subjects-A non-randomised pilot study. *Heliyon*. 202;5;9(4):e15242.
 26. Romanowski MW, Špiritović M, Rutkowski R, Dudek A, Samborski W, Straburzyńska-Lupa A. Comparison of Deep Tissue Massage and Therapeutic Massage for Lower Back Pain, Disease Activity, and Functional Capacity of Ankylosing Spondylitis Patients: A Randomized Clinical Pilot Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2017;2017:9894128.
 27. Bartlett MJ, Erickson RP, Frye J, Doyle KP, Pires PW, Witte MH. Manual lymph drainage massage of the head and neck improves cognition and reduces pathological biomarkers in the 5x-FAD mouse model of Alzheimers disease. *bioRxiv* 2025, 08.08.669361.
 28. Bakar Y, Coknaz H, Karlı Ü, Semsek Ö, Serin E, Pala ÖO. Effect of manual lymph drainage on removal of blood lactate after submaximal exercise. *The Journal of Physical Therapy Science*. 2015;27(11):3387-3391.

30. Wakefield M, Douglass J, Lacey D, Piller N, Blanchfield L. ICG Lymphography Confirms the Presence of an Alternative Lymph Drainage Pathway Following Long-Term Manual Therapy: A Case for Preserving Traditional MLD Approaches. *Reports* 2025; 6;8(2):63.
31. Mansilla JR, Díaz AS, Sánchez BG, Ramírez-Durán MDV, Ardila EMG, Sánchez MDCC, Palomares MJ. Effects of Massage Therapy in Breast Cancer Survivors with Mastectomy: Systematic Review. *Cancers* 2025;17;17(12):2023.
32. Ntoumas I, Karatzaferi C, Giannaki CD, Papanikolaou F, Pappas A, Dardiotis E,
33. Sakkas GK. The Impact of Relaxation Massage Prior to Bedtime on Sleep Quality and Quantity in People with Symptoms of Chronic Insomnia: A Home-Based Sleep Study. *Healthcare (Basel)*. 2025;17;13(2):180.
34. Palejko K., Pogorzała A., Stryła W., Medyczne aspekty masażu relaksacyjnego na podstawie doświadczeń własnych. [w:] *Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii*. Borowicz A. (red.) Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. Prof. Kazimiery Milanowskiej, Poznań 2017: 157-169
35. Ntoumas I, Karatzaferi C, Boubouglatzi F, Manakou N, Aslanidi A, Giannaki CD, Papanikolaou F, Dardiotis E, Lavdas E, Sakkas GK. Massage positively influences daytime brain activity and reduces arousal state in poor sleepers: a randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2025. 28;25(1): 290.
36. Majewska-Pulsakowska M, Mączka M. The influence of a relaxing massage on stress levels in women. *Aesthetic Cosmetology and Medicine* 2021;10(1):19-22.
37. Sidorov VD, Pershin SB. Rehabilitation of the patients with osteoarthritis. *Voprosy kurortologii, fizjoterapii, i lechebnoĭ fizicheskoĭ kultury*. 2015;92(5):28-34.
38. Cabak A, Kotynia P, Banasiński M, Obmiński Z, Tomaszewski W. The Concept of "Chair Massage" in the Workplace as Prevention of Musculoskeletal Overload and Pain. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2016; 5;18(3):279-288.

39. Jia K, Yang Y. Effect of acupuncture and massage on adolescent idiopathic scoliosis and pain severity. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*. 2025;21;12:1613800.
40. Peter WF, Swart NM, Meerhoff GA, Vliet Vlieland TPM. Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Physical Therapy*. 2021,1;101(8):pzab127.
41. Dupuy O, Douzi W, Theurot D, Bosquet L, Dugué B. An Evidence-Based Approach for Choosing Post-exercise Recovery Techniques to Reduce Markers of Muscle Damage, Soreness, Fatigue, and Inflammation: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Frontiers in Physiology*. 2018; 26;9:403.
42. Lin TR, Chou FH, Wang HH, Wang RH. Effects of scar massage on burn scars: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Nursing* 2023, 32: 3144-3154
43. Wu J, Yang XW, Zhang M. Massage Therapy in Children with Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2017;2017:5620568.
44. Özkan E, Çilingir D. Evaluation of the Effect of Massage on Pressure Injury Prevention among Intensive Care Patients: A Randomized Controlled Study. *Advances in Skin and Wound Care*. 2025; 1;38(2):E25-E31.
45. Liu C, Pang T, Yao J, Li J, Lei S, Zhang J, Wang Y, Bian J. Acupuncture and massage combined with rehabilitation therapy for hemiplegia after stroke: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2022;11;101(6):e28732.
46. Kang Z, Xing H, Lin Q, Meng F, Gong L. Effectiveness of therapeutic massage for improving motor symptoms in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*. 2022;5;13:915232.
47. Dehghan M, Malakoutikhah A, Ghaedi Heidari F, Zakeri MA. The Effect of Abdominal Massage on Gastrointestinal Functions: a Systematic Review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2020;54:102553.
48. Lim J, Kim J, Moon B, Kim G. Tepid massage for febrile children: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*. 2018;24(5):e12649.

49. Biegańska K., Jakość życia przedsiębiorców. Między dobrobytem a dobrostanem. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019.
50. Polek-Duraj K., Jakość pracy determinantą jakości życia jednostki (studium przypadku). *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach* 2017, 309: 10-25.
51. Cieślik B., Podbielska H., Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica, Inżynieria Biomedyczna* 2015, 2: 102-135.
52. Gawęł-Luty E.: Wybrane konteksty jakości życia. *Colloquium Pedagogika – Nauki o Polityce i Administracji*. Gdynia 2022, 14: 163-173.
53. Petelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia – Globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Katedra Socjologii Ogólnej Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016.
54. Stanaszek O., Badanie jakości życia w Polsce. [w:] *Gospodarka regionalna w teorii i praktyce*. Sobczak E., Głuszczyk D., Obrębalski M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2015: 392.
55. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U., Jakość życia w naukach medycznych.
56. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, Płock 2017, 3: 57-62.
57. Nowak PF, Bożek A, Blukacz M. Physical Activity, Sedentary Behavior, and Quality of Life among University Students. *Biomed Research International* 2019;2019:9791281.
58. Liguori F, Saraiello E, Calella P. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina* 2023;59(11):2044.
59. Thapa P, Thapa RK, K C B, Gyawali S, Lee SWH. Depression, Quality of Life and Medication Use Among Patients With Chronic Pain: A Cross-Sectional Study. *Pain Research and Management* 2025, 22;2025:6610938.
60. Yi C, Ye H, Lin J, Chang Y, Zhang X, Zhou T, Yang R, Yang X. The incidence of pain and its association with quality of life in patients with peritoneal dialysis. *Renal Failure* 2022 ;44(1):724-730.

61. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, Kerns R, Von Korff M, Porter L, Helmick C. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report* 2018, 14;67(36):1001-1006.
62. Goyal AK, Mohanty SK. Association of pain and quality of life among middle-aged and older adults of India. *BMC Geriatrics* 2022, 6;22(1):939.
63. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research* 2016, 28;9:457-67.
64. Evelley J, Mikula P, Timkova V, Vicen M, Kundratova L, Polan P, Sanderman R, Nagyova I. Association of pain and fatigue with health related quality of life in people with osteoarthritis. *Psychology, Health & Medicine* 2025;30(9):1886-1903.
65. Knox MF, Chipchase LS, Schabrun SM, Marshall PW. Anticipatory and compensatory postural adjustments in people with low back pain: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2016 16;5:62.
66. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings* 2016;91(7):955-70.
67. Alhalal EA, Alhalal IA, Alaida AM, Alhweity SM, Alshojaa AY, Alfaori AT. Effects of chronic pain on sleep quality and depression: A cross-sectional study. *Saudi Medical Journal* 2021;42(3):315-323.
68. de Vries L.P., Bartels M., Individual differences in wellbeing dynamics: A genetically-informed comparison of Ecological Momentary Assessment and longitudinal survey data. *Personality and Individual Differences*, 2025, 236, 112996
69. Li L, Cao Y, Sun Y, Li Y, Zhai Y, Yan Y. Relationship between emotional labor strategies and the quality of work life of operating room nurses. *Front Public Health*. 2025, 9;12:1503605.
70. Steptoe A. Happiness and Health. *Annual Review of Public Health*. 2019, 1;40:339-359.

71. Borowicz M., Rybka M.. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2016/1(1), 61-71.
72. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015;14:118-29.
73. Pellerin N., Raufaste E., Corman M., Teissendré F., Dambrun M. Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid-19 lockdown, *Scientific Reports*, 2022, 12,10674
74. Sun X, Jiang Y, Wang J, Fan S, Fu X, An Z, Zhu X, Wu Y. Effects of a mobile health intervention based on a multitheoretical model of health behavior change on anxiety and depression, fear of cancer progression, and quality of life in patients with differentiated thyroid cancer: A randomized controlled trial. *BMC Medicine* 2024 15;22(1):466.
75. Czech O, Rutkowski S, Kowaluk A, Kiper P, Malicka I. Virtual reality in chemotherapy support for the treatment of physical functions, fear, and quality of life in pediatric cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023 12;11:1039720.
76. Pascoe M.C., Thompson D. R., Ski C. F.. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis, *Psychoneuro-endocrinology*, 2017, 86, 152-168
77. Do TX, Quach HL, Hoang TNA, Nguyen TTP, Le LTH, Nguyen TT, Do BN, Pham KM, Vu VH, Pham LV, Nguyen LTH, Nguyen HC, Tran TV, Nguyen TH, Nguyen AT, Nguyen HV, Nguyen PB, Nguyen HTT, Pham TTM, Le TT, Tran CQ, Nguyen KT, Vo HT, Van Duong T. Fear and Impact of COVID-19 Among Post-Infected Adults: Types and Associations with Quality of Life and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2024;14(4):1748-1763.
79. Dam VAT, Dao NG, Nguyen DC, Vu TMT, Boyer L, Auquier P, Fond G, Ho RCM, Ho CSH, Zhang MWB. Quality of life and mental health of adolescents: Relationships with social media addiction, Fear of Missing out,

- and stress associated with neglect and negative reactions by online peers. *PLoS One* 2023 7;18(6):e0286766.
80. Krawczyk-Suszek M, Gawel A, Kleinrok A. Correlation of ageing with Health related-quality of life of patients in 13 groups of disease in Poland. *Scientific Reports*. 2024 2;14(1):26404.
 81. Xi JY, Liang BH, Zhang WJ, Yan B, Dong H, Chen YY, Lin X, Gu J, Hao YT. Effects of population aging on quality of life and disease burden: a population-based study. *Global Health Research Policy* 2025 14;10(1):2.
 82. Sari Y, Isworo A, Upoyo AS, Taufik A, Setiyani R, Swasti KG, Haryanto H, Yusuf S, Nasruddin N, Kamaluddin R. The differences in health-related quality of life between younger and older adults and its associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus in Indonesia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021 16;19(1):124.
 83. Alabbad A, Cochrane M, Mitchell PM. Preferences for health-related quality of life: do they vary by age? A systematic literature review on the EQ-5D measure. *European Journal of Health Economics* 2025;26(7):1275-1291.
 84. Chen YJ, Lau J, Alhamdah Y, Yan E, Saripella A, Englesakis M, He D, Chung F. Changes in health-related quality of life in young-old and old-old patients undergoing elective orthopedic surgery: A systematic review. *PLoS One* 2024 1;19(10):e0308842.
 85. Ghassemi K, Reinier K, Chugh SS, Norby FL. Sex-specific health-related quality of life in survivors of cardiac arrest. *Resuscitation Plus* 2024;19:100736.
 86. Luo Y, Li X, Yang T, et al. Impact of education level on complications and mortalities in type 2 diabetes: A UK biobank prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3434.
 87. Kern M, Glatz T, Mall MA, et al. Health-related quality of life and impact of socioeconomic status among primary and secondary school students after the third COVID-19 wave in Berlin, Germany. *PLoS One* 2024;19(5):e0302995.
 88. Nutakor JA, Zhou L, Larnyo E, Addai-Danso S, Tripura D. Socioeconomic Status and Quality of Life: An Assessment of the Mediating Effect of Social Capital. *Healthcare* 2023;11(5):749.

89. Thomson RM, Igelström E, Purba AK, et al. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022;7(6):e515-e528.
90. Iregbu S, Cho C, Bhandari S, Kako P, Cho YI, Ornstein K. Factors Associated With Subjective Wellbeing in Community-Dwelling Homebound Older Adults With Diabetes in the US. *Sage Open Aging*. 2025;11:30495334251404290.
91. Cabanas-Valdés R, Calvo-Sanz J, Serra-Llobet P, Alcoba-Kait J, González-Rueda V, Rodríguez-Rubio PR. The Effectiveness of Massage Therapy for Improving Sequelae in Post-Stroke Survivors. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(9):4424.
92. Dakić M, Toskić L, Ilić V, Đurić S, Dopsaj M, Šimenko J. The Effects of Massage Therapy on Sport and Exercise Performance: A Systematic Review. *Sports* 2023;11(6):110.
93. Mak S, Allen J, Begashaw M, et al. Use of Massage Therapy for Pain, 2018-2023: A Systematic Review. *JAMA Network Open* 2024;7(7):e2422259.
94. Nunes GS, Guterres BD, Diel AP, Machado ACO, da Rosa NK, Turchetto VDS, Lanferdini FJ. Pain Reduction Following Massage After Induced Fatigue Is Not Mediated by Changes in Muscle Stiffness or Intramuscular Fluid Content: A Randomized Controlled Trial With Mediation Analysis. *Journal of Athletic Training* 2025, 24;60(10):737-745.
95. MacLennan M, Ramirez-Campillo R, Byrne PJ. Self-Massage Techniques for the Management of Pain and Mobility With Application to Resistance Training: A Brief Review. *Journal of Strength and Conditioning Research* 2023, 1;37(11):2314-2323.
96. Najafi Ghezalje T, Mohades Ardebili F, Rafii F. The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. *Burns* 2017;43(5):1034-1043.
97. Trybulski R, Roczniok R, Olaniszyn G, Svyshch Y, Vovkanych A, Wilk M. Sports Massage and Blood Flow Restriction Combined with Cold Therapy Accelerate Muscle Recovery After Fatigue in Mixed Martial Arts Athletes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Functional Morphology and*

- Kinesiology 2025;10(2):194.
98. Davis HL, Alabed S, Chico TJA. Effect of sports massage on performance and recovery: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine* 2020;6(1):e000614.
 99. Li J, Piao F, Zeng Q, et al. The effect of massage on patients with chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2024;103(18):e37973.
 100. Leão ER, Dal Fabbro DR, Oliveira RB, et al. Stress, self-esteem and well-being among female health professionals: A randomized clinical trial on the impact of a self-care intervention mediated by the senses. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172455.
 101. Akbari A, Shamsaei F, Sadeghian E, Mazdeh M, Tapak L. Effect of progressive muscle relaxation technique on self-esteem and self-efficacy in multiple sclerosis patients: A clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion* 2022;11:8.
 102. Nazari F, Mirzamohamadi M, Yousefi H. The effect of massage therapy on occupational stress of Intensive Care Unit nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015;20(4):508-515.
 103. Rich GJ. Mental Health and Massage Therapy for Refugees, Immigrants, and Asylum Seekers. *International Journal Therapeutic Massage & Bodywork*. 2025;18(3):93-101.
 104. Rapaport MH, Schettler PJ, Larson ER, et al. Massage Therapy for Psychiatric Disorders. *Focus* 2018;16(1):24-31.
 105. de Souza TPB, Kurebayashi LFS, de Souza-Talarico JN, Turrini RNT. The effectiveness of Chair Massage on Stress and Pain in Oncology. *International Journal Therapeutic Massage & Bodywork*. 2021;14(3):27-38.
 106. Saltan A, Mert S, Topbaş Ö, Aksu B. The investigation of effect on foot plantar massage on functional recovery in older adults with general surgery, randomized clinical trial. *Aging Clinical Experimental Research* 2024;36(1):118.
 107. Naruse SM, Moss M. Positive Massage: An Intervention for Couples' Wellbeing in a Touch-Deprived Era. *European Journal Investigation in Health, Psychology and Education* 2021;11(2):450-467.

108. Naruse SM, Moss M. Effects of couples positive massage programme on wellbeing, perceived stress and coping, and relation satisfaction. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 2019;7(1):328-347.
109. Kennedy AB, Munk N. Experienced Practitioners' Beliefs Utilized to Create a Successful Massage Therapist Conceptual Model: a Qualitative Investigation. *International Journal Therapeutic Massage & Bodywork*. 2017;10(2):9-19.
110. Clark T. The Psychotherapeutic Relationship in Massage Therapy. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2019;12(3):22-35.
111. Ahlsen B, Nilsen AB. Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Frontiers in Rehabilitation Sciences* 2022;3:882099.
112. Price C, Fogarty S. Touching the Mind-Exploring the Intersection of Massage and Mental Health. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2025;18(3):3-4.
113. Clark M, Steinberg B. The Effects of Massage Therapy on Medically Induced Trauma and Touch Aversion: A Case Report. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2025;18(3):86-92.
114. Walterová J, Vylita T, Huseynli A. Revisiting therapeutic landscapes in the spa context: toward a multisensory, evidence-based framework for healing environments. *International Journal Biometeorology* 2026;70(2):50.
115. Fogarty S, Moore R, Cates C. A Qualitative Scoping Review of Massage and Massage Therapy on the Mental Health and Well-being of Individuals Living with a Serious and Potentially Life-limiting Physical Illness. *International Journal of Therapeutic Massage Bodywork*. 2025;18(3):14-41.
116. Kim SK, Min A, Jeon C, et al. Clinical outcomes and cost-effectiveness of massage chair therapy versus basic physiotherapy in lower back pain patients: A randomized controlled trial. *Medicine* 2020; 99(12): e19514.
117. Song C, Ikei H, Miyazaki Y. Physiological Effects of Nature Therapy: A Review of the Research in Japan. *International Journal Environmental Research Public Health*. 2016;13(8):781.
118. Żołnierczyk-Zreda D., Wrześniewski K., Bugajska J. i wsp. : Polska wersja

- kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia, CIOP PIB, Warszawa, 2009, 71.
119. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2011.
120. Khalid M., Madvin J.: Precision Grounding Combined with Precision Deep Tissue Massage. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 2022;4(4):18-21.
121. Koren Y., Kalichman L.: Deep tissue massage: What are we talking about? *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2018;22(2):247-251.
122. Makowska-Warmijak A., Charuta A.: Wpływ masażu na jakość życia osób z chorobami przewlekłymi. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2024, 4: 99-109.
123. Furlan D., Giraldo M., Baskwill A, Irvin E., Imamura M.: Massage for low back pain. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2015(9): CD001929.
124. Srokowska A. Bodek M., Kurczewski M., Srokowski G., Siedlaczek M., Lewandowski A.: Deep tissue massage and mobility and pain in the thoracic spine. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 2019, 11(2): 10.
125. Liza, Bafirman, Masrun, Samodra Y., Suganda M., Rifki M., Suryadi D., Okilanda A., Purwanto D., Haidara Y.: Can the combination of deep tissue massage and stretching influence the recovery process of lower back pain injuries? *Sport TK-EuroAmerican Journal of Sport Sciences*. 2024, 13: 33.
126. Imtiyaz S., Vequar Z., Shareef M.Y.:To compare the effect of vibration therapy and massage therapy in prevention of delayed onset muscle soreness(DOMS). *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014; 8(1):133-135.
127. McKachine J.B., Young W., Behm D.G.: Acute effects of two massage techniques on ankle joint flexibility and power of the plantar flexors. *Journal of Sports Science & Medicine*. 2007;1,6(4):499 –503.
128. Steuer M., Jędrzejewski G., Dolibog P., Kasper-Jędrzejewska M., Mroczek A., Kaczorowska A.: Deep tissue massage and flexibility in the structural components of the superficial back line of professional volleyball players: a pilot study. *Medical Science Pulse*, 2019; 13(3): 29-34.

129. Żuk M., Dębiec-Bąk A., Pawik Ł., Skrzek A.: Wpływ masażu głębokiego na mięsień czworogłowy piłkarzy nożnych, w badaniach izokinetycznych i termowizyjnych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016;6(7): 236-251.
130. Wilson A., Bishop M., Beneciuk J., Tilley H., Riley III J., Cruz-Almeida Y., Bialosky J.: Expectations affect pain sensitivity changes during massage. *J Man Manip Ther.* 2023;31 (2), 84-92.
131. Zhang M., Murphy B., Cabanilla A., Yidi C.: Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health*, 2021; 63(1): e12243.
132. Dymacz M., Materkowski M. Wpływ masażu na psychofizyczny aspekt jakości życia pacjenta. *Polish Journal of Sports Medicine*, 2020; 36(1): 31-47.



ISBN – 978-83-68761-55-9