

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
IR
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapija (dramos terapijos specializacijos)
Antrosios pakopos (magistratūros) studijų
Baigiamasis darbas

Suaugusiųjų, patyrusių insultą, dramos terapijos individualių sesijų patyrimas
medicininės reabilitacijos kontekste

Experiencing Individual Drama Therapy Sessions for Adults with Stroke in the
Context of Medical Rehabilitation

Jekaterina Deineko

Darbo vadovė: LMTA doc. dr. Violeta Rimkevičienė

Konsultantė: VU Lekt. Aušra Senkuvienė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data:

(pildo atsakingas katedros/klinikos darbuotojas)

Registracijos Nr.: _____

(pildo atsakingas katedros/klinikos darbuotojas)

Studento elektroninio pašto adresas: jekaterina.deineko@mf.stud.vu.lt

2024

TURINYS

SANTRAUKA.....	5
SUMMARY	6
TERMINŲ ŽODYNAS	7
ĮVADAS.....	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
1.1.1. Insulto arba smegenų kraujotakos sutrikimo samprata ir paplitimas	12
1.1.2. Insulto arba smegenų kraujotakos sutrikimo rizikos veiksniai ir simptomai	13
1.1.3. Neuropsichiatriniai sutrikimai kaip insulto komplikacijos.....	15
1.2. INSULTĄ PATYRUSIŲ PACIENTŲ MEDICININĖ REABILITACIJA.....	18
1.2.1. Tarpdisciplinis komandinis darbas su insultą patyrusiais pacientais medicininėje reabilitacijoje	18
1.3. MENŲ TERAPIJOS INSULTO REABILITACIJOJE	22
1.3.1. Menų terapijų samprata	22
1.3.2. Dailės terapija (vizualiniai menai) ir insulto reabilitacija	24
1.3.3. Šokio judesio terapija ir insulto reabilitacija	24
1.3.4. Muzikos terapija ir insulto reabilitacija	25
1.3.5. Poezija / biblioterapija ir insulto reabilitacija.....	25
1.3.6. Dramos terapijos taikymas žmonėms, patyrusiems insultą.....	26
2. TYRIMO METODOLOGIJA.....	28
2.1. TEORINIS TYRIMO PAGRINDIMAS	28
2.1.1. Kokybinė tyrimo strategija	28
2.1.2. Teminė analizė.....	29

2.2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS	29
2.2.1. Tyrimo etapai.....	29
2.2.2. Kokybinio tyrimo imties atrankos strategija	31
2.3. DUOMENŲ RINKIMAS	35
2.3.1. Stebėjimo dienoraštis.....	35
2.3.2. Pusiau struktūruotas interviu	36
2.3.3. Kokybinio tyrimo patikimumas.....	37
2.3.4. Tyrimo etiniai klausimai.....	38
2.3.5. Tyrimo eiga	38
2.4. DUOMENŲ ANALIZĖS EIGA	39
3. TYRIMO REZULTATAI	40
3.1. INSULTO PASEKMĖS IR JŲ POVEIKIS PACIENTUI.....	41
<input type="checkbox"/> Insulto priežastys ir komplikacijos	41
<input type="checkbox"/> Tapatybės ir savivertės pasikeitimas	46
3.2. PACIENTŲ REABILITACIJOS PROCESAI IR GYVENIMO PERSPEKTYVOS	48
<input type="checkbox"/> Pacientų emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą.....	48
<input type="checkbox"/> Gyvenimo kokybė ir socialinių ryšių kūrimas.....	52
3.3. DRAMOS TERAPIJOS VAIDMUO REABILITACIJOS PROCESĖ.....	56
<input type="checkbox"/> Pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimo metu.....	56
<input type="checkbox"/> Dramos terapija reabilitacijos procese.....	59
3.4. MENŲ TERAPIJOS MEDICININĖJE REABILITACIJOJE, SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS .	63
<input type="checkbox"/> Socialinė izoliacija po insulto - iššūkiai ir galimybės reintegracijai	64
<input type="checkbox"/> Menų terapijos vaidmuo reabilitacijoje	66

4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS IR REFLEKSIJA.....	70
IŠVADOS	75
REKOMENDACIJOS	76
LITERATŪRA.....	77
PRIEDAI.....	87

SANTRAUKA

Baigiamojo darbo temos pavadinimas: Suaugusiųjų, patyrusių insultą dramos terapijos individualių sesijų patyrimas medicininės reabilitacijos kontekste. **Tyrimo pagrindimas:** Insultas yra viena dažniausių negalios, demencijos ir mirties priežasčių vakarų šalyse. Metinis sergamumas yra 150 - 200 atvejų 100 000 gyventojų. Didėjantis insultų skaičius prognozuojamas dėl senėjančios visuomenės, dažnesnio diabeto, nutukimo ir rūkymo atvejų. Yra įspėjimų apie insultų pakartotinės rizikos ir psichologinio streso poveikį, kartu su fizinėmis, kognityvinėmis ir bendravimo problemomis. Negydoma depresija ir nerimas gali trukdyti atsigavimui ir sumažinti gyvenimo kokybę. Todėl rekomenduojami menais pagrįsti gydymo būdai, kurie yra žaismingi ir be šalutinio poveikio, siekiant palengvinti insulto požymius. Įvairūs meniniai būdai gali būti naudingi, stimuliuojant skirtingas smegenų dalis ir padidinant neuroplastiškumą, prisidėti prie atsigavimo proceso. **Tyrimo tikslas:** Ištirti medicininės reabilitacijos pacientų, patyrusių insultą, dramos terapijos individualių sesijų patyrimą. **Tiriamieji:** Tyrime dalyvavo stacionarinės medicininės ir palaikomosios reabilitacijos pacientai, patyrę insultą ir turintys skirtingus ligos požymius (afazija, apraksija, sąmonės sutrikimai, intracerebrinio kraujavimo pasekmės). Pacientų amžius svyravo nuo 40 iki 80 metų. **Tyrimo metodologija:** Tyrimas buvo atliktas ir aprašytas, remiantis kokybinio tyrimo strategija. Duomenų rinkimui buvo naudojamas pusiau struktūruotas interviu, stebėjimo dienoraštis, nuotraukos su pacientų kūrybiniais darbais. Duomenų analizei buvo naudojamas pasirinktas teminės analizės metodas pagal Braun ir Clarke (2006). **Tyrimo atlikimo data:** 2023m. spalio - gruodžio mėnesiai. Tyrimas atliktas reabilitacijos centre medicininės reabilitacijos metu. **Tyrimo rezultatai:** Atlikus teminę analizę atsiskleidė keturios temos: 1) Insulto pasekmės ir jų poveikis pacientui; 2) Pacientų reabilitacijos procesai ir gyvenimo perspektyvos; 3) Dramos terapijos vaidmuo reabilitacijos procese; 4) Menų terapijos medicininėje reabilitacijoje, slaugytojų požiūris

Išvados: Remiantis duomenų analize, galima teigti, kad individualios dramos terapijos sesijos yra veiksmingas ir naudingas metodas medicininės reabilitacijos pacientams, patyrusiems insultą, jų psichikos sveikatai ir gyvenimo gerovei pagerinti. Sesijos suteikia jiems galimybę išreikšti save, atsipalaiduoti ir atrasti vidinę stiprybę, o įvairios dramos terapijos technikos padeda pacientams įveikti iššūkius bei kurti teigiamas sąveikas su kitais.

Raktiniai žodžiai: dramos terapija, insultas, neuropsichiatriniai sutrikimai, medicininė reabilitacija, tarpdisciplininė komanda, teminė analizė, kokybinis tyrimas.

SUMMARY

The title of the thesis topic: Experiencing individual drama therapy sessions for adults with stroke in the context of medical rehabilitation. **Research rationale:** Stroke is one of the most common causes of disability, dementia and death in Western countries. Annual incidence is 150 - 200 cases per 100,000 population. The increasing number of strokes is predicted due to an aging population, more frequent diabetes, obesity and smoking. There are warnings about the risk of repeated strokes and the effects of psychological stress, along with physical, cognitive and communication problems. Untreated depression and anxiety can hinder recovery and reduce quality of life. Therefore, art - based therapies that are playful and without side effects are recommended to alleviate stroke symptoms. Various artistic modalities can be beneficial by stimulating different parts of the brain and increasing neuroplasticity, contributing to the recovery process. **The aim of the study:** To investigate the experience of individual drama therapy sessions of medical rehabilitation patients with stroke. **Subjects:** Inpatient medical and supportive rehabilitation patients who experienced a stroke and had different symptoms of the disease (aphasia, apraxia, disorders of consciousness, consequences of intracerebral hemorrhage) participated in the study. The age of the patients ranged from 40 to 80 years. **Research methodology:** The research was conducted and described based on a qualitative research strategy. A semi-structured interview, an observation diary, photos of patients' creative works were used for data collection. A selected thematic analysis method according to Braun and Clarke (2006) was used for the data analysis. **Date of the study:** October - December 2023. The study was conducted in a rehabilitation center during medical rehabilitation process. **Research results:** Four themes were revealed after the thematic analysis: 1) Consequences of stroke and their impact on the patient; 2) Patient rehabilitation processes and life prospects; 3) The role of drama therapy in the rehabilitation process; 4) Art therapy in medical rehabilitation, nurses' point of view. **Conclusions:** Based on the data analysis, it can be said that individual drama therapy sessions are an effective and useful method of medical rehabilitation for stroke patients to improve their mental health and well-being. The sessions allow them to express themselves, relax and find inner strength, while various drama therapy techniques help patients overcome challenges and create positive interactions with others.

Keywords: drama therapy, stroke, neuropsychiatric disorders, medical rehabilitation, interdisciplinary team, thematic analysis, qualitative research.

TERMINŲ ŽODYNAS

Afazija (Aphasia) - yra kalbos sutrikimas, atsirandantis dėl priekinės, laikinos ar parietalinės žievės ir (arba) gumburo sužalojimo, arba jungčių tarp pirminės jutimo žievės ir šių "kalbos dominuojančio" pusrutulio asociacijų sričių. Insultas yra dažniausia afazijos priežastis (Lee & Hillis, 2008).

Apraksija (Apraxia) –tai nesugebėjimas teisingai atlikti išmokytų kvalifikuotų judesių, nors pacientas turi normalų pojūtį ir yra stiprus bei koordinuotas. Atsuktuvo naudojimas kaip plaktuko, nesugebėjimas naudoti žirklių poros arba nesugebėjimas artikuliuoti yra apraksijos tipų pavyzdžiai. Apraksija yra smegenų pusrutulio pažeidimo rezultatas (Heilman, 2021).

Ataksija (Ataxia) – tai sąvoką apimanti platų neurologinių sutrikimų spektrą, kurio pagrindinis simptomas yra ataksija, ir kliniškai reiškia pusiausvyros ir koordinavimo praradimą. Be to, ataksiją gali sukelti kelių nervų sistemos dalių (pvz.: smegenėlių, smegenų kamieno, nugaros smegenų ir periferinių nervų) sutrikimai (Kuo, 2019).

Babinskio refleksas (Babinski reflex) – tai patologinis refleksas, atsirandantis esant piramidinių laidų pažeidimui. Jam nustatyti gydytojas bukuoju adatos galu ar plaktuko kotu brauko tiriamojo lateralinio (išorinio) pado kraštu nuo kulno pirštų link. Pirmasis pirštas išsitiesia, o kiti išsiskleidžia vėduokle (Avižonienė, I., 1998).

Dizartrija (Dysarthria) – tai kalbos sutrikimų grupė, atsirandanti dėl kalbos mechanizmų kontrolės sutrikimo, dažniausiai atsiranda dėl centrinės ar periferinės nervų sistemos, įskaitant raumenis ir neuromuskulines jungtis, pažeidimo. Motorinė kalba priklauso nuo sudėtingos rezonuojančios, kvėpavimo, artikuliacinės ir gerklų neuromuskulinės sistemos sąveikos (Enderby, 2013).

Disfagija (Dysphagia) - arba sunkumas valgyti, gali atsirasti dėl problemų bet kurioje valgymo fazėje, įskaitant išankstinę fazę, parengiamąją fazę, kramtymą (burnos fazę), rijimą (ryklės fazę) ir (arba) maisto ar skysčių patekimą į stemplę (stemplės fazę) (McCarty & Chao, 2021).

Galvos svaigimas (Vertigo) – tai iliuzinis savęs judesio pojūtis, arba sutrikusi erdvinė orientacija be judesio iliuzijos. Galvos svaigimas gali būti ankstyvas ūminio insulto, dažniausiai užpakalinės kraujotakos, simptomas, sukeliantis ūminį vestibulinį sindromą (Choi ir kt., 2018).

Hemiparezė (hemiparesis) – tai sunkus motorikos sutrikimas po insulto, pasireiškiantis maždaug 65% insultą patyrusių pacientų. Pacientai turi tam tikrų problemų, judant viena puse, arba kenčia nuo silpnumo vienoje kūno pusėje (Sandset & Ranhoff Hov, 2022).

Hipoksinė - išeminė encefalopatija (Hypoxic - ischemic encephalopathy) - tai neurologinė būklė, atsirandanti dėl deguonies trūkumo ir sumažėjusio kraujo tekėjimo į smegenis, kuri taip pat gali sukelti inkstų nepakankamumą (Greco ir kt., 2020).

Intrapsichinis konfliktas - tai vidinis konfliktas, kuris vyksta asmenybėje. Jis gali turėti įvairias apraiškas ir priežastis. Šis konfliktas gali būti susijęs su vertybėmis, emocijomis būsenomis arba net prieštariniais jausmais. Tai gali būti kova tarp skirtingų norų, tikslų arba vertybių, kurie gali būti sudėtingi ir kartais net prieštaringi. Intrapsichiniai konfliktai gali paveikti paciento elgesį, emocijas ir bendrą gerovę (Čiuladienė & Racelyte, 2016).

Sąmonės sutrikimai (Disorders of consciousness (DOC)) - tai būsenos, kurioms būdingas sąmonės netekimas ar sąmoningumo sumažėjimas dėl smegenų traumos ar pažeidimo. Šios būsenos gali būti laikinos arba ilgalaikės, o kai kuriais atvejais gali būti negrįžtamos. (Eapen ir kt., 2017).

Smegenų kamieno pažeidimo sindromai (The brainstem lesion syndromes): Weber, Wallenberg, Foville–Millard–Gubler, Parinaud ir Benedict - tai neurologinės būklės, atsirandančios dėl įvairių smegenų kamieno sričių pažeidimų. Šie sindromai pavadinti gydytojų vardais, kurie juos aprašė (Ambrozaitis ir kt., 2003).

Žievės aklumas (Cortical blindness) - tai reiškia regėjimo praradimą, kurį sukelia pakaušio srities smegenų žievės pažeidimas. (Chokron, 2014).

*"Kol nebuvo smegenų, tol visatoje nebuvo nei spalvų, nei garso,
taip pat nebuvo jokių skonių ir kvapų, ir tikriausiai nebuvo prasmės,
ir jokių jausmų ar emocijų.*

Kol nebuvo smegenų, visatoje taipogi nebuvo skausmo ir nerimo"

Roger Sperry (1964)

ĮVADAS

Insultas išlieka pagrindine ilgalaikės negalios priežastimi visame pasaulyje. Remiantis naujausia pasaulio statistika, insultas jau pasiekė epidemijos lygį. Visame pasaulyje 1 iš 4 vyresnių nei 25 metų suaugusiųjų per savo gyvenimą patyrė insultą. Statistika rodo, kad daugiau nei 110 milijonų žmonių pasaulyje išgyvena insultą. Insulto dažnis žymiai padidėja su amžiumi, tačiau daugiau nei 60% insultų pasireiškia jaunesniems nei 70 metų amžiaus žmonėms ir 16% žmonių iki 50 metų. Lietuvoje 2021m. užfiksuota daugiau nei 20 tūkst. naujų insulto atvejų (WSO, s.a.).

„Insultas – tai galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis židininiais neurologiniais simptomais, išliekančiais ilgiau nei 24 val. nuo susirgimo pradžios“ (Ambrozaitis ir kt., 2003, p. 85).

Išskiriami du insulto tipai:

- Išeminis - užsikimšus smegenų arterijai, sutrikus kraujotakai.
- Hemoraginis - išsiliejus kraujui į smegenis arba jų dangalus.

Pacientams, patyrusiems insultą, funkcinis atsigavimas yra svarbus reabilitacijai, ypač per pirmuosius 6 mėnesius nuo ligos pradžios. Reabilitacijos pradžia siejama su greitesniu sutrikusių funkcijų atstatymu. Dabartinė insultą patyrusių asmenų reabilitacija labai priklauso nuo fizinės terapijos, ergoterapijos ir logoterapijos. Šios reabilitacijos programos yra būtinos insultą išgyvenusiems asmenims, nes jos padeda funkcionuoti. Kineziterapija orientuota į pacientų judėjimą ir fizinę funkciją bei siekia išlaikyti, plėtoti ir atkurti mobilumą. Pagrindinis ergoterapijos tikslas yra palengvinti pacientų dalyvavimą kasdieniame gyvenime ir padidinti jų savarankiškumą. Logoterapija siekia gydyti pacientų kalbos ir rijimo problemas, taip pat pagerinti pacientų žodinių bendravimą ir gebėjimą nuryti.

Staigus fizinių gebėjimų praradimas, taip pat įvairių gyvenimo aspektų pokyčiai, kuriuos sukelia insultas, taip pat sukelia psichologinį stresą, socialinę izoliaciją ir painiavą gyvenime. Manoma, kad šie psichosocialiniai poreikiai taip pat yra labai svarbūs insultą išgyvenusių žmonių

gyvenimo kokybei. Depresija ir nerimas yra dažniausios psichologinės insulto pasekmės (Wright ir kt., 2017). Atsirado daug įspėjimų apie tolesnių insultų ir psichologinio streso riziką, susijusią su nuolatinėmis fizinėmis (pvz., hemipareze, hemiplegija), kognityvinėmis (pvz., atminties praradimas) ir bendravimo (pvz., dizartrija, afazija) problemomis (Unsworth ir kt., 2019). Negydoma depresija ir nerimas gali trukdyti fiziniam atsigavimui, o tai lemia prastesnę, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, didesnę priežiūrą ir gali būti didesnis mirtingumas (Wright ir kt., 2017a). Dauguma mokslininkų Unsworth ir kt., (2019a) mano, kad reguliarius kognityvinis patikrinimas yra ypač svarbus tiek psichologiniu, tiek medicininio požiūriu, atsižvelgiant į tai, kad kognityvinis nuosmukis taip pat yra susijęs su prastesniu fiziniu atsigavimu ir didesniu mirtingumu po insulto. Manoma, kad praktiniu požiūriu žmogaus, patyrusio insultą, stebėjimą (jo nuotaikų, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusio pažinimo) greičiausiai ir geriausiai atlieka pacientą konsultuojantis gydytojas (pvz., bendrosios praktikos gydytojas, neurologas), nors yra įrodymų, kad kiti susiję sveikatos priežiūros specialistai (pvz.: ergoterapeutai, logopedai) taip pat gali tikrinti pacientus socialinėje aplinkoje (Unsworth ir kt., 2019b). Taip pat įrodyta, kad insultą išgyvenusiems žmonėms rekomenduojama kūrybiški, menais pagrįsti gydymo būdai, kurie dažniausiai yra žaismingi ir be šalutinio poveikio. Manoma, kad skirtingi meniniai būdai būtų naudingi, stimuliuojant skirtingas smegenų dalis, o stimuliacija, naudojant skirtingas meno formas, gali dar labiau padidinti smegenų neuroplastiškumą, tai gali būti naudinga, siekiant palengvinti atsigavimo procesą po insulto. Yra įvairių tipų menų rūšių, pagrįstų terapiniu metodu. Kūrybinio meno terapija akcentuoja konkrečias meno terapijas, tokias, kaip muzikos terapija, dailės terapija, šokio judesio terapija, dramos terapija ir išraiškingas rašymas (Lo ir kt., 2019). Visos išvardintos meno terapijos gali būti taikomos kaip atskiri gydymo metodai ir kaip pagalba medicininėje reabilitacijoje.

Siekiant išsiaiškinti dramos terapijos svarbą pacientams, patyrusiems galvos insultą, buvo atlikta sisteminės literatūros paieška šiose elektroninėse duomenų bazėse: PubMed, Europe PMC, ScienceDirect ir kt. Suaugusiųjų, patyrusių insultą, patyrimas dramos terapijos reabilitacijose Lietuvoje ir užsienyje palyginti menkai nagrinėtas. Kadangi dramos terapija yra nauja terapijos sritis, atsiranda pirmi bandymai atlikti mokslinius tyrimus reabilitacijos kontekste. Dramos terapijos taikymo svarbą suaugusiems, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų, psichosocialinėje reabilitacijoje (PSR), nagrinėjo Greta Jalmokaitė (Jalmokaitė, 2022). S. Burneikaitė (2015) aprašė „Dramos terapijos taikymą ergoterapijos studijų metais.“ Darbe rašoma: “Mokslininkai yra nustatę tiesioginį meno terapijos ir vaizduotės ryšį. Todėl sudaromos sąlygos, kad būsimieji ergoterapeutai, įgydami profesines kompetencijas ir ruošdamiesi dirbti sveikatos atstatymo srityje, ugdytų ir vaizduotės savybes, pažintų savo kūrybines galias, kad galėtų tinkamai padėti pacientams“

(Burneikaitė ir kt., 2015, p. 23). Tai reiškia, kad ergoterapeutai ir dramos terapeutai galėtų bendradarbiauti kartu, dirbdami su pacientais reabilitacijos centre. Dar viename tyrime, kuris buvo atliktas Izraelio Vaikų ir paauglių reabilitacijos centre, Alyn ligoninėje, rašoma apie triadinius santykius kineziterapijoje: klounas, kineziterapeutas ir vaikas. Naudodami dramos terapijos metodus, medicinos klounai prisijungia prie kineziterapijos procedūrų, kai gydantis personalas nustato didelių emocinių sunkumų situacijas, trukdančias reabilitacijos procesams. Jų vaidmuo yra palaikyti vaikus, sumažinti jų nerimą, padidinti jų kontrolės jausmą, padėti jiems susidoroti su skausmu ir paversti kineziterapijos sesiją žaisminga patirtimi, kurioje vaikai jaučiasi saugūs. Tuo pat metu klounai taip pat palaiko kineziterapeutus ir jų keliamus terapijos tikslus. Nors šiame tyrime bandoma padėti penkių metų mergaitei, galima kelti prielaidą, kad tokie triadiniai santykiai galimi tarp klouno, kineziterapeuto ir suaugusiojo (Ofer & Keisari, 2022). Remiantis naujausiais tyrimų rezultatais, suaugusiems, sergantiems afazija (kalbos sutrikimas po insulto), mokslininkai (Wood ir kiti, 2020) tvirtina, kad logopedai taip pat yra efektyvūs komandos nariai. Tyrime rašoma: “Optimalus afazijos gydymas įtraukia tarpdisciplininių komandų darbą. Šias komandas, priklausomai nuo gydymo konteksto, pavyzdžiui, esant ūminiam etapui ligoninėje, gali sudaryti įvairūs specialistai, tokie kaip kalbos terapeutas, kineziterapeutas ir ergoterapeutas. Tai leidžia pasinaudoti įvairių sričių ekspertų žiniomis ir gebėjimais, siekiant efektyviai padėti pacientams atkurti kalbos funkcijas ir įveikti su tuo susijusius iššūkius (Wood ir kt., 2020a). Yra įrodymų, kad geros emocinės būsenos ir gerovės poveikis gali teigiamai paveikti žmones, sergančius afazija. Tai gali padėti pagerinti jų gebėjimą bendrauti, didinant motyvaciją, kognityvinę veiklą ir kalbos apdorojimą (Code & Herrmann, 2003). Dramos terapija taip pat gali padėti pacientui saugiai išreikšti emocijas, pasidalinti savo gyvenimo istorija, sumažinti socialinę izoliaciją (Wood ir kt., 2020b). Visi šitie aprašyti tyrimai, tai pavyzdžiai, kaip skirtingi sveikatos priežiūros specialistai, dirbdami medicininėje reabilitacijoje, gali mokytis vieni iš kitų ir bendradarbiauti tarpusavyje, siekdami padėti reabilitacijos centro pacientams.

Tyrimo objektas: Subjektyvus suaugusiųjų, patyrusių insultą, dramos terapijos individualių sesijų patyrimas medicininės reabilitacijos kontekste.

Tyrimo tikslas: Ištirti medicininės reabilitacijos pacientų, patyrusių insultą, dramos terapijos individualių sesijų patyrimą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti smegenų kraujotakos sutrikimo rizikos veiksnius, simptomus ir komplikacijas.
2. Palyginti tarpdisciplinines komandines užduotis, dirbant su insultą patyrusiais pacientais

medicininėje reabilitacijoje Lietuvoje ir Europoje.

3. Sukurti individualias dramos terapijos sesijas pacientams, patyrusiems insultą, taikant ir stebint individualių dramos terapijos sesijų poveikį medicininės reabilitacijos kontekste.

Tyrimo tipas: Tyrimas buvo atliktas ir aprašytas, remiantis kokybinio tyrimo strategija. Duomenų rinkimui buvo naudojamas pusiau struktūruotas interviu, stebėjimo dienoraštis, nuotraukos su pacientų kūrybiniais darbais. Duomenų analizei buvo naudojamas pasirinktas teminės analizės metodas pagal Braun ir Clarke (2006).

Tyrimo naujumas: Per pastarąjį dešimtmetį vis daugiau mokslininkų ištyrė vizualiaisiais menais pagrįstų intervencijų naudą žmonėms, sergantiems insultu (Chan ir kt., 2023). Nustatyta, kad iš visų pagrindinių neurologinių ligų insulto reabilitacija turi bene stipriausią muzikos terapijos teigiamo poveikio potencialą (Rajendran & Summa-Chadwick, 2022). Fong Yan ir kt. (2018) sisteminėje apžvalgoje ir meta analizėje pažymima, kad šokio terapija gali būti laikoma veiksmingu pratimų būdu, siekiant pagerinti fizinę sveikatą ir rezultatus, susijusius su sėdimu ir neaktyviu elgesiu keliose patologinėse populiacijose. Cherney ir kt. (2011) turėjo dramos terapijos grupę, skirtą žmonėms, gyvenantiems su afazija, ir akcentavo, kad kalbos patologija bei dramos terapija siekia panašių bendravimo tikslų. Menų terapijos tyrimų kontekste, Lietuvoje, insulto tematika buvo nagrinėjama muzikos terapijos srityje (Virbašiūtė, 2017). Atsižvelgiant į insultu sergančių pacientų specifiką, šiame tyrime bus nagrinėjamas suaugusiųjų asmenų dramos terapijos individualus patyrimas medicininės reabilitacijos kontekste.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1.1. Insulto arba smegenų kraujotakos sutrikimo samprata ir paplitimas

Smegenų kraujagyslių ligos apima dažniausiai pasitaikančius šiuos sutrikimus: **išeminį insultą** ir **hemoraginį insultą**. Insulto simptomai labai skiriasi dėl sudėtingos smegenų ir jų kraujagyslių anatomijos. **Išeminį insultą** sukelia ilgiau nei kelias sekundes trunkantis kraujotakos sumažėjimas. Neurologiniai simptomai pasireiškia per kelias sekundes, nes neuronams trūksta glikogeno, todėl greitai atsiranda energijos trūkumas. Jei srautas nutrūksta ilgiau nei kelioms minutėms, ištinka **infarktas** arba **smegenų audinio mirtis** (Smith ir kt., 2018). Greitai atstačius kraujotaką smegenų audinys gali visiškai atsigaivinti, o paciento simptomai gali pasireikšti laikinai: tai vadinama **trumpalaikiu išeminiu priepuoliu** (TPIA). TPIA apibrėžimas reikalauja, kad visi

neurologiniai požymiai ir simptomai išnyktų per 24 valandas be smegenų infarkto požymių (Smith ir kt., 2018a). Insultas pasireiškė, jei neurologiniai požymiai ir simptomai išlieka ilgiau nei 24 valandas arba buvo smegenų infarkto požymis. **Generalizuotas smegenų kraujotakos** sumažėjimas dėl sisteminės **hipotenzijos** (pvz.: širdies aritmijos, miokardo infarkto ar hemoraginio šoko) dažniausiai sukelia sinkopę, jei galvos smegenų kraujotakos sumažėjimas išlieka ilgesnį laiką, tai pasienio zonose tarp pagrindinių smegenų arterijų lokalizacijos gali išsivystyti infarktas. Sunkesniais atvejais visuotinė hipoksija - išemija sukelia platų smegenų pažeidimą. Susidariusi kognityvinių pasekmių konsteliacija vadinama **hipoksine - išemija encefalopatija** (Smith ir kt., 2018b). Priešingai, **židininę išemiją** arba infarktą dažniausiai sukelia pačių smegenų kraujagyslių trombozė arba embolija iš proksimalinio arterinio šaltinio arba širdies. **Intrakranijinis kraujavimas (hemoraginis)** atsiranda dėl kraujavimo tiesiai į smegenis arba aplink jas; tai sukelia neurologinius simptomus dėl masinio poveikio nervų struktūroms, toksinio paties kraujo poveikio arba padidėjus intrakranijiniam spaudimui (Smith ir kt., 2018c).

Aštuonis iš 10 insultų sukelia išeminis insultas/nekrozė, du – kraujavimas. Insultas yra dažniausia negalios priežastis, antra pagal dažnumą demencijos priežastis ir ketvirta pagal dažnumą mirties priežastis tarp Vakarų šalių. Metinis sergamumas yra 150 – 200 / 100 000 / gyventojui. Vienas iš 7 žmonių per savo gyvenimą gali tikėtis insulto. Manoma, kad per ateinančius dešimtmečius visame pasaulyje insulto atvejų padaugės, iš dalies dėl senėjančios visuomenės ir padidėjusio diabeto, nutukimo ir rūkymo atvejų. Kinijoje, kur šie rizikos veiksniai sparčiai auga, 2005 m. buvo 7 milijonai insultų. Atvirkščiai vakaruose insulto dažnis sumažėjo (Sveinsson ir kt., 2014).

Mokslininkai pastebėjo, kad klinikiniai insulto požymiai moterų ir vyrų skirtingi. Moterų atveju insultas dažniau siejamas su priekinės kraujotakos išemija, o vyrams būdingesni smegenėlių ir smegenų kamieno simptomai, taip pat dažnesni užpakalinės kraujotakos sindromai. Be to, moterys, patyrusios insultą, dažniau patiria „netradicinius“ simptomus, tokius kaip skausmas ir sąmonės sumažėjimas, palyginti su vyrais. Priešingai, vyrams dažniau būdingi „tradiciniai“ insulto simptomai, įskaitant disbalansą ir hemiparezę (Acciarresi ir kt., 2014).

1.1.2. Insulto arba smegenų kraujotakos sutrikimo rizikos veiksniai ir simptomai

Nekintami rizikos veiksniai. Nekintami rizikos veiksniai yra: amžius, vyriška lytis, rasė, teigiama šeimos istorija ir ankstesnio insulto istorija. Išeminio insulto dažnis su amžiumi gerokai didėja, o amžius yra stipriausias rizikos veiksnys. Sergamumas padvigubėja kas dešimtmetį po 55

metų amžiaus. Pusė visų insultų įvyksta vyresniems nei 75 metų žmonėms. Rizika yra šiek tiek didesnė vyrams nei moterims iki 75 metų. Tačiau po šios amžiaus ribos rizika pasirodo esanti gana panaši abiejų lyčių atžvilgiu. (Sveinsson ir kt., 2014a).

Kintamieji rizikos veiksniai. Hipertenzija yra svarbiausias rizikos veiksnys. Dėl hipertenzijos išeminio insulto rizika padidėja nuo trijų iki keturių kartų. Padidėjusio kraujospūdžio gydymas yra itin veiksminga rizikos mažinimo priemonė. Sistolinis kraujospūdžio sumažėjimas 10 mmHg sumažina riziką 38%. Kuo labiau sumažėja slėgis, tuo mažesnė insulto rizika. **Diabetas** tris kartus padidina smegenų infarkto riziką. Diabetikų prognozė po insulto yra blogesnė nei tų, kurie neturi ligos. Diabetikai tampa jaunesni ir turi daugiau pasikartojančių smegenų infarktų. Jei diabetikas taip pat serga hipertenzija, rizika žymiai padidėja (Azeez ir kt., 2023). **Rūkymas** yra gerai žinomas išeminio insulto rizikos veiksnys ir labai stiprus miego arterijų kalcifikacijos rizikos veiksnys (Sato ir kt., 2022). **Nutukimas** trigubai didina insulto riziką. Padidėjusi juosmens apimtis yra nepriklausomas smegenų infarkto rizikos veiksnys (taip pat glaudžiai susijęs su kitais rizikos veiksniais, tokiais kaip hipertenzija, cukrinis diabetas ir dislipidemija). Visų pirma, antsvoris jaunesniais metais padidina smegenų infarkto riziką. Nutukimas yra sparčiai auganti problema išsivysčiusiose šalyse (Kumral ir kt., 2021). **Metabolinis sindromas** taip pat yra smegenų infarkto rizikos veiksnys (Waqar ir kt., 2023). **Fizinis neveiklumas** yra insulto rizikos veiksnys. Apsauginis fizinio aktyvumo poveikis taikomas visoms amžiaus grupėms, rasėms ir abiem lytims. Dauguma tyrimų parodė, kad daugiau mankštintis yra naudingiau nei mažiau. Fizinio aktyvumo naudingumą tam tikru mastu lemia teigiamas poveikis kraujospūdžiui, kūno svoriui, lipidams ir glikemijos kontrolei (Madsen ir kt., 2022). **Alkoholis** yra dažnai vartojamas gėrimas daugelyje populiacijų ir palankiai bei neigiamai prisideda prie sergamumo ligomis ir mirtingumo (Zhang ir kt., 2014). **Mitybos įpročių** ir insulto rizikos poveikio tyrimai nenuoseklūs. Tyrimai rodo, kad didelis riebalų ir druskos vartojimas didina insulto riziką (Qin ir kt., 2023). Tokie **narkotikai** kaip heroinas, kokainas ir amfetaminai didina tiek smegenų infarkto, tiek kraujavimo į smegenis riziką (O'Keefe ir kt., 2022). Nemažai epidemiologinių tyrimų parodė, kad išeminio insulto rizika asmenims, sergantiems **migrena**, ypač jaunesnėms nei 45 metų moterims, sergančioms migrena su aura, yra didelė (Chiang ir kt., 2021). **Kontraceptinės tabletės** padidina smegenų infarkto riziką moterims nuo dviejų iki trijų kartų (Xu ir kt., 2015). Gydymas **estrogenais po menopauzės** šiek tiek padidina riziką (Chang ir kt., 2022). Tiek ankstesnis **smegenų infarktas** ar besimptomis **smegenų infarktas** (buvo atskleista, atliekant vaizdo tyrimą) abu yra rizikos veiksniai (Sveinsson ir kt., 2014b).

Apžvelgti rizikos veiksniai rodo insulto pavojų, tačiau yra svarbu pabrėžti, kad sveikas gyvenimo būdas gali žymiai sumažinti insultų susirgimų riziką.

Tyrimė Acciarresi ir kt. (2014a) mokslininkai surinko duomenis apie demografinius rodiklius, insulto potipį, insulto etiologiją, kraujagyslių rizikos veiksnius, gydymo istoriją ir tipą. Buvo užregistruoti šie simptomai ir požymiai: 1) Neurologinio deficito tipas: motorinis, sensorinis ir sensorinis - motorinis; 2) Neurologinio deficito lokalizacija: veido, veido – žasto, veido – žasto – blauzdos, žasto – kryžmens, veido – kryžmens, peties ir kryžmens; 3) Kūno pusės: kairė, dešinė ir dvišalė; 4) Afazija, apraksija; 5) Dizatrija; 6) Regos funkcijos sutrikimai; 7) Smegenų kamieno pažeidimo sindromai: Weber, Wallenberg, Foville–Millard–Gubler, Parinaud ir Benedict; 8) Galvos skausmas; 9) Akių motorinė disfunkcijos; 10) Disfagija; 11) Posturalinis nestabilumas: ataksija, galvos svaigimas; 12) Sąmonės sutrikimai; 13) Babinskio refleksas; 14) Epilepsija pradžioje.

Kruopščiai surinkta ligos istorija ir neurologinis tyrimas dažnai gali nustatyti smegenų disfunkcijos sritį; jei ši sritis atitinka arterinį pasiskirstymą, tikėtina, kad sindromo priežastį galima susiaurinti. Tinkamai identifikuojant ir klasifikuojant insulto sindromus, galime nukreipti gydymą ir toliau tyrinėti paciento būklę, siekiant efektyviai įveikti šią svarbią sveikatos problemą (Smith ir kt., 2018d).

1.1.3. Neuropsichiatriniai sutrikimai kaip insulto komplikacijos

Insultas yra rimta liga, kuri dažnai pasitaiko, pasižymi dideliu mirtingumu, negalia ir pasikartojimų dažniu. Tačiau atrodo, kad insulto komplikacijos labiau kelia nerimą, negu pats insultas. Yra keletas komplikacijų, kai žmonės kenčia nuo insulto, įskaitant depresiją, nerimą, nuovargį, apatiją, nemigą, demenciją, kognityvinį sutrikimą. Be to, šių komplikacijų paplitimas ir simptomai sutampa. Pavyzdžiui, depresija ar nerimu sergantys pacientai dažnai turi nuovargio ir apatijos simptomų. Tai kelia iššūkį diagnozuoti ir gydyti šias insulto komplikacijas (Guo ir kt., 2022).

Depresija po insulto (PSD), tai dažna insulto komplikacija, ypač pastaraisiais metais. Didėjant išgyvenusiųjų insultą skaičiui, bendras PSD pacientų skaičius šoktelėjo. Maždaug trečdalis insultą išgyvenusių žmonių sirgo PSD (Guo ir kt., 2022a). PSD dažniausiai pasireiškia per vienerius metus po insulto, ypač per 3 mėnesius po insulto, tačiau kai kurie tyrimai parodė, kad depresijos dažnis yra didžiausias po vienerių metų insulto. PSD sergamumas palaipsniui didėja, o pasaulinis sergamumas yra apie 27,5% ~ 62,5%. PSD sumažina pacientų tapatumą, iniciatyvumą ir entuziazmą gydymo proceso metu. Kartais po reabilitacijos patys pacientai nėra patenkinti atsistatymo rezultatais, o tai turi įtaką jų gyvenimui ir net atsiranda polinkis į savižudybes sunkiais atvejais (Zhou ir kt., 2024). Ankstyvoje ligos stadijoje insultą patyrę pacientai susiduria su dideliu

socialiniu ir psichologiniu spaudimu dėl fizinės funkcijos praradimo, sumažėjusių socialinių gebėjimų ir šeimos vaidmens keitimo, dėl kurio atsiranda nusivylimas ir pesimizmas. Tuo pačiu metu dėl ilgo ligos atsigavimo laiko pacientai ilgą laiką negali dalyvauti darbe ir yra izoliuoti nuo išorinio pasaulio, todėl atsiranda neigiamų ir nepilnavertiškumo kompleksinių emocijų, kurios galiausiai lemia PSD atsiradimą (Zhou ir kt., 2024a). Psichologinė terapija yra vienodai svarbus PSD valdymo metodas. Manoma, kad kognityvinė elgesio terapija (CBT) yra veiksminga depresijai (Guo ir kt., 2022b). Kitame straipsnyje rašoma, kad PSD gydymas daugiausia apima vaistų terapiją, o psichologinė terapija apima elgesio terapiją, šeimos terapiją, tarpasmeninių santykių terapiją, kognityvinę terapiją ir psichoanalitinę terapiją (Zhou ir kt., 2024b).

Nerimą, kylantį po insulto ar trumpalaikio išeminio priepuolio, gali patirti apie 20 - 36 % pacientų (Almhdawi ir kt., 2021). Nerimas gali turėti įvairių priežasčių, įskaitant biologines ir psichologines. Kraujotakos sutrikimai smegenyse gali būti viena iš biologinių priežasčių, galinčių sukelti nerimą. Pavyzdžiui, smegenų kraujotakos sutrikimai, tokiose būsenose kaip insultas, gali sukelti nerimą dėl galimų ilgalaikių pasekmių, tokių, kaip jutiminiai, judesio ar kognityviniai negalavimai. Tačiau kartais nerimas gali būti psichologinė reakcija į tam tikras situacijas, įvykius. Pvz.: patyręs insultą žmogus gali turėti nerimą dėl ateities, dėl socialinių situacijų. Svarbu, atkreipti dėmesį, kad dažnai biologinės ir psichologinės priežastys gali tarpusavyje sąveikauti ir stiprinti viena kitą. Pvz.: žmogus, turintis genetinį polinkį į nerimą, gali pajusti didesnę nerimą dėl sveikatos problemų arba baimę dėl sveikatos, kai išgyvena kraujotakos sutrikimą smegenyse. Nerimas po insulto ne tik didina insulto pasikartojimo, mirties ir pažinimo sutrikimų riziką, bet ir sulėtina funkcinį atsigavimą bei blogina su sveikata susijusių gyvenimo kokybę (Orman ir kt., 2022). Remiantis įrodymais, nerimas paprastai būna stabilesnis ir ilgalaikis nei depresija (Liu ir kt., 2021).

Be psichologinės žalos, **miego sutrikimų** dažnis yra esminis veiksnys, į kurį reikia atsižvelgti, gydant pacientus po insulto. Miegas paprastai laikomas sudėtinga fiziologine būseną, kuri yra aktyviai kontroliuojama ir struktūrizuota ir vaidina gyvybiškai svarbų vaidmenį, atkuriant fizinės ir psichinės funkcijas. Kita vertus, miego sutrikimas po insulto yra dažnas insultą patyrusių pacientų skundas, ir, kaip ir bendroje populiacijoje, žinoma, kad miego sutrikimas turi neigiamą poveikį insultą patyrusiems pacientams (Liu ir kt., 2021a).

Nuovargis yra vienas dažniausių insulto simptomų. Nuovargio po insulto paplitimas yra apie 50%. Nuovargis apibūdinamas kaip nuolatinis silpnumas ir fizinės ar psichinės energijos trūkumas, kurio neatleidžia poilsis ir miegas. Nuovargis trukdo dalyvauti socialiniame gyvenime, mažina savarankiškumą kasdienio gyvenimo veikloje, ilgina miego trukmę ir yra susijęs su padidėjusia

savižudybės ir mirtingumo rizika po insulto. Nors pagrindinis nuovargio mechanizmas yra neaiškus, daugelis individualių veiksnių (tokių, kaip amžius, lytis ir sužalojimo vieta) ir psichologiniai komponentai (tokie, kaip depresija, nerimas, skausmas ir miego sutrikimai) buvo nustatyti kaip rizikos veiksniai (Taghizadeh ir kt., 2024).

Apatija yra dažnas psichikos sutrikimas, psichikos liga po insulto. Deja, po išleidimo iš ligoninės, daugumai pacientų, patyrusių insultą, sunku suvokti, kad serga apatija, o klinikinėje priežiūroje šiai problemai retai skiriamas dėmesys. Apatijos paplitimas turi reikšmingą netiesioginį poveikį pacientų gyvenimui po insulto. Taip pat verta paminėti, kad apatija, insultą patyrusiems pacientams, gali būti susijusi su jų funkciniais pokyčiais (Tay ir kt., 2021). Atliktame tyrime Eurelings ir kt. (2018) nustatė, kad insultą patyrusiems pacientams, sergantiems apatija, atsigavimas gali užtrukti ilgiau dėl funkcinės negalios, kognityvinių sutrikimų ir emocinių problemų. Be to, ateityje jie dažniau susiduria su kraujagyslių ligomis, demencija ir didesniu mirtingumu.

Demencija yra dažna, po insulto pasireiškianti 1 iš 3 išgyvenusių insultą. Tyrimas parodė Su ir kt., (2023), kad demencija sergantiems pacientams gali būti didesnė mirties nuo insulto rizika. Taip pat, kad 20 – 30% insultą patyrusių pacientų vienu metu serga demencija ir šeštadalis insultą patyrusių pacientų serga demencija, prieš prasidedant insultui. Demencija po insulto yra susijusi su 2 – 6 kartus didesniu pakoreguotu mirtingumu, didesnis insulto pasikartojimo dažnis ir prastas funkcinis rezultatas (Su ir kt., 2023a).

Kognityviniai sutrikimai po insulto yra dažna neurologinė komplikacija, kuri pasitaiko iki 80% visų pacientų, patyrusių insultą. Trūkstant kognityvinių įgūdžių, reikalingų norint įsitraukti į įvairias gyvenimo situacijas, išgyvenusieji, kognityviniais sutrikimais sergantys žmonės, dažnai susiduria su prastesne gyvenimo kokybe dėl sumažėjusių savarankiškumo gebėjimų ir iššūkių, susijusių su socialiniu įsitraukimu (Chau ir kt., 2023). Be to, ilgalaikė prognozė yra nepalanki, o tyrimai rodo, kad kognityviniai sutrikimai yra susiję su didesne pasikartojančio insulto, mirtingumo ir demencijos progresavimo rizika tarp žmonių, patyrusių insultą (Kwon ir kt., 2020). Atsižvelgiant į didelę, su sveikata susijusią priežiūros našta ir pasaulinę senėjimo tendenciją, kuri prognozuoja padidintų insulto atvejų skaičių, yra būtina identifikuoti rizikos grupes, kurios gali patirti kognityvinius sutrikimus. Tik taip galima išvengti kognityvinių pažeidimų ir laiku teikti prevencines bei valdymo paslaugas, siekiant sušvelninti šias pasekmes (Chau ir kt., 2023a).

Neuropsichiatriniai sindromai labai sutampa. Depresija dažnai egzistuoja kartu su nerimu ir emociniu labilumu, nuovargis yra depresijos ir nerimo simptomas, apatija yra susijusi su depresija ir

pažinimo sutrikimais, o asmenybės pokyčiai yra susiję su emociniu labilumu, depresija ir pažinimo sutrikimais. Mažai tyrimų yra atlikta analizuojant apatiją, nors ji yra tokia pat dažna kaip depresija po insulto. Žinios apie efektyvų valdymą turi nemažai spragų. Net ir depresijos atveju nėra tvirtų įrodymų, kaip gydyti pacientus, sergančius lengva ar vidutinio sunkumo depresija po insulto, ir trūksta įrodymų, kaip padėti žmonėms, kuriems įtariama depresija, kurių nuotaikos negalima oficialiai įvertinti dėl kalbos sutrikimo (afazijos) (Hackett ir kt., 2014).

1.2. INSULTĄ PATYRUSIŲ PACIENTŲ MEDICININĖ REABILITACIJA

1.2.1. Tarpdisciplinis komandinis darbas su insultą patyrusiais pacientais medicininėje reabilitacijoje

Bendruomeninės reabilitacijos sąvoka atsirado 1978 m., siekiant pagerinti neįgaliųjų galimybes naudotis reabilitacijos paslaugomis (Saurabh ir kt., 2015). **Medicininė reabilitacija** yra tik dalis reabilitacijos proceso. Medicininė reabilitacija yra labai orientuota į pacientą, nes jos esmė yra pritaikyti intervencijas pagal kiekvieno paciento tikslus ir poreikius (Ingstad & Eide, 2007). Valstybinė ligonių kasa medicininę reabilitaciją apibrėžia taip: “Medicininė reabilitacija – tai kompleksinis medicininių reabilitacijos metodų (kineziterapijos, ergoterapijos, klinikinio logopedo paslaugos, ortopedinių ir techninės pagalbos priemonių parinkimo ir pritaikymo, psichologinės ir socialinės pagalbos, gydomojo masažo, fizioterapijos, gydymo vaistais ir dieta, pacientų ir jų artimųjų mokymo) taikymas, siekiant atkurti sutrikusias paciento biopsichosocialines funkcijas arba, esant negrįžtamiems organizmo pakitimams jas kompensuoti, arba palaikyti pasiektą paciento biopsichosocialinio funkcinio pajėgumo lygį. Medicininė reabilitacija taikoma pacientams po sunkių operacijų ir traumų ar sergantiesiems lėtinėmis ligomis“ (Medicininė reabilitacija, s.a.).

Kriščiūnas (2014, p.10) pažymi, kad „ligonių ir neįgaliųjų medicininė reabilitacija Lietuvoje turi būti vykdoma: 1) Daugiaprofiliniuose stacionaruose (pirmasis etapas), ankstyvos reabilitacijos skyriuose (antras etapas); 2) Ambulatorinė reabilitacija poliklinikose (antras etapas); 3) Sanatorių reabilitacijos skyriuose (antras etapas); 4) Paciento namuose.“

Kriščiūnas, (2014, p.10) teigia: „reabilitaciją turi vykdyti specialistų komanda. Turi būti siekiama, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, ją gautų nuo pirmų sunkios ligos ar traumos dienų. Taip pat svarbu, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, po pirmojo etapo būtų nukreipiami į ligoninių arba sanatorių reabilitacijos skyrius, arba ambulatorinei reabilitacijai (antrasis reabilitacijos etapas).“

Tarpdisciplininė reabilitacijos komanda gali padėti pacientui atsigauti po insulto (Gopaul ir kt., 2023):

- Skirtingai nuo tradicinės priežiūros, daugiadisciplininė reabilitacija suburia sveikatos priežiūros specialistus, kurie turi papildomų žinių ir įgūdžių, kad patenkintų paciento poreikius.
- Daugiadisciplininė insulto komanda dirba kartu, kad padėtų pacientui pasiekti reabilitacijos tikslus ir teiktų terapiją, patarimus ir paramą.
- Daugiadisciplininė insulto komanda suteikia pacientui galimybę tęsti atsigavimą namuose.

Tarpdisciplininę insulto reabilitacijos komandą sudaro:

- Pacientas, paciento šeima ir draugai yra šios komandos centre.
- Paprastai komandą taip pat sudaro gydytojai (neurologas, fizioterapeutas), slaugytojai, kineziterapeutai ir ergoterapeutai, logopedai, socialiniai darbuotojai, dietologai, psichologai / neuropsichologai ir kitos profesijos terapeutai.
- Prireikus, taip pat gali prisijungti papildomi komandos nariai, pavyzdžiui, integruoti sveikatos gydytojai (masažas, meditacija), specializuoti pedagogai, menų terapeutai.

Daugiadisciplininės insulto reabilitacijos vyksta:

- **Stacionarinė reabilitacija:** kol pacientas yra ligoninėje po insulto, jis gali dalyvauti intensyvioje programoje, kuri gali apimti kelias reabilitacijos valandas per dieną, kelias dienas per savaitę.
- **Ambulatorinė reabilitacija:** kai pacientas gali saugiai grįžti namo, galės tęsti reabilitaciją ambulatorinėje klinikoje vietinėje ligoninėje arba reabilitacijos centre. Reabilitacija gali trukti kelias valandas centre, kur visą dieną pacientas gali praleisti koordinuotuose terapijos užsiėmimuose (Gopaul ir kt., 2023a).

Medicininės reabilitacinės insulto priežiūros skirtumai: ūminė / poūminė reabilitacija, bendruomeninė reabilitacinė priežiūra ir funkciniai rezultatai (Chavez ir kt., 2023).

Ūminio insulto pacientai gauna naudos iš reabilitacijos terapijos visame slaugos tęstinume – nuo intensyviosios terapijos skyriaus iki ambulatorinių tolesnių apsilankymų bendruomenėje. Nors insultą patyrusių pacientų atsigavimo laikotarpis dažnai tęsiasi maždaug 1 metus, daugeliui pacientų reikės

nuoseklaus medicininio komplikacinio gydymo, taip pat didelio funkcinio atsistatymo. Reabilitacinė priežiūra yra skirta maksimaliam pasveikimui ir komplikacijų sumažinimui.

Poūmaus hospitalizavimo dauguma insultą patyrusių pacientų išleidžiami į tam tikrą poūminę priežiūrą, kad būtų galima toliau gydyti arba reabilituoti liekamus simptomus (Chavez ir kt., 2023a). Reabilitacijos paslaugų teikėjai rūpinasi pacientais nuolat ir kartais visą likusį šių pacientų gyvenimą, suteikdami unikalią galimybę prisidėti prie svarbių duomenų apie ilgalaikius funkcinis rezultatus ir skirtumus, kurie egzistuoja įvairiais laiko momentais (Chavez ir kt., 2023b).

Efektyvus tarpdisciplininis komandinis bendravimas ir bendradarbiavimas tarp insultą patyrusių pacientų, šeimų, gydytojų, slaugytojų, kineziterapeutų ir ergoterapeutų, logopedų, socialinių darbuotojų ir kitų yra labai svarbus, siekiant maksimalių reabilitacijos rezultatų. Komandinis darbas yra pagrindinis reabilitacijos medicinos procesas, o pacientų klinikiniai komandinio darbo rezultatai yra neatsiejami, vertinant poūminės priežiūros kokybę (Kushner & Strasser, 2020).

Vis dažniau Europoje, šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje, klinikines paslaugas teikia tarpdisciplininės pacientų priežiūros komandos. Organizuotos pacientų priežiūros komandos veiksmingai mažina medicininės klaidas ir gerina pacientų pasitenkinimą bei klinikinius rezultatus. Komandos, kuriose dalyvauja gydytojai, slaugytojai, terapeutai ir vaistininkai, taip pat naudojamos, siekiant pagerinti priežiūros perėjimą ir pacientų perdavimą iš pirmos paslaugos ar įstaigos į kitą, o tai taip pat mažina medicininį klaidų riziką ir gerina pacientų pasitenkinimą bei klinikinius rezultatus (Kushner & Strasser, 2020a).

Kriščiūnas (2014, p.12) pažymi: „Lietuvoje iš medicinos reabilitacijos dirbančių specialistų reikalauja išsamių ne tik biomedicinos mokslo žinių, bet ir pedagogikos, andragogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių ir darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių“. Marmienė ir Kalėdienė (2015, p.30) teigia, kad „būtent komandiniu darbu pagrįsta visa sveikatos priežiūros sistema. Jis sietinas su įvairiais pokyčiais, naujovėmis, įvairių specializacijų darbuotojų bendradarbiavimu.“ „Tačiau kol kas specialistų skaičius Lietuvoje kelis kartus mažesnis negu Europos šalyse. Nepakankamas kitų specialybių gydytojų mokymas reabilitacijos srityje. Neretai reabilitacijos specialistų komandai vadovauja siaurų specialybių gydytojai, neturintys tinkamo pasirengimo šioje srityje“ (Kriščiūnas, 2014a, p.11).

2007 m. buvo pradėta nacionalinė insulto strategija, skirta insulto paslaugų tobulinimui Anglijoje. Specializuotą insulto priežiūrą teikia daugiadisciplininė komanda, kurią paprastai sudaro gydytojai, slaugytojai, terapeutai, psichologai ir dietologai, kurie reguliariai susitinka, kad pasidalintų naujovėmis ir planuotų priežiūrą, pagal pacientų poreikius ir pagal iš anksto nustatytas nacionalines

insulto gaires. Rekomenduojama skatinti nepriklausomą pacientų aktyvumą ūminėje insulto fazėje, nes tai susiję su geresniais rezultatais, tokiais, kaip asmeninė nepriklausomybė (Donetto ir kt., 2021). Nepaisant to, kad daugiausia dėmesio skiriama terapijos teikimui pagal gaires, insulto skyriuose dominuoja rutinizuoti darbo modeliai, orientuoti į tokias užduotis, kaip prausimasis, apsirengimas, valgymo laikas, taip pat gali būti trumpi medicininio personalo ir pacientų susitikimai bei ribotų pacientų įsitraukimas į veiklą ir aktyvumas. Taigi, nors personalas yra užimtas užduočių atlikimu kiekvieną dieną, tarp susitikimų su personalu, pacientai labai dažnai būna neaktyvūs ir gali visai neturėti veiklos (Donetto ir kt., 2021a). Todėl Anglijos tyrėjai pabandė pakeisti ūminio insulto skyrių aplinką taip, kad padidėtų insulto pacientų aktyvumo lygis. Darbuotojų stebėjimai patvirtino, kad pacientai, patyrę insultą, pasižymėjo mažu aktyvumu, o aplinka buvo vertinama kaip monotoniška ir nuobodi. Visos sienos buvo nudažytos smėlio spalva, o skelbimų lentos buvo užpildytos gausybe sveikatos ir saugos plakatų. Koridoriai buvo tamsūs, o erdvė dažnai būdavo užpildyta didelės įrangos; nebuvo vietos pacientų ir šeimų susitikimams, atvykstantiems į skyrių. Stebėjimai taip pat atskleidė, kaip dažnai pacientų lovos buvo užgriozdintos klinikinė įranga, tokia, kaip aštrių daiktų dėžutės, švirkštai ir tvarsčiai. Paprastai pacientai turėjo labai mažai asmeninių daiktų, tokių, kaip nuotraukos, ir neturėjo vietos jokiai asmeninei veiklai, pavyzdžiui, dėlionėms ar piešimui. Pacientai (dalyviai) taip pat akcentavo, kad neturėjo galimybių susisiekti su kitais pacientais ir skyriaus lankytojais. Pacientų interviu parodė, kaip gali būti naudinga bendrauti su kitais pacientais: padedant praleisti laiką, sušvelninant izoliacijos jausmą, suteikiant naujų idėjų, tokių, kaip pasveikti. (Donetto ir kt., 2021b).

Anglijos tyrėjų atliktas tyrimas atspindi panašias problemas, su kuriomis susiduria ir Lietuva, dėl insulto paslaugų sistemos tobulinimo. Kriščiūnas (2014, p.12) rašo: „Lietuvoje pripažįstama, kad sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis dėl sutrikdytų biopsichosocialinių funkcijų tradicinis sveikatos priežiūros modelis yra aiškiai nepakankamas, nes jis neaprepia visų būtinos pagalbos tokiems ligoniams sričių.“, taip pat Kriščiūnas, (2014, p.12) akcentavo: „svarbus yra aplinkos pritaikymas. Tai ypač aktualu akliesiems, kurtiesiems, judėjimo negalią turintiems bei vyresnio amžiaus asmenims, kuriems yra kritimų, griuvimų tikimybė dėl sutrikusios galvos smegenų kraujotakos ar kitų priežasčių. Tai apima tinkamą gatvių, patalpų apšvietimą, pastatų pritaikymą, grindų dangą, laiptų eliminavimą, pritaikytą sanitarinių mazgų įrengimą ir t.t. Taip pat žmogus turi būti įtraukiamas į aktyvią veiklą, jam turi būti sukuriama aplinka, kurioje jis galėtų pailsėti, atsipalaiduoti, o kartais pabūti ir vienas.“ Nesugebėjimas tinkamai praleisti laisvalaikio, negalėjimas visapusiškai gyventi priveda prie daugelio socialinių problemų (alkoholizmo, savižudybių). Be to, dažnai atsiranda psichinė įtampa, hipokinezija (sumažėjęs judrumas). Todėl į medicininę

reabilitacija, į tarpdisciplininę komandą įtraukiami psichologai. Yra tikimybė, kad prie tarpdisciplininės komandos po truputį prisijungs ir menų terapeutai.

1.3. MENŲ TERAPIJOS INSULTO REABILITACIJOJE

1.3.1. Menų terapijų samprata

Insulto reabilitacija dažnai yra daugialypė ir reikalauja tarpdisciplininio, visapusiško, į pacientą orientuoto požiūrio į valdymą ir reabilitaciją. Norint tobulėti klinikinėje praktikoje, būtina iširti galimą kūrybinių menų terapijų naudą (CAT). CAT apima kelių disciplinų sveikatos priežiūros profesijas: dailės terapiją, šokio / judesio terapiją, dramos terapiją, muzikos terapiją ir poeziją / biblioterapiją, psichodramą. Pagal de Witte ir kt. (2021a) kūrybinių menų terapijų apibrėžimai (CAT) yra tokie:

Dailės terapija (AT) - naudoja 2 ir 3 struktūrizuotų ir nestruktūruotų vizualinio meno priemonių spektrą (pvz., pieštukus, dažus, kreidą, molį, audinius ir kt.), palaikydamas psichoterapinį ryšį su meno terapeutu. Dailės terapeutas palengvina neverbalinę ir žodinę saviraišką ir refleksiją per meno kūrimo procesą ir gautą meno kūrinį.

Šokio judesio terapija (DMT) - šokį ir judesį naudoja kaip terapijos būdą ir priemonę psichoterapiniuose santykiuose, siekiant skatinti fizinę, emocinę, pažintinę, socialinę ir dvasinę asmenų integraciją.

Dramos terapija (DT) - apima dramos ir teatro procesų, tokių, kaip įkūnijimas, dramatiška projekcija, improvizacija, vaidmenų žaidimas ir atlikimas, siekiant palengvinti fiziologinius, psichologinius ir socialinius pokyčius.

Psichodrama (PD) - naudoja vadovaujamą vaidmenų žaidimą ir specifinius metodus, kad iširtų klientų asmenines ir tarpasmenines problemas bei galimus sprendimus. Nors, kaip ir dramos terapija, PD veikia dramatiškoje realybėje.

Muzikos terapija (MT) - naudoja muziką ir jos savybes (pvz., melodiją, ritmą, tempą, dinamiką), taip pat dainų rašymą, improvizaciją ir dainavimą terapiniuose santykiuose, kad optimizuotų klientų gyvenimo kokybę ir pagerintų jų fizinę, socialinę, bendravimo, emocinę būklę, intelektualinę ir dvasinę sveikata ir gerovę. Pagal MT gali būti įtrauktas aktyvus muzikos kūrimas ir (arba) imlus muzikos klausymas pagal kliento poreikius.

Poezija / biblioterapija (P/BT) - terapinių santykių metu naudoja rašytinę kalbą, poezijos rašymą ir skaitymą, išraiškingą rašymą, žurnalų rašymą, taip pat pasakojimų rašymą ir skaitymą.

Kūrybinių menų terapeutai įgijo platų išsilavinimą ir klinikinį mokymą apie tai, kaip naudoti menais pagrįstus metodus ir kūrybinius procesus bei jų rezultatus, siekiant pagerinti negalia ir ligas bei optimizuoti sveikatą (de Witte ir kt., 2021b). Kūrybinių menų terapeutai dirba su įvairaus amžiaus klientais, individualiuose užsiėmimuose, su šeimomis ir grupėmis įvairiose sveikatos priežiūros, medicinos, reabilitacijos, švietimo ir bendruomenės aplinkose.

Atsiranda vis daugiau mokslinių tyrimų apie kūrybinių menų (įskaitant dailę, muziką, šokį ir judesį bei dramą) terapijų naudą žmonėms, gyvenantiems su fizine negalia ir kognityviniais pažeidimais. Peržiūrėjus Lietuvos reabilitacijos centrų puslapius, galima pamatyti, kad į medicininės reabilitacijos tarpdisciplinines komandas kol kas neįtraukti menų terapeutai. Šitos srities specialistus retkarčiais galima aptikti psichosocialinėje reabilitacijoje.

Atsižvelgiant į fiziologinius pakitimus, kurie paprastai pasireiškia po insulto, ir palyginti didelį depresijos dažnį, kuris paveikia maždaug trečdalį išgyvenusiųjų insultą, saviraiška per menų terapiją gali turėti daug terapinio potencialo. Dalyvaujant menų terapijos įvairiuose užsiėmimuose, galima gauti įvairias patirtis (įskaitant, kinestetinę - jutiminę, raiškos ir kūrybinę, aspektus) ir netgi pabandyti pagerinti fiziologinį ir neurologinį funkcionavimą. Emocinė raiška, ypač neverbaliniame simboliniame lygmenyje, pripažįstama svarbiu visų kūrybinių menų terapijų elementu. Todėl tai gali būti ypač naudinga priemonė žmonėms, kuriems po insulto lieka ilgalaikis kalbos sutrikimas (Reynolds, 2012). Naudojant vaizdinę projekciją ir kitus meninius būdus insulto pacientams, galima padėti susidoroti su naujai pakeistu savo vidinio pasaulio turiniu ir bandyti padėti geriau išspręsti nerimą keliančius klausimus. Daugybė pagrindinių elementų, sudarančių meno terapijos esmę, yra kiekvienam prieinami ir gali būti natūraliai taikomi su neįgaliaisiais reabilitacijos aplinkoje (Gonen & Soroker, 2000). Manoma, kad menų terapija padeda dalyviams suvokti psichosocialines jų negalios pasekmes, išreikšti savo jausmus apie pokyčius ir netektis bei išsakyti savo ateities norus.

Žmonėms, kurie šiaip susiduria su giliu bejėgiškumu, susijusiu ne tik su liga ir negalia, bet ir su medicininio gydymu, paciento vaidmeniu ir pakitusiais socialiniais santykiais, gali pasireikšti motyvacijos stoka. Motyvacija yra paskata, kuri skatina žmones atlikti veiksmą. Labai motyvuoti asmenys reabilitaciją vertina kaip svarbiausią sveikimo priemonę ir aktyviai dalyvauja reabilitacijoje, o motyvacijos stoka trukdo dalyvauti insulto reabilitacijoje (Srisodsasuk ir kt., 2023). Pasirinkimai, patiriami užsiimant kūrybine meno terapija, "prisideda prie savarankiškumo jausmo, kai kiti gyvenimo aspektai atrodo nekontroliuojami" (Reynolds, 2012a). „Be to, žmogus gali susigrąžinti savęs ir tapatybės aspektus per savo kūrybinę saviraišką. Tapatybės pasikeitimas „buvo

apibūdintas kaip "manęs praradimas" ir jausmas nutolęs nuo naujojo "aš", kuris suvokiamas kaip keistas ir nepažįstamas ir gali išlikti kelerius metus" (Lapadatu & Morris, 2019, p.200). Į save po insulto dažnai žiūrima labiau neigiamai iki laipsnio, nesusijusio su fizine negalia ir neigiamas požiūris į save yra susijęs su aukštesniu depresijos ir nerimo lygiu po insulto. (Lapadatu & Morris, 2019a). Įrodyta, kad depresija dar stipriau koreliuoja su neigiamu požiūriu į save nei su somatiniais veiksniais. Sumažėjusi savivertė po smegenų traumos yra susijusi su didesne psichologine kančia. Menų terapijos indėlis į tapatybės atkūrimą ir transformaciją yra svarbus klausimas, kurį reikia iširti. (Lapadatu & Morris, 2019b). Be giliai išraiškingų ir įveikiamų funkcijų, kūrybinės meno terapijos suteikia galimybę atsitraukti nuo su liga susijusių rūpesčių ir mėgautis "gyvenimą patvirtinančiais meno kūrimo malonumais" (Reynolds, 2012b).

1.3.2. Dailės terapija (vizualiniai menai) ir insulto rehabilitacija

Į vizualinius menus įeina: 1) vaizduojamojo meno veikla, pavyzdžiui, piešimas, tapyba, spauda, fotografija ar skulptūra; 2) medijų meno veikla, pavyzdžiui, filmai, grafiniai ryšiai ar animacija; 3) liaudies meno veikla, pavyzdžiui, keramika, pluoštas, juvelyriniai dirbiniai arba darbas iš medžio, popieriaus ar molio (Chan ir kt., 2023a). Vizualiaisiais menais pagrįstos intervencijos reiškia saugios aplinkos užtikrinimą, teigiamų stimuliacijų stiprinimą ir naudojant struktūruotą kūrybinę vizualiaisiais menais pagrįstą veiklą, siekiant pagerinti dalyvių su sveikata susijusių rezultatų (Davies ir kt., 2012). Vykdydami vizualiaisiais menais pagrįstą veiklą, dalyviai privalo naudoti savo rankas, kad atliktų konkrečius judesius, naudodami stambiają arba smulkiąją motoriką, kad užbaigtų veiklą, pavyzdžiui, ištiestų ranką ir paimtų ar valdytų objektą tam tikru sugriebimu (Schaechter ir kt., 2002). Be to, vizualiaisiais menais pagrįstas veiklos procesas suteikia dalyviams galimybę sutelkti dėmesį į savo žodinę ar neverbalinę saviraišką ir skatina juos dalytis savo asmenine patirtimi su kitais grupėse (Regev & Cohen-Yatziv, 2018), tai gali pagerinti jų psichinę sveikatą ir socializaciją. Nustatyta, kad vizualiaisiais menais pagrįsta veikla dalyviams suteikė teigiamų su smegenimis susijusių stimuliacijų, kurios prisideda prie jų kognityvinių funkcijų (Masika ir kt., 2020).

1.3.3. Šokio judesio terapija ir insulto rehabilitacija

Šokdamas žmogus turi galimybę sujungti sudėtingus viso kūno judesius per erdvę, sinchronizuotus su muzika. Šis fizinis aktyvumas turi daug privalumų, susijusių su daugialypiu insultą išgyvenusių žmonių trūkumu. Iš tiesų, šokių pamoka skatina viso kūno sensomotorinę

stimuliacija, taip pat kognityvinius iššūkius ir socializaciją (Bruyneel ir kt., 2023). Fizinė veikla skatina judėjimo malonumą per muziką, grupinį darbą ir šokio judesio kūrybiškumą, todėl tai yra labai motyvuojanti veikla ligoninės aplinkoje (Bungay & Hughes, 2021). Vienoje atliktoje apžvalgoje (Bruyneel, 2019) buvo pabrėžtas teigiamas šokio praktikos poveikis motoriniams ir kognityviniams sutrikimams, taip pat lėtinių patologijų turinčių pacientų gyvenimo kokybės pagerėjimas. Dar vienam tyrime Ares-Benitez ir kt. (2022) nustatė, kad įmanoma surengti šokių pamokas insultą išgyvenusiems žmonėms, turintiems įvairių pažinimo ir motorinių sutrikimų. Po insulto šokis gali turėti papildomą teigiamą poveikį pusiausvyrai, pasitikėjimui savimi, koordinacijai, funkciniam mobilumui, pažinimui ir gyvenimo kokybei. Kitame tyrime tyrėjai akcentavo, kad šokių praktiką labai vertino pacientai, kurie per pastaruosius 6 mėnesius patyrė insultą neuroreabilitacijos centre, su labai maža rizika (Demers & McKinley, 2015). Šokis yra lengva veikla, kurią galima įgyvendinti neuroreabilitacijos centre, nes tam reikia minimalios įrangos ir trumpo laiko (Bruyneel ir kt., 2023a).

1.3.4. Muzikos terapija ir insulto reabilitacija

Muzika gali palengvinti padidintą jutiminę, kognityvinę ir motorinę stimuliaciją smegenų tinkle. O taip pat gali lavinti smegenų neuroplastiškumą (Rajendran & Summa-Chadwick, 2022a). Muzika ir ritmas apdorojami skirtingose smegenų dalyse, ir moksliniai įrodymai rodo, kad tai gali būti viena iš priežasčių, kodėl muzika padeda įveikti įvairias motorines ir kognityvines, jutimines problemas (Sarkamo ir kt., 2008). Muzika fiziologiškai stimuliuoja ir įtraukia judesį; ypač muzikinis ritmas gali veikti kaip puikus motorinės funkcijos stimulus (Clark ir kt., 2016). Dalyvaujant muzikoje išsiskiria neurocheminės medžiagos, kurios gali sustiprinti malonumo ir budrumo jausmus, tuo pačiu sumažindamos nerimą ir stresą (Altenmüller & Schlaug, 2015). „Neurologinė muzikos terapija yra muzikos terapijos sritis, kurioje įrodymais pagrįstos ir standartizuotos terapinės muzikos intervencijos sprendžia sensorimotorinius, kognityvinius bei kalbos sutrikimus, atsirandančius dėl neurologinių ligų ir sutrikimų, taip pat paciento psichosocialinius poreikius“ (Rajendran & Summa-Chadwick, 2022b, p.285).

1.3.5. Poezija / biblioterapija ir insulto reabilitacija

Biblioterapija yra įrodymais pagrįsta technika, skirta įvairaus amžiaus ir įvairių sutrikimų turintiems klientams, taip pat naudojama kaip mokomoji mokymo priemonė studentams ir praktikams (Gerlach & Subramanian, 2016). Afazijos grupė, kuri orientuojasi į skaitymą, pavyzdžiui, afazijos knygų klubas, gali pasiūlyti ligoniams galimybę užmegzti ryšį su literatūra ir skaityti savo

malonumui (Hoover ir kt., 2023). Bet lėtinis skaitymo deficitas dėl afazijos gali apriboti galimybę grįžti prie skaitymo savo malonumui. Taip pat įrodyta, kad skaitymo praradimas neigiamai veikia bendrą gyvenimo kokybės lygį (Kjellén ir kt., 2017). Ligoniams, sergantiems afazija, praneša apie norą iš naujo įsitraukti į prasmingą ir veiksmingą skaitymo patirtį, kuri suteikia ryšį su šeimomis ir bendruomene (Knollman-Porter ir kt., 2015). Afazijos knygų klubo dalyviai skatinami įsitraukti į prasmingus, autentiškus pokalbius pasirinktu tekstu. Galimybės įsitraukti sudaromos naudojant palaikomus bendravimo metodus. Tokie bendravimo metodai gali padėti sumažinti socialinę izoliaciją (Hoover ir kt., 2023a). Afazijos knygų klubo dalyvių dalyvavimas parodo biblioterapijos naudą. Skaitymo naudojimas, siekiant palengvinti gijimo procesą ir spręsti terapinius tikslus, yra bendra daugelio psichoterapinių metodų strategija. Kai biblioterapija naudojama grupinio gydymo aplinkoje, ji suteikia dalyviams galimybę pateikti ir gauti grįžtamąjį ryšį apie jų literatūros interpretacijas ir aptarti kaip knyga susijusi su jų gyvenimu (Pettersson, 2018). Dramos terapeutai dažnai naudoja biblioterapijos metodą savo praktikoje.

Visos trumpai aprašytos menų terapijos padeda insulto pacientams susidoroti su naujai pakeistu savo vidinio pasaulio turiniu ir geriau išreikšti nerimą keliančius klausimus su kitais. Visose menų terapijose, sesijų metu, naudojami šie meno kalbos elementai: **vaizduotė**, kuri stengiasi būti nevaržoma formalios logikos, socialinių taisyklių ar kultūrinių normų; **simbolinis vaizdavimas ir vaizdiniai**; **metaforos**, leidžiančios dinamiškai pritaikyti simbolius ir vaizdus, kai pacientai gali susidoroti su skausmingomis ar bauginančiomis insulto pasekmėmis, kurias jie paprastai būtų linkę neigti ar slopinti. Siūloma naudoti **fantaziją**, kad pacientams pakeltų jutiminę patirtį, tiek apie faktinį, realų ligoninės gyvenimo pasaulį, paralyžių ir neaiškią ateitį, tiek, tuo pačiu metu, į kartais iškeliamą "kaip aš buvau" pasaulį ir kartais iliuzinį pasaulį "kaip aš norėčiau būti" (Gonen & Soroker, 2000a). Menų terapijos naudoja **psichoterapines priemones**, daugiausia orientuotas į tai, kad padėtų pacientams, patyrusiems insultą, žodžiu susitaikyti su jų praradimais. Šios priemonės apima savistabą, dalijimąsi, atspindėjimą, grįžtamąjį ryšį, emocinės raiškos skatinimą, vėdinimą, sublimaciją ir kt.

Apibendrinant galima teigti, kad visi išvardyti meno kalbos elementai, dirbant su pacientais, patyrusiais insultą, tinka ir dramos terapijai (DT).

1.3.6. Dramos terapijos taikymas žmonėms, patyrusiems insultą

Dramos terapijos taikymas pacientams, kurie patyrė insultą, nepakankamai ištirtas. DT yra viena iš jaunesnių disciplinų tarp kūrybinių menų terapijų (CAT). Yra nemažai įrodymų, kad CAT

terapeutai gali laisvai tarpusavyje bendradarbiauti ir į savo terapinę praktiką integruoti kitų menų terapijos elementus. Pavyzdžiui, „tiek šokio / judesio terapija (DMT), tiek dramos terapija (DT) remiasi kūrybiškumu, į veiksmą orientuotu ir įkūnytu požiūriu į terapiją; Labano judėjimo analizė (LMA) ir Landy vaidmenų teorija bei vaidmenų metodas gali būti natūralus sujungimo taškas, praturtinantis kiekvieną discipliną ir pateikiantis reikšmę kūrybinių menų terapijos praktikai“ (Young & Wood, 2018a). Tačiau žmonėms su fizine negalia, kuriuos riboja kūno judėjimas, gali būti sunku dalyvauti įprastose veiklose, įskaitant ir dramos terapiją (Alston, 2018). Tyrėjas Booker (2011, p. 90–92) paaiškino, kad asmenys, turintys sunkią protinę ir fizinę negalią, turi ribotą vaidmenų repertuarą, o dramos terapija gali būti naudojama supažindinti šią populiaciją su platesniu vaidmenų spektru. Naudojant vaidmenį, šios populiacijos individas gali nuspręsti, kaip jį pavaizduoti ir kaip dirbti ir pristatyti jų ribotumą pasirinktame vaidmenyje. Jennings (1996) pažymi: „dramos terapija su fiziškai neįgaliais žmonėmis gali būti suskirstyta į tris grupes:

1. Daugybė negalia – tiek psichinė, tiek fizinė žala;
2. Fizinė negalia – galūnių netekimas, cerebrinis paralyžius, poliomielitas ir kt., be psichikos sutrikimų;
3. Simptominė fizinė negalia – fizinis sutrikimas, kurį sukelia emocinės problemos ir kartais yra neurozės ar psichozės simptomai“ (cit. pagal Kedem-Tahar & Felix-Kellermann, 1996).

„Jennings teigia, kad fizinė negalia yra plati kategorija, ir dirbant su šia populiacija svarbu atkreipti dėmesį į fizines negalias, kurias žmogus gali turėti“ (cit. pagal Kedem-Tahar & Felix-Kellermann, 1996a.). Svarbu pastebėti, ar mobilumas sumažėjo dėl ligos, ar dėl konkretaus įvykio, nes gali būti įvairių vaidmenų, kuriuos reikia toliau plėtoti ir tyrinėti. Amžiaus ribos taip pat nustato, kuriuos vaidmenis ir sritis reikia plėtoti ir tyrinėti. Yra įvairių ligų ir įvykių, dėl kurių sumažėja judrumas arba jo visai nėra, o jie abu gali būti klasifikuojami kaip traumuojuojantys. Keletas iš jų yra, išsėtinė sklerozė, poliomielitas, **insultas**, automobilių nelaimingi atsitikimai, smurtas ir kt. (Alston, 2018a). Grzesiak & Hicok (1994) aiškina, kad apie terapiją yra parašyta minimaliai su asmenimis, turinčiais fizinę negalią. Kad dirbant su šia tiksline grupe, akcentuojamas fizinis atsigavimas, o ne psichologinis atsigavimas, kuris sukelia esminį proto ir kūno atskyrimą. Taip pat Grzesiak & Hicok (1994) teigia, kad po įvykio, kuris padarė asmenį neįgalų, pacientai dažnai susiduria su įvairiomis psichosocialinėmis problemomis, įskaitant psichodinaminius veiksnius. Be to, svarbu paminėti, kad intrapsichiniai konfliktai gali netiesiogiai prisidėti prie kai kurių fizinės negalios atvejų. Siūloma daugiau suteikti pagalbos šiai populiacijai, nes didelė netektis keičia vidinį ir išorinį požiūrį į save ir savo aplinką (Alston, 2018b). Vienas iš tokių darbų gali būti dramos terapijos taikymas.

Svarbu paminėti, kad **dramatiška realybė** - „vienas iš pagrindinių dramatiškos realybės atributų yra jos gebėjimas išlaikyti ir sujungti įsivaizduojamą ir realų, virtualų ir tikrovę. Dramatiškoje realybėje laikas ir erdvė nebūtinai paklūsta natūraliems fizikos dėsniams: žmogus gali būti dviejose vietose tuo pačiu metu, gali būti jaunesnis ir vyresnis vienu metu, objektai gali atsirasti ir išnykti, mirę žmonės gali grįžti į gyvenimą ir panašiai“ (Pendzik, 2006, p. 273). **Dramos terapijos projekcija** apima vidinių jausmų ir išgyvenimų paėmimą ir projektavimą į išorę, į kūrybinę terpę. Šiame procese dalyviai gali projektuoti savo "aš" į personažą, tai būtų galima iširti, kuriant kaukes, lėles, kostiumus ar miniatiūras. Tarpasmeniniai santykiai gali būti projektuojami į mažas miniatiūras arba gali būti vaizduojami, kuriant istorijų scenas. Jausmai ir pojūčiai taip pat gali būti nagrinėjami projekcijos. Asmeninės patirtys ar situacijos taip pat gali būti projektuojamos, naudojant istorijas, scenas ir mitologiją“ (Young & Wood, 2018b). Dramos terapijoje svarbūs yra **vaidmenų žaidimai** - pagrindinė vaidmenų žaidimo funkcija iširti, ką reiškia būti kažkuo kitu ir ką reiškia vaidinti save dramatinėje (Eitzen, 2010).

Apibendrinant galima teigti, kad dramos terapija prisideda tiek prie emocijų raiškos ir reguliavimo, tiek prie dalyvių savirefleksijos ugdymo. Tai taip pat prisideda prie vaidmenų repertuaro išplėtimo, pozityvesnio savęs įvaizdžio kūrimo ir stipresnių tarpasmeninių bei bendravimo įgūdžių ugdymo. DT suteikia pacientams erdvę suvokti ir išverti vidinę sumaištį, su kuria jie kovoja. Tai pradeda teigiamų pokyčių procesą (de Gruijter ir kt., 2024).

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. TEORINIS TYRIMO PAGRINDIMAS

Šis tyrimas pagrįstas konstrukcionistine paradigma (priklausoma epistemologijos ir mokslinės teorijos sričiai). Tai mokslinis požiūris, kuris pabrėžia, jog žmonės sukuria ir supranta socialinę tikrovę, remdamiesi savo patirtimi, įsitikinimais, ir sąveika su aplinka. Vienas iš šio požiūrio privalumų yra glaudus tyrėjo ir dalyvio bendradarbiavimas, leidžiantis dalyviams papasakoti savo istorijas. Per šias istorijas dalyviai gali apibūdinti savo požiūrį į tikrovę ir tai leidžia tyrėjui geriau suprasti dalyvių veiksmus (Baxter & Jack, 2010).

2.1.1. Kokybinė tyrimo strategija

Šiam tyrimui, kad būtų galima nustatyti medicininės reabilitacijos pacientų, patyrusių insultą, dramos terapijos individualių sesijų patyrimą, buvo pasirinktas kokybinis tyrimas. Kokybiniais

tyrimais siekiama apibūdinti, interpretuoti ir suprasti kontekstui būdingą žmogaus patirtį, elgesį, nuostatas, jausmus ir emocijas konkrečios dominančios populiacijos požiūriu (Wertz ir kt., 2011). Buvo pasirinkta teminė analizė, kad būtų galima išsamiau suprasti apie individualius pacientų patyrimus, nuomones arba suvokimus dramos terapijos užsiėmimų metu.

Tyrėjas kokybiniame tyrime įgauna tam tikrą vaidmenį procese. Šitame tyrime tyrėja įgauna dramos terapijos terapeutės vaidmenį. Tai padeda tyrėjai įsigilinti į procesą iš vidaus. Tokiu būdu tyrėja per individualios dramos terapijos sesijas gali pastebėti ir suprasti reakcijų įvairovę bei pasiekti informaciją, kurios tradiciniai mokslininkai negalėtų gauti. Be to, tyrėja tampa stebėtoja, rinkdama duomenis, nes tai leidžia užfiksuoti tiriamojo kūno kalbą, emocijas ir nutylėjimus, kurie gali būti svarbūs ir padėti plačiau interpretuoti tyrimo rezultatus.

Šiame tyrime buvo siekiama ištirti dramos terapijos patirtį medicininės reabilitacijos kontekste. Atsižvelgiant į kontekstą, tyrėja nusprendė pasirinkti kokybinio tyrimo metodologiją, kaip labiausiai tinkamą ir prieinamą strategiją.

2.1.2. Teminė analizė

Teminė analizė yra plačiai naudojamas kokybinės analizės metodas psichologijoje ir už jos ribų. Braun & Clarke (2006, p.79) teigia: „Teminė analizė yra metodas, skirtas identifikuoti, analizuoti ir pristatyti temines sritis ar temas, kurios yra svarbios duomenų rinkiniui. Šis metodas ne tik pateikia išsamų duomenų rinkinio aprašą, bet ir praplečia savo taikymą, interpretuodamas įvairius tyrimo temų aspektus.“ Teminės analizės kūrėjai akcentuoja lankstumo svarbą, nes griežtos taisyklės neveikia. Šiame tyrime dalyvių pasidalinimai ir išgyvenimai analizuojami, naudojant indukcinį metodą (iš apačios į viršų), kuriame kodavimas ir analizė grindžiami tuo, kas išryškinama interviu duomenyse. Tyrimo strategija orientuota į tyrėjo subjektyvų supratimą ir patirtį. Temos identifikuojamos pagal aiškias duomenų reikšmes – taikomas semantinis požiūris. Atidžiai apsvarsčius savo asmenines pastabas, mintis ir išvadas, galima rasti naudingų žinių ir supratimo apie nagrinėjamą temą ir problemą.

2.2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS

2.2.1. Tyrimo etapai

- Savanoriavimas reabilitacijos centre.
- Sukurtos aštuonios sesijos, pritaikytos pacientams, patyrusiems insultą (2 priedas).

- Gautas reabilitacijos centro leidimas atlikti tyrimą su pacientais, patyrusiais insultą.
- Imties sudarymas. Pacientų kvietimas dalyvauti dramos terapijos užsiėmimuose. Tyrimo dalyvių parinkimas, apimantis pacientus, reabilitacijos centro slaugytojus.
- Duomenų rinkimas: stebėjimo dienoraščio rašymas ir konsultavimas su reabilitacijos centro psichologe. Interviu organizavimas: klausimų sudarymas ir interviu vykdymas. Nuotraukų rinkimas su kūrybiniais darbais.
- Validumo ir patikimumo analizavimas.
- Etinių klausimų aptarimas su tyrimo dalyviais.
- Tyrimo eiga

Toliau pateikiama visų tyrimo etapų aprašymas.

Tyrėjos refleksija:

Savanorystės metu buvo nagrinėjama tarpdisciplininės komandos veikla jai dirbant su pacientais patyrusiais insultą. Mano stebėjimai reabilitacijos centre skirti suprasti, kaip ši komanda veikia ir kaip aš, kaip dramos terapijos specialistė, galėčiau prisidėti prie jų darbo. Mano stebėjimai vyko rugsėjo mėnesį, kai tapau savanore reabilitacijos centre. Tuo metu turėjau galimybę stebėti ergoterapeutų, logopedės, kineziterapeutų ir muzikos terapijos specialistės darbą su pacientais, patyrusiais insultą, taip pat susipažinau su slaugytojų ir psychologės darbu. Mano tikslas buvo išsiaiškinti, ar galėčiau atlikti tyrimą reabilitacijos centre ir kaip galėčiau pritaikyti dramos terapiją šioje aplinkoje.

Atliekant stebėjimą savanorystės metu buvo prieita prie išvados: tarpdisciplininė komanda ir integruotas terapinis požiūris yra esminiai veiksniai sėkmingam pacientų, patyrusių insultą, gydymui ir atstatymui. Taip pat svarbu individualizuoti terapines sesijas ir atsižvelgti į kiekvieno paciento poreikius ir būklę.

Tyrimas buvo atliktas, gavus leidimą, reabilitacijos centre, praktikos metu. Tyrimo vietą nulėmė tolimesnė strategija. Pasirinkta medicininė reabilitacija reabilitacijos centre, kurioje dėl nuolatinės pacientų kaitos nebuvo galimybės sudaryti išankstinės tiriamųjų imties. Be to, reabilitacijos centro pacientai, patyrę insultą, turėjo įvairius ligos požymius bei skirtingas insulto pasekmes, komplikacijas. Tokiems pacientams saugiau pradėti vaikščioti į individualias dramos terapijos sesijas, nes jiems sunku taikyti grupinę dramos terapiją dėl labai skirtingų ligos požymių. Po konsultacijų su praktikos ir darbo vadovėmis, pacientams buvo paskirtos individualios terapijos sesijos. Taip pat rugsėjo mėnesį, stebėdama kitų specialistų darbą su insultą patyrusiais pacientais

siekiau atrinkti ir išmėginti įvairias dramos terapijos metodikas, dirbama ties dramos terapijos sesijų programos kūrimu. Buvo atliktas paruošiamasis darbas ir sukurtos aštuonios sesijos, pritaikytos pacientams, patyrusiems insultą.

Tyrėjos refleksija:

Man pavyko sukurti, adaptuoti ir pritaikyti 8 užsiėmimus. Kiekviena sesija turėjo po kelis skirtingus vedimo variantus ir pratimų modifikacijas, priklausomai nuo į sesijas ateinančių pacientų ligos požymių. Kadangi ateiti į sesiją pacientams nebuvo drąsu, stengiausi integruoti elementus iš kitų reabilitacijos užsiėmimų ir pastebėjau, kad sudominti juos tapo daug lengviau ir daryti užduotis buvo nesunku. Visos užduotys ir pratimai, kuriuos pacientai atliko sesijų metu buvo nesudėtingi, pritaikyti, šiek tiek atpažįstami, tik atliekami kitokiu būdu - per žaidimą, tyrinėjimą.

Sesijose, atsižvelgiant į ligos ypatumus, buvo integruoti įvairūs terapinės veiklos elementai, įskaitant logoterapiją, muzikos terapiją, ergoterapiją, dailės terapiją ir šokio - judesio terapiją. Be to, buvo naudojami ir dramos terapijos metodai, siekiant maksimaliai individualizuoti terapinę veiklą kiekvienam pacientui. Užsiėmimai buvo sugalvoti taip, kad, jeigu pirmoji sesija būdavo tiriamoji, tai kita daugiau atpalaiduojanti. Sesijos galėjo trukti nuo 30 min. iki 50 min., priklausomai nuo paciento individualių ligos požymių. Sesijos užduotis priklausė nuo paciento savijautos dieną ir nuo jo bendros diagnozės. Dramos terapijos sesijų aprašymą galima surasti 2 priede.

2.2.2. Kokybinio tyrimo imties atrankos strategija

Tyrimo metu teko susitikti su stacionarinės medicininės ir palaikomosios reabilitacijos pacientais, patyrusiais insultą ir turinčiais skirtingus ligos požymius (afaziją, apraksija, sąmonės sutrikimus, intracerebrinio kraujavimo pasekmes). Priklausomai nuo to, kiek lėšų pacientui gali skirti ligonių kasos, pacientas reabilitacijos centre galėdavo išbūti nuo 20 iki 40 dienų. Dažniausiai pacientai į reabilitacijos centrą atvykdavo 20 dienų. Pacientų amžius nuo 40 iki 80 metų. Per visą tyrimo laikotarpį individualias dramos terapijos sesijas turėjo 4 moterys ir 7 vyrai. Iš viso prarastos 36 sesijos.

1 Lentelė: Pacientų diagnozė (vardai pakeisti)

Vardas	Diagnozė
1. Antanas	5 metai po insulto, insulto priežastis neaiški, be abiejų kojų.

2. Danutė	Afazija, pagal MMSMe testas įvertintas 3 balais. Jai nustatytas silpnas sąmoningumo lygis. Nevaikšto, naudojami vežimėliu.
3. Romas	Intracerebrinio kraujavimo pasekmės. Turi motorinę afaziją, gali paprastais žodžiais išreikšti savo mintis. Jam sunku skaityti, tačiau terapeutės perskaitytą tekstą supranta ir gali pakartoti žodį. Dešinė pusė – hemiplegija. Ranka visai nejuda, koja velkasi. Su vienu ramentu eina pats.
4. Larisa	Po insulto, afazija, kai ką supranta, kai ko, ne. Jai nustatytas silpnas sąmoningumo lygis (pagal MMSMe testas įvertintas 3 balais).
5. Alina	Smegenų infarktas dėl smegenų (cerebral) arterijų trombozės. Moteris lėtai vaikšto pati, kalba, sąmoningumas normoje.
6. Marekas	Po galvos operacijos. Insulto priežastis neaiški. Dešinė ranka paraližuota. Labai jautrus, bet kuriuo metu gali pradėti verkti.
7. Eduardas	Smegenų infarkto pasekmės, po insulto praėjo 4 metai. Be dviejų kojų. Kalbant, abi rankos juda, dešinė silpniau, negu kairė.
8. Erika	Insultas, nepatikslintas kaip kraujavimas arba infarktas. Cerebrovaskulinis (smegenų kraujagyslių) įvykis, neklasifikuojamas kitaip. Moteris kalba nepažeista, nevaikšto, vežama visur su vežimėliu, rankos beveik atsistatė, labai silpnas regėjimas (beveik nieko nemato). Po insulto praėjo 1 mėnuo.
9. Viktoras	Smegenų infarktas dėl nepatikslingo smegenų arterijų užsikimšimo arba susiaurėjimo. Vyras vaikšto su vaikštyne, šlubuoja kaire koja, sunkiai valdo kairę ranką. Pradedą po truputį sulenkti ir ištiesti rankos pirštus.
10. Robertas	Insultas, nepatikslintas kaip kraujavimas arba infarktas. Vaikšto nedrąsiai, su vaikštyne. Rankos juda, gerai kalba. Dažnai svaigsta galva, bendras silpnumo jausmas.
11. Vytas	Aklas. 5 metai po insulto, atliko palaikomąją reabilitaciją.

Iš 1 lentelės pateiktų duomenų galima pastebėti, kad pacientų patologija yra labai įvairi, todėl surinkti tinkamą imtį, kuri galėtų reprezentuoti tyrimo grupę, yra pakankamai sudėtinga. Reabilitacijos centre individualūs dramos terapijos užsiėmimai buvo integruoti kaip papildomas užsiėmimas visame reabilitacijos kontekste. Nors vienuolika pacientų sutiko dalyvauti tyrime, dėl įvairių medicininių priežasčių, jų dalyvavimas sesijose buvo nevienodas. Pacientas Robertas (vardas pakeistas) turėjo tik dvi dramos terapijos sesijas vieną savaitę. Kitą savaitę pacientas buvo išvežtas į ligoninę dėl pablogėjusios fizinės būsenos. Su paciete Larisa (vardas pakeistas) susitikti pavyko tik

vieną kartą. Pagal oficialius dokumentus moteris turi stiprų kognityvinį sutrikimą, jos sąmoningumo lygis labai žemas. Buvo sunku Larisą sudominti veikla, sesija vyko 20 minučių. Pasibaigus sesijai, pacientei buvo pasiūlyta atvykti dar į vieną sesiją. Bet Larisa atsisakė. Reabilitacijos centro pacientų, patyrusių insultą, dramos terapijos lankomumo tyrimų duomenys pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Pacientų dramos terapijos sesijų lankomumas

Vardas	MK	SD	P	AŽ	VRI	8K	ŽT	ŠI
1. Antanas								
2. Danutė								
3. Romas								
4. Larisa								
5. Marekas								
6. Alina								
7. Eduardas								
8. Erika								
9. Viktoras								
10. Robertas								
11. Vytas								

MK – „Metaforinės kortos“; SD – „Smėlio dėžė“; P - „Portretai“; AŽ – „Atpažink žodį“; VRI – Vidinių resursų ieškojimas“; 8K – „Aštuoni kambariai“; ŽT – „Žaislų terapija“; ŠI - „Šešių istorijų kūrimas“. Pravesta sesija pacientui pažymėtas oranžinė spalva

Per visą tyrimo laiką 7 sesijose dalyvavo vienas pacientas, 5 sesijose – vienas pacientas, 4 sesijose – trys pacientai, 3 sesijose – du pacientai, 2 sesijose – du pacientai, 1 sesijoje – du pacientai. Kokybiniame tyrime bus palyginti ir išanalizuoti trys pacientai, patyrę insultą: Viktoras dalyvavo septyniose dramos terapijos sesijose. Eduardas ir Erika dalyvavo keturiose sesijose. Iš 2 lentelės galima pamatyti, kad dar du pacientai, Romas ir Marekas, turėjo 4 – 5 dramos terapijos sesijas ir teoriškai galėjo dalyvauti tyrime. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kad Romas turi motorinę afaziją, jis negalėjo duoti interviu. Marekas, nors ir turėjo 5 DT sesijas, reabilitacijos metu, atsisakė duoti interviu. Pacientas buvo emociškai nestabilus, dažnai verkė ir greitai pavargdavo.

Pateiksime pacientų charakteristikas

Pacientas Viktoras atvyko į reabilitacijos centrą dėl antrinės stacionarinės medicininės reabilitacijos. Insultas ištiko prieš keturis mėnesius. Apie vyrą dokumentuose parašyta - nustatyta diagnozė: smegenų infarktas dėl nepatikslingo smegenų arterijų užsikimšimo arba susiaurėjimo. Vyras vaikšto su vaikštyne, šlubuoja kaire koja, sunkiai valdo kairę ranką. Pradedą po truputį sulenkti

ir ištiesti rankos pirštus. Kalba nesutrikusi, šneka rusiškai. Vyriui 78 metai, jis pensininkas. Gyvena vienas mažame miestelyje, prižiūri namą. Turi šunį ir katiną. Žmona mirė. Turi sūnų, bet santykiai su juo įtempti. Į reabilitacijos centrą Viktorą aplankyti atvažiuoja brolis ir dukterėčia. Reabilitacijos centre pacientą globoja slaugytojai. Iš slaugytojų komentarų: „Vyriui sunku tvarkytis buityje, reikia pagalbos orientuotis reabilitacijos centro tvarkaraštyje ir kabinetų išsidėstyme.“ Viktoras noriai bendrauja su reabilitacijos centro personalu. Jis dalyvavo 7 dramos terapijos sesijose. Viktoras sutiko duoti interviu.

Pacientė Erika atvyko į reabilitacijos centrą dėl antrinės stacionarinės medicininės reabilitacijos. Po insulto praėjo 1 mėnuo. Jos diagnozė: insultas, nepatikslingas kaip kraujavimas arba infarktas. Cerebrovaskulinis (smegenų kraujagyslių) įvykis, neklasifikuojamas kitaip. Moteris laisvai kalba, nevaikšto, yra vežama visur su vežimėliu, jaučia galvos svaigimą, greitai pavargsta. Rankos po insulto atsistatė, beveik nieko nemato. Serga diabetu. Pacientei 72 metai, pensininkė. Reabilitacijos centre prižiūrima vyro. Turi su vyru atskirą palatą. Kartu vaikšto į procedūras. Santykiai su vyru labai geri. Erika turi didelę šeimą: dvi dukras, anūkus, dvi seseris ir brolių. Jaučia šeimos palaikymą. Gyvena mažame miestelyje. Pacientė dalyvavo 4 dramos terapijos sesijose. Ji davė interviu.

Pacientas Eduardas atvyko į reabilitacijos centrą dėl antrinės stacionarinės palaikomosios reabilitacijos. Po insulto praėjo 4 metai. Jo diagnozė: smegenų infarkto pasekmės. Be dviejų kojų. Kalbantis, mąstantis, abi rankos juda, dešinė silpniau, negu kairė. Pacientas geba tvarkytis buityje, visur važinėja su vežimėliu. Eduardui 68 metai. Jis gyvena dideliame mieste. Turi žmoną, sūnų, du anūkus. Santykiai su šeima geri. Iš slaugytojų komentarų: „Pacientas per visą reabilitacijos laikotarpį neišeina į lauką, bijo peršalti ir stipriai susirgti“. Pacientas sudalyvavo 4 dramos terapijos sesijose. Iš jo buvo paimtas interviu.

Tyrimo dalyvių atranka yra tikslinė. Tyrimo dalyviai apima įvairių pacientų, patyrusių insultą, charakteristikas, tokias kaip amžius, simptomų sunkumas, socialinės sąlygos, ir jie atspindi skirtingas gyvenimo situacijas. Tai galimybė gilintis į įvairias patirtis ir perspektyvas, susijusias su dramos terapijos naudojimu reabilitacijos procese.

Be pacientų tyrime taip pat buvo apklaustos trys slaugytojos: Gautas reabilitacijos centro sutikimas dalyvauti tyrime ir atlikti interviu su slaugytojomis, kurios yra reabilitacijos įstaigos darbuotojos, atsakingos už tiesioginę pacientų priežiūrą ir stebėjimą. Šie specialistai užtikrina, kad

pacientai būtų palaikomi, esant sunkioms situacijoms, teikia jiems reikiamą paramą, bendrauja. Be to, jie lydi pacientus į reabilitacijos procedūras, padeda jiems prisitaikyti prie gyvenimo reabilitacijos centre.

Tyrime dalyvavo reabilitacijos centro psychologė, kuri teikė psichologinę pagalbą pacientams reabilitacijos procese. Pagrindinė užduotis - reabilitacijos proceso stebėjimas ir vertinimas. Sekant ir vertinant pacientų psichologinę būklę ir reabilitacijos proceso eigą, siekiama užtikrinti efektyvią ir individualiai pritaikytą pagalbą. Šitam tyrime reabilitacijos centro psychologė skaitė ir nagrinėjo tyrėjos stebėjimo dienoraštį.

2.3. DUOMENŲ RINKIMAS

Duomenų šaltiniai: Buvo išnagrinėti pacientų dokumentai, paimti iš pacientų interviu (3 interviu). Taip pat buvo apklaustos trys slaugytojos. Atlikti pusiau struktūruoto tipo interviu trukusio nuo 15 min. iki 30 min. Taip pat tyrimo metu buvo aprašomos sesijos į stebėjimo dienoraštį. Ir buvo kaupiamos pacientų kūrybinių darbų, užduočių nuotraukos. Duomenys iš visų šaltinių buvo renkami iki tol, kol buvo surinkta visapusiška informacija apie tiriamuosius, įtraukiant naujus faktus ir detalizuojant informaciją. Šiuo būdu buvo užtikrintas duomenų prisotinamumo principas.

2.3.1. Stebėjimo dienoraštis

„**Stebėjimo dienoraštis** (angl. *diary, field notes*) – stebėjimo duomenų fiksavimo forma. Stebėjimo dienoraštyje aprašoma visa tai, kas yra stebima. Aprašymu siekiama tiksliai ir detaliam užfiksuoti pagrindinius faktus, jų laiką, vietą. Dienoraštyje gali būti pateikta ir interpretacijų, išreiškiami jausmai, emocijos, prielaidos, keliamos hipotezės, idėjos ir kt.“ (Rupšienė, 2007, 115 psl.).

Tyrėjos dienoraščio kronika suskirstyta pagal stebėjimo dienas ir pagal stebimus įvykius. Kadangi tyrėja atliko dramos terapijos terapeutės vaidmenį, buvo bandoma aprašyti stebėjimą iškart po sesijos. Tyrėja fiksavo ką matė ir girdėjo užsiėmimų metu. Taip pat stebėjimo dienoraštyje buvo rašoma tyrėjos interpretacija, per kurią buvo galima išreikšti savo jausmus, emocijas. Interpretacija buvo užrašyta po įvykių stebėjimo aprašymo. Užrašai dienoraštyje aprašyti detaliam, kad užtikrintų tyrimo išorinį validumą. Stebėjimo dienoraščio padarytos kelios kopijos ir saugomos skirtinguose vietose. Stebėjimo dienoraštį sudaro 36 aprašytos sesijos, 92 A4 formato lapai.

2.3.2. Pusiau struktūruotas interviu

Interviu yra dviejų ar daugiau žmonių (interviu davėjų ir apklausiamųjų) pokalbio rūšis, kai užduodami klausimai, siekiant gauti informacijos iš apklausiamųjų (Mashuri ir kt., 2022). Pagrindinis pokalbio tikslas – įgyti reikiamų žinių ar informacijos; todėl jai reikia iš anksto gerai pasiruošti. Pusiau struktūruotas interviu yra lankstus, todėl interviu metu galima pateikti naujus klausimus, atsižvelgiant į tai, ką pašnekovai pasakė. Pusiau struktūruotas interviu yra struktūruotų ir nestruktūruotų interviu derinys. Nors keli klausimai yra iš anksto numatyti, kiti nėra planuojami (Mashuri ir kt., 2022a). Prieš interviu buvo paruošti klausimai, kurie galėtų padėti tyrėjai suprasti dramos terapijos patyrimą pacientų, patyrusių insultą, individualiose sesijose medicininėje reabilitacijoje. O taip pat analizuoti terapijos efektyvumą.

Interviu sudarė šie pagrindiniai klausimai:

1. Koks buvo jausmas, kai pirmą kartą ėjote / važiavote į dramos terapijos sesiją?
2. Prašau papasakokite apie savo dramos terapijos patyrimą, kas Jums asmeniškai buvo įsimintiniausia, kokia sesija arba užduotis iš skirtingų sesijų?
3. Prašau papasakokite, kaip Jūs jaučiatės užsiėmimų metu ir po jų?
4. Kaip dramos terapijos užsiėmimai paveikė Jūsų nuotaiką?
5. Ką apie save sužinojote dramos terapijos sesijos metu?

Taip pat buvo naudojami pagalbiniai klausimai:

1. Papasakokite, kaip Jūs patyrėte insultą?
2. Kaip jūs aprašytumėte savo patirtį ir santykį su terapeutu dramos terapijos užsiėmimo metu?
3. Papasakokite, kas buvo labiausiai reikšminga sesijos metu?
4. Kaip Jūs galvojate, ar dramos terapija yra naudingas užsiėmimas reabilitacijos centre?
5. Dabar užsimerkite ir pasakykite, koks vaizdinys iškyla prieš akis, kai pagalvojate apie dramos terapiją?

Interviu pabaigoje buvo pateikiami būtinieji demografiniai klausimai: lytis, amžius, gyvenamoji vieta.

Buvo paruošti klausimai slaugytojams. Klausimų sudarymo tikslas - paprašyti slaugytojus pasidalinti savo įžvalgomis apie dramos terapijos taikymą reabilitacijos centre, jos požiūris apie pacientų poveikį dramos terapijos metu.

Interviu sudarė šie klausimai:

1. Remiantis Jūsų praktine patirtimi, kokios lyties asmenys dažniau patiria insultą?
2. Kokio amžiaus pacientų, patyrusių insultą, reabilitacijos centre būna daugiausia?
3. Kokio tipo insultu susergama dažniau?
4. Su kokiomis pacientų, patyrusių insultą, slaugos problemomis dažniausiai susiduriate reabilitacijos centre: agresija / pykčiu, dezorientacija, nenoras gydytis, motorikos sutrikimai, jutimo sutrikimai (regos, klausos), verbalinė komunikacija?
5. Ar dažnai reabilitacijos centre tenka taikyti pacientams, patyrusiems insultą, psichologinę paramą ir palaikymą?
6. Kaip Jūs manote, ar medicininei reabilitacijai reikalingi menų terapijos specialistai?
7. Pirmą kartą, kai išgirdote terminą „Dramos terapija“, kokios asociacijos kilo?
8. Kaip Jūs galvojate, kokį poveikį pacientams, patyrusiems insultą, gali turėti dramos terapijos užsiėmimai?
9. Nuo spalio mėnesio dramos terapeutė atliko praktiką Jūsų centre. Į individualias dramos terapijos sesijas, du kartus per savaitę vaikšto pacientai, patyrę insultą su įvairių ligų požymiais. Gal pavyko pastebėti pacientų nuotaiką prieš užsiėmimą ir po jo? Ar galite papasakoti situaciją, kur galima buvo pokyčius pamatyti?
10. Gal pastebėjote kitus pokyčius: pacientų norą bendrauti, drąsiau reikšti savo savijautą, pagerėjo komunikacija su kitais pacientais?

2.3.3. Kokybinio tyrimo patikimumas

Kokybiniame tyrime naudojami duomenys iš kelių šaltinių, tai padidina duomenų patikimumą. Tam, kad suprastume, kad gaunami duomenys yra stabilūs: duomenų rinkimui buvo naudojamas pusiau struktūruotas interviu (trijų pacientų), tyrėjo stebėjimo dienoraštis, nuotraukos su pacientų kūrybiniais darbais. Į tyrimą į duomenų rinkimą įtraukiami kiti informantai (Rupšienė, 2007a), šiuo atveju slaugytojai. Iš trijų slaugytojų tyrėja paėmė pusiau struktūruotą interviu. Kiekvienam pacientui buvo taikomos skirtingos dramos terapijos sesijos, kurios vyko du kartus per savaitę visą reabilitacijos laikotarpį tam, kad būtų galima nustatyti dramos terapijos patyrimą pacientui, patyrusiam insultą.

Šiame tyrime dalyvavo reabilitacijos centro psichologė. Tyrėja siūsdavo elektroniniu paštu psichologei stebėjimo dienoraščio sesijų aprašymus ir savo kiekvienos sesijos interpretacijas. Iš viso stebėjimo dienoraštyje buvo aprašytos 36 praveistos individualios dramos terapijos sesijos

pacientams, patyrusiems insultą. Reabilitacijos centro psichologė nuolat konsultavo tyrėją, analizavo stebėjimo dienoraščio užrašus. Taip pat tyrėja vykdydama tyrimą, bendradarbiavo su kitais menų terapijos tyrėjais ir tardavosi su darbo vadove ir dramos terapijos dėstytoja, siekdama užtikrinti tyrimo vidaus patikimumą ir teisingumą. Interviu įrašymui buvo naudojamas telefono diktofonas, duomenys saugomi telefono ir kompiuterio failuose. Gavusi žodinį pacientų sutikimą, tyrėja fotografavo ir įtraukė į stebėjimo dienoraščių sesijų aprašymus, nuotraukas su pacientų kūrybiniais darbais. Be to, šios nuotraukos yra saugomos atskirame kompiuterio faile.

2.3.4. Tyrimo etiniai klausimai.

Prieš pradėdant tyrimą, buvo išsamiai aptarti pagrindiniai etiniai aspektai. Tiriamieji tyrime sutiko dalyvauti laisvanoriškai. Tiriamieji laisvai galėjo priimti sprendimą dalyvauti arba atsisakyti dalyvavimo, be jokio spaudimo arba priverstinio įtikinėjimo. Tyrėja paaiškino tyrimo esmę, įskaitant tikslus ir procedūras, o taip pat paaiškino, kam bus naudojami gauti duomenys. Tyrėja visuose tyrimo etapuose stengdavosi apsaugoti tiriamuosius nuo galimos žalos. Tyrėja užtikrino tiriamojo konfidencialumą. Tai reiškia, kad visi asmens duomenys, kurie yra gauti iš tiriamojo ar apie jį, saugomi ir naudojami tik tyrimo tikslais, ir niekada nebuvo atskleisti trečiosioms šalims be išankstinio leidimo iš tiriamojo. Tyrėja užtikrino tiriamojo anonimiškumą. Tyrimo dalyvaujantiems asmenims buvo pakeisti vardai, kuriuos tyrėja naudojo analizuodama duomenis. Buvo paimtas žodinis pacientų sutikimas dalyvauti tyrime. Buvo paimtas oficialus reabilitacijos centro administracijos leidimas paimti iš slaugytojų interviu.

2.3.5. Tyrimo eiga

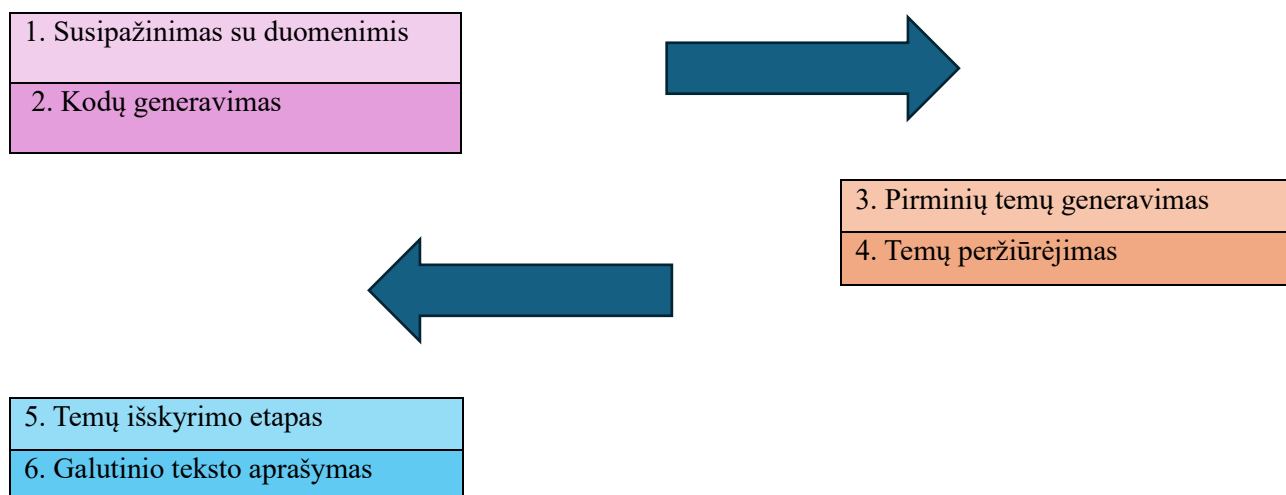
Kiekvienas dalyvis buvo asmeniškai pakviestas dalyvauti tyrime. Su kiekvienu dalyviu buvo suderintas pusiau struktūruotas interviu. Kadangi dalyvių tikslinė grupė yra specifinė, buvo gautas tik žodinis sutikimas dalyvauti interviu. Be to, buvo organizuota interviu vieta, peržiūrėtas dalyvių procedūrų tvarkaraštis ir surastas tinkamas laikas duoti interviu. Dalyviams buvo paaiškinta, kaip vyks interviu, kokia jo pagrindinė tema ir kaip bus užrašomi interviu duomenys. Taip pat buvo informuota apie duomenų įrašymą į telefono diktofoną. Dalyviams buvo pranešta, kad duomenys bus saugomi nuo trečiųjų asmenų, garantuojamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Be to, dalyviams buvo pateikta informacija apie duomenų saugojimo laikotarpį ir tai, kad jie gali atsisakyti leisti naudotis duomenimis per savaitę po susitikimų duoti interviu.

Panaši procedūra buvo taikoma su reabilitacijos centro slaugytojais. Gavus žodinį sutikimą dalyvauti tyrime, buvo gautas raštiškas leidimas iš reabilitacijos centro administracijos, išnagrinėtas slaugytojų darbo tvarkaraštis, surastas laikas ir saugi vieta interviu atlikimui. Slaugytojus informavo apie visus saugumo reikalavimus.

Kadangi tyrimo dalyviai dalyvavo individualiose dramos terapijos sesijose su tyrėja, interviu metu buvo sukurta palanki aplinka, skatinanti dalyvius atvirai ir drąsiai dalintis savo išgyvenimais, jausmais ir emocijomis. Individualios dramos terapijos sesijos ir interviu tyrimai atlikti praktikos metu nuo 2023.10.02 iki 2023.12.22.

2.4. DUOMENŲ ANALIZĖS EIGA

Kiekvieno tiriamojo interviu duomenims buvo taikoma duomenų analizė, remiantis Braun ir Clarke (2006) teminės analizės metodu, vadovaujantis šešių žingsnių planu (*1 pav.*):



1 pav. Duomenų analizės eiga pagal Braun ir Clarke (2006)

Teminės analizės etapai:

1. Susipažinimas su duomenimis: duomenų analizė prasidėjo tyrimo metu, kai buvo renkami interviu duomenys. Visos svarbios pastabos ir įžvalgos buvo užfiksuotos raštu. Garso įrašai buvo perklausyti kelis kartus, siekiant tiksliai suprasti jų turinį. Kiekvieno interviu turinys buvo transkribuotas, o transkribavimo metu buvo pradėtas pirminis teksto analizavimas, siekiant identifikuoti galimus pirminius kodus.

2. Kodų generavimas: kodų generavimo procesas yra esminis duomenų analizės etapas. Pradžioje buvo atliktas teksto segmentavimas. Kiekvienas segmentas turėjo savo kodo pavadinimą. Šis žingsnis padėjo detaliau suprasti, kokie slypi reikšmingi duomenų elementai. Kodavimo procesas reikalavo subtilaus požiūrio. Koduojant kiekvienam kodui buvo priskirtas skaičius. Kiekvieno interviu kodavimas buvo atliktas lentelėje, kurioje buvo trys skiltys: 1 – interviu tekstas, 2 – kodų pavadinimas, 3 – tyrėjo pastebėjimas. Po pradinio teksto skaitymo, koduodama segmentus, pradėjau galvoti apie būsimas temas.

3. Pirminių temų generavimas: šiame etape kodai, gauti iš interviu segmentų, yra sudedami į bendrą lentelę, kurią sudaro dvi skiltys: viena skirta priskirti kodų pavadinimus, o kitoje - potemių ir temų pavadinimai. Pasirenkant kodus, kurie turi panašias tematines kryptis arba susijusius su tuo pačiu kontekstu, bandoma juos sujungti tarpusavyje. Iš šių kodų generuojamos potemės, o iš potemių - galutinės temos, kurios padeda suvokti ir apibendrinti duomenų turinį.

4. Temų peržiūrėjimas: buvo kelis kartus atliktas kodų nagrinėjimas į priekį ir atgal tarp visų analizuojamų. Dar kartą peržiūrėti potemes ir temas. Atlikus šį žingsnį, buvo pašalinti netinkami kodai, paliekant tik tuos, kurie geriausiai atitiko temas ir potemes.

5. Temų išskyrimo etapas: svarbus etapas sukurti temų pavadinimus. Svarbu ne tik perteikti duomenis, bet buvo bandoma atskleisti, kas juose yra įdomu ir kodėl. Kiekvienos temos "pasakojimas" turi būti suderintas su bendru pasakojimu apie visus duomenis, kad būtų sukurta vientisa ir aiški duomenų interpretacija. Todėl buvo kruopščiai išnagrinėtos dar kartą potemės ir temas. Kiekvienai temai pabandyta priskirti pavadinimą, kuris galėtų būti paveikus, ir suteikti skaitytojui aiškų jausmą apie temos esmę.

6. Galutinio teksto aprašymas: iš pacientų interviu išskirtos trys temos ir kiekviena turi po dvi potemes. Tema ir potemės turi savo kodus, koduose užkoduoti reikalingos pacientų citatos aprašymui. Taip pat prie aprašymo priskiriami stebėjimo dienoraščio sesijų užrašai, tyrėjo sesijų aprašų interpretacijos ir pacientų kūrybinių darbų nuotraukos. Iš slaugytojų interviu išskirtos viena tema ir dvi potemės. Yra suskirstyti kodai, koduose užkoduotos reikalingos slaugytojų citatos. Visi duomenys paruošti galutiniam teksto aprašymui.

3. TYRIMO REZULTATAI

Taikant teminės analizės metodą išskiriamos tokios temos ir potemės (2 pav.)

Tema: „Insulto pasekmės ir jų poveikis pacientui“

Potemė: „Insulto priežastys ir komplikacijos“

Potemė: „Tapatybės ir savivertės pasikeitimas“

Tema: „Pacientų reabilitacijos procesai ir gyvenimo perspektyvos“

Potemė: „Pacientų emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą“

Potemė: „Gyvenimo kokybė ir socialinių ryšių kūrimas“

Tema: „Dramos terapijos vaidmuo reabilitacijos procese“

Potemė: „Pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimo metu“

Potemė: „Dramos terapija reabilitacijos procese“

2 Pav. Pacientų išskirtos temos ir potemės

Toliau pateikiami kiekvienos temos potemių aprašymai, skirti išsamiai pacientų ir slaugytojų pasidalintų minčių, įžvalgų bei pastebėjimų analizei. Visos pacientų ir slaugytojų citatos yra originalios, neredaguotos. Tiriamųjų citatos užrašymo taisyklės: ilgos pauzės tekste išskiriamos /// ženklu. Laužtiniuose skliaustuose [...] pateikiamos tyrėjos pastabos. Ženklu <...> žymimas praleistas tekstas citatoje. Tritaškiu ... žymimos trumpos pauzės, ženklu () tiriamojo pakeistas vardas, pvz., (V). Pati citata užrašoma *pasvirusiu tekstu*. Stebėjimo dienoraščio užrašų ištraukos pažymėtos pilka spalva.....

Tyrėjos refleksija įdėta į rėmus.

3.1. INSULTO PASEKMĖS IR JŲ POVEIKIS PACIENTUI

Šioje, pirmoje temoje, išryškėja įvairios pasekmės ir simptomai, susiję su insulto atsiradimu ir poinsultine patirtimi. Taip pat tema apima įvairius aspektus, susijusius su paciento saviverte, tapatybės pasikeitimu. Tema suskirstyta į dvi potemes:

- Insulto priežastys ir komplikacijos.
- Tapatybės ir savivertės pasikeitimas.

Toliau pateiksime kiekvienos potemės aprašymą.

• **Insulto priežastys ir komplikacijos**

Užduotas klausimas, kada ir kaip pacientas patyrė insultą, padėjo suprasti, kokios galėjo būti priežastys, kad pacientas susirgo šia liga. Iš interviu sužinojau, kad Viktoras, būdamas jau brandaus amžiaus, sunkiai fiziškai dirbdavo. Prieš ištikus insultui: „<...> Nuėjau žolę pjauti. Pradžioje, ten

geležies daug, aš paėmiau mažytį dalgį, pjočiau, pjočiau žolę, atėjau į šoną, žiūriu toks jausmas, kad ir nepjovia. <...> “ (V.) Ištikus insultui vyrui paraližavo visą kairę pusę: „<...> man atėmė ranką ir kairę koją <...>“; „<...> Kairė, kairė. Kairė, ten kur buvo Rožė. Rožė skaudėjo. Buvo sergančią koją, ai silpnesnė. <...>“ (V.) Viktoras suvokia savo atsakomybės dalį dėl susiklosčiusios sveikatos būklės, bet džiaugėsi, kad gali mąstyti ir viską prisiminti: „<...> Aš viską prisimenu. Aš girdėjau, kad ši liga gali atimti protą, kvailiu tampa arba negali šnekėti, taip? <...>“; “<...> Prisimenu, taip aš viską prisimenu. Aš net atsimenu, kaip su dilgėle visas kojas atmušiau. Rankos buvo su pūslelėmis. <...>“ (V.) Viktoras papasakoja, kad labai mėgdavo išgerti ir nemažus kiekius vartodavo: „<...> aš 25 kilometrus pravažiavau ant dviračio <...>; <...> Aš labai pavargau. Paėmiau butelį, <...>; <...> Grįžau namo, šiaip du butelius turėjau <...>“ (V.). Dabar vyras labai gailisi, kad neatsakingai elgėsi su savo gyvenimu: „<...> Kad aš kvailas, tai tikrai.<...>; <...> Todėl, kad aš viską turėjau, o dabar nieko neturiu. Buvo servisas, buvo mašina, buvo pinigai, o dabar aš nieko neturiu. <...>“ (V.) Iš Viktoro pasidalinimų galima aiškiai matyti tris galimas insulto atsiradimo priežastis: sunkus fizinis darbas, alkoholio vartojimas ir senatvė.

Pacientė Erika serga diabetu, o diabetas gali būti priežastis aukšto kraujo spaudimo, aterosklerozės pasekmės, taip pat gali sukelti ilgalaikį kraujagyslių pažeidimą ir uždegimą. Uždavusi pacientei klausimą, kaip ji patyrė insultą, sužinojau, kad insultas ištiko tokiu būdu: „<...> Nieko nežinau, nieko išvis <...>; <...> gulėjau ant lovos, buvo visą savaitę spaudimas, laukiam daktarės, kad prisiskambint... Sesutė paskambino daktarei, laukiam daktarės. Vyras sakė, ar valgysi bulvių? Gal mėsytės /// nenoriu nieko, sakau. Ir paskui turi daktaras skambint, laukiam. /// Sakau, jėzau, jėzau, sakau vyrui. Sakau, man ranką atėmė...žiūriu, taip ir gulėjau. Daktarė tuoj paskambina, {nusičaudo} <...>; <...> Liepė skambint greitajai, kad staigiai jie važiuotų, nuvažiavo greitoji išvežė, pervežė ir viskas, tiek žinių. <...>“ (Er.). Iš Erikos pasidalinimo galima nustatyti, kad viena iš priežasčių insulto atsiradimui yra aukštas spaudimas. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: “<...> Užėjau pas pacientę, moteris buvo ką tik atvežta į palatą, turėjo susitikimą su psichologe. Jos vyras padėjo jai atsigulti. Pacientė prastai jaučiasi, pasakė vyrui, kad silpna jai ir kad svaigsta galva. Kadangi Erika serga diabetu, jos vyras atliko visas reikalingas procedūras, pamatavo cukraus kiekį kraujyje ir nustatė, kad reikia būtinai moteriai pavalgyti. Tai aš pasakiau, kad ateisiu po 45 min., kad moteris pavalgytų ir šiek tiek pailsėtų. Abu sutiko su mano pasiūlymu. <...>“ Diabetas su insultu yra labai nelengvas derinys pasveikimui, kiek teko sužinoti iš literatūrinės medžiagos.

Eduardo insulto priežastis neaiški. Kadangi Eduardas pirmas pacientas, iš kurio buvo paimtas interviu, klausimas „Kaip atsitiko insultas?“, dar nebuvo paruoštas. Žinoma iš dokumentų, kad po insulto praėjo keturi metai. Eduardas neturi kojų. Vienos sesijos metu jis pasidalino, kad visai

neišvažiuoja su vežimėliu į lauką. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Paklausiau: „Kaip praėjo šiandien Jūsų diena? Eduardas nuleido akis ir nieko neatsakė. Išlaikius pauzę, uždaviau kitą klausimą: „Gal šiandien ilsėjotės, nes šiandien nėra procedūrų?“ Sako, kad „taip.“ Kitas mano klausimas: „Gal buvote lauke?“ Sako: „Kad neeinu į lauką.“ Užklausu: „Kokia priežastis, kad neinate į lauką? - atsako, kad nenori.<...>“ Šis pokalbis įvyko sesijos pradžioje. Užsiėmimo eigoje tyrinėjama veiksmus, kurie galėtų jam padėti atgauti vidinius resursus, paaiškėjo, kad Eduardui labai patinka gamta. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Tada užklausu: „Kaip dėl pasivažinėjimo gamtoje? Ar dažnai išseinate pasivažinėti?“ Sako: „Labai retai ir tai kuo toliau, tuo sunkiau padaryti.“ Paklausiau: „Ar čia, reabilitacijos centre, važiuojate pasivaikščioti į lauką, į mišką?“ Sako, „kad ne.“ Pasidalino, kad būdamas namuose retai išvažiuoja į lauką, nes bijo susirgti. Papasakojo, kad pernai būdamas čia, reabilitacijos centre, išėjęs į lauką, stipriai susirgo ir visą reabilitacijos laikotarpį prasarigo. Ir dar vyrui sunku atgal grįžti, kalniukas reabilitacijos centro jam per sunkus. Sunku įvažiuoti. Sakau: „Kad šiandien yra saulėta, šilta diena, nėra vėjo. Ir kol aš esu centre, Jūs galite šiltai apsirengti ir išvažiuoti į lauką 10 minučių, o aš po to Jums padėsiu užvažiuoti atgal.“ Kategoriškai atsisakė. Paklausiau: „Jūs nenorite manęs apkrauti? Ar bijote susirgti?“ atsako: „abu variantai.“ Tai šia tema nustojau kalbinti. Nukreipiau dėmesį į užduotį. <...>“ Iš pasidalintų stebėjimo dienoraščio užrašų galima suprasti, kad Eduardas yra labai apribotas judėjimo. Jo pasisakymas: „labai retai ir tai kuo toliau, tuo sunkiau padaryti.“ parodo, kad kasdieniniame gyvenime vyras mažai juda. O fizinis neveiklumas yra vienas iš galimų priežasčių patirti insultą. Kiekvieno paciento atveju, insulto atsiradimą galėjo sukelti keletas veiksnių, įskaitant fizinį pervargimą, alkoholio vartojimą, senatvę, diabetą ir fizinį neveiklumą.

Kitas labai svarbus klausimas yra insulto komplikacijos, kurios apsunkina pacientų gyvenimą. Tyrimo dalyviai turi problemų su atmintimi. Viktorui sunku prisiminti dienas ir datas. Jis nuolat klausdavo, kada galima važiuoti namo, nors aiškiai buvo pasakyta, kad jam reabilitacija paskirta iki gruodžio pirmos dienos. Vyras kažkodėl galvoje užfiksavo tik vieną datą: „<...> *Dešimtą dieną, penktadienis.* <...>“ (V.) Taip pat Viktorui sunku orientuotis reabilitacijos centre: tvarkaraštyje ir reabilitacijos centro procedūrų kabinetuose. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Vyras paprašė jį palydėti iki palatos, nes sunkiai orientuojasi centre ir taip pat paprašė ketvirtadienį užėiti ir jį paimti į užsiėmimą, nes jis neatsimena tvarkaraščio. Palydėjau iki palatos durų ir atsisveikinau. <...>“

Eduardas, praėjus kelioms dienoms po DT sesijos, sunkiai prisiminė, ką jis jautė ir ką darėme: „<...> *Oi, nepasakysiu, neatsimenu.* <...>“ (E.). Erikai kartais buvo sunku prisiminti žodį arba daikto

pavadinimą, bet pavykdavo kitais žodžiais apibūdinti, ką ji nori pasakyti: „<...> Žinau, kaip vadinasi? Na, kur užgesę šviesos, daug žmonių buvo. Ir sakė, kaip įkvėpti iškvėpti? Kaip tai vadinasi?<...>; <...> Na, kaip ji vadinasi? Nu, Jėzau, užmiršau, žinojau. Dar mergaitėms sakiau. Vykdo tiesiog. Tai kaip dabar, septyni žmonės buvo.<...>; <...> Nors, žinot. Kur man foteliuką tokį atsigulti davė? <...>“ (Er.). Erika bandė papasakoti apie relaksacijos užsiėmimą.

Dar vienas insulto požymis - koncentracijos ir dėmesio išlaikymo pablogėjimas. Viktoras, jeigu jausdavo, kad sunku apibūdinti emocijas ar jausmus arba savo nuotaiką, nukreipdavo dėmesį į kitus dalykus: „<...> [pažiūrėjo pro langą] mašina atvažiavo, gal mane irgi pasiims iš čia? Atgal nuveš į tą ligoninę. <...>“ (V.). Panaši situacija buvo ir su Eduardu: „<...> [pažiūrėjo į langą] Paukštį įdomų pamatau. <...>“ (E.). Erikai sunkiausiai buvo kurti pasaką. Nes moteris labai dažnai jautė silpnumą ir jai buvo sunku koncentruotis. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Moteris pasidalino, kad ji labai tingi kurti pasaką. Sako: „Sunku mąstyti.“ Atsakiau: „Aš Jums padėsiu.“ Kurdama pasaką Erika pasidalino, kad jai sunku sugalvoti, ką gali daryti jos personažas - Elenytė. Tai stengiausi pacientei padėti. Uždaviau klausimus, kurie galėjo jai palengvinti užduotį. Pvz.: Elenytė kažką randa, sutinka arba įgauna ypatingų galių. Pacientė ilgai galvoja ir galiausiai pasirinko, kad įgauna ypatingų galių: „Našlaitė viską mokėjo daryti“. Taip pat buvo sunku jai sugalvoti, kokia gali būti kliūtis pasakoje. Drauge bandėme išsiaiškinti, ar pavyko kliūtis įveikti ir kas nutiko toliau? Taip bendraudama Erika sukūrė savo pasaką apie Elenytę. <...>“

Sunkiausia pacientams buvo įvardinti emocijas ir jausmus, o taip pat palaikyti pokalbį. Kai paklausiau Viktoro, kokia sesija ar pratimas buvo įsimintiniausias, pacientas atsakė: „<...> Na, šiaip ar taip jie po to <...>“; „<...> sagos, taip. Buvo sagos. Visa krūva buvo.<...>“ (V.) – bandymas pasakyti apie pratimą „Socialinis atomas“. „<...> Dailininku aš tapau.<...>“ (V.) – refleksija apie sesiją su piešimo elementais. Eduardas į klausimą „Kaip jūs jaučiatės prieš sesiją ir po sesijos?“, pasidalino: „<...> Na, po ir prieš. Pakenčiamai, jei trumpai.<...>“; „<...> Taip. Snaudulys praeina.<...>“ (E.). Eduardui dažnai būdavo sunku apibūdinti savo emocijas ir jausmus: „<...> Na, nežinau, kaip čia ir bendrai atsakyti? Nežinau, kaip atsakyti. <...>“; „<...> Aišku, nauja, nauja tai. Aišku, kiekviename užsiėmime kažkas buvo nauja. <...>“ (E.)

Tyrėjos refleksija:

Tyrimo dalyviams buvo lengviau paaiškinti, kaip jie jaučiasi per projekcinio metodo pratimus sesijos metu (pvz. metaforinės kortos, portretai), kai buvo atsipalaidavę ir momente „čia ir dabar“.

Erikos kalbos gebėjimai mažiau pažeisti. Iš visų pacientų jai daugiausiai pavykdavo papasakoti ir išreikšti, ką ji jaučia.

Tyrėjos refleksija:

Bijojau šiandien eiti pas Eriką, nes pas aklą pacientą buvau pirmą kartą. Aš suprantu, kad šioje situacijoje daug mano priemonių paruoštų netinka. Dėkoju pacientei už tai, kad norėjosi jai pačiai bendrauti ir po kiekvienos emocijos buvo istorija. Ir, kad ji galėjo tai padaryti. Pasirodo, galima visą sesiją praveisti, tyrinėjant tik emocijų kortas.

Labai svarbi pacientų, patyrusių insultą, komplikacija – fizinis pažeidimas. Viktoro paralyžiuota kūno pusė (kairė ranka ir kairė koja) sukelia jam sunkumų atlikti paprastus kasdienes veiksmus, tokius kaip, pasirūpinimas savimi ir higiena. Tai taip pat turi įtakos judėjimo gebėjimui, Viktorui pačiam sunku judėti, gali vaikščioti su vaikštyne. Pacientas priklauso nuo kitų. Jam reikia pagalbos, sumažėjęs savarankiškumas. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Užėjau pas pacientą į palatą, Viktoras sėdėjo ant lovos, aplink pacientą daug šiukšlių ant lovos ir ant grindų. Viktoro apranga labai netvarkinga. Paklausiau, ar jam reikia pagalbos? Atsakė, kad „Ne“. Užklausiau, ar eis antrą kartą į kineziterapijos mankštą šiandien? Taip pat pasakiau: „Kad aš galiu Jus palydėti iki salės ir po to palydėti iki kabineto į dramos terapijos sesiją“ Sako: „Į mankštą daugiau šiandien neisiu, nes kūnas labai pavargo ir daugiau judėti nenoriu.“ Tai aš pasiūliau jam eiti kartu su manimi. Viktoras sutiko. Atsistoja nuo lovos, su dešine ranka iškart atsiremia į vaikštyinės rankeną. Stovėjo nestabiliai, matosi, kad kairės rankos visai dar nevaldo. Kelnės buvo nusileidusios žemiau užpakalio. Pacientas bandė su pažeista ranka patempti kelnes ant klubų. Supratau, kad Viktorui tai labai sudėtinga užduotis. Priėjau ir padėjau tvarkingai apsirengti iki galo. Tada pažeistą kairę ranką uždėjau ant vaikštyinės, o kitą pacientas pats padėjo ant rankenos. Drauge išėjome iš palatos. Vyras ėjo su vaikštyne, šlubuodamas kaire koja, o aš šalia arba priekyje, arba pasisukusi veidu į Viktorą. <...>“ Viktoro paralyžiuota visa kairė pusė ir tai apriboja judėjimą.

Praėjus keturiems metams po insulto atsiradimo Eduardas visai neblogai ir savarankiškai tvarkosi su kasdiene rutina. Sesijų metu buvo pastebėta, kad viena ranka yra silpnesnė. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Aš pasiūliau patyrinėti šiandienos emocijas ir paprašiau, kad bandytų naudoti dvi rankas. Su kaire laikyti kaladę, o su dešine dėlioti korteles. Šį kartą Eduardui sunkiau buvo judinti dešinę ranką, darė taip lėtai, su pauze, bet jam pavyko sėkmingai sudėlioti korteles. <...>“

Erika, netekus regėjimo, prarado savarankiškumą. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Kortelė su emocija – skausmas, pacientei asocijuojasi su nugaros skausmais: „Dažnai skauda nugarą, bet reabilitacijos centre po mankštos skausmų nėra.“ Reabilitacijos centre matau pacientę vežamą vyro su vežimėliu, tai reiškia sėdinti. Palatoje tik gulinti. Vyras Erikai padeda apsirengti, paduoda šaukštą į ranką ir maistą. Pacientė valgo pati. <...>“ Po insulto praėjo tik mėnuo, dar daug reikės Erikai pasimokyti kasdieninių naujų įgūdžių naujoje būsenoje.

Svarbu akcentuoti, kad insulto komplikacijos apsunkina pacientų kasdienį gyvenimą ir tai gali pasireikšti tiek fizinėmis, tiek kognityvinėmis, tiek ir emocinėmis ar socialinėmis problemomis. Todėl reabilitacijos procesas turėtų būti pritaikytas, atsižvelgiant į šias komplikacijas ir individualius pacientų poreikius. Svarbu suteikti pacientams reikiamą paramą, kad jie galėtų grįžti į kuo normalesnį gyvenimo būdą po insulto.

- **Tapatybės ir savivertės pasikeitimas**

Insultas gali sukristi ne tik fiziškai, bet ir emociškai bei psichologiškai. Pakitimai, kuriuos gali patirti žmogus po insulto, gali sukelti jausmą, kad jis prarado dalį savo buvusio gyvenimo ir tapatybės. Dėl to, gali kilti neigiami jausmai, susiję su savimi dabartyje ir ateityje. Praradusi regėjimą Erika išgyvena asmeninės tapatybės pokyčius, nes regėjimas yra svarbi asmenybės dalis. Matymas, žiūrėjimas turi akivaizdų, tiesioginį poveikį tam, kaip žmogus suvokia save ir savo vietą pasaulyje. Mėnuo po insulto. Erika kol kas negali su tuo susitaikyti. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Paklausiau, kaip praėjo moters dieną. Sako: „Esu labai pavargusi, liūdžiu, kad insultas smarkiai atėmė iš mane jėgų. Ypač silpna po pietų, norisi gulėti ir miegoti.“ Erikos veidas buvo nusiminęs ir liūdnas. <...>“; „<...> Pasiūliau patyrinėti muzikinius instrumentus ir padaviau instrumentą jai į rankas. Paprašiau kiekvieną instrumentą patyrinėti rankomis, išgauti garsą. Pacientės komentaras buvo toks: „Taigi ši užduotis vaikams. Jiems būtų smagu. Man daugiau patinka skaityti, mąstyti.“ <...>“ Paskutiniai Erikos sakiniai galbūt atskleidžia tai, kad jai sunku priimti savo dabartinę padėtį, nes dabar ji yra labai priklausoma nuo kitų, panašiai, kaip vaikas priklausomas nuo tėvų. Ši mintis skaudina moterį, todėl ji stengiasi priminti sau, kad yra suaugusi ir kad jai daugiau tinka „skaityti ir mąstyti“.

Tyrėjos refleksija:

Kai pasiūliau apžiūrėti kiekvieną muzikinį instrumentą ir pagroti su juo, pastebėjau, kad moteris buvo susierzinusi ir truputį pikta, nelabai jai buvo prie širdies, nieko nematant kažką daryti. Naujas

potyris: tyrinėti rankomis instrumentus, kol kas sukelia vidinį pasipriešinimą. Sesijos metu pavyko pacientę nuraminti, nukreipti dėmesį į žaidimą su muzikiniiais instrumentais ir emocijomis. Leidau Erikai būti momente, taip vadinamoje, dramatiškoje realybėje. Labai norėčiau, kad jos regėjimas atsistatytų, bet, jei taip neatsitiks, reikės iš naujo mokytis pažinti pasaulį per kitus potyrius. Iš naujo susipažinti su savimi, priimti save, susitaikyti su negalia.

Erikos atveju, svarbu žinoti, kad šie jausmai yra suprantami ir dažni po insulto, ir kad reikalingas tinkamas emocinis ir psichologinis palaikymas tam, kad žmogus galėtų įveikti sunkumus ir prisitaikyti prie naujos gyvenimo situacijos.

Insultas gali sukelti įvairių funkcijų praradimą arba ribojimą, kurie gali paveikti paciento suvokimą apie save ir savo gebėjimus. Viktoras nevisiškai suvokia savo dabartines galimybes ir jaučiasi daug savarankiškesnis nei iš tikrųjų yra. Noras savarankiškai atlikti visas mankštas: „<...> Gydytojos sekmadienį nebuvo, išieginė pas ją, Aš per išieginę vaikštau ant ramentų, o paskui supratau, kad, jei paimčiau lazdele, galėčiau ir be ramentų vaikščioti. Ir brolis atvežė man lazdele, bet gydytojui pranešė. Gydytojas atėjo, o jeigu tu nukristum? O jeigu nukrisčiau, atsistočiau. O jeigu sulaužytum sau ką nors? O jeigu sulaužyčiau, viskas yra mano. <...>“ (V.) Viktoras tiki, kad tik jis pats gali sau padėti, toks pasitikėjimas savimi labai gerai sveikimo procesui. Tik Viktorui trūksta adekvatumo, nes ne visada gali įvertinti tikras savo fizines galimybes.

Tyrėjos refleksija:

Kadangi pacientas prastai vaikšto ir tik su vaikštyne, nežinau, kaip reaguoti, jeigu jam pasiūlysiu atsisėsti į vežimėlį? Nes šiandien iš ryto bandė vaikščioti su lazda. Ir slaugytoja pasidalino, kad kelis kartus vyras nugriuvo. Kadangi atsisėsti į vežimėlį gali būti skaudi tema, pasiūliau kitą žaidimo variantą.

Kai žmogus jaučiasi savarankiškas ir nepriklausomas, nors iš tikrųjų turi ribotų arba prarastų gebėjimų, tai gali sukelti disonansą tarp realybės ir asmenybės suvokimo. Toks disonansas gali lemti jausmus, kad tapatybė yra prarasta arba sumišusi, nes žmogus nebegali atlikti tam tikrų veiksmų ar gyventi taip, kaip anksčiau.

Eduardas daugiausiai gali turėti socialinės izoliacijos pojūtį. Kadangi pacientas dažnai buvo matomas vienas, galima iškelti hipotezę, kad galbūt ne taip lengvai pacientui pavyksta bendrauti su kitais dėl savo fizinės būklės arba emocinio prisitaikymo sunkumų. Gali kilti mintis, kad jis prarado savo socialinę tapatybę arba atsiskyrė nuo aplinkinių.

Tyrėjos refleksija:

Džiaugiuosi, kad pavyko įkalbėti vyrą atvykti į sesiją. Įdomus žmogus, turintis didelės gyvenimo patirties, skausmų ir džiaugsmų. Nors pradžioje labai neigė procesą, bet būtent per lėtą kortelių tyrinėjimą, vyras atsipalaidavo ir pats pradėjo dalintis, pasakoti savo istoriją. Įdomus potyris, kad sesijos pradžioje ir pabaigoje reikėjo įkalbėti ateiti į užsiėmimą. Skirtumas yra tas, kad pirmo susitikimo pradžioje net į mano pusę nenorėjo žiūrėti ir net pagalvoti eiti į kažkokią dramos terapiją. Tai pabaigoje, jo pasakyme, kad „Nepageidautina“ nebuvo griežtumo ir stipraus pasipriešinimo. Tarsi buvo malonu, kad aš jį įkalbinėjau ir buvo patenkintas, kad sutiko dalyvauti. Šiaip pastebėjau, kad reikia tikėti, tu, ką darai. Ir būti nuoširdžiai su pacientu čia ir dabar. Labai įdomu, kodėl tas pasipriešinimas toks stiprus? Daug baimės ir neapibrėžtumo tame, ko nežino, nėra patyręs? Labai įdomu, ar pavyks sudominti ir toliau. Nes šitas pacientas tikrai gali save tyrinėti, atsipalaiduoti per sesijas, nukeliauti iki galo ir duoti interviu pabaigoje. Kiek man užteks kompetencijos pacientą vesti ir jam padėti, laikas parodys.

Insulto priežastys ir komplikacijos, taip pat tapatybės pasikeitimas ir savivertės sumažėjimas, yra kompleksiniai ir gilūs procesai, kurie gali turėti įvairių priežasčių ir padarinių pacientams. Svarbu suteikti tinkamą paramą ir palaikymą pacientams, kurie patyrė insultą, siekiant padėti jiems prisitaikyti prie naujos gyvenimo situacijos ir įveikti sunkumus, su kuriais jie susiduria.

3.2. PACIENTŲ REABILITACIJOS PROCESAI IR GYVENIMO PERSPEKTYVOS

Antroje temoje, apžvelgiami skirtingi aspektai, su kuriais pacientas gali susidurti per reabilitacijos procesą. Nagrinėjami tokie klausimai, kaip motyvacija ir gydymo proceso svarba. Taip pat paciento santykiai su kitais žmonėmis, gyvenimo aplinkos svarba ir emocinis bei psichologinis prisitaikymas prie gyvenimo pokyčių ir iššūkių. Tema suskirstyta į dvi potemes:

- Pacientų emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą.
- Gyvenimo kokybė ir socialinių ryšių kūrimas.

Toliau bus pateikiamas kiekvienos potemės aprašymas.

- **Pacientų emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą**

Žmonės, kurie patiria gilų bejėgiškumo jausmą, kuris siejamas ne tik su liga ir negalia, bet ir su medicininio gydymu, paciento vaidmeniu ir pasikeitusiais socialiniais santykiais, gali patirti motyvacijos stoką. Motyvacija veikia kaip skatinimas, kuris paskatina žmones imtis veiksmų.

Viktoras visai nepasitiki tradicine medicina. Ir tai labai trukdo sveikatos priežiūros specialistams dirbti su pacientu, nes reikalauja pastangų įkalbėti vyrą nueiti į procedūras. Viktoras dažnai praleisdavo kineziterapijos mankštas: „<...> Šitos mankštos man nepadės.<...>; <....> Man čia nepatinka nei sporto salė, gal kam ir naudinga, bet man netinka. <...>“ (V.) Viktoras pasižymi netradiciniu požiūriu į mediciną, pasitikėjimas burtininkų ir alternatyvių gydymo metodų patarimais. Jis išreiškia nepasitikėjimą tradicine medicina ir vaistais bei pasirenka alternatyvius gydymo būdus, tokius, kaip masažas ir burtai. Be to, jis tikisi, kad netradicinės priemonės, tokios, kaip pirtis arba burtai, gali padėti jam greitai pasveikti: „<...> Aš nuėjau pas burtininkę. Ji pamatė greitąją, pasakė, kad negertum jokios tabletės, bet aš ir nesiruošiau gerti, žinojau, kad nereikia, ji man ne pirma sako, visi jau numirė. Bet aš kol įlipau į greitąją, man į užpakalį „TYK“ injekciją. Aš užėjau į greitąją, aš. Nuvežė mane. Ir jau greitojoje man atėmė ranką ir kairę koją. <...>; <...> aš vaikštau basas ant „graveikos“, masažavau kojas, buvo skausminga. <...>; <...> aš galvojau, kad kažkokia čigonė pas mane atėjo. Būrė čia, būrė. Todėl, kad čigonai man pribūrė rožę, rožę pribūrė <...>; <...> į pirtį noriu. Pirtis yra. Ten mano liga greitai bus pagydoma. Pirtis ir boba šita, ta, kuri gali užšnekėti mano ligą. <...>“ (V.) Todėl Viktoras daugiau stengiasi savarankiškai savimi užsiimti, pacientas tiki, kad tik jis pats sau galės padėti: „<...> Aš labai daug užsiėmęs stipriai. Vakar nieko nebuvo. Aš vaikštau, vaikštau su lazdele, paskui be lazdelės. Treniruodavau ranką su lazda. <...>“ (V.) Viktoro noras pasveikti yra sveikinamas, tik gaila, kad pacientas iki galo nesugeba įvertinti savo fizinių galimybių.

Kitaip į gydymo procesą žiūri Eduardas. Pacientas išreiškia įsitikinimą, kad vien noro pasveikti nepakanka, ir svarbu tikėti gydymo galia. Jis teigia, kad tie, kurie turi tikslą pasveikti ir tikėjimą, gali gauti pagalbą. Eduardo įsitikinimu, vaistas gali padėti tik tada, jei jais tikima ir juo tiki, nes be tikėjimo jokios naudos iš vaisto negausime. Taigi, jo požiūriu, tikėjimas yra svarbi gydymo proceso dalis: „<...> Tie, kurie turi siekimą, tiems padės. O vaistas...Į vaistą reikia tikėti, tada jis galės padėti <...>;<...> Jei vaistą be tikėjimo išgerti, jokios naudos nebus. Aš taip manau, į vaistą reikia tikėti. <...>“ (E.) Eduardui sunku priimti naujus dalykus, į naujas reabilitacijos centro disciplinas žiūri atsargiai. Pavyzdžiui, į pirmą dramos terapijos užsiėmimo kvietimą paciento reakcija buvo neigiama. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Pirmą kartą su pacientu susitikome koridoriuje šalia palatos. Eduardas sėdėjo vežimėlyje, vienas. Buvo apie kažką susimastęs. Pasisveikinau, prisistačiau, kas aš esu ir pakviečiau į dramos terapijos užsiėmimą. Eduardas nuleido akis, užsuko pečius į vidų ir tyliai pasakė žodį „NE“. Pabandžiau su humoro jausmu pasakyti, kad nesiruošiu iš paciento daryti aktoriaus, kad pabendrausim ir pasiūlysiu nesudėtingus kūrybinius pratimus, žaidimus, kurie galėtų praskaidrinti Jūsų nuotaiką ir kažką naujo apie save padėtų sužinoti. Vėl išgirdau žodį „NE“, vyras nepakėlė galvos, žiūrėjo į žemę. Pabandžiau dar kartą pakalbinti,

sakau: „Jūs net nepabandote, o jau sakote „NE“, taigi, nežinote, ką aš galiu pasiūlyti.“ Pacientas atsakė man: „turiu labai daug užsiėmimų, nėra kada dar kažką daryti.“ Bet iš kūno kalbos labai matosi, kad tiesiog atsikalbinėja. Aš dar kartą, labai švelniai, pasistengiau neįkyriai, pakviesti į sesiją. Po trečio mano bandymo, vyras pakėlė į mane akis, minutę pažiūrėjo į mane ir netikėtai sutiko dalyvauti. Mes kartu nusileidome žemyn. <...>“ Pirmo užsiėmimo metu Eduardas buvo labai atsargus. Iš tiesioginio dienoraščio užrašų: „<...> Vyras paėmė visą kaladę į rankas ir lėtai, neskubėdamas pradėjo apžiūrinėti vieną kortelę po kitos. Pradžioje pakomentavo, kad visos kortelės tinka vaikiškam filmui. Pasakiau: „Sutinku. Bet, kad šitos kortelės paimtos iš vieno žaidimo, kurį žaidžia ir suaugusieji.“ Vieną kortelę išrinko labai greitai, toliau tyrinėjo likusias neskubėdamas. Paklausė manęs: „Ar aš pirmas tyrinėju korteles?“ Paklausiau: „Kodėl Jūs taip manote?“, atsako, kad „kortelės visai naujos, pvz., kai žaisdavom dažnai kortomis, tai matosi, kad kortos naudotos, o čia viskas nauja.“ Atsakiau, kad stengiuosi rūpintis savo priemonėmis. Ir, kad šiomis kortelėmis jau naudojami ir kiti pacientai, tarp jų nemažai vyrų. <...>“

Pirmo užsiėmimo pradžioje Eduardas buvo labai atsargus, neskubėjo bendrauti, viską tyrinėjo. Interviu metu Eduardas pasidalino: „<...> *Pirmas kartas, nuoširdžiai pasakius, nuoširdžiai pasakius, na aš, ne, kažkaip nelabai aš norėjau.* <...>; <...> *O po pirmo karto, man patiko.* <...>“ (E.). Eduardui labai svarbu saugi aplinka ir galėjimas pasitikėti.

Erikos patirtis yra kitokia. Kadangi po insulto ištikimo praėjo tik mėnuo, jos pasitikėjimas gydymu labai stiprus. Nors labai dažnai yra pavargusi, į visas procedūras važiuoja su noru. Tai rodo ir pacientės sukurta pasaka apie našlaitėlę Elenytę. Iš tiesioginio stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Erika sukūrė pasaką apie našlaitėlę Elenytę: „Gyvena našlaitėlė Elenytė didelėje Sanatorijoje. Tai buvo trijų aukštų namas. Aplink namą buvo pievos, upė ir daug žmonių gyveno aplink Sanatoriją. Nemažai žmonių gyvena ir Sanatorijoje kartu su Elenyte. Pagrindinis Elenytės noras buvo pasveikti. Vat, tokį tikslą ji turėjo. Elenytei Dievas padovanojo ypatingą galią: našlaitėlė mokėjo viską daryti. Pagrindinė kliūtis Elenytės buvo laikas. Laikas trukdo našlaitėlei pasveikti. Nes tam, kad pasveiktų, reikia laiko daug. Elenytė nusprendžia susidraugauti su laiku. Kad turėdama tokią stebuklingą galią, moka viską daryti, gali visur eiti į procedūras, tai padės sveikatai atsistatyti, Ir greitai laikas prabėgs. Ir galiausiai Elenytė pasveiko. <...>“ Pasaka, kaip reabilitacijos priemonė, labai aiškiai iliustruoja Erikos norą pasveikti ir jos tikėjimą reabilitacijos centro paslaugomis.

Pacientams yra svarbus emocinis stabilumas. Pagrindinės galimos būsenos pacientų, patyrusių insultą, gali būti nerimas, apatija, depresija. Viktorą dažnai apima nerimas dėl jo svarbiausio draugo šuniuko vardu Cezaris. Būdamas reabilitacijos centre vyras labai ilgėjosi savo naminio

gyvūno ir labai daug pasakojo apie jį: „<...> *Atvažiavo greitoji. Pamaitinau šunį, reikėjo pamaitinti, tai spėjau pamaitinti. <...>; <...> labai loja ant greitosios pagalbos. Po to mes su ja atsisveikiname. Aplaižė mano veidą, po to išsivoliojo mėšle [nusijuokė] Ir aš išėjau. <...>*“ (V.) Iš paciento pasakojimo galima suprasti, kad žmogus yra vienišas vyras. Labai daug kalba su šunimi: „<...> turiu jas dvi. Vieną panešioju, panešioju, po to pakeičiu. Mano šuo, nors aš ir kitoje skrybėlė jei, pradeda loti ant manęs. Ne tą skrybėlę, ne taip sėdi ant galvos. <...>; <...> Taip. Striukė - ne tą aprenki, irgi netvarka, reikia eiti persirengti. Aš nežinau, ką ji galvoja.<...>“ (V.) Taip pat, būdamas reabilitacijos centre, Viktoras pasiilgdavo savo namų, reabilitacijos centre jam buvo nejauku ir liūdna. Nerimaudavo, kad namas dabar niekieno neprižiūrimas: „<...> *Aišku, prasta mano nuotaika. Pradėjo snigti, namą šildyti reikia. Taigi aš numirsiu, sušalsiu, grįžęs tenai. <...>; <...> Man buvo labai liūdna. Greičiau namo noriu. <...>*“ (V.) Būdamas reabilitacijos centre, Viktoras jaučiasi liūdnas ir nerimastingas ir nori greičiau grįžti namo, kur jaučiasi saugesnis ir laimingesnis.

Erikai labai sunkus etapas, nes tik mėnuo praėjo nuo ištikusio insulto. Jos nuotaika labai svyruoja. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Aš sakydavau emociją ir klausdavau: „Kada šią emociją turėjote, o gal ir dabar turite?“ Erikos emocijų interpretacijos: Liūdesys – „Kai norisi žiūrėti televizorių, o gali tik klausytis“; Nerimas – „Kai ateina mintys: kodėl man taip atsitiko? Daug dirbau, virš 30 metų.“; Pasitikėjimas – „Atsistosis ant kojų, tikiu, kad gydytojai ir kiti specialistai man padės“; Rūpestis – „Labai rūpinosi vyras ir dažnai atvažiuoja aplankyti kiti šeimos nariai“; Ryžtas – „Noriu pasveikti, todėl ir atvažiavau į reabilitacijos centrą.“; Baimė – „Namuose negaliu užmigti, centre geriu vaistus ir gerai miegu.“; Apatija – „Kai aplanko tokia emocija, skambinu draugėms, pasišneku ir pasikraunu. Turiu nuostabią draugę Klaipėdoje. Labai mėgstu dainuoti. Kai sunkios akimirkos, pradėdu dainuoti. Kiekvienai situacijai turiu savo dainą.“; Užuojauta - Vyrui, nes jam sunku rūpintis manimi, per mano ligą išmoko skaniai gaminti ir prižiūrėti mane.“; Nesaugumas – „Kartais būna dabar, nes nematau“; Pilnatvė – „Buvau ir esu gera mama ir močiutė. Griežtai auklėjau savo dukras. Išaugo tvarkingos ir protingos. Yra kuo didžiutis.“ <...>“ Erika randa paguodą ir stiprybę savo šeimoje, ypač būdama su savo vyru, kuris ja rūpinasi sunkiu laikotarpiu. Erikos emocinis išgyvenimas yra įvairus ir kompleksinis, tačiau ji randa būdų, kaip su tuo susidoroti, pvz., dainuodama ar vertindama savo vaidmenį kaip motinos ir močiutės.

Eduardo pasidalinimai vieno užsiėmimo metu, parodė, kad jis nelabai ko laukia savo gyvenime. Tarsi nieko gero jau negali atsitikti. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Peržiūrėjęs visą metaforinių kortų kaladę, vyras išrinko dvi korteles (*1.1. priedas.*). Paprasčiau pakomentuoti, ką reiškia pirma kortelė: tai berniukas, kuris pasiekė savo svajonę, tikslą. Vyras prisipažino, kad jis taip

ir nepasiekė savo svajonių. Kad vaikystėje gyveno kaime, tėvo neturėjo nuo 3 metų, dirbti pradėjo nuo vaikystės, beveik nuo septynerių metų. Turėjo dar keturias seseris ir visiems reikėjo pagalbos. Antra kortelė: kariuomenės laikų prisiminimai. Pasakoja, kad tai labai geri laikai buvo. Nes pacientas turėjo draugą ukrainietį, ir jie kūrė ateities planus. Kartu norėjo ir toliau po kariuomenės plaukti su laivais. Bet pacientui reikėjo grįžti namo, nes turėjo padėti mamai. Su draugu po grįžimo namo dar susirašinėjo pusmetį. Toliau draugas išplaukė su laivu į ekspediciją ir ryšys dingo. Pabrėžė, kad visas gyvenimas žlugo. <...>“ Šiuo atveju, metaforinės kortelės pasitarnavo kaip puikus pagalbininkas: pirma, padėjo pacientui Eduardui grįžti į prisiminimus apie nepasiektas vaikystės ir draugystės svajones, išsipasakoti, antra, palengvino terapeutui darbą - padėjo greičiau išsiaiškinti paciento būseną, nuotaiką ir požiūrio į gyvenimą priežastis. Eduardo pasidalinimas apie nepasiektos vaikystės svajones ir nenumatytą draugystės pabaigą, parodė, kad gyvenimo aplinkybės ir likimas buvo jam nepalankūs. Jis pajuto praradimo jausmą ir nusivylimą dėl to, kaip jo gyvenimas klostėsi. Jis jaučiasi nusivylęs ir nesupranta, ko dar tikėtis iš gyvenimo.

Skirtingi pacientai susiduria su gydymu ir jo priėmimu skirtingai, remdamiesi savo individualiu požiūriu ir patirtimi. Emocinis stabilumas ir pasitikėjimas gydymo procesu labai svarbūs, tačiau tai gali skirtis, priklausomai nuo kiekvieno žmogaus individualių poreikių ir patirčių.

- **Gyvenimo kokybė ir socialinių ryšių kūrimas**

Dramos terapijos užsiėmimų metu nemažai dėmesio buvo skiriama papildomų vidinių resursų ieškojimams ir jų palaikymui. Per sesijas išryškėjo tokios aktualijos, kaip artimųjų žmonių svarba pacientams, patyrusiems insultą; gyvenamosios vietos svarba (pvz., namai, gamta); mokėjimas pasidžiaugti mažais dalykais; savo gyvenimo įvykių vertinimas.

Tyrėjos refleksija:

Kai Viktorui padaviau dėžę su žaislais, jam pavyko atsipalaiduoti, nes lėtai ir kruopščiai jis apžiūrinėjo kiekvieną žaislą. Išsirinkęs mažą, iš siūlų padarytą lėlytę (1.3. priedai), vėl pasakoja apie Leokadiją Ivanovną (vardas pakeistas). Iš pasakojimo supratau, koks buvo ir yra stiprus ryšys su pirmąja žmona iki šiol. Moters jau daug metų nėra, o Viktoras žmoną vis sapnuoja. Ypač sapnų šia tema padaugėjo po insulto. Kalbėdamas apie Leokadiją Ivanovną, vyras išsitiesdavo, veidas šviesėjo, kalba darėsi sklandi ir rišli. Šiek tiek pergyvenu dėl sapnų interpretavimo. Pasiūliau jam pagalvoti, gal žmona ateina į sapnus, nes nori suteikti vyrui jėgų. Pagal taisykles turėjau klausti paciento, ką jis mano, kodėl pirmoji žmona ateina į sapnus, turėjau

tyrinėti sapną, remdamasi tik vyro interpretacijomis. Bet labai jau norėjau suteikti dar vieną vidinį resursą.

Interviu metu paaiškėjo, koks svarbus yra artimųjų buvimas šalia ir jų palaikymas. Taip pat labai svarbūs prisiminimai apie žmones, išėjusius iš gyvenimo. Tokie prisiminimai turi labai stiprų gydantį poveikį, kai pacientai juos prisimena. Pvz.: „<...> Aš prisimenu mergaitę, Leokadiją Ivanovną (vardas pakeistas), aš jos niekada nepamirštu, toks jos vardas. <...>; <...> Na, truputį yra. Duoda prisiminimai jėgos <...>; <...> [nuotraukos su žmoną] pirmos ir antros visi tenai pas mane yra. Visi iš jaunystės. Laiveliai irgi tenai yra. <...>“ (V.) Taip pat Viktorui yra labai svarbi dukterėčia, brolio dukra, pats brolis, kaimynai. Turi ir svarbius jam gyvūnus, ir mėgstamą veiklą. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Dėliodama sagas, kurios simbolizuoja pacientui svarbius žmones ir mėgstamą veiklą, Viktoras sau pasirinko raudoną burbuliuką su varpeliu. Apačioje, šalia vyro juoda saga - dukterėčia, kuri labai rūpinasi ir myli dėdę. Išsiaiškinau, kad ir pacientas myli ją. Medinė saga - katė, juoda apversta saga – šuniukas (mylimas ir labai svarbus paciento gyvenime), gintaras - miškas (vieta, kur vyras pasikrauna), auksinė saga – draugas, o raudona – draugo žmona (kažkada pacientas padėjo jiems susipažinti, susituokti, ir ilgus metus draugauja su vyru, labai palaiko pacientą), šviesiai ruda saga – brolis (santykiai geri, bet retai susitinka), kairiame kampe juoda saga – (hobi, labai patiko remontuoti mašinas, kažkada turėjo savo auto servisą, dabar sveikata neleidžia). Iš dešinės, kampe juoda saga - antra dukterėčia, (kuri gyvena Norvegijoje). Po jos bordo spalvos su auksu saga – buvusi žmona, ir šalia mažytė saga - bordo su baltu – jos sūnus. Pilka saga dešiniame apatiniame kampe tai sūnus, kuris yra labai svarbus pacientui, bet kurio labai seniai nematė. Taip pat pacientas niekada nėra matęs savo mažosios anūkės – balta mažytė sagutė. Ir jis labai pyksta ant antros žmonos, didesnė balta saga, nes ji kalta dėl to, kad jos sūnus nebendruoja su tėvu. Dar vyrui labai svarbus kaimynas centro apačioje juoda saga ir kaimyno vaikai, du vaikinai – mėlyna ir balta saga. Kaimynai labai padeda pacientui taip pat. <..>“ (1.5 priedas)

Tyrėjos refleksija:

Trečią kartą matau šį pacientą ir visada skirtingos nuotaikos. Pirmąją sesiją buvo susidomėjęs ir labai patenkintas, kad kažkas jam skiria dėmesį, nuotaika buvo labai pakylėta. Antrą sesiją – labai prislėgtas ir pavargęs. Trečią – labai rimtas, susikaupęs, šiek tiek atsiribojęs nuo manęs, visu kūnu buvo nusisukęs nuo manęs šonu ir visai į mane nežiūrėjo beveik pusę užsiėmimo. Nežinau, gal jam buvo šiek tiek nesaugu man pasakoti apie savo šeimyną? Arba veikia buvimas reabilitacijos centre? Sesijos pradžioje tyrinėdamas emocijų kortas, sustojo ties žodžiu „meilė“, praskambėjo sakiny: “

Aš nieko nemyliu ir manęs irgi niekas nemyli.“ „Ar tikrai taip?“ - paklausiau aš. Bet vyras dėlioja korteles toliau ir į klausimą neatsako.

Aš prie šitos temos grįžau po Socialinio atomo užduoties. Ir pavyko „pralaužti,, ledus. Sesijos pabaigoje, Viktoras buvo pasisukęs į mane veidu. Žvilgsnis tiesus, kalbėjo drąsiai. Iš veido išraiškos supratau, kad buvo savimi patenkintas.

Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Po sagų dėliojimo, užklausu: „Ar patiko sudarytas sagų žemėlapis?“ Pacientas atsakė, kad taip. Akcentavau, kad: „sesijos pradžioje, kai dėliojote emocijų korteles, apie kortelę, su žodžiu „meilė“, pasakėte, kad jūs nieko nemylite ir kad Jūsų niekas nemyli. Ar tikrai taip yra? Matau, kiek .yra aplink jus svarbių žmonių ir gyvūnų, kuriems Jūs rūpите.“ Sutiko su manimi. Paklausiau: „Bet turbūt ir Jūs kažką mylyte?“ Sako: „Taip, myliu dukterėčią, brolių ir sūnų.“ Ir vėl pakartojo: „Kad jo sūnus gyvena Vilniuje, bet visai neatvažiuoja.“ Tada paprašiau pacientą atsiveikinti su kiekviena saga ir ką nors palinkėti kiekvienai. Visiems linkėjo gerų dalykų, tik antros žmonos sagą su pykčiu ir agresija grąžino atgal. Sau palinkėjo sveikatos. <...>“.

Socialiniai ryšiai yra svarbus vidinis resursas, kuris gali padėti palaikyti emocinę paciento savijautą. Artimųjų, draugų ar bendruomenės parama gali turėti didelės įtakos paciento emocinei gerovei ir padėti jam įveikti sunkumus bei pagerinti gyvenimo kokybę.

Labai svarbu pacientams yra namai, aplinka ir gamta. Viktorui miškas yra labai reikšmingas gamtos elementas; net mokykloje jis turėjo slapyvardį „Lisovičok“, rodantį jo gilų ryšį su gamta: „<...> Aš, kai buvau kitoje ligoninėje, ten irgi miškas aplink, vasarą tai buvo. Buvo labai seniai, šešiasdešimtieji metai. Ligoninė didelė, didelė, miške, na, suoliukai, tada galima buvo išgerti, nueisi, ateis berniukai, mergaitės, atsisėsime ant suoliuko, aišku, slepiamės, nuo sanitarų. Miškas aplink ir ežeras arti. Žvejojame. Žuvį po to parduodam.<...>; <...> tai aš mišką aplamai mėgstu. <...>“ (V.)

Stebint Erikos pasidalijimą ir tyrinėjant emocijų korteles, supratau, kad namai, šeima ir draugai yra jos tvirtovė ir aplinka, kuri teikia jai saugumo jausmą. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Erika pasidalino, kad jai labai patinka Kalėdų laikotarpis ir labai laukia šitos šventės, nes labai patinka, kai susirenka visa šeima. Taip pat, tyrinėjant emocijų kortas sužinojau, kad pacientė jaučia pagarbą tėvams, draugams. Visada skambina draugams, labai mėgsta pokalbius telefonu. Bet neapkalbinėti, o tiesiog bendrauti. Paskutiniu metu daug galvoja apie seseris ir brolių, stengiasi skambinti jiems. Šeimoje Erika jaučiasi saugi. Visada būdavo ir yra smalsi, domisi įvairiais dalykais. Sunkiomis akimirkomis gali laisvai išsiverkti, mano, kad tai padeda atsipalaiduoti. <...>“ Šeima Erikai - tikra tvirtovė, kurioje ji jaučiasi saugiausiai. Pacientės gyvenimo kokybę ir emocinę gerovę didžiajia dalimi lemia artimųjų, šeimos bei draugų palaikymas.

Eduardas sugeba pamatyti gražius daiktus, reiškinius ir vertinti kito žmogaus rankų darbus, išsaugoti teigiamą požiūrį, net būdamas pats savimi nepatenkintas: „<...> O, a šitą, tik-tik-pik-tik [parodo rankomis, kad groja viena ranka]. Kur suki, šarmanka. šarmanka, šarmanka. <...>“ (E.) Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Eduardas labai žavėjosi muzikine dėžute, sakė, kad ji yra tokia mažytė ir kažkas ją rankomis padarė. <...>“; „<...> Vyras lėtai ir neskubėdamas pradėjo tyrinėti kiekvieną muzikinį instrumentą. Rankomis apžiūrėjo kiekviena instrumento detalę. Daugiausiai sustoja prie dubenėlio ir Ugnies bei Vandens varpelių, patiko Lietutis. Grodavo, klausydavo, kaip instrumentai skamba, bet daugiausia domisi tuo, iš ko instrumentas padarytas, viską atlikdavo tyloje. Tik uždavė vieną klausimą: “Kas tuos instrumentus sugalvoja?”, o veide atsispindėjo suinteresuotumas ir nuostaba. <...>“ Nors Eduardas neprarado galimybės žavėtis ir vertinti kitų žmonių darbų, pats jis mažai ką gali atlikti. Ir tai gali būti prastos nuotaikos priežastis. Tai pasimatė „Vidinių resursų ieškojimo“ užsiėmimo metu.

Tyrėjos refleksija:

Po visos sesijos atėjo mintis, kad vyras gali turėti depresijos požymių. Jei pažiūrėtume, kokią sagą jis pasirenka sau, tai pačią mažiausią ir tamsiausią, pomėgiai irgi mažos sagos. O visi artimieji didesnės sagos ir ryškesni pagal spalvą ir formą. Labai liūdna, kad vyras neišeina pasivažinėti į lauką. Manau, kad, jei jis įgarsintų savo problemą vienai iš slaugytojų ir gražiai paprašytų, kad po pusvalandžio padėtų jam užvažiuoti ant kalniuko link centro, jo prašymas būtų patenkintas. Bet baimė, stipriai susirgti po pasivaikščiojimo, apriboja Eduardo galimybę išvažiuoti į lauką. Nes, kai ieškojo gamtai sagos, veidas buvo toks švytintis, kelis kartus pakartojo, kad saga gamtai turi būti pačia gražiausia. Dar įdomu, kad, kai bandėme tyrinėti pomėgius, nieko nerado, ką galėtų pasakyti pradžioje. Sako: „Aš visai nieko negaliu daryti.“ (1.6. priedas)

Eduardo gebėjimas mėgautis aplinka ir gamta yra labai svarbus jo emocinei gerovei, tačiau jo gebėjimas daryti veiksmus yra ribotas.

Gyvenimo kokybė ir socialiniai ryšiai yra esminiai veiksniai, turintys esminį poveikį pacientų emocinei gerovei ir psichologiniam atsigavimui. Turėdami stiprius ryšius su artimaisiais, galimybę mėgautis gamtos grožiu ir gebėjimą vertinti grožį, pacientai gali patirti didesnę gyvenimo prasmės jausmą ir emocinį stabilumą.

3.3. DRAMOS TERAPIJOS VAIDMUO REABILITACIJOS PROCESĖ

Trečioje temoje, kaip efektyvus ir įtraukiantis būdas skatinti reabilitaciją, aptariami įvairūs dramos terapijos aspektai: atsipalaidavimas, istorijų pasakojimų svarba pacientams, požiūris į gyvenimo pokyčius, dramos terapijos įvairovė bei jos apibūdinimas kaip veiksminga terapinė priemonė. Tema suskirstyta į dvi potemes:

- Pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimų metu.
- Dramos terapija reabilitacijos procese.

Toliau bus pateikiamas kiekvienos potėmės aprašymas.

• Pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimo metu

Dramos terapija suteikia pacientams saugią erdvę išreikšti save ir atsipalaiduoti nuo psichologinių bei emocinių įtampų. Per įvairias dramines veiklas, tokias kaip improvizacija ar kūrybiniai žaidimai, asmenys gali išlaisvinti savyje glūdinčias įtampas ir nerimo jausmus, kurie dažnai trukdo reabilitacijos procesui. Interviu metu pacientai pasidalino, kad sesijos metu pavykdavo atsipalaiduoti: „<...> *Taip. Savime ji truputį, kažkaip atsipalaiduoja.* <...>“ (E.) Eduardui pavykdavo įsitraukti į veiklą, žaisdamas, pacientas pradėdavo pasakoti istorijas iš savo gyvenimo arba palaikydavo pokalbį su tyrėja. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Parodžiau Eduardui metaforines korteles ir sakau: „Jau pažįstate korteles, ir tikiu, bus nesudėtinga sugalvoti pagal korteles pasaką. Ar sutinkate pažaisti?“ Linktelėjo galva. Tam, kad pacientui būtų drąsu, pradėjau pirma kurti pasakos pradžią: „Vienoje karalystėje gyveno princas, ir jis stengėsi visus gyventojus apsaugoti nuo blogio.“. Sekančią kortelę paėmė į ranką vyras ir pratęsė: „Tame mieste gyveno mergaitė, kuri norėjo išsokti pro langą“. Aš vėl toliau tęsiau, „Šią mergaitę, princas ir kiti gyventojai užsinorėjo išgelbėti.“ Vyras atsipalaidavo ir su kiekviena kortele veiksmas buvo pozityvesnis. Priklausomai nuo kortelėje abstraktaus piešinio buvo ir kuriamas pasakojimas. Kartais Eduardas tiesiog papasakodavo, ką mato kortelėje. Prieš pasakydamas sakinį, ilgai tyrinėdavo kiekvieną kortelę. Kai visai atsipalaidavo paklausė: „Ar galiu Jums užduoti Mįslę? Jus gi išsilavinusi moteris?“, atsakau „Taip, prašau, pasakykite, labai įdomu“. Vyras uždavė klausimą: „Kas negali būti be ko tai?“. Pasakiau: „Tikrai labai sudėtinga mįslė, kad nežinau atsakymo.“ Vyras sako: „Niekas negali būti be pavadinimo! Ši mįslė visiems yra sudėtinga.“ Pritariau jam, kad labai gera mįslė. Kai įveikėm daugiau nei pusę kaladės, pasiūliau užbaigti pasaką, nes pacientui antrą valandą reikėjo keliauti į kitą procedūrą. Pasaka buvo su laiminga pabaiga. <...>“ Ši ištrauka iš stebėjimo dienoraščio parodo, kokią

stiprią galią turi metaforinės kortos, dramatiškas projekcijos metodas. Pratimų dėka (kortelių tyrinėjimas ir pasakos kūrimas), Eduardui pavyko aktyvuoti tokius vidinius resursus, kaip žaismingumas ir kūrybiškumas, o taip pat pacientas perėjo nuo pasyvios pozicijos prie iniciatyvios (jis pasiūlė savo "žaidimą" - Mįslę).

Viktoro pasidalinimas interviu metu rodo, kad išėjus iš palatos ir nuveikus kažką įdomaus dramos terapijos metu, jam pavyko atsipalaiduoti, nusiraminti: „<...> *Tampu ramesnis, pamiršti, kad vėl į savo urvą reikia grįžti.* <...>“ (V.) Viktorui pavyko labiausiai atsipalaiduoti, piešiant savo portretą. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Parodžiau vyrui baltą balioną ir paprašiau nupiešti savo veidą. Sulaukiau daug komentarų, kad jis nemoka piešti ir nesugebės savęs nupiešti. Padrąsinau vyrą, kad visi moka piešti veidą, tam papildomų sugebėjimų nereikia. Nusišypsojo man, paėmė teptuką į ranką ir pradėjo atlikinėti užduotį. Aš laikau balioną rankose. Sako, „kad neprisimena, kokios spalvos jo akys“. Paprašiau, kad jis į mane pasižiūrėtų, per visą sesiją vyras pirmą kartą pažiūrėjo man į akis. Sakau, „Mėlynos, net sakyčiau žydros spalvos jūsų akys.“ Piešančio vyro veido išraiška keičiasi. Piešimo metu Viktoras tapo ramesnis. Pradėjo daug žiovauti, tarsi iš kūno išeidinėjo įtampa. Piešė vyras neskubėdamas, sukoncentravęs į piešimą. Viktoras nupiešė portretą. (1.7. priedas). <...>“ Po truputį pacientui pavyko įsitraukti į veiklą, proceso eigoje atsirado stipresnis kontaktas su terapeute. „<...> Pasakiau: „Labai į jus panašus portretas, kad jums visai neblogai pavyko atlikti užduotį.“ Vyras nelabai manimi patikėjo. Sako: „Reikia tikrą dailininką pakviesti, kad mane nupieštų.“ Sakau: „Man Jūsų portretas mielesnis, negu profesionalaus dailininko portretas, nes Jūs pats jį nupiešėte. Kada paskutinį kartą, apskritai, piešėte?“ Sako, kad neprisimena. Paskui, paprašiau nupiešti plaukus, bet paaiškinau, kad plaukai gali būti įvairių spalvų, priklausomai, kokia Viktoro šiandienos nuotaika. Sutiko nuspalvinti plaukus. Piešdamas pasidalino, kad „Jaunystėje dažė plaukus, turėjo garbanotus kaštoninius plaukus ir draugai davė jam slapyvardį – Graikas“ (panašus buvo į graiką). Piešimo metu jau laisvai bendravo su manimi, pažiūrėdavo man į akis. Kai baigė nuspalvinti plaukus, pasakiau, kad nuostabus portretas gavosi. Viktoras buvo labai patenkintas. <...>“. Portreto piešimas leido pacientui ne tik atsipalaiduoti, bet ir truputį pakelti savo savivertę. Pavyzdžiui, sužinojęs, kokios spalvos jo akys, pacientas galbūt pasijuto tikras, apčiuopiamas ir matomas. Po insulto paciento savivertė žema ir pakitęs savęs tapatybės jausmas. Šio pratimo dėka, pacientas patyrė save „matomu“, o būti „matomam“ yra labai stipri patirtis. Tuo pačiu pacientas tarsi ir pats save iš naujo „apžiūrėjo“, „pamatė“, kas simboliškai sietųsi su tarsi susipažinimu su „nauju“ – pakitusių galimybių, pakitusioje situacijoje atsідūrusiu – savimi.

Erikos pasidalinimas interviu metu apie dalyvavimą užsiėmimo „Smėlio dėžė“, su muzikos terapijos elementais, atskleidė, kad, nors sesijos metu buvo labai daug prieštaringų emocijų ir jausmų, dėl regos praradimo ir dėl negalėjimo matyti muzikinių instrumentų, galiausiai pacientei pavyko atsipalaiduoti: „<...> *Gerai labai geras jausmas. toks na, kaip praskraidant gyvenimą, toks vyks, Ramus, geras. Taip ramiai, nu toks komfortas.* <...>“ (Er.)

Dramos terapijos užsiėmimai leidžia pacientams kurti ir dalintis savo gyvenimo istorijomis per kūrybinius procesus – per projekcinius žaidimus. Projekciniai žaidimai ypač svarbūs tiems pacientams, kuriems sunku išreikšti savo mintis ir turintiems problemų su kalba. Projekcinės užduotys padeda pacientams atrasti vidinę stiprybę ir pasitikėjimą savimi. Viktorui, atliekant įvairias dramos terapijos užduotis, pavykdavo nemažai papasakoti apie save ir savo gyvenimą: „<...> *Buvo linksmiau, galėjome kalbėti, pasakoti.* <...>“ (V.) Sesijoje „Aštuoni kambariai“, svarbiausias tikslas buvo, kad Viktoras pasidalintų savo gyvenimo istorijomis ir papasakotų apie savo namą, kuris jam labai svarbus. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> *Pacientas papasakojo, kad jam labai patinka būti svetainėje. Ten jis ir miega. Kambaryje yra trys lovos, viena didelė ir senovinė. Kai buvo jaunas, per langą užlipdavo moterys pas vyrą į svečius. Būdavo linksma. Dabar, aišku, ne taip linksma, bet svetainėje vyrui patinka būti. Svetainėje dažniausiai svečiai renkasi. Po svetainės, keliavome į kūrybinį kambarį. Šitam kambaryje labai daug reikalingų dalykų vyras turi, pvz., seną kariuomenės albumą. Kariuomenėje praleido tris metus. Dar kūrybiniam kambaryje lituoklis guli, kartais su juo pacientas dirba. Miegamasis – tokio kambario dabar neturi, miega svetainėje. Finansų kambaryje ilgai neišbuvome, nes pacientui pradėjo painiotis kambariai, sumaišė su kūrybiniu kambariu, pradėjo tą patį pasakoti. Tamsiame kambaryje, rūsyje, gyveno daug pelių, ir sudedama tai, ko nereikia. Sakau: „Ar yra noras sutvarkyti šį kambarį? Atsakė: „Kad nenori, tinka jam ir toks kambarys“. Kuo daugiau vyras pasakojo, tuo daugiau galva nusileisdavo žemyn, nugara visai palinko link stalo. Pasakiau: „Aš Jūsų visai jau nematau. Galiu pamatyti Jūsų akis?“ Vyras tada išsitiesė ir pažiūrėjo į mane, veidas rodė pasitenkinimą. Paklausiau: „O gali būti metaforiškai tame tamsiame kambaryje paslėptos paslaptys? Gal yra kažkas, ką norėsi išmesti?“ Vėl nuleido veidą žemyn. Vyras atsakė: „Kad jam patinka rūsys toks, koks jis yra“. Pasiūliau pacientui nukeliauti į paskutinį kambarį – tuščias kambarys, gal jo ir nėra, bet, jeigu būtų, ką norėtumėte jame turėti ir kas tenai gyventų? O vyras sako: „Kad aš turiu tokį kambarį, mamos kambarį, jame niekas negyveno. Ką norėčiau pakeisti, gal tapetus, taip darė mano mama.“ Bet vyras į šį kambarį retai ateina, nes jame gulėjo paskendęs keturių metų sūnus, po to, mama. Ir kadangi prisiminimai labai liūdni, pacientas visai į tą kambarį neužsina. Sakau: „Jūs turite tokį didelį namą!“ Atsakė: „Taip, kažkada jo tėvas dirbo girininku ir valdžia padovanojo jam šį namą, namas medinis ir buvo perneštas į kaimą.“ Kaip įdomu, pasakiau,*

„kad Jūsų namas moka keliauti.“ Vyras nusišypsojo. Sako: „Taip, bet dabar namas labai apleistas ir pusiau sugriautas stovi, laukia savo šeimnininko.“ Pasakiau: „Kad jau greitai šeimnininkas keliaus namo.“ Vyras paklausė: „O kada tai bus?“ Atsakiau: „Kitos savaitės pabaigoje, nedaug jau ir liko. Bet tam, kad galėtų tvarkyti namą, būtų visai neblogai pavaikščioti į procedūras ir dar sustiprinti savo sveikatą. Kaip Jūs manote?“ Jis su manimi sutiko. <...>“ Viktoro pasakojimas apie kambarius atskleidžia akivaizdų vyro prisirišimą prie namo ir jo svarbą vyro gyvenime. Ši patirtis ne tik leido Viktorui išreikšti save, bet ir paskatino praplėsti savo suvokimą apie savo aplinką ir save patį ir susimąstyti apie reabilitacijos centro procedūrų naudą bei asmeninę prasmę reabilitacijos procesui. Kadangi Viktoras iš visų trijų pacientų gavo daugiausiai dramos terapijų sesijų, pasidalinsiu iš stebėjimo dienoraščio užrašų paskutiniosios sesijos tyrėjos refleksija.

Tyrėjos refleksija:

Šiandien Viktoras noriai pasakoja, apie savo dienos įvykius ir kad jis aplanko visas procedūras. Toks stiprus pasikeitimas... Įdomu, kas paskatino tokį pasikeitimą? Ar mano pastebėjimas, kad, jeigu vyras nori grįžti ir rūpintis savo namais, jam reikėtų lankyti visas procedūras? Ar tai dėl mūsų susitikimo interviu metu? Gal čia bendromis jėgomis pavyko motyvuoti vyrą eiti į procedūras? Su pacientu nemažai bendrauja ir slaugytojai. Jau yra ryšis su „mergaitėmis“, taip vyras vadino slaugytojas, o patį save vadino „be dantų angelų“. Taip pat ir kiti tarpdisciplininės komandos specialistai dirba su pacientu. Tai atskleidžia, kad pacientui suteikiama plataus spektro pagalba ir rūpinimasis, kurio rezultatas gali būti tokie teigiami pokyčiai.

Dramos terapija suteikia pacientams saugią erdvę išreikšti save ir atsipalaiduoti nuo psichologinių bei emocinių įtampų. Per įvairias dramos veiklas, tokias, kaip istorijų pasakojimas ar kūrybiniai projekciniai žaidimai, pacientai gali išlaisvinti savyje glūdinčias įtampas ir nerimo jausmus, kurie dažnai trukdo reabilitacijos procesui. Bendrais bruožais galima teigti, kad dramos terapija buvo veiksminga ir naudinga visiems tyrime dalyvavusiems pacientams, padėjusiems jiems įveikti sunkumus, rasti saviraiškos būdus ir pajusti palaikymą terapijos metu.

- **Dramos terapija reabilitacijos procese**

Dramos terapija yra galingas įrankis, kuris suteikia žmonėms saugią erdvę pažinti save, išreikšti savo jausmus ir atsipalaiduoti nuo psichologinės bei emocinės įtampos. Jos svarba ir nauda reabilitacijos procese yra neįkainojama, nes leidžia pacientams atrasti savo vidinę stiprybę, pasitikėjimą savimi ir suvokti gyvenimo įvairovę. Per dramos terapijos sesijas tyrime dalyvavę

pacientai aktyviai pasidalino savo patirtimi ir įžvalgomis, atskleisdami, kaip šios sesijos į jų gyvenimą atnešė pokyčius ir palengvino jų kovą su iššūkiais.

Tyrimo dalyviai teigiamai įvertino dramos terapijos sesijas. Pvz., „Smėlio dėžė“ su muzikiniais elementais. Viktoras pasidalino: „<...> *Aš tapau muzikantu! <...>*“ (V.), dažnai, visose dramos terapijos sesijose, vyras prisimindavo, kaip jis grodavo instrumentais. Eduardui daugiau patiko apžiūrinėti instrumentus, iš ko jie padaryti ir labai jam buvo smalsu, kas tokius instrumentus sugalvoja: „<...> *Na, tokie visokie vat, „pricendolini“.* *Sunku pasakyti. Na, bendrai. Sakau, vat, viskas buvo įdomu. <...>; <...> Vo, muzikinė sesija patiko. Nuuu įvairovė,, tokia įdomi. <...>; <...> Tokie vat, kažkas kažką galvoja ir sugalvoja. <...>*“ (E.) Viktorui patikdavo žaisti: „<...> *Kai pažaidžiame, tai neišsigandau, supratau, kad čia visiškai kitas, ir viskas. <...>*“ (V.) – Viktoro refleksija apie sesiją „metaforinės kortelės“. Eduardo teigiamas DT vertinimas: „<...> *Visi užsiėmimai. Ne į negatyvią pusę, o į pozityvią pusę. <...>*“ (E.). Paklausus Eriką, kaip ji jaučiasi užsiėmimų metu ir po jų, pacientė prisimena pasakos skaitymo sesiją. Jos pasidalinimas apie emocijų įvairovę, kad gali būti malonios ir nemalonios: „<...> *Nu, {juokas} iš tos pasakos ir tą ramumą, šviežiau, žmogus gali būti ramus ir neramus. <...>*“ (Er.) Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> *Aš pasidalinau, kad ši pasaka iš nuostabios knygos, kurią parašė psychologė, būtent suaugusiems žmonėms, o tiksliau moterims. Ir, kad aš dabar kviečiu truputį aptarti šią pasaką, aišku, jei pacientė turi jėgų tai padaryti. Moteris sutiko. Ir mes pasišnekėjome apie pasakos dalyvę, moterį, kuri labai norėjo pagydyti savo vyrą ir kiek jai reikėjo kantrybės tam, kad savo tikslą pasiektų. Kiek teko išgyventi įvykių, patirti skirtingus jausmus ir emocijas. Ir kad pacientės yra dabar tokia būseną, kad reikia nemažai pastangų, kad eitų į visas procedūras, mokytųsi tvarkytis naujoje realybėje. Nedaug mes bendravome, bet pabaigoje moteris pasakė, kaip gerai, kad atėjau, kad turiu kažkokią kitokią energiją ir tai gerai. Susitarėme pasimatyti ketvirtadienį. <...>*“ Emocinis palaikymas ir supratimas yra svarbūs Eriakai terapijos metu. Moteris yra pasiryžusi įveikti iššūkius ir siekti savo tikslų.

Interviu metu į užduotą klausimą: „Papasakokite, kas buvo labiausiai reikšminga sesijos metu?“, Eduardas atsakė: „<...> *Apverčiate gyvenimus. Na, į gerąją pusę, aišku. Man irgi į gerąją pusę turbūt. <...>*“ (E.) Daugiau man nepavyko sužinoti, kokie tie pokyčiai, kurie vyko su Eduardu DT sesijų metu. Tik galiu pasidalinti savo pastebėjimais iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> *Pirmą kartą, kai sutikau pacientą koridoriuje, vyras vienas sėdėjo vežimėlyje, nuleidęs galvą žemyn ir buvo labai susirūpinęs. Po interviu, tai buvo mūsų paskutinis pasimatymas, pamačiau Eduardą besišypsantį ir bendraujantį su kitu pacientu. <...>*“ Per tokį trumpą laiką (dramos terapijos sesijų buvo tik keletas) negalima sužinoti konkrečių pokyčių, bet galima buvo pamatyti, kad dramos terapijos užsiėmimai turėjo teigiamą poveikį Eduardo emocinei būsenai ir bendravimui su kitais.

Pacientai dramos terapijos terminą apibūdina: „<...> *Drama tai drama. Terapija tai aišku, o drama, dramatinis teatras, drama, tai pjesė kažkokia, prisiminimai kažkokie.* <...>“ (V.); „<...> *Gal gauti istorijų pasakojimas, atsitikimas.* <...>“ (Er.) Iš Viktoro ir Erikos citatų galima suprasti, kad pacientams svarbiausia buvo istorijų pasakojimas. Eduardui užsiėmimai reiškia daugiau atsipalaidavimą, galbūt minčių išlaisvinimas: „<...> *Na, nežinau. Drama terapija bendrai...Organizmo išlaisvinimas, vat taip, kažkaip.* <...>“ (E.). Viktoro pasidalinimai apie tai, kad iš jo aplinkos niekas juo nepatikės, kad vyras vaikšto į tokius užsiėmimus: „<...> *Papasakoti kam nors, kad aš dalyvavau dramos terapijoje, niekas nepatikės manimi.* <...>; <...> *Taip. Truputį kažkaip linksmiau.* <...>“ (V.) Eduardo pasidalinimai apie tai, kaip jis jaučiasi po užsiėmimo: „<...> *Neatkreipiau dėmesio į šitą. Bendrai, man viskas gerai. Viskas gerai.* <...>“ (E.) Iš vyrų pasidalinimo, galima nustatyti, kad DT gali būti geros psichologinės savijautos šaltinis.

Manoma, kad interviu reikia atskirti nuo terapinio proceso. Buvo pasistengta taip ir padaryti, tyrėja paaiškino pacientams interviu svarbą tyrimo etape. Buvo akcentuota, kad pacientų atsakymai į klausimus padės tyrėjai suprasti, ar dramos terapijos užsiėmimai yra naudingi pacientams, patyrusiems insultą, padės suprasti, ar sukurti, pritaikyti dramos terapijos užsiėmimai galėtų padėti pacientams įveikti iššūkius, su kuriais jie susiduria reabilitacijos procese. Buvo pastebėta, kad pats interviu Eduardui ir Viktorui pasidarė labiau reikšmingas ir svarbus, kai tyrėja paaiškino interviu paskirtį. Iš tyrėjos stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Užėjusi į palatą, pamačiau vyrą, sėdintį ant lovos. Ką tik baigė pietauti. Buvo labai gražiai apsirengęs. Pižamos kelnės švarios, o marškiniai labai gražios ryškios spalvos.. Pasakiau: „Jūs šiandien labai gražiai atrodote.“ Viktoras atsako: „Mergaitės padėjo man apsirengti“. Paklausiau: „Jūs laukiate interviu?“ Atsako: „Taip“. Pasakiau: „Kaip ir žadėjau, atvežiau Jums skrybėlę.“ Vyras buvo labai patenkintas. Pakviečiau kartu su manimi nusileisti iki pirmo aukšto. Šį kartą labai tyliai nusileido iki apačios. Kai atsisėdome prie stalo, padaviau jam vyrišką šiaudinę skrybėlę. Pacientui labai patiko skrybėlė. Sako, kad namuose turi dvi skrybėles ir kad šuniukas be skrybėlės šeimnininko neatpažįsta. <...>“ Galima pastebėti, kad Viktoras ruošiasi duoti interviu, net paprašė slaugytojų jam padėti apsirengti.

Panaši situacija buvo su Eduardu. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Užėjau į palatą, vyras gulėjo lovoje, mane pamatęs, nusišypsojo. Pasisveikinau, paklausiau apie savijautą ir užklausiau: „Kada turėsite laisvą laiką interviu duoti?“ Pasižiūrėjęs į laikrodį, pasakė, kad aš pavėlavau. Supratau, kad jis manęs jau valandą laukia. Nors nebuvo sutarta tiksliai, kada ketvirtadienį pasimatysime. Tik aptarėme, kad šią dieną bus paimtas interviu. Dažniausiai aš atvažiuoju į vietą reabilitacijos centro pertraukos metu. Bet šiandien į palatą atvykau po pirmos valandos. Pirmą kartą

per visą laiką ne aš ieškojau arba laukiau kliento po procedūrų, o jis manęs laukė. Tai pasakiau, kad atsiprašau, kad truputį vėliau atvykau, bet šiandien darbo diena prasidėjo 7 ryto ir turėjau daug pamokų iš ryto ir todėl atvažiavau į centrą vėliau. Vyras buvo patenkintas, kad aš taip pagarbiai atsakiau jam į vėlavimo priežastį. Užklausiu jo dar kartą, kada galime pasišnekėti? Jis atsako, kad dabar ir turime 45 minutes. Nuėjome iki kabineto. Labai pasisekė, kad interviu metu niekas mums nesutrukdė. Atsisėdome prie stalo, aš įjungiau diktofoną ir pradėjome interviu. <...>“ Eduardo elgesys stipriai pasikeitė. Pacientas norėjo bendrauti. Tai buvo mūsų paskutinis susitikimas.

Sužinojau, kad Erika tą dieną, kai turėjo vykti interviu, labai peršalo ir prastai jautėsi. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Užėjau į palatą, pacientė gulėjo lovoje ir labai stipriai kosėjo. Pasisveikinau ir paklausiau: „Kaip Jūs jaučiatės šiandien?“ Erika atsako, kad labai prastai jaučiasi. Atsakiau: „Kad labai liūdna, kad Jūs susirgote. Ir turbūt pabendrauti mums šiandien nepavyks“. Pacientė paprieštaravo, sako: „Jei sutinkate paimti interviu palatoje. Ir aš galiu toliau gulėti, mielai atsakysiu į Jūsų klausimus“. Aš paprašiau pacientės vyro, kad paliktų mus dviese. Jis neprieštaravo. Ir aš pradėjau interviu. <...>“ Moteris buvo linkusi dalyvauti interviu, nepaisant savo savijautos. Visų trijų pacientų pavyzdžiai rodo: jų pasirengimą bei norą dalyvauti interviu, reikalingumo svarbą, norą prisidėti prie tyrėjos darbo, nuveikti kažką prasmingo.

Į klausimą: „Kaip jūs aprašytumėte savo patirtį ir santykį su terapeute dramos terapijos užsiėmimo metu?“, pacientai atsakė: „<...> Aš žinau, kad Jūs ateisite. <...>; <...> Taip. Jūs gi ne zuikis, kalbėti be reikalo nemėgstate. Nuoširdžiai sakote, kaip ir aš. Aš irgi nuoširdžiai šneku. Galėjau nešnekėti arba nesąmonių prikalbėti. Bet aš jums negaliu meluoti, tai kas nebuvo. Aš galiu taip, kaip yra. <...>“ (V.) Atsakymuose juntama pagarba terapeutei ir noras bendrauti.

Apie terapeuto darbo vertinimą: „<...> Kaip terapeuto. Nuu. Aš įvertinčiau iš geros pusės tokį terapeutą. Priėmimą (požiūrį) prie žmonių jūs turite. Kažkoks priėjimas yra. <...>“ (E.); „<...> Geras širdžiai. Gerai. gerai labai. <...>; <...> Geras jausmas, mokant klausyti, mokat visko kuo vadovaut mokat, vat tiek pasakius, labai jums tinka šitai profesijai. <...>; <...> Galvoju mokate įteikti ir perduoti. <...>“ (Er.)

Pasitikėjimas terapeutu ir saugumo jausmas: „<...> Jeigu nepasitikėčiau, aš čia neičiau. <...>“ (V.)

Galima daryti prielaidą, kad pacientai jaučia stiprų ryšį su terapeute, vertina jos darbą ir yra pasiryžę aktyviai dalyvauti terapijos procese. Tai palankios sąlygos sėkmingai terapijai ir pozityviam rezultatui.

Į klausimą, ar reikalingi tokie užsiėmimai reabilitacijos centre, visi pacientai atsakė, kad reikalingi: „<...> Taip, taip, taip. Todėl kad, tai gerai, tai atitraukia dėmesį nuo injekcijų, aš injekcijų negaunu, man ir neduoda. Siūlo, bet aš nenoriu sugadinti savo užpakalį. <...>“ (V.); „<...> Taip. Geriau valandėlę kitą geriau pažaisti <...>“ (E.); „<...> Reikalingas. Laisvas. Žmonėms tai labai.<...>: <...>Žmonėms nusiramimas yra, [stiprus kosulys] matote, kas Dedasi? <...>“ (Er.). Iš pateiktų citatų galima daryti prielaidą, kad pacientai vertina užsiėmimus reabilitacijos centre kaip svarbų ir naudingą jų sveikatos ir gerovės veiksnį. Tai rodo, kad šie užsiėmimai yra vertinga jų reabilitacijos proceso dalis.

Dramos terapija yra nepaprastai vertingas įrankis reabilitacijos procese, suteikiantis pacientams saugią erdvę išreikšti save ir atsipalaiduoti nuo psichologinių bei emocinių įtampų. Per dramos terapijos sesijas pacientai gali išlaisvinti savyje glūdinčias įtampas ir nerimo jausmus, kurie dažnai trukdo reabilitacijos procesui.

Refleksija:

Norėdama tiksliau įvertinti dramos terapijos poveikį pacientams, patyrusiems insultą, reabilitacijos procese, nusprendžiau įtraukti slaugytojų nuomonę į tyrimų rezultatus. Tai palengvino vertinimą, gavau daugiau informacijos apie menų terapijos integraciją į reabilitacijos procesą ir atsiliepinimus apie pacientų pokyčius po dramos terapijos užsiėmimų.

Tema: „Menų terapijos medicininėje reabilitacijoje, slaugytojų požiūris“

Potemė: "Socialinė izoliacija po insulto - iššūkiai ir galimybės reintegracijai“

Potemė: „Menų terapijos vaidmuo reabilitacijoje“

3 Pav. Slaugytojų išskirta tema ir potemės

3.4. MENŲ TERAPIJOS MEDICININĖJE REABILITACIJOJE, SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS

Šioje temoje „Menų terapijos medicininėje reabilitacijoje, slaugytojų požiūris“ nagrinėjami slaugytojų pastebėjimai apie socialinės izoliacijos poveikį pacientų psichologinei būklei bei reintegracijai į visuomenę. Taip pat aptariami klausimai, susiję su menų terapijos ir atskirai, dramos

terapijos, vertinimu bei šių terapijų svarba pacientų reabilitacijos procese. Tema suskirstyta į dvi potemes:

- Socialinė izoliacija po insulto - iššūkiai ir galimybės reintegracijai.
- Menų terapijos vaidmuo reabilitacijoje.

Toliau bus pateikiamas kiekvienos potemės aprašymas.

• Socialinė izoliacija po insulto - iššūkiai ir galimybės reintegracijai

Interviu metu slaugytojai pasidalino, kad pacientai, patyrę insultą, susiduria su tokiais iššūkiais, kaip socialinė izoliacija, kalbos sunkumai bendravime, pacientų nuotaikos kaita, motyvacijos sumažėjimas ir psichologinės komplikacijos. Slaugytoja Natalija pasidalino, kad paciento emocinė būseną ir fiziniai sunkumai, su kuriais jis susiduria po insulto, labai įtakoja paciento suvokimą apie procedūros naudą. Dažnai slaugytojams tenka motyvuoti pacientus: *“<...> Jeigu pacientas guli, tarkim, po insulto trisdešimt dvi dienos būna, ir tu jam sakai: „Žinokit, pone, šiandien, įsivaizduokite, reikia mums į procedūras.“ / Klausia būna: „o dėl ko tos procedūros? Man nereikalinga.“ Mes aiškiname, kad Jums reikia, tikrai. Ir būna vieną, antrą procedūrą nueina, sako: „neee, aš noriu pagulėti, man nereikia.“ [įkvėpė]. Nu, tai mums reikia taip padaryti, kad pakalbėtume su pacientu, pasakyt, kad mums tai tikrai to nereikia, o jums reikia. <...>; <...> Taip. Būna kineziterapija, jeigu du kartus mes pacientus turim vežti, tai pirmą kartą su mielu noru, antrą kartą po pietų, sako, nu, žinokit, mums jau per sunku. <...>; <...> Tai tada jau daug, nu būna / kad atsisakinėja, nenori. <...>“ (N.) Dar vienas Natalijos pasidalinimas šia tema, rodo, kokį svarbų vaidmenį atlieka slaugytojai, dirbdami su pacientais, patyrusiais insultą. Ir kokie pacientai su insultu gali būti skirtingi: *„<...> Mes Jus palydėsime, parodysime, paaiškinsim. Ir paskui būna po kokios jau savaitės, žiūrim, kad jau tas pacientas sako: „Žinot, labai ačiū, kad Jūs palydėjote“ - nu, jeigu žmogus, truputėlį sąmoningas. O jeigu būna tokiu pacientu, kad kuris guli, tik į tave žiūri, nesupranta, kur jis, ir kas jam yra, // nu, tai jam vienodai. Tai vis tiek mūsų pareiga, reikia pakelt, nuvežt, palydēt, paaiškint, sutvarkyti, išmaudyt. Viską reikia padaryti. <...>“ (N.) Slaugytoja Arina patvirtina Natalijos žodžius. Pacientų procedūrų lankymas labai priklauso nuo nuotaikos ir noro: *„<...> Taip, žmogus gali prieštarauti, ir tada gaunasi, kad jis iš vienos pusės nori, iš kitos pusės pradeda šokinėti nuotaika. Taip. <...>; <...> Tai išeina kiekvienam labai individualu. Čia nelabai atspėsi, su kokia nuotaika bus žmogus. Kokiam momente /// gal Jis šiandien apie kažką susimąstė, apie kažką nelabai malonaus/// ir ne visada pavyksta žmogų išvesti iš tokios būsenos, iš tokių minčių. <...>“ (A.) Slaugytoja Irena akcentavo, kad bendraudama su pacientais, patyrusiais insultą, pastebėjo emocijų***

kaitą ir fizinius sunkumus kasdieniniame gyvenime: „<...> Agresija, pyktis dažniausiai. Po insulto žmonės dažniausiai būna pykti, nervuoti. Taip. <...>; <...> Kalbos sutrikimas ir buvo, va, moters rijimo sutrikimas labai irgi buvo. Na, negalėjo suvalgyti maisto. <...>“ (Ir.) Slaugytoja Arina dalinasi pastebėjimu, jog yra iššūkių rasti efektyvų bendravimo būdą su pacientais, ypač, kai susiduriama su kalbos sutrikimais: „<...> Daugiau, turbūt, kalbos problema gali būti, kol priprasi prie jų. <...>“ (A.). Arina akcentavo, kad pacientams yra svarbus bendravimas su reabilitacijos centro darbuotojais: „<...> Na, taip. Daug kas nori, tiesiog pabendrauti. Išsinekti galbūt. Arba tiesiog neužtenka bendravimo. Nors palatose daug žmonių, bet kada ateini, žmogus nori pakalbėti. <...>“ (A.) Arinos pastebėjimai, labai panašūs į slaugytojos Irenos pasisakymus: „<...> Ne, tai aišku! Be abejo, kad mes /// išklausom, patariame, dar būna, vat, pasako kažką tai, mes tada patariame, tiesiog, kaip ką daryti. Jo. Ir būna nori pacientai pakalbėti. Papasakoja viską apie savo šeimą. Turi išklaudyti, Ir dar paklaust gali, kažko. Tada pacientai iš malonumo pasakoja toliau. <...>“ (Ir.) Iš slaugytojų pastebėjimų aišku, kad labai svarbu pacientų emocinė būseną. Arina papasakojo, kad būna atvejų, kada žmogus be nuotaikos ir be motyvacijos, tokiais atvejais, slaugytoja veža pacientus pas psichologus: „<...> Buvo moteris visai be nuotaikos. Dabar šventės ateina, o reikia būti reabilitacijos centre, o dar visos ligos pasirodė po insulto. Ir iš vienos pusės šypsosi, o iš kitos pusės prastos nuotaikos. Tokiais atvejais, mes nuvežam pas psichologus. <...>“ (A.) Šia tema diskutavo ir slaugytoja Natalija: „<...> Taip. Čia tikrai. Jeigu būna, tarkim, pacientas jau pradeda stipriai verkėti: „nieko nenoriu, skambinkite mano pažįstamiems arba pvz., dukrai, tegul ima mane namo, aš nenoriu.“ Tada mes einam pas psichologus, ir iškart gydytojui pranešame, po to gydytojas sako, nu, eikite pas psichologus, psichologė ateina, pakalba truputėlį palatoje. <...>; <...> Jie nelabai nori, aišku. Tada vežam į kabinetą pas psichologus, pakalba ir, jau galima pastebėti, kad iš tikrųjų, nu, tikrai palengvėjo, vieną, antrą, trečią kartą ir tas pacientas mums sako, nu, žinokite, gerai. Taip. Labai net padeda. <...>“ (N.) Slaugytoja Irena pasidalino apie psichologų svarbą reabilitacijos centre: „<...> Psichologinis reikalingas? Tai aišku, beveik kiekvienam reikalingas tas psichologinis palaikymas. Nes, nu, žmonės vis tiek pergyvena dėl savo ligos, nu, kiekvienam vis tiek, mes vedam pas psichologus, pas save čia į viršų. <...>“ (Ir.) Aprašyti pavyzdžiai aiškiai parodo, kad slaugytojai bendradarbiauja su kitais tarpdisciplininės komandos darbuotojais, šiuo atveju, su psichologais, tam, kad padėtų pacientams susitvarkyti su emocine būseną. Nemažiau svarbi socialinės izoliacijos problema gali iškilti, kada pacientai grįžta namo. Slaugytoja Natalija pasidalino, kad žmonės, patyrę insultą, būdami namuose, kai kuriais atvejais, visai gali būti neprižiūrėti: „<...> Tik mes pastebime, kad pacientai, jeigu po insulto, taigi ta reabilitacija ne vieną kartą, tai vis tiek kasmet būna. Atvažiuoja tie patys pacientai, ir labai matosi, kaip su tais žmonėmis užsiiminėjo namuose. Ten iš

giminių, jeigu tas ligonis numestas, tai visai neprižiūrėtas, iš karto matosi. O kad jau buvo ir žino, kokios procedūros buvo, kitais metais atvažiuoja, jįsai jau matosi, kad patenkintas, ir noras yra ir nori važiuoti. <...>“ (N.) Apie šią problemą užsimena ir slaugytoja Arina: „<...> *Viena pacientė pasidalino, kad vyras mirė, ir kad namuose liko visai viena. Na, ir viskas, visai viena. Nes dukra mieste gyvena, sūnus važinėja, dirba. O moteris sėdi kaime viena. <...>*“ (A.) Po slaugytojos pasidalinimų atėjo tokia mintis: rašyti prevencines programas, gauti finansavimą ir važiuoti menų terapeutams į namus, vesti individualius užsiėmimus, kad padėtų palaikyti psichosocialinę gerą žmogaus savijautą po insulto. Interviu metu šia tema diskutavo ir slaugytoja Arina: „<...> *Tai gali būti papildomas stimulus žmogui /// jei jis vienišas. Ypač labai svarbu, kai žmogus amžiuje, ir jam trūksta bendravimo, kada namuose liūdna. Ypač, kai palieka reabilitacijos centrą, namuose nuobodu, o čia galima kažką nuveikti. Svarbu parodyti, kad išeina padaryti, sudominti. <...>*“ (A.)

Slaugytojai, dirbantys su insultą patyrusiais pacientais, akcentuoja įvairius iššūkius, su kuriais susiduria tiek pacientai, tiek jie patys. Tai apima socialinę izoliaciją, kalbos sunkumus, nuotaikos svyravimus, motyvacijos sumažėjimą ir psichologines komplikacijas. Bendravimas su pacientais reikalauja individualaus požiūrio ir dažnai įtraukia kitų specialistų, tokių, kaip psichologai, pagalbą. Yra problemų su pacientų priežiūra namuose, kur reikalingos prevencinės programos ir individualūs užsiėmimai, kad būtų palaikoma jų psichosocialinė gerovė.

- **Menų terapijos vaidmuo reabilitacijoje**

Įdomu buvo išgirsti slaugytojų įžvalgas apie menų terapijos vertinimą bei jos įtaką pacientų reabilitacijos procesui. Ypač įdomu buvo išsiaiškinti, kaip slaugytojos vertina dramos terapijos taikymą ir jos naudą pacientams. Į užduotą klausimą: „Kaip Jūs manote, ar medicininei reabilitacijai reikalingi menų terapijos užsiėmimai?“ slaugytojai atsakė, pasidalindami savo įžvalgomis. Arina akcentavo atsipalaidavimo svarbą menų terapijos metu: „<...> *Reikalingi, todėl kad aaaa. Tai bus žmogui atsipalaidavimas, ir kaip emocijų paleidimas. Emocijas galima paleisti ir per šokį arba per rankų darbus gali būti. <...>*“ (A.) Arinos pasidalinimai apie menų terapijos specialistų svarbą: „<...> *Čia kaip psichologai, žmonėms reikia įsišnekėti kartais. Kad žmogus galėtų paaiškinti kokią nors situaciją. Taip ir menas turi būti, egzistuoti šalia. Todėl, kad kartais, kada viena moteris pasakojo: gerai, kada žmogus gyvena mieste, yra darbas. O kaime darbo nėra. Ką daryti namuose? Tik krosnį kūrenti. A taip, turi žmogus turėti kažkokį hobį. <...>*“ (A.) Natalijos mintys panašios su Arina: „<...> *Man atrodo, kad reikalingi.... Vis tiek yra tas užsiėmimas, kuo daugiau tų užsiėmimų, tuo geriau žmogui. Vis tiek žmogus ateina, atvažiuoja, nu, ir būna, klausia, jeigu vėl, tarkim, pacientas*

sąmoningas, tai kiek šiandien pas mane bus procedūrų? Jeigu tas pacientas nori procedūros, iš karto matosi, kad tikrai jisai nori. Oi, sako, šiandien mažiau, vakar buvo daugiau. Ir mes jau pastebėjome, kuo daugiau procedūrų, tuo geriau. Net būna taip, kad, nu, /// tarpas yra ee valandą, pusantros valandos, mes turim knygų daug, tai nešim knygą, jeigu pacientas pats negali ateiti prie knygų. Ir patenkintas tas žmogus./// Ką jis ten skaito, kaip skaito, vis tiek patenkintas .<...>“ (N.) Slaugytoja Irena akcentavo, kad dalyvavimas menų terapijos užsiėmimuose gali padėti pacientams atitraukti savo dėmesį nuo ligos: „<...> /// Na, ką aš žinau? Šiaip, kaip toks užsiėmimas, aišku, gerai. Prablaško tą pacientą. Vis tiek jau // Tiesiog. Nu, reikia to. /// prasiblaškyto. <...>“ (Ir.)

Šiek tiek buvo sudėtingas klausimas apie dramos terapijos reikšmę. Į užduotą klausimą: „Pirmą kartą, kai išgirdote terminą „Dramos terapija“, kokios asociacijos kilo?, slaugytojoms buvo sunku iškart pateikti atsakymą. Arinai dramos terapijos apibrėžimas asocijavosi su istorijų pasakojimu: „<...> Turbūt kažkas su teatru daugiau, kažkas tokia...kažkas įsišnekėti, išsipasakoti turbūt. Pirma, kas ateina į galvą. <...>“ (A.) Irenai buvo sunku atsakyti į šį klausimą, apie dramos terapiją slaugytoja sužinojo iš tyrėjos: „<...> /// Dramos terapija? //Dramos?////nežinau/// aš tai nesuprasčiau iš karto, nežinau, apie ką tiksliai čia? Ką ten daro? Dramos///Ką aš žinau, gal pasikalbėjimas kažkoks? Bet tai, na, gal Jūs paaiškinsite labiau? <...>“ (Ir.) Natalijai irgi buvo sunku atsakyti į šį klausimą. Slaugytojoms visai nežinoma kol kas dramos terapijos disciplina. Iš Arinos atsakymo apie muzikos terapiją reabilitacijos centre, supratau, kad centro darbuotojai mažai žino apie menų terapijos specialistų veiklą šioje įstaigoje: „<...> Čia Jūs turbūt apie užsiėmimus, kurie vyksta relaksacijos kambaryje? Aš ten užėjau, prisimenu, muzika groja ir žmonės sėdėjo <...>; <...> Aaaa. Tai irgi gerai žmonėms lavinti smulkia motoriką ir tuo pačiu metu ir galva dirba, smegenys, motorika ir viskas kartu. Geras dalykas! <...>“ (A.) Slaugytojai kartais atveža pacientus į relaksacijos sesiją, bet, kad toje pačioje erdvėje vyksta muzikos terapijos užsiėmimai, nieko nežino.

Interviu tikslas su centro slaugytojomis - kuo daugiau sužinoti apie pacientus, patyrusius insultą, kurie dalyvavo dramos terapijos užsiėmimuose. Pagrindinis klausimas šia tema skambėjo taip: „Kaip Jūs galvojate, kokį poveikį pacientams, patyrusiems insultą, gali turėti dramos terapijos užsiėmimai?“. Slaugytojos daugiausiai bendravo su pacientu Viktoru. Slaugytoja Arina pastebėjo, kad paciento nuotaika dažnai svyrudavo, bet po dramos terapijos užsiėmimo Viktoras būdavo ramesnis: „<...> Mm///buvo, aš pamiršau, kaip paciento vardas. Paskutinis vyras, iš Nr. palatos, Su juo truputį, jis pakankamai ilgai buvo centre, todėl turbūt daugiau pastebimas buvo. <...>; <...> aaa. Jam kaip kada, nuotaika dažnai. Tai norėjo, tai nenorėjo. Todėl kartais galima buvo pamatyti,

kad buvo pakankamai linksmas ir atsipalaidavęs.<...>; <...> Taip. O būdavo, kad įsitempęs, bet dažniausiai jis grįždavo daugiau atsipalaidavęs. <...>; <...> Tas vyras visada norėjo pakalbėti. Visada buvo už tai, kad pabendrauti. Tai jam padėdavo kažkaip. <...>“ (A.) Natalija apie Viktoro savijautą po užsiėmimo: „<...> Nu, matosi pagal savijautą. Žmogus nenuskriaustas, tikrai, viskas gerai.<...>“ (N.) Irenos pastebėjimai apie Viktoro dramos terapijos lankymą centre: „<...> ////////////// [nusijuokė], vis tiek žmogus eina su rankom, kažkoks judesys, groja kažką, judesys tas lavinasi gal. Gal labiau toks /// Garsai, tie nauji, muzikos gal jiems kažką, nu, vis tiek prablaško. <...>“ (Ir.) Irenos pasidalinimai apie „Smėlio dėžės“ su muzikos elementais sesiją. Irena buvo atėjusi pasiimti Viktoro nuvesti į kitą procedūrą. Iš duomenų galime daryti išvadą, kad po dramos terapijos užsiėmimų, Viktoras demonstruoja fizinį ir emocinį atsipalaidavimą, o tai rodo, kad dramos terapijos užsiėmimai turi teigiamą poveikį jo savijautai ir gerai būsenai. Tai leidžia manyti, kad dalyvavimas šioje terapijoje, padeda Viktorui jaustis geriau ir veiksmingai įveikti su insultu susijusius iššūkius.

Slaugytojoms sunku buvo kažką pasakyti apie Eduardą, nes jis, būdama reabilitacijos centre, mažai eidavo į kontaktą. Turėjo tvarkaraštį ir pats susitvarkydavo savo reikalus, pasirūpino savo poreikiais. Eriką visada globoja jos vyras, todėl su slaugytojomis beveik visai nebuvo kontakto. Pavyko sužinoti apie du kitus tyrimo dalyvius, kurie sudalyvavo DT užsiėmimuose, bet negalėjo duoti interviu dėl kalbos sutrikimo priežasties (afazija). Apie Romą pasidalino Natalija, kad pacientas jau ne pirmą kartą atvažiuoja į reabilitacijos centrą, ir, kad jam labai sunku pačiam orientuotis tvarkaraštyje, nes negali skaityti, bet turi didelę motyvaciją atlikti visas procedūras: „<...> Nu, tai va, tas vyras, jįsai buvo eee sąrašas procedūrom duotas, tai jįsai vis tiek nesuprasdavo, kur reikia eiti, kelintą valandą? Mes visą laiką tokius pacientus, kurie nesupranta, kur eit, kada reikia [įkvėpė], tai mes tada lydīm ir, su mielu noru, vyras, tas, kuris palatoje gulėjo Nr., tikrai žinokit, ant tiek jis buvo sąžiningas, ir dėl to, tada yra progresas, iš karto matosi. <...>“ (N.) Romas su noru eidavo ir į dramos terapijos užsiėmimus. Iš stebėjimo dienoraščio užrašų: „<...> Romas labai motyvuotai nusiteikęs pacientas. Stengiasi, kiek įmanoma, viską gerai atlikti, yra didelis noras pasveikti. <...>“

Slaugytoja Natalija pasidalino ir apie kitą tyrimo dalyvę, Danutę. Moteris ne tik turėjo afaziją, bet ji, pagal MMSMe testą, įvertinta 3 balais. Jai nustatytas silpnas sąmoningumo lygis: „<...> Moteris jįnai tokia buvo, apie kurią mes prieš tai šnekėjome, vienu žodžiu, jįnai tokia [įkvėpė], nu, „kaip Jūs norit, jūs taip ir darykit.“ Nu, ir vėl tas pats prasidėjo. Pradedam sakyti, nu, žinokit, Jums čia reikia būtinai, reikia. Čia Jums bus geriau. Nu, ir vis tiek tada pradeda verkti: „Man sunku, man reikia keltis, o ten šalta“, va, tada visokių, visokių vyksta nesąmonių. <...>“ (N.) Kadangi Danutei buvo sunku suprasti verbalinę kalbą, tyrėjai teko su ja bendrauti gestais. Iš stebėjimo dienoraščio

užrašų: „<...> Kai atėjau į palatą, šalia moters buvo slaugytoja, tai užklausiau ar galiu truputį vėliau ateiti ir pašnekinti pacientę dėl dalyvavimo dramos terapijoje. Moteris labai išsigando. Padėjo truputį slaugytoja, nuramino pacientę, kad aš tik atėjau pasišnekėti. Moteris turi stiprią afaziją. Pradžioje, kai aš pasiūliau ketvirtadienį ateiti pas mane, kategoriškai atsisakė. Rodoma gestais ir balsu, kad ji serga, ir, kad tai, neįmanoma. Bet aš švelniu balsu pradėjau pasakoti, kad čia bus pabendravimas ir dar vienas būdas padėti pabandyti atstatyti jos smegenų neuroplastiškumą. Tada moteris šiek tiek nusiramino, pradėjo rodyti man korteles, kur parašyti jos sūnaus ir dukters telefonai. Pasakiau jai, kad kaip smagu, kad ji turi vaikų. Ji pabandė pasakyti, kad turi dar ir anūką. Dar sužinojau, kad anksčiau buvo stipri moteris, o dabar bejėgė. Paradoksas, bet visas pokalbis vyko gestais, kūno judesiais ir garsais, retkarčiais pavieniai trumpi žodžiai. Bandau atkartoti moters judėjimą ir iššifruoti žodžius, ką moteris norėjo pasakyti. Kai bandė parodyti, kad buvo energinga ir pilna jėgų, iš karto padidėjo akys, balsas tapdavo stiprus, o nugarą išsitiesdavo. Kai bandė pasakyti, kad dabar ji niekam tikus, susikūprindavo ir tapdavo dvigubai mažesnė. Kai suprato, kad aš ją suprantu, tapo gyvesnė. Tarsi jau palatoje įvyko mažas terapinis veiksmas. <...>“

Slaugytojų bendras pastebėjimas apie pacientų dalyvavimą dramos terapijos sesijose: „<...> *Taip labai trumpai. Ir jie tokie, nu. Būna, kad ir negali suprast, kas ten buvo, kaip ten buvo. Svarbiausia, kad jie dalyvavo, jie buvo. A, taip, mes žinot, iš tikrųjų, tiesa pasakius, mes [įkvėpė], nu pacientas, jeigu nori važiuot, tai jis ir važiuoja, jeigu mes atvažiuojam paimti: Nu, ir kaip jums ten? Ai, nu, viskas, žinokit, gerai. Viskas gerai. // Patinka, nepatinka, tokių klausymų mes neužduodam, kadangi, nu, tikrai, žmogus, kažkaip taip, nori atsipalaiduot, pagulėti truputėlį. Nu, vis tiek, nebuvo taip, kad tikrai nevažiuosiu, tikrai nenoriu, tokių dalykų negirdėjau. <...>“ (N.) Irenos panašus pastebėjimas, kad pacientai į užsiėmimus eidavo su noru: „<...> *Galvoju, kad žmonėms čia reikalinga, vis tiek prablaškyti jiems, reikia to. Nes guli savo kambaryje, o čia ateina, pabendrauja. Užima tą laiką. Jo. Reikia užimti laisvalaikį. <...>“ (Ir.) Tikslus Irenos pastebėjimas apie pacientų, patyrusių insultą, būseną po visų reabilitacijų: „<...> *Bet šiaip žmonės iš mūsų išvažiuoja tokie jau // po reabilitacijos, po insulto, dažniausiai prabuvus ilgą reabilitaciją, vis tiek išvažiuoja stipresni, su nuotaika. Ir kai kurie, vat, būna vežimėlyje atvažiuoja, po mūsų reabilitacijos su lazdele eina. Tai toks jausmas, malonus. Kad, vat, žmogus vienoks atvažiavo, o išvažiuoja visai kitoks. Labai džiugu būna viduj. Taip. Ir po to, na, po visos reabilitacijos, kaip išvažiuoja žmogus atsiranda noras dirbti. Nes supranti, kad žmogui padedi visaip. Išvažiuoja stipresnis. <...>“ (Ir.) Irenos įžvalgos padeda mums suvokti, kokia svarbi yra reabilitacija pacientams, patyrusiems insultą. Ji pastebi didelį, teigiamą reabilitacijos proceso poveikį pacientams, įtaką jų gerovei ir vykstantiems***

pozityviems pokyčiams. Toks pastebėjimas suteikia vilčių ir motyvacijos tiek pacientams, tiek ir sveikatos specialistams, dirbantiems su jais.

Išnagrinėjus slaugytojų interviu duomenis, galima kelti prielaidą, kad menų terapija, ypač dramos terapija, yra vertingas ir veiksmingas metodas reabilitacijos procese po insulto. Dramos terapija suteikia pacientams įvairias galimybes atsipalaiduoti, išreikšti savo emocijas ir veikia kaip svarbus žingsnis link jų fizinio, emocinio ir socialinio gerovės atkūrimo.

4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS IR REFLEKSIJA

Atlikus teminės analizės kokybinį tyrimą, galima išskirti keturias pagrindines temas. Kiekviena tema padėjo suprasti, atskleisti, atpažinti pacientų, patyrusių insultą, fizinę ir emocinę savijautą ir atsakyti į klausimą, ar medicininėje reabilitacijoje dramos terapijos individualūs užsiėmimai naudingi pacientams, patyrusiems insultą. Dabar aptarsime kiekvienos temos rezultatus.

Pirmojoje temoje „**Insulto pasekmės ir jų poveikis pacientui**“ nagrinėjamas insulto pasekmių poveikis pacientams. Ligos, funkcijų praradimo, kūno įvaizdžio pasikeitimo bei vaidmenų pokyčių iššauktas žmogaus reakcijas gali lydėti įvairios emocinės ir psichologinės būsenos. Tai gali apimti sielvarto, pykčio, depresijos, kaltės ir baimės pojūčius, kurie kartu gali sustiprinti socialinės stigmatos jausmą (Falk-Kessler, 2016). Remiantis Amin ir kt. (2024), pažymima, kad dauguma insultą patyrusių žmonių susiduria su fizinėmis negalėmis, kurios riboja jų įprastą veiklą. Norint pagerinti insultą išgyvenusių pacientų jutiminį ir motorinį atsigavimą, būtina skirti daug dėmesio jų reabilitacijai ir prisitaikymui prie naujų sąlygų. Fizinis atsigavimas svarbus emocinėms reakcijoms ir psichologinei adaptacijai. Tikroji insulto patirtis kelia baimę ir kančią. Pradinis atsigavimo etapas dažnai lydimas fizinės būklės pagerėjimo, tačiau laikui bėgant, gali sukelti nusivylimą ir liūdesį. Emocinis atsigavimas apima įvairias emocijas, įskaitant netikrumą, viltį, kontrolės praradimą, pyktį ir nusivylimą (Falk-Kessler, 2016). Pacientai, patyrę insultą, dažnai patenka į "vaikišką", priklausomą būseną, kur jie tampa priklausomi nuo kitų žmonių pagalbos ir palaikymo, lyg jie vėl taptų priklausomi nuo rūpinimosi, kaip kūdikiai. Šis fenomenas gali būti suprantamas kaip būdas asmeniui išreikšti savo būklę ir poreikius, tačiau, tai taip pat kelia iššūkių, nes pacientas gali prarasti savarankiškumą ir pasitikėjimą savimi. Terapinių santykių pagrindas yra pagarba, pasitikėjimas, rūpestis orumu, sąžiningumas ir gebėjimas būti empatiškam (Falk-Kessler, 2016a). Tyrime tyrėja stengiasi palaikyti pacientų savivertę ir pasitikėjimą savimi, skatindama dalyvauti terapinėse veiklose ir grąžinti savo gebėjimus. Svarbu akcentuoti, kad pacientų kognityviniai gebėjimai, tokie kaip

atmintis, koncentracija ir emocinis stabilumas, buvo paveikti po insulto. Chau ir kt. (2023) atkreipė dėmesį, kad kognityviniais sutrikimais sergantys asmenys dažnai patiria prastesnę gyvenimo kokybę dėl sumažėjusių gebėjimų įsitraukti į įvairias gyvenimo situacijas. Šiems žmonėms trūksta kognityvinių įgūdžių, būtinų, norint savarankiškai funkcionuoti, ir tai kelia iššūkius, susijusius su socialiniu įsitraukimu. Ši problema išryškėjo mūsų tyrimo metu: fiziniai apribojimai ir kognityviniai sunkumai trukdo pacientams atlikti įprastas kasdienes gyvenimo veiklas ir sumažino jų savarankiškumą. Tyrimo rezultatuose taip pat išanalizuoti tapatybės ir savivertės sumažinimo klausimai pacientams, patyrusiems insultą. Pacientai gali jaustis praradę dalį savo buvusio gyvenimo ir jaustis, kad jie nebe tokie patys, kaip anksčiau. Mūsų gauti duomenys sutampa su Lapadatu & Morris (2019d) duomenimis. Lapadatu & Morris (2019d) pažymėjo, kad daugelis žmonių, patyrusių insultą, pradeda jausti atsiribojimą nuo savo ankstesnės tapatybės ir supranta, kad jiems tenka iš naujo atrasti, kurti savo tapatybę. Toks tapatybės pasikeitimas yra gilus ir subjektyvus, priklausantis nuo asmeninių jausmų ir patirčių. Žmonės po traumos gali pradėti žiūrėti į save kitaip, dažnai neigiamai vertindami save, net, jeigu tai nesusiję su fiziniais sutrikimais. Taip pat gali patirti sielvarto jausmą kaip emocinę būseną, kuri gali būti susijusi su funkcijų praradimu ir kitais pokyčiais po traumos ar ligos. Tyrime pacientų elgesys rodo, kaip sunku susitaikyti su netektimi, įskaitant prarastą savęs vaizdą, gebėjimus, savarankiškumą, taip pat planus ir gyvenimo perspektyvas. Pacientai turi skirtingus gynybos mechanizmus, kurie pasireiškia skirtingai skirtingų pacientų atvejais, pavyzdžiui, išstūmimas (Erikos vaikystės dalį) arba apvertimas situacijos (Viktoro nepripažinimas savo nesavarankiškumo). Insultas ir gebėjimų praradimas sukelia nesaugumo jausmą ir tai gali išryškinti skirtingus prisirišimo elgesio tipus, pavyzdžiui, siekiant bendravimo (Viktoro atvejis) ar atsiribojant nuo ryšių (Eduardo atvejis). Bendradarbiavimo sėkmė priklauso nuo gebėjimo suprasti ir prisitaikyti prie paciento individualių poreikių ir elgesio. Insulto pasekmės turėjo įtakos kiekvieno paciento gyvenimui, todėl labai svarbus pacientų noras prisitaikyti prie šių pokyčių. Kiekvienas pacientas reikalavo individualizuotos paramos ir reabilitacijos, kad galėtų atkurti arba pagerinti savo gyvenimo kokybę po insulto.

Antrojoje temoje: „**Pacientų reabilitacijos procesai ir gyvenimo perspektyvos**“ nagrinėjamas pacientų emocinis stabilumas ir jų požiūris į gydymą. Jie gali labai skirtis, nes kiekvienas žmogus turi savo unikalią patirtį, požiūrį ir motyvaciją. Tyrimas Tan ir kt., (2023) parodo, kad motyvacija yra labai svarbi, norint, kad insultą patyrę žmonės aktyviai dalyvautų reabilitacijoje. Kai žmonės jaučia vidinę motyvaciją, tenkinant savo psichologinius poreikius, jie linkę imtis veiksmų patys. Kai jie patys kontroliuoja savo veiksmus, jiems lengviau priimti reabilitacijos procesą ir geriau

jį kontroliuoti. Svarbu suprasti, kad motyvacija gali labai paveikti insultą patyrusių pacientų atsistatymą. Pacientų savijauta ir gebėjimas ar negebėjimas bendrauti su gydytojais, taip pat gali turėti didelę įtaką jų dalyvavimui reabilitacijoje. Supratus, kas skatina pacientus būti aktyviais ir siekti gerų rezultatų, sveikatos priežiūros specialistai gali sukurti veiksmingas reabilitacijos programas. Mūsų tyrime, vienas pacientas (Viktoras), turintis alternatyvų požiūrį į mediciną, linkęs pasitikėti burtininkų ir alternatyvių gydymo būdų patarimais, gali jausti didelį nepasitikėjimą tradiciniais medicinos metodais. Jo emocinis stabilumas gali būti paveiktas nepasitikėjimo ir nevilties jausmo, o tai gali trukdyti jo bendradarbiavimui su gydytojais ir reabilitacijos specialistais. Priešingai, kitas pacientas (Eduardas), siekia pasitikėti tradiciniais gydymo metodais ir vaistais bei tiki, kad tikėjimas gydymo galia yra esminis gydymo proceso elementas. Jo emocinis stabilumas gali būti stiprinamas tikėjimu ir ryžtu siekti pasveikti, nors jis gali patirti sunkumų, priimdamas naujus dalykus ar prisitaikydamas prie reabilitacijos centro disciplinų. Pacientė (Erika), neseniai patyrusi insultą, gali turėti stiprų norą pasveikti ir didelį pasitikėjimą gydymo proceso sėkme. Jos emocinis stabilumas gali būti remiamas ypatingais vidiniais ištekliais, tokiais, kaip prisiminimai apie artimuosius ir draugus, kūrybiniai užsiėmimai ir gebėjimas džiaugtis mažomis gyvenimo akimirkomis. Kiekvieno paciento emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą gali būti įvairus, tačiau svarbu užtikrinti jų palaikymą ir supratimą, siekiant sėkmingos reabilitacijos.

Žmogaus gyvenimo kokybė ir santykiai su kitais lemia jo gerovę po ligos ar traumos. Ipsen ir Repke (2022) akcentavo, kad socialiniai ryšiai yra esminiai žmogaus poreikiai, o turint daugiau socialinių ryšių ar palaikančių tarpasmeninių santykių, pagerėja sveikatos būklė ir gerovė. Priešingai, socialinė izoliacija ir vienatvė yra panašūs į rūkymą ir nutukimą, būdami svarbūs vyresnio amžiaus žmonių sveikatos rizikos veiksniai. Socialinė izoliacija, kurią Ipsen & Repke (2022a) apibūdina kaip trūkumą socialinių ryšių, o vienatvė yra nepasitenkinimas dėl šių ryšių trūkumo. Nors socialinė izoliacija yra objektyvi patirtis, vienatvė daugiau siejama su subjektyvia žmogaus patirtimi. Tie, kurie patiria socialinę izoliaciją ar vienatvę, yra linkę daugiau lankytis ligoninėse, turi didesnę depresijos lygį, prastą širdies ir kraujagyslių sveikatą bei kognityvinį nuosmukį. Ypač pažeidžiami socialinės izoliacijos ir vienatvės yra žmonės, turintys su negalia. Nepaisant kitų socialinių, demografinių ir aplinkos veiksnių, jie dažniau patiria izoliaciją ir vienatvę. Negalią turintys asmenys turi mažiau draugų ir mažiau socialinės paramos, ir dažniau „praneša„ apie didesnę socialinės izoliacijos ir vienišumo jausmą. Mūsų tyrimo analizė parodė, kad pacientams svarbu ne tik fizine, bet ir emocine prasme turėti stiprų ryšį su artimaisiais bei mėgautis gamtos grožiu. Artimųjų buvimas ir jų palaikymas turi didelę įtaką paciento emocinei būsenai. Tai atskleidė tiriamųjų pasakojimai, kokie

svarbūs pacientams yra prisiminimai apie artimuosius, net, jeigu jie jau nebegyvena. Be to, gamta ir gyvenamoji aplinka, ypač namai, yra labai svarbūs veiksniai, prisidedantys prie paciento emocinio saugumo ir gerovės. Antra, svarbi tema - gebėjimas mėgautis mažais dalykais ir gebėjimas vertinti kitų žmonių darbus. Gebėjimas pastebėti ir mėgautis grožiu aplinkoje gali turėti teigiamą poveikį paciento emocinei būsenai. O ribotos pacientų galimybės veikti arba išgyvenamos sunkios situacijos gali būti lengviau įveikiamos, jeigu yra stiprūs socialiniai ryšiai ir gebėjimas vertinti gyvenimo malonumus. Visa tai išryškino gyvenimo kokybės ir socialinių ryšių svarbą reabilitacijos procese.

Trečiojoje temoje: „**Dramos terapijos vaidmuo reabilitacijos procese**“ buvo analizuojama dramos terapijos užsiėmimų svarba pacientams, patyrusiems insultą. Ši terapija suteikia pacientams saugią erdvę pažinti save, išreikšti savo jausmus ir atsipalaiduoti nuo psichologinės bei emocinės įtampos. Per dramos terapijos sesijas pacientai aktyviai dalijosi savo patirtimi ir įžvalgomis, atskleisdami, kaip šios sesijos jų gyvenime atnešė pokyčių ir palengvino jų kovą su iššūkiais. Tai buvo ypač svarbu tiems, kurie sunkiai išreiškė savo emocijas žodžiais, nes dramos terapija suteikė jiems alternatyvias išraiškos formas. Kaip teigia Haeyen. S., (2020), profesionali menų terapija orientuota į veiksmą ir kūrybą, skatina pacientus patirti, formuoti ir veikti pagal terapinės disciplinos metodiką. Svarbus yra individualus pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimų metu. Dramos terapija suteikė galimybę išlaisvinti savyje glūdinčius įtampos ir nerimo jausmus, kurie dažnai trukdo reabilitacijos procesui. Įvairios dramos terapijos technikos, pritaikytos individualiems pacientų poreikiams, padeda jiems įveikti iššūkius ir gerinti savo psichologinę sveikatą. Teigiami pacientų atsiliepimai apie dalyvavimą sesijose su muzikos terapijos elementais ar kūrybiniais projekciniais žaidimais liudija apie dramos terapijos teigiamą poveikį jų emocinei būsenai ir bendravimui su kitais. Dramos terapija buvo veiksminga ir naudinga reabilitacijos procese. Ji suteikė pacientams galimybę pažinti save, išreikšti savo jausmus ir kovoti su iššūkiais, kurie kilo reabilitacijos metu. Taip pat ji skatino bendravimą, kūrybiškumą ir saviraišką, prisidėjo prie pacientų gerovės ir sveikatos pagerėjimo.

Ketvirtojoje temoje: „**Menų terapijos medicininėje reabilitacijoje**“ nagrinėjamos slaugytojų pasidalintos įžvalgos apie pacientus, dalyvavusius dramos terapijos tyrime. Nepaprastai svarbu pripažinti, kad slaugytojai yra esminiai tarpdisciplininės komandos nariai, nes dažnai jie ir yra tie, su kuriais pacientai praleidžia daugiausia laiko. Pasitelkę gilesnį supratimą apie paciento būklę, slaugytojai gali pasiūlyti efektyvias priežiūros strategijas ir patarimus (Ehrlich ir kt., 2022). Slaugytojai, dirbantys su insultą patyrusiais pacientais, atkreipia dėmesį į daugybę iššūkių, su kuriais susiduria pacientai ir patys slaugytojai. Tai apima socialinę izoliaciją, kalbos sunkumus, nuotaikos

svyravimus, motyvacijos stoką ir psichologines problemas. Bendravimas su šiais pacientais reikalauja individualaus požiūrio ir kartais reikalauja įtraukti kitus specialistus, pavyzdžiui, psichologus. Slaugytojai pasidalino, kad problemos su pacientų priežiūra gali kilti ne tik reabilitacijos centre, bet ir namuose. Žmonės su negalia gali jaustis emociškai izoliuoti nuo bendruomenės, ypač, jei jie jaučiasi nesuprasti ar nepriimti (Tough ir kt., 2018). Slaugytojai pasisakė apie prevencines programas ir individualius menų terapijos užsiėmimus, kurie gali padėti pacientams išlaikyti gerą savijautą ir atsigauti po insulto. Tai gali apimti meninius projektus, dramos terapiją, dailės terapiją ir kt., kurie ne tik skatina fizinį atkūrimą, bet ir skatina emocinę ir psichologinę gerovę.

Slaugytojai akcentavo, kad menų terapijos užsiėmimai, ypač dramos terapija, gali turėti teigiamą įtaką pacientų emocinei būsenai. Šie užsiėmimai padėjo pacientams atsipalaiduoti, išreikšti savo jausmus ir prisitaikyti prie naujų gyvenimo situacijų.

Vaartio-Rajalin ir kt. (2021) teigia, kad kūrybinė raiška skatina aktyvų dalyvavimą naujų idėjų, perspektyvų ar procesų kūrime. Ši veikla palengvina saviraišką, skatina socialinę sąveiką, bendravimą ir teikia emocinį palengvėjimą, o tai labai svarbu pacientams, ypač, kai jie susiduria su iššūkiais reabilitacijos procese. Tą patį akcentavo slaugytojai: apie menų terapijos atsipalaidavimo ir emocinio „išsivalymo“ svarbą. Taip pat slaugytojai pastebėjo vaidmens panašumą tarp menų terapeuto ir psichologo vaidmens. Tai reiškia, kad menų terapijos užsiėmimai gali būti svarbus būdas pacientams tyrinėti save ir geriau suprasti savo jausmus. Be to, svarbūs slaugytojų pastebėjimai apie pacientų pokyčius po reabilitacijos proceso rodo, kad dramos terapija gali turėti trumpalaikį, o gal ir ilgalaikį teigiamą poveikį pacientų gerovei ir prisitaikymui prie naujų gyvenimo situacijų.

Tyrimo rezultatai rodo, kad individualūs dramos terapijos užsiėmimai medicininės reabilitacijos kontekste gali turėti poveikį pacientams, patyrusiems insultą. Dramos terapija padeda pacientams palengvinti fizinės ir psichologinės sveikatos iššūkius bei pagerinti jų gyvenimo kokybę ir savarankiškumą. Taip pat dramos terapijos užsiėmimai skatina bendravimą, socialinius ryšius ir emocinį stabilumą, prisideda prie sėkmingo atsigavimo po insulto.

Tyrėjos refleksija, atlikus tyrimą

Šis tyrimas padėjo man suprasti, su kokiais iššūkiais susidūrė mano mama 1994m., kai sirgo ir jai nebuvo suteiktos tokios paslaugos kaip ergoterapeuto, meno terapeuto ir psichologo. Taip pat, tais laikais nebuvo jokių šeimos narių apmokymų. Mano mamos liga ir mano slaugymo patirtis padėjo man pasiryžti atlikti šį tyrimą. Pagrindinis tikslas buvo sužinoti, kaip jaučiasi

pacientai, patyrę insultą, ir kaip galima tokiems pacientams padėti. Studijų metu vyko neurologijos teorinės paskaitos apie insultą. Kuo daugiau klausiau paskaitų, tuo daugiau supratau, kad mano tema bus susijusi su pacientais, patyrusiais insultą. Reabilitacijos paskaitų metu, pavyko aplankyti kelis reabilitacijos centrus. Menų terapeutams organizuota ekskursija į reabilitacijos centrą, padėjo apsispręsti, kur norėčiau atlikti savo tyrimą. Pirmame kurse atlikau praktiką psichosocialinėje reabilitacijoje poliklinikoje. Turėjau galimybę pasimokyti iš muzikos terapeutės, kaip dirbti su pacientais, turinčiais depresijos ir nerimo požymių. Muzikos terapijos užsiėmimų stebėjimas ir dramos terapijos sesijų vedimas, padėjo sustiprėti, įgyti žinių ir pasiruošti tyrimui. Kai slaugiau mamą, jaučiausi nepakankamai žinanti, ką darau, trūko kompetentingų specialistų patarimų. Šį kartą turėjau galimybę bendrauti su tarpdisciplinine specialistų komanda, dirbančia su pacientais, patyrusiais insultą. Tai paskatino tobulinti savo žinias ir kompetencijas. Taip pat naudingos buvo dramos terapijos ir individualaus ir grupinio konsultavimo disciplinos. Bet daugiausiai man padėjo pacientai, kurie sutiko dalyvauti tyrime. Tai buvo abipusis bendradarbiavimas: aš, vesdama dramos terapijos užsiėmimus, siekiau padėti pacientams susidoroti su ligos iššūkiais, o pacientai mokino mane klausytis, stebėti, suprasti ir tobulinti DT sesijas. Tai neįkainojama patirtis. Labai norisi tikėti, kad menų terapijos specialistų daugės medicininėje reabilitacijoje.

IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros analizė rodo, kad ne visada pacientams, patyrusiems insultą, pavyksta pasveikti, todėl po insulto gali išsivystyti ilgalaikės komplikacijos, tarp jų fizinė negalia ir psichologinės problemos (pvz.: depresija, nerimas, nuovargis, apatija, taip pat kognityviniai sutrikimai, įskaitant demenciją).
2. Palyginus tarpdisciplinines komandines užduotis, skirtas dirbti su insultą patyrusiais pacientais Lietuvoje ir Europoje, išryškėjo tarpdisciplininės komandos vaidmens specifika. Šios komandos, į kurias įeina įvairių sričių specialistai (gydytojai, slaugytojai, ergoterapeutai, kineziterapeutai, logopedai ir kt. sveikatos priežiūros specialistai) yra skirtos ne tik teikti medicines paslaugas, bet ir padėti pacientams susidoroti su funkcinių įgūdžių atkūrimu ir emociniais sunkumais po insulto. Tarpdisciplininis komandinis darbas yra esminis, gerinant pacientų gyvenimo kokybę ir funkcinius rezultatus po insulto medicininėje reabilitacijoje.
3. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad individualios dramos terapijos sesijos padeda pacientams,

- patyrusiems insultą, atstatyti įvairių funkcijų praradimą arba ribojimą, kurios gali paveikti paciento suvokimą apie save ir savo gebėjimus, tapatybės pasikeitimą, savivertės sumažėjimą.
4. Individualios dramos terapijos sesijos yra veiksmingas ir naudingas metodas medicininės reabilitacijos pacientams, patyrusiems insultą, jų psichikos sveikatai ir gyvenimo gerovei pagerinti. Sesijos suteikia jiems galimybę išreikšti save, atsipalaiduoti ir atrasti vidinę stiprybę, skatinti motyvaciją toliau tęsti gydymą, o įvairios dramos terapijos technikos padeda pacientams, patyrusiems insultą, įveikti su liga susijusius iššūkius bei kurti pozityvius santykius su kitais.

REKOMENDACIJOS

Tyrėjams: Plėsti kokybinius ir kiekybinius tyrimus, tiriančius dramos terapijos taikymą medicininėje reabilitacijoje.

Medicininę reabilitaciją teikiančioms gydymo įstaigoms:

1. Įsteigti menų terapijos etatą medicininę reabilitaciją teikiančiose gydymo įstaigose.
2. Integruoti dramos terapiją į tarpdisciplininę programą, suteikiant galimybę vesti dramos terapeutams individualius ir grupinius dramos terapijos užsiėmimus.
3. Sukurti veiksmingą informacijos sklaidą, kuri padėtų pacientams ir jų artimiesiems suprasti menų terapijos naudą, įskaitant dramos terapiją.

LITERATŪRA

1. Acciarresi, M., De Luca, P., Caso, V., Agnelli, G., D'Amore, C., Alberti, A., Venti, M., & Paciaroni, M. (2014). Acute Stroke Symptoms: Do Differences Exist between Sexes? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(10), 2928–2933. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.07.044>
2. Almhdawi, K. A., Alazrai, A., Kanaan, S., Shyyab, A. A., Oteir, A. O., Mansour, Z. M., & Jaber, H. (2021). Post-stroke depression, anxiety, and stress symptoms and their associated factors: A cross-sectional study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(7), 1091–1104. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1760893>
3. Alston, C. (2018). A Literature Review on how Landy's Role Theory and Role Method might be used to Develop Alternative Roles in Individuals with Decreased or No Mobility. *Expressive Therapies Capstone Theses*. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/11
4. Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2015). Chapter 12 - Apollo's gift: New aspects of neurologic music therapy. E. Altenmüller, S. Finger, & F. Boller (Sud.), *Progress in Brain Research* (T. 217, p. 237–252). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.029>
5. Ambrozaitis, A., Budrys, V., Daubaras, G., Endzinienė, M., Jaržemskas, E., Jatužis, D., Kaubrys, G., Klimašauskienė, A., Kvaščevičius, R., Laiškoniš, A. P., Liesienė, V., Marcinkutė, A., Obelienienė, D., Parnarauskiene, R., Pauza, V., Prasauskienė, A., Skerlienė, B., Ščiupokas, A., Ulozienė, I., ... Zakarevičius, Ž. *Klinikinė neurologija* (2003).
6. Amin, F., Waris, A., Iqbal, J., Gilani, S. O., Ur Rehman, M. Z., Mushtaq, S., Khan, N. B., Khan, M. I., Jameel, M., & Tamam, N. (2024). Maximizing stroke recovery with advanced technologies: A comprehensive assessment of robot-assisted, EMG-Controlled robotics, virtual reality, and mirror therapy interventions. *Results in Engineering*, 21, 101725. <https://doi.org/10.1016/j.rineng.2023.101725>
7. Ares-Benitez, I., Billot, M., Rigoard, P., Cano-Bravo, F., David, R., & Luque-Moreno, C. (2022). Feasibility, acceptability and effects of dance therapy in stroke patients: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49, 101662. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101662>
8. Avižonienė, I., Barkauskas, E. V., Bičkuvienė, I., Budrys, V., Jocevičienė, A., Kuliukas, V., ... & Visockas, P. *Nervų ligos*. (1998).
9. Azeez, T. A., Durotoluwa, I. M., & Makanjuola, A. I. (2023). Diabetes Mellitus as a risk factor for stroke among Nigerians: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention*, 18, 200189. <https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2023.200189>
10. Baxter, P., & Jack, S. (2010). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *Qualitative Report*, 13. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>

11. Beesley, K., White, J. H., Alston, M. K., Sweetapple, A. L., & Pollack, M. (2011). Art after stroke: The qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. *Disability and Rehabilitation*, *33*(22–23), 2346–2355. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.571333>
12. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
13. Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, *18*(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
14. Bruyneel, A.-V. (2019). Effects of dance activities on patients with chronic pathologies: Scoping review. *Heliyon*, *5*(7), e02104. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02104>
15. Bruyneel, A.-V., Pourchet, T., & Reinmann, A. (2023). Dance after stroke improves motor recovery in the subacute phase: A randomized controlled trial. *Heliyon*, *9*(11), e22275. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22275>
16. Bungay, H., & Hughes, S. (2021). Older people’s perceptions of the impact of Dance for Health sessions in an acute hospital setting: A qualitative study. *BMJ Open*, *11*(3), e044027. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044027>
17. Burneikaitė, S., Šertvytienė, V., & Stasiulis, A. (2015). Dramos terapijos metodų taikymas ergoterapijos studijų metu: Drama Therapy Methods in Occupational Therapy Studies. *Sveikatos mokslai*, *25*(3), 22–25. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.044>
18. Cassidy, S., Turnbull, S., & Gumley, A. (2014). Exploring core processes facilitating therapeutic change in Dramatherapy: A grounded theory analysis of published case studies. *The Arts in Psychotherapy*, *41*(4), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.003>
19. Chan, M. W. M., Lo, S. H. S., Sit, J. W. H., Choi, K. C., & Tao, A. (2023). Effects of visual arts-based interventions on physical and psychosocial outcomes of people with stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *5*, 100126. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100126>
20. Chang, W.-C., Wang, J.-H., & Ding, D.-C. (2022). Menopausal hormone therapy with conjugated equine estrogen is associated with a higher risk of hemorrhagic stroke than therapy with estradiol: A retrospective population-based cohort study. *Maturitas*, *165*, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.07.009>
21. Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Zhao, J., Choi, K. C., Butt, L., Lau, A. Y. L., Mok, V. C. T., Kwok, Z. C. M., & Thompson, D. R. (2023). Prevalence of post-stroke cognitive impairment and associated risk factors in Chinese stroke survivors. *Journal of the Neurological Sciences*, *455*, 122805. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2023.122805>
22. Chavez, A. A., Simmonds, K. P., Venkatachalam, A. M., & Ifejika, N. L. (2023). Health Care Disparities in Stroke Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2023.06.030>

23. Cherney, L. R., Oehring, A. K., Whipple, K., & Rubenstein, T. (2011). „Waiting on the words“: Procedures and outcomes of a drama class for individuals with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 32(3), 229–242. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1286177>
24. Chiang, M.-C., Dumitrascu, O. M., Chhabra, N., & Chiang, C.-C. (2021). Migraine with Visual aura and the Risk of Stroke- a Narrative Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(11), 106067. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106067>
25. Choi, J.-Y., Lee, S.-H., & Kim, J.-S. (2018). Central vertigo. *Current Opinion in Neurology*, 31(1), 81. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000511>
26. Chokron, S. (2014). La cécité corticale. *Journal Français d'Ophtalmologie*, 37(2), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2013.10.001>
27. Cissé, A., & Rasmussen, A. (2022). 3.06—Qualitative Methods. G. J. G. Asmundson (Sud.), *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)* (p. 91–103). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00216-8>
28. Clark, I. N., Baker, F. A., & Taylor, N. F. (2016). The modulating effects of music listening on health-related exercise and physical activity in adults: A systematic review and narrative synthesis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(1), 76–104. <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1008558>
29. Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1–2), 109–132. <https://doi.org/10.1080/09602010244000291>
30. Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
31. Čiuladienė, G., & Racelyte, D. (2016). Perceived unfairness in teacher-student conflict situations: Students' point of view. *Polish Journal of Applied Psychology*, 14. <https://doi.org/10.1515/pjap-2015-0049>
32. Davies, C. R., Rosenberg, M., Knuiman, M., Ferguson, R., Pikora, T., & Slatter, N. (2012). Defining arts engagement for population-based health research: Art forms, activities and level of engagement. *Arts & Health*, 4(3), 203–216. <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.656201>
33. de Gruijter, E., Wouters, H., & Haeyen, S. (2024). Perceived effects of drama therapy in people diagnosed with personality disorders: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 87, 102117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102117>
34. de Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajjani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker, F. A., & Koch, S. C. (2021). From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.678397>

35. Demers, M., & McKinley, P. (2015). Feasibility of Delivering a Dance Intervention for SubAcute Stroke in a Rehabilitation Hospital Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph120303120>
36. Donetto, S., Jones, F., Clarke, D. J., Cloud, G. C., Gombert-Waldron, K., Harris, R., Macdonald, A., McKevitt, C., & Robert, G. (2021). Exploring liminality in the co-design of rehabilitation environments: The case of one acute stroke unit. *Health & Place*, 72, 102695. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102695>
37. Dutta, A., Singh, S., Saha, S., Rath, P., Sehrawat, N., & Singh, N. K. (2023). Efficacy of individualized homeopathic medicines in treatment of post-stroke hemiparesis: A randomized trial. *EXPLORE*, 19(2), 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.08.017>
38. Eapen, B. C., Georgekutty, J., Subbarao, B., Bavishi, S., & Cifu, D. X. (2017). Disorders of Consciousness. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(2), 245–258. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2016.12.003>
39. Ehrlich, C., Lewis, D., New, A., Jones, S., & Grealish, L. (2022). Exploring the role of nurses in inpatient rehabilitation care teams: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 128, 104134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104134>
40. Eitzen, A. C. (2010). *Learning a language of movement: Laban's effort shape theory linked to drama therapy practices*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Learning-a-language-of-movement-%3A-Laban%27s-effort-to-Eitzen/10d5ccee71940a1fba64d66092453f667f384753>
41. Enderby, P. (2013). Chapter 22 - Disorders of communication: Dysarthria. M. P. Barnes & D. C. Good (Sud.), *Handbook of Clinical Neurology* (T. 110, p. 273–281). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00022-8>
42. Eurelings, L. S., Dalen, J. W. van, Riet, G. ter, Charante, E. P. M. van, Richard, E., & Gool, W. A. van. (2018). Apathy and depressive symptoms in older people and incident myocardial infarction, stroke, and mortality: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Epidemiology*, 10, 363–379. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S150915>
43. Falk-Kessler, J. (2016). Chapter 16—Psychological Aspects of Stroke Rehabilitation. G. Gillen (Sud.), *Stroke Rehabilitation (Fourth Edition)* (p. 330–347). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-17281-3.00016-2>
44. Fong Yan, A., Cobley, S., Chan, C., Pappas, E., Nicholson, L. L., Ward, R. E., Murdoch, R. E., Gu, Y., Trevor, B. L., Vassallo, A. J., Wewege, M. A., & Hiller, C. E. (2018). The Effectiveness of Dance Interventions on Physical Health Outcomes Compared to Other Forms of Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 48(4), 933–951. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0853-5>
45. Gerlach, H., & Subramanian, A. (2016). Qualitative analysis of bibliotherapy as a tool for adults who stutter and graduate students. *Journal of Fluency Disorders*, 47, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.12.001>
46. Gladwyn-Khan, M., & Morris, R. (2023). The efficacy of therapist-supported acceptance and commitment therapy-based bibliotherapy for psychological distress after stroke: A single-case

- multiple-baseline study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(1), 87–104. <https://doi.org/10.1017/S135246582200042X>
47. Gonen, J., & Soroker, N. (2000). Art therapy in stroke rehabilitation: A model of short-term group treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(99\)00022-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(99)00022-2)
 48. Gopaul, U., Marika, D., Charalambous, M., & Reed, W. R. (2023). Empowering Stroke Survivors: Understanding The Role of Multidisciplinary Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 104(10), 1745–1750. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.12.199>
 49. Greco, P., Nencini, G., Piva, I., Scioscia, M., Volta, C. A., Spadaro, S., Neri, M., Bonaccorsi, G., Greco, F., Cocco, I., Sorrentino, F., D’Antonio, F., & Nappi, L. (2020). Pathophysiology of hypoxic-ischemic encephalopathy: A review of the past and a view on the future. *Acta Neurologica Belgica*, 120(2), 277–288. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01308-3>
 50. Grzesiak, R. C., & Hicok, D. A. (1994). A Brief History of Psychotherapy and Physical Disability. *American Journal of Psychotherapy*, 48(2), 240–250. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1994.48.2.240>
 51. Guo, J., Wang, J., Sun, W., & Liu, X. (2022). The advances of post-stroke depression: 2021 update. *Journal of Neurology*, 269(3), 1236–1249. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10597-4>
 52. Hackett, M. L., Köhler, S., O’Brien, J. T., & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology*, 13(5), 525–534. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70016-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70016-X)
 53. Haeyen, D. S. (s.a.). *Intreerede bijzonder lector*.
 54. Heilman, K. M. (2021). Upper Limb Apraxia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 27(6), 1602. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001014>
 55. Hoover, E., Bernstein-Ellis, E., & Meyerson, D. (2023). Using bibliotherapy to rebuild identity for people with aphasia: A book club experience. *Journal of Communication Disorders*, 105, 106363. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106363>
 56. Young, J., & Wood, L. L. (2018). Laban: A guide figure between dance/movement therapy and drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.09.002>
 57. Ipsen, C., & Repke, M. (2022). Reaching people with disabilities to learn about their experiences of social connection and loneliness. *Disability and Health Journal*, 15(1), 101220. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101220>
 58. Jalmokaitė, G. (2022). *Suaugusiųjų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, dramos terapijos patyrimas psichosocialinės reabilitacijos kontekste / [Vilniaus universitetas.]*. <https://epublications.vu.lt/object/elaba:161747553/>

59. Kedem-Tahar, E., & Felix-Kellermann, P. (1996). Psychodrama and drama therapy: A comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 27–36. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00059-3](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00059-3)
60. Kjellén, E., Laakso, K., & Henriksson, I. (2017). Aphasia and literacy—The insider’s perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(5), 573–584. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12302>
61. Knollman-Porter, K., Wallace, S. E., Hux, K., Brown, J., & Long, C. (2015). Reading experiences and use of supports by people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 29(12), 1448–1472. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1041093>
62. Kriščiūnas, A. (2014). NEGALIA IR POŽIŪRIS Į JĄ ŠIUOLAIKINĖJE VISUOMENĖJE. *Sveikatos mokslai*, 25(1), 5–14. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.001>
63. Kumral, E., Erdoğan, C. E., Arı, A., Bayam, F. E., & Saruhan, G. (2021). Association of obesity with recurrent stroke and cardiovascular events. *Revue Neurologique*, 177(4), 414–421. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.06.019>
64. Kuo, S.-H. (2019). Ataxia. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(4), 1036–1054. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000753>
65. Kushner, D. S., & Strasser, D. C. (2020). Stroke Inpatient Rehabilitation Team Conferences: Leadership and Structure Improve Patient Outcomes. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(4), 104622. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104622>
66. Kwon, H. S., Lee, D., Lee, M. H., Yu, S., Lim, J.-S., Yu, K.-H., Oh, M. S., Lee, J.-S., Hong, K.-S., Lee, E.-J., Kang, D.-W., Kwon, S. U., & The PICASSO investigators. (2020). Post-stroke cognitive impairment as an independent predictor of ischemic stroke recurrence: PICASSO sub-study. *Journal of Neurology*, 267(3), 688–693. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09630-4>
67. Lapadatu, I., & Morris, R. (2019). The relationship between stroke survivors’ perceived identity and mood, self-esteem and quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(2), 199–213. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1272468>
68. LEE, A., & Hillis, A. (2008). The Pharmacological Treatment of Aphasia. *Handbook of the Neuroscience of Language*, 407–416. <https://doi.org/10.1016/B978-008045352-1.00040-9>
69. Liu, X., Cheng, C., Liu, Z., Fan, W., Liu, C., & Liu, Y. (2021). Longitudinal assessment of anxiety/depression rates and their related predictive factors in acute ischemic stroke patients: A 36-month follow-up study. *Medicine*, 100(50), e28022. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028022>
70. Lo, T. L. T., Lee, J. L. C., & Ho, R. T. H. (2019). Creative Arts-Based Therapies for Stroke Survivors: A Qualitative Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01646>
71. Madsen, T. E., Samaei, M., Pikula, A., Yu, A. Y. X., Carcel, C., Millsaps, E., Yalamanchili, R. S., Bencie, N., Dula, A. N., Leppert, M., Rundek, T., Dreyer, R. P., & Bushnell, C. (2022).

- Sex Differences in Physical Activity and Incident Stroke: A Systematic Review. *Clinical Therapeutics*, 44(4), 586–611. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2022.02.006>
72. Marmienė, L., & Kalėdienė, R. (2015). Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse / Loreta Marmienė, Ramunė Kalėdienė. *Sveikatos politika ir valdymas : mokslo darbai = Health policy and management : research papers*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2015, vol. 1, no. 8. <https://doi.org/10.13165/SPV-15-1-8-02>
 73. Mashuri, S., Sarib, M., Alhabsyi, F., Syam, H., & Ruslin, R. (2022). *Semi-structured Interview: A Methodological Reflection on the Development of a Qualitative Research Instrument in Educational Studies*.
 74. Masika, G. M., Yu, D. S. F., & Li, P. W. C. (2020). Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 1892–1910. <https://doi.org/10.1111/jan.14362>
 75. McCarty, E. B., & Chao, T. N. (2021). Dysphagia and Swallowing Disorders. *Medical Clinics of North America*, 105(5), 939–954. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.013>
 76. Miller, T. M., & Johnston, S. C. (2005). Should the Babinski sign be part of the routine neurologic examination? *Neurology*, 65(8), 1165–1168. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000180608.76190.10>
 77. Nurmi (née Laihosalo), M. E., & Jehkonen, M. (2014). Assessing anosognosias after stroke: A review of the methods used and developed over the past 35 years. *Cortex*, 61, 43–63. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.04.008>
 78. O’Connell, C., Cassidy, A., O’Neill, D., & Moss, H. (2013). The Aesthetic and Cultural Pursuits of Patients with Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(8), e404–e418. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.04.027>
 79. Ofer, S., & Keisari, S. (2022). Butterflies, Dwarves, and Plastic Lollypops: A Case Report on Medical Clowning in a Children’s Rehabilitation Hospital. *Children*, 9(12), 1805. <https://doi.org/10.3390/children9121805>
 80. O’Keefe, E. L., Dhore-patil, A., & Lavie, C. J. (2022). Early-Onset Cardiovascular Disease From Cocaine, Amphetamines, Alcohol, and Marijuana. *Canadian Journal of Cardiology*, 38(9), 1342–1351. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.06.027>
 81. Orman, Z., Thrift, A. G., Olaiya, M. T., Ung, D., Cadilhac, D. A., Phan, T., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Vuong, J., Bladin, C. F., Gerraty, R. P., Fitzgerald, S. M., Frayne, J., Kim, J., & the STANDFIRM (Shared Team Approach between Nurses and Doctors For Improved Risk factor Management) Investigators. (2022). Quality of life after stroke: A longitudinal analysis of a cluster randomized trial. *Quality of Life Research*, 31(8), 2445–2455. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03066-y>
 82. Osorio, C., Bolton, S., von Walter, H., & Hanna, M. (2020). A STROKE OF BAD LUCK: NEW-ONSET MANIA IN ELDERLY PATIENT FOLLOWING UNDETECTED STROKE, A CASE REPORT. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4, Supplement), S136–S137. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.01.169>

83. Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.03.001>
84. Pettersson, C. (2018). Psychological well-being, improved self-confidence, and social capacity: Bibliotherapy from a user perspective. *Journal of Poetry Therapy*, 31(2), 124–134. <https://doi.org/10.1080/08893675.2018.1448955>
85. Qin, P., Huang, C., Jiang, B., Wang, X., Yang, Y., Ma, J., Chen, S., Hu, D., & Bo, Y. (2023). Dietary carbohydrate quantity and quality and risk of cardiovascular disease, all-cause, cardiovascular and cancer mortality: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 42(2), 148–165. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.010>
86. Rajendran, T., & Summa-Chadwick, M. (2022). The scope and potential of music therapy in stroke rehabilitation. *Journal of Integrative Medicine*, 20(4), 284–287. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2022.04.006>
87. Regev, D., & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018—What Progress Has Been Made? *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.01531>
88. Reynolds, F. (2012). Art therapy after stroke: Evidence and a need for further research. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.006>
89. Rupšienė, L. (s.a.). *Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija.doc*. Gauta 2024 m. kovo 9 d., https://www.academia.edu/36054637/Kokybini%C5%B3_tirim%C5%B3_duomen%C5%B3_rinkimo_metodologija_doc
90. Sandset, E. C., & Ranhoff Hov, M. (2022). Stroke is more than a hemiparesis: The pre-hospital detection of stroke. *Medical Journal of Australia*, 217(3), 140–141. <https://doi.org/10.5694/mja2.51654>
91. Sarkamo, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I., & Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866–876. <https://doi.org/10.1093/brain/awn013>
92. Sato, F., Nakamura, Y., Kayaba, K., & Ishikawa, S. (2022). Stroke Risk Due to Smoking Characterized by Sex Differences in Japan: The Jichi Medical School Cohort Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 31(2), 106203. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106203>
93. Saurabh, S., Prateek, S., & Jegadeesh, R. (2015). Exploring the scope of community-based rehabilitation in ensuring the holistic development of differently - abled people. *African Health Sciences*, 15(1), Article 1. <https://doi.org/10.4314/ahs.v15i1.36>
94. Schaechter, J. D., Kraft, E., Hilliard, T. S., Dijkhuizen, R. M., Benner, T., Finklestein, S. P., Rosen, B. R., & Cramer, S. C. (2002). Motor Recovery and Cortical Reorganization after Constraint-Induced Movement Therapy in Stroke Patients: A Preliminary Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 16(4), 326–338. <https://doi.org/10.1177/154596830201600403>

95. Smith, W. S., Johnston, S. C., & Hemphill, I. J. (2018). Cerebrovascular Diseases. J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Sud.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20-asis leid.). McGraw-Hill Education. accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1160862264
96. Srisodsasuk, P., Pothiban, L., Wonghongkul, T., & Chintanawat, R. (2023). An application of Organismic Integration Theory to enhance basic psychological needs satisfaction and motivation for rehabilitation in older stroke survivors: A randomized controlled trial study. *Geriatric Nursing, 54*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.08.008>
97. Su, X., Pan, D., Meng, H., Lu, W., Wang, X., Liu, Z., Geng, Y., Ma, X., & Liang, P. (2023). Dementia increases the risk of death in stroke patients: A retrospective cohort-based risk score model study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 32*(11), 107337. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107337>
98. Sveinsson, O. A., Kjartansson, O., & Valdimarsson, E. M. (2014). [Cerebral ischemia/infarction—Epidemiology, causes and symptoms]. *Laeknabladid, 100*(5), 271–279. <https://doi.org/10.17992/ibl.2014.05.543>
99. Taghizadeh, G., Sarlak, N., Fallah, S., Sharabiani, P. T. A., & Cheraghifard, M. (2024). Minimal clinically important difference of fatigue severity scale in patients with chronic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 33*(4), 107577. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107577>
100. Tay, J., Morris, R. G., & Markus, H. S. (2021). Apathy after stroke: Diagnosis, mechanisms, consequences, and treatment. *International Journal of Stroke, 16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/1747493021990906>
101. Tarawneh, R., & Cummings, J. L. (2017). Chapter 147—Depression, Psychosis, and Agitation in Stroke. L. R. Caplan, J. Biller, M. C. Leary, E. H. Lo, A. J. Thomas, M. Yenari, & J. H. Zhang (Sud.), *Primer on Cerebrovascular Diseases (Second Edition)* (p. 767–774). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803058-5.00147-8>
102. Tough, H., Brinkhof, M. W. G., Siegrist, J., & Fekete, C. (2018). The impact of loneliness and relationship quality on life satisfaction: A longitudinal dyadic analysis in persons with physical disabilities and their partners. *Journal of Psychosomatic Research, 110*, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.009>
103. Unsworth, D. J., Mathias, J. L., & Dorstyn, D. S. (2019). Preliminary Screening Recommendations for Patients at Risk of Depression and/or Anxiety more than 1 year Poststroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 28*(6), 1519–1528. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.014>
104. Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., & Fagerström, L. (2021). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences, 8*(1), 102–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011>

105. Verghese, J. (2006). Cognitive and Mobility Profile of Older Social Dancers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1241–1244. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00808.x>
106. Virbašiūtė, A. (2017). *Muzikos klausymo poveikis būdrumui, psichoemocinei būsenai, kognityviosioms funkcijoms ir judesių mokymuisi / Aukšė Virbašiūtė*. (p. 49). Lietuvos sporto universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
107. Waqar, U., Hussain, M. H., Ahmed, W., Chaudhry, A. A., Ali Gardezi, S. MH., Zafar, H., & Rehman, Z. U. (2023). Association of Metabolic Syndrome with Stroke, Myocardial Infarction, and Other Postoperative Complications Following Carotid Endarterectomy: A Multicenter, Retrospective Cohort Study. *Annals of Vascular Surgery*, 97, 329–339. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2023.05.022>
108. Wertz, F., Charmaz, K., McMullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2011). *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*.
109. Wood, L. L., Bryant, D., Scirocco, K., Datta, H., Alimonti, S., & Mowers, D. (2020). Aphasia Park: A pilot study using the co-active therapeutic theater model with clients in aphasia recovery. *The Arts in Psychotherapy*, 67, 101611. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101611>
110. Wright, F., Wu, S., Chun, H.-Y. Y., & Mead, G. (2017). Factors Associated with Poststroke Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke Research and Treatment*, 2017, e2124743. <https://doi.org/10.1155/2017/2124743>
111. WSO. (s.a.). World Stroke Organization. Gauta 2024 m. kovo 15 d., <https://www.world-stroke.org>
112. Xu, Z., Li, Y., Tang, S., Huang, X., & Chen, T. (2015). Current use of oral contraceptives and the risk of first-ever ischemic stroke: A meta-analysis of observational studies. *Thrombosis Research*, 136(1), 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2015.04.021>
113. Zhang, C., Qin, Y.-Y., Chen, Q., Jiang, H., Chen, X.-Z., Xu, C.-L., Mao, P.-J., He, J., & Zhou, Y.-H. (2014). Alcohol intake and risk of stroke: A dose–response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Cardiology*, 174(3), 669–677. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.04.225>
114. Zhou, H., Wei, Y.-J., & Xie, G.-Y. (2024). Research progress on post-stroke depression. *Experimental Neurology*, 373, 114660. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2023.114660>

PRIEDAI

1. NUOTRAUKOS SU PACIENTŲ KŪRYBINIAIS DARBAIS

1.1. Metaforinės kortos (Eduardas)



Pirma kortelė: berniukas, kuris pasiekė savo svajonę, tikslą.

Antra kortelė: kariuomenės laikų prisiminimai.

1.2. Metaforinės kortos (Viktoras)

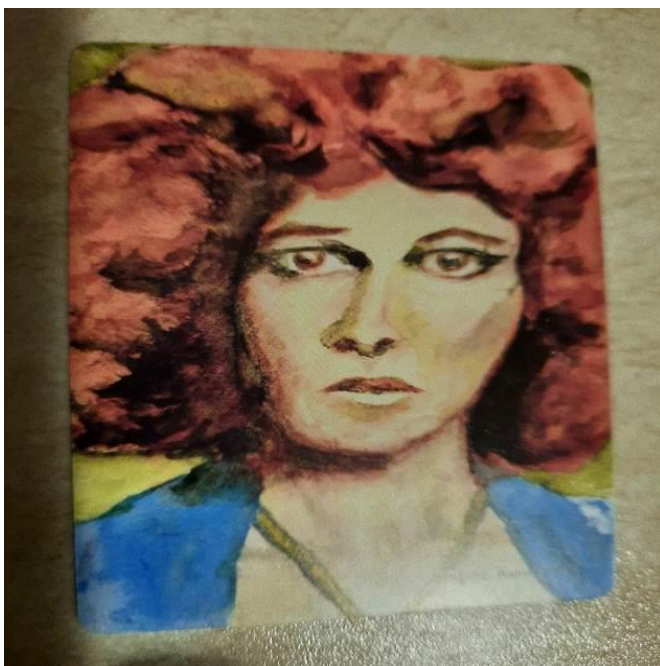


- 1) Vaikystės slapyvardis “Lesovičok“
- 2) Simbolizuoja sergančią ranką
- 3) Greito laiko bėgimas.
- 4) Dukterėčia, kuri atvažiuos pasiimti pacientą namo. (Svajonė)



3. “Žaislų terapija “(Viktoras)

Leokadija Ivanovna (Viktoro žmona)



1.4. “Portretai” (Viktoras)

Leokadija Ivanovna (Viktoro žmona)

1.5.,,Vidinių resursų ieškojimas“ (Socialinio atomo užduotis, Viktoras)



1.6.,,Vidinių resursų ieškojimas“ (Socialinio atomo užduotis, Eduardas)



1.7. “Portretai” (Viktoras)



2. SESIJŲ APRAŠYMAS

Sesija “Metaforinės kortos“(50 min.)

Skirta pacientams, turintiems lengvesnę pacientų, patyrusių insultą, formą.

Lavina smulkiąją motoriką (ergoterapijos elementas), socialinius įgūdžius (bendravimas su terapeutė), kvėpavimą ir kūno pojūčius (šokio judesio terapijos elementas), naudojama žaidimo forma ir įėjimas į dramatišką realybę (dramos terapijos elementas).

Pasiruošimas sesijai: Kvėpavimo pratimai ir kūno pojūčiai.

Emocinių kortelių kaladė: Pasiūliau pacientui perskaityti emocijų pavadinimus ant kortelių. Panagrinėjome visas emocijas. Pacientas pasirinko vieną, dvi, tris emocijas, kurios tą dieną apibūdino jo nuotaiką, jausmą. *(Jeigu pacientas neskaitė, bet suprato, ką jam skaito, emocijų korteles skaičiau aš, o pacientas kartojo paskui, tada atidėdavo kortelę ar pasilikdavo sau. Taip pat galima buvo pasiūlyti korteles su vaizdu, jeigu pacientas suprato, kas kortelėje pavaizduota. Bandė atspėti rodomą emociją kortelėje).*

Kortelės: lietuvių kalba rusų kalba lietuvių kalba su emocijomis, veido ir gesto išraiška



Kartoninė dėžutė: Parodžiau pacientui dėžutę ir paprašiau pafantazuoti ir įgarsinti tai, ką pacientas norėtų šioje dėžutėje matyti: tai galėjo būti emocija, daiktas, noras, svajonė. Aptarėme tai.

Pirma užduotis: Iš visų kortelių pacientas turėjo susirasti vieną kortelę, kuri atspindėtų dabartinę jo nuotaiką. Paprašiau paciento, kad pasidalintų savo kortele ir savo įžvalgomis. *(Jeigu pacientas galėjo judinti pažeistą ranką, prašiau kortelės dėlioti būtent su ta ranka. Aišku, jeigu tai nesukėlė didelio diskomforto).*

Antra užduotis: pacientas turėjo surasti savo norų, ateities vizijos kortelę, pavyzdžiui, kur norėtų nueiti arba kokį tikslą pasiekti. Pakalbėjome apie tai.

Trečia užduotis: pacientas turėjo surasti dvi korteles, kurios padėtų judėti tikslo link. Pasišnekėjome apie tai.

Ketvirta užduotis: Jeigu reikėjo papildomų kortelių tikslui pasiekti, pasirinkome ir aptarėme jas.

Refleksija: Kaip jaučiatės? Kas buvo sunku? Kas lengva? Ar padėjo šiek tiek sudėlioti savo mintis? Ar pavyko atsipalaiduoti?



„Smėlio dėžė“ (su muzikos elementų, 30-50 min.)

Skirta visiems pacientams, patyrusiems insultą.

Lavina smulkiąją motoriką (ergoterapijos elementas), kalbą (logoterapijos elementas), socialinius įgūdžius (bendravimas su terapeute), kvėpavimą ir kūno pojūčius (šokio judesio terapijos elementas); naudojami muzikos terapijos elementai (muzikos instrumentai) - sukuriama dramatiška realybė per garsą ir emocijų tyrinėjimą (dramos terapija).

Įregistravimas: Kaip jaučiasi pacientas? Kvėpavimo pratimai ir kūno pojūčiai.

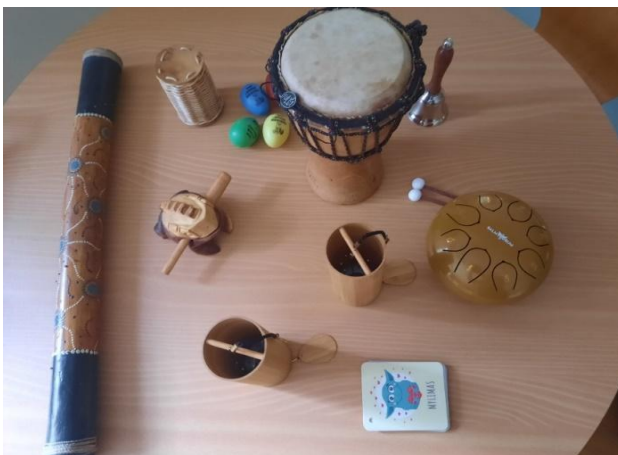
Smėlio dėžė: Ant stalo padėjau nesudėtingus pacientui groti muzikos instrumentus. Užduotis - nebijoti pažaisti, pagroti instrumentais, patyrinėti, kaip grojama, kokius garsus skleidžia. Paprašiau, kad pacientas pagrotų kaire, po to dešine ranka. Akcentavau, kuri dešinė, kuri kairė pusė. Koks instrumentas labiausiai patiko? Gal galite plačiau pakomentuoti?

Emocijos ir muzikiniai instrumentai:

Pacientas turėjo perskaityti arba atpažinti emocijas iš nuotraukos. *(Jeigu buvo sunku, padėjau perskaityti emocijos pavadinimą ir kartu garsiai pakartojome perskaitytą žodį).* Paprašiau, kad pacientas parinktų tinkančią emociją kiekvienam instrumentui, ir instrumentų pagalba tą emociją sugrotų. *(Jeigu buvo sunku, padėdavau kiekvienam instrumentui surasti kortelę su emocija, pradžioje pagrodavau pati, tada pasiūlydavau pacientui pakartoti).*

Alternatyva: Žaidimas „Atspėk emociją“. Vienas iš sesijos dalyvių pasirenka emocijų kortelę, bet kitam nerodo, o bando pagroti pasirinktu instrumentu. Kitas bando atspėti, kokia čia buvo emocija. *(Tiko, jeigu pacientas galėjo perskaityti žodžius).*

Refleksija: Kaip jaučiatės? Kas patiko? O kas nepatiko? Kas buvo įsimintiniausia?



Sesija „Atpažink žodį,,

Skirta pacientams, turintiems afaziją ir apraksija, sąmonės sutrikimą. (30-50) min.

Lavina smulkiąją motoriką (ergoterapijos elementas), kalbą (logoterapijos elementas), socialinius įgūdžius (bendravimas su terapeutė), kvėpavimą ir kūno pojūčius (šokio judesio terapijos elementas), atliekamas žaidimo forma ir įeinama į dramatišką realybę (dramos terapijos elementas).

Įsiregistravimas: Kvėpavimo pratimai. Paprašiau lėtai ir neskubant pakvėpuoti kartu.

„Atpažink žodį,,: Ant stalo pacientui išdėliojau korteles(laisvai) su dviskiemeniais žodžiais (kiekvienoje kortelėje po skiemenį). Pavyzdžiui, tema „Namas”. Paaškinau pacientui, kad visos ant stalo padėtos kortelės gali būti susijusios su namu. Ir, kad pacientas kai kuriuos iš šių dalykų gali turėti namuose. Pavyzdžiui, pacientas turėjo sudėlioti žodį stalas. (*Dažniausiai surasdavo pagal piešinį*). Kai žodis buvo sudėtas, tada garsiai išvardavau tą žodį ir pacientas turėjo pakartoti. Klausimai: ar pacientas turi namuose stalą? Ar ant stalo būna gėlių? Paprašiau, kad pacientas sudėliotų žodį gėlė. Visą tą laiką palaikiau su pacientu dialogą. Kai visas korteles pacientas surinko, paklausiau, kaip namas galėtų skambėti? Pasiūliau pacientui išrinkti skambantį varpelį. Paprašiau, kad pacientas pagrotų. Tai buvo nedidelė pertrauka žaidimo metu. Tada paklausiau, ar nepavargo pacientas, ir pasiūliau surasti daržovių ir vaisių korteles. Po to pacientui reikėjo surasti korteles gyvūnų, kelionės tema. Viskas vyko dialogo forma. Kalbinau pacientą, šnekinau ir prašiau dalintis savo pasakojimais.

Refleksija: Ar buvo įdomu? Ar nepavargote? (*dažniausiai refleksijos metu į užduotus klausimus pacientai arba atsakinėjo gestais, arba „Taip“, „Ne“*)



Sesija „Vidinių resursų ieškojimas“ (50min.)

Skirta pacientams, turintiems lengvesnę pacientų, patyrusių insultą, formą.

Įsiregistravimas: Kaip klientas jaučiasi? Kaip praėjo diena? Kvėpavimo pratimai.

Vidinių resursų ieškojimas: Paprasčiau paciento išsirinkti emocijas pagal esamą nuotaiką. Jeigu pacientas pats negalėjo skaityti, perskaitydavau jam ir tinkančias emocijas užrašydavau ant lapo. Aptarėme, kodėl taip pacientas jaučiasi? Jeigu pacientas jausdavo negatyvias emocijas, klausiau, kokia veikla galėtų padėti susitvarkyti su prasta nuotaika. Pasiūliau pacientui pačiam pasirinkti korteles su veiksmu arba padėjau perskaityti ir užrašyti ant lapo. Paklausiau, gal dar yra veiksmų, kurie padeda patirti geras emocijas, jaustis gerai.

Emocija



Veiksmas



Socialinis atomas: Pasiūliau pacientui parašyti ant lapo svarbius dalykus, kurie galėtų palaikyti žmogų: šeima, draugai, giminės, darbas, hobi, gyvūnai, laisvalaikis.

Ant stalo padėjau lėkštę su įvairiomis sagomis (dydis, forma, spalva) ir padaviau A4 formato baltą lapą. Siūliau pacientui padaryti savo gyvenimo žemėlapi, tada pacientas turėjo išsirinkti sagą „AŠ“, kuri charakterizavo patį žmogų, šią sagą reikėjo padėti lapo viduryje, o aplink išdėlioti svarbius pacientui dalykus. Pavyzdžiui, vaikai galėjo būti labai arti, o giminės truputį toliau arba visai toli. Taip reikėjo užpildyti pagal sąrašą sagomis visą lapą. Paklausiau paciento, ar patiko sudaryta iš sagų kompozicija. Aptarėme tai. Pacientas po tyrinėjimo su kiekviena saga galėjo atsisveikinti, palinkėdamas, savo artimam ratui arba sau, ko nors svarbaus. Pratimo pabaigoje priminiau pacientui, kad jis turi palaikymą aplink save palaikančių resursų. Dar kartą perskaičiau veiklą, kurią

pats pacientas pasirinko iš pasiūlytų kortelių. O taip pat atkreipiau dėmesį, kad šalia paciento yra žmonių, kurie jį palaiko.

Refleksija: Kaip pacientas jaučiasi po pratimo? Ar buvo naudinga tyrinėti? Ką apie save sužinojo? Pabaigoje, prieš atsisveikinant, pacientas galėjo išsirinkti kortelę su piešiniu ir palinkėjimu.



Sesija “Portretai” (su piešimų elementų, 50 min.)

Skirta pacientams, turintiems lengvesnę pacientų, patyrusių insultą, formą.

Rekvizitai:

- 1) Kartoninė dėžutė
- 2) Kortelių kaladė su portretais
- 3) Balionai matinės baltos spalvos
- 4) Guašas arba dažai, piešti pirštais
- 5) Teptukai
- 6) Balti lapai A4 formato.
- 7) Pora stiklinių vandeniui.
- 8) Drėgnos servetėlės
- 9) Muzikos kolonėlė ir telefonas
- 10) Muzika: <https://youtu.be/AQ2CE3e8gvk>



Įregistravimas: Parodžiau pacientui kartoninę dėžutę, tai buvo „magiška“ dėžutė. Padaviau pacientui į rankas ir paprašiau įsivaizduoti ką nors, kas ten galėtų būti, pavyzdžiui, daiktas (forma ir didis nesvarbus), noras, emocija. Galėjo būti visi trys dalykai arba tik vienas pasirinktas dalykas.

Apšilimas: Atidariau dėžutę, ten buvo kortelių kaladė, su įvairiais portretais, ir balti balionai. Iš pradžių paprašiau paciento patyrinėti kaladę su portretais, tada apžiūrėti visas korteles ir surasti žmogaus portretą, kuris paciento gyvenime buvo labai svarbus: aš, kaip žaidimo vedlys, – parodžiau naują kelią gyvenime, palaikiau sunkią minutę, suvedžiau su kitais, kurie besąlygiškai mylėjo. Galėjo būti taip, kad pacientas pasirinkdavo vieną jam svarbų įvykį, kuriame dalyvavo keli žmonės. Kai pacientas išsirinko visas korteles, kviečiau pasidalinti, papasakoti apie savo išrinktus portretus. Kartais įvykdavo nedidelę diskusiją apie tai, kokį stiprų vidinį resursą gali duoti prisiminimai, apie



papasakotus žmones. Pasiūliau pacientui atsisveikinti su kiekvienu portretu, padėkoti jam(jai) ir gražinti į magišką dėžutę. *(Jeigu daug žmonių grupėje, rekomenduojama išrinkti vieną portretą).*

Portreto piešimas; Daviau pacientui baltą balioną ir paprašiau pripūsti. Stalo centre padėjau guašą ir įvairios formos teptukus *(galėjo būti pirštiniai dažai, tada piešiama rankomis).* Pasiūliau pacientui nupiešti savo portretą. Kaip mato save? Vienoje baliono pusėje reikėjo piešti savo veidą, o kitoje baliono pusėje reikėjo nuspalvinti plaukus, tokios spalvos, kokios nuotaikos pacientas buvo. Rekomenduojama įjungti fone muziką.



Refleksijos: Pasidalinkite, kokios mintys atėjo piešimo metu? Koks dabar jausmas? Kas Jums patinka savo portrete, o kas ne? Pakomentuokite plaukų spalvą, ar spalva atitinka Jūsų nuotaiką? Paprašiau kitų pacientų, kad pasidalintų, ką jie mato portrete, plaukuose. Dar svarbu buvo aptarti baliono dydį *(Pvz. vienas stipriai pripūstas ir yra ant sprogimo ribos, kitas mažai pripūstas, trečias normaliai).* Po refleksijos pasiūliau pacientui nufotografuoti savo portretą, nes su balionais tęsėme procesą.

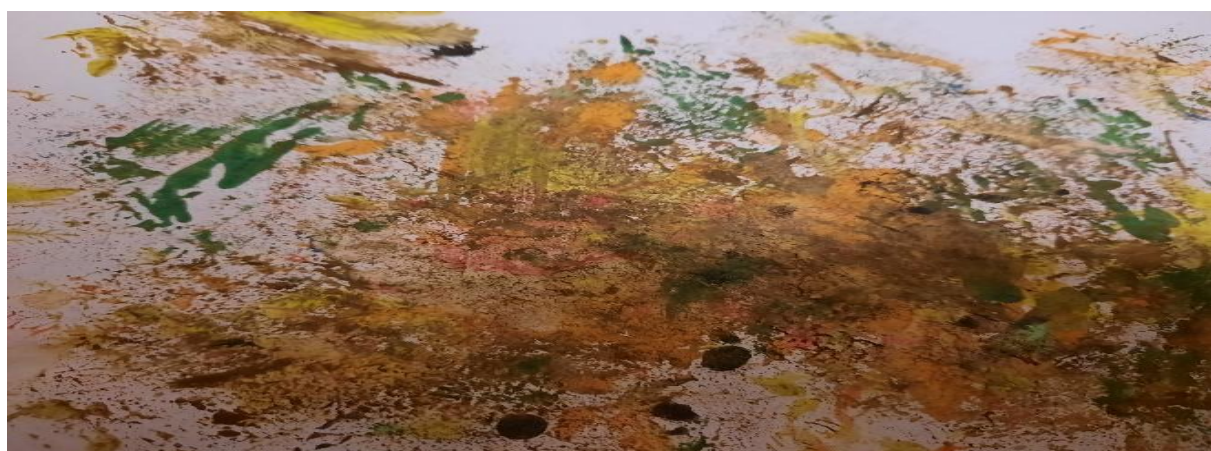
Monotipijos kūrimas: Padaviau pacientui A4 formato lapą ir paprašiau paciento apžiūrėti savo balioną, ar dažai išdžiūvo, ar dar ne. Jeigu dažai buvo išdžiūvę, pasiūliau pacientui su teptuku ir vandeniu padrėkinti balioną. Ir toliau paaiškinau, kad portretas tai mūsų kaukė, fasadas, plaukai dabartinė nuotaika, o tai, ką pamatysime ant lapo, tai bus mūsų sąmonės žinutė. Tada paprašiau paciento, kad su savo balionu iš visų pusių prisiliestų prie balto popieriaus lapo. Tai galėjo būti lėtas ir neskubantis baliono prisilietimas, galėjo būti intensyvesnis tapšnojimas su balionu. Daviau pacientui laiko nuspręsti, kada piešinys bus baigtas. Paskui prašiau paciento pasižiūrėti į savo piešinį,

pamaštyti, į ką panaši monotipija, jeigu norėjosi, galima buvo dar paimti teptuką ir sujungti linijas arba kažką dar nupiešti. Tada reikėjo sugalvoti piešiniui pavadinimą.

Refleksija: Paprašiau paciento pasidalinti: koks jausmas buvo daryti monotipiją? Ką nupiešė, koks pavadinimas? Ar patinka pacientui jo paties piešinys? Paprašiau kitų pacientų papasakoti apie piešinio refleksiją. Koks bendras jausmas po sesijos?

Užbaigimas: Ką norėsi dabar padaryti su balionu ir ko norėtumei palinkėti sau? *(dažniausiai pacientas balionus nori susprogdinti, todėl prieš tai galima paklausti, ar yra dalykų, kuriuos norėtų pacientas paleisti su baliono sprogitu?)*

Portretas ir monotipija (Marekas)



Sesija “8 kambariai“ (psichodramos elementas, 50 min.)

Skirta pacientams, patyrusiems lengvesnę insulto formą.

Lavina socialinius įgūdžius (bendravimas su terapeute), kvėpavimas ir kūno pojūčius (šokio judesio terapijos elementas), naudojama žaidimo forma ir įėjimas į dramatišką realybę (dramos terapijos elementas).

Įregistravimas: Padaviau pacientui žaislinį namuką ir paprašiau paciento papasakoti, kaip praėjo diena.

Aštuoni kambariai: Paprašiau paciento atidaryti namuką, viduje gulėjo raktas. Paaiškinau pacientui, kad jis yra nuo įsivaizduojamo namo. Ir parodžiau pacientui paruoštas 9 kėdutes. Kiekviena kėdė - tai atskiras kambarys su savo pavadinimu. Viduje buvo „nulinis kambarys“ – ten, kur galima atsipalaiduoti, pamąstyti ir pasiruošti eiti toliau. *(Jeigu pacientas atvažiuoja su vežimėliu, devyni lapai su kambarių pavadinimais padedami ant grindų.)*

Kambarių išdėstymas:

<i>Tuščias kambarys</i>	<i>Tamsusis kambarys</i>	<i>Finansai</i>
<i>Miegamasis</i>	<i>Nulinis kambarys</i>	<i>Kūrybinis kambarys</i>
<i>Svetainė</i>	<i>Virtuvė</i>	<i>Veranda</i>

Pradžioje pakviečiau pacientą atsisėsti nuliniame kambaryje, tam, kad pasiruoštų eiti į kambarius. Paprašiau pakvėpuoti, padaryti koncentravimo pratimus ir pasiūliau keliauti į pirmąjį kambarį (*viso pratimo metu pacientą vedžiojau arba vežiau iš kambario į kambarį, pacientas galėjo užsimerkti*) – Kai pacientas atsisėdo Verandoje, paprašiau, kad užsimerktų ir įsivaizduotų, ką žmogus priešais save mato, sėdėdamas Verandoje. Paklausiau, koks jausmas sėdėti ir matyti norimus vaizdus. Po visko pasiūliau pacientui grįžti į Nulinį kambarį. Pacientas galėjo pabūti kambaryje tiek, kiek reikia tam, kad būtų pasiruošęs eiti į Virtuvę. Atėjus į Virtuvę, paklausiau, ką pacientas mato, ką jaučia? Po buvimo Virtuvėje, grįžome į Nulinį kambarį. Po to keliavome ta pačia schema: Svetainė – Nulinis kambarys - Kūrybinis kambarys - Nulinis kambarys - Miegamasis - Nulinis kambarys - Finansai - Nulinis kambarys - Tamsusis kambarys - Nulinis kambarys - Tuščias kambarys - Nulinis kambarys.

Kūrybinis kambarys - tai galėjo būti mėgstama veikla, hobis, darbas.

Finansai – įvairi interpretacija.

Tamsusis kambarys – jame galėjo būti neišvalytos vietos, daug nereikalingų arba reikalingų, bet pamirštų daiktų. Skeletai spintoje ir t.t.

Tuščias kambarys – tai toks kambarys, kurį pats žmogus galėjo užpildyti ir turėti: daiktais, jausmais, būsenomis.

Kai apėjome visus kambarius ir grįžome į nulinį kambarį, paprašiau paciento išrinkti kambarį, kuriame geriausiai jautėsi. Paprašiau paciento vėl tame kambaryje atsisėsti ir dar kartą įsivaizduoti šį kambarį įvykio metu, kai buvo gera. Pasiūliau pacientui prisiminti daiktus, kvapus, garsus, žmones. Koks jausmas prisiminus šį įvykį? Dažniausiai pacientas jautėsi gerai. Pasiūliau pacientui nepamiršti šio jausmo ir sunkiose situacijose arba, esant sunkiai savijautai, bandyti mintyse grįžti mintimis į šį kambarį, į šį prisiminimą ir pasikrauti geromis emocijomis.

Pabaigoje pacientas atsisveikino su namu ir padėjo raktą atgal į žaislinį namuką.

Refleksija: Koks potyris įsimintiniausias? Kaip pacientas jaučiasi? Su kokiais jausmais išeina?



Sesija „Žaislų terapija“ (50 min.)

Skirta pacientams, patyrusiems lengvesnę insulto formą.

Įsiregistravimas: Kaip klientas jaučiasi? Kaip praėjo diena? Kvėpavimo pratimai.

Apšilimas: (*Fone paleidau muziką*). Parodžiau pacientui metaforines korteles. Pasiūliau kartu sukurti istoriją. Vienas paskui kitą turėjome paimti iš kortų kaladės po vieną metaforinę kortelę, pasižiūrėti

į ją, sugalvoti po sakinių bendrai mūsų istorijai. Istoriją kuriame tol, kol kaladėje buvo kortelių. Aptarėme, ar buvo įdomu, ar patiko, ar pavyko atsipalaiduoti, o gal atvirkščiai - buvo sunku kurti pasakojimą.

„Žaislo terapija“: parodžiau pacientui didelę dėžę su mažais, įvairiais žaislais ir daiktais. Paprašiau neskubant viską apžiūrėti ir susirasti žaislą, panašios nuotaikos, o gal net ir panašaus charakterio. Tada pacientas turėjo pastatyti savo žaislą ant balto lapo. Uždaviau klausimus: Kokią vietą užims žaislas? Kur bus pastatytas? Lapo centre? Lapo kampe? Paprašiau paciento pasidalinti mintimis: Kodėl išrinko būtent šį žaislą arba daiktą? Ką šis žaislas simbolizuoja? Kokia jo nuotaika ir kodėl ant lapo yra tam tikroje vietoje? Kokią supergalią turi? Paprašiau paciento pafantazuoti, iš kur žaislas atsirado ir kur gyvena? Kiti klausimai: Koks vaikystėje buvo pats mylimiausias žaislas? Ar šis pasirinktas žaislas primena vaikystės žaislą?

Bendra refleksija: Kaip jaučiatės? Koks pratimas labiausiai buvo prie širdies? Ką patyrė pratimo metu?



Sesija “Šešių istorijų kūrimas“ BASIC Ph modelis

Skirta pacientams, patyrusiems lengvesnę insulto formą.

"BASIC Ph" modelį 2004 m. sukūrė profesorius Lahadas ir jame daugiausia dėmesio skiriama natūraliems žmonių įveikos mechanizmomams, iš kurių jis nustatė šešis tipus. Modelis rodo, kad kiekvienas iš mūsų galime turėti **šešias galimas savybes**, kurių kiekviena atspindi skirtingą susidorojimo stilių, ir, kuo daugiau šių stilių galime panaudoti, tuo daugiau atsparumo galime panaudoti, kad atgautume kontrolės jausmą šiaip jau bauginančioje situacijoje.

Šeši susidorojimo stiliai:

- **B – tikėjimas**

Tikėjimas gali būti galingas atsparumo veiksnys. Tai gali būti per tikėjimą ar bet kokius kitus bendrus įsitikinimus ir remiasi vidinėmis pagrindinėmis vertybėmis. Bendri įsitikinimai yra ypač naudingi, nes jie taip pat teikia išorinę paramą.

- **A - paveikti**

Jausmus ar emocijas. Išreiškdami emocijas, mes galime pasidalinti baimėmis, pykčiu, liūdesiu ir pan., Ir, kad šios emocijos būtų patvirtintos išorėje, kad mes jaustumėmės mažiau vieniši.

- **S - socialinis**

Per paramos ieškojimą per draugystę ar organizacijas galime įgyti atsakomybės jausmą grupėje, kuris gali padėti mums išlikti išsiskirusiems. Izoliacijos sumažėjimas kartu su socialinės atsakomybės didinimu gali atkurti emocinį saugumą.

- **I – vaizduotė**

Kūrybiškumas yra būdas susidoroti su traumomis, kurį vaikai ypač moka panaudoti. Minčių ir jausmų raiška kūrybiškai gali leisti saugiau pajusti išraišką per meną, rašymą, dramą ar muziką.

- **C – kognityviniai**

Įveikos įgūdžiai naudoja problemų sprendimą ir tiesioginį požiūrį į problemą. Strateguodami su kitais, žmonės gali jaustis mažiau vieniši ir labiau kontroliuoti savo situaciją.

- **Ph – fizinis**

Fizinis aktyvumas nukelia mus atgal į žinduolių kelius. Jis turi dvejopą naudą, nes suteikia neformalų situacijos apdorojimą, kartu su jausmų išlaisvinimu netiesioginiu būdu.

Mes kiekvienas naudojame šiuos įveikos stilius savo gyvenime, nesvarbu, ar patiriame didelę krizę, ar nedidelius nepatogumus. Vienuose laisvai kalbame, vieni pažįstami, o kitiems svetimas mūsų buvimo būdas, tačiau, kuo daugiau sugebame išnaudoti, tuo atsparesni esame.

Atsparumo metodų supratimas

Pratimas, padedantis nustatyti, kurie įveikos stiliai yra natūraliausi kiekvienam iš mūsų, vadinamas šešių plokščių istorija. Profesorius Lahadas paprašė mūsų padalinti popieriaus lapą į 6 dėžutes su šiomis antraštėmis, prieš pridėdant porą sakinių prie kiekvieno, kad susidarytų istorijos skeletas:

1. Kas yra pagrindinis veikėjas?
2. Kokia misija?
3. Kas ar kas gali jiems padėti?
4. Su kokiomis kliūtimis jie susiduria?
5. Kaip veikėjas priima iššūkį/įveikia kliūtis?
6. Koks rezultatas / kas bus toliau?

Parašę savo istoriją, paimkite 6 spalvotus pieštukus (kiekviena spalva atspindi vieną iš šešių susidorojimo stilių) ir pažymėkite kiekvieno susidorojimo stiliaus pavyzdžius, kaip jie rodomi jūsų rašte. Pavyzdžiui, jei apibūdintumėte savo personažą kaip atrodantį "didelis ir baisus", tai būtų "Affect" pavyzdys, arba, jei jūsų personažas naudojo savo "super jėgą", tai būtų "Physical" pavyzdys.

Baigę peržiūrėti istoriją, užsirašykite, kiek kiekvieno stiliaus naudojote. Kai kuriems galite turėti daug, o kitiems - nė vieno, arba galite būti tolygiai pasiskirstę visuose stiliuose, tačiau tai rodo jūsų dabartinę atsparumo kalbas. Tie, kuriuos labai vertinate, laisvai bendraujate, tie, kurie turi keletą pavyzdžių, kuriuos žinote, bet į kuriuos netraukia, ir tie, kurie neturi pavyzdžių, pabrėžia įveikos strategijas, kurių niekada nenaudojate.

Kai žinosite savo stipriąsias puses, per praktiką ir sąmoningas pastangas galėsite išsiugdyti savo silpnybes ir taip susikurti sau visapusiškesnę įveikos strategiją. Kuo daugiau kalbų kalbame, tuo atsparesni galime būti.

Čia nupieškite pagrindinį veikėją jo aplinkoje.	Čia nupieškite pagrindinio veikėjo užduotį/tikslą	Nupieškite: pagrindinis veikėjas randa.../ sutinka.../ ar įgauna ypatingų galių, kurios jam padeda.
Pasirodo “Jėga” arba veikėjas, apsunkinantis užduoties vykdymą. Nupieškite kliūtis, kurios gali trukdyti veikėjui pasiekti užduotį / misiją/ tikslą.	Ar kliūtis įveikta ir užduotis įvykdyta, ar ne? Nupieškite, kaip veikėjas galėtų susidoroti su kliūtimis ir jas įveikti arba ką sutiktų, jei to nepadarytų.	Kas nutiko toliau? Nupieškite, kaip baigiasi istorija.

3. PACIENTŲ INTERVIU KODAI IR TEMOS / POTEMĖS

Kodai	Temos ir potėmės
<p><i>E31 Dramos terapijos apibūdinimas – organizmo išlaisvinimas (kūnas ir mintys).</i></p> <p><i>Er10 Emocijų įvairovės įprasminimas.</i></p> <p><i>Er18 Dramos terapijos svarbus elementas: istorijų pasakojimas.</i></p> <p><i>Er7 Dramos terapeuto teigiamas įvertinimas.</i></p> <p><i>Er9 Dramos terapijos poveikis – nusiraminimas. Labai svarbus kalbėjimas.</i></p> <p><i>V14 Žaidimo elementas ir atsipalaidavimo patyrimo svarba.</i></p> <p><i>Er17 Dramos terapijos sesija padeda nukreipti dėmesį nuo ligos.</i></p> <p><i>Er6 Dramos terapijos sesijos patyrimas: geri jausmai, ramybė ir komfortas.</i></p> <p><i>V11 Muzikinės sesijos įvertinimas. Smalsumas ir noras praplėsti savo akiratį.</i></p> <p><i>Er4 Teigiamas dramos terapijos įvertinimas.</i></p> <p><i>Er5 Dramos terapeuto teigiamas įvertinimas.</i></p>	<p>Tema: „Dramos terapijos vaidmuo reabilitacijos procese“</p> <p>Potėmė: „Pacientų patyrimas dramos terapijos užsiėmimo metu“</p>

Er14 Meno terapijos įvertinimas. Socializacijos svarba.

V46 Portretų sesijos įvertinimas. Vidinių resursų ieškojimo svarba.

V37 Pokalbio ir istorijų pasakojimo svarba dramos terapijos metu.

V35 Noras dalintis savo prisiminimais.

V51 Dramos terapijos metu patiriamų emocijų įvairovė. Paciento susipažinimas su maloniomis ir nemaloniomis emocijomis.

V32 Dramos terapijos sesijų teigiamas įvertinimas.

V24 Projekcinių žaidimų panaudojimo svarba norint atgaminti praeities prisiminimus, emocijas ir jausmus.

V50 Televizoriaus žiūrėjimo atsisakymas. Agresijos ir smurto vengimas. Dramos terapijos pripažinimas.

E28 Dramos terapijos sesijos metu gautas patyrimas. Bendra savijauta užsiėmimo metu - gera būseną.

E20 Sesijų poveikio įvertinimas. Požiūris į gyvenimo pasikeitimus.

E18 Bandytas apibendrinti, kad sesijos buvo įdomios.

E13 Susidomėjimas dramos terapijos sesijomis ir dalyvavimo jose svarba.

E12 Atsipalaidavimo svarba sesijos metu.

E6 Dramos terapijos teigiamas įvertinimas, muzikinės sesijos apibūdinimas, susidomėjimas muzikiniai instrumentais.

V52 Dramos terapijos apibūdinimas. Pjesės pristatymas, prisiminimų atsiradimas per projekcinius žaidimus.

V49 Dramos terapijos poveikis: pacientas tampa ramesnis, suvokia atsipalaidavimo svarbą, pamato

<p><i>galimybę išeiti iš palatos ir nuveikti kažką prasmingo.</i></p> <p><i>V29 Pagarba terapeutui ir noras bendrauti.</i></p>	
<p><i>E29 Dramos terapijos įvertinimo svarba reabilitacijos centre. Didėja motyvacija judėti ir veikti.</i></p> <p><i>V41 Interviu pacientui svarba.</i></p> <p><i>Er15 Dramos terapijos naudingumas reabilitacijos centre: pacientas išsilaisvino ir nusiramino.</i></p> <p><i>E21 Susidomėjimas dramos terapijos sesijomis. Apgailėstavimas dėl mažo sesijų skaičiaus.</i></p> <p><i>E19 Terapeuto teigiamas įvertinimas: specialisto mokėjimas bendrauti su žmonėmis.</i></p> <p><i>E9 Dramos terapijos sesijų teigiamas įvertinimas. Įdomiai ir gerai praleistas laikas.</i></p> <p><i>V58 Susidomėjimas dramos terapijos užsiėmimais ir noras toliau juos lankyti.</i></p> <p><i>V48 Dramos terapijos svarba reabilitacijos centre. Galimybė bent trumpam pamiršti apie savo ligą, praplėsti savo akiratį.</i></p> <p><i>V25 Jaunystės prisiminimai apie pirmąją žmoną davė stiprybės ir paskatino kalbėti.</i></p> <p><i>V21 Noras būti reikalingu. Interviu laukimas. Bendravimo svarba.</i></p>	<p>Potemė: “Dramos terapija reabilitacijos procese“</p>
<p><i>E32 Trumpas dėmesio išlaikymas. Koncentracijos stoka.</i></p> <p><i>Er12 Apatijos požymiai dėl prastos fizinės savijautos.</i></p> <p><i>Er3 Insulto atsiradimo priežastys.</i></p> <p><i>Er1 Fizinė sveikata. Po insulto nusilpęs organizmas. Nuovargio pojūtis.</i></p> <p><i>E27 Sunkumai įvardinant emocijas, pojūčius.</i></p> <p><i>E25 Skurdus emocinis žodynas dėl to, kad kalbama ne gimtąja kalba arba tai yra insulto pasekmės.</i></p>	<p>Tema: „Insulto pasekmės ir poveikis pacientui“</p> <p>Potemė: „Insulto priežastys ir komplikacijos“</p>

<p><i>E23 Problema su ilgalaikė atmintimi. Insulto pasekmės.</i></p> <p><i>Er8 Insulto pasekmės – kognityviniai pažeidimai.</i></p> <p><i>Er13 Sunkumai formuluojant sakinius. Kognityviniai pažeidimai.</i></p> <p><i>V9 Pacientas maišo dienas ir datas. Insulto pasekmės arba demencijos simptomai.</i></p> <p><i>V7 Nerimo simptomai dėl ligos.</i></p> <p><i>E17 Po insulto atsiradęs greitas nuovargio atsiradimas, koncentracijos stoka, kalbos sunkumai.</i></p> <p><i>E15 Sunkumas išreikšti savo patirtį, apibūdinti savijautą. Insulto pasekmės.</i></p> <p><i>V26 Problemos dėl koncentracijos stokos neleidžia ilgai išlaikyti dėmesio.</i></p> <p><i>V23 Kalbos sunkumai – insulto pasekmės.</i></p> <p><i>V20 Nemokėjimas įvardinti savo jausmų, bet detalės prisimenamos.</i></p> <p><i>V19 Staigus dėmesio praradimas ir nukreipimas į kitą temą.</i></p> <p><i>V16 Koncentracijos praradimas – insulto pasekmės.</i></p> <p><i>V1 Priklausomybė nuo alkoholio.</i></p> <p><i>V2 Insulto atsiradimo istorija.</i></p> <p><i>Er16 Prasta pacientės savijauta.</i></p>	
<p><i>E16 Sunkumai įprasminant naują patirtį.</i></p> <p><i>E14 Negalėjimas įvardinti savo emocijų ir jausmų.</i></p> <p><i>E11 Savo emocijų įvardinimo sunkumai.</i></p> <p><i>E5 Pacientas nelabai suvokia, kad turi problemų su ilgalaikė atmintimi.</i></p> <p><i>V54 Pozityvus savęs vertinimas. Mokėjimas pastovėti už save.</i></p> <p><i>V39 Reabilitacijos centro paslaugų įvertinimas. Nepasitikėjimas tradicine medicina. Negalėjimas įvertinti savo fizinių galimybių. Ligos neigimas.</i></p> <p><i>V38 Savianalizės svarba, menkavertiškumo jausmas. Gyvenimo kokybės praradimas po ligos.</i></p>	<p>Potemė: „Tapatybės ir savivertės pasikeitimas“</p>

<p>V36 <i>Insulto pasekmių įvertinimas.</i></p> <p>V15 <i>Paciento dėmesio praradimas, jo negebėjimas įvertinti savo fizinių galimybių – insulto arba senatvės pasekmės.</i></p>	
<p>E2 <i>Kol neišbandysi, tol nesužinosi.</i></p> <p>V34 <i>Savarankiškumo ir pasitikėjimo savo jėgomis svarba.</i></p> <p>V28 <i>Liūdesys ir noras namo. Nerimo požymiai. Paciento apatija.</i></p> <p>V27 <i>Nepasitikėjimas medicina.</i></p> <p>V5 <i>Nepasitikėjimas vaistais ir šiuolaikine medicina.</i></p> <p>V4 <i>Tradicinės medicinos vengimas, nepasitikėjimas ja. Netradicinės medicinos taikymo svarba.</i></p> <p>V6 <i>Sveikatos priežiūros specialistų darbo svarbos neigimas.</i></p>	<p>Tema: „Pacientų reabilitacijos procesai ir gyvenimo perspektyvos“</p> <p>Potemė: „Pacientų emocinis stabilumas ir požiūris į gydymą“</p>
<p>E30 <i>Smalsumas ir noras sužinoti daugiau.</i></p> <p>V18 <i>Sunkumai su savo jausmų ir emocijų įvardinimu.</i></p> <p>V17 <i>Autoriteto tema. Pirmos žmonos svarba paciento gyvenime.</i></p> <p>Er11 <i>Teigiamo ryšio kūrimas su terapeute.</i></p> <p>Er2 <i>Noras bendrauti.</i></p> <p>E26 <i>Egzistencialistinis klausimas, tikėjimo klausimas. Tikėjimas – gydomoji galia.</i></p> <p>E24 <i>Mokėjimas pamatyti gražius dalykus ir pasidžiaugti kito žmogaus rankų darbu.</i></p> <p>E22 <i>Ribotos žmogaus galimybės kasdieniniame gyvenime. Paslaugų gavimo galimybės tik reabilitacijos metu.</i></p> <p>E10 <i>Saugumo jausmo svarba interviu metu.</i></p> <p>E8 <i>Mokėjimas pasidžiaugti mažais dalykais.</i></p> <p>E7 <i>Mokėjimas žavėtis kitų žmonių rankų darbu, vizualizacija.</i></p> <p>E4 <i>Pagarbos jausmas reabilitacijos centro darbuotojui.</i></p>	<p>Potemė: „Gyvenimo kokybė ir socialinių ryšių kūrimas“</p>

V13 Daug bendravimo ir domėjimosi Čigonų kultūra, tikėjimas netradicine medicina ir burtais.

V12 Pirmas terapeuto įvaizdis svarbus.

V3 Šeimininko ryšys su šunimi. Šuns svarba vyro gyvenime.

E3 Nenoras įžeisti terapeuto. Pagarbos jausmas kitam žmogui.

E1 Nesaugumo jausmas naujoje situacijoje. Baimė patirti kažką naujo.

V57 Artimųjų ir kaimynų draugystės ir palaikymo svarba.

V56 Tikėjimas netradicinės medicinos galia.

V53 Naujos patirties gavimas. Skirtumas tarp realios aplinkos ir dramatinės realybės. Artimųjų galimas neigiamas požiūris į Dramos terapijos sesijų lankymą.

V47 Gyvenimo reikšmingumas ir naudingumas kitiems žmonėms.

V45 Pasitikėjimas ir saugumo jausmas bendraujant su terapeutu.

V44 Noras grįžti į savo namus. Savo gyvenimo vietos ilgesys.

V43 Terapeuto teigiamas įvertinimas.

V42 Terapeuto asmeninio gyvenimo svarba.

V40 Savo gyvenimo įvykių įvertinimas. Egzistencinės mintys apie mirtį.

V33 Gamtos svarba paciento gyvenime. Miško galia ir atsipalaidavimas.

V31 Būti reikšmingam ir svarbiam interviu metu. Reikalingumo tema.

V30 Dėmesio gavimo svarba. Vieništumo ir saugumo jausmo tematika.

V22 Paciento gyvenamosios vietos svarba. Namų ir stabilumo jausmo tema.

V10 Gero humoro jausmo turėjimas.

<i>V8 Namų svarba vyro gyvenime.</i>	
<i>E34 Pacientas turėjo šešias reabilitacijas.</i> <i>E33 Paciento amžius.</i> <i>V55 Amžiaus svarba.</i> <i>Er19 Pacientės amžius.</i> <i>Er20 Reabilitacijos dažnumas.</i>	Kiti kodai