



**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**

Menų terapija (šokio-judesio terapijos specializacija)  
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra  
Emilija Lukošiuūtė, II kursas, I grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaita taikant šokio-judesio  
terapiją glaudžioje bendruomenėje**

**Change of Health Metrics in Elderly Individuals by Implementing Dance  
Movement Therapy Within a Tight-Knit Community Setting**

Darbo vadovas

doc. dr. Solveiga Zvicevičienė

Katedros vadovas

asist. dr. Tomas Aukštikalnis

Konsultantas

doc. dr. Laimutė Samsonienė

Vilnius, 2024

Studento elektroninio pašto adresas [emilija.lukosiute@mf.stud.vu.lt](mailto:emilija.lukosiute@mf.stud.vu.lt)

## TURINYS

<b>SANTRAUKA</b> .....	3
<b>SUMMARY</b> .....	4
<b>SĄVOKŲ ŽODYNAS</b> .....	5
<b>ĮVADAS</b> .....	6
<b>1. ŽMONIŲ, ESANČIŲ VYRESNIAME AMŽIUJE, GYVENIMO YPATUMAI</b> .....	9
1.1. Vyresniojo amžiaus gyvenimo tarpsnio bruožai .....	9
1.2. Žmonių, esančių vyresniame amžiuje, fiziniai ir psichosocialiniai ypatumai.....	13
1.3. Pagalbos būdai asmenims vyresniame amžiuje.....	18
<b>2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA IR ASMENYS, ESANTYS VYRESNIAME AMŽIUJE</b> .....	21
2.1. Šokio-judesio terapijos samprata .....	21
2.2. Individuali ir grupinė šokio-judesio terapija.....	25
2.3. Šokio-judesio terapija fizinei ir psichosocialinei sveikatai vyresniame amžiuje ...	29
<b>3. EMPIRINIS TYRIMAS</b> .....	32
3.1. Tyrimo organizavimas .....	32
3.2. Tyrimo metodai.....	33
3.3. Statistinė analizė.....	35
3.4. Tyrimo etika .....	36
3.5. Tyrimo rezultatai .....	36
3.5.1. Tiriamųjų pozityvios psichikos sveikatos vertinimo rezultatai .....	37
3.5.2. Tiriamųjų griuvimo rizikos vertinimo rezultatai .....	40
3.5.3. Tiriamųjų socialinio ištraukimo išvalgos pagal tyrėjo dienoraščio sudarytą stebėjimo protokolą .....	43
<b>APIBENDRINIMAS</b> .....	48
<b>REFLEKSIJA</b> .....	50
<b>IŠVADOS</b> .....	52
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	53
<b>LITERATŪRA</b> .....	54
<b>PRIEDAI</b> .....	68

## SANTRAUKA

**Emilija Lukošūtė.** Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaita taikant šokio-judesio terapiją glaudžioje bendruomenėje. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – doc. dr. S. Zvicevičienė, konsultantė – doc. dr. L. Samsonienė. Vilnius, 2024, 67 psl.

**Darbo tikslas** – išanalizuoti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaitą taikant šokio-judesio terapiją glaudžioje bendruomenėje. **Darbo uždaviniai:** 1. Apžvelgti vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo tarpsnio bruožus, jų fizinius ir psichosocialinius ypatumus bei pagalbos būdus. 2. Atskleisti šokio-judesio terapijos teorines ir praktines taikymo galimybes vyresnio amžiaus žmonėms. 3. Ištirti vyresnio amžiaus žmonių, gyvenančių slaugos namuose, griuvimo rizikos ir pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaitą taikant šokio-judesio terapiją. 4. Išanalizuoti socialinio įsitraukimo pokyčius naudojant šokio-judesio terapijos intervenciją.

**Metodika.** Tyrime dalyvavo vyresnio amžiaus asmenys ( $n=19$ , moterų – 10, vyrų – 9), kurių amžiaus vidurkis –  $81.1 \pm 5.7$ . Kiekybinio tyrimo metodai: griuvimo rizikos vertinimas Tinetti testu, pozityvios psichikos vertinimas Pozityvios psichikos sveikatos (PPS) skale. Kokybinio tyrimo metodas: socialinio įsitraukimo pokytis vertinamas stebėjimo metodu. Griuvimo rizikos ir pozityvios psichikos sveikatos vertinimas atliktas du kartus: prieš prasidedant šokio-judesio terapijos užsiėmimams ir po užsiėmimų. Pirmojo bei paskutinio ŠJT ciklo metu vertinamas tyrimo dalyvių socialinio įsitraukimo pokytis užsiėmimuose. Užsiėmimai buvo atliekami du kartus per savaitę, iš viso 12 šokio-judesio terapijos sesijų.

**Išvados:** 1. Vyresnio amžiaus žmonių grupė yra skirstoma į jaunas, senus ir seniausias senjorus. Šio amžiaus gyvenimo tarpsnyje prastėja asmens fizinė, psichosocialinė sveikata ir ypač prastėja asmenų savarankiškumas. Tam, kad asmenys galėtų gyventi pilnavertiškai, sukurtos visuomenės paslaugų sistemos. 2. Šokio-judesio terapija pasižymi teorine ir empiriškai grįsta praktine verte fizinės bei psichosocialinės reabilitacijos kontekste: šokio-judesio terapijos intervencijų taikymas siejasi su pakilusiu fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu. 3. Nustatyta, kad taikyta ŠJT pagerino tiriamųjų pozityvios psichikos rodiklius ( $p<0,05$ ) (*Koheno*  $d=1.66$ ) ir sumažino griuvimo riziką ( $p<0,05$ ) (*Koheno*  $d=2.55$ ) nepriklausomai nuo judėjimo pobūdžio su pagalbinėmis priemonėmis ar be jų. 4. Išanalizavus kokybinio tyrimo rezultatus, pastebėti teigiami socializacijos pokyčiai sąveikoje su terapeutu, sąveikoje grupėje bei padidėjęs asmenų įsitraukimas į veiklą po šokio-judesio terapijos sesijų.

Raktiniai žodžiai: *Vyresnio amžiaus asmenys, šokio-judesio terapija, griuvimo rizika, socialiniai pokyčiai, pozityvi psichika.*

## SUMMARY

**Emilija Lukošūtė.** Change of health metrics in elderly individuals by implementing dance movement therapy within a tight-knit community setting. Master's thesis. Supervisor – Assoc. Prof. Dr. S. Zvicevičienė, consultant - Assoc. Prof. Dr. L. Samsonienė. Vilnius, 2024, pp. 67.

**Aim** - to analyse changes in health parameters in elderly individuals by implementing dance movement therapy (DMT) within a tight-knit community setting. **Objectives:** 1. To provide an overview of the characteristics of elderly individuals' life stages, encompassing both their physical and psychosocial characteristics alongside strategies aimed at offering support. 2. To review the theoretical and practical applications of DMT for elderly people. 3. To investigate fall risk as well as positive mental health indicator changes among elderly individuals living in nursing homes through the application of DMT. 4. To analyse changes in social engagement using a DMT intervention. **Methodology.** The participants of the study were elderly individuals (n=19, 10 females, 9 males) with an average age of  $81.1 \pm 5.7$ . Quantitative research methods: fall risk assessment using the Tinetti test and positive mental health assessment with the Positive Mental Health (PMH) scale. Qualitative research method: the change in social engagement is assessed using an observational method. Assessment of was carried out twice: before the start of the dance movement therapy sessions as well as after the sessions. During the first and last cycle of DMT - the change in the social involvement of the research participants in the sessions was evaluated. Sessions were held 2 times a week, totaling 12 dance movement therapy sessions. **Conclusions:** 1. The group of older individuals is divided into three categories: young, older and oldest seniors. At this stage of life, a person's physical and psychosocial health as well as personal independence majorly deteriorates. To enable individuals to thrive, public service systems have been established. 2. Dance movement therapy is characterized by theoretically and empirically grounded practical value in the context of physical and psychosocial rehabilitation: the application of DMT interventions is associated with improved physical, psychological, and social functioning. 3. It was established that DMT improved the positive mental health indicators of the participants ( $p < 0.05$ ) ( $Cohen's d = 1.66$ ) and reduced the risk of falling ( $p < 0.05$ ) ( $Cohen's d = 2.55$ ), regardless of the nature of movement with or without assistive devices. 4. Upon analyzing the results of the qualitative study, positive changes in socialization were observed including interaction with the therapist, within the group, as well as increased engagement in activities following dance movement therapy.

*Keywords: Elderly, dance movement therapy, fall risk, social changes, positive psyche.*

## SĄVOKŲ ŽODYNAS

**Psichosocialinė sveikata** (angl. psychosocial health) – apima veiksnius, tokius kaip psichinė sveikata, emocinė gerovė, socialiniai santykiai ir gebėjimas susidoroti su stresu bei sunkumais. Psichosocialinė sveikata yra svarbi bendrai gerovei ir atlieka svarbų vaidmenį palaikant fizinę sveikatą (Husain, 2021).

**Fizinė sveikata** (angl. physical health) – tai yra gerovės būseną, kai visos vidinės ir išorinės organizmo kūno dalys, organai, audiniai bei ląstelės gali tinkamai funkcionuoti. Šis apibrėžimas taip pat apima fizinę sveikatą kaip fizinės gerovės būseną, kai organizmas yra fiziškai pasirengęs be apribojimų atlikti savo kasdienę veiklą (Koipysheva et al., 2018).

**Šokio-judesio terapija** (angl. dance-movement therapy) – tai terapinio judesio naudojimas, kuris skatina emocinę, socialinę, pažintinę, fizinę ir dvasinę individo integraciją (EADMT, n.d.).

**Senėjimas** (angl. aging) – tai yra su laiku susijęs fiziologinių funkcijų, būtinų išgyvenimui, natūralus blogėjimas (McHugh & Gil, 2018).

# IVADAS

## Temos aktualumo pagrindimas

Senėjimas yra natūralus ir neatsiejamas žmogaus gyvenimo ciklo procesas. Didėjantis pagyvenusių žmonių skaičius tampa opia problema Lietuvoje bei užsienyje. „Eurostat“ prognozės atskleidžia, kad dėl spartaus senėjimo Lietuvoje gerokai padidės pagyvenusių žmonių skaičius. Prognozuojama, jog iki 2060 metų apie 37 proc. Lietuvos gyventojų sudarys pagyvenę žmonės, o kitose Europos Sąjungos šalyse – nuo 27 iki 35 proc. (LR, 2014). Ši demografinė tendencija pabrėžia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybės užtikrinimo svarbą (Grady, 2011). Be to, pasauliui tobulėjant, didėja poreikis rasti ir naujoviškus, holistinius būdus, kaip skatinti vyresnio amžiaus žmonių sveikatą ir gerovę. Įvairiapusė pagalba yra ypač aktuali, nes šiame amžiaus tarpsnyje asmenys susiduria su pačiomis įvairiausiomis ligomis, neretai vienas senolis jų turi daug ir skirtingų (Drageset & Eide, 2020).

Senėjimo proceso metu žmogaus organizmas susiduria su fiziniais sveikatos pokyčiais (Riddoch, 2000). Padažnėja su amžiumi susijusios lėtinės ligos, kurių sukelti degeneraciniai pokyčiai paveikia visas pagrindines organizmo sistemas: širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo, virškinimo, griaučių-raumenų, nervų sistemas. (Costantino et al., 2016). Dėl suprastėjusių sistemų aktyvumo sumažėja raumenų jėga, lankstumas, ištvermė. Be to, senėjimas gali funkciškai paveikti motorines ir kūno laikysenos sistemas, kurios yra susijusios su pusiausvyra bei eisena (Bednarczuk & Rutkowska, 2022). Dėl šios priežasties net maži judesiai gali tapti sudėtingi ir pavojingi, nes padidėja tikimybė netikėtai prarasti pusiausvyrą bei nukristi (Shumway-Cook & Woollacott, 2007). Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos, kasmet krenta apie 30–50 proc. ilgalaiškės globos įstaigose gyvenančių žmonių, o 40 proc. jų patiria pasikartojančius kritimus. Kritimai gali sukelti įvairių problemų – nuo lengvo sumušimo iki sunkių traumų ar kaulų lūžių. Tai gali lemti ilgalaiškį sveikatos sutrikimą ar baigtis netikėta mirtimi (World Health Organization, 2008).

Su amžiumi susijusios pusiausvyros bei kitos fizinės sveikatos problemos yra glaudžiai susijusios su psichologine, socialine sveikata (Murniati et al., 2022). Pasaulio sveikatos organizacija (2008) pabrėžia, kad senyvo amžiaus žmonių sveikatai ir gerovei daug reikšmingos įtakos turi psichosocialinė būseną. Anot Jacob (2013), psichosocialiniai iššūkiai vyresnio amžiaus asmenims gali sukelti stresą, nerimą, depresiją, padidėjusį socialinį atsiribojimą bei nesugebėjimą pasirūpinti savimi. Tai sutrikdo kūno sistemų veiklą, pakenkia imuninei sistemai ir padidina polinkį dažniau sirgti (Jacob, 2013; Segerstrom & Miller, 2004).

Be to, sergant somatinėmis ir fizinėmis ligomis, tokiomis kaip diabetas, vėžys, artritas, padidėja tikimybė patirti vienatvę ar depresiją.

Darni žmogaus psichikos sveikata, pasak Alzeftawy (2018) teigiamai veikia senėjimą psichologiniu bei socialiniu lygmenimis. Kubzansky ir kt. (2014) sudarytame biopsichosocialiniame modelyje nurodoma, kad vyresnio amžiaus žmonėms teigiami psichosocialiniai veiksniai, įskaitant socialinį išitraukimą, dėmesingumą, atsparumą stresui bei pozityvų mąstymo stilių, pvz., optimizmą ar gyvenimo tikslo jausmą, buvo siejami su geresniu struktūriniu ir funkcinu smegenų vientisumu, taip pat geresne sveikata, sumažėjusia pažinimo sutrikimų ir demencijos rizika. Murniati ir bendraautorių (2022) teigimu, siekiant veiksmingai išlaikyti darnią psichikos sveikatą, vyresniame amžiuje svarbu į gyvenimo būdą įtraukti veiklas, kurios būtų skirtos psichikos/psichologinei, fizinei ir socialinei gerovei. Lietuvoje vyresnio amžiaus asmenų priežiūroje daugiausia orientuojamasi į tradicines gydymo intervencijas. Mažiau dėmesio skiriama naujiems, mokliškai pagrįstiems gydymo metodams.

Vienas iš tokių metodų – šokio judesio terapija. Šios terapijos metu integruojama fizinė (kūno) ir psichikos (proto) veikla, skatinanti „įkūnyti protą judant“. Tyrimai atskleidžia, kad šokio-judesio terapija gali pagelbėti žmogui susidoroti su visų 3 sričių sunkumais: fiziniais, psichologiniais ir socialiniais (de Natale et al., 2017; Ho et al., 2020; Michels et al., 2018; Wołoszyn et al., 2021; Wu et al., 2022). Šokio-judesio terapijos intervencijos metu sujungiama muzika (sensorinė) su judėjimu (fizinė) ir psichikos stimuliacija socialiai patraukloje ir saugioje aplinkoje. Moksliniai tyrimai pagrindžia sveikatos gerinimą, taikant šokio-judesio terapiją. Tačiau vis dar stokojama tyrimų, kurie atskleistų šokio-judesio terapijos efektyvumą vyresnio amžiaus asmenims, kurie gyvena glaudžioje bendruomenėje. Tad suformuotas **darbo tikslas** – išanalizuoti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaitą taikant šokio-judesio terapiją, glaudžioje bendruomenėje. Bei **iškelta hipotezė**, kurioje teigiama, jog nepriklausomai nuo judėjimo pobūdžio šokio-judesio terapija mažina tiriamųjų griuvimo riziką bei gerina psichikos sveikatą. Hipotezei iširti buvo organizuojamas tyrimas.

Tyrinėjant šokio-judesio terapijos taikymą glaudžiose bendruomenėse mokslininkai ir praktikai gali atskleisti unikalius iššūkius ir galimybes, susijusius su naujoviškų gydymo būdų įdiegimu tradicinėse priežiūros įstaigose.

### **Tyrimo tikslas ir uždaviniai**

Atsižvelgiant ne tik į šokio-judesio terapijos naujumą Lietuvos sveikatos sistemoje, bet ir šios intervencijos galimą reikšmingumą senyvame amžiuje, specialiai šiam tyrimui buvo organizuojami bei vykdomi grupiniai šokio-judesio terapijos užsiėmimai vyresnio amžiaus

žmonėms, kurie gyvena glaudžioje bendruomenėje. Tyrimo strategijos pasirinkimas buvo grindžiamas užsienio tyrėjų išvalgomis, jog šokio-judėsio terapija vyresniame amžiuje suteikia naudą ne tik psichosocialinei gerovei, bet ir fizinei (Ho, 2020; Duim, 2015). Tyrimo tikslo ir uždavinių orientacija į tyrimo dalyvių sveikatos parametrų kaitą sąlygojo **mišraus tyrimo dizainą**, t.y. kiekybinės ir kokybinės tyrimo strategijos pasirinkimą.

**Tyrimo objektas** – griuvimo rizikos ir pozityvios psichikos sveikatos rodiklių pokytis.

**Tyrimo subjektas** – vyresnio amžiaus žmonės, gyvenantys glaudžioje bendruomenėje.

**Tyrimo tikslas** - nustatyti šokio-judėsio terapijos poveikį vyresnio amžiaus asmenų griuvimo rizikai bei psichikos ir socialinei gerovei.

**Darbo uždaviniai:**

1. Apžvelgti vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo tarpsnio bruožus, jų fizinius ir psichosocialinius ypatumus bei pagalbos būdus.
2. Atskleisti šokio-judėsio terapijos teorines ir praktines taikymo galimybes vyresnio amžiaus žmonėms.
3. Ištirti vyresnio amžiaus žmonių, gyvenančių slaugos namuose, griuvimo rizikos, pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaitą taikant šokio-judėsio terapiją.
4. Išanalizuoti asmenų socialinius pokyčius prieš ir po šokio-judėsio terapijos intervencijos.

**Tyrimo metodika:** teorinė dalis – literatūros apžvalga; empirinė dalis – kokybinis ir kiekybinis tyrimas; duomenų rinkimo metodas – Tinneti testas, pozityvios psichikos sveikatos skalė, stebėjimo protokolas; statistinių duomenų analizei naudota „Microsoft Excel“ programa.

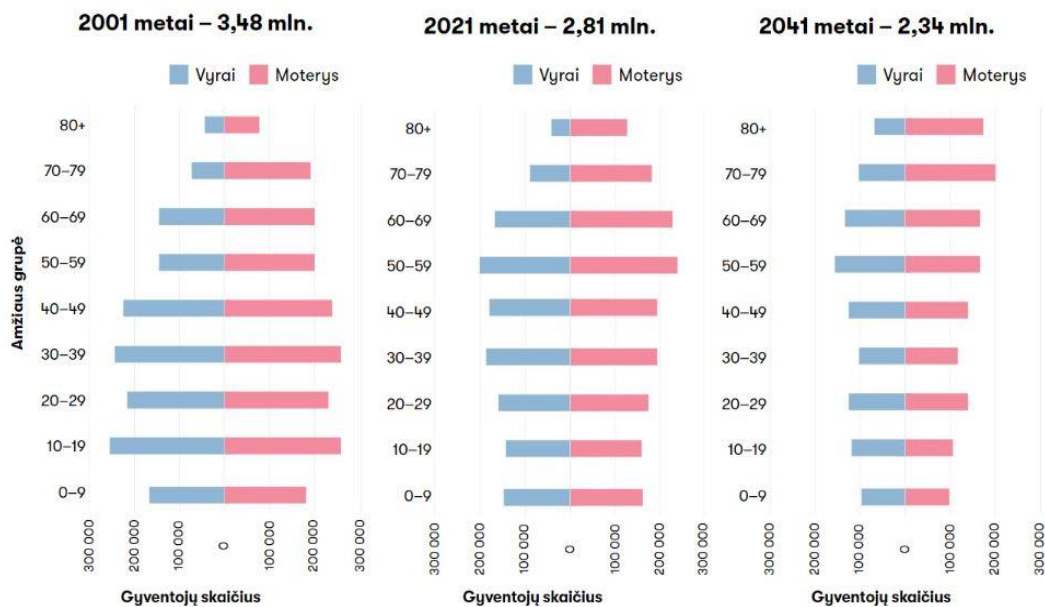


# 1. ŽMONIŲ, ESANČIŲ VYRESNIAME AMŽIUJE, GYVENIMO YPATUMAI

## 1.1. Vyresniojo amžiaus gyvenimo tarpsnio bruožai

Amžiaus tarpsnis yra asmens gyvenimo etapas, kuris vertinamas pagal chronologinę eigą. Tarpsnio suskirstymui paprastai naudojami šie kriterijai: neurofiziologiniai, susiję su kintančiu anatominių struktūrų brandos lygiu; fiziniai ir psichologiniai, apimantys suvokimo bei kultūrinio pasireiškimo procesus; socialiniai ir kultūriniai, susiję su žmonių sąveikos, švietimo, užimtumo bei pramogų modeliais (Beresnevičienė, 2003).

Žmonija kasmet sensta didesniais tempais, žmonės gyvena ilgiau, vadinasi, senatvė ateities perspektyvoje gali prasidėti dar vėliau, teigia Navickas ir Vaičiulienė (2010). Lietuva išgyvena vieną sparčiausių senėjimo procesų Europoje. Šiuo metu, remiantis gyventojų senėjimo rodikliais, mūsų visuomenė artėja prie Europos vidurkio. Pasak Khavinson ir bendraautorių (2020), dėl nuolatinio žemo gimstamumo mažės jaunų bei darbingo amžiaus asmenų dalis, o ilgėjant gyvenimo trukmei padidės vyresnio amžiaus piliečių dalis (1 pav.).



1 pav. Lietuvos gyventojų struktūra pagal lytį ir amžių. (<https://Naujienos.vu.lt/Spectrum-Lietuvos-Demografine-Kaita-Pagrindiniai-Pokyciai-Ir-Ateities-Proгноzes/>, n.d.)

Įvairūs autoriai žmogaus senstančios visuomenės vystymosi periodus ir amžiaus tarpsnius skirsto skirtingai (Kairys, 2002). Atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos

(PSO) amžiaus klasifikaciją (cit. pagal Trepulė, 2019), galima teigti, kad jaunesnė demografinė grupė apima iki 44 metų amžiaus asmenis, o vyresnė grupė – nuo 60 metų. Pagal PSO duomenis, vyresnio amžiaus žmonės gali būti suskirstyti į tris skirtingas grupes:

- jauni senjorai (60–74 m.);
- seni senjorai (75–84 m.);
- seniausi senjorai (>85 m.).

**Jauni senjorai (60–74).** Paprastai šis amžiaus tarpsnis apima daug teigiamų aspektų ir yra laikomas „auksiniais pilnametystės metais“ (Rubinstein, 2002). Palyginti su kitomis vyresnio amžiaus grupėmis, jauni senjorai turi pakankamai gerą sveikatą bei socialinį įsitraukimą (Smith, 2000), turi žinių, patirties (Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindenberger, & Baltes, 2003) ir gali lanksčiai prisitaikyti kasdieniame gyvenime (Riediger, Freund, & Baltes, 2005). Jauni senjorai taip pat turi gerą atmintį bei išsivysčiusį intelektą. Šiai grupei rečiau reikia ilgalaikės priežiūros, nes dauguma dar yra vedę ir dirba dėl malonumo, o ne dėl pajamų (George, 2009). Apskritai, šio amžiaus žmonės jaučia laimės jausmą bei emocinę gerovę, kuri yra geresnė nei bet kuriuo kitu suaugusiųjų laikotarpiu (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Robins & Trzesniewski, 2005). Tai neįprastas amžius ir tuo, kad šios grupės žmonės laikomi senyvais ir ne senyvais (Rubinstein, 2002).

**Seni senjorai (75–84 m.).** Dauguma šio amžiaus žmonių, pasak Jaul ir Barron, (2017), gali dar gyventi savarankiškai, tačiau dažnai patiria fizinių sutrikimų, nes lėtinių ligų padaugėja sulaukus 80 metų. Strait ir Lakatta (2012) teigimu, pusė visų širdies nepakankamumo atvejų atsiranda žmonėms po 75 metų. Barnes (2011) nurodo, kad hipertenzija ir vėžys šio amžiaus žmonėms pasireiškia dažniau. Vis dėlto tai gali būti susiję ir su gyvenimo būdo pasirinkimu – paprastai jų galima išvengti arba suvaldyti (Barnes, 2011).

**Seniausi senjorai (>85 m.).** Šio amžiaus grupei dažniau reikia ilgalaikės priežiūros, pvz., slaugos ar ilgalaikės globos namų. Mokslinėje literatūroje teigiama, jog beveik 50 proc. vyresnio amžiaus žmonių reikia tam tikros pagalbos kasdienėje veikloje (APA, 2016). Jie rečiau yra vedę ir rečiau gyvena su sutuoktiniu (Stepler, 2016). 85 metų ir vyresnių asmenų grupėje moterys sudaro daugiau nei 60 proc., tačiau jos daugiau nei vyresni vyrai kenčia nuo lėtinių ligų (Gatz et al., 2016). Lee ir bendraautorių (2018) tyrime, kuriame dalyvavo daugiau nei 64 tūkst. vyresnio amžiaus pacientų, rodo, kad skubios pagalbos skyriuje daugiau nei pusė dalyvių buvo vyresni nei 85 metai. Dažniausios šio amžiaus grupės hospitalizavimo priežastys buvo stazinis širdies nepakankamumas, pneumonija, šlapimo takų infekcijos, septicemija, insultas ir klubo lūžiai. Su amžiumi mirtingumas taip pat buvo didesnis (Lee, Oh, Park, Choi & Wee, 2018).

Šis gyvenimo etapas mokslinėje literatūroje įvardijamas ir apibrėžiamas skirtingai, o minėtų stadijų pavadinimai yra tik sutartiniai, o pereinaieji laikotarpiai – neaiškūs. Kairys (2002) antrina bei teigia, jog net pačią senatvę sudėtinga apibrėžti, o šio tarpsnio periodui asmenims įvardyti sudaryta daugybė žodžių: senjoras, pensinio amžiaus žmogus, senstantis asmuo, senyvo amžiaus pilietis, žilos senatvės sulaukęs žmogus, vyresnio amžiaus asmuo, pagyvenęs asmuo ir kt. Svarbu ir tai, kad įvairiose mokslo srityse šie žodžiai interpretuojami įvairiai mėginant surasti neutraliausią, mažiausiai diskriminuojančią sąvoką (Kairys, 2002).

Vyresniojo amžiaus žmogaus pagrindinis šio gyvenimo tarpsnio bruožas yra senatvė. Senatvė, Lemme teigimu (2003), yra vėlyvasis gyvenimo laikotarpis, su kuriuo neišvengiamai susiduria daugelis žmonių. Anot Erikson (cit. pagal Žukauskienę, 2012), senatvėje žmonės susiduria su naujais iššūkiais bei galimybėmis, tačiau šis laikotarpis unikalus tuo, kad yra susijęs su senėjimu, išėjimu į pensiją ir žmogaus gyvenimo ciklo pabaiga. Nors kiekvienas skirtingai priima senėjimo procesą, senatvėje žmonės dažniausiai sutelkia dėmesį į savo nugyvento gyvenimo apmąstymą, įgauna išminties, prisimena įvairius kitų gyvenimo laikotarpių įvykius (Žukauskienė, 2012). Psichoanalitikas Erikson (cit. pagal R. Žukauskienę, 2007) išskyrė vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo tarpsnio krizę, kuri įvardijama kaip nevilties ir integracijos stadija. Šis etapas apima reikšmingą bei galutinį apsvaistymą, apimančią:

- Praeities apmąstymą (įvykę įvykiai);
- Dabarties (dabartinių aplinkybių) įvertinimą;
- Ateities apmąstymą (kas laukia).

Sėkmingas šio etapo krizės įveikimas labai priklauso nuo to, kaip buvo įveikiami ankstesnių etapų iššūkiai, pavyzdžiui, vaikystėje ar jaunystėje (Žukauskienė, 2007). Asmuo, teigiamai įveikęs iššūkius, įgauna iniciatyvumo, savarankiškumo, pasitikėjimo, intymumo ir efektyvumo jausmą. Senatvėje visi šie komponentai susilieja į vidinę harmoniją, kai žmogus suvokia, kad jų gyvenimas buvo prasmingas. Asmenys įgyja įgūdžių priimti vienatvę ir be baimės pasitikti mirtį vertindami ją kaip natūralią gyvenimo baigtį. Neišsprendus gyvenimo krizių teigiamai, žmogus susiduria su nerimu ar gailėsčiu dėl beprasmiškai pragyvento gyvenimo (Perry et al., 2015).

Šiais paskutiniais brandos metais žmonės dažnai bando suprasti, ar jų gyvenimas buvo prasmingas, kvestionuoja atliktus sprendimus kartu ieškodami pasitenkinimo arba jausdami nusivylimą asmeniniais pasiekimais ir sukurtais socialiniais ryšiais (Lemme, 2003). Senatvėje dauguma žmonių pradeda labiau suvokti artėjančią gyvenimo pabaigą bei sąmoningiau vertina savo pačių ir artimųjų mirtingumą (Rokach, 2022). Šis neišvengiamos mirties suvokimas gali

sukelti įvairias neigiamas emocines reakcijas, tokias kaip liūdesys, gailėstis, nerimas ar baimė, ypač, jei žmogus susiduria su giminių, draugų, sutuoktinių mirtimi ar jaučiasi vienišas, nereikalingas, neišpildęs *Ego* integracijos<sup>1</sup>. Kai kurie vyresnio amžiaus asmenys savo gyvenimo įvykius prisimena kaip neteisingai priimtus sprendimus, gailisi klaidų ir negalėjimo jų ištaisyti (Rokach, 2022; Žukauskienė, 2012).

Senatvės metais dėl suprastėjusios fizinės būklės daugelis taip pat tampa priklausomi nuo kitų pagalbos. Ši priklausomybė gali sukelti įvairias emocijas, įskaitant dėkingumą, meilę, o kartu kaltės jausmą ar pyktį dėl padidėjusio bejėgiškumo, rūpesčių apkrovos (Zhou et al., 2024). Gyvenimo ciklo pabaigos artėjimas taip pat gali paskatinti žmogų labiau vertinti bei įprasinti kiekvieną likusį gyvenimo momentą. Sėkmingai savo gyvenimą nugyvenę žmonės, nepaisant visų su senatve susijusių iššūkių, jaučia pasitenkinimą, emocinę stiprybę (Chipperfield, Perry, & Weiner, 2003).

Krizės, kurias išgyvena šio amžiaus žmonės, paliečia tiek psichologinę, tiek fizinę būklę (Žukauskienė, 2012). Tokiame amžiuje, kai daugelis šio amžiaus asmenų turėtų mėgautis savo išėjimu į pensiją, turi išlaikyti savo dirbančius vaikus ar nuolat prižiūrėti anūkus. Pavyzdžiui, Ispanijoje yra daugiausia vyresnio amžiaus žmonių Europoje, kurie rūpinasi savo vaikais (Zanasi et al., 2023). Vadinasi, tai kelia jiems finansinę naštą, t. y. naujos išlaidos, susijusios su kitų asmenų išlaikymu. Panašus reiškinys pastebimas ir kitose Europos šalyse. Pasak Zenasi ir bendraautorių (2023), Rytų Europoje išlieka aukštas nedarbo lygis, žmonės emigruoja į užsienį ieškoti darbo palikdami savo vaikus seneliams.

Apibendrinus galima teigti, kad žmogaus gyvenimas susideda iš įvairių etapų, sudarytų iš fiziologinių, psichologinių, socialinių ir kultūrinių veiksnių. Vyresnio amžiaus gyvenimo etapas atskleidžia įvairias išvalgas bei iššūkius, susijusius su senėjimu. Nuo jaunų senjorų gyvybingumo ir atsparumo iki grupės pažeidžiamumo bei priklausomybės. Senėjimo patirties įvairovės suvokimas ir kartų supratimo skatinimas yra esminiai žingsniai siekiant ugdyti visuomenės atsparumą ir socialinę sanglaudą. Senėjimo procesas laikomas nepaneigiamu žmogaus egzistencijos aspektu, kurį ne visada paprasta priimti patiriančiam asmeniui, taip pat jo artimiesiems.

---

<sup>1</sup> Ego integracija – psichologinis procesas, kurio metu žmogaus asmenybė integruoja savo patirtį, vertybes, tikslus ir suvokimus apie save į vientisą bei suderintą visumą. Šis procesas dažnai sietinas su vystymosi etapu, kurį pasiūlė psichoanalitikas Erikas Eriksonas (Wallerstein, 1998).

## 1.2. Žmonių, esančių vyresniame amžiuje, fiziniai ir psichosocialiniai ypatumai

Senėjimo procese gyvenimo kokybei daro įtaką daugybė tarpusavyje susijusių pokyčių. Vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo tarpsnį lydi emociniai, fiziologiniai, psichologiniai ir socialiniai pokyčiai (Lemme, 2003). Su kiekvienais metais senatvėje atsirandantys kūno visumos pokyčiai laipsniškai sumažina visas pagrindines žmogaus biologines funkcijas, teigia Larsson ir bendraautoriai (2019). Biologiniai pokyčiai iš pradžių gali pasirodyti nežymūs ar nepastebimi, tačiau ilgainiui išryškėja laipsniškas funkcijų sumažėjimas, įskaitant judėjimo, vidaus organų veiklos, psichikos bei socialinių gebėjimų suprastėjimas (Kramkowska, 2018).

Senstant žmogaus organizmas susiduria su neišvengiamais fiziologiniais pasikeitimais. Fiziologiniai pokyčiai gali skirtis ir kiekvienam asmeniui pasireikšti stipriau ar silpniau (Žukauskienė, 2012). Mokslininkų teigimu (Faulkner, Larkin, Claflin & Brooks, 2007), išskiriami bendri bruožai, kurie paprastai pastebimi vyresniame amžiuje:

- Sutrinka širdies ritmas;
- Kraujagyslės standesnės ir mažiau elastingos;
- Sumažėja plaučių talpa;
- Inkstai tampa mažiau efektyvūs šalindami organizmui nereikalingas medžiagas;
- Šlapimo pūslė praranda gebėjimą kaupti šlapimą;
- Smegenų ląstelės praranda dalį savo funkcijų, tačiau taip pat gali atsirasti naujų neuronų.

**Kūno pokyčiai.** Asmenims senstant, jų kūno formos natūraliai keičiasi. Larsson ir bendraautorių duomenimis (2019), sulaukus 30 metų, paprastai mažėja audinių storis, dėl to prarandamos ląstelės raumenyse, kepenyse, inkstuose ir kituose organuose. Dėl šio audinio sumažėjimo prarandamas vandens kiekis organizme, o kaulai gali netekti dalies mineralinių medžiagų bei tapti mažiau tankūs (ankstyvosiose stadijose vadinama osteopenija, o vėlesnėse stadijose – osteoporoze). Ponti ir kiti (2020) teigia, kad dėl mažesnio fizinio aktyvumo ir sumažėjusio metabolizmo greičio, kūno riebalų kiekis nuolat didėja. Dėl šios priežasties gali padidėti kūno riebalų kiekis ir išsivystyti nutukimas arba, priešingai, stipriai sumažėti kūno svoris.

**Oda, plaukai ir nagai.** Su amžiumi oda netenka riebalų, tampa plonesnė, mažiau elastinga, nebeatrodo putli ir lygi. Lengviau matomos venos bei kaulai, o įbrėžimai, įpjovimai gali gyti ilgiau (Dyer & Millerv, 2018). Ilgas buvimas saulėje gali sukelti raukšles, išsausėjimą ir padidinti odos vėžio riziką (Jackson, 2001). Senėjimas taip pat gali padidinti žmonių polinkį

į mėlynės, o mėlynės šiame amžiuje gyja ilgiau. Tam tikri vaistai ar sveikatos sutrikimai taip pat gali prisidėti prie mėlynių atsiradimo (Dyer & Millerv, 2018). Be to, laikui bėgant, gali susidaryti dėmės, kitaip žinomos kaip pigmentinės „amžiaus dėmės“, kurios dėl saulės poveikio gali pasirodyti kaip plokščios, rudo atspalvio (Jackson, 2001). Žmonėms senstant, plaukų slinkimas tampa įprastu reiškiniu, nes daugelis plaukų folikulų nustoja gaminti naujus plaukus, todėl plaukų augimas sulėtėja (Villani, 2022). Be to, nagai, ypač kojų, gali sustorėti ir kietėti. Rankų, kojų nagų pakitimai gali rodyti tinkamos mitybos trūkumą arba pagrindinę inkstų ligą (Abdullah & Abbas, 2011).

Vienas iš pagrindinių senėjimo procesą charakterizuojančių elementų yra progresyvus raumeninės masės ir jėgos sumažėjimas, kuris turi didelės įtakos sumažėjusiam fiziniam aktyvumui. Raumeninės masės sumažėjimas dar kitaip vadinamas sarkopenija, kuri išryškėja sulaukus 75 metų, tačiau jos pradžia gali įvykti jau 65 metų bei gali sukelti neįgalumą ar mirtį (Walston, 2012). Didžioji dalis sarkopenijos atsiradimo priežasčių yra multifaktorinės – pasekmės įvairių skirtingų veiksnių, įskaitant sutrikusią raumenų homeostazę ir netiesiogiai viso kūno. Bet koks raumenų praradimas yra reikšmingas, nes mažėja jėga, judrumas bei mobilumas, todėl žmonės tampa labiau linkę į silpnumą, kritimų ir lūžių riziką (Bilski, 2022). Žukauskienė (2012) pažymi, kad senstant motoriniai judesiai lėtėja, prarandama koordinacija, o smulkiosios motorikos užduotys atliekamos lėčiau, nes mažėja nervų sistemos veikla paveikdama tiek motorines, tiek pažinimo funkcijas.

**Sveikas smegenų veikimas.** Tyrimų metu Cheng (2016) nustatė, kad tiek fizinis aktyvumas, tiek stimuliuojantis pažinimo aktyvumas žymiai sumažino neurokognityvinių sutrikimų riziką. Fizinis aktyvumas, ypač aerobiniai pratimai, yra susijęs su mažesniu pilkosios ir baltosios medžiagos praradimu, taip pat su sumažėjusiu neurotoksinų kiekiu nervų sistemoje. Apskritai, fizinis aktyvumas išsaugo neuronų vientisumą ir smegenų tūrį. Kognityvinis mokymas pagerina vykdomųjų funkcijų, tokių kaip darbinė atmintis, efektyvumą bei stiprina nervų grandinių plastiškumą (Cheng, 2016).

Kai kurios fizinės ligos yra labiau paplitusios vyresnio amžiaus žmonėms dėl tokių veiksnių, kaip senėjimas, gyvenimo būdas ir genetika. Dažniausiai pasitaikančios vyresnio amžiaus žmonių ligos bei sutrikimai:

- Hipertenzija (aukštas kraujospūdis): senstant žmonėms didėja hipertenzijos rizika. Tai yra pagrindinis širdies ligų, insulto ir kitų komplikacijų rizikos veiksnys (Miller et al., 2016).

- Artritas: tokios būklės, kaip osteoartritas ir reumatoidinis artritas, yra dažnos vyresnio amžiaus žmonėms, sukeliančios sąnarių skausmą, standumą bei judėjimo sumažėjimą (Delsmann, 2022).
- Širdies ligos: vyresnio amžiaus žmonėms gresia didesnė įvairių širdies ligų rizika, tokių kaip vainikinių arterijų liga, širdies nepakankamumas ir aritmija (Miller et al., 2016).
- Diabetas: vyresnio amžiaus žmonės dažnai dėl gyvenimo būdo veiksnių ir sumažėjusio jautrumo insulinui serga 2 tipo cukriniu diabetu (Russo, 2018).
- Osteoporozė: vyresnio amžiaus žmonės, ypač moterys, yra linkę į osteoporozę – būklę, kuriai būdingi susilpnėję kaulai ir padidėjusi jų lūžių rizika (Delsmann, 2022).
- Vėžys: vėžio rizika didėja su amžiumi. Dažniausiai pasitaikantys vyresnio amžiaus žmonių vėžio tipai: krūties, prostatos, plaučių, gaubtinės ir tiesiosios žarnos (Cinar & Tas, 2015).
- Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL): dažniau pasitaiko vyresnio amžiaus žmonėms, ypač tiems, kurie anksčiau rūkė (Moyo, 2020).
- Alzheimerio liga ir kitos demencijos formos: pasireiškia žmonėms senstant, o tai lemia pažinimo bei atminties praradimą (Ruiz-Muelle & López-Rodríguez, 2019).
- Insultas: insulto rizika didėja su amžiumi, dažnai dėl tokių veiksnių, kaip hipertenzija ir aterosklerozė (Miller et al., 2016).
- Regėjimo ir klausos sutrikimai: su amžiumi susijusi geltonosios dėmės degeneracija, katarakta bei klausos praradimas (Crews & Campbell, 2004).
- Inkstų liga: vyresnio amžiaus žmonėms yra didesnė lėtinių inkstų ligų ir inkstų nepakankamumo rizika, dažnai dėl su amžiumi susijusių pokyčių bei gretutinių ligų, tokių kaip diabetas ir hipertenzija (Russo, 2018).
- Pneumonija ir gripas: dėl silpstančio organizmo bei prastėjančios imuninės sistemos veikimo daugiau rizikos sukelia ligos, kurios anksčiau atrodė ne tokios pavojingos, pavyzdžiui, gripas. Vyresni suaugusieji yra jautresni kvėpavimo takų infekcijoms, kurios gali sukelti pneumoniją ir jos komplikacijas, ypač gripo sezono metu. Sendamas žmogus tampa jautresnis įvairioms infekcijoms. Susirgimai yra dažnesni bei sunkesni, ilgėja reabilitacijos laikotarpis (Moyo, 2020).

Kai tyrinėjamos senėjimo subtilybės, tampa akivaizdu, kad senatvę lydintys fiziniai pokyčiai taip pat turi gilių psichosocialinių padarinių. Be matomų sveikatos pokyčių egzistuoja gilesni savęs suvokimo, socialinės dinamikos ir emocinio atsparumo pokyčiai (Kourkouta et

al., 2015). Šių psichosocialinių ypatybių supratimas yra labai svarbus norint teikti visapusišką priežiūrą bei pagerinti bendrą šios grupės gerovę.

**Depresija.** Šis reiškinys veikia visą žmogaus asmenybę ir gali sutrikdyti visus funkcionavimo aspektus, įskaitant fizinius, emocinius, socialinius bei pažinimo aspektus (Lemme, 2003). Rizikos veiksniai, lemiantys vėlyvojo gyvenimo depresijos vystymąsi, apima genetinį pažeidžiamumą, su amžiumi susijusių neurobiologinių pokyčių ir stresinių įvykių sąveiką (Fiske et al., 2009). Pasak Roupa (2009), vyresni žmonės vartoja daug ir įvairių vaistų ligų gydymui, kurie gali sukelti depresiją šiame amžiuje. Lemme (2003) mini, kad vyresnio amžiaus žmonėms depresijos simptomai dažnai pasireiškia nuolatiniu nuovargio ar liūdesio jausmu, sumažėjusiu susidomėjimu, irzlumu, atminties sutrikimu, nemiga ar lėtiniu skausmu. Vyresnio amžiaus žmonėms yra didesnė somatinių ligų rizika, todėl gydytojai gali nepastebėti depresijos simptomų priskirdami juos fiziniams negalavimams (Drayer et al., 2015). Susirūpinimą ypač kelia tokie simptomai, kaip miego sutrikimai ir sumažėjęs energijos lygis, nes jie gali būti lengvai susieti su somatine liga. Be to, kognityvinės depresijos požymiai dažnai painiojami su demencijos simptomais (Fiske et al., 2009).

**Socialinė atskirtis.** Senatvės atskirtis tebėra pagrindinis iššūkis senėjančioms visuomenėms Europoje ir už jos ribų. Sociologai teigia, kad pagyvenę žmonės susiduria su dviguba socialine atskirtimi: kultūrine – neigiama visuomenės nuostata ir ekonomine – skurdu (Walsh et al., 2016). Įsišakniję stereotipai trukdo pripažinti senatvę kaip ryškų, bet ne mažiau reikšmingą žmogaus raidos etapą. Stereotipai įtvirtina klaidingą nuomonę apie vyresnio amžiaus asmenų konservatyvų pažiūrį, priešinimąsi naujovėms ir sumažėjusius gebėjimus. Deja, daugelis vyresnio amžiaus žmonių įsisavina šiuos stereotipus, todėl jie patys atsiriboja nuo daugybės galimybių (Sargautytė, 2000). Be to, žemas pragyvenimo lygis ir ribotos pajamos juos dar labiau izoliuoja, todėl atsiranda ekonominės bei kultūrinės socialinės atskirties formos. Ši dviguba atskirtis dar labiau pablogina įgūdžius, spartina gebėjimų praradimą ir savigarbą (Rapolienė, 2007).

**Nerimas ir fobijos.** Nerimas yra vienas iš dažniausiai pasitaikančių vyresnio amžiaus žmonių simptomų. Tarp senyvo amžiaus žmonių klinikinėje praktikoje pastebėta, kad jiems dažnai būdingas generalizuotas nerimo sutrikimas (GAD), po kurio seka fobijos (Subramanyam et al., 2018). Generalizuotam nerimo sutrikimui būdingas lėtinis, nekontroliuojamas nerimas, kuris yra lydymas neramumo, raumenų įtempimo, susikaupimo ir miego sutrikimo. Tokie vyresnio amžiaus žmonių rūpesčiai dažnai yra susiję su sveikatos, finansų ar negalios rūpesčiais (Pary et al., 2019). Vyresni suaugusieji dažnai nepripažįsta savo simptomų. Kai kurie gali nesikreipti dėl gydymo, nes didžiąją gyvenimo dalį patyrė nerimo



simptomus ir mano, kad tokie jausmai yra normalūs (Subramanyam et al., 2018). Vyresnio amžiaus žmonėms dažnesnės fobijos yra mirties, nelaimės šeimai, kritimo. Susidūrimas ar mąstymas apie šias situacijas gali sukelti stiprų nerimą arba panikos priepuolį (greitesnį širdies plakimą, dusulį, galvos svaigimą, pykinimą). Baimė nukristi yra viena iš specifinių fobių, kuri ypač paplitusi tarp vyresnio amžiaus žmonių ir pasireiškia iki 50 proc. asmenų, gyvenančių ilgalaikėse įstaigose (Pary et al., 2019).

**Vienatvė.** Vienatvė apima izoliaciją, kuri dažnai lydima psichinio išsekimo, nevilties. Per visą gyvenimą mes visi susiduriame su vienatvės periodais, nesvarbu, ar jie yra trumpi, ar užsitęšę. Šis reiškinys ypač ryškus paauglystėje ir senatvėje (Luhmann, 2016). Įvairiais gyvenimo etapais asmenys turi prisitaikyti prie išorinių aplinkybių, tokių kaip darbas, santuoka, tėvystė ar išėjimas į pensiją. Išėjimas į pensiją, ypač kartu su senėjančiu amžiumi, gali formuoti vienišumo jausmą, kai žmonės pereina į naują kasdienybę, o tai dažnai sukelia melancholiją (Žukauskienė, 2012). Šio etapo praeities apmąstymai gali sukelti neišsipildžiusių lūkesčių jausmą ir prisidėti prie liūdesio bei izoliacijos jausmo (Luhmann, 2016). Be to, vyresnio amžiaus žmonės dažnai patiria vienatvę dėl partnerio netekties, susilpnėjusių santykių su vaikais ar anūkais. Vaistas nuo vienatvės apima savigarbos ugdymą, neigiamų minčių ir praeities traumų šalinimą bei sprendimą (Kourkouta et al., 2015).

**Šeimos vaidmuo.** Vyresnio amžiaus žmonių priklausomybė nuo savo šeimos yra svarbus senėjimo patirties aspektas. Tai apima ne tik paramos formas, bet ir emocinius bei socialinius poreikius. Vyresnio amžiaus žmonės dažnai jaučia komfortą, saugumą ir draugystę iš savo šeimos (Shamsikhani et al., 2022). Su šeimos padaršiniu bei palaikymu pagyvenę žmonės gali užsiimti veikla, kuri jiems teikia pasitenkinimą ir džiaugsmą. Gautas dėmesys bei tinkama priežiūra itin prisideda prie depresijos simptomų valdymo (Avasthi & Grover, 2018). Vis dėlto pagyvenusių žmonių priklausomybė nuo savo šeimos taip pat gali kelti problemų. Vienas iš pagrindinių sunkumų, su kuriais susiduria globėjai, yra jų laiko ir energijos poreikis. Senyvo amžiaus šeimos nario priežiūra, ypač jei šis turi sudėtingų medicininių poreikių arba reikalinga pagalba atliekant kasdienę veiklą, gali būti įsipareigojimas visai dienai (Fernández et al., 2018).

Apibendrinant galima teigti, kad senėjimo procesas apima daugybę fizinių, psichologinių ir socialinių pokyčių, kurie daro didelę įtaką vyresnio amžiaus žmonių gyvenimui. Nuo fiziologinių pokyčių, tokių kaip mažėjanti raumenų masė bei kaulų tankio pokyčiai, iki psichosocialinių iššūkių, tokių kaip socialinė atskirtis ir vienatvė, senėjimo kelionė tampa sudėtinga bei įvairiapusė. Be to, šeimos vaidmuo iškyla kaip esminis vyresnio amžiaus žmonių gerovės veiksnys, suteikiantis ne tik praktinę pagalbą, bet ir emocinį bei

socialinį ryšį. Nepaisant su amžiumi susijusių pokyčių neišvengiamumo, būtina pripažinti, kad senėjimas nesumenkina žmogaus vertės ar gyvybingumo. Supratimas apie įvairius senėjimo aspektus yra labai svarbus teikiant visapusišką pagalbą ar priežiūrą pagyvenusiems žmonėms.

### 1.3. Pagalbos būdai asmenims vyresniame amžiuje

Šiuolaikinėje visuomenėje tapo įprasta pabrėžti teigiamus „sėkmingo senėjimo“ aspektus. Tiek populiariuose, tiek moksliniuose straipsniuose pabrėžiama gerovė, socialinė integracija ir pasitenkinimas gyvenimu vėlesniais metais. Dalis asmenų išlaiko aukštą fizinę bei psichinę funkcijas senatvėje, tačiau amžius neišvengiamai atneša apribojimų, kurie gali pakenkti asmens gebėjimui gyventi pilnavertišką gyvenimą (Pillimer et al., 2003). Dėl to daugeliui senjorų tiek Lietuvoje, tiek kitose pasaulio šalyse suteikiama valstybės, visuomenės ir bendruomenės pagalba.

Lietuvoje ir kitose pasaulio šalyse egzistuoja daugybė socialinių paslaugų sistemų, pritaikytų pagyvenusių asmenų poreikiams patenkinti: **slauga namuose, dienos centrai, slaugos ir globos namai, namų projektai** (Gavarskhar et al., 2022). Socialinės paslaugos pagyvenusiems žmonėms reikalingos užtikrinti jų sveikatos gerovę bei gyvenimo kokybę.

**Senjorų namų projektai** yra sukurti siekiant padėti asmenims išlaikyti nepriklausomybę, stiprinti socialinį bendradarbiavimą ir gerinti gyvenimo kokybę. Gyvenant šiuose projektuose, išlaikomas privatumas, nes sąlygos yra panašios kaip gyvenant savo namuose (Wilson, 2007). Šios stacionarios globos įstaigos yra skirtos senjorams, neturintiems rimtų medicininių poreikių, kuriems reikalinga pagalba kasdienėje veikloje. Senjorams šiuose namų projektuose taikomos į asmenį orientuotos paslaugos, įskaitant asmens priežiūrą, maitinimo, namų tvarkymo paslaugas, pramogines programas, profilaktinę priežiūrą (Mollica, 2003).

**Slauga namuose** sparčiai plečiasi išsivysčiusiose šalyse, tarp jų ir Lietuvoje. Ši paslauga siekia sumažinti pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros išlaidas ligoninėse bei palengvinti jų galimybę gyventi savo namuose. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos asmens namuose atsižvelgiant į vyresnio amžiaus žmogaus medicininius ir slaugos poreikius bei funkcinius apribojimus (Venables et al., 2006). Slaugos namuose paslaugos sudarytos iš medicininės priežiūros (sveikatos priežiūra, medicininis ištyrimas, terapinės priežiūros planavimas, medicininės įrangos tiekimas, ūmi pagalba ir laboratorinės paslaugos), slaugos (gydytojų paskyrimas, vaistų administravimas, žaizdų priežiūra, pacientų priežiūra, deguonies

terapija, dializė, maitinimas iš zondų), reabilitacijos (kineziterapija, ergoterapija ir reabilitacijos įrangos teikimas), psichologijos konsultacijų, paliatyviosios pagalbos bei gyvenimo pabaigos priežiūros (Gavarskhar et al., 2022). Vienas iš pagrindinių slaugos namuose tikslų yra nereikalingo hospitalizavimo prevencija (Schmid, 2005).

**Ilgalaikės socialinės globos namų** paslaugos yra socialinio pagrindo ir siekia išlaikyti bei padidinti vyresnio amžiaus asmenų fiziškumą, asmeninį savarankiškumą ir gyvenimo kokybę (Mui, 2001). Ilgalaikė socialinė globa gali būti teikiama sveikatos priežiūros centruose, globos namuose, dienos centruose ar slaugos namuose. Socialinė globos programa taip pat suteikia pagalbą šeimos nariams ar draugams slaugant vyresnio amžiaus žmogų namuose (Gavarskhar et al., 2022). Ilgalaikių globos namų paslaugos suskirstytos į tris kategorijas: nemedicininės paslaugos (asmens priežiūra visą parą), su sveikata susijusios paslaugos (medicininė priežiūra ir slauga) bei pagalbos paslaugos (transportavimas, kambarių tvarkymas ir pan.) (Gavarskhar et al., 2022). Be to, ilgalaikė socialinė globa suteikia medicininės paslaugas, tokias kaip reabilitacija, psichinės sveikatos priežiūra (Applebaum et al., 2013).

**Senjorų dienos centrai** yra sukurti siekiant gerinti žmonių fizinę, psichinę sveikatą ir gerovę bei skatinti senjorus dalyvauti pramoginėje, švietimo veikloje, grupinėse programose, sveikatingumo bei maitinimo programose (Pardasani ir Thompson, 2012). Vyresnio amžiaus asmenims teikiamos įvairios paramos paslaugos, kurios yra suskirstytos į tris modelius: socialinį, sveikatos, specializuotą. Socialiniame modelyje programos skirtos vyresnio amžiaus žmonėms, turintiems fizinių ar pažintinių sutrikimų. Sveikatos modelyje greta socialinio modelio veiklų įtraukiamos ir slaugos paslaugos. Specializuotame modelyje paslaugos teikiamos tam tikroms vyresnio amžiaus grupėms: pavyzdžiui, asmenims, kuriems diagnozuota demencija, Alzheimerio liga ar kiti psichinės sveikatos sutrikimai (Silverstein et al., 2010). Visuose dienos centrų modeliuose žaidžiami žaidimai, užsiimama menais ir rankdarbiais, vykdomos diskusijų grupės, sportuojama. Didžiąją dalį paslaugų šiuose centruose teikia savanorių grupės. Pagrindinis dienos centrų tikslas – didinti vyresnio amžiaus asmenų įsitraukimą į visuomenę (Gavarskhar et al., 2022).

**Slaugos namai** – tai vieta žmonėms, kurie dėl ligos ar negalios nebegali gyventi savarankiškai savo namuose be nuolatinės priežiūros. Slaugos įstaigose yra teikiamos nemedicininės (asmens priežiūra), sveikatos priežiūros (slaugos ir medicinos paslaugos) bei socialinės paramos (šeimos narių konsultavimas) paslaugos (Hallberg et al., 2013). Visi slaugos namai turi tarpdisciplininę komandą, kurią sudaro gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, terapeutai. Socialiniai darbuotojai padeda žmonėms prisitaikyti prie slaugos namų aplinkos ir, esant reikalui, gyventojams grįžti į savo namus. Beveik visuose slaugos namuose

teikiama reabilitacija, įskaitant kineziterapiją, ergoterapiją. Didelė dalis vyresnio amžiaus asmenų patenka į slaugos namus reabilitacijos periodui, o po sėkmingos reabilitacijos išleidžiami į namus (Lovink et al., 2022).

Nors kai kurie slaugos namai labiau primena ligonines, o ne namus, daugelis slaugos įstaigų bando pakeisti „institucinę“ aplinką su taisyklėmis ir reglamentais į artimesnę namams aplinką. Kai kurie slaugos namai leidžia turėti augintinius, skatina gyventojus išlaikyti turimus pomėgius ar plėtoti naujus, suteikia daug galimybių bendrauti su įvairaus amžiaus žmonėmis, gyvenančiais slaugos namuose (Tolson et al., 2006). Daugelyje slaugos namų yra valgomieji, poilsio kambariai, terasos ar sodai. Visuose slaugos namuose vykdoma rekreacinė ir socialinė veikla. Be to, užsienio šalyse daugelyje įstaigų vykdomi ir menų terapijos užsiėmimai (Vaartio-Rajalin et al., 2020).

Menų terapija yra neatsiejama nuo šiuolaikinių slaugos namų. Terapijos, tokios kaip šokio-judesio, muzikos, dailės ir dramos, gali palaikyti ar pagerinti senyvo amžiaus asmens sveikatą (Vaartio-Rajalin et al., 2020). Šių terapijų integravimas į slaugą gali padėti senjorams suprasti savo kylančius vidinius konfliktus ar išlaisvinti užgniaužtas emocijas (Cohen, 2006). Be to, dalyvavimas terapijos veiklose skatina socialinį įsitraukimą, stiprina savigarbą ir saviraišką (Zeltzer et al., 2003). Pavyzdžiui, Zeltzer ir bendraautorių (2003) atliktoje apžvalgoje teigiama, kad menų terapijos yra veiksmingos vyresniajai žmonių kartai, sergantiems demencija, Alzheimerio liga ir depresija. Šokio-judesio terapija – į asmens sveikatinimą orientuota menų terapijos kryptis, kuri gali būti efektyvi asmenims, esantiems vyresniame amžiuje (Bräuninger, 2014).

Apibendrinus galima teigti, kad, nepaisant neišvengiamų fizinių ir pažintinių apribojimų, susijusių su senėjimu, yra sukurta daugybė viešųjų bei privačių paramos sistemų, padedančių senjorams išlaikyti nepriklausomybę ir pagerinti gyvenimo kokybę. Nuo individualiems poreikiams pritaiktų namų priežiūros paslaugų iki visapusės medicininės ir socialinės pagalbos, kurią teikia slaugos namai. Be to, terapinių metodų, tokių kaip šokio-judesio terapija, integravimas pabrėžia holistinį požiūrį į vyresnio amžiaus asmenų priežiūrą, skatinantį ne tik fizinį, bet ir psichologinį bei emocinį asmens gijimą. Šios įvairios pagalbos formos rodo visuomenės atsidavimą padėti asmenims, sulaukusiems vyresnio amžiaus.

## 2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA IR ASMENYS, ESANTYS VYRESNIAME AMŽIUJE

### 2.1. Šokio-judesio terapijos samprata

Šokio judesio terapija (ŠJT) yra pripažinta viena iš keturių oficialių meno terapijos formų visame pasaulyje. Šokio-judesio terapijos atsiradimo ištakos yra Amerikoje, o pradininke pristatoma moderna šokio atstovė Marian Chace (Malchiodi, 2013). Pasak šio autoriaus, ji Antrojo pasaulinio karo metu dirbo su karo veteranais Vašingtono psichiatrijos ligoninėje, kurie turėjo sunkumų komunikuoti ir verbaliai reikšti savo jausmus ar išgyvenimus. Koch ir bendraautoriai (2019) teigia, kad Chace pastebėjo didelį teigiamą judesio poveikį pacientams siekiant geriau suprasti save, mažiau jausti stresą ir nerimą bei stiprinti savo santykius su kitais. Autorių teigimu, Chase darbas lėmė šokio-judesio terapijos plėtrą ne tik Amerikoje, bet ir toliau už jos, kuri peraugo į šokio-judesio terapijos profesijos ir jai atstovaujančių asociacijų gimimą įvairiose šalyse (Koch et al., 2019). Remiantis Europos šokio-judesio terapijos atstovų gairėmis<sup>2</sup>, ŠJT naudoja terapinį judėjimą, kad paskatintų asmenų emocinę, fizinę, dvasinę, pažintinę ir socialinę integraciją. Tai įvyksta tuomet, kai tikslingai naudojami įvairūs ŠJT metodai, dėl kurių mintys, kūnas, jausmai bei tarpasmeniniai ryšiai dinamiškai sąveikauja. Be to, kūno judėjimas atspindi vidaus procesus ir suteikia galimybę juos įvertinti, keisti (EADMT, n.d.).

Judesys, anot Zvicevičienės (2018), yra vienas pagrindinių elementų šokio-judesio terapijoje. Judesio svarba atskleidžiama ir požiūryje į judesį šokio-judesio terapijoje, kuris traktuojamas Amerikos šokio terapijos asociacijos įvardytose prielaidose<sup>3</sup>. Jose teigiama, jog:

- kūnas ir protas veikia kartu bei yra neatsiejami vienas nuo kito;
- judėjimas atspindi asmenybę;
- judėjimas yra kalba, mūsų pirmoji kalba. Nežodinis bendravimas ir bendravimas judesiu prasideda gimdoje bei tęsiasi visą gyvenimą. Neverbalinė kalba yra tokia pat svarbi, kaip ir verbalinė, terapiniame procese naudojamos abi bendravimo formos;
- judesys gali būti funkcinis, komunikacinis, raidos ir išraiškos. Judesiui išskylant terapiniame santykiuje sesijos metu, ŠJT terapeutai stebi, vertina ir įsikiša žiūrėdami į judesį per šias prizmes;

---

<sup>2</sup> EADMT – <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>

<sup>3</sup> ADTA – <https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>

- judėjimas yra ir vertinimo priemonė, ir pagrindinis intervencijos būdas (ADTA, n.d.).

Judesys, Zvicevičienės (2018, p. 57) nuomone, gali būti suvokiamas ir kaip „autentiškas“, ir kaip „metafora“ bei išreiškiamas simbolizmo forma ar kaip alternatyvi komunikacijos priemonė. Vis dėlto jis gali įgauti ir kitą „svorį“ ar prasmę, kurie priklauso nuo to, kaip jis terapijoje yra tyrinėjimas ir kokią funkciją atlieka. Svarbu pažymėti, kad ŠJT kontekste praktiškai bet koks kūno judesys panaudojamas terapijos procese, nereikia turėti šokio įgūdžių ar patirties.

Kitas svarbus šokio-judesio terapijos aspektas yra terapeuto ir kliento santykis. ŠJT metu menų terapeutas visada siekia užmegzti sąmoningą ir lygiavertį bendravimą su pacientu siekdamas suprasti jo jausmus, problemas bei skatinti jo potencialą tuo pat metu išlaikydamas svarbą konfidencialumui. Laska ir kiti (cit. pagal Smith, 2020) išskiria svarbius efektyvios terapijos komponentus:

- emociškai „gyvas“ ryšys tarp terapeuto ir paciento;
- pasitikėjimą kelianti aplinka, kurioje vyksta terapija;
- terapeutas, suteikiantis psichologinį ir kultūriškai adekvatų emocinio distreso paaiškinimą;
- adaptyvūs (siūlantys įgyvendinamus ir tikėtinus tvarkymosi su kliento sunkumais būdus) ir pacientui priimtini paaiškinimai;
- technikos, kuriose dalyvauja pacientas ir terapeutas, vedančios pacientą link pozityvių, pagalbių, adaptyvių pasikeitimų;
- aiškus pasikeitimo „taikyns“.

Yalom (2017) antrina ir pabrėžia terapinio santykio artumo svarbą, kuris atlieka svarbias funkcijas: suteikia pacientams saugią aplinką, kurioje jie galėtų atvirai atsiskleisti; suteikia pacientams galimybę jaustis suprastiems ir priimtiems po visiško atskleidimo; moko atsakomybės jausmo žinant, jog įvairių pacientų pasirengimas priimti atsakomybę labai skiriasi, ir kt. Tik abipusiu pasitikėjimu ir saugumu grįstas santykis sudaro erdvę terapiniam procesui. Vis dėlto tai, Fischman (2016, p. 47) nuomone, nėra lengvas uždavinys, nes klientas kai kada priešinasi pokyčiui, o terapeuto uždavinys – palikti klientui laiko ir erdvės susitvarkyti su savo gynybomis, kad pokytis galėtų įvykti. Čia minimas priešinimasis pokyčiui nereiškia, jog klientas jo nenori – asmuo esamomis aplinkybėmis dėl įvairių priežasčių negali ar yra nepajėgus išbandyti naujų veikimo ar mąstymo būdų (Fischman, 2016). Payne (2020, p. 20–21) išskiria du ŠJT darbo būdus:

1) iš išorės į vidų – kai terapeutas pasiūlo klientui temą, muziką, struktūrą judesio tyrinėjimui;

2) iš vidaus į išorę – kai klientas juda sekdamas savo vidiniais kūno impulsais, kylančiais iš pojūčių, jausmų, minčių, vaizdinių.

ŠJT užsiėmimai dažnai prasideda pokalbiu ir kūno apšilimu. Terapeutas bei klientai gali susitarti dėl konkrečios temos, kuri bus nagrinėjama proceso metu atsižvelgiant į klientų poreikius arba terapeuto parengtą programos planą. Slife ir Lanyon (1991) pažymi, kad terapeutui svarbu atkreipti dėmesį į kliento individualų „čia ir dabar“ poreikį, nes tai yra pagrindinis terapinės galios šaltinis. O tai yra tiesiogiai susiję su terapinės valandos įvykiais, su tuo, kas vyksta „čia“ (patalpoje, tarp pacientų ir terapeuto) ir „dabar“, būtent tuo laiku, kai dalyvaujama sesijoje. Šis principas, pasak Yalom (2017), remiasi tuo, kad daugumai žmonių gyvenimo problemų kyla dėl santykių iššūkių, o terapinių užsiėmimų metu taip pat gali kilti tarpasmeninių sunkumų. Taigi, aptarus sesijos pradžią, toliau didžioji laiko dalis skiriama judėjimui, kurio tikslas – išreikšti savo vidinę emociją būseną, teigia Payne (2020). Terapeutas dažnai skatina klientus laisvai asocijuoti savo mintis ir jausmus judesiais, o kartais jis gali pasiūlyti jiems sukurti vizualią metaforą, kuri atspindėtų jų vidinius iššūkius (Czamanski-Cohen & Weihs, 2023). Tuo metu terapeutas gali stebėti juos arba kartu dalyvauti judėjime su klientais taikant, pavyzdžiui, „atspindėjimo“ (angl. mirroring) ar kitą techniką, jog demonstruotų empatiją arba patvirtintų kliento jausmus (Mintarsih & Azizah, 2020). Klientams gali būti siūloma sutelkti dėmesį į kūno judesius arba kvėpavimą skatinant sąmoningumą ir buvimą dabartyje. Sesijos pabaigoje terapeutas su klientu aptaria, reflektuoja ir analizuoja tai, kas įvyko.

Šokio-judesio terapija yra įvairialypė pritaikymo sritis (ADTA, n.d.). Ši judesiu bei šokiu grįsta terapija gali būti naudojama kaip pagrindinis terapinio poveikio metodas arba taikomas kaip papildymas kitoms sveikatinimo procedūroms. Tai gali būti pritaikyta su sveikatos priežiūra, ugdymu susijusiose įstaigose ar programose bei privačioje praktikoje (EADMT, n.d.).

Ši terapija tinkama tiek vaikams, tiek suaugusiesiems, įskaitant ir vyresnio amžiaus asmenis. Šokio-judesio terapijos procesas gali skirtis trukme ir formatu, t. y., gali būti grupiniai ar individualūs, vykstantys porų ar šeimų kontekste. ŠJT gali būti naudojama siekiant spręsti emocinius ar psichologinius iššūkius, ypač susijusius su kūno suvokimu, judėjimu, išraiška, traumomis, psichikos ligomis ir asmeniniu tobulėjimu (*Šokio-Judesio Terapija*, n.d.). Be to, ji gali padėti gerinti bendrą fizinę sveikatą bei skatinti kūno ir proto harmoniją (ADTA, n.d.).

Pylvänäinen (2010, p. 228-229) nurodo dar kelis potencialius privalumus, kuriuos gali suteikti šokio-judesio terapija:

- stimuliuojama atpalaidavimo būseną (susijusi su sumažėjusia autonominės nervų sistemos aktyvumu);
- sužadunami prisiminimai, asociacijos;
- siūlomi įvairūs aplinkos patyrimo ir pažinimo būdai;
- atskleidžiami nauji gyvenimo ir bendravimo su kitais būdai;
- skatinamas sąmoningas ryšys su savimi;
- suteikiama galimybė fiziškai išreikšti savo jausmus;
- mokoma judesio patirtį išreikšti žodžiais.

Šiuos teiginius pagrindžia įvairūs moksliniai tyrimai, kurie atskleidžia šokio-judesio terapijos teigiamą poveikį skirtingiems klientams. Pavyzdžiui, mokslo studijos įrodo, kad ši terapija teigiamai veikia neurodegeneracines patologijas sergančiųjų fizinę bei psichinę sveikatą (Santiago & Potashkin, 2023). Taip pat ji taikoma sergantiems Parkinsono (Kiepe et al., 2012) bei Alzheimerio ligomis (Ruiz-Muelle & López-Rodríguez, 2019) ir demencija (Karkou & Meekums, 2017). Takahashi et al. (2019) atliktame sisteminės apžvalgos tyrime buvo nustatyta, kad šokio-judesio terapija turi įtakos autizmo spektro sutrikimui. Pastebėta, jog atspindėjimo technika padėjo vaikams gerinti savo socialinius įgūdžius. Taip pat ŠJT taikoma sergantiems įvairiomis onkologinėmis ligomis. Fatkulina ir bendraautorai (2021) atliko tyrimą su moterimis, kurios serga krūties vėžiu, bei nustatė, kad šokio-judesio terapija ženkliai pagerina gyvenimo kokybę ir psichologinę sveikatą. Koch ir kiti mokslininkai (2019), išnagrinėję šokio-judesio terapijos efektyvumą ir atlikę tyrimus, patvirtino, jog ši terapija yra veiksminga žmonėms, kurie patiria nerimą bei stresą. Be to, ji gali būti taikoma kaip papildomas metodas valgymo sutrikimų gydymui (Savidaki et al., 2020). Remiantis atlikto tyrimo rezultatais (Savidaki, 2020), po 14 savaičių vykdomos ŠJT grupėje pastebėtas didesnis kūno savivertės lygis ir padidėjęs pasitenkinimas, palyginti su kontrolinės grupės rezultatais. Taip pat ji efektyvi ir asmenims, esantiems vyresniame amžiuje (Capello, 2008; Karkou & Sanderson, 2001; Jones, 1992).

Apibendrinant galima teigti, kad šokio-judesio terapija yra visapusiška ir efektyvi bei mokslškai pagrįsta terapinė priemonė. Be to, ji suteikia terapinę aplinką, kurioje galima tyrinėti, patirti bei transformuoti įvairius saviraiškos ir sąveikos su kitais aspektus. Moksliniai tyrimai atskleidžia teigiamą šios terapijos poveikį įvairioms ligoms ir sutrikimams. Šokio



judesio terapija vis plačiau taikoma įvairiose gydymo srityse siūlant palengvėjimą bei gerovę žmonėms, nepriklausomai nuo jų amžiaus ar sveikatos būklės.

## 2.2. Individuali ir grupinė šokio-judesio terapija

Šokio-judesio terapija (ŠJT) yra struktūrizuota taip, kaip ir daugelis kitų psichoterapijos rūšių, bei gali būti taikoma dvejopai – kaip individuali arba grupinė terapija. Nepriklausomai nuo to, ar terapija vyksta individualiai, ar grupėje, ŠJT efektyviai pritaikoma atsižvelgiant į įvairių asmenų ar grupių poreikius (EADMT, n.d.). Šios terapijos formos skatina asmeninę išraišką, gilina savęs pažinimą ir teikia emocinio bei psichologinio stiprinimo galimybes per judesį (Pappas, 2023). Be to, abu taikomi būdai sukuria saugią, priimančią, atvirą ir nuoširdžią atmosferą, kuri yra būtina terapiniam poveikiui pasireikšti, teigia Pappas (2023). Vis dėlto svarbu paminėti, kad individuali ir grupinė terapijos formos turi skirtumų, todėl jomis galima siekti skirtingų tikslų.

*Individualioje šokio-judesio terapijoje* pagrindinis dėmesys skiriamas vienam asmeniui, kuris, dirbdamas kartu su terapeutu, naudoja judesį kaip būdą išsamiau pažinti savo vidinę būseną, atskleisti ir perdirbti asmenines patirtis ir jausmus (Payne, 2003). Šis procesas vyksta tiesioginiame bendravime tarp kliento ir terapeuto, leidžia klientui efektyviau tyrinėti savo asmenines dilemas (Payne, 2003). Didžiausias privalumas yra tai, kad visas sesijos laikas skiriamas vienam klientui. Tai gali sudaryti didesnes galimybes geriau pažinti bei numatyti terapinius tikslus, paskatinti veiksmingesnę terapinį aljansą tarp kliento ir terapeuto (Yalom, 2017). Last ir kiti (2024) pateikia pirmojo terapijos susitikimo planą:

1. **Susipažinimas.** Paprastai užsiėmimas prasideda terapeutui prisistatant, paaiškinant savo kvalifikaciją ir nurodant, kas yra šokio-judesio terapija. Tai padeda klientui susipažinti su terapeuto darbo stiliumi.
2. **Logistiniai klausimai.** Tai apima mokėjimo aptarimą, susitikimų planavimą, atšaukimo taisykles ir kitų svarbių praktinių klausimų sprendimą.
3. **Konfidencialumo aptarimas.** Prieš gilindamiesi į asmeninius potyrius, įprastai terapeutai išdėsto konfidencialumo aspektus, išsiaiškina jų svarbą.
4. **Kliento praeitis, dabartinės problemos.** Tai pagrindinė dalis, apimanti kliento iššūkius ar priežastis, kuriuos jis pateikia verbaliai ir neverbaliai. Pavyzdžiui, šeimos rūpesčiai, svarbūs gyvenimo įvykiai, buvę susidūrimai su terapija ar kitomis psichinės

sveikatos intervencijomis, individualios gyvenimo problemos, apimančios darbą, tarpasmeninius ryšius bei gyvenamąją aplinką.

5. **Specialisto įvertinimas.** Terapeutas naudoja priemones (pavyzdžiui, specializuotus klausimynus), kad galėtų suprasti, įvertinti kliento patiriamus sunkumus ir nustatyti poreikius.

6. **Tikslų nusibrėžimas.** Terapeutas ir klientas nusibrėžia galimus terapijos tikslus bei kliento proceso eigą. Prireikus, tikslai gali būti koreguojami ir tobulinami per vėlesnius užsiėmimus.

7. **Sprendimų priėmimas.** Jei kuri nors iš šalių mano, kad netinka viena kitai, terapija nutraukiama ir rekomenduojama kitų specialistų pagalba.

Kučinskienės (2006) teigimu, kitaip nei tradicinėje psichoterapijoje, individualioje menų terapijoje be paciento ir terapeuto atsiranda ir trečias dėmuo: kliento kūrybinis darbas, pavyzdžiui, judesio kompozicija ar piešinys. Šioje terapijos formoje klientas taip pat turi daugiau laiko kurti ir įsitraukti į neverbalinį pasakojimą per judesį, o tai ypač padeda gilesniuose, išsamesniuose terapijos procesuose. Payne (2003) patikslina, jog judesiu išreiškiame, kaip jaučiamės, ką galvojame ir kaip norėtume elgtis, o tai galime atlikti netardami nė žodžio. Takahashi ir kt. (2019) pabrėžia, kad šokio-judesio terapeutui labai svarbu pastebėti ir interpretuoti kliento neverbalinius pojūčius. Visgi terapeutas, reaguodamas į juos, turi kartu suvokti savo neverbalinį elgesį ir jo poveikį klientui (Takahashi ir kt., 2019).

Individualioje terapijoje terapeutas gali naudoti metodus, kurie yra specifiškai pritaikyti kliento poreikiams. Individuali terapija ypač efektyvi pacientams, patyrusiems traumą, kuri yra susijusi su dideliu gėdos ir nepasitikėjimo savimi jausmu (Levine & Land, 2016). Tam antrina ir kiti autoriai (Renjilian et al., 2001), patikslindami, jog klientams sunku atsiverti didesnėje grupėje dėl patiriamos gėdos ar diskomforto, o privati, saugi bei konfidenciali terapijos aplinka sudaro sąlygas ir skatina aktyvesnį dalyvavimą suteikdama pasitikėjimo, kad jų asmeninės istorijos nebus vertinamos. Pappas (2023) pabrėžė individualios sesijos dar vieną privalumą bei teigia, jog šio formato sesijos suteikia galimybę klientui dalyvauti terapijoje jam patogiu laiku, o tai padidina tikimybę, kad klientas dalyvaus kiekvienoje sesijoje turėdamas galimybę nuspręsti apie vizito susitikimų laiką. Payne (2003) pažymi, jog individualūs užsiėmimai paprastai būna trumpesni nei grupiniai užsiėmimai, o tai skubantiems klientams yra privalumas. Be to, daugelis žmonių vertina asmeninį individualios terapijos skiriamą dėmesį bei privatumą, tačiau ši forma turi ir unikalių trūkumų, dėl kurių ji gali būti mažiau tinkama kai kuriems klientams (Last et al., 2024). Individuali terapija gali kartais atrodyti pernelyg intensyvi ir yra paprastai brangesnė nei grupinė terapija (Renjilian et al., 2001). Taip

pat individualioje terapijoje „reikalaujama“ kliento motyvacijos bei aktyvaus įsitraukimo, priešingai nei grupinėje terapijoje, kurioje asmuo gali pasislėpti tarp kitų dalyvių, teigia Renjilian ir kt. (2001). Vis dėlto dalyvavimas individualioje terapijoje taip pat gali būti pirmas žingsnis link grupinės terapijos vėlesniame etape (Yalom, 2017).

*Grupinė terapija* sumažina galimybes artimam terapeuto ir kliento santykiui, tačiau suteikia papildomų naudų iš grupės dinamikos. Grupinė terapija yra procesas, kuriame vienas ar daugiau terapeutų dirba su keliais žmonėmis vienu metu (Baptista & Narciso, 2016). Tai ypatinga aplinka, kurioje dalyviai turi galimybę per judesį mokytis vieni iš kitų, keistis patirtimis ir įžvalgomis bei tobulinti savo bendravimo įgūdžius (Shuper-Engelhard & Vulcan, 2022). Užsiėmimų pradžioje dauguma žmonių savo kančią gali suvokti kaip išskirtinai savo. Jie gali manyti, kad jų pasibjaurėtinos, niekingos, egoistiškos mintys ar troškimai yra išskirtinės jiems. Kai asmenys atranda panašumų su grupės narių mintimis, tai gali labai nuraminti, suteikti galimybę pažvelgti į bendrą žmogaus prigimtį (Courtois & Ford, 2009). Taip pat klientui gali būti suteikta motyvacija matant, kaip kiti grupės nariai pasiekė tikslus, kurių jis pats vis dar siekia. Renjilian (2001) pažymi, kaip dažniausiai atrodo grupinės terapijos pradžia:

1. **Grupės suformavimas.** Įprastai terapeutai padaro individualų vertinimą siekdami suprasti, ar būsimi dalyviai yra tinkami ir ar jiems bus naudinga grupė. Žinant, kad grupinė terapija gali būti tinkama ne visiems, grupės gali būti skirstomos į skirtingas sudėtis: jos gali būti mišrios (heterogeniškos) arba orientuotos į konkrečius kriterijus, tokius kaip amžius, lytis ar tam tikros problemos (homogeniškos).

2. **Grupės formato sudarymas.** Grupė gali būti atvira arba uždara. Atviroje grupėje nauji nariai gali prisijungti bet kuriuo užsiėmimo metu. Tuo metu uždaroje grupėje yra iš anksto numatytas dalyvių ir sesijų skaičius.

3. **Užsiėmimo struktūros sudarymas.** Užsiėmimai gali būti susiję su tam tikromis veiklomis ar temomis pagal išsikeltą tikslą. Terapijos metodais grupės nariai skatinami įvairiais sudarytais būdais atsiverti kitiems.

4. **Svarbiausių taisyklių įtvirtinimas.** Užsiėmimų pradžioje terapeutas supažindina su taisyklėmis, dėl kurių dalyviai galėtų aplinkoje jaustis saugiai. Įprastos gairės apima konfidencialumą, abipusę pagarbą, lygias galimybes dalyvauti procese ir suplanuoto sesijos laiko laikymasis.

5. **Terapinis procesas.** Išgyvenimų verbaliu ir neverbaliu būdu pasidalinimas su kitais, grįžtamasis ryšys, modeliavimas ir kt.

Grupinėje terapijoje itin išryškėja atsiskleidimo momentas liudijant grupės narių unikalumą. Yalom (2017) teigimu, galimybė atvirai diskutuoti grupinėje aplinkoje gali būti

naudinga klientui, nes jį gali paskatinti dalyvauti remiantis kitų narių, kurie išreiškia panašias mintis ir emocijas, sąveikomis. Svarbu pažymėti, jog dažnai tai, kaip grupės nariai vertina vieni kitus, išsidėsto atitinkamai pagal atvirumo laipsnį (Yalom, 2017). Taip pat grupinė terapija moko dalyvius atjausti ir suteikti pagalbą ar įveikti sunkumus. Baptista ir Narciso (2016) pastebi, kad grupės žmonių dinamika gali suteikti saugumo jausmą klientams, kuriems gali būti bauginantis individualaus darbo intymumas, kai dėmesys skiriamas tik individualiam klientui. Kadangi problemos gali būti susijusios su kitais žmonėmis, grupinis darbas gali sudaryti galimybę atkurti santykį saugioje ir kontroliuojamoje aplinkoje (Renjilian et al., 2001). Be to, ŠJT grupinės terapijos forma gali būti kritiškai svarbi individualiam nariui, kuris kitaip galbūt nebūtų galėjęs lankyti individualių sesijų dėl išlaidų ir terapeuto prieinamumo, teigia Renjilian ir kiti (2001).

Grupinė terapija turi ir trūkumų, kurie gali paveikti kliento pažangą, nes jis gali jaustis bauginamas kitų asmenybių bei vengti savo problemų tyrinėjimo (Yalom, 2017). Tokiu atveju klientas negaus dėmesio, kurį gautų individualioje terapijoje, ir tai galėtų padėti susidoroti su vengimo elgesiu. Grupinės terapijos aplinkos taip pat gali būti problematiškos dėl konfidencialumo išlaikymo tarp dalyvių (Pappas, 2023). Konfidencialumas ir pagarba kitų narių nuomonėms turėtų būti adresuojami kiekvienoje sesijoje kaip priminimas visiems grupės dalyviams (Pappas, 2023). Kaip neigiamą aspektą būtų galima paminėti ir tai, kad grupės sudėtingiau organizuoti dėl laiko, kuris tiktų visiems dalyviams, teigia Renjilian (2001). Be to, grupinėje terapijoje gali kilti nesutarimai ar susidaryti aljansai dėl pagrindinio vaidmens grupėje arba nepasitenkinimo kitais nariais (Yalom, 2017). Renjilian (2001) pažymi, kad terapeuto iššūkiu tampa, kai grupės nariai atsiveria bei tobulėja nevienodu tempu. Dėl šios priežasties gali nukentėti grupės ryšys.

Apibendrinant galima teigti, jog individuali ir grupinė terapija yra tinkamos darbo formos su klientais taikant šokio-judesio terapiją. Kiekviena forma turi savo privalumų bei trūkumų ir gali būti efektyvi su skirtingais klientais esant skirtingiems poreikiams. Mokslininkai dešimtmečius lygino grupinės ir individualios terapijos efektyvumą (Fawcett et al., 2020). Svarbu pažymėti, jog bendri rezultatai atskleidžia, kad reikšmingų efektyvumo skirtumų nėra. Tai reiškia, jog tiek grupinė, tiek individuali terapija yra vienodai veiksmingos.

### 2.3. Šokio-judesio terapija fizinei ir psichosocialinei sveikatai vyresniame amžiuje

Šokio terapiją teikti vyresnio amžiaus žmonėms Marian Chase pradėjo dar 1942 metais, tačiau tik praėjus keliems dešimtmečiams šokio ir judesio terapeutai atkreipė dėmesį į unikalios žmonių, esančių vyresniame amžiuje, poreikius (Levy, 1988, p. 245). Vyresnio amžiaus asmenų šokio ir judesio terapijos tikslus, anot Levy (1988, p. 245), galima išskirti į tris sritis:

- socialinę: pabrėžia socialinę sąveiką, dalinimąsi ir palaikymą;
- fizinę: fizinės veiklos ir išraiškos poreikio patenkinimą;
- psichologinę: emocijų išraiškos, savivertės jausmo ir gerovės jausmo puoselėjimą.

Vis dėlto, Levy (1988) teigimu, vieni šokio terapeutai labiau pabrėžia fizinę terapijos pusę, kiti – psichologinę ar socialinę. Senatvės kontekste, autoriaus nuomone, judėjimas ir emocinė gerovė tampa gyvybiškai svarbūs, o šokio-judesio terapija gali tapti ne tik išraiškos būdu, bet ir veiksminga priemone, gerinančia fizinę bei psichosocialinę būklę.

Tam antrina ir kiti autoriai (Fernández-Argüelles et al., 2015), teigdami, jog šokio-judesio terapija iš esmės „išnaudoja“ šokio elementus ne tik kaip malonų ir įvairiapusišką fizinės veiklos aspektą, bet ir kaip galimybę stiprinti raumenis, gerinti ištvermę bei lankstumą. Kiti autoriai, kaip (Huang et al., 2012), pastebi, kad ši terapija gali turėti įtakos kūno masės indeksui (KMI) mažindama jį iki nustatytų ribų. Keogh ir kiti tyrėjai (2009) savo tyrime nurodo, kad lengvai intensyvūs šokiai gali teigiamai veikti senyvo amžiaus žmonių širdies ir kraujagyslių sistemą, gerinti jos sveikatą. Taip pat mokslinėje literatūroje (Veronese et al., 2017; Wołoszyn et al., 2021) pastebima, jog šokio-judesio terapijos elementai, kurie apima muzikos ir judesių pratimus bei judesių improvizacijas, gali reikšmingai pagerinti statinę ir dinaminę pusiausvyrą, koordinaciją, eiseną bei kūno mobilumą. Fisher ir bendraautorių (2020) teigimu, ŠJT daro įtaką asmenims, sergantiems Parkinsono liga. Ypač tyrėjai (Fisher ir kt., 2020) akcentavo teigiamą šios terapijos įtaką šių pacientų pusiausvyrai ir pažinimo funkcijoms. Krampe (2013) taip pat atskleidžia šokio-judesio terapijos poveikį asmenims nuo 63 iki 98 metų, t. y., rezultatai pagrindė, kad ši terapija buvo veiksminga pusiausvyros ir judrumo komponentams. Toks pagerėjimas gali sumažinti senyvo amžiaus žmonių riziką patirti kritimus (Alpert et al., 2009; Kim et al., 2011). Be to, autoriai pabrėžia, jog šokio-judesio terapijos metu naudojami judesiai, palyginti su kitomis fizinėmis veiklomis, gali būti patrauklesni ir labiau pritraukiantys senyvo amžiaus žmones.

Šokio-judesio terapijoje kūrybiškumo skatinimas yra svarbus tikslas šiame procese. Tai yra vienas iš komponentų, kuriuos ŠJT siekia skatinti per skirtingas intervencijas (Chyle, 2000). Pavyzdžiui, įvairūs žaidimai ne tik leidžia pamiršti kasdienes rūpesčius, bet ir

„pažadina“ vidinį vaiką, o senyvo amžiaus žmonėms dažnai trūksta motyvacijos patiems inicijuoti kontaktą su kitais dalyviais, teigia Dimonte ir kiti bendraautoriai (2021). Žaidimai nepastebimai kuria tarpusavio sąveikas, skatina emocinę išraišką bei pagerina fizinę būklę (Dimonte et al., 2021). Terapijos metu pasitelkiami rekvizitai ar kitos pagalbinės priemonės, tokie kaip audinių pluoštai, kamuoliai, popierinės lėkštės, balionai ir įvairūs kiti elementai, teikia džiaugsmo šiems žmonėms (žr. 2 pav.).



2 pav. Šokio-judėsio terapijoje naudojamos juostos ir kamuolys<sup>4</sup>

Šokio-judėsio terapijos procese taip pat naudojami kiti žaismingi elementai, pavyzdžiui, kūrybiški judesių apibūdinimai ar skrydžio, plaukimo, apsipirkimo, namų valymo motyvai (Shuper-Engelhard & Vulcan, 2022). Tai leidžia senyvo amžiaus žmonėms per judesį iš naujo patirti pažįstamus reiškinius, kurie gali suteikti drąsos, savarankišką mąstymą, koncentraciją ir pasiryžimą (Capello, 2008; Karkou & Sanderson, 2001). Taip pat grupės bendras dainavimas, lydymas šokiu, senyvo amžiaus žmonėms dažnai sukelia prisiminimų bei atgaivina praeities istorijas (Fu et al., 2018).

Taigi, šokio-judėsio terapija yra moksliskai pagrįsta ir tinkama asmenims, esantiems vyresniame amžiuje. Ši terapijos kryptis gali teigiamai paveikti šių asmenų psichosocialinę sveikatą, t. y. padidinti vyresnio amžiaus žmonių socialinį aktyvumą, pabrėžiamas socialinis prisirišimas bei bendruomenės jausmas, suteikiama emocinė ir psichologinė parama žinant, jog tokios emocijos, kaip liūdesys, džiaugsmas ar juokas, yra svarbus grupių ryšių stiprinimo komponentas.

Socialinė nauda taip pat suteikiama taikant šokio-judėsio terapiją ypač skatinant tarpasmeninius santykius (Koch, 2019). O šios terapijos metu taikomos intervencijos, Sandel ir kitų tyrėjų teigimu (2005), padeda klientams aiškiau suvokti ir išreikšti savo jausmus per

---

<sup>4</sup> Nuotrauka iš asmeninio fotografijų archyvo.

tarpusavio sąveiką pasitelkiant įvairius kūno judesius, kurie gali padėti atsipalaiduoti bei sumažinti streso, nerimo lygį. Hackney ir Earhart (2010) ištyrė socialinį šokio-judėsio terapijos poveikį depresija sergantiems pacientams, o rezultatų duomenys atskleidžia, jog tarpasmeniniai santykiai, kurie susidaro grupinėje veikloje naudojant šokį, gali būti naudingi depresinių simptomų mažinimui. Kito tyrimo duomenimis (Dong, Chang, Wong ir Simon, 2012), ŠJT sumažina izoliaciją ir galimą vienatvės jausmą. Vienatvės jausmas, pasak Dong ir bendraautorių (2012), gali turėti rimtų pasekmių vyresnio amžiaus žmogaus sveikatai, nes tai gali lemti depresijos simptomus, kognityvinių nuosmukį, fizinės sveikatos deficitą ir padidinti natūralios mirties arba savižudybės riziką. Tokiu būdu šokio-judėsio terapija plečia socialinį gyvenimą, padeda įveikti išgyvenamas traumas ir didina motyvaciją dalyvauti toliau (Baptista & Narciso, 2016).

Moksliniai tyrimai pagrindžia (Shim, 2014), kad ši terapija palankiai veikia emocinę būklę ir didina motyvaciją. Shim teigimu (2014), terapijos dalyviai mokėsi išreikšti emocijas bei mintis tiek žodžiais, tiek judesiais kitiems dalyviams. Jie taip pat pasidarė sąmoningesni dėl savo kūno pokyčių. Neverbalinė komunikacija tapo veiksmingu būdu išreikšti sudėtingas ar neaiškias emocijas suteikiant joms aiškumo ir struktūros (Bradt et al., 2015; Shim, 2014). Toks sąmoningumo didėjimas gali teigiamai paveikti jų bei kitų žmonių požiūrį vienas į kitą, ypač senstant ir patiriant kūno pokyčius (Bradt et al., 2015).

Šokio-judėsio terapija senyvo amžiaus žmonėms gali būti veiksminga priemonė gerinant jų gyvenimo kokybę. Sukūrus saugią ir palaikančią aplinką bei integravus tikslingas šokio-judėsio intervencijas, galima siekti šių asmenų fizinės ir psichosocialinės sveikatos, t. y., stiprinti raumenis, gerinti lankstumą ir emocinę būklę, siekti jų įtraukties į socialinį gyvenimą. Svarbu atsižvelgti į individualiuosius poreikius bei galimus apribojimus, kad terapija būtų saugi ir efektyvi kiekvienam vyresnio amžiaus asmeniui.

### 3. EMPIRINIS TYRIMAS

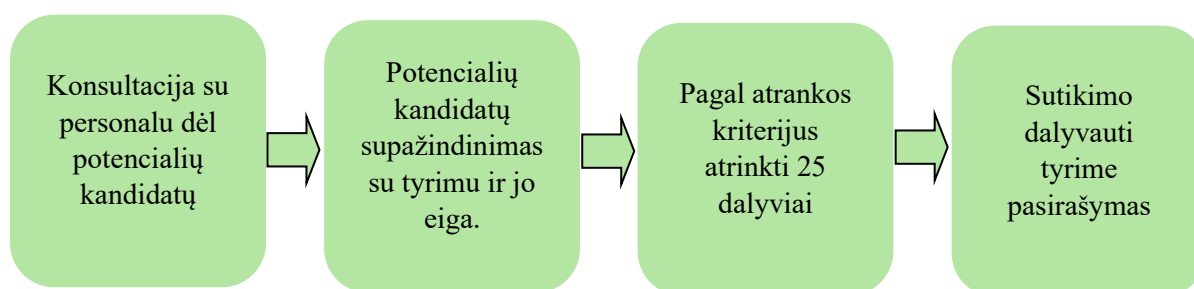
#### 3.1. Tyrimo organizavimas

Šokio ir judesio terapija yra moksliniu požiūriu patvirtinta praktika, skirta gerinti žmonių biopsichosocialinę gerovę. Fizinis aktyvumas, bendravimas su kitais bei psichologinė savijauta yra itin svarbūs elementai, prisidedantys prie slaugos namuose gyvenančių senjorų visapusiškos sveikatos (Ho et al., 2020). Šiuo tyrimu siekiama nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį vyresnio amžiaus asmenų griuvimo rizikai bei psichikos ir socialinei gerovei.

Empirinio tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti griuvimo rizikos ir pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaitą taikant šokio-judesio terapiją.
2. Išanalizuoti asmenų socialinio įsitraukimo pokyčius naudojant šokio-judesio terapijos intervenciją.

Tiriamųjų atrankos schema pateikta 3 pav. Tyrimo organizavimas vyko bendradarbiaujant su slaugos namų darbuotojais ir administracija, kurie nukreipė pas galimus tyrimo dalyvius. Gyvas susitikimas su galimais tyrimo kandidatais vyko 2023 metų spalio mėnesį – per jį buvo papasakota apie tyrimo eigą ir procesą. Informavus apie tyrimą bei jo procesą, sutikimą dalyvauti tyrime pasirašė 25 dalyviai (15 moterų, 10 vyrų), kurie buvo atrinkti vadovaujantis tyrimo atrankos kriterijais (žr. 1 lentelę). Šiame ŠJT užsiėmimų cikle, vykusiame nuo 2023-10-30 iki 2023-12-18 ir įgyvendinus 12 užsiėmimų, 45 minučių trukmės užsiėmimai vyko du kartus per savaitę. Kiekvienos sesijos metu patalpoje buvo slaugė, kuri pablogėjus tiriamųjų sveikatai galėjo suteikti reikiamą medicininę pagalbą. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi ŠJT užsiėmimų grupes. Proceso eigoje 6 dalyviai (5 moterys, 1 vyras) dėl sveikatos pablogėjimo ir asmeninių priežasčių pasitraukė iš tyrimo. Galutiniai tyrimo duomenys gauti iš 19 tiriamųjų (10 moterų, 9 vyrai).

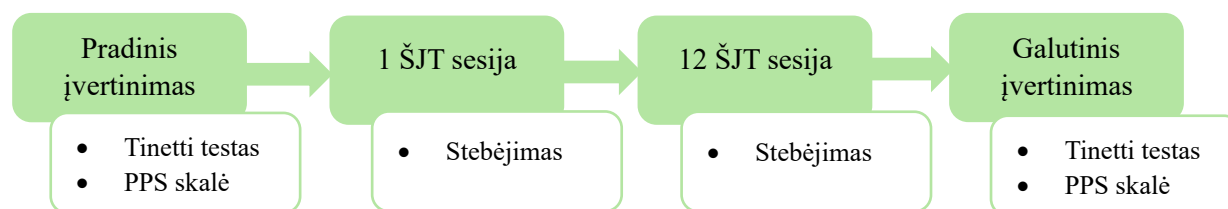


3 pav. Tiriamųjų atrankos schema



Atrankos kriterijai	Atmetimo kriterijai
Amžius daugiau nei 70 metų	Patologinės būklės, dėl kurių stipriai ribojamas fizinis aktyvumas
Galintys eiti su atramos pagalba ir be pagalbos	Didelis sumišimas ar agresyvumas
Sutikimas dalyvauti tyrime	Nepasirašė sutikimo dalyvauti tyrime

Norint pasiekti tyrimo tikslą, buvo pasirinktas mišrus tyrimas, kuriame taikyta kiekybinio ir kokybinio tyrimų duomenų analizė. Šio tyrimo etapai ir metodai pateikti 4 pav. Prieš tyrimo pradžią buvo surinkti kiekvieno dalyvio pusiausvyros bei eisenos testo balai naudojant Tinetti testą, įvertinta emocinė sveikata naudojant Pozityvios psichikos sveikatos (PPS) (angl. Positive mental health) skalę. Pirmojo ir paskutinio ŠJT ciklo metu naudotas stebėjimo metodas, kuriuo fiksuotas kiekvieno dalyvio socialinio įsitraukimo pokytis užsiėmimuose. Tyrime buvo analizuojamas stebėjimo užrašų tekstas. Remiantis sudarytais stebėjimo parametrais, buvo formuojamos kategorijos. Pasibaigus visiems užsiėmimams, pakartotinai atliktas Tinetti testas bei užpildyta PPS skalė.



4 pav. Tyrimo etapai ir metodai.

### 3.2. Tyrimo metodai

Kiekybiniai tyrimo instrumentai:

*Tinetti testas.* Tinetti testas vertina griuvimo riziką ir yra skirstomas į dvi dalis: pusiausvyros bei eisenos (žr. 1 priedą). Testo trukmė – nuo 10 iki 15 minučių. Reikalingos priemonės: stabili kėdė be porankių ir chronometras. Testas turėtų būti atliekamas patalpoje, kurioje grindys yra lygios (Panella et al., 2008).

Testas pradedamas nuo pusiausvyros vertinimo. Įvertinus pusiausvyrą sėdint, tiriamojo paprašoma atsistoti nesiremiant rankomis iš sėdimosios padėties. Stovimoje padėtyje vertinamos pirmosios 5 sekundės po atsistojimo (Scura & Munakomi, 2024). Pasak autorių, toliau tiriamojo paprašoma suglausti kojas, o tyrėjas tris kartus lengvai stumteli dalyvį ties krūtinkaulio sritimi. Stumtelėjimas atliekamas tiriamajam atsimerkus, o vėliau užmerktomis akimis. Galiausiai tiriamojo paprašoma apsisukti 360 laipsnių ir atsistoti į kėdę. Ši dalis yra suskirstyta į devynias užduotis, kurių maksimalus balas yra 16, minimalus – nulis.

Antroje testo dalyje vertinama tiriamojo eiseną. Egzaminuotojas turi visą laiką vaikščioti šalia tiriamojo dėl galimo pavojaus nukristi, kad prireikus galėtų suteiktų pagalbą (Scura & Munakomi, 2024). Pacientas gali naudoti pagalbines priemones vaikščiojimui (lazdą, vaikštynę), jei ją naudoja reguliariai (Panella et al., 2008). Prieš pradėdamas tyrimą, dalyviui nurodomos visos instrukcijos. Taip pat, jei reikia, šios testo dalies metu tikslingai pateikiamos užuominos. Tiriamajam nurodoma eiti maždaug 5 metrus įprastu sau tempu, o tada apsisukti ir grįžti į pradinį tašką (Scura & Munakomi, 2024). Autoriai mini, kad tuo metu tyrėjas vertina ėjimo pradžią, žingsnio ilgį ir aukštį, žingsnio simetriškumą, ėjimo kelio nukrypimus, liemens svyravimus bei žingsnio fazę. Šioje dalyje balų sistema suskirstyta į septynias užduotis, kurių didžiausias balas yra 12, mažiausias – nulis.

Kiekviena užduotis vertinama balais: 0 balų neatlikta užduotis, 2 – atlikta užduotis. Bendra minimali Tinetti pusiausvyros ir eisenos testo suma 0 balų, o maksimali – 28 balai. Rezultatų vertinimas: 0–19 balų yra didelė tikimybė nugriūti, 19–24 balai – yra tikimybė nugriūti, 25–28 balai – rizikos nugriūti nėra (Panella et al., 2008).

*Pozityvios psichikos sveikatos (PPS) skalė.* Ši skalė skirta įvertinti asmens pozityvią psichikos sveikatą – psichologinius, emocinius bei socialinius psichologinės gerovės aspektus (Naghavi et al., 2021). Į lietuvių kalbą išvertė Dr. Inga Truskauskaite-Kuneviciene. Lukat (2016) atliktame tyrime nustatyta, kad šios skalės psichometrinės savybės yra geros. Šios skalės Cronbach alpha 0,86, todėl ši skalė yra geras instrumentas pozityvios psichikos sveikatos vertinimui bendruomenėje ir psichikos sveikatos priežiūroje. Dėl jos nekeitamumo laikui bėgant bei jautrumo pokyčiams, PPS skalė taip pat gali būti naudojama nustatant terapinio ar medicininio gydymo poveikį.

PPS skalę sudaro 9 teiginiai, kuri suteikia greitą bendrą psichikos sveikatos įvertinimą (Lukat et al., 2016). Tyrimo dalyviai vertina skalės teiginius, tokius kaip: „Mėgaujuosi savo gyvenimu“; „Iš esmės pasitikiu savimi“; „Man gerai sekasi pasirūpinti savo poreikiais“; „Daugelis mano veiklų teikia man džiaugsmą“; „Mano emocinė ir fizinė savijauta gera“; „Jaučiuosi gerai pasiruošęs(-usi) gyvenimui ir jo sunkumams“ ir kt.

Kiekvienas teiginys vertinamas nuo 0 iki 3 balų (0 – nesutinku, 1 – labiau nesutinku, 2 – labiau sutinku, 3 – sutinku). Įvertinimai iš teiginių yra sudedami. Minimali balų suma – 0, maksimali – 27. Aukštesnis balų rezultatas indikuoja geresnę psichikos sveikatos būklę (žr. 2 priedą).

Kokybinio tyrimo instrumentas:

*Stebėjimo metodas.* Anot Tidikio (2003), šiuo metodu tikslingai registruojami stebimi įvykiai, procesai ir reiškiniai. Šiuo būdu paprastai yra stebimas ne vienas asmuo, o asmenų grupė, pavyzdžiui, bendruomenė, šeima, organizacija. Šiam tyrimui pasirinktas stebėjimas dalyvaujant procese (įtrauktasis stebėjimas). Stebimi asmenys jaučiasi laisviau, mažiau keičia savo poelgius, kai grupės dalyvis yra ir pats tyrėjas (Rupšienė, 2007). Tyrėjo dalyvavimas tiriamojoje aplinkoje padeda geriau suvokti gautų duomenų prasmę, dalyvių sąveikos ypatumus (Tidikis, 2003).

Šiuo stebėjimo metodu vertinamas asmens socialinio įsitraukimo pokytis dalyvaujant ŠJT užsiėmimuose. Rupšienė (2007) pažymi, kad itin svarbu per stebėjimą atlikti išsamius stebėjimo užrašus. Dėl to šiame tyrime buvo analizuojamas stebėjimo užrašų tekstas ir sudarytas stebėjimo protokolas (žr. 3 priedą). Remiantis stebėjimo parametrais, buvo formuojamos kategorijos:

- tarpusavio sąveika su terapeutu (kuriamas ryšys su ŠJT vedančiu terapeutu);
- asmens įsitraukimas į veiklas (noras, motyvacija dalyvauti grupės užduotyse);
- sąveika grupėje (kuriami ryšiai su kitais grupės nariais).

Tyrėjas vertina kiekvieno asmens socialinio įsitraukimo pokyčius remdamasis sudarytomis stebėjimo kategorijomis. Šie parametrai vertinami balais: 0 – nėra, 1 – silpnai išreikšta, 2 – yra, 3 – yra stipriai išreikšta.

### 3.3. Statistinė analizė

Gautų tyrimo duomenų analizei duomenys sisteminti ir analizuoti „Microsoft Office Excel“ programa. Aprašomojoje statistikoje pateikiami tyrimo dalyvių duomenys, kurioje atvaizduojami skaitmeniniai ir kategoriniai duomenys. Skaitmeniniai duomenys atitiko skirstinio normalumą, todėl duomenys pateikti aritmetiniu vidurkiu su standartiniu nuokrypiu. Kokybinio tyrimo duomenys, kurie yra kategoriniai, pateikiami procentais.

Tyrimo rezultatų statistinis reikšmingumas nustatomas skaičiuojant pasikliautinus intervalus (toliau – PI) su 95 proc. tikimybe, kad tikroji reikšmė yra intervale. Statistinės

hipotezės tikrinamos apskaičiuojant  $p$  reikšmę, kuri rodo gautų rezultatų patikimumą atmetant atsitiktinumo tikimybę (kai  $p < 5$  proc.). Naudojant  $T$  *paired* testą, nustatyta, ar pozityvios psichikos sveikatos ir griuvimo rizikos pokyčiai prieš bei po intervencijos yra statistiškai reikšmingi. Taip pat apskaičiuotas efekto dydis *Koheno d*, kuris parodo reiškinio stiprumą. Poveikis mažas, kai  $d = 0,2$ , vidutinis –  $d = 0,5$  ir didelis, kai  $d \geq 0,8$ . Aukštesnė reikšmė reiškia didesnę efekto dydį. Esant didesniai poveikio dydžiui, tyrimams reikia mažiau dalyvių, kad būtų įrodyta, jog skirtumas tarp duomenų yra.

### 3.4. Tyrimo etika

Užsiėmimų pradžioje respondentai užpildė informuoto paciento sutikimo formas. Asmenų dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas – gauti žodiniai ir raštiški sutikimai. Tyrimo metu duomenų kūrimas, klastojimas ar tyčinis praleidimas nebuvo vykdomas, sąžiningumo procesai buvo stebimi tiriamojo darbo vadovo. Duomenų rinkimo ir analizės metu buvo vengiama bet kokio pobūdžio nuvertinimo/žeminimo, vyravo pagarbus požiūris į gautą informaciją ir tyrimo dalyvius užtikrinant jų orumą. Remiantis Weinbaum et al. (2018) etikos principais, viso tyrimo metu surinkta informacija buvo nuasmeninta, anonimiška, saugoma ir neperduodama tretiesiems asmenims. Tyrimo rezultatai pateikiami apibendrinti, neidentifikuojant asmeninių tiriamųjų duomenų. Tiriamieji žalos nepatyrė arba ji buvo pagrįstai minimali (sugaištas laikas). Viso tyrimo procedūros buvo pasirenkamos ir vykdomos atsižvelgiant į tyrėjos profesines kompetencijas, suvokiant jų ribotumą. Tyrimo metu dalyviai buvo informuoti apie galimybę atsitraukti iš šio tyrimo pranešus apie tai tyrėjui.

### 3.5. Tyrimo rezultatai

Tyrimui buvo renkami tiriamųjų demografiniai duomenys (žr. 2 lentelę). Fiksuojamas amžius, lytis ir judėjimo savarankiškumas naudojant ar nenaudojant pagalbinę priemonę, pavyzdžiui, vaikštynę ar lazdelę.

2 lentelė. Tiriamųjų demografiniai duomenys

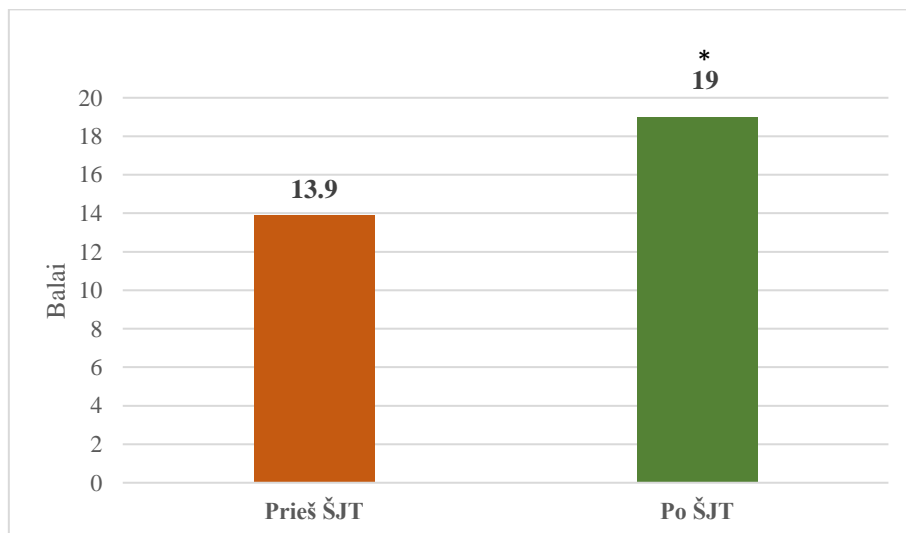
Demografiniai duomenys		Tiriamųjų skaičius (n=19)	Proc.
Dalyvių amžiaus vidurkis (standartinis nuokrypis)		81.1 (5.7)	
Lytis:	Moterys	10	52,6

	Vyrai	9	47,4
Reikalinga pagalbinė priemonė ėjimui:	Taip	12	63,2
	Ne	7	36,8

Kaip matoma 2 lentelėje, tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 81,1 m. Tyrime dalyvavo 10 moterų ir 9 vyrai. Savarankiškai judėti be pagalbinės priemonės gali 7 (37 proc.) tiriamieji, o su pagalbine priemonė – 12 (63 proc.) tiriamųjų.

### 3.5.1. Tiriamųjų pozityvios psichikos sveikatos vertinimo rezultatai

Prieš šokio-judėsio terapiją pozityvios psichikos sveikatos skalės balų vidurkis buvo  $13,9 \pm 4,9$  balai, o po šokio-judėsio terapijos –  $19 \pm 3,5$  balai. Šie duomenys parodo, kad po šokio-judėsio terapijos pozityvios psichikos sveikatos skalės rezultatai padidėjo vidutiniškai 5,1 balais. Įvertinus pozityvios psichikos sveikatos skalės rezultatus prieš šokio-judėsio terapiją ir po šokio-judėsio terapijos, nustatyta, kad rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p < 0.001$ ) (žr. 5 pav.). Pozityvios psichikos skalės balų vidurkis padidėjo, t. y. tiriamųjų pozityvi psichinė sveikata pagerėjo. Taip pat buvo apskaičiuotas efekto dydis (*Koheno*  $d=1.66$ ), kuris rodo stiprą poveikį tarp rodiklių prieš ir po šokio-judėsio terapijos.

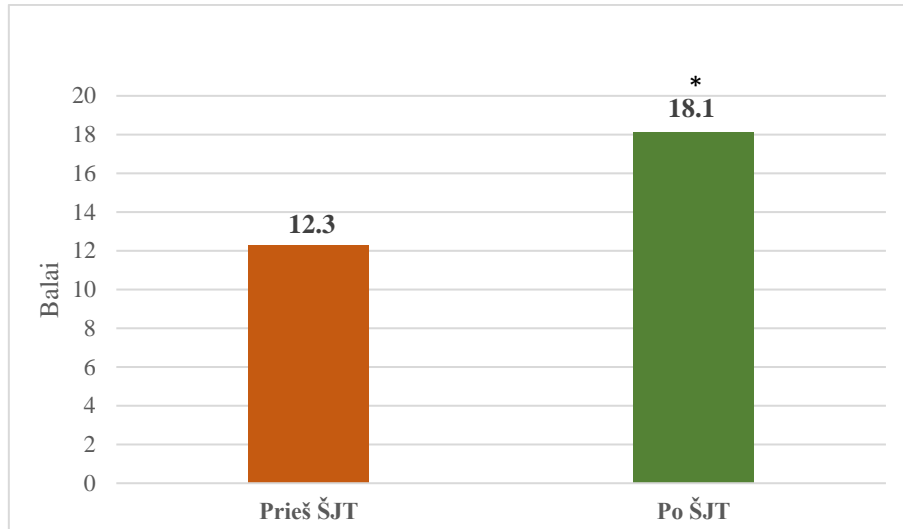


5 pav. Visų tiriamųjų pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

Be to, pozityvios psichikos sveikatos skalės rezultatai buvo analizuojami tarp skirtingų lyties grupių. Prieš šokio-judėsio terapiją moterų grupėje pozityvios psichikos sveikatos skalėje surinktų balų vidurkis –  $12,3 \pm 5,7$  balai, o po šokio judėsio terapijos –  $18,1 \pm 3,1$  balai. Remiantis šiais duomenimis, moterų grupėje psichinės sveikatos skalės rezultatas po šokio-

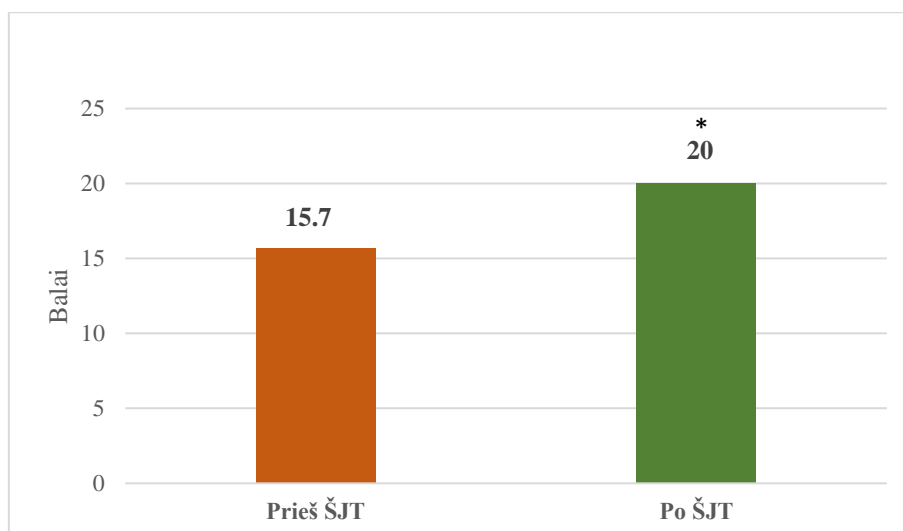
judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,8 balo. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skalės rezultatų moterų grupėje prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos ( $p < 0,001$ ) (žr. 6 pav.). Rastas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapiją (Koheno  $d = 1,78$ ).



6 pav. Moterų pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

Vyrų grupėje prieš šokio-judesio terapiją surinktų balų vidurkis buvo  $15,7 \pm 3,2$  balai, po šokio-judesio terapijos –  $20 \pm 3,7$  balai. Vyrų grupėje psichinės sveikatos skalės rezultatas po šokio-judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 4,3 balo. Remiantis gautais duomenimis, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų grupės psichinės sveikatos skalės rezultatų prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos ( $p = 0,002$ ) (žr. 7 pav.). Gautas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapijos (Koheno  $d = 1,53$ ).

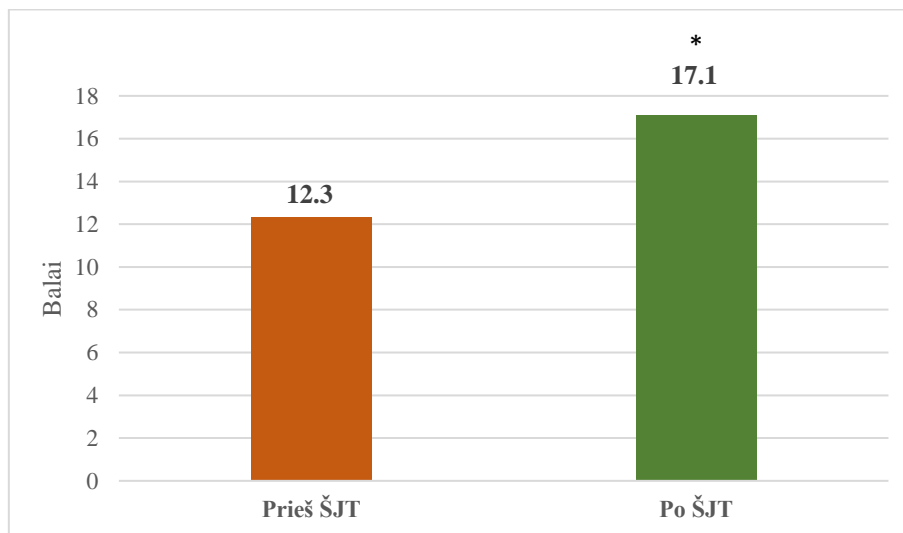


7 pav. Vyrų pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

Kadangi kai kurie tiriamieji ėjimui naudojo pagalbines priemones, buvo nuspręsta įvertinti pozityvios psichikos skalės rezultatų kaitą grupėse, kuriose buvo naudojamos pagalbines priemones ėjimui ir kuriose nebuvo naudojamos.

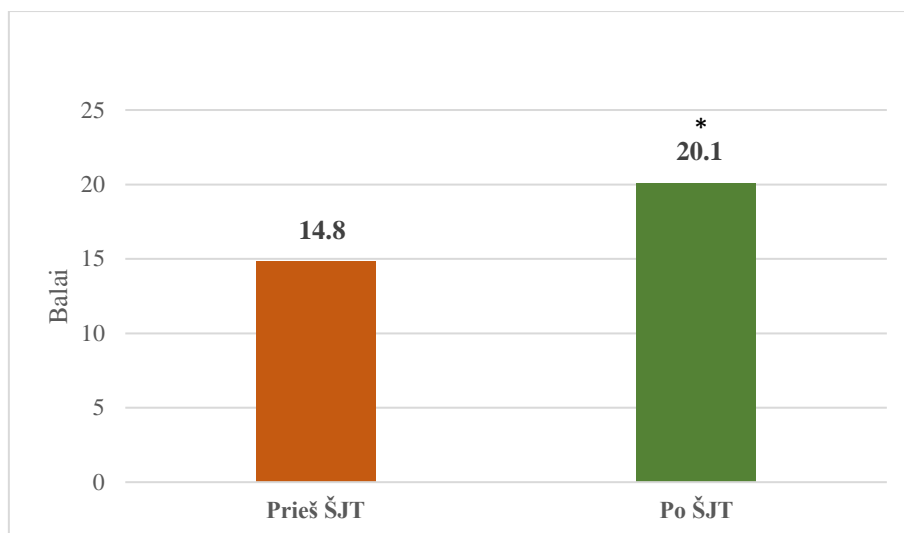
Prieš šokio-judėsio terapiją pozityvios psichikos sveikatos skalės balų vidurkis tiriamųjų, kurie nenaudojo pagalbines priemones ėjimui, buvo  $12,3 \pm 4,4$  balai, po šokio-judėsio terapijos –  $17,1 \pm 2,4$  balai. Remiantis šiais duomenimis, tiriamųjų grupėje, nenaudojančioje pagalbines priemones ėjimui, pozityvios psichinės sveikatos skalės rezultatas po šokio-judėsio terapijos padidėjo vidutiniškai 4,8 balo. Tarp skalės rezultatų be pagalbines priemones ėjimui prieš šokio-judėsio terapiją ir po šokio-judėsio terapijos buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p=0,007$ ) (žr. 8 pav.). Taip pat gautas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judėsio terapiją (*Koheno*  $d=1,5$ ).



8 pav. Tiriamųjų, judančių be pagalbinių priemonių, pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p<0,05$

Tuo metu pozityvios psichikos sveikatos skalės balų vidurkis tiriamųjų, kurie naudojo pagalbines priemones ėjimui, prieš šokio-judėsio terapiją buvo  $14,8 \pm 5,1$  balai, po šokio-judėsio terapijos –  $20,1 \pm 3,6$  balai. Naudojančių pagalbines priemones ėjimui grupėje pozityvios psichinės sveikatos skalės rezultatas po šokio-judėsio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,3 balo. Įvertinus pozityvios psichinės sveikatos skalės rezultatus grupėje, naudojusioje pagalbines priemones ėjimui prieš šokio-judėsio terapiją ir po šokio-judėsio terapijos, pastebėta, kad rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p<0,001$ ) (žr. 9 pav.). Be to, rastas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judėsio terapijos (*Koheno*  $d=1,69$ ).

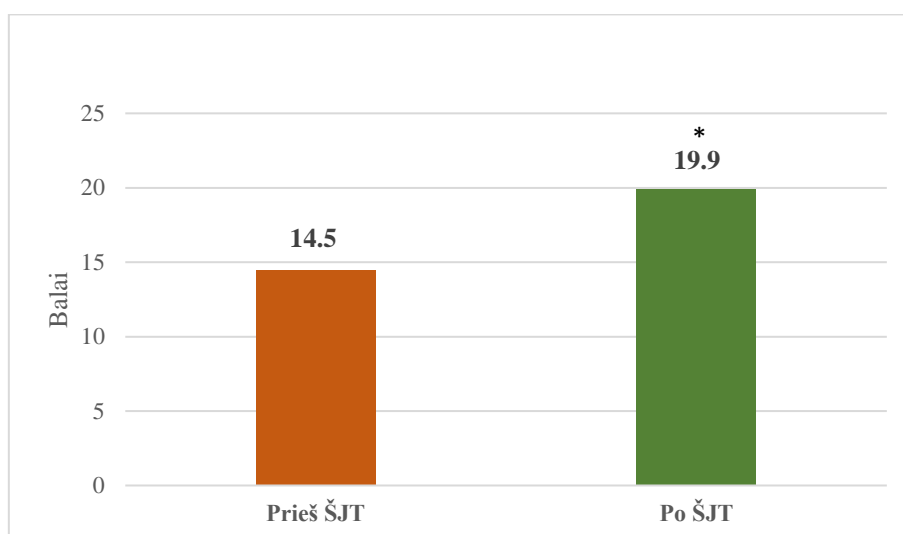


9 pav. Tiriamųjų, judančių su pagalbine priemone, pozityvios psichikos sveikatos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

### 3.5.2. Tiriamųjų griuvimo rizikos vertinimo rezultatai

Prieš šokio-judesio terapiją Tinetti testo balų vidurkis buvo  $14,5 \pm 5,8$  balai, o po šokio-judesio terapijos –  $19,9 \pm 5,2$  balai. Šie duomenys parodo, kad po šokio-judesio terapijos Tinetti testo rezultatai padidėjo vidutiniškai 5,4 balo. Įvertinus Tinetti testo rezultatus prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos, nustatyta, kad rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,001$ ) (žr. 10 pav.). Tinetti testo balų vidurkis padidėjo, t. y. tiriamųjų griuvimo rizika sumažėjo. Taip pat buvo nustatytas šokio-judesio terapijos efekto dydis (*Koheno*  $d=2,55$ ) griuvimo prevencijai.

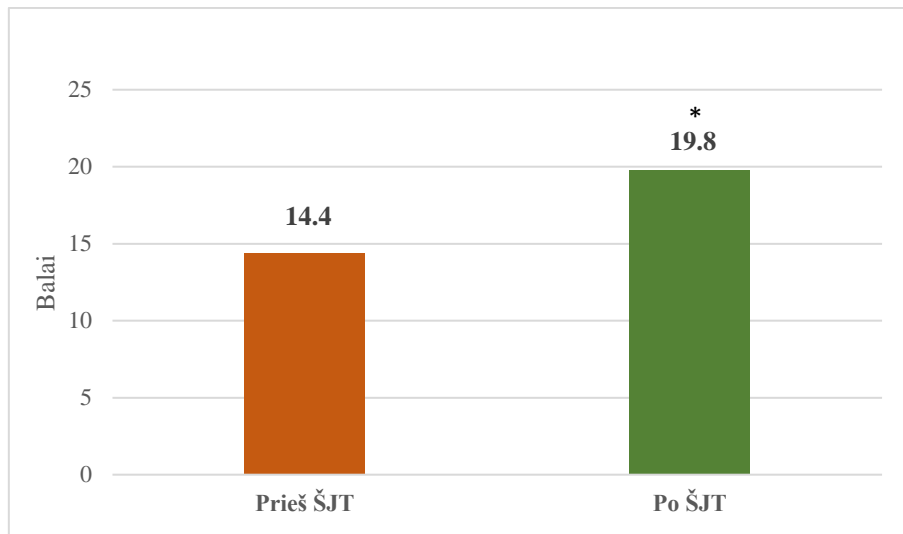


10 pav. Visų tiriamųjų griuvimo rizikos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$



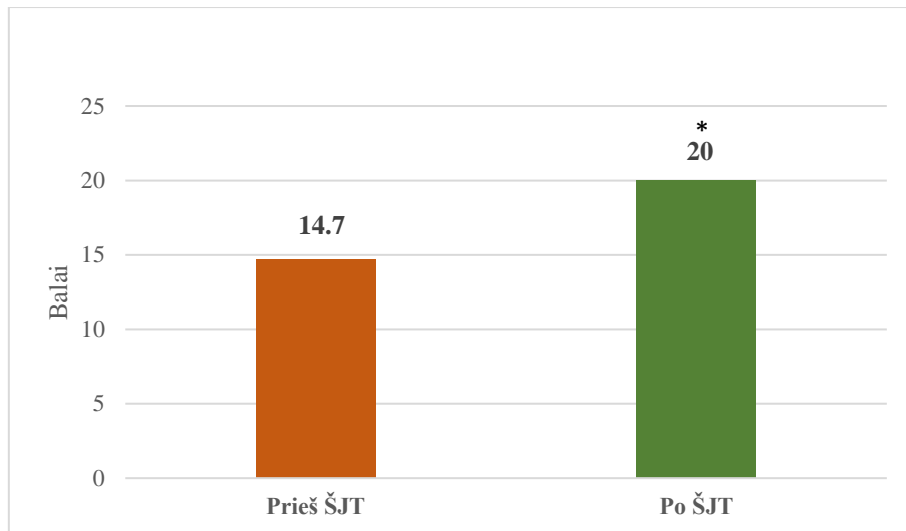
Įvertinus rezultatus tarp lyties grupių, pastebėta, kad prieš šokio-judesio terapiją moterų grupėje Tinetti testo surinktų balų vidurkis buvo  $14,4 \pm 6,8$  balai, o po šokio judesio terapijos –  $19,8 \pm 6,1$  balai. Remiantis šiais duomenimis, moterų grupėje Tinetti testo rezultatas po šokio-judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,4 balo. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp testo rezultatų moterų grupėje prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos ( $p < 0,001$ ) (žr. 11 pav.). Rastas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapiją (Koheno  $d=2,02$ ).



11 pav. Moterų griuvimo rizikos rodiklių kaita.

Paiškinimas: \*  $p < 0,05$

Vyrų grupėje prieš šokio-judesio terapiją Tinetti testo surinktų balų vidurkis buvo  $14,7 \pm 4,8$  balai, po šokio-judesio terapijos –  $20 \pm 4,5$  balai. Vyrų grupėje Tinetti testo rezultatas po šokio-judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,3 balo. Remiantis gautais duomenimis, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų grupės Tinetti testo rezultatų prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos ( $p < 0,001$ ) (žr. 12 pav.). Gautas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapijos (Koheno  $d=4,35$ ).

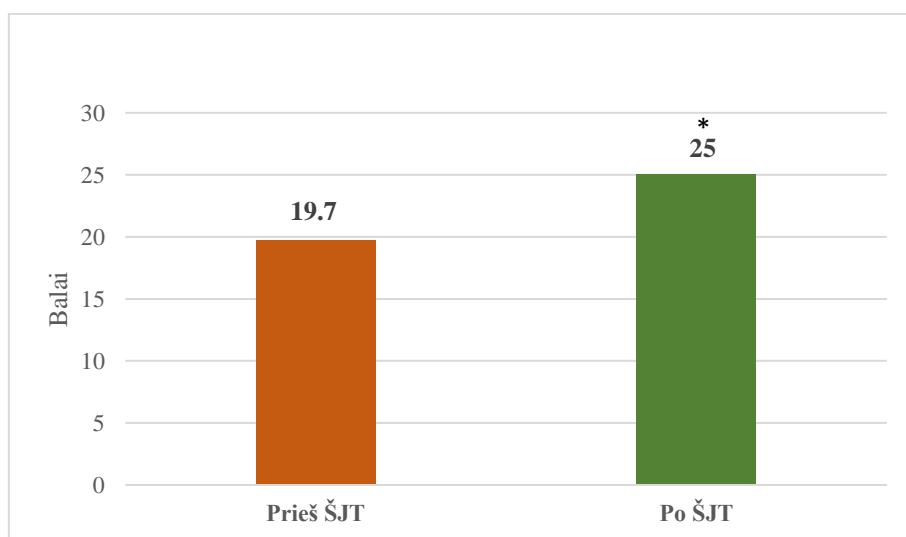


12 pav. Vyrų griuvimo rizikos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

Kadangi kai kurie tiriamieji ėjimui naudojo pagalbines priemones, buvo nuspręsta įvertinti Tinetti testo rezultatų kaitą grupėse, kuriose buvo naudojamos pagalbines priemones ėjimui ir kuriose nebuvo naudojamos.

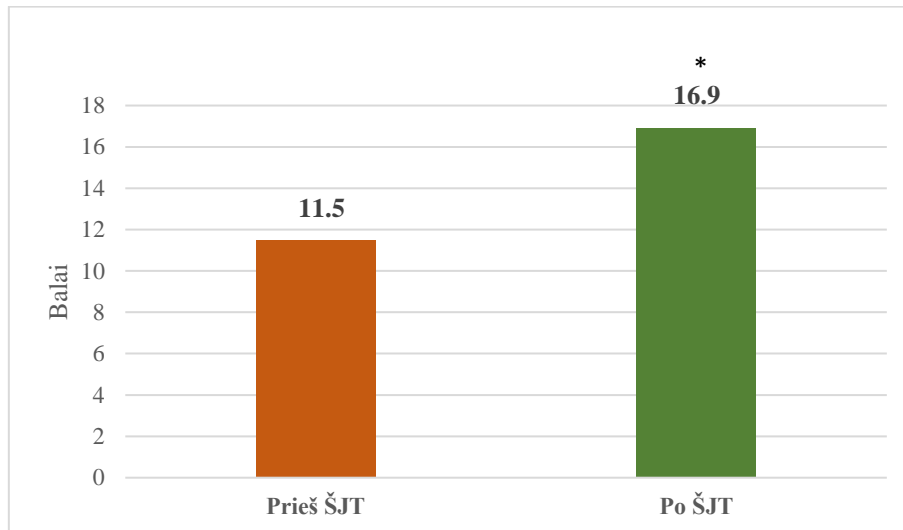
Prieš šokio-judesio terapiją Tinetti testo balų vidurkis tiriamųjų, kurie nenaudojo pagalbines priemones ėjimui, buvo  $19,7 \pm 4,1$  balai, po šokio-judesio terapijos –  $25 \pm 3,9$  balai. Remiantis šiais duomenimis, tiriamųjų grupėje, nenaudojančioje pagalbines priemones ėjimui, Tinetti testo rezultatas po šokio-judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,3 balo. Tarp skalės rezultatų be pagalbines priemones ėjimui prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,001$ ) (žr. 13 pav.). Taip pat gautas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapijos (*Koheno*  $d=2,18$ ).



13 pav. Tiriamųjų, judančių be pagalbinių priemonių, griuvimo rizikos rodiklių kaita.

Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

Tuo metu Tinetti testo balų vidurkis tiriamųjų, kurie naudojo pagalbines priemones ėjimui, prieš šokio-judesio terapiją buvo  $11,5 \pm 4,3$  balai, po šokio-judesio terapijos –  $16,9 \pm 3,2$  balai. Naudojančių pagalbines priemones ėjimui grupėje Tinetti testo rezultatas po šokio-judesio terapijos padidėjo vidutiniškai 5,4 balo. Įvertinus Tinetti testo rezultatus grupėje, naudojusių pagalbines priemones ėjimui, prieš šokio-judesio terapiją ir po šokio-judesio terapijos, pastebėta, kad rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,001$ ) (žr. 14 pav.). Be to, rastas stiprus poveikis tarp rodiklių prieš ir po šokio-judesio terapijos (*Koheno*  $d=2,81$ ).



14 pav. Tiriamųjų, judančių su pagalbine priemone, griuvimo rizikos rodiklių kaita.

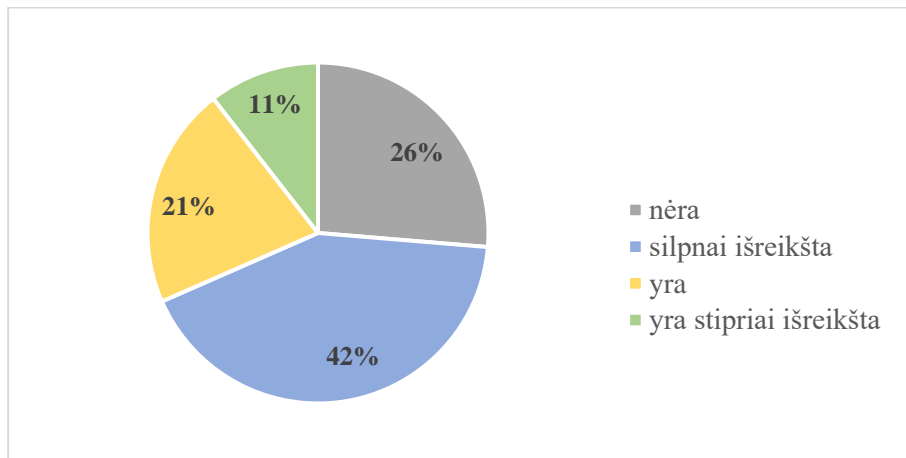
Paaiškinimas: \*  $p < 0,05$

### 3.5.3. Tiriamųjų socialinio ištraukimo įžvalgos pagal tyrėjo dienoraščio sudarytą stebėjimo protokolą

Šio amžiaus žmonėms šokio-judesio terapijos veiklą yra sunku suprasti. Dažnai sesijų pradžioje šią terapiją jie sieja su tradicine šokių pamoka, todėl vyksta didelis pasipriešinimas.

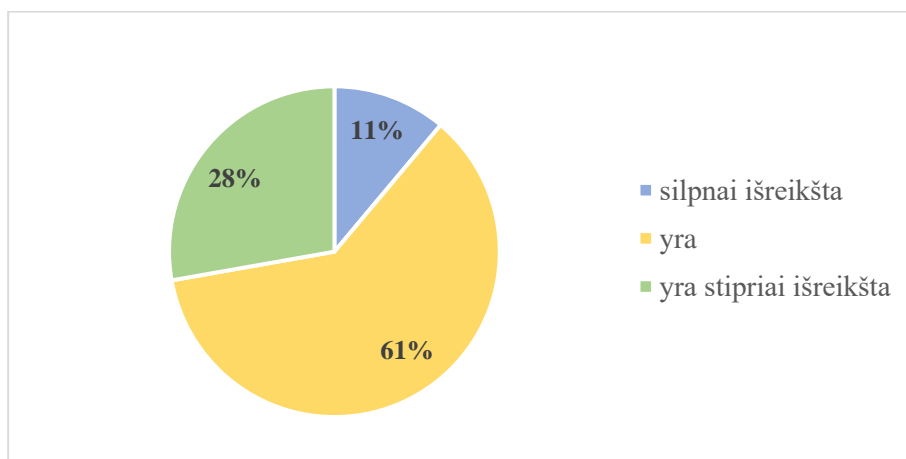
Pirmoje sesijoje, kurioje dėmesys buvo skiriamas tarpasmeninei sąveikai su terapeutu šokio-judesio terapijos metu, atsirado įvairių santykių dinamikos (žr. 15 pav.). Mažuma, sudaranti maždaug 11 proc. tyrimo dalyvių, užmezgė tvirtą ir prasmingą ryšį su terapeutu. Šie tiriamieji pasižymėjo atvirumu bei komforto požymiais. Maždaug 21 proc. dalyvių buvo pradiniame santykių su terapeutu kūrimo etape. Ryšys buvo pradėtas formuotis, bet jis vis dar buvo ankstyvoje fazėje, kurioje buvo matyti dalinis bendravimas su terapeutu. Didelė dalis dalyvių, maždaug 42 proc., turėjo silpną ryšį su terapeutu. Dalyviai jautėsi nedrąsiai prie terapeuto, į klausimus atsakydavo vienu ar keliais žodžiais, vengdavo akių kontakto. Su 26

proc. tyrimo dalyvių nepavyko sukurti ryšio. Buvo jaučiamas pasipriešinimas kontaktui, nenoras dalintis savo jausmais ar išgyvenimais su terapeutu



15 pav. Tiriamųjų tarpusavio sąveika su terapeutu I-oje sesijoje.

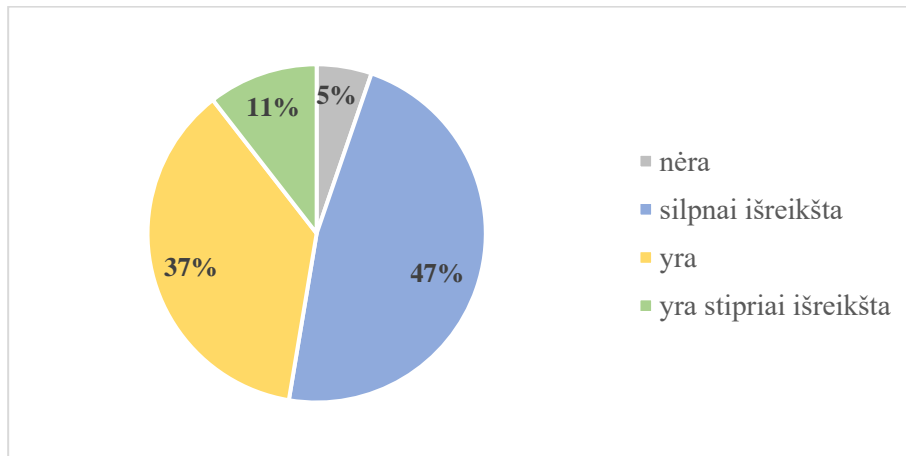
Paskutinėje sesijoje pastebėti prasmingi pokyčiai (žr. 16 pav.). Didelė dauguma (61 proc.) dalyvių ryšį su terapeutu užmezgė. Tai rodo pastebimą santykių pagerėjimą, t. y. didesnę pasitikėjimą, komfortą ir atvirumą įsitraukiant į terapinį procesą. Be to, 28 proc. dalyvių, remiantis stebėjimo protokolu, užmezgė stiprų ryšį su terapeutu. Pavyzdžiui, tyrimo dalyvis, kuris sesijos pradžioje vengdavo terapeuto, vėliau ateidavo anksčiau tam, kad turėtų daugiau laiko pasidalinti savo dienos įspūdžiais ar asmeniniais išgyvenimais. Tai reiškia, jog dalis dalyvių patyrė gilų ir prasmingą ryšį. Vis dėlto kai kuriems dalyviams išliko sunku pasitikėti terapeutu. Ryšys buvo silpnai išreikštas apie 11 proc. tyrimo dalyvių. Pavyzdžiui, vienas iš dalyvių į sesijas ateidavo visada vėluodamas, kad išvengtų dalintis savo patyrimais.



16 pav. Tiriamųjų tarpusavio sąveika su terapeutu XII-oje sesijoje.

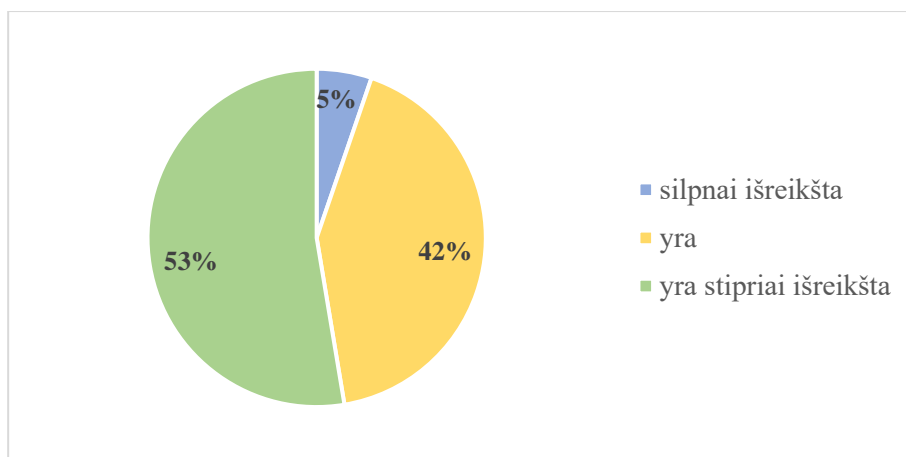
Pirmoje sesijoje asmenų įsitraukimas į veiklas buvo skirtingas (žr. 17 pav.). Apie 11 proc. tyrimo dalyvių pasižymėjo stipriu įsitraukimu, kurie aktyviai ir entuziastingai judėjo kiekvienoje užduotyje bei rodė didelę motyvaciją ir norą dalyvauti veikloje. Pavyzdžiui, vienas

tiriamasis skatino kitus judėti pirmoje sesijoje taip išreikšdamas norą jausti kitų įsitraukimą. Kiti 37 proc. dalyvių įsitraukė į veiklas, nors ir ne didžiausiu intensyvumu lygiu. Pavyzdžiui, dalyviai trumpai kontaktuodavo judesio pratimais su kitais dalyviais, nes jausdavosi nepatogiai. Pastebėta, kad 47 proc. dalyvių pirmoje sesijoje buvo silpnai įsitraukę į užduotis. Dalyviai sėdėjo ir stebėjo terapeutą, stebėjo kitus, retkarčiais nedrąsiai atlikdavo kelis judesius grupėje. Tuo metu 5 proc. dalyvių neišitraukė į užduotis. Dalyviai buvo pasyvūs, nerodė susidomėjimo ar motyvacijos judėti.



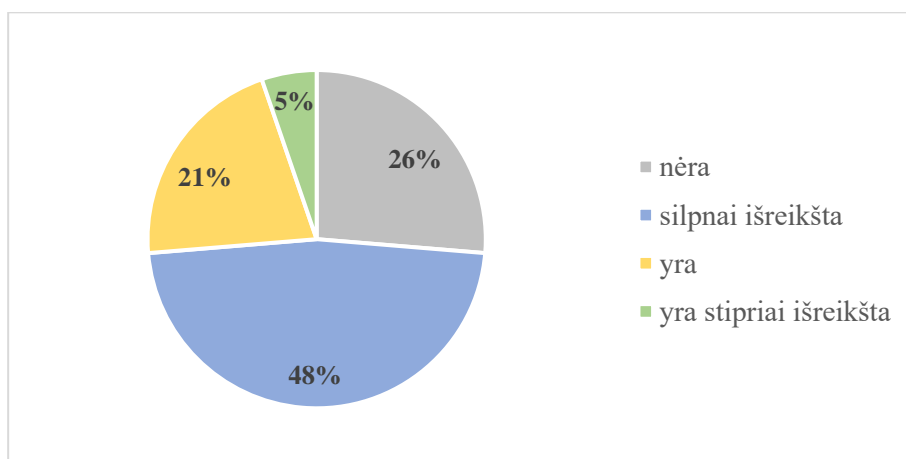
17 pav. Asmens įsitraukimas į veiklas I-oje sesijoje.

Paskutinėje sesijoje apie 53 proc. dalyvių buvo aktyviai dalyvaujantys sesijoje (žr. 18 pav.). Šis reikšmingas padidėjimas nuo pirmos sesijos rodo teigiamą atsaką į programą laikui bėgant. Šie asmenys sesijos metu parodė didelį įsitraukimo, entuziazmo ir motyvacijos lygį, o tai rodo, kad jie vis labiau prisirišo prie veiklos bei galėjo gauti naudos iš šokio-judesio terapijos užsiėmimų. Padidėjęs jų dalyvavimas gali atspindėti komforto jausmą ir didėjančią pasitikėjimą jų gebėjimais. Kiti 42 proc. tyrimo dalyvių ir toliau aktyviai dalyvavo veikloje, nors galbūt su šiek tiek mažesniu intensyvumu ar entuziazmu, palyginti su tais, kurie buvo klasifikuojami kaip stipriai įsitraukę. Nepaisant to, tai rodo nuolatinį susidomėjimą veiklai ir įsipareigojimą jai, o tai duoda teigiamus rezultatus, susijusius su jų bendru įsitraukimu. Galiausiai, 5 proc. dalyvių buvo priskirti prie silpnai įsitraukiančių į šokio-judesio terapijos sesiją. Šie dalyviai dalyvavo, tačiau užduotis atlikdavo pasyviai.



18 pav. Asmens įsitraukimas į veiklas XII-oje sesijoje.

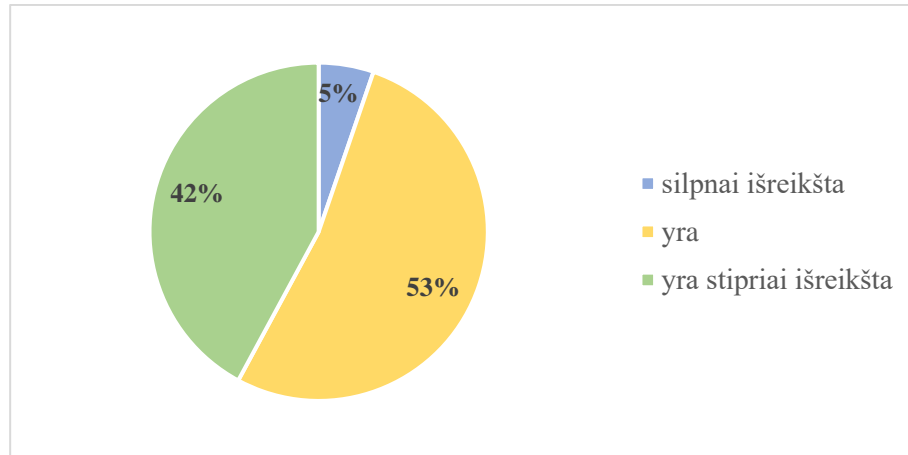
Pirmos sesijos metu pastebėta, kad apie 5 proc. dalyvių turi tvirtą ryšį su kitais grupės nariais (žr. 19 pav.). Šie asmenys užsiėmimo metu aktyviai bendravo su bendraamžiais užmegzdami prasmingus ryšius bei skatindami draugystės jausmą. Pavyzdžiui, tyrimo dalyviai patys inicijavo pradėti tarpusavio pokalbius, padaršino vienas kitą užduotyse. Be to, 21 proc. dalyvių taip pat rodė sąveiką su kitais grupės nariais. Ryšys nebuvo toks stiprus, tačiau dalyviai keitėsi šypsena ar draugiškais gestais, dalijosi asmenine patirtimi su kitais. Beveik pusė tyrimo dalyvių (48 proc.) sesijos metu silpnai išreiškė norą bendrauti su kitais. Pastebėtas drovumas, diskomfortas. Nebuvo pastebėta sąveika tarp 26 proc. tyrimo dalyvių. Svarbu atsižvelgti į tai, kad vyresnio amžiaus žmonės dažnai linkę būti atsargūs, nenorintys išeiti iš savo komforto zonos, jog išvengtų naujų santykių ar pažinčių.



19 pav. Sąveika grupėje I-oje sesijoje

Paskutinės sesijos rezultatai rodo teigiamus pokyčius grupės sąveikoje (žr. 20 pav.). Dalyviai, kurie sudarė apie 42 proc. sukūrė stiprią sąveiką sesijos metu. Dalyviai aktyviai dalyvavo grupės diskusijose, kontaktavo judesiais, išreiškė empatiją kitiems. Apie pusę grupės dalyvių (53 proc.) sąveikos lygis nebuvo toks intensyvus ir stipriai išreikštas grupėje, tačiau

dalyviai išreiškė abipusę pagarbą bei palaikančią sąveiką. Šis ryšio jausmas prisidėjo prie teigiamos grupės atmosferos, skatino emocinę gerovę. Pastebima, kad šokio-judesio terapijos grupės dalyviai tapo vieni kitų palaikymo šaltiniu ir skatinimo jėga. Vis dėlto nedidelė dalis dalyvių (5 proc.) sesijos metu silpnai išreiškė ryšį su bendraamžiais.



20 pav. Sąveika grupėje XII-oje sesijoje.

## APIBENDRINIMAS

Šiame tyrime buvo siekiama nustatyti šokio-judesio terapijos poveikį vyresnio amžiaus asmenų griuvimo rizikai bei psichosocialinei gerovei. Tyrimo tikslui ir uždaviniams pasiekti buvo organizuojami grupiniai šokio-judesio terapijos užsiėmimai. Buvo atliktas kiekybinis ir kokybinis tyrimas norint iširti dalyvių fizinių, psichikos bei socialinių parametrų pokytį po šokio-judesio terapijos intervencijos.

Remiantis moksline literatūra, žmonės patiria įvairių psichosocialinių būsenų spektrą – nuo teigiamų iki neigiamų. Vyresnio amžiaus asmenims neigiamos psichosocialinės būsenos apima tokius reiškinius, kaip socialinė izoliacija, nerimo sutrikimai, fobijos, depresija ar kitos sekinančios ligos. Mokslinėje literatūroje išvelgiama, kad šokio-judesio terapija gali veiksmingai pagerinti pagyvenusių žmonių psichosocialinę sveikatą. Ho ir bendraautoriai (2020) atliko tyrimą, kuriame vyresnio amžiaus žmonėms, sergantiems demencija, taikė 12 savaitių trukusią šokio-judesio terapiją. Tyrimo autoriai siekė išsiaiškinti, ar šokio-judesio terapija gali pagerinti dalyvių psichosocialinę sveikatą. Mokslinio tyrimo metu autoriai nustatė, jog po šokio-judesio terapijos intervencijos statistiškai reikšmingai pagerėjo tiriamųjų psichinė sveikata: sumažėjo depresijos simptomai, vienatvės jausmas, neigiama nuotaika.

Mūsų tyrime buvo analizuojama vyresnio amžiaus asmenų pozityvi psichika bei stebimas socializacijos pokytis prieš ir po šokio-judesio terapijos intervencijos. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad šokio-judesio terapija pagerino visų tiriamųjų psichikos sveikatą. Išsamiau atskleisti tyrimą buvo analizuojami rezultatai ir atskirose lyčių bei pagalbinės priemonės ėjimui naudojusių ir nenaudojusių grupėse. Šiose grupėse buvo pastebėti statistiškai reikšmingi rezultatai bei apskaičiuoti efekto dydžiai dėl mažos tiriamųjų imties. Efekto dydžiai buvo stiprūs, o tai parodo, kad skirtumas tarp duomenų yra nepaisant mažesnės imties. Verta paminėti, kad tiek užsienio, tiek Lietuvos mokslinėje literatūroje nepavyko rasti kitų autorių atliktų tyrimų, kuriuose būtų analizuojama vyresnio amžiaus asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, pozityvios psichikos rodiklių kaita po šokio-judesio terapijos intervencijos. Be to, mūsų darbe taikyta Pozityvios psichikos sveikatos skalė, nebuvo naudota kituose lietuvių šokio-judesio terapijos tyrimuose.

Taip pat šiame tyrime buvo pasitelktas stebėjimo metodas, kuriuo buvo siekiama išsiaiškinti socialinio įsitraukimo pokyčius. Tiriamieji mažiau modifikavo savo elgesį, nes tyrėjas buvo pats stebimosios aplinkos dalyvis (įtrauktasis stebėjimas). Stebėjimas rodo, kad šokio-judesio terapijoje kuriamas socialinis ryšys gali paskatinti norą judėti, palengvinti naujų



tarpasmeninių ryšių užmezgimą. Glaudus terapinis ryšys tarp terapeutų ir dalyvių motyvavo senjorus siekti geresnių pusiausvyros, eisenos ir psichikos gerovės rezultatų. Pastebėta, jog dalyviai suvokė savo gebėjimą judėti be pagalbinių priemonės (lazdos, vaikštytės). Ši transformacija parodo dalyvių drąsą įveikti savo baimę nukristi. Dalyviai demonstravo didesnę įsitraukimą užsiėmimuose, laisviau išreiškė save judesiu. Be to, grupėje pastebėta abipusė pagalba ir parama, kuri sutvirtino grupės tarpasmeninius ryšius.

Mokslinėje literatūroje minima, jog psichosocialiniai veiksniai yra susiję su fiziniais pokyčiais – psichinei, socialinei sveikatai prastėjant, blogės fizinė sveikata, ir atvirkščiai. Senatvės kontekste fiziniai pokyčiai yra neišvengiami – atsiranda kūno, motorikos, judėjimo, raumenų masės pokyčiai. Dėl neigiamų senatvės fizinių padarinių vyresnio amžiaus žmonėms pasireiškia pusiausvyros sutrikimai, atsiranda rizika nugriūti. Mokslinės literatūros duomenimis, vyresnio amžiaus žmonių fizinės savybės, o ypač pusiausvyrą galima pagerinti taikant šokio-judesio terapiją. Barash ir bendraautoriai (2023) atliko tyrimą, kuriame buvo analizuojama vyresnio amžiaus asmenų griuvimo rizikos pokytis po šokio-judesio terapijos. Barash ir bendraautorių (2023) išvadose teigiama, jog po šokio-judesio terapijos statistiškai reikšmingai pagerėjo tiriamųjų pusiausvyra ir koordinacija, o dėl šios priežasties sumažėjo ne tik rizika, bet ir baimė nugriūti. Mūsų atliktame moksliniame tyrime vertinant vyresnio amžiaus žmonių griuvimo riziką Tinetti testu buvo pastebėta, kad po šokio-judesio terapijos rizika nugriūti statistiškai reikšmingai sumažėjo. Be to, efekto dydžiai buvo stiprūs. Mokslinių tyrimų, vertinančių panašaus kontingento griuvimo riziką Tinetti testu prieš ir po šokio-judesio terapijos intervencijos, nepavyko rasti.

Šis tyrimas atskleidė reikšmingas šokio-judesio terapijos taikymo galimybes vyresnio amžiaus žmonėms gyvenantiems glaudžioje bendruomenėje. Apžvelgus mūsų ir kitų autorių mokslinius darbus, galima teigti, kad taikant šią intervenciją, gali pagerėti psichosocialinė sveikata bei sumažėti griuvimo rizika.

## REFLEKSIJA

*Šią amžiaus grupę pasirinkau tyrinėti vedama asmeninių išgyvenimų. Norėjau padėti vyresnio amžiaus žmonėms atrasti stiprybę tiek fiziniame, tiek psichosocialiniame kontekste. Žinant, jog siekdami įveikti ligos sukeltus sunkumus, vyresnio amžiaus žmonės susiduria su dviem vienas kitam prieštaraujančiais pasirinkimais – būti savarankiškais ar pasitelkti ir priimti kitų pagalbą. Apžvelgus mokslinę literatūrą apie vyresnio amžiaus gyvenimo tarpsnio bruožus ir jų fizinius, psichosocialinius ypatumus supratau, kad labai svarbų vaidmenį atlieka socialinis ratas, artimieji. Jų pagalba vyresnis žmogus gali gauti resursų, t.y., palaikymo, motyvacijos, vidinės stiprybės, su kuriais kartu ateina ir noras judėti.*

*Tyrimas apie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaitą taikant šokio-judesio terapiją, kuris vyko glaudžioje bendruomenėje, man suteikė galimybę į sveikatos parametrus ir šokio-judesio terapijos fenomeną pažvelgti iš dviejų skirtingų perspektyvų: būsimos terapeutės, kuri veda šokio-judesio terapijos užsiėmimus, ir tyrėjos, kuri gilinasi ir siekia atskleisti sveikatos parametrų kaitos rezultatus. Tai buvo kartais nelengvas iššūkis.*

*Pirmieji šokio-judesio terapijos užsiėmimai su šiais dalyviais buvo netgi sunkūs, kadangi ne visi suprato, kas čia vyksta. Reikėjo juos paruošti šokio-judesio terapijos procesui. Tačiau laikui bėgant, jie kas kartą mane nustebindavo, pasitikdavo su šypsenomis, su rankų paspaudimu ir su paruoštomis kėdėmis terapijai. Pusiausvyros ir eisenos rezultatus pastebėjau netgi tyrimo eigoje. Pavyzdžiui, atėjus į skyrių matydavau vis daugiau dalyvių einančių pirmyn ir atgal koridoriuose, dažniau mane pasitikdavo lauke prie vartelių. Pastebėjau, kad tiriamieji, kurie judėjo tik su lazdele ar vaikštyne, jų baimė nukristi darėsi įveikiama, nes lazdos buvo padedamos į šoną, o vaikštynės nustumiamos į šalį. Atramą dalyviai atrado judėdami rate įsikibus į kėdę ar judėdami įsikibus į mane. Šokio-judesio terapijos užsiėmimų pabaigoje galima buvo išvelgti didesnę socialinį įsitraukimą, bendrumo jausmą. Atsiskleidė vyresnio amžiaus asmenų noras labiau atsiverti, t.y., pasidalinti savo mintimis, gyvenimo patirtimi ir išgyvenimais. Daugiau dalyvių į sesijas ateidavo ne vieni, o po du. Laukiant kitų dalyvių, atsirado tarpusavio pokalbiai. Net du tyrimo dalyviai pareiškė norą apsigyventi kartu kambaryje! Per praktikos ir tyrimo laiką pakito ne tik klientų, bet ir personalo dėmesys vedamiems šokio-judesio terapijos užsiėmimams. Glaudžios bendruomenės personalas dėkodavo ir dėliaugdavosi mano atvykimu. Užbaigus praktiką gavau puikų atsiliepimą iš įstaigos: „Organiškai ir natūraliai integravaisi į mūsų komandinį darbą vedant šokio-judesio terapijos grupinius užsiėmimus“.*

*Apibendrinant tyrimo proceso patirtis, noriu pabrėžti, jog prisilietimas prie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos parametrų kaitos, taikant šokio-judesio terapiją, man suteikė progą ne tik augti kaip šokio-judesio terapijos akademinio ir profesinio pasaulio atstovei, bet ir prisiminti apie tai, ką reiškia būti žmogumi: jausti fizinį skausmą, bijoti, džiaugtis, verksti, augti, būti vienišam, jausti palaikymą ir laisvę. Kai važiavau namo po šokio-judesio terapijos sesijų mane aplankė supratimas, kad aš sugebėjau juos motyvuoti, sujungti, įkvėpti judėti ir svarbiausia išgirsti.*

## IŠVADOS

1. Vyresnio amžiaus žmonių grupė yra skirstoma į jaunas, senas ir seniausias senjorus, kurie yra sulaukę daugiau nei 60 metų. Šio amžiaus gyvenimo tarpsnyje prastėja asmens fizinė ir psichosocialinė sveikata ir ypač prastėja asmenų savarankiškumas. Tam, kad asmenys galėtų gyventi pilnavertiškai, sukurtos visuomenės paslaugų sistemos kaip slaugos, globos namai ar dienos centrai.
2. Šokio-judesio terapija pasižymi teorine ir empiriškai grįsta praktine verte fizinės ir psichosocialinės reabilitacijos kontekste: šokio-judesio terapijos intervencijų taikymas siejasi su pakilusiu fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu. Šokio-judesio terapijos universalumą išryškina individualios ir grupinės terapijos formos, kurios suteikia transformuojančią erdvę asmens saviraiškai ar tarpasmeninei sąveikai. Ši terapija, atsižvelgus į individualiuosius gebėjimus ir sunkumus, yra veiksmingas būdas vyresnio amžiaus asmenų fizinei ir psichosocialinei sveikatai.
3. Nustatyta, kad taikyta ŠJT pagerino tiriamųjų pozityvios psichikos rodiklius ( $p < 0,05$ ) (*Koheno*  $d=1.66$ ) ir sumažino griuvimo riziką ( $p < 0,05$ ) (*Koheno*  $d=2.55$ ), nepriklausomai nuo judėjimo pobūdžio su pagalbinėmis priemonėmis ar be jų. Šokio judesio terapijos intervencijos darė pozityvią įtaką psichikos sveikatos rodikliams ir sumažino griuvimo riziką.
4. Išanalizavus kokybinio tyrimo rezultatus, pastebėti teigiami socializacijos pokyčiai po šokio-judesio terapijos intervencijos: pagerėjo sąveika su terapeutu, sąveika grupėje bei stiprėjo asmenų įsitraukimas į veiklą. Išryškėjo didesnis dalyvių noras verbaliai ir neverbaliai komunkuoti, atsiskleidė didesnė motyvacija judėti ir susikūrė palaikanti grupės dinamika.

Tyrimo hipotezė: nepriklausomai nuo judėjimo pobūdžio ŠJT sumažins tiriamųjų griuvimo riziką bei pagerins psichinę sveikatą – pasitvirtino.

## REKOMENDACIJOS

1. Tobulinti ir plėtoti mokslinius tyrimus, siekiant atskleisti šokio-judesio terapijos potencialą gerinant vyresnio amžiaus žmonių sveikatos parametrus, asmenims, sergantiems Alzheimeriu, demencija, Parkinsonu.
2. Integruoti šokio-judesio terapiją socialinės ir sveikatos priežiūros įstaigose darbu su vyresnio amžiaus žmonėmis.
3. Sutrikusi pusiausvyra yra susijusi su fiziniais vyresnio amžiaus asmenų parametrais, tačiau tai gali pasireikšti ir dėl psichologinių aspektų, t.y., kaip baimė nukristi. Todėl kitiems tyrėjams rekomenduojame, plačiau išanalizuoti pusiausvyros sutrikimus dėl baimės nukristi.

## LITERATŪRA

- Abdullah, L., & Abbas, O. (2011). Common nail changes and disorders in older people: Diagnosis and management. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(2), 173–181.
- Alpert, P. T., Miller, S. K., Wallmann, H., Havey, R., Cross, C., Chevalia, T., Gillis, C. B., & Kodandapari, K. (2009). The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 108–115. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2008.00392.x.
- Alzeftawy, A. (2018). Physical and Psycho-Social Health Problems among Elderly People in Rural Area and Its Effects on Their Quality of Life.
- American Dance Therapy Association. (n.d.). *What is dance/movement therapy?* [žiūrēta 2024-03-15]. Prieiga internetu: <https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>.
- American Psychological Association. (2016). *Older adults' health and age-related changes*. [žiūrēta 2024-02-13]. Prieiga internetu: <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/older>.
- Ames, D. (1993). Depressive disorders among elderly people in long-term institutional care. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 379–391. DOI: 10.3109/00048679309075793.
- Applebaum, R., Bardo, A., & Robbins, E. (2013). International Approaches to Long-term Services and Supports. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 37(1), 59–65. <https://www.jstor.org/stable/26555977>.
- Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), 341–362. DOI: 10.4103/0019-5545.224474.
- Baptista, J. R., & Narciso, F. F. (2016). *Dance movement therapy as a health promotion tool in aging : the Portuguese case*. [žiūrēta 2024-03-15]. Prieiga internetu: [https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2016/hdl\\_2072\\_258129/joana\\_filipa\\_tfm.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2016/hdl_2072_258129/joana_filipa_tfm.pdf).
- Barnes, S. F. (2011). *Third age-the golden years of adulthood*. San Diego State University Interwork Institute.

- Bednarczuk, G., & Rutkowska, I. (2022). Factors of balance determining the risk of falls in physically active women aged over 50 years. *PeerJ*, *10*, e12952. DOI: 10.7717/peerj.12952.
- Beresnevičienė, D. (2003). *Jaunojo suaugusiojo psichologija*. Vilnius: Presvika.
- Bilski, J., Pierzchalski, P., Szczepanik, M., Bonior, J., & Zoladz, J. A. (2022). Multifactorial Mechanism of Sarcopenia and Sarcopenic Obesity. Role of Physical Exercise, Microbiota and Myokines. *Cells*, *11*(1), 160. DOI: 10.3390/cells11010160.
- Bradt, J., Shim, M., & Goodill, S. W. (2015). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*(1), CD007103. DOI: 10.1002/14651858.CD007103.pub3.
- Bräuninger, I. (2014). Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *9*(3), 138-153. DOI: 10.1080/17432979.2014.914977.
- Capello, P. (2008). BASCICS: un modelo intra/interactivo de DMT com pacientes psiquiátricos adultos. In H. Wengrower y S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza: el arte y la ciencia de la danza movimiento terapia* (pp. 101-128). Barcelona: Gedisa.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 103–123. DOI: 10.1023/A:1024569803230.
- Cheng S. T. (2016). Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. *Current psychiatry reports*, *18*(9), 85. DOI: 10.1007/s11920-016-0721-2.
- Chyle, F. (1999). *Applying Creativity Dance/Movement Therapy And The Creative Process*. [žiurėta 2024-05-03]. Prieiga internetu: [http://tanzundtherapie.de/nl/\\_files/nl/206/Applying%20Creativity-Thesis.pdf](http://tanzundtherapie.de/nl/_files/nl/206/Applying%20Creativity-Thesis.pdf)
- Chipperfield, J. G., Perry, R. P., & Weiner, B. (2003). Discrete emotions in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, *58*(1), 23–34. DOI: 10.1093/geronb/58.1.p23.
- Cinar, D., & Tas, D. (2015). Cancer in the elderly. *Northern clinics of Istanbul*, *2*(1), 73–80. DOI: 10.14744/nci.2015.72691.
- Cohen, G. (2006). Research on creativity and aging: The positive impact of the arts on health and illness. *Generations*, *30*(1), 7-15.
- Costantino, S., Paneni, F., & Cosentino, F. (2016). Ageing, metabolism and cardiovascular disease. *The Journal of Physiology*, *594*(8), 2061–2073. DOI: 10.1113/JP270538.

- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*. Guilford Press.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *American journal of public health, 94*(5), 823–829. DOI: 10.2105/ajph.94.5.823.
- Czamanski-Cohen, J., & Weihs, K. L. (2023). The role of emotion processing in art therapy (REPAT) intervention protocol. *Frontiers in Psychology, 14*, 1208901. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1208901.
- de Natale, E. R., Paulus, K. S., Aiello, E., Sanna, B., Manca, A., Sotgiu, G., Leali, P. T., & Deriu, F. (2017). Dance therapy improves motor and cognitive functions in patients with Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation, 40*(1), 141–144. DOI: 10.3233/NRE-161399.
- Delsmann, M. M., Schmidt, C., Mühlenfeld, M., Jandl, N. M., Boese, C. K., Beil, F. T., Rolvien, T., & Ries, C. (2022). Prevalence of osteoporosis and osteopenia in elderly patients scheduled for total knee arthroplasty. *Archives of orthopaedic and trauma surgery, 142*(12), 3957–3964. DOI: 10.1007/s00402-021-04297-x.
- Dyer, J. M., & Miller, R. A. (2018). Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatoporosis. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology, 11*(1), 13–18.
- Dimonte, V., Luciani, M., Conti, A., Malinverni, E., Clari, M., Campagna, S., & Garrino, L. (2021). Nursing students' perspectives of dance movement therapy to learn relational skills: A qualitative description study. *Nurse education today, 97*, 104697. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104697.
- Dong, X., Chang, E., Wong, E., & Simon, M. (2012). Perception and negative effect of loneliness in a Chicago Chinese population of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54* (1), 151-159. DOI: 10.1016/j.archger.2011.04.022.
- Drageset, J., & Eide, G. E. (2020). Loneliness Among Cognitively Intact Residents of Nursing Homes With and Without Cancer: A 6-Year Longitudinal Study. *SAGE open nursing, 6*, 2377960820907778. DOI: 10.1177/2377960820907778.
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K., Karp, J. F., Begley, A., Schulberg, H. C., & Reynolds, C. F., 3rd (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International journal of geriatric psychiatry, 20*(10), 973–982. DOI: 10.1002/gps.1389.



- Duim, E. L., do Nascimento, C. F., & da Silva, A. (2015). Dance movement therapy as rehabilitation process for women with falls history. *The Gerontologist* 55(2), 719-719. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv358.03>.
- European Association of Dance Movement Therapy. (n.d.). *What is Dance Movement Therapy (DMT)? EADMT*. [žiūrėta 2024-03-15]. Prieiga internetu: <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>.
- Fatkulina, N., Hendrixson, V., Rauckiene-Michealsson, A., Kievisiene, J., Razbadauskas, A., & Agostinis Sobrinho, C. (2021). Dance/Movement Therapy as an Intervention in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM*, 2021, 4989282. DOI: 10.1155/2021/4989282.
- Faulkner, J. A., Larkin, L. M., Claflin, D. R., & Brooks, S. V. (2007). Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clinical and experimental pharmacology & physiology*, 34(11), 1091–1096. DOI:10.1111/j.1440-1681.2007.04752.x.
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., & Cornish, P. (2020). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American College Health: J of ACH*, 68(4), 430–437. DOI: 10.1080/07448481.2019.1577862.
- Fernández-Argüelles, E. L., Rodríguez-Mansilla, J., Antunez, L. E., Garrido-Ardila, E. M., & Muñoz, R. P. (2015). Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 1–8. DOI: 10.1016/j.archger.2014.10.003.
- Fischman, D. (2016). *The art and science of dance/movement therapy* 2nd ed., (pp. 33–49). Routledge.
- Fisher, M., Kuhlmann, N., Moulin, H., Sack, J., Lazuk, T., & Gold, I. (2020). Effects of Improvisational Dance Movement Therapy on Balance and Cognition in Parkinson's Disease. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 38, 1–15. DOI: 10.1080/02703181.2020.1765943.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
- Fu, M. C., Belza, B., Nguyen, H., Logsdon, R., & Demorest, S. (2018). Impact of group-singing on older adult health in senior living communities: A pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 76, 138–146. DOI: 10.1016/j.archger.2018.02.012.
- Gatz, M., Smyer, M. A., & DiGilio, D. A. (2016). Psychology's contribution to the well-being of older americans. *American Psychologist*, 71(4), 257–267. DOI: 10.1037/a0040251.

- Gavarskhar, F., Gharibi, F., & Dadgar, E. (2022). Care services for older persons: A scoping review. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 17(2), 22–37. DOI: 10.51866/rv1221.
- George, L.K. (2009). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(3), 331–339. DOI:10.1093/geronb/gbq006.
- Grady, P. A. (2011). Advancing the health of our aging population: a lead role for nursing science. *Nursing outlook*, 59(4), 207–209. DOI: 10.1016/j.outlook.2011.05.017.
- Hackney, M. E., & Earhart, G. M. (2010). Effects of dance on gait and balance in parkinson's disease: a comparison of partnered and nonpartnered dance movement. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(4), 384–392. DOI: 10.1177/1545968309353329.
- Hallberg, I. R., Leino-Kilpi, H., Meyer, G., Raamat, K., Martin, M. S., Sutcliffe, C., Zabalegui, A., Zwakhalen, S., & Karlsson, S. (2013). Dementia care in eight European countries: developing a mapping system to explore systems. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 45(4), 412–424. DOI: 10.1111/jnu.12046.
- Ho, R. T. H., 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. DOI: 10.1093/geronb/gby145.
- Ho, R. T. H., 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. DOI: 10.1093/geronb/gby145.
- Huang, S. Y., Hogg, J., Zandieh, S., & Bostwick, S. B. (2012). A ballroom dance classroom program promotes moderate to vigorous physical activity in elementary school children. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 26(3), 160–165. DOI: 10.4278/ajhp.090625-QUAN-203.
- Husain, W. (2021). Components of psychosocial health. *Health Education*, 122(4), 387–401. DOI: 10.1108/HE-05-2021-0084.
- Yalom, I. D. (2023). *Terapijos dovana*. Vilnius: Alma littera.

- Jackson R. (2001). Elderly and sun-affected skin. Distinguishing between changes caused by aging and changes caused by habitual exposure to sun. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 47, 1236–1243.
- Jacob, K. S. (2013). Psychosocial adversity and mental illness: Differentiating distress, contextualizing diagnosis. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 106–110. DOI: 10.4103/0019-5545.111444.
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Frontiers in public health*, 5, 335. DOI:10.3389/fpubh.2017.00335.
- Kairys, J. (2002). *Senatvės psichologija*. Utena: Kintava.
- Karkou, V., & Meekums, B. (2017). Dance movement therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD011022. DOI: 10.1002/14651858.CD011022.pub2.
- Karkou, V., & Sanderson, P. (2001). Dance movement therapy in the UK: a field emerging from dance education. *European Physical Education Review*, 7 (2), 137-155. DOI: 10.1177/1356336X010072003.
- Keogh, J. W. L., Kilding, A., Pidgeon, P., Ashley, L., & Gillis, D. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: A review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 17(4), 479–500. DOI: 10.1123/japa.17.4.479.
- Khavinson, V., Popovich, I., & Mikhailova, O. (2020). Towards realization of longer life. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 91(3), e2020054. DOI:10.23750/abm.v91i3.10079.
- Kiepe, M.-S., Stöckigt, B., ir Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404–411. DOI: 10.1016/j.aip.2012.06.001.
- Kim, S.-H., Kim, M., Ahn, Y.-B., Lim, H.-K., Kang, S.-G., Cho, J., Park, S.-J., & Song, S.-W. (2011). Effect of Dance Exercise on Cognitive Function in Elderly Patients with Metabolic Syndrome: A Pilot Study. *Journal of Sports Science & Medicine*, 10(4), 671–678.
- Koch, S. C., Riege, R. F. 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, 1806. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01806.
- Koipysheva, E. A., Lebedinsky, V. Y., & Koipysheva, M. A. (2018). Physical Health (Definition, Semantic Content, Study Prospects. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 50, 601–605. DOI: 10.15405/epsbs.2018.12.73.

- Kourkouta, L., Iliadis, C., & Monios, A. (2015). Psychosocial issues in elderly. *Progress in health sciences*, 5(1), 232-237.
- Kramkowska, E. (2018). The Aging Human Body as a Biological or Sociocultural Reality: A Study Based on the Writings of Select Christian Philosophers and Research on the Elderly. *Rocznik Teologii Katolickiej*, 17(2), 137-149. DOI: 10.15290/rtk.2018.17.2.10.
- Krampe, J. (2013). Exploring the Effects of Dance-Based Therapy on Balance and Mobility in Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 35(1), 39–56. DOI: 10.1177/0193945911423266.
- Kubzansky, L. D., Winning, A., & Kawachi, I. (2014). Affective states and health. *Social epidemiology*, 2, 320-364. DOI: 10.1093/med/9780195377903.003.0009.
- Kučinskienė, R. (2006). *Dailės terapija: seminarų užrašai*. Kaunas: Kronta.
- Larsson, L., Degens, H., Li, M., Salviati, L., Lee, Y. I., Thompson, W., Kirkland, J. L., & Sandri, M. (2019). Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. *Physiological reviews*, 99(1), 427–511. DOI: 10.1152/physrev.00061.2017.
- Last, B. S., Mirhashem, R., & Yang, Y. (2024). From plan to practice: A qualitative study of public mental health therapists' session-planning practices. *Psychological Services*. DOI: 10.1037/ser0000840.
- Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. P., & Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*, 5(4), 249–255. DOI: 10.15441/ceem.17.261.
- Levy, F. J. (1988). *Dance/movement therapy. A healing art*. AAHPERD Publications, PO Box 704, Waldorf, MD 20601.
- Levine, B., & Land, H. M. (2016). A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma. *Qualitative Health Research*, 26(3), 330–344. DOI: 10.1177/1049732315589920.
- Lovink, M. H., Verbeek, F., Persoon, A., Huisman-de Waal, G., Smits, M., Laurant, M. G. H., & van Vught, A. J. (2022). Developing an Evidence-Based Nursing Culture in Nursing Homes: An Action Research Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1733. DOI: 10.3390/ijerph19031733.
- LR sveikatos apsaugos ministras (2014). Įsakymas dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo. Nr.V-825, Vilnius. [žiūrėta 2023-12-30]. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legAct/lt/TAD/4ae918500ebf11e48595a3375cdcc8a3?jfwid=>

- Luhmann, M., & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental psychology*, *52*(6), 943–959. DOI: 10.1037/dev0000117.
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, *4*(1), 8. DOI: 10.1186/s40359-016-0111-x.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Expressive Therapies*. Guilford Publications.
- McHugh, D., & Gil, J. (2018). Senescence and aging: Causes, consequences, and therapeutic avenues. *The Journal of cell biology*, *217*(1), 65–77. DOI: 10.1083/jcb.201708092.
- Michels, K., Dubaz, O., Hornthal, E., & Bega, D. (2018). “Dance Therapy” as a psychotherapeutic movement intervention in Parkinson’s disease. *Complementary Therapies in Medicine*, *40*, 248–252. DOI: 10.1016/j.ctim.2018.07.005.
- Miller, A. P., Navar, A. M., Roubin, G. S., & Oparil, S. (2016). Cardiovascular care for older adults: hypertension and stroke in the older adult. *Journal of geriatric cardiology: JGC*, *13*(5), 373–379. DOI: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.05.001.
- Mintarsih, R., & Azizah, B. (2020). *Mirroring Exercise: Dance/Movement Therapy for Individuals with Trauma*. DOI: 10.2991/assehr.k.200120.029.
- Moyo, P., Zullo, A. R., McConeghy, K. W., Bosco, E., van Aalst, R., Chit, A., & Gravenstein, S. (2020). Risk factors for pneumonia and influenza hospitalizations in long-term care facility residents: a retrospective cohort study. *BMC geriatrics*, *20*(1), 47. DOI: 10.1186/s12877-020-1457-8.
- Mollica, R. (2003). Coordinating services across the continuum of health, housing, and supportive services. *Journal of aging and health*, *15*(1), 165–188. DOI: 10.1177/0898264302239022.
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & Del-Pino-Casado, R. (2018). The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. *BMC geriatrics*, *18*(1), 228. DOI: 10.1186/s12877-018-0922-0.
- Mui, A. C. (2001). The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *Journal of aging & social policy*, *13*(2-3), 53–67. DOI: 10.1300/j031v13n02\_05.
- Murniati, N., Al Aufa, B., Kusuma, D., & Kamso, S. (2022). A Scoping Review on Biopsychosocial Predictors of Mental Health among Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, *19*(17), 10909. DOI: 10.3390/ijerph191710909.

- Naghavi, A., Teismann, T., Asgari, Z., Eizadifard, R., & Brailovskaia, J. (2021). Validation of the Persian version of the Positive Mental Health Scale. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 472. DOI: 10.1186/s12888-021-03487-6.
- Navickas, V., Vaičiulienė, A. (2010). *Žmogaus raidos psichologija*. Vilnius: Versus aureus.
- Payne, H. (2003). *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge.
- Payne, H. (2020). *Creative dance and movement in groupwork* (2nd ed.). Routledge.
- Panella, L., Tinelli, C., Buizza, A., Lombardi, R., & Gandolfi, R. (2008). Towards objective evaluation of balance in the elderly: Validity and reliability of a measurement instrument applied to the Tinetti test. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Readaptation*, *31*(1), 65–72. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3282f28f38.
- Pappas, S. (2023). Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. Here's how to do it successfully. *Monitor on Psychology*, *54*(2), 30.
- Pardasani, M., & Thompson, P. (2012). Senior Centers: Innovative and Emerging Models. *Journal of Applied Gerontology*, *31*(1), 52-77. DOI: 10.1177/0733464810380545.
- Pary, R., Sarai, S. K., Micchelli, A., & Lippmann, S. (2019). Anxiety Disorders in Older Patients. *The primary care companion for CNS disorders*, *21*(1), 18nr02335. DOI: 10.4088/PCC.18nr02335.
- Perry, T. E., Ruggiano, N., Shtompel, N., & Hassevoort, L. (2015). Applying Erikson's Wisdom to Self-Management Practices of Older Adults: Findings From Two Field Studies. *Research on Aging*, *37*(3), 253-274. DOI: 10.1177/0164027514527974.
- Pillemer, K., Czaja, S., Schulz, R., & Stahl, S. M. (2003). Finding the best ways to help: opportunities and challenges of intervention research on aging. *The Gerontologist*, *43* Spec No 1, 5–8. DOI: 10.1093/geront/43.suppl\_1.5.
- Pylvänäinen, P. (2010). The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: Explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *5*(3), 219–230. DOI: 10.1080/17432979.2010.518016.
- Pitluk Barash, M., Shuper Engelhard, E., & Elboim-Gabyzon, M. (2023). Feasibility and Effectiveness of a Novel Intervention Integrating Physical Therapy Exercise and Dance Movement Therapy on Fall Risk in Community-Dwelling Older Women: A Randomized Pilot Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(8), 1104. DOI: 10.3390/healthcare11081104.
- Ponti, F., Santoro, A., Mercatelli, D., Gasperini, C., Conte, M., Martucci, M., Sangiorgi, L., Franceschi, C., & Bazzocchi, A. (2020). Aging and Imaging Assessment of Body

- Composition: From Fat to Facts. *Frontiers in endocrinology*, 10, 861. DOI: 10.3389/fendo.2019.00861.
- Rapolienė, G. (2007). Lietuvos pagyvenusių žmonių identitetas iš postmodernizmo perspektyvos. *Gerontologija*, 8(2), 109-116.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717–721. DOI: 10.1037/0022-006X.69.4.717.
- Riddoch C. (2000). Social and productive activities in elderly people. Activities have been confused. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7228), 184–185. DOI: 10.1136/bmj.320.7228.184.
- Riediger, M., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 60(2), 84–91. DOI:10.1093/geronb/60.2.p84
- Robins, R.W., & Trzesniewski, K.H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 158-162. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353x
- Rokach, A. (2022). Loneliness, its effect on mental and physical health, and the dying. *Palliative Medicine*, 36(10), 1450–1451. DOI: 10.1177/02692163221135223.
- Rubinstein, R.L. (2002). The third age. In R.S. Weiss & S.A. Bass (Eds.), *Challenges of the third age; Meaning and purpose in later life* (pp. 29-40). New York: Oxford University Press.
- Ruiz-Muelle, A., & López-Rodríguez, M. M. (2019). Dance for People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer Research*, 16(10), 919–933. DOI: 10.2174/1567205016666190725151614.
- Rupšienė, L. (2007). *Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
- Russo, G. T., De Cosmo, S., Viazzi, F., Mirijello, A., Ceriello, A., Guida, P., Giorda, C., Cucinotta, D., Pontremoli, R., Fioretto, P., & AMD-Annals Study Group (2018). Diabetic kidney disease in the elderly: prevalence and clinical correlates. *BMC geriatrics*, 18(1), 38. DOI: 10.1186/s12877-018-0732-4.

- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 28 (4), 301–309. DOI: 10.1097/00002820-200507000-00011.
- Santiago, J. A., & Potashkin, J. A. (2023). Physical activity and lifestyle modifications in the treatment of neurodegenerative diseases. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1185671. DOI: 10.3389/fnagi.2023.1185671.
- Sargautytė, R. (2000). Psichologinių senatvės tyrimų perspektyvos. *Gerontologija*, 1(1), 47 – 56.
- Savidaki, M., Demirtoka, S., & Rodríguez-Jiménez, R.-M. (2020). Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8, 22. DOI: 10.1186/s40337-020-00296-2.
- Schmid, H. (2005). The Israeli Long-Term Care Insurance Law: selected issues in providing home care services to the frail elderly. *Health & social care in the community*, 13(3), 191–200. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2005.00548.x.
- Scura, D., & Munakomi, S. (2022). Tinetti Gait and Balance Test. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. [žiūrėta 2024-05-01]. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578181/>
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601–630. DOI: 10.1037/0033-2909.130.4.601.
- Shamsikhani, S., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., & Vaismoradi, M. (2022). Meaning of Respect for Older People in Family Relationships. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 7(3), 57. DOI: 10.3390/geriatrics7030057.
- Shim, M. (2014). *The Use of Creative Arts Therapies for Chronic Pain Management: Embodied Interventions*.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2007). *Motor control: translating research into clinical practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shuper-Engelhard, E., & Vulcan, M. (2022). Dance Movement Therapy with Children: Practical Aspects of Remote Group Work. *Children*, 9(6), 870. DOI: 10.3390/children9060870.
- Silverstein, N. M., Wong, C. M., & Brueck, K. E. (2010). Adult day health care for participants with Alzheimer's disease. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 25(3), 276–283. DOI: 10.1177/1533317510361237.



- Singer, T., Verhaeghen, P., Ghisletta, P., Lindenberger, U., & Baltes, P.B. (2003). The fate of cognition in very old age: Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging, 18*, 318-331. DOI: 10.1037/0882-7974.18.2.318.
- Slife, B. D., & Lanyon, J. (1991). Accounting for the Power of the Here-and-Now: A Theoretical Revolution. *International Journal of Group Psychotherapy, 41*(2), 145–167. DOI: 10.1080/00207284.1991.11490641.
- Smith, J. (2002). The fourth age: a period of psychological mortality?. In *Biomolecular aspects of aging: The social and ethical implications* (pp. 75-88). Max-Planck-Gesellschaft.
- Smith, K. (2020). *The Ethical Visions of Psychotherapy*. Routledge.
- Stepler, R. (2016). *Smaller share of women 65 or older are living alone*. Pew Research Center. [žiūrėta 2024-04-10]. Prieiga internetu: [https://www.pewresearch.org/social-trends/wp-content/uploads/sites/3/2016/02/ST\\_2016-02-18\\_older-adult-FINAL.pdf](https://www.pewresearch.org/social-trends/wp-content/uploads/sites/3/2016/02/ST_2016-02-18_older-adult-FINAL.pdf)
- Strait, J. B., & Lakatta, E. G. (2012). Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart failure clinics, 8*(1), 143–164. DOI: 10.1016/j.hfc.2011.08.011.
- Stumbrys, D. (2023). Lietuvos demografinė kaita: pagrindiniai pokyčiai ir ateities prognozės. *SPECTRUM, 2*(38), 22-27. [žiūrėta 2024-05-05]. Prieiga per internetą: [https://is-suu.com/vu\\_lt/docs/38\\_spectrum\\_numeris](https://is-suu.com/vu_lt/docs/38_spectrum_numeris)
- Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P., & Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for Geriatric Anxiety Disorders. *Indian journal of psychiatry, 60*(Suppl 3), 371–382. DOI: 10.4103/0019-5545.224476.
- Šokio-judesio terapija. LŠJTA (n.d.). [žiūrėta 2024-02-13]. Prieiga internetu: <https://www.lshta.lt/sokio-judesio-terapija>.
- Takahashi, H., Matsushima, K., & Kato, T. (2019). The Effectiveness of Dance/Movement Therapy Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Dance Therapy, 41*(1), 55–74. DOI: 10.1007/s10465-019-09296-5.
- Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimo metodologija*. Vilnius. [žiūrėta 2024-05-05]. Prieiga internetu: <https://cris.mruni.eu/server/api/core/bitstreams/bc860f08-2e52-404d-a338-0764d4c38f0e/content>.
- Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras.
- Tolson, D., Irene, S., Booth, J., Kelly, T. B., & James, L. (2006). Constructing a new approach to developing evidence-based practice with nurses and older people. *Worldviews on evidence-based nursing, 3*(2), 62–72. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2006.00052.x.

- Trepulè, E. (2019). *50+ : Senjorai ar vidutinio amžiaus žmonės*. [žiūrėta 2024-04-15]. Prieiga per internetą: <https://epale.ec.europa.eu/sites/default/files/50amzius.pdf?fbclid=IwAR0JjNpkTg6sWxmHjy8kDGzyQ1iY-vIHZNvWa8zrIMzq7HwGrkC4thCYzG0>.
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., & Fagerström, L. (2020). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International journal of nursing sciences*, *8*(1), 102–119. DOI: 10.1016/j.ijnss.2020.09.011.
- Venables, D., Reilly, S., Challis, D., Hughes, J., & Abendstern, M. (2006). Standards of care in home care services: a comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging & mental health*, *10*(2), 187–194. DOI: 10.1080/13607860500310518.
- Veronese, N., Maggi, S., Schofield, P., & Stubbs, B. (2017). Dance movement therapy and falls prevention. *Maturitas*, *102*, 1–5. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.05.004.
- Villani, A., Ferrillo, M., Fabbrocini, G., Ocampo-Garza, S. S., Scalvenzi, M., & Ruggiero, A. (2022). Hair Aging and Hair Disorders in Elderly Patients. *International journal of trichology*, *14*(6), 191–196. DOI: 10.4103/ijt.ijt\_90\_21.
- Wallerstein, R. S. (1998). Erikson's concept of ego identity reconsidered. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *46*(1), 229–248. DOI: 10.1177/000306519804600112.
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2016). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European journal of ageing*, *14*(1), 81–98. DOI: 10.1007/s10433-016-0398-8.
- Walston J. D. (2012). Sarcopenia in older adults. *Current opinion in rheumatology*, *24*(6), 623–627. DOI: 10.1097/BOR.0b013e328358d59b.
- Weinbaum, C., Landree, E., Blumenthal, M. S., Piquado, T., & Gutierrez, C. I. (2018). Ethical principles for Scientific Research. In *Ethics in scientific research: An examination of ethical principles and emerging topics* (pp. 5-37). Sant Monica: RAND Corporation.
- Wilson, K. B. (2007). Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *The Gerontologist*, *47 Spec No 3*, 8–22. DOI: 10.1093/geront/47.supplement\_1.8.
- Wołoszyn, N., Wiśniowska-Szurlej, A., Grzegorzczak, J., & Kwolek, A. (2021). The impact of physical exercises with elements of dance movement therapy on the upper limb grip strength and functional performance of elderly wheelchair users living in nursing homes

- a randomized control trial. *BMC Geriatrics*, 21, 423. DOI: 10.1186/s12877-021-02368-7.
- Wołoszyn, N., Wiśniowska-Szurlej, A., Grzegorzcyk, J., & Kwolek, A. (2021). The impact of physical exercises with elements of dance movement therapy on the upper limb grip strength and functional performance of elderly wheelchair users living in nursing homes— A randomized control trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 423. DOI: 10.1186/s12877-021-02368-7.
- World Health Organization. Ageing, & Life Course Unit. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. [žiūrėta 2024-05-06]. Prieiga internetu: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.
- Wu, C., Xiong, H.-Y., Zheng, J.-J., & Wang, X.-Q. (2022). *Dance movement therapy for neurodegenerative diseases: A systematic review—PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36004000/>.
- Zanasi, F., Arpino, B., Bordone, V., & Hank, K. (2023). The prevalence of grandparental childcare in Europe: a research update. *European Journal of Ageing*, 20(1), 37. DOI: 10.1007/s10433-023-00785-8.
- Zeltzer, B. B., Stanley, S., Melo, L., & LaPorte, K. M. (2003). Arts therapies promote wellness in elders. *Behavioral healthcare tomorrow*, 12(2), 7–12.
- Zhou, A., Hellström, I., Roos, S., & Ranada, Å. L. (2024). Aging with my family: a grounded theory approach on the role of family when aging as foreign-born. *BMC geriatrics*, 24(1), 45. DOI: 10.1186/s12877-023-04641-3.
- Zvicevičienė, S. (2018). *Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimus, ugdymas ir terapija, taikant Lietuvių šokamąjį folklorą*. Daktaro disertacija. Vilnius: LEU.
- Žukauskienė, R. (2007). *Raidos psichologija*. Vilnius: Margi raštai.
- Žukauskienė, R. (2012). *Raidos psichologija: integruotas požiūris*. Vilnius: Margi raštai.

## PRIEDAI

1 priedas. Tinneti pusiausvyros ir eisenos testas

Nr.	Pavadinimas	Vertinimo paaiškinimas	Balai prieš ŠJT	Balai po ŠJT
<b>PUSIAUSVYRA</b>				
1.	Pusiausvyra sėdint	0- Atsirėmęs, nestabilus 1- Stabilus, saugus		
2.	Bandymas atsistoti	0- Reikalinga pagalba 1- Savarankiškai, bet ne iš pirmo karto. 2- Savarankiškai iš pirmo karto		
3.	Atsistojimas	0- Reikalinga pagalba 1- Atsistoja rankų pagalba 2- Atsistoja be pagalbos		
4.	Pusiausvyra pirmašias 5 sek. po atsistojimo	0- Nestabilus 1- Stabilus su lazda ar vaikštyne 2- Stabilus be atramos		
5.	Pusiausvyros išlaikymas stovint	0- Nestabilus 1- Reikalingas didelis atramos plotas 2- Siauras atramos plotas		
6.	Stumtelėjimas (paciento kojos suglaustos) 3 k.	0-Krenta 1- Svyruoja, griebiasi atsiremti 2- Stabilus		
7.	Stumtelėjimas (pacientas užsimerkęs)	0-Nestabilus 1- Stabilus		
8.	Apsisukimas 360° kampu	0- Žingsniuoja sustodamas 1- Žingsniuoja nesustodamas 0- Nestabiliai 1- Stabiliai		
9.	Atsisėdimas	0- Nesaugiai (neįvertina atstumo) 1- Reikalinga rankų pagalba 2- Saugiai, tolygiai		
<b>Iš viso:</b>				
Pastabos:				

<b>EISENA</b>				
10.	Ėjimo pradžia	0- Svyruoja, sunku pradėti eiti 1- Jokių svyravimų		
11.	Žingsnio ilgis ir aukštis a) dešinė mojamoji koja b) kairė mojamoji koja	0- Pristato dešinę koją 1- Pilnas žingsnis 0- Nepilnai pristato pėdą ant grindų 1- Pilnai pristato pėdą 0- Pristato kairę koją 1- Pilnas žingsnis 0- Nepilnai pristato pėdą ant grindų 1- Pilnai pristato pėdą		
12.	Žingsnio simetriškumas	0- Žingsniai netolygūs 1- Žingsnių ilgis vienodas		
13.	Žingsnio apibūdinimas	0- Eina sustodamas ir pristatydamas koją 1- Atlieka pilną žingsnį		
14.	Ėjimo kelias	0- Žymiai nukrypsta nuo tiesiosios 1- Nežymiai nukrypsta 2- Eina tiesiai be pagalbinių priemonių		
15.	Liemuo	0- Žymiai svyruoja ar svyruoja naudodamas pagalbines priemones 1- Nesvyruoja, lenkia kelius, liemenį, eina išskėstomis rankomis 2- Nesvyruoja, nenaudoja pagalbinių priemonių		
16.	Žingsnio fazė	0- Kulnai plačiai 1- Kulnai beveik liečiasi		
<b>Iš viso:</b>				
<b>Pusiausvyra + eisena</b>				

2 priedas. Pozityvios psichikos sveikatos skalė (angl. Positive Mental Health Scale)

Pažymėkite, kuris atsakymas Jums labiausiai tinka prie kiekvieno iš žemiau pateiktų teiginių.

		0 = Nesutinku	1 = Labiau nesutinku	2 = Labiau sutinku	3 = Sutinku
1	Dažnai būnu džiugus (-i) ir geros nuotaikos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mėgaujuosi savo gyvenimu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apskritai esu patenkintas (-a) savo gyvenimu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Iš esmės pasitikiu savimi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Man gerai sekasi pasirūpinti savo poreikiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mano emocinė ir fizinė savijauta gera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jaučiuosi gerai pasiruošęs (-usi) gyvenimui ir jo sunkumams.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Daugelis mano veiklų teikia man džiaugsmą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Esu ramus, pusiausvyrą išlaikantis žmogus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 priedas. Stebėjimo protokolai

Tiriamasis	Sesijos	Parametrai		
		Tarpusavio sąveika su terapeutu	Asmens įsitraukimas į veiklas	Sąveika grupėje
1	1			
	12			
2	1			
	12			
3	1			
	12			
4	1			
	12			
5	1			
	12			
6	1			
	12			
7	1			
	12			
8	1			
	12			
9	1			
	12			
10	1			
	12			
11	1			
	12			
12	1			
	12			
13	1			
	12			
14	1			
	12			
15	1			
	12			
16	1			
	12			
17	1			
	12			
18	1			
	12			
19	1			
	12			

4 priedas. Šokio-judėsio terapijos intervencijos programa

Sesija	Pavadinimas	I dalis (apšilimas)	II dalis (pagrindinė dalis)	III dalis (refleksija)
I	„Ryšių kūrimas“	Prisistatymas savo vardu, trumpas pasakojimas apie savo pomėgius. Kūno dalių lietimasis ir sukimas.	Ieškomas svorio centras. Įtraukiami lėti, kontroliuojami judesiai sėdint ir stovint, naudojant atramą (kėdę). Atliekamas ritmingas kvėpavimas kartu.	Dalijimasis pirmosios sesijos įžvalgomis.
II	„Judėsio džiaugsmas“	Įsiregistravimas: vardas išreikštas judesiu. Atliekami švelnūs tempimo judesiai.	Dalyviai mokosi ritmingus šokio žingsnius atsisėdus. Judėjime atsistojus pasitelkiami audiniai, vienkartinės lėkštės. Šokiuose naudojami judesiai, kaip tūpti-pasistiebti, pakelti vieną ir kitą koją, trepsėjimai, svyravimai ir kt.)	Dalyvių refleksija apie šokio metu patirtas emocijas ir pojūčius.
III	„Sąmoningas judėjimas“	Įsiregistravimas: kaip šiandien jaučiatės? Kvėpavimo pratimas ir kūno lietimasis judesiai.	Skatinama dalyvius judėti apgalvotai ir neskubant. Koordinaciniai judesiai, kaip kamuolio pagavimas, gaudymas, metimas kitam dalyviui, šokiai kartu apsisukant, siūbuojant ratu.	Dalyvių refleksija apie patiriamus iššūkius judėjime.
IV	„Žingsniai į pasitikėjimą“	Įsiregistravimas: kokia šiandien jūsų nuotaika? Kūno dalių sukimas, kėlimas aukštyn, žemyn.	Pratimai įsikibus į kėdę: svyravimai, pasistiebimai-įtūpimai, stovėjimas ant vienos kojos, žingsniavimas. Atsisėdimas ir atsistojimas poroje.	Grupinė diskusija apie pasitikėjimą.
V	„Stiprybė vienybėje“	Įsiregistravimas: komplimentas šalia sėdinčiam dalyviui. Apšilimas trinantis savo kūno dalis.	Kiaušinio perdavimas vienas kitam, veidrodžiavimo pratimas, grupiniai šokiai dainuojant. Dalyvius kviečiama palaikyti vienas kitą, kad išlaikytume grupės pusiausvyrą ir ritmą.	Grupinė diskusija apie socialinės paramos reikšmę įveikiant fizinius, emocinius iššūkius.
VI	„Laimė judėti“	Įsiregistravimas: pajudinti savo visas	Įtraukiama ritminga muzika, šokių	Dalijimasis dalyvių ar



		kūno dalis (įsisąmoninti, kad turint apribojimų, vis tiek galima judėti). Apšilimo pratimai su plovimais ir trepsėjimais.	žingsneliai, kurie lavina pusiausvyrą, koordinaciją. Suteikiama laisvė laisvai judėti, improvizuoti su audiniais.	jaunystės šokio akimirkomis ir dainomis.
VII	„Lankstumas ir prisitaikymas“	Įsiregistravimas: Kaip jaučiatės šiandien? Lankstumo didinimo pratimai atsisėdus.	Pratimai, kurie verčia prisitaikyti prie pasikeitusios situacijos. Naudojamos pusiausvyros ir koordinacijos gerinimui kitos kėdės, keičiami partneriai, sėdimos vietos.	Grupinė diskusija apie lankstumo svarbą išlaikant pusiausvyrą. Daliujimasis prisitaikymo prie nenumatytų iššūkių strategijomis.
VIII	„Baimė nukristi“	Įsiregistravimas: Kaip dažnai jaučiate baimę nugriūti? Apšilimas: kvėpavimo pratimas.	Erdvinio suvokimo pratimai. Be pagalbiųjų priemonių judėjimas (platus ir siauras judėjimas). Stovėjimas užsimerkus, dalyvių pagalba žingsniuojant, siūbuojant.	Dalyvių patyrimai apie baimę nukristi.
IX	„Mano kūno jėga“	Įsiregistravimas: Kaip suprantate kas yra kūno jėga? Kūno dalių pakėlimai, sukimai.	Kūno dalių paspaudimai, jėgos pajautimas porose, Atsistojimai-atsisėdimai, svyravimai, vienos kojos ir kitos pakėlimai, žingsniavimai lėtesniu tempu (su pagalba ir be pagalbos).	Dalyvių refleksija apie kūno jėgą. Nuo lengviausio kūno judesio iki sunkiausio apibūdinimas.
X	„Kūrybos galia“	Įsiregistravimas: pasidalinkite patirtimi, kai kūrybiška veikla padėjo jums įveikti sunkumus ar praturtino jūsų gyvenimą. Kūno pasukimo judesiai ir kvėpavimo pratimai.	Pusiausvyros pratimai. Dalyvius skatinama laisvai judėti, ieškoti įvairių kūno išraiškos formų. Pasitelkiamas piešimas (piešiama tai kas gimsta čia ir dabar galvoje).	Refleksija apie piešinius, kilusius jausmus.
XI	„Motyvacija veikti“	Įsiregistravimas: kokia veikla jums patinka labiausiai? Judesiai naudojant vienkartinę lėkštę, pvz.: „vairavimas“,	Pusiausvyros judesiai: siūbavimai, apsisukimai, atsistojimai-atsisėdimai, tūpimai-pasistiebimai, rankų mostai, žingsniavimai pirmyn-atgal.	"Sėkmingų metų" meditacija: sėdint užmerktomis akimis vizualizuojame save ateityje. Save, kuris sėkmingai

		pasisveikinimai su „kepure“.	Pasitelkiamas didelis audinys, kamuolys, skaros.	pasiekia savo tikslus. Pratimu siekiama sustiprinti dalyvių norą pasiekti norimus rezultatus. Aptarimas, pasidalinimas.
XII	„Pasiiekimų įvertinimas, atsisveikinimas“	Įsiregistravimas: vardas judesiu. Apšilimas: tempimo ir atsipalaidavimo pratimai.	Kartojami judesiai. Siekiama, kad dalyviai pastebėti savo progresą, įvardintų, pamatytų kartu.	Dalyvių apmąstymas apie kolektyvinę augimo ir transformacijos kelionę, patirtą programos metu. Aptariami planai, kaip išlaikyti pažangą pasibaigus programai.