

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS
IR
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapija (6283GX001), šokio-judesio terapijos specializacija
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra
Lina Kašėtienė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Šokio-judesio terapijos poveikis asmenų, gyvenančių socialinės globos
namuose, biopsichosocialinei sveikatai**

**Effects of Dance-Movement Therapy on the Biopsychosocial Health of
Individuals Living in Social Care Homes**

Darbo vadovas

doc. dr. Laimutė Samsonienė

Konsultantas

doc. dr. Solveiga Zvicevičienė

Vilnius, 2024

Studento elektroninio pašto adresas:

lina.kasetiene@mf.stud.vu.lt

PARENGTO BAIGIAMOJO DARBO SAVARANKIŠKUMO PATVIRTINIMAS

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas „**Šokio-judėsio terapijos poveikis asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, biopsichosocialinei sveikatai**“:

- 1) parengtas savarankiškai;
- 2) nebuvo pateiktas studijuojant šiame ar ankstesniuose semestruose, nebuvo naudotas kitame universitete / institute Lietuvoje ir užsienyje;
- 3) yra originalus, nenaudota medžiaga iš kitų autorių darbų, kurie nenurodyti darbe;
- 4) pateiktas visas cituotos literatūros sąrašas.

.....Lina Kašėtienė.....

Studento vardas, pavardė

.....

Parašas

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovei doc. dr. Laimutei Samsonienei ir konsultantei doc. dr. Solveigai Zvicevičienei, kurios skyrė savo laiko, dalinosi žiniomis ir patirtimi, davė naudingų pasiūlymų bei praktinių patarimų, o svarbiausia – palaikė ir tikėjo manimi. Dėkoju socialinės globos namų kolektyvui už bendradarbiavimą atliekant tyrimą. Už pagalbą ir palaikymą studijų, tyrimo ir darbo rašymo laikotarpiu esu dėkinga visiems dėstytojams, kurie dalinosi savo neįkainojama patirtimi. Dėkoju šeimai už supratingumą ir galimybę leisti į šią nelengvą kelionę. Ypatingą dėkingumą reiškiu savo psichoterapeutei ir šokio-judesio terapeutei, kurios padėjo susidoroti su psichologiniais iššūkiais studijuojant, atliekant tyrimą bei rašant baigiamąjį darbą.

Pagarbiai,
magistrantė Lina Kašėtienė

TURINYS

PARENGTO BAIGIAMOJO DARBO SAVARANKIŠKUMO PATVIRTINIMAS	2
PADĖKA.....	3
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	6
LENTELIŲ SĄRAŠAS	7
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS.....	8
SANTRUMPOS.....	9
ĮVADAS	10
1. BIOPSIKIOSOCIALINĖS SVEIKATOS SAMPRATA IR ASMENŲ GYVENIMO SOCIALINĖS GLOBOS NAMUOSE ASPEKTAI	13
1.1. Biopsichosocialinės sveikatos samprata.....	13
1.2. Fizinė asmens sveikata	16
1.3. Asmens psichikos sveikata	19
1.4. Socialinė asmens sveikata	22
1.5. Gyvenimas socialinės globos namuose	24
2. ŠJT SAMPRATA IR TAIKYMO YPATUMAI VYRESNIEMS ASMENIMS, GYVENANTIEMS SOCIALINĖS GLOBOS NAMUOSE	29
2.1. Menų terapija ir šokio-judėsio terapijos samprata.....	29
2.2. ŠJT taikymas fizinei asmenų sveikatai	38
2.3. ŠJT taikymas psichosocialinei asmenų sveikatai	41
2.4. ŠJT taikymas asmenims, gyvenantiems socialinės globos namuose.....	43
3. EMPIRINIS TYRIMAS	47
3.1. Empirinio tyrimo metodologija ir organizavimas	47
3.1.1. Kiekybinio tyrimo organizavimas	48
3.1.2. Kokybinio tyrimo organizavimas	48
3.2. Tyrimo dalyviai.....	49
3.2.1. Kiekybinio tyrimo dalyviai.....	49
3.2.2. Kokybinio tyrimo dalyviai.....	49
3.3. Tyrimo metodai.....	50
3.3.1. Kiekybinio tyrimo metodai.....	50
3.3.2. Kokybinio tyrimo metodai.....	53

3.4. Kiekybinio tyrimo rezultatų analizė	54
3.5. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė	58
EMPIRINIO TYRIMO APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA	69
AUTORIAUS REFLEKSIJA.....	71
IŠVADOS	77
REKOMENDACIJOS	79
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	80
SANTRAUKA	88
ABSTRACT	89
PRIEDAI.....	90

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Biopsichosocialinis modelis	14
2 pav. Humanistinis meno terapijos modelis.....	31
3 pav. Empirinio tyrimo organizavimo ir vykdymo procesas	47
4 pav. Tyrimo teminės analizės žemėlapis	60

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Psichikos sveikatos komponentai	20
2 lentelė. Pagrindinės socialinės globos namų gyventojų problemos	25
3 lentelė. Autonomijos išsaugojimo elementai.....	27
4 lentelė. Menų terapeutų taikomi terapijos proceso modeliai	30
5 lentelė. Šokio-judėsio terapijos apibrėžimo kaita	32
6 lentelė. Kardiovaskulinės sistemos rodiklių minimalios ir maksimalios reikšmės.....	50
7 lentelė. Tyrime naudoti judėsio funkcijų parametrai ir jų požymiai	51
8 lentelė. Tyrime naudoti socialinio ryšio parametrai ir jų požymiai.....	51
9 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmės	52
10 lentelė. Interviu pagrindiniai ir papildantys klausimai.....	53
11 lentelė. SAKS pokyčiai užsiėmimų metu.....	55
12 lentelė. DAKS pokyčiai užsiėmimų metu.....	56
13 lentelė. PD pokyčiai užsiėmimų metu.....	57
14 lentelė. Kūno analizės rodiklių pokyčiai užsiėmimų metu	58
15 lentelė. Tarpusavio skalių koreliacijos rezultatai	58
16 lentelė. Teminės analizės rezultatų fragmentas: kodas, potėmė, pagrindinė tema.....	59

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS

Biopsichosocialinės problemos – modelyje akcentuojamos aktualiausios problemos, kaip išlaikyti sveikatą visaapimančiu požiūriu, t.y. kaip asmeniui gebėti prisitaikyti bei savarankiškai valdyti fizinius, emocinius ir socialinius iššūkius (Huber ir kt., 2011).

Biopsichosocialinis požiūris – sąvoka „biopsichosocialinis“ tai holistinis požiūris į įvairius reiškinius (John ir kt., 2020). Biopsichosocialinis sveikatos modelis suvokiamas, kaip idealios šiuolaikinės medicinos praktikos pagrindas ir apibrėžiamas kaip tarpdisciplininis modelis, nagrinėjantis biologijos, psichologijos bei socialinių ir aplinkos veiksnių tarpusavio ryšį (Nadir ir kt., 2018; Taukeni, 2020).

Ilgalaikė socialinė globa – tai visuma paslaugų, kuriomis visiškai nesavarankiškam asmeniui teikiama kompleksinė pagalba, bei būtina nuolatinė specialistų priežiūra. Vieni iš gavėjų – senyvo amžiaus asmenys. Paslaugas teikiantys specialistai: socialiniai darbuotojai, socialinių darbuotojų padėjėjai, sveikatos priežiūros, švietimo, ugdymo, užimtumo specialistai.¹

Senyvo amžiaus asmuo – sukakęs senatvės pensijos amžių asmuo, kuris dėl amžiaus iš dalies ar visiškai yra netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimoms) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime.²

Sveikata – tai visavertė fizinė, dvasinė bei socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas (WHO, 1946).

Šokio-judesio terapeutas – kliento judėjimo palaikytojas, judesių vystytojas, kliento emocinės patirties įsisąmoninimo skatintojas.³

Šokio-judesio terapija (toliau ŠJT) – tai terapinis judesio naudojimas siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, socialinę ir dvasinę asmens integraciją.⁴

¹ LR Seimas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.292682>

² LR Seimas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342>

³ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija>

⁴ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija>

SANTRUMPOS

AKS – arterinis kraujospūdis

AL – Alzheimerio liga

DAKS – diastolinis arterinis kraujospūdis

LŠJTA – Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija

PD – pulso dažnis

PL – Parkinsono liga

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

r – koreliacijos koeficientas

SAKS – sistolinis arterinis kraujospūdis

ŠJT – šokio-judesio terapija

IVADAS

Problema ir aktualumas. Lietuvoje senstančios visuomenės problema, kaip ir daugelyje Europos valstybių, yra labai aktuali. Remiantis Lietuvos oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2023 metų pradžioje 65 metų amžiaus ir vyresni asmenys sudarė 20 proc. visų Lietuvos gyventojų, o 2050 metais prognozuojamas padidėjimas net iki 35 proc., kai jaunesnio amžiaus asmenų skaičius bendroje populiacijoje ryškiai mažėja⁵. Populiacijos senėjimo problema yra tiesiogiai susijusi su ekonominiais, socialiniais ir sveikatos sistemos iššūkiais, todėl labai svarbi tampa visuomenės išteklių tema: senatvės pensijos, ilgalaikė globa ir slauga bei sveikatos apsauga (LR Vyriausybė, 2004). Taigi visi šie klausimai aktualūs vyresnio amžiaus asmenims.

Biopsichosocialinė asmens sveikata apima fizinę, psichikos ir socialinę sveikatą, tad holistinis požiūris į kiekvieną asmenį, taip pat ir senyvo amžiaus, yra labai svarbus (Bond ir kt., 2020). Mokslinėje literatūroje senyvas amžius apibrėžiamas kaip amžiaus tarpsnis, kuris ateina po brandos etapo ir apima asmens pokyčius biologiniu, psichologiniu bei socialiniu aspektu (Charenkova, 2020). O asmens sveikata – vienas pagrindinių ir labai aktualių klausimų šiai asmenų grupei. Tačiau humanistinis požiūris į asmenį kaip unikalią vertybę, kviečia „išgirsti“ senatvę ir padėti asmenims, esantiems šiame gyvenimo etape.

Socialinės globos namai – vieta, kurioje siekiama sudaryti sąlygas oriai gyventi senatvėje, kur teikiamos ne tik sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, bet ir psichologinė bei dvasinė parama (Spirgienė, 2010). Šiose įstaigose užtikrinamas komandinis įvairių specialistų darbas, kuris tenkina globojamų asmenų svarbiausius poreikius. O pagalba senyvame amžiuje ypač reikalinga, žinant tai, kad šiame amžiaus tarpsnyje dažnas reiškinys – sumažėjęs savarankiškumas, kasdienių funkcijų neatlikimas bei pažinimo funkcijų sutrikimai – tai dažniausios priežastys, dėl kurių senyvo amžiaus žmonės patenka į socialinės globos įstaigas (Pranskaitytė-Bielevičienė ir kt., 2022; Gintilienė ir kt., 2021; Orlova ir Gruzevskis, 2014). Labai svarbu, kad ilgalaikės priežiūros įstaigų gyventojai gautų kokybiškesnes paslaugas bei kuo didesnę jų įvairovę ir kad būtų tenkinami svarbiausi globojamų asmenų poreikiai, užtikrinama kiek įmanoma geresnė senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybė.

Tyrimo problema. Šokio-judesio terapija viena iš galimybių prisidėti tenkinant socialinės globos namų gyventojų poreikius. Išanalizavus mokslinius tyrimus, atskleista, jog ŠJT yra efektyvi asmenų fizinei sveikatai (Andrejeva ir kt., 2023; Woloszyn ir kt., 2023; Lopez-Nieves,

⁵ Oficialiosios statistikos portalas: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2023/salies-gyventojai/gyventoju-senejimas>

Jakobsche, 2022), psichikos (Huang ir kt., 2023; Meulenberg, 2023) ir socialinei sveikatai (Ho ir kt., 2020; Michels ir kt. 2018). Tyrimuose pagrindžiama (Zang ir kt., 2019; Woloszyn ir kt., 2023), jog šokiu ir judesiu, terapiniu santykiu ir kūrybine sąveika grįsta terapija yra efektyvi ir senyvo amžiaus asmenims. Lietuvoje mokslinių tyrimų šokio-judesio terapijos poveikio asmenų biopsichosocialinei sveikatai mažai (Andrejeva ir kt., 2023; Samsonienė ir kt., 2022; Šeduikienė ir Matonis, 2020; Sepažinskienė ir Soraka, 2016; Lukšys ir Griškevičius, 2016; Zvicevičienė ir Aleksienė, 2015; Štrimaitytė ir kt., 2010), o tyrimų skirtų asmenims esantiems senyvame amžiuje ar gyvenantiems socialinės globos įstaigose rasti nepavyko. Tad keliamas **probleminis klausimas**: kokį poveikį šokio-judesio terapija daro asmenų, esančių vyresniame amžiuje bei gyvenančių globos namuose, biopsichosocialinei sveikatai? Atsakymo buvo ieškoma ne tik mokslinėje literatūroje, bet ir praktiniame patyrimo, dalyvaujant grupiniuose šokio-judesio terapijos užsiėmimuose.

Darbo naujumas, teorinis ir praktinis reikšmingumas. Užsienio mokslinėje literatūroje (Wang, 2020; Chang, 2021; Woloszyn ir kt., 2023; Melhuish, Beuzeboc ir Guzmán-Garcia, 2017; Guzman-Garcia ir kt., 2011, 2012) vis dažniau aptinkama mokslinių straipsnių apie ŠJT naudą senyvo amžiaus asmenims, gyvenantiems ilgalaikės priežiūros įstaigose. Lietuvoje mokslinių darbų apie šokio-judesio terapijos taikymo galimybes žmonėms gyvenantiems gerontologijos įstaigose vis dar stokojama, todėl šiam darbui pasirinktas tikslas skirtas spręsti probleminį klausimą.

Įrodymais pagrįsti tyrimai yra svarbūs siekiant patvirtinti, kad ŠJT yra efektyvi priemonė, norintiems pasiekti geresnės biopsichosocialinės asmenų sveikatos. ŠJT veiksmingumo įrodymai yra labai svarbūs siekiant ne tik populiarinti ŠJT sveikatos priežiūros bei švietimo paslaugų teikėjams, bet ir pačios profesijos išlikimui (Koch ir kt., 2014). Šio magistrinio darbo pagrindiniai tyrimo aspektai yra šie:

Tyrimo hipotezė: ŠJT užsiėmimai pagerins asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, judesių dinamiką ir socialinę sveikatą.

Tyrimo objektas – tiriamųjų kardiovaskulinės sistemos pokyčiai, judesių funkcijos ir socialinis ryšys.

Tyrimo tikslas – nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį tiriamųjų kardiovaskulinei sistemai, kūno judesių funkcijai ir socialinio ryšio stiprumui.

Tyrimo uždaviniai:

1. Aptarti biopsichosocialinės sveikatos sampratą ir asmenų gyvenančių socialinės globos namuose aspektus.
2. Atskleisti šokio-judesio terapijos sampratą ir šokio-judesio terapijos taikymo galimybes asmenims, gyvenantiems socialinės globos namuose.
3. Nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį tiriamųjų kardiovaskulinei sistemai, kūno judesių funkcijai ir socialinio ryšio stiprinimui.

Tyrimo metodai: magistriniame darbe atliekamas mišrus tyrimas, kuris buvo vykdytas 2023 m. spalio-gruodžio mėnesiais. **Kiekybinio** tyrimo duomenims rinkti buvo pasitelkiami fiziologinių rodiklių (**pulso ir kraujospūdžio**) matavimai. **Kokybinio** tyrimo duomenims rinkti panaudotas **stebėjimo** (filmuotos medžiagos) bei **pusiau struktūrizuoto interviu** metodas. Filmuotos medžiagos peržiūros metu buvo stebimas tiriamųjų judesio ir socialinio ryšio pokyčiai. Kokybinio tyrimo (**interview**) metu gautų duomenų analizei buvo pasirinktas **indukcinės teminės analizės** metodas.

Darbo struktūra: darbas skirstomas į tris skyrius. Pirmame skyriuje atskleidžiama biopsichosocialinės sveikatos samprata bei aptariamos socialinės globos namuose gyvenančių asmenų problemos. Antrame skyriuje apibrėžiama menų terapijos ir šokio-judesio terapijos sąvoka, pateikiami pagrindiniai principai, taikomi dirbant su senyvo amžiaus asmenimis. Taip pat apžvelgiama mokslinė literatūra šokio-judesio terapijos efektyvumo senyvo amžiaus asmenims tema. Trečiame skyriuje aprašomas empirinis tyrimas, jo metodologija, rezultatai, apibendrinimas, tyrėjo refleksija bei pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

1. BIOPSIKOSOCIALINĖS SVEIKATOS SAMPRATA IR ASMENŲ GYVENIMO SOCIALINĖS GLOBOS NAMUOSE ASPEKTAI

Šiame skyriuje analizuojama biopsichosocialinės sveikatos samprata, aptariamas biopsichosocialinės sveikatos modelis ir jį sudarantys elementai (fizinė, psichikos ir socialinė asmens sveikata). Atskleidžiami asmenų, esančių vyresniame amžiuje, sveikatos bei gyvenimo ilgalaikėje socialinės globos įstaigoje ypatumai.

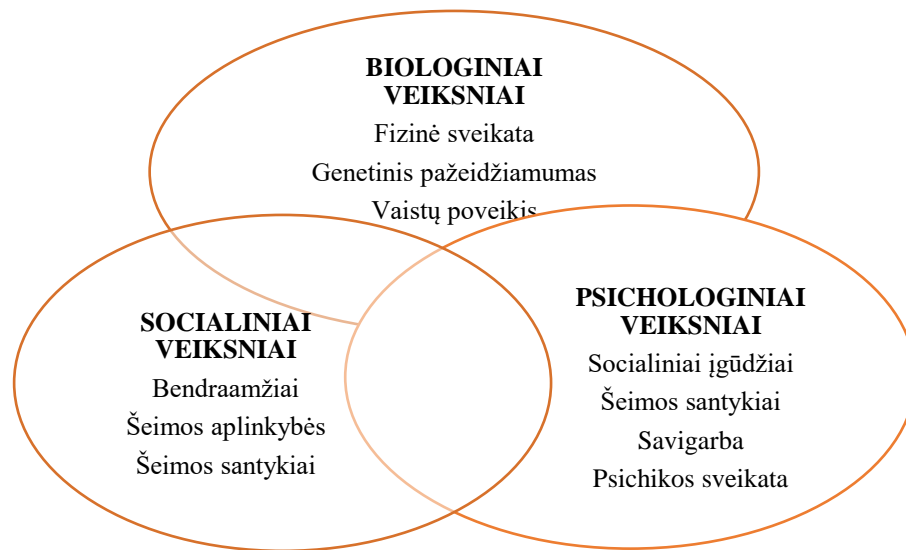
1.1. Biopsichosocialinės sveikatos samprata

Pasaulio sveikatos organizacija (WHO) 1946 metais parengtoje Konstitucijoje pažymėjo, jog sveikata yra daugiau kaip fizinė būklė: „Sveikata yra visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir negalios nebuvimas“. Svarbu yra tai, kad Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO, 1946) pasiūlytoje apibrėžtyje sveikata suprantama daug plačiau, kaip visiškos psichikos, fizinės bei socialinės asmens gerovės būseną. Tokiu būdu, į ligą ar diagnozę orientuota sveikatos apibrėžtis yra praplečiama, nes papildoma pozityviais veiksniais, traktuojant, jog tinkamam funkcionavimui šalia ligų nebuvimo gana svarbus yra ir gebėjimas produktyviai dirbti bei būti aktyviam socialiniame gyvenime (WHO, 1981). Remiantis šiuo apibrėžimu, sveikatą galima suprasti kaip apimančią tiek pozityvius, tiek negatyvius funkcionavimo aspektus. Galimos ir kitos sveikatos sąvokos apibrėžtys. Pavyzdžiui, Huber ir kiti tyrėjai (2011) sveikatą traktuoja kaip gebėjimą prisitaikyti bei savarankiškai valdyti fizinius, emocinius ir socialinius iššūkius – tai visaapimantis požiūris.

John ir kitų tyrėjų (2020) sąvoka „biopsichosocialinis“ yra suprantama kaip holistinis požiūris į įvairius reiškinius. Dėl daugumos reiškinių sudėtingumo pavieniai komponentai nėra laikomi izoliuotais subjektais, tačiau jų matmenų sąveika apibūdina nagrinėjamą reiškinį (John ir kt., 2020). Dauguma biopsichosocialinių apibrėžčių remiasi Engel biopsichosocialiniu sveikatos ir ligų aiškinimo modeliu. Pasak Taukeni (2020), biopsichosocialinis modelis apibrėžiamas kaip tarpdisciplininis modelis, nagrinėjantis biologijos, psichologijos ir socialinių bei aplinkos veiksnių tarpusavio ryšį.

Taukeni (2020) pažymi, kad biopsichosocialinis modelis atskleidžia ligos vystymąsi per sąveiką biologinių veiksnių (genetiniai, biocheminiai), psichologinių veiksnių (nuotaika,

asmenybė, elgesys), socialinių veiksnių (kultūriniai, šeimyniniai, socialiniai ekonominiai, medicininiai) (žr. 1 pav.).



1 pav. Biopsichosocialinis modelis
Šaltinis: Taukeni (2020, p. 13)

Pateiktame 1 paveiksle modelis vaizduoja biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių sąveiką nustatant sveikatos rezultatus. Biopsichosocialiniame sveikatos ir ligų modelyje pavieniai komponentai atskirų sistemų lygmeniu (t.y., biologiniai, psichologiniai ir socialiniai), kaip teigia John ir kt. (2020), nėra laikomi nepriklausomais vienas nuo kito, tačiau pagrindinis dėmesys skiriamas jų sąveikai. Aleksienės teigimu (2009, p. 17), „Sveikatą veikia biologinės, t.y. organų, audinių ir ląstelių sistemos, mes išgyvename pažintinius, psichologinius, emocinius potyrius ir mums daro įtaką sociakultūrinė aplinka, t.y., šeima, bendruomenė bei visuomenė.“

Kiti autoriai pristato šį modelį kitu aspektu. Bolton ir Gillett (2019) požiūriu, nors biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių santykinio vaidmens konkrečiose sveikatos sąlygose, tam tikruose etapuose detalės yra sveikatos mokslų reikalas, bendrasis arba pagrindinis, biopsichosocialinis modelis yra labiau mokslo filosofijos pratybos – šiuo atveju biologijos filosofija, proto filosofija ir socialinė teorija – lanksčiai taikoma sveikatai ir ligoms. Šios filosofijos yra ypač aktualios šiuo atveju, nes turi didžiulį istorinį bagažą, nešamą ilgoje fiziškumo, dualizmo ir redukcionizmo istorijoje, dėl kurio biopsichosocialinė ontologija ir priežastingumas yra labai problemiški.

Nadir ir kitų tyrėjų (2018) nuomone, pastaruoju metu, biopsichosocialinis sveikatos modelis yra suvokiamas kaip idealios šiuolaikinės medicinos praktikos pagrindas. Jis buvo sukurtas siekiant papildyti esamą biomedicininį modelį. To priežastis – biomedicinos modelis turi trūkumų

ir neatsižvelgia į psichologinius ir socialinius veiksnius, kurie turi poveikį sveikatai ir ligų pasireiškimui (Farre, Rapley, 2017). Biomedicinis modelis labiau pabrėžia negalią, ligas, diagnostiką ir tebėra aktualus bei veiksmingas ūmios ligos atveju, „<...> tačiau ribotas suvokiant ir sprendžiant kitas daugiabriaunes, su žmogaus elgesiu ir gyvensena susijusias problemas<...>“ (Aleksienė, 2009, p. 15, cit. Sargautytė 2002). Taukeni (2020) pažymi, kad Engelis sukūrė biopsichosocialinį modelį kaip alternatyvą biomedicininiam modeliui, manydamas, kad biopsichosocialinis modelis padės sveikatos priežiūros specialistams geriau suprasti savo pacientų subjektyvų požiūrį į jų ligą ir kančias (Taukeni, 2020). Biopsichosocialinio modelio „stipriosios pusės“ šios: geresnis pacientų pasitenkinimas, geresnis receptų laikymasis, labiau palaikomi elgesio pokyčiai, geresnė fizinė ir psichikos sveikata, mažesnis polinkis inicijuoti netinkamą veiklą (Nadir ir kt., 2018; Taukeni, 2020). Tuo pagrindu siekiama sumažinti daugkartinių apsilankymų ir priėmimo į ligonines skaičių, pagerinti sveikatos priežiūros personalo ir pacientų bendravimą, sukurti ir taikyti psichosocialinę paramą mirtinai sergantiems pacientams, jų šeimoms bei kurti psichologinius metodus, stiprinančius imuninę reakciją į ligą. Be to, remiantis šiuo požiūriu, yra rengiamos gyvenimo kokybės gerinimo programos, skirtos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, fizinę negalią turintiems asmenims ir pagyvenusiems pacientams, teigia Nadir ir kt. (2018) bei Taukeni (2020).

Viena iš galimybių yra fizinis aktyvumas. Gropper ir kiti autoriai (2020), kalbėdami apie biopsichosocialinę sveikatą, pažymi, kad fizinis aktyvumas yra tokia sisteminė ir dinamiška perspektyva, turinti potencialą konceptualizuoti fizinį aktyvumą, kuris ir yra labai sudėtingas, dinamiškas ir daugialypis elgesio reiškinys. Šiandien plačiai sutariama, kad fizinis aktyvumas turi didelį potencialą skatinti visuomenės sveikatą dėl savo įvairaus teigiamo biopsichosocialinio poveikio. John ir kt., (2020) teigia, kad biologiniu požiūriu daugelis teigiamų fizinio aktyvumo efektų, pavyzdžiui, raumenų ir kaulų sistemos ligų bei širdies ir kraujagyslių sistemos prevencijos, yra laikomi pagrįstais įrodymais. Taip pat plačiai pripažįstama, kad fizinis aktyvumas turi psichologinį poveikį, pavyzdžiui, depresijos simptomų mažinimui ar savigarbos didinimui (John ir kt., 2020). Iš tiesų fizinio aktyvumo poveikį galima apibūdinti iš biopsichosocialinės perspektyvos. Tai taip pat taikoma fizinio aktyvumo elgesio koreliacijoms. Šiuo atžvilgiu fizinio aktyvumo elgesiui įtakos turi biologiniai (pvz. genetiniai) veiksniai (Widmann ir kt., 2019), individuali sveikatos būklė ir psichologiniai (motyvacijos) aspektai bei socialiniai (pvz. socialinė parama iš tam tikrų žmonių) veiksniai (John ir kt., 2020).

Apibendrinant galima teigti, kad biopsichosocialinę sveikatą galima suprasti holistiniu požiūriu į įvairius reiškinius. Biopsichosocialinę sveikatą tinkamai nusako Engel sukurtas biopsichosocialinis sveikatos ir ligų aiškinimo modelis. Šis modelis, iš vienos pusės, atkreipia dėmesį į socialinių ir psichologinių veiksnių svarbą, iš kitos pusės, pripažįsta, jog riba tarp asmens sveikatos bei ligos būna neišvengiamai vien santykinė bei veikiama įvairių psichologinių, socialinių aplinkybių, dėl to pripažįsta gana subjektyvaus savo veikimo vertinimo svarbumą. Kita vertus, pripažįstama, kad sprendžiant apie asmens sveikatą yra svarbu ne tik objektyvios diagnozės, tačiau ir kaip asmuo jaučiasi – kaip jis subjektyviai mato savo funkcionavimą. O tai ypač aktualu esant vyresniame amžiuje bei suvokiant, kokie fizinės, psichikos bei socialinės sveikatos sunkumai būdingi šiame amžiaus periode.

1.2. Fizinė asmens sveikata

Fizinė sveikata – tai dinamiška būseną, jos biologinių, fiziologinių ir psichinių funkcijų, optimalaus darbingumo ir socialinio aktyvumo išsaugojimo ir vystymo procesas su maksimalia gyvenimo trukme (Koipysheva ir kt., 2018). Mokslinėje literatūroje fizinę sveikatą pristato ne vienas autorius, atskleidžiantis fizinės sveikatos įvairius aspektus. Fizinė sveikata yra sveikas kūnas, sugebantis atlaikyti fizinę įtampą, pasižymintis stipriu imunitetu ligoms ir gera kraujagyslių bei širdies sistemos veikla (Bebetsos ir kt., 2014). Taip pat ir organizmo sugebėjimas suformuoti apsaugantį atsaką į fiziologinę stresinę būseną, minimizuoti galimą žalą bei atstatyti organizmo pusiausvyrą yra asmens fizinė sveikata (Huber ir kt., 2011).

Koipysheva ir kiti tyrėjai (2018) plačiau apibūdindami asmens fizinę sveikatą teigia, kad tai yra normali tinkamai veikiančio, nepažeisto organizmo būklė bei pusiausvyros tarp vidaus ir išorės santykių rezultatas. Taip pat šie autoriai pažymi, kad fizinė sveikata yra normali visų lygių organizmo funkcija, normali biologinių procesų eiga, užtikrinanti asmens išlikimą ir dauginimąsi, dinamiška organizmo ir jo funkcijų pusiausvyra su aplinka, dalyvavimas socialinėje veikloje ir socialiai naudingas darbas, pagrindinių socialinių funkcijų atlikimas, ligų nebuvimas, organizmo gebėjimas prisitaikyti prie nuolat kintančių išorinės aplinkos sąlygų (Koipysheva ir kt., 2018). Be to, fizinė sveikata yra organizmo gebėjimas tinkamai keisti savo funkcinius rodiklius ir palaikyti optimalumą įvairiomis sąlygomis, o tai yra tipiškiausias jo normos kriterijus.

Garcia-Falgueras (2019) nuomone, fizinė sveikata yra metabolinė ir kognityvinė būseną, kuri apima jokių ligų nebuvimą ir yra pasiekama per sportą, mitybą ir (arba) ergogenines

priemonės, kurios leidžia asmenims tinkamai gyventi ir turėti maksimalų funkcionalumą. Autorius pažymi, kad fizinė sveikata yra individualus ir subjektyvus kiekvieno asmens aspektas, pasiekiamas įvairiais būdais, o jie visi yra suaugusio asmens atsakomybė (Garcia-Falgueras, 2019). Tai rodo aktyvų požiūrį, kodėl asmenys, nedalyvaujantys jokiaje fizinėje veikloje, negerina savo fizinės sveikatos.

Lebedinsky ir kt. (2017) pristato naują fizinės sveikatos apibrėžtį – tai genetiškai nulemtas asmens motorinis pajėgumas (fizinis pasirengimas), kuris per savo gyvenimą patiria reikšmingus morfofunkcinio prisitaikymo (fizinio vystymosi) pokyčius prie besikeičiančių išorinės aplinkos sąlygų ir gyvenimo veiklos procese. Remiantis šiuo apibrėžimu, pasak Koipysheva ir kt. (2018), fizinė sveikata, kaip ir sveikata apskritai, priklauso nuo keturių pagrindinių veiksnių:

- genetikos (paveldimumo) (18-22 proc.);
- sveikatos būklės (8-10 proc.);
- aplinkos būklės (17-20 proc.);
- asmens gyvenimo būdo (49-53 proc.).

Be to, sveikatos lygį lemia asmens gebėjimas prisitaikyti prie šių išvardintų veiksnių. Dauguma sveikatos sutrikimų yra susiję su rizikinga sveikatai elgsena, tokia kaip narkotinių medžiagų vartojimas, piktnaudžiavimas alkoholiu, rūkymas, menkas fizinis aktyvumas (Bebetsos ir kt., 2014). Asmens sveikatai palanki elgsena apima kūno svorio kontroliavimą, subalansuotą mitybą, optimalius fizinio aktyvumo įpročius (Wu ir kt., 2013). Tinkamą fizinę asmens sveikatą palaiko bei poveikį pozityviems jos pakitimams daro žalingų įpročių neturėjimas, fizinis aktyvumas (Gatchel, 2007). Fiziškai sveikas bei pajėgus asmens organizmas pasižymi kraujagyslių ir širdies sistemų išstverme bei darbingumu, išstverme, kūno kompozicija bei raumenų jėga, sąnarių paslankumu (Cederberg ir kt., 2011).

Biopsichosocialiniu požiūriu fizinė funkcija yra gebėjimas atlikti motorines užduotis, kurios atlieka sudėtingą kelių fiziologinių sistemų, tokių kaip neuromotorinės, raumenų ir kaulų sistemos bei kardiorespiracinės sistemos, integraciją (Jones ir kt., 2021; Ferrucci ir kt., 2018). Fizinė funkcija (arba gebėjimas) prisideda prie asmens gebėjimo užsiimti kasdienio gyvenimo veikla, o tai yra būtina senyvo amžiaus žmonėms, kad jie galėtų išlikti savarankiški (Jones ir kt., 2021). Tačiau su amžiumi yra prarandamas savarankiškumas, didėja negalia, gilėja socialinės rūpybos problema bei didėja sergamumas. Norint tikslingai tenkinti šios amžiaus grupės poreikius, palaikančius savarankišką gyvenimą, būtina suprasti biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius, kurie prisideda prie prastos vyresnio amžiaus žmonių fizinės funkcijos.

Kiti fiziologiniai komponentai, prisidedantys prie fizinės funkcijos, yra plaučių funkcija ir skeleto raumenų funkcija. Plaučių funkcija silpnėja dėl amžiaus, dėl to sutrinka ventiliacija, o tai gali neigiamai paveikti vyresnio amžiaus žmonių fizinę funkciją (Jones ir kt., 2021). Šios sistemos vyresniame amžiuje prasčiau funkcionuoja, todėl asmenys susiduria su sunkumais, atlikdami fizinę veiklą ar užsiimdami kasdienine veikla, todėl stengiasi jos vengti arba apriboti (Murniati ir kt., 2022). Svarbu pažymėti, jog fizinės funkcijos silpnėjimas gali pasireikšti palaipsniui, subtiliai ir gali būti ne iš karto matomas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, šeimoms ar net pačiam asmeniui (Murniati ir kt., 2022).

Senėjant dažniausiai neišvengiama ligų ir negalios (Kane, 2012). Kūno funkcijų silpnėjimo perspektyva dažnai kelia nerimą vyresniems asmenims. Autoriai teigia, kad senyvo amžiaus žmonių fizinė funkcija yra susijusi su psichiniais sutrikimais, gyvenimo kokybe ir reikšmingu poveikiu sėkmingam senėjimui (Murniati ir kt., 2022). Šią mintį pagrindžia Airijoje atlikto tyrimo duomenys, kuriuose teigiama, jog pagyvenusių asmenų fizinės sveikatos būklė yra reikšmingai susijusi su nerimu ir depresija (Bond ir kt., 2020).

Taigi, fizinė sveikata yra svarbus veiksnys visose amžiaus grupėse, ypač senatvėje, ir turi įtakos pasitenkinimui bei gyvenimo kokybei (Kane, 2012; Puvil ir kt., 2016). Gyvenimo kokybė atspindi gerovę kartu su objektyviu ir subjektyviu fizinės ir materialinės gerovės vertinimu, įskaitant asmeninį tobulėjimą, kryptingą veiklą, žvelgiant per individualių vertybių sistemą (Zivoder ir kt., 2018), kartu užtikrina sėkmingą senėjimą (Murniati ir kt., 2022).

Remiantis tuo, vienas pagrindinių iššūkių – rūpinimasis pagyvenusiais asmenimis, siekiant išlaikyti jų funkcinius gebėjimus, kuriuos sudaro vidiniai gebėjimai, aplinkos ypatybės, ir gebėjimas kuo ilgiau susidoroti su savo funkciniais apribojimais. Moksliniai tyrimai atskleidžia, kad bendras fizinis aktyvumas apsaugo tiek nuo kasdienės gyvenimo veiklos negalios, tiek nuo negalios sunkumo progresavimo bendroje populiacijoje (de Souto Barreto ir kt., 2016). Mankštos treniruotės, kurios yra planuojamos, struktūrizuotos, kartojamos ir tikslingos fizinės veiklos, paprastai naudojamos fiziniams ir funkciniais pajėgumams gerinti/palaikyti, turi teigiamą poveikį asmenų gebėjimui atlikti kasdienio gyvenimo veiklą (Crocker ir kt., 2013). Taip pat mankštos ir treniruotės gali teigiamai paveikti ir klinikinius rezultatus, kurie dažnai pasitaiko senyviems asmenims (pvz., griuvimai, širdies ir kraujagyslių ligos, nuotaikos sutrikimai), esant mažai nepageidaujamų sveikatos reiškinių rizikai (de Souto Barreto ir kt., 2016). Neatsitiktinai ne vienoje šalyje egzistuoja neinstitucinės programos senyvo amžiaus asmenims, yra steigiami gerontologijos

centrai, siūlydami dienos priežiūros paslaugas pagyvenusiems žmonėms, nuolatinę fizinę reabilitaciją, kasdien mokydami apie sveiką ir produktyvų senėjimą (Zivoder ir kt., 2018).

Apibendrinant galima teigti, kad fizinė sveikata apima organizmo sandarą, fiziologines ypatybes, atsakingas už harmoningą viso organizmo sistemų funkcionavimą. Fizinė sveikata – tai ir fizinis aktyvumas, ir fizinis atsparumas, kuris yra susijęs su gebėjimu atkurti arba optimizuoti funkciją su amžiumi susijusių susirgimų ar fizinį aktyvumą. Be to, fizinis atsparumas yra pagrindinis sėkmingo senėjimo aspektas.

1.3. Asmens psichikos sveikata

Psichologija yra mokslas, sietinas su asmens elgsena ir psichiniais procesais. Psichikos sveikata, anot Huber ir kt. (2011), apibūdinama vidiniu asmens darnos jausmu, padedančiu sėkmingam gebėjimui susidoroti bei atsigauti po didelio psichologinio streso ir išvengti potrauminės stresinės būsenos. Pasak Gatchel ir kitų tyrėjų (2007), vidinė darna apima subjektyviuosius gebėjimus, dėl kurių asmuo lengviau geba perprasti, valdyti bei įprasminti sudėtingas, painias gyvenimo situacijas. Tokie gebėjimai formuoja asmens pasaulio suvokimą, turi poveikį jo sveikatai ir gebėjimui adaptuotis (Gatchel ir kt., 2007). Gebėjimas prisitaikyti bei įveikti patiriamus sunkumus didina subjektyviąją gerovę ir daro poveikį pozityvioms interakcijoms tarp minčių bei kūno (Sarafino, Smith, 2017).

Psichologija yra susijusi ir su tuo, kaip žmonės elgiasi ir mąsto, įskaitant jų pažinimo funkciją, emocijas ir motyvaciją (Gatchel ir kt., 2007). Psichologiniai procesai, tokie kaip naujos informacijos gavimas, tos informacijos išsaugojimas, samprotavimas, interpretacija ir problemų sprendimas, yra susiję su pažinimu (Dhakal, Bobrin, 2022). Emocijos yra sudėtinga subjektyvių jausmų sąveika, kuri veikia ir yra veikiama išorinių dirgiklių. Yra teigiamų emocijų, tokių kaip džiaugsmas ir meilė, ir yra neigiamų emocijų, tokių kaip baimė, nerimas ir liūdesys. Teigiamą emocinę koreliaciją įvairiais būdais siejama su geresne sveikata ir greitesniu pasveikimu po ligos negu neigiama koreliacija, įskaitant sumažėjusią ligų riziką ir apskritai geresnę sveikatą. Be to, asmenų sprendimams kreiptis į medikus gali turėti įtakos ir emocijos (Tyng ir kt., 2017) bei motyvacija. Motyvacija yra procesas, kurio metu asmuo pradeda tam tikrą veiklą, pasirenka jos kryptį ir ją palaiko (Cook, Artino, 2016).

Taigi, skirtingi tyrėjai psichikos sveikatą tyrinėja gana skirtingais požiūriais – nuo asmens psichologinės gerovės ligi psichikos sutrikimų (Laird ir kt., 2019). Psichiškai sveikas asmuo

aiškiai mąsto, adekvačiai suvokia ir vertina save bei aplinką, tokio asmens savigarba būna aukšta, o nerimastingumo lygis žemas. Jis gerai emociškai jaučiasi, pasitiki tiek savimi, tiek kitais (Sarafino, Smith, 2017).

Psichikos sveikata apima teigiamas emocijas ir teigiamą veikimą. Keyes (2014) išskiria tris psichikos sveikatos komponentus: emocinę gerovę, psichinę gerovę ir socialinę gerovę:

- Emocinė gerovė apima laimę, susidomėjimą gyvenimu ir pasitenkinimą;
- Psichinė gerovė apima savo, kaip asmenybės, mėgavimąsi, gebėjimą valdyti kasdienio gyvenimo veiklas, gerus santykius su kitais ir pasitenkinimą gyvenimu;
- Socialinė gerovė reiškia teigiamą funkcionavimą ir apima norą kažkuo prisidėti prie visuomenės (socialinis indėlis), jaustis bendruomenės dalimi (socialinė integracija), tikėti, kad visuomenė tampa geresne vieta gyventi visiems žmonėms (socialinė aktualizacija) ir kad tai, kaip visuomenė veikia, jiems yra prasminga (socialinė darna).

Dažniausiai psichikos sveikata tiesiog apibūdinama remiantis šiais keturiais komponentais: psichikos, emocine, socialine ir dvasine sveikatos dimensija. Remiantis Sarafino ir Smith (2017) bei Laird ir kt. (2019), buvo susisteminti ir atskleisti psichikos sveikatos dėmenys (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. **Psichikos sveikatos komponentai**

Psichikos sveikatos komponentas	Apibūdinimas
Psichikos sveikata	Tai mąstymo psichologinės sveikatos dalis. Apima asmens vertybes, požiūrį ir įsitikinimus. Psichiškai sveikas asmuo gyvenimą suvokia realiai, gali prisitaikyti prie pokyčių, gali sukurti racionalias strategijas problemoms spręsti ir gali atlikti asmeninę bei profesinę veiklą
Emocinė sveikata	Tai jausmo psichologinės sveikatos dalis. Apima asmens emocines reakcijas į gyvenimą. Emociškai sveikas asmuo tinkamai reaguoja į jaudinančius įvykius ir įvairiais būdais išreiškia savo jausmus bei parodo emocijas
Socialinė sveikata	Psichikos sveikatos aspektas, apimantis sąveiką su kitais individualiai ir grupėse, gebėjimą naudotis socialine parama ir gebėjimą prisitaikyti prie įvairių situacijų
Dvasinė sveikata	Psichikos sveikatos aspektas, susijęs su gyvenimo prasmės ir tikslo jausmu, taip pat ryšio su kitais ir su gamta jausmas

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Sarafino ir Smith (2017); Laird ir kt., (2019).

Psichikos sveikata pati savaime neegzistuoja, kadangi tai neatskiriama ir esminė bendros sveikatos dalis. Laird ir kiti tyrėjai (2019) psichikos sveikatą išskiria kaip vieną esminių sveikatos sudedamųjų dalių, kuri suteikia asmeniui vertės jausmą, vidinio ir išorinio funkcionavimo kontrolę

bei supratimą. Autoriai ją traktuoja kaip geros esamos savijautos būseną, kada asmuo supranta savo gebėjimus ir gali įveikti įprastas stresines situacijas (Laird ir kt.2019).

Žmonės kartais jaučiasi atsparūs, stiprūs ir optimistiški, nepriklausomai nuo nemalonių įvykių ar situacijų, tačiau kartais gali pasijausti ne tokie atsparūs ir optimistiški vienoje ar kitoje gyvenimo srityje. Pasak Sarafino ir Smith (2017), maždaug 25 proc. žmonių tai gali turėti reikšmingos įtakos tam, kaip jie mąsto, jaučiasi ir elgiasi daugelyje gyvenimo sričių, įskaitant santykius, patirtį darbe, ryšio su bendraamžių grupėmis jausmą ir asmeninį vertės jausmą, fizinę sveikatą ir motyvaciją. Dėl to žmonėms gali išsivystyti psichikos sveikatos būklė – nerimas, depresija ar kt..

Mokslininkų teigimu, psichologinis atsparumas plačiai apibrėžtas kaip gebėjimas išlaikyti ar atgauti psichologinę gerovę iššūkių akivaizdoje (Ryff ir kt., 2012). Atsparumas yra sudėtingas konstruktas, kurį galima konceptualizuoti kaip požymį (bruožą), kurį skirtingu laipsniu turi skirtingi asmenys, dinamišką procesą (būseną), turintį dvikrypčius ryšius su vystymosi ir aplinkos veiksniais, ir kaip rezultatą streso ar negandų akivaizdoje (Ryff ir kt., 2012). Priklausomai nuo teorinės perspektyvos, populiacijos ir atitinkamo rizikos veiksnio, atsparūs rezultatai gali būti įgyvendinami kaip teigiamo rezultato buvimas (pvz., pasitenkinimas gyvenimu) arba neigiamo rezultato nebuvimas (pvz., psichopatologijos stoka). Psichologinis atsparumas buvo konceptualizuotas kaip daugialypis, dinamiškas pajėgumas, kurį sąlygoja vidinių veiksmų (pvz., kognityvinių gebėjimų, asmenybės, fizinės sveikatos) ir išorinių išteklių (pvz., socialinio statuso, finansinio stabilumo) sąveika (Laird ir kt., 2019).

Senyvame amžiuje šie ištekliai sumažėja, tad psichikos sveikata patiria įvairių sunkumų. Spirgienė (2010) bei Lesauskaitė ir kt. (2017) teigia, jog asmenims, esantiems vyresniame amžiuje, pasireiškia pažinimo funkcijos bei atminties sutrikimai. Spirgienės (2010) atliktame tyrime buvo nustatyta, kad beveik 8 proc. globos įstaigos gyventojų reikėjo specialistų pagalbos dėl pasireiškusių depresijos simptomų. Be to, autorė pastebėjo ryšį tarp netinkamo gyventojų socialinio elgesio ir depresijos požymių (Spirgienė, 2010). Tame pačiame tyrime buvo nustatyta: „Moterims dažniau nei vyrams nustatyti galimos depresijos, nerimo, liūdesio požymiai, tai neigiamos mintys, nerealios baimės, nuolatiniai skundai sveikata, liūdna, susirūpinusi veido išraiška, verksmingumas ir ašarojimas, kartojimas, kad nutiks kažkas bloga, malonumo stoka gyvenime, moterys dažniau neužsiėmė dominančia veikla“ (Spirgienė, 2010, p. 81). Autorė pastebi, kad nuo to, kiek asmuo yra priklausomas kasdienėse veiklose nuo kitų asmenų, formuojasi teigiamas požiūris į gyvenimą. Tyrimas atskleidė: „<...> dauguma gyventojų, kurie pastoviai

teigiamai žiūrėjo į gyvenimą, tikėjo, kad gali pagerinti fizines funkcijas, puikiai, gerai vertino savo sveikatą buvo nepriklausomi (ar reikėjo nedidelės priežiūros) kasdienėje veikloje<...>“, o „<...> gyventojai, kurie buvo priklausomi, visiškai priklausomi kasdienėje veikloje beveik penkis kartus mažiau turėjo pastoviai teigiamą požiūrį, daugiau nei tris kartus mažiau tikėjo, kad gali pagerinti savo fizines funkcijas <...>“ (Spirgienė, 2010, p. 90).

Taip pat šiame amžiaus tarpsnyje pasireiškia Alzheimerio liga, demencija bei kitos ligos, kurios daro įtaką asmenų psichikos sveikatai. Demencija tai bendrinis neurodegeneracines ligas apibūdinantis terminas, kuris turi daugybę potipių, o Alzheimerio liga (AL) yra labiausiai paplitusi vyresnio amžiaus žmonių tarpe. Ligos metu vyksta negrįžtamas ir progresuojantis smegenų ląstelių degeneracinis procesas, dėl kurio susilpnėja psichinė funkcija bei sutrikdomas kasdienis gyvenimas (Popa ir kt., 2021). Demencijai progresuojant, atsiranda pagalbos poreikis tvarkantis su kasdienio gyvenimo veikla, todėl atsiranda didesnis priežiūros poreikis, norint užtikrinti šių asmenų saugumą ir gerovę (Lee ir kt., 2022). Demencija yra lėtai progresuojanti smegenų liga, kurios metu pažeidžiama daugelis svarbių galvos smegenų funkcijų. Net pasiekus sunkiausią ligos formą, žmogus gali patirti džiaugsmą ir gyvenimo prasmę, todėl svarbu suvokti, kad demencija sergančio asmens gyvenimo kokybė priklauso nuo santykio su artimaisiais, bendruomene ir slaugančiaisiais.⁶

Apibendrinant galima teigti, kad psichikos sveikata yra susijusi su subjektyvia asmens gerove. Ji apima emocinę būseną, psichologinę ir socialinę funkcionavimą. Gera psichikos sveikata – tai teigiamų asmens gebėjimų ir funkcionavimo būsenų buvimas pažinime, afekte ir elgesyje. Vyresniame amžiuje pasireiškia psichikos sveikatos sutrikimų ir ligų, o dažniausiai asmenys, gyvenantys socialinės globos įstaigose, kenčia nuo Alzheimerio ligos ir įvairių demencijos formų.

1.4. Socialinė asmens sveikata

Socialinė gerovė reiškia asmens santykius ir tai, kaip jis bendrauja su aplinkiniais. Socialinę sveikatą galima apibūdinti kaip asmens gebėjimą bendrauti ir užmegzti prasmingus santykius su kitais. Tai taip pat susiję su tuo, kaip patogiai galima prisitaikyti socialinėse situacijose. Socialiniai santykiai turi įtakos asmens psichikos bei fizinei sveikatai. Juozulyno ir kitų tyrėjų (2013) nuomone, socialinę sveikatą galima apibrėžti kaip asmens bei visuomenės socialinę gerovę, ar asmenų tarpusavio ryšių pagrindu besiformuojančią socialinę galią, kurios būseną apsprendžia tu

⁶Manoslauga: <https://manoslauga.lt/demencija-ir-alzhaimerio-liga-serganciuju-slauga/>

ryšių intensyvumas. „Socialinė sveikata nėra izoliuotas reiškinys, bet kartu su kitais socialiniais, kultūriniais reiškiniais sudaro socialinį kapitalą“ (Juozulynas ir kt., 2013, p. 38).

Autorių teigimu (Juozulynas ir kt., 2013), socialinė sveikata yra asmens gebėjimas išpildyti savą potencialą bei įsipareigojimus, gebėjimas valdyti savo gyvenimą neatsižvelgiant į mediciniškai įvertintą būklę bei dalyvauti visuomeninėje veikloje ir bendruomenės aplinkoje. Tai dinaminis balansas tarp esamų galimybių bei apribojimų ar barjerų (Huber ir kt., 2011). Socialinę sveikatą taip pat galima apibūdinti kaip gerus tarpusavio santykius su šeimos nariais, artimais draugais ir jų puoselėjimą bei socialinį palaikymą kilusių sunkumų metu (Gatchel ir kt., 2007).

Žmonės gyvena socialiniame pasaulyje, kuriame yra santykiai su kitais asmenimis, pvz., šeimos nariais, draugais ar grupėmis, kur kažkieno bendravimas su kitais žmonėmis daro įtaką vienas kitam, teigia Sarafino ir Smith (2017), o socialiniai procesai suteikia stiprią motyvaciją, kuri gali būti naudojama kaip svarbus būsimos sveikatos prognozuotojas. Taigi, socialinė aplinka yra svarus veiksnys, kuris daro įtaką individualiai sveikatai (Sarafino, Smith, 2017). Be to, Juozulynas ir kt. (2013, p. 41) teigia: „Gerą socialinės sveikatos raišką lemia apskritai geras, draugiškas sutarimas visokiais klausimais su visais žmonėmis. Draugystė ir sutarimas – viena iš pagrindinių žmogaus gyvenimo vertybių tarpasmeninių santykių srityje“.

Socialinę sveikatą galima apibrėžti dviem prasmėmis. Tai reiškia asmens sveikatą, atsižvelgiant į jo/jos gebėjimą bendrauti su kitais, taip pat visuomenės sveikatą platesne prasme, t.y. pagrindinis dėmesys skiriamas tam, kaip visuomenės nariai elgiasi vieni su kitais ir tarpusavyje, kokia socialinė aplinka ir kaip vyraujantys papročiai bei tradicijos lemia asmenų elgesį vienas kito ir visos visuomenės atžvilgiu, taip pat formuoja socialinę sveikatą. Socialinė sveikata priklauso ir nuo to, kokia yra natūrali asmens aplinka. Visos bendruomenės vaidmuo įgyja svarbią reikšmę gerinant ir palaikant asmenų sveikatos kokybę.

Šioms mintims pritaria, Juozulynas ir kiti tyrėjai (2013), kurie atskleidė, jog asmenų socialinę sveikatą lemia tokie veiksniai, kaip bendrystės poreikis, geranoriškumas, dirglumas, susierzinimas, darna šeimoje, draugystės bei sutarimo raiška, jos poveikis socialinei sveikatai. Socialinė parama – tai būdas bei kartu paguoda ir dėmesys, įvertinimas ar pagalba, kurią galima gauti iš kito asmens ar grupės (Uchino, 2004). Taip pat jos dėka siekiama didinti sąveiką su kitais žmonėmis, kurti ir plėtoti socialines normas, aplinkos abipusiškumą, socialinį pasitikėjimą, kuris skatina bendruomenės narių bendravimą ir bendradarbiavimą. Be to, socialinė parama teikia naudą sveikatai (Cao, Rammohan, 2016), yra matuojama abipusiu pasitikėjimu bendruomenėje, rodo teigiamą ryšį su fizine ir psichine senyvo amžiaus žmonių sveikata (Uchino, 2004).

Socialinė sveikata vyresniame amžiuje kinta ir yra pažeidžiama. Kasdienio gyvenimo veikla kelia sunkumų bei apima asmens gebėjimo atlikti pagrindines kasdienes funkcijas, tokias kaip valgymas, apsirengimas, maudymasis ir tualetas bei kt. Edemekong ir kitų tyrėjų (2022) teigimu, tai yra pagrindinių gebėjimų grupė, kuri reikalinga savarankiškam rūpinimuisi savimi. Kartu tai yra ir kasdienio gyvenimo veiklos proceso dalis, teigia Cao ir Rammohan (2016), o Bond ir kt. tyrėjai (2020) teigia, kad asmenys, kuriems sunku atlikti kasdienio gyvenimo veiklą, dažniau patiria depresiją.

Senyvame amžiuje pasireiškia vienišumas, skurdas ir kitos problemos (Sirgienė, 2010; Lesauskaitė ir kt., 2017; Charenkova, 2020). Autorės teigia, jog senyvo amžiaus asmenims sunku įsilieti į bendruomenę, dažniau patiria depresiją ir praranda susidomėjimą (Sirgienė, 2010; Lesauskaitė ir kt., 2017; Hao ir kt., 2017). Be to, senyvame amžiuje asmenys nebeužsiima veikla, kuria anksčiau domėjosi (Sirgienė, 2010). Tinkamas prisitaikymas prie esamos situacijos ar ligos įgalina asmenis dirbti, socialiai veikti bei jaustis sveikiems. Šiuos teiginius patvirtina Huber ir kiti tyrėjai (2011), kurių teigimu, tikslingai taikomos įvairios programos taip pat gali padėti efektyviau susitvarkyti su kilusiais gyvenimo iššūkiais bei liga. Pavyzdžiui, po tam tikrų mokymų buvo pastebėta, jog pagerėjo tiriamų dalyvių subjektyviosios sveikatos įvertinimai, gerokai mažiau jie juto distresą, jautėsi energingesni, mažiau pavargę, sumažėjo negalios bei socialinių apribojimų supratimas, sumažėjo sveikatos priežiūros kaštai (Huber ir kt., 2011). Taip pat ir įvairios programos bei institucijos gali padėti asmenims, esantiems senėjimo procese.

Apibendrinant galima teigti, kad socialinė sveikata – tai gebėjimas formuoti patenkinamus tarpasmeninius santykius su aplinkiniais. Asmenys, kurie geba kurti teigiamus santykius ir įgyja gebėjimą prisitaikyti įvairiose socialinėse situacijose bei tinkamai elgtis pagal atitinkamą situaciją, gali būti vadinami socialiai sveikais asmenimis. Asmenys, esantys vyresniame amžiuje, patiria ne vieną sunkumą, susijusį su socialine sveikata, o vienišumas ir socialinė izoliacija yra didžiausia senyvo amžiaus asmenų problema.

1.5. Gyvenimas socialinės globos namuose

Senstančios visuomenės problema ir sparčiai didėjantis senyvo amžiaus žmonių skaičius, šeimų bei socialinių struktūrų pokyčiai nulemia poreikį instituciškai pagelbėti šiai asmenų grupei (Charenkova, 2020; Lesauskaitė ir kt., 2017). Nors Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos leidžiami įstatymai bei visos Europos sąjungos diskursas pabrėžia senyvo

amžiaus žmonių kuo ilgesnio savarankiško gyvenimo svarbą šeimoje bei savo namuose, tačiau mūsų šalyje, kaip ir kitose Europos valstybėse, ilgalaikių socialinės globos institucijų poreikis nuolat auga. Tokios paslaugos dažniausiai teikiamos gerontologijos centruose bei ilgalaikės socialinės globos įstaigose, kurių tikslas palaikyti ir gerinti asmenų fizinį aktyvumą, o tai savo ruožtu pagerina senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybę.

Viena iš priežasčių, kodėl senyvo amžiaus žmonės apsigyvena ilgalaikės globos institucijose, yra savarankiškumo sumažėjimas ir dėl to kylančios problemos, tokios kaip netinkamai pritaikyta namų aplinka. Taip pat senyvo amžiaus žmonės susiduria su kitomis problemomis, daugybiniais sveikatos sutrikimais, t.y., pasireiškia įvairios ligos ir geriatrijos sindromai, kurie atsiranda dėl daugybės priežasčių (Spirgienė, 2010; Lesauskaitė ir kt., 2017). Kaip ir buvo minėta, senatvėje ar esant senyvame amžiuje sveikatos ištekliai sumažėja. Spirgienė (2010) įvardina šias pagrindines problemas, su kuriomis susiduria asmenys, gyvenantys ilgalaikės globos institucijose (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. **Pagrindinės socialinės globos namų gyventojų problemos**

Dažniausiai pasitaikančios ligos	Geriatrijos gigantai	Kitos problemos
Lėtinės širdies ir kraujagyslių ligos Pažinimo funkcijų sutrikimai Psichikos sutrikimai (beveik 50 proc. gyventojų serga demencija, beveik trečdalis depresija) Kvėpavimo sistemos ligos Nervų sistemos ligos Virškinimo sistemos ligos Judėjimo, atramos sistemos ligos	Nemiga Nestabilumas Šlapimo ir išmatų nelaikymas Nejudrumas Išsekimas Intelektto sutrikimas Minčių padrikumas Izoliacija Jatrogenijos Nuskurdimas	Skausmas Pragulų rizika Didelė priklausomybė nuo personalo vykdant kasdienę veiklą.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Spirgienė (2010); Charenkova, (2020).

Charenkova (2020) ir Spirgienė (2010) teigia, kad šios išvardintos sveikatos būsenos mažina senyvo amžiaus asmenų funkcinę būklę, turi įtakos gyvenimo kokybei, savarankiškumui ir bendrai sveikatos būklei.

Toliušienė (2021) teigia, kad šio amžiaus asmenims, prireikus apsigyventi socialinės globos namuose, gali tekti ne tik dėl sveikatos praradimo, bet ir dėl vienvietės, artimųjų netekties arba artimųjų nepriežiūros, finansinių ar kitų sunkumų. Pakeisti savo gyvenamąją vietą senyvame amžiuje yra gana sudėtingas bei daug nerimo ir negatyvių emocijų sukeliantis reiškinys (Charenkova, 2020). Autorė detalizuoja, jog gyvenimo globos įstaigoje „trajektorija“ bendrai yra orientuota į neigiamas patirtis: silpimas, sveikatos prastėjimas, mažėjantis gebėjimas pasirūpinti savimi, auganti priklausomybė nuo kitų tenkinant savo poreikius. „Šiame kontekste gyvenamos

vietos keitimas bei persikėlimas į globos įstaigą vyresniame amžiuje yra iššūkis, turintis didelį poveikį vyresnio amžiaus asmens savarankiškumui, savęs vertinimui, subjektyviam gyvenimo kokybės patyrimui bei tapatumui“ (Charenkova, 2020, p. 45). Dažnai pastebimas ir didžiulis pasipriešinimas šiam žingsniui, kuris kyla dėl įvairių priežasčių: statuso ir saugumo jausmo praradimo, kurį suteikia nuosavo būsto turėjimas bei gyvenimas įprastoje aplinkoje. Žmonės vengia apsigyventi globos namuose. Šis pasipriešinimas suprantamas, juk asmenys gyvens ne savuose namuose, ne įprastoje bendruomenėje, o globos/institucinėje įstaigoje. Ypač, kai stebima padidėjusi sergamumo ir mirtingumo rizika (Charenkova, 2020). Tai dar viena svari nenoro persikelti gyventi į socialinės globos namus priežastis.

Be to, socialinės globos įstaigų gyventojai „atsargiai užmezga naujas draugystes, nenori pasirodyti per daug įkyrūs, tad neturint palaikymo, pavyzdžiui, iš globos įstaigos personalo, jiems būna sunku kurti naujus ir prasmingus socialinius ryšius“ (Charenkova, 2020, p. 54, cit. Reed, Payton ir Bond, 1998; Lee, 1999). „Asmenys, kurie po persikėlimo į globos įstaigą nesukūrė santykių nei su globos įstaigos personalu, nei su kitais gyventojais, negalėjo kompensuoti retėjančio kontakto su šeimos nariais, todėl išgyveno vienatvės jausmą, šeimos narių ir draugų ilgesį ir jų socialinė izoliacija gilėjo“ (Charenkova, 2020, p. 54, cit. Wilson, 1997; Saunders, Heliker, 2008). Mokslininkės atliktas tyrimas parodė, kad net 64,3 proc. socialinės globos įstaigos gyventojų yra sumažėjęs socialinis bendravimas, o 54 proc. gyventojų „niekada nebendravo su senais pažįstamais ar šeimos nariais“ (Spirgienė, 2010, p. 97).

Taigi, stebimas kompleksas aspektų, kurie viena vertus suvokiami kaip probleminės sritys, o iš kitos pusės suprantami kaip „pateisinamos“ priežastys. Būtina atsižvelgti į konkretaus asmens sveikatą, galimybes bei savarankiškumo sumažėjimą bei rinktis priimtinausią sprendimą. Dažnai yra neišvengiamas ir gyvenimas „naujuose namuose“, nors ir vyrauja asmens negatyvus požiūris. Apsigyvenus ilgalaikės socialinės globos institucijose, itin svarbu, kaip teigia Smsonienė, Gotbergė ir Rimkevičienė (2024, p. 23), „kad socialinės globos namai užtikrintų ne tik fizinę priežiūrą, bet ir psichologinę bei socialinę senjorų gerovę.“ Dar vienas svarbus aspektas, apsigyvenus globos įstaigoje, tai yra pagarba ir asmens autonomijos išsaugojimas.

Pagrindiniai autonomijos elementai, teigia Lesauskaitė ir kiti tyrėjai (2017), yra šie: orumas, saviraiška, nepriklausomumas, pasirinkimo ir privatumo aspektai. Norint išsaugoti asmenų, gyvenančių globos namuose, autonomiją, svarbu į šiuos aspektus atsižvelgti ir elgesį bei veikimo būdą formuoti atitinkamai. Darbo autorius susistemino šiuos aspektus, remdamasis Lesauskaitės ir kitų tyrėjų (2017) duomenimis (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Autonomijos išsaugojimo elementai

Orumas	Saviraiška	Nepriklausomumas	Pasirinkimas	Privatumas
Gyventojų įtraukimas į svarbių klausimų sprendimą	Gyventojų gebėjimų ir patirties pažinimas	Rizikos elementų suvokimas	Galimybių rinktis kasdienybėje užtikrinimas	Gyventojų poreikio bendrauti su kitais įvertinimas
Žmogaus, kaip visumos, su jo patirtimi, pripažinimas	Sąlygų sudarymas jiems plėtoti ir ugdytis naujus pomėgius	Galimybių suteikimas galvoti ir veikti nepriklausomai nuo kitų	Informacijos suteikimas priimant sprendimus	Sąlygų laisvai kalbėtis, skambinti telefonu, susirašinėti ir susitikti sudarymas
Kultūrinių poreikių ir normų pripažinimas	Suprasti ir rūpintis emociniais ir dvasiniais poreikiais	Sąlygų didesniai savarankiškumui suteikimas	Pasirinkimo laisvei fizinės aplinkos sukūrimas	Sąlygų privačiai naudotis sanitarinėmis patalpomis užtikrinimas
Pagarba konfidencialumui ir privatumui	Skatinamosios aplinkos kūrimas	Pusiausvyros tarp nepriklausomumo ir rizikos išsaugojimas	Ribų stebėjimas renkantis, kad nevaržytų kitų žmonių	Asmeninės informacijos konfidencialumo principų laikymasis
Reagavimas į skundus	Lankstaus gyvenimo būdo kūrimas	Nepriklausomumo apsaugos ir stebėjimo sistemos užtikrinimas	Galimybės rinktis kitas institucijas užtikrinimas	
Pagalba ryšių su aplinka palaikyme				

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Lesauskaitė ir kt. (2017).

Autonomijos išsaugojimas yra labai svarbus elementas apsigyvenus ilgalaikės socialinės globos įstaigoje, bet ne ką mažiau svarbus tinkamas požiūris į senyvo amžiaus žmogų bei jo slaugos ypatumus, kurie turi būti paremti kompleksiško principu.

Senyvo amžiaus žmogaus funkcijų atstatymui reikalinga komanda, nes sudėtinga holistiškai suteikti paslaugą specialistams dirbant atskirai. Dažniausiai komandą, pasak Lesauskaitės ir kitų tyrėjų (2017), sudaro:

- gydytojas,
- slaugytojas,
- kineziterapeutas,
- fiziooterapeutas,
- ergoterapeutas,
- kalbos terapeutas,
- medicinos socialinis darbuotojas,
- psichogeriatras,
- klinikinis farmokologas.

Šios paslaugos orientuotos į asmens biopsichosocialinę sveikatą ir teikiamos specialistų atskirai, todėl čia tampa itin aktualus tarpdalykis požiūris į senyvo amžiaus asmens priežiūrą ir slaugą, nes tik toks požiūris gali padidinti išgyvenamumą ir išsaugoti savarankiškumą.

Menų terapija yra dažnai naudojama nemedikamentinė priemonė įvairioms biopsichosocialinėms problemoms spręsti. Menų terapija, kuri apima keturias menų kryptis (muziką, šokio-judesio, dramos ir dailės), yra moksliskai pagrįsta galimybė asmenų, esančių vyresniame amžiuje, sveikatinimui (Barnish, Barran, 2020). Pavyzdžiui, dailės terapija, kaip viena meno terapijos rūšių, veiksmingai pagerina senyvo amžiaus žmonių pažinimo funkcijas, nuotaiką bei motorinius įgūdžius, veiksmingai prisideda prie skausmo malšinimo ir atminties gerinimo, kuria socialinius ryšius ir skatina saviraišką bei naujus mąstymo būdus⁷; padeda sumažinti patiriamą stresą ir tai yra tinkama saviraiškos priemonė senyvo amžiaus asmenims, kurie serga demencija bei prisideda prie tokių biologinių funkcijų skatinimo, kaip kraujotakos gerinimas bei uždegimo mažinimas (Sauer, 2019). Kita galimybė pagerinti senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybę yra šokio-judesio terapija. Moksliniais tyrimais atskleistas ŠJT efektyvumas kaip vienas iš nefarmakologinių būdų palengvinti senyvo amžiaus asmenų depresijos ir nerimo simptomus bei pagerinti gyvenimo kokybę (Huang ir kt., 2023; Karkou ir kt., 2019; Rainbow ir kt. 2020).

Apibendrinant galima teigti, kad persikėlimas į ilgalaikės socialinės globos namus yra nelaukiamas ir turintis rizikos faktorių sprendimas, tačiau kartais neišvengiamas. Kompleksiška pagalba ir asmens orumą, ir socialinę įtrauktį bei sveikatinimą palaikanti aplinka sudaro palankesnes sąlygas adaptacijai ir šių asmenų gyvenimo kokybei.

⁷AmeriCare: <https://www.americareinfo.com/8-benefits-of-art-therapy-for-seniors/>

2. ŠJT SAMPRATA IR TAIKYMO YPATUMAI VYRESNIEMS ASMENIMS, GYVENANTIEMS SOCIALINĖS GLOBOS NAMUOSE

Šio skyriaus pirmoje dalyje pateikiama menų terapijos ir šokio-judesio terapijos samprata, pagrindiniai jų elementai ir ŠJT sesijose naudojamos priemonės, toliau įvardijama ŠJT nauda biopsichosocialinei asmens sveikatai ir paskutinėje dalyje aptariamos ŠJT taikymo galimybės asmenims gyvenantiems socialinės globos namuose.

2.1. Menų terapija ir šokio-judesio terapijos samprata

Menų terapija. Karkou ir Sanderson (2006) teigia, kad gydymo menu idėja gyvuoja jau nuo senų laikų, tačiau ji neturėjo laipsniško ar nuoseklaus augimo. Antikinėje Graikijoje prasidėjęs susidomėjimas buvo prarastas Viduramžiais, bet su Renesanso ir Švietimo epocha vėl atgimė. Deja, Viktorijos laikais vėl prarado savo reikšmę, atgavo ją tik po Antrojo pasaulinio karo. XX a. pradžioje prasidėję šiuolaikinės psichologijos, meninio judėjimo, socialinėje psichiatrijoje bei švietime apraiškos davė pradžią menų terapijos vystymuisi. Oficialiai skelbiama, kad menų terapijos, kaip profesijos pripažinimas, prasidėjo XX a. antroje pusėje, politinių perversmų dėka, kuriuos inicijavo menininkai, mokytojai bei kiti sveikatos priežiūros specialistai (Karkou, Sanderson, 2006).

Menų terapija – tai menų terapeuto ir kliento bendradarbiavimas, naudojant meną bei susikuriančius tarpusavio ryšius kliento sveikatingumo ir gyvenimo kokybės optimizavimui (Aleksienė, 2009, p. 39). Menų terapijos tikslas yra sutelkti dėmesį į procesą, o ne į rezultatą, kurio sėkmė priklauso nuo neverbalinio bendravimo ir kuris gali vykti trimis lygmenimis. Karkou ir Sanderson (2006) juos pristato:

- *Vidinis lygmuo* – tai neverbalinės komunikacijos tipas, kuriame pagrindinis dėmesys skiriamas kliento vidiniams procesams, kurie nebūtinai yra matomi stebėtojui, nes vyksta asmens viduje. Klientas pats sprendžia ar pasidalinti šia informacija su terapeutu;
- *Diadinis* – tai kliento ir terapeuto bendravimas, kuriame verbalinė ir neverbalinė komunikacija yra lygiavertė;
- *Grupės lygmuo*, kur neverbalinis bendravimas vyksta grupėse, siekiant individualių ar grupės tikslų, pasitelkiant grupinę dinamiką.

Menų terapeutai savo darbe remiasi savo sričiai artimomis psichologinėmis kryptimis ir požiūriais darbe su klientais: humanistine psichoterapija, eklektiniais/integraciniais metodais; psichoanalitine/psichodinamine psichoterapija; vystymosi modeliais; meniniu/ kūrybiniu požiūriu; aktyviu/direktyviu požiūriu (Karkou, Sanderson, 2006). Menų terapeutai, kurdami savo darbo konceptą, taiko ir plėtoja šiuos principus, savo praktikoje derindami juos skirtingose darbo aplinkose, pritaikydami skirtingoms klientų grupėms (ten pat). Remiantis Karkou ir Sanderson (2006), sudarytas bei pateikiamas menų terapijos principų aprašymas ir paaiškinimas kokiose aplinkose bei su kokioms klientų grupėms jie yra dažniausiai taikomi (žr. 4 lentelę), bei pateikiama dažniausiai meno terapeutų naudojamo humanistinio modelio schema (žr. 2 pav.)

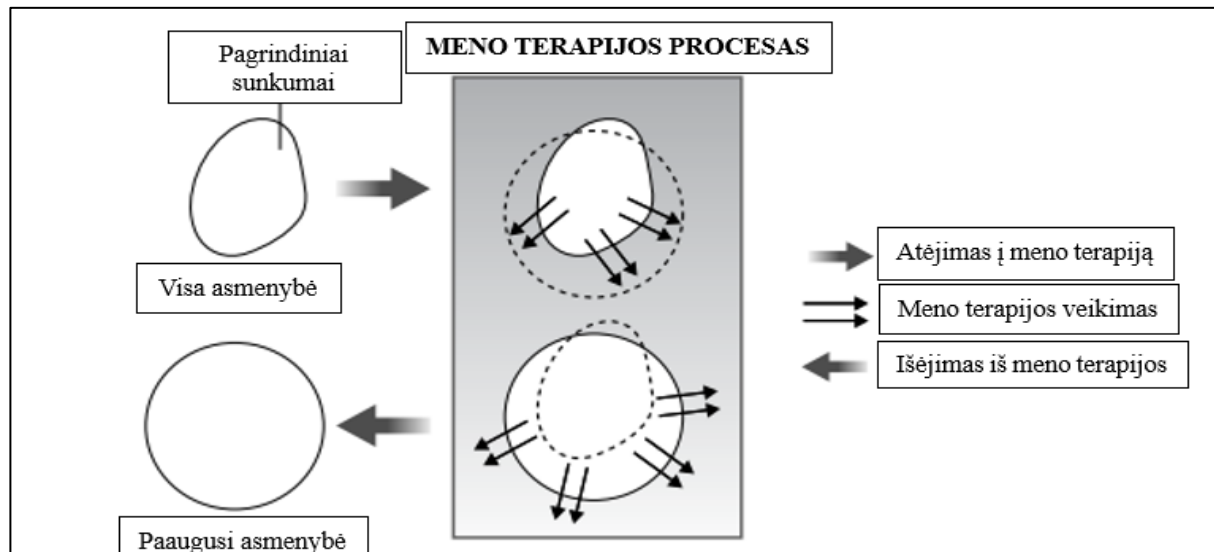
4 lentelė. Menų terapeutų taikomi terapijos proceso modeliai

Terapijos proceso modelis	Modelio pagrindiniai aspektai	Taikymo galimybės	Klientų grupė
Humanistinis (žr. 2 pav.)	Akcentuojama asmens raida, savirealizacija, „čia ir dabar“ momentas proceso metu bei artimas ryšys tarp terapeuto ir kliento	Švietimo sistemoje; Privačioje praktikoje	Neturintiems aiškiai pasireiškiančių sutrikimų
Eklektinis/ integratyvus	Įvairių terapinių priemonių derinys, kuris siejasi su dabartiniu postmoderniu mąstymu ir poreikiu lanksčiai patenkinti įvairius klientų poreikius. Svarbus kruopštus taikomų metodų ir praktikų parinkimas, kad būtų išvengta beformių ar netinkamai apibrėžtų praktikų	Privačioje praktikoje	Neturintiems aiškiai pasireiškiančių sutrikimų
Psichoanalitinis/ psichodinaminis	Dėmesys nesąmoningiems procesams, kliento ir terapeuto santykiams bei vidinės ir išorinės realybės sąveikai	Sveikatos priežiūros sistemoje	Teikiama pirmenybė darbu su klientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų
Vystymosi	<i>Psichoterapinė</i> kryptis daugiau dėmesio skiria emociniams procesams, o <i>psichologinė/edukacinė</i> kryptis – pažinimo procesams	Švietimo įstaigose	Turintiems mokymosi sunkumų, dažniausiai vaikams
Meninis/ kūrybinis	Dažniausiai apjungiami kartu su psichoterapiniais elementais, tačiau kai naudojama atskirai, terapinis procesas panašus į meninį procesą, kurio pagrindinis tikslas stiprinti meninį/kūrybinį Aš	Privačioje praktikoje	Klientams turintiems mokymosi sunkumų Neturintiems aiškiai pasireiškiančių sutrikimų
Aktyvus/direktyvus (žr. 2 pav.)	Aktyvus požiūris į procesą. Daug debatų keliantis procesas, kuris susijęs su psichoedukaciniu, biheavioristiniu požiūriu. Tai trumpas ir atsargumo reikalaujantis procesas, kuriame yra būtinas veiklos naudojimo elementas	Psichikos sveikatos sistemoje; Švietimo įstaigose	Klientams turintiems mokymosi sutrikimų

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus remiantis Karkou ir Sanderson (2006, p. 73-103).

Lentelėje pateikti modeliai yra išvardinti eiliškumo principu, nuo dažniausiai iki rečiausiai naudojamo modelio menų terapeutų praktikoje. Pavyzdžiui, dažniausiai menų terapijoje taikoma humanistinė prieiga, kur siekiama kliento asmeninio augimo potencialo, o keliami terapiniai tikslai yra orientuoti į savirealizaciją ir atsakomybę už save patį. Terapijos metu dalyvauja visos kliento

asmenybės dalys, tačiau labiausiai išryškinama saviraiška ir kūrybiškumas. Terapeutas yra aktyvus užsiėmimų metu bei skatina kliento buvimo „čia ir dabar“ momentą, o svarbiausia – skatina atrasti asmeninę prasmę. Humanistiniais principais grįstoje terapijoje vertinamas glaudus terapeuto ir kliento ryšys, kitaip tariant, jie abu yra lygiaverčiai partneriai terapiniame kelyje (Karkou, Sanderson, 2006). Pagrindiniai aspektai atsispindi 2 paveiksle.



2 pav. Humanistinis meno terapijos modelis
Šaltinis: Karkou ir Sanderson (2006, p. 78)

Menų terapeutai daugiausia dirba ligoninėse, švietimo įstaigose, bendruomeninėse įstaigose, privačiame sektoriuje ir kt. (Karkou, Sanderson 2006, p. 24-25, cit. pag. Odell-Miller ir kt.). Dirba su įvairių sunkumų kamuojamais klientais, pradedant nuo tų, kurie turi sunkių psichikos sveikatos problemų (tokių kaip šizofrenija) ar turi didelių mokymosi sunkumų, iki tų, kurių sunkumai yra lengvesni. Pagrindinės klientų, su kuriais dirba menų terapeutai, problemos:

- psichikos sveikatos problemos, tokios kaip šizofrenija, depresija, bipolinis sutrikimas, asmenybės sutrikimai, savęs žalojimas, valgymo sutrikimai, nerimas ir panikos priepuoliai, potrauminio streso sindromas, demencija;
- mokymosi sunkumai, kurie gali būti lengvi, vidutinio sunkumo ar dideli, autizmas, Aspergerio sindromas, dėmesio deficito hiperaktyvumo sutrikimas (ADHD), kalbos ir bendravimo problemos;
- socialinis nepriteklus ir izoliacija dėl įkalinimo, ar atsiskyrimas nuo socialinio gyvenimo, pvz. nusikaltimų, pabėgėlių, benamių ir t.t.;
- sveikatos problemos, tokios kaip vėžys, ŽIV, AIDS, insultas ir (arba) širdies priepuolis, lėtinis skausmas;

- jutimo ir (arba) fizinės problemos;
- stresas, žema savigarba ir emocinės ar socialinės problemos (Karkou, Sanderson, 2006, p. 23).

Taigi, menų terapija taikoma gana plačiai ir su skirtingomis klientų grupėmis bei sprendžiant skirtingas problemas. Viena iš menų terapijos krypčių, greta dailės terapijos, muzikos terapijos, dramos terapijos – šokio-judėsio terapija. Tyrimų duomenys atskleidžia (Karkou, Sanderson, 2006), kad ŠJT praktikoje naudojamosi tais pačiais principais grįstais metodais, kaip ir kitose menų terapijos šakose, tai yra humanistiniu bei eklektišku/integratyviu, o dažniausiai remiamasi būtent humanistiniais principais.

Šokio-judėsio terapija. Šokio-judėsio terapija suvokiama kaip šokio ir judėsio naudojimo būdas, siekiant gerinti biopsichsocialinę asmens gerovę.⁸ Nors ŠJT kelias prasidėjo žymiai anksčiau, apie 1946 metus, bet pirmasis apibrėžimas suformuluotas tik 1989 metais, nežymiai skyrėsi nuo dabartinio. Prie ŠJT apibrėžties buvo prijungti fizinės sveikatos ir socialinės integracijos aspektai, kurie tik praplėtė pirminį apibrėžimą. Toliau lentelėje pateikiami ŠJT apibrėžimai (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Šokio-judėsio terapijos apibrėžimo kaita

1989	ADMT UK	Šokio Judėsio terapija – tai išraiškingo judėsio ir šokio naudojimas kaip priemonė, kurios metu individas gali ištraukti į asmeninio integracijos ir augimo procesą, pagrįstą principu, kad yra ryšys tarp judėsio ir emocijų ir kad, tyrinėdami įvairesnį judėjimo žodyną, žmogus patiria galimybę tapti saugesniu, subalansuotu, tačiau vis labiau spontaniškesniu ir prisitaikančiu
2004	ADMT UK	Šokis Judėsio terapija – tai psichoterapinis judėsio ir šokio panaudojimas, kurio metu žmogus gali kūrybiškai ištraukti į procesą, siekdamas pagerinti savo emocinę, pažintinę, fizinę ir socialinę integraciją
1965	ADTA	Šokio/judėsio terapija – tai psichoterapinis judėsio panaudojimas, siekiant sustiprinti emocinę, pažintinę, fizinę ir socialinę asmens integraciją
2010	EADMT	ŠJT - terapinis judėsio panaudojimas emocinei, pažintinei, fizinei, dvasinei ir socialinei asmens integracijai skatinti. Šokis, kaip kūno judesys, kūrybinė išraiška ir bendravimas yra pagrindiniai šokio judėsio terapijos elementai
2019	LŠJTA	Šokio-judėsio terapija – tai terapinis judėsio naudojimas siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją. Esminiai ŠJT komponentai yra šokis kaip kūno judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeninis santykis

Šaltinis: LŠJTA⁹, ADTA¹⁰, EADMT¹¹, Karkou ir Sanderson (2006, p. 40-41).

Lyginant Amerikos ir JK apibrėžimus su Lietuvos ir kitų Europos šalių apibrėžimus, galima pastebėti skirtumą, kad vienuose yra vartojama „psichoterapinė“, o kituose „terapinė“ sąvoka,

⁸ LŠJTA: <http://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija/>

⁹ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija/>

¹⁰ ADTA: <https://www.adta.org/>

¹¹ EADMT: <https://eadmt.com/eadmt/ethical-code>

tačiau pagrindiniai ŠJT apibrėžimo elementai yra tie patys¹². Tai tik kontekstas, kaip ŠJT traktuojama kiekvienoje šalyje. Tačiau esminiai principai visai nesiskiria.

Esminiai ŠJT komponentai taip pat nesiskiria ir jie, anot LŠJTA¹³, yra šokis, kaip kūno judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeniniai santykiai. Karkou ir Meekums (2017) pristato ir kitus ŠJT elementus:

1. *Įkūnijimas*, kuris pabrėžia proto ir kūno ryšį. ŠJT sesijose judėjimas/šokis naudojamas sunkiai verbalizuojamoms emocijoms reikšti.
2. *Neverbalinis bendravimas*, kaip išraiškos ir tyrinėjimo priemonė.
3. *Proto ir kūno integravimas*. Judėdami pacientai geriau suvokia savo mintis ir jausmus, o tai didina asmens sąmoningumą.
4. *Kūrybinė raiška*: ŠJT sesijų metu skatinamas kūrybinis procesas, kuris gali būti terapinis, nes padeda tyrinėti ir išlaisvinti asmenines emocijas neverbaliniu būdu.

ŠJT procese judesys ir šokis yra vieni svarbiausių elementų, siekiant plėtoti emocinius, pažintinius asmens įgūdžius ir socialinę integraciją, todėl skatinama jų raiška pasižymi įvairove (Karkou, Sanderson, 2006). Svarbu pabrėžti, jog protas ir kūnas yra suvokiami kaip „viena“, o to nepaisymas gali sumažinti kūrybiškumo ir vaizduotės potencialą bei proceso sklandumą (Beausoleil, Le Baron, 2013) Moksliniai tyrimai atskleidžia kūno ir proto tarpusavio ryšį, nes savo kūno suvokimą lemia ne tik dabartyje esantys fiziniai signalai, tačiau ir kūno, saugančio bei apdorojančio net netiesioginius prisiminimus iš vaikystės, nesąmoningi suvokimai (Beausoleil, Le Baron, 2013).

ŠJT taikymas. LŠJTA¹⁴ teigimu, ši terapija gali būti trumpalaikė ir ilgalaikė, gali būti taikoma kaip vienintelis terapinio poveikio būdas arba papildantis kitas gydymo, reabilitacijos ar ugdymo formas. Šokio-judesio terapija gali būti praktikuojama *individualiuose arba grupiniuose užsiėmimuose*. Grupinė šokio-judesio terapija skatina socialinę sąveiką, gerina bendravimo įgūdžius ir suteikia bendruomeniškumo jausmą. Grupinėje terapijoje dalyvauja įvairių pažiūrų ir skirtingų patirčių turintys asmenys, todėl šiai terapijos formai suteikia privalumą, nes dalyviai turi galimybę kurti naujus elgesio modelius ir mokytis iš kitų grupės narių (Carr, Medlicott, Hooper, Feng, Mihaylova, & Priebe, 2023). Taip pat individuali terapija tenkina individualius ir autentiškus asmens poreikius. Individuali terapija skirta asmenims, kurie dar nėra pasiruošę socialinei integracijai ar susiduria su dideliais sunkumais, kada reikia daug dėmesio skirti asmeniui, kad

¹² Lietuvoje, siekiant ŠJT taikyti psichoterapijos kryptyje, reikalingos po diplominės studijos

¹³ LŠJTA: <http://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija/>

¹⁴ LŠJTA: <http://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija/>

atlieptų jo poreikius. Dažnai individuali ŠJT yra taikoma privačioje praktikoje, kai žmonės ieško pagalbos siekiant individualių tikslų. Karkou ir Sanderson (2006) teigimu, ŠJT specialistai dažnai dirba švietimo bei sveikatos priežiūros įstaigų komandose ir yra jų dalis. ŠJT pritaikymo ir naudojimo laukas kasdien plečiasi: vis daugiau gydymo įstaigų Lietuvoje ir visoje Europoje įtraukia šokio-judėsio terapeutus į fizinės ir psichinės reabilitacijos komandas, vis daugiau mokyklų ir bendruomenių įtraukia ŠJT sesijas į kuriamas programas. LŠJT asociacija pateikia šias taikymo sritis:

- Psichikos ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos;
- Reabilitacija bei gerontologija;
- Dienos ir ilgalaikės priežiūros centrai;
- Ugdymo įstaigos;
- Įvairios prevencijos ir sveikatinimo programos;
- Privati praktika.

ŠJT klientai/pacientai. Ši terapijos kryptis tinka įvairioms amžiaus grupėms: vaikams, paaugliams, suaugusiems ir pagyvenusiems žmonėms, ŠJT yra naudinga ir saugi nemedikamentinė intervencijos priemonė, kuri tinka žmonėms, turintiems įvairių sunkumų: lėtinių ligų, psichologinių ar fizinių sutrikimų, socialinių bei psichologinių problemų, o ypač tiems, kuriems gali būti sunku kalbėti, tiems, kurie turi pažinimo sutrikimų arba kuriems tiesiog sunku išreikšti ir tyrinėti savo emocijas naudojant verbalinę komunikaciją (Karkou, Meekums, 2017). LŠJTA¹⁵ išskiria ŠJT teikiamą naudą, kai susiduriama su šiomis problemomis:

- Emociniai ir psichologiniai sunkumai;
- Prarastas sveikas santykis su savo kūnu ar judėjimu bei išraiškos galimybėmis;
- Susidūrus su trauminėmis patirtimis;
- Sergant lėtinėmis, psichikos ar kitomis ligomis.

Mokslininkai teigia, kad kūnu pagrįstos intervencijos gali būti veiksmingesnės emocijų perkėlimo ir jų priežasčių nustatymo priemonės nei žodinės intervencijos priemonės (Beausoleil, Le Baron, 2013). Be to, šokio-judėsio terapija tinkama priemonė tiesiog asmeninio augimo skatinimui, todėl gali būti naudojama labai plačiai auditorijai, tačiau labai svarbu atsižvelgti į kiekvieno individo asmeninę fizinę būklę ir tinkamai parengti planą bei parinkti tinkamas šokio-

¹⁵ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/sokio-judėsio-terapija>

judesio terapijos priemonės. LŠJT¹⁶ pateikia visą sąrašą argumentų, kuo naudinga šokio-judesio terapija:

- Asmens sąmoningumo, savivertės bei autonomijos didinimui;
- Ryšio tarp minčių, jausmų ir veiksmų atskleidimui bei patyrimui;
- Elgsenos pokyčių inicijavimui bei įtvirtinimui;
- Psichoemocinės būsenos stabilumo užtikrinimui;
- Vidinių ir išorinių resursų atradimui pasitelkiant kūrybiškumą ir žaismingumą per judesį;
- Bendradarbiavimo ir elgsio modelių pokyčiui bei savęs suvokimui per poveikį kitam;
- Patiriant išorę vidinės realybės atskleidimui;
- Pasitikėjimu grįstų santykių mokymuisi;
- Gyvenimo džiaugsmo didinimui ir stabilesnės asmens savijautos, biopsichosocialiniu sveikatos požiūriu, palaikymui.

Koch (2020) išskyrė pagrindines ŠJT priemones, kurios yra dažniausiai rekomenduojamos visoms pacientų grupėms:

- Chace metodas;
- Įvairių šokių technikos;
- Atspindėjimas (veidrodžiavimas);
- Darbas su kūno įvaizdžiu;
- Laban technikos;
- Kestenberg metodika;
- Sherborne metodika;
- Relaksacijos metodai;
- Improvizacijos technikos;
- Kūryba.

Muzikos terapija glaudžiai susijusi su ŠJT, o tyrimais įrodytas teigiamas poveikis mažinant tam tikrus elgsio sutrikimus, susijusius su demencija, taip pat skatinant kalbos įgūdžius ir gerinant socioemocinį funkcionavimą (Karkou, Meekums, 2017). Tinkamai parinkta muzika gali duoti impulsą judėjimui lygiai taip kaip ir netinkamai parinkta muzika gali sukelti pasipriešinimą ar labai

¹⁶ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija>

emocionaliūs prisiminimus, todėl muzikos naudojimas turi būti labai atsakingas ir saikingas (ten pat). Muzika naudinga judant ar šokant, nes ji veikia autonominę nervų sistemą, kuri reguliuoja emocijas, pasireiškiančias pulso dažnio, odos reakcijos ir kraujospūdžio pokyčiu, kai kūnas prisitaiko prie muzikos tempo (Beausoleil, Le Baron, 2013). Tyrėjai Bungay ir Jacobs (2020) taip pat akcentuoja tinkamos muzikos naudojimo svarbą, atsižvelgiant į sesijos dalis (pradžioje – švelni, įpusėjus – aktyvi ir pabaigai – lėta, atpalaiduojanti) ir ypač muzikos pasirinkimo galimybes patiems pacientams. Koch (2020) pateikė dvi priemones, kurių naudojimas gali turėti neigiamą įtaką tam tikroms pacientų grupėms: laisva improvizacija ir autentiškas judėjimas, pastarasis ypač nerekomenduojamas sergant psichozėmis bei demencija (sunkiausiai psichikos sveikatos sutrikimais) ir autistiškiems pacientams.

Taigi, tai tik dalis intervencijų, kurios naudojamos sesijose. Svarbu, jog šių priemonių dėka ŠJT sesijų metu mezgamas terapinis santykis tarp terapeuto ir paciento, kuris pagrįstas partneryste, neverbaline komunikacija, kūno judesiais, šokiu ir žodine išraiška (Fischman, 2015). Terapeutas, naudodamas empatiją, skatina klientą (pacientą) ugdyti savo socioemocinį intelektą, kviečia tyrinėti savo dvasinį ir fizinį pasaulį (Fischman, 2015).

ŠJT sesijų metu tarp paciento ir terapeuto mezgamas ryšys pirmiausiai vyksta neverbaliniame lygmenyje, „pacientas pasitinkamas toks, koks yra, ir ten, kur yra“ (Fischman, cit. Chace, 2015, p. 2). Kitaip tariant, pacientas priimamas „čia ir dabar“ momentu. Tik užmezgus terapinį ryšį tarp paciento ir terapeuto, gali būti pradedamas pokyčio inicijavimas, siekiant įgyvendinti iškeltus terapinius tikslus. Fischman (2015) teigimu, šokio-judesio terapijoje naudojama verbalinė ir neverbalinė komunikacija yra lygiavertė ir vienodai svarbi. Šalia terapinio ryšio vienas svarbiausių terapijos elementų – saugios aplinkos kūrimas, kuris palaipsniui leidžia „išjungti“ psichologinius gynybos mechanizmus, kurio dėka gali pradėti skleisti spontaniškas, laisvas bei išraiškingas šokis/judesys (Fischman, 2015). ŠJT sesijų metu terapeutas gali padėti užmegzti asmens santykį tarp labiausiai atskirtų „savojo aš“ dalių, gali skatinti sąmoningumą būti ar tapti gyvybingu savo paties gyvenimo kūrėju ir palaipsniui įgalinti socializacijos procesą (Fischman, 2015, p. 2). Dažniausiai terapeutas kuria ryšį pasitelkęs empatiją bei prisiderinimą ar kitus būdus.

Empatija, pasak Kaluzevičiūtės (2020), apibūdinama kaip ypač svarbi funkcija teigiamų terapinių santykių plėtrai, nes pacientai, kurie jaučiasi suprasti terapeuto, jaučiasi saugesni ir gali atskleisti asmeninę informaciją terapijos metu. Autorė nuogaustauja, kad nepaisant didžiulės empatijos reikšmės terapiniame santykiuje, mokslinėje literatūroje pasigendama vieningo

empatijos apibrėžimo (Kaluzevičiūtė, 2020). Tame pačiame straipsnyje pateikiami iš išorės labai panašūs apibrėžimai, tačiau autorė pastebi, kad jie turi skirtingą požiūrį ir empatijos suvokimą klinikiniam kontekste. Rogers teigė, kad empatija klinikinėje erdvėje nebūtinai skiriasi nuo įprastos žmogiškuosius santykius siejančios empatijos. Kohut nuomone, empatija – tai ypatingas bruožas, reikalaujantis iš terapeuto ne tik įprasto klausymosi, tačiau ir prisiderinimo prie paciento (Kaluzevičiūtė, 2020). Autorė (ten pat) Kohut požiūryje išvelgia ne tik teigiamų, tačiau ir neigiamų savybių, nes, kitų mokslininkų nuomone, per didelis prisiderinimas prie paciento terapeutui gali būti žalingas, todėl būtina šių dviejų požiūrių pusiausvyrą.

Prisiderinimą prie paciento mini autorius Biondo (2017), kuris analizuoja ŠJT naudojamo pradininkų sukurto atspindėjimo elemento svarbą, kurio metu terapeutas bando prisiderinti prie paciento naudodamas stebėjimo įgūdžius, leidžiančius pastebėti paciento ritmą, prisiderinti prie jo ir užmegzti empatišką terapinį ryšį per šią neverbalinę refleksiją. Prisiderinimo momentui svarbu ne tik įprastai suvokiama empatija, bet ir kinestetinė empatija, kuri pasireiškia per kitų suvokimą iš fizinių ženklų, tokių kaip laikysenos subtilybių, raumenų, judesių ir gestų, kurie leidžia įvertinti kito asmens emocines būsenas net tuomet, kai nėra veido mimikos išraiškų ar žodžių (Beausoleil, Le Baron, 2013). Mokslininkų teigimu (ten pat), remiantis evoliucijos teorija, ši savybė anatomiškai išsivystė gerokai anksčiau, dar iki žmogui išmokus kalbėti, todėl kinestetinės empatijos elementai įsijungia anksčiau nei žmogus pradeda dalintis emocijomis verbaliai. Taigi, ŠJT sesijų metu vykstančiame procese terapeuto vaidmuo yra itin svarbus, todėl būtina pabrėžti, kad šokio-judėsio terapeutas – savo srities profesionalas.

Šokio-judėsio terapeutus Lietuvoje vienijanti asociacija (LŠJTA)¹⁷ gana jauna asociacija, įsikūrusi 2011 m., yra ir Europos Šokio-judėsio terapijos asociacijos (EADMT)¹⁸ narė. LŠJTA savo etikos kodekse pažymi, kad šokio-judėsio terapeutai turi dirbti „savo profesinės kompetencijos ribose, kurias formuoja išsilavinimas, supervizijos, kvalifikacijos kėlimas, profesinė patirtis ir asmeniniai gebėjimai“ (Lietuvos šokio-judėsio terapijos asociacija ([LŠJTA], 2019, p. 2). Dokumente teigiama, kad asociacijos „nariai pripažįsta bei atsižvelgia į savo profesinės kompetencijos ribas ir siekia pažinti savo profesines ir asmenines stiprybes bei silpnybes, kad galėtų realistiškai įvertinti savo kompetenciją, atlikdamas konkrečią profesinę veiklą, o sudėtingose situacijose siekia profesinės pagalbos ir paramos ar galimybės nukreipti klientą/pacientą pas kitą specialistą“ (LŠJTA, 2019, p. 2).

¹⁷ LŠJTA: <https://www.lsjta.lt/>

¹⁸ EADM: <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>

Apibendrinant galima teigti, kad ŠJT yra holistinė ir į asmenį orientuota terapijos kryptis, kuri yra grindžiama terapinio ryšio tarp profesionalaus terapeuto ir paciento kūrimu bei pagrindinių ŠJT elementų, tokių kaip įkūnijimas, neverbalinis bendravimas, proto ir kūno integravimas bei kūrybinė raiška, naudojimu asmenų (tame tarpe ir vyresnių) biopsichosocialinio sveikatinimo tikslais.

2.2. ŠJT taikymas fizinei asmenų sveikatai

Mokslininkų teigimu, su amžiumi susijusio fizinio aktyvumo mažėjimas yra tiesiogiai susijęs mažėjančiu azoto oksido (daugiafunkcė molekulė, veikianti kaip neurotransmiteris ir tarpininkaujanti uždegiminių atsakui bei kraujagyslių tonuso reguliavimui) biologiniu prieinamumu, o nepakankama azoto oksido gamyba prisideda prie širdies ir kraujagyslių bei Alzheimerio ligų (AL) progresavimo (Filar-Mierzwa, Marchewka, Dąbrowski, Wojcik, Superata, ir Poznanska, 2014). ŠJT sesijose naudojamas kūnas ir skatinamas dalyvių judėjimas daro įtaką fiziologiniams pokyčiams. ŠJT padeda didinti ir išlaikyti fizinį mobilumą, pajėgumą, lankstumą ir bendrą jėgą bei mažina kritimo riziką (Adnrejeva ir kt., 2023).

Filar-Mierzwa ir kt. (2014) teigimu, reguliari šokio-judesio terapija sulėtina senyvo amžiaus moterų biologinį senėjimą bei gali prisidėti prie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos. Tai patvirtinta atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo 20 sveikų senyvo amžiaus moterų, kurių amžius buvo 61-75 m., duomenimis. Tyrimo tikslas buvo iširti šokio-judesio terapijos poveikį azoto oksido koncentracijai kraujo plazmoje. Pasak tyrėjų (Filar-Mierzwa ir kt., 2014) ši reabilitacijos forma rekomenduojama vyresnio amžiaus žmonėms, nes ji nekelia pavojaus sveikatai, o tinkamai atliekama padeda išlaikyti ilgaamžiškumą. Tie patys autoriai pakartojo tyrimą po trejų metų su 39 tyrimo dalyvėmis ir gavo labai panašius duomenis, tai patvirtina jų išvadų pagrįstumą, jog ŠJT gali prisidėti prie azoto oksido koncentracijos padidėjimo plazmoje ir gali pagerinti kraujagyslių funkciją (ten pat). Autorių nuomone, vyresnio amžiaus žmonėms, ypač tiems, kuriems tradicinės reabilitacijos formos nėra patrauklios, turėtų būti siūloma ši terapijos forma, nes ji gali padidinti fizinį aktyvumą, apsaugodama pacientus nuo spartaus azoto oksido gamybos mažėjimo.

Lopez-Nieves ir Jakobsche (2022) antrina šiems autoriams ir teigia, kad ŠJT poveikis sveikatai yra stebimas iki mažiausių ląstelių lygmens ir savo apžvalgoje pateikia daugybę klinikinių įrodymų bei iki klinikinių tyrimų, vertinančių šokio poveikį hormonams ir ne tik. Analizuojamų tyrimų rezultatai rodo, kad šokis gali prisidėti prie azoto oksido, serotonino bei

hormonų estrogenų gamybos skatinimo, tai paskatina dopamino, gliukozės bei trigliceridų mažėjimą (Lopez-Nieves, Jakobsche, 2022). Kortizolio lygį, autorių teigimu, priklausomai nuo šokio tipo, galima sumažinti arba padidinti, o visų paminėtų dalelių koncentracija bei pasiskirstymas visame kūne daro įtaką sveikatai ir įvairioms ligoms atsirasti (Lopez-Nieves, Jakobsche, 2022). ŠJT ryšys su fiziologiniais pokyčiais molekuliniam lygmenyje suteikia galimybę suvokti, kad šokis gali veikti didesnio masto fiziologinius ir psichologinius atsakus bei suteikti teigiamą naudą sveikatai (Lopez-Nieves, Jakobsche, 2022).

Fizinis aktyvumas, naudojamas šokio-judėsio terapijos sesijose, pagerina smegenų veiklą, pagerina mokymąsi, skatindamas neuronų ir tarpšlapiųjų jungčių augimą bei atsistatymą, ir pagerina bendrą pažinimo funkciją (Huang ir kt., 2023). Huang ir kiti tyrėjai (2023) teigia, kad šokio-judėsio terapija, kuri paremta ne tik fiziniu judėjimu, bet ir muzikos, fizinės bei psichinės veiklos naudojimu, gali sukelti struktūrinius neuroplastinius pokyčius smegenyse. Mokslininkų atliktoje meta-analizėje pateikiami įrodymai, kad šokio-judėsio terapija reikšmingai pagerina asmenų pažinimo ir vykdomąsias funkcijas, atmintį, dėmesio koncentraciją bei kalbos funkcijas, todėl ŠJT gali būti naudinga senyvo amžiaus ir ypač asmenims sergantiems demencija, nes jos dėka galima atidėti pažintinių funkcijų regresą bei reikšmingai pagerinti atmintį (Huang ir kt., 2023). Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad šokio-judėsio terapija žymiai pagerino visų suaugusiųjų, turinčių lengvą pažinimo sutrikimo formą, vykdomąją funkciją, tai reiškia asmenų gebėjimą efektyviau pradėti ir užbaigti sudėtingą veiklos procesą, apimančią: planavimą, inicijavimą, veiksmų seką, pažinimo lankstumą, grįžtamąjį ryšį bei sprendimų priėmimą (Huang ir kt., 2023).

ŠJT intervencijų poveikį neurodegeneracinėmis ligomis sergantiems pacientams tyrė ne vienas mokslininkas ir pateikė labai įtikinamų argumentų apie ŠJT teikiamą naudą šių pacientų ne tik pažintinių, bet ir fizinių funkcijų gerinimui. Mokslininkai Barnish ir Barran (2020) sisteminėje literatūros analizėje ištyrė grupinės meno terapijos (šokio, dainavimo, muzikos ir teatro) intervencijų naudą Parkinsono liga (PL) sergančių asmenų motorinėms ir nermotorinėms funkcijoms. Autoriams pritrūko įrodymų, kad galėtų pateikti išvadas, kuri menų terapijos rūšis yra efektyviausia šios klientų (pacientų) grupės simptomams lengvinti, tačiau teigė, kad didžiausias įrodymų kiekis yra ŠJT intervencijų naudai (Barnish, Barran, 2020). Tačiau kitų mokslininkų atliktų tyrimų išvadose pateikiama svarių įrodymų, kad ŠJT pagerina PL sergančių asmenų motorinius simptomus, tokius kaip žingsnio ilgį ir balansą (Michels ir kt., 2018). Šiam teiginiui

pritaria ir Wu su bendraautorais (2022), kurie atliko sisteminę analizę bei įrodė ŠJT naudą fizinei šios pacientų grupės sveikatai:

- ŠJT iš esmės pagerino pažinimo ir kognityvines funkcijas bei atmintį, žmonėms, turintiems lengvą pažinimo sutrikimo formą;
- ŠJT ženkliai pagerino Parkinsono liga sergančių asmenų bendrą būklę, pusiausvyrą ir žingsnio ilgį;

Cruz ir Feder (2013, p. 320) analizuoja judesio analizės metodą (Labanas), kuris vienas svarbiausių bei naudojamų ŠJT procese, o mokslininkams jis padėjo atrasti ryšį tarp kinematinio ir nekinematinio judesio pokyčių asmenims, patyrusiems insultą, bei nustatyti insulto sunkumą (cit. pagal Foroud ir Wishaw, 2006). Autoriai Foroud ir Wishaw (2006), atlikdami tyrimą, naudojo užduotį „pasiekti-valgyti“, kurios metu buvo pastebėta, kad kinematinė judesių struktūra (kūnas ir judesių erdvė) palaiko veiksmą, o nekinematiniai judesiai (pastangos ir forma) taupomi taip, kad darbo pastangos būtų kuo mažesnės (Cruz, Feder 2013). Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad ŠJT naudojami judesio analizės instrumentai gali padėti atrasti ryšių tarp paciento judėjimo kokybių ir jo fizinės sveikatos būklės, o tai įvertinę ŠJT terapeutai gali nukreipti pacientus tolimesniems diagnostiniams tyrimams.

Autoriai Woloszyn ir kt. (2021) atliko tyrimą slaugos namuose su senyvo amžiaus asmenimis, kurie naudojami neįgaliųjų vežimėliais. Tyrėjai aptiko statistiškai reikšmingus įvairių fizinių testų ir matavimų rezultatų skirtumus tarp tiriamosios grupės, kuri atliko fizinius pratimus su šokio-judesio terapijos elementais, ir kontrolinės grupės, kuri atliko tik fizinius pratimus. Tyrėjai įrodė, kad po 12 savaičių fizinių pratimų su šokio-judesio terapijos elementais programos slaugos namų gyventojai padidino viršutinių galūnių funkcinį pajėgumą geresniais įvertinimais, palyginus su kontroline grupe (Woloszyn ir kt., 2021). Svarbu paminėti, kad po 24 savaičių, atlikus pakartotinį testavimą, rezultatai buvo dar svaresni tiriamosios grupės naudai, tai parodo ilgalaikį šokio-judesio terapijos efektyvumą.

Taigi, mokslinėje literatūroje pateikiama daugybė įrodymų, kad ŠJT naudojimas teigiamai veikia fizinę asmenų sveikatą, be to, pateikiama faktų, kad fizinės sveikatos būseną glaudžiai siejasi su psichologinės sveikatos būseną, todėl gerėjanti fizinė būklė daro tiesioginę įtaką gerėjančiai psichologinei asmens sveikatai.

2.3. ŠJT taikymas psichosocialinei asmenų sveikatai

Autoriai Beausoleil ir Le Baron (2013) teigia, kad šokio-judesio terapijos pagalba galima pagerinti nuotaiką, energijos lygį, motyvaciją ir gebėjimą sutelkti dėmesį. Tam antrina Sepažinskienė ir Soraka (2016), kurių teigimu, jog patyrus emocinį stresą, emocijos kūne išlieka dar ilgą laiką, o neišreikštos ir neatpalaiduotos tokios emocijos gali virsti nusivylimu, baime, pykčiu ir galiausiai save naikinančiu elgesiu. Žodžiai – tai tik vienas iš būdų atskleisti šiuos jausmus ir emocijas, tačiau didžioji dalis informacijos atsispindi neverbaliniu būdu. Šokio-judesio terapijoje pacientai gali padidinti savigarbą, gali padėti ugdyti bendravimo įgūdžius bei praplėsti judėjimo žodyną. Taip pacientai susikuria naujų būdų susidoroti su kasdienio gyvenimo iššūkiais (Sepažinskienė, Soraka, 2016). Taip pat mokslinėje literatūroje pateikiama įrodymų, kad reguliariai šokantys asmenys pasižymi geresne atmintimi, lyginant su žmonėmis, kurie buvo fiziškai neaktyvūs (Carcel, 2012). Be to, šokis – tai smagi ir maloni veikla, kuri skatina atsipalaidavimą mažindama stresą ir nerimo simptomus (Andrejeva ir kt. 2023).

Huang su kitais tyrėjais (2023) atliko mokslinės literatūros sisteminę apžvalgą ir metaanalizę bei nustatė, kad septyniuose tyrimuose, kuriuose dalyvavo 613 dalyvių, buvo tiriama senyvo amžiaus asmenų psichinė sveikata. Atliktų tyrimų duomenys atskleidė, kad šokio-judesio terapiją lankiusių asmenų psichinės sveikatos rodikliai turėjo žymiai didesnę pagerėjimą, lyginant su kontrolinėmis grupėmis. Tyrimas neparodė statistiškai reikšmingų rezultatų, kad ŠJT turi teigiamą poveikį senyvo amžiaus asmenų depresijai, tačiau atskleidė, kad rezultatas yra statistiškai reikšmingesnis depresinėms būsenoms, nei pačiai depresijai. Autoriai teigia, kad psichinė sveikata suprantama kaip asmens dvasinė gerovė, su kuria yra siejami depresijos ir neuropsichiatriniai rodikliai (Huang ir kt., 2023).

Sepažinskienė ir Soraka (2016, p. 4) atskleidė, kad šokio-judesio terapijos praktika yra grįsta „įvairiomis naujomis teorijomis, holistiškai apjungiančiomis kūno ir psichikos problemų sprendimą“, taip pat jie teigia, kad ŠJT taikoma „įvairiems pacientams pagal jų poreikius tada, kai verbalinė terapija yra ne tokia efektyvi arba drauge su verbaline psichoterapija“. Ir tai aktualu asmenims, esantiems vyresniame amžiuje.

Grupė tyrėjų (Ho, Fong, Chan, Kwan, Chiu, Yau, ir Lam, 2020) ištyrė 204 senyvo amžiaus asmenis, turinčius lengvą demencijos formą ir nustatė, kad po ŠJT intervencijos programos statistiškai reikšmingai sumažėjo depresijos, vienišumo ir neigiamos nuotaikos įverčiai, kai kontrolinės grupės įverčiai buvo šiek tiek padidėję. Autorių teigimu, šis tyrimas parodo holistinį

ŠJT efektą senyvo amžiaus asmenų, turinčių lengvą demencijos formą, geresniam psichosocialiniam funkcionavimui (Ho ir kt., 2020). Cruz ir Feder (2013) teigia (cit. pagal Cruz, 2009; Davis, 1970; Burn, 1987), kad „didžiausias judesių repertuaras koreliuoja su didžiausia psichologine sveikata <...> koordinuotas, sudėtingas ir nuosekliai tarpusavyje susijęs judesys yra susijęs su psichologine sveikata“.

Koch ir kt. (2014) teigia, kad ŠJT yra efektyvi priemonė gyvenimo kokybei, subjektyviai gerovei, pozityviai nuotaikai ir kūno įvaizdžiui gerinti bei depresijos ir nerimo simptomams mažinti. Mokslininkai pateikė įrodymų, kad šokis bei judėjimas gali pagerinti ne tik asmenų pažinimo funkcijas, bet ir sumažinti apatiją, nuovargį, depresijos simptomus, vienišumą bei neigiamas emocijas, o svarbiausia tai, kad buvo pastebėtas ilgalaikis ŠJT efektyvumas šiems veiksniams (Michels ir kt., 2018; Ho ir kt., 2020). Jiems pritaria autorius Huang ir kt. (2023), kad ŠJT pagerindama psichinę sveikatą, pagerina ir senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybę. Wu su bendraautoriais (2022) sisteminėje analizėje pateikia įrodymų, kad ŠJT naudinga ir PL sergančių asmenų psichinei sveikatai bei teigia, kad ŠJT teigiamai veikia neurodegeneracinėmis ligomis sergančių asmenų nuotaiką ir gyvenimo kokybę. Jiems pritaria Huang ir kt., (2023) kurių atliktas tyrimas atskleidė statistiškai reikšmingą ŠJT teigiamą poveikį senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybės rodikliams, o autoriai Meulenberg, Rehfeld, Jovanovic ir Marusic (2023) ištyrę ŠJT efektyvumą Parkinsono Liga sergančių asmenų gyvenimo kokybei nustatė, kad šokio intervencija gali pagerinti smegenų neuroplastiškumą, taip pat pagerindama šių asmenų gyvenimo kokybę.

ŠJT procese neverbalinėmis išraiškos priemonėmis skatinama emocinė išraiška leidžia senyvo amžiaus žmonėms bendrauti ir apdoroti savo jausmus nenaudojant žodžių. Reguliarus dalyvavimas šokio-judesio terapijos užsiėmimuose gali pagerinti gerovės jausmą, socialinę sąveiką ir bendravimo įgūdžius. ŠJT naudojamas Argentinietiškas Tango didina sveikų ir ligotų asmenų socialinį pasitenkinimą. Asmenys, turintys įvairių sveikatos problemų, išreiškė bendro tikslo jausmą šių sesijų metu, o mokslininkai nustatė sumažėjusį tiriamųjų polinkį į socialinę izoliaciją (Granec, Marekova, 2022).

ŠJT sesijos yra pritaikytos kiekvieno žmogaus individualiems poreikiams ir gebėjimams, todėl šokio-judesio terapija yra į asmenį orientuota terapija. Terapinis santykis yra vienas pagrindinių pokyčių veiksnių šokio-judesio terapijoje, kaip ir kitose psichoterapijos formose. Karkou ir Meekums (2017) pabrėžia, kad santykių palaikymas yra bene svarbiausias senyvo amžiaus ir demencija sergančių žmonių priežiūros pagrindas. Dažnai ŠJT sesijose dalyvauja ne tik slaugytojai, bet ir artimieji, o tai leidžia patirti kokybiško laiko drauge ir pasitenkinimo

bendravimu pojūtį. Bendros slaugytojų ir pacientų ŠJT sesijos kuria teigiamą personalo-paciento santykį. Po Jungtinės Karalystės mokslininkų atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo sveikatos priežiūros specialistai drauge su senyvo amžiaus žmonėmis, dalyviai teigė, kad šokis yra reikšmingas ir malonumą teikiantis veiksmas, kuris skatina fizinį aktyvumą ir socialinę komunikaciją (Bungay, Jacobs, 2020). ŠJT užsiėmimų metu gautą socialinę naudą pažymi autoriai Michels ir kt. (2018, p. 248): „<...> bendrumo jausmas ir malonumas, atsirandantis šokant ir klausantis muzikos kartu su kitais žmonėmis, taip pat gali išspręsti tokias įprastas problemas, kaip depresinės nuotaikos, nuovargis ir socialinė izoliacija.“

Šokio-judesio terapija – tai ir socialinė veikla, kuri kuria palankią aplinką ir padeda maksimaliai palaikyti dalyvių komunikavimo įgūdžius (Huang ir kt., 2023). Dalyvavimas grupinėje šokio-judesio terapijoje stimuliuoja socialinę sąveiką tarp dalyvių, taip sumažinama socialinė izoliacija, vienatvės jausmas bei prislėgta nuotaika (Huang ir kt., 2023). Tai ypač aktualu asmenims senėjimo periode, kada asmenys jaučiasi izoliuoti ir jų socialinė įtrauktis apsunkinta.

„Per šokį užmezgami kontaktai, vyksta bendravimas, dalijamasi jausmais. Neteisinga šokius suvokti kaip pramogą, o ne kaip vieną iš gyvybiškai svarbių žmogaus poreikių. Šokis yra viena iš žmonės jungiančių jėgų, kuri, nepaisant visų skirtumų, gali neleisti visuomenei subyrėti“ (Granec, Marekova, 2022, p. 28).

2.4. ŠJT taikymas asmenims, gyvenantiems socialinės globos namuose

ŠJT gali palengvinti tam tikrų problemų sprendimą ir tenkinti pagrindinius asmenų, esančių vyresniame amžiuje bei gyvenančių socialinės globos namuose, poreikius. ŠJT priemonėmis galima padėti asmenų, esančių vyresniame amžiuje, biopsichosocialinei sveikatai: fizinės sveikatos palaikymui, dorotis su vienišumo jausmu, mažinti depresijos simptomus, lengvinti pažinimo funkcijų sutrikimus ir kt. . ŠJT paslauga gali būti vienu iš įrankių socialinės globos namų darbuotojams stengiantis išlaikyti globojamų asmenų autonomiją.

Kaip jau apžvelgėme anksčiau, autonomijos išsaugojimas yra esminis asmenų, gyvenančių globos namuose, poreikis gyvenimo kokybės gerinimui. Remiantis anksčiau darbe minėtais autonomijos išsaugojimo elementais, kurie buvo susisteminti ir pateikti 3 lentelėje, aptarsime, kaip šokio-judesio terapijoje naudojamos priemonės ir darbo metodai gali prisidėti prie dalies šių elementų išsaugojimo:

1. Asmens orumo užtikrinimas: reaguojant į paciento nusiskundimus, poreikius ir kultūrinių poreikių bei normų pripažinimą;
2. Saviraiškos skatinimas per suvokimą, rūpinimąsi emociniais bei dvasiniais poreikiais bei galimybe įprasminti tai kasdieninėje ir kūrybinėje veikloje;
3. Nepriklausomumo užtikrinimas per galimybės suteikimą galvoti ir veikti nepriklausomai nuo kitų ir tai atlikti tiek individualioje, tiek grupinėje ŠJT formoje;
4. Privatumo išsaugojimas per gyventojo poreikį bendrauti su kitais įvertinimą.

Asmens orumo užtikrinimas ŠJT sesijų metu gali pasireikšti reaguojant į paciento pageidavimus, išklausant jį ir leidžiant pasireikšti. Jei pacientas yra nekalbantis, galima jį paskatinti išreikšti susikaupusį nepasitenkinimą esama situacija judesiu arba kitomis saugiomis priemonėmis. Emocijų išraiškos skatinimą ŠJT procese, kaip teigiamą asmens psichinei sveikatai elementą, įvardina autorius Shim su bendraautoriais (2019), kurių atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog tyrimo dalyviai gebėjo išlieti emocines reakcijas ir įtampas ŠJT sesijų metu, dėl ko pagerėjo tiriamųjų nuotaika bei patobulėjo emocijų valdymo įgūdžiai.

Kultūrinių poreikių ir normų pripažinimą ŠJT užsiėmimuose galima įgyvendinti naudojant skirtingus ŠJT metodus. Svarbu priimti kiekvieno asmens estetinį poreikį menui ir jo raišką prigimtinė etnine kultūrine forma. Planuojant užsiėmimus galima įtraukti valstybinių ar religinių švenčių paminėjimą, naudoti tautinės muzikos ar tautinės atributikos elementų. Mokslininkai teigia, kad šokio-judesio terapija yra unikaliai pritaikyta įvairių kultūrinių sluoksnių pacientų gydymui dėl savo specifiškumo, t.y. pagrindinio bendravimo būdo per kūno judesį, kuris yra gana universalus, tačiau terapeutas turi būti susipažinęs su pacientų kultūra ypač tokiomis temomis, kaip stereotipai, pasipriešinimas, perkėlimas, kontrperkėlimas ir klientų lūkesčiai (Pallaro, 1997). Į sesijoms skirtą muzikinį repertuarą pageidautina įtraukti klientams/pacientams patinkančios (pvz., senyvo amžiaus asmenų jaunystės laikų) muzikos, kurios naudojimo svarbą ir būtent muzikinio repertuaro pasirinkimo galimybes pabrėžė autoriai Bungay ir Jacobs (2020).

Saviraiškos elementas – suprasti ir rūpintis emociniais bei dvasiniais poreikiais – šokio-judesio terapijoje yra esminis aspektas, todėl jis atliepiamas kiekvienos sesijos metu. ŠJT sesijų pradžioje ir pabaigoje naudojamas emocijų išvardinimo procesas, kuris gali būti žodinis, nuo tiesioginio emocijos įvardijimo iki metaforinio (naudojant spalvas, gyvūnus, gėles ir t.t.) arba neverbalus, naudojant šokio judesius, gestus, pozas ir t.t. (Karkou, Sanderson, 2006). ŠJT proceso metu kiekvienas asmuo yra stebimas terapeuto, kuris užtikrina saugią paciento emocijų raišką, taip parodydamas, kad jo emocijos yra ne tik matomos, bet ir svarbios.

Šokio-judesio terapijoje saviraiška yra labai svarbi ir nuolat skatinama. Moksliniuose tyrimuose pateikiamose ŠJT programose dažnai įvardijamas įvairių priemonių naudojimas saviraiškos ir kūrybiškumo skatinimui. Autorius Ho su bendraautoriais (2002), atlikdamas tyrimą, naudojo įvairius judesio žaidimus, improvizacinį šokį ir judesį, judėjimo sąveiką tarp grupės narių. Šie elementai buvo naudojami dalyvių kūrybiškumo, vaizduotės, saviraiškos, bendravimo ir socialinių mainų skatinimui, nuotaikos gerinimui bei gyvybingumo suteikimui (Ho ir kt., 2020).

Nepriklausomumo poreikio tenkinamas per galimybės suteikimą galvoti ir veikti nepriklausomai nuo kitų yra nuolatinis ŠJT palydovas. Šokio-judesio terapeutas suteikia galimybes, parinkdamas atitinkamas ŠJT technikas, ir nuolat skatina kiekvieną sesijos dalyvį veikti, galvoti ir reikšti mintis laisvai ir nepriklausomai nuo kitų. Terapeutas pritaiko buvimo ir dalyvavimo galimybę, atsižvelgdamas į asmens individualiuosius ar specialiuosius poreikius.

ŠJT sesijose yra užtikrinama galimybė išreikšti poreikį vienai ar kitai ŠJT veiksenai ar juose taikomiems elementams: galimybė pasirinkti muziką, dalyvauti užsiėmime/veikloje ar ne, dalintis patyrimu ar ne, pasirenkant užsiėmime naudojamas priemones, pvz., norimą skarelę, pieštukų spalvas ar kitą atributiką. ŠJT sesijos struktūros pasirinkimo svarbą iškelia autoriai Karkou ir Sanderson (2006, p. 264) (cit. pagal Papadopoulou, 2002) ir teigia: „paaiškinu, kad kiekviena sesija turės aiškią struktūrą ir kad jie visada turės galimybę pasirinkti kiekvienoje sesijoje ir nuspręsti ar pritarti siūlomai struktūrai, ar ne“. Šie žodžiai labai aiškiai iliustruoja terapeuto vieną pagrindinių tikslų – suteikti kuo daugiau pasirinkimo laisvės savo klientams.

Privatumo elementas ŠJT sesijose užtikrinamas per konfidencialumo principą, kuris pabrėžiamas etikos kodekse¹⁹ bei gyventojų poreikio bendrauti su kitais įvertinimą, t.y., sudaroma galimybė asmeniui dalyvauti individualiose ar grupinėse ŠJT sesijose arba dalyvaujant integratyviuose grupiniuose užsiėmimuose, suteikiant galimybę būti uždarom ir laisvę bendrauti, atsižvelgus į asmens poreikį.

Pagrindinis ŠJT tikslas šiai pacientų grupei – palaikyti ir plėtoti asmens fizinę, psichikos ir socialinę sveikatą. Senyvo amžiaus pacientams, taip pat sergantiems demencija asmenims naudingiausi pratimai tie, kurie suteikia struktūrą ir saugumą. Tai galima siekti, naudojant žinomą muziką ir kuriant ritualus (Koch, 2020). Vyresnio amžiaus pacientų grupei ypač tinkamos visos pagalbinės medžiagos, tačiau reikėtų vengti padidinto fizinio krūvio, o labiausiai pasiteisinęs metodas – šokiai ratu (Koch, 2020). Jie gali būti atliekami ir sėdint, ir stovint, ir esant vėžimėlyje. Atliekami pateikiant aiškią instrukciją, nesudėtingą formą ir tinkamu tempu, atsižvelgus į

¹⁹ LŠJTA etikos kodeksas: <https://www.lsjta.lt/>

asmeninius sveikatos rodiklius, kuriuos būtina įsivertinti prieš ir po užsiėmimo (pulsas, kraujospūdis ir kt.)

Labai svarbu suprasti, kad šokio-judesio terapijos veiksmingumas gali labai skirtis, nes jis tiesiogiai priklauso nuo asmens individualių savybių, aplinkos kurioje gyvena, požiūrio į gyvenimą, ankstesnių patirčių ir daugybės kitų aspektų. Todėl šokio-judesio terapijos užsiėmimus vesti turėtų tinkamai apmokyti specialistai, kurie supranta specifinius senyvo amžiaus žmonių poreikius ir galimybes, įvertina fizinį pasirengimą bei psichikos ir socialinę sveikatą, įvertina aplinką, kurioje asmuo gyvena, ir atsižvelgia į kultūrinius bei dvasinius asmens poreikius, geba parinkti tinkamas priemones bei metodus kiekvieno individo ar grupės tikslams pasiekti, kuria ir palaiko terapinį santykį, tinkamą terapinę aplinką.

Apibendrinant galima teigti, kad šokio-judesio terapija, kurią veda profesionalus ŠJT terapeutas senyvo amžiaus asmenims, ypač gyvenantiems ilgalaikės globos įstaigose, gali veiksmingai prisidėti, prie įvairių lėtinių ligų, pažinimo funkcijų sutrikimų ar socialinių bei kitų sunkumų lengvinimo.

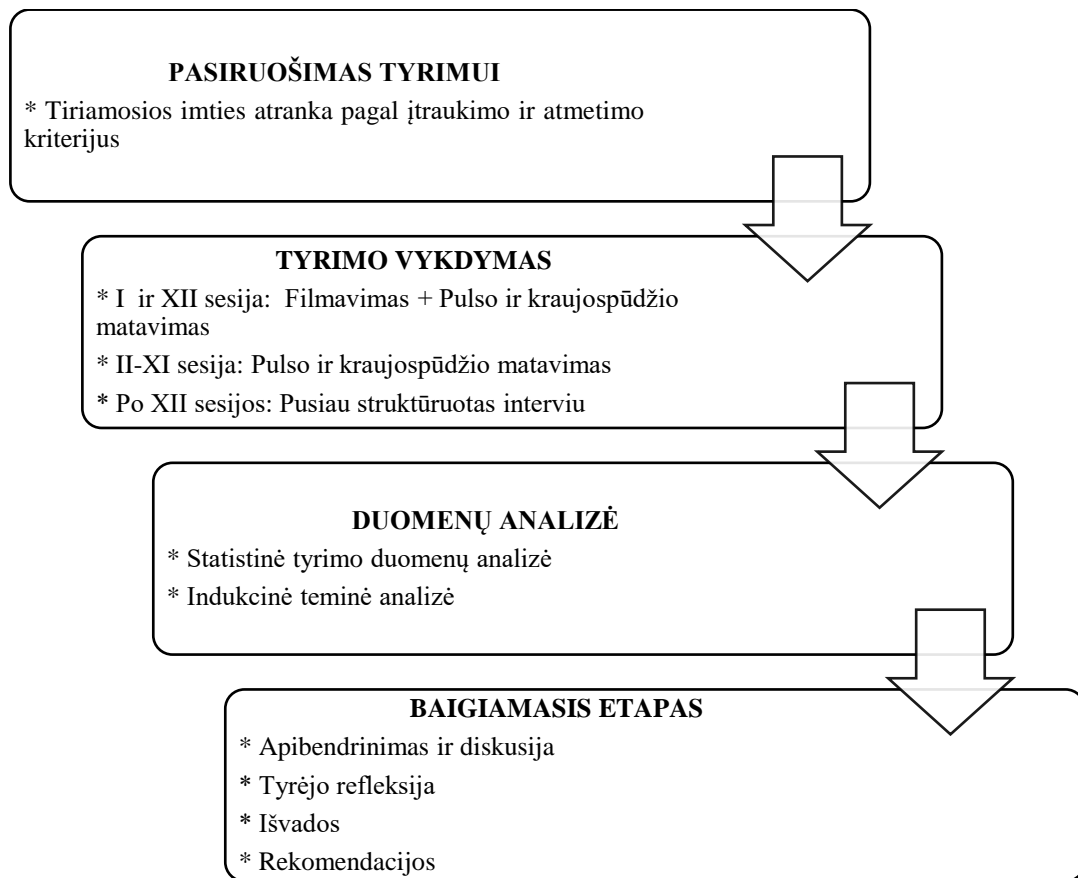
3.EMPIRINIS TYRIMAS

3.1. Empirinio tyrimo metodologija ir organizavimas

Autoriai Aleknevičienė, Pocienė ir Šupa (2020, p. 53) teigia: „Mišrių metodų tyrimas, kuomet renkami tiek kiekybiniai, tiek kokybiniai duomenys, leidžia sukaupti įvairią empirinę medžiagą, kuri gali būti ypač vertinga sudėtingoms socialinėms temoms atskleisti ar tyrimo klausimams atsakyti.“ Todėl buvo pasirinktas mišrus tyrimo metodas ir lygiagrečiai jo strategija.

Kiekybinio tyrimo duomenys leidžia įvertinti ŠJT intervencijos poveikį sveikatai fiziniu požiūriu, o kokybinis tyrimas papildo šiuos duomenis socialinio ryšio aspektais ir suteikia tyrėjui galimybę giliau suvokti nagrinėjamą temą, numatyti galimas priežastis, taip pat leidžia interpretuoti bei ieškoti problemų sprendimo būdų.

Empirinio tyrimo organizavimo ir vykdymo procesas pateikiamas 3 paveiksle.



3 pav. Empirinio tyrimo organizavimo ir vykdymo procesas

3.1.1. Kiekybinio tyrimo organizavimas

Kiekybiniam tyrimui buvo iškelta hipotezė – ŠJT užsiėmimai pagerins asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, judesių dinamiką ir socialinę sveikatą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti ŠJT poveikį tiriamųjų fizinei sveikatai: širdies ir kraujagyslių sistemai bei kūno judesių dinamikai prieš ir po šokio-judesio terapijos.
2. Palyginti tiriamųjų socialinio ryšio stiprumą prieš šokio-judesio terapiją ir po jos.
3. Nustatyti tiriamųjų fizinės sveikatos ir socialinių parametrų tarpusavio ryšius.

Kiekybinis tyrimas buvo atliktas ilgalaikės (trumpalaikės) socialinės globos namuose 2023.10.24 – 2023.11.30 dienomis. Buvo surinkta 36 dalyvių grupė. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: 17 asmenų, judančių su pagalbinėmis priemonėmis, vienoje grupėje ir 19, judančių be pagalbos, kitoje. Grupinės šokio-judesio terapijos sesijos buvo vykdomos du kartus per savaitę po 30 minučių kiekvienai grupei. Kiekviena grupė turėjo po 12 šokio-judesio terapijos sesijų. Arterinis kraujospūdis bei pulsas buvo matuojami kiekvienos sesijos metu prieš ir po užsiėmimo.

Sesijų planas nr.1 buvo skirtas II, III, V, VI, VII, IX, X ir XII sesijoms, o sesijų planas nr. 2 skirtas I, IV, VIII, XII sesijoms, jis pateiktas darbo prieduose (žr. 1 priedą).

3.1.2. Kokybinio tyrimo organizavimas

Kokybiniam tyrimui buvo iškelti probleminiai klausimai: 1) nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį tyrimo dalyvių atliekamų judesių dinamikai bei socialinio ryšio stiprinimui; 2) atskleisti tyrimo dalyvių socialinio ryšio aspektus šokio-judesio terapijos patyrimo pradžioje ir pabaigoje.

Kokybinio tyrimo duomenų rinkimui buvo pasirinktas tiriamųjų **stebėjimo metodas**, kurio metu buvo stebimi tiriamųjų judesio ir socialinio ryšio pokyčiai. I ir XII sesijos buvo filmuojamos tiriamųjų stebėjimo analizei, t.y. judesio funkcijų bei socialinio ryšio dinamikos vertinimui, atlikti. Filmavimai buvo vykdomi 2023-10-24 ir 2023-11-30 dienomis.

Kokybinio tyrimo duomenų papildymui buvo naudojamas **pusiau struktūrizuotas interviu**, kurio metu buvo apklaustos 4 socialinės globos namuose gyvenančios ir ŠJT sesijose dalyvavusios senyvo amžiaus moterys. Gavus raštišką sutikimą atlikti tyrimą, interviu laikas ir pobūdis buvo derinamas individualiai. Vidutinis interviu laikas su kiekviena dalyve siekė apytiksliai 1 valandą. Interviu vykdytas 2023-11-30 ir 2023-12-01 dienomis socialinės globos namuose.

3.2. Tyrimo dalyviai

3.2.1. Kiekybinio tyrimo dalyviai

Tiriamųjų amžiaus varijavo nuo 65 metų iki 91 metų. Tyrime dalyvavo 36 dalyviai, tyrimą baigė 28 tiriamieji.

Patogiosios atrankos būdu tiriamieji įtraukti į tyrimą pagal šiuos kriterijus:

- tiriamieji, kurie gyvena toje pačioje socialinės globos įstaigoje;
- tiriamieji, galintys savarankiškai judėti su pagalbėmis priemonėmis ir be jų;
- tiriamieji, kurie sutiko dalyvauti tyrime.

Neįtraukimo kriterijai:

- nedalyvavo pirmame ir/ar paskutiniame užsiėmime;
- nedalyvavo pusėje organizuotų ŠJT užsiėmimų (6 sesijose);
- nepasirašė dalyvavimo tyrime sutikimo.

Visi tyrimo dalyviai tyrimo metu vartojo medikamentus kraujospūdžio reguliavimui ir kitų lėtinių neinfekcinių ligų kontrolei.

3.2.2. Kokybinio tyrimo dalyviai

Kokybinių tyrimų imtis yra pagrįsta kokybe bei patikimumu, bet ne kiekybiniais rodmenimis. Siekiant surinkti reikiamus ir tinkamiausius tyrimui duomenis, padedančius pasiekti iškeltą tikslą, ypač svarbu užtikrinti pačių tiriamųjų, šiuo atveju tyrimo dalyvių tinkamumą (Aleknevičienė, Pocienė, Šupa 2020). Šiame tyrime (interviu) dalyvavusios informantės buvo atrinktos, remiantis šiais pagrindiniais kriterijais:

- amžius nuo 65 metų;
- socialinės globos namų gyventojai;
- dalyvavo pirmame ir paskutiniame ŠJT užsiėmime;
- dalyvavo daugiau nei pusėje organizuotų ŠJT užsiėmimų (nuo 7 sesijų);
- išreiškė žodinį sutikimą dalyvauti.

Literatūroje (Gaižauskaitė, Valavičienė 2016; Aleknevičienė, Pocienė ir Šupa, 2020) akcentuojama, kad kokybinio tyrimo imtis daugiausiai priklauso nuo tyrimo tikslo ir dažniausiai sudaro 4-12 informantų.

Atsižvelgiant į mokslinėje literatūroje pateikiamas autorių rekomendacijas, tyrimo metu buvo apklaustos 4 tyrimo dalyvės. Tokią imtį galima rinktis ir atsižvelgiant į mokslininkų

Aleknevičienės, Pocienės ir Šupos (2020, p. 47) rekomendacijas, kuriose pabrėžiama, kad, atliekant kokybinį tyrimą, tikslaus tiriamųjų skaičiaus nėra, „kadangi tyrimo metu turi būti stengiamasi duomenis rinkti tol, kol informacija pradeda kartotis, o papildomi informacijos šaltiniai nepateikia naujų žinių.“

Atlikus interviu ir transkribavus vienos iš tyrimo dalyvių gautą medžiagą, buvo gautas jos prašymas nenaudoti jos duomenų, todėl toliau tyrime buvo analizuojami tik trijų tyrimo dalyvių duomenys.

3.3. Tyrimo metodai

3.3.1. Kiekybinio tyrimo metodai

Instrumentiniai tyrimo metodai

Tiriamųjų arteriniam kraujospūdžiui ir pulso dažniui matuoti buvo naudojamas automatinis (OMRON M5-1) kraujospūdžio matavimo aparatas. Tyrimas atliktas dalyviams sėdint. Buvo matuojama dešinė ranka ir užrašomas 3 matavimų vidurkis. Sistolinio (SAKS) ir diastolinio (DAKS) arterinio kraujospūdžio bei pulso dažnio (PD) normos, pateiktos 6 lentelėje, kuriomis tyrėjas turėtų vadovavosi norėdamas kreiptis į tyrimo dalyvio gydančią gydytoją dėl leidimo dalyvauti ŠJT užsiėmime.

6 lentelė. Kardiovaskulinės sistemos rodiklių minimalios ir maksimalios reikšmės

	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
SAKS	119 mm Hg	139 mm Hg
DAKS	79 mm Hg	110 mm Hg
PD	40 tv./min.	90 tv./min.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Lesauskaitė ir kt. (2017); Dadalienė (2008).

„Kūno analizės“ metodas pagal Oganiesian (2009)

Tiriamųjų judesio funkcijų ir socialinio ryšio stiprumo vertinimui buvo naudojamas stebėjimo (filmuotos medžiagos) metodas, o vertinimas buvo atliekamas remiantis adaptuotu Oganiesian (2009) „kūno analizės“ metodu sudarytomis vertinimo lentelėmis (žr. 2 priedą). Pagal originalią metodiką, vertinimą sudaro 10 parametrų ir 41 požymis, tačiau atlikus modifikaciją ir pritaikius esamų tiriamųjų kontingentui buvo panaudoti 4 parametrai su 19 požymių, kurie pateikti 7 ir 8 lentelėse. Originalioje metodikoje judesio funkcijas apima 5 parametrai, susidedantys iš 16 požymių, socialinio ryšio dinamiką apima 5 parametrai, susidedantys iš 25 požymių. Šiame tyrime

buvo naudojami tik 2 judesio funkcijų parametrai, susidedantys iš 8 požymių ir 2 socialinio ryšio parametrai, susidedantys iš 11 požymių.

Judesio funkcijų parametrai

- Judesių dinamikos ir stiprumo požymiai buvo vertinami: 0 – judesys nepasireiškia; 1 – judesys pasireiškia labai silpnai; 2 – judesys reiškiasi silpnai; 3 – judesys reiškiasi vidutiniškai; 4 – judesys reiškiasi stipriai; 5 – judesys reiškiasi labai stipriai.

- Šokyje dalyvaujančių kūno dalių požymiai buvo vertinami: 0 – kūno dalis neįsitraukia į šokį/judėjimą; 1 – kūno dalis įsitraukia į šokį/judėjimą labai silpnai; 2 – kūno dalis įsitraukia į šokį/judėjimą silpnai; 3 – kūno dalis įsitraukia į šokį/judėjimą vidutiniškai; 4 – kūno dalis įsitraukia į šokį/judėjimą stipriai; 5 – kūno dalis įsitraukia į šokį/judėjimą labai stipriai.

7 lentelė. Tyrime naudoti judesio funkcijų parametrai ir jų požymiai

JUDESIO FUNKCIJOS	
Judesių dinamika ir stiprumas	Šokyje dalyvaujančios kūno dalys
Stiprūs	Rankos
Silpni	Kojos
Greiti ir staigūs	Galva
Lėti ir grakštūs	Korpusas

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Oganiesian (2009).

Socialinio ryšio parametrai

- Gebėjimo bendrauti grupėje požymiai buvo vertinami: 0 – elgesys nepasireiškia; 1 – elgesys pasireiškia labai silpnai; 2 – elgesys reiškiasi silpnai; 3 – elgesys reiškiasi vidutiniškai; 4 – elgesys reiškiasi stipriai; 5 – elgesys reiškiasi labai stipriai.

- Asmens elgesio grupėje požymiai buvo vertinami: 0 – judesys/elgesys nepasireiškia; 1 – judesys/elgesys pasireiškia labai silpnai; 2 – judesys/elgesys reiškiasi silpnai; 3 – judesys/elgesys reiškiasi vidutiniškai; 4 – judesys/elgesys reiškiasi stipriai; 5 – judesys/elgesys reiškiasi labai stipriai.

8 lentelė. Tyrime naudoti socialinio ryšio parametrai ir jų požymiai

SOCIALINIS RYŠYS	
Gebėjimas bendrauti grupėje	Asmens elgesys grupėje
Atsiriboja	Juda taip pat greitai, kaip visi
Priima normalų kontaktą	Juda lėčiau negu visi
Abipusis kontaktas su grupe	Laisvai kontaktuoja su visais grupės dalyviais
Perdėtas kontaktas	Mažiau kontaktiškas negu kiti grupės nariai
Eina į puolimą	Jam buvo komfortiška grupėje
–	Jautėsi vienišas grupėje

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Oganiesian (2009).

Stebėjimo metu gauti įverčiai sumuojami ir lyginami pirmo ir paskutinio užsiėmimo metu. Maksimalus teorinis balų skaičius:

- Judesio funkcijų parametru – judesių dinamikos ir stiprumo 20 balų bei šokyje dalyvaujančių kūno dalių 20 balų.
- Socialinio ryšio parametru – gebėjimo bendrauti grupėje 25 balai bei asmens elgesio grupėje 30 balų

Kiekybinio tyrimo duomenų apdorojimas. Kiekybinio (pulso ir kraujospūdžio) bei kokybinio (stebėjimo) tyrimo duomenų apdorojimui atlikti buvo naudota SPSS 29.0 (Statistical Package for the Social Science) ir MS Excel programos. Statistinių duomenų apdorojimo metu buvo apskaičiuoti aritmetiniai vidurkiai (\bar{x}), standartiniai nuokrypiai (SN), medianos, min. ir maks. reikšmės. Siekiant nustatyti, ar duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, buvo naudojamas Shapiro-Wilk testas. Reikšmingumo lygmuo (p), esant normaliam skirstiniui, buvo naudojamas Wilcoxon testas. Koreliacija tarp kintamųjų nustatyta taikant Pirsono koreliacijos koeficientą tarp judesių atlikimo, socialinio ryšio parametru vertinimo ir kardiovaskulinės sistemos parametru. Duomenų vidurkių skirtumai bei koreliacijos koeficientai laikomi reikšmingais, kai $p < 0,05$. Interpretuoti ryšio stiprumui buvo naudojami įverčiai, kurie pateikti 9 lentelėje.

9 lentelė. **Koreliacijos koeficiento reikšmės**

Ryšio stiprumas	Koreliacijos koeficiento reikšmės
Labai stiprus ryšys	-1 ir +1
Stiprus ryšys	nuo -1 iki -0,7 ir nuo 0,7 iki 1
Vidutinis ryšys	nuo -0,7 iki -0,5 ir nuo 0,5 iki 0,7
Silpnas ryšys	nuo -0,5 iki -0,2 ir nuo 0,2 iki 0,5
Labai silpnas ryšys	nuo -0,2 iki 0 ir nuo 0 iki 0,2
Ryšio nėra	0

Šaltinis: Kėdaitis (2009).

Kiekybinio tyrimo ribotumai. Iš dalies tyrimo ribotumas nustatomas tuo, kad tyrimo problema yra formuluojama prieš renkant duomenis, nes surinkti duomenys gali turėti įtakos problemai. Todėl gali tekti rinkti papildomus duomenis, o tai sukeltų tam tikrus nepatogumus ir tyrėjui, ir tyrimo dalyviams. Dėl mažo atsako dažnio tyrimo rezultatai atspindi tik tyrime dalyvavusių tiriamųjų rezultatus.

Kiekybinio tyrimo etika. Atliekant empirinį tyrimą, tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslais, uždaviniais ir tyrimo eiga, konfidencialumo bei anonimiškumo principais ir, gavus žodinį sutikimą, buvo įtraukti į tyrimą. Pirmojo susitikimo metu buvo gauti raštiški dalyvių sutikimai,

leidžiantys filmuoti pirmąjį ir paskutinįjį užsiėmimą, matuoti dalyvių kraujospūdį bei pulsą kiekvieno užsiėmimo metu.

3.3.2. Kokybinio tyrimo metodai

Pusiau struktūruotas interviu

Atskiruose interviu dalyvavo keturios senyvo amžiaus moterys, atitinkančios įtraukimo kriterijus. Prieš interviu buvo paruošti 4 pagrindiniai ir 13 papildomų klausimų, kurie pateikti lentelėje (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. **Interviu pagrindiniai ir papildantys klausimai**

Pagrindiniai klausimai	Papildantys klausimai
Prašau, papasakokite savo patirtis ŠJT užsiėmimų metu.	Gal prisimenate pirmąją ŠJT sesiją ir kaip Jūs jautėtės tos sesijos metu? Kas labiausiai įsiminė kitų ŠJT užsiėmimų metu?
Prašau, papasakokite, koks buvo Jūsų santykis su kitais grupės dalyviais užsiėmimuose?	Kaip komfortiškai jautėtės būdamas/a ŠJT grupėje? Kaip jums patinka būti kitų kompanijoje kitoje aplinkoje? Kaip manote, kuriuo momentu ŠJT sesijų metu grupėje galėjo jaustis bendrystės jausmas? Koku būdu ŠJT grupėje galėjo pasireikšti draugiški santykiai? Kaip jums patiko tai, kad užsiėmimuose dalyvavo daugiau dalyvių? Gal buvo akimirku, kad jūs pajautėte kitų dalyvių jausmus? Kaip Jūs jautėtės, kai kiti pastebėjo Jūsų jausmus?
Prašau, papasakokite apie savo santykį su terapeutu?	Gal prisimenate, kokie jie buvo užsiėmimų pradžioje ir jau įpusėjus užsiėmimams?
Gal galėtumėte pasidalinti, kada jaučiatės laimingas/a?	Gal galėtumėte pasidalinti, ko laukiate iš kiekvienos savo dienos? Kaip manote, kokią prasmę turi gyvenimas? Gal prisimenate, kada paskutinį kartą žvelgėte į savo gyvenimą su laimės jausmu?

Kokybinio tyrimo duomenų apdorojimas. Kokybinio tyrimo (interviu) metu gauti atsakymai buvo įrašyti naudojant įrašymo priemonę, o paskui transkribuojami, sisteminami, analizuojami ir interpretuojami (Gheyle, Jacobs 2017), kitaip tariant, buvo atliekama indukcinė teminė analizė.

Kokybinio tyrimo duomenų patikimumas ir validumas. Literatūroje akcentuojama, kad nuo duomenų patikimumo ir validumo priklauso atliekamo tyrimo kokybė (Rupšienė, 2018). Kokybinių tyrimų validumas ir patikimumas dažniausiai yra grindžiamas interviu aplinka, informantų stebėjimu ir jų reakcija į pateikiamus klausimus, pateikiamų atsakymų fiksavimu atitinkamomis priemonėmis (pvz.: užrašais ar specialiomis įrašymo priemonėmis), tyrimo kartojimu su kitais asmenimis, tyrimo vietos pokyčiais (Rupšienė, 2018). Kokybinių tyrimų validumas ir patikimumas yra viso tyrimo metu trunkantis procesas (Gaižauskaitė, Valavičienė 2016). Atliekamo tyrimo kokybė, t.y. jo validumas ir patikimumas, buvo užtikrinta:

- viso tyrimo metu remiantis tyrimo tikslu ir uždaviniais;
- interviu metu renkant ir apdorojant gautą informaciją (tyrimo atlikimas su skirtingais tyrimo dalyviais ir atsakymų fiksavimas įrašymo priemonėmis);

- apibendrinant tyrimo rezultatus, gautus iš patikimų šaltinių – tyrimo dalyvių.

Kokybinio tyrimo ribotumai. Tyrimo duomenys buvo pagrįsti interviu metodu, todėl visus duomenis tyrimo dalyvės pateikė pačios. Šiame tyrime kaip ribojimus galima išvelgti laiko apribojimą ir ribotą tyrimo dalyvių skaičių, taip pat vienos lyties tyrimo dalyvius. Tyrimas buvo atliktas per trumpą laiką ir tik su 4 tyrimo dalyvėmis – senyvo amžiaus moterimis. Bene pats svarbiausias tyrimo ribotumas – tyrime dalyvavę asmenys yra senyvo amžiaus, turintys vieną ar kelias gretutines ligas, todėl tyrimo atlikimas yra apsunkinamas tiriamųjų amžiaus bei sveikatos būklės.

Kokybinio tyrimo etika. Atliekant interviu buvo laikomasi šių pagrindinių etikos principų: prieš kiekvieną interviu, dalyviai iš naujo buvo informuoti apie konfidencialumo ir anonimiškumo principus, iš dalyvių gauti raštiški sutikimai pokalbio įrašymui. Tyrimo dalyviams buvo garantuojama, kad šią medžiagą, klausys ir analizuos tik tyrėjas, o tyrimo rezultatai bus naudojami tik moksliniais tikslais. Interviu dalyvavusių tyrimo dalyvių kai kurios asmeninio gyvenimo detalės bei vietovardžiai buvo pakeisti ir nenaudojami vardai, todėl interviu dalyvavusių asmenų tapatybė buvo koduojama tik vardais: Ona, Bronė, Stasė.

3.4. Kiekybinio tyrimo rezultatų analizė

Tiriamųjų kraujospūdžio bei pulso pokyčiai ŠJT užsiėmimų metu

Analizuojant sistolinio arterinio kraujospūdžio (SAKS) pokyčius užsiėmimų metu (žr. 11 lentelę), buvo pastebėta, kad didžiausios SAKS medianos (M) pokyčio reikšmės buvo po IV (3,5) ir VIII (4,5) užsiėmimo. Po IV ir VIII užsiėmimo mediana siekė 131,5 mm Hg, SAKS rodmenys svyravo tarp 121-143 mm Hg ir 120-145 mm Hg atitinkamai.

Buvo pastebėta, kad po III (0,5) ir V (0) užsiėmimo buvo mažiausios SAKS M pokyčio reikšmės. Po III užsiėmimo – M reikšmė buvo 131 mm Hg su SAKS min. ir maks. reikšmėmis tarp 121-147 mm Hg; o po V užsiėmimo M buvo lygi 133 mm Hg bei SAKS min. ir maks. reikšmės svyravo tarp 107-143 mm Hg.

Pastebėta, kad būtent šiuose (IV ir VIII) užsiėmimuose, kurių M pokyčio reikšmė buvo didžiausia, buvo naudojamas II užsiėmimo plano variantas (žr. 1 priede), kuris buvo taikomas I, IV, VIII ir XII sesijose. Šiuose užsiėmimuose tyrimo dalyviai buvo kviečiami judėti laisvai, nes nebuvo nustatyti konkretūs pratimai ar parinkta choreografija.

Po V ir X užsiėmimo buvo pastebėtos didžiausios M reikšmės, atitinkamai 133 mm Hg ir 135,5 mm Hg, tačiau vidurkių reikšmės sumažėjo lyginant jas prieš užsiėmimą ir po jo. Pastebėta, kad jau prieš V užsiėmimą SAKS reikšmė buvo didžiausia, todėl galima manyti, kad M reikšmių dydį galėjo lemti ne su ŠJT sesijomis susiję veiksniai, o kiekvieno asmens fizinės sveikatos būklės aspektai.

11 lentelė. SAKS pokyčiai užsiėmimų metu

Užsiėmimai		Vidurkis	SN	Mediana	Min. reikšmė	Maks. reikšmė	M pokytis
I užsiėmimas	Prieš	133,32	8,39	132	122	147	2,5
	Po	131,61	7,87	129,5	121	147	
II užsiėmimas	Prieš	132,91	9,20	131	120	145	1
	Po	131,83	8,91	130	117	146	
III užsiėmimas	Prieš	132,65	8,90	131,5	121	149	0,5
	Po	132,8	8,45	131	121	147	
IV užsiėmimas	Prieš	133,86	8,76	135	121	146	3,5
	Po	132,57	8,74	131,5	121	143	
V užsiėmimas	Prieš	133,53	8,42	133	122	145	0
	Po	130,79	10,45	133	107	143	
VI užsiėmimas	Prieš	134,75	7,82	134	123	147	2,5
	Po	132,7	7,92	131,5	120	146	
VII užsiėmimas	Prieš	132,64	8,19	131	121	147	1
	Po	131,12	9,44	130	110	149	
VIII užsiėmimas	Prieš	134,86	9,18	136	121	147	4,5
	Po	134	8,07	131,5	120	145	
IX užsiėmimas	Prieš	134,12	7,80	135	123	147	3
	Po	133,12	7,57	132	121	145	
X užsiėmimas	Prieš	134,8	7,5	137	122	145	1,5
	Po	133,75	7,73	135,5	120	146	
XI užsiėmimas	Prieš	132,42	7,63	131	122	144	1,5
	Po	131,5	7,45	129,5	121	145	
XII užsiėmimas	Prieš	132,68	7,83	131,5	122	146	1
	Po	131,43	8,01	130,5	121	145	

Atliekant tyrimą buvo pastebėti diastolinio arterinio kraujospūdžio (DAKS) pokyčiai (žr. 12 lentelę): didžiausios DAKS medianos (M) pokyčio reikšmės buvo po IV (10) ir VIII (2) užsiėmimo. Po IV užsiėmimo M reikšmė buvo 74 mm Hg, o DAKS rodmenys svyravo tarp 53-80 mm Hg, o po VIII užsiėmimo M reikšmė siekė 83 mm Hg, DAKS rodmenys svyravo tarp 70-122 mm Hg.

Buvo pastebėta, kad po II užsiėmimo įvyko nedidelis, tačiau neigiamas M pokytis – (-0,5). Medianos reikšmė po šio užsiėmimo buvo 85,5 mm Hg, o DAKS varijavo tarp 83-90 mm Hg, tačiau buvo pastebėtas nedidelis 0,71 mm Hg vidurkio pokytis. Po V, VI, X ir XI užsiėmimo

Medianos reikšmės pokytis neįvyko, tačiau nedideli vidurkių teigiami pokyčiai, lyginant juos prieš ir po sesijos, buvo užfiksuoti.

Atlikus DAKS duomenų analizę, stebimas, didžiausias medianos pokytis, kaip ir SAKS duomenų analizėje, po IV ir VIII sesijos, todėl galima daryti prielaidą, kad tokiems pokyčiams galėjo turėti įtakos naudojamas sesijos planas nr.2 (žr. 1 priedą).

12 lentelė. DAKS pokyčiai užsiėmimų metu

Užsiėmimai		Vidurkis	SN	Mediana	Min. reikšmė	Maks. reikšmė	M pokytis
I užsiėmimas	Prieš	85,21	2,72	85	77	90	0,5
	Po	84,07	3,48	84,5	71	89	
II užsiėmimas	Prieš	86,64	2,67	85	83	92	-0,5
	Po	85,93	2,30	85,5	83	90	
III užsiėmimas	Prieš	87	4,29	86,5	81	99	1,5
	Po	84,7	3,32	85	75	91	
IV užsiėmimas	Prieš	83,64	5,46	84	62	89	10
	Po	70,92	7,17	74	53	80	
V užsiėmimas	Prieš	83,74	7,61	85	60	90	0
	Po	82	8,53	85	54	90	
VI užsiėmimas	Prieš	86,25	4,73	86	70	93	0
	Po	85,05	4,77	86	70	90	
VII užsiėmimas	Prieš	86,07	2,09	85,5	83	90	0,5
	Po	84,86	2,34	85	81	89	
VIII užsiėmimas	Prieš	85,87	5,55	85	71	100	2
	Po	85,61	9,03	83	70	122	
IX užsiėmimas	Prieš	86,59	2,37	87	82	90	1
	Po	86,18	2,29	86	83	90	
X užsiėmimas	Prieš	86,4	1,93	86	84	91	0
	Po	85,75	2,42	86	82	90	
XI užsiėmimas	Prieš	85,83	2,66	85,5	81	90	0
	Po	85,67	2,77	85,5	81	91	
XII užsiėmimas	Prieš	86,14	2,43	86	81	90	1
	Po	84,89	2,25	85	80	90	

Analizuojant pulso dažnio (PD) pokyčių duomenis (žr. 13 lentelę), buvo pastebėta, kad didžiausios PD medianos (M) pokyčio reikšmės buvo po IV (11) ir VIII (11,5) užsiėmimo. Po VIII užsiėmimo mediana siekė 62,5 tv./min., o PD svyravo tarp 50-70 tv./min.; po IV užsiėmimo mediana siekė 63 tv./min., PD svyravo tarp 45-85tv./min. Buvo pastebėta, kad po I ir VI užsiėmimo įvyko mažiausias M pokytis atitinkamai 4,5 su M reikšme 66 tv./min. ir 5,5 su M reikšme 65 tv./min., jų minimalios ir maksimalios reikšmės atitinkamai varijavo tarp 57-75 tv./min. bei 43-78 tv./min.

Atlikus išsamią SAKS, DAKS ir PD duomenų analizę, buvo rasti, didžiausi medianos teigiami pokyčiai po IV ir VIII sesijos, todėl galima daryti prielaidą, kad tokiems pokyčiams galėjo

turėti įtakos naudojamas sesijos planas nr.2 (žr. 1 priedą), kur dalyviams suteikiama didesnė kūrybinė laisvė bei didesnis dalyvaujančiųjų skaičius.

13 lentelė. PD pokyčiai užsiėmimų metu

Užsiėmimai		Vidurkis	SN	Mediana	Min. reikšmė	Maks. reikšmė	M pokytis
I užsiėmimas	Prieš	69,89	8,18	70,5	54	81	5,5
	Po	64	8,54	65	43	78	
II užsiėmimas	Prieš	71,22	8,25	70	56	89	7
	Po	65,17	9,08	63	49	85	
III užsiėmimas	Prieš	71	7,12	72,5	53	81	7
	Po	65,4	7,05	65,5	48	78	
IV užsiėmimas	Prieš	70,92	7,17	74	53	80	11
	Po	64,05	9,82	63	45	85	
V užsiėmimas	Prieš	70,26	8,47	72	54	82	7
	Po	64,35	7,85	65	48	82	
VI užsiėmimas	Prieš	70,3	6,30	70,5	54	79	4,5
	Po	64,93	5,77	66	58	75	
VII užsiėmimas	Prieš	71,86	6,52	72,5	60	80	9,5
	Po	64,35	7,85	63	48	82	
VIII užsiėmimas	Prieš	71,79	5,75	74	60	79	11,5
	Po	62,79	4,98	62,5	50	70	
IX užsiėmimas	Prieš	71,18	6,30	71	59	80	7
	Po	64,82	7,17	64	52	75	
X užsiėmimas	Prieš	70,6	5,71	71	56	79	6
	Po	63,6	5,17	65	50	72	
XI užsiėmimas	Prieš	70,33	6,61	70,5	55	80	7
	Po	62,58	6,52	63,5	49	75	
XII užsiėmimas	Prieš	69,36	6,40	70	53	80	7
	Po	63,25	6,05	63	48	75	

Judesio ir socialinio ryšio funkcijų kaita taikant šokio-judesio terapiją

Analizuojant tiriamųjų judesių dinamikos bei stiprumo rodiklių, tiriamųjų šokyje dalyvaujančių kūno dalių rodiklių, gebėjimo bendrauti grupėje bei asmens elgesio grupėje rodiklių duomenis (žr. 14 lentelę), galime pastebėti, kad visi pokyčiai lyginant pirmąją ir paskutinąją ŠJT sesijas, buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,005$).

Didžiausias pokytis įvyko šokyje dalyvaujančių kūno dalių parametruose, kurie siekė medianos (M) pokytį net 6,22 bei judesių dinamikos ir stiprumo parametruose, kurių M pokytis buvo 2,82. Mažiausias pokytis įvyko asmens elgesio grupėje parametruose, kurių medianos skirtumas buvo tik 0,14 ir gebėjimo bendrauti grupėje M pokytis siekė 1,69. Čia galime pastebėti, kad su judesiu susijusių parametrų pokyčiai buvo žymiai didesni lyginant su socialiniais parametrais susijusiais pokyčiais.

14 lentelė. Kūno analizės rodiklių pokyčiai užsiėmimų metu

Parametrai	I sesija				XII sesija				M Pokytis	P
	M	SN	Min.	Maks.	M	SN	Min.	Maks.		
Judesių dinamika bei stiprumas	7,1	4,09	3	17	9,92	3,76	3	18	2.82	p<0,05
Šokyje dalyvaujančios kūno dalys	6,17	2,94	1	14	12,39	3,81	3	20	6.22	p<0,05
Gebėjimas bendrauti grupėje	12,34	2,82	6	16	14,03	4,42	10	18	1.69	p<0,05
Asmens elgesys grupėje	13,96	2,41	8	19	14,1	2,06	10	18	0.14	p<0,05

Tiriamųjų kardiovaskulinių parametru, judesio funkcijų ir socialinių parametru tarpusavio ryšiai

Analizuojant duomenis buvo pastebėti statistiškai reikšmingi ($p<0,005$, $p<0,01$) fizinių ir socialinių parametru tarpusavio koreliaciniai ryšiai (žr. 15 lentelę). Nustatyta, jog vidutinė koreliacija buvo tarp asmens elgesio grupėje parametru ir gebėjimo bendrauti grupėje (0,636) bei kraujospūdžio parametru (0,565). Taip pat buvo nustatyta vidutinė koreliacija tarp šokyje dalyvaujančių kūno dalių parametru, judesiu dinamikos ir stiprumo (0,576) bei pulso (0,503) parametru. Silpniausias koreliacinis ryšys pastebėtas tarp tokių parametru, kaip gebėjimo bendrauti grupėje ir pulso (0,289), judesiu dinamikos ir stiprumo (0,244) bei šokyje dalyvaujančių kūno dalių parametru (0,260), taip pat silpnas ryšys buvo užfiksuotas tarp asmens elgesio grupėje bei šokyje dalyvaujančių kūno dalių parametru (0,260).

15 lentelė. Tarpusavio skalių koreliacijos rezultatai

	Kraujospūdis	Pulsas	Judesių dinamika ir stiprumas	Šokyje dalyvaujančios kūno dalys	Gebėjimas bendrauti grupėje	Asmens elgesys grupėje
Kraujospūdis	1					
Pulsas	,527**	1				
Judesių dinamika ir stiprumas	,406**	,400**	1			
Šokyje dalyvaujančios kūno dalys	,453**	,503**	,576**	1		
Gebėjimas bendrauti grupėje	,390**	,289**	,244*	,260*	1	
Asmens elgesys grupėje	,565**	,437**	,354**	,260*	,636**	1

Pastaba: * $p<0,005$, ** $p<0,01$

3.5. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė

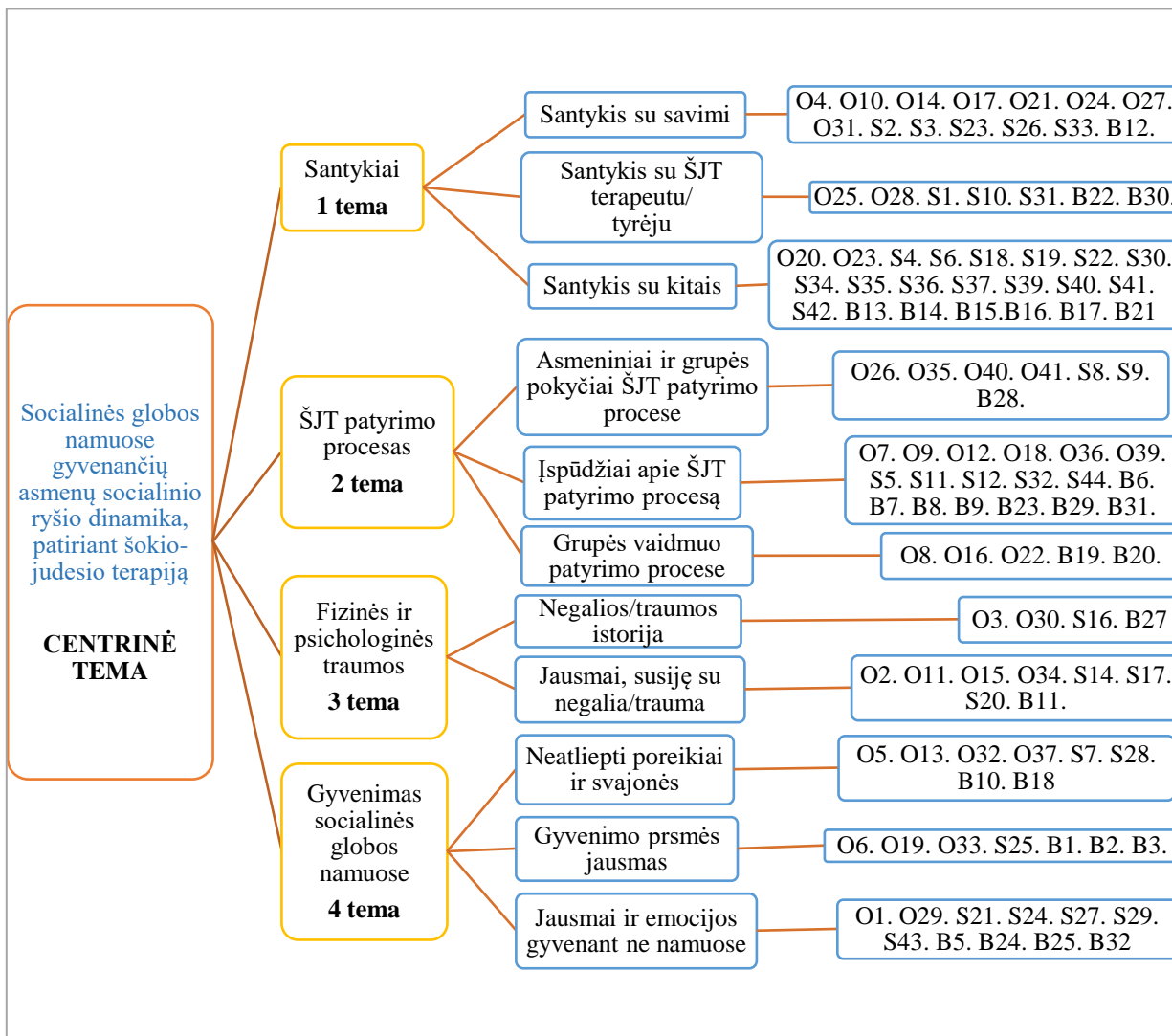
Indukcinės teminės analizės rezultatų fragmentas, kaip kodai buvo suskirstyti į temas ir potemes, pateikiamas 16 lentelėje. Analizuojant duomenis, buvo pastebėta, kad daugiausiai

moterys kalbėjo šioms temoms: santykis su kitais bei įspūdžiai apie ŠJT patyrimo procesą, jausmai ir emocijos gyvenant ne namuose. Skurdžiausiai moterys dalinosi apie grupės vaidmenį patyrimo procese.

16 lentelė. Teminės analizės rezultatų fragmentas: kodas, potėmė, pagrindinė tema

Kodas	Potėmė	Pagrindinė tema
O14. Nepasitikėjimas savimi ir jausmų nuvertinimas: „tai čia, žinot, jausmai...“ S33. Savęs nuvertinimas dėl amžiaus. B12. Neapykanta sau dėl savarankiškumo stokos.	Santykis su savimi	Santykiai
O23. Santykių įvairovė: nuo grupelės kaip „branduolio“ iki visai nedraugiškų. S30. Nepasitikėjimas visais apsunkina gyvenimą: „ką čia žinai, kas ateis“, „čia nežinai, kas stovi už pečių“, „Ką Dievas duos.“ B13. Ne visų draugija įstaigoje yra maloni.	Santykis su kitais	
O25. Santykis su terapeutu per metaforą: „kaip prie kokio upelio čiurlenimo“. S10. ŠJT proceso įvertinimas: pasitenkinimas vykusiais patyrimais ir terapeuto darbu. B22. Užmegztas artimas terapinis santykis tarp dalyvės ir terapeuto. B30. Terapeuto ŠJT procese vertinimas: priimantis ir švelnus žmogus.	Santykis su ŠJT terapeutu/tyrėju	
O12. ŠJT procesas, kaip įdomus ir anksčiau nepatirtas, smalsumą keliantis užsiėmimas. S32. Nuo nežinomybės iki ramybės. B8. ŠJT procesas sukelia daug prisiminimų. B29. Nuo minties, kad tai „ne man“, iki minties, kad „ir man tinka“.	Įspūdžiai apie ŠJT patyrimo procesą	ŠJT patyrimo procesas
O8. Mėgavimasis stebint kitų žmonių judėjimą. O22. Didesnėje grupėje patiriamas greitesnis atsipalaidavimas. B19. Pirmenybė teikiama ŠJT grupiniam patyrimo procesui, o ne individualioms sesijoms.	Grupės vaidmuo ŠJT patyrimo procese	
O26. Įvardijamas ŠJT procese įvykęs teigiamas asmenybės pokytis: nuo nedrąsos ir drovumo – „kaip pelytė“ iki pasitikėjimo savimi ir kitais. O41. Įvardijamas teigiamas pokytis santykiuose tarp grupės dalyvių ŠJT procese. S9. Savo bei kitų dalyvių skirtingų požiūrių ir poreikių priėmimas. B28. Artimesnis santykis su grupės dalyviais ŠJT patyrimo procese neužsimezgė.	Asmeniniai ir grupės pokyčiai ŠJT patyrimo procese	
O34. Kartėlis dėl negalios: aplinkinių galėjimas judėti sukelia nemalonius jausmus. S17. Didžiulio pykčio priežasties įvardijimas – traumuojančios patirtys vaikystėje „Tai aš ir dabar nervuota, pikta... kaip velnias ...“ B11. Bejėgiškumo jausmas dėl savo negalios	Jausmai, susiję su negalia/trauma	Fizinės ir psichologinės traumos
O30. Fizinė trauma ir progresas: nuo visiško nejudėjimo iki judėjimo neįgaliojo vežimėliu ir su vaikštyne. S16. Prisiminimai apie traumuojančias patirtis vaikystėje: skaudi tėvų netektis žiauriomis aplinkybėmis, atskyrimas nuo brolių ir seserų.	Negalios/traumos istorija	
O1. Įstaigoje jaučiasi kaip ligoninėje: „atsiguliau“ S21. Įstaigoje ne savo pačios noru: „mane atvežė“, „priduot“, „paliko“ S24. Prieštaringų jausmų keliantis gyvenimas įstaigoje: ne tik gailėstis kolegoms – „vargšės“, bet ir pyktis – „nusbodo man šitas „durnynas““. B32. Gyvenimo džiaugsmą temdo negalia ir namų ilgesys.	Jausmai ir emocijos gyvenant ne namuose	Gyvenimas socialinės globos namuose
O5. Didžiausia svajonė išgyti ir vėl vaikščioti. O13. Išryškėjęs prisilietimo ir švelnumo poreikis jaudina. S28. Prarastų artimų santykių trūkumas	Neatliepti poreikiai ir svajonės	
O33. Svarbiausias gyvenimo prasmės aspektas – galimybė laisvai judėti. S25. Tikėjimas geresne ateitimi. B3. Vienintelė gyvenimo prasmė – šeima.	Gyvenimo prasmės jausmas	

Tyrimo analizės žemėlapis pateikiamas 4 paveiksle. Galime pastebėti, kad atliekant teminę analizę buvo išskirtos 4 temos ir 11 potemių, kurios analizuojamos teminėje analizėje pagal pateiktą eiliškumą (žr. 4 pav.).



4 pav. Tyrimo teminės analizės žemėlapis

1 tema. Santykiai. Šioje temoje reflektuojama tyrimo dalyvių santykių svarba ir asmenine bei tarpasmenine jų santykių svarba bei jų įtaka psychosocioemocinei sveikatai. Tyrimo dalyvės gyvena socialinės globos namuose, kuriuose kasdien susiduria su bendravimo ir bendradarbiavimo iššūkiais. Gyvenimas didelėje bendruomenėje turi ne tik privalumų, bet ir trūkumų, todėl tyrimo dalyvės nuolat jaučia įtampą, kurią turi išmokti įveikti ir atstatyti psychoemocinę pusiausvyrą.

Santykis su savimi. Šioje potemėje labiausiai išryškėjo savęs ir jausmų nuvertinimo bei nepasitikėjimo savimi temos. Moterys ant savęs pyksta ne tik dėl savo amžiaus, bet ir dėl

savarankiškumo stokos. Bronė teigia: „<...>kartais būna, kad pati savęs nekenčiu, negaliu negaliu aš save apsižiūrėt ir man nepatinka<...>,kad apie mane turi šokinėti kažkas, man nepatinka tas <...>“ (Bronė, 4 psl.). Stasės dažniausia nepasitenkinimo priežastis – jos amžius: „<...>niekam tikus, užtai, kad amžius atėjo<...>“ (Stasė 1 psl.); „<...>tokia senatvė, tokis sunkumas, visgi 90 man, man metai dasidėjo ir smertis... Metai, sakau, dasidėjo ir mani smertis, ir pradedu nervuotis<...>“ (Stasė, 9 psl.). O savivertės trūkumas labiausiai išryškėja Onos interviu metu: „<...>aš buvau visai apsileidus<...>“ (Ona, 2 psl.). Jausmų nuvertinimas pasireiškė visų trijų tyrimo dalyvių pasidalinimuose ne tik tiesiogiai, kaip Onos pasakymas: „<...>tai čia neįdomu<...>“ (Ona, 2 psl.), kai kalbama apie jausmus, bet ir paprasčiausiu juoku, pasijutusias neįdomiai, kad kalba krypta apie nemalonią ir labai neįprastą temą – jausmus. Pašnekovės staiga ima keisti temą ir stengiasi apie tai visai nekalbėti. Ryškiausiai jausmų nuvertinimas atsiskleidė šiame sakinyje, kai Ona pradėjo po truputį atsiverti ir pasakoti apie užplūdusius jausmus ŠJT proceso metu ir susigraudino: „<...>tai čia žinot, tik jausmai<...>“ (Ona, 2 psl.) ir pradėjo juoktis su ašaromis akyse. „Dalyvaujant ŠJT procese, man buvo toks jausmas, tarsi kažkoks stiprus vidinis prieštaravimas kyla tarp to, ką Ona jaučia ir ką galbūt mano turinti jausti....“ Tarsi kažkoks stiprus vidinis prieštaravimas tarp to, ką Ona jaučia ir to, ką turėtų jausti arba turėtų nejausti.

Analizuojant tyrimo dalyvių interviu medžiagą, galima pastebėti mažą savivertę, kylančią dėl garbaus amžiaus, dėl sveikatos būklės ar negalios, kuri gali daryti įtaką bendravimo kokybei, nes moterys dėl šių priežasčių stengiasi atsiriboti nuo aplinkinių, būti dažniau vienumoje nei kitų kompanijoje. Neapykanta sau ir pyktis, nukreiptas į save, gali būti labai destruktivus: Stasės pyktis išryškėja per grubų bendravimą su aplinkiniais, ir tai paskatina atstūmimą nuo bendruomenės narių, veda į vienišumą.

Man, kaip tyrėjai, atliekant tyrimą kilo minčių, jog sveiko santykio kūrimas prasideda nuo sveiko santykio su savimi, todėl labai svarbu, kad šios moterys, gyvenančios socialinės globos įstaigoje, gautų kuo daugiau palaikymo ir augintų pasitikėjimą savimi, kad būtų užtikrintas jų sveikas socialinis gyvenimas.

Santykiai tarp ŠJT grupės dalyvių/įstaigos gyventojų. Ona labiausiai pabrėžia savo ir kitų gyventojų vertybinius skirtumus: „<...>vieną laidoja – kitas „žvyngauja“, ai... man kažkur... ne<...>“ (Ona, 2 psl.); „<...>susirenka... tai šneka bile... Kažkaip tai vat tas nelabai patinka... <...>“ (Ona, 2 psl.) bei santykių įvairovę: „<...>oi skirtingi. Kai taip pasižiūri, skirtingi. Labai.<...> yra grupelė viena kita, kad jie tikrai toks branduolys ir jie sueina ir kalbasi, ir draugiški, o yra tokių, kad oi...<...>“ (Ona, 6 psl.). Apie santykių įvairovę antrina ir Bronė:

„<...>ji nori su manim bendrauti, o jau mani stumia nuo jos, atrodo, kad kas nustumia<...>“ (Bronė, 4 psl.). Bronė pasakoja apie grupelę, kurioje gera buvo būti, dalintis mintimis ar tiesiog tylėti, tačiau ją išardė mirtis. Neseniai mirė du ketvertuko draugai, trečiajai paūmėjo demencija, todėl dabar tyrimo dalyvė daugiau laiko praleidžia viena kambaryje žiūrėdama televizorių. Buvusią draugystę siejo jaunystės prisiminimai, nes buvo pažįstami nuo senų laikų, o naujos pažintys į draugiškus santykius taip ir nevirto. Bronės požiūris į kitus grupės dalyvius: „<...>bet mane labai piktina, kad man kažkaip atrodo, kad jos apsimeta kitos<...>“ (Bronė, 5 psl.), dar labiau komplikuoja naujų, artimesnių ryšių kūrimą. Stasės požiūris labai panašus į Bronės, kuri nuolatos keiksnoja kitus ŠJT grupės dalyvius ir įstaigos gyventojus. Tas pyktis, pasipriešinimas tarsi leidžia išsaugoti savo orumą ir gebėjimus per palyginimus: „<...>o aš žiūriu, kitos sėdi, nei rankos nepakrutina. Norisi sakyti: kokio perkūno čia atėjai sėdėt<...>“ (Stasė, 1 psl.). Gal neiti į užsiėmimus yra jos savasties išsaugojimas, jos teisė gyventi individualų gyvenimą įstaigoje, kur reikia nemažai daryti bendrų veiklų, tai tarsi maištas, kuris jai leidžia išreikšti save. Ir laisvė rinktis: „<...>misliu, neisiu daugiau ir jos nieko nedaro, tai ko aš ty eisiu<...>. Piktumas paima ir nenoriu eit<...>“ (Stasė, 2 psl.). Į organizacijos vykdomas mankštas Stasė irgi jau kurį laiką neina dėl tų pačių priežasčių: „<...>o in ten, neinu į tą salę, ko aš čia sakau eisiu... Visos su vežimais suvažiuoja... jos miega. O aš sakau darysiu mankštą? Tai aš geriau pavaikšėčiosiu... <...>“ (Stasė, 3 psl.). Dalindamasi šiomis mintimis Stasė ne tik šiurkščiai kalba, bet ir kartas nuo karto nusijuokia, tarsi bandydama sušvelninti padėtį ir sumažinti kylančią įtampą.

Stasės ŠJT patyrimo procese gilesniems asmenybės sluoksniams trukdė atsiskleisti noras įtikti terapeutei ir teisingai atlikti judesius: „<...>vadovė daro, tai aš turiu daryt<...>“ (Stasė, 1 psl.) užgožė vidinę saviraišką. Stasė pyktį lieja ne tik dėl ŠJT grupės dalyvių, jos nuomone, netinkamo elgesio, bet ir kitų gyventojų nepakankamų protinių sugebėjimų: „<...>koki nenormalūs žmonės<...>jau nusibodo man šitas „durnynas“<...>“ (Stasė, 9 psl.). Pasitikėjimo visais trūkumas apsunkina gyvenimą įstaigoje: „<...>ką čia žinai kas ateis, čia nežinai kas stovi už pečių<...>“ (Stasė, 7 psl.), o prisiimta svetima atsakomybė saugoti kitus gyventojus, kai seselės ilsisi: „<...>kur sakau, velnias neša? Kaip dėsiu aš tavi į sieną (juokiasi), tai prilipsi<...>“ (Stasė, 6 psl.) – nesuteikia Stasei galimybių kurti draugiškų socialinių ryšių ir veda į dar didesnę gyventojų neapykantą jos atžvilgiu: „<...>nei viena nekenčia manęs<...>“ (Stasė, 6 psl.).

Nors tyrimo dalyvės dažnai pabrėžia neigiamą santykį su kitais grupės dalyviais ir įstaigos gyventojais, kai buvo užduoti klausimai apie santykius, tačiau interviu metu buvo išsakytos mintys, kurios leidžia manyti, kad moterys kuria ir puoselėja gražius santykius su kai kuriais

gyventojais. Stasė apie draugiškus santykius prasiarė: „<...> *tai jina draugė, mes labai jau abidvi draugaunam<...>, dar kita yra kai kuri<...>*“ (Stasė, 6 psl.), tačiau jausmų apie draugystę neatskleidė, nors iš sušvelnėjusio balso tembro galima spėti, kad šie santykiai jai teikia daug džiaugsmo. Abi draugės kasdien kartu pusryčiauja, o vienai išvykus į sanatoriją susirašinėja laiškais. Atliekant tyrimą, man dažnai kildavo jausmas, kad gaila, jog gyventojai dažniausiai fiksuoja ne tokius gražius ir svarbius santykius, o tuos, kurie skaudina ir žeidžia.

Santykis su ŠJT terapeutu/tyrėju. ŠJT proceso esmė – terapinio santykio tarp terapeuto ir dalyvio kūrimas, kuris atsispindi tyrimo dalyvių teigiamuose atsiliepimuose: „<...> *prie jūsų tai kaip prie kokio upelio čiurlenimo jautiesi<...>paėmė ranką, paglostė ir, atrodo, taip nueina visas džiaugsmas ir tau lieka tik jis, nelieka pykčio tokio<...>*“ (Ona, 7 psl.) <...>. *Man viskas patinka... viskas ką jūs darot, ką jūs... sakau<...>*“ (Stasė, 4 psl.); „<...> *už tai, kad jūs gera vadovė, va<...>*“ (Stasė, 9 psl.), „<...> *jūsų rankos stebuklingos tiesiog yra<...>. Atrodo, kad viską išėmėt iš manęs, visą negerovę<...>. Man jūs labai švelnus žmogus toks, tokis priimantis visus*“ (Bronė, 6 psl.).

Labai sudėtinga atskirti tyrėjo ir terapeuto vaidmenį interviu metu. Ona ir Bronė iš karto buvo labai atviros ir dalinosi savo mintimis, o Stasė, nors ir jos santykis su terapeutu buvo artimas, bet interviu pradžioje buvo susikausčiusi ir nepatikli: „<...> *pasikalbėt tai aš noriu, bet nenoriu atsakyt už ką nors<...>*“ (Stasė, 1 psl.). Padavus dalyvei pasirašyti sutikimo dalyvauti tyrime formą, moteris atidžiai skaitė ir labai nenorėjo pasirašyti, tik leidus jai nepasirašinėti po sutikimu, ji iš karto pakeitė savo nuomonę ir pasirašė. Nors ir kitos dalyvės interviu pradžioje rodė pasitikėjimo ženklus, buvo atviros ir maloniai kalbėjosi, tačiau vis tiek galėjai jausti, kad tvyro įtampa, kuri išsiskleidė po keleto sakinių. Moterys labiau jaudinosi dėl savo įvaizdžio, bijojo nusikalbėti, pasakyti ne tą, ką nori, ar kažkaip ne taip kalbėti, kaip iš jų yra tikimasi: „<...> *nu, nežinau, aš jau per daug kalbu<...>. Aš galiu vienu žodžiu pasakyt, bet jis visai netinka<...>*“ (Ona, 4 psl.). Bronė savo pradinį nedrąsumą slėpė po juoku ir pasakojamais sapnais.

2 tema. ŠJT patyrimo procesas. Šioje temoje tyrimo dalyvės atskleidžia savo mintis ir emocijas apie patį ŠJT patyrimo procesą, pirmuosius įspūdžius nuo jaudulio dėl nežinios, kas laukia, iki mėgavimosi čia ir dabar akimirka, apie grupės svarbą ir vaidmenį terapiniame procese, apie asmeninius bei grupės pokyčius, kurie vyko ŠJT proceso metu.

Įspūdžiai apie ŠJT patyrimo procesą. Pirminis įspūdis, išgirdus apie kvietimą į ŠJT patyrimo grupę, kuriuo pasidalino tyrimo dalyvės, buvo skirtingos. Stasė net negalėjo įsivaizduoti, kaip viskas atrodys apsilankius ŠJT patyrimo grupėje. Moteris tikina, kad ji tik pamačiusi suprato,

kas apskritai yra ŠJT: „<...>aš neįsivaizdavau, kaip bus, paskui viską pamačiau<...>“(Stasė, 9 psl.). Ona pasidalino kitomis mintimis, ji pirmiausiai atkreipė dėmesį į patį žodį, jo esmę ir prasmę. Moteris pabrėžia, kad, apsilankiusi ŠJT patyrimo grupėje, suprato apie pasaulio grožį: „<...>Nu, pats žodis įdomiai taip skamba, pats žodis, iš kur jis atsiranda, kaip?<...>Aš tada kaip tik ir pagalvojau, koks vis dėlto gražus pasaulis... <...>“(Ona, 4 psl.). Ona, panašiai kaip ir Bronė, neįsivaizdavo, kas yra ŠJT. Moters veide buvo galima pastebėti susidomėjimą pačiais šokio elementais, judesiais, plastika: „<...>va, tas man judesys... Taip keista... Šokio plastika, judesys... Aš buvau nei mačius, nei girdėjus, nei...<...>“(Ona, 5 psl.); „<...>Aš galvojau, kad reikės ant kojų stotis ir šokt<...>, galvoju, kaip aš atsistosiu, kai aš gi negaliu<...>“(Bronė, 8 psl.).

Tyrimo dalyvės buvo negirdėję ŠJT termino, tad pirmą kartą išgirdusios prašė paaiškinti kas tai yra ir ką reikės daryti užsiėmimų metu. Labai nustebė, kai išgirdo, kad šiuose užsiėmimuose dalyviai bus kviečiami šokti, pasipylė juoko banga su klausimais, kaip gi jie šoks, jei kai kurie net atsistoti negali, tačiau išklausę visus paaiškinimus su smalsumu atvyko į pirmuosius užsiėmimus. Iš pradžių buvęs skeptiškas žvilgsnis į užsiėmimus virto gražiu ir jautriu procesu, kurio vyksmui pasidavė dauguma dalyvių. Įsitraukę į ŠJT procesą, tyrimo dalyviai mėgavosi kiekvienu užsiėmimu ir su kiekvienu užsiėmimu skleidėsi jų vidiniai pasauliai. Dalyviai įvardijo muzikos, ypač su vokalu, svarbą ŠJT patyrimuose, paprastų žaidimų ir veiklų naudą, o kvėpavimo pratimus, išmokus ŠJT metu dalyviai pradėjo naudoti įprastinėse gyvenimo situacijose: „<...>kvėpavimo pratimai tai labai man patinka, aš kartais dabar ir lovoj darau<...>“(Bronė, 3 psl.). Iš pradžių kvėpavimo pratimai dalyviams pasirodė keisti, tačiau suteikus informacijos apie jų teikiamą naudą sveikatai, priėmė kvietimą išbandyti įvairiausias jų variacijas. Ypač mėgavosi dalyviai pūsdami įvairiaspalvius balionus ir žaisdami su plunksnele. Nors ne visiems dalyviams patiko tai, kad naudojame balionus, neva tokie žaidimai tik vaikams, tačiau tyrimo dalyvės pabrėžė, kad būtent žaidimai su balionais ir kiti žaismingi ŠJT proceso elementai joms buvo įsimintiniausi bei smagiausi: „<...>Visai paprastai man tais su balionais spardyt<...>tokis įdomus judėjimas, tai koja, tai ranka<...>“(Stasė, 4 psl.), o Bronėi įsimintiniausi ir jautriausi buvo ritualiniai ryto šokiai bei šokiai su skaromis: „<...>pati pradžia, „labas rytas“ šitas patiko labai<...>ir paskui tas jūros ošimas...taip primena jūrą, kad...<...>“(Bronė, 2 psl.). Bronė pasakiusi šiuos žodžius užsimerkia ir nutyla, matosi, kad susijaudina, o susitvardžiusi vėl tęsia pasidalinimą apie prisiminimus ir prasitaria, kad ŠJT procesas sukelia daug prisiminimų, kurie stipriai sujaudina ir vėliau persikelia į sapnus. Norėdama nukreipti savo mintis nuo jautrių temų, moteris pradeda dalintis įvairiausiais

sapnais ir pasakodama dažnai nenatūraliai nusijuokia, o tai dar labiau išduoda nenorą kalbėtis ypač jautriomis temomis.

Bronės teiginys: „<...> *atrodo, kad viską išėmėt iš manęs, visą negerovę* <...>“ (Bronė, 6 psl.) leidžia daryti prielaidą, kad ŠJT proceso metu įvyksta neigiamų emocijų paleidimo momentas, o po jo ir palengvėjimo jausmas.

Asmeniniai ir grupės pokyčiai bei vaidmuo ŠJT patyrimo procese. Labai įdomus Onos pastebėjimas, kad jai yra malonu stebėti kitų žmonių judėjimą (šoki) ŠJT patyrimo metu, tačiau interviu pradžioje buvo užsiminusi apie kylančius neigiamus jausmus, matant kitus judančius žmones, kai tuo metu ji gali judėti tik su neįgaliojo vežimėliu. Tai gali skambėti tarsi prieštaravimas pačiai sau, tačiau, greičiausiai, ŠJT procese įsijungus veidrodiniams neuronams, negalią turintis žmogus gali įsivaizduoti, kad šoka pats, nors tuo metu yra tik stebėtojas. Na, o įprastiniame gyvenime, stebint kitus žmones, gali sukilti ir kitokių, net neigiamų, emocijų, su kuriomis susiduria ir Ona.

Visos trys tyrimo dalyvės prioritetą teikia nedidelėms terapinėms grupėms, o ne individualiems užsiėmimams. Onos teigimu, grupelėje patiriamas greitesnis atsipalaidavimo jausmas: „<...> *Kai mažesnė grupelė, aš norėčiau labai daug ir negerai, o kai visai mažai, tai visai neįdomu* <...>. *Pačioj grupėj, mažesnėj, man tada geriau išsiliet atrodo* <...>“ (Ona, 6 psl.). Tokia dalyvių nuomonė galėjo susiformuoti dėl tos priežasties, kad jos nėra patyrusios individualaus ŠJT proceso ir, greičiausiai, dėl to, kad individualiame procese visas dėmesys būtų nukreiptas į asmeninius psichoemocinius ir vidinių išgyvenimų procesus, kurių šios moterys vengia. Tiek Ona, tiek Stasė, tiek Bronė, palietusios jausmų temas, moja ranka, slepiasi po juoko šydu ir keičia temą.

Priklausomai nuo įsitraukimo lygio ir asmeninės motyvacijos bei pasirengimo būti atviram ŠJT patyrimų metu, vyksta asmeniniai ir visos grupės pokyčiai. Net ir mažytis pokytis proceso metu gali tapti neįkainojama dovana dalyviui. Taip nutiko ir Onai, kuri teigia, kad pradžioje buvusi kaip „pelytė“, vėliau tapo pasitikinčia savimi moterimi: „<...> *Pasikeitė tai labai... į gerą pusę, nes aš pradžioj visai buvau tokia buvau pelytė* <...> *kai atėjau pirmą kartą čia vat prie durų, taip nedrąsiai* <...> *o dabar, pažiūrėkit, vat kokia... ir drąsi aš moteris...aha...<...>*“ (Ona, 7 psl.). Onos progresas ne tik pasitikėjime savimi, bet ir vidiniame išlaisvėjime jai pačiai teikė daug malonumo: „<...> *nu tiesiog atrodė, kad tai pamoka, būtina reikia, o paskui jau įeini, jau visai kitos vėžės* <...>“ (Ona, 7 psl.). Tai sakydama moteris ne tik kelia aukštyn galvą ir rankomis rodo didesnę erdvę aplink save, bet net balso tembras pasidaro sodresnis ir gilesnis, tai išduoda paaugusį

pasitikėjimą savimi. Tik Ona pastebėjo ir visos grupės pokyčius: „<...> o šiaip tai labai grupė keičiasi į gerą pusę... labai...<...>“ (Ona, 7 psl.), ko nepastebėjo kitos tyrimo dalyvės, todėl galima manyti, kad paties asmens padaryta pažanga leidžia pamatyti truputėlį kitokį, platesnį, vaizdą. Kitaip tariant, pastebėję savo augimą, pastebi ir kitus augančius aplink. Gal dėl tos priežasties Bronė ir Stasė nepastebėjo kitų dalyvių pokyčių ir pasikeitusių tarpusavio santykių, nes negalėjo įvardinti savo pačių augimo. Beje, vaizdo medžiagoje ir stebint dalyvių tarpusavio sąveiką, galima buvo matyti labai ryškių bendravimo ir bendradarbiavimo apraiškų jau po ketverių prarastų ŠJT sesijų.

3 tema. Fizinės ir psichologinės negalios/traumos. Šioje temoje tyrimo dalyvės kalba apie jausmus, kylančius dėl savo negalios, vaikystės trauminių patirčių ir kitų skaudžių įvykių, pasakoja savo nelengvo gyvenimo istorijas ir sukrečiančius prisiminimus.

Jausmai, susiję su negalia/trauma. Tyrimo dalyvės labai atvirai dalijasi apie savo trauminių patirčių ir negalios istorijas, tačiau jausmus, kylančius dėl to, reiškia labai skurdžiai. Tik iš bendro pasakojamo konteksto galima ištraukti keletą minčių, kurios atskleidžia šiuos nemalonus jausmus.

Ona tarsi pasiteisindama dėl savo negalios teigia: „<...> aš ir eičiau ir viską, bet kažkas man su kojom ar su stuburu, kad aš nepaeinu, man taip sunku, su šituo<...>“ (Ona, 1 psl.), o savo negebėjimą nuosekliai kalbėti slepia po labai gražia metafora: „<...> ne taip, kad kaip eilėrašty<...>“ (Ona, 4 psl.). Bronė jaučia bejėgiškumo jausmus kylančius dėl savo negalios, nors patys žodžiai to neišduoda, tačiau pasakodama apie tai, Bronė nuleidžia ir savo sveikąją ranką žemyn, parodydama, kad neturi jėgų. Pečiai nusvyra žemyn, o akys prisikaupia ašarų. Paklausus moters, ar ji pastebėjo ŠJT proceso metu, kad jos sveikoji ranka yra labai stipri ir gali kompensuoti kairiosios rankos silpnumą, ji atsakė teigiamai, tačiau šios minties jai dar nepavyko įsisąmoninti ir pakeisti savo minčių pozityvesne kryptimi.

Stasės psichologinių traumų priežastis – vaikystėje išgyventa skaudi tėvų netektis labai žiauriomis aplinkybėmis, tačiau jos reiškiamas gailestis skriaudikams ir jų moralės kėlimas tiesiog šokiruoja. Ji nelieja pykčio, kurį turėtų jausti tokiomis aplinkybėmis, o išlieja jį visai kitomis priemonėmis – būdama šiurkšti ir nemandagi su aplinkiniais. Stasė pati įvardija savo pykčio priežastis: „<...> Tai aš ir dabar nervuota, pikta... kaip velnias<...> Kaip užaugi be tėvų, tai aš taip neapkenčiu, pikta, nervuota... sakau<...>“ (Stasė, 6 psl.).

Negalios/traumos istorija. Ona savo negalios istoriją pradeda nuo draugų palaikymo nelaimėje ir jų įkvėpto tikėjimo išgyjimu: „<...> Tu atsisėsi, tu atsistosi, tu vaikščiosi...“ – tiesiog

įtikino mane<...>“(Ona, 2 psl.). Toliau pasakodama apie savo traumą Ona kalba pakankamai ramiai, tarsi pats įvykis nebuvo toks baisus ir vertas kažkokių smulkmenų įvardijimo. Tyrimo dalyvė pasakodama apie savo negalią tarsi vertina tik savo kūną kaip atskirą vieneta, kaip įrankį, kuris kažko negalėjo: „<...>*Oi, aš negalėjau iš vis nei sėdėt, nei nejudėt, čia avarija tai baisi<...>*“(Ona, 1 psl.), o toliau kalbėdama vėl įvardija tik pasikeitusias savo kūno galimybes: „<...>*Su vežimuku ir su ta vaikštyne galiu... Kažkiek<...>*“(Ona, 1 psl.), be jokių stiprių išgyvenimų pasidalinimo.

Stasės psichologinės traumos istorijai atsiverti padėjo muzikos tema. Paklausus tyrimo dalyvės, kokia muzika jai patinka, pradėjo lietis labai liūdna ir žiauri istorija apie sušaudytus tėvus, išblaškytus brolius ir seseris po pasaulį. Dalyvė pasakodama nelengvo našlaitės gyvenimo peripetijas nevengė rodyti savo emocijų – ašarojo ir grąžė rankas.

Buvo labai sunku klausytis Stasės istorijos ne tik interviu metu, bet ir toliau dirbant su tyrimo medžiaga. Ne kartą teko atsitraukti ir nusiraminti, kad būtų galima toliau dirbti. Istorija skausminga ir jautri, dar kurį laiką mane persekiojo ir, manau, ilgai jos neužmiršiu. Esu trijų vaikų motina, todėl ši istorija dar labiau jaudina, nes verčia susimąstyti apie gyvenimo trapumą ir likimo nenuspėjamumą.

4 tema. Gyvenimas socialinės globos namuose. Ši tema, tikriausiai, viena skaudžiausių, nes joje atsiskleidžia labai jautrūs išgyvenimai: nuo jausmų ir emocijų, kurias patiria tyrimo dalyvės, gyvendamos ne namų aplinkoje, iki neatlieptų poreikių ir svajonių bei silpnai besireiškiančio gyvenimo prasmės jausmo.

Jausmai ir emocijos gyvenant ne namuose. Tyrimo dalyvėms buvo užduotas klausimas, kiek laiko jos gyvena šioje įstaigoje. Onos atsakyme nuskambėjęs žodis „atsiguliau“ rodo, kad ji jaučiasi kaip ligoninėje, o ne įstaigoje, kurioje gyvena nuolat. Jos atsakyme nuskambėjęs žodis „atvežė“ tik dar labiau sustiprina jausmą, kad čia gyvena dėl susiklosčiusių gyvenimo aplinkybių, o ne savo pačios laisvo apsisprendimo. Tokią pačią mintį išsako ir Stasė: „<...>*mane atvežė dėl to, kad aš neturiu namų<...>Tai nutarė mane priduoti į senelių namus už tai, sakau, ir... atvežė čia ir paliko... <...>*“(Stasė, 7 psl.).

Stasei kyla prieštaringi jausmai dėl gyvenimo įstaigoje nuo gailesčio iki pykčio savo kaimynėms: „<...>*o jos<...>vargšės<...>nusibodo man šitas „durnynas“<...>*“(Stasė, 8 psl.). Tyrimo dalyvė lieja daug nepasitenkinimo dėl esamos situacijos – suvaržytos laisvės ir nuolatinės priežiūros: „<...>*Sakau, aš noriu laisvės! Laisvės, sakau! O čia aš uždaryta sėdžiu. Jei išeinu*

laukan, už pečių stovi, kur eini? Stovi už sargybą, už pečių, tai... Koks čia man gyvenimas<...>Sakau, čia kalėjimas ir pradedu verkt iš nervų<...>“(Stasė, 8 psl.).

Bronės sunkiausi išgyvenimai, susiję su namų ilgesiu ir prisiminimais iš ankstesnio gyvenimo, dažniausiai reiškiasi per sapnus: „<...>*sapnuoju labai tankiai naktim, tai savo tėvus, tai Dievą, savo šeimą sapnuoju<...>nu mani tie prisiminimai tai tankiai kankina visi<...>*“(Bronė, 6 psl.), bet apie asmeninius jausmus tyrimo dalyvei kalbėti yra sunku, todėl visus įvykius sieja su sapnais ir pasakoja tik juos.

Neatliepti poreikiai ir svajonės. Onos ir Bronės didžiausia svajonė – vėl vaikščioti: „<...>*Iki pilnos laimės trūksta, kad aš vaikščiočiau... viskas... daugiau aš nieko nebenoriu<...>tik vaikščiot noriu... kad galėčiau save apsitvarkyt ir viskas... daugiau nieko nenoriu<...>*“(Bronė, 9 psl.); „<...>*Ir jeigu aš atsistočiau... Būčiau laimingiausia<...>*“(Ona, 2 psl.), o Stasės vidinis noras ilgiau gyventi motyvuoja mankštintis ir judėti.

Jautriausias emocijas kelia nepatenkintas labai paprastas Onos poreikis – tiesiog pasivaikščioti per žolę, kuris nuolat girdimas viso interviu metu. Onos interviu taipogi girdisi neatlieptas prisilietimo ir švelnumo poreikis: „<...>*paėmė ranką, paglostė ir, atrodo, taip nueina visas džiaugsmas ir tau lieka tik jis, nelieka pykčio tokio<...>*“(Ona, 5 psl.), o Stasė ilgisi buvusių artimų santykių, kurių jai taip trūksta gyvenant šioje įstaigoje.

Bronė įvardija vienintelį nepatenkintą poreikį – judesio ir mankštos trūkumą: „<...>*man tik labai trūksta va to mankštinimo rankos ir kojos. Aš norėčiau, kad mani daugiau kas pamankštintų<...>*“(Bronė, 3 psl.), ir pasakoja apie veiklų įvairovės trūkumą.

Gyvenimo prasmės jausmas. Dvi tyrimo dalyvės Ona ir Bronė, paklaustos ar užduoda sau egzistencinius klausimus apie gyvenimo prasmę, atsako: „<...>*užduodu gana tankiai<...>*“(Bronė, 1 psl.), „<...>*pasižiūriu į sniegą, į žvaigždes ir pagalvoji, šitokia begalybė... kažkas, kažkas tokio netikro atrodo, o iš tikrųjų yra<...>*“(Ona, 6 psl.).

Stasė tiesiog tiki geresne savo ateitimi ir į klausimą ar laukia kiekvienos savo dienos, atsako: „<...>*daleiskim laukiu, nes nežinau, kokia ji bus, bet laukiu<...>*“(Stasė, 8 psl.). Bronė teigia, kad džiaugiasi ir laukia kiekvienos savo dienos, o kaip vienintelę gyvenimo prasmę įvardina šeimą. Onos gyvenimo prasmė siejasi su galimybe laisvai judėti: „<...>*bijau sakyti, kad aš atsistosiu ir eisiu, o man tai ir svarbiausia būtų<...>*“(Ona, 3 psl.).

EMPIRINIO TYRIMO APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA

Analizuojant (interviu) tyrimo dalyvių santykį su savimi, labiausiai išryškėjo savęs ir jausmų nuvertinimo bei nepasitikėjimo savimi temos. Moterys ant savęs pyksta ne tik dėl savo amžiaus, bet ir dėl savarankiškumo stokos. Analizuojant interviu medžiagą, buvo pastebėta, kad maža savivertė dėl garbaus amžiaus, dėl sveikatos būklės ar negalios gali daryti įtaką bendravimo kokybei. Moterys dėl šių priežasčių stengiasi atsiriboti nuo aplinkinių, būti dažniau vienumoje nei kitų kompanijoje. Tai patvirtina autorius Koch ir kt. (2014), kurių gauti tyrimo rezultatai atskleidė, kad ŠJT turi teigiamos įtakos asmenų gyvenimo kokybei, gerovei, nuotaikai, afektui, kūno įvaizdžiui. Pasak autorių Samsonienės ir Gasiūnaitės (2016), asmenys, kurie turi tam tikrą negalią, patiria kur kas didesnę depresijos, socialinio streso, nerimo dažnį, lyginant su asmenimis, kurie neturi negalios. Pastarosios autorės pabrėžia, kad pasireiškiantys suvaržymai neleidžia asmenims atsiskleisti, išreikšti savęs bei įgyti savarankiškumo gebėjimų (Samsonienė, Gasiūnaitė, 2016).

Nors tyrimo dalyvės interviu metu dažnai pabrėžia neigiamą santykį su kitais grupės dalyviais ir įstaigos gyventojais, uždavus klausimus apie santykius, tyrimo metu buvo išsakytos mintys, kurios leidžia manyti, kad moterys kuria ir puoselėja gražius santykius su kai kuriais gyventojais. Tai patvirtina ir atliktas kiekybinis tyrimas, kurio rezultatai atskleidė, kad šokio terapijos sesijų metu pastebimas nežymus tiriamųjų gebėjimo bendrauti ir asmens elgesio grupėje rodiklių pagerėjimas.

Kiekybinio tyrimo metu atlikta koreliacinė analizė atskleidė teigiamus ryšius tarp kardiovaskulinės sistemos parametrų ir judesio funkcijos bei socialinio ryšio parametrų. Dėl to galima daryti prielaidą, kad ŠJT proceso metu vyksta teigiamas asmens elgesio grupėje pokytis, kuris daro teigiamą įtaką kraujospūdžio rodiklių pokyčiui. Be to, ŠJT sesijų metu vyksta teigiamas šokyje dalyvaujančių kūno dalių rodiklių pokytis, tai daro teigiamą įtaką pulso parametrų pokyčiui. Galima daryti prielaidą, kad ŠJT turi teigiamą poveikį tiriamųjų fizinei sveikatai ir socialinio ryšio stiprinimui. Samsonienės, Zvicevičienės ir Lučiūnienės (2022) atliktas tyrimas atskleidė, kad ŠJT poveikyje atsirandantis fizinis judesio pokytis, panaudojant tam tikras kūrybines užduotis, svariai prisideda prie psichologinių asmens pokyčių, kurie padeda pakeisti asmenų požiūrį į save ir kitus asmenis, ypač tuos, kurie juos supa nuolatos. Būtent dėl to ŠJT tampa terapiniu ir veiksmingu procesu.

Kokybinio tyrimo (interviu) metu išryškėjo, kad iš pradžių buvęs skeptiškas žvilgsnis į ŠJT užsiėmimus virto gražiu ir jautriu procesu, kurio vyksmui pasidavė dauguma dalyvių. Interviu

dalyviai įvardijo muzikos, ypač su vokalu, svarbą ŠJT patyrimuose, paprastų žaidimų ir veiklų naudą, o kvėpavimo pratimus, išmokus sesijų metu, dalyviai pradėjo naudoti įprastinėse gyvenimo situacijose. Iš pradžių kvėpavimo pratimai dalyviams pasirodė keisti, tačiau suteikus informacijos apie jų teikiamą naudą sveikatai, priėmė kvietimą išbandyti įvairiausias jų variacijas. Tyrimo dalyvės prioritetą teikia nedidelėms terapinėms grupėms, o ne individualiems užsiėmimams. Tokia dalyvių nuomonė galėjo susiformuoti dėl tos priežasties, kad jos nėra patyrusios individualaus ŠJT proceso ir, tikriausiai, dėl to, kad individualiame procese visas dėmesys būtų nukreiptas į asmeninius psichoemocinius ir vidinių išgyvenimų procesus, kurių šios moterys vengia. Priklausomai nuo įsitraukimo lygio ir asmeninės motyvacijos bei pasirengimo būti atviram ŠJT patyrimų metu vyksta asmeniniai ir visos grupės pokyčiai.

Stebint dalyvių tarpusavio sąveiką (filmuotos medžiagos peržiūrų metu), galima buvo matyti labai ryškių bendravimo ir bendradarbiavimo apraiškų paskutiniojoje ŠJT sesijoje. Panašūs rezultatai gauti atlikus kiekybinį tyrimą, kuriame matyti, kad šokio-judesio terapijos sesijų metu užfiksuotas tiriamųjų judesių dinamikos bei stiprumo rodiklių pagerėjimas. Šokio-judesio terapijos sesijų metu buvo pastebimas tiriamųjų šokyje dalyvaujančių kūno dalių parametrų teigiamas pokytis. Pasak Koch ir kt. (2019), ŠJT yra veiksminga priemonė, kuri padeda asmenims patiems pajusti jos teikiamą naudą jų savijautai, padidinti įsitraukimą į ŠJT veiklas bei pagerinti tarpusavio bendravimą ir bendradarbiavimą.

Tyrimo dalyvės interviu metu labai atvirai dalijasi apie savo trauminių patirčių ir negalios istorijas, tačiau jausmus, kylančius dėl to, reiškia labai skurdžiai. Tik iš bendro pasakojamo konteksto galima ištraukti keletą minčių, kurios atskleidžia šiuos nemalonius jausmus. Ši tema, tikriausiai, viena skaudžiausių, nes joje atsiskleidžia labai jautrūs išgyvenimai: nuo jausmų ir emocijų, kurias patiria tyrimo dalyvės, gyvendamos ne namų aplinkoje, iki neatlieptų poreikių ir svajonių bei silpnai besireiškiančio gyvenimo prasmės jausmo. Visų interviu metu buvo patirtas platus emocijų spektras: nuo pirminio jaudulio iki visiško atsipalaidavimo, nuo džiaugsmo iki liūdesio, nuo gailės iki pasididžiavimo ir gėrėjimosi tyrimo dalyvėmis.

Autoriai teigia, kad ŠJT dalyvaujantis asmuo galėtų atsiskleisti kaip asmenybė, labai svarbu atskleisti jo turimą kūrybinį potencialą, kuris yra „užslėptas“, labai svarbu, kad ŠJT metu kiekvienas asmuo būtų motyvuojamas veikti bei valdyti savo emocinius išgyvenimus ir kartu spręsti vidinius konfliktus (Dubodelova, Mačiulaitis, 2012).

AUTORIAUS REFLEKSIJA

Pasiruošimas tyrimui. *Jau beveik dešimtmetį esu organizacijos, globojančios senyvo amžiaus žmones, savanorė. Savanorystės pradžioje šilto maisto dalinimas, vėliau socialinio darbuotojo padėjėjos pozicija, dar vėliau užimtumo projektų organizatorės ir vykdytojos bei savanorių koordinatorės vaidmuo sukūrė labai aiškų ir platų vaizdą, kaip gyvena bei su kokiomis problemomis susiduria senyvo amžiaus žmonės. Žinau ir jaučiu, su kokiais iššūkiais tenka susidurti jų globėjams. Matydama ŠJT naudą ir kaip vieną iš priemonių, kuri gali pagerinti ne tik senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybę, bet ir palengvinti su jais gyvenančių ar juos globojančių asmenų nelengvą darbą, baigiamajam darbui pasirinkau nagrinėti šią mūsų visuomenei labai aktualią temą.*

Tyrimo eiga. *Praktikos ir tyrimo pradžia pasirinktoje įstaigoje nebuvo tokia svetinga, maloni ir lengva. Turėjau lūkesčių bei maniau, kad sulauksiu geranoriškos pagalbos iš viso personalo, bet atvykusi į antrąjį užsiėmimą supratau, kad bus ne visai taip. Nors, turiu paminėti, jog pirmąjį tyrimo dieną labai pagelbėjo kineziterapeutės, kurios padėjo ne tik palydėti dalyvius į užsiėmimams skirtą erdvę, bet ir padėjo atlikti kraujospūdžio matavimus, tačiau kitomis dienomis, deja, buvo kitaip. Viską turėjau atlikti viena, o tai buvo nemenkas iššūkis, pareikalavęs daugybės laiko ir fizinės energijos. Juk senolius turėjau pasiėmimas iš kambarių, o jų buvo ne vienas ir buvo ratukuose. Taip pat ir parvežimas atgal sukeldavo daug nesklandumų, nes ne visi dalyviai iš pradžių gebėjo pasakyti savo pavardes arba pasakydavo klaidingai, t.y. pasakydavo tik mergautines pavardes, o jų sąrašė neturėjau. Taip pat užrašyti kraujospūdžio ir pulso dažnio rodmenis be personalo pagalbos irgi sudėtinga. Medicinos personalas, t.y. slaugės, buvo labai užsiėmusios savo darbais, o svetimų asmenų į įstaigą pasikviesti pagalbai negalėjau. Jaučiausi įstrigusi šioje situacijoje, jau ne kartą norėjosi susiaurinti tyrimą dalyvių skaičiumi arba mažinti tikslus ir nebematuoti kraujospūdžio rodmenų. Tačiau man kilo mintis, kaip galėčiau šiek tiek pagelbėti pavargusioms slaugėms ir taip sukurti artimesnę santykį su jomis, o vėliau galbūt net paprašyti jų pagalbos vykdant tyrimą. Pasiūliau įstaigos administracijai, kad galėčiau vesti keletą atsipalaidavimui skirtų sesijų slaugėms, kaip padėką už pagalbą vykdant tyrimą. Ir įvyko stebuklas. Jau kitą sesiją turėjau puikią kelių slaugių pagalbą, t.y., atvykus į sesiją su įstaigos gyventojais, pamačiau slauges, atvedant tyrimo dalyvius, o kai kurios prisijungė ir matuojant kraujospūdį. Nuostabiausia, kad visa tai jos darė su malonumu ir pačios pasisiūlė, net neprašytos.*

Tai buvo pats puikiausias sprendimas įgyvendinant tyrimą, leidžiantį sklandžiai viskam toliau vykti.

Tyrimo metu buvo išvelgti tam tikri ypatumai, kurie buvo man svarbūs organizuojant tyrimą asmenims, gyvenantiems socialinės globos namuose:

- 1) *ŠJT procesas didesnėms grupėms reikalauja daug daugiau vidinių resursų – tiek fizinių, tiek psichologinių. Be to, daug sunkiau pastebėti kiekvieną asmenį ir tenkinti individualius jų poreikius;*
- 2) *ŠJT proceso metu išvelgta, kad labai svarbus laisvas pasirinkimas, t.y., „leidimas pacientui būti kokiam norisi.“ Jis paskatina pacientą dalyvauti visose praktikose ir su didesne laisve bei pasitikėjimu. Ši nuostabų efektą pirmiausiai ne kartą esu pastebėjusi savo elgesyje, todėl puikiai suvokių ir visu kūnu jaučiu tuos pacientus, kuriems leidžiu ir nuolat primenu, kad jie gali būti tokie, kokie jie nori būti čia ir dabar. Lygiai taip pat kaip kviečiu patyrinėti vieną ar kitą procesą, primindama, kad jie gali to ir nedaryti.*
- 3) *Pastebėjau, kad dirbant su žmonėmis, kuriems pasireiškia demencija, svarbu laikytis rutinos, kuomet pokyčiai nėra labai pageidaujami, t.y., nereikia dažnai keisti programos, muzikos ar naudojamų priemonių. Nors ir norisi pateikti kuo daug įvairovės, bet, pasirodo, jau žinomos ir įprastos veiksenos suteikia galimybę lengviau ir greičiau atsipalaiduoti bei atsiskleisti vidiniam kūrybiškumui ir suteikia didesnę saugumo jausmą. Pamatę balioną dalyviai jau žinojo, kad jį mušinėsim, pamatę plunksną, jau žinojo, kad darysim kvėpavimo pratimus, pamatę skarą jau žinojo, kad su jomis šoksime (o ne tik dėsimės ją ant kaklo), paleidus dainą „Baltas rytas“, žinojo, kad šoksime ritualinį pasisveikinimo šokį, todėl po kelių užsiėmimų dauguma gebėjo atlikti jau įprastus judesius. Mano sukurtas ir pirmo susitikimo metu parodytas ypač elementarus ir nesudėtingos choreografijos šokis tapo mūsų užsiėmimų pagrindine apšilimo priemone – paskutinio užsiėmimo metu šoko net visi dalyviai! Tiesa, labai nustebino vienos dalyvės įsitraukimas šio šokio metu, nes atrodė, jog beveik visuose užsiėmimuose ji miegojo, ir net neįsivaizduoju, kokių būdu ji galėjo išmokti šiuos judesius. Bet ji juos žinojo! Taigi, nors tyrimo pradžioje norėjosi pacientams pasiūlyti kuo daugiau patyrimų bei veiklos, tačiau jau po kelių sesijų supratau, kad mažiau yra daugiau. Šis atradimas mane labai nuramino ir suteikė didesnio pasitenkinimo pačiu procesu.*
- 4) *Tyrimo dalyviams labai patiko ne tik jau žinomi, bet labai paprasti ir elementarūs pratimai, kuriuos atliko naudojant įvairias priemones: popierines dūdeles, balionus, skareles, spalvotus kamuoliukus, plunksnes ir t.t. Pastebėjau, kad, mušinėdami balioną pirmųjų sesijų metu,*

dalyviai tiesiog bandė jį atmušti, tarsi turėjo tikslą paliesti jį, o jau ketvirtoje sesijoje ir vėliau dalyviai pradėjo bendradarbiauti. Šio pratimo metu pradėjo megzti akių kontaktą ir balioną mušti kitam, priešais sėdinčiam dalyviui. Man, kaip tyrėjai, šis pratimas leido suvokti, kad dideliems ir svarbiems pokyčiams pasiekti pakanka labai mažų ir paprastų dalykų.

- 5) Skirtingi dalyviai ir skirtingos jų patirtys ŠJT sesijų metu suteikė įvairių emocijų ir suvokimų patirtį, pvz., kad terapijos proceso vyksmas priklauso ne tik nuo to, kuris kviečia į patyrimus, bet ir nuo to, kuris leidžiasi ir/ar ne į tuos patyrimus. Šis suvokimas, žinoma, suteikia tam tikrą neapibrėžtumo jausmą, kuris asmeniui, mėgstančiam daug dalykų gyvenime kontroliuoti, nėra malonus, bet labai svarbus. Įsitikinau dar kartą, kad šiame procese tikrai negali visko sukontroliuoti, o turi leisti į proceso tėkmę kaip upę, kuri laisvai teka, bet savo vagoje, su tam tikrais apribojimais ir taisyklėmis bei tikslais, kad būtų lengva, smagu ir saugu. Net tada, kai jauti, kad pacientas bando permesti atsakomybės jausmą man, jog kažką padarei ne taip arba nepadarei ir/ar nesukūrei kažkokio stebuklo užsiėmimo metu, svarbu nepamiršti, kad turėtum vadovautis pasidalintos atsakomybės principu. Galbūt padarei ar nepadarei, bet galbūt ir jis nepadėjo tam įvykti. Ši mintis leidžia truputėlį atsipalaiduoti kaip specialistui ir suprasti, kadėjimas į santykį su kiekvienu žmogumi yra labai skirtingas ir nebūtinai gražus ar malonus. Dienoraštyje įsirašiau tokią frazę: „kai ŠJT sesijų dalyviai sako, kad jūs esat stebuklas, tada jiems atsakau, kad tai ne aš, o jūs esat stebuklas, nes jūs tai padarėte, aš tik daviau įrankius. Lygiai taip pat ir tada, kai kažkas neįvyksta, ne aš ne stebuklas, o jums tiesiog nepavyko pasiekti to stebuklo ir jo pajauti. Atsakymų žmonės turėtų paieškoti savyje.“
- 6) Resursai. Bandytas atlikti grupės vedančiosios vaidmenį ar terapeutės, kuri atlieka tyrimą bei kuri nori visus išjudinti, išieškoja labai daug fizinės ir psichinės energijos. Kai dirbi pasitikėdamas dalyviais, kiek jie nori ir šiuo momentu gali įsitraukti patys, tuomet nebereikia eikovoti tiek daug energijos, o visą dėmesį gali sutelkti į tai, kas vyksta aplinkui. Kas vyksta ne tik kiekvieno dalyvio viduje, bet ir pačiame savyje. Tada nustoji vertinti save, ar aš čia gerai darau, ir nereikia nertis iš kailio, tada viskas tampa suprantama, aišku, ramu. Aš tik pakviečiu dalyvius patirti kažką, parodau meilę, švelnumą bei dėmesį ir procesas vyksta savaime.
- 7) ŠJT tyrimo metu vyko ir mano, kaip tapsmo terapeute, procesas. Penktojo užsiėmimo metu pamačiau save kitokią ir tai buvo savotiškas virsmas. Man patiko tai, ką pastebėjau. Supratau, kad esu ne kažkokios pramogos ar renginio vedėja, o „be kelių minučių“ terapeutė. Nors anksčiau buvo toks jausmas, kad esu artistė ar klounas, norėjosi, kad viskas vyktų tobulai, kad procesas būtų sklandus. Pajutau, kad netgi techniniai nesklaidumai manęs dabar visiškai

nebeerzina. Tas jausmas ŠJT sesijų metu leido laisviau improvizuoti ne tik man, bet ir tyrimo dalyviams. Buvo gera matyti švytinčias ir ramias dalyvių akis. Jaučiau, kad viso užsiėmimo metu tvyrojo visiška ramybė. Jutau savo pačios skleidžiamą ramybę ir grįžtančią ją atgal. Priėmiau tai kaip dovaną. Supratau, kad būtinas šiam procesui didesnis pasitikėjimas ir praktika. Pasitikėjimas ne tik savimi, bet ir grupe.

- 8) Refleksijos, kurias nuolat rašiau ne tik tyrimo metu, bet ir po jo, kai rašiau baigiamąjį darbą, man davė progą giliau suvokti ir pamatyti pokyčius, kurie vyko ne tik tyrimo metu, bet ir po to. Leido padaryti daugybę svarbių asmeninių bei profesinių išvalgų.

Atsipalaidavimo sesijos slaugėms. Įstaigoje neretai jausdavosi daug įtampos. Tai matėsi slaugių ir kito personalo veiduose bei kūnuose. Kilus idėjai vesti atsipalaidavimo popietes, apsidžiaugiau, kad personalas sutiko ir atsirado nemažai norinčių dalyvauti patyrimuose.

Atsipalaidavimo popiečių dalyvės pasidalino tuo, kad kuriamas bendras šokis, grupinio atspindėjimo pratimas, buvo labiausiai praskaidrinantis nuotaiką, suteikiantis pasitenkinimo ir malonumo jausmą, tačiau mano, kaip būsimos terapeutės, akimis, naudingiausi buvo kvėpavimo pratimai, kurie leido moterims patirti gilų atsipalaidavimo pojūtį, nuraminti mintis, rasti įvairių išvalgų. Kaip vienintelį ir didžiausią trūkumą moterys įvardino darbinę aplinką, kuri neleido atsipalaiduoti, tad jei būtų galimybė, tokio pobūdžio užsiėmimus ateityje vesčiau kitoje, nedarbinėje erdvėje. Vesdama šiuos užsiėmimus supratau, kad reikėtų labiau pasigilinti ir pasipraktikuoti, kaip elgtis tokiose situacijose, kai dalyviai nori labai atvirai dalintis, bet jauti, kad ta erdvė ir aplinka dar nėra tam tinkama, kad dalyviai dar nėra saugūs, kad jie gali būti labai lengvai pažeidžiami. Norėdama apsaugoti nuo tokių situacijų pabandžiau kituose užsiėmimuose kuo mažiau verbalizuoti, naudoti daugiau pratimų kūnui, šokiui, judesiui, o norimas mintis kviečiau užrašyti ant popieriaus. Manau, kad pavyko sukurti saugesnę erdvę šioms dalyvėms, o ateityje siūlyti reikėtų ne tik grupinius, bet ir individualius užsiėmimus, kuriuose dalyvės galėtų atvirai ir saugiai dalintis savo mintimis.

Jau po pirmojo susitikimo su slaugėmis kilo minčių, kad greičiausiai tyrimą pradėjau ne nuo ten, ne iš tos pusės. Suvokiau, kaip labai personalui yra reikalinga ŠJT intervencija. Be to, būtų labai naudinga bent jau trumpa mokymo programa, kurioje būtų naudojami ŠJT metodai, kuriuos galėtų integruoti į savo darbą (pvz., prisilietimą, atspindėjimą ir kt.) Kad socialinės globos namų gyventojai jaustųsi gerai, reikia, kad žmonės, kurie jais rūpinasi, patys jaustųsi gerai, o personalas, gavęs mokymo programą, papildytą ŠJT technikomis, būtų labiau empatiškas ir geriau suvokiantis gyventojų emocinę būseną. Tai dar jokiū būdu nereiškia, kad slaugės galėtų vesti šokio-

judesio terapijos užsiėmimus, tiesiog jų pačių padidėjęs empatijos lygis padėtų geriau suvokti slaugomų ir globojamų asmenų vidinį pasaulį bei galėtų su atjauta ir dėmesiu tenkinti jų gyvybiškai svarbius poreikius.

Atsipalaidavimo sesijos su slaugėmis bei darbas su socialinės globos namų gyventojais leido dar kartą ir dar stipriau pajauti, kad terapeutės vaidmuo man yra labai artimas. Jaučiu visu kūnu, kad tai yra mano kelias – nelengvas, bet labai prasmingas. Užsiėmimuose matau prasmę ir be galo tikiu tuo, ką darau. Noriu visa savo esybe ir toliau daryti tai, todėl kitų žmonių palaikymas, o tuo labiau dalyvių dėkingumas tik dar labiau sustiprina tą jausmą ir motyvuoja nesustoti, toliau tobulėti.

Interviu. *Atliekant mano tyrimo interviu su senolėmis, reikėjo koreguoti pateiktą klausimų, nes jie buvo per daug sudėtingai suformuluoti, per daug abstraktūs ir netikslūs. Todėl ruošdamasi kitiems interviu, pakoregavau klausimus taip, kad būtų kuo paprastesni ir labiau suprantami.*

Turbūt buvo sunkiausia, kai interviu metu teko klausytis liūdnų ir labai skaudžių gyvenimo istorijų. Tokiais momentais susikirsdavo terapeutės ir tyrėjos vaidmuo, o tai man labai nepatiko. Keletą kartų interviu metu turėjau išlikti rami, padėti nusiraminti dalyvėms ir toliau būti tyrėjos „kailyje“, bet netenkinti jų tuometinio poreikio, kaip terapeutė. Labai nemalonius ir dviprasmiškas jausmas, kurio daugiau nebe norėčiau pakartoti, todėl manau, jog šiame tyrimo momente būtų naudingas asistentas.

Visų interviu metu buvo patirtas visas emocijų spektras: nuo pirminio jaudulio iki visiško atsipalaidavimo, nuo džiaugsmo iki liūdesio, nuo gailesčio iki pasididžiavimo ir gėrėjimosi tyrimo dalyvėmis. Nors tyrimo dalyvės buvo visiškai skirtingos savo charakteriu, savo gyvenimo istorijomis ir netgi gyvenimo būdu, interviu metu buvo galima jausti, kad atsakymuose bus galima rasti bendrų taškų ir bendrų temų.

Sunkiausia buvo užduoti klausimus, susijusius su gyvenimo prasmės ir gyvenimo džiaugsmo paieškomis, o maloniausia buvo tiesiog klausytis jų gyvenimo istorijų.

Ižvalgos po interviu. *Po interviu mane liūdino tam tikri suvokimai:*

- *tyrimo dalyvių gyvenimas buvo toks sudėtingas, kad jos neturėjo net galimybės galvoti apie savo poreikių patenkinimą, o ką jau kalbėti apie asmeninį augimą, tobulėjimą, joms tiesiog reikėjo išgyventi;*
- *kai kurių dalyvių menkas savęs vertinimas lydėjo jas visą jų gyvenimą ir liko iki pat senatvės;*

- *dalyvės nepastebi savyje slypinčio vidinio grožio ir gėrio, negauna patvirtinimo iš šalies, kurio joms taip stipriai reikia.*

Baigiamojo darbo rašymas. Rašant teorines dalis, buvo toks jausmas, kad tai, ką rašau, neturi nieko bendro su žmonėmis, kurie dalyvavo mano atliekamame tyrime. Nekilo jokių emocijų, jokių jausmų, jokių naujų įžvalgų. Tačiau rašant trečiąją dalį buvo be galo sunku susikaupti ir rašyti apie gautus tyrimo rezultatus. Buvo labai nelengva dirbti ne tik su kiekybinio tyrimo duomenimis, tačiau sunkiausia buvo rašyti teminę analizę. Ši dalis sukėlė turbūt daugiausiai emocinių iššūkių. Ne kartą teko stabdyti procesą ne vienai dienai, netgi savaitei. Kuriant klausimus buvo jautru, o ką jau kalbėti apie tuos momentus, kai juos reikėjo užduoti... Nežinau, gal patirtis dirbant su senyvo amžiaus asmenimis man, kaip tyrėjai, padėjo susidoroti su emociniais iššūkiiais paties interviu metu, bet transkribuojant juos, skirstant į temas ir aprašant jas pratrūko viskas, ką buvau užgniaužusi. Džiaugiuosi, kad turėjau saugią erdvę šiam darbui atlikti, kad galėjau išsiverkusi vėl grįžti į ten, kur baigiau. Pasitaikė keletas momentų, po kurių neužteko pačios taikomų nusiramavimo priemonių. Asmeninės terapijos tuo momentu buvo labai naudingos.

Praėjus keliems mėnesiams, kai pradėjau rašyti šią refleksiją ir pradėjau iš naujo skaityti užrašus, kuriuos rašiau tyrimo metu, labai susijaudinau supratusi, kad be galo pasiilgau šių žmonių. Pasirodo, labiau nė galvojau, prisirišau prie jų ir jų istorijų. Kilo nenumaldomas noras grįžti pas juos, pažiūrėti, kaip jiems sekasi, kaip jie jaučiasi, ar prisimena mūsų užmegztą šiltą ryšį. Kartu ir sukilo baimė, o kas būtų, jei kurio nors iš jų jau nerasčiau? Kaip reaguočiau? Kokie jausmai sukiltų manyje? Ar nuliūščiau, ar atsidusčiau su palengvėjimu, kad baigėsi jų kančios? Turbūt ir viena, ir kita... Greičiausiai išliečiau ne vieną ašarą, o po to atsidusčiau su palengvėjimu, kad jie jau saugiausioje vietoje – ten, kur ir norėjo, – pas Dievą.

IŠVADOS

1. Biopsichosocialinė sveikata, tai sveikatos ir ligų aiškinimo modelis, kuris apima: fizinę, psichikos ir socialinę sveikatą. Socialinės globos įstaigų vyresnių gyventojų tarpe dažniausiai pasireiškia: lėtinės širdies ir kraujagyslių ligos, pažinimo funkcijų ir psichikos sutrikimai, nemiga, skausmas, didelė priklausomybė nuo personalo. Didžiausia socialinės sveikatos problema, su kuria susiduria šių asmenų grupė, – vienišumas ir socialinė izoliacija.
2. Šokio-judėsio terapija – tai holistinė menų terapijos kryptis, kuri remiasi humanistiniais principais, o terapiniame procese pasitelkia neverbalinį bendravimą, proto ir kūno integravimą bei kūrybinę raišką. Ši, judesiu ir šokiu grįsta menų terapijos kryptis, moksliskai pagrįstas nefarmokologinis gydymo būdas yra veiksmingas asmenų fizinei, psichikos ir socialinei sveikatai. ŠJT efektyvi ir asmenų, esančių vyresniame amžiuje bei gyvenančių globos namuose, biopsichosocialinei sveikatai.
3. Atlikus empirinį tyrimą nustatyta, kad ŠJT – saugi ir efektyvi terapinė priemonė, vyresnio amžiaus asmenų, fizinei ir socialinei sveikatai:
 - sesijų turinio įvairovė turėjo skirtingą poveikį tiriamųjų kardiovaskulinei sistemai;
 - tiriamųjų judesių funkcija patikimai ($p < 0,05$) pagerėjo;
 - nustatyti vidutinio stiprumo koreliaciniai ryšiai ($r = 0,503-0,565$) tarp kardiovaskulinės sistemos ir judesių funkcijos, taip pat tarp socialinių parametrų ($r = 0,636$) parodė, kad ŠJT turi teigiamą poveikį tyrime dalyvavusių asmenų fizinei ir socialinei sveikatai;
 - tyrimo metu išryškėjo prieštaringos mintys apie esamus santykius su kitais tyrimo dalyviais, tačiau interviu detalės atskleidė ir apie gražių santykių puoselėjimą;
 - pradžioje skeptiškas žvilgsnis į ŠJT sesijas virto procesu, kurio metu įvyko daug gražių pokyčių, kuriuos įvardino tyrimo dalyvės;
 - dalyvių teigimu, muzika ir ypatingai su vokalu, labai paprasti žaidimai bei veiklos buvo įsimintiniausios ŠJT procese, patyrus kvėpavimo pratimų naudą, dalyviai pradėjo juos naudoti kasdienybėje;

- stebint dalyvių tarpusavio sąveiką bei neverbalinį bendravimą ŠJT sesijų metu, buvo galima pastebėti labai ryškų teigiamą pokytį.

Tyrimo hipotezė: ŠJT užsiėmimai pagerins asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, judesių dinamiką ir socialinę sveikatą – pasitvirtino.

REKOMENDACIJOS

1. **Sveikatos sistemos įstaigoms.** Rekomenduojama plėsti medicinos personalo, o ypač sveikatos sistemos įstaigų vadovų žinias apie šokio-judesio terapijos naudą sveikatai bei įtraukti šokio-judesio terapeutus į psichikos sveikatos centrų, reabilitacijos ar kitų medicinos įstaigų komandas, kad užtikrintų geresnę pacientų biopsichosocialinę sveikatą.
2. **Socialinės globos įstaigų vadovams.** Norint užtikrinti geresnę gyvenimo kokybę asmenims, gyvenantiems socialinės globos namuose, siūloma ŠJT užsiėmimus vesti ne tik klientams, bet ir juos slaugančiam personalui, nes terapiniame procese didėja dalyvių empatijos lygis, gerėja bendra dalyvaujančiųjų savijauta, gerėja nuotaika, o tai daro tiesioginę įtaką dirbant su globotiniaisi bei gerėjančia slaugomų asmenų gyvenimo kokybe.
3. **Šokio-judesio terapeutams ir tyrėjams.** Vedant užsiėmimus grupėse ar atliekant tyrimus, kuriose dauguma pacientų yra su pažengusia demencijos forma ar turintys judėjimo negalią, rekomenduojama šokio-judesio terapeutui pasitelkti pagalbą, t.y. pasikviesti slaugytojus ar klientų šeimos narius. Tai žymiai palengvintų sesijos vedimą terapeutui bei suteiktų papildomą naudą terapiniame procese dalyvaujantiems asmenims.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Aleknevičienė, J., Pocienė, A., & Šupa, M. (2020). *Kaip parašyti mokslinį darbą?* Mokomoji priemonė Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto kriminologijos ir sociologijos studentams.
- Aleksienė, V., & Zvicevičienė, S. (2009). *Lietuvių etnochoreografija autistiškiems vaikams: ugdymo ir terapijos aspektai: mokslo studija*. Ciklonas.
- Barnish, M. S. & Barran, S. M. (2020). A systematic review of active group-based dance, singing, music therapy and theatrical interventions for quality of life, functional communication, speech, motor function and cognitive status in people with Parkinson's disease. *BMC Neurology*, 20(1), 371–371. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01938-3>
- Bebetsos, E., Vezosa, N., Konstantinidisa, C., & Vantarakisa, A. (2014). Health Related Behaviors among Hellenic Naval Academy Cadets. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (152), 813-818. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.326>.
- Bitinas, B., Rupšienė, L., & Žydzūnaitė, V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija: Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. *Klaipėda: Ofsetinė spauda*.
- Bloom, D. E., & Luca, D. L. (2016). The global demography of aging. In J. Piggott & A. Woodland (Eds.), *Elsevier. Handbook of the economics of population aging (1)*, 3–56.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The Biopsychosocial Model of Health and Disease. New Philosophical and Scientific Developments. *New Philosophical and Scientific Developments*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>.
- Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O'Dwyer, M., O'Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P., & McCarron, M. (2020). Biopsychosocial factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disability: Results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. *J. Intellect. Disabil. Res*, 64, 368-380.
- Cao, J., & Rammohan, A. (2016). Social capital and healthy ageing in Indonesia. *BMC Public Health*, 16, 631.
- Carcel, C., Dasig, D., Noble, P., Ledesma, L., Adapon, H., & Tuason J. (2012). Can ballroom dancing make you smarter? An investigation on its relationship with hippocampal volume and memory performance in older adults. *Alzheimer's and dementia 2012*,

- conference: *Alzheimer's Association international conference 2012, Vancouver BC, Canada 2012*; 8(4):142.
- Carr, Medlicott, E., Hooper, R., Feng, Y., Mihaylova, B., & Priebe, S. (2023). Effectiveness of group arts therapies (art therapy, dance movement therapy and music therapy) compared to group counselling for diagnostically heterogeneous psychiatric community patients: study protocol for a randomized controlled trial in mental health services (the ERA study). *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 24(1), 557–557. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07232-0>.
- Cederberg, H., Mikkola, I., Jokelainen, J., Laakso, M., Härkönen, P., Ikäheimo, T., Laakso, M., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011). Exercise during military training improves cardiovascular risk factors in young men. *Atherosclerosis*, 216(2), 489-495.
- Charenkova, J. Vyresnio amžiaus asmenų tapatumo testinimo prielaidos persikeliant į globos įstaigą. Disertacija. Vilnius 2020.
- Chen, X. X., Su, D., Chen, X. X., & Chen, Y. (2021). What intensity of exercise is most suitable for the elderly in China? A propensity score matching analysis. *BMC Public Health*, 21, 1396.
- Cook, D. A., & Artino, A. (2016). Motivation to learn: An overview of contemporary theories. *Med. Educ*, 50, 997-1014.
- Crocker, T., Forster, A., Young, J., Brown, L., Ozer, S., Smith, J., Green, J., Hardy, J., Burns, E., Glidewell, E., & Greenwood, D. C. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub3.
- Cruz, Robyn & Feder, Bernard. (2013). Feders' the art and science of evaluation in the arts therapies. *Charles C Thomas Pub Ltd*. ISBN 978-0-398-08852-1.
- De Souto Barreto, P., Morleyj. E., Chodzko-zajko, W., Pitkala, K. H., Weening-Djiksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L., Barbagallo, M., Rosendahl, E., Sinclair, A., Land, F., Izquierdo, M., & Vellas, B. (2016). Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: a taskforce report. *Jour Nursing Home Res*, 2, 7-20.
- Dhakal, A., & Bobrin, B. D. (2022). *Cognitive Deficits; StatPearls: Treasure Island*. FL, USA.
- Dubodelova, Ž., & Mačiulaitis, R. (2012). Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų). *Sveikatos mokslai*, 22(4), 23-28.

- DOI: 10.5200/323.Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2022). *Activities of Daily Living*. StatPearls: Treasure Island, FL, USA. PMID: 29261878.
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5, 88.
- Ferrucci, L., Levine, M.E., Kuo, P. L., & Simonsick, E. M. (2018). Time and the metrics of aging. *Circ Res*, 123(7), 740-4. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.312816.
- Filar-Mierzwa, K., Marchewka, A., Dabrowski, Z., Wojcik, B., Superata, J., & Poznanska, A. (2014). Effects of rehabilitation in the form of dance and movement therapy on nitric oxide levels in elderly woman. *Medicina Sportiva (Kraków, Poland: English Ed.)*, 18(4), 130–133. DOI: 10.5604/17342260.1127308.
- Filar-Mierzwa, Wójcik, B., Marchewka, A., Dąbrowski, Z., Superata, J., & Wisniowski, Z. (2017). Effects of different rehabilitation models on erythrocyte deformability and nitrite plus nitrate as end-products of nitric oxide levels in elderly women. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(12), 2479–2484. <https://doi.org/10.1111/ggi.13109>
- Fischman, D. (2015) Therapeutic Relationships and Kinesthetic Empathy.
- Gaižauskaitė, I., & Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu: vadovėlis*. Vilnius: Registrų centras.
- Garcia-Falgueras, A. (2015) Psychological benefits of sports and physical activities. *British Journal of Education, Society and Behavioral Science*, 11, 1-7.
- Garcia-Falgueras, A. (2019). Physical Health. *Springer Nature Switzerland AG*, 1-5. DOI: 10.1007/978-3-319-16999-6_2783-1.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol. Bull*, 133, 581-624.
- Gheyle, N., & Jacobs, T. (2017). Content Analysis: a short overview. *Internal research note*, 10.
- Gintilienė, M., Baltaduonienė, D., Pranskaitytė-Bielevičienė, A., & Šerkšnaitė, L. (2021). Demencija sergančių asmenų pažinimo funkcijų bei emocinės būklės vertinimas, taikant interaktyvias reabilitacijos priemones ir multisensorinę aplinką. *Sveikatos mokslai*, (31), 7, 212-216. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.247>.

- Granec, J. & Marekova, H. (2022). Indications for dance therapy in social work. *Proceedings of CBU in Social Sciences*, 3, 28–34. <https://doi.org/10.12955/pss.v3.301>.
- Gropper, H., John, J. M., Sudeck, G., & Thiel, A. (2020). The impact of life events and transitions on physical activity: a scoping review. *PLoS One*, 15(6), e0234794.
- Hao, G., Bishwajit, G., Tang, S., Nie, C., Ji, L., & Huang, R. (2017). Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clin. Interv. Aging*, 12, 971-976.
- Ho, Fong, T. C. T., Chan, W. C., Kwan, J. S. K., Chiu, P. K. C., Yau, J. C. Y., & Lam, L. C. W. (2020). Psychophysiological Effects of Dance Movement Therapy and Physical Exercise on Older Adults with Mild Dementia: A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(3), 560–570. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby145>.
- Huang, C., Yan, Y., Luo, Y., Lin, R., & Li, H. (2023). Effects of dance therapy on cognitive and mental health in adults aged 55 years and older with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 23:695.
- Huber, M., Green, L., Hors, H., & Jadad, A. (2011). How should we define health? *BMJ online*. <https://www.researchgate.net/publication/51523299>.
- John, J. M., Haug, V., & Thiel, A. (2020). Physical Activity Behavior from a Transdisciplinary Biopsychosocial Perspective: a Scoping Review. *Sports Medicine – Open*, 6(49), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40798-020-00279-2>.
- Jones, S., Schultz, M. G., Tillin, T., Park, C., Williams, S., Chaturvedi, N., & Hughes, A. D. (2021). Sex differences in the contribution of different physiological systems to physical function in older adults. *GeroScience*, 43, 443-455.
- Juozulynas, A., Savičiūtė, R., Jurgelėnas, A., Valeikienė, V., & Stukas, R. (2013). Socialinės sveikatos būklė ir amžius. *Sveikatos mokslai*, 23(2), 38-42. doi:10.5200/sm-hs.2013.041.
- Kane, A. R. (2012). Thirty, Years of Home - and Community-Based Services: Getting Closer and Closer to Home. *Journal of the American Society on Aging*, 36, 6-13.
- Karkou V., & Meekums B. (2017). Dance movement therapy for dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-28. 10.1002/14651858.CD011022.pub2.
- Karkou, V., & Sanderson, P. (2006) Arts Therapies: A Research-Based Map of the Field *Elsevier*. ISBN: 9780443072567.

- Kėdaitis, V. 2009. Koreliacinės ir regresinės analizės pagrindai. *Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla*.
- Keyes, C. L. (2014) Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health, Springer*, 179-192. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11.
- Kerksick, C. M., Wilborn, C. D., Roberts, M. D., Smith- Ryan, A., Kleiner, S. M., Jager, R., Collins, R., Cooke, M., Davis, J. N., Galvan, E., Greenwood, M., Lowery, L. M., Wildman, R., Antonio, J., & Kreider, R. B. (2018). ISSN exercise & sports nutrition review update: Research & recommendations. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 15, 38.
- Kobayashi, L. C., Beeken, R. J., & Meisel, S. F. (2017). Biopsychosocial predictors of perceived life expectancy in a national sample of older men and women. *PLoS ONE*, 12, e0189245.
- Koch, S. C., Riege, R. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in Psychology*, 10, 447892.
- Koch, S. C. (2020). Indications and contraindications in dance movement therapy: learning from practitioners' experience. *GMS Journal of Arts Therapies*, (2).
- Koch, S.C., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46–64.
- Koipysheva, E. A., Lebedinsky, V. Y., & Koipysheva, M. (2018). Physical health (definition, semantic content, study prospects. *Social & Behavioral Sciences*, 601-605. <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.73>.
- Laird, K. T., Krause-Sorio, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl. Psychiatry*, 9, 88, 2-18.
- Lebedinsky, V. Y., Koipysheva, E. A., Rybina, L. D., Kudryavtsev, M. D., Iermakov, S. S, Osipov, A. Yu., & Sidorov, L. K. (2017). Age dynamic of physical condition changes in preschool age girls, schoolgirls and students, living in conditions of Eastern Siberia. *Physical Education of Students*, 06, 280-286.
- Lesauskaitė, V. (2008). Pagyvenusių žmonių slauga. *Kaunas: Vitae Litera*.

- Lesauskaitė, V., Damulevičienė, G., Knašienė, J., Kučikienė, O., & Macijauskienė, J (2017). Geriatrija: vadovėlis. *LSMU Leidybos namai. Kaunas*. ISBN 978-9955-15-488-4.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė, (2004). Dėl Nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo. *Valstybės žinios*, Nr. 95-3501. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.235511?jfwid=32wf8d5n>.
- Lopez-Nieves, I., & Jakobsche, C. E. (2022). Biomolecular Effects of Dance and Dance/Movement Therapy: A Review. *American Journal of Dance Therapy*, 44(2), 241–263. <https://doi.org/10.1007/s10465-022-09368-z>.
- Meulenberg, Rehfeld, K., Jovanović, S., & Marusic, U. (2023). Unleashing the potential of dance: a neuroplasticity-based approach bridging from older adults to Parkinson's disease patients. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1188855–1188855. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1188855>.
- Millman, Terhune, D. B., Hunter, E. C. M., & Orgs, G. (2021). Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 24–38. <https://doi.org/10.1002/cpp.2490>.
- Murniati, N., Al Afa, B., Kusuma, D., & Kamso, S. (2022). A Scoping Review on Biopsychosocial Predictors of Mental Health among Older Adults. *J. Environ. Res. Public Health*, 19, 10909. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710909>.
- Nadir, M., Hamza, M., & Mehmood, N. (2018). Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor-patient interaction in public sector hospitals of a developing country. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 103-108.
- Orlova, U., & Gruzevskis, B. (2014). Savarankiškumas – socialinės globos įstaigoje gyvenančių vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybės veiksnys. *Social Work: Experience and Methods*. 13, (1), 113-132. 10.7220/2029-5820.13.1.6.
- Pallaro, P. (1997) Culture, self, and body-self: Dance/movement therapy with Asian Americans. *The Arts in Psychotherapy*. 24 (3), 227-241. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(97\)00038-5](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(97)00038-5).
- Popa, L. C., Manea, M. C., Velcea, D., Salapa, I., Manea, M., & Ciobanu, A. M. (2021). Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement through Art and Music Therapy. *Healthcare*, 9(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>.
- Pranskaitytė-Bielevičienė, A., Gintilienė, M., Baltaduonienė, D., & Dubauskas, D. (2022). Ergoterapeuto paslaugų prieinamumas senyvo amžiaus asmenims, gyvenantiems

- Lietuvos ir užsienio šalių globos namuose. *Health Sciences*, (32), 170-174. DOI: 10.35988/sm-hs.2022.265.
- Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J. M., Slaets, J. P. J., & Westendorp, R. G. J. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC Geriatrics*, 16(194), 1-9. DOI 10.1186/s12877-016-0365-4.
- Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and limitations of qualitative and quantitative research methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 369-388.
- Ryff, C. D., Friedman, E. M., Morozink, J. A., & Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: implications for health. *Annu. Rev. Gerontol. Geriatr.* 32, 73-92. DOI:10.1891/0198-8794.32.73.
- Rupšienė, L. (2018). „Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija“. Open Educational Resources. Prieiga internetu: <https://epale.ec.europa.eu/en/node/53710>.
- Samsonienė, L., & Gasiūnaitė, G. (2016). Sociopsichologinė mokinių adaptacija integruoto ugdymo aplinkoje. *Filosofija. Sociologija*, 4(27), 373-382.
- Samsonienė, L., Gotbergė, S., & Rimkevičienė, V. (2024). Dramos terapija senjorų kognityvinėms funkcijoms ir emocinei sveikatai. *Sveikatos mokslai*, 34(2), 23-29. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2024.052>.
- Samsonienė, L., Zvicevičienė, S., & Lučiūnienė, M. (2022). Kompleksinę negalią turinčių paauglių funkcinės veiklos kaita, taikant šokamojo folkloro programą. *Sveikatos mokslai*, 32(2), 120-125.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2017). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 9th ed. National Academies Press: Washington, DC, USA.
- Sauer, A. (2019). Benefits of Art Therapy for Seniors. Prieiga per internetą: <https://www.leisurecare.com/resources/art-therapy-seniors/>.
- Šeduikienė, M., & Matonis, V. (2020). Dance therapy in neurology. *Neurologijos Seminarai*, 24(4(86)), 299–308. <https://doi.org/10.29014/ns.2020.38>.
- Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial Model of Health. *Psychol Psychiatry*, 4(1), 13-14.
- Tyng, C. M., Amin, H. U., Saad, M. N. M., & Malik, A. S. (2017). The Influences of Emotion on Learning and Memory. *Front. Psychol*, 8, 1454.
- Tolušienė, V., (2021). Senyvo amžiaus asmenų adaptacijos procesas globos namuose. *Klaipėdos valstybinė kolegija*. (523-533).

- Uchino, B. N. (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. Yale University Press: New Haven, CT, USA.
- Widmann, M., Nieb, A. M., & Munz, B. (2019). Physical exercise and epigenetic modifications in skeletal muscle. *Sports Medicine*, 49(4), 509-23.
- Woloszyn, N., Brożonowicz, J., Grzegorzcyk, J., Leszczak J., Kwolek, A., & Wisniowska-Szurlej, A. (2023). *International Journal of Environmental Research and Public Health; Basel* (20) 5, 3827. DOI:10.3390/ijerph20053827.
- World Health Organization, (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO.
- World Health Organization, (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: WHO.
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan., X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 320(13).
- Zhang, Q., Hu, J., Wei, L., Jia, Y., & Jin, Y. (2019). Effects of dance therapy on cognitive and mood symptoms in people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*, 36:12–7.
- Zivoder, I., Kolaric, B., & Zupanic, M. (2018). Influence of gerontology services on the physical and psychological health of elderly in the city of Zagreb. *Medicina Academica Mostariensia*, 6(1-2), 99-104.
- Žydzīūnaitė, V., & Sabaliauskas, S. (2017). Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams. *Vilnius: Vaga*.
- Оганесян, Н. Ю. (2009). Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофренией. *Вестник Санкт-петербургского университета*, 12(2), 206–215.

SANTRAUKA

„Šokio-judesio terapijos poveikis asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, biopsichosocialinei sveikatai“, Lina Kašėtienė, Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2024, 89 p.

Socialinės globos namuose siekiama sudaryti sąlygas oriai senatvei. Įvairių specialistų komandinio darbo dėka tenkinami svarbiausi globojamų asmenų poreikiai, teikiamos ne tik sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, bet ir psichologinė bei dvasinė parama (Spirgienė, 2010). Senyvame amžiuje dažnas reiškinys – sumažėjęs savarankiškumas, kasdienių funkcijų neatlikimas bei pažinimo funkcijų sutrikimai, todėl labai svarbu, kad ilgalaikės priežiūros įstaigų gyventojai gautų kokybiškas ir įvairias paslaugas, kad būtų užtikrinta geresnė gyvenimo kokybė. Šokio-judesio terapija gali prisidėti tenkinant šių asmenų poreikius, nes tyrimais įrodyta, kad ŠJT yra efektyvi priemonė asmenų biopsichosocialinei sveikatai gerinti. Tyrimui buvo išskeltas tikslas – nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį tiriamųjų kardiovaskulinei sistemai, kūno judesių funkcijai ir socialinio ryšio stiprumui. Kiekybinėje ir kokybinėje (stebėjimo) duomenų analizėje išanalizuoti 28 tiriamųjų duomenys, o kokybiniame (interviu) tyrime analizuoti buvo 3 dalyvių duomenys. Kiekybinio tyrimo duomenims rinkti buvo pasirinkti pulso ir kraujospūdžio matavimai. Kokybinio tyrimo duomenims rinkti panaudotas stebėjimo metodas ir pusiau struktūrizuotas interviu. Atlikus tyrimą buvo suformuluotos išvados: sesijų turinio įvairovė turėjo skirtingą poveikį tiriamųjų kardiovaskulinei sistemai; tiriamųjų judesių funkcija patikimai pagerėjo; nustatyti vidutinio stiprumo koreliaciniai ryšiai tarp kardiovaskulinės sistemos ir judesių funkcijos, taip pat socialiniai parametrai parodė, kad ŠJT turi teigiamą poveikį tyrime dalyvavusių asmenų fizinei ir socialinei sveikatai. Interviu metu išryškėjo ŠJT procese naudojamos muzikos (ypatingai su vokalu), labai paprastų žaidimų bei veiklų svarba. Stebint dalyvių tarpusavio sąveiką bei neverbalinį bendravimą visų sesijų metu, buvo galima pastebėti teigiamą pokytį socialinio ryšio kontekste. Tyrimo hipotezė: ŠJT užsiėmimai pagerins asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, judesių dinamiką ir socialinę sveikatą – pasitvirtino.

Raktažodžiai: šokio-judesio terapija, socialinės globos namų gyventojai, biopsichosocialinė sveikata, mišrus tyrimas.

ABSTRACT

"Effects of Dance-Movement Therapy on the Biopsychosocial Health of Individuals Living in Social Care Homes", Lina Kasetiene, Vilnius, Vilnius University, 2024, p. 89.

Social care homes aim to create conditions for a dignified old age, where the most important needs of the people under care are met with the teamwork of various specialists, where not only health care and social services are provided but also psychological and spiritual support (Spirgienė, 2010). A common phenomenon in old age is reduced independence, non-performance of daily functions, and cognitive function disorders, therefore residents of long-term care facilities must receive high-quality and diverse services to ensure a better quality of life. DMT therapy can contribute to meeting the needs of these individuals, as studies have proven that DMT is an effective tool for improving the biopsychosocial health of individuals. A goal was set for the study to determine the effect of DMT on the cardiovascular system, body movement function, and the strength of social connection. The quantitative and qualitative (observational) data analysis analyzed the data of 28 participants, while the qualitative (interview) study analyzed the data of 3 participants. Pulse and blood pressure measurements were chosen to collect data for the quantitative study. The observation method and semi-structured interview were chosen to collect data for the qualitative study. After the research, the following conclusions were formulated: the variety of session content had different effects on the participants' cardiovascular system; the function of the participant's movements improved reliably; moderately strong correlations between the cardiovascular system and movement function, as well as between social parameters showed that DMT has a positive effect on the physical and social health. During the interview, became clear the importance of music (especially with vocals), quite simple games, and activities used in the DMT process. Observing the interaction and non-verbal communication of the participants, during all sessions, it was possible to notice a positive change in the context of social connection. Research hypothesis: DMT will improve the movement dynamics and social health of persons living in social care homes – it has been confirmed.

Keywords: dance-movement therapy, residents of social care homes, biopsychosocial health, mixed research.

PRIEDAI

SESIJŲ PLANAI

Planas Nr. 1

II, III, V, VI, VII, IX, X, XI sesijoms vesti buvo pasirinktas Chase metodas, kurį sukūrė ŠJT pradininkė Marian Chase (1896-1970). Šio metodo pagrindiniai aspektai: veidrodis atspindėjimas (kinestetinė empatija), rato naudojimas bei sesijos struktūra, kurią sudaro apšilimas, proceso vystymas ir uždarymas.

- Apšilimui buvo naudojamas nesudėtingos choreografijos šokis rate, kuris tapo ritualiniu grupės šokiu, ir žodinis emocinės būsenos įsivardinimas.
- Proceso vystymui buvo naudojamas veidrodis atspindėjimas porose arba grupėje, įtraukti žaidybiniai elementai (skarelių, balionų, kamuolio naudojimas).
- Uždarymui/pabaigai buvo naudojami atsipalaidavimo pratimai: kūno sąmoningumo lavinimo ir kvėpavimo pratimai. Kvėpavimo pratimams atlikti buvo pasitelktos tokios priemonės, kaip balionai (pūtimui), plunksnelės, popierinės dėmelės.

Šaltinis: Karkou ir Sanderson (2006, p.248-249).

Ši programa buvo taikoma mažesnėms tiriamųjų grupėms.

Planas Nr. 2

I, IV, VIII, XII sesijoms buvo naudojamas Bungay (2020) atlikto tyrimo programos atitikmuo, kuriame nebuvo nustatyti konkretūs pratimai ar parinkta choreografija, pacientai tiesiog buvo kviečiami judėti ir išreikšti save bei dalyvauti veikloje taip, kaip jiems yra patogiau. Sesijos prasidėjo ritualiniu šokiu, švelnia muzika ir judesiais apšilimui (10 min.), sesijos viduryje buvo naudojama gyvesnė muzika ir pacientai kviečiami judėti aktyviau (10 min.), o užsiėmimams artėjant į pabaigą, buvo naudojama ramesnė, lėtesnė muzika ir pacientai buvo kviečiami judėti lėčiau (10 min.).

Šaltinis: Bungay (2020, p. 2)

Ši programa buvo taikoma didesnėms tiriamųjų grupėms.

VERTINIMO LENTELĖ

Balai	0	1	2	3	4	5
Judesių dinamika ir stiprumas						
Stiprūs						
Silpni						
Greiti ir staigūs						
Lėti ir grakštūs						
Šokyje dalyvaujančios kūno dalys						
Rankos						
Kojos						
Galva						
Korpusas						
Gebėjimas bendrauti grupėje						
Atsiriboja						
Priima normalų kontaktą						
Abipusis kontaktas su grupe						
Perdėtas kontaktas						
Eina į puolimą						
Asmens elgesio grupėje įvertinimas						
Juda taip pat greitai, kaip visi						
Juda lėčiau, negu visi						
Laisvai kontaktuoja su visais grupės dalyviais						
Mažiau kontaktiškas, negu kiti grupės nariai						
Jam buvo komfortiška grupėje						
Jautėsi vienišas grupėje						

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Oganiesian (2009).