

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS
IR
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos, šokio-judesio terapijos specializacijos
antrosios pakopos (magistrantūros) studijų
Baigiamasis darbas

ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS ONKOLOGINĖMIS
LIGOMIS SERGANČIOMS MOTERIMS: GYVENIMO KOKYBĖ IR
VILTIS

THE EFFECTS OF DANCE MOVEMENT THERAPY FOR WOMEN
WITH ONCOLOGICAL DISEASES: HOPE AND QUALITY OF LIFE

Simona Repeikaitė

Darbo vadovas

Vilniaus universitetas, dr. Margarita Gedvilaitė-Kordušienė
(institucija, pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantas

(institucija, pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Vilniaus universitetas, dr. Aušra Beržanskytė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Studento elektroninio pašto adresas simona.repeikaite@mf.stud.vu.lt

2025

TURINYS

SANTRAUKA	3
ABSTRACT	5
SĄVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS	7
ĮVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1. Onkologinių ligų ir su jomis susiję biopsichosocialinės sveikatos ypatumai	11
1.1.1. Biopsichosocialinis modelis ir jo taikymas onkologijoje	11
1.1.2. Onkologinių ligų poveikis psichosocialinei gerovei	14
1.2. VILTIES IR GYVENIMO KOKYBĖS YPATUMAI	17
1.2.1. Vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybės samprata ir matavimas	17
1.2.2. Vilties teorija	20
1.3. Onkologinių ligų epidemiologinė analizė ir jų prevencija	21
1.3.1. Onkologinių ligų paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje	21
1.3.2. Onkologinių ligų atsiradimo galimos priežastys ir prevencija	24
1.4. ŠJT taikymas moterims, sergančioms onkologinėmis ligomis	26
1.4.1. ŠJT taikymas pacientams, sergantiems įvairių formų onkologinėmis ligomis	26
1.4.2. ŠJT taikymas onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams jų gyvenimo kokybei gerinti	28
1.4.3. ŠJT taikymas krūties vėžiu sergančioms pacientėms gyvenimo kokybei gerinti	31
1.4.4. Viltis kaip gyvenimo kokybės prielaida onkologinėmis ligomis sergančioms moterims: tyrimų apžvalga ir ŠJT taikymo galimybės	32
2. EMPIRINIS TYRIMAS	36
2.1. Tyrimo metodologija	36
2.2. Tyrimo rezultatų analizė	41
2.2.1. Tyrimo dalyvių charakteristikos	41
2.2.2. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretacija: kiekybinio tyrimo duomenų rezultatai	42
2.2.3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretacija: kokybinio tyrimo duomenų rezultatai	47
APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA	60
REFLEKSIJA	65
IŠVADOS	67
REKOMENDACIJOS	69
LITERATŪROS ŠALTINIAI	70
PRIEDAI	78

SANTRAUKA

ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIOMS MOTERIMS: GYVENIMO KOKYBĖ IR VILTIS

Tyrimo pagrindimas. Vėžys ir jo gydymas sukelia daug fizinių, psichologinių bei socialinių problemų. Tiek gydymo metu, tiek po jo ilgą laiką jaučiami padariniai, dažnai neigiamai veikiantys išgyvenusiųjų vėžį gyvenimo kokybę. Be to, gydantis gali mažėti viltis, o tai daro neigiamą poveikį onkologine liga sergančių moterų emocinei būsenai ir visam gydymo procesui. Todėl svarbu tirti ir ieškoti veiksmingų intervencijų, kurios pagerintų ligonių gyvenimo kokybę ir stiprintų jų viltį pasveikti.

Tyrimo tikslas – atskleisti ŠJT poveikį onkologine liga sergančių moterų gyvenimo kokybei ir vilties pojūčiui, išanalizuoti jų subjektyvią patirtį ir įvertinti ryšį tarp vilties ir gyvenimo kokybės.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą, nagrinėjančią onkologinių ligų poveikį biopsichosocialinei sveikatai.
2. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ypatumus moterų, besigydančių arba jau įveikusių onkologinę ligą, ir atskleisti ŠJT taikymo galimybes šiai tikslinei grupei.
3. Išanalizuoti mokslinę literatūrą, nagrinėjančią onkologinėmis ligomis sergančių moterų vilties ir gyvenimo kokybės sąsajas.
4. Remiantis kiekybiniu tyrimu, įvertinti ŠJT poveikį onkologine liga sergančių moterų gyvenimo kokybei, vilčiai bei išmatuoti sąsajas tarp vilties bei gyvenimo kokybės.
5. Remiantis kokybinio tyrimo duomenimis, atskleisti ŠJT dalyvavusių tiriamųjų patirtį.

Tyrimo metodai. Šiame tyrime buvo taikyta metodų trianguliacija. Kiekybinio tyrimo metu buvo naudoti standartizuoti klausimynai, o surinkti duomenys analizuoti taikant statistinės analizės metodus. Atliekant kokybinį tyrimą duomenys buvo renkami naudojant pusiau struktūruotą interviu ir istorijų metodą. Surinkti kokybiniai duomenys nagrinėti taikant teminę analizę.

Tyrimo rezultatai. Gauti rezultatai atskleidė, kad bendroji sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė pagerėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) bei turėjo vidutinio stiprumo efektą.

Funkcinės skalės komponentai kaip vaidmenų atlikimas, emocinis ir socialinis funkcionavimas statistiškai reikšmingai pagerėjo ($p < 0,05$), nustatytas statistiškai reikšmingas pokytis atliekant kasdienės veiklas, tai turėjo vidutinį ir stiprų efektą. Arti statistinio reikšmingumo buvo kognityvinis veikimas ($p = 0,053$). Fizinis funkcionavimas nežymiai pagerėjo, pokytis statistiškai nereikšmingas, tačiau efektas

buvo vidutinio stiprumo. Simptomų skalėje tokie komponentai kaip nuovargis, skausmas, nemiga ir apetito praradimas reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$), tad šis pokytis – statistiškai reikšmingas bei vidutinio ir didelio stiprumo efektu. Vidurių užkietėjimas mažėjo ($p = 0,066$), bet reikšmingumo ribos nepasiekė, bet efektas buvo vidutinio efekto. Pykinimas ir vėmimas, viduriavimas, dusulys, patiriami finansiniai sunkumai reikšmingo pokyčio nepasiekė ($p > 0,1$). Prieš ŠJT intervenciją vidutinė koreliacija buvo tarp vilties ir kognityvinio veikimo, ryšys – statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$), bei tarp pykinimo ir vėmimo, tačiau šis ryšys – statistiškai nereikšmingas.

Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad ŠJT dalyvėms buvo nauja, emociškai praturtinanti patirtis, padėjusi atsipalaiduoti, geriau pažinti save ir sumažinti vienišumo jausmą. Viltis terapijos metu stiprėjo ir žadino norą veikti, imtis veiksmų. Po ŠJT pagerėjo dalyvių emocinė būseną, socialiniai ryšiai ir savęs suvokimas.

Išvados. ŠJT dalyvavusios ligonės patvirtino, kad tai veiksminga priemonė emociinei ir socialinei jų būklei gerinti – ji mažina stresą, gerina nuotaiką, skatina savęs pažinimą, pasitikėjimą savimi ir bendrumo jausmą. Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad pacienčių gyvenimo kokybė pagerėjo, atsirado viltis kaip svarbus vidinis išteklis, padedantis susidoroti su ligos išbandymais bei sunkumais ir siekti gyvenimo pilnatvės.

Raktažodžiai: gyvenimo kokybė, viltis, šokio-judesio terapija, onkologinės ligos, krūties vėžys.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF DANCE MOVEMENT THERAPY FOR WOMEN WITH ONCOLOGICAL DISEASES: HOPE AND QUALITY OF LIFE

Rationale for the study. Cancer and its treatment cause many physical, psychological and social problems. Both during and after treatment, there are long-lasting effects that often negatively affect the quality of life of cancer survivors. In addition, hope can be diminished during treatment, which has a negative impact on the emotional state of women with cancer and on the whole treatment process. It is therefore important to research and find effective interventions that improve the quality of life of patients and enhance their hope for recovery.

The aim of the study is to reveal the impact of DMT on the quality of life and sense of hope of women with cancer, to analyse their subjective experience and to assess the relationship between hope and quality of life.

Study objectives:

1. Analyse the scientific literature on the impact of cancer on biopsychosocial health.
2. to analyse the quality of life of women who are undergoing or have already overcome oncological disease, and to reveal the potential of the application of DMT in this target group.
3. To analyse the scientific literature on the relationship between hope and quality of life in women with cancer.
4. Based on a quantitative study, to assess the impact of DMT on quality of life and hope in women with cancer and to measure the relationship between hope and quality of life.
5. Based on the qualitative research, the experience of the subjects who participated in the DMT.

Research methods. Methods Triangulation was used in this study. Standardised questionnaires were used in the quantitative study and the data collected were analysed using statistical analysis methods. For the qualitative study, data were collected using semi-structured interviews and the story method. The qualitative data collected was analysed using thematic analysis.

Study results. The results showed a statistically significant ($p < 0.05$) improvement in general health and quality of life with a moderate effect size.

Functional scale components such as role performance, emotional and social functioning showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$), with a statistically significant change in performance of activities of daily living, with moderate to strong effects. Cognitive functioning was close to statistical significance ($p = 0.053$). Physical functioning improved slightly, with a statistically

insignificant change, but with a moderate effect size. On the symptom scale, components such as fatigue, pain, insomnia and loss of appetite showed a significant decrease ($p < 0.05$), which is statistically significant and a moderate to large effect size. Constipation decreased ($p = 0.066$), but did not reach the significance threshold, but the effect was of moderate effect. Nausea and vomiting, diarrhoea, shortness of breath, financial hardship did not reach significance ($p > 0.1$). Before the DMT intervention, there was a moderate correlation between hope and cognitive functioning, which was statistically significant ($p < 0.05$), and between nausea and vomiting, but the relationship was not statistically significant.

The results of the qualitative research showed that the DMT was a new, emotionally enriching experience for the participants, helping them to relax, get to know themselves better and reduce feelings of loneliness. Hope was strengthened during the therapy and the desire to act, to take action. The participants' emotional state, social relationships and self-perception improved after the DMT.

Conclusions. Patients who have participated in DMT have confirmed that it is an effective tool to improve their emotional and social well-being - it reduces stress, improves mood, promotes self-knowledge, self-confidence and a sense of community. Analysis of the results of the study showed an improvement in the patients' quality of life and the emergence of hope as an important inner resource to cope with the challenges and difficulties of the disease and to achieve a full life.

Keywords: quality of life, hope, dance-movement therapy, oncological diseases, breast cancer

SĄVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS

ŠJT – šokio-judesio terapija

DMT (angl. Dance Movement Therapy) – šokio-judesio terapija

ŠJTI – šokio-judesio terapijos intervencija

EORTC (angl. European Organisation for Research and Treatment of Cancer) – Europos organizacija
vėžio tyrimams ir gydymui

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

HADS (angl. Hospital Anxiety and Depression Scale) - Ligoninės nerimo ir depresijos skalė

MBT (angl. Mind-Body Therapies) – psichofizinės terapijos

GDI - Generatyvinis dirbtinis intelektas

IVADAS

Viena aktualiausių ir sudėtingiausių visuomenės sveikatos problemų šiuolaikiniame pasaulyje yra onkologinės ligos, kurios daro poveikį pacientų tiek fizinei, tiek psichosocialinei būklei. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO, 2022) duomenimis, pasaulyje kasmet nustatoma per 19 milijonų naujų vėžio atvejų, o sergamumo rodikliai vis auga, nes žmonių gyvenimo trukmė ilgėja, keičiasi gyvenimo būdas. Nors dėl medicinos pažangos pasiekama geresnių išgyvenamumo rodiklių, daugelis pacientų susiduria su ilgalaikiais gydymo padariniais, tokiais kaip fizinis diskomfortas, emocinis distresas, nerimas, depresija ir suprastėjusi gyvenimo kokybė (Chan et al., 2015; Seneviwickrama et al., 2025). Vėžio diagnozė dažnai sukelia psichologinių sunkumų, tarp jų – sumažėjusį vilties jausmą, kuris yra svarbus psichologinis išteklius, padedantis pacientams prisitaikyti prie ligos ir išlaikyti gyvenimo prasmės pojūtį net sudėtingose situacijose (Mannheim et al., 2013).

Reaguojant į psichosocialinius onkologinių pacientų poreikius, vis dažniau pasitelkiamos papildomos terapijos formos. Viena iš jų – šokio-judesio terapija (toliau – ŠJT), grįsta kūno judesių integravimu, taip siekiant stiprinti emocinį atsparumą, saviraišką ir socialinį ryšį (Goodill, 2018). Empirinių tyrimų rezultatai rodo, kad ŠJT gali reikšmingai prisidėti prie onkologinių pacientų emocinės sveikatos gerinimo – mažinti streso lygį, stiprinti savivertę, gerinti kūno suvokimą ir bendrą gyvenimo kokybę (Koch & Bräuninger, 2020; Sandel et al., 2005). Paskelbtoje metaanalizėje (Koch ir kt. 2019) pažymima, kad ŠJT ne tik sumažina stresą ir depresiją, bet ir padeda pacientams atrasti naujus saviraiškos kelius ir stiprina socialinius ryšius, kurie gali būti reikšmingi ir vilties stiprinimo procese. Nors ŠJT pripažįstama kaip efektyvi psichosocialinės paramos priemonė, visgi jos sąsaja bei poveikis vilties jausmui nepakankamai ištirtas, o tyrimų, sistemingai analizavusių ŠJT poveikį vilties jausmui, dar trūksta.

Iš skelbiamų tyrimų rezultatų matyti, kad ŠJT gali turėti teigiamą poveikį fizinei savijautai: sumažinti nuovargio ir skausmo pojūtį, pagerinti motorinius gebėjimus ir skatinti pacientų įsitraukimą į socialinį gyvenimą (He et al., 2022; Mannheim et al., 2013b). Nemažai tyrimų patvirtina ir ŠJT naudą emocinei gerovei – mažina depresijos bei nerimo simptomus, stiprina kūno suvokimą. Pavyzdžiui, tyrimas, kuri buvo atliktas JAV su krūties vėžiu sergančiomis moterimis, parodė reikšmingą gyvenimo kokybės pagerėjimą ir streso sumažėjimą joms sudalyvavus ŠJT programoje (Sandel et al. 2005). Remiantis kitų tyrimų rezultatais matyti, kad ŠJT gali reikšmingai didinti pacientų optimizmą ir vilties pojūtį (Mannheim et al., 2013; Dibbell-Hope 2000). Vis dėlto šie tyrimai dažnai grindžiami kokybiniais metodais, yra ribotos imties, o vilties konstruktas juose nagrinėjamas fragmentiškai.

Lietuvoje ŠJT taikymas onkologinių pacientų psichosocialinės sveikatos kontekste tebėra inovatyvus ir menkai tyrinėtas reiškinys. Iki šiol nėra pakankamai duomenų apie šios terapijos poveikį onkologinėmis ligomis sergančių moterų vilties jausmui ir gyvenimo kokybei. Šio tyrimo tikslas – prisidėti prie akademinio diskurso plėtojimo ir papildyti esamą žinių lauką, išsamiai ištirti ŠJT reikšmę vilties ir gyvenimo kokybės stiprinimui moterims, sergančioms onkologinėmis ligomis. Šis tyrimas grindžiamas tarpdisciplininiu požiūriu, sujungiančiu psichologinius, kūrybinius ir ŠJT aspektus, atliepančius šiuolaikinius holistinės sveikatos priežiūros principus.

Šiame magistro baigiamajame darbe nagrinėjama **problema**, ar ŠJT stiprina onkologinių pacienčių vilties jausmą ir padeda gerinti jų gyvenimo kokybę? Kiekybinio tyrimo dalyje keliami hipotezė, jog ŠJT gerina gyvenimo kokybę ir stiprina viltį onkologine liga sergančioms moterims.

Tyrimo objektas – viltis, gyvenimo kokybė, šokio-judesio terapijos patyrimas.

Tyrimo tikslas – atskleisti šokio-judesio terapijos individualų poveikį onkologine liga sergančių moterų gyvenimo kokybei ir vilties pojūčiui, išanalizuoti jų subjektyvią patirtį ir įvertinti ryšį tarp vilties ir gyvenimo kokybės.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą, nagrinėjančią onkologinių ligų poveikį biopsichosocialinei sveikatai.
2. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ypatumus moterų, besigydančių arba jau įveikusių onkologinę ligą, ir atskleisti šokio-judesio terapijos taikymo galimybes šiai tikslinei grupei.
3. Išanalizuoti mokslinę literatūrą, nagrinėjančią onkologinėmis ligomis sergančių moterų vilties ir gyvenimo kokybės sąsajas.
4. Remiantis kiekybiniu tyrimu, įvertinti šokio-judesio terapijos poveikį onkologine liga sergančių moterų gyvenimo kokybei, vilčiai bei išmatuoti sąsajas tarp vilties bei gyvenimo kokybės.
5. Remiantis kokybinio tyrimo duomenimis, atskleisti šokio-judesio terapijoje dalyvavusių tiriamųjų patirtį.

Tyrimo metodai

Literatūros paieškos strategija: mokslinės literatūros, tinkamos darbo temai, ieškota įvairiuose šaltiniuose daugiausia anglų kalba, buvo keli tinkami straipsniai vokiečių kalba. Elektroniniai ištekliai: *PubMed*, *ScienceDirect Journal*, *Scopus*. Paieškos sistema *Google Scholar*.

Moksliniai metodai. Šiame tyrime buvo taikyta metodų trianguliacija, siekiant gauti kuo išsamesnius ir patikimesnius rezultatus, derinant kiekybinius ir kokybinius duomenų rinkimo bei analizės metodus. Kiekybinio tyrimo metu buvo atlikta apklausa, panaudojant standartizuotus klausimynus, o

surinkti duomenys analizuoti taikant statistinės analizės metodus. Atliekant kokybinį tyrimą duomenys buvo renkami naudojant pusiau struktūruotą interviu ir istorijų metodą. Surinkti kokybiniai tyrimo duomenys nagrinėti taikant teminę analizę, siekiant išryškinti pagrindines temas ir reikšmines dalyvių patirtis.

Tyrimo instrumentai: gyvenimo kokybei matuoti naudotasi EORTC sukurto klausimyno QLQ-C30 3.0 versija. Vilties kriterijui matuoti taikyti tyrimo instrumentai: Snyder vilties teorija ir vilties skalės klausimynas, struktūrizuotas interviu ir istorijų metodas.

Tyrimo tipas: priešeksperimentinis vienos grupės.

Tiriamoji populiacija: onkologinėmis ligomis sergančios moterys, priklausančios Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijai (POLA).

Atlikimo laikas: nuo 2024 m. spalio 12 dienos iki 2025 m. gruodžio 28 dienos.

Vieta: studija „Saulės namai“, Algirdo g. 16-1, Vilnius.

Šio tyrimo rezultatai gali prisidėti prie naujų programų kūrimo onkologinių pacientų reabilitacijai ar gydymui, siekiant atliepti pacientų psichosocialinius poreikius, kurie daro įtaką ir gydymo procesui. Taip pat aukštas mirtingumo rodiklis nuo onkologinių ligų Lietuvoje, palyginti su pasauliniu ir Europos vidurkiu, rodo poreikį tobulinti gydymo metodus, didinti jų prieinamumą ir veiksmingumą. Tad ŠJT gali būti vienas iš tinkamų pasirinkimų.

Magistrinio darbo baigiamajame darbe buvo naudojamosi GDI įrankis, Open AI ChatGPT, informacijos paieškai atlikti, mokslinių straipsnių vertimui į Lietuvį k. ir jų analizei, taip pat teksto kalbai koreguoti.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Onkologinių ligų ir su jomis susiję biopsichosocialinės sveikatos ypatumai

1.1.1. Biopsichosocialinis modelis ir jo taikymas onkologijoje

Pastaraisiais dešimtmečiais medicinos srityje vis dažniau keliama klausimai dėl tradicinio biomedicininio požiūrio ribotumo, pabrėžiant, kad tiek sveikatą, tiek ligą reikia suprasti per platesnį – psichologinį ir socialinį – kontekstą. Tad ypatinga reikšmė suteikiama biopsichosocialiniam modeliui, kurį 1977 m. pasiūlė George Engel, kritikavęs tradicinį biomedicininį požiūrį, kai liga vertinama tik per fizinius ir fiziologinius procesus (Borrell-Carrió et al., 2004). Pasak Engel, norint iš tikrųjų suprasti pacientą ir veiksmingai jį gydyti, būtina atsižvelgti ne tik į kūno būklę, bet ir į emocinius išgyvenimus, gyvenimo aplinkybes, santykius bei socialinį kontekstą. Biopsichosocialinis modelis siūlo naują klinikinio mąstymo kryptį, kurioje gydytojo ir paciento santykis grindžiamas empatija, bendradarbiavimu ir individualizuotu požiūriu į sveikatą. Šis modelis ne tik praplėtė medicinos supratimą apie ligą, bet ir atkreipė dėmesį į sveikatos priežiūrą, kad ji būtų orientuojama į visapusišką žmogaus gerovę. Biopsichosocialinis modelis grindžiamas tarpdisciplininiu požiūriu į sveikatą ir ligą, pabrėžiant tai, jog biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai tarpusavyje susiję ir kartu lemia individo sveikatos būklę. Šio modelio idėja yra ta, kad ligos supratimas ir gydymas negali būti apribotas vien biologiniais aspektais, būtina įtraukti žmogaus emocinę ir socialinę aplinką (Borrell-Carrió et al., 2004).

Pagrindiniai biopsichosocialinio modelio komponentai:

1. Biologiniai veiksniai: genetika, fiziologija, imuninis atsakas, naviko augimas ir t. t.
2. Psichologiniai veiksniai: emocinė būseną (nerimas, depresija), įveikos strategijos, motyvacija, mąstymas.
3. Socialiniai veiksniai: šeima, bendruomenės palaikymas, kultūra, darbo sąlygos, socialinė izoliacija

Nors šis modelis sulaukė nemažo mokslininkų dėmesio ir pritarimo, tačiau taikant jį praktikoje vis dar kyla sunkumų.

2007 m. Fava ir Sonino publikavo straipsnį, kuriame apžvelgė biopsichosocialinio modelio raidą per trisdešimt metų. Jie teigia, kad nors moksliniai tyrimai parodo biopsichosocialinio modelio naudingumą, vis dėlto praktikoje jis dar nėra plačiai taikomas. Iki šiol dominuoja biomedicininis modelis, o psichologiniai ir socialiniai ligos aspektai dažnai tiesiog ignoruojami. Tačiau taikant biopsichosocialinį

modelį į diagnostavimo ir gydymo procesą įtraukiama paciento asmeninė patirtis, jo emocinė būklė ir socialinis kontekstas, nes lėtiniai stresai ir emociniai sutrikimai gali turėti reikšmingą poveikį ligos atsiradimui ir eigai, o psichologinė gerovė, atvirkščiai, veikia kaip apsaugos veiksnys (Fava & Sonino, 2007). Psichologinė pagalba gali ženkliai pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, gebėjimą susidoroti su liga ir netgi keisti ligos eigą. Visa tai ypač svarbu pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, ir esant nepagydomiems atvejams.

Wade ir Halligan (2017) teigia, kad dabartinės sveikatos priežiūros sistemos, pagrįstos tik biomedicininio modeliu, nesugeba efektyviai tvarkytis su lėtinėmis ligomis ir pacientų poreikiais. Jie ragina taikyti biopsichosocialinį modelį sisteminiu lygmeniu, tai padėtų pagerinti gydymo rezultatus ir leistų sumažinti išlaidas. Modelyje pabrėžiamas asmens vaidmuo, pasirinkimo ir gyvenimo kokybės vertinimas, o tai dažnai ignoruojama tradiciniuose požiūriuose (Wade & Halligan, 2017). Autoriai siūlo kitokį požiūrį į pacientą – tai ne tik kūnas, sergantis liga, o visa asmenybė socialiniame kontekste. Biopsichosocialiniam modeliui reikia sudėtingesnio ir ilgesnio tarpdisciplininio bendradarbiavimo, bet jį taikant pagerėja pacientų rezultatai ir sumažėja išteklių poreikis.

Onkologija yra sudėtinga biopsichosocialinė problema, kuri giliai paliečia kiekvieno žmogaus gyvenimo aspektą. Vėžio diagnozė dažnai tampa stipriu psichologiniu stresoriumi, sukeliančiu ne tik fizinį skausmą ar negalią, bet ir emocinį sukrėtimą, egzistencinę krizę, gyvenimo prasmės paieškas. Tuo tarpu socialiniai veiksniai – artimųjų parama, socialinių tinklų veiksmingumas, sveikatos priežiūros prieinamumas – daro reikšmingą įtaką paciento gebėjimui susidoroti su liga. Tradicinis biomedicininis modelis, kurį taikant dėmesys koncentruojamas tik į ligos mechanizmus ir fiziologinius rodiklius, dažnai per mažai atsižvelgia į psichosocialinius komponentus. O taikant biopsichosocialinį modelį pastebima, kad paciento patiriama kančia ir gydymo sėkmė priklauso ne tik nuo naviko stadijos ar terapijos tipo, bet ir nuo jo psichologinio atsparumo, vilties lygio, šeimos paramos ir visuomenės priėmimo.

Mokslininkai Bultz ir Carlson (2006) pažymi, kad emocinis distresas turėtų būti laikomas „šeštuoju gyvybiniu požymiu“ onkologijoje šalia temperatūros, kvėpavimo, širdies ritmo, kraujospūdžio ir skausmo. Pacientai, ypač susirgę onkologine liga, patiria didelį emocinį krūvį nuo diagnozės iki gydymo pabaigos ar paliatyviosios pagalbos, tad emocinė būseną yra itin svarbus sveikatos rodiklis. Iš tyrimų rezultatų matyti, kad 35–70 % vėžiu sergančių pacientų patiria reikšmingą emocinį distresą. (Bultz & Carlson, 2006). Nepakankamai dėmesio skiriant emocinėms problemoms spręsti, didėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, brangsta gydymas, bet gyvenimo kokybė prastėja. Pasak Bultz ir Carlson, emocinių poreikių ignoravimas yra ne tik neetiškas, bet ir ekonomiškai nenaudingas, todėl emocinė sveikata turi būti integruota į visapusišką vėžio gydymą.

Biopsichosocialinis modelis vis dažniau įvardijamas kaip efektyvus požiūris į vėžio sukulto skausmo vertinimą ir valdymą, nes jis apima ne tik biologinius, bet ir psichologinius bei socialinius veiksnius, darančius įtaką paciento patiriamam skausmui. Remiantis tyrimų rezultatais (Novy & Aigner, 2014) matyti, kad tokie psichologiniai aspektai kaip depresija, nerimas, katastrofizacija ir socialinės paramos trūkumas reikšmingai koreliuoja su padidėjusiu skausmo intensyvumu ir blogesne gyvenimo kokybe onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Pastebėta, kad kai kurioms pacientėms, ypač po krūties vėžio operacijų, ilgalaikis skausmas labiau susijęs su išankstiniais psichologiniais veiksniais nei su mediciniais parametrais, tokiais kaip naviko dydis ar gydymo būdas. Mokslininkai, atlikę tyrimą, pabrėžia biopsichosocialinio požiūrio svarbą ne tik analizuojant skausmo patirtis, bet ir planuojant individualizuotas intervencijas. Be to, psichosocialinės intervencijos – tokios kaip kognityvinė elgesio terapija, meno terapijos ar relaksacijos technikos – buvo pripažintos veiksmingomis mažinant skausmo intensyvumą ir emocinį distresą, ypač jaunesniems pacientams, kurie dažniau patiria didesnę simptomų naštą (Novy & Aigner, 2014). Taigi remiantis šio tyrimo duomenimis galima teigti, kad įtraukiant į klinikinę praktiką biopsichosocialinius aspektus galima ženkliai pagerinti onkologinių pacientų gydymo efektyvumą ir bendrą gerovę.

Viltis yra vienas iš psichologinių veiksnių, darančių įtaką onkologiniams pacientams – jų prisitaikymui prie ligos, motyvacijai gydytis ir gyvenimo kokybei. Plačiau šiame darbe bus aptariama Snyder vilties teorija, kurioje viltis apibrėžiama kaip kognityvinis procesas, sudarytas iš dviejų pagrindinių komponentų: kelio (angl. *pathways*) – gebėjimo identifikuoti būdus tikslui pasiekti – ir gebėjimo veikti (angl. *agency*) – motyvacijos siekti šių tikslų (Snyder, 2002a). Mokslininkų Corrigan ir Schutte (2023) pateikti metaanalitiniai duomenys parodė, kad tiek gebėjimas veikti, tiek kelio mąstymas yra reikšmingai susiję su mažesniu depresijos ir nerimo lygiu. Ypač reikšmingas gebėjimo veikti poveikis depresijai – stipresnis nei kelio mąstymo ir gebėjimo veikti poveikis didėja su žmogaus amžiumi (Corrigan & Schutte, 2023). Tai patvirtina, kad vidinis gebėjimas inicijuoti veiklą ir tikėti savo įtaka gyvenimo eigai – t. y. gebėjimo veikti apmąstymas – gali būti vienas iš svarbiausių psichologinių atsparumo šaltinių sergant onkologinėmis ligomis.

Kaip matyti iš pastarųjų dešimtmečių medicinos pažangos, vadovautis vien biomedicininio požiūriu, orientuotu į fiziologinius ligos mechanizmus, nepakanka norint spręsti paciento sveikatos iššūkius ir sunkumus. Vis dažniau pripažįstama, jog psichologiniai ir socialiniai veiksniai yra esminiai elementai, lemiantys ne tik ligos eigą, bet ir asmens gebėjimą su ja susidoroti. Biopsichosocialinis modelis yra aktualus ir šiuolaikinėje onkologinėje praktikoje, jame pabrėžiama būtinybė sveikatą suprasti kaip integruotą biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių visumą. Atsižvelgiant į tai, šiuolaikinėje

onkologinėje praktikoje biopsichosocialinio modelio taikymas neturėtų būti laikomas alternatyva, o veikiau – būtinybe. Psichologiniai ištekliai, tokie kaip viltis, turi būti vertinami kaip svarbi gydymo proceso dalis. Jie leidžia pereiti nuo vien tik kūno gydymo prie viso žmogaus – kaip biopsichosocialinės visumos – palaikymo ir stiprinimo. Ši paradigma ypač svarbi onkologijoje, kur gydymo tikslas dažnai neapsiriboja vien ligos remisija, bet apima ir gyvenimo kokybės išsaugojimą bei atkūrimą. Iš tyrimų rezultatų matyti, kad psichosocialinių poreikių (pavyzdžiui, emocinės paramos, socialinių ryšių ir asmeninės prasmės užtikrinimas) atliepimas gali reikšmingai pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, sumažinti patiriamą distresą ir padidinti pasitenkinimą gydymu. Vilties stiprinimas šiuo požiūriu padeda pacientams ne tik efektyviau susidoroti su liga, bet ir išlaikyti gyvenimo prasmės, orumo ir vidinės kontrolės pojūtį, kurie tiesiogiai susiję su subjektyvia gerove ir bendra gydymo sėkme.

1.1.2. Onkologinių ligų poveikis psichosocialinei gerovei

Onkologinė liga lemia ne tik mirtingumą, bet ir sveikatos sutrikimus tiek gydymo, tiek remisijos laikotarpiu. Didelę su vėžiu susijusios naštos dalį lemia navikas ir jo gydymas, tačiau dar vienas svarbus aspektas, susijęs su patirtais išgyvenimais ir kančia, yra psichosocialiniai sutrikimai, kurie dažnai išlieka ir po sėkmingo naviko gydymo. Grossert ir kt. atlikti tyrimai (2018) parodė, kad ligonių sveikatai ir gerovei svarbu ne tik biomedicininis gydymas, bet ir dėmesys psichosocialiniams sutrikimams, jų šalinimui.

Onkologinė liga tiesiogiai susijusi su kūnu, kūno organai ir audiniai sudaryti iš mažyčių statybinių blokelių, vadinamų ląstelėmis. Įprastai ląstelės dalijasi tvarkingai ir jų skaičius neperžengia tam tikros ribos. Tačiau jei dėl kokios nors priežasties procesas tampa nevaldomas, ląstelės dalijasi nepaliaujamai. Dažniausiai tokios ląstelės pavirsta dariniu, kuris vadinamas naviku (*Bendra Informacija Archives*, 2024). Dėl to natūralu, kad onkologiniai pacientai susiduria su kūno įvaizdžio sutrikimo simptomais, nes vėžio gydymo procese kūno pokyčiai vizualiai yra matomi. Mokslininkė Rhoten (2016), nagrinėjusi „kūno įvaizdžio sutrikimų“ sąvoką vėžio kontekste, išskyrė tris svarbius kūno įvaizdžio sutrikimo požymius:

- 1) savęs suvokimas per išvaizdos pokyčius, nepasitenkinimas išvaizdos pokyčiais arba suvokiamas išvaizdos pokytis;
- 2) kūno funkcijos pablogėjimas;
- 3) psichologinis distresas dėl išvaizdos ir (arba) kūno funkcijos pokyčių (Rhoten, 2016).

Vis dėlto onkologiniams pacientams gali būti sunku susidoroti ne tik su kūno pokyčiais, bet patiriamais jausmais, juos gali kankinti egzistencinės baimės, keistis socialiniai santykiai, atsirasti izoliacijos jausmas. Mannheim ir kt. (2013a) teigia, kad parama, kuri pacientams teikiama pasitelkiant tikslines psichosocialines priemones ir siekiant pagerinti jų gyvenimo kokybę, tampa vis svarbesnė onkologinės reabilitacijos ir priežiūros po ligos atvejais. Per pastaruosius 25 metus Vokietijoje specialiai onkologijai sukurtos ir naudojamos psichosocialinės intervencinės priemonės, kurių tikslas – pasiūlyti pacientams tinkamas įveikos strategijas, kurios, pavyzdžiui, mažintų neigiamas, depresiją stiprinančias mintis bei apmąstymus ir padėtų ieškoti socialinės paramos. Tačiau Lietuvoje iki šiol tokios specialios intervencijos netaikomos gydant onkologines ligas.

Straipsnyje (Chan et al., 2015), nagrinėjančiame depresijos ir nerimo poveikį mirštamumui mišrioje vėžiu sergančiųjų grupėje, aprašytas longitudinalinis (truko 2 metus) tyrimas, kuriame buvo atlikti standartizuoti diagnostiniai interviu. Tyrimo rezultatai parodė, kad vėžiu sergančių pacientų patiriamas distresas ir psichiatrinis sergamumas yra susiję su neigiamomis pasekmėmis, įskaitant ir mirtingumą. Šiame tyrime mokslininkai nagrinėjo psichikos sutrikimų paplitimą ir jo ryšį su išgyvenamumu sergant vėžiu. Tyrime dalyvavo 467 suaugę vėžiu sergantys pacientai, lankę vieną akademinį medicinos centrą ir sutikę būti stebimi, atlikti struktūruotus klinikinius interviu. Tyrimo duomenys buvo vertinami pagal Ligoninės nerimo ir depresijos skalę (HADS). Tyrimą atlikę mokslininkai išvadose konstatuoja, kad sergantiems vėžiu ligoniams, kuriems buvo gydomi ir jų psichikos sutrikimai, gali pagerėti ne tik gyvenimo kokybė, bet ir išgyvenamumas (Chan et al., 2015). Taigi, taikyti psichosocialines intervencijas yra labai svarbu.

Žurnale *Oncology Research and Treatment* (2017) paskelbtame straipsnyje apie onkologinę reabilitaciją pateiktas sąrašas negalių, su kuriomis vėžiu sergantys pacientai susiduria gydymo metu ir po jo (žr. 1 lentelę). Iš pateiktų duomenų matyti, kad vėžiu sergantys pacientai susiduria su psichologinėmis, socialinėmis pasekmėmis ir patiria tam tikrus funkcinis apribojimus.

1 lentelė

Ilgalaikė vėžio gydymo negalia

Psichologinės pasekmės	Socialinės pasekmės
Nerimas ir depresija	Socialinė izoliacija ir vienišumas
Miego sutrikimas	Nedarbas
Padidinta savikontrolė	Finansiniai sunkumai / užimtumo trūkumas
Savigarbos praradimas	Funkciniai apribojimai
Atkryčio baimė	Sąnarių judesių sutrikimai po operacijos arba radioterapijos

Nuovargis	Seksualinės sutrikimai
Stresas	Limfedemos
Kognityviniai funkciniai apribojimai	Parestezija
	Fizinio pajėgumo sumažėjimas
	Šlapimo nelaikymo sutrikimai
	Kvėpavimo sutrikimai

Sundaresan ir kt. (2015) nustatė psichologinius simptomus, su kuriais susiduria bent 1 iš 6 moterų, sergančių krūtinės vėžiu, tai buvo netikrumo jausmas dėl ateities, liūdesys ar depresija ir nerimas ar susirūpinimas. Neretai moterys kenčia gydymo nepatogumus ir negalėjimą daryti tai, ką nori. Nuovargis yra beveik nuolatinis krūties vėžiu sergančių pacienčių nusiskundimas, nepriklausomai nuo taikomo gydymo.

Galima teigti, kad onkologinės ligos diagnozė žmogų paveikia kaip visumą, o ne tik jo fizinį kūną, tad taip pat svarbu jo jausmai, emocijos, dvasia ir socialiniai aspektai. Dėl to ir gydymo reikia visapusiško, apimančio visus žmogaus būties aspektus. Nustatyta, kad daugiau nei 1 iš 3 vėžiu sergančių pacientų patiria emocinį stresą, o maždaug kas penktam vėžiu sergančiam pacientui reikia psichosocialinės paramos (Reese et al., 2017). Pažymėtina, kad psichologinių intervencijų poveikis gydant vėžiu sergančius suaugusius pacientus yra reikšmingas, nes padeda mažinti emocinį stresą, nerimą ir depresiją ir gerina gyvenimo kokybę (Reese et al., 2017).

Švedijoje buvo atliktas nacionalinis tyrimas (2004-2010 m. laikotarpiu), jame dalyvavo 244 261 vėžiu sergantys pacientai, kuriems onkologinė liga diagnozuota 2004–2009 m. Atliekant tyrimą pacientai buvo stebimi iki 2010 m. Nustatyta, kad onkologinės ligos diagnozė reikšmingai paveikia pacientų psichosocialinę gerovę – nustačius vėžį daugeliui pacientų pirmą kartą pasireiškė nuotaikos, nerimo ar priklausomybės sutrikimai. Šie psichikos sveikatos sutrikimai ne tik blogina emocinę savijautą, bet ir susiję su padidėjusia mirtingumo rizika, ypač tarp tų ligonių, kuriems vėžys buvo lokalizuotas (Zhu et al., 2017). Iš tyrimo rezultatų matyti, kad psichosocialinė parama yra labai svarbi onkologinių pacientų gydymo dalis.

Vėžiu sergančių pacientų, turinčių ar neturinčių psichikos sutrikimų istoriją, psichikos sveikatos poreikiai gydymo metu ir po jo dažnai lieka nepastebėti. Taip yra todėl, kad pagrindinis dėmesys paprastai skiriamas fizinės sveikatos simptomams stebėti ir šalutiniams poveikiams valdyti. Pažanga, pasiekta ankstyvos vėžio diagnostikos ir patobulinto gydymo srityse, lėmė, kad vėžiu sergantys pacientai gyvena ilgiau, o tai kelia pasaulinį iššūkį. Nustatyta, kad 2018 m. 185 šalyse gyveno 43,8 mln.

žmonių, kurie išgyveno 5 metus po vėžio diagnozės. Prognozuojama, kad vien tik Jungtinėse Amerikos Valstijose vėžį išgyvenusių žmonių skaičius išaugs nuo 15,5 mln. 2016 m. iki 26,1 mln. 2040 m. (Niedzwiedz et al., 2019). Tad poreikis gerinti išgyvenusių onkologinių ligonių gyvenimo kokybę yra ir bus labai aktualus.

Onkologinių ligų poveikis yra sudėtingas, apimantis ne tik fizinius, bet ir psichosocialinius aspektus, kurie daro įtaką pacientų gyvenimo kokybei tiek gydymo, tiek remisijos laikotarpiais. Psichosocialiniai sutrikimai, tokie kaip nerimas, depresija, kūno įvaizdžio problemos, egzistencinės baimės ir socialinė izoliacija, dažnai pasireiškia kartu su fiziniais gydymo padariniais, pavyzdžiui, funkcinių gebėjimų pablogėjimas. Iš tyrimų rezultatų matyti, kad visapusiškas gydymas, apimantis psichologinę ir socialinę paramą, yra būtinas siekiant pagerinti pacientų emocinę būseną, sumažinti stresą ir depresiją, taip pat siekiant geresnių gydymo rezultatų. Lietuvoje iki šiol trūksta specializuotų psichosocialinių intervencijų onkologijos srityje, todėl atsižvelgiant į tarptautinę patirtį jas būtina taikyti.

1.2. VILTIES IR GYVENIMO KOKYBĖS YPATUMAI

1.2.1. Vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybės samprata ir matavimas

Gyvenimo kokybė apibrėžiama kaip žmogaus fizinė, emocinė, socialinė ir dvasinė gerovė. Šios dimensijos daro įtaką viena kitai ir yra esminės vertinant vėžiu sergančių pacientų būklę ir gydymo poveikį (Jitender et al., 2017). Daugelis vėžio gydymo būdų turi reikšmingų šalutinių poveikių, kurie blogina paciento kasdienę gyvenimo kokybę. Dėl to gyvenimo kokybės tyrimai yra svarbūs, nes jie leidžia užtikrinti, kad gydymas būtų orientuotas ne tik į ligos kontrolę, bet ir į paciento visavertį gyvenimą. Tai prisideda prie to, kad mediciną būtų humaniškesnė, labiau orientuota į žmogų.

Straipsnio autoriai (Bagrezaei et al., 2025) pabrėžia, kad siekiant sumažinti hospitalizacijų skaičių ir pagerinti pacientų gydymo rezultatus reikia į nacionalines vėžio gydymo programas įtraukti gyvenimo kokybės vertinimą. Gyvenimo kokybė yra esminis vėžio gydymo veiksnys, darantis įtaką išgyvenamumui, gydymo rekomendacijų laikymuisi ir emocinei gerovei (Bagrezaei et al., 2025).

Vėžio gydymas nebėra siejamas vien su tuo, kiek ilgai žmogus gyvena, dabar svarbu ir tai, ar gerai jis gyvena. Gydytojai, mokslininkai ir slaugytojai, nuolat vertindami gyvenimo kokybę, gali užtikrinti, kad pacientai gautų holistinę priežiūrą, atitinkančią jų fizinius, emocinius ir socialinius poreikius. Seneviwickrama ir kt. (2025) straipsnyje pažymi, kad gyvenimo kokybė turi tiesioginę įtaką gydymo rezultatams, nes iš tyrimų matyti, jog pacientai, kurių gyvenimo kokybė yra aukštesnė, geriau reaguoja į gydymą ir dažniau išgyvena. Dėmesys paciento fizinei, psichologinei bei socialinei gerovei padeda sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams individualizuoti gydymą ir spręsti psichosocialinius

poreikius. Pasak Schumacher ir kt. (2025), sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai suprasdami, kaip keičiasi fiziniai ir psichologiniai simptomai gydymo metu, gali parengti individualizuotas palaikomosios priežiūros intervencijas ir taip išvengti šalutinių poveikių, kurie labai sumažina pacientų fizinę, emocinę ir socialinę gerovę.

1980 m. EORTC įkūrė Gyvenimo kokybės grupę (angl. QLG), kurios veikloje dalyvavo įvairių sričių specialistai, įskaitant onkologus, radioterapeutus, chirurgus, psichiatrus, paliatyviosios pagalbos specialistus, psichologus, socialinius darbuotojus ir tyrimų metodologus. 1986 m. pradėta mokslinių tyrimų programa, kurios tikslas – sukurti integruotą, modulinį vėžio klinikiniuose tyrimuose dalyvaujančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimą. Taip sukurtas EORTC QLQ-C30 – vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybės instrumentas. Iki šiol užregistruota daugiau kaip 2200 tyrimų, kuriuose buvo naudotas QLQ-C30.

QLQ-C30 klausimyno turinio sritys parodo QoL konstrukto daugiadimensiškumą. Siekiant patvirtinti hipotetinę skalės struktūrą, nustatyti patikimumą ir įvertinti pagrįstumą, klausimynas išbandytas 13 šalių, kur buvo ištirta plaučių vėžiu sergančių pacientų imtis (Aaronson et al., 1993). Klausimyną sudaro penkios funkcinės skalės (fizinė, vaidmenų, kognityvinė, emocinė ir socialinė), tris simptomų skalės (nuovargio, skausmo, pykinimo ir vėmimo), bendra sveikatos būklė ir (arba) gyvenimo kokybės skalė, keletas pavienių elementų, kuriais vertinami papildomi simptomai ir apie kuriuos dažnai praneša vėžiu sergantys pacientai (dusulys, apetito praradimas, nemiga, vidurių užkietėjimas ir viduriavimas), ir suvokiamas finansinis ligos poveikis (žr. 2 lentelę).

2 lentelė
QLQ-C30 V.30 vertinimas

	Skalė	Elementų skaičiai	Elementų diapazonas*	3.0 versija Elementų numeriai	Funkcijų svarstykės
Visuotinė sveikatos būklė / QoL					
Bendroji sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė (patikslinta)†	QL2	2	6	29, 30	
Funkcinės skalės					
Fizinis funkcionavimas (patikslintas)†	PF2	5	3	Nuo 1 iki 5	F
Vaidmenų atlikimas (patikslintas)†	RF2	2	3	6, 7	F
Emocinis funkcionavimas	EF	4	3	21-24	F
Kognityvinis veikimas	CF	2	3	20, 25	F
Socialinis funkcionavimas	SF	2	3	26, 27	F
Simptomų skalės / elementai					
Nuovargis	FA	3	3	10, 12, 18	
Pykinimas ir vėmimas	NV	2	3	14, 15	
Skausmas	PA	2	3	9, 19	
Dusulys	DY	1	3	8	
Nemiga	SL	1	3	11	
Apetito praradimas	AP	1	3	13	
Vidurių užkietėjimas	CO	1	3	16	
Viduriavimas	DI	1	3	17	
Finansiniai sunkumai	FI	1	3	28	

* Elementų diapazonas – tai skaičius tam pačiam didžiausiam ir mažiausiam atskleidžiamam elementui.

Visų skalių *RawScore* (RS) yra sudedamųjų elementų vidurkis:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Visos funkcinės skalės rodiklis:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

Simptomų skalės ir bendros sveikatos būklės rodiklis:

$$Score = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

QLQ-C30 klausimynas buvo patikrintas atliekant tyrimus skirtingose šalyse, taip siekta užtikrinti jo patikimumą ir pritaikomumą. Šis įrankis yra pagrindinis vertinant vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir atliekant gydymo poveikio analizę.

1.2.2. Vilties teorija

Dar prieš trisdešimt metų buvo manoma, kad viltis yra įgimta savybė, kuriai neturi įtakos išoriniai veiksniai, todėl gydytojai onkologai nenoriai priėmė *viltį* kaip priemonę, padedančią vėžiu sergantiems žmonėms. Tačiau šiandien jau žinoma, kad viltis yra išmatuojama ir ji gali būti sustiprinama taikant terapinę intervenciją. Feldman ir Corn (2023) straipsnyje įvardija, kad literatūroje, nagrinėjančioje onkologinės ligos atvejus, išskirtini du vilties modeliai: Snyder vilties teorija ir Herth vilties modelis. Remdamiesi įrodymais, autoriai pastebi, kad išgyvenamumo pranašumą turi tie pacientai, kurių vilties lygis yra aukštesnis (Feldman & Corn, 2023). Visgi šiai išvadai patvirtinti reikia atlikti daugiau tyrimų. Pacientai, dalyvavę tyrime, teikė pirmenybę bendravimui, kurio metu sveikatos priežiūros specialistai ne tik sąžiningai informuoja apie prognozę, bet ir skatina neprasti vilties.

Tiek Herth, tiek Snyder vilties modeliai yra taikomos psichologijoje, švietime, medicinoje, socialiniuose moksluose. Herth modelio pagrindinė idėja yra ta, kad viltis yra emocinis ir dvasinis fenomenas, suteikiantis prasmę ir tikėjimą geresne ateitimi. Viltis – tai jausmas, padedantis įveikti sunkumus (Herth, 1993; Morote et al., 2017). O Snyder viltį apibrėžia kaip kognityvinį procesą, susijusį su tikslų siekimu ir veiksmų planavimu. Snyder akcentuoja, kaip žmogus racionaliai planuoja ir siekia savo tikslų (Snyder, 2002).

Snyder vilties teorija ypač naudinga išgyvenusiems vėžį, nes ji moko strategijų, kaip orientotis gyvenime sveikstant, kaip ugdyti atsparumą ir kontroliuoti asmeninę sveikimo kelionę (Ramos et al., 2025).

Snyder (1989) viltį apibrėžia kaip „į tikslą nukreiptą mąstymą, kai žmonės įvertina savo gebėjimą sukurti įgyvendinamus kelius tikslui pasiekti (mąstymas apie kelius – angl. *pathway*), taip pat turi galimybes inicijuoti ir palaikyti judėjimą keliu (mąstymas apie gebėjimą veikti – angl. *agency*). Iš tokio apibrėžimo aišku, kad vilties teorija yra kognityvinio pobūdžio, akcentuojanti tikslų siekimo strategijas ir teigiamus lūkesčius jų siekiant.

Pagrindinė vilties sąlyga yra turėti kažką, ko galima tikėtis, t. y. tikslą ar tikslus. Onkologinės ligos kontekste ligoniai turi turėti tikslą, t. y. norą pasveikti. Kelias (angl. *pathway*) – tai strategija tikslams pasiekti. Žmonės mąsto apie kelius, kai svarsto, kokiais būdais pasiekti savo tikslus, o vilties kupini žmonės yra linkę susikurti daug kelių, kad apeitų galimas kliūtis. Onkologinės ligos kontekste sergantis žmogus turi galvoti apie strategiją ligai įveikti. Antrasis vilties komponentas – mąstymas apie gebėjimą veikti (angl. *agency*) – susideda iš „minčių, kurias žmonės turi apie savo gebėjimą pradėti ir tęsti judėjimą pasirinktais keliais tų tikslų link“. Tokios įkvepiančios mintys motyvuoja asmenis siekti savo tikslų net ir sudėtingomis aplinkybėmis.

Viltis ir tikslų siekimas daro abipusį poveikį vienas kitam. Viltis prognozuoja pažangą siekiant tikslo, o pažangos laipsnis daro įtaką tolesniam vilties lygiui, t. y. jei asmuo suvokia, kad daro pažangą siekdamas tikslo, jo polinkis į mąstymą apie kelią (angl. *pathway*) ir gebėjimas veikti (angl. *agency*) mąstymą koreguojasi taip, kad atskleistų šio tikslo sėkmę. Ir atvirkščiai, kai žmonės jaučia, kad jų daroma pažanga nėra pakankama, tai polinkis į mąstymą apie kelią ir gebėjimą veikti atitinkamai sumažėja. Dėl šio proceso atsiranda vilties spiralės, kurios abi gali būti svarbios onkologinėje aplinkoje, kur pacientų motyvacija (t. y. gebėjimas veikti) ir gydymo režimo laikymasis (t. y. mąstymas apie kelius) yra būtini gydymo tikslams pasiekti.

Snyder, Cheavens ir Michael (1999) daro prielaidą, kad viltingos mintys ir vėžys susiję dvejopai. Pirma, daug vilties turintys asmenys yra aktyvūs, į problemų sprendimą orientuoti veikėjai. Be to, viltingai mąstantys ir aktyviai su problemomis kovojantys asmenys turėtų patirti mažiau streso ir geriau prisitaikyti net išgirdę vėžio diagnozę bei gydydamiesi.

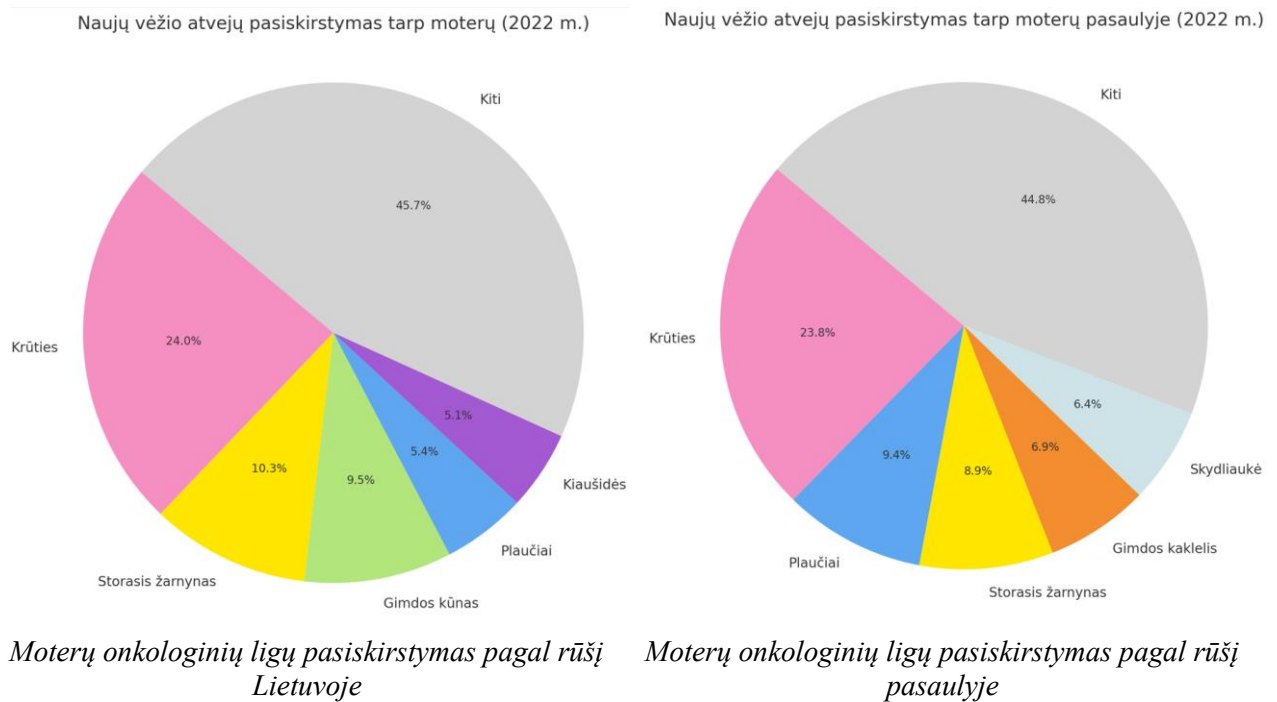
Šiame darbe tyrimas atliekamas remiantis Snyder vilties teorija. Daroma prielaida, kad ŠJT gali sustiprinti onkologine liga sergančių pacientų motyvaciją laikytis gydytojo rekomendacijų, stiprinti jų pasitikėjimą savimi, o tai lemia aukštesnę vilties lygį skalėje. Viltis yra svarbus veiksnys onkologijoje, kurį galima ir matuoti, ir stiprinti terapinėmis intervencijomis.

1.3. Onkologinių ligų epidemiologinė analizė ir jų prevencija

1.3.1. Onkologinių ligų paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

Remiantis statistiniais duomenimis, 2022 m. pasaulyje buvo nustatyta 19,9 mln. naujų vėžio atvejų (*Cancer Today*, n. d.). Iš jų 10,3 mln. atvejų teko vyrams ir 9,6 mln. moterims. Vėžys visame pasaulyje yra susijęs su didele individualia ir visuomenine našta, kurią lemia ne tik mirtingumas, bet ir sergamumas bei sveikatos sutrikimai. Nors didelę su vėžiu susijusios naštos dalį tiesiogiai lemia navikas ir jo gydymas, psichosocialiniai sutrikimai yra dar vienas svarbus su vėžiu susijusios naštos aspektas, kurį lemia su vėžiu susiję išgyvenimai ir kančios, dažnai išliekantys net ir po sėkmingo naviko gydymo.

Iš 2022 m. paskelbtų statistinių duomenų (*Cancer Today*, n. d.) matyti, tarp naujai onkologinėmis ligomis susirgusių moterų atvejų tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje pirmoje vietoje yra krūties vėžys, t. y. apie 24 %. Lietuvoje antroje ir trečioje vietoje – storosios žarnos vėžys ir gimdos kūno vėžys, jie sudaro po 10 %. Toliau plaučių vėžys ir kiaušidžių vėžys, jie sudaro po 5 % visų atvejų. Pasaulio kontekste yra kiek kitaip: antroje ir trečioje vietoje yra plaučių vėžys ir storosios žarnos vėžys, kurie sudaro po 9 % visų atvejų, o gimdos kaklelio ir skydliaukės – po 6 % (žr. 1 pav.).



1 pav. Penkios dažniausiai nustatomos vėžio rūšys Lietuvoje ir pasaulyje tarp moterų

2022 m. Lietuvoje buvo užfiksuoti 7168 nauji vėžio atvejai tarp moterų; 3710 sirgusių moterų mirė, t. y. beveik 52 % visų naujų atvejų (*Cancer Today*, 2025). Tuo metu pasaulyje sirgusių onkologinėmis ligomis moterų mirčių atvejai sudarė apie 44 %, t. y. beveik 8 % mažiau nei Lietuvoje. Taigi, darytina prielaida, jog moterų mirtingumas nuo vėžio Lietuvoje viršija pasaulinį vidurkį, o tai gali būti siejama su vėlyva ligos diagnostika, nepakankamu gydymo paslaugų prieinamumu ar kitais sveikatos sistemos veiksniais. Kita vertus, šis rodiklis gali būti siejamas su aukštu diagnostikos lygiu, bet kartu rodyti didelį onkologinių ligonių skaičių šalyje.

Vėžiu sergančių ligonių skaičius didėja, nes ilgėja žmonių gyvenimo trukmė, gerėja vėžio patikra ir jo nustatymas (Nelson et al., 2023). Šiandieniniame kontekste svarbu kuo geriau valdyti vėžiu sergančių ar sirgusių žmonių fizines ir psichologines problemas, nepaisant to, kad nuolat gerėja vėžio nustatymo, gydymo ir 5 metų išgyvenamumo rodikliai. Pastebėta, kad žmonės, įveikę vėžį, susiduria su ilgalaikiais ir vėlyvaisiais ligos padariniais, kurie gali neigiamai paveikti išgyvenusiujų vėžį gyvenimo kokybę.

Rodiklis	Vyrai	Moterys	Abi lytys
Populiacija	1 231 601	1 430 103	2 661 704
Naujų vėžio atvejų skaičius	9 245	7 168	16 413
Standartizuotas sergamumo rodiklis (amžius)	391.3	224.0	287.0
Rizika susirgti vėžiu iki 75 metų amžiaus (%)	38.8	22.2	29.3
3 dažniausios vėžio rūšys (pagal atvejų skaičių)	Prostatos, Plaučių, Storosios žarnos	Krūtys, Storosios žarnos, Gimdos kūno	Prostatos, Krūtys, Storosios žarnos
Vėžio mirčių skaičius	4 639	3 710	8 349
Standartizuotas mirtingumo rodiklis (amžius)	181.6	88.7	125.0
Rizika mirti nuo vėžio iki 75 metų amžiaus (%)	19.7	9.7	13.9
3 dažniausios mirties nuo vėžio priežastys	Plaučių, Prostatos, Storosios žarnos	Krūtys, Storosios žarnos, Plaučių	Plaučių, Storosios žarnos, Skrandžio
5 metų paplitimo atvejai	28 314	22 582	50 896

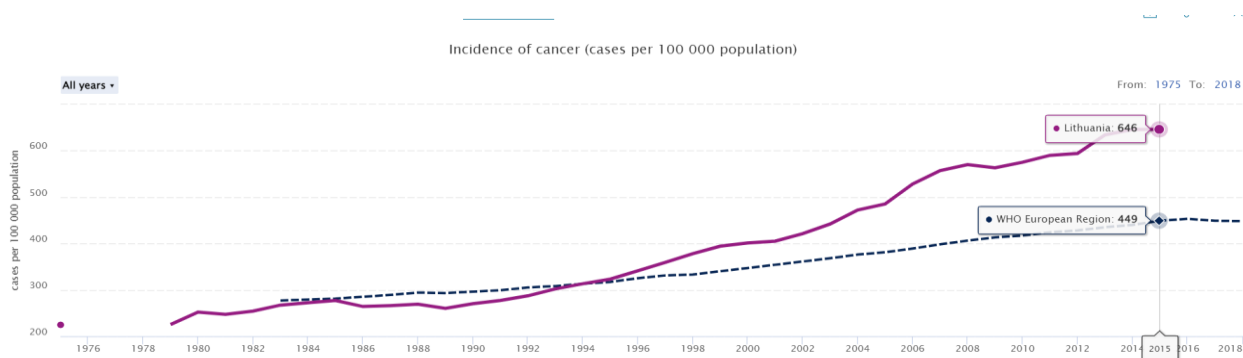
Rodiklis	Vyrai	Moterys	Abi lytys
Populiacija	3 972 735 747	3 912 335 034	7 885 070 781
Naujų vėžio atvejų skaičius	10 311 610	9 664 889	19 976 499
Standartizuotas sergamumo rodiklis (amžius)	212.6	186.3	196.9
Rizika susirgti vėžiu iki 75 metų amžiaus (%)	21.8	18.5	20.0
3 dažniausios vėžio rūšys (pagal atvejų skaičių)	Plaučių, Prostatos, Storosios žarnos	Krūtys, Storosios žarnos, Plaučių	Plaučių, Krūtys, Storosios žarnos
Vėžio mirčių skaičius	5 430 284	4 313 548	9 743 832
Standartizuotas mirtingumo rodiklis (amžius)	109.8	76.9	91.7
Rizika mirti nuo vėžio iki 75 metų amžiaus (%)	11.4	8.0	9.6
3 dažniausios mirties nuo vėžio priežastys	Plaučių, Kepenų, Storosios žarnos	Krūtys, Storosios žarnos, Plaučių	Plaučių, Storosios žarnos, Plaučių
5 metų paplitimo atvejai	25 747 272	27 756 915	53 504 187

Onkologinių ligų paplitimas ir mirtingumas Lietuvoje

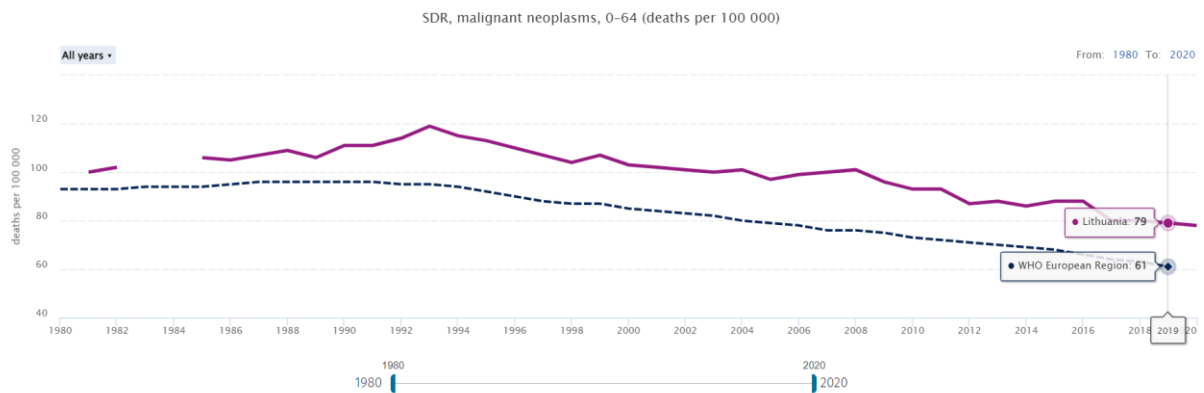
Onkologinių ligų paplitimas ir mirtingumas pasaulyje

2 pav. Sergančių vėžiu ligonių statistika Lietuvoje ir pasaulyje

Lyginat Lietuvos ir Europos regiono sergamumo vėžiu rodiklius, remiantis 1994–2015 m. Europos duomenų bazės (angl. *European Health for All Database* (HFA-DB)) duomenimis, pastebima, kad Lietuvoje sergamumas vėžiu ženkliai didėja ir net viršija Europos regiono vidurkį. 2015 m. duomenimis, šis rodiklis beveik 50 % didesnis (žr. 3 pav.). Mirtingumas nuo onkologinių ligų Lietuvoje, palyginti su Europos regionu, yra 22 % didesnis (žr. 4 pav.).



3 pav. Sergamumas vėžiu Lietuvoje ir Europos regione (skaičiuojama 100 000 gyv.)



4 pav. Standartizuotas (SDR) mirtingumas nuo vėžio 0–64 m. amžiaus grupėje Lietuvoje ir Europos regione (skaičiuojama 100 000 gyv.)

Tad galima daryti prielaidą, kad Lietuva neefektyviai gydo onkologines ligas, nepakankamai taiko prevencines priemones, kas padėtų sumažinti sergamumą onkologinėmis ligomis ar išgydytų. Aukštas mirtingumo rodiklis Lietuvoje, palyginti su Europos ir pasaulio vidurkiu, reiškia, kad reikia tobulinti gydymo metodus, didinti jų prieinamumą bei veiksmingumą. Vėžiu sergantiems ligoniams ar jau sveikstantiems kyla ne tik fizinių problemų, jiems būtina teikti psichologinę ir socialinę paramą. Atsižvelgiant į tai, kad ilgėjant gyvenimo trukmei ir gerėjant diagnostikai vis daugiau nustatoma vėžio atvejų, tad būtina investuoti į kompleksinius sprendimus, kurie apimtų prevenciją, gydymą ir pacientų gyvenimo kokybės užtikrinimą.

1.3.2. Onkologinių ligų atsiradimo galimos priežastys ir prevencija

Šiuo metu pasaulyje žinoma nemažai vėžį sukeliančių aplinkos veiksnių, tokių kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, atsivoris, fizinis pasyvumas ir netinkama mityba (*Cancer Risk Factors That Affect Cancer*, 2025). Taip pat apskaičiuota, kad 40 % vėžio atvejų būtų galima išvengti optimaliai laikantis rekomenduojamo gyvenimo būdo ir sumažinus žalingus aplinkos veiksnius. Smith ir bendraautorius (2018) sukurtas įrankis, skirtas vertinti tikėjamą mitinėmis vėžio priežastimis, atskleidė, kad gyventojų informuotumas apie aplinkos ir gyvenimo būdo veiksnius, susijusius su vėžio rizika, yra nevienodas, o tai gali trukdyti veiksmingoms pastangoms keisti sveikatai žalingą elgesį (Smith et al., 2018).

Pasaulinis vėžio tyrimų fondas (angl. *That Affect Cancer Exposures*, n. d.) paskelbė rekomendacijas kaip priminę vėžio prevenciją: išlaikyti sveiką kūno svorį, būti fiziškai aktyviam, valgyti pupeles, vaisius, daržoves, viso grūdo maisto produktus, kuo mažiau vartoti perdirbto maisto, cukraus,

raudonos ir perdirbtos mėsos, riboti alkoholio vartojimą, kūdikį maitinti krūtimi, jei yra galimybė, nevartoti papildų nuo vėžio (žr. 5 pav.).



5 pav. *Prevencinės rekomendacijos, kaip saugotis vėžio*

Nors ir žinoma, kokių priemonių turėtų imtis gyventojai, kad sumažintų riziką susirgti onkologine liga, bet iš statistikos duomenų matyti, kad onkologinių ligonių skaičius nemažėja, o atvirkščiai, didėja. Priešlaidų, kodėl vis daugiau susergama vėžiu, gali būti įvairių, tačiau viena jų yra ta, kad visuomenė nėra pakankamai informuota apie prevencines priemones susirgimo rizikai mažinti.

Remiantis Blackadar (2016) atliktu istoriniu apžvalginiu tyrimu, kuriame analizuotos 1700–2015 m. laikotarpio veiksniai, galintys sukelti vėžį, bet konkreti viena priežastis nebuvo nustatyta. Tačiau vėžį gali sukelti cheminiai, biologiniai, fiziniai, farmaciniai, gyvensenos ir aplinkos veiksniai. Taip pat atkreiptas dėmesys į tai, jog dauguma vėžio atvejų yra susiję su aplinkos poveikiu, o ne paveldimumu. Mokslininkai nustatė, jog cheminės medžiagos, tokios kaip dervos, dyzelinas, asbestas ir kai kurie dažikliai, gali sukelti vėžį. Praeito amžiaus septintąjį dešimtmetį pastebėta, kad kai kurie vaistai (pavyzdžiui, hormonų terapija, chemoterapiniai vaistai, imunosupresantai) didina tam tikrų vėžio rūšių riziką. Tokie veiksniai kaip rūkymas, alkoholis, mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, raudonos ir perdirbtos mėsos vartojimas taip pat buvo pripažinti veiksniais, galinčiais sukelti vėžį. Nuo praeito

amžiaus devintojo dešimtmečio pripažįstama, kad kai kurie virusai (pavyzdžiui, ŽVP, HB, HCV, HIV, HTLV) gali sukelti įvairias vėžio formas.

Mokslininkai Vineis ir Wild (2014) straipsnyje analizuoja pasaulyje paplitusius vėžio modelius, pagrindines priežastis ir prevencines galimybes. Jie pabrėžia, kad vėžys yra pasaulinė problema. Naujų vėžio atvejų daugiausia diagnozuojama žmonėms, gyvenantiems labiausiai išsivysčiusiose šalyse, nes jų ilgesnė gyvenimo trukmė, geresnė ligų diagnostika, taip pat prisideda ir gyvenimo būdo veiksniai. Visgi sergančių vėžiu ligonių skaičius auga ir mažai bei vidutiniškai išsivysčiusiose šalyse, nes jose gyventojų skaičius taip pat didėja, gyventojai perimama vakarietišką gyvenimo būdą.. Straipsnyje pabrėžiama taip pat pabrėžiama, kad tiek išsivysčiusiose, tiek mažiau išsivysčiusiose šalyse vėžiu dažniau serga žemesnio socioekonominio statuso žmonės – dėl prastesnės mitybos, didesnio žalingų įpročių paplitimo ir ribotos prieigos prie sveikatos priežiūros bei prevencijos paslaugų. Be to, mažų pajamų šalyse vėžys neretai išsivysto ir jauniems žmonėms, ypač dėl infekcinių priežasčių, tokių kaip hepatitai ar žmogaus papilomos virusas (Vineis&Wild, 2014).

Nors gydymas ir ankstyva diagnostika svarbūs, pagrindinis dėmesys turėtų būti skiriamas pirminei prevencijai, nes šiuo metu yra žinomi rizikos veiksniai, kuriuos pašalinus galima išvengti nuo vieno trečdalio iki pusės visų vėžio atvejų. Svarbiausios prevencinės priemonės šios: rūkymo prevencija, mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas, vakcinacija nuo endogeninių virusų (ŽVP, hepatito B). Taip pat reikia riboti arba pašalinti sąlytį su asbestu, benzenais, aromatiniiais gaminiais ir kitais žinomais darbo aplinkoje veikiančiais kancerogenais, mažinti aplinkos taršą.

Apibendrinant galima teigti, kad vėžys yra globali ir auganti problema, kurios paplitimas ypač didėja mažo ir vidutinio išsivystymo šalyse dėl vakarietiško gyvenimo būdo, infekcinių ligų ir socialinės nelygybės. Nors yra žinomos prevencinės priemonės, galinčios užkirsti kelią iki 40–50 % vėžio atvejų, jų taikymas išlieka nepakankamas, nes visuomenė dažnai informuojama nepakankamai ir trūksta politinės valios. Siekiant veiksmingos vėžio kontrolės, būtina stiprinti pirminę prevenciją – nuo sveikos gyvensenos skatinimo ir vakcinacijos iki aplinkos bei profesinių rizikos veiksnių mažinimo.

1.4. ŠJT taikymas moterims, sergančioms onkologinėmis ligomis

1.4.1. ŠJT taikymas pacientams, sergantiems įvairių formų onkologinėmis ligomis

ŠJT vis dažniau taikoma pacientams, sergantiems įvairiomis onkologinėmis ligomis. Mokslinėje literatūroje analizuojami tiek pacienčių, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, tiek kitų, sergančių retesnėmis vėžio formomis, tyrimų rezultatai. Nors tyrimų metodikos skiriasi – nuo atsitiktinių imčių

tyrimų (angl. *randomized controlled trials*, RCT) iki kokybinių ilgalaikių stebėjimų – pagrindinis dėmesys sutelkiamas į empiriškai pagrįstą ŠJT poveikio vertinimą.

Koch ir Bräuninger (2020) apžvalgoje, skirtoje ŠJT onkologijoje tyrimuose, analizavo šios intervencijos taikymo sritis ir poveikio kryptis. Pasak jų, onkologiniame kontekste ši terapinė intervencija siejasi su emocinės raiškos ir reguliacijos stiprinimu, kūno suvokimo bei savęs priėmimo gerinimu, streso, nerimo ir depresijos simptomų mažinimu. Taip pat apžvalgoje akcentuojama ŠJT nauda fizinių funkcijų palaikymui ir stiprinimui, sąmoningumo bei savistabos ugdymui, tarpasmeninių santykių bei socialinių įgūdžių plėtrai. Koch ir Bräuninger (2020) pažymi, kad terapija padeda valdyti skausmą bei trauminę patirtį, skatina kūrybiškumą ir spontanišką saviraišką. Visi šie aspektai atskleidžia ŠJT kompleksinį poveikį pacientų psichologinei, fizinei ir socialinei gerovei.

R. T. H. Ho ir kt. (2005) paskelbtame tyrime pateiktas praktinis ŠJT poveikio vertinimas (mažos apimties imtyje). Buvo ištirti 22 pacientai, kurių dauguma sirgo krūties vėžiu. Jie dalyvavo šešių savaičių ŠJT programoje, kurios metu vyko 90 min. trukmės užsiėmimai kartą per savaitę. Programą sudarė įvairūs komponentai: apšilimo pratimai, šokio technikų mokymas, teminiai judesiai, orientuoti į emocinę raišką, atsipalaidavimo metodai ir vaizduotės praktikos. Išanalizavus tyrimo rezultatus nustatyta, kad intervencija statistiškai reikšmingai sumažino dalyvių patiriamą stresą, padidino jų savigarbą. Dalyvių pasakojimuose išryškėjo teigiami pokyčiai emocijų reguliacijos, nuotaikos, atsipalaidavimo ir savęs pažinimo srityse.

Atlikta tyrimų, kurie analizavo ŠJT taikymą onkologinių pacientų stacionarinėje reabilitacijoje. Vienas iš jų (Mannheim et al., 2013b) buvo atliktas Vokietijoje su moterimis, sergančiomis įvairiomis onkologinėmis ligomis (N = 115). Pagrindinis tyrimo tikslas – įvertinti ŠJT poveikį pacienčių psichologinei savijautai, gyvenimo kokybei ir emociniam atsparumui. Tyrimo rezultatų analizė parodė statistiškai reikšmingus teigiamus pokyčius: pagerėjo emocinė ir socialinė gyvenimo kokybė, sumažėjo depresijos ir nerimo lygis, sustiprėjo kūno suvokimas, savivertė, atsipalaidavimas ir subjektyvus energingumo pojūtis. Reikšmingi vidutinio ir didelio stiprumo poveikio rodikliai buvo stebėti šiose srityse: emocinė raiška, savęs priėmimas ir pasitikėjimas savimi, socialinė sąveika, fizinio gerbūvio pojūtis.

Remiantis aukščiau aptartų mokslinių straipsnių analize ir jų išvadomis, rekomenduojama integruoti ŠJT programas į stacionarines onkologinės reabilitacijos paslaugas, taip pat apsvarstyti, kaip šias intervencijas būtų galima taikyti ambulatorinėje priežiūroje po aktyvaus gydymo.

Iš mokslinių tyrimų analizės matyti, kad ŠJT gali būti efektyvi kompleksinės onkologinės reabilitacijos dalis, padedanti gerinti emocinę, psichologinę ir fizinę pacientų būklę. Remiantis tyrimų

rezultatais, pastebėtas reikšmingas teigiamas poveikis sumažėjus stresui, nerimui, depresijai ir pagerėjus gyvenimo kokybei bei kūno suvokimui. Vis dėlto būtina atkreipti dėmesį į metodologinius tyrimų skirtumus, dažnai ribotas imtis ir tyrimo dizaino apribojimus.

Apibendrinant galima teigti, kad ŠJT gali prisidėti prie onkologinių pacientų emocinės išraiškos skatinimo, savivertės stiprinimo bei adaptacijos po ligos diagnozės ir gydymo. Pastebėtas teigiamas poveikis ir fiziniams parametrams – laikysenai, jėgai, judesių amplitudei ir bendram kūno funkcionalumui. Siekiant išvengti šališkumo ir gauti kliniškai reikšmingus rezultatus, būtina toliau tęsti aukštos kokybės mokslinius tyrimus, ypač taikant atsitiktinių imčių dizainą. Šie duomenys leidžia pagrįstai svarstyti ŠJT kaip vieną onkologinės reabilitacijos ir ambulatorinių paslaugų modelių, kuris padėtų užtikrinti visapusišką pacientų psichosocialinės gerovės palaikymą po gydymo.

1.4.2. ŠJT taikymas onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams jų gyvenimo kokybei gerinti

ŠJT yra į išteklius orientuotas metodas, kuriame šokis ir judesys naudojami fiziniams, emociniams, kognityviniams, socialiniams ir dvasiniams procesams integruoti, siekiant asmenybės stiprinančių ir psichoterapinių tikslų. Jis veikia prevenciškai, gydomai ir reabilitaciniu būdu, remiantis prielaida apie judesio poveikį emocijoms ir pažinimui. Pagrindinis ŠJT intervencijos onkologijoje tikslas – padėti valdyti ligą, mažinti skausmą, nerimą, depresiją ir gerinti gyvenimo kokybę atkuriant, palaikant ir stiprinant fizinę, psichinę ir psichosocialinę sveikatą (Vardhan et al., 2022).

Moksliniuose tyrimuose dažnai taikomos dvi pagrindinės sisteminės metodikos – literatūros apžvalga ir metaanalizė. Šios metodikos padeda tyrėjams apibendrinti esamus duomenis, išryškinti bendras tendencijas ir identifikuoti mokslinių tyrimų spragas (Mengist et al., 2020). Atsižvelgiant į ŠJT taikymo aktualumą onkologijoje, šiame skyriuje pateikiama sisteminė literatūros apžvalga ir apibendrinamos metaanalizės išvagos. Kadangi sisteminė literatūros apžvalga ir metaanalizė yra vieni svarbiausių įrodymais pagrįstos medicinos metodų, jų taikymas leidžia nuosekliai apibendrinti esamus empirinius duomenis, įvertinti intervencijos veiksmingumą ir identifikuoti mokslo žinių spragas. Šios metodikos grindžiamos aukšto lygmens įrodymais, todėl yra itin vertinamos medicinos mokslų srityje kaip patikimos priemonės formuluojant klinikines rekomendacijas ir sprendžiant sveikatos priežiūros praktikų pagrįstumą.

Koch ir Bräuninger (2020) atlikto sisteminę literatūros apžvalgą, duomenis jai rinko nuo 1960 m. iki 2020 m. kovo mėn. Iš viso į analizę buvo įtraukta 13 empirinių tyrimų. Šiuose tyrimuose buvo analizuojama gana gausi (N = 576) imtis ligonių, dauguma jų sirgo krūties vėžiu (N = 476).

Visi 13 tyrimų buvo atlikti su suaugusiaisiais, aštuoni iš jų – su krūties vėžiu sergančiomis moterimis. Visi tyrimai, išskyrus vieną, vyko grupėse. Šiame tyrimų rinkinyje buvo dalyvių, kuriems taikomas tęstinis gydymas (Chemoterapija ar radioterapija) (N = 179), ir tų, kurie jau baigė tęstinį gydymą (N = 397).

Buvo nustatyti tokie intervencijų rezultatai:

- Remiantis pirmojo įrodymų lygio tyrimais nustatyta, kad sumažėjo stresas ir skausmas, nuovargis, depresija, pagerėjo fizinė ir psichologinė gyvenimo kokybė, padidėjo peties judesių amplitudė, fizinė jėga, ištvermė ir pasitenkinimas gyvenimu. Taip pat jautė streso sumažėjimą, tačiau hormoniniu lygmeniu tai nebuvo įrodyta.
- Išnagrinėjus antrojo įrodymų lygio tyrimus nustatyta, kad pagerėjo kūno įvaizdis ir gyvenimo kokybė, taip pat sumažėjo nuovargis ir pavargimas.
- Išanalizavus trečiojo įrodymų lygio tyrimus nustatyta, kad pagerėjo gyvenimo kokybė, sumažėjo nerimas ir depresija, pagerėjo savigarba ir problemų įveikimas, užfiksuotas gyvenimo kokybės pagerėjimas ir psichologinio distreso sumažėjimas, sumažėjęs stresas.

Autoriai, Koch ir Bräuninger (2020), teigia, kad ŠJT tyrimų rezultatai yra daug žadantys onkologinio gydymo kontekste, pavyzdžiui, siekiant pagerinti gyvenimo kokybę ir gerovę, taip pat mažinant stresą, skausmą, nerimą ir depresiją.

Ong ir kt. (2023) atliko sisteminę literatūros apžvalgą ir metaanalizę siekiant įvertinti psichofizinių terapijų (toliau – MBT) veiksmingumą moterims, sergančioms ginekologiniu vėžiu. Tyrimo tikslas buvo nustatyti MBT poveikį vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybei, nerimui, depresijai, su vėžiu susijusiam skausmui ir nuovargiui. Duomenys buvo renkami iš septynių duomenų bazėse nuo jų įkūrimo iki 2021 m. gruodžio mėn. Išanalizavus rezultatus nustatyta, kad MBT buvo veiksminga mažinant ginekologiniu vėžiu sergančių moterų depresiją, skausmą ir nuovargį. Dėl didelio metodologinio šališkumo ir tyrimų nevienodumo bendras įrodymų patikimumas buvo vertinamas kaip žemas, todėl autoriai rekomenduoja ateityje atlikti aukštesnės kokybės tyrimus.

Fatkulina ir kt. (2021) atliko sisteminę literatūros apžvalgą, kad nustatytų, kokį poveikį ŠJT turi krūties vėžiu sergančių pacienčių psichikos sveikatai ir gyvenimo kokybei. Apžvalgai buvo atrinkti tik empiriniai intervenciniai tyrimai (N = 6): atsitiktinių imčių tyrimai (angl. *randomized controlled trials*, RCT) (n = 5) ir ne RCT (n = 1). Buvo vadovaujamasi PRISMA gairėmis. Buvo išanalizuoti 6 tyrimai.

Dalyvavo 385 ligonės, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, jų vidutinis amžius – 55,7 metų. ŠJT programos trukmė nuo 3 iki 24 savaičių. Kiekviename tyrime buvo vertinama gyvenimo kokybė, fizinis aktyvumas, stresas, emocinė ir socialinė gerovė. Rezultatams vertinti naudoti skirtingi klausimynai. Po ŠJT intervencijos dalyvių psichikos sveikata pagerėjo: moterys teigė, kad jų gyvenimo kokybė tapo geresnė, sumažėjo stresas, nuovargis ir kiti simptomai. Išanalizavę 6 tyrimų (nors kai kuriuose dalyvių buvo iki 15 dalyvių) rezultatus, autoriai padarė išvadas: ŠJT gali būti sėkmingai taikoma kaip papildoma terapija greta standartinio vėžio gydymo, siekiant pagerinti moterų, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, gyvenimo kokybę ir psichikos sveikatą.

McGrath ir kt. (2022) realistinės apžvalgos tipo publikuotame straipsnyje pranešama, kad fiziniai pratimai yra saugūs ir naudingi sergant kiaušidžių vėžiu. Fizinio aktyvumo intervencijos gerina fizinę funkciją, išvermę, mažina nuovargį, depresijos simptomus ir gerina gyvenimo kokybę. Duomenų paieška vykdyta penkiose duomenų bazėse (CINAHL Plus, Medline, Embase, PsycINFO ir Google Scholar), paieškos laikotarpis nuo 1980 m. iki 2020. Galutinei analizei buvo atrinkti 9 empiriniai tyrimai. Tyrimo išvadose pabrėžiama, kad fiziniai pratimai turėtų būti laikomi svarbia onkologinės priežiūros dalimi moterims, sergančioms kiaušidžių vėžiu. Tačiau siekiant efektyvaus įgyvendinimo būtina atsižvelgti į kontekstinius veiksnius – tokius kaip individualūs poreikiai, motyvacija, palaikymo prieinamumas ir praktiniai barjerai. Autoriai ragina plėtoti individualizuotas fizinio aktyvumo programas, integruotas į klinikinį gydymo procesą, kurios būtų orientuotos į ilgalaikį poveikį bei pacienčių gyvenimo kokybės stiprinimą.

Abu-Odah ir kt. (2024) atliko sisteminę apžvalgą ir metaanalizę, kurioje nagrinėjo ŠJT intervencijų veiksmingumą vėžiu sergančių pacientų gerovei. Buvo analizuojami tyrimai, kurie atlikti per beveik du dešimtmečius (nuo 2004 m. pradžios iki 2023 m. liepos 10 d.), siekiant atskleisti įvairias ŠJT intervencijų taikymo onkologiniams pacientams patirtis. Į apžvalgą įtraukta 16 tyrimų, iš kurių 9 buvo atsitiktinių imčių tyrimai (RCT), o 7 – neatsitiktinių imčių tyrimai. Naudotos tiek terapinės šokio-judesių programos, tiek šokio-judesių intervencijos, apimančios skirtingus šokio stilius (pavyzdžiui, pilvo šokį, linijinį šokį, tradicinį šokį) ir psichoterapinius elementus. Padarytos išvados, kad abi intervencijos (ŠJT ir ŠJTI) padeda gerinti įvairius onkologinių pacientų sveikatos rodiklius, susijusius su psichologine ir fizine gerove, tačiau vis dėlto šie duomenys nėra pakankami, kad būtų galima padaryti galutines išvadas. Reikia atlikti daugiau kokybiškų tyrimų siekiant įvertinti šių terapijų efektyvumą.

ŠJT yra veiksminga papildoma intervencija, padedanti onkologiniams pacientams sumažinti stresą, skausmą, nerimą, depresiją ir pagerinti jų gyvenimo kokybę, fizinę būklę bei emocinę gerovę. Iš atliktų empirinių tyrimų matyti, kad ŠJT gali būti naudinga tiek gydymo metu, tiek po jo, ypač krūties

vėžiu sergančioms moterims. Nors tyrimų rezultatai patvirtina terapijos efektyvumą, visgi kai kurių jų metodologija yra ribota, todėl būtina atlikti daugiau išsamesnių tyrimų, siekiant, kad ŠJT būtų taikoma gydant onkologinius ligonius kartu su standartizuota klinicine praktika.

1.4.3. ŠJT taikymas krūties vėžiu sergančioms pacientėms gyvenimo kokybei gerinti

ŠJT vis dažniau nagrinėjama kaip papildoma intervencija, galinti pagerinti krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybę. Dauguma empirinių tyrimų rodo, kad ŠJT gali būti veiksminga kaip papildoma intervencinė priemonė gerinant krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybę, ypač emocinės gerovės, fizinės sveikatos ir streso valdymo srityse. Sisteminė tyrimų analizė atskleidė, kad ŠJT taikymas padeda sumažinti psichologinį distresą, depresijos simptomus bei nuovargį ir pagerinti miego kokybę (Fatkulina et al., 2021; Abu-Odah et al., 2024; He et al., 2022; R. Ho et al., 2018)). Vis dėlto buvo pastebėta, kad tyrimų dizainas, intervencijų trukmė, dalyvių skaičius ir vertinimo kriterijai gana skirtingi, tai neleidžia daryti patikimų išvadų apie ŠJT efektyvumą klinikinėje praktikoje.

Pavyzdžiui, Goodill (2018) išanalizavo 10 įvairių tipų tyrimų (įskaitant RCT, kontroliuojamus klinikinius tyrimus ir priešeksperimentinius tyrimus), kurių dauguma orientavosi į moteris, sergančias krūties vėžiu. Apžvalgoje teigiama, kad dauguma tyrimų rėmėsi kokybiniais duomenimis ir pacientų pasakojimais, todėl nors ir išryškėjo teigiama emocinės savijautos dinamika, visgi empirinio pagrindimo mastas išliko ribotas. O Sandel ir kt. (2005) atliktas atsitiktinių imčių tyrimas, kuriame dalyvavo 35 pacientės, parodė statistiškai reikšmingą gyvenimo kokybės, pečių judrumo ir kūno įvaizdžio pagerėjimą po 12 savaičių trukmės ambulatorinės ŠJT intervencijos. Šis tyrimas išsiskiria tuo, kad vertino ne tik psichologinius, bet ir fiziologinius parametrus, kas leidžia kompleksčiau vertinti ŠJT poveikį.

He ir kt. (2022) atliko didesnės apimties atsitiktinių imčių tyrimą, kurio metu 176 krūties vėžiu sergančios pacientės buvo vertinamos prieš ir po 16 savaičių trukmės intervencijos. ŠJT poveikis tirtas skirtingais gydymo laikotarpiais: prieš chemoterapiją, po trečio ir šešto ciklo. Tyrimo rezultatai parodė reikšmingą nuovargio, miego sutrikimų ir depresijos simptomų sumažėjimą ir gyvenimo kokybės pagerėjimą, tad galima teigti, jog ŠJT kaip psichofizinė parama yra naudinga sudėtingu gydymo laikotarpiu.

Kitas svarbus tyrimas, publikuotas žurnale (Ho et al., 2018), atskleidė, kad ŠJT gali paveikti biologinius streso rodiklius, pavyzdžiui, kortizolio lygį. Tyrime dalyvavo 121 ligonė, jos buvo padalintos į intervencinę ir kontrolinę grupes. ŠJT poveikis vertintas ne tik subjektyviais (suvokto streso, nuovargio, skausmo) kriterijais, bet ir objektyviais biologiniais žymenimis (kortizolio lygiu seilėse). Nors bendras kortizolio lygis reikšmingai nepasikeitė, intervencijos nauda išryškėjo toms ligonėms, kurių distreso

lygis pradžioje buvo aukštas. Taigi galima daryti prielaidą, kad ŠJT selektyvus efektyvumas priklauso nuo pradinės psichologinės būklės.

Iš atliktų mokslinių tyrimų matyti, kad ŠJT gali pagerinti krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybę, nes padeda mažinti stresą, depresijos simptomus, nuovargį ir prisideda prie geresnės miego kokybės bei kūno suvokimo. Taip pat nustatyta, kad ŠJT gali turėti teigiamą poveikį fizinei sveikatai, pavyzdžiui, pečių judrumui ir bendrai fizinei būklei. Tačiau, nors ŠJT rezultatai ir daug žadantys, ji vis dar nėra plačiai taikoma klinikinėje praktikoje. Reikalingi tolesni didelės apimties atsitiktinių imčių tyrimai, kurie leistų patikimai įvertinti ŠJT efektyvumą, kad ši terapija būtų įtraukta į onkologinės reabilitacijos programas.

Remiantis mokslinių straipsnių analize, darytina bendra išvada, kad nepriklausomai nuo vėžio rūšies ŠJT teigiamai veikia emocinę, fizinę ir socialinę pacientų gerovę. Visi tyrimai patvirtina streso, depresijos ir nuovargio mažėjimą, fizinės būklės gerėjimą bei didesnę gyvenimo kokybės indeksą. Skirtumų dažniausiai atsiranda dėl specifinių fizinių tam tikro vėžio problemų (pavyzdžiui, pečių judrumo esant krūties vėžiui), tačiau ŠJT nauda yra vienoda visiems onkologiniams pacientams.

1.4.4. Viltis kaip gyvenimo kokybės prielaida onkologinėmis ligomis sergančioms moterims: tyrimų apžvalga ir ŠJT taikymo galimybės

Vienas iš vilties apibrėžimų – tai dinamiškas ir daugialypis procesas, kuris yra esminis gyvenime, orientuotas į ateitį, tikslingas ir labai individualus kiekvienam žmogui (Laranjeira et al., 2020). Viltis teikia paguodą gyvenimo grėsmių ir iššūkių akivaizdoje, stiprina gebėjimą išverti kančią, palengvina sveikimo procesą, nes yra ir galingas įveikos mechanizmas, ir esminis vidinis gyvenimo kokybės šaltinis (Sabri et al., 2024). Nustatyta, kad viltis yra itin svarbi lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, ji turėtų būti nuolat palaikoma gydymo metu ir po jo (Sabri et al., 2024). Nierop-van Baalen ir kt. (2020) nagrinėjo vilties vaidmenį ligoniams, sergantiems vėžiu. Atlikus 33 nuo vėžio gydomų ligonių sisteminę tyrimų apžvalgą nustatyta teigiamų sąsajų tarp vilties ir gyvenimo kokybės, socialinės paramos, dvasinės bei egzistencinės gerovės, bet nenustatyta jokių sąsajų tarp vilties ir demografinių ar klinikinių kintamųjų. Stanton ir kt. (2002), atlikę išilginį skerspjūvio tyrimą, nustatė, kad krūties vėžiu sergančių moterų viltis ir ligos įveikimas sąveikauja. Dalyvės, kurios dažniau naudojo emociškai išraiškingą įveikimo būdą, patyrė mažiau kančios ir rečiau lankėsi pas gydytojus dėl savo ligos, tačiau tik tuomet, kai jautėsi turinčios daug vilties. Moterys, kurios jautėsi viltingos, nurodė, kad su krūties vėžiu susidoroja tarsi turėtų „kovotojos dvasią“. Kitos moterys, kurios turėjo mažai vilties, dažniau

nurodė bejėgiškumo jausmą, fatalistinį susitaikymą ir nerimastingą susirūpinimą liga (Stanton et al., 2002).

Kadangi viltis yra vienas iš svarbiausių vidinių gyvenimo kokybės šaltinių, o ŠJT kaip tik gerina gyvenimo kokybę, galima daryti prielaidą, jog ŠJT gali prisidėti ir prie vilties jausmo stiprinimo. Remiantis Koch ir Bräuninger (2020) atlikta mokslinių tyrimų apžvalga, ŠJT poveikis buvo tiriamas skirtingais onkologinio gydymo etapais – nuo diagnozės nustatymo iki reabilitacijos. Iš duomenų matyti, kad ŠJT taikymas gali reikšmingai sumažinti pacientų patiriamą nuovargį, stresą, skausmą ir su skausmu susijusius funkcinio aktyvumo trukdžius. Be to, intervencijos padėjo pagerinti bendrą gyvenimo kokybės suvokiamą, ypač emociniu, fiziniu ir socialiniu aspektais. Remiantis Laranjeira ir kt. (2020) teiginiu, kad viltis yra gyvenimo kokybės šaltinis, darytina prielaida, jog ŠJT intervencijos gali stiprinti ir viltį. Yra daug tyrimų, kuriuose teigiama, kad depresija ir stresas didina sergamumą vėžiu ir blogina piktybinių ligų prognozę. Šis ryšys grindžiamas streso ir afektinių sutrikimų poveikiu uždegiminiam atsakui, taip pat uždegimo mediatorių ir vėžio sąsajomis.

Vilties tema ŠJT kontekste tirta mažai. Paminėtinas, kokybinis tyrimas (*Dibbell-Hope*, 2000), skirtas vilties temai, jo metu įvertintas autentiško judesio (*Authentic Movement*) terapijos poveikis psichologinei adaptacijai po krūties vėžio diagnozės ir gydymo. Kokybiniai duomenys buvo surinkti per interviu su dalyvėmis prieš ir po terapijos. Tyrime dalyvavo 33 moterys, sergančios I arba II stadijos krūties vėžiu. Kokybinio tyrimo rezultatai buvo tokie: 55 % moterų nurodė, kad jaučia daugiau vilties dėl savo ateities.

Koch ir kt. (2019) atliko mokslinių tyrimų apžvalgą nuo 2012 m. sausio 1 d. iki 2018 m. kovo 3 d. Gauti rezultatai parodo, kad ŠJT mažina depresiją ir nerimą, gerina gyvenimo kokybę ir tarpasmeninius bei pažintinius įgūdžius. Tad ŠJT gali būti tiek prevencinė priemonė nuo vėžio, tiek išteklius, gydantis onkologinę ligą ir skatinantis nepasiduoti sunkiam gydymui. ŠJT yra labai dinamiška ir gali būti plačiai taikoma, priklausomai nuo terapinio tikslo. Čia paminėtinas Bendel-Rozow (2021) atliktas tyrimas, skirtas įvertinti į sveikimą orientuotos ŠJT tinkamumą ir palyginti ją su alternatyvia sveikimo programa, taikant žmonėms, besigydančioms psichiatrinėje ligoninėje. Gauti rezultatai parodė, kad adaptuota ŠJT turėjo tokį pat poveikį pacientų atsigavimui ir įsitraukimui, kaip ir įdiegta sveikimo programa. Taigi galima daryti prielaidą, jog viltis gali būti didinama ne tik per paciento ir gydytojo pokalbius, bet ir įtraukiant ŠJT į onkologinės ligos gydymą.

Soria-Reyes ir kt. (2023) atliktame tyrime dalyvavo 117 moterų, kurioms buvo diagnozuotas krūties vėžys. Jų amžius – 31–75 metų (vidurkis – 51,45 m.), o vidutinis laikas, kai sužinojo diagnozę, – 4,13 m. Remiantis tyrimo rezultatais, entuziazmas ir viltis turėjo didžiausią poveikį gyvenimo

pasitenkinimui. Taip pat patvirtino, kad stiprybės, tokios kaip viltis ir entuziazmas, padeda pacientėms geriau prisitaikyti prie ligos ir gerina jų psichologinį atsparumą. Tai gali paskatinti kurti psichologines intervencijas, orientuotas į gyvenimo džiaugsmo ir vilties stiprinimą moterims, sergančioms krūties vėžiu. Šis tyrimas parodo, kaip svarbu ugdyti charakterio stiprybes, ypač viltį ir entuziazmą, siekiant pagerinti gyvenimo kokybę moterims, kurios išgyvena krūties vėžio diagnozę.

Y. Li ir kt. (2021) atliko skerspjūvio analizę 2017–2018 m. Kinijos mieste. Tyrime dalyvavo 450 krūties vėžiu sergančių moterų, kurioms buvo taikoma chemoterapija. Duomenys buvo analizuojami naudojant aprašomąją statistiką, vienfaktorinę analizę, Spearman koreliaciją, daugybinę regresinę analizę ir struktūrinių lygties modeliavimą. Tyrime nebuvo taikoma specifinė intervencija, tačiau iš rezultatų matyti, kad viltis gali būti svarbus gyvenimo kokybės veiksnys. Daromos išvados, kad slaugytojai galėtų daugiau prisidėti skatindami pacientų viltį per psichologinę paramą ir emocinį palaikymą. Vilties stiprinimas gali pagerinti gyvenimo kokybę sergančioms krūties vėžiu moterims, kurioms taikoma chemoterapija. Todėl slaugytojai ir psichologai turėtų kurti intervencijas, skirtas vilties didinimui ir emocinei gerovei stiprinti.

Mokslininkai (Corn et al., 2020) nagrinėjo vilties reikšmę onkologijoje, jos poveikį pacientų gyvenimo kokybei ir galimą vaidmenį gydymo procese. Pasak jų, kad viltis gali būti ne tik psichologinis veiksnys, bet ir terapinis tikslas, turintis įtakos sveikatai, jos pagerėjimui. Buvo atlikta teminė literatūros apžvalga. Straipsyje buvo aptariama Snyder vilties teorija ir buvo analizuojama, kaip viltis siejasi su neuromediatorių sistemomis, imuninėmis reakcijomis ir uždegiminiais procesais, kurie daro poveikį ir onkologinėms ligoms. Taikytos įvairios psichologinės intervencijos, kurios prisideda prie vilties didinimo. Tyrimo išvadose teigiama, kad viltis yra reikšmingas gyvenimo kokybės ženklas – aukštesnis vilties lygis glaudžiai siejasi su geresne emocine būkle, atsakingesniu gydymo laikymusi ir didesniu atsparumu ligai. Viltis gali paveikti biologinius mechanizmus, įskaitant imuninės sistemos aktyvumą, uždegimines reakcijas ir netgi vėžio progresiją. Psichologinės intervencijos, skatinančios viltį, gali sumažinti stresą, depresiją ir pagerinti pacientų išgyvenamumą. Tyrimo autorių pateikta tokias rekomendacijas: onkologai turėtų įtraukti vilties stiprinimo metodus į pacientų priežiūrą, nes viltis gali pagerinti ne tik gyvenimo kokybę, bet ir gydymo efektyvumą; kurti vilties stiprinimo programas. Viltis yra ne tik psichologinis reiškinys, bet ir galimas terapinis įrankis onkologijoje. Ji gali pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, skatinti sveikatai palankų elgesį ir netgi turėti poveikį ligos eigai.

Mokslininkai (Shen et al., 2020) atliko tyrimą, kuriame analizavo gyvenimo kokybę ir ją veikiančius veiksnius tarp moterų, išgyvenusių trigubai neigiamą krūties vėžį. Pagrindinis dėmesys buvo skiriamas vilties, saviveiksmingumo ir socialinės paramos poveikiui, kaip tai veikia sergančių moterų

gyvenimo kokybę. Buvo priėjo prie išvados, jog viltis yra vienas svarbiausių gyvenimo kokybės veiksnių – kuo aukštesnis vilties lygis, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Pajamos, viltis, saviveiksmingumas ir socialinė parama yra teigiami, o vėžio stadija – neigiami gyvenimo kokybę prognozuojantys rodikliai. Gauti tyrimo rezultatai patvirtina, kad psichosocialinė parama yra būtina siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, o vilties stiprinimas gali būti svarbi terapinė strategija.

Remiantis mokslinių tyrimų rezultatais galima teigti, kad viltis yra esminis gyvenimo kokybės veiksnys onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Ji ne tik padeda geriau susidoroti su liga, bet ir gali daryti fiziologinį poveikį, veikdama imuninę sistemą ir uždegiminiuosius procesus. Kadangi ŠJT pagerina gyvenimo kokybę ir sumažina stresą, depresiją bei skausmą, ji taip pat gali prisidėti prie vilties stiprinimo.

ŠJT, kaip skatinanti viltį priemonė, gali būti sėkmingai taikoma onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, siekiant sustiprinti jų pasitikėjimą gijimo procesu, palengvinti emocinę naštą. Visgi reikėtų atlikti daugiau tyrimų ir surinkti patikimų empirinių įrodymų, kad būtų galima visapusiškai suprasti vilties vaidmenį gydant onkologinėmis ligomis sergančius pacientus. Tačiau ir šiuo metu paskelbtų tyrimų rezultatai rodo, kad vilties skatinimas gali būti integruotas į gydymo procesą ir labai svarbus. ŠJT gali būti vertinga priemonė šioje srityje, kuri prisidėtų prie pacientų vilties stiprinimo ir geresnių gydymo rezultatų.

2. EMPIRINIS TYRIMAS

Atsižvelgiant į teorinėje dalyje iškeltas problemas ir mokslinių tyrimų rezultatus, šioje empirinėje dalyje siekiama įvertinti ŠJT poveikį onkologinėmis ligomis sergančių moterų vilties jausmui ir gyvenimo kokybei. Nors ankstesni tyrimai patvirtina ŠJT teigiamą įtaką gyvenimo kokybei, tačiau vilties stiprinimas taikant ŠJT vis dar nėra pakankamai ištirtas. Tyrime buvo naudojamas mišrusis tyrimo metodas, sujungiantis tiek kiekybinį, tiek kokybinį tyrimo metodus. Kiekybinėje dalyje buvo taikomas standartizuotas klausimynas – gyvenimo kokybė vertinama pagal EORTC QLQ-C30 skalę, o vilties lygis matuojamas naudojant Snyder vilties skalę. Šie metodai leido objektyviai įvertinti ŠJT poveikį ir nustatyti pokyčius prieš ir po terapijos intervencijos. Kokybinėje tyrimo dalyje buvo atliekamas pusiau struktūruotas interviu, siekiant atskleisti dalyvių asmenines patirtis ir subjektyvius gyvenimo kokybės bei vilties pokyčius po ŠJT užsiėmimų. Taip pat duomenys apie pokytį buvo renkami panaudojant istorijų metodą, technika - „Projekcinė interpretacija“, kai pasitelkiant metaforas buvo siekiama pastebėti pokyčius po ŠJT. Šis derinys suteikė išsamesnį ir daugiasluoksnį supratimą apie ŠJT poveikį onkologinėmis ligomis sergančioms moterims. Mano asmeninė motyvacija kyla iš tvirto tikėjimo, jog viltis bei pozityvus požiūris į ateitį turi reikšmingą įtaką ne tik gyvenimo kokybei, bet ir gydymo rezultatams. Iš atliktų mokslinių tyrimų matyti, kad esant stipresniam vilties jausmui atsiranda geresnis prisitaikymas prie ligos, padidėja gydymosi motyvacija ir pagerėja bendra emocinė savijauta. Todėl ypač svarbu įtraukti psichosocialines priemones į onkologinių pacientų gydymo programas, siekiant užtikrinti visapusišką pagalbą sergantiesiems.

2.1. Tyrimo metodologija

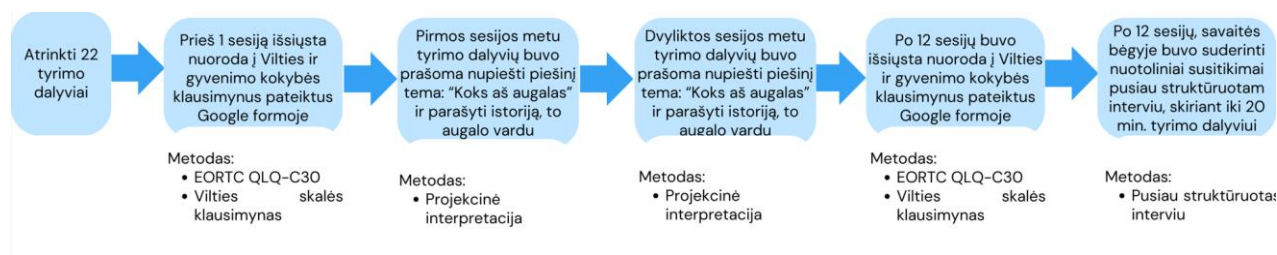
Empirinio tyrimo tikslas – atskleisti grupinės ŠJT poveikį tiriamųjų gyvenimo kokybei bei vilčiai ir atskleisti individualų tiriamųjų ŠJT patyrimą.

Tyrimo tipas – pasirinktas mišrus tyrimo metodas, t. y. sujungiant kokybinius ir kiekybinius duomenis. Mišrus metodas buvo pasirinktas dėl kompleksinio ŠJT poveikio, kuris negali būti įvertintas tik vienos rūšies duomenimis. Sujungus kiekybinius ir kokybinius duomenis buvo galima gauti ne tik objektyvius duomenis apie terapijos efektyvumą, bet ir gilų tyrimo dalyvių patirčių atskleidimą. Taip galima geriau suprasti ŠJT poveikį ir gauti visapusišką vaizdą (Bryl et al., 2024).

Tyrimo organizavimas. Remiantis straipsniu (Karkou et al., 2021), kuriame buvo išnagrinėtas 12 savaikių struktūruotų ŠJT intervencijų veiksmingumas moterims po krūties vėžio gydymo, pastebėta,

kad pagerėjo fiziniai ir psichologiniai gyvenimo kokybės aspektai. Todėl ir šiame baigiamajame magistriniame darbe ŠJT programą sudarė 12 sesijų, vieną kartą per savaitę, trukmė – 1,5 val. Tyrimas vyko studijoje „Saulės namai“, Algirdo g. 16-1, Vilnius.

Gyvenimo kokybės ir vilties klausimynai buvo išsiųsti el. paštu, naudojant „Google Forms“ programą. Buvo prašoma užpildyti klausimynus iki pirmos sesijos pradžios. Pasibaigus 12 sesijai buvo prašyta užpildyti klausimyną per savaitę laiko, t. y. iki 2025 m. sausio 5 d. Pusiaus struktūruotas interviu buvo atliekamas pasibaigus 12 ŠJT sesijų. Taip pat buvo taikytas istorijų metodo, „Projekcinės interpretacijos“ technika.



6 pav. Duomenų surinkimo procesas

Kiekybinis tyrimas

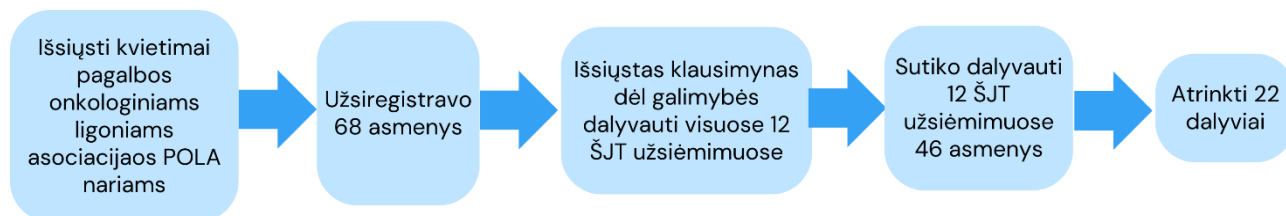
Tiriamoji populiacija. Onkologinėmis ligomis sergančios moterys, priklausančios Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijai (POLA).

Tyrimui buvo pasirinkti šie atrankos kriterijai:

- kalbančios lietuviškai;
- amžius nuo 39 iki 60 metų;
- sergančios onkologine liga;
- pasiekusios remisiją arba tebesigydančios;
- moterys;
- sutiko dalyvauti ŠJT 1 kartą per savaitę, iš viso 12 sesijų.
- duomenys vertinami tik tų tyrimo dalyvių, kurios ŠJT užsiėmimuose dalyvaus daugiau kaip 7 sesijose.

Vienas iš atrankos kriterijų buvo tas, kad tyrimo dalyvės kalbėtų lietuviškai, nes tyrimas vyko Lietuvoje ir visi klausimynai bei interviu buvo lietuvių kalba. Buvo siekiama, kad tyrimo dalyvės tiksliai suprastų informaciją ir laisvai galėtų išreikšti savo patirtis. Amžiaus intervalas pasirinktas nuo 39 iki 60

metų, nes tokio amžiaus moterų, sergančių onkologinėmis ligomis, daugiausia, taip buvo siekiama išvengti skirtumų atsirandančių dėl amžiaus. Kad būtų nustatytas ŠJT poveikis, svarbu reguliarumas ir nuoseklus, tad tyrimo dalyvės buvo pakviestos į 12 sesijų. Pasibaigus ŠJT, tyrimo dalyvių rezultatai matuoti ne visų, o tikrai tų, kurios dalyvavo bent 7 ir daugiau sesijų. Taip siekta atskleisti visą terapijos poveikį, o ne tik keliose sesijose dalyvavusiųjų patirtis, kurios iškreiptų tyrimo rezultatus. Moterys, kaip tikslinė grupė, pasirinktos, nes dauguma tyrimų, susijusių su ŠJT, buvo atlikti su moterimis.



7 pav. *Dalyvių atrankos procesas*

Tyrimo imtis: 22 dalyviai, bet rezultatai vertinti 14 dalyvių.

Iš 22 moterų, atrinktų dalyvauti ŠJT, buvo analizuojami tik 14 moterų tyrimų duomenys, t. y. tų, kurios į užsiėmimus atvyko daugiau kaip 7 kartus (žr. 3 lentelę). Moterų vidutinis amžius – 49,4 metų (SN = 4,9). Vidutiniškai dalyvavo 10,3 (SN = 1,5) sesijose. Dauguma (85,7 %) užsiėmimuose dalyvavusių moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą. Pusė grupės buvo gydoma, o kita pusė – pasiekusi remisiją.

3 lentelė

Demografiniai duomenys

	Moterys (n=22)	Moterys (n=14)
Amžius (vidurkis, SN)	47.8 (5.7)	49.4 (4.9)
Išsilavinimas		
Aukštasis (abs.(proc.))	19(86,4)	12(85,7)
Vidurinis (abs.(proc.))	2(9,0)	2(14,30)
Aukštesnysis (abs.(proc.))	1(4,6)	0(0)

Duomenų rinkimo instrumentai. Kiekybinei tyrimo daliai atlikti prieš ir po ŠJT buvo panaudota EORTC sukurtas klausimyno QLQ-C30 3.0 versija. Klausimynas apima penkias funkcines

skales (fizinę, vaidmenų, kognityvinę, emocinę ir socialinę), tris simptomų skales (nuovargio, skausmo, pykinimo ir vėmimo), bendrą sveikatos būklės ir (arba) gyvenimo kokybės skalę ir keletą pavienių elementų, kuriais vertinami papildomi simptomai, kuriais dažnai skundžiasi vėžiu sergantys pacientai (dusulys, apetito praradimas, nemiga, vidurių užkietėjimas ir viduriavimas), ir suvokiamas finansinis ligos poveikis. EORTC QLQ-C30 yra plačiausiai naudojamas ir patvirtintas instrumentas, skirtas gyvenimo kokybei onkologijoje vertinti. Neapdoroti balai buvo transformuoti į reikšmes nuo 0 iki 100 (nuo mažiausios iki didžiausios gyvenimo kokybės).

Taip pat buvo matuojama viltis PRIEŠ ir PO pagal vilties skalę, paremtą Snyder vilties teorija.

Vilties skalė atsisiūsta iš Pozityviosios psichologijos centro:

<https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/adult-hope-scale>

Vilties skalės vertinimas:

- 2, 9, 10 ir 12 punktai sudaro agentūros (angl. *agency*) subskalę.
- 1, 4, 6 ir 8 punktai sudaro kelio (angl. *pathway*) subskalę.

Bendras vilties skalės indeksas gaunamas sudėjus *agentūros* ir *kelio* subskales. Dauguma tyrėjų viltį matuoja naudodami Herth vilties indeksą arba Snyder vilties skalę (Nierop-van Baalen et al., 2020).

Buvo pasirinkta Snyder vilties skalė, nes ją taikant matyti, kaip tikslų siekimas siejasi su veiksmų planavimu, t. y. kaip žmogus racionaliai planuoja ir siekia savo tikslų (Snyder, 2002). Kiekybinėje dalyje matuotas vilties indeksas ir gyvenimo kokybės rodikliai. Pirmiausia buvo nustatomas duomenų pasiskirstymo normalumas, taip siekiant įvertinti, kokios padėties ir išsibarstymo matmenis naudoti kintamųjų apibūdinimui: vidurkį su standartiniu nuokrypiu ar mediana su minimaliomis ir maksimaliomis reikšmėmis. Duomenų pasiskirstymo normalumui nustatyti bus tikrinami įvertinant histogramų atitikimą Gauso kreivės formai, duomenų padėties matmenų artumą, standartinį nuokrypį, asimetrijos ir eksceso koeficientus. Vilties indeksui nustatyti buvo naudotas vidurkis, o gyvenimo kokybei – mediana. Vilties indekso išvados padarytos remiantis 95 % pasikliautinoju intervalu, siekiant nustatyti, ar gauti skirtumai yra statistiškai reikšmingi. Tam tikslui buvo atliktas t testas ir apskaičiuota *p* reikšmė. Kai $p < 0,05$, pokytis laikomas neatsitiktiniu, statistiškai reikšmingu. Išvados, susijusios su gyvenimo kokybės indeksu, padarytos taikant *Wilcoxon's signed-ranked* testą ir apskaičiuojant *p* reikšmę. Kai $p < 0,05$, pokytis laikomas neatsitiktiniu, statistiškai reikšmingu.

Kokybinis tyrimas

Kokybinei daliai tyrimo duomenys surinkti taikant pusiau struktūruotą interviu pasibaigus ŠJT. Kiekvienas interviu truko iki 20 min. per „Microsoft Teams“ programą. Interviu metu buvo užduodami klausimai (žr. 11 priedą). Pusiau struktūruotas interviu pasirinktas, nes jį taikant galima giliau suprasti

individualų tyrimo dalyvių patyrimą, o šio tyrimo tikslas – atskleisti onkologinėmis ligomis sergančių moterų ŠJT patyrimą ir jos poveikį gyvenimo kokybei bei vilčiai (Doyle et al., 2020). Pusiaus struktūruoto interviu metu galima užduoti ne tik pagrindinius klausimus, bet ir papildomus klausimus, kurie atsiranda per pokalbį, taip tyrėjas gali reaguoti į unikalius kiekvienos dalyvės išgyvenimus. Taip pat šis metodas tinka jautrioms temoms tyrinėti, nes užtikrina privatumą. Taip gaunama daug išsamių duomenų, todėl metodas tinkamas atliekant net mažų imčių tyrimus (Braun & Clarke, 2006). Struktūruoto interviu duomenys apdoroti rankiniu būdu, atliekant teminę analizę. Būtent teminė analizė buvo tinkamiausia duomenų analizės strategija dėl lankstumo, gilumo ir galimybės sistemingai atskleisti dalyvių patirtis bei prasmines struktūras. Teminė analizė leidžia tyrėjui ne tik identifikuoti pasikartojančias temas, bet ir įžvelgti kontekstines reikšmes, kurios dažnai pradingsta kiekybiniuose tyrimuose, ir susisteminti skirtingus pasisakymus į prasmingas temas (Braun & and Clarke, 2006).

Duomenims rinkti buvo naudotas ir istorijų metodas. Prieš pirmą ŠJT sesiją tyrimo dalyvių buvo prašyta įsivaizduoti, jei galėtų būti augalu, koks jis būtų ir jį nupiešti. Ir tuomet pasakoti istoriją to augalo vardu, pirmuoju asmeniu, esamuoju laiku atsakant į klausimus, kaip jis jaučiasi, ko jam trūksta ir t. t. Toks pats procesas buvo panaudojamas ir po dvylikos ŠJT sesijų. Buvo panaudota istorijų metodo, projekcinės interpretacijos technika, kai žmogus gali atskleisti gilesnį savo patyrimą.

Duomenų tvarkymas. Gauti duomenys buvo analizuojami, palyginant prieš ir po intervencijos. Duomenims suvesti, tvarkyti ir statistinei analizei atlikti naudota „Excel“ programa. Taip pat naudota statistikos skaičiuoklių ir įrankių platforma <https://www.statskingdom.com/>.

Etika ir konfidencialumas. Tyrimas vykdytas laikantis pagrindinių mokslinių tyrimų etikos principų, užtikrinant dalyvių orumą, laisvą pasirinkimą, saugumą bei duomenų konfidencialumą. Prieš tyrimą visos dalyvės buvo supažindintos su tyrimo tikslu, eiga ir jų teisėmis. Kiekviena dalyvė pasirašė informuoto asmens sutikimo formą, o tyrėjas – tyrėjo etinės atsakomybės deklaraciją. Buvo akcentuota, kad dalyvavimas tyrime yra visiškai savanoriškas ir bet kuriuo metu, be jokių pasekmių dalyvė gali atsisakyti tiek interviu, tiek terapijos užsiėmimų.

Tyrime buvo laikomasi Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacijos Etikos kodekso (2021), kuris apima profesinio santykio ribų išlaikymą, kliento autonomijos gerbimą, pasitikėjimo kūrimą ir informacijos konfidencialumo užtikrinimą. Visi surinkti duomenys buvo anonimizuoti – dalyvių vardai ir kiti asmeniniai duomenys analizės metu buvo pakeisti.

Iššūkiai ir ribotumai. Vienas šio tyrimo ribotumų – nedidelė dalyvių imtis, kuri sietina su nepakankama statistine galia ir ribota galimybe apibendrinti rezultatus platesnei populiacijai. Be to, į tyrimą nebuvo įtraukta kontrolinė grupė, negavusi intervencijos. Siekiant kompensuoti ribotą imties

dydį, buvo pasirinkta mišri – kiekybinių ir kokybinių – metodų taikymo strategija. Kokybiniai duomenys sudarė galimybę giliau analizuoti dalyvių patirtis ir taip papildyti kiekybinės dalies statistinį nepakankamumą, ypač nustatant viltį.

Kitas iššūkis sietinas su interviu – t. y. kaip užtikrinti, kad dalyvės pateiktų autentiškus atsakymus, nebandydamos įtikti tyrėjai ar jos nenuvilti. Kad būtų sumažinta ši rizika, dalyvės informuotos, jog nėra „teisingų“ ar „neteisingų“ atsakymų, o jų nuoširdi patirtis yra itin vertinga tyrimui. Atliekant tyrimus ateityje, šią šališkumo riziką būtų galima sumažinti dar labiau, pavedant interviu atlikti asmeniui, kuris nebuvo susijęs su terapijos vedimu.

Be to, siekiant statistinio pagrįstumo, ŠJT intervencijas būtų tikslinga taikyti kelioms tyrimo grupėms iš tos pačios arba skirtingų organizacijų. Tokiam tyrimo dizainui reiktų didesnių žmogiškųjų ir logistinių išteklių. Planuojant tolesnius eksperimentinius tyrimus, taip pat rekomenduotina skirti pakankamai laiko ir išteklių kontrolinei grupei suformuoti, kad būtų užtikrintas duomenų palyginimas ir tyrimo išvadų pagrįstumas.

2.2. Tyrimo rezultatų analizė

Šiame skyriuje analizuojami empiriniai duomenys, surinkti atliekant ŠJT poveikio onkologinėmis ligomis sergančioms moterims tyrimą. Remiantis teorinėje dalyje padarytais apibendrinimais, pasirinkta metodologija, tyrimo tikslai ir uždaviniai, čia pateikiama sisteminga tyrimo rezultatų analizė bei interpretacija. Duomenys buvo surinkti taikant mišrų metodologinį dizainą – kiekybinius klausimynus ir kokybinius pusiau struktūruotus interviu.

Analizuojant rezultatus ne tik aprašomi surinkti duomenys, bet ir interpretuojama jų reikšmė platesniame teoriniame kontekste, ieškant sąsajų su mokslinėje literatūroje aptartomis temomis, tokiomis kaip gyvenimo kokybės ir vilties stiprinimas taikant ŠJT, taip pat ieškant koreliacijos tarp vilties ir gyvenimo kokybės.

Tyrimas atliktas derinant kiekybinius ir kokybinius duomenis, tai leido ne tik objektyviai įvertinti terapijos efektyvumą, bet ir atskleisti dalyvių subjektyvius patyrimus.

2.2.1. Tyrimo dalyvių charakteristikos

Kaip minėta tyrimo metodologinėje dalyje, iš 22 tyrimo dalyvių analizuoti 14 duomenys, t. y. tų, kurios dalyvavo daugiau kaip 7 sesijose.

4 lentelė

Tyrimo dalyvių charakteristika

	Moterys (n=14)
Lankomumas, (vidurkis, SN)	85.7%(12.4)
Sesijų skaičius (vidurkis, SN)	10,3(1.5)
Vėžio tipas	
Krūtinės (abs.(proc.))	8(57,1)
Kiaušidžių (abs.(proc.))	3(21,4)
Gimdos kaklelio (abs.(proc.))	2(14,3)
Lytinių lūpų (abs.(proc.))	1(7,2)
Gydymos stadija	
Gydymas (abs.(proc.))	7(50,0)
Remisija (abs.(proc.))	7(50,0)

Dauguma tyrime dalyvavusių moterų sirgo krūties vėžiu (57,1 %), o kitoms buvo diagnozuotas kiaušidžių, gimdos kaklelio ar lytinių lūpų vėžys. Pusė moterų gydėsi, o kita pusė pasiekė remisiją. Vidutiniškai moterys dalyvavo 10 sesijų, lankomumas – beveik 86 %. Tai rodo aukštą moterų įsitraukimą ir motyvaciją dalyvauti ŠJT. Tyrimo dalyvės dažniausiai skundėsi nemiga, sunkumais valdant mintis ir emocijas, bendru raumenų silpnumu, jėgų trūkumu, emociniais sunkumais. Pagrindiniai sunkumai, su kuriais susiduria moterys, buvo fiziniai ir psichologiniai. Tyrimo dalyvės ŠJT išreiškė tokius lūkesčius: siekį atsipalaiduoti ir sumažinti stresą bei emocinę įtampą, patirti geras emocijas, bendrauti su kitomis moterimis, patyrusiomis panašią situaciją, pagerinti emocinę ir psichologinę savijautą, atgauti ryšį su kūnu.

2.2.2. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretacija: kiekybinio tyrimo duomenų rezultatai

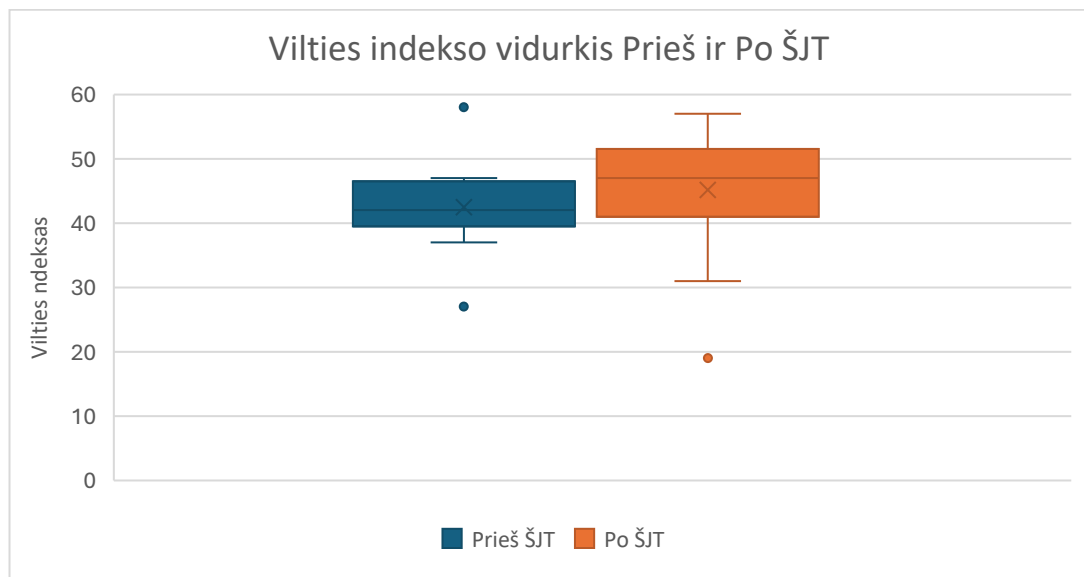
Tyrimo dalyvių buvo prašoma užpildyti prieš ir po 12 ŠJT sesijų vilties skalės klausimynus, siekiant nustatyti vilties skalės indeksą. Vilties indeksas matuotas 13 moterų, nes viena moteris neužpildė klausimyno po 12 ŠJT sesijų. Snyder siūlo vilties skalės indekso reikšmes vertinti taip: maža viltis – nuo 8 iki 16; lengvai viltingas – nuo 17 iki 39, vidutiniškai viltingas – nuo 40 iki 55, daug vilties – nuo 56 iki 64 (Snyder et al., 1991). 5 lentelėje matyti, kad į ŠJT susirinko vidutiniškai ir daug vilties turinčios moterys, jos sudarė 77 %, o kita dalis – lengvai viltingos moterys. O po ŠJT vidutiniškai ir daug vilties turinčios moterys sudarė 85 %, o kitos – lengvai viltingos.

5 lentelė

Vilties skalės indekso pokytis po ŠJT

Moteris	Bendras vilties skalės indeksas	Bendras vilties skalės indeksas	Skirtumas
	Prieš ŠJT	Po ŠJT	
A ₁	40	47	7
A ₂	27	19	-8
A ₃	37	40	3
A ₄	42	52	10
A ₅	47	51	4
A ₆	41	51	10
A ₇	47	47	0
A ₈	39	31	-8
A ₉	46	53	7
A ₁₀	44	50	6
A ₁₁	44	42	-2
A ₁₂	40	47	7
A ₁₃	58	57	-1

Vertinant bendrą vilties skalės indeksą po ir prieš ŠJT, nustatyta, jog duomenų skirstinys yra normalus, tad buvo atlikti kiekybiniai skaičiavimai taikant t testą. Tyrimas parodė, kad prieš ŠJT moterų, sergančių onkologine liga, vilties indekso vidurkis buvo 42,5 (95 %, PI: 38,2; 45,8), o po ŠJT – 45,2 (95 %, PI: 39,6; 50,8), $p = 0,1376$ (žr. 8 pav.).



8 pav. Vilties indekso vidurkis prieš ir po ŠJT

Kai p reikšmė lygi 0,1376, tai tikimybė, kad šis pokytis įvyko atsitiktinai, yra apie 13,76 %. To nepakanka, kad galima būtų rezultatą laikyti statistiškai reikšmingu pagal įprastus kriterijus ($p < 0,05$). Nors kritinė reikšmė nėra pasiekta, pokytis nuo 42,5 iki 45,2 gali būti kliniškai svarbus ar pastebimas.

Nedidelis vilties pokytis galėjo būti dėl to, kad dauguma dalyvių jau prieš ŠJT turėjo vidutinį vilties lygį. Taip pat galima pastebėti, jog kai kurioms moterims vilties indeksas sumažėjo, nes galbūt atsirado daugiau sąmoningumo ir realistiškesnis savęs suvokimas. Tyrimo dalyvės interviu metu pasidalino, kad klausimyno pildymas šventiniu laikotarpiu joms buvo tam tikras iššūkis dėl artimųjų įtakos jų emocinei būklei, taip pat netikėtų buitinės aplinkybių.

Kadangi tyrime dalyvavusios moterys iki terapijos pradžios jau turėjo vidutinį ar aukštą vilties lygį, galimai dėl to gautą efektą sunkiau užfiksuoti, t. y. nustatyti reikšmingą padidėjimą. Atliekant tyrimus ateityje reikėtų įtraukti ir moteris, kurios turi mažai vilties. Taip pat reikėtų apsvarstyti galimybę ir tyrimą pakartoti ne šventiniu laikotarpiu, kuris pats savaime daugeliui žmonių yra sudėtingas, t. y. gali veikti tiek teigiamai, tiek neigiamai. Vertinat p reikšmę pažymėtina, kad ji buvo arti reikšmingumo ribos, tačiau nepasiekė $p < 0,05$, dėl to ateityje atliekant tyrimus reikėtų padidinti dalyvių skaičių, kad būtų daugiau statistinių duomenų, o atsitiktinių veiksnių įtaka rezultatams būtų mažesnė.

Tyrimo dalyvių buvo prašoma užpildyti EORTC sukurtą klausimyno QLQ-C30 3.0 versiją prieš ir po ŠJT užsiėmimų. Atsakymus pateikė 14 moterų. Klausimynas apėmė 5 funkcinės skales (fizinę, vaidmenų, kognityvinę, emocinę ir socialinę), 3 simptomų skales (nuovargio, skausmo, pykinimo ir vėmimo), bendrą sveikatos būklės ir (arba) gyvenimo kokybės skalę ir keletą pavienių elementų, kuriais vertinami papildomi simptomai, kuriais dažnai skundžiasi vėžiu sergantys ligoniai (dusulys, apetito praradimas, nemiga, vidurių užkietėjimas ir viduriavimas), ir ligos poveikio finansams suvokimas. Kiekvienos simptomo skalės vertinimas buvo konvertuojamas į balą, kurio galimos reikšmės būtų nuo 0 iki 100. Kadangi gyvenimo kokybės duomenų skirstinys gautas nenormalus, duomenys pateikiami mediana su minimalia ir maksimalia reikšmėmis, o p reikšmė nustatyta naudojant *Wilcoxon's signed-ranked* testą, o efekto dydžiui apskaičiuoti naudotas *Rank-biserial* koreliacijos koeficientas (r), kuris tinkamas mažoms imtims ir nenormaliam duomenų pasiskirstymui (Kerby, 2014).

6 lentelė

Gyvenimo kokybė, taikant EORTC klausimyną QLQ-C30

	Skalė	Prieš	Po	Imties dydis	Efekto dydis	Statistinis reikšmingumas
Wilcoxon's signed-ranked test						
		(Me, min ;max)	(Me, min ;max)	n	r	P
Visuotinės sveikatos būklė/QoL						
gyvenimo kokybė (patikslinta)	QL2	67 (17;100)	75 (25;100)	14	0,6863	0,030
Funkcinė skalė						
Fizinis funkcionavimas	PF2	80 (60;100)	83,5 (46,6;100)	14	0,3581	0,258
Vaidmenų atlikimas	RF2	50 (33,3;100)	75 (33,3;100)	14	0,8842	0,005
Emocinis funkcionavimas	EF	41,5 (0;83,3)	71 (8,3;91,7)	14	0,6991	0,012
Kognityvinis veikimas	CF	67 (0;100)	75 (16,7;100)	14	0,5833	0,053
Socialinis funkcionavimas	SF	50(0;100)	67(16,6;100)	14	0,6974	0,016
Simptomų skalė						
Nuovargis	FA	67(22,2;100)	44(11,1;77,7)	14	-0,8376	0,003
Pykinimas ir vėmimas	NV	0(0;66,7)	0(0;33,3)	14	0	0
Skausmas	PA	50(0;83,3)	17(0;66,7)	14	-0,7196	0,042
Dusulys	DY	0(0;66,7)	0 (0;100)	14	0	0
Nemiga	SL	83,5 (33,3;100)	50(0;100)	14	-0,6366	0,035
Apetito praradimas	AP	33(0;100)	0(0;66,7)	14	-0,8816	0,013
Vidurių užkietijimas	CO	33(0;100)	0(0;100)	14	-0,612	0,066
Viduriavimas	DI	0(0;66,7)	0(0;66,7)	14	-0,6139	0,539
Finansiniai sunkumai	FI	50 (0;100)	33(0;100)	14	-0,4774	0,177

Pastabos. Balai pateikiami skalėje nuo 0 iki 100. Funkcinėje skalėje aukštesnis balas reiškia geresnį funkcionavimą. Taip pat ir visuotinės sveikatos būklės / QoL balas rodo geresnę gyvenimo kokybę. Simptomų skalėje mažesnis balas rodo, kad simptomai sumažėjo. Jei $p < 0,05$, tai reiškia, jog pokytis statistiškai reikšmingas. Efekto dydis: neigiamas efektas = <0 ; nėra efekto = $0,0-0,1$; mažas efektas = $0,2-0,4$; vidutinis efektas = $0,5-0,7$; didelis efektas = $0,8-1,0$ (Karkou et al., 2021). Iš efekto dydžio nustatoma, kiek prasmingas buvo poveikis.

Iš pateiktos lentelės duomenų matyti, kad bendroji sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė (QL2) pagerėjo statistiškai reikšmingai (Me: $67 \rightarrow 75$, $p = 0,030$) Taigi, ŠJT turėjo teigiamą poveikį dalyvių savijautai. Šis pokytis yra statistiškai reikšmingas, bei vidutinio dydžio efektas.

- Vaidmenų atlikimas (RF2), emocinis funkcionavimas (EF) ir socialinis funkcionavimas (SF) reikšmingai pagerėjo ($p < 0,05$), galima teigti, jog dalyviai po terapijos jautėsi geriau psichologiškai ir socialiai, šis pokytis yra statistiškai reikšmingas su vidutiniu ir stipriu efektu.

- Kognityvinis veikimas (CF) pagerėjo, jis arti statistinio reikšmingumo ($p = 0,053$) su vidutinio stiprumo efektu.
- Fizinis funkcionavimas (PF2) nežymiai pagerėjo, tačiau pokytis statistiškai nereikšmingas ($p = 0,258$) ir mažo stiprumo efektas.

Simptomų skalėje rezultatai pasiskirstė taip:

- Nuovargis (FA), skausmas (PA), nemiga (SL) ir apetito praradimas (AP) reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$), šie pokyčiai yra statistiškai reikšmingai su vidutinio ir didelio stiprumo efektu.
- Vidurių užkietėjimas (CO) parodė mažėjimo tendenciją ($p = 0,066$), bet reikšmingumo ribos nepasiekė, o efektas buvo vidutinio stiprumo. Tai gali rodyti reikšmingumo tendenciją, tačiau taip pat reikia atkreipti dėmesį, jog šį simptomą turėjo tik keletas tyrimo dalyvių.
- Pykinimas ir vėmimas (NV), viduriavimas (DI), dusulys (DY) reikšmingai nepasikeitė ($p > 0,05$), nes daugelis tyrimo dalyvių neturėjo šių simptomų.
- Finansiniai sunkumai (FI) sumažėjo, tačiau reikšmingo pokyčio nebuvo ($p > 0,05$) ir mažo stiprumo efektas, nes daugelis tyrimo dalyvių šio simptomo neturėjo.

Reikšmingas pagerėjęs emocinis ir socialinis funkcionavimas rodo, kad ŠJT turėjo stiprų psichoemocinės gerovės poveikį. Dalyvės galėjo tapti emociškai atsparesnės, labiau pasitikėti savimi, patirti daugiau džiaugsmo ir vidinės harmonijos. Be to, pagerėjo jų socialinė integracija, aktyviau bendravo su aplinkiniais. Taigi ŠJT prisidėjo prie geresnės psichosocialinės adaptacijos.

Nuovargio, skausmo ir nemigos reikšmingas sumažėjimas gali sietis su streso lygio mažėjimu, didesniu atsipalaidavimu. ŠJT galėjo skatinti natūralius atsipalaidavimo mechanizmus, gerinti kraujotaką ir taip sumažinti fizinius negalavimus.

Kai kurie simptomai, pavyzdžiui, pykinimas, viduriavimas ir dusulys, nerodė reikšmingo pagerėjimo, nes didesnė pusė tyrimo dalyvių neturėjo šių simptomų prieš pradedant ŠJT.

Taigi, galima daryti išvadą, jog ŠJT statistiškai reikšmingai pagerino gyvenimo kokybę, emocinę būseną ir socialinį funkcionavimą, taip pat sumažino nuovargį, skausmą ir nemigą. Ši intervencija gali būti efektyvus psichologinės ir fizinės gerovės metodas. Tačiau norint įvertinti, koks ŠJT poveikis pykinimui, vėmimui, viduriavimui, dusuliui ir patiriamiesiems finansiniams sunkumams, reikia didesnės tiriamųjų imties, į kurią būtų įtraukta įvairių simptomų turinčių ligonių.

Dar buvo tiriamas ryšys tarp vilties ir gyvenimo kokybės, t. y. ar viltingi žmonės turi taip pat aukštą gyvenimo kokybės indeksą? Buvo skaičiuojama koreliacija tarp vilties indekso ir

gyvenimo kokybės skalių. Nustatytas Spearman koreliacijos koeficientas prieš ir po ŠJT, įvertinta p reikšmė (žr. 7 lentelę).

7 lentelė

Koreliacija tarp vilties ir gyvenimo kokybės

Fizinis funkcionavimas	$r=0,0067, p=0.982$	$r=0,095, p=0.7465$
Vaidmenų atlikimas	$r=-0,1838, p=0.5294$	$r=-0,2664, p=0.3572$
Emocinis funkcionavimas	$r=0,152, p=0.604$	$r=0,1267, p=0.666$
Kognityvinis veikimas	$r=0,5603, p=0.0371$	$r=0,4598, p=0.0981$
Socialinis funkcionavimas	$r=-0,2744, p=0,3425$	$r=0,1639, p=0,5756$
Nuovargis	$r=-0,1738, p=0,5524$	$r=-0,2601, p=0,3691$
Pykinimas ir vėmimas	$r=0,5063, p=0.0647$	$r=0,0127, p=0.957$
Skausmas	$r=0,0941, p=0.749$	$r=-0,2537, p=0,3815$
Dusulys	$r=0,1168, p=0,6908$	$r=-0,1617, p=0,5808$
Nemiga	$r=-0,0278, p=0,9248$	$r=-0,3011, p=0,2955$
Apetito praradimas	$r=0,3637, p=0,2012$	$r=0,1334, p=0,6495$
Vidurių užkietijimas	$r=0,2993, p=0,2986$	$r=0,0973, p=0,7406$
Viduriavimas	$r=0,3914, p=0,1664$	$r=0,1926, p=0,5095$
Finansiniai sunkumai	$r=0,1775, p=0,5437$	$r=-0,3674, p=0,1963$

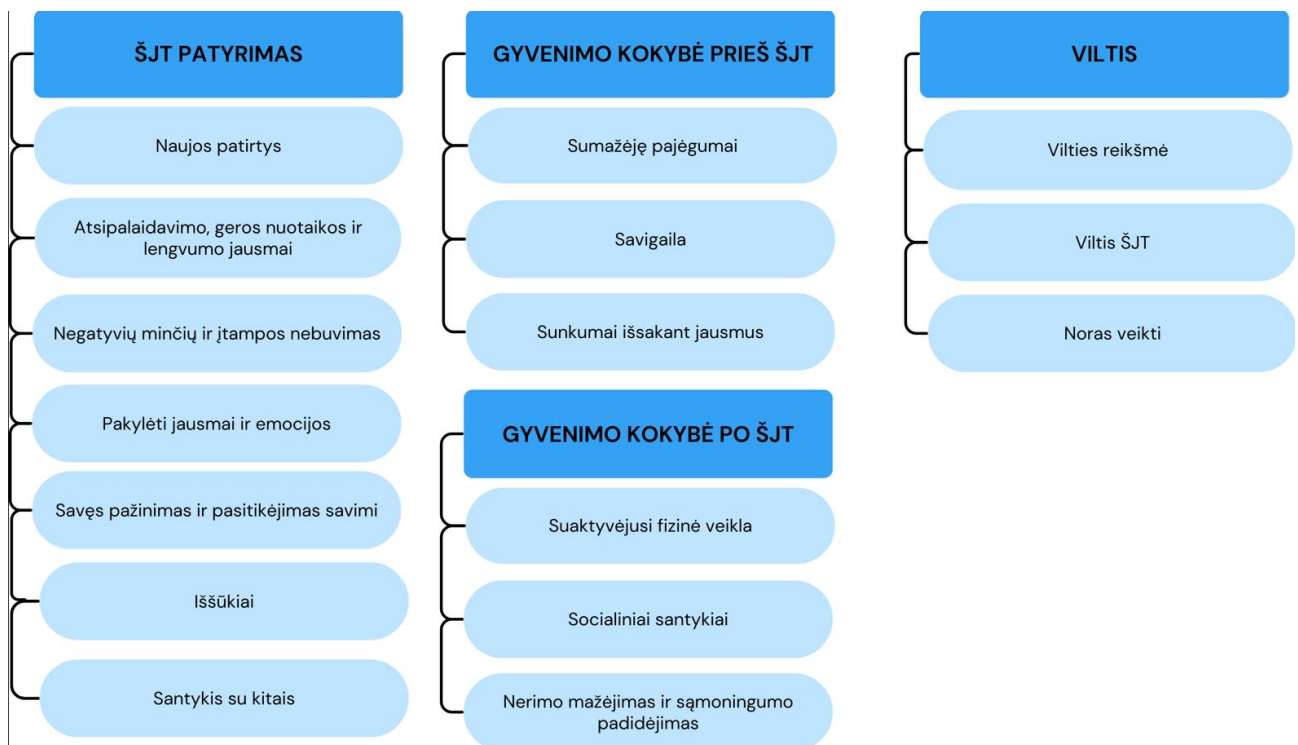
Jei $p < 0,05$, tai reiškia, kad pokytis statistiškai reikšmingas.

Koreliacijos koeficiento r reikšmės: labai stiprus, kai viršija $-0,9$; stiprus, kai yra $0,7-0,9$; vidutinis, kai yra $0,5-0,7$; silpnas, kai yra $0,3-0,5$; labai silpnas, kai yra mažesnis už $0,3$ (Pitis et al., 2025).

Prieš ŠJT intervenciją vidutinė koreliacija atsiskleidė tarp vilties ir kognityvinio veikimo, šis ryšys yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) bei pykinimo ir vėmimo, tačiau statistiškai nereikšmingas. Po ŠJT intervencijos šie ryšiai tapo silpni arba labai silpni. Kitiems kintamiesiems nenustatyta stiprios ar labai stiprios koreliacijos nei prieš, nei po intervencijos.

2.2.3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretacija: kokybinio tyrimo duomenų rezultatai

Atlikus interviu teminę analizę išryškėjo tokios temos ir potemės. (žr. 9 pav.)



9 pav. Temų ir potemių schema

Patirtis šokio judesio terapijoje

Tyrimo dalyvių patyrimas ŠJT kontekste, galima sakyti, kad tai joms buvo nauja patirtis, kuri siejama su atsipalaidavimu, gera nuotaika, lengvumo jausmais. ŠJT padėjo paleisti negatyvias mintis, atsitraukti nuo kasdienybės. Tyrimo dalyvės patyrė įvairiausių jausmus nuo pilnatvės, dalijimosi gerumu malonumo, džiaugsmo, laimės ir lengvumo iki sunkumo prisiliesti prie kito, išsakyti jausmu, klausyti kitų, bei atgaivino ir sudėtingus vaikystės atsiminimus. Taip pat tyrimo dalyvių dalyvavimas ŠJT siejasi su savęs pažinimu ir atradimu, pažįstant savo kūną ir vidų, bei paskatino tyrimo dalyvių pasitikėjimą savimi. Atsiskleidžia patyrimas kuriant santykius su kitomis dalyvėmis, užsiėmimai sumažino vienišumo jausmą ir leido susipažinti su kitų patirtimis, pajusti, kad nesi vienas.

• Naujos patirtys

Kai kurioms tyrimo dalyvėms ŠJT buvo nauja patirtis „<...> *Kažkas naujo, kažkas kitaip, kažkokia patirtis kitokia* <...>“ (Au1), „<...> *Na iš tikrųjų labai buvo nauja ta patirtis.* <...>“ (G2). Kaip nurodo tyrimo dalyvės tai gera, netikėta patirtis, kurios jos dar neturėjo ir kuri sukėlė naujus

potyrius „<...> *Kaip visą laiką žinai, o šokis užsikabinai iš pirmo žodžio šokis, o ką ten judesio terapija apie tai yra, tai neįsiskaitai, bet šiaip buvo labai faina, tokios patirties neturėjau* <...>“ (Jo1). „<...> *Nu nežinom buvo tiesiog toksai, netikėtas potyris. Nes, kadangi aš niekad nei jokios bandžius nei nieko, vis tiek man buvo labai nauja* <...>“ (Sa1).

ŠJT buvo visiškai nauja ir netikėta patirtis, sukėlus naujus potyrius. Jos įvardijo ją kaip įdomią, malonią ir dar nepatirtą veiklą, kuri atnešė naujų įspūdžių ir atradimų.

- **Atsipalaidavimo, geros nuotaikos ir lengvumo jausmai**

Tyrimo dalyvėms ŠJT suteikė atsipalaidavimo, išsilaisvinimo jausmą, kas sukelia bendros būsenos pagerėjimo jausmą „<...> *ar išsilaisvinimo momentą* <...>“ (M9). „<...> *Tai tiesiog jaučiu nuo judesio šokio tokį, kaip ir atsipalaidavimą pagerėjimą* <...>“ (Al 2), „<...> *Nu ką čia toks būdas atsipalaiduoti, pas savo susirinkti.* <...>“ (Sa2), „<...> *Tokio atsipalaidavimo* <...>“ (So1), „<...> *Nu ką aš žinau, gal atsipalaidavimas turbūt. Paleidi ir tiesiog iš tikrųjų* <...>“ (T2), po terapijos jos jautėsi lengvesnės ir geros nuotaikos „<...> *Taip lengvumas, nes visa tai susiję su lengva galva, tai ten galva pralengvini, praputi, ir išėini geros nuotaikos ir tuo pačiu ir visas kūnas geriau jaučiasi* <...>“ (Al 6), „<...> *Paskui šiaip žiūrint visa seka mūsų tų užsiėmimų, tai pajutau, toki mūsų atlaisvėjimą ir susikaustymas šiek tiek dingo* <...>“ (Au5), „<...> *O, šiaip kūnas tai irgi atsipalaiduodavo, nes tikrai lengvai judėdavo, nesukaustytas tikrai nebuvo noro, kad susigūžti man visą laiką* <...>“ (Do5).

ŠJT tyrimo dalyvėms suteikė atsipalaidavimo ir išsilaisvinimo jausmą, kuris prisidėjo prie bendro savijautos pagerėjimo. Po sesijų jos jautėsi lengvesnės, geresnės nuotaikos, sumažėjo emocinis bei fizinis susikaustymas. Dalyvės pastebėjo, kad jų kūnas tapo laisvesnis, judesiai lengvesni.

- **Negatyvių minčių ir įtampos nebuvimas**

ŠJT tyrimo dalyvėms padėjo atsiriboti nuo negatyvių minčių, bei sumažinti įtampą kūne „<...> *Tai išvis man tie šokiai. Tai tiesiog ir tas mintys paleidi, tas mintis kažkokias, kurios kankina* <...>“ (Do4) „<...> *Toksai, kaip nežinau, kaip kasdieninis, kaip primena toks pats relax, atsipalaiduoja kažkaip biškį atsijungia tuos visokius, jeigu ir būna kažkokių ten minčių* <...>“ (SaP4) bei sumažina įtampą kūne „<...> *Tai ta įtampa mažėjo kūne ir galva na ta prasme dažniausiai ta įtampa būna galvoj tokia tai jinai pradėdavo visai ta įtampa galvoj. Visą laiką buvo judėti noras ir tikrai išplaukdavo, kaip sako visad išplaudavo* <...>“ (Do5). Taip pat tyrimo dalyvės dalinasi, jog ŠJT padeda užsimiršti nuo kasdienybės

bei problemų, mintys nebe tokios įkyrios „*Padedta tau atsijungti, išplaukti. (Jo2) <...> „<...> biškį atsijungimas toks kitoks būtų, (SaP1) <...> „<...> Prieš ir po kaip ir aš sakiau, kad radau šokius, man nuo to geriau, aš jaučiuosi lengvesnė, aš jaučiuos pravalius galvą<...>“ (Al8). ŠJT padėjo tyrimo dalyvėms atsiriboti nuo negatyvių minčių, sumažinti įtampą kūne ir pasiekti atsipalaidavimą. Padėjo „paleisti“ slegiančias mintis, sumažinti įtampą, ypač galvoje, bei suteikia judėjimo lengvumą. ŠJT padėjo atsijungti nuo kasdienių rūpesčių, mažino įkyrias mintis ir suteikė vidinį palengvėjimą bei emocinį išlaisvinimą.*

- **Pakylėti jausmai ir emocijos**

ŠJT metu atsiskleidžia tyrimo dalyvių jausmai, tokie kaip pilnatvės jausmas „<...> *Man visai ta, atsirado praturtėjimo jausmas, atsirado kažkokie dalykai, kad vyksta, mano galva kažkokio galvojimo kas čia buvo, ir šeštadienio turėjimas ir aš nei vieno karto nepraleidusi asmeniškai <...>“ (M6) džiaugsmas „<...> *Aš jatau toki džiaugsmą <...>“ (M9) „<...> Džiaugiuosi tuo gyvenimu, einu darau. Stengiuosi ne sėdžių kamputyje ir neverkiu <...>“ (Do8), dalijimosi gerumu malonumas „<...> *Nes turbūt malonu buvo gera ant širdies. Na kažkaip ramu ir jauties pats kažką gero. Darantis ir iš kito priimti gerą, taip pat gera toks visapusis malonumas<...>“ (Al4), laimė ir lengvumas „<...> *Aš laimingesne jaučiuosi, visa tai, nu kaip sakyt, gal išmokusi to lengvumo kažkiek <...>“ (Al9) bei pakėlė gerą nuotaiką ir energiją „<...> *galbūt ir geros nuotaikos <...>“ (Ju3), „<...> Ir motyvacijos ir gerą. Nu vis tiek energijos ta užtaisą <...>“ (Sa4). Kai kurioms tyrimo dalyvėms ŠJT sudarė galimybę pasinerti į vaikystę, patirti tą jausmą, kai nebuvo jokių rūpesčių „<...> *Tai nežinau atkreipti ant svarbi įsiminė kažkaip vaikystės tie prisiminimai <...>“ (G3) „<...> Padedta kažkur pasinerti ten, kur tu senai buvai į vaikystę padeda pasinerti<...>“ (Jo3). Tyrimo dalyvėms pažintys su kitomis vėžiu sergančiomis moterimis leido pajusti atjautą sau ir kitiems „<...> *Aš šokio-judesio terapijos procese patyriau Supratau kas yra atjauta sau ir kitiems<...>“ (Al12) bei dalintis meile „<...> *Ir ta supratau, pavyzdžiui, kai reikėjo meilės duoti, ane tam žmogui. Sukabini ir tas žmogus tau sako verkia ir sako blemba, kai jis sako, negalvojau, kad taip gali meilę duoti ir tada supranti, kad tu kažkuo esi vertas ir tu kažką duodi <...>“ (Jo5). ŠJT padeda vėžiu sergantiems asmenims atsigauti, bei pagerinti emocinę būklę „<...> *Tu išeini sustiprėjęs atsigavęs ir daugiau emocijų gavęs pasipildęs, netikėtai <...> (Au8). Apibendrinat galime sakyti, jog tyrimo dalyvės patyrė nemažai teigiamų emocijų ir jausmų ir pilnatvės jausmą, džiaugsmą, malonumą duoti, pakylėta nuotaika ir energija, atjautą sau ir kitoms atsirado savęs vertinimas.*********

- **Savęs pažinimas ir pasitikėjimas savimi**

ŠJT metu tyrimo dalyvės turėjo galimybę geriau save pažinti, nuvokti savo poreikius, kas patinka, o kas ne, padidėjo sąmoningumas savo atžvilgiu „<...> *Ir netgi radau save ten truputėlį* <...>“ (Al1) „<...> *Duoda tau ką suprasti tau pačiai, supranti, kad tau ar tau patinka aplinką, tau patinka dėmesys, ar tau gerai, ar tau fainai čia atradimai yra* <...> (Jo4), „<...> *Jisai kažką ryškiai iškelia labai autentiško viduje* <...>“ (Ju2), nes tyrimo dalyvės pažino save, per veiklas kurių anksčiau nedarydavo „<...> *Tai ta prasme turbūt, kad palietė mane užsiėmimai, jis įsisavinau įsisąmoninau, o gal ne visa informacija, bet kažkiek tai tikrai. Aš buvau pati savim nustebinta* <...>“ (Da1). Kaip nurodė tyrimo dalyvės ŠJT padėjo atsiskleisti ir pajauti save „<...> *Labai patiko, aš kažkaip niekad negalvojau, kad per šoki galima tiek daug savęs išreikšti ta prasme ir įsijausti į tą šokį galima* <...>“ (G1) „<...> *Bet va save pačia, pajauti tikrai buvo įdomu* <...>“ (Ju5), pajauti savo kūną „<...> *ir per tuos užsiėmimus, pradėjau jausti savo kūną ir ji pradėjau stebėti ne tik per šokių terapijas, bet ir ryte atsikėlus* <...>“ (R2) bei pažinti savo vidų „<...> *Įsižiūrėti į savo vidų ir susirinkti savo tas galias* <...>“ (Sa3)

Ši terapija suteikė tyrimo dalyvėms pasitikėjimo savimi jausmą, po šokio judesio terapijos jos jautėsi gražesnės, grakštesnės ir labiau pasitempusios „<...> *Aš visa laika traktuodavau, kaip į tokį, nu pasitempkim, labiau padarykim, tai aš išeidavau visa tokia žvalesnė, gražesnė sau vidumi, pasitempusi, vos ne kaip balerina* <...>“ (Al5) „<...> *pasitikėjimas ateini į ta grupę* <...>“ (Au6) „<...> *Ir ta supratau, pavyzdžiui, kai reikėjo meilės duoti, ane tam žmogui. Sukabini ir tas žmogus tau sako verkia ir sako blemba, kai jis sako, negalvojau, kad taip gali meilę duoti ir tada supranti, kad tu kažkuo esi vertas ir tu kažką duodi* <...>“ (Jo5).

Tyrimo dalyvėms per ŠJT intervencijas pavyko geriau save pažinti, pamatyti save kitu aspektu, ne įprastame kontekste. Per kūno pojūčius didėjo sąmoningumas savo vidui, jausmas, bei tai turėjo įtakos vertingumo jausmui.

- **Iššūkiai**

Tyrimo dalyvės taip pat prisilietė ir prie savo skausmingų vaikystės išgyvenimų, kaip ne reikalingumo jausmo, ir išryškėjo tikrieji tyrimo dalyvių tikrieji poreikiai „<...> *Įsiminė iš tamsiosios pusės, nes aš nežinojau, kad man ta žaizda dar kraujuoja, nereikalingo jausmo ar negalėjimo prisiminti nieko gero negalėjau prisiminti iš vaikystės, ir laikas toks, ir kas mane nustebino ir kas įsiminė, tai mūsų praktika kur reikėjo liesti, man tas prisilietimo badas man labai išryškėjo jis irgi turbūt siejosi su vaiskytė,*

nes nebuvo įprasta vaikystėje nei apsikabinimai nei geri žodžiai vienas <...>“ (M8). Kai kurios tyrimo patyrė iššūkių, kurie siejasi su kitų lytėjimu „<...> Tai man viskas buvo problematiška, tas betarpiškas bendravimas ir lietimasis, įvairūs dalykai su nepažįstamų žmogum daryti <...>“ (Au2) „<...> Man iš pradžių tas lietimasis prie kito žmogaus, o ypač prie svetimų žmonių grupių, tai man tas buvo svetima. <...>“ (R5) , išryškėjo sunkumai būnant kontakte „<...> Jaučiu tarp savęs ir žmonių, toki kaip barjerą, nežinau kodėl, gal tai savisauga ar toks būdas, tai kiekvienas prisilietimas, kontaktas man buvo toks gana sudėtingas. Dabar gal tai neatrodo toks baisus dalykas <...>“ (Au11) ir bendravime su kitais, jausmų verbalizacija „<...> Ji būtent jį judesys, šokiai man bendrauti yra sunkiau, kai reikia išreikšti, kaip ten prašydavot, papasakoti su kuo atėjai, kaip jautiesi ta, Nu, man čia visą laiką aš sakau, esu lankiusi tų terapijų ir man tas va bendravimas man yra sunku, tai aš taip konkrečiai, keliais žodžiais tiktai <...>“ (Do1) ypač tiems asmenims kurie yra intravertai („Aš labiau esu vienišė, tai man toks buvo iššūkis. (Au3)“). Kaip sunkumą tyrimo dalyvės nurodė apsikabinimą „<...> Šitas nebuvo sunkus, bet sunkiausia buvo su energetika. Atiduoti ta energetika kitam ir priimti ta energetika Va tas ir buvo man iš sunkesniu. Ir niekada nesusimasčiau, kad gali duoti ir apsikabinimais <...>“ (R1). Kai kurioms tyrimo dalyvėms buvo sunku išklausti ir suprasti kitus „<...> Nu, nes kitas žmogus, vis tiek jisai taip mandagiai stengėsi kiek gerąją pusę, matyt, ne tik sėkmę, nei išdrįsti pasakyt nu mane sunervino tas ir anas vis tiek kažkaip stengiesi jai, arba tada labai per save sakai, kad man buvo skaudu nu ten, bet dažniausiai vis tiek to nesakai, nes bijai kad žmogus gali asmeniškai priimti, nors tu kalbi apie save, bet vis tiek. Nu kai girdi kitą, ir sunku persiorientuoti kad čia apie jį yra. (Ju4)“, „Taip man labai sunku priimti kitu neviltis <...>“ (Sa5). ŠJT kelia ir sunkius patyrimus, tam, kad terapijos metu tai būtų apžiūrima, priimami, bei pradėti gydymo procesą, „<...> Ne nu tai psichologiniai dalykai taip sunkus visada <...>“ (SaP3).

ŠJT tyrimo dalyvėms padėjo susidurti su savo skausmingais vaikystės išgyvenimais, išryškino fizinio kontakto trūkumą. Kai kurioms dalyvėms iššūkių kėlė artimas kontaktas su kitais, prisilietimai bei emocijų verbalizavimas, ypač tiems, kurie yra introvertiški. Apsikabinimai, energijos davimas ir priėmimas taip pat buvo iššūkis daliai dalyvių. Be to, kai kuriems sunku buvo išklausti ir suprasti kitų emocinius išgyvenimus.

• Santykiai su kitais

ŠJT procese atsiskleidė santykio vertinimas su kitomis dalyvėmis, kuris praturtina, mažina izoliacijos jausmą „<...> ir buvimas kartu praturtina, nesijauti toks vienas <...>“ (M7), suteikia bendrumo jausmą „<...> man kažkaip va tas bendrumas <...>“ (Ju1), „<...>, o bendravimas su žinojimas,

kaip kitos gyvena, kaip ką daro <...>“ (SaP2) „<...> taip ir labai gerai tarp moterų pabūti ir toje erdvėje turbūt, bet su kitomis, kurios irgi turi, galbūt tą tokį <...>“ (So3) bei padeda atsirasti naujoms pažintimis ir plėsti akiratį („praplėčiau akiratį (Au15) <...>“). Kaip nurodė viena iš tyrimo dalyvių, ŠJT sudarė galimybes pasisemti iš kitų moterų gerųjų patirčių, pasisemti idėjų „<...>Ir tu žiūri kaip kiti žmonės, kaip kitos moterys, kaip jos tvarkosi, kaip jos reaguoja, kaip jos gyvena, nu ir matai, kad tai yra kažkaip mokaisi tų gerųjų, kaip sakant iš kitų minčių, patirčių, jausmų nu iš tikrųjų labai smagu buvo ir tikrai labai džiaugiuosi, kad patekau ir pabuvau ir galbūt ateityje tikrai norėsiu <...>“ (So4).

Šioje potemėje atsiskleidžia tyrimo dalyvių užmegztas ryšys su kitomis moterimis, sumažėjęs izoliacijos jausmas ir sustiprėjęs bendrumo pojūtis. Dalyvės pabrėžė, kad buvimas kartu praturtino jų patirtis, leido geriau suprasti kitų gyvenimus ir paskatino naujas pažintis bei akiračio plėtimą. Taip pat terapija suteikė galimybę mokytis iš kitų moterų patirčių, perimti naudingas idėjas.

- **Gyvenimo kokybė prieš ŠJT**

Šioje temoje atsiskleidžia tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės aspektai iki ŠJT. Dalyvės susidūrė su įvairiais fiziniais ir emociniais iššūkiais. Dėl ligos ar operacijų jos jautė sumažėjusius fizinius pajėgumus, ribotą energiją ir gyvybingumą, todėl turėjo atsargiai planuoti savo kasdienę veiklą. Be to, jas lydėjo savigaila, nusivylimas savimi ir nepasitikėjimas. Emociniai sunkumai taip pat pasireiškė nesugebėjimu laisvai išsakyti jausmus artimiesiems – jos stengėsi išlikti stiprios, slopino emocijas ir bijojo pasirodyti silpnos. Ypač stipri buvo nuostata, kad ašaros yra silpnumo ženklas.

- **Sumažėję pajėgumai**

Šioje potemėje išryškėja, kad kurios dalyvės jautė sumažėjusius fizinius pajėgumus prieš ŠJT, kuriuos lėmė atsiradusi liga „<...> tiek negali nedaryti dalykų, kuriuos darei ir sunkiau, gal kažkaip tų jėgų mažiau nuo tų gydytojų, ką žinau, bet vis tiek darai ir nėra taip blogai, kaip darai <...>“ (M1) „<...> Gyvenimo kokybė irgi gera, kažko negaliu daryti po operacijos, bet reikia susitaikyti, nėra jau taip tokia tragiška <...>“ (Sa7). Sumažėjusius pajėgumus taip pat lemia sumažėjusi energija ir gyvybingumas „<...> Jaučiuosi turinti ribotą kiekį energijos ir gyvybingumo, kurį turiu skaičiuoti kaip pinigus, kur ir kiek išleisti galiu <...>“ (Do10).

Tyrimo dalyvės jautė sumažėjusius fizinius pajėgumus, kuriuos lėmė ligos ar operacijos padariniai. Jos pastebėjo, kad jų energija ir gyvybingumas yra riboti, todėl turi atsargiai paskirstyti savo jėgas kasdienėje veikloje. Nepaisant šių iššūkių, dalyvės siekė prisitaikyti prie pokyčių.

- **Savigaila**

Šioje potemėje atskleidė, kad tyrimo dalyvės prieš ŠJT jautė savigailos jausmą „<...> ir tada nepaskęsi tame tam rate tokiomis ištiso savigailos tokiu visa laika, kad kaip čia man blogai, bet nėra taip jau blogai <...>“ (M2), kuris siejasi su nusivylimu savimi, pasidavimą „<...> Aš sakiau, kad jaučiuos laisva, tai sako ne. sužinojus apie ligą, pajaučiau toki nusivylimą, subliūškimą kūne jausdavau. <...>“ (Da4) nepasitikėjimą savimi „<...> Nebūtinai, ne tai kad negatyvios, bet kažkas lenda, kažką turi padaryti, gal ne taip padariau. Tokios trigeriai, kad kažką turi galvoti, kad ta turi nepamiršti, toks bereikalingas galvos triukšmas, kurio nereikia <...>“ (SaP5).

ŠJT tyrimo dalyvės jautė savigailą, nusivylimą savimi ir net pasidavimo jausmą, ypač susidūrusios su onkologine liga. Tai lydėjo ir nepasitikėjimas savimi bei nuolatinis vidinis „galvos triukšmas“, keliantis abejones dėl savo veiksmų. Šios emocijos apsunkino jų savijautą ir kasdienį gyvenimą.

- **Sunkumai išsakyti jausmus**

Šioje potemėje atsiskleidžia tyrimo dalyvių sunkumai išsakant savo jausmus artimiesiems dėl ligos, „<...> Antra, kad reikia su tuo ramiai tvarkytis, kad tai liga, jokio streso jokiu ašarų, o aplinkiniu reakcija, nu aš vis tiek turėjau pasakyti kažkam, kas susiję su manimi <...>“ (Au9), baimė pasirodyti silpnam „<...> Jo nes tas atskleidimas sakau po ligos aš pirmą kart, kai buvau reabilitacijoje, tai aš man rytas vakaras ašaros byra aš būtent supanikavus, galvojau, kad aš iš proto kraustausi. O aš iki tol visą laiką interpretavau, kad ašaros tai čia silpnumo požymis <...>“ (Da3).

Tyrimo dalyvėms buvo sudėtinga išsakyti savo jausmus artimiesiems dėl ligos, nes jos siekė išlikti ramios ir vengti emocinio krūvio tiek sau, tiek aplinkiniams. Jautė baimę pasirodyti silpnos, manė, kad ašaros yra silpnumo požymis.

- **Vilties patyrimas**

Tyrimo dalyvėms viltis buvo reikšminga vidinė jėga, padėjusi joms susidoroti su iššūkiais. Daugelis ją siejo su tikėjimu, šviesa ir ramybe, tačiau kai kurioms ji taip pat asocijavosi su beviltiškumu ir pažeidžiamumu. Viltis skatino ieškoti būdų, kaip pagerinti savo emocinę būklę, sveikatą ir gyvenimo kokybę, o kai kurioms ji reiškė lūkesčių išsipildymą, pilnatvės siekį ir gyvybingumo pojūtį.

ŠJT tapo svarbiu vilties šaltiniu, leidusiu dalyvėms atkurti optimizmą, patirti naujų pojūčių ir gyvenimo džiaugsmą. Kai kurios dalyvės terapijos metu atrado aiškumą bei kryptį, o kitoms ji suteikė stiprybės siekti asmeninių tikslų, pavyzdžiui, mokytis aukštojoje mokykloje.

Taip pat išryškėjo stiprus tyrimo dalyvių noras veikti, kad nukreiptų mintis nuo ligos ir palaikytų emocinę pusiausvyrą. ŠJT paskatino jas aktyviai planuoti savo dieną, ieškoti įvairių užimtumo formų ir neleisti sau pasinerti į liūdesį. Judėjimas ir veikla joms tapo esminiais savijautos gerinimo būdais, padedančiais išlaikyti gyvybingumą bei pozityvumą.

• Vilties reikšmė

Šioje potemėje tyrimo dalyvės atskleidžia, jog viltis joms siejasi su tikėjimu, šviesa ir ramybe „<...> *Man viltis tai tikėjimas, šviesa ir ramybė* <...>“ (M10) „<...> *ne viltį, o tikėjimą* <...>“ (A11) „<...> *Viltis – tai kažkuo tikėjimas, tikėjimas kažkuo neapčiuopiamu, kažkuo šviesiu, jo negalima matyti, o tik išjausti* <...>“ (Da5), atskleidžia, jog viltingas žmogus ieško būdų kaip sau padėti „<...> *kai žmogus yra viltingas, tai jisai vis tiek ieško būdų, kaip savo, kaip sau padėti, kaip savo mintis, galbūt nukreipti savo emocinę būklę pagerinti* (M4) <...>“ „<...> *galbūt savo sveikatą* <...>“ (M5). Vienai iš tyrimo dalyvių viltis siejasi su pažeidžiamumu ir beviltiškumu „<...> *Viltis man asocijuojasi su beviltiškumu ir pažeidžiamumu* <...>“ (A110). Taip pat viltis siejasi su lūkesčių išsipildymu „<...> *Viltį suprantu kaip pageidaujamą teigiamą rezultatą, lūkesčių išsipildymą* <...>“ (Au11). Tyrimo dalyvėms viltis siejasi su pilnatve bei gyvybingumu „<...> *Kaip žingsnį link pilnatvės (tuštumos užpildymo)* <...>“ (Au13), „<...> *Viltis man apie gyvybingumą* <...>“ (Do9).

Tyrimo dalyvės viltį siejo su tikėjimu, šviesa ir ramybe, suvokdamos ją kaip vidinę stiprybę. Viltingas žmogus aktyviai ieško būdų, kaip sau padėti, pagerinti savo emocinę būklę ar sveikatą. Tačiau viltis ne visoms dalyvėms turėjo vienodą reikšmę – viena iš jų ją siejo su pažeidžiamumu ir beviltiškumu. Kitos dalyvės viltį suprato kaip lūkesčių išsipildymą, pilnatvės siekimą ar gyvybingumo pojūtį, atskleidžiant, kad šis jausmas tyrimo dalyvėms turėjo skirtingą reikšmę.

• Viltis ŠJT

Tyrimo dalyvės pasidalino vilties poreikiu bei jos stiprinimu ŠJT metu „<...> *Visada ieškau kažko, kad neprasti tos vilties kibirkštėlės, tai ŠJT buvo viena iš tų vilties kibirkštelių* <...>“ (Da6) „<...> *pradžioje gal nebuvo tos vilties, su laiku su terapijų pagalba yra kitaip* <...> (Do7)“ „<...> *Aš niekada neičiau niekur jeigu man nereikėtų tos vilties iš kažkur gauti* <...>“ (G4). Viltis vienai iš tyrimo dalyvių ŠJT metu sukėlė naujus jausmus, kurie atskleidė jos jausmus ir norą gyventi „<...> *Aišku pasikeitė, tu kažką gavai nauja, pojūti gavai, vėl kitom akim pradedi žiūrėti, vėl kažkas naujas, paveiksliukas naujas, žinia nauja ir vėl viskas nuo pradžių. Viską tu kaupi kaupi, viską tu palaipsniui supranti. Ir ateina po biški kažkas* <...>“ (Jo7). Viltis padeda atrasti tyrimo dalyvėms gyvenimo pilnatvę, randant gyvenimo prasmę „<...> *Šokio judesio terapijos kurso metu aš sėkmingai tobulinau savo vilties džiaugsmo žingsnius ir po jos jaučiuosi užtikrintai ramiai įžengusi į gyvenimo prasmės Everestą* <...>“ (G5) ir aiškumą „<...> *pajautimas kitu kampu, kad tu žiuri iš vidaus, kaip stebėtojas, kai tu nieko neanalizuoji, o tiesiog stebi. davė toki susimastymą, tokia krypti kažkur, ką turi daryti ir kur tu turi eiti. Ir kaip tau reikėtų ir ką galėtum tu pasidaryti. Davė kažkokį aiškumą ir supratimą* <...>“ (So7). Kita tyrimo dalyvė nurodė, viltis jai suteikė jėgų, kurie leido išsipildyti jos norams įgyti aukštąjį išsilavinimą „<...> *Bet pokalbis su tavim, seansas jau tada man viltis uuuch kad įsižiebė, tai dabar vaikštau kaip ferjeverkas šaudau. Aš galiu mokintis aukštojo. Tokia viltis man kad įsikūrė, tai man daug davė. Paskui dar buvau informacijos moksluose, tai viltis įsikūrė. Jau lūžis kažkoks pas mane yra, nes visada žinojau, kad man trūksta kažkokių žinių, tik nežinojau kokių* <...>“ (Jo6).

ŠJT tapo viena iš vilties šaltinių, padėjusių atkurti optimizmą ir suteikti naujų pojūčių bei patirti gyvenimo džiaugsmą. Kai kurioms dalyvėms ŠJT padėjo atrasti gyvenimo prasmę, aiškumą ir kryptį, o kitoms suteikė stiprybės siekti asmeninių tikslų, pavyzdžiui, aukštojo mokslo. Viltis joms tapo vidine jėga, leidžiančia iš naujo pažvelgti į save, savo galimybes ir ateities perspektyvas.

• **Noras veikti**

Interviu duomenys parodė, jog tyrimo dalyvių noras veikti, užsiimti kažkokia malonia veikla, kad tai padėtų nukreipti mintis apie ligą į kitus dalykus „<...> *Gal nu va šita mūsų terapija padėjo, atsirado toks kažkoks vat ieškojimas kaip pasidaryt sau kažką daryt, kad nemirt tame galvojame, nu kažką reik daryt kažkur eit kažką daryt. Sugalvoti veiksmą ir imti užpildyti tą erdvę kažkokiais dalykais ir tos mintys savaime nukreipiamos kitur* <...>“ (M3), „<...> *Aš viską randu visokiu nesąmonių ir telefoninių dalykų. Aš viską pasidarau ir pasiplanuoju ir susidėliuoju dienotvarkę.. Sau mažai vietos palieku* <...>“ (Au10). Tai skatina neliūdėti, eiti į priekį ir veikti „<...> *Noras judėti, nesėdėti, neliūdėti,*

nežinau neramiai būti. Norisi eiti mąstyti, pažinti pasaulį <...>“ (Sa6), „<...> Vien sėdėt tikrai ne išsigelbėjimas judėt reikia, nes aš šiaip mano gyvenimas buvo toks pakankamai judrus visada <...>“ (T1).

Tyrimo dalyvės išreiškė stiprų norą veikti ir užsiimti prasminga veikla, kad nukreiptų mintis nuo ligos ir išlaikytų emocinę pusiausvyrą. ŠJT paskatino jas ieškoti būdų, kaip užpildyti dieną aktyvumu, planuoti savo laiką ir neleisti sau pasinerti į liūdesį. Judėjimas joms atrodo esminis geros savijautos elementas.

- **Gyvenimo kokybė po ŠJT**

Atsiskleidė teigiamas poveikis tyrimo dalyvių fiziniam aktyvumui, socialiniams santykiams ir emocinei būsenai. ŠJT padėjo palaikyti ir plėtoti socialinius ryšius, skatino bendravimą bei draugysčių kūrimą, taip praturtindama dalyvių socialinį gyvenimą. ŠJT taip pat prisidėjo prie nerimo mažinimo ir sąmoningumo didinimo. Ji padėjo dalyvėms atsitapatinti nuo negatyvių minčių, sutelkti dėmesį į patyrimą bei atrasti naujus būdus emocinei būklei gerinti, ugdant savistabą ir vidinius resursus.

- **Suaktyvėjusi fizinė veikla**

ŠJT siejasi su fizinės veiklos skatinimu „<...> Mūsų pratimai Ėjimo, judėjimo, kvėpavimo ar ilgesniu skulptūrų lipdymas, ar dar kas nors (Au4) <...>“, „ir tas judėjimas.<...>“ (Do3), dėl ko tyrimo dalyvėms buvo suteiktos galimybės išjudinti savo kūną. Tai skatina ir toliau užsiimti fizine veikla „<...> Ir toliau kiti užsiėmimai fiziniai seka. Užsirašiau į kitus užsiėmimus, nes nežinau ką daryti su tuo kūnu, nes jis labai įtemptas <...>“ (R3) bei mažina rutiną „<...> Palengvino kad nebūtų rutina ištisinė <...>“ (SaP6) ir daugiau dėmesio kreipti į savo kūno pojūčius „<...> Šokių judesio terapija leido atitolti nuo viso to ir pastatyti save į priekį, savo pojūčius <...>“ (T4).

ŠJT skatino fizinį aktyvumą, suteikdama tyrimo dalyvėms galimybę išjudinti savo kūną per įvairius pratimus ir judesius. Tai motyvavo jas tęsti fizinę veiklą ir dalyvauti kituose užsiėmimuose. Terapija taip pat padėjo sumažinti kasdienės rutinos monotoniją bei paskatino daugiau dėmesio skirti savo kūno pojūčiams ir savijautai.

- **Socialiniai santykiai**

ŠJT tyrimo dalyvėms padėjo palaikyti socialinius santykius su kitais („<...> *Dėl to aš einu dar tarpusavyje pabendraujama. (G5)* <...>“) bei plėtoti socialinius santykius („<...> *Smagu tai, kad draugu ratas padidėjo. Susidraugavome ir su kitomis, norėjosi pasikeisti kontaktais. (T5)* <...>“). ŠJT padėjo tyrimo dalyvėms palaikyti ir plėtoti socialinius santykius. Užsiėmimai suteikė galimybę bendrauti su kitais, stiprinti ryšius ir net užmegzti naujas draugystes, taip praturtinant jų socialinį gyvenimą.

- **Nerimo sumažėjimas ir padidėjęs sąmoningumas**

Šioje potemėje atsiskleidžia tyrimo dalyvių sąmoningumas, jog susitapatinus tik su negatyviomis mintimis, tai psichologinės būklės negerina, o ŠJT padeda atsitapatinti nuo minčių ir pereiti į patyrimą „<...> *Gal nu va šita mūsų terapija padėjo, atsirado toks kažkoks vat ieškojimas kaip pasidaryt sau kažką daryt, kad nemirt tame galvojame, nu kažką reik daryt kažkur eit kažką daryt. Sugalvoti veiksmą ir imti užpildyt į tą erdvę kažkokiais dalykais ir tos mintys savaime nukreipiamos kitur* <...>“(M3) taip pat mažina nerimą „<...> *tą ir nerimą sumažina* <...>“(Do2). Tyrimo dalyvės atrado kaip padėti sau pagerinti emocinę būklę „<...> *Kaip galima tokiais vat ne fiziniais dalykais, o emociniais dalykais sau padėti, sakykim* <...>“(So2), „<...> *Įsižiūrėti į savo vidų ir susirinkti savo tas galias* <...>“(Sa3).

Tyrimo dalyvės įsisąmonino, kad susitelkimas tik į negatyvias mintis nepadeda gerinti psichologinės būklės. ŠJT padėjo joms atsitapatinti nuo minčių ir pereiti į tiesioginį patyrimą, taip pat prisidėjo prie nerimo mažinimo ir suteikė dalyvėms naujų būdų, kaip pagerinti savo emocinę būklę, skatinant savistabą ir vidinių resursų stiprinimą.

Taip pat papildant kokybinę dalį ir išplečiant subjektyvų tyrimo dalyvių patyrimą buvo prašoma nupiešti prieš ir po 12 ŠJT užsiėmimų augalą ant A4 formato lapo. Piešinio tema „Koks aš augalas?“ ir tuomet kitoje lapo pusėje parašyti istoriją augalo vardu, esamuoju laiku, pirmuoju asmeniu. Projekcinės interpretacijos technika per metaforas padeda priartėti prie savo tikrųjų jausmų, poreikių. Tyrimo dalyvių piešiniai su istorijomis pateikti 10 priede. Taip pat lentelėje išskyriau pagrindines metaforas per kurias išryškėjo skirtumas prieš ir po ŠJT.

8 lentelė

<i>Prieš ŠJT</i>	<i>PO ŠJT</i>
<i>Emocinės būsenos metaforos</i>	
Daugelis dalyvių įvardijo trūkumus, pavyzdžiui, „trūksta spalvų“, „trūksta priežiūros“, „trūksta atramos“, „bijau vėtros“. Tai rodo tam tikrą neužtikrintumą, trūkumą vidinių resursų arba poreikį išoriniam palaikymui, baimę.	Pastebima didesnė emocinė pilnatvė – „man nieko netrūksta“, „jaučiuosi gerai“, „esu gerame kelyje“. Tai rodo pozityvesnį savęs suvokimą, didesnę pasitikėjimą išorinėms aplinkybėms, bei pilnatvę.
<i>Ryšio su savimi metaforos</i>	
Aprašymuose dominavo trapios, ieškančios paramos metaforos, pavyzdžiui, „trapi gėlė“, „ieško atramos“, „medis laukiantis paukščių“.	Pasikeitė į stipresnius ir augančius įvaizdžius, pavyzdžiui, „aš užaugau“, „esu gerame kelyje“, „daug vešlesnė“, „pradedu bujoti“. Tai gali rodyti asmeninį augimą, emocinį atsparumą ir stipresnį ryšį su savimi.
<i>Santykio su išore metaforos</i>	
Kai kuriuose aprašymuose jaučiamas liūdesys ar tam tikras nepasitenkinimas („liūdnas kilti“, „nežinoma gėlė, kuriai trūksta dėmesio“).	Dauguma dalyvių pradėjo akcentuoti grožį, buvimą gamtoje, ryšį su aplinka: „pasaulis nuostabus“, „ant manęs tupi žiogas ir groja“, „man nieko netrūksta“ „praeiviai jau pradeda manimi grožėtis“, „pas mane atskrenda paukšteliai“, „žmonės grožisi mano žiedais“. Tai rodo didesnę gebėjimą matyti teigiamus dalykus ir jausti harmoniją, stiprėjanti savivertė.
<i>Savęs suvokimo metaforos</i>	
Kai kurie dalyviai identifikavosi su neaiškiu savęs suvokimu, identitetu („maniau, kad esu rožė“).	Pasikeitė savęs matymas – „esu panašesnė į chrizantemą arba astrą“, „stebiuosi savo ryškumu“, „aš turiu tikslą“. Tai rodo didesnę savęs priėmimą, stiprėjantį identiteto jausmą

Apibendrinat galime teigti, jog ŠJT prisidėjo prie dalyvių emocinės būsenos pagerėjimo, pasikeitė ryšys su savimi ir išore, bei sustiprėjo savęs suvokimas.

Atkreipiant dėmesį į pačius piešinius prieš ir po ŠJT galime pastebėti, jog prieš ŠJT daugelis augalų buvo smulkesni, neišsiskleidusiais žiedais, neryškiomis linijomis, blyškesni, o po ŠJT žiedai tapo pilnesni, didesni, labiau išsiskleidę, atsirado lapai, ir tvirtesnis kamienas, stiebas (žr. 10 priedas).

APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA

Atlikta literatūros apžvalga atskleidžia ŠJT naudą onkologiniams pacientams, kurie dėl ligos patiria biopsichosocialinį poveikį, tiek gydantis, tiek ar pasiekus remisiją. Tačiau pažymėtina, kad nors onkologinių ligų diagnostika ir gydymas pastaraisiais metais vis pažangesni, jomis sergančių žmonių pasaulyje nemažėja, o iš skelbiamų statistinių rodiklių matyti, kad Lietuvoje sergamumo ir mirtingumo vidurkis yra didesnis nei Europoje.

Svarbu paminėti, kad tyrimų rezultatai patvirtina mokslininkų išvadas – vėžio poveikis pasireiškia ne tik fiziniais simptomais, bet ir psichologiniais bei socialiniais sunkumais. Pavyzdžiui, Grossert ir Rhoten (2018) tyrimai parodė, kad vėžiu sergantys žmonės dažnai susiduria su nepasitenkinimu savo kūnu, sumažėjusia saviverte ir emociniais sunkumais. Šias įžvalgas papildė kiti tyrėjai pabrėždami psichosocialinių veiksnių svarbą, ypač tiems pacientams, kurie jau įveikė ligą ir pasiekė remisiją.

ŠJT taikymas onkologijos srityje turi naujumo ir praktinės vertės. ŠJT poveikis onkologiniams ligoniams skirtingais vėžio gydymo etapais ir įvairioms tikslinėms grupėms jau buvo nagrinėtas ankstesniuose tyrimuose, atliktos sisteminės apžvalgos ir metaanalizės (pavyzdžiui, Koch & Bräuninger, 2020; Abu-Odah et al., 2024). Naujumas būtų tas, kad ŠJT poveikis siejamas ne tik su gyvenimo kokybės gerinimu, bet ir su vilties teorija, kuri šioje srityje dar retai nagrinėjama. Toks požiūris padeda geriau suprasti, kaip psichosocialinė pagalba gali prisidėti prie paciento vidinės stiprybės ir gydymosi motyvacijos, pagerinti jo emocinę būklę.

Dar viena svarbi įžvalga yra ta, kad ŠJT padeda ne tik mažinti nerimą, depresiją ir stresą, bet ir gerina fizinius parametrus (pavyzdžiui, judesių amplitudę, fizinę jėgą), kas patvirtina jos tinkamumą, t. y. integruoti į oficialias reabilitacijos programas.

Remiantis mokslinės literatūros apžvalgos analize, rekomenduojama – plėsti psichosocialinių intervencijų taikymą, kurių šiuo metu trūksta. Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad gyvenimo kokybės ir vilties stiprinimas gali būti neatsiejama vėžio gydymo dalis, turinti įtaką ne tik emocinei, bet ir fizinei sveikatai bei išgyvenamumui.

Šiame darbe buvo taikomas trianguliacijos metodas, siekiant gauti kuo išsamesnius ir patikimesnius rezultatus, derinant kiekybinius ir kokybinius duomenų rinkimo bei analizės metodus. Kiekybinėje tyrimo dalyje, atliekant gyvenimo kokybės matavimus, naudotas EORTC QLQ-C30 klausimynas. Gauti rezultatai atskleidė, kad tyrimo dalyvių bendroji sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė pagerėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$).

Funkcinėje skalės tokie komponentai kaip vaidmenų atlikimas, emocinis funkcionavimas ir socialinis funkcionavimas, statistiškai reikšmingai pagerėjo ($p < 0,05$). Galima teigti, jog tyrimo dalyviai po ŠJT jautėsi geriau emociškai ir socialiai, pagerėjo jų kasdieninės veiklos – t. y. nustatytas statistiškai reikšmingas pokytis. Gauti tyrimo rezultatai siejasi su Sturm ir kt. (2014) atliktais tyrimais, kurių metu nustatyta, kad statistiškai reikšmingai sumažėjo nuovargis, pagerėjo socialinis, emocinis ir fizinis funkcionavimas. Jų nuomone, emociniai ir socialiniai aspektai yra labai svarbūs kintamieji, kurie padeda susidoroti su onkologine liga, ypač sprendžiant depresijos ir ligos progresavimo baimės problemas. Tai atitinka biopsichosocialinę sveikatos sampratą, pagal kurią žmogaus savijauta vertinama kaip kompleksinis biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių rezultatas.

Šio magistro baigiamojo darbo kiekybinio tyrimo rezultatai parodė, kad arti statistinio reikšmingumo buvo kognityvinis veikimas ($p = 0,053$), t. y. tyrimo dalyvės gebėjo labiau sukaupti dėmesį. Fizinis funkcionavimas nežymiai pagerėjo, tačiau pokytis buvo statistiškai nereikšmingas. Taip galėjo atsitikti, nes fizinis funkcionavimas prieš ŠJT jau buvo gana aukštas, mediana 80 (60; 100).

Simptomų skalėje tokie komponentai kaip nuovargis, skausmas, nemiga ir apetito praradimas reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$), šis pokytis – statistiškai reikšmingas. Vidurių užkietėjimo tendencija buvo mažėjanti ($p = 0,066$), bet reikšmingumo ribos nepasiekė, nes tik kelios tyrimo dalyvės skundėsi šiuo simptomu. Išanalizavus pykinimą ir vėmimą, viduriavimą, dusulį ir finansinius sunkumus reikšmingo pokyčio nenustatyta ($p > 0,1$), nes daugelis tyrimo dalyvių neturėjo šių simptomų. Šiuos rezultatus galima palyginti su Karkou ir kt. (2021) tyrimu, kurio duomenis išanalizavus taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi pokyčiai emocinio ir socialinio funkcionavimo skalėse. Su simptomais susijusiose skalėse jų tyrime reikšmingi pokyčiai, pasižymintys vidutiniu ar dideliu poveikio dydžiu, buvo pastebėti nuovargio, pykinimo, nemigos ir finansinių sunkumų komponentuose. Taip pat ir bendras suvestinis balas parodė reikšmingą pagerėjimą, kas dar kartą pagrindžia ŠJT potencialą gerinti įvairius gyvenimo kokybės aspektus onkologinių pacientų grupėje.

Šiuos rezultatus patvirtina ir apžvalginės studijos. Boing ir kt. (2017) sisteminėje apžvalgoje bei Bradt ir kt. (2015) *Cochrane* analizėje pabrėžiama, kad ŠJT gali reikšmingai prisidėti prie moterų, sveikstančių nuo vėžio, gyvenimo kokybės gerinimo. Taigi galima teigti, kad tiek individualūs tyrimai,

ties sisteminės analizės nuosekliai patvirtina ŠJT efektyvumą skirtingose biopsichosocialinės gerovės srityse.

Gauti rezultatai atitinka ankstesnius tyrimus, kurie pabrėžia emocinio ir socialinio funkcionavimo svarbą onkologinėmis ligomis sergančių asmenų gyvenimo kokybei. Taip pat jie patvirtina, kad ŠJT gali reikšmingai prisidėti prie vėžį įveikusių moterų gyvenimo kokybės gerinimo.

ŠJT statistiškai reikšmingai pagerino gyvenimo kokybę, emocinį ir socialinį funkcionavimą, taip pat sumažino nuovargį, skausmą ir nemigą. Taigi, ši intervencija gali būti efektyvus psichologinės ir fizinės gerovės gerinimo metodas. Tačiau norint įvertinti, koks ŠJT poveikis pykinimui, vėmimui, viduriavimui, dusuliui ir patiriamiesiems finansiniams sunkumams, reikia didesnės tiriamųjų imties, į kurią būtų įtraukta įvairių simptomų turinčių ligonių.

Į ŠJT susirinko vidutiniškai ir daug vilties turinčios moterys, kurios sudarė 77 %, o kitą dalį – lengvai viltingos moterys. Pasibaigus ŠJT vidutiniškai ir daug vilties turinčios moterys sudarė 85 %, o kitą dalį – lengvai viltingos. ŠJT dalyvavusių moterų, sergančių onkologine liga, vilties indekso vidurkis buvo 42,5 o po ŠJT – 45,2. Panašų vilties lygį galima matyti ir Wonghongkul ir kt. (2000) atliktame tyrime – krūties vėžiu sergančių pacienčių, kurios gydymą baigė ir bent 5 metus joms liga nesikartojo, vilties lygis buvo aukštesnis 41,62, panašus į mūsų tyrime dalyvavusių moterų vilties lygį prieš ŠJT. Taip gali būti dėl to, kad šiame tyrime 50 % dalyvių jau buvo pasiekusios remisiją, ir tikėtina, kad jų viltis pasveikti yra stipresnė, palyginti su tomis, kurios dar gydosi. Tuo metu Y. Li ir kt. (2021) atliko tyrimą, kuriame analizavo vilties ir gyvenimo kokybės ryšį tarp krūties vėžiu sergančių moterų, kuriame dalyvavusių moterų vilties būklė buvo vidutinio lygio (30,15 balo). Tai galima daryti išvadą, kad gydymo metu vilties indeksas yra mažesnis, tad intervencijos poveikis gali būti didesnis ir reikšmingesnis. Dėl to rekomenduojama tyrimą atlikti su mažiau vilties turinčiomis moterimis, kurių vilties indeksas siekia 30 balų ir mažiau.

Prieš ŠJT intervenciją vidutinė koreliacija nustatyta tarp vilties ir kognityvinio veikimo, ryšys yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) bei pykinimo ir vėmimo, bet šis statistiškai nereikšmingas. Snyder viltį apibrėžia kaip kognityvinį procesą, susijusį su tikslų siekimu ir veiksmų planavimu, t. y. kaip žmogus racionaliai planuoja ir siekia savo tikslų (Snyder, 2002). Tad suprantama, kad tarp šių kintamųjų yra ryšys. Tačiau po ŠJT intervencijos šie ryšiai tapo silpnais arba labai silpnais. Taip galėjo atsitikti, nes pabaigus 12 ŠJT sesijų tyrimo dalyvės tapo sąmoningesnės ir pildydamos vilties klausimyną adekvačiau atsakė į klausimus. Ateityje reikėtų atlikti tyrimą su didesne tiriamųjų imtimi.

Tarp kitų gyvenimo kokybės komponentų nebuvo nustatyta stiprios ar labai stiprios koreliacijos tiek prieš, tiek po ŠJT intervencijos. Nors kitų autorių atlikti tyrimai koreliaciją tarp vilties ir gyvenimo

kokybės nustatė. M. Y. Li su bendraautoriais (2016) tyrė ligonius, sergančius šlapimo pūslės vėžiu, kad nustatytų, kaip koreliuoja socialinė parama, viltis, atsparumas ir gyvenimo kokybė. Gyvenimo kokybei matuoti buvo sudarytas klausimynas, skirtas pacientams, sergantiems šlapimo pūslės vėžiu – FACT-G, o vilčiai taikytas Snyder vilties klausimynas. Pearson koreliacijos koeficientai parodė, kad tarp socialinės paramos, vilties, atsparumo ir gyvenimo kokybės komponentų ryšys yra statistiškai reikšmingas. Socialinė parama, viltis ir atsparumas kaip visuma lėmė 30,3 % geresnę gyvenimo kokybę. Taip pat ieškota koreliacijos tarp gyvenimo kokybės ir vilties tiriant krūties vėžiu sergančių moterų, gydomų chemoterapija, duomenis.

Atliktas kokybinis tyrimas atskleidė daugiasluoksnius fizinius, emocinius ir socialinius pokyčius. Tyrimo dalyvės dalinosi savo potyriais apie pasikeitusį santykį su savimi, santykius su kitais, sumažėjusią įtampą fiziniame kūne ir pasikeitusią emocinę būseną. Tyrimo rezultatai atitinka kitų mokslininkų darbus, kuriuose pabrėžiama, kad ŠJT yra veiksminga kompleksinė intervencija, stiprinanti psichologinę gerovę, emocinį atsparumą ir kūno bei savęs suvokimą (pavyzdžiui, Koch & Bräuninger, 2020; Meekums, 2002).

Tyrimo dalyviai savo subjektyvią ŠJT patirtį įvardija kaip naują, netikėtą ir teigiamas emocijas sukėlusią. Tai patvirtina kitų tyrėjų teiginius, kad naujumo pojūtis ir sensorinis įsitraukimas stiprina vidinę motyvaciją ir prisideda prie emocinės transformacijos (Payne, 2006).

Atliekant kokybinį tyrimą, vilties komponentas pasireiškė kaip noras veikti – t. y. įveikti sunkumus ir susigrąžinti gyvenimo džiaugsmą. Šiuos išgyvenimus galima sieti su mokslininkų teorijomis, viena jų – Snyder (2002) vilties teorija, pabrėžianti gebėjimą siekti tikslų ir rasti būdų juos pasiekti, kita – Herth (1993) modelis, siejantis viltį su vidine ramybe ir stiprybe. Šio tyrimo išskirtinumas tas, kad viltis nagrinėta ŠJT kontekste, Lietuvoje tai plačiau netyrinėta ir gali būti naudinga kuriant psichologinės pagalbos modelius.

Tyrimo dalyvėms ŠJT padėjo geriau pažinti save, suvokti kūno pojūčius, pasitikėti savimi, taip pat užmegzti ryšius su kitomis moterimis ir pajusti bendrumą. Tai sutampa su Homann (2010) ir Levy (2005) tyrimų rezultatais, kurie ŠJT apibūdina kaip būdą saviraiškai ir asmeniniam augimui. Paminėtina, kad terapijos metu iškilo ir sunkių jausmų, pavyzdžiui, skaudūs prisiminimai ar bendravimo sunkumai. Tai rodo, kad terapinis procesas yra sudėtingas, o šie išgyvenimai svarbūs gijimo kelyje.

Taip pat buvo taikyta istorijų metodas, kuri dar daugiau atskleidė vidinių dalyvių pokyčių per jų sukurtas metaforas ir vizualinę saviraišką. Piešinių analizė parodė pozityvią dinamiką – nuo trūkumo, trapumo ir izoliacijos metaforų iki augimo, vešlumo ir grožio įvaizdžių, tai galima interpretuoti kaip atradimą vidinės stiprybės ir savivokos pokytį. Šie pokyčiai gali sietis su emociniu augimu, didesniu

pasitikėjimu ir geresniu ryšiu su savimi bei aplinka. Be to, metaforiniai vaizdiniai dalyvėms leidžia išreikšti jausmus, kuriuos sunku apibūdinti žodžiais, tad ši technika svarbus papildomas informacijos šaltinis apie ŠJT procesą.

ŠJT gali būti naudinga psichosocialinės pagalbos priemonė tiek gydymo metu, tiek per reabilitaciją. Ji gali padėti vėžiu sergantiems ligoniams atkurti gyvenimo kokybę, sumažinti stresą, nerimą, izoliaciją ir stiprinti vidinius išteklius. Siūloma ŠJT integruoti į kompleksinę ligonių, sergančių vėžiu, psichosocialinės pagalbos modelį.

REFLEKSIJA

Pamenu, kai studijų pirmame semestre neurologijos dėstytoja pateikė apie 15 temų, iš kurių išsirinkus vieną reikėjo parengti pristatymą. Iš visų siūlomų temų man labai surezonavo sergantieji onkologinėmis ligomis. Vidumi jaučiau, jog ši tema mane traukia. Ir traukė, matyt, dėl asmeninės patirties, nes mano artimiausi žmonės mirė nuo onkologinių ligų, ir savo akimis mačiau, kaip jie praranda viltį, džiaugsmą gyvenimu. Būnant šalia jų, man buvo labai liūdna, sunku ir kartu pikta priimti juos pasidavimo momentu. Taip ir liko neatsakytas klausimas – kodėl? Ar priimamas sprendimas pasiduoti, ar tai tiesiog ištinka?

Man atrodo, kai žmogus praranda viltį, kad gali išgyti, tuomet ir pasiduoda. Tad iš to ir kilo idėja, o kaip būtų galima tą viltį palaikyti? Matyt, dėl asmeninės paties iki šiol manyje išlikęs noras įkvėpti viltį ir pagerinti onkologine liga sergančiųjų gyvenimo kokybę. Tarsi neuždarytas asmeninis Geštaltas. Mano giliu įsitikinimu viltis atlieka labai svarbų vaidmenį gydymo procese, kitaip tariant, teigiamas požiūris į ateitį, tikslų turėjimas ir žinojimas, kaip juos pasiekti keliais būdais. Taip pat turėjau idėją, kad viltingi žmonės turi geresnę gyvenimo kokybę, ir norėjau šiame darbe tai patikrinti. Tačiau ar viltis daro įtaką gyvenimo kokybei, ar gyvenimo kokybė vilčiai – sunku būtų iširti priežastingumą. Gal teisingiau būtų sakyti, kad šie du kintamieji pinasi tarpusavyje.

Taip pat labai norisi prisidėti prie onkologinių ligonių gydymo programų tobulinimo. Svarbu ne tik biomedicininis požiūris į pacientą sveikatos priežiūros kontekste, bet ir psichosocialinė pacientų sveikata. Žinoma, sergantieji gali gauti psichologo, psichoterapeuto konsultacijas, tačiau kiekvienas žmogus yra unikalus ir skirtingas, tad verbalinio pobūdžio terapija ne visiems gali būti priimtina. Šio magistro baigiamojo darbo kontekste turiu profesinį interesą prisidėti prie daugiau galimybių rinktis tinkamiausią terapiją, kuri atlieptų kiekvieno paciento psichosocialinius poreikius, ir tai būtų ne tik rekomenduojama, bet ir privaloma.

Tyrimo metu, kai vedžiau šokio-judesio terapijos sesijas, manau, kad man pavyko savo asmeninį patyrimą „susklausti“ ir netrukdyti skleistis terapiniam procesui, suteikti erdvės tyrimo dalyvių patyrimui, integracijai, refleksijai bei naujoms išvalgoms. Taip pat siekiau sukurti tokią aplinką, kad kuo mažiau būtų formalumo, kuris atsiranda atliekant tyrimą, t. y. lankomumo žymėjimas, klausimynų pildymas ir t. t. Tai man buvo viena iš sunkiausių dalių, kai tuo pačiu metu reikia būti ir terapeute, ir tyrėja. Tai du skirtingi vaidmenys. Tyrėja man subjektyviai siejasi su žodžiu eksperimentas. Darant eksperimentą su tyrimo objektu nėra kuriamas santykis, o terapeutas, priešingai, kuria santykį su tyrimo dalyviu. Tad buvo gan sudėtinga žongliruoti šiais dviem vaidmenimis. Kiekvienas šių vaidmenų man kelia

skirtingus tikslus ir uždavinius. Tyrėjai buvo svarbu surinkti duomenis, išanalizuoti ir gauti rezultatą, o terapeutei – išgirsti terapijos poveikį, patyrimą, tyrimo dalyvių refleksiją. Šiuo atveju rezultatas nėra svarbu, tik patyrimas. Dėl to pasirinkau mišrų tyrimo metodą, kad plačiau, giliau, informatyviau galėčiau atskleisti ŠJT poveikį onkologinėmis ligomis sergančioms moterims.

Žinoma, pradėdama tyrimą tikėjausi, kad ŠJT pagerins tyrimo dalyvių gyvenimo kokybę, tam įtaką darė ir mokslinės literatūros apžvalga, tačiau dėl vilties indekso, jo padidėjimo turėjau dvejonų, nes iki šiol niekas nematavo vilties ŠJT kontekste. Taigi, nors man buvo labai smalsu, kokie bus tyrimo rezultatai, visgi leidau sau tiesiog būti procese, tapti terapinio proceso liudininke.

IŠVADOS

Remiantis literatūros apžvalgos dalimi, galima daryti tokias išvadas:

- Lietuvoje, palyginti su pasaulio ir Europos vidurkiu, aukštas onkologinėmis ligomis sergančių ligonių mirtingumo rodiklis, tai rodo, kad reikia tobulinti gydymo metodus, didinti jų prieinamumą ir veiksmingumą.
- Onkologinėmis ligomis sergantiems ligoniams būdingi psichosocialiniai sutrikimai: nerimas, depresija, kūno įvaizdžio problemos, egzistencinės baimės, socialinė izoliacija, fiziniai gydymo padariniai (funkcinių gebėjimų pablogėjimas). Atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad į gydymą, būtina įtraukti psichologinę ir socialinę paramą, siekiant pagerinti jų kokybę, kuri tiesiogiai daro įtaką gijimui. Psichosocialinio modelio taikymas itin aktualus šiuolaikinėje onkologinėje praktikoje, nes sveikata suprantama kaip integruota biologinių, psichologinių ir socialinių veiksmų visuma.
- Nepriklausomai nuo vėžio rūšies, ŠJT teigiamai veikia emocinę, fizinę ir socialinę onkologinių pacientų gerovę. Tyrimų rezultatai parodė streso, nerimo, depresijos, kūno suvokimo bei nuovargio sumažėjimą, fizinės būklės pagerėjimą ir aukštesnį gyvenimo kokybės indeksą. Pastebėta skirtumų tarp vėžio tipų, kurie atsiranda dėl specifinių fizinių problemų (pavyzdžiui, pečių judrumo sergant krūties vėžio), tačiau apskritai ŠJT nauda yra vienoda visiems onkologiniams pacientams.
- Nors nerasta tyrimų, kaip ŠJT intervencijos gali sustiprinti viltį, tačiau vilties tyrimai patvirtina, jog viltis gali būti terapiniu įrankiu onkologijoje. Viltis gali pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, skatinti sveikatai palankų elgesį ir netgi turėti poveikį ligos eigai.

Remiantis empirine tyrimo dalimi, galima daryti tokias išvadas:

- Bendra sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė reikšmingai pagerėjo ($p < 0,05$). Emocinis, socialinis funkcionavimas ir kasdieninė veikla reikšmingai pagerėjo. Simptomų skalėje nuovargis, skausmas, nemiga ir apetito praradimas sumažėjo ($p < 0,05$). Fizinis funkcionavimas nežymiai pagerėjo, bet šis pokytis nėra statistiškai reikšmingas. Kognityvinis veikimas pagerėjo, bet nepasiekė reikšmingumo ribos ($p = 0,053$).
- Statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp gyvenimo kokybės ir vilties nenustatyta. Tik prieš ŠJT intervenciją nustatyta vidutinė koreliacija tarp vilties ir kognityvinio veikimo.
- Atlikus teminę analizę nustatyta, kad tyrimo dalyvės ŠJT siejo su nauja patirtimi, atsipalaidavimu, gera nuotaika, lengvumu. Dalyvaudamos ŠJT užsiėmimuose, jos turėjo erdvę išreikšti ir patirti

jausmus nuo pilnatvės, dalinimosi gerumu, malonumo, džiaugsmo, laimės ir lengvumo iki sunkumo prisiliesti prie kito, išsakyti jausmus, klausyti kitų. Išryškėjo potėmės: savęs pažinimas ir pasitikėjimas, santykis su kitomis ir sumažėjęs vienišumo jausmas.

- Viltį tyrimo dalyvės apibūdino kaip reikšmingą vidinę jėgą, kuri padeda susidoroti su iššūkiais. Daugelis ją siejo su tikėjimu, šviesa ir ramybe, bet kai kurioms ji asocijavosi su beviltiškumu ir pažeidžiamumu. Viltis skatino ieškoti būdų, kaip pagerinti savo emocinę būklę, sveikatą ir gyvenimo kokybę. ŠJT tapo vilties šaltiniu, kuris padėjo dalyvėms atkurti optimizmą, patirti naujų pojūčių ir gyvenimo džiaugsmą. Kai kurios dalyvės terapijos metu atrado aiškumą ir kryptį, o kitoms ji suteikė stiprybės siekti asmeninių tikslų.
- Analizuojant gyvenimo kokybės pokyčius pasibaigus ŠJT, paaiškėjo, kad dalyvės pradėjo plėtoti socialinius ryšius, daugiau bendrauti ir kurti naujas draugystes. ŠJT taip pat prisidėjo prie nerimo mažinimo ir sąmoningumo didinimo. Ji padėjo dalyvėms atsitraukti nuo negatyvių minčių, sutelkti dėmesį į patyrimą ir atrasti naujus būdus emocinei būklei gerinti, ugdant savistabą ir vidinius išteklius.
- Istorijų metodo projekcinės interpretacijos technika atskleidė, kad ŠJT prisidėjo prie dalyvių emocinės būsenos pagerėjimo, pasikeitusio ryšio su savimi ir išore, sustiprino savęs suvokimą.

REKOMENDACIJOS

- Rekomenduojama gyvenimo kokybės ir vilties vertinimą įtraukti į nacionalines vėžio gydymo programas, nes šie du kintamieji yra susiję su gydymo ir gijimo efektyvumu.
- Rekomenduojama ŠJT įtraukti į onkologinės reabilitacijos programas bei ambulatorines paslaugas, siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę ir sustiprinti viltį gydymo ir reabilitacijos laikotarpiais.
- Planuojant ŠJT poveikio onkologinėmis ligomis sergančioms moterims tyrimus, rekomenduojama išplėsti tyrimo imtį, kad būtų daugiau statistinių duomenų, o atsitiktinių veiksnių įtaka sumažėtų.
- Į tyrimą rekomenduojama įtraukti moteris, kurios turi mažai vilties arba yra tik lengvai viltingos. Šiame tyrime vilties indeksas buvo pamatuotas tuomet, kai moterys jau buvo atrinktos, daugumos jų jis buvo vidutinis.
- Rekomenduojama ateityje pakartoti tyrimą įtraukiant ir kontrolinę grupę.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Roife PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Abu-Odah, H., Wang, M., SU, J. J., Collard-Stokes, G., Sheffield, D., & Molassiotis, A. (2024). Effectiveness of dance movement therapy and dance movement interventions on cancer patients' health-related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 32(4), 235. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08431-4>
- Bendel-Rozow, T. (2021). Recovery-oriented dance movement therapy group with adults coping with severe mental health conditions: A controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 75, 101830. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101830>
- Bendra informacija Archives. (n.d.). *Pagalbos Onkologiniams Ligoniams Asociacija (POLA)*. Retrieved August 15, 2024, from <https://pola.lt/pagetopic/2-bendras/>
- Blackadar, C. B. (2016). Historical review of the causes of cancer. *World Journal of Clinical Oncology*, 7(1), 54–86. <https://doi.org/10.5306/wjco.v7.i1.54>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Boing, L., Rafael, A. D., Braga, H. de O., Moraes, A. de J. P. de, Sperandio, F. F., & Guimarães, A. C. de A. (2017). Dance as treatment therapy in breast cancer patients – a systematic review. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 22(4), Article 4. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n4p319-331>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- 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*, 2015(1), CD007103. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007103.pub3>
- Bryl, K., Whitley, J., Lopez-Nieves, I., Liou, K., Chimonas, S., Tortora, S., & Mao, J. J. (2024). Experiences and perceived benefits of remotely delivered dance/movement therapy for adult cancer patients: A multi-method program evaluation. *Supportive Care in Cancer*, 32(6), 388. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08591-3>
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15(2), 93–95. <https://doi.org/10.1002/pon.1022>
- Cancer risk factors that affect cancer | Exposures |. (n.d.). *WCRF International*. Retrieved July 31, 2024, from <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/>
- Cancer Today*. (n.d.). Retrieved July 4, 2024, from <https://gco.iarc.who.int/today/>
- Chan, C. M. H., Wan Ahmad, W. A., Yusof, M. M. D., Ho, G.-F., & Krupat, E. (2015). Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: A longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psycho-Oncology*, 24(6), 718–725. <https://doi.org/10.1002/pon.3714>
- Corn, B. W., Feldman, D. B., & Wexler, I. (2020). The science of hope. *The Lancet Oncology*, 21(9), e452–e459. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30210-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30210-2)
- Corrigan, J. A., & Schutte, N. S. (2023). The Relationships between the Hope Dimensions of Agency Thinking and Pathways Thinking With Depression and Anxiety: A Meta-Analysis. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 8(2), 211–255. <https://doi.org/10.1007/s41042-023-00099-1>

- Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 51–68. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(99\)00032-5](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(99)00032-5)
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- 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. <https://doi.org/10.1155/2021/4989282>
- Fava, G., & Sonino, N. (2007). The Biopsychosocial Model Thirty Years Later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 1–2. <https://doi.org/10.1159/000110052>
- Feldman, D. B., & Corn, B. W. (2023). Hope and cancer. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101506. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101506>
- He, X., Ng, M. S. N., Choi, K. C., & So, W. K. W. (2022). Effects of a 16-week dance intervention on the symptom cluster of fatigue-sleep disturbance-depression and quality of life among patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104317. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104317>
- Herth, K. (1993). Hope in Older Adults in Community and Institutional Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 139–156. <https://doi.org/10.3109/01612849309031613>
- Ho, R., Fong, T. C., & Yip, P. (2018). Perceived stress moderates the effects of a randomized trial of dance movement therapy on diurnal cortisol slopes in breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*, 87, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.10.012>

- Ho, R. T. H. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32(5), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.04.005>
- Jitender, S., Mahajan, R., Rathore, V., & Choudhary, R. (2017). Quality of life of cancer patients. *Journal of Experimental Therapeutics & Oncology*, 12(3), 217–221.
- Karkou, V., Dudley-Swarbrick, I., Starkey, J., Parsons, A., Aithal, S., Omylinska-Thurston, J., Verkooijen, H. M., van den Boogaard, R., Dochevska, Y., Djobova, S., Zdravkov, I., Dimitrova, I., Moceviciene, A., Bonifacino, A., Asumi, A. M., Forgione, D., Ferrari, A., Grazioli, E., Cerulli, C., ... Parisi, A. (2021). Dancing With Health: Quality of Life and Physical Improvements From an EU Collaborative Dance Programme With Women Following Breast Cancer Treatment. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635578>
- Koch, S. C., & Bräuninger, I. (2020). Tanz- und Bewegungstherapie in der Onkologie – Übersicht zum Forschungsstand. *Der Onkologe*, 26(9), 826–836. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00790-x>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>
- Laranjeira, C. A., Querido, A. I. F., Charepe, Z. B., & Dixe, M. dos A. C. R. (2020). Hope-based interventions in chronic disease: An integrative review in the light of Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20200283. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z>

- Li, Y., Zhou, Z., Ni, N., Li, J., Luan, Z., & Peng, X. (2021). Quality of Life and Hope of Women in China Receiving Chemotherapy for Breast Cancer. *Clinical Nursing Research*, 31, 1042–1049. <https://doi.org/10.1177/10547738211046737>
- Mannheim, E. G., Helmes, A., & Weis, J. (2013). [Dance/movement therapy in oncological rehabilitation]. *Forschende Komplementarmedizin* (2006), 20(1), 33–41. <https://doi.org/10.1159/000346617>
- McGrath, D., O'Halloran, P., Prue, G., Brown, M., Millar, J., O'Donnell, A., McWilliams, L., Murphy, C., Hinds, G., & Reid, J. (2022). Exercise Interventions for Women with Ovarian Cancer: A Realist Review. *Healthcare*, 10(4), 720. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040720>
- Mengist, W., Soromessa, T., & Legese, G. (2020). Method for conducting systematic literature review and meta-analysis for environmental science research. *MethodsX*, 7, 100777. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2019.100777>
- Morote, R., Hjemdal, O., Kryszinska, K., Martinez Uribe, P., & Corveleyn, J. (2017). Resilience or hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the Herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. *BMC Psychology*, 5(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0205-0>
- Nelson, E., Kelly, D., Ni Bhriain, O., Garry, F., Clifford, A. M., & Allardyce, J. M. (2023). The effectiveness of community dance in people with cancer: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, 38(4), daad077. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad077>
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19, 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>

- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1520–1537. Scopus. <https://doi.org/10.1111/jan.14344>
- Ong, J. W., Ong, Q.-E. O., Metsävainio, T., Vaajoki, A., Tian, J. L., & He, H. (2023). The Effectiveness of Mind-Body Therapies for Women With Gynecological Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001231>
- Pitis, A., Diamantopoulou, M., Panagiotou, A., Papageorgiou, D., & Tzavella, F. (2025). Financial Toxicity and Its Association with the Quality of Life of Greek Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 15(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020067>
- Reese, C., Weis, J., Schmucker, D., & Mittag, O. (2017). Development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological disease (breast, prostate, or colorectal cancer): Methods and results. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1513–1518. <https://doi.org/10.1002/pon.4322>
- Sabri, S., Hussin, N. A. M., & Chooi, W.-T. (2024). Exploration of Hope Among Young Adults with Cancer in Malaysia. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 13(1), 213–223. Scopus. <https://doi.org/10.1089/jayao.2023.0016>
- Schumacher, O., Newton, R. U., Tang, C., Chee, R., Vos, S. B., Low, R. S., Joseph, D., Taaffe, D. R., & Galvão, D. A. (2025). Exercise medicine as adjunct therapy during RADIation for CAnceR of the prostaTE to improve treatment efficacy – protocol for the ERADICATE study: A phase II randomised controlled trial. *BMC Cancer*, 25(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13555-9>
- Seneviwickrama, M., Jayasinghe, R., Kanmodi, K. K., Rogers, S. N., Keill, S., Ratnapreya, S., Ranasinghe, S., Denagamagei, S. S., & Perera, I. (2025). Influence of religion and spirituality on

- head and neck cancer patients and their caregivers: A protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02768-5>
- Shen, A., Qiang, W., Wang, Y., & Chen, Y. (2020). Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer—Role of hope, self-efficacy and social support. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, 101771. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>
- Smith, S. G., Beard, E., McGowan, J. A., Fox, E., Cook, C., Pal, R., Waller, J., & Shahab, L. (2018). Development of a tool to assess beliefs about mythical causes of cancer: The Cancer Awareness Measure Mythical Causes Scale. *BMJ Open*, 8(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022825>
- Snyder, C. R. (2002). TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. X. (1991). *The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope*.
- Soria-Reyes, L. M., Cerezo, M. V., Molina, P., & Blanca, M. J. (2023). Life Satisfaction and Character Strengths in Women With Breast Cancer: Zest and Hope as Predictors. *Integrative Cancer Therapies*, 22. <https://doi.org/10.1177/15347354231197648>
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Sturm, I., Baak, J., Storek, B., Traore, A., & Thuss-Patience, P. (2014). Effect of dance on cancer-related fatigue and quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2241–2249. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2181-8>
- Sundaresan, P., Sullivan, L., Pendlebury, S., Kirby, A., Rodger, A., Joseph, D., Campbell, I., Dhillon, H. M., & Stockler, M. R. (2015). Patients' perceptions of health-related quality of life during and

- after adjuvant radiotherapy for T1N0M0 breast cancer. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, 27(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2014.09.007>
- Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation | Research in Complementary Medicine | Karger Publishers*. (n.d.). Retrieved February 2, 2025, from <https://karger.com/fok/article-abstract/20/1/33/356615/Tanztherapie-in-der-stationaren-onkologischen>
- Vardhan, V., Goyal, C., Chaudhari, J., Jain, V., Kulkarni, C. A., & Jain, M. (n.d.). Effect of Dance Movement Therapy on Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: A Pre-post Intervention Study. *Cureus*, 14(1), e21040. <https://doi.org/10.7759/cureus.21040>
- Vineis, P., & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: Causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916), 549–557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62224-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62224-2)
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The Influence of Uncertainty in Illness, Stress Appraisal, and Hope on Coping in Survivors of Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 23(6), 422.
- Zhu, J., Fang, F., Sjölander, A., Fall, K., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2017). First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: A nationwide cohort study. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 28(8), 1964–1969. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx265>

PRIEDAI

Priedas Nr. 1 Vilties skalė

Vilties skalė

Nurodymai: Atidžiai perskaitykite kiekvieną punktą. Naudodamiesi toliau pateikta skale, pasirinkite JUS geriausiai apibūdinantį skaičių ir įrašykite jį į pateiktą tuščią langelį.

- 1. = Tikrai klaidinga
- 2. = Dažniausiai klaidinga
- 3. = šiek tiek klaidinga
- 4. = šiek tiek klaidingas
- 5. = šiek tiek teisinga
- 6. = šiek tiek teisinga
- 7. = iš esmės teisinga
- 8. = Tikrai tiesa

- ___ 1. Galiu sugalvoti daugybę būdų, kaip išsisukti iš bėdos.
- ___ 2. Energingai siekiu savo tikslų.
- ___ 3. Dažniausiai jaučiuosi pavargęs.
- ___ 4. Yra daugybė būdų, kaip apeiti bet kokią problemą.
- ___ 5. Mane lengva nugalėti ginče.
- ___ 6. Galiu sugalvoti daugybę būdų, kaip gauti man svarbius dalykus gyvenime.
- ___ 7. Nerimauju dėl savo sveikatos.
- ___ 8. Net kai kiti nusivilia, žinau, kad galiu rasti būdą, kaip išspręsti problemą.
- ___ 9. Mano ankstesnė patirtis gerai paruošė mane ateičiai.
- ___ 10. Gyvenime man sekėsi gana sėkmingai.
- ___ 11. Dažniausiai dėl ko nors nerimauju.
- ___ 12. Įgyvendinu sau iškeltus tikslus.

Pastaba. Skalė vadinama "Ateities skale". Agentūros subskalės balas gaunamas sudėjus 2, 9, 10 ir 12 punktus; kelio subskalės balas gaunamas sudėjus 1, 4, 6 ir 8 punktus. Bendras Vilties skalės rezultatas gaunamas sudėjus keturis agentūros ir keturis kelio elementus.

Priedas Nr. 2 Gyvenimo kokybės klausimynas

LITHUANIAN



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Mus domina kai kurie klausimai apie Jus ir Jūsų sveikatą. Prašome atsakyti į visus klausimus, geriausiai tinkantį atsakymą apveddami rutuliuku. Nėra teisingų ar klaidingų atsakymų. Jūsų pateikta informacija bus saugoma konfidencialiai.

Jūsų inicialai:

--	--	--	--	--

Jūsų gimimo data (diena, mėnuo, metai):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šios dienos data (diena, mėnuo, metai):

31									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Visai ne	Nedaug	Viduti- niškai	Labai
1. Ar Jums sukelia sunkumų įtempta veikla, pavyzdžiui sunkaus krepšio ar lagamino nešimas?	1	2	3	4
2. Ar Jūs nuvargina <u>ilgas</u> pasivaikščiojimas?	1	2	3	4
3. Ar Jūs nuvargina <u>trumpas</u> pasivaikščiojimas išėjus iš namų?	1	2	3	4
4. Ar Jūs priverstas(-a) gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu?	1	2	3	4
5. Ar Jums reikalinga pagalba valgant, rengiantis, prausiantis arba naudojantis tualetu?	1	2	3	4

Per praėjusią savaitę:

	Visai ne	Nedaug	Viduti- niškai	Labai
6. Ar Jūs buvote apribotas(-a) darbe arba atlikdamas(-a) kitus kasdieninius darbus?	1	2	3	4
7. Ar Jūs jautėte apribojimus savo mėgstamame užsiėmime arba kitoje laisvalaikio veikloje?	1	2	3	4
8. Ar Jums trūko oro?	1	2	3	4
9. Ar Jūs jautėte skausmą?	1	2	3	4
10. Ar Jums reikėjo poilsio?	1	2	3	4
11. Ar Jums buvo sutrikęs miegas?	1	2	3	4
12. Ar Jūs jautėte silpnumą?	1	2	3	4
13. Ar Jūs neturėjote apetito?	1	2	3	4
14. Ar Jūs pykino?	1	2	3	4
15. Ar Jūs vėmėte?	1	2	3	4

Prašau atsiverskite kitą puslapį

Priedas Nr. 3 Sutikimas naudoti gyvenimo kokybės klausimyną

Dear Simona Repeikaite,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Lithuanian](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

Priedas Nr. 4. Sociodemografinis klausimynas

1. Amžius: _____

2. Išsilavinimas:

- Pradinis
- Vidurinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis
- Kita

3. Onkologinės ligos rūšis: _____

4. Gydymo stadija:

- Gydymas
- Remisija

5. Su kokiais sunkumais susiduriate?

6. Kokie lūkesčiai Šokio-Judesio terapijai?

Priedas Nr. 5 Sutikimas dalyvauti tyrime

Sutikimas dalyvauti tyrime

Sutinku dalyvauti Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Šokio- judesio terapijos II-ojo kurso studentės Simonos Repeikaitės mišriame tyrime: *“Šokio-judesio terapijos poveikis onkologinėmis ligomis sergančių moterų gyvenimo kokybei ir vilčiai gydymo ir remisijos laikotarpiu”*.

Tyrimo duomenų rinkimo būdai: pusiau struktūruotas interviu, gyvenimo kokybės bei vilties klausimynai, piešiniai.

Jūsų dalyvavimo tyrime trukmė: 12 Šokio-judesio terapijos sesijų, trunkančių po 1 val.

Gyvenimo kokybės ir vilties klausimynai bus pildomi prieš ir po 12 Šokio-judesio terapijos sesijų. Pusiau struktūruotas interviu bus įrašomas po 12 Šokio-judesio terapijos sesijų į diktofoną. Tyrime bus užtikrinamas dalyvių anonimiškumas ir konfidencialumas, tyrimo metu surinkti ir analizės metu apibendrinti duomenys naudojami tik studijų tikslais.

Turėsite galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime bet kuriuo momentu iki interviu pradžios ir per tris dienas po interviu arba gyvenimo kokybės ir vilties klausimyno užpildymo.

Sutinku, jog sesijų metu būtų filmuojama ir fotografuojama, ši medžiaga būtų naudojama studijų tikslais, o nuotraukos, neleidžiančios identifikuoti veidų, būtų naudojamos projekto viešinimo tikslais. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos interneto svetainėje www.pola.lt ir Facebook paskyroje “POLA prieš vėžį”.

pasirašykite arba užrašykite „sutinku“, Vardas ir Pavardė ir parašas

Simona Repeikaitė
(Tyrėjo vardas ir pavardė ir parašas)

KVIETIMAS

Mielos POLA bendruomenės moterys, maloniai kviečiame į 12 Šokio – Judesio terapijos sesijų moteris, kurios serga onkologinėmis ligomis ir kurios yra gydymo arba remisijos laikotarpyje. Užsiėmimų metu taip pat bus atliekamas ir tyrimas.

Šokio-judesio terapija yra į išteklius orientuotas metodas, kuriame šokis ir judesys naudojami fiziniams, emociniams, kognityviniams, socialiniams ir dvasiniams procesams integruoti, siekiant asmenybę stiprinančių ir psichoterapinių tikslų. Metodas veikia prevenciškai, gydančiai ir reabilitaciniu aspektu. Vėžys ir jo gydymas dažnam žmogui sukelia įvairių fizinių, psichologinių ir socialinių problemų, kurios laikui bėgant neišnyksta. Kai kurių problemų kyla vėžio gydymo metu arba po jo, problemos išlieka lėtinės, ilgalaikės. Ilgalaikiai ir vėlyvieji vėžio padariniai gali neigiamai paveikti vėžį išgyvenusių žmonių gyvenimo kokybę, o vilties sumažėjimas vėžio gydymo metu gali turėti neigiamos įtakos gydymo procesui.

Tyrimo tikslas – atskleisti šokio-judesio terapijos poveikį onkologinę patirtį turinčių asmenų gyvenimo kokybei ir vilčiai.

Tyrimo metodologija: Tiriamųjų gyvenimo kokybei ir vilčiai vertinti prieš ir po intervencijos bus naudojamas EORTC QOL-C30 klausimynas ir vilties skalė. Šokio-judesio terapijos patyrimui atskleisti bus atliekama teminė analizė ir taikomi dailės terapijos metodai.

Užsiėmimų vieta: studija „Saulės namai“, Algirdo g. 16-1, Vilnius (prie Mindaugo g. Maximos).

Vykstant viešuoju transportu, patogiausia išlipti T. Ševčenkos stotelėje, kuri yra už 240 m nuo studijos.

Užsiėmimų laikas: nuo spalio 12 iki gruodžio 28 d., šeštadieniais, nuo 11:00 val. Iš viso bus 12 užsiėmimų ciklas.

Magistro darbo atlikėja: Simona Repeikaitė, Geštalto psichoterapijos praktikė, meditacinių praktikų instruktorė ir Šokio – Judesio terapijos magistro studijų studentė.

Darbo vadovė: Margarita Gedvilaitė-Kordušienė, įgijusi sociologijos daktaro laipsnį, šokio-judesio terapijos programą Maskvos Integruotos psichologijos institute ir Integruotos kūno ir judesio terapijos instituto programą (IBMT, Londonas). Šiuo metu tęsia studijas Integratyvios ir kūno psichoterapijos institute.

Dalyvaudami Šokio-Judesio terapijoje, tyrimo dalyviai sutinka dalyvauti Vilniaus Universiteto bei Lietuvos Muzikos ir teatro akademijos jungtinės magistro programos Šokio- judesio terapijos studentės Simonoa Repeikaitės kokybiniame tyrime.

Taip pat kviečiame užsiregistruoti ir tas moteris, kurios nenori dalyvauti Šokio-judesio terapijoje, tačiau galėtų atsakyti į klausimynus apie gyvenimo kokybę ir viltį prieš ir po 12 sesijų.

Registracija vyksta iki spalio 1 d. imtinai, paspaudus šią nuorodą:

<https://forms.gle/CQBa1gzKou396wMq8>

Priedas Nr. 7 Kvietimas registruotis



ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA

POLA BENDRUOMENĖS MOTERIMS

su Simona Ripeikaite

Geštalto psichoterapijos praktike,
meditacinių praktikų instruktore,
Šokio–judesio terapijos magistro studijų studentė



11:00 val. šeštadieniais:
nuo spalio 12 d.
iki gruodžio 28 d.



Studija
„Saulės namai“,
Algirdo g. 16-1, Vilnius



POLA
Pagalbos onkologiniams
ligoniams asociacija



BŪTINA IŠANKSTINĖ REGISTRACIJA iki spalio 1 d.

Priedas Nr. 8 Šokio-judesio terapijos programa

Šokio-judesio terapijos programa

<i>Data</i>	<i>Sesljos tema</i>
1 Spalio 12 d. 11 val.	Susipažinimas ir saugumas
2 Spalio 19 d. 11 val.	Vidinė erdvė ir kontaktas
3 Spalio 26 d. 11 val.	Kinesfera ir kontaktas
4 Lapkričio 02 d. 11 val.	Kūno ribos ir palaikymas
5 Lapkričio 09 d. 11 val.	Skausmas ir jo priėmimas
6 Lapkričio 16 d. 11 val.	Emocijų išraiška
7 Lapkričio 23 d. 11 val.	Resursai I dalis
8 Lapkričio 30 d. 11 val.	Resursai II dalis
9 Gruodžio 7 d. 11 val.	Aš galiu. Ateltis
10 Gruodžio 14 d. 11 val.	Meditacija
11 Gruodžio 21 d. 11 val.	Uždarymas I dalis
12 Gruodžio 28 d. 11 val.	Uždarymas II dalis

Pradžią: Spalio 12 d. šeštadienis, 11 val. Studija
"Saulės namai"

Priedas Nr. 9. Šokio-Judesio terapijos programa

Sesija	Pavadinimas	Tikslas	Uždaviniai	Intervencijos/technikos/pagalbinės priemonės
I sesija.	„Susipažinimas ir Saugumas“	1. Susipažinti (Pristatyti save, programą, bei išgirsti dalyvių lūkesčius); 2. Aptarti etikos ir konfidencialumo klausimus, padėti pagrindus saugios aplinkos sukūrimui; 3. Pristatyti tyrimo tikslus, bei uždavinius. 4. Saugumo jausmo stiprinimas	Apšilimas: - Lūkesčių įvardinimas; - Nerimo mažinimas; - Saugumo stiprinimas; - Kontakto užmezgimas; Pagrindinė dalis: - Jausmo „Aš esu matoma“ stiprinimas. Pabaiga: Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą;	Apšilimas: - Erdvės suteikimas prisistatymui ir lūkesčių išsakymui; - Kvėpavimo pratimai 4x4x4; - Vaikščiojimas dėmesį nukreipiant į pėdas, eksperimentuojant skirtingą pėdų atsirėmimą į grindis; - Dabarties momento įsisąmoninimas per 5 pojūčius. Kviečiama pastabėti ką mato, užuodžia, koks skonis, koks aromatas, kokie pojūčiai. Pagrindinė dalis: - Vaikščiojant po erdvę pažiūrėjimas vienas kitą į akis ir pasisveikinimas trumpai uždėdant ranką ant peties. - Grupinis judesio atspindėjimas. Pabaiga: Būsenos įsisąmoninimas per audinio metaforą, t.y. pasirenkamas audinys, kuris labiausiai atspindi dabartinę būseną. Priemonės: Įvairios tekstūros medžiagos; 5 skirtingi valgomi skoniai (medus, vynuogė, citrina, duonos gabaliukas, riešutas) Popieriaus lapai ir pieštukas
II sesija	„Vidinė erdvė ir kontaktas“	1. Didinti sąmoningumą kūne, dėmesį kreipti į kūno pojūčius; 2. Palaikymo jausmo stiprinimas; 3. Stiprinti susietumo jausmą.	Apšilimas: - Pajausti jog žemė yra atrama; - Jausmo „Aš esu matoma“ stiprinimas Pagrindinė dalis: - Išjudinti visas kūno dalis; - Susietumo jausmo stiprinimas;	Apšilimas: - Kūno skenavimo techniką atsigulus. Pajausti kaip kiekviena kūno dalis palaiko viena kitą ir pradėti judėti iš tos kūno vietos, kuri labiausiai nori judėti. Pagrindinė dalis: - Atliekamas „Kūno šokis“. - Kviečiama judėti nuo kiekvienos kūno dalies. - Atspindėjimas partnerio išdidingant judesį ir jį sumažinant.

			Pabaiga: -Ritualinis šokis; -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Pabaiga: -Ritualinis šoksi „Om namo Bhagavate Vasudeva - ya“ vertimas „Tai vardas to, kas yra manyje ir kas suvokia visa ko vienovę“. - Susėdama ratu ir pasidaliname su kokiomis mintimis ir jausmu išeinu. Priemonės: nereikia
III sesija	„Kinesfer a, ribos ir kontakta s“	1. Susipažinti su savo asmenine erdve (artima, vidutinė, tolima); 2. Stiprinti susietum jausmą; 3. Kūno ribų suvokimas;	Apšilimas: - Pajausti savo kūno ribas; - Centrinės ir periferinės erdvės suvokimas Pagrindinė dalis: - Tyrinėti savo asmeninę erdvę; - Ribų tyrinėjimas kontakte; - Susietumo jausmo stiprinimas. Pabaiga: -Ritualinis šokis; -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - Savo kūno ribų pajautimui bus atliekami tapšnojo judesiai visam kūnui. - Vaikštome po erdvę, vis keičiant kryptį. Judėjimas po erdvę sukiniams, rotuojant. Tyrinėjame skirtingus lygius judėdami (žemai, per vidurį, aukštai) - Visi judame ir sustojame tuomet kai kažkas sustoja ir pradeda judėti, kai kažkas pradeda judėti. Pagrindinė dalis: - Sustojame poromis. Vienas partneris įvairiais atstumais juda prie kito partnerio, o kitas sako, kad jau gana STOP. - Sustojame trise. Vienas daro šokio judesio seką, o kiti atspindi. - Judėjimas savo burbulė ir tyrinėjamos savo asmeninė erdvė. Pabaiga: -Ritualinis šoksi „Om namo Bhagavate Vasudeva - ya“ vertimas „Tai vardas to, kas yra manyje ir kas suvokia visa ko vienovę“. - Susėdama ratu ir pasidaliname su kokiomis mintimis ir jausmu išeinu.
IV sesija	„Kūno ribos ir palaikymas“	1. Stiprinti savo kūno ribų suvokimą; 2. Stiprinti jausmą, jog yra palaikymas; 3. Jausmo „Aš galiu“ stiprinimas	Apšilimas: - Pajausti visą kūną; - Raumenų aktyvacija; - Vokalizacija. Pagrindinė dalis:	Apšilimas: - Atliekamas „Kūno šokis“. Kviečiama judėti nuo kiekvienos kūno dalies. - Tėkmė Laisva ir Suvaržyta. Judame laisvai erdvėje ir tuomet sulaikyti nukrentame ant žemės.

			- Tyrinėti pojūčius nuo skirtingo prisilietimo; - Kūno atsakas į prisilietimą; - Kūno svorio atidavimas. - Raumenų įjungimas. Pabaiga: - Palaikymo stiprinimas; - Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	- Judame laisvai, sustojame, įjungiamo raumenis ir išleidžiame garsą. Pagrindinė dalis: - Darbas poromis. Vienas pirštu paliečia kitą, o kitas duoda atsaką savo kūnu; - Darbas poromis. Vienas stumia, o kitas priešinas; - Atiduodu svorį kitam; Pabaiga: - Baum ratas (užleidžiama dalyvio pasirinkta muzika, pagal kurią jis improvizuoja, o likę grupės nariai atspindi). - Susėdama ratu ir pasidaliname su kokiomis mintimis ir jausmu išeinu.
V sesija	„Resursai 1 dalis“	1. Resursų atradimas savo kūne; 2. Praplėsti savireguliacijos įgūdžius	Apšilimas: - Kūno atpalaidavimas ir sąmoningumo didinimas kūne; Pagrindinė dalis: - Resurso įkūnijimas; - Savireguliacijos praplėtimas Pabaiga: - Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - Judėjimas per kūno sistemas (oda, sąnariai, kaulai, raumenys); - Kvėpavimo sujungimas su judesiu; - Pėdų pajautimas. Pagrindinė dalis: - Resursinės ir priešingos jai, dalių įkūnijimas; - Resurso aktyvacijos judesys; Pabaiga: - Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą (trejetukuose)
VI sesija	„Skausmas ir jo priėmimas“	1. Skausmo priėmimas 2. Sąmoningumo didinimas atskiriant mintis, pojūčius, emocijas.	Apšilimas: - Kūno atpalaidavimas ir sąmoningumo didinimas kūne; Pagrindinė dalis: - Mokymasis išbūti su skausmu ir atrasti skausmo savireguliacijos būdus. Pabaiga:	Apšilimas: - Vaikščiojimas po erdvę ir žiūrėjimas viena kitai į akis; - Atjautus kūno skanavimas. Pagrindinė dalis: - Darbas poromis. Vienas liečia kitą visu delnu ir šiek tiek paspaudžia; - Darbas poromis. Lipdoma skausmo skulptūra. Identifikuojami pojūčiai, mintys, emocijos; - Širdies palaikymas; Pabaiga:

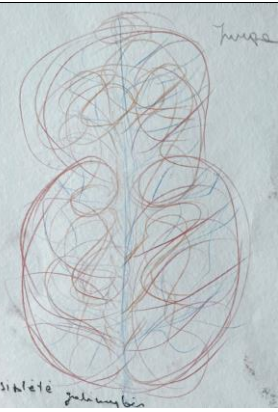
			-Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	- Susėdama ratu ir pasidaliname su kokiomis mintimis ir jausmu išeinu.
VII sesija	„Emocijų išraiška“	1. Išreikšti emocijas per kūną, įkūnyti jas	Apšilimas: - Sąmoningumo didinimas kūne, įsižeminimas; Pagrindinė dalis: - Emocijų, jausmų įkūnijimas Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - kvėpavimo tyrinėjimas- kvėpavimas krūtine, pilvu, įsivaizduojant skirtingas kvėpavimo kryptis, į vertikale, išsiplečiant į horizontale, į priekį ir atgal. - Kūno skanavimas atsigulus, jaučiant pojūčius. - Sąnarių išjudinimas sukanant kiekvieną sąnarį prieš ir pagal laikrodžio rodyklę. - Pėdos, keliai, klubai, krūtinė, galva piešia aštuoniukes. Pagrindinė dalis: - Erdvėje išsirenkama saugi vieta ir kviečiama iššokti emocijas: pyktis/susierzinimas, liūdesys, džiaugsmas, atjauta. Po kiekvienos emocijas, kviečiama ją išpiešti. Ir galiausiai išreiškiame per judesį emociją, tokią kokia yra dabar. - Galvos svorio atidavimas; - Patyrimu pasidalinama grupelėmis. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą. (trejetukuose)
VIII sesija	„Resursa i 2 dalis“	1. Saugios vietos kūne atradimas; 2. Gyvenimas yra palaikantis	Apšilimas: - Kūno atpalaidavimas ir sąmoningumo didinimas kūne; Pagrindinė dalis: - Saugi vieta kūne; Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - Kūno skanavimas - Klubų aktyvacija, judinimas ir judėjimas iš jų. Pagrindinė dalis: - Saugios vietos kūne atradimas ir jos sujungimas su kūno judesiu; - „Palaiminimo vartai“- poroje iškeliamos rankos į viršų ir padaromi vartai, per kuriuos eina viena moteris ir jais sakomi komplimentai.; Pabaiga:

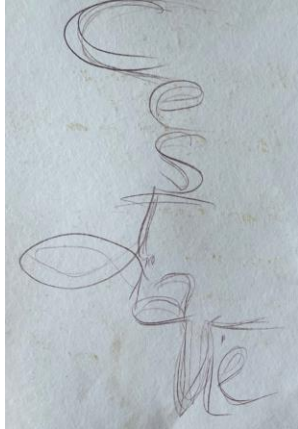
				-Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą. (trejetukuose)
IX sesija	„Aš galiu. Ateitis“	- Galios jausmo stiprinimas; - Ateities matymas;	Apšilimas: - Kūno atpalaidavimas ir sąmoningumo didinimas kūne; Pagrindinė dalis: - Įkūnytas žingsnis į ateitį Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - Vaikščiojimas jaučiant padus - Kūno šokis. Kiekvienos kūno dalies aktyvacija. Pagrindinė dalis: - Modifikuotas autentiškas judesys. Judėjimas Ateityje. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą (trejetukuose).
X sesija	„Meditacija“	- Stebėtojo ir/ar lavinimas - Širdies atidarymas	Apšilimas: - Kontakto užmezgimas Pagrindinė dalis: - Stebėtojo atradimas ir/ar lavinimas; - Meilės būsenos patyrimas. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą.	Apšilimas: - Vaikščiojimas po erdvę, viena kitai žiūrint į akis, prisiliečiant, pasisveikinama gestu. Pagrindinė dalis: - Adaptuota Kundalini meditacija; - Širdies atidarymo meditacija. Prisiminimų aktyvinimas, kas buvo mylėta, ir pastebėjimas gynybos, jei tokios yra. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą (grupėje).
XI sesija	„Uždarymas 1 dalis“	Uždaryti neuždarytus procesus	Apšilimas: - Kūno atpalaidavimas ir sąmoningumo didinimas kūne; Pagrindinė dalis: - Uždaryti neuždarytus procesus Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant	Apšilimas: - Vaikščiojimas jaučiant padus - Kūno šokis. Kiekvienos kūno dalies aktyvacija. Pagrindinė dalis: - Autentiško judesio variacija. Išjudamas procesas, kuris liko neužbaigtas ir/arba kurį norisi daugiau patyrinėti. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą (grupėje).

			subjektyvų suvokimą.	
XII sesija	„Uždary mas 2 dalis“	1. Pokyčio pastebėjimas	Apšilimas: - Įsižeminimas Pagrindinė dalis: - Pokyčio pastebėjimas Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą, atsisveikinimas.	Apšilimas: - Judėjimas ant grindų Pagrindinė dalis: - Pasitelkiant projekcinę interpretaciją „Koks aš augalas“ lyginami piešiniai prieš ir po šokio-judesio terapijos. Tokiu būdu įsisąmoninamas pokytis. Pabaiga: -Sesijos refleksija įprasminant subjektyvų suvokimą, atsisveikinimas (grupėje).

Priedas Nr. 10. Projekcinė interpretacija

Prieš ŠJT		PO ŠJT	
	„Man trūksta spalvų. Bet visai ne juoda. Aš šviesus salotinis vijoklis. Drugeliai ir paukšteliai tokie kaip man patinka. O kur žiedai šviesūs ir kvapnūs.“		„Aš esu pieva. Čia visko daug – žiedų, spalvų, šviesos, tamsos, ryškumo ir prieblandos. Man reikia šilumos ir saulės“
	„Žydintis krūmas, bet jam trūksta priežiūros, dėmesio, kad jis gražiai ir gausiai žydėtų“		„Aš esu medis. Be pavadinimo. Šiuo metu esu tvirtas, gražiais stipriais lapais. Tikiuosi tokia ir išliksiu“
	„Esu smilga, kuri pradedą žydėti. Neapsigauki žiūrėdama, aš ne vieniša, greit manęs bus daugiau. Tu stovėsi ir grožėsi mano išskirtinumu, tave vilios mano žiedai, kurie neįprastos spalvos. O aš tau suteiksiu ramybę“		„Aš Smilga. Bet daug vešlesnė, daug daugiau žiedų. Pradedu bujoti. Žemė kurioje augu derlinga. Ir aš vis dar augu. Matau praeivius, kuri jau pradeda manimi grožėtis, kai kurie prisideda šalia, grožisi, kiti tiesiog nuo mano žiedų užmiega“. „Gyvenimas verčiasi aukštyn kojom į gerą pusę. Aš augu, esu gerame kelyje“

	„Aš rugiagėlė. Esu trapi gėlė, bet jei man užtenka saulės ir šviesos, esu labai ryški ir graži. Nemėgstu stipraus lietaus ir bijau vėtros. Lengvas lietutis mane gaivina. Švelni saulė mane lepina. Manau, kad daug kam patinka mano mėlynumas“		„Maniau, kad esu rožė, bet dabar manau, kad esu pranašesnė į karališką chrizantemą arba astrą. Kur ji gali augti? Turbūt, kad kaip ir visoms gėlėms, reikia geros žemės ir trąšų. Kartas pati stebiuosi savo ryškumu“
	„Ieško atramos, stabilumo, galimybės plėstis ir augti. Vilioti paukštukams ir vabzdžiams. Gali atsistatyti, atželti, atsitraukti. Patinka pavėsis priedanga“		„Aš esu lapas. Kismet kitoks to pačio medžio lapas, dabar blaškomas vėjo ir lietaus. Turiu atsiminimą, kad medis bus tvirtas. Išsiplėtė galimybės, lankstumas, dalis kažko didesnio“
	„Kaži koks tai varpelis. Žydi, šaltos spalvos, žiedeliais žemyn, nežiūri į saulę, rūke. Atrodo, kad nieko netrūksta, kad žydėtų ir žydi, taip kaip subręsta, bet liūdnas kilti“		„Aš esu gėlė rožiniu žiedu, kaip taurelė ir dideliais žaliais lapais, kurie pasodinti į durpes ir man nieko netrūksta maisto medžiagų. Kai krinta rasa, surenku lapais ir žiedu vandenį ir save laistau. Žiedai tos pačios formos, bet dabar jau pakilęs žiedas į taurę. Lapai dideli

			dabar. Aš turiu tikslą būti raudona gėlė.“
	-		„Esu – Celiavus, esu kaprizingas, trokštamas, kuo daugiau jūrinio klimato, saulės ir vėjo. Siūbuoja siūbuoja, o kai pakyla palankus vėjas, nutrūksta ir belieka palinkėti gero vėjo“
	„Nežinoma gėlė, kuriai trūksta šiek tiek dėmesio, vandens, kad žiedas bujotų ir skleistųsi“		„Esu gėlė su savo pliusais ir minusais, kurie yra mano dalis, padedanti man augti ir tobulėti, bei būti tiesiog laimingai“
	„Pas mane atskrenda paukšteliai. Man nieko netrūksta“		„Aš esu saulėgraža. Augu savo sode/gėlyne. Nieko man netrūksta, jaučiuosi gerai. Aš užaugau“

	„Varnalėša, auga visur, reikia saulės, drėgmės ir žemės“		„Aš esu gėlė auganti pakelėse, vieniems graži, kitiems ne, vieniems naudinga, kitiems bjauri ir spygliuota. Džiaugiuosi ir saule ir lietumi ir vėju“
	„Aš esu ramunė, geltona, meilės gėlė, gal kartais trūksta lietaus, gal kartais trūksta šviesos, be visada esu pasiruošusi žydėti ir džiuginti pasaulį“		„Aš esu ramunė rudeninė, noriu, kad gėlės žydėtų visada. Ant manęs tupi žiogas ir groja. Pasaulis nuostabus“
	„Medis laukiantis paukščių. Man trūksta vandens, todėl aš neturiu žiedų. Ieškau šaltinio savo šaknimis“		„Aš esu medis, man patinka vėjas, kai šiurena man lapus. Man norisi daugiau saulės ir paukščių, kurie atskristų ir čiulbėtų ant mano šakų. Man norisi ramiai ošti ir džiaugtis“

Priedas Nr. 11

Pusiau Struktūruoto interviu klausimai:

1. Kokia jūsų patirtis su Šokio-judesio terapija?
2. O kuri užduotis jums labiausiai įsiminė? Kodėl jums tai pasirodė svarbu?
3. Ar galėtumėte prisiminti ir papasakoti kas vyko jūsų kūne per šokio-judesio terapijos užsiėmimus?
4. Ar galite prisiminti, kaip jautėtės emociškai šokio-judesio terapijos metu?
5. Ar galėtum užsimerkti ir prisiminti šokio-judesio terapijos užsiėmimą, koks vaizdinys jums iškyla?
6. Kaip patyrėte Viltį ŠJT procese?
7. Kaip bendrai vertinate savo Gyvenimo kokybę prieš ir po ŠJT?