

Interreg



Bendrai finansuoja
EUROPOS SAJUNGA

Latvija – Lietuva

**SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ PALAIKYMO IR FORMAVIMO,
SIEKiant PAŽEIDŽIAMŲ GRUPIŲ ASMENŲ GERESNĖS
SOCIALINĖS ĮTRAUKTIES SKATINIMO PER
AUTONOMINES VEIKLAS REABILITACIJOS
CENTRUOSE**

PRAKTINIS METODINIS GIDAS

Palanga / Liepoja 2025

Praktinis metodinis gidas „SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ PALAIKYMO IR FORMAVIMO, SIEKIANT PAŽEIDŽIAMŲ GRUPIŲ ASMENŲ GERESNĖS SOCIALINĖS ĮTRAUKTIES SKATINIMO PER AUTONOMINES VEIKLAS REABILITACIJOS CENTRUOSE“, 2025.

Praktinį metodinį gidą parengė prof. dr. Brigita Kreiviniene

Kalbos redaktorė: Vilma Urbonavičiūtė.

Maketuotoja, dizainerė Urtė Kraniauskaitė

Dėkojame moksliniams konsultantams, tyrimo vykdytojams, kurie prisidėjo prie šio praktinio metodinio gido praktinio įgyvendinimo:

Prof. dr. Albertas Skurvydas, Kauno Vytauto Didžiojo universitetas

Dr. Karolina Petraškaitė, Vilniaus universitetas

Dr. Mārtiņš Priedols, Latvijos Rygos universitetas

Dėkojame praktikams už įžvalgas ir pagalbą pacientų vertinimo procese:

Doc. Juditai Daratienei, VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filialo „Pušynas“ reabilitacijos skyriaus vedėjai,

Arūnui Merkeliui, VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filialo „Pušynas“ projektų vadovui,

Ligai Vigulei, Valstybinio socialinio rūpybos centro „Kuržemė“ projektų koordinatori.

Šis praktinis metodinis gidas yra VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės nuosavybė, autorinės praktinio metodinio gido teisės priklauso prof. dr. Brigitai Kreivinienei. Visos turtinės metodinio gido teisės priklauso VšĮ Respublikinei Klaipėdos ligoninei.

Šis praktinis metodinis gidas parengtas naudojant Europos Sąjungos finansinę paramą. Už šio praktinio metodinio gido turinį pilnai atsako VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ „Švietimo, sveikatos ir socialinių inovacijų centras“ ir jis nebūtinai atspindi Europos Sąjungos nuomonę.

©Brigita Kreiviniene

©VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė

TURINYS

IVADAS	3
I. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ SAMPRATA	4
1.1. Socialinių įgūdžių samprata, formavimas	10
1.2. Socialinių įgūdžių palaikymas	15
1.3. Socialinių įgūdžių svarba socializacijai, socialinei integracijai ir inkluzijai	17
II. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ UGDYMAS AUTONOMINĖSE SALELĖSE	21
2.1. Sensorinių salelių gydymo įstaigoje autonominis naudojimas	22
2.2. Sensorinio sodo gydymo įstaigoje autonominis naudojimas	24
2.3. Bendrosios rekomendacijos.....	26
III. METODINĖS PACIENTŲ SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ FORMAVIMO REKOMENDACIJOS PAGAL TLK-10 AM SISTEMINĮ KLASIFIKATORIŲ	30
3.1. Metodinės C00–C96 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	31
3.2. Metodinės D00-D89 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	40
3.3. Metodinės E00-E89 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	47
3.4. Metodinės F00–F99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	54
3.5. Metodinės G00-G99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	60
3.6. Metodinės socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos H00-H59 susirgimų atvejais	68
3.7. Metodinės I00-I99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	73
3.8. Metodinės K00-K93 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	77
3.9. Metodinės M00-M99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos	81
IV. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ VERTINIMO INSTRUMENTAS	87
4.1. Vertinimo metodika.....	91
LITERATŪRA	96

ĮVADAS

Praktinis metodinis gidas „Socialinių įgūdžių palaikymo ir formavimo, siekiant pažeidžiamų grupių asmenų geresnės socialinės įtraukties skatinimo per autonomines veiklas reabilitacijos centruose“ buvo parengtas VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filialui „Pušynas“ kartu su partneriu iš Latvijos Valstybinio socialinio rūpybos centru „Kuržemė“ įgyvendinant projektą „Naujas požiūris į sėkmingą pažeidžiamų grupių reabilitaciją“ (INO REHAB, Nr. LL-00121). Projektas finansuojamas iš 2021-2027 m. Interreg VI-A Latvijos ir Lietuvos programos.

Visas projekto biudžetas – 493 800 Eur. Bendrasis Europos regioninės plėtros fondo finansavimas – 395 000 Eur. Projekto tikslas – sukurti inovatyvias paramos priemones, pagrįstas socialinių įgūdžių ugdymu, siekiant sėkmingai įtraukti pažeidžiamas grupes į visuomenę.

Projekto įgyvendinimo metu darbuotojai kėlė kvalifikaciją ir mokėsi kaip praktikoje taikyti mokslininkų parengtą socialinių įgūdžių palaikymo ir formavimo per autonomines veiklas metodą. Jis buvo pratestuotas su 650 projekto partnerių pacientų. Siekiant kokybiškai įdiegti ir taikyti šį metodą VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filiale „Pušynas“ buvo įrengtos trys savarankiškos reabilitacijos vietos („sensorinės salos“) su specialia fizinės reabilitacijos ir ergoterapine įranga. Tokios „sensorinės salos“ taip pat įrengtos projekto partnerio Latvijos Valstybinio socialinio rūpybos centro „Kuržemė“ filiale „Iļģi“. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filiale „Pušynas“ vietoj senojo lifto buvo įrengtas naujas ir modernus liftas. Siekiant didinti reabilitacijos paslaugų prieinamumą silpnaregiams pacientams pirmojo aukšto koridoriuje buvo įrengti porankiai su Brailio raštu, kuriais naudojasi ir judėjimo sunkumų turintys pacientai. Valstybinis socialinis rūpybos centras „Kuržemė“ filiale „Iļģi“ įkūrė sensorinį sodą, o Liepojos mieste esančiame filiale - socialinių įgūdžių formavimo laboratoriją.

Planuojama, kad kasmet projekto rezultatais Lietuvoje ir Latvijoje pasinaudos daugiau nei 2 000 projekto partnerių įstaigų pacientų.

Projekto partneriai:

VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė
S. Neries g. 3, LT-92231 Klaipėda, Lietuva
www.palangospoliklinika.lt

Valstybinis socialinis rūpybos centras „Kuržemė“
"Iļģi", Grobiņas valsčius, Pietų Kuržemės regionas, Latvija
www.vsackurzeme.gov.lv.

I. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ SAMPRATA

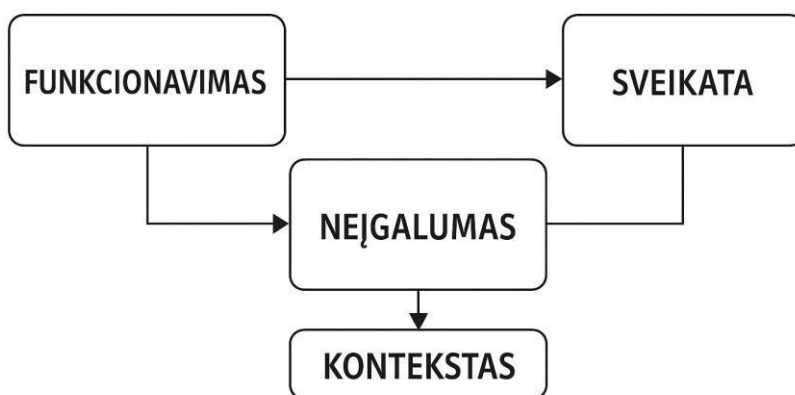
Socialinių įgūdžių sąvoka gana plati, apibrėžianti gebėjimus, pradedant apsitarnavimu ir siekiant savarankiško bei visaverčio buvimo sociume siekiant savirealizacijos. Socialiniai įgūdžiai apibrėžiami kaip žmogaus gebėjimai, padedantys bendrauti, bendradarbiauti, kurti santykius su kitais. Jie leidžia tinkamai elgtis įvairiose socialinėse situacijose, suprasti kitus žmones ir būti suprastiems. Sunkumai, kylantys dėl socialinių įgūdžių neturėjimo ar praradimo, susiję su įvairiomis sritimis: bendravimo, emocinio jautrumo, apsitarnavimo ir saviaktualizavimosi sociume.

Socialiniai įgūdžiai vystosi visą žmogaus gyvenimą, tuo tarpu atsidūrus stresinėje organizmo situacijoje, t. y. susirgus, patyrus traumą ar pan., anksčiau suformuoti socialiniai įgūdžiai gali iš dalies, laikinai arba visam laikui išnykti. Socialinius įgūdžius atkūrus, žmogus gali sėkmingai reintegrotis arba grįžti į visuomenę. Todėl apie socialinių įgūdžių svarbą kalba ne tik socialinės ar švietimo sistemos, bet tai tampa vis aktualiau ir sveikatos sistemoje, ypač pacientų reabilitacijoje.

Pasaulinė sveikatos organizacija (toliau – PSO) apie žmonių reabilitaciją kalba per socialinių įgūdžių atstatymo prizmę, pirminėje ir antrinėje reabilitacijoje taikant priemonių rinkinį ir metodus, kurie turėtų padėti optimizuoti žmogaus funkcionavimą, sumažinti jo negalios lygį ir pakelti dalyvumo visuomenėje lygį. Reabilitacijos procesas ir socialiniai įgūdžiai persipina, kuomet kalbame apie vaiko ar suaugusiojo sveikatos sutrikimus, patirtas traumas ar suaugusiajam senėjant. PSO apibrėžia reabilitacijos kryptį – savarankiškumo link, t. y. kad po reabilitacijos asmens gebėjimai pagerėtų (žr. 1 pav.), į tai orientuotas ir Tarptautinis funkcionalumo ir neįgalumo klasifikatorius (TFK). Tiek reabilitacijos, tiek sveikimo po ligos procesų tikslas – kiek įmanoma atstatyti žmogaus organizmo funkcijas ir pakelti dalyvavimo visuomenėje lygmenį. Vėliau aptarsime tai, kad ligos ar sutrikimo paveiktas asmuo gali tapti mažiau dalyvus, t. y. esant sudėtingesniai sveikatos sutrikdymui ypač pažeidžiamas, tad jam svarbus ne tik fizinis, motorinis, funkcinis sveikatos būklės atstatymas, bet ir psichologinė jo būklė. Pvz., autoriaus H. R. Smith (2015) mokslinėje studijoje atskleista, kad pacientai, kuriems diagnozuojamas onkologinis susirgimas, tikėtina suserga ir depresija, tokių atvejų greičiausiai yra daugiau nei 10 proc. Tačiau ne visada depresija ar gretutiniai sutrikimai diagnozuojami, nes vienas iš onkologinės ligos simptomų ir yra prislėgta būseną bei nerimas dėl ateities. Tačiau neabejojama, kad žmogui sergant onkologine liga būtina įvertinti jo depresyvumo lygį, kaip ir rekomenduotina taikyti papildomas psichoterapines priemones, rekomenduoti savarankišką sensorinių salelių ir / ar pabuvimą sensoriniame sode. Onkologinių susirgimų gydymas trunka ilgą laiką, prireikia daug pastangų ir artimųjų palaikymo, pozityvių prognozių. Tam tikrais atvejais antidepresantai, atsižvelgiant į taikomą gydymą, gali būti skiriami ribotai, todėl šiai grupei ypač aktualios papildomos nefarmakologinės dalyvumą skatinančios, depresyvumą mažinančios ir tiesiogiai jų gyvenimo kokybę veikiančios priemonės. H. R. Smith (2015), L. Grassi ir kt. (2023) studijos kalba apie galimas lėtinės streso reakcijos sergant onkologine liga ir depresyvumo atsiradimo bei mirtingumo nuo vėžio sąsajas. Tai, be jokios abejonės, ateities medicinos uždavinys, tačiau galima teigti, kad reabilitacijos procese į tai būtina atsižvelgti.

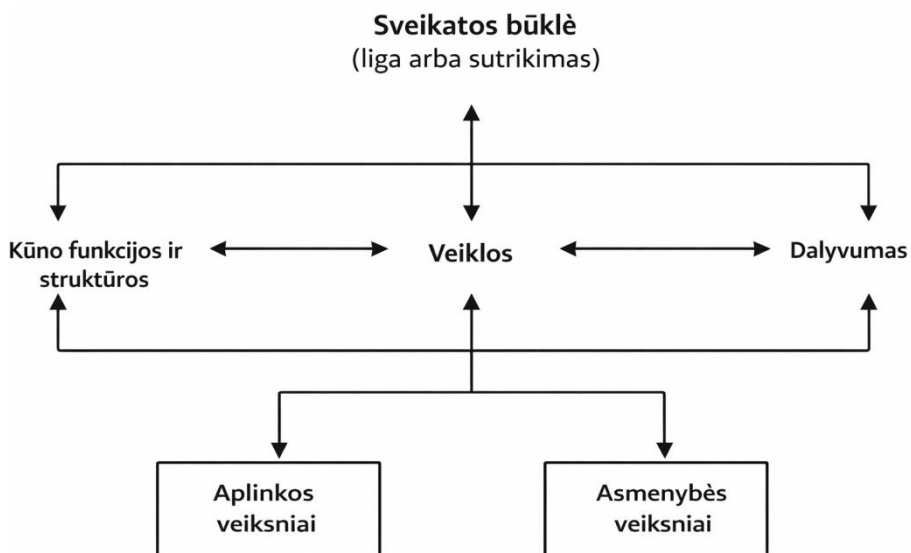
Taigi, tai tik vienas pavyzdžių, kaip reabilitacija ir socialiniai įgūdžiai, nefarmakologinės priemonės tarpusavyje susiję. Reabilitacija turi padėti žmogui tapti kuo mažiau priklausomu nuo aplinkos kasdieniame gyvenime, darbinėje veikloje, savo šeimos aplinkoje bei visuomenės gyvenime (žr. 1 pav.).

Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos komponentų tarpusavio sąveika



1 pav. Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos komponentų tarpusavio sąveikos schema remiantis PSO.

1-asis paveikslas iliustruoja žmogaus funkcionavimo dihotomiją tarp sveikatos ir neįgalumo atsižvelgiant į kontekstą. Antroji schema (žr. 2 pav.) patikslina konteksto aplinkybes, skirstydama jas į išorines ir vidines bei veiksniai, lemiančius asmens sveikatos būklės pokyčius rehabilitacijos procese.



2 pav. Biopsichosocialinis sveikatos modelis (TFK klasifikatorius, 2001).

Lietuvoje patvirtintame TFK nurodytos dvi pagrindinės dalys (funkcionavimas ir negalumas bei aplinkybės), kurių kiekviena turi po du komponentus. Kūno lygmenį aprašo du su kūno biologiniais ypatumais susiję komponentai: kūno funkcijos (fiziologinės bei psichologinės) ir kūno struktūros (struktūrinės ar anatinės kūno dalys). Veiklos ir dalyvumas apima įvairius žmogaus funkcionavimo aspektus asmens ir socialiniu lygmenimis (TFK, 2004). Šie veiksniai lemia žmogaus tolesnį dalyvumą bendruomenėje. Aplinkos veiksniai yra pirmasis aplinkybių komponentas. Jiems priklauso fiziniai, socialiniai veiksniai bei aplinkinių nuostatos asmens atžvilgiu. Numatomi kliuviniai – aplinkos veiksniai, savo buvimu ar nebuvimu ribojantys asmens funkcionavimą ir skatinantys jo negalumą. Kliuviniams priskiriama: netinkama aplinka, neigiamos aplinkinių nuostatos, reikiamų pagalbinių priemonių, paslaugų, tarnybų stoka, teisės aktų, susijusių su negalia turinčių asmenų integracija, socialine parama ir kt., trūkumas ar nepaisymas. Tuo tarpu vadinamieji lengviniai – tai asmens aplinkos veiksniai, savo buvimu ar nebuvimu skatinantys funkcionavimą ir mažinantys negalumą. Jiems priskirtina: aplinkos prieinamumas, galimybė įsigyti reikiamą pagalbines techniką, teigiamos žmonių nuostatos dėl negalumo, paslaugos ir politinės priemonės, skatinančios sutrikusios sveikatos žmonių įtrauktumą į visas gyvenimo sritis (TFK, 2004).

Be šių jau išvardytų komponentų, ne mažiau svarbus antrasis aplinkos veiksnių komponentas – asmenybės veiksniai. Jiems priskiriamos specifinės asmens gyvenimo charakteristikos: lytis, rasė, amžius, gyvenimo būdas, praeities ir dabarties patirtis, charakterio savybės ir kt. Ką tik aptarėme asmens, sergančio onkologine liga, situaciją, atsižvelgiant į jo atsparumo lygmenį, charakterio ir kitus veiksnius, žmogui gali pasireikšti nerimas, depresyvumas ir kt. TFK asmenybės veiksnių dėl didelės jų įvairovės ir apimties, socialinių bei kultūrinių skirtumų neklasifikuoja. Visų TFK pateiktų komponentų sąveika yra dinamiška: vieno komponento pokyčiai sukelia kito arba keleto kitų komponentų pokyčius (TFK, 2004).

PSO sveikatos strategija 2030 (žr. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>) skelbia statistiką ir informuoja, kad globalų rūpestį žmonių sveikata kelia asmenų, sergančių vairiomis ligomis ar patyrusių traumas, dažnas reabilitacijos paslaugų ignoravimas. Tuo tarpu pats reabilitacijos procesas pripažįstamas kaip nepamainomas tiek kalbant apie vaikų, tiek ir apie suaugusiųjų sveikatą. Dar 2017 m. vasario mėnesį paskelbus šią naująją PSO sveikatos strategiją 2030 išskirta dešimt esminių šios strategijos globalių tikslų, kurie turėtų prisidėti prie bendros strategijos vystymo. Dauguma jų susiję su mūsų šiame praktiniame gide analizuojamomis problemomis ir klausimais:

1. Stiprinti lyderystę ir politinį reabilitacijos rėmimą vietos, nacionaliniu ir pasauliniu lygmenimis.
2. Gerinti reabilitacijos integravimą į sveikatos sektorių ir stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, veiksmingai tenkinant gyventojų poreikius.
3. Įtraukti reabilitaciją į universalią sveikatos priežiūrą.
4. Kurti visapusiškus reabilitacijos paslaugų teikimo modelius, siekiant pamažu užtikrinti lygiavertę kokybiškų paslaugų prieigą, įskaitant kompensacines priemones visiems gyventojams – ir kaimo bei atokiose vietovėse gyvenantiems žmonėms.
5. Plėtoti stiprią tarpdisciplininės reabilitacijos specialistų komandą, atitinkančią konkrečios šalies kontekstą, ir propaguoti *reabilitacijos* sampratą rengiant visų sričių sveikatos priežiūros specialistus.

Visame pasaulyje vienas iš trijų žmonių patiria sveikatos būklę, kurią galėtų pagerinti reabilitacija. Šių poreikių turi įvairaus amžiaus žmonės – tiek vaikai, tiek suaugusieji. Statistiškai

vaikams pagalbos dažniausiai reikia dėl jų turimų raidos, intelekto sutrikimų, darbingo amžiaus asmenims jos paprastai prireikia dėl onkologinių susirgimų (tai dažniausia šios amžiaus grupės negalios priežastis), atsiradusių fizinių apribojimų dėl traumų – nelaimingų įvykių, atsitiktinių ar susijusių su karu, bei vyresnio amžiaus žmonėms, segantiems lėtinėmis ligomis ar turintiems su senėjimu susijusių sunkumų. Šių reabilitacijos poreikių mastas tik augs, nes populiacijos sensta, o lėtinių ligų turinčių žmonių skaičius visame pasaulyje didėja. Be abejo, ypač svarbi ir paties reabilitacijoje dalyvaujančio asmens motyvacija.

PSO teigimu, augantis reabilitacijos poreikių mastas išryškėjo jau 2017 m., tad siekta atkreipti šalių dėmesį į šių poreikių tenkinimo būtinybę, tai, kad paslaugos menkai išvystytos ir prognozuojamas jų poreikio augimas ateityje. Šios prielaidos ir lėmė PSO valstybių narių, partnerių ir pilietinės visuomenės susitelkimą bei iniciatyvos „Reabilitacija 2030“ pradžią.

PSO nurodo, kad reabilitacijos strategija gana plati, apima ir gyvensenos mediciną bei socialinę įtrauktį, kurios dalimi yra ir socialinių įgūdžių ugdymas reabilitacijos procese, didinantis žmogaus dalyvumo galimybes. Vienas PSO prioritetų – psichikos ir elgesio sutrikimai, kaip paskira ar papildoma grupė, kai pažeidžiamas asmuo turi kitą – pirminę lydinčią diagnozę. PSO reabilitacijos gairėse siūloma vartoti *į atstatymą orientuotos psichologinės strategijos* sąvoką (angl. *recovery-oriented psychosocial strategies*), kuri apima ir gyvenimo bei socialinių įgūdžių ugdymą, tai ypač aktualu žmonėms, kurie turi psichikos sutrikimų (pvz., esant šizofrenijai ar bipoliniam sutrikimui) ar kitų problemų, menką motyvaciją (pvz., insulto atveju, kai paveikta motyvacijos zona).

Šis metodinis gidas yra universalus, t. y. orientuotas į projekto partnerių poreikius, kurie yra dvejopi: poreikiai žmonių (suaugusiųjų ir vaikų), turinčių psichikos sutrikimų (Latvija), ir tų, kurie turi neurologinių, skeleto, kardiologinių problemų (Lietuva). Vis dėlto nereiktų pamiršti, kad sveikatos problema dažniausiai nebūna viena, šalia pagrindinės diagnozės paprastai yra kitų, todėl kalbama apie pacientus, kuriems kyla kompleksinių – tiek fizinių, somatinių, tiek ir psichologinių – iššūkių.

Socialinių įgūdžių ugdymą galima integruoti į reabilitacijos programas, ypač kai reabilituojami pacientai, kurių sutrikęs socialinis funkcionavimas (pvz., po smegenų traumos arba turint lėtinių psichikos sutrikimų). Be to, galima sėkmingai dirbti su mažesnio fizinio aktyvumo pacientais, pamažu didinant jų aktyvumą, savarankiškumą, juos įgalinant, t. y. suteikiant galios bei vis daugiau prisiimant atsakomybės už save.

PSO teigimu, tokios savarankiškumą skatinančios programos veiksmingos tiek taikant jas grupėje, tiek ir individualiai. Viena vertus, grupėje taikyti savarankiškumo ugdymo programas sveikatos įstaigai finansiškai naudingiau, kita vertus, kartais tai naudingiau ir pacientams, ypač socialiai izoliuotiems, patyrusiems biografinę krizę dėl savo ligos ar negalios, arba jei siūloma socialinė veikla orientuota į bendrystę, pvz., maisto gaminimą kartu įrengtoje socialinėje virtuvėlėje, pasidalijimą jausmais sensorikos kabinete, kur sukurta pasitikėjimo atmosfera ar pan. Socialinių įgūdžių atkūrimas, mokymas ir palaikymas turi papildomų tikslų:

- ugdo rizikos situacijoje esančių žmonių gebėjimą bendrauti;
- geriau suprasti socialinius signalus: būdami kartu žmonės ne tik patys reflektuoja, dalijasi išgyvenimais, jausmais, bet ir ugdomi empatiškumą, gebėjimą įsijausti į kito žmogaus situaciją;
- vienas svarbiausių socialinių įgūdžių – gebėjimas spręsti konfliktus: tiek sensoriniai kambariai, tiek maisto gamybos įgūdžių ugdymas grupėje visada sukuria situacijų, kuriose pacientai

priversti ieškoti išeičių, bendradarbiauti.

Socialiniai įgūdžiai visuomet turi turėti realų socialinį kontekstą: kiek pacientas besimokyty reabilitacijos centre, atstatinėtų savo socialinius įgūdžius, realus kasdienis kontekstas yra geriausia šių įgūdžių tobulinimo terpė. Didžiausias veiksmingumas pasiekiamas žmogui besipraktikuojant realiose situacijose, kurios kartojasi, į jas įtraukiami šeimos nariai, taip mokoma socialinius įgūdžius pritaikyti savo gyvenime.

PSO teigimu, aktualiausių socialinių įgūdžių mokoma psychosocialinės reabilitacijos procese, taikant holistinius metodus, kurie orientuoti į individualius žmogaus poreikius, o socialinių įgūdžių veiklos siejamos su gyvenimo įgūdžiais, bendravimu, sprendimų priėmimu, savarankiškai atliekamomis užduotimis ir įtrauktimi į bendruomenę.

D. Mockevičienės, B. Kreivinienės (2025) teigimu, holistinis požiūris sudaro galimybę terapiją vykdančiam specialistui stebėti paciento visumines galimybes: pastebėti jo gebėjimus, stiprybes – ne vien ligą, negalią ar kitus ribotumus. Holistiniam požiūriui būdingas į procesą orientuotas mąstymas ir veikimas. Paciento diagnozė ir terapija traktuojami kaip proceso vienetas. Į procesą orientuotas mąstymas leidžia suvokti patį procesą, esamą padėtį ir pokyčių galimybes.

Šių autorių teigimu (Ten pat, 2025), ugdant socialinius įgūdžius, siekiant užtikrinti paciento gerovę, ypač svarbus tarpdisciplininis bendradarbiavimas, kuris formuoja atitinkamą veiksmų sampratą susiejant įvairius metodus, kurie maksimaliai atitiktų paciento poreikius. Tai leidžia pamatyti pacientą iš įvairių perspektyvų, atliepti aktualius emocinius, psichologinius poreikius, kurie lemia paciento fizinę gerovę. Ugdant socialinius įgūdžius, tokio kompleksinio darbo rezultatas ar intervencijos pažanga gali būti išmatuojami, taikant įvairius testus, klausimynus, diagnostinę įrangą ir kt. Reabilitacijos procese galima matuoti taikant *Weefim* klausimyną, Barthelio skalę ar kitus kineziterapijos, reabilitacijos testus (*Tinetti* ir pan.), kurie parodys paciento fizinę būklę. Ne mažiau svarbu įvertinti ir asmens gyvenimo kokybę (patiriamą skausmo lygį, nuotaikas), tam tinka SF-36 skalė ar depresyvumo klausimynas. Pagrindinis specialistų dėmesys socialinių įgūdžių ugdymo reabilitacijos procese sutelkiamas ne tik į ligos diagnozę, svarbūs ir paciento pagrindiniai bei gretutiniai simptomai, fizinės bei psichoemocinės problemos, socialinė izoliacija, socializacijos lygmuo, artimųjų palaikymas ir pan.

Todėl rekomenduojama prieš ir po socialinių įgūdžių ugdymo proceso pasitelkti psichologinius bei socialinius diagnostikos įrankius, kurie gali atskleisti papildomus reabilitacijos procesą sunkinančius ar lengvinančius veiksnius, paciento išgyvenimus. Toliau aptarsime *socialinių įgūdžių sampratą* bei socialinių įgūdžių formavimosi procesus.

1.1. Socialinių įgūdžių samprata, formavimas

Socialiniai įgūdžiai formuojami visą žmogaus gyvenimą. „Visuotinėje lietuvių enciklopedijoje“ (V. Gudžinskienė ir R. Raudeliūnaitė) socialiniai įgūdžiai apibrėžiami kaip asmens savybių visuma, formuojanti gebėjimą užmegzti ryšius su kitais žmonėmis socialines normas atitinkančiais būdais; socialinio bendravimo patirtis. Raiškos būdo aspektu jie gali būti skirstomi į *verbalinius* (pokalbiai, juokavimas, diskusijos įvairiomis temomis, mokymas(is) ir *neverbalinius* (aktyvus klausymas, kūno kalba).

Socialiniai įgūdžiai yra kompleksinė bendros vaiko raidos sritis, jie ima vystytis vos užsimezgę. Gimus vaikeliui jau pirmosiomis jo gyvenimo dienomis pastebime, koks svarbus psichomotorinis vystymasis, ne tik glaudžiai susijęs su jutimų sistema, bet ir priklausantis nuo galimybės iš aplinkos įvairiais pojūčių kanalais (regos, klausos, jutimų, vestibuliniu, propriocepcijos ir kt.), kurie formuoja socialinių įgūdžių ugdymosi pagrindą, gauti sensorinę informaciją. Šiais kanalais sensorinei informacijai pasiekus galvos smegenis, ugdomi gebėjimas tuos dirgiklius suvokti, juos identifikuoti ir į juos reaguoti. Gauta informacija paverčiama tam tikrais vaizdiniais, kurie sudaro vaiką supančio pasaulio vaizdą. Skelbiama, kad daugiau kaip 90-čiai procentų vaikų, turinčių raidos sutrikimų, pasireiškia ir sensoriniai (jutiminiai) sutrikimai (Ayres ir kt., 2005).

V. Gudžinskienės ir R. Raudeliūnaitės (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija) teigimu, socialinius įgūdžius lemia tam tikros aplinkos ypatybės, socializuojantis įgyjami poreikiai ir lūkesčiai. Socialinius įgūdžius sudaro socialinis žinojimas (sociokultūrinių veiksnių supratimas ir interpretavimas), socialinė elgsena (teigiamų tarpusavio santykių kūrimas, atsakingų sprendimų priėmimas, sudėtingų situacijų konstruktyvus bei situacijos etiškas valdymas) ir emocijų valdymas (emocijų atpažinimas, užuojauta, rūpinimasis kitais žmonėmis).

B. Kreiviniienės ir kt. (2021) teigimu, pagrindiniai socialiniai įgūdžiai apima šias sritis:

- *Bendravimą* – šiuo atveju tiek vaikui, tiek suaugusiajam būtinas gebėjimas kalbėti, klausytis, palaikyti pokalbį, domėtis kito asmens rūpesčiais.

- *Empatiškumą* – kalbama apie gebėjimą suprasti ir atjausti kito žmogaus jausmus, ši sritis dažniau priskiriama profesionalams, kurių darbas yra kitų žmonių problemų sprendimas, emocijų ir situacijų aptarimas bei analizė. Tačiau empatiškumas yra svarbi socialinė vaikų kompetencija, kaip jų gebėjimas įsijausti į kito asmens jausmus. Šią savybę išsiugdyti sudėtingiausia žmonėms, kurie turi psichikos sveikatos sutrikimų, ypač autizmo spektro sutrikimą, Aspergerio sindromą ir pan. dėl neurologinio ypatumo – žemesnio veidrodinių neuronų aktyvumo lygio, kuris atsakingas už žmogaus emocines kompetencijas.

- *Bendradarbiavimą* – gebėjimą dirbti komandoje, dalintis atsakomybe, kurti bendrystės ryšius. Pavyzdžiui, mokslinių tyrimų duomenimis, vaikai ir jaunuoliai, turintys ASS ir (arba) lengvą intelekto sutrikimą, daug rečiau dalyvauja socialinėse veiklose, nei vaikai ir jaunuoliai, kuriems būdinga tipinė raida, jie palaiko mažiau socialinių kontaktų ir turi mažiau artimų santykių. Todėl ribotų socialinių įgūdžių jaunuoliai dažnai patiria sunkumų užmezgant ir palaikant prasmingus santykius, o jų pasiekimai mokykloje, kaip ir galimybės įsidarbinti, kur kas prastesnės. Tokia socialinė izoliacija jaunuoliams užaugus nulemia didesnę jų depresyvumą, prastesnę sveikatos būklę ir neigiamai veikia jų gerovę (Honan, 2023).

- *Konfliktų sprendimą*. Minėta, kad tai vienas svarbiausių gebėjimų, kurių vaikai dar

ankstyvoje vaikystėje ugdomi žaisdami – imituoja, kuria socialines situacijas, mokosi taikiai spręsti nesutarimus.

- *Savarankiškumą socialinėse situacijose* – tai žmogaus gebėjimas savarankiškai priimti sprendimus, elgtis socialiai priimtiniu būdu, kitiems žmonėms neprižiūrint ir nevadovaujant. Dažnai reabilitacijos procese pastebime vadinamąjį „prilipimo“ pavojų (Rimkus, Kreiviniene, 2022), kai pacientas, išgyvenęs į ligą, suvokia save kaip labiau pažeidžiamą, pasitikėti specialistu ir laukti jo direktyvos visose situacijose, t. y. jis pats nebenori spręsti savo problemų, būti savarankiškas. Jis saugiai jaučiasi specialistų apsuptyje ir bijo grįžti į namus, baiminasi savarankiškumo. Šiuo atveju būtų naudinga kuo anksčiau pradėti formuoti savarankiškumo įgūdžius, kurie prarasti dėl ligos ar sutrikimo, bei įgalinti pacientą, naudojant autonomines saleles, pasitikėti savo galimybėmis. Taip jis pasijus esąs partneris šiame reabilitacijos procese.

- *Savigarbą ir prisistatymą*. Šis įgūdis susijęs su gebėjimu save pateikti socialinėse situacijose, atstovauti savo interesams.

- *Neverbalinį bendravimą* – tai gebėjimas tiek „skaityti“ kitų žmonių kūno judesius, mimiką, atspėti signalus, tiek gebėti pačiam komunikuoti socialiai priimtiniu ir suprantamu būdu stebint savo kūno kalbą, mimiką, gestus, gebėti pasirinkti tinkamą balso toną bei įvertinti kitų žmonių balso toną.

Iš esmės socialiniai įgūdžiai reiškia asmens gebėjimą elgtis adekvačiai ir adaptyviai (prisitaikant prie nuolat kintančios socialinės aplinkos), sutarti su kitais asmenimis ir įvairiomis jų grupėmis, užmegzti ir plėtoti tarpasmeninius ryšius, ieškoti kompromisų, konstruktyviai spręsti konfliktus, mokytis ir kurti kartu su kitais žmonėmis, siekti bendrų bendruomenės tikslų, plėtoti socialinę sąveiką, dalyvauti tautos ir bendruomenės kultūriniame, pilietiniame gyvenime, gerbti demokratinės visuomenės gyvenimo principus ir vertybes, rinktis sveiką gyvenseną, rūpintis aplinka (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija).

Žvelgiant į socialinių įgūdžių raidos etapus, būtina pastebėti, kad skirtingais žmogaus raidos etapais vystosi skirtingi įgūdžiai. Be to, svarbu, ar kalbame apie bendruosius su raida sietinus įgūdžius, ar apie sutrikimų turinčio vaiko / suaugusiojo socialinių įgūdžių formavimą.

Pavyzdžiui, kalbant apie vaikus, autoriai, tyrę vaikų, turinčių negalią, socialinių įgūdžių ugdymąsi, paprastai sutinka, kad siekiant rezultato būtina kuo anksčiau pradėti intervencijos procesus (Kreiviniene ir kt., 2021). Todėl ankstyvoji raida ir intervencija, stebint vaiko raidos sutrikimą, nepaneigiamai svarbiausios.

Kalbant apie socialinių įgūdžių formavimosi laikotarpius paminėtina, kad dar vaikystėje susiformuoja socialinė kompetencija, kuri apima šiuos socialinius įgūdžius: problemų sprendimą, empatiją, streso įveikimą. Socialiniai įgūdžiai formuojasi gerų santykių su bendraamžiais pagrindu, galima skirti tokius įgūdžius: gebėjimą reikšti jausmus, išgirsti, pagarbą vienų kitiems, bendradarbiavimą. Paprastai tipinės raidos vaikai, kurie yra socialiai kompetentingi, gali būti apibūdinami kaip draugiški vaikai, gebantys suvokti savo jausmus ir juos išreikšti, be to, suvokti kitų asmenų emocijas ir jausmus (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija). Toks socialinių įgūdžių konstruktas išlieka aktualus visą žmogaus gyvenimą. Vėliau, patekus į įvairias gyvenimo situacijas, patyrus netekčių, šios socialinės kompetencijos gali sumenkėti, nes žmogus yra pažeidžiamoje situacijoje, todėl jam reikia padėti atkurti socialinius ryšius, susigrąžinti gebėjimą bendrauti, kurti socialines grupes ir pan.

Kalbant apie socialinių įgūdžių svarbą ir formavimąsi, ypač aktualus ankstyvasis vaikystės periodas. Ankstyvoji vaikystė apibrėžiama kaip pirmieji šešeri gyvenimo metai, kartais dar vadinami kritine gyvenimo faze, kuriai būdingas spartus augimas ir fizinis, socialinis, emocinis bei pažintinis

vystymasis. Šiuo laikotarpiu būtina ugdyti ilgalaikius socialinius įgūdžius, kurių nereikėtų atsieti nuo savarankiškumo formavimosi. Puikūs socialiniai įgūdžiai gali padėti ateityje siekti geresnio išsilavinimo, užimtumo, užsitikrinti stipresnę psichinę sveikatą (Jones ir kt., 2015). Vaikų psichomotoriniai gebėjimai glaudžiai susiję su sensoriniu ir motoriniu vystymusi, normaliu nervų sistemos funkcionavimu. Kūdikis per pirmuosius savo gyvenimo metus padaro didžiulę pažangą visose raidos srityse: išmoksta savarankiškai judėti, susipažįsta su daugybe jo aplinkoje esančių daiktų, formuojasi savarankiškumo įgūdžius, kurie didina jo savivertę ir padeda prisitaikyti aplinkoje. Įprasti (orientaciniai) vaiko raidos savarankiškumo įgūdžių ugdymosi etapai priklauso nuo individualios vaiko raidos, tačiau savarankiškumui vėluojant galima įtarti esant raidos sutrikimą (Kreiviniene ir kt., 2021). Įdomu tai, kad įvairūs ankstyvosios vaikystės patyrimai ateityje gali lemti ir suaugusiųjų psichologinį atsparumą stresui (didesnį ar mažesnį), socialumą, gebėjimą spręsti problemas, konfliktus ir kt.

Pirmaisiais vaiko gyvenimo metais ypač svarbus neurosensomotorinis vystymasis – tai yra žmogaus tolesnio vystymosi pagrindas. Dėmesys kreipiamas į vaiko judėjimo sistemą, vis dėlto nereikėtų apleisti ir kitų sričių, siekiant užtikrinti darnią visų organizmo sistemų veiklą bei sveiką psichikos raidą. Vaikai judesiu sąveikauja su aplinka, tad judesiai glaudžiai susiję su jo suvokimo ir jutimo raida, pažinimu, komunikacija, socialine aplinka bei socialiniais įgūdžiais. Skatinti motorinę raidą svarbu kuriant vaikų, turinčių raidos sutrikimų, motyvacinę sistemą. Vaiko, turinčio negalią, funkciniai motorikos tikslai įgyvendinami kasdiene veikla bei apdovanojimu vėliau (pavyzdžiui, galima suvalgyti pasigamintą keksiuką). Be abejo, svarbi motyvacija. Puiki motyvacinė priemonė gali būti ir pati užduotis, parinkta, atsižvelgiant į individualią vaiko raidą. Esamus vaiko poreikius atitinkanti užduotis (angl. *just right*, liet. *kaip tik*) yra motyvuojanti.

Demotyvuojanti užduotis – pernelyg sudėtinga / neįvykdoma (vaikui keliami nerealistiniai, perdėti lūkesčiai) ar atvirkščiai – pernelyg greitai pasiekiami / nuobodūs (vaikas nuvertinamas, neteisingai įvertinus jo galimybes) (Kreiviniene ir kt., 2021). Reabilitacijos procese svarbu sugrąžinti pacientui savarankiškumą, atkurti funkcijas, tad pagal jo galimybes skiriama užduotis jį motyvuoja, per aukšta – primena, ko jis negali atlikti, taigi demotyvuoja.

Dar vaikystėje pastebėta vaiko socialinės kompetencijos stoka gali lemti sunkesnę užduočių įveikimą. Toks vaikas gali elgtis impulsyviai, nesugebėti išlaikyti draugystės, įvardyti savo jausmų, įsijausti į kito žmogaus būseną, nepasitiki savimi, todėl sunkiau pritampa, jaučiasi vienišas ir nelaimingas. Jungtinių Amerikos Valstijų psichologo R. M. McFall'o teigimu, socialiniai įgūdžiai yra specifinė elgsena, individui vykdant iškeltą užduotį, o socialinė kompetencija apibendrina įvertinimą, kad individas užduotį įvykdė adekvačiai. Vertinimai paprastai formuluojami remiantis aplinkinių (pavyzdžiui, tėvų, mokytojų ar tos pačios socialinės grupės) nuomone arba lyginant su konkrečiais kriterijais (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija). Ir paauglystės ar suaugusiojo amžiuje galima greita demotyvacija, nusivylimas savo jėgomis, nesitikėjimas, kad funkcijos atsistatys, depresyvumas, nerimas.

Mokslininkai diskutuoja dėl ankstyvųjų žmogaus vystymosi etapų patirčių svarbos – psichologinių problemų: psichikos jautrumas dažnai nulemtas probleminių santykių ankstyvuosiuose raidos etapuose. Žinoma, kiekvieno vaiko raidos sparta savita, be to, tam įtakos turi ir aplinkos sąlygos, šeimos ypatumai, sveikatos būklė. Netinkama ar nepakankama vaiko priežiūra, emocinio ryšio, tėvų dėmesio, stimulų stoka gali neigiamai veikti jo raidą ir savarankiškumo įgūdžių ugdymąsi, atsparumą ateityje. Nuo mažų dienų supanti socialinė aplinka vaikui leidžia suprasti, kuri veikla skatina ir motyvuoja, o kuri yra pavojinga, demotyvuoja. Įgyta patirtis jam padeda suvokti

atitinkamos veiklos vertę. Veiklos vertės pojūtis formuojamas asmeninių patirčių, kurios sudaro tolesnio domėjimosi aplinka pagrindą, dėka ir lemia savarankiškumo ugdymosi procesą. Pasitelkęs asmenines patirtis ir pojūčius vaikas fiksuoja ir abstrahuoja, kurios veiklos yra pozityvios, kurios – negatyvios. Vėliau, vadovaudamasis asmenine patirtimi, prieš pradėdamas veikti jaučia, veikla patraukli ar ne. Patrauklumo jausmas sietinas su sensorine sistema: vieni kūdikiai raminausiai reaguoja į prisilietimą, kiti teigiamas emocijas parodo supami ar nešiojami, tretiems patinka garsiniai stimulai, taigi vaiko veiklos pasirinkimas priklauso ne tik nuo fiziologinių ypatumų, bet ir nuo patirties, kurią suteikia skirtinga veikla ir supanti aplinka. Veiklos pasirinkimas sudaro valios ir veiklos motyvacijos esmę (Kreiviniene ir kt., 2021).

Jau minėtus socialinius įgūdžius galima skirstyti į esminius, kurie stiprina žmonių sveikatą ir gerovę (pavyzdžiui, sprendimų priėmimas, kūrybiškas, kritinis mąstymas, veiksmingas bendravimas, savęs pažinimas, streso įveikimas), ir situacinius (pavyzdžiui, gebėjimas atsisakyti, prieštarauti, nepertraukinėti kalbančiojo, sakyti gerus žodžius ir komplimentus, dėliaugtis pagyrimu, užmegzti ir palaikyti kontaktą, pradėti, palaikyti ir užbaigti pokalbį, paprašyti pagalbos, reaguoti į pastabas ar kritiką, atsiprašyti, pripažinti klydus). Socialiniai įgūdžiai yra socialinės kompetencijos (kompetencija) dalis, padedanti kurti gerus tarpasmeninius santykius. Plačiaja prasme socialinė kompetencija apibrėžiama kaip gebėjimas atitikti visuomeninio gyvenimo reikalavimus. Tai žmogaus emociniai, pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai, būtini tam tikrame jo gyvenimo etape, atliekant konkrečius vaidmenis (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija).

Moksliniai tyrimai atskleidžia (pvz., Honan, 2023), kad jaunuoliai, turintys autizmo spektro (ASS) ar lengvą intelekto sutrikimą, patiria kur kas daugiau iššūkių dėl socialinės komunikacijos, socialinių problemų sprendimo, bendraamžių sąveikos bei santykių. Jaunesniame amžiuje šios problemos ne tokios pastebimos, tuo tarpu paauglystėje jos paastrėja ir ima kelti nerimą. Ikimokykliniame amžiuje vaikai, turintys intelekto negalią ar autizmo spektro sutrikimą, bendrauja paprasčiau, tad tam tikras atotrūkis ne visada matomas. Vyresniame amžiuje, nuo 12-os metų, santykiai intensyvėja, socialinės sąveikos tampa sudėtingesnės, tad išryškėja kitoniškumas, lėtumas ar socialinio konteksto neatitikimas. Todėl jaunuoliai, kurie suvokiami kaip „kitokie“, dažnai lengviau išstumiami iš grupės, tampa socialiai izoliuoti.

Kalbant apie ugdymosi procesą, kartais skiriami intrapersonaliniai (santykio su savimi) ir interpersonaliniai (santykio su kitais žmonėmis) socialiniai įgūdžiai. Intrapersonaliniai socialiniai įgūdžiai siejami su asmens gebėjimu suprasti, kontroliuoti ir tinkamai išreikšti savo mintis, pažinti ir įvertinti savo asmenybės ypatumus, jos stipriąsias ir silpnąsias puses, pasitikėti savimi, kontroliuoti impulsus, motyvuoti save įveikti sunkumus, nustatyti ir stebėti savo ir kitų žmonių veiklos pažangą. Interpersonaliniai socialiniai įgūdžiai apima asmens santykius su kitais žmonėmis, gebėjimą išlaikyti asmeninių ir socialinių siekių darną, išreikšti save atitinkamai kultūrai ir situacijai priimtinais verbaliniais bei neverbaliniais būdais, atsispirti netinkamam socialiniam spaudimui ir kita (žr. Visuotinė lietuvių enciklopedija).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 2014 m. gegužės mėn., vykstant 67-ajai Pasaulio sveikatos asamblėjai, priėmė rezoliuciją dėl koordinuotų priemonių taikymo, siekdama padėti žmonėms, kurie turi autizmo spektro sutrikimų, šią rezoliuciją palaikė daugiau kaip 60 šalių. Ji labiau orientuota į socialinių įgūdžių formavimo klausimus, ypač autizmo spektro sutrikimų (ASS), be to, daug dėmesio skiriama žmogaus teisių klausimams, tai yra PSO sveikatos strategijos 2030 dalis (žr. WHO, 2021; 2022). Rezoliucijoje pabrėžiama, kad autizmo spektro sutrikimas yra vienas sudėtingiausių, paveikiantis tiek žmogų, tiek visą jo šeimą, taigi pagalba šiuo atveju būtina. Autizmo

spekto sutrikimai paprastai pasižymi tam tikru socialinės sąveikos ir komunikacijos sunkumo lygiu. PSO atkreipia dėmesį, kad kalbant apie žmonių reabilitacijos procesus, tai yra didžiausia vaikų ir paauglių su negalia grupė. Socialinių įgūdžių ugdymas ir išlaikymas ypač aktualus, nes autizmo spektro sutrikimą turintiems žmonėms būdingi netipiniai veiklos ir elgesio modeliai, pavyzdžiui, sunkumai pereinant nuo vienos veiklos prie kitos, dėmesio sutelkimas į detales bei sensoriniai sutrikimai.

Rezoliucijoje aptariama ir tai, kad ASS turintiems asmenims gali pasireikšti gretutinės sveikatos sutrikimo būklės, dažniausiai – epilepsija, depresija, nerimas, dėmesio ir hiperaktyvumo sutrikimas (ADHD), kiti sudėtingi elgesio sunkumai, miego sutrikimai ar savęs žalojimas. Tad didžiausias iššūkis visuomenei ir specialistams šiuo atveju – užtikrinti žmogaus teises bei galimybę džiaugtis aukščiausiu fizinės ir psichinės sveikatos lygiu (WHO, 2022). Pastaraisiais metais Lietuvoje kalbama apie suaugusiųjų ASS diagnostikos atsiradimą, „jautrius“ ar sensorinių iššūkių turinčius žmones. Tikėtina, kad šios nediagnozuotos problemos, kaip ir gretutinės šalia kitų sutrikimų gali stipriai paveikti ir socialinių įgūdžių atkūrimą, formavimą, mokymą ir visą paciento įgalinimo procesą.

Kartu su kitais sutrikimais įdomu paminėti, kad longitudinalinis tyrimas atskleidė, jog paaugliai, turintys ASS, dažnai skundžiasi įvairiais somatiniais simptomais, kuriuos lemia stresas, kylantis socialinėse situacijose. Medicininės pagalbos tokiems pacientams paprastai prireikia pasireiškus virškinamojo trakto sutrikimams, pilvo ir galvos skausmams, palyginti su bendraamžiais, kurie autizmo sutrikimo neturi (Hogendoorn ir kt., 2023). Kalbant apie psichikos sveikatos sutrikimų turinčius žmones, skirtingais gyvenimo laikotarpiais jie patiria įvairių somatoforminių sunkumų, pavyzdžiui, perėjimas į paauglystę išskiriamas kaip sudėtingas laikotarpis, kai paastrėja įvairios gretutinės neurologinės problemos. Todėl mokslininkų (žr. Hughes ir kt., 2023) tyrimas atskleidė, kad psichikos sutrikimų turintiems pacientams ypač reikia socialinio palaikymo, ugdyti jų socialinius įgūdžius būtent šiuo laikotarpiu, nes tai gali pagerinti jų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

1.2. Socialinių įgūdžių palaikymas

L. M. Davidson'as ir M. K. Demaray (2007), kalbėdami apie socialinius įgūdžius bei jų palaikymą ir atstatymą reabilitacijos procese, kaip būtina kiekybinę ir kokybinę sąlygą, mini socialinį palaikymą. Tai reiškia, kad atsižvelgiant į gyvenimišką situaciją, kiekvienas žmogus turi didesnę ar mažesnę socialinį tinklą, kuriame yra artimiausi žmonės ir tolimesni (draugai, pažįstami, bendradarbiai, kt.). Be abejo, artimiausių žmonių palaikymas teigiamai veikia asmens reabilitacijos procesą. Suaugusio žmogaus, kuris dėl ligos, negalios ar traumos atsidūrė reabilitacijos procese, atveju pirmiausia reikėtų suprasti, kad liga veikia kaip ypač stiprus stresorius – ir paties žmogaus psichoemocinę būklę, ir artimųjų situaciją, jausmus. Pavyzdžiui, žmogui patyrus stuburo traumą, kai tolesnis jo gyvenimas bus susijęs su neįgaliojo vežimėliu, daug kas kinta: keičiasi asmens gyvenimo planai, be to, artimoje aplinkoje gali būti daug įvairių emocinių išgyvenimų. L. Jovaiša (2007), V. Rimkus (2010), V. Rimkus ir B. Kreiviniene (2022) teigia, kad svarbiausias elementas socialinio palaikymo atveju yra artimiausių žmonių emocijos, požiūris į situaciją, pagalbos teikimo pastangos. Be to, artimiausi žmonės lemia ir pažeidžiamo asmens pasitikėjimą savo jėgomis, sutrikimo, sunkumų bei nesėkmių įveikos galimybes. Tad socialinių įgūdžių atkūrimas ir palaikymas ypač susijęs su socialiniu palaikymu, kaip pagalba įveikiant stresą.

Pasak S. Cohen'o ir kt. (Davidson, Demaray, 2007), siekiant įvertinti pažeidžiamo žmogaus galimybes pačiam atkurti ir išlaikyti socialinius įgūdžius reabilitacijos procese, siūloma įvertinti jo galimybes susidoroti su streso situacijomis. Kai asmuo patiria stresą, būtų svarbu, kad pats asmuo galėtų įvertinti savo galimybes stresą įveikti. Tai atliekant galima su žmogumi aptarti jo gyvenimo situaciją, artimiausius draugus, giminaičius, kurie pasirengę jam suteikti pagalbą. Šiuo atveju pažeidžiamam žmogui svarbiausi ne tik veiksmai, bet ir žinojimas, kad yra kas jį palaiko. Kitaip tariant, jis žino, kad ištikus krizei sulauks pagalbos. Be to, ir pažeidžiamo žmogaus artimiausia aplinka po traumos ar ligos, esant liekamųjų reiškinų, gali suteikti socialinį palaikymą ir taip sušvelninti neigiamas stresoriaus pasekmes (sveikatos ir elgesio). Tai motyvuos savarankiškai tęsti reabilitacijos procesą autonomiškose sensorinėse salelėse ar sensoriniame sode.

R. Butkevičienės (2000) teigimu, žmogus, gyvendamas įprastą gyvenimą savo socialiniame tinkle, menkai mąsto apie ligos ar negalios situaciją, jam svarbesnė yra suvokiama, o ne gaunama parama: ištikus ligai ar esant negalios situacijai, reabilitacijos laikotarpiu ir vėliau, žmogui, kuris yra pažeidžiamas, ypač svarbu, kiek palaikymo šaltinių jis turi.

Socialinio palaikymo šaltiniu reabilitacijos procese tampa medicinos, socialiniai darbuotojai, psichologai. Jie ne tik tampa artimiausiu palaikymo šaltiniu, bet ir padeda atkurti bei palaikyti socialinius įgūdžius, įgyti naujų, kurie svarbūs tiek asmens profesiniame, tiek asmeniniame gyvenime, grįžus iš reabilitacijos įstaigos (Weiß, 2001; Hartley ir kt., 2005; Snell, 2006).

Pažeidžiamam žmogui pradėjus reabilitaciją, pirmiausia būtina susitaikyti su psichologinėmis, fizinėmis ir socialinėmis pasekmėmis (Hartley ir kt., 2005; Malinauskas, 2010). Streso atveju socialinis palaikymas – tiek artimiausių žmonių, tiek medicinos personalo – veikia kaip gynybos mechanizmas (Lee ir kt., 2009), o paramos procese svarbiausias yra paties asmens suvokimas, kad jam pagalba yra teikiama arba jis tiki, kad bus teikiama. Pavyzdžiui, žmogui patyrus stuburo traumą, tikėtina, ir jo liga bei negalia bus išgyvenama asmeniniu subjektyviu būdu (Jones, 2002; Saylor, Leach, 2009).

Reabilitacijos procese pažeidžiamo asmens galybės atkurti ir palaikyti socialinius įgūdžius priklauso nuo jo vidinės darnos. Vidinė darna negalios ar ligos situacijoje yra savotiškas streso

įveikos mechanizmas, aktyvuojamas sprendžiant problemas. Darnos lygis gali būti aukštas arba žemas. Tai ir aptarsime:

1. **Aukštas vidinės darnos lygis** būdingas pažeidžiamiems asmenims, kurie motyvuoti įveikti stresą. Vidinė darna pasižymintys asmenys dėl savo situacijos nelinkę kaltinti nei savęs, nei kitų, neužima aukos pozicijos, atvirkščiai – siekia bendradarbiauti, teigiamai žvelgia į ateitį, siekia pagerinti savo situaciją, reabilitacijos procese stengiasi pasinaudoti visomis jiems prieinamomis pagalbos priemonėmis. Pasak R. Vaičekauskaitės (2007), aukšta darna pasižymi žmonės, kuriems būdingi įsitikinimai, kad daugelis jų gyvenimo įvykių ir pokyčių yra suprantami, prasmingi, kontroliuojami. Aukšta vidinė darna būdinga žmonėms, kurie nebijo pasinaudoti teikiamomis ne tik fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugomis, bet ir socialine, psichologine pagalba, nebijo klausti, domėtis ar net patarti kitiems, tokie asmenys sprendžia išylančias problemas ir įžvelgia tame prasmę bei naudą, nes jie asmenys paprastai kur kas pozityviau vertina teikiamą socialinę paramą ir galimybes, kurias tokia parama suteikia (Vaičekauskaitė, 2007). Jie geba sąmoningai naudotis visais ištekliais, tad ir jų savarankiškas naudojimas autonominiams salelėms ar sensoriniu sodu yra tikslingas, motyvuotas ir kryptingas.

2. **Žemas vidinės darnos lygis** paprastai būdingas tiems pažeidžiamiems žmonėms, kurie ne tik susiduria su sutrikimu ar negalia, bet patiria ir kitų sunkumų: tai gali būti finansinis nestabilumas, darbo sutarties nutūkimas, netektis ar pan. Visa tai dar labiau silpnina vidinę darną (Vaičekauskaitė, 2007). Neretai tokie žmonės yra ypač pažeidžiami, įsibaiminę, paradę motyvaciją, todėl gali atsisakyti pagalbos, teikiamų psichologinių ir socialinių paslaugų, paramos, nes jaučia gėdą, pažeminimą arba nebesugeba įvertinti poreikio ir naudos. Esant žemo lygio vidinei darnai, žmogus dažnai turi daug neigiamų nuostatų, jaučia kaltę, nusivylimą, o pagalbą priima menkai motyvuotas. Todėl jaučiasi nesaugiai, gali nepasitikėti specialistais, tad ir pagalba, socialinių įgūdžių ugdymas, atkūrimas bei palaikymas gali būti vangūs, nebegebant pasinaudoti esamais ištekliais.

Pasak mokslininkės prof. dr. R. Vaičekauskaitės (2007) vidinė darna yra asmens atsparumo prielaida. Taigi vidinė darna ir atsparumas neatsiejami. Atsparumas, kaip streso įveikos sąlyga, suvokiamas kaip gebėjimas nepasiduoti neigiamai įtakai, nuo jo priklauso, kaip stipriai žmogus gali būti paveiktas aplinkos. Šiuo atveju reabilitacijos procese asmenys, kurių vidinė darna yra žemo lygio, jaučia didesnę aplinkos įtaką, nes neturi susiformavę atsparumo (t. y. negali įvertinti informacijos poveikio, veiksmų žalos). Tuo tarpu aukštu vidinės darnos lygiu pasižymintis asmuo laikomas atspariu, gebančiu savarankiškai vertinti situaciją ir priimti būtinus sprendimus. Siekiant ugdyti ir palaikyti socialinius įgūdžius, pagrindinis specialistų tikslas – padėti pažeidžiamam asmeniui pasinaudoti ištekliais, kurie pagerintų jo psichologinę, socialinę ir fizinę situaciją tiek su specialisto pagalba, tiek ir autonomiškai, pačiam rodant iniciatyvą bei naudojantis autonominiams salelėms ar sensoriniu sodu ir pan.

Taip pat mokslininkė R. Vaičekauskaitė (2007) įvardija svarbius išteklius vidinei darnai palaikyti ir puoselėti. Autoriaus A. Antonovsky jie minimi kaip bendrieji pasipriešinimo ištekliai. Jie jau minėti: tiek materialiniai (reabilitacijos priemonės, metodai), tiek ir socialiniai (psichologinio palaikymo ir pagalbos grupės, artimųjų, specialistų parama, pagalba, naujų socialinių įgūdžių formavimas, atkūrimas ir palaikymas).

1.3. Socialinių įgūdžių svarba socializacijai, socialinei integracijai ir inkluzijai

PSO ir Europos Taryba siekia gerinti pažeidžiamų žmonių situaciją visuomenėje tiek formuodama sveikatos politiką, tiek ir gerindama socializaciją, integraciją, inkluziją. Vis dėlto situacijos gerinimas glaudžiai susijęs su teisinių dokumentų priėmimu ir teisinių nuostatų įgyvendinimu šalyse narėse. Siekiant pagerinti pažeidžiamų žmonių situaciją. Priimta Neįgaliųjų teisių konvencija, kurią Lietuva ratifikavo dar 2010 m. Daugiausia dėmesio čia skirta pažeidžiamų grupių socializacijos galimybėms, praktiškai taikant integracijos priemones remiantis įtraukos gairėmis, įgyvendinant socialinę politiką.

Konvencija yra privalomas dokumentas, tad ir jos nuostatomis turi vadovautis visos ją ratifikavusios šalys, sudarydamos pažeidžiamiems asmenims galimybę naudotis įvairiomis paramos teikimo formomis, kurios leistų įgyventi neįgaliųjų teises, įskaitant ir teisę pasirinkti bei priimti sprendimus (Committee on the Right of Persons with Disabilities (CRPD), 2018). Neįgaliųjų teisių konvencijai įgyvendinti Europos Taryba (ET) parengė neįgaliųjų teisių įgyvendinimo veiksmų planą, kurio pagrindas – „paradigmos pokytis“, t. y. nuo tradicinio medicininio požiūrio į negalią pereita prie žmogaus teisėmis pagrįsto požiūrio. Jo esmė – „teiginį, jog pažeidžiami asmenys yra žmonės, turintys orumą ir teises, – geriausiai apibendrina pagrindiniai abiejuose dokumentuose įtvirtinti principai: savarankiškumas, pasirinkimo laisvė, visapusiškas dalyvavimas, lygybė ir žmogaus orumas“ (Europos Tarybos 2017–2023 m. strategija dėl negalios, 2017, 11 str.). Šių principų laikymasis leidžia tinkamai įgyvendinti pažeidžiamų asmenų, taip pat ir psichosocialinę negalią turinčių, teises. 2014–2015 m. ET atliko numatyto veiksmų plano įgyvendinimo vertinimą 47-niose valstybėse narėse ir nustatė, kad „dar nepašalinta diskriminacija ir dalyvavimo kliūtys ir kad esama didelių sunkumų užtikrinant atitiktį tarptautiniams standartams, kad būtų įveikta diskriminacija ir užtikrinta visapusiškas pagarba visoms neįgaliųjų žmogaus teisėms“ (Europos Tarybos 2017–2023 m. strategija dėl negalios, 2017, 14 str.). Tuo tikslu parengta nauja neįgaliųjų teisių įgyvendinimo strategija – ET 2017–2023 m. strategija dėl negalios (2017), kurios tikslas – užtikrinti orumą ir lygias galimybes. Tam būtina užtikrinti asmens savarankiškumą, pasirinkimo laisvę, visapusišką veiksmingą dalyvavimą visose asmeninio ir visuomenės gyvenimo srityse, įskaitant gyvenimą bendruomenėje (Europos Tarybos 2017–2023 m. strategija dėl negalios, 2017, 16 str.). Taigi reabilitacijos procese svarbu kalbėti apie asmens savarankiškumo atkūrimo būtinybę ugdant socialinius įgūdžius, juos atkuriant ir asmenį įgalinant reabilitacijos procese.

Lietuvoje, aukščiau minėtų ES teisinių dokumentų ir rekomendacijų pagrindu, parengtas Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas (2004), kurio naujaisia suvestinė redakcija įsigaliojo nuo 2019 m. sausio 1 d. Šiame įstatyme nurodoma, kad neįgaliųjų lygias teises ir galimybes visuomenėje geriausiai užtikrina neįgaliųjų socialinės integracijos principų įgyvendinimas. Svarbiausi neįgaliųjų integracijos principai, kuriais vadovaujamosi įgyvendinant neįgaliųjų teises Lietuvoje, yra: lygių teisių ir galimybių, diskriminavimo prevencijos, visapusiško dalyvavimo, savarankiškumo bei pasirinkimo laisvės užtikrinimo, prieinamumo, neįgalumo kompensavimo, decentralizacijos, destigmatizacijos, prieinamumo ir lankstumo bei skirtingų poreikių tenkinimo.

PSO teigimu, asmenys, turintys psichikos negalią, išlieka viena pažeidžiamiausių visuomenės grupių, nes asmeniniame ir profesiniame gyvenime patiria visuomenės diskriminaciją ir socialinę atskirtį (Ruškus, 2014). Esant kitų susirgimų, pavyzdžiui, kardiologinių problemų, raumenų skeleto

ligų, onkologinių susirgimų ir pan., svarbu atkreipti dėmesį į gretutines asmens problemas ir ligas, pavyzdžiui, psichikos sutrikimus. Anot žymiausios Lietuvos psichiatrės O. Davidonienės, kas trečias asmuo Lietuvoje turi psichikos sutrikimo simptomų, kurie dažnai lydi kitus funkcinis sutrikimus. Tad ypač svarbu mažinti visuomenėje vyraujančią diskriminaciją, nes Lietuvoje asmenys, turintys psichikos negalią, sudaro nemažą visuomenės dalį. Lietuvos įstatyminė bazė sukurta tam, kad užtikrintų visavertį asmenų su negalia gyvenimą – nediskriminaciją ir lygias galimybes įvairiose gyvenimo srityse bei socializaciją. Vis dėlto asmenų, kurie turi įvairių psichikos sutrikimų, situacija išlieka sudėtinga. Dažniausiai tai susiję su tuo, kad visuomenei trūksta pozityvios informacijos apie psichikos negalią, nes jų turimos žinios apie sutrikimus paprastai neigiamo pobūdžio (Ruškus, 2014, p. 75–76). Socializaciją apsunkina požiūris į psichikos negalią turinčius asmenis, kuris išlieka stigmatizuotas, šie asmenys laikomi antrarūšiais, visam laikui patekę į gyvenimo nuošalę (Sučylaitė, 2012). I. Beneševičiūtės (2014) teigimu, „vadovaudamasi stereotipiniu požiūriu visuomenė dažnai atstumia kai kurias visuomenės grupes, nepripažindama jų įvairovės bei savitumo“ (Beneševičiūtė, 2014, p. 147). Pažymėtina, kad asmenų, kurie turi psichikos negalią, nuvertinimas ir vengimas palieka nepanaudotas jų galimybes prisidėti prie bendrojo gėrio bei darnesnės visuomenės kūrimo (Seniučis, 2018, p. 57–58). Saprykino (2020, p. 179) teigimu, reikėtų atkreipti dėmesį į psichikos ir fizinę negalią, nes dažnu atveju tokį sutrikimą turintis žmogus menkiau vertinamas darbo rinkoje, jam sudėtingiau grįžti į visuomenę, nes jis dažniau suvokiamas kaip „silpnėsnis“, „sergantis“, galintis mažiau atlikti, palyginti su sutrikimų neturinčiuoju. I. Baranauskienė (2020, p. 89) mano, kad visuomenėje vis dar vyrauja požiūris, kad psichikos negalią turintis žmogus yra kitoks, taigi – socialiai atskirtas. I. Baranauskienė (2021) teigia: „Diskriminacijos sąvoka dažna, kai kalbame apie negalią tiek moksliniame, tiek praktiniame, tiek buitiniame lygmenyse. Žodis vartojamas dažnai ir jo suvokimas priklauso nuo skirtingų kontekstų. Kas vienam yra diskriminacija, kitas gali tai priimti kaip neišvengiamą kasdienybę ir net nesusimąstyti, kad tai yra diskriminacija“ (Baranauskienė, 2021, p. 92).

ES politika formuoja inkliuzines nuostatas – suteikti galimybę pažeidžiamiesiems asmenims gyventi visavertį gyvenimą bendruomenėje / visuomenėje, tai tampa esmine pokyčių priežastimi. Šie pokyčiai reiškiasi atsitraukimu nuo tradicinio medicininės reabilitacijos ar ligos modelio bei funkcinės negalios sampratos ir perėjimu prie holistinio požiūrio. Taigi specialistų – medikų, socialinių darbuotojų, psichologų, psichoterapeutų, užimtumo specialistų – dėmesys krypta į pagalbą asmenims, ugdant emocinius, socialinius ir intelektualinius įgūdžius, kurie būtini gyvenimui, mokymuisi ir darbui bendruomenėje (Anthony, 2002, p. 146). Pasak V. Rimkaus ir B. Kreivinienės (2017), reabilitacijos proceso nebegalima vykdyti pagal nustatytą paciento „diagnozę“, taikant standartinius, tai „diagnozei“ pritaikytus metodus. Laikantis tokio požiūrio ignoruojamas paciento ir jo situacijos unikalumas. Tuo tarpu reabilitacijoje taikomas į paciento stiprybes orientuotas požiūris išryškina situacijos sudėtingumą, individualumą, pabrėždamas kiekvieno pažeidžiamo asmens savitumą. Anot A. Rimkuvienės, J. Kavaliauskienės (2017, p. 153), vertinant pacientų poreikius svarbu atsižvelgti į individualias asmens savybes: fizinę būklę, psichologines savybes, socialinę aplinką. A. Petrauskienė ir L. Daunoraitė (2009) pažymi, kad psichikos negalią turintys asmenys dažnai jaučiasi nelaimingi ir trokšta pokyčių, tačiau jiems gali trūkti vidinių resursų apie tai galvoti ar tai įgyvendinti. Naujos situacijos jiems dažnai kelia stresą ar atrodo per daug sudėtingos, o ribota gyvenimiška patirtis neretai net neleidžia suprasti, kokia veikla jiems teiktų džiaugsmo. Tokiu atveju reabilitacijos procese specialistai tampa ypač svarbiais asmenimis – gali paskatinti dalyvauti užimtumo veiklose, padėti pasinaudoti siūlomomis galimybėmis. Minėtų autorių teigimu,

dalyvavimas tokiose veiklose leidžia pažeidžiamiesiems žmonėms patenkinti svarbius poreikius: užsiimti jiems miela veikla, išmokti kažko naujo, vengti vienišumo, patirti reikalingumo jausmą, auginti pasitikėjimą savimi, užmegzti draugysčių, mažinti emocinę įtampą, gerinti sveikatą, ugdyti bendravimo įgūdžius, keisti elgesio modelius bei auginti savivertę (Petrauskienė, Daunoraitė, 2009, p. 94–95), mokytis naujų ir atkurti prarastus socialinius įgūdžius.

Socialinių įgūdžių lavinimas palengvina bendravimą, santykių palaikymą, savo emocijų išraišką, kreipimąsi pagalbos, konstruktyvų konfliktų sprendimą, savo požiūrio argumentuotą gynimą bei neigiamos aplinkos įtakos atlaikymą (Gudžinskienė, Barkauskaitė, 2013, p. 54). Poreikiai nulemia žmogaus tikslus, lūkesčius, motyvaciją, o patenkinti poreikiai suformuoja konkrečias galimybes (Atkočiūnienė, 2012, p. 51). Psichikos ar fizinę negalią turinčiam asmeniui pačiam pasirinkti veiklą per sunku, jam prireikia visuomenės, socialines paslaugas teikiančių institucijų, socialinių darbuotojų pagalbos (Petronienė, Pažerienė, 2013, p. 43). Kalbant apie įgalinimo skatinimo galimybes, paramos grupės laikomos viena iš savarankiško įgalinimo skatinimo priemonių, su jų pagalba gaunama socialinė ir emocinė parama, įgyjami socialinei veiklai būtini įgūdžiai, be to, grupėje individas gali patirti abipusę įtaką – nuo „aš“ pereinama prie „mes“ (Ruškus, 2013, p. 64–65).

K. Paleckis ir V. Peleckienė (2013) nurodo, kad emocijų kyla reaguojant į aplinkos pokyčius. Jos pasireiškia spontaniškai, lemia greitus fiziologinius pokyčius, atkreipia mūsų dėmesį ir veikia mąstymą apie tam tikrą objektą ar situaciją, ruošia mus veiksmui, formuoja asmeninius jausmus, tačiau trunka neilgai. Emocijos padeda įveikti iššūkius, prisitaikyti ir judėti pirmyn (Paleckis, Peleckienė, 2013, p. 41). B. Benevičiūtė (2014) pabrėžia, kad čia ypač svarbus žmonių tarpusavio bendravimas, nes padeda giliau suvokti kito žmogaus unikalumą ir vidines savybes, nepaisant jo išvaizdos ar išankstinių stereotipų. Tai ugdo pagarbą sau ir aplinkiniams. Autorės teigimu, žmonės savo poreikius dažniausiai išreiškia užsiimdami prasminga veikla. Emocinė gerovė, kurią palaikyti padeda užimtumo veiklos, daro reikšmingą poveikį psichikos sveikatai – leidžia žmogui atsiskleisti, patirti pasitenkinimą gyvenimu ir atsitraukti nuo ligų sukkelto diskomforto. Tokios veiklos skatina ugdyti socialinius įgūdžius, tarp jų ir gebėjimą prisitaikyti visuomenėje, moko įveikti stresą, spręsti problemas, tobulina bendravimo gebėjimus (Benevičiūtė, 2014, p. 39). Asmenims, turintiems psichikos ar fizinę negalią, daugiau nei kitiems kyla bendravimo iššūkių, tokių kaip asmenybės psichiniai ir socialiniai nuokrypiai, atsiradę dėl ligos, stigmatizavimo ar patiriamos diskriminacijos (Mačiulis, Buginytė, Mickienė, 2015, p. 61). Tad svarbu lavinti socialinius įgūdžius, kurie padeda prisitaikyti kasdienėje aplinkoje ir gerina socialinį funkcionavimą (Šinkariova, 2014, p. 84–85). Svarbu pažymėti, kad psichikos negalią turinčiam žmogui reikėtų leisti pasirinkti veiklą, kurioje norėtų dalyvauti. Būtent pasitelkus užimtumo paslaugas siekiama patenkinti žmogaus, turinčio psichikos negalią, poreikius (Ten pat).

Svarbu akcentuoti, kad siekiant užtikrinti geriausią galimą socializacijos procesą dar reabilitacijos laikotarpiu žmogų būtina įtraukti į individualias ir grupines treniruotes, psichologines grupes, šio projekto tikslas – skatinti ir savarankišką (autonomišką) sensorinių salelių, sensorinio sodo naudojimą, siekiant atkurti socialinius įgūdžius. Grupėse galima surasti bendraminčių, nes žmonės organiškai buriasi į grupes, kurios įgalina savitarpio socialinei psichologinei paramai (Vaičekauskaitė, 2015, p. 41). Asmeniui, turinčiam psichikos ar fizinę negalią, svarbu turėti draugų, kurie jį suprastų, palaikytų ar tiesiog pasidalintų džiaugsmu. Anot L. Gustainienės ir V. Banevičienės (2014), asmens socialiniai ryšiai – savigarbos ir savivertės formavimosi pagrindas. Galima teigti, kad ryšiai su kitais asmenimis gali patenkinti reikalingumo jausmą ir didinti

pasitikėjimą savimi. Be to, asmuo, turintis psichikos negalią, užsiimdamas jam patrauklia veikla, gali sumažinti kasdieniniame jo gyvenime kylančią emocinę įtampą (Gustainienė, Banevičienė, 2014, p. 47–48).

Toliau apžvelgsime galimybes ugdyti įgūdžius autonominėse salelėse ir sensoriniame sode, kurie įkurti Lietuvoje ir Latvijoje.

II. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ UGDYMAS AUTONOMINĖSE SALELĖSE

2.1. Sensorinių salelių gydymo įstaigoje autonominis naudojimas

Sensoriniai kambariai, dar vadinami *multisensoriniais kambariais*, yra puikiai žinomi kaip ypatinga ir paveiki sensorinė aplinka, kurioje galima dirbuoti teigiamant paciento elgesį ir gerinant jo gyvenimo kokybę. Tokia multisensorinė aplinka žmogui suteikia laimingumo jausmą, atpalaiduoja nuo įvairiausių įtampų, teikia tiesioginį ir netiesioginį neurosensorimotorinį stimuliavimą (Masuri ir kt., 2024). Sensorika – tai organizmo fiziologinis gebėjimas suvokti aplinką ir savo kūną. Tinkamai suvokiami pojūčiai įgalina sėkmingai adaptuotis aplinkoje, tuo tarpu sutrikimai – neigiamai veikia emocinę būseną, elgseną, mokymosi procesą ir t. t. Į reabilitaciją atvykusiam pažeidžiamos grupės žmogui dažniausiai būtina neurosensorimotorinė stimuliacija. Jos metu žmogaus smegenys priima, įsimena, analizuoja ir atitinkamai reaguoja į sensorinių organų siunčiamus signalus, kuriuos mes gauname liesdami, regėdami, ragaudami, uosdami, girdėdami.

Sensorinė integracija, t. y. visų sensorinėmis sistemomis gaunamų impulsų koordinacija, leidžia koreguoti (sumažinti ar padidinti gaunamų stimulų poveikį) ar kitais būdais kompensuoti sensorinės integracijos sutrikimus. Visiškai naujas terminas yra vadinamoji *autonominė*, arba *kontroliuojamoji* (angl. *controled*), multisensorinė aplinka, arba *snoezelen kambarys*, arba *multisensorinės salelės*. Tai nyderlandų kalbos terminas, reiškiantis specialiai įrengtą kambarį, skirtą žmogaus pojūčiams stimuliuoti. *Snoezelen* kambario istorija siekia tuos laikus, kai tik pradėta ieškoti įvairių nefarmakologinių pagalbos priemonių žmonėms, turintiems lengvą ar sunkią negalią. Tokio tipo terapijos ir kambariai padėdavo atpalaiduoti raumenis žmonėms, patiriantiems stiprų skausmą. Vėliau tai tapo papildomosios medicinos dalimi, kuri padeda užtikrinti efektyvų komfortą ir atsipalaidavimą, skatindama endorfinų išsiskyrimą bei palengvindama žmogaus gebėjimą įveikti skausmą (Jamshidi ir kt., 2015). P. A. Schofield'o ir kt. (1998) teigimu, panaši „multisensorinė aplinka“ naudota dar senovėje, persų kalba tai reiškė urvą primenantis poilsio kambarys, kuriame senoviniais instrumentais buvo grojama rami muzika, šildomi aromatiniai aliejai ir kt. Tokio tipo kambario dizainas apjungė ramią muziką, piešinius, optines iliuzijas ir aromatinius aliejus. Gana įprasta praktika, kad poveikiui sustiprinti į ugnį ar ant karštų akmenų buvo lašinti įvairūs aliejai, pvz., levandų esencijos. Manoma, kad tokios sensorinės priemonės padėdavo sumažinti skausmą, atpalaiduoti raumenis, nukreipti dėmesį nuo skausmo.

M. M. Jamshidi ir kt. (2015) teigimu, viena iš multisensorinių patirčių veikia ne tik kaip socialinių įgūdžių programa, bet pirmiausia – nukreipimo nuo išgyvenamo skausmo. Papildomai tiek salelėse, tiek kambariuose galimas garso fonas, muzika. Skausmo poveikio mechanizmas yra toks: centrinė smegenų dalis atsakinga už dėmesį, pažinimą ir emocines funkcijas, kai nerviniai impulsai keliauja žemyn į nugaros smegenų centrą. Muzikos terapija atpalaiduoja nervinius impulsus, kurie neleidžia perduoti skausmo į nugaros smegenis.

J. Cavet'o ir H. Mount'o (1995) teigimu, mes visi gyvename multisensoriniame pasaulyje, toks jau jis yra. Tačiau pats pavadinimas *multisensorinis kambarys* ar *salelė* jau turi būti tam tikru būdu įvardyti. Kvalifikacinis *multisensorinio* (nyd. *snoezelen*) *jutimo* apibrėžimas 1989 m. sukurtas Hartenbergo institute, Nyderlanduose, mokslininkų J. Hulsegge ir A. Verheul. Multisensorinių kambarių praktika įdiegta viename didžiausių tuometinių pensionų – žmonių su negalia ligoninėje kaip laisvalaikio leidimo forma. Manoma, kad žmonėms su negalia reikia maloniai leisti savo laisvalaikį, tad įkurti net keturi pirmieji sensoriniai kambariai. Tada mokslininkai ypač domėjosi tuo, kas patinka žmonėms su kompleksine negalia, tad tikėta, kad jiems gali būti malonūs

tokie pat pojūčiai kaip ir negalios neturintiesiems – praturtinta sensorinė aplinka. Šioms prielaidoms pasitvirtinus, įrodyta, kad praturtinta sensorinė aplinka tiesiogiai veikia žmogaus gyvenimo kokybę. Tad tokia laisvalaikio aplinka, kuri kuriama atsižvelgiant į specifinius turinčiųjų negalią poreikius, ypač susidomėta. Eksperimentas baigėsi tuo, kad pacientai, kurių negalia buvo lengvesnės formos ir jiems taikyta multisensorinės aplinkos praktika, išsiugdė pakankamai socialinių įgūdžių, kad galėtų grįžti į socialinį gyvenimą, t. y. jie nebehospitalizuoti.

Pirmieji multisensoriniai kambariai steigti Europoje nepagydomomis ligomis sergantiems vaikams, kentėjusiems nuo chroniško skausmo. Svarbu paminėti tai, kad tokia aplinka vadinta *kontroliuojama multisensorine aplinka*, gydytojui skyrus individualizuotą terapiją. Pagrindinis tikslas buvo sukurti atsipalaidavimo aplinką švelniai stimuliuojant, taip sudarant galimybę bendraujant mažinti skausmą bei nuovargį. Ilgalaikio tyrimo, kur vertintas *snoezelen* terapijos poveikis lėtinio skausmo valdymui, lyginant tradicinį gydymo metodą su atsipalaidavimą skatinančia multisensorine stimuliacija, rezultatai buvo teigiami: jau per pirmą mėnesį, taikant šį metodą, nustatytas statistiškai reikšmingas skausmo intensyvumo ir nuovargio sumažėjimas (Schofield, 1998).

Tokia paveiki aplinka, kaip sukurta VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filiale „Pušynas“, kaip geroji praktika galėtų būti ir kituose reabilitacijos centruose. Šis metodinis gidas leis pagal sutrikimo tipą pasirinkti individualizuotą ir autonomišką terapiją, paties paciento taikomą sau, kad galėtų greičiau formuoti socialinius įgūdžius ir greičiau grįžtų į įprastą gyvenimą bei savo bendruomenę.

Tokie multisensoriniai kambariai ir priemonės taikomos gana plačiai. Pavyzdžiui, mokslinės studijos atskleidė, kad tokio tipo aplinka gimdymo metu mažina motinų emocinį stresą. Taigi kurdami žmogui pritaikytą sensorinę aplinką, galime padėti jam prisitaikyti prie aplinkos, išmokyti valdyti savo pojūčius ir emocijas. Šiuo metu tiek kambariai, tiek priemonės jau plačiai naudojamos įvairiose aplinkose: specialiojo ugdymo, vaikų raidos, reabilitacijos centruose, bendrojo ugdymo ir privačiose mokyklose, darželiuose, slaugos namuose, kuriant multisensorinę aplinką privačiuose logopedinės pagalbos kabinetuose ir namuose (Jamshidi ir kt., 2015).

Moksliniai tyrimai (žr. Dutchi ir kt., 2018) atskleidė, kad įvairi sensorinė stimuliacija, taikyta vyresnio amžiaus asmenims, yra efektyvi terapijos priemonė, padedanti stimuliuoti kognityvines funkcijas bei motorinius įgūdžius pasitelkus edukacinius episteminius pojūčius lavinančius elementus, kurie skatina ir stiprina asmens jutimus. Erdvės, kuriose specialistai taikė sensorinę stimuliaciją, vadintos įvairių sensorinių patalpų *snoezelen kambariais*. Daugelis mokslinių tyrimų atskleidė, kad multisensorinė patirtis naudinga tiek vaikams, tiek suaugusiesiems. Pavyzdžiui, pastaraisiais metais atlikta nemažai mokslinių tyrimų, kur nagrinėtas šių kambarių taikymas asmenims, kuriems pasireiškia vidutinio ar sunkaus laipsnio pažinimo sutrikimai bei neurodegeneraciniai sutrikimai, tokie kaip Parkinsono, Alzheimerio, Huntingtono ligos, demencija, bipolinis sutrikimas ir kt. Tyrimuose dažniausiai taikomi įvairūs sensoriniai stimulai, siekiant pagerinti vyresnio amžiaus asmenų pažinimo ir funkcinę sritis. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientų patirtys kambariuose ar sensorinėse erdvėse, salelėse padeda sumažinti jų agresyvią elgseną ir pagerinti smulkiąją bei stambiają motoriką, sutelkti dėmesį – tiems, kuriems tai buvo sunku padaryti dėl ligos, sergant neurodegeneracinėmis ligomis, turint kognityvinių sutrikimų tiek ligos ankstyvojoje, tiek pažengusioje stadijoje. Be to, vykdant tyrimus užfiksuota, kad pacientai pagerino santykius su savo socialine ir asmenine aplinka, nes kambario tikslas – sukurti gerovės ir atsipalaidavimo atmosferą tiek pacientui, tiek specialistui.

Moksliniai tyrimai atskleidžia neabejotiną multisensorinių kambarių naudą kognityvinėms, smulkiosios ir stambiosios motorikos funkcijoms. Remiantis atlikta studijų apžvalga, galima teigti, kad sensorinės priemonės naudingos tiek vaikams, tiek ir suaugusiems žmonėms. Nors pirmieji sensoriniai kambariai, arba vadinamosios *multisensorinės aplinkos*, kurtos žmonėms su negalia, vis daugiau sensorinių aplinkų steigiama švietimo, sveikatos ir kitose įstaigose kaip sensorinės salelės, erdvės, kur pats asmuo autonomiškai galėtų jomis naudotis. Natūralu, kad reabilitacijos procese dėl ligų ir sumažėjusios motyvacijos, depresyvumo, menkesnės fizinės sveikatos ir psichinio pažeidžiamumo pacientai ne visada gali aktyviai savarankiškai įsitraukti į savo socialinių įgūdžių atstatymo procesą. Tačiau lydint specialistui ar remiantis šiuo praktiniu gidu galima pamažu formuoti paciento asmeninę atsakomybę bei įgalinimą. Kadangi šis gidas sudarytas pagal sutrikimo tipą, tai ir multisensorinei aplinkai, kuri sukurta Palangos reabilitacijos filiale „Pušynas“, būdinga nemažai gyvenimo kokybės gerinimo veiksnių: pacientai ne tik gali patys kontroliuoti intensyvumą, bet ir atstatyti bei pagerinti savo smulkiosios ir stambiosios motorikos, kognityvines funkcijas. Be to, sukurta erdvė yra puiki socialinę izoliaciją mažinanti, socialinį bendravimą gerinanti, socialinius ryšius tiek su artimaisiais, tiek ir su kitais reabilitacijoje esančiais pacientais, puoselėjanti priemonė.

2.2. Sensorinio sodo gydymo įstaigoje autonominis naudojimas

Sensorinis sodas – tai specialiai suformuota erdvė, kurioje esantys augalai ir įvairūs įrenginiai stimuliuoja visas jusles: regos, klausos, skonio, uoslės, lietimo, pusiausvyros, kūno suvokimo ir kūno judėjimo.

Sensorinis sodas – tai kruopščiai suprojektuota lauko erdvė, sukurta tam, kad stimuliuotų ir įtrauktų vieną ar kelis iš penkių žmogaus pojūčių: regą, uoslę, klausą, skonį ir lytėjimą. Tokie sodai žmonėms su negalia ar vaikams su raidos sutrikimais ypač naudingi, nes padeda pasitelkus pojūčius užmegzti ryšį su gamta. Jie veikia ir kaip terapiniai sodai, užtikrinantys įvairaus amžiaus žmonių psichinę gerovę (Fan, 2020).

Kalbant apie sensorinio sodo gydymo įstaigoje autonominį panaudojimą, galima skirti keletą poveikio kryptių. Tai svarbu teikiant pacientams pagalbą tiek socialinės rūpybos centruose (pvz., Latvijoje), tiek ir platesniam pacientų ratui, kurie reabilituojasi VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės Palangos reabilitacijos filiale „Pušynas“.

Esminės mokslinėje literatūroje skiriamos poveikio autonominiams pacientų sveikatinimui kryptys:

Psichinės sveikatos ir palaikymas, stiprinimas, gerovės užtikrinimas. Daugiausia šios sveikatinimo krypties mokslinių straipsnių aptaria tai, kaip sensoriniai sodai padeda mažinti pacientų stresą, nerimą, depresijos simptomus. Įtraukiami įvairūs atsipalaidavimą ir emocinę darną užtikrinantys gamtos elementai: vanduo, žaluma, gėlių kvapai, paukščių garsai, kt. Nepaisant konkretaus sensorinio sodo dizaino, visuose siekiama psichinės sveikatos ir gerovės palaikymo bei stiprinimo, tai teikia vien buvimas sode. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad reguliarus buvimas tokiose erdvėse gerina miego kokybę ir kelia nuotaiką (Kaplan, Kaplan, 1995; Ulrich, 1984). Tai vienas seniausių sensorinių sodų konceptų.

Edukacijos ir kognityvinės raidos. Šios krypties moksliniuose straipsniuose analizuojama, kaip sensoriniai sodai ugdo vaikų mokymosi gebėjimus pasitelkus patirtinį mokymąsi (angl. *learning by doing*). Tas pats modelis taikomas ir vyresnio amžiaus žmonėms, kai ugdomi ir palaikomi įgūdžiai stimuliuojant kognityvines funkcijas, pavyzdžiui, sodinant ir prižiūrint augalus, atkuriant įvairius prisiminimus specialių edukacijų metu. Tokio pobūdžio sensoriniuose soduose taikomos programos stimuliuoja skirtingus vaikų ar suaugusiųjų pojūčius, ugdo socialinius įgūdžius ir skatina socializaciją, inkluziją, aktyvų įsitraukimą. Paprastai tokio tipo sensoriniai sodai edukacijos tikslais steigiami miestuose arba ten, kur numatyta pastiprinti pacientų sveikimo procesą, sukurti psichologiškai saugią, malonią sensorinę aplinką (Moore, Wong, 1997; Sobel, 2004).

Socialinės įtraukties ir bendruomeniškumo. Sensoriniai sodai sukuria erdves, kuriose gali bendrauti ir tenkinti socialinius poreikius skirtingo amžiaus ir gebėjimų žmonės. Jie skatina įtrauktį, ypač kai kalbame apie vaikams su negalia ar vyresnio amžiaus žmones su kognityviniais sutrikimais arba be sutrikimų. Sensorinis sodas tampa socializacijos erdve, kur galima susiburti bendruomenei ir kurti tarpusavio ryšius (Marcus, Bernes, 1999; Stigsdotter, Grahn, 2002).

Aplinkos dizaino ir tvarumo supratimo. Miestai dažniausiai yra triukšmo, didesnės taršos zona. Tuo tarpu sensorinis sodas pirmiausia yra natūralių sensorinių stimulų projektavimas, siekiant bendruomenės gerovės. Sensoriniai sodai formuoja kraštovaizdžio architektūrą, kuria ekologiškas erdves. Taip kuriamos erdvės, laikantis universalaus dizaino principų, t. y. ne tik žmonėms su negalia ar sergantiesiems tam tikromis ligomis skirtos erdvės. Taip, pasitelkus sensorinį sodą ir veiklas jame, kuriamas socialinės integracijos ir bendruomeniškumo modelis. Be to, sensoriniame sode, kuriame įvairūs augalai pritaikomi atsižvelgiant į klimato sąlygas, bendruomenė gali grožėtis augalais ir suformuotu kraštovaizdžiu, lavinti estetinį skonį (Kellert ir kt., 2008; Whitehouse ir kt. 2001).

Rengiant sensorinį sodą siekiama visų žmogaus sensorinių poreikių atliepimo. B. Hallet (2004) skiria svarbiausius mūsų receptorius veikiančius sensorinio sodo komponentus:

- **Rega:** kuriami spalvų kontrastai, svarbi sezoninė augalų kaita, kad visais metų laikais sodas teiktų sensorinius stimulus.
- **Uoslė:** sensoriniame sodinami įvairūs aromatiniai augalai (levandos, rozmarinai, citrinos).
- **Klasa:** idealu, jeigu sensorinį sodą galima būtų praturtinti natūraliais sensoriniais garsais, tai gali būti vandens elementai (natūralus ar dirbtinis vandens čiurlenimas), vėjo varpeliai, paukščių buveinės.
- **Skonis:** rengiant sensorinį sodą kartais sodinami valgomieji augalai, kuriuos galima skinti – įvairios žolelės, uogos.
- **Lytėjimas:** sensoriniame sode būtini įvairių faktūrų gyvosios ir negyvosios gamtos paviršiai (akmuo, medis, augalų lapai).

Sensorinio sodo tikslas – autonominis lauko patyrimas. Žmogus sensoriniame sode gali pasivaikščioti, pasėdėti, stebėti gamtos reiškinius, metų laikų kitimą, pašiurenti lapais ir kt., taip stimuliuojami jo multisensoriniai pojūčiai (Fan, 2020).

Tokios žaliosios erdvės, kaip sensorinis sodas arba architektūroje įterptos žaliosios erdvės, veikia kaip aplinkos išteklių, gerinantys fizinę, psichinę ir socialinę sveikatą bei užtikrinantys gyvenimo gerovę. Pavyzdžiui, atlikti tyrimai atskleidė, kad aktyviai žaliosiomis erdvėmis

besinaudojantys universitetų studentai jaučiasi geriau, geriau jie vertina ir savo sveikatą. Tyrimai atskleidė, kad miestuose aktualu steigti žaliąsias erdves, kaip terapinį sensorinį sodą. Sensorinis sodas gerina žmonių suvokiamą gyvenimo kokybę, kuri labiausiai asocijuojasi su socialine, psichine ir fizine gerove. Naudojantis sensoriniu sodu svarbiausia kuo didesnė dalyvio gaunama galima nauda, pavyzdžiui: sukurtas ryšys su aplinka, kuri sukelia teigiamas emocines reakcijas, vyksta aktyvus sensorinis įsitraukimas, tyrinėjimas. Tokios sensorinės erdvės turėtų būti kuriamos bendradarbiaujant įvairių sričių profesionalams, kad erdvė būtų sąmoningai sukurta taikyti sensorinį poveikį, t. y. į ją patekęs žmogus neabejotinai šį poveikį pajustų. Moksliniai tyrimai patvirtina, kad sensoriniai sodai ir specialiai suprojektuotos multisensorinės erdvės daro reikšmingą poveikį įvairioms žmonių grupėms – nuo vaikų su psichikos ir elgesio sutrikimais iki vyresnio amžiaus asmenų, sergančių įvairiomis nervų sistemos ar kitomis ligomis. Sensoriniai sodai, kaip kruopščiai suplanuotos pojūčius stimuliuojančios žaliosios erdvės, prisideda prie fizinės, psichinės ir socialinės gerovės (Stepansky ir kt., 2022).

Taigi apibendrinant galima teigti, kad empiriniai tyrimai patvirtina, jog sukurtos sensorinės aplinkos skatina ryšio su gamta jausmą, teigiamas emocines reakcijas bei aktyvų sensorinį įsitraukimą. Įvairūs tyrimai vienareikšmiškai patvirtina sensorinio sodo, kaip sensorinės žaliosios erdvės, kur užmezgamas ryšys su gamta, svarbą. Taip žmogus, daugiau laiko praleidęs sensorinėje erdvėje, geriau vertina ir savo subjektyviai suvokiamą gyvenimo kokybę. Tyrimai atskleidė, kad buvimas sensoriniame sode lemia žmogaus psichologinę gerovę, stiprina socialinius ryšius, padeda sutelkti dėmesį. Tokia praktika ir atlikti tyrimai mums svarbūs žvelgiant ir į platesnį kontekstą, pvz., ligoninėse, sanatorijose, psichikos sveikatos centruose galėtų atsirasti žaliosios erdvės, kuriose lankytusi ne tik pacientai, bet ir darbuotojai, tokia įgalinanti erdvė prisidėtų prie psichinės sveikatos palaikymo, kurtų tvarią, į žmogaus poreikius orientuotą epistemologinę aplinką.

Lietuvoje ir Latvijoje pradėta sensorinių sodų plėtra integruojama į visuomenės sveikatos, švietimo ir aplinkosaugos strategijas, nes skatina įtrauktį, gerina gyvenimo kokybę ir stiprina bendruomeniškumą. Vis dėlto tokie sodai, siekiant, kad jais būtų naudojamosi savarankiškai, ne visada saugūs žmonėms su tam tikra psichine negalia ar turintiems kognityvinių problemų. Tad galima teigti, kad ne visoms pacientų grupėms tokie sodai yra saugūs, todėl būtina užtikrinti formuojamų erdvių tvarumą, pritaikomumą specialiųjų poreikių turinčių pacientų grupei ir saugų naudojimą.

2.3. Bendrosios rekomendacijos

Ankstesniuose skyriuose aptarėme, kaip galima išlaikyti, atkurti ir iš naujo išmokyti socialinių įgūdžių pažeidžiamų grupių žmones, esančius reabilitacijos procese. Abiem atvejais tiek sensorinis sodas, tiek ir *snoezelen* kambarys arba įkurtos sensorinės salelės duoda sensorinės patirties. Skirtingumas tas, kad sensorinės salelės ir kitos sensorinės priemonės duoda greitą atsaką, t. y. sensoriniai stimulai yra sustiprinti. Tuo tarpu sensorinis sodas yra natūralia sensorine informacija prisotinta erdvė, kuri kartais nėra tokia sodri vaizdų ar garsų, be to, mažiau kontroliuojama, ne visada prieinama. Sensorinių sodų ir *snoezelen* erdvių poveikis panašus – jos gali skatinti emocinį nusiramimą, dėmesio sukaupimą ir įsitraukimą į veiklas, kas pažeidžiamų grupių žmones labiau motyvuoja. Tokios erdvės sukuria palankią terpę atkurti socialinius įgūdžius, juos palaikyti ir ugdyti naujus įgūdžius (González, Kirkevold, 2014; Horticultural Therapy Institute, 2017).

Bendros rekomendacijos dažniausiai apima tai, ką rekomenduojama ir ko nerekomenduojama vykdyti sensorinėse erdvėse, nepaisant to, jos natūralios ar dirbtinai sukurtos. Bendrai siūloma atsižvelgti į dažniausias taikymo klaidas:

1. Kiekvieną sensorinę erdvę būtina įvertinti tuo aspektu, ar aplinka nėra pernelyg stimuliuojanti. Siūloma pamažu pristatyti stimulus, įvertinti galimą potrauminę asmens sensorinių sistemų perkrovą (pvz., po Centrinės nervų sistemos (toliau – CNS) pažeidimo), pataloginių refleksų aktyvumą ir pan., kas galėtų sukelti nepageidaujamą efektą, ypač jei siūloma per daug stimuliuojanti aplinka, nesant atsitraukimo galimybės (Lancioni ir kt., 2002; González, Kirkevold, 2014).

2. Nėra jokių aiškių tikslų, sensorinė erdvė siūloma kaip „laisvalaikio leidimo priemonė“, nesant jokios aiškios struktūros (Horticultural Therapy Institute, 2017). Taigi pacientai savo tikslams naudojami habituallizuota aplinka, kuri visada jiems laisvai prieinama, tad ji praranda savo terapinę prasmę (Lotan, Gold, 2009). Kad terapinis poveikis pacientui išliktų, net ir autonominio naudojimo atveju būtina struktūra.

3. Erdvės naudojamos be priežiūros. Mokslinėje literatūroje fiksuotas sensorinių erdvių NEIGIAMAS poveikis tam tikrų pacientų grupėms. Kai kalbama apie psichikos ir elgesio sutrikimų grupę (F00-F99), kai galimas paciento delyro epizodas, rekomenduojama sensorinių erdvių naudojimą skirti tik su specialisto priežiūra. Pacientui, pavyzdžiui, šizofrenijos, demencijos atveju, autonomiškai naudojantis sensorinėmis erdvėmis dėl kognityvinių iššūkių gali kilti daug neigiamų asociacijų. Tyrimuose, kur analizuotas autonominis erdvių naudojimas, fiksuotas šių pacientų nerimo išaugimas, jiems jautriai reaguojant į netikėtus elementus, kaip užrakintas duris ar pan. Kitas svarbus veiksnys – kognityvinis sutrikimas. Šiuo atveju pacientą turėtų lydėti darbuotojas, nes tyrimuose nurodoma, kad tokie pacientai gali valgyti nevalgomus daiktus, pvz., dirvą sensoriniame sode, augalus, uogas, kurios gali būti nuodingos, bet yra spalvingos. Tad rekomenduojama „demencijos sodo“ ar kitą kognityvinę negalią turintiems pacientams erdvę įrengti tik iš „valgomų“ elementų, nenaudoti nuodingų pesticidų, kad valgydami kurį nors sodo elementą nepatirtų rimtų šalutinių poveikių. Be to, gali būti sudėtinga tokiomis erdvėmis naudotis, jeigu pacientas linkęs skinti augalus, rinkti juos, perkėlinėti ar pan. Šiuo atveju geriau naudotis dirbtinai sukurta sensorine aplinka, kuri bus saugi, priemonės pritvirtintos prie sienos, nenaudojant detalių, kurias galima būtų suvalgyti (Detweiler ir kt., 2012).

4. Turi būti apmąstytas naudojimosi sensoriniu sodu sezoniškumas, nes jeigu pacientai gali laisvai naudotis sensoriniu sodu lauke, lyjant ar sningant jie gali sušlapti, bus būtina keisti drabužius, o tai papildomas darbas prižiūrinčiam personalui. Jeigu sensoriniu sodu naudojami pacientai su vežimėliais ar vaikštyneimis, jis turi būti jiems prieinamas, be galimybės nuslysti ir įstrigti mulče, ar žolėje esant prastoms oro sąlygoms. Tai apsunkina naudojimąsi erdve ir gali būti daugiau darbo slaugančiam personalui (Burns ir kt. 2000; Lu, 2020; D’Andrea ir kt., 2007).

Skiriamos bendrosios sensorinėms erdvėms taikomos rekomendacijos, kurios leistų pacientams jomis naudotis be pašalinio neigiamo efekto:

1. Prieš skiriant pacientui autonomiškai naudotis sensorine erdve, pirmiausia reikėtų įvertinti jo galimybes ja naudotis. Šiuo atveju efektyvus būtų pokalbis su specialistu, kuris paaiškintų pacientui tokio autonomiško naudojimo naudą ir tikslus. Be to, reikėtų nustatyti, kiek ilgai ir kaip pacientui ta erdvė naudotis (Horticultural Therapy Institute, 2017).

2. Naudokite užduotis, kurios skatina vartoti grupės narių vardus, išklaudyti, skirti komplimentus arba pateikti trumpas „aplinkos vertinimo“ refleksijas (pvz., „kas šiandien labiausiai patiko?“). Aplinkos vertinimas turėtų būti konkretus, grįžtamasis ryšys – empatiškas.

3. Kiekvieną erdvę įvertinkite pagal paciento sensorinius poreikius, pvz., nervų sistemos

ligomis sergantiems pacientams gali prireikti intensyvesnės sensorinės stimuliacijos, psichikos sutrikimų turintiems pacientams – pamažu pristatyti naujus sensorinius stimulus ir stebėti jų poveikį, kad nebūtų perkrovos. Taip jutiminė aplinka bus personalizuota. Tiek sode, tiek *snoezelen* erdvėje svarbi galimybė keisti intensyvumą (šviesa, garsas, kvapai, tekstūros). Toks individualizavimas sumažina perkrovos tikimybę ir leidžia saugiai eksperimentuoti, ypač kai dalyviai jautresni (Lancioni ir kt., 2002).

4. Net ir tada, kai pacientas erdve naudojasi autonomiškai, rekomenduojama fiksuoti: (a) kaip dažnai jis erdvėmis naudojasi, kokia naudojimosi trukmė; (b) subjektyvias nuotaikas / socialinį pasitenkinimą (galima vertinti naudojant anketas, pvz., TEACCH struktūruoto mokymo; PANAS – emocinės būsenos vertinimo ar pan.); (c) funkcinę būklę (pvz., kiek fiziškai ir kognityviai gali dalyvauti užduotyse). Specialistams vengiant pildyti anketas ar nesant galimybės aptarti kiekvienų vykusių pratybų, rekomenduojama aptarti bent po jų ciklo, pvz., per individualius ar grupinius psichologo / socialinio darbuotojo susikittimus su pacientais. Tai padės motyvuoti mažiau motyvuotus ir įsitraukusius į autonominių erdvių naudojimą pacientus (Strøm ir kt., 2016; Van Weert ir kt. 2005);

5. Naudojamos priemonės turi būti saugios, nesukelti pacientui alergijos. Sensorinio sodo atveju būtina parinkti atitinkamus augalus, kurie nesukeltų alergijos, kvapus, apsvarstyti gyvūnų, vabzdžių natūralų pritraukimą. Taip naudojama erdvė bus saugesnė (Shukor ir kt. 2012; Währborg ir kt., 2014).

Apibendrinant galima teigti, kad sensoriniai sodai ir *snoezelen* erdvės skatina emocinį atsipalaidavimą, aktyvesnį dalyvių įsitraukimą bei socialinių įgūdžių ugdymą pasirinkus saugią ir kontroliuojamą aplinką, kurioje jie gali eksperimentuoti su savo jutimais vieni arba grupėje (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. *Sensorinių erdvių įtaka socialinių įgūdžių ugdymui.*

Veikla	Erdvė	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Taikomos veiklos
Komandinis sodinimas	Sensorinis sodas	Bendradarbiavimas, pasiskirstymas pareigomis, sprendimų priėmimas.	Dalyviai planuoja, pasidalija užduotis, kartu prižiūri augalus.
Augalų priežiūra (laistymas, ravėjimas)	Sensorinis sodas	Atsakomybė, bendravimas, empatiškas reagavimas.	Dalyviai turi rūpintis augalais, derinti veiksmus su kitais, pastebėti kitų žmonių poreikius.
Kvapų ir tekstūrų tyrinėjimas	<i>Snoezelen</i> kambarys ar sensorinė salelė	Empatiškumas, komunikacija, klausymo įgūdžiai.	Pacientai dalijasi išpūdžiais, diskutuoja apie jutiminius atradimus.
Dalijimasis sensoriniais objektais	<i>Snoezelen</i> kambarys ar sensorinė salelė	Bendradarbiavimas, dalijimasis žaislais, socialinis iniciatyvumas.	Skatinama dalintis sensoriniais žaislais, objektais ar patirtimi, mokyti laukti savo eilės.

Refleksijos sesijos po veiklos	Abi erdvės	Savirefleksija, komunikacija, grįžtamojo ryšio teikimas.	Dalyviai aptaria patirtį, ką jie jautė, kaip bendradarbiavo, gauna ir teikia grįžtamąjį ryšį.
Judrios veiklos grupėje (pvz., sportas)	Sensorinis sodas	Bendradarbiavimas su kitais, motyvacija, empatiškumas.	Dalyviai koordinuoja veiksmus su kitais, stebi kitų reakcijas ir prisitaiko.
Raminančios jutiminės sesijos	<i>Snoezelen</i> kambarys ar sensorinė salelė	Emocinis reguliavimas, kantrybė, dėmesingumas.	Padedą dalyviams nusiraminti ir įsitraukti į socialinių užduočių atlikimą, pagerina savikontrolę.

Sensorinėse erdvėse, kurios gali būti natūralios arba dirbtinės, pažeidžiamai grupei priskiriami žmonės gali laisvai tyrinėti įvairius sensorinius stimulus: kvapus, spalvas, tekstūras, garsus ar judesius, kartu jie mokosi atpažinti savo reakcijas, reguliuoti emocijas, siekiant „užmiršti“ traumuojančias patirtis, emociškai atsipalaiduoti. Tokia emocinė ir sensoriškai jutiminė pusiausvyra sukuria palankią socialinių įgūdžių ugdymosi, jų palaikymo ir naujų įgūdžių ugdymosi terpę, nes dalyviai jaučiasi saugūs, labiau linkę bendradarbiauti ir įsitraukti į veiklas. Efektyviausios veiklos yra struktūruotos, aiškiai suplanuotos ir orientuotos į bendradarbiavimą, pavyzdžiui, komandinis augalų sodinimas, jų priežiūra ar dalijimasis sensoriniais objektais – vedamos kvalifikuoto specialisto, tačiau organizuojamos ir autonominės struktūruotos veiklos, kai specialistas su pacientu tik palaiko empatišką grįžtamąjį ryšį. Taip sensorinės erdvės tampa ne tik terapine aplinka, bet ir praktine socialinių įgūdžių ugdymosi vieta, įskaitant klausymo, bendradarbiavimo, iniciatyvumo bei empatiško bendravimo įgūdžius. O specialistas įgalina pacientą ta erdve naudotis savarankiškai.

Toliau aptarsime konkrečių sutrikimų pobūdį pagal TLK-10 klasifikatorių bei šių sensorinių erdvių naudojimą ugdantis socialinius įgūdžius.

**III. METODINĖS PACIENTŲ SOCIALINIŲ
ĮGŪDŽIŲ FORMAVIMO REKOMENDACIJOS
PAGAL TLK-10 AM SISTEMINĮ KLASIFIKATORIŲ**

3.1. Metodinės C00–C96 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

Pagal TLK-10 sisteminį ligų klasifikatorių C grupėje skiriami ir aptariami piktybiniai navikai. Šioje dalyje bus pateiktos bendrosios rekomendacijos pagal šias TLK-10 klasifikatoriaus grupes.

C00–C96	PIKTYBINIAI NAVIKAI
C00–C75	PIKTYBINIAI NAVIKAI, PIRMINIAI ARBA LAIKOMI PIRMINIAIS, PATIKSLINTOS LOKALIZACIJOS, IŠSKYRUS LIMFINIO, KRAUJODAROS IR JIEMS GIMININGŲ AUDINIŲ NAVIKUS
C00–C14	LŪPOS, BURNOS ERTMĖS IR RYKLĖS PIKTYBINIAI NAVIKAI
C15–C26	VIRŠKINIMO ORGANŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C30–C39	KVĖPAVIMO IR KRŪTINĖS LAŠTOS ORGANŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C40–C41	KAULŲ IR SAŅARINIŲ KREMZLIŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C43–C44	MELANOMA IR KITI ODOS PIKTYBINIAI NAVIKAI
C45–C49	MEZOTELINIŲ IR MINKŠTŲJŲ AUDINIŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C50	KRŪTIES PIKTYBINIAI NAVIKAI
C51–C58	MOTERS LYTIES ORGANŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C60–C63	VYRO LYTIES ORGANŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C64–C68	ŠLAPIMO ORGANŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C69–C72	AKIŲ, SMEGENŲ IR KITŲ CENTRINĖS NERVŲ SISTEMOS DALIŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C73–C75	SKYDLIAUKĖS IR KITŲ VIDAUS SEKRECIJOS LIAUKŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI
C76–C80	NETIKSLIAI APIBRĖŽTI, METASTAZINIAI IR NEPATIKSLINTOS LOKALIZACIJOS PIKTYBINIAI NAVIKAI
C81–C96	LIMFINIO, KRAUJODAROS IR JIEMS GIMININGŲ AUDINIŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI

Pacientams, kurie serga onkologinėmis ligomis, kyla įvairių problemų. Pirmiausia jie gali jausti skausmą dar iki gydymo, tikėtina, kad skausmas kyla tiesiogiai iš naviko lokacijos. Skausmai dažniausiai pasireiškia, esant tokioms onkologinėms būklėms, kaip kaulų, burnos ar kasos vėžio atvejai. Ligai pažengus, pacientas gali jausti skausmą pilvo ar juosmens srityje, kas byloja esant pažengusią onkologinę ligą, jeigu žmogui diagnozuotas vidaus organų onkologinis susirgimas (Matos, Scheff, 2025).

Moksliniuose straipsniuose, kur analizuota sensorinių priemonių nauda, minima, kad onkologinių susirgimų atvejais žmogaus somatosensorinės sistemos gali jautrėti dėl nuolat išgyvenamo skausmo kintant jutimams. Taigi sensorinės priemonės įvairiuose tyrimuose analizuojamos kaip darančios teigiamą poveikį. Tačiau dirbant su onkologijos pacientais moksliniuose tyrimuose nurodoma būtinybė atsižvelgti į individualų asmens sensorinį jautrumą, kai galima stipri reakcija į aplinkos dirgiklius, neigiama – į sensorines saleles. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad tinkamai pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis, taikant sensorines priemones, jų atsparumas stresoriams didėja, pagerėja gyvenimo kokybė. Tačiau, jei tyrime dalyvavo sensoriškai jautrūs žmonės, jiems priemonės kėlė dar didesnę dirglumą ir jų gyvenimo kokybė tik

prastėjo (Yang ir kt., 2024).

Moksliniuose straipsniuose keliama daug įvairių hipotezių apie pirminio naviko sukeltą skausmą, pavyzdžiui, galimi veiksniai yra naviko masė, aplinkinių audinių nekrozė, naviko išskiriami mediatoriai ir nervų pažeidimas. Aptariama, kad šie veiksniai nevienodai taikomi visų tipų vėžiui. Pavyzdžiui, žmogaus papildomos viruso (ŽPV) nulemtas galvos ir kaklo vėžys sukelia mažiau skausmo nei galvos ir kaklo vėžys, kurį sukėlė ne ŽPV virusas, nors paties naviko lokalizacija yra panaši. Be to, renkantis sensorines priemones būtina atsižvelgti į onkologinio paciento individualius skausmo jautimus. Pavyzdžiui, nors mūsų oda yra tankiai įnervuota sensorinių receptorių, melanomos ir odos bazalinių ląstelių karcinomos atvejais skausmo pasireiškimas yra minimalus. Klinikinėje praktikoje jaučiamo skausmo intensyvumas gali gydytojams padėti atskirti odos plokščialąstelinę karcinomą nuo bazalinių ląstelių karcinomos. Tai leidžia manyti, kad kiekvienu atveju, kai norime parinkti pacientui sensorines priemones, geriausia su juo aptarti sensorinį jautrumą, skausmo jutimą, kadangi naviko ląstelių tipas ar kilmė stipriai aktyvuoja skausmą sukeliančias skaidulas, tad dėl vėžio skausmo mechanizmo sudėtingumo negalime pateikti vien universalų sensorinių rekomendacijų. Be to, nereiktų pamiršti, kad onkologijos atvejais vėžio sukulto skausmo vertinimas dažniausiai pradedamas tik po gydymo (pvz., po operacijos, chemoterapijos ar radioterapijos), kadangi ir pačios procedūros dažnai sukelia audinių pažeidimus (Matos & Scheff, 2025). Longitudiniai moksliniai tyrimai, kuriuose dalyvavo onkologinių susirgimų turintys vaikai, atskleidė, kad onkologija yra būklė, kuri pakeičia somatosensorinės sistemos jautimus – desentizuoja arba įjautrina, t. y. žmogus tampa sensoriškai dar jautresnis. Tai priklauso nuo įvairių veiksnių – taikytų gydymo būdų (pvz., punkcijos dažnumo; audinių pažeidimo gydymo procese ir kt.) ir žmogaus fiziologinio atsparumo, tačiau skaičiuojama, kad ilgalaikis sensorinis pakitimas pasireiškia 85 procentams pacientų, net onkologinei ligai perėjus į remisiją (Tutelman ir kt., 2022).

Sensorinės priemonės daugiausia naudojamos skausmui mažinti, depresijai / organinei depresijai gydyti ar psichoemociinei būklei lengvinti, dėl onkologinės ligos (kaip lėtinės, ilgą laiką trunkančios sudėtingos būklės) pasireiškimo. Be to, viena iš teorijų teigia, kad pirminio naviko sukeltas skausmas dažniau lemia paciento atkryčius, tačiau tai tik teorija, kuri testuojama skatinant alternatyvių priemonių taikymą (kaip ir sensorinės salelės). Kadangi sudėtinga įvertinti atkrytį, nes pacientai vartoja analgetikus (Thomas ir kt., 2023), atkryčių statistika lieka neaiški. Skiriant sensorines intervencijas svarbu atsižvelgti ir į tai, kad opioidai šiandien tebėra pagrindinis vėžio sukulto skausmo malšinimo metodas, nors gerai žinoma, kad jie slopina imuninę sistemą (Boland, Pockley, 2018). Tai reiškia, kad naudojamos erdvės, priemonės turi būti higieniškos, nesukelti papildomų susirgimų (Matos, Scheff, 2025). Todėl tų medžiaginių priemonių, kurių negalima dezinfekuoti, siūloma nenaudoti.

Autorių (žr. Tutelman ir kt. 2022) mokslinis tyrimas atskleidė, kad didžiosios dalies pacientų, kurie išgyveno onkologines būkles, sensitivityvas kinta – pasireiškia desentizacija arba hypersensitivityvas. Šių mokslininkų tyrimas patvirtino prieš tai atliktus išsamius tyrimus, kad tik nedidelė dalis pacientų sensoriškai nepatiria jokių pokyčių. Minėta, kad onkologiniai susirgimai skiriasi diagnozės, priežastingumo, procedūrų skausmingumo, gydymo intensyvumo bei individualaus sergančio žmogaus atsako – jo atsparumo ir psichosocialinių veiksnių aspektais. Skiriant sensorinę integraciją rekomenduojama kartu su žmogumi įvertinti jo sensitizacijos lygį. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad onkologinėmis ligomis sergantys žmonės dažniausiai jautimų pokyčio vertinant savo situaciją prieš ligą ir gydantis / remisijos metu neįvardija, nes neatsimena.

Tačiau moksliniais tyrimais įrodyta, kad pokytis įvyksta. Dažniausiai fiksuojamas didelis jautrumas šilumai ir mechaninei terapijai, spaudimui. Tai paprastai vyksta dėl smulkiųjų ir stambiųjų nervinių skaidulų kitimo. Maždaug pusė pacientų net sėkmingai pabaigus onkologinį gydymą išlieka jautrūs skausmui. Pavyzdžiui, mechaninis jautrumas dūriui ar lengvam prisilietimui periferijoje padidėja dėl padidėjusio periferinių neuronų jautrumo, kuris nulemtas chemoterapinio gydymo, kurio metu sukeliama nervų pažeida, o gydymą tęsiant žalingi stimulai ir vėl veikia. Be to, matoma, kad ir individualūs veiksniai – miegas ir fizinis aktyvumas – koreliuoja su jautrumu. Jeigu miegas kokybiškas, fizinis aktyvumas didesnis – sensitizacija ir skausmo jautrumas mažesnis. Moksliniuose tyrimuose nurodoma, kad pacientai, kurie serga onkologinėmis ligomis, išgyvena nerimo būsenas, depresyvumą, dažnai depresija dėl pirminio susirgimo nediagnozuojama, o tai stipriai veikia paciento sensorinį atsaką. Tuo tarpu aukštas nerimastingumo lygis gali paveikti žmonių kognityvinius procesus – atmintį, dėmesingumą, lemti menkesnę motyvaciją įsitraukti į autonomišką pagalbos procesą. Daliai pacientų, kurie serga onkologinėmis ligomis arba yra remisijoje, pasireiškia skausmo katastrofizavimas, todėl jie negeba valdyti skausmo jautimo.

Apibendrinant moksliniai tyrimai atskleidžia, kad parenkant sensorines strategijas autonominiam naudojimui būtina prieš tai aptarti su pacientu jo nerimą, baimes, jautrumą, kad sensorinės integracijos priemonės nesukeltų diskomforto, nes onkologinės būklės yra individualizuotos taikant atitinkamas gydymo strategijas, todėl sukelia skirtingas sensitizacijos patirtis ir liekamuosius reiškinius visą likusį gyvenimą.

2-oje lentelėje pateiktos sensorinių sistemų poveikio ir socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams.

2 lentelė. Socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis (žr. visoms sistemoms).

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
VESTIBULINĖ	Parinkti individualų fizinį krūvį pagal motorines ir kognityvines paciento galimybes, pamažu jį didinant: -aerobiniai pratimai (lengva mankšta kontroliuojant kvėpavimą, lengvas bėgimas, vaikščiojimas, plaukimas baseine) sensoriniame sode arba rehabilitacijos centre (pvz., su Flex-Lon rankų	Mažinamas onkologinis nuovargis, didinama fizinė tolerancija krūviui, mažėja depresyvumas, jėgos pratimai ne tik vysto vestibulinę sistemą, gerina pusiausvyrą, bet ir efektyviai mažina raumenų atrofijos riziką dėl chemoterapijos ir imunosupresijos. Pusiausvyros lavinimo pratimai mažina nerimą, ypač po gydymo dėl griuvimo rizikos, didina fizinę ištvermę, gerina bendrą fizinį ir psichosocialinį žmogaus funkcionalumą.	Žmonės, sergantys onkologinėmis ligomis, patiria ne tik skausmą, ilgą laiką trunkantį varginantį gydymą, bet ir išgyvena stresą, nerimą, depresyvumą. Tad, be kognityvinės elgesio terapijos, grupinės ir individualios psichoterapijos, būtina didinti žmogaus fizinį pajėgumą, tai teigiamai veikia psichoemocinę būklę. Autonomiškos užduotys fiziniam pajėgumui didinti rekomenduojamos

	<p>treniruokliu);</p> <p>-jėgos stiprinimo pratimai (2–3 k. per savaitę) be svarelių / su 1 kg svareliais (angl. thera band), jei pacientas toleruoja (jei nėra sensorinio skausmo jutimo) pamažu individualiai didinant apkrovą;</p> <p>-tempimo ir lankstumo pratimai, galima naudoti neurotreniruočią įrangą (prieš tai pacientą apmokius);</p> <p>-pusiausvyros lavinimo pratimai, gerinantys koordinaciją.</p>	<p>Vestibulinė sistema glaudžiai siejasi su regos ir klausos receptoriais, todėl siekiant labiau motyvuoti galima pacientui leisti rinktis begalybės burbulų sienelę, įjungti muziką (kartais tai pagerina žmogaus judesio tikslumą), sensoriniame sode lavinami ne tik šie, bet ir uoslės įgūdžiai – ji prisipildo įvairiausių natūralių gamtos kvapų, garsų – paukščių čiulbėjimo, lapų šlamėjimo ir kt., sensoriniame sode galima ragauti valgomų uogų, pavargus pasėdėti ant suoliuko. Nesant griuvimo rizikos, galima autonomiškai pacientui leisti naudotis sensorinėmis erdvėmis.</p>	<p>viduje dėl prastos koordinacijos ir motorikos bei menko imuninio atsparumo. Esant šiltam (NE KARŠTAM!) orui galima pradėti nuo ramių pasivaikščių sensoriniame sode, lydint specialistui / šeimos nariui. Savarankiškai judant, skatinti veiklas atlikti individualiai / mažose grupelėse su kitais pacientais, apmokyti imitaciniu būdu atlikti elementarius aerobinius, lankstumo ir pusiausvyros lavinimo pratimus (remiantis Cramp, Daniel, 2008; Speck ir kt., 2010; Schmitz ir kt., 2010; Tutelman ir kt., 2022; Boland, Pockley, 2018).</p>
--	---	--	---

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
PROPRIOCEPINĖ	<p>-Proprioceptinė treniruotė. Specifiniai pratimai, kurie skatina kūno padėties, judesių „stebėjimą“, neįtraukiant regos, pvz., balansavimas ant nestabilios dangos, stovėjimas ant vienos kojos, pratimai užrištomis akimis.</p> <p>-Kombinuotų užduočių taikymas – imitaciniu būdu galima parodyti pacientui kryptingą jėgos naudojimą,</p>	<p>-Proprioceptinio jutimo socialiniai įgūdžiai, jeigu šie pratimai autonomiškai taikomi reguliariai. Pavyzdžiui, jeigu pacientui pasireiškia periferinė neuropatija, pratimus reikia atlikti reguliariai, pradedant nuo paprastų ir pamažu didinant sudėtingumą.</p> <p>Pavyzdžiui, reguliarios treniruotės (15 kartų per tris savaites) gali pagerinti koordinaciją.</p> <p>-Gebėjimas atkartoti judesį, veidrodinių neuronų aktyvinimas.</p>	<p>Proprioceptinės įkrovos ir lavinimo pratimai pradedami nuo nedidelių įkrovų ir individualiai vystomi iki didesnių. Pratimai atliekami lėtai, rekomenduojami lėti tempimo pratimai, kurie geriausiai vysto žmogaus proprioceptinę sistemą ligos metu. Tokie pratimai gerina sąnarių / kelio / čiurnos funkciją, mažina skausmą, didina fizinį pajėgumą.</p> <p>Būtina taikyti pratimus su pusiausvyros platformomis, nestabilių paviršių deriniais (pvz., stovėjimas ant čiužinio, pagalvės,</p>

	<p>jam tai atkartojant, laikysenos palaikymo pratimus ir judesių „stebėjimą“, neįtraukiant regos, tai skatins kūno erdvėje suvokimą, lavins proprioceptorių naudojimą.</p> <p>-Kompleksinių technikų taikymas, susiejant propriocepriją ir skirtingų lėtų judesių moduliaciją, pavyzdžiui, sausgyslių / raumenų tempimą, stimuliaciją.</p> <p>-Vibracijos prietaisų naudojimas. Galima taikyti virbracijas sausgyslių / raumenų zonose derinant kartu su taktilinės sistemos įkrovomis per įvairias medžiagas, kurios suteikia skirtingų pojūčių (tekstūra, tempimas). Tai padeda „atgaivinti“ proprioceptorius.</p>	<p>Judesio tikslumas ir preciziškumas gerėja taikant propriocepines užduotis, kai reikia atkartoti judesį nenaudojant regos – lavinama raumenų atmintis. Judesio tikslumas leidžia ugdytis savarankiškumą buityje.</p> <p>-Fizinis raštingumas. Prieš sensorinės integracijos programos taikymą nustatčius paciento pradinės propriocepcijos ribas, jis gali savarankiškai stebėti pokyčius, pamažu adaptuoti treniruotes pagal savo fiziologinius pojūčius, vaistų sukeltus efektus.</p>	<p>atsižvelgiant į paciento galimybes), užduotys neįtraukiant regos – užsimerkus (remiantis Andhare ir kt., 2019; Bullinger ir kt., 2011; Wang ir kt., 2022; Guedes ir kt., 2024; Cramer, ir kt., 2012; Mishra ir kt., 2012; Buffart ir kt., 2017; Rock ir kt., 2012).</p>
--	--	---	--

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
TAKTILINĖ	Prieš taktilinę sesiją trumpai instrukuoti, kaip atlikti taktilinius pratimus ir kaip veikia priemonės. Siūloma 3 min. lengvai ir giliai pakvėpuoti, tada įtraukti į taktilinius patyrimus vykdant skirtingas sensorines veiklas:	Mokslinių tyrimų duomenimis, taktilinės terapijos ir intervencijos yra itin naudingos pacientams, kurie serga onkloginėmis ligomis. Tai svarbu autonominima panaudojimui apmokius pacientą, nes jis turi teisę rinktis ir kontroliuoti savo jutimus, pasirinkti savo	Jiems taikoma sensorinė integracija per jutiminius dirgiklius turi būti taikoma palaiapsniui. Taip pat dėl taikomo / taikyto gydymo gali būti aplinkinių audinių pažeista. Negalina taikyti jokių stimuliacijų, jeigu oda yra pažeista. Yra rekomenduojama prieš pradedant taktilinę
TAKTILINĖ	-Desentizacijos pratimai, kurie mažina taktilinį dirglumą. Pvz., sienos skydas „Dobilas“, Taktilinis abstrakčių formų skydas ir pan. Metodas: desentizacijai naudoti paciento ranką / koją (galima pirštais ar kt.) lėtai paliečiamos skirtingos faktūros, tekstūros, kuriams taktiliniai patyrimai. Neskubant ir švelniai — pradėti nuo maloniausių tekstūrų ir trumpų 10–30 sek. lietimų; pamažu didinti įvairovę ir trukmę. Stebėti, ar pacientas patiria stresą, stebėti kvėpavimą, jo dažnumą ir subjektyvų diskomfortą. Tai klasikinė desensitizacijos	tempą intervencijai. Yra įrodyta, kad prisilietimu grįstos terapijos (pvz., masažas, taktilinės intervencijos) ne tik mažina skausmą ir nerimą, taip pat tai kuria paciento socialinę gerovę, mažina jo izoliacijos jausmą bei skatina ryšį su kitais. Sensorinės (taktilinės) terapijos poveikis pirmiausia siejamas su fiziologiniais socialiniais įgūdžiais, kaip jutimų reguliavimu ir kūno patyrimų ugdymu, tačiau netiesiogiai ugdo socialinius įgūdžius mažinant dirglumą, renkantis atitinkamus terapijos metodus, didinant intensyvumą. Pacientai, kurie serga onkologiniais susirgimais dėl gydyo (pvz. Chemoterapijos sukeltos neuropatijos ar sensorinio dirglumo)	sensorinę integraciją aptarti su pacientu, instrukuoti, leisti pakvėpuoti keletą minučių atsipalaidavimui ir tuomet leisti tyrinėti tekstūras, faktūras, medžiagiškumą. Vystyti taktilinę diskriminaciją ir nuraminti gynybinę sistemą. Taktilinė intervencija pradedama per tekstūrų tyrinėjimą (pradedant 5–8 min; laipsniuojant) 5–8 min. keičiant tekstūras ir faktūras, pradedant nuo maloniausių. Galima taikyti vibracijas, spaudimus, kaitaliojant po keletą minučių. Taip pat jeigu pacientas toleruoja, galima atlikti švelnius paspaudimus rankoms ir kojoms. Vis tik būtina laikytis specialių saugumo reikalavimų, kuomet taikoma sensorinė integracija per taktilikos dirglumo mažinimą. Pirmiausia, jeigu yra paciento trombozės rizika.

	<p>metodas, dažnai naudojamas taktiliniam dirglumui mažinti.</p> <p>-Giluminio spaudimo terapija. Trumpi, reguliariai atliekami užsiėmimai, kuriuose pacientas turi gauti: 2–3 min giluminio spaudimo (pvz., švelnus suspaudimas rankos arba kojos), 1–2 min vibracijos (tai gali būti lengva medicininė vibracija žemo intensyvumo), spausimas trumpais judesiais (kojos / rankos judesiai). Galima pėdoms naudoti Sport-Thieme Acupressure Foot Mat.</p> <p>Tokia „sensorinė dieta“ padeda reguliuoti raumenų tonusą ir mažinti taktilinį dirglumą.</p> <p>-Saugios aplinkos kūrimas ir drabužių parinkimas. Siūloma rinktis minkštus, be klosčių audinius, jeigu žmogų dirgina – nukarpyti rūbų etiketes, vengti šiurkščių audinių bei šiurkščių siūlių, geriausia būtų naudoti kelių sluoksnių rūbus, kad būtų galima reguliuoti prisilietimo intensyvumą. Tai paprasta, bet labai efektyvu mažinant</p>	<p>gali atkurti arba iš naujo išsiugdyti tokius socialinius gebėjimus, kaip:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ribų nustatymas. Pacientas mokosi atpažinti, kas jam priimtina liečiant, o kas kelia diskomfortą. Iš naujo išmokęs skirti savo ribas, jis lengviau atpažįsta savo jutimus socialinėse situacijose (pvz., pasakyti artimiesiems ar sveikatos priežiūros specialistams: „Man labiau tinka švelnus prisilietimas“). •Poreikių įvardijimas. Sensorinėje terapijoje pacientas įvardija, kokie stimulai jam malonūs, o kokie – ne. Tai ugdo jo gebėjimą aiškiau ir drąsiau išsakyti savo fizinius ir emocinius poreikius įvairiose aplinkose. •Streso valdymas. Pacientai, sergantys onkologinėmis ligomis, nemažai nerimauja. Patys savaime jutimų sutrikimai dažnai sukelia nerimą (pvz., viešose vietose arba tarp žmonių, esant lietimosi rizikai). Sensorinė intervencija mažina nerimo lygį, todėl pacientai mažiau nerimauja ir socialinėse situacijose. Taigi taktilinė sensorinė integracija ugdo atsparumą stresui. •Kūno pojūčių 	<p>Tokiu atveju stiprus spaudimas ir bet kokia giluminių audinių stimuliavimo technika bei tam tikros kompresijos priemonės gali būti kontraindikuotos.</p> <p>Taikant sensorinę integraciją kartu su kompresijomis rekomenduojama vengti intensyvaus masažo ar didelio mechaninio spaudimo ties limfmazgiais. Prieš sensorinę integraciją būtina apžiūrėti, kad nebūtų opelių ar pažeistos odos, bet kokios stimuliacijos tokiose vietose draudžiamos. Paciento jautrumą gali sumažinti esanti neuropatija. Tad planuodamas taikyti temperatūrinį stimuliavimą, specialistas turėtų kontroliuoti ir naudoti šias sensorines priemones su priežiūra.</p> <p>Autonominiam naudojimui šios priemonės netiks (remiantis Epstein ir kt., 2023; López ir kt., 2022; Klafke ir kt., 2023; Tutelman ir kt., 2021; Holz ir kt., 2017).</p>
--	--	--	--

	<p>kasdienį diskomfortą ypač po taikomo gydymo.</p>	<p>valdymas. Sensorinė intervencija didina paties paciento jutimus, tai leidžia labiau juos kontroliuoti, tad jis labiau jaučiasi esąs „savo kūne“, kas augina pasitikėjimą savimi, o pasitikėjimas savimi mažina nerimą, neigiamas emocijas ir leidžia užmegzti tvirtesnius socialinius ryšius.</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Empatiškumo įgūdžiai. Po sensorinės integracijos rekomenduojama aptarti jutimus ir potyrius. Grupinės diskusijos apie jutimus ir patirtis metu, tai skatina refleksiją: pacientas lengviau išsijaučia į kitų žmonių poreikius. Empatiškumas gerina bendravimą savo šeimoje, puoselėja draugiškumą su kitais pacientais, draugiškus santykius su medicinos personalu. • -Bendradarbiavimo įgūdžiai. Grupinės sensorinės užduotys (pvz., bendras jutimų tyrinėjimas, atsipalaidavimo praktikos) padeda lavinti bendradarbiavimą, tarpusavio palaikymą, pagalbos prašymą ir suteikimą. • -Socialinio komforto atkūrimas. Pacientai, dėl taktilinių sutrikimų vengę kontakto ar žmonių, pamažu 	
--	---	--	--

		išmoksta vėl bendrauti, mažiau bijo fizinio artumo. Tai svarbu, nes socialinė izoliacija yra dažna onkologinių ligų gydymo pasekmė.	
--	--	---	--

Be to, mokslinėje literatūroje siūloma atsižvelgti į būseną konkrečiau onkologinio susirgimo situacijoje – visais atvejais pateikiamos bendros rekomendacijos: laipsniškas fizinio krūvio didinimas, jėgos pratimų derinimas įvairioms raumenų grupėms, pusiausvyros ir lankstumo pratimai – kasdien bent po 15 min. (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Bendrosios rekomendacijos dėl fizinio krūvio taikymo onkologijos ligomis sergantiems pacientams.

Vėžio tipas / pacientų grupė	Gydymo etapas	Rekomenduojama veikla	Tikslai / nauda	Pastabos
Krūties vėžys	Pooperacinis, chemoterapija, radioterapija	Lengvas vaikščiojimas, dviračio mynimas, tempimo pratimai, jėgos pratimai su guminėmis juostomis	Mažina nuovargį, limfedemos riziką, gerina ištvermę, didina raumenų jėgą	Tempimą daryti atsargiai, vengti spaudimo operuotos rankos srityje
Prostatos vėžys	Pooperacinis, hormonoterapija	Vaikščiojimas, lengva aerobika, jėgos pratimai kojoms ir liemeniui, pusiausvyros pratimai	Gerina funkcionalumą, širdies kraujagyslių būklę, didina raumenų masę, mažina nuovargį	Stebėti šlapimo pūslės kontrolę, pratimai gali būti pritaikyti po prostatektomijos
Hematologiniai vėžiai (leukemija, limfoma)	Chemoterapija, transplantacija	Lengvi aerobiniai pratimai, tempimas, pusiausvyros, kvėpavimo pratimai	Mažina nuovargį, stiprina imunitetą, mažina neuropatijos simptomų	Pratybų intensyvumą pritaikyti, atsižvelgiant į trombocitų ir baltųjų kraujo kūnelių lygį

Plaučių vėžys	Pooperacinis, chemoterapija, radioterapija	Vaikščiavimas, kvėpavimo, tempimo pratimai, lengva aerobika	Gerina kvėpavimo funkciją, mažina nuovargį, stiprina širdies kraujagyslių sistemą	Kvėpavimo pratimai mažina dusulį ir kraujotakos sutrikimus
Bendras / įvairūs vėžio tipai	Visi etapai	Taiči, čigongas, joga, vandens aerobika, viso kūno jėgos pratimai	Mažina nerimą, depresiją, gerina pusiausvyrą, lankstumą ir gyvenimo kokybę	Mažai intensyvios veiklos ypač rekomenduojamos chemoterapijos ir pooperaciniu laikotarpiu

Apibendrinant svarbu paminėti, kad onkologiniai susirgimai yra skirtingi, todėl sensorinės intervencijos socialinių įgūdžių ugdymui turėtų būti individualizuotos atsižvelgiant į paciento būklę, gydymo stadiją ir galimas kontraindikacijas.

3.2. Metodinės D00-D89 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

D50-D53	MITYBINĖS ANEMIJOS
D55-D59	HEMOLIZINĖS ANEMIJOS
D60-D64	APLAZINĖS IR KITOS ANEMIJOS
D65-D69	KREŠĖJIMO SUTRIKIMAI, PURPURA IR KITOS HEMORAGINĖS BŪKLĖS
D70-D77	KITOS KRAUJO IR KRAUJODAROS ORGANŲ LIGOS
D80-D89	TAM TIKRI SUTRIKIMAI, SUSIJĘ SU IMUNINIAIS MECHANIZMAIS

Mokslinėje literatūroje aprašomi įvairūs sensorikos sutrikimai sergant kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų. Žmonės, sergantys kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turintys imuninių mechanizmų sutrikimų (anemijos, kitos organų ligos), gali išgyventi įvairius sensorikos (jutimo) sutrikimus, kuriuos nulemia ne tik pati liga, bet ir taikomi gydymo metodai. Atsižvelgiant į juos, gali pasireikšti įvairių cheminių vaistų neurotoksiškumas, kai patiriami nervų sistemos pažeidimai, ypač periferinės nervų sistemos (Lee ir kt., 2024). Šių ligų grupės paprastai sukelia nervų pažeidimą, tai lemia kraujo krešėjimo sutrikimai ir kraujo apytakos pokyčiai (Was ir kt., 2022). Minėtomis ligomis sergantys pacientai dėl sutrikimo gali jausti ir kitokius jautumus – dažnas tirpimo, dilgčiojimo (ypač galūnėse) pojūtis. Be to, gali būti jaučiamas įvairių tipų skausmas: deginantis, „šaudantis“, galimas didesnis jautrumas prisilietimui ar temperatūrų pokyčiams. Kitoks gebėjimas jausti temperatūrą dažnai aprašomas kaip sumažėjęs

temperatūros pojūtis, vibraciją ar net skausmą, t. y. kinta skausmo jutimo slenkstis (Gwathmey, 2016).

Mokslinėje literatūroje aprašyti atvejai, kai esant šiems sutrikimams gali kilti giliųjų jutimų problemų, sutrinka pusiausvyra, koordinacija. Tuo tarpu esant CNS jautrių struktūrų pažeidimai, galima fiksuoti ir kitų jutimų pokyčių, kurie susiję su receptoriais – klausos, regos ir kt. Šiais atvejais stebima, kad taikoma sensorinė integracija tiek kartu su ergoterapeutu, tiek ir autonomiškai padeda tobulinti socialinius įgūdžius nuo simptomų lengvinimo, iki skausmo valdymo. Vyresnio amžiaus pacientų atveju sensorikos sutrikimai gali būti didesni dėl bendros sveikatos būklės, šalutinių sutrikimų, pvz., cukrinio diabeto, inkstų funkcijos sutrikimų ir pan. Be to, vyresnio amžiaus pacientų autoimuninių procesų intensyvumas gali būti ilgesnis, kaip ir pačios ligos trukmė (Gwathmey, 2016; Was ir kt., 2022; Silberman, Lonial, 2008).

Toliau apžvelgsime taktilinės, vestibulinės ir propriocepinės sistemų sutrikimus bei galimybes taikyti individualius sensorinės integracijos metodus taikant autonomines saleles bei įveiklinant sensorinį sodą.

Taktilinės sistemos sutrikimų įveikos būdai esant kraujo ir kraujodaros organų ligoms bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų.

Pacientams, sergantiems kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turintiems imuninių mechanizmų sutrikimų, gana dažnai pasireiškia jutimo (lytėjimo, odos jutimų) funkcijų pokyčiai, paprastai susiję su sumažėjusiu arba padidėjusiu jautrumu, iškreiptu jutimu, jaučiamu skausmu ar hipersensityvumu bei diskomfortu prisilietus. Tokie sutrikimai gali gerokai paveikti kasdienę veiklą, savęs apsitarnavimo ir pažintines funkcijas. Sergant kraujo organų ligomis ir turint imuninių mechanizmų sutrikimų, ligos dažnai lydimos periferinės nervų sistemos pažeidimų, atsiradusių imuninių reakcijų bei vaistų neurotoksiškumo. 4-oje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei autonominiu socialinių įgūdžių lavinimu.

4 lentelė. *Reabilitacijos strategijos pacientams, sergantiems kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turintiems imuninių mechanizmų sutrikimų.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
TAKTILINĖ	<p>Sensorinė įveika taikant taktilinės sistemos desensitizaciją.</p> <p>Galimas metodas – švelnus, neintensyvus odos stimuliavimas – tinka naudoti švelnią tekstūrą, vibracijos stimulus, prisilietimus. Per odos receptorių į CNS gaunama taktilinė informacija padeda toleruoti</p>	<p>Kalbant apie sensorikos sutrikimų įveiką ir taikomus metodus, svarbu pažymėti, kad šiomis ligomis sergantys pacientai daugiausia gali išmokti autonomiškai kontroliuoti skausmą ir sensorinius stimulus. Tai svarbu, nes mokslinėje literatūroje aprašoma, kad šiems pacientams pasireiškia sudėtingi šalutiniai poveikiai dėl</p>	<p>Tinka, esant odos jautrumui, kai pacientas dėl periferinių nervų pažeidimo skundžiasi, kad prisilietimai nemalonūs, skausmingi, jam sunku naudotis dušu, todėl visos desensitizacijos terapijos pradedamos lėtai, pamažu didinant stimuliaciją. Mokslinėje literatūroje</p>

	<p>somatosensorinį intervencijos jutimą ir priimti šią sensorinę informaciją, atpažinti dirgiklius, kartu psichologiškai tai mažina diskomfortą ar skausmą.</p> <p>Pratybos gali vykti sensoriniame sode arba naudojant sensorines priemones – „Taktilinį abstrakčių formų skydą“, sienos skydą „Dobilas“ ir pan.</p> <p>Judesio lavinimas taikant taktilinės sistemos desensitizaciją. Siūloma, pvz., sensoriniame sode arba autonomiškoje sensorinėje erdvėje atlikti judesius, specifinius pratimus, kurie padėtų atpalaiduoti nervų sistemą, slopinti uždegimą, stimuliuoti regeneraciją, gerinti sensorinius atsakus, mažinti skausmą.</p> <p>Ergoterapijos pratybos ir individualizuota terapija, kuri kartojimo būdu pateikiama pacientui, skatinama ją taikyti kuo dažniau, nes tai atkuria žmogaus kraujotaką ir smulkiosios motorikos jutimus.</p> <p>Sensorinė intervencija taikoma kartu su psichologine pagalba, grupinėmis ir individualiomis terapijomis. Dirbant su psichologu ir socialiniu darbuotoju skatinamas diskomforto stimulų toleravimas, puikiai tinka</p>	<p>taikomo gydymo, papildomų farmakologinių preparatų vartojimo, siekiant suvaldyti skausmą, tai keičia jų gyvenimo kokybę ir sensorinius jutimus.</p> <p>Taktinės sistemos jautrumo / nejautos didinimas taikant vibro priemones ir taktilinius skydus. Taikyti ne trumpiau kaip dvi savaites, nuo 15 iki 30 min., įtraukiant judesius. Mokoma derinti judesius, lavinti pusiausvyrą, ugdomas fizinis raštingumas.</p> <p>Interocepcinės taktilikos kontrolė mokant sveikos gyvensenos. Šių socialinių įgūdžių galima ugdyti konsultuojant gydytojui dietologui ar slaugytojui dietistui. Maisto suderinamumas su vartojamais vaistais bei reikiamų papildų, vitaminų parinkimas leis žmogui ilgiau išlaikyti sveikiesnio gyvenimo būseną.</p> <p>Savarankiškumo įgūdžių – valgymo, apsirengimo ir kt. atkūrimas. Puikiai taikoma autonominiu būdu po imitacinio specialisto apmokymo.</p> <p>Pacientui būtina mokytis naudotis rankomis / galūnėmis sumažėjus jų taktiliniam jutimui: tinka specialūs įrankiai, tekstūrinės dangos, prisilietimo stimulai, pritaikyta kasdienė veikla, teikianti taktilinės informacijos (pvz., naudojant kontrastingas</p>	<p>aprašoma, kad taktilinės stimuliacijos metodai, naudojant skirtingas tekstūras ir faktūras, ypač veiksmingos pacientui sergant diabetu ar pasireiškus neuropatijai.</p> <p>Taktilinio jautrumo mažinimo programą kartoti ne mažiau kaip dvi savaites. Papildomai galima taikyti ir su propriocepcinės sistemos stimuliacijos priemonėmis.</p> <p>Išmoktą programą galima nuolat taikyti autonomiškai, nes pats pacientas gali valdyti stimulų kiekį, atkartoti elementarius judesius, pasirinkti tinkamą laiką, stebėti savo pažangą, prireikus užsirašyti skausmo jutimą prieš / po individualios terapijos. Vėliau pacientas gali sėkmingai šiuos metodus taikyti ir namuose. Jeigu naudojami masažuokliai ar vibracinės priemonės, pacientas tai gali tęsti namuose – jam tereikia terapinio prietaiso, pvz., specialaus vibro treniruoklio, vibro masažuoklio, kurie gali padėti atkurti jutimus kraujotakos sutrikimų atvejais.</p> <p>Jeigu taktilikos sutrikimus lydi neuropatinis</p>
--	---	---	--

	<p>kognityvinė elgesio terapija, individualūs ir grupiniai mokymai, tiek viso kūno, tiek ir tam tikrų jo dalių atsipalaidavimo relaksacijos. Tai ypač svarbu, nes sensorikos sutrikimai susiję su taktiline sensorine sistema, pacientams sukelia nerimą, depresiją, izoliaciją.</p>	<p>tekstūras, svertines, skirtingos temperatūros priemonės).</p>	<p>skausmas, būtina įvertinti pašalinį neurologinių vaistų poveikį, vartojamų vaistų tipą (pvz., gali būti vartojami antidepresantai, imunosupresoriai ir kt., iškreipiantys sensorinę informaciją) (remiantis Ochoa ir kt., 2016; Zhu ir kt., 2022; Seim ir kt., 2020; Therapeutic management of the painful nerve: a narrative review of common rehabilitation interventions, 2023; Peripheral neuropathy in hematologic malignancies: Past, present and future, 2020).</p>
--	--	--	---

Apibendrinant galima apibrėžti šių pagrindinių taktilinių sensorinių įveikos metodų taikymą:

- Stebėti vaistų šalutinį poveikį. Mokslinėje literatūroje aprašomi periferinės neuropatijos atvejai, kurie gali būti laikini arba nuolatiniai.
- Bendrųjų sveikatos rodiklių stebėseną. Taktilinė intervencija geriausiai veikia sensorines priemones derinant maisto papildais, vitaminais. Svarbu, kad gerėtų paciento inkstų, kepenų funkcijos rodikliai, netrūktų būtinų vitaminų.
- Imitacija ir atkartojimas. Taktilikos sutrikimai ypač paveikia žmogaus smulkiuosius jutimus (smulkiąją motoriką), todėl būtina imitacijos būdu (ergoterapeutas, kineziterapeutas) apmokyti pacientą taikyti šiuos funkcijų atkūrimo metodus ir savarankiškai leisti veikti sensoriniame sode ar autonomiškose salelėse. Kuo pacientas daugiau jomis naudosis, tuo sėkmingesnė bus reabilitacija. Svarbu atminti, kad taktilikos funkcijų atstatymas dažnai lėtas procesas, būtina reguliari praktika, daug pakartojimų. Todėl svarbus psichologinis palaikymas per individualias ar grupines treniruotes su psichologu ar socialiniu darbuotoju.
- Personalizuota prieiga. Kiekvienas pacientas individualus, jo pažeida priklauso nuo ligos tipo, gydymo, bendros sveikatos būklės, svarbu, kiek stipriai pažeisti nervai, tad individualią terapiją gali parengti tarpdisciplininė komanda.

Vestibulinės sistemos sutrikimų įveikos būdai esant kraujo ir kraujodaros organų ligoms bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų.

Apžvelgsime vestibulinės sistemos sutrikimus, sergant kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų, be to, apžvelgsime būdus, kaip šiuos sutrikimus galima įveikti taikant autonominę reabilitaciją ir ugdant socialinius įgūdžius.

Vestibulinės sistemos sutrikimai apima pusiausvyros, galvos svaigimo, galvos pasukimo, regos problemų simptomus. Sergant kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų galimi ne tik taktilikos sutrikimai, kurie aptarti anksčiau, bet gali būti ir vestibulinės sistemos sutrikimų, kurie išsivysto dėl imuninių pažeidimų, pvz., vestibulinės sistemos ausies kanale dėl taikomų gydymo metodų ir farmakologinių priemonių, kurios paveikia vestibulinę sistemą, be to, dėl pačios ligos ypatumų gali būti pažeidžiamas vestibulinis aparatas ir klausa (pvz., dėl tirštėjančio kraujo), pati CNS gali veikti vestibulinės sistemos informacijos priėmimą su nuokrypiu, kas lemia sutrikimus (Fleihan ir kt., 2024; Ehlert ir kt., 2022; Prayuenyong ir kt., 2018).

Pacientams, kurie serga šiomis ligomis, būtina taikyti laipsninę vestibulinę stimuliaciją, kuri padės vystyti vestibulinės sistemos galimybes. Svarbu atminti, kad vestibulinė sistema yra svarbiausia sensorinė sistema, kuriai būtina adaptacija, tad per greitai įveikos būdai gali dar labiau išryškinti vestibulinio sutrikimo simptomatiką ar paskatinti kitas autonominės nervų sistemos reakcijas – pykinimą, galvos svaigimą, alpimą, kardio problemas, didesnę prakaitavimą (Kasbekar, 2018; Autoimmune Inner Ear Disease: diagnosis, treatment and vestibular dysfunction; Autoimmune vestibular dysfunction: preliminary report, 1986). 5-oje lentelėje aprašyti vestibulinės sistemos įveikos metodai, taikant savarankišką sensorinę integraciją.

5 lentelė. *Vestibulinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
VESTIBULINĖ	Vestibulinės sistemos vystymas neatsiejamas nuo fizinių pratimų. Fizinės būklės lavinimo pratimų programa gali apimti: balansavimo pratimus – pusiausvyros lavinimą; akių ir galvos koordinaciją lavinančius pratimus; kitas įvairias technikas, kurios skatina judesio kompensaciją (pvz., judesiai galva – lengvas sukimas atsistojus, stovėjimas ant nestabilaus pagrindo). Galima naudoti tokias priemones kaip: „Togu senso walking trainer plus“, „Deluxe pedal	Vestibulinės ir limbinės sistemos reguliavimo – šios dvi sistemos glaudžiai susijusios. Tad laipsniškas vestibulinės sistemos lavinimas prisotina ir limbinę sistemą: žmogui kyla mažiau emocinių iššūkių, emocinių šuolių, jis geriau kontroliuoja savo emocijas, geresnė jo savireguliacija. Pacientai mokosi prisitaikyti prie vestibulinių pokyčių, pvz., kartu su kineziterapeutu aktyviai ugdydamiesi pusiausvyrą. Svarbu sudaryti saugią aplinką, taikyti vizualinę / proprioceptinę paramą, mokyti saugių ir neskubių	Klasikiniai tyrimai atskleidė, kad ankstyva reabilitacija gali mažinti paciento svaigulio raišką ir pusiausvyros sutrikimus. Tai svarbu, nes dažnai gydymas vyksta taikant vaistus, kurie paveikia paciento vestibulinę sistemą. Tokiu atveju maždaug pusė gydomų pacientų patiria vestibulinės sistemos jautrumą. Teigiamas neuroreabilitacijos poveikis kartu derinant su priešuždegimine mityba. Bendros fizinio saugumo užtikrinimo rekomendacijos prasideda nuo laipsniško fizinio aktyvumo: atsižvelgiant į

	<p>trainer“ ir kt.</p> <p>Atlikti vestibulinės sistemos vertinimo testus prieš pradedant gydymą (pvz., Berg pusiausvyros skalė, Tinetti skalė ir pan.), ypač numaćius, kad pacientui teks vartoti šią sistemą veikiančius vaistus. Multimodalinė terapija. Ją galima taikyti kompleksiškai, kai mityba derinama su gyvenimo būdu, t. y. siūlant pacientui bendrą kūno stiprinimą. Galima naudoti tokias priemones, kaip: „Neuro training“ rinkinys; „Sport-Thieme“; „Flex-Ion Hand trainer“. Bendrą kūno stiprinimą užtikrina fizinis aktyvumas, priešuždegiminė mityba ir kūno lavinimas trimis ašimis: tiesine, lenkiamojo judesio ir horizontalaus judėjimo.</p>	<p>judesių, vengiant staigių judesių galva.</p> <p>Vestibulinės sistemos sensorinis užtikrinimas žmogui svarbus dėl jo bendros emocinės gerovės. Kaip savireguliacijos veiksnys veikia ir fizinio saugumo užtikrinimas.</p>	<p>pacientą, pradedama nuo bazinių judesio veiklų – rankų, kojų, galvos rotacinių judesių, einama link viso kūno kompleksinių užduočių bei raumenų sistemos stiprinimo.</p> <p>Kartu reikėtų stiprinti ir propriocepinę sistemą. Galima naudoti rankų / kojų svarelius (remiantis Fleihan ir kt., 2024; Ehler ir kt., 2022; Prayuenyong ir kt., 2018; Kasbekar, 2018; Autoimmune Inner Ear Disease: diagnosis, treatment and vestibular dysfunction; Autoimmune vestibular dysfunction: preliminary report, 1986; Moreno ir kt., 2023).</p>
--	---	---	---

Apibendrinant galima aptarti svarbiausių vestibulinės sistemos sensorinių įveikos metodų principų taikymą:

- Fizinės veiklos reikalauja tinkamo deguonies įsotavimo bei ištvermės. Todėl prieš pradedant ir pamažu didinant fizinį paciento aktyvumą būtina pradėti nuo individualaus paciento įvertinimo, nes žmonių fizinis pasirengimas yra skirtingas. Siūloma įvertinti bendrą paciento būklę (kraujotakos, hemoglobino, prisotinimą deguonimi), nes esant mažakraujystei ar hipoksijai vestibulinės struktūros gali būti pažeidžiamesnės.
- Jeigu pacientui pasireiškia imunologinių sutrikimų, kurie sukelia uždegiminiuosius procesus, tai gali paveikti ir vestibulinę sistemą (pvz., pacientas gali sirgti autoimunine liga, kuri gali paveikti vidurinę ausį).
- Vestibulinę sistemą galima stiprinti kartu su propriocepine, taip pasiekiamas pats geriausias kompleksinis rezultatas.

Propriocepinės sistemos sutrikimų įveikos būdai esant kraujo ir kraujodaros organų ligoms bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų.

Šiame skyriuje aptarsime propriocepcijos sutrikimų įveikos metodus, sergant kraujo ir kraujodaros organų ligomis bei turint imuninių mechanizmų sutrikimų. Propriocepcija – tai gebėjimas jausti kūno padėtį bei judesius erdvėje tiesiogiai nenaudojant regos. Ši propriocepcinė sistema susistemina iš raumenų, sausgyslių, sąnarių receptorių gaunamą informaciją, kurią apdoroja centrinė nervų sistema.

Pacientų, sergančių kraujo ligomis ar turinčių imunologinių sutrikimų, propriocepcija gali būti sutrikusi dėl įvairių veiksnių poveikio. Pirmiausia, kaip minėta, atstatyti propriocepcijos sistemą būtina dėl galimų vaistų ir gydymo pasekmių, esant sensorikos sutrikimų. Gydymo procese dažnai sutrinka ne tik taktilinė, bet ir propriocepcinė sistema, t. y. giluminiai jutimai. Sergant tam tikromis ligomis, pvz., kraujuojuojant ar esant sąnarių pažeidimų, tarkim, hemofilijos atveju, gydymas arba imobilizacija gali mažinti propriocepcijos funkciją. Propriocepcijos sutrikimai gali pasireikšti sutrikusia pusiausvyra, didesnę griuvimo rizika, galimas stambiosios motorikos sąstingis ar net kontraktūra, gali būti sunku orientuotis erdvėje nenaudojant regos arba tamsoje, prieblandoje. Vienas iš bendrųjų simptomų – bendras organizmo nuovargis organizmui optimizuojant savo resursus. Sumažėjusi koordinacija, motorinė veikla, gali atrodyti, kad „rankos neklauso“ ar „kojos velkasi“ (Reinmann ir kt., 2025).

6-oje lentelėje pateikti propriocepcinės sistemos įveikos metodai, savarankiškai taikant autonominę sensorinę integraciją.

6 lentelė. Propriocepcinės sistemos lavinimo strategijos.

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
PROPRIOCEPCINĖ	<p>Proprioceptinė treniruotė. Tai pratimai, skatinantys kūno padėties, judesių stebėjimą nenaudojant regos, pvz., balansavimas ant nestabilios dangos, stovėjimas ant vienos kojos, pratimai užrištomis akimis.</p> <p>Mišrių užduočių taikymas – imitaciniu būdu pacientui galima parodyti jėgos atkartojimo, laikysenos palaikymo pratimus ir judesių sekimo nenaudojant regos, tai skatins kūno erdvėje susivokimą, lavins</p>	<p>Proprioceptinio jutimo socialiniai įgūdžiai, šiuos pratimus autonomiškai reguliariai taikant. Pavyzdžiui, pasireiškus periferinei neuropatijai, pratimus reikėtų atlikti reguliariai; pradėti nuo elementarių ir laipsniškai didinti sudėtingumą: reguliarios treniruotės 15-ka kartų per tris savaites gali pagerinti koordinaciją.</p> <p>Gebėjimas atkartoti judesį, veidrodinių neuronų aktyvinimas. Judesio tikslumas ir preciziškumas gerėja taikant propriocepcines užduotis, kai reikia atkartoti judesį nenaudojant regos – lavinama raumenų atmintis. Judesio</p>	<p>Propriocepcinės įkrovos ir lavinimo pratimai pradedami nuo nedidelių įkrovų pamažu jas individualiai didinant.</p> <p>Pratimai atliekami lėtai, rekomenduojami lėti tempimo pratimai, kurie geriausiai vysto žmogaus propriocepcinę sistemą ligos metu. Tokie pratimai gerina sąnarių / kelio / čiurnos funkciją, mažina skausmą, didina fizinį pajėgumą.</p> <p>Būtina taikyti pratimus su pusiausvyros platformomis, derinant su nestabiliais paviršiais (pvz., stovėjimas ant čiužinio, pagalvės, tai priklauso nuo paciento galimybių), užduotys nenaudojant regos – užsimerkus (remiantis</p>

	<p>proprioceptorių naudojimą.</p> <p>Kompleksinių technikų, kurios apjungia propriocepciją per skirtingą lėtų judesių pratimus, lėtus judesius, pavyzdžiui, sausgyslių / raumenų tempimą, stimuliavimą.</p> <p>Vibro priemonių naudojimas. Galima taikyti virbracijas sausgyslių / raumenų zonose, derinant su taktilinės sistemos įkrovomis per įvairių pojūčių suteikiančias medžiagas (tekstūra, tempimas). Tai „atgaivina“ proprioceptorius.</p>	<p>tikslumas leidžia žmogui lavinti savarankiškumą buityje.</p> <p>Fizinio raštingumo didinimas. Jeigu prieš sensorinės integracijos programos taikymą nustatomos paciento pradinės propriocepcijos ribos, jis gali savarankiškai stebėti pokyčius ir laipsniškai adaptuoti treniruotes pagal savo fiziologinį pojūtį, vaistų sukeltus efektus.</p>	<p>Andhare ir kt., 2019; Bullinger ir kt., 2011; Wang ir kt., 2022; Guedes ir kt., 2024).</p>
--	--	---	---

Apibendrinant galima aptarti svarbiausių propriocepcinės sistemos sensorinių įveikos metodų principų taikymą:

- Kad pacientai būtų labiau motyvuoti ir gebėtų dirbti savarankiškai, rekomenduojama prieš reabilitaciją atlikti propriocepcinės sistemos įvertinimą – vertinti pusiausvyrą, raumenų jėgą, tai leis individualizuoti pažangą.
- Esant kraujavimo rizikai (pvz., hemofilija), sąnarių pažeidimų bei fascijų tempimo treniruotes reikėtų taip pritaikyti, kad sportas nesukeltų papildomos traumos. Pvz., rinktis lengvesnius balansavimo pratimus, naudoti amortizuotas dangas, kitas saugumo priemones.
- Pacientui sergant autoimunine liga, dėl uždegiminio proceso jaučiamas skausmas, prastesnė sąnarių kontrolė, tad prieš pradėdant daryti intensyvius proprioceptinius / motorinius pratimus, pirmiausia būtina slopinti uždegimą, mažinti skausmą arba vartojant medikamentus, arba taikant fizines priemones.
- Reabilitacijos programa turėtų būti nuosekli (reguliaros sesijos), krūvį reikėtų didinti laipsniškai, skatinti pacientą stebėti pokyčius ir pamažu pratimus integruoti į kasdienę veiklą.

3.3. Metodinės E00-E89 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

Šiame skyriuje apžvelgsime sensorikos sutrikimus, sergant endokrininėmis, mitybos ir medžiagų apykaitos ligomis. Endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos (pvz., cukrinis

diabetas, skydliaukės sutrikimai, nutukimas, vitamino B12 ar kitų mikroelementų trūkumas) dažnai paveikia nervų sistemą bei jutimo organus. Tai lemia įvairius sensorikos sutrikimus, kurie gali paveikti gyvenimo kokybę. Dažniausiai mokslinėje literatūroje aptariami tokie atvejai, kaip: diabetinė neuropatija, kai pasireiškia jutimo sumažėjimas, galūnių tirpimas, deginimas ar skausmas galūnėse. Sumažėjus lytėjimo pojūčiams, šiems pacientams kyla didesnė traumų ir žaizdų rizika. Viena dažniausiai taikomų sensorinio jautrumo priemonių – monofilamentai, išrasti šių pacientų jautrumui ir desentizacijai fiksuoti. Be to, mokslinėje literatūroje aptariami skydliaukės ligų nulemti sensorikos pokyčiai. Pavyzdžiui, Graveso ligos atveju fiksuojami regos pokyčiai, dėl vieno iš receptorių susilpnėjimo sutrinka ir vestibulinė bei propriocepcinė sistema. Mokslinėje literatūroje minimi klausos ar pusiausvyros sutrikimai (dėl periferinės neuropatijos ar metabolinių pokyčių), pokytis jaučiant temperatūrą – padidėjęs ar sumažėjęs jautrumas temperatūrai, odos sausumas ar jautrumas prisilietimui. Žinoma, sergant šiomis ligomis ypač svarbu nustatyti, ar pacientui trūksta kokių nors vitaminų. Pavyzdžiui, vitamino B12 deficitas gali lemti sutrikusią propriocepziją, galūnių tirpimą, eisenos nestabilumą. Vitamino D stoka sukelia kaulų ir raumenų silpnumą, kas netiesiogiai gali paveikti judėjimo bei jutimo kontrolę. Tuo tarpu cinko ar geležies trūkumas gali nulemti skonio ir uoslės sutrikimus. Esant viršsvoriui ar metaboliniam sutrikimui, pacientas išgyvena sisteminio uždegimo situaciją, dėl ko prastėja taktilinė, skausmo ar temperatūros jutimo kokybė, pacientai skundžiasi dažnesniais vestibulinės sistemos sutrikimais ir galvos svaigimu (Callaghan ir kt., 2012; McDermott, 2022; O’Leary, Samman, 2010).

Sergant minėtos grupės ligomis, skiriamos bendrosios rekomendacijos, susijusios su prevencijos priemonėmis ir paties paciento savikontrolė, kas jo ligos eigą gali pagerinti arba pabloginti (žr. Ponikowska, 2019; Das, ir kt., 2021):

1. **Medicininis vertinimas, esamos ligos kontrolė:**

- pacientai privalo nuolat lankytis pas gydytoją endokrinologą, atlikti kraujo tyrimus, echoskopinį ištyrimą;
- esant medikamentiniam gydymo poreikiui, būtina pagrindinės ligos kontrolė (pvz., cukrinio diabeto, skydliaukės funkcijos normalizavimas).

2. **Sveika gyvensena:**

- prevencija yra pagrindinis ligos suvaldymo būdas, todėl vienas svarbiausių veiksnių – subalansuotos mitybos taikymas, atsižvelgiant į susirgimo atvejį, siekiant užtikrinti, kad pacientas gaus būtiną mikroelementų, vitaminų, mineralų, skaidulų ir kt. kieki;
- palaikant sveiką gyvenseną ypač svarbi žmogaus fizinė veikla ir aktyvumas, atsižvelgiant į savo amžiaus tarpsnį: būtina lavinanti tiek stambiają motoriką, tiek balanso išlaikymą;
- kritiniai veiksniai siekiant suvaldyti šios srities ligų progresavimą yra reguliaraus miego režimo palaikymas ir streso mažinimas.

3. **Reabilitacija:**

- reabilitacinio gydymo procese svarbu atstatyti paciento funkcijas taikant kineziterapiją ir sensorinės integracijos pratimus (ypač pusiausvyros, propriocepcijos lavinimas);
- ergoterapija ypač svarbi siekiant atkurti paciento socialinius įgūdžius, kurie būtini atliekant kasdienes veiklas (pritaikomi specialūs įrankiai, avalynė);
- pacientams dėl sutrikusios sensorikos taikomos jutiminės stimuliacijos priemonės – vibracija, kontrastinės vonelės, taktiliniai paviršiai.

4. **Aplinkos pritaikymas:**

- sumažėjus pacientų jutimui, būtina imtis saugumo priemonių (pvz., aplinkoje,

jeigu įmanoma, įrengti neslidžias grindis, ryškesnį apšvietimą);

- o galima naudoti kompensacines priemones, kurios palengvina ligos kontrolę (pvz., gliukozės kontrolės prietaisai, regos pagalbos priemonės).

5. Psichologinė ir socialinė pagalba:

- o sergant šiomis lėtinėmis ligomis pacientams rekomenduojamos emocinės paramos grupės;

- o pacientams būtina pagalba, švietimas darbo ir gyvenimo psichohigienos klausimais, sergant šios grupės ligomis, speciali edukacija, pvz., pėdų priežiūros sergant diabetu.

7-toje lentelėje pateikiamos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei autonomiškai vystomais socialiniais įgūdžiais.

7 lentelė. Taktilinės sistemos lavinimo strategijos.

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
TAKTILINĖ	<p>Sensorinė reabilitacija dažniausiai taikoma dėl taktilinės desensibilizacijos, šios sutrikimų grupės pacientai gali atlikti autonominius sensorinės integracijos pratimus (tinka pakartotinė švelni stimuliacija, įvairių tekstūrų naudojimas), pasireiškus daliniam jutimo sutrikimui.</p> <p>Fizinis aktyvumas ir jėgos treniruotės gerina pacientų motorines funkcijas ir mažina kritimų riziką. Rekomenduojama kineziterapeuto individuali ar grupinė pagalba, pereinanti į autonominį režimą.</p> <p>Puikiai tinka visos sensorinės erdvės: sensorinis sodas, taktilinės sienelės ir receptorių aktyvacija.</p> <p>Kompleksiniais veiksniais besiremianti individualizuota</p>	<p>Šiai pacientų grupei ypač svarbu formuoti socialinius įgūdžius, kurie susiję su jų gyvenimo būdu, mityba, ligos kontrolė, profilaktine medicinine priežiūra.</p> <p>Taktilinio jutimo palaikymas ir atstatymas esant diabetinei pėdai: kasdienė apžiūra, drėkinimas, tinkama avalynė, vaikščiojimo basomis ant aštrių paviršių vengimas.</p> <p>Taktilinių funkcijų lavinimas didinant rankų jautrumą ir lavinant smulkiąją motoriką.</p> <p>Prisitaikymo socialiniai ir savarankiškumo įgūdžiai buityje, ypač pablogėjus regos funkcijoms esant cukriniam diabetui ir tinklainės (diabetinė retinopatija) arba esant akies audinių pakenkimui skydliaukės ligų atveju. Kartu su jutimine diskriminacija taikyti</p>	<p>Taikant taktilinę sensorinę terapiją dažniausiai tenka dirbti su pacientais, kuriems pasireiškia periferinė neuropatija dėl endokrininės ir medžiagų apykaitos sutrikimų. Tai nulemia sumažėjusį lytėjimo ir skausmo jausmą, tad taikant terapijas būtina savarankiško naudojimo instrukcija, nes šiems pacientams būdinga didesnė žaizdų, traumų ir kritimų rizika.</p> <p>Būtina reguliariai vertinti pėdų / galūnių apčiuopos monofilamentų testais jutimus ir fiksuoti pokyčius.</p> <p>Būtina reguliariai tikrinti regą: bent kartą per metus, dažniau – atsižvelgiant į gydytojo rekomendacijas; esant regos pokyčio simptomų – nedelsiant (remiantis Das ir kt.,</p>

	reabilitacija, turinti įtakos gyvenimo kokybei, įskaitant kompensacines priemones.	regėjimo aštrumą ir kontrastingą jautrumą skatinančius jutimus.	2021; Gupta, 2021; Prayuenyong ir kt., 2018; Fleihan ir kt., 2024; Boulton ir kt., 2005; McDermott, 2022).
--	--	---	--

Apibendrinant galima teigti, kad pacientui būtina suformuoti individualizuotą taktilinės sistemos stimuliaciją arba desintizaciją, kuri ypač priklauso nuo jo ligos eigos. Jau aptarta, kad cukrinis diabetas lemia sumažėjusį jutimą galūnėse ir didesnę traumų riziką. Skydliaukės sutrikimai – didesnę odos jautrumą arba sausumą, galimus regos pokyčius. Bendrosios taktlininės intervencijos rekomendacijos susijusios su kasdiene odos stimuliacija: lengvas masažas, kūno šukavimo technikos, įvairių tekstūrų ir audinių naudojimas. Tinka ir vandens terapija (pvz., šiltos arba vėsios rankų ar kojų vonelės), smulkūs motorikos pratimai su skirtingomis faktūromis (pvz., smėlio, pupelių, ryžių dėžutės). Jau aptarta, kad esant diabetinei pėdai svarbi ne tik higiena, bet ir sensorinė stimuliacija (minkštų kamuoliukų ridenimas, paviršių tyrinėjimas basomis).

Analizuojat šios grupės pacientų vestibulinės sistemos sutrikimus galima teigti, kad kai kurios medžiagos, ligos ar imuniniai mechanizmai gali paveikti vidurinės ausies vestibulinį aparatą, tai pasireiškia kaip svaigulys, pusiausvyros praradimas. Pavyzdžiui, kai kurios imuninės reakcijos gali sukelti autoimuninę vidinės ausies ligą. Diabetas, viršsvoris sietini su didesne vestibulinių sutrikimų rizika (pacientai dažniau skundžiasi galvos svaigimu, pusiausvyros sutrikimais). Tuo tarpu skydliaukės ligos gali paveikti nervų sistemą ir sukelti koordinacijos sutrikimų (Agrawal ir kt., 2009; Ponikowska ir kt., 2019).

8-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei autonomiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

8 lentelė. *Vestibulinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
VESTIBULINĖ	Švelnūs galvos ir kūno padėties keitimo pratimai (pvz., gulėjimas ant šono, atsargūs apsisukimai visomis trimis ašimis, siūloma didinti toleranciją iš statinės į dinaminę poziciją). Lėtas supinasis, sūpynės ar terapiniai hamakai. Pratimai su galvos pasukimais, akių ir galvos koordinacijos lavinimas (pvz., fiksuoti žvilgsnį į tašką judant	Vestibulinės sistemos lavinimas didina psichoemocinį paciento atsparumą, tai leidžia lavinti socialinius įgūdžius, emocinį atsparumą. Vestibulinei sensorinei reabilitacijai rekomenduojama taikyti struktūruotus akių ir galvos koordinacijos, pusiausvyros bei habituacijos pratimus, kurie kompensuoja vestibulinės sistemos	Prieš ir po sensorinės reabilitacijos, kur planuojama lavinti vestibulinę sistemą, rekomenduojama atlikti bazinį pusiausvyros ir koordinacijos vertinimą. Kad pacientai tęstų autonominę reabilitaciją, svarbu juos motyvuoti, tad nustatytas pokytis juos motyvuoja autonomiškai taikyti intervencijas. Bendrosios rekomendacijos nurodo įvertinti vaistų poveikį vestibulinei sistemai.

	galvai). Pusiausvyros pratimai kartu su propriocepcijos lavinimu (pvz., ėjimas linija, stovėjimas ant vienos kojos).	impulsus ir mažina svaigulį. Mokliškai įrodyta, kad habituacija teigiamai veikia paciento limbinę sistemą, todėl jis jaučia emocinį stabilumą, lavinami šie socialiniai įgūdžiai: savitvarda, psichologinis atsparumas.	Esant galimybei vaistus pakoreguoti, vestibulinė sistema bus mažiau jautri. Dirbant su pacientais būtina saugi aplinka: rekomenduojamas ryškesnis apšvietimas, turėklai įsikibti, vengti staigių galvos judesių, laipsniškai didinti vestibulinį aktyvumą (remiantis: Agrawal ir kt., 2009; Ponikowska ir kt., 2019; Seim ir kt., 2020; Ospina ir kt., 2025).
--	--	---	--

Aptariant vestibulinės sistemos integraciją galima teigti, kad visa autonominių salelių įranga (tiek „Neuro training“ rinkinys, tiek „Togu senso walking trainer“, tiek kiti) yra tinkama, tik ją būtina pritaikyti konkrečiam pacientui. Jeigu pacientas turi ir taktilikos sutrikimų, galima įtraukti ir lytėjimo pojūčius. Vestibulinė sistema glaudžiai siejasi su proprioceptine, todėl individualiai pacientui apskaičiavus krūvį, galima įtraukti svarelius, kurie dedami ant kojų, riešų, kad ne tik būtų formuojamas judesys, bet ir užtikrinamas judesio tikslumas, svareliai tai suteiks, pacientui sutrikus jutimų skyrimui.

Kūno padėties pojūčių skirtumai ar propriocepcijos sutrikimai šiai pacientų grupei pasireiškia ypač dažnai. Tai lemia periferinė neuropatija, vitaminų trūkumas, metaboliniai procesai, sąnarių pažeidimai ir kt. Minėta, kad šiems pacientams būdingi pusiausvyros sutrikimai, koordinacijos praradimas, didesnė kritimų rizika. Propriocepciją gerina mišri vestibulinio aparato ir giliųjų jutimų programa. Siūloma prieš programą atlikti paciento eisenos analizę, fiksuoti pokyčius. Prireikus daugiau proprioceptinių sensorinių stimulų, galima pacientui skirti balansavimo pratimų, pratimų, kur mažiau vizualios informacijos (pvz., užsimerkus ar užrištomis akimis), lėtai atliekant pratimus stabilumas pamažu didėja. Iš pradžių programą turėtų vesti specialistas – kineziterapeutas / ergoterapeutas, vėliau pacientas išmoksta atlikti pratimus teisingai pats, jeigu jau saugu juos atlikti vienam (dėl griuvimo rizikos) (Zhu ir kt., 2020; Ospina ir kt., 2025).

Propriocepciją geriausiai lavina mišrios programos, įtraukiant tiek fizinę jėgą, tiek neurosensomotoriką, pavyzdžiui, stiprinami paciento raumenys, kartu lavinamas judesių tikslumas – šie pratimai daug labiau nei pavienės taikomos programos mažina kritimo riziką. Atliekant propriocepcijos lavinimo pratimus svarbu žinoti paciento kontraindikacijas, sužeidimų rizikas. Aplinką paruošti individualiai: esant sąnarių problemų ar kraujavimo rizikai, pratimus reikėtų atlikti ant minkštos dangos, su mažesne apkrova, pasirūpinti papildoma apsauga tiek viduje, tiek sensoriniame sode (Seim ir kt., 2020).

Pacientui turint mitybos ir medžiagų apykaitos sutrikimų (geležies, cinko, B12 trūkumas) ar pasireiškus skydliaukės disbalansui, vartojami medikamentai keičia uoslę ir skonį. Mažėja paciento apetitas, keičiasi maisto pasirinkimas, gali prastėti mityba. Tad rekomenduojama kuo daugiau išnaudoti lauko erdvę, nes buvimas natūralioje gamtoje, sensoriniame sode prisotina paciento uoslės

sistemą natūraliais kvapiniais jutikliais. Be papildų ir vitaminų vartojimo, pacientui šalia sensorinės terapijos galima taikyti ir intensyvesnių kvapų, kontrastingų skonių, šiltesnių patiekalų stimuliaciją, kas kartais sugrąžina norą valgyti (Zhu ir kt., 2020; Ospina ir kt., 2025). Reikėtų atminti, kad pacientas gydymo procese yra partneris – jis turi save stebėti, imtis saugumo priemonių namuose bei tęsti reabilitacijos pratimus ir reguliaria kreiptis į reabilitaciją atliekantį specialistą.

9-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

9 lentelė. *Propriocepcinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
PROPRIOCEPCINĖ	Pacientą įvertinus individualiai parenkama propriocepcinė terapija: giluminės raumenų stimuliacijos (pvz., pasipriešinimo juostos, svareliai, tempimo pratimai); reguliarūs balanso (pvz., stovėjimas ant nestabilaus paviršiaus, jogos ar pilateso elementai) pratimai, kasdienės veiklos su propriocepine apkrova – nešiojimas, stūmimas, tempimas (pvz., pirkinių nešimas, darbas sensoriniame sode). Papildomai šalia propriocepinių užduočių galima skirti kontrastinės temperatūros vones, jos naudingos galūnėms – „pažadina“ silpnesnį jutimą.	Vykdamt propriocepcinę terapiją, pagrindiniai ugdomi socialiniai įgūdžiai susiję su disponavimu erdve. Pacientas neturėtų bijoti naudotis erdve įsikibęs, be palaikymo, didinant jo savarankišką judėjimą ir mažinant kritimo riziką. Papildomai skiriamos fizinio krūvio užduotys turėtų didinti savarankiškumą buityje, nes net ir nedidelė apkrova sukuria stabilumo pojūtį, didina raumenų jėgą bei stimuliuoja giluminius raumenų jutimus. Reguliariai atliekami balanso pratimai lemia didesnę fizinę paciento savarankiškumą, tad sumažėjus kritimo rizikai galima skirti autonominius pratimus, pateikus savistabos ir savo siekinių vertinimo gaires.	Propriocepciniai pratimai naudingi pacientams sumažėjus jų jutimams – tiek švelnesniems, tiek ir giluminiams. Pavyzdžiui, esant diabetinei neuropatijai ir vitamino B12 trūkimui pasireiškia ryškūs propriocepijos sutrikimai (tirpimas, pusiausvyros sutrikimai). Skydliaukės ligos gali paveikti raumenų jėgą ir koordinaciją. O jų vystymasis lemia reikiamą rezultatą – gerėja koordinacija ir judesių tikslumas (remiantis Zhu ir kt., 2020; Ospina ir kt., 2025; Seim ir kt., 2020; Callaghan ir kt., 2012; O’Leary, Samman, 2010).

Apibendrinant galima teigti, kad sergant endokrininėmis, mitybos ir medžiagų apykaitos ligomis pacientams dažnai pasireiškia sensorikos sunkumų dėl pačios ligos, taikomo gydymo, mikroelementų ir vitaminų stokos, metabolinio proceso sutrikimų. Sensorikos sutrikimai daro reikšmingą įtaką jų gyvenimo kokybei. Kartu taikoma daugiamodalinė terapija yra veiksmingiausia

– pacientui skiriant motorikos bei socialinių įgūdžių lavinimo užduotis koreguojami sensoriniai jutimai.

Toliau kalbėsime apie psichikos ir elgesio susirgimų grupę.

3.4. Metodinės F00–F99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

F00–F09	ORGANINIAI IR SIMPTOMINIAI PSICHIKOS SUTRIKIMAI
F10–F19	PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMAI DĖL PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO
F20–F29	ŠIZOFRENIJA, ŠIZOTIPINIS IR KLIEDESINIAI SUTRIKIMAI
F30–F39	NUOTAIKOS [AFEKTINIAI] SUTRIKIMAI
F40–F48	NEUROZINIAI, STRESINIAI IR SOMATOFORMINIAI SUTRIKIMAI
F50–F59	ELGESIO SINDROMAI, SUSIJĘ SU FIZIOLOGINIAIS SUTRIKIMAIS IR SOMATINIAIS VEIKSNIAIS
F60–F69	SUAUGUSIŲJŲ ASMENYBĖS IR ELGESIO SUTRIKIMAI
F70–F79	PROTINIS ATSILIKIMAS
F80–F89	PSICHOLOGINĖS RAIDOS SUTRIKIMAI
F90–F98	ELGESIO IR EMOCIJŲ SUTRIKIMAI, PRASIDEDANTYS VAIKYSTĖJE IR PAAUGLYSTĖJE
F99	NEPATIKSLINTAS PSICHIKOS SUTRIKIMAS

Psichikos ir elgesio sutrikimų grupė sensorikos sutrikimų diagnostikos aspektu yra didžiausia. Sensorikos sutrikimai gerokai paveikia F grupės pacientų (tai yra asmenys, pagal TLK-10 klasifikaciją turintys psichikos ir elgesio sutrikimų) funkcionavimą, jų integravimąsi į visuomenę bei gyvenimo kokybę. Šias diagnozes turintys pacientai patiria gana daug sensorikos sutrikimų: jiems gali pasireikšti dalies kūno hipersensityvumas, hiposensityvumas ar sensorinė paieška. Jiems būtina kasdienė sensorinė integracija ir stimulų derinimas, siekiant pagerinti jų funkcionavimą visuomenėje. Sensorikos sutrikimai pasireiškia kaip padidėjęs arba sumažėjęs jautrumas įvairiems dirgikliams – garsui, šviesai, lytėjimui, kvapui ar judesiui. Sensorinės sistemos disbalansas gali tiesiogiai veikti emocinę savijautą, socialinį dalyvavimą ir kasdienę veiklą (Mockevičienė ir kt., 2022; WHO, 1992).

Moksliniuose tyrimuose dažniausiai analizuojami sensorikos sutrikimai, pasireiškiantys autizmo spektro sutrikimo, šizofrenijos, depresijos ir nerimo sutrikimų atvejais (Brown, Dunn, 2002; American Psychiatric Association, 2013). Pavyzdžiui, padidėjęs sensorinis jautrumas gali sustiprinti nerimo simptomus, o sumažėjęs – lemti paciento sunkumus orientuojantis aplinkoje bei suvokiant kito asmens komunikacijos signalus. Dėl šių priežasčių socialinė pacientų su psichikos ir elgesio sutrikimais integracija yra gerokai sutrikusi, dalis psichikos sutrikimų susiję su suicidinėmis mintimis ar planuojamu suicidu, savižala ir pan. Sensorinės integracijos sutrikimai apsunkina adaptaciją ir socializaciją įvairiose aplinkose: ugdymo įstaigose, darbe, šiems žmonėms kyla sunkumų dėl sveikatos priežiūros prieinamumo, komunikuojant su kitais žmonėmis bei suvokiant jų neverbalines žinutes. Todėl svarbu taikyti specializuotus metodus, kurie padeda F grupės asmenims reguliuoti sensorinius išgyvenimus, tai gali būti aplinkos pritaikymas, sensorinės priemonės ar specialios terapijos. Holistinis požiūris, derinantis psichologinę, medicininę ir sensorinę pagalbą, šiems asmenims lemia geresnę savijautą ir integraciją visuomenėje (Mockevičienė ir kt., 2022; WHO, 1992).

Išskiriant autizmo spektro sutrikimą (ASS) – tai sudėtingas raidos sutrikimas, kurio požymiai paprastai pasireiškia ankstyvoje vaikystėje ir lemia žmogaus gebėjimą bendrauti bei sąveikauti su kitais. ASS apibrėžia tam tikras elgesio požymių rinkinys – „spektro būklė“, reiškianti raiškos ir

intensyvumo skirtingumą. Nors nėra vienintelės autizmo priežasties, didesnis informuotumas, ankstyva diagnostika ir sensorinė intervencija, be to, tinkamų paslaugų ir pagalbos prieinamumas leidžia pasiekti geresnių rezultatų. Su autizmu siejami elgesio požymiai gali būti: uždelstas kalbos išmokimas, sunkumai palaikant akių kontaktą ar pokalbį, sunkumai su vykdomąja smegenų funkcija (susijusi su mąstymu ir planavimu), siauri ir intensyvūs interesai, prasti motoriniai įgūdžiai bei sensorinis jautrumas. Asmuo, turintis autizmo spektro sutrikimą, gali turėti daug šių elgesio ypatybių arba tik kelias, arba visai kitokias (The American Psychiatric Association, DSM-V klasifikatorius).

Socialiniai įgūdžiai būtini tiek vaikams, tiek paaugliams, rūpi susirasti draugų, pritapti mokykloje, gerai sutarti su bendraamžiais. Suaugusiesiems socialiniai įgūdžiai ne mažiau svarbūs, kad jie galėtų kurti santykius, efektyviai dirbti, spręsti konfliktus, prisitaikyti prie įvairių socialinių situacijų. Ypač svarbūs socialiniai įgūdžiai žmonėms, turintiems negalią ar individualios pagalbos poreikių: socialinių įgūdžių stiprinimas padeda jiems integruotis į visuomenę ir saugiau jaustis. Mokslinėje literatūroje aprašytos taikomos komunikavimo socialinės programos žmonėms su ASS. Jos trunka 16-ka savaitių, visą laiką jaunuoliai gauna socialinį palaikymą, į mokymą įtraukiami tėvai / globėjai, socialinių įgūdžių programa daugiausia orientuota į draugysčių kūrimą ir palaikymą, romantiškų santykių puoselėjimą. Vykdamt programą naudojami kognityvinės elgesio terapijos pagrindai, jaunuoliai mokosi spręsti konfliktus, dalyvauja pamokose, kur supažindinama su taisyklėmis, socialinių įgūdžių žingsniais, pateikiama vaidmenų žaidimo demonstracijų, klausimų, kurie nukreipti į socialinių situacijų supratimą, vykdomos elgesio pratybos, grįžtamojo ryšio treniruotės ir kt. (Schaaf ir kt., 2014; Krakowiak ir kt. 2008; Honan ir kt., 2023).

10-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

10 lentelė. Propriocepcinės sistemos lavinimo strategijos.

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
PROPRIOCEPCINĖ	Giluminio spaudimo priemonės (pasunkintosios antklodės, liemenės). Paprastai pacientui parengiama 10 proc. jo kūno svorio priemonė, kurią būtina naudoti ne trumpiau kaip 30 min. Verta pastebėti, kad sudėtingais atvejais, kai paciento propriocepcijos sutrikimas sunkesnis, priemonės dėvėti galima ir 2 val. Pasunkintąsias priemones galima naudoti ir esant	Ugdomas paciento socialinis savo kūno pajautimo įgūdis naudojant pasunkintąsias kompresines priemones. Pacientas mokomas adekvačių situacijai elgesio modelių, nenaudojant agresijos, tinkamai elgiantis, agresyviams elgesiui suteikiant atitinkamą formą. Pacientas mokosi paprašyti pagalbos, pasisveikinti, atsisveikinti, bendrų kultūros,	Nerimo, depresijos ir ADHD atvejais galimi kūno schemas suvokimo sutrikimai, neramumas ar „perkrauto“ kūno pojūtis. Autizmo spektro sutrikimų atvejais dažnas gilesnio spaudimo ar intensyvesnio propriocepcinio stimuliavimo poreikis. Skiriamos šios bendrosios rekomendacijos visai

	<p>taktilikos sutrikimui, kai paciento elgesys yra netinkamas, jį būtina koreguoti. Esant ypač sunkiam propriocepcijos sutrikimui (pvz., pacientas nejaučia kaulų lūžių), visos pasunkintos priemonės yra tik ribotas ir laikinas pasirinkimas. Iš esmės jas būtina dėvėti nuolat, kad žmogaus pajautimas būtų iš dalies aktyvuotas.</p> <p>Pasipriešinimo pratimai (pvz., gumos, svareliai, jogos padėty su įtampa). Puikiai tinka „Neuro Trainer“ rinkinys, sensorinio sodo darbai, kur būtina pasitelkti jėgą.</p> <p>Kasdieniai struktūruoti judesiai: tvarkymasis, nešiojimas, stumdymas.</p> <p>Ritminiai pratimai (pvz., šuoliukai, ėjimas ritmu) padeda reguliuoti emocijas.</p>	<p>komunikacijos modelių.</p> <p>Dėmesio sukaupimas atliekant propriocepcijos pratimus: galima mokyti pacientą sutelkti dėmesį į sensorinio sodo darbus, kuriems būtina ištvėmė ir fizinė jėga.</p> <p>Akių kontakto palaikymo įgūdžiai: žvilgsnio į pašnekovą bent trumpam nukreipimas.</p> <p>Geresnis asmeninės erdvės suvokimas – pagerėjus propriocepcijai pacientas mokosi stovėti tinkamu atstumu nuo kitų.</p> <p>Kūno kalbos suvokimo įgūdžiai – rankų signalai, veido mimika, pozos.</p> <p>Savireguliacijos būdų įvaldymo įgūdžiai – taikant kvėpavimo ir atsipalaidavimo technikas, kamuoliuko spaudymas ir pan.</p>	<p>grupei dėl propriocepcinių impulsų taikymo:</p> <p>Propriocepcinė stimuliacija turėtų būti nuosekli ir pasikartojanti per dieną – geriau trumpai, bet dažnai. Tai veikia kaip „saugus fonas“, padedantis palaikyti reguliaciją, po pakartojimo sistema užkraunama apie 30 min. – dviems valandoms. Autonomiškai galima pacientui skirti veiklas, kurios suteikia „giliojo spaudimo“ arba „sunkaus darbo“ pojūtį (pvz., stumti, tempti, nešti, lipti). Tai ramina, padeda mažinti hiperaktyvumą ir nerimą.</p> <p>Šiems pacientams ypač svarbus užduoties aiškumas, struktūra ir pabaiga. Užduotys turi būti aiškios, turėti pradžią ir pabaigą, nes chaotiškas judėjimas gali dar labiau išderinti. Pvz., „stumk dėžę iki sienos“ yra aiškiau nei „judėk po kambarį“.</p> <p>Propriocepcinės veiklos turėtų būti lengvai pasiekiamos, kad žmogus pats galėtų pasirinkti (pvz., apkabinti pagalvę, pasisūpuoti,</p>
--	--	--	---

			atsiremti į sieną). Taikomos priemonės ir užduočių formos turi būti saugios, kad nebūtų traumų rizikos (remiantis: Schaaf ir kt., 2014; Krakowiak ir kt., 2008; Honan ir kt., 2023; Mockevičienė ir kt., 2022; WHO, 1992)
--	--	--	---

11-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

11 lentelė. *Taktilinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
TAKTILINĖ	Įvairių tekstūrų tyrinėjimas (pvz., audiniai, smėlis, pupelės, plastilinas), galima naudoti ir „švarias“ priemones, nesant galimybės pacientui suvalgyti, išsitepti: mozaika, sienos skydas „Dobilas“, begalybės burbulų sienelė, sukamas skydas „Vandens ratas“ ar pan. Šepetėlio technika (taikomas Willbarger protokolas) arba masažas slopina nerimą. Nėra poveikio, jeigu pats pacientas sau taiko, būtinas kinezi / ergoterapeuto stimuliavimas. Vandens procedūros (rankų panardinimas į skirtingos temperatūros	Pirmiausia įvertinamas žmonių socialinių įgūdžių lygį, apsitarnavimo galimybės, sensorinių sutrikimų lygmuo. Terapija parenkama individualiai. Pvz., DTH atvejais galimas tiek autizmo spektro ar taktilinis vengimas, tiek per didelis prisilietimo poreikis, kaip sensorinė paieška. Obsesinio kompulsinio sutrikimo, nerimo sutrikimo atvejais dažnas didesnis odos jautrumas, diskomfortas dėl tam tikrų tekstūrų. Depresijos atvejais dažnai sumažėja malonumo pojūtis lytint. Individualizuojant terapiją galima mokyti tų pačių socialinių įgūdžių, kuriuos jau minėjome aptardami propriocepcijos sistemą, nes sutrikimų mechanizmas panašus: blaškomas paciento	Žmonės, sergantys psichikos ir elgesio sutrikimų grupei priskiriamomis ligomis, turi įvairių sensorinių poreikių, kurie gerokai sumažina pasirinkimo galimybes, renkantis tinkamus elgesio modelius, gebėjimą palaikyti pokalbį, suprasti verbalinius ir neverbalinius signalus, komunikavimo modelius ir kt. Taktilikos hiperjautrumas dažniausiai pasireiškia skausmo jautimu – nemalonūs švelnūs lytėjimai, hipojautrumas sumenkęs. Pvz., gali nejauti, kad valgydamas išsitepė

	<p>vandenį). Asmeninis pasirinkimas:</p> <p>leisti pačiam kontroliuoti prisilietimo intensyvumą naudojant taktinius skydus arba natūralius taktilinius stimulus sensoriniame sode. Jeigu pacientas gali suvalgyti nevalgomus daiktus, savarankiškai naudotis sensoriniu sodu neleidžiama, o salelėse priemonės turi būti gerai pritvirtintos prie sienos.</p>	<p>dėmesys, sumažėjęs gebėjimas susikaupti, išskirti esminius stimulus,</p> <p>atlikti veiklas, būdingas prisirišimas prie ritualų, savęs apsitarnavimo problemos, socialinių įgūdžių trūkumas bendraujant, menkas socialinių signalų supratimas.</p>	<p>burną, nuolat valgyti netinkamu būdu – prisigrūsdamas burną arba kaip tik</p> <p>išrankumas maistui, kai valgo mažais gabaliukais, kitaip jį pykina. Tai sukelia daugiau socialinių sunkumų, didina nerimą įvairiose socialinėse situacijose, nes netipinis elgesys lengvai pastebimas. Poreikių atliepimas gali gerokai pagerinti paciento gyvenimo kokybę (remiantis Schaaf ir kt., 2014; Krakowiak ir kt., 2008; Honan ir kt., 2023; Mockevičienė ir kt., 2022; WHO, 1992; Baranek ir kt., 2006; Champagne, Stromberg, 2004; Tomchek, Koenig, 2016).</p>
--	---	---	--

12-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

12 lentelė. *Vestibulinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
VESTIBULINĖ	<p>Struktūruota vestibulinė stimuliacija (sūpynės, balansinės lentos, terapiniai kamuoliai). Pacientas gali ir pats tuo naudotis, nebent kyla motorinio planavimo sunkumų, kritimo pavojus.</p>	<p>Ugdomi individualūs socialiniai įgūdžiai, tinka visi, kurie aptarti propriocepcijos dalyje, nes žmonėms su psichikos sutrikimais būdingi kompleksiniai sensorikos sutrikimai.</p> <p>Būtina sureguliuoti visas sensorines sistemas.</p>	<p>Prieš pradėdant vestibulinės sistemos įkrovą, būtina žinoti ir įvertinti, sensitivityumas yra hipo- ar hyper-. Nuo to ir priklauso taikomos metodikos. Puikiai tinka kartu derinti</p>

	<p>Ritmingi judesiai (muzikos terapija su judesiu, šokis).</p> <p>Galvos padėties keitimo pratimai, atliekami atsargiai, kad neperkrautų sistemos. Tai puikus asimetrinio toninio kaklo ir simetrinio kaklo reflekso integravimo ir / ar veikimo metodas.</p> <p>Supimo ar sukimosi veiklos ribojimas (ypač DTH atveju) – derinant su propiocepcija, kad išlaikytų pusiausvyrą.</p>	<p>Vestibulinė sistema yra esminė ir pati jautriausia, todėl esant galimybei pradedama dirbti nuo jos.</p> <p>Pagrindiniai – sensorinių sistemų integravimo įgūdžiai, toliau ugdomi kiti socialiniai įgūdžiai ir gebėjimai.</p> <p>Nerimo ir depresijos atvejais – galvos svaigimas, pusiausvyros sutrikimai (susiję su sensorinės integracijos disbalansu).</p> <p>Taikoma integracija didina toleranciją, mažina galvos svaigimą.</p> <p>Autizmo spektro sutrikimų atvejais – intensyvus vestibulinės stimuliacijos poreikis (sūpynės, sukimasis). DTH atveju – dažna stipresnių vestibulinių pojūčių paieška.</p>	<p>propriocepcijos įkrovas, nes dažnai žmonės, turintys tokių sutrikimų, kenčia nuo didelio nerimo ir streso.</p> <p>Socialiniai įgūdžiai ugdomi pamažu nuo fizinių / motorinių iki komunikacijos ir apsitarnavimo.</p> <p>Rekomenduojama įvertinti asmens savarankiškumo lygį prieš ir po (remiantis: Honan ir kt., 2023; Mockevičienė ir kt., 2022; WHO, 1992; Baranek ir kt., 2006; Champagne, Stromberg, 2004; Tomchek, Koenig, 2016; Ghanizadeh, 2011).</p>
--	---	--	--

Apibendrinant F00-99 sutrikimų grupės pacientų (psichikos ir elgesio sutrikimų) atvejus, mokslinėje literatūroje minimi ypač dažni sensorikos sutrikimai, kurie pasireiškia ne vienoje, bet kelete sistemų. Jie gali būti susiję su propiocepcijos, vestibulinės ar kitų sensorinių sistemų disbalansu. Tokie sutrikimai dažnai lemia sunkumus reguliuojant emocijas, parenkant tinkamą reagavimo formą, dėmesio išlaikymą bei socialinius santykius (Miller ir kt., 2007). Sensorinės integracijos programos, ypač propiocepciniai pratimai, padeda stiprinti kūno suvokimą, mažinti nerimą ir sudaryti veiksmingesnio socialinių įgūdžių ugdymo sąlygas (Schaaf, Mailloux, 2015).

Praktinis metodinis gidas yra svarbus pacientams autonomiškai naudojant sensorines priemones. Šiuo klausimu mokslinėje literatūroje gana daug dėmesio skiriama asmenų savarankiškumui ir gebėjimui reguliuoti savo būseną be nuolatinės specialisto ar artimųjų pagalbos (Lane, Bundy, 2020). Taip yra todėl, kad ligos ir sutrikimai yra chroniški, o pacientai paprastai geba išmokti reguliuoti savo jutimus, kreiptis pagalbos bei panaudoti sensorines dėmesio sukauptimo ar nerimo suvaldymo priemones. Pavyzdžiui, pasirinkę giliojo spaudimo pagalves, sensorinius kamuolius ar kitus savireguliacijos įrankius, pacientai gali patys mažinti kilusią įtampą ir pasirengti socialinei sąveikai. Arba, tai jau tampa įprasta praktika, kad muziejuose, mokyklose ir kitur prieinamos sensorinės kuprinės, kur pacientas gali aptikti tai, kas atlieps jo poreikį ir padės toliau kokybiškai dalyvauti socialinėse veiklose.

Po reabilitacijos pacientas paprastai gali ne tik integruoti sensorinius metodus kasdieniame

gyvenime, bet ir kryptingai ugdytis socialinius įgūdžius: mokytis palaikyti akių kontaktą, tinkamai vartoti mandagumo frazes, laikytis pokalbio taisyklių ar bendradarbiauti grupinėse veiklose. Taip sensorinė integracija tampa ne tik pagalbine terapine priemone, bet ir tiltu į platesnę socialinę įtrauktį bei geresnę gyvenimo kokybę.

3.5. Metodinės G00-G99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

G00-G09	UŽDEGIMINĖS CENTRINĖS NERVŲ SISTEMOS LIGOS
G10-G14	SISTEMINĖS ATROFIJOS, PIRMIAUSIA PAVEIKIANČIOS CENTRINĘ NERVŲ SISTEMĄ
G20-G26	EKSTRAPIRAMIDINIAI IR JUDESIŲ SUTRIKIMAI
G30-G32	KITOS DEGENERACINĖS NERVŲ SISTEMOS LIGOS
G35-G37	DEMIELINIZUOJANČIOS CENTRINĖS NERVŲ SISTEMOS LIGOS
G40-G47	EPIZODINIAI IR PAROKSIZMINIAI SUTRIKIMAI
G50-G59	NERVŲ, NERVŲ ŠAKNELIŲ IR REZGINIŲ SUTRIKIMAI
G60-G64	POLINEUROPATIJOS IR KITI PERIFERINĖS NERVŲ SISTEMOS SUTRIKIMAI
G70-G73	MIONEURALINIŲ JUNGČIŲ IR RAUMENŲ LIGOS
G80-G83	CEREBRINIS PARALYŽIUS IR KITI PARALYŽINIAI SINDROMAI
G90-G99	KITI NERVŲ SISTEMOS SUTRIKIMAI

Nervų sistemos ligomis sergantys žmonės (pagal TLK-10 AM klasifikatorių) paprastai turi ir sensorikos sutrikimų, kurie yra įvairaus sutrikimų lygmens. Sensorikos sutrikimai yra gana dažna žmonių, sergančių degeneracinėmis nervų sistemos ligomis, problema, pavyzdžiui, Parkinsono liga, išsėtine skleroze, demencija, ypač prefrontaline (Watling, Hauer, 2015; Van de Winckel ir kt., 2004). Jau aptarta, kad sensorinė integracija yra gebėjimas organizuoti ir interpretuoti jutiminę informaciją iš aplinkos per vestibulinę, propiocepcinę ir taktilinę sistemas, be to, kūno vidinių jutimų bei somatosensorinė smegenų dalis organizuoja šių stimulų integravimą, kad suformuotų tinkamą atsaką (Miller ir kt., 2007). Šiam procesui dėl neurologinių pažeidimų sutrikus, pacientai gali patirti įvairių funkcinių ir emocinių problemų, įskaitant koordinacijos sutrikimus, nerimą, dirglumą bei socialinę izoliaciją. Nervų sistemos ligos paprastai susijusios su tipinėmis ligai sensorinėmis modifikacijomis, pvz., išsėtinės sklerozės atveju gali tirpti galūnės ar viena galūnė, prastėti rega, sutrikti koordinacija ir kt. (Schaaf ir kt., 2014; J. H. Kim, J. Kim, 2016).

Lygiai kaip ir psichikos bei elgesio sutrikimų atvejais sensorinės integracijos terapijos gali pagerinti pacientų gebėjimą reguliuoti emocijas, vykdyti kasdienes užduotis ir mažinti neigiamų elgesio simptomų. Atliepus sensorinės integracijos poreikius, galima ženkliai pagerinti žmogaus gyvenimo kokybę, tačiau sergant degeneracinėmis ligomis mokslinėje literatūroje tos galimybės matomos ribotai dėl nuolat besikeičiančios, t. y. prastėjančios, pacientų sveikatos (Pfeiffer ir kt., 2011; Wang ir kt., 2010). Pacientai, turintys nervų sistemos ligų, puikiai reaguoja į įvairius sensorinius stimulus, nes jų gausa gali teigiamai veikti neurosensomotorinę sistemą. Pavyzdžiui,

multisensorinės aplinkos, tokios kaip snoezelen kambariai, autonominės sensorinės salelės ar terapinės sodų erdvės, yra veiksmingos priemonės, skatinančios sensorinę stimuliaciją ir gerinančios gyvenimo kokybę pacientams, kurie turi neurologinių sutrikimų, ypač ligos pradžioje (O'Connor, McFadden, 2010; Stagnitti ir kt., 2012).

Kuomet kalbama apie dideles imtis ir mokslinius tyrimus, kurie analizuotų rezultatus, kyla problema, kad moksliniuose tyrimuose dažnai apžvelgiami vieno atvejo tyrimai, imamos nedidelės pacientų imtys. Ši problema egzistuoja, nes ir patys neurologinių sutrikimų turintys pacientai, nepaisant tos pačios ligos diagnozės, gali turėti skirtingą pažaidą. Taigi nepaisant aprašomų teigiamų rezultatų, šioms mokslinėms studijoms kyla metodologinių iššūkių dėl nedidelių imčių ir įvairių nesistemingų vertinimo metodų (Smith ir kt., 2007; O'Reilly, Parker, 2012). Tad žvelgiant į ateities perspektyvas, būtina tolesnė tyrimų plėtra neurologiniu aspektu.

Kalbant apie TLK-10 klasifikacijos G00-99 nervų sistemos ligų grupių sutrikimus, būtina pastebėti, kad atskirai jutimų arba taktilikos sutrikimai (t. y. problemos su lietim, taktiline jutimo integracija) neišskiriami, nes neurologijos klasifikacijose lietim / taktilinės / sensorikos sutrikimai paprastai laikomi simptomais ar sudedamosiomis platesnių neurologinių / neuropsichologinių būklių dalimis, o ne atskira diagnoze G00-99 nervų sistemos ligų kategorijoje (He ir kt., 2021).

Taigi toliau apžvelgsime keletą mokslinių tyrimų bei siūlomų taktilikos sutrikimų įveikos metodų, pacientui sergant nervų sistemos ligomis. Nors dažniau šiems pacientams pasireiškia taktilinis hipojutimas, t. y. silnesnis jutimas, vis tik yra pavienių mokslinių tyrimų, kurie nurodo, kad fiksuojama atveju, kai pacientas turi ir taktilinį dirglumą. Toks didesnis jautrumas lietim dirgikliams (pvz., švelnus prisilietimas gali kelti diskomfortą, nemalonumą ar net skausmą) ir yra hiperdirglumas (Ayres, 2005).

13-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

13 lentelė. *Taktilinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
TAKTILINĖ	<p>Tinka kasdienė odos stimuliacija, atliekant masažą, naudojant įvairių tekstūrų medžiagas, kamuolius arba kamuoliukus, terapines šukas.</p> <p>Smulkiosios motorikos pratimai: modelinas, karoliukai, smulkūs rankų darbeliai.</p> <p>Vandens terapija ir švelni rankų bei kojų stimuliacija. Tinka visos sensorinio sodo priemonės, teikiančios</p>	<p>Dėl sumažėjusio jutimo galūnėse ir periferinės neuropatijos ar demielinizacijos planuojant socialinių įgūdžių ugdymą būtina pagalvoti apie didesnę traumų riziką.</p> <p>Tam tikrais atvejais, pavyzdžiui, sergant Parkinsono liga, sumažėjęs būtent taktilinis jautrumas, todėl tai apsunkina kasdienes socialines veiklas, pvz., tekstūros atpažinimą, smulkiosios motorikos įtraukimą. O socialiniai įgūdžiai būtent į</p>	<p>Siekiant lavinti socialinius įgūdžius pasitelkus sensorinę stimuliaciją, pradedama nuo paciento galimybių ir esamų problemų įvertinimo.</p> <p>Tinka kasdienė odos stimuliacija masažuojant, naudojant įvairių tekstūrų medžiagas. Puikiai tinka užduotis skirti atlikti pačiam pacientui – užsimerkus,</p>

	<p>visapusę natūralią stimuliaciją: lapų, augalų lietimas, faktūrų, žemės, begalybės burbulų sienelė, taktilinis abstrakčių formų skydas, mozaika, kamuoliukų ir žiedų rinkinys, sienos skydas „Dobilas“.</p> <p>Logoterapeuto treniruotės, esant bėdų dėl valgymo, rijimo, kalbinės raiškos, jeigu paciento kalbinė raiška sutrikusi dėl pažengusios nervų sistemos ligos.</p> <p>Neuroreabilitacijoje tinka taikyti modelius, kai atitinkamais dirgikliais galite skatinti „reorganizaciją“, kai stimuliacija sužadina greta esančius neuronus ir tai lemia funkcijų atkūrimą vietoj funkcinio praradimo.</p> <p>Taktiliniai procesai turi specialius apdorojimo takus, kurie susiję su jutimais (kokia tekstūra, spaudimas) ir pacientas ugdo aptikimo funkcijas: koks dirgiklis, kokia seka, kuri pirma ir kt.</p>	<p>tai ir orientuoti. Todėl ugdant pirmiausia reikėtų pacientą įvertinti, tik tada taikyti ergoterapiškai tinkamą metodą: smulkiosios ar stambiosios motorikos lavinimą, taktilinių dirgiklių toleravimą ar stimuliavimą. Papildomai socialiniams įgūdžiams lavinti pacientui skiriamos dienos planavimo užduotys – suplanuotų terapinių veiklų ir jų integravimo į autonomišką taikymą. Prie taktilinių sutrikimų kartais priskiriamos ir verbalinės kalbos tobulinimo pratybos bei atitinkamų įgūdžių, išreiškiant savo norus, prašant pagalbos, ugdymas.</p>	<p>atsimerkus vystyti taktilinį jutimą, liečiant skirtingas medžiagas, stimuliuoti savo periferinius jutimus. Vėliau, esant autonomiškai koordinacijai ir ėjimo funkcijai (arba stabiliai sėdint vežimėlyje), galima leisti tyrinėti taktilines formas ir priemones didesniu atstumu, skatinant savarankiškai judėti reabilitacijos centre. Jeigu smulkioji motorika tik šiek tiek sutrikusi, pacientui galima papildomai skirti smulkiosios motorikos pratimų: su modelinu, karoliukais, smulkius rankų darbelius. Kaip stimulus skirti vandens terapiją, švelnią rankų ir kojų stimuliaciją. Papildomai, esant galimybei, pacientas gali dažniau naudotis dušu – skirtingais jo režimais ir temperatūra (remiantis: He ir kt., 2021; Ayres, 2005; Baranek ir kt., 2006; Mulligan, 2019; Polatajko, Cantin, 2010; Puts ir kt., 2021; Rios ir kt., 2022; Schaaf ir kt., 2018).</p>
--	--	---	--

Taigi, dabar aptarsime propriocepcijos sensorinius sutrikimus esant nervų sistemos ligoms, kas itin dažna dėl didesnė pažaidos, dėl raumenų nykimo, sensorių desenzitacijos ir paralyžiaus.

14-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos

sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

14 lentelė. *Propriocepcinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
PROPRIOCEPCINĖ	<p>Giluminio spaudimo pratimai su kamuoliukais, terapinėmis pirštinėmis, rankomis, savistimuliacija.</p> <p>Svertiniai kamuoliai ar kitos priemonės (gniuždymas, ridenimas).</p> <p>Lengvi svoriai (rankų ar kojų apyrankės).</p> <p>Gilaus spaudimo liemenės ar antklodės.</p> <p>Jėgos ir pasipriešinimo pratimai, galima „stumti“ sieną.</p> <p>Tempimo juostos (elastinės gumos) ir amplitudės didinimas su skirtingo tamprumo priemonėmis.</p> <p>Pritūpimai, atsispaudimai prie sienos, atsistojimas nuo kėdės. Jeigu paciento pažeida leidžia tai atlikti atsižvelgiant į funkcinį lygmenį.</p> <p>Treniruotės su savo kūno svoriu.</p> <p>Judesių planavimo ir koordinacijos pratimai.</p> <p>Ėjimas įvairiais paviršiais (minkšta danga, smėlis, kilimas).</p> <p>Kryžminiai judesiai (pvz., dešine ranka paliesti kairį kelį).</p> <p>Pasunkintos priemonės nešiojimas ar stumdymas.</p> <p>Apsitarnavimas, pagalba sensoriniame</p>	<p>Stiprina judesių kontrolę – geriau valdomi rankų ir kojų judesiai.</p> <p>Gerina pusiausvyrą ir koordinaciją – sumažėja kritimų tikimybė.</p> <p>Aktyvina nervų sistemos plastiškumą – skatina naujų nervinių jungčių formavimąsi.</p> <p>Mažina nerimą – gilus spaudimas, pasipriešinimo pratimai suteikia saugumo jausmą.</p> <p>Žmogus lengviau atlieka kasdienes užduotis.</p> <p>Taikomi balanso pratimai ant nestabilaus paviršiaus, stovėjimas uždarytomis akimis vysto erdvinį suvokimą.</p> <p>Giluminės raumenų stimuliacijos pratimai (pvz., pasipriešinimo juostos, svoriai) gerina kūno schemas supratimą.</p> <p>Kasdienės veiklos su propriocepine apkrova (nešiojimas, stūmimas, tempimas) didina ištvermę, judesių tikslumą.</p>	<p>Prieš dirbant su pacientu būtina atsižvelgti į jo ligos unikalumą, pvz., demielinizacijos, Parkinsono ligos atvejais pacientui yra sumažėjusi kūno padėties kontrolė, koordinacijos praradimas, todėl pratimai lėtai sekasi sunkiau – dažnesnė griuvimo rizika, reikia įtraukti regos kaitaliojimą, parinkti saugią vietą darbui. Taip pat esant Parkinsono ligai terapija treniuoja judesių amplitudę ir ritmą bei lavina pusiausvyrą.</p> <p>Tuo tarpu periferinės neuropatijos atveju yra prastesnis eisenos ir pusiausvyros valdymas, tai galima darbuotis su multikompleksinėmis užduotimis, įtraukti multisensorinę patirtį.</p> <p>Autonominė propriocepcinė terapija po insulto gali gerinti rankų–akių koordinaciją, padeda atkurti silpnesnės pusės funkciją. Visa tai itin reikalinga baziniams socialiniams įgūdžiams: savarankiškai pavalgyti, užsisiegti sagas ir kt.</p> <p>Išsėtinės sklerozės atveju tokia terapija stiprina raumenis, padeda išlaikyti</p>

	sode su sunkesnėmis veiklomis. Sodininkystė, kasimas, ravėjimas (pažengusiam pacientui).		stabilumą. Periferinės neuropatijos atveju skatina jutimų grįžtamąjį ryšį, didina saugumo jausmą vaikstant. Pagal: Callaghan ir kt., 2012; Tomchek ir Koenig, 2016; Schaaf ir Mailloux, 2015.
--	---	--	--

Taigi, dabar aptarsime vestibulinės sistemos sensorinius sutrikimus esant nervų sistemos ligoms, kas yra dažniausia problema po traumos ar esant chroninei ligai – ji progresuoja ir pažaida didėja. Vis tik judėjimas, jo skatinimas ir atstumų didinimas, įtraukimas multikompleksinių užduočių – judėjimas su svareliais, veiklų atlikimas ir kt. geriausiai veikia paciento savarankiškumą. Dėl šios priežasties neurologiškai, jeigu yra galimybė – kuo dažniau pacientą reikia vertikalizuoti ir skatinti jo motorinius judesius, kompleksinių užduočių vykdymą. Įvertinimas prieš ir po savaitės duos pacientui papildomą motyvaciją matant akivaizdų jo progresą, tuo labiau, kad reabilitacijos laikas gali būti ilgas ir demotyvuojantis.

15-toje lentelėje pateiktos įveikos ir reabilitacijos strategijos, susijusios su sensorikos vestibulinių sutrikimų įveika bei savarankiškai lavinamais socialiniais įgūdžiais.

15 lentelė. *Vestibulinės sistemos lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Taikomos priemonės	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Bendrosios rekomendacijos
VESTIBULINĖ	Struktūruota vestibulinė stimuliacija: sūpynės, balansinės lentos, terapiniai kamuoliai. Lavinimas pamažu, neišgąsdinant paciento, didinant toleranciją. Pusiausvyros pratimai: vaikščiojimas linija, stovėjimas ant vienos kojos, judesiai užsimerkus. Ritmiški judesiai su muzika ar pačiam mušant taktą, koordinacijai lavinti. Lėti galvos ir akių judesiai. Lėtas galvos sukimas į šonus, palinkimas	Sutrikus vestibulinei funkcijai (po insulto, galvos smegenų traumos, esant išsėtinei sklerozei, Parkinsono ligai ar periferiniams vestibuliniams sutrikimams), dažnai pasireiškia tokie fiziniai ir psichologiniai simptomai: - galvos svaigimas; - nestabili eisena; - kritimo rizika; - orientacijos erdvėje sunkumai; - pykinimas, judėjimo baimė. Tad socialiniai įgūdžiai pirmiausia atstatomi fizinio saugumo lygmeniu,	Prieš pradėdant dirbti su pacientu, kaip ir kitais atvejais, būtina įvertinti jo judėsenos lygmenį, tam tinka „Funkcinio lygmens testas“. Tuo atveju vestibulinės sistemos stimuliavimas ir taikoma terapija bus pamatuota. Terapiją būtina individualizuoti atsižvelgiant į bendruosius aspektus, pavyzdžiui, vestibulinė stimuliacija po insulto gerina kūno simetriją, padeda išmokti naujų įgūdžių, kontroliuoti

	<p>pirmyn ir atgal. Žvilgsnio fiksavimas į tašką judinant galvą – tinka multisensorinė aplinka, sensorinio sodo paukščių stebėjimas. Pusiausvyros pratimai: stovėjimas ant vienos kojos, ėjimas tiesia linija („pėda prie pėdos“), balansinė lenta ar nestabilus paviršius (pažengusiems pacientams), kūno padėties keitimas erdvėje, lėtas padėties keitimas iš sėdimos į gulimą ir atvirkščiai, pasilenkimai, pasisukimai, pasikėlimai ant pirštų galiukų, vaikščiojimas įvairiais paviršiais (smėlis, kilimas, žolė), supimosi ir judėjimo stimuliacija (atsargiai, atsižvelgiant į paciento toleranciją), supimasis ant kėdės ar hamako (esant galimybei – visada geriau gryname ore), lėtas siūbavimas pirmyn ir atgal, į šonus. Vestibulinę sistemą gerina ir specialūs prietaisai, pavyzdžiui, vestibulinei sistemai lavinti ir tolerancijai didinti skirtas Wave Motion stalas.</p>	<p>užtikrinant ir psichoemocinį saugumą, didinant pasitikėjimą savo jėgomis. Integracija ugdo įgūdžius – pusiausvyrą ir orientaciją, leidžia saugiai judėti, pacientas savarankiškai lavina orientacinius gebėjimus pasiekdamas konkrečias terapijos vietas. Skatina vestibulinės sistemos adaptaciją – nervų sistema mokosi kompensuoti sutrikimus, pamažu įgyjama naujos patirties, atstatomos funkcijos. Lavina judesių koordinaciją – rankų, kojų ir akių judesių sinchronizaciją. Mažina nerimą – stabilumo pojūtis suteikia saugumo jausmą. Vestibulinė sistema tiesiogiai siejama su limbine ir ANS, todėl pasotinus vestibulinę sistemą bus ramesnė ir limbinė, be to, bus stabilesnės žmogaus emocijos. Kasdienės veiklos socialiniai įgūdžiai užtikrinant fizinį saugumą – nuo elementaraus atsistojimo iš lovos iki ėjimo / lipimo laiptais.</p>	<p>laikyseną. Tuo tarpu Parkinsono ligos atveju – lavina pusiausvyrą, mažina kritimo riziką. Išsėtinės sklerozės atveju padeda įveikti galvos svaigimą, nestabilumą. Galvos smegenų traumos atveju skatina vestibulinės sistemos adaptaciją, mažina pykinimą, galvos svaigimą. Reikėtų atminti, kad vestibulinė sistema glaudžiai susijusi su regos ir klausos receptoriais bei jų veikimu. Sergant nervų sistemos ligomis galimi regos ar klausos funkcijos sutrikimai, kurie gali pabloginti socialinių signalų suvokimą. Svarbu atstatyti paciento regos ir klausos funkcijas, nes jos pablogina vestibulinius signalus. Be to, būtina įtraukti regos ir judesio pratimus. Esant didesnei pažaidai, pacientui padeda susiorientuoti signalus sustiprinant socialinėje aplinkoje (aiškūs gestai, kalbos tempas) (remiantis: Kern ir kt., 2007; Polatajko, Cantin, 2010; Puts ir kt., 2021; Rios ir kt., 2022; Schaaf ir kt., 2018; Agrawal ir kt., 2009).</p>
--	---	---	---

Apibendrinant skirtingų sensorinių funkcijų atstatymą taikant sensorinę integraciją ir autonominių naudojimą reabilitacijos centruose, pateikiame bendrą socialinių įgūdžių lavinimo,

palaikymo ir atstatymo patarimų:

- Sensorinė integracija socialinėse pratybose. Rekomenduojama pacientą lavinti visais aspektais, laipsniškai didinant autonomiją – nuo pasikėlimo iš lovos, savarankiško naudojimosi tualetu iki lipimo laiptais ir naudojimosi sensorinėmis erdvėmis – sodu, salelėmis. Pacientams naudingiausia taikyti į žaidimus ir grupines veiklas integruotą vestibulinę, taktilinę ir proprioceptinę stimuliaciją. Tai gali būti, pvz., judrieji žaidimai su kamuoliu, sūpynės ar balansinės užduotys, kurios įtraukia kitus pacientus. Socialinė integracija svarbi tuo, kad suteikia socialinį palaikymą.

- Kognityvinių funkcijų lavinimas. Proprioceptinės užduotys leidžia geriau suvokti kūno padėtį ir reakcijas socialinėse situacijose, todėl sensorinių salelių naudojimą galima susieti su kūno erdvėje judėjimu, taktilines užduotis – su mąstymo užduotimis.

- Emocijų reguliavimas. Ši užduotis ypač svarbi, nes nervų sistemos ligos dažniausiai pažeidžia vestibulinę funkciją, tai lemia emocijų labilumą, depresyvumą, verksmingumą ir kt. Sunkiosios antklodės, masažas, giluminis spaudimas padeda kontroliuoti nerimą dėl socialinių situacijų.

- Struktūruota socialinė aplinka. Struktūra suteikia aiškumą: kas bus, kiek ilgai, ko iš paciento tikimasi. Tai padeda jam įveikti baimes. Per kiekvieną sesiją aiškūs žingsniai ir užduotys, mažos grupelės, vizualios instrukcijos tokį supratimą suteikia. Be to, socialinių istorijų ar vaidmenų žaidimai su sensorinėmis priemonėmis padeda atpažinti socialines situacijas ir reakcijas.

- Individualizavimas. Atsižvelgti į konkrečius jutimo sutrikimus, pvz., jei asmuo jautrus prisilietimui, pradėti nuo silpnesnės stimuliacijos.

Prie bendrųjų rekomendacijų nervų sistemos ligų atvejais skiriamos tokios sensorinės strategijos pagal nurodytus autorius. Tačiau, kaip minėta, didelių studijų neatlikta, nes pačios pažaidos neidentiškos, homogeniškas grupes surinkti nelengva (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. *Sensorinių sistemų lavinimo strategijų individualizavimas.*

Metodas / strategija	Veiklos turinys	Remiantis: He ir kt., 2021; Ayres, 2005; Baranek ir kt., 2006; Mulligan, 2019; Polatajko, Cantin, 2010; Puts ir kt., 2021; Rios ir kt., 2022; Schaaf ir kt., 2018
Sensorinė integracija	Tikslas – teikti specialisto kontroliuojamą laipsnišką sensorinę stimuliaciją, kad smegenys išmokytų toleruoti / adaptuotis prie jutimų. Vėliau skatinti autonominį paciento priemonių naudojimą.	Dažniausiai literatūroje aprašomi individualizuoti sensorinių sutrikimų įveikos mechanizmai, kurie gali būti nuo judesio ir apsitarnavimo atstatymo iki smulkiosios motorikos užduočių: žaidimai su skirtingomis tekstūromis, taktilinais paviršiais, masažas, glostymas su įvairiomis medžiagomis.

<p>Sensorinės tolerancijos didinimas</p>	<p>Siekama didinti paciento toleranciją taikomai sensorinei intervencijai. Pradėti nuo mažo intensyvumo, pamažu didinant stimulus, kol organizmas pradeda prisitaikyti.</p>	<p>Tokios veiklos esmė – sensorinė stimuliacija visada vyksta pamažu, stebint paciento reakcijas, ypač jei jis nekomunikuoja verbaliniu būdu. Galima taikyti švelnų prisilietimą, tada – tekstūras, tada – intensyvesnes taktilines veiklas, prireikus, dirbti su taktiline sistema. Arba skatinti žmogų judėti erdvėje, esant vestibulinės sistemos sutrikimui.</p>
<p>Gilūs spaudimai / proprioceptinė įkrova</p>	<p>Proprioceptinių stimulų taikymo tikslas – geresnė periferinių sistemų pajauta ir paciento atsipalaidavimas, nusiramimas.</p>	<p>Pacientas autonomiškai gali naudotis įvairiomis svertinėmis priemonėmis, pvz., svertinės antklodės, aptempti drabužiai, suspaudimo žaidimai su rankomis, kojomis arba proprioceptinę sistemą įkraunantys tempimo pratimai.</p>
<p>Psichologinės / pažinimo strategijos</p>	<p>Tinka įvairūs pratimai, padedantys atstatyti ar pabudinti kognityvines funkcijas – dėmesio nukreipimas, kvėpavimo pratimai, atsipalaidavimo technikos, kognityvinės strategijos.</p>	<p>Įvairių jausmų, situacijų aptarimas moko pacientą atpažinti jutiminius dirgiklius, mažinti diskomfortą ir įtampą, kai jutiminiai dirgikliai neišvengiami, taikyti įvairius savireguliacijos metodus.</p>
<p>Daugiasensorinės intervencijos</p>	<p>Esant paciento visuminei pažaidai, integruoti taktilinius, proprioceptijos, ir vestibulinius stimulus.</p>	<p>Pacientams tinka, ypač dirbant grupėje, taikyti įvairius judriuosius žaidimus, mišrias veiklas (pvz., liesti pirštais tekstūras, tarsi „vaikščioti“ per jas – atsimerkus / užsimerkus liesti sensorines saleles), taikyti užduotis, kurios skatina sensorikos sistemų sinergiją ir neurosensomotorinį apdorojimą.</p>
<p>Individualizuota terapija</p>	<p>Tikslas – įvertinti paciento funkcinį lygį, jį stebėti ir pakartotinai vertinti išvykstant. Po vertinimo intervencijas galima pritaikyti individualiai.</p>	<p>Tinka naudotis <i>Tinnetti</i> skale, pusiausvyros, Barthelio indeksu, modifikuotu socialinių įgūdžių instrumentu, sensorikos vertinimo įrankiais.</p>

Taigi kitame skyriuje apžvelgsime regos sutrikimus ir galimą pagalbą taikant sensorines priemones.

3.6. Metodinės socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos H00-H59 susirgimų atvejais

H00-H06	VOKŲ, AŠARŲ SISTEMOS IR AKIDUOBĖS LIGOS
H10-H13	JUNGINĖS LIGOS
H15-H22	ODENOS, RAGENOS, RAINELĖS IR KRUMPLYNO LIGOS
H25-H28	LEŽIUKO LIGOS
H30-H36	GYSLAINĖS IR TINKLAINĖS LIGOS
H40-H42	GLAUKOMA
H43-H45	STIKLAKŪNIO IR AKIES OBUOLIO LIGOS
H46-H48	REGOS NERVO IR REGĖJIMO TAKŲ LIGOS
H49-H52	AKIES RAUMENŲ, ABIEJŲ AKIŲ JUDESIŲ, AKOMODACIJOS IR REFRAKCIJOS SUTRIKIMAI
H53-H54	REGĖJIMO SUTRIKIMAI IR AKLUMAS
H55-H59	KITOS AKIES IR JOS PRIEDINIŲ ORGANŲ LIGOS
H60-H62	IŠORINĖS AUSIES LIGOS
H65-H75	VIDURINĖS AUSIES IR SPENINĖS ATAUGOS LIGOS
H80-H83	VIDINĖS AUSIES LIGOS
H90-H95	KITOS AUSIES LIGOS

Sensorinių sistemų vystymas, socialiniai įgūdžiai pacientui sergant akies ir priedinių organų ligomis (H00-59), ausies ir speninės ataugos ligomis (H60-95) gali stipriai paveikti jo sensorines sistemas – vestibulinę, taktilinę ir propriocepinę. Nes vestibulinė sistema leidžia suvokti kūno padėtį erdvėje, tuo tarpu regėjimo trūkumas dažnai apsunkina orientaciją ir pusiausvyrą. Klausos sutrikimai, pažeidžia tiesiogiai veikia vestibulinio impulso perdavimą receptoriais į žmogaus smegenų somatosensorinę zoną. Taip veikiama ir propriocepinė sistema, kuri svarbi judėjimui, o be regos ar klausos receptorių prastesnė paciento judesių kontrolė ir judesio tikslumas. Taktilinė sistema iš dalies gali kompensuoti regėjimo stoką, kitais jautimais leidžia tyrinėti aplinką, suvokti kitus žmones prisiliečiant, per tekstūrą, vibraciją (Blomqvist ir kt., 2018; Gudonis, Monkevičienė, 2019).

Regėjimui stimuliuoti gali būti naudojamos įvairios sensorinės priemonės, apšvietimo kaitaliojimas, lėtai judančio objekto stebėjimas, kinestetinių ir regos, taktilinio jutimo užduočių susiejimas. Regos ir klausos sutrikimų turintiems žmonėms tinka įvairūs interaktyvios projekcijos kambariai, šviečiantys projektoriai, sensorinis pluoštas, burbulų veidrodžiai ir sienelės. Tokios papildomos sensorinės priemonės leidžia pacientui susirinkti aplinkos informaciją, kurią jis prarado dėl vieno iš receptorių deprivacijos. Klausos stimuliacijai tinka relaksacinė muzika, gamtos garsai, delfinų, jūros ošimo garso, paukščių čiulbėjimo įrašai, vibruojantys, garsus skleidžiantys žaislai ir kt. Vienas svarbesnių papildomų pojūčių būtų uoslės stimuliavimas. Tokius pojūčius padeda sukelti arba speciali kvapų terapijos įranga, aromadifuzoriai su įvairiais vaisių, gėlių, prieskonių aromatais, eteriniais aliejais arba natūralūs, pvz., išgaunami sensoriniame sode. Įvairius terapinius elementus derinant su pajautimais (taktiliniais, kinestetiniais ir kt.) galima sukurti pacientą atpalaiduojančią atmosferą, silpninti jo reakciją į aplinkos dirgiklius, sutelkiant dėmesį į užduoties atlikimą (Brambring, 2014; Švietimo, mokslo ir sporto ministerija, 2017). Pvz., Valstybinio socialinio rūpybos centro „Kuržemė“ Liepojos filiale įrengta virtuvė, kur pacientai gali lavinti ne tik socialinius įgūdžius, bet ir mokytis gaminti maistą, skonio pojūčiai lavinami ragaujant maistą,

žaidžiant maisto ruošimo žaidimus.

Sensorinių pojūčių salelės, sensorinis sodas ar virtuvė maisto gamybai – visa tai orientuota į pacientų, turinčių regos ir klausos bei kalbos sutrikimų (jei sutrikusi), smulkiosios ir stambiosios motorikos lavinimą, problemų sprendimo įgūdžių formavimą, aplinkos pažinimo skatinimą, bendravimą ir socialinę sąveiką (Cushing ir kt., 2013; Shumway-Cook, Woollacott, 2017). Žinoma, klausos ir regos sutrikimai, atsidūrus reabilitacijos ligoninėje ar centre, dažniausiai susiję su ženkliai pablogėjimu arba šio receptoriaus praradimu. Žmonės, kurių nuo gimimo menkesnės regos ir klausos galimybės, paprastai naudodamiesi kompensacinėmis priemonėmis gali pasiekti puikių integracijos rezultatų ir dalyvauti visuomenės gyvenime beveik be jokių apribojimų. Tuo tarpu sanatorinis gydymas skiriamas žmonėms, kurie dėl savo darbo specifikos, traumos, kitos ligos ar panašiai neteko regos, klausos ar yra ryškus jų praradimas.

Taigi šiuo atveju paciento socialiniams įgūdžiams atkurti ar vėl įgyti netekus vieno iš kanalų galima pasitelkti nemažai sensorinių priemonių. Puikus pavyzdys – sensorinis burbulų vamzdis (žr. 3 pav.).



3 pav. *Burbulų vamzdis*¹

Burbulų vamzdžiai yra intensyvi sensorinė multisensorinės pasyvios ir interaktyvios aplinkos kūrimo įranga. Pacientams, kurie turi klausos ir regos dalinį ar visišką praradimą, tokios burbuliuojančio vandens kolonos yra viena iš priemonių, puikiai tinkančių vaizdinei, lytėjimo, garsinei bei vibracinei stimuliacijai. Žibintai įrenginio apačioje keičia spalvas ir ypač išpūdingai atrodo tamsoje, aukštos burbuliuojančio vandens kolonos prikausto dėmesį, užburia, liečiant rankomis švelniai vibruoja, skleidžia zvimbiančius garsus. Šis derinys veikia raminamai, kas aktualu tiems, kuriems trūksta jutiminio gebėjimo įvertinti informaciją iš savo kūno ar aplinkos, todėl būtina sensorinė terapija (remiantis slaugivita.lt).

Tokie burbulų vamzdžių poveikis dvejoją – stimuliuoja ir atpalaiduoja. Atpalaidavimui

¹ Foto iš: <https://midhudsonhealthspecialties.com/snoezelen-multi-sensory-room/>

galima naudoti visiškai parengtą *snoezelen* erdvę, o stimuliuojimui pasinaudoti burbulų vamzdžio fizikinėmis savybėmis. T. y. jis sukonstruotas taip, kad iš apačios lėtai arba greitai leidžiamas oras, viršun kylantys burbuliukai ir srovės žybsi bei mirguliuoja. Burbulų vamzdžio pagrinde įmontuotas LED apšvietimas valdomas ant įrenginio arba distanciniu pulteliu, galima pasirinkti automatinį spalvų keitimą, sinchronizuoti su muzika arba keisti pagal užsiėmimų pobūdį ar užduotis. Taip pacientas, turintis regos ir klausos sutrikimų, stimuliuojamas. Jeigu pacientas yra vaikas, tuomet siekiant sukurti didesnę efektą galima į vidų dėti spalvotus rutuliukus, žuvytes, medūzas, jūrų arkliukus ir kitus žaisliukus. Tai tinka ir pacientams, turintiems žymia ir vidutine proto negalia, nes padeda papildomai įveikinti sensorinę priemonę pagal paciento poreikius. Tokiu pat principu veikia ir bėgančio vandens burbulų sienelės. Treniruotėse naudojant burbulinius vamzdžius ir sienelės mokomasi atpažinti spalvas, sutelkti ir išlaikyti dėmesį, skatinamas verbalinis bendravimas, gebėjimas išreikšti mintis žodžiais, kurti ir pasakoti istorijas, suprasti ryšį tarp priežasties ir padarinio (Ten pat). Kita puiki socialinių įgūdžių lavinimo stimuliuojant sensorines sistemas priemonė – neurotreniruočių priemonių rinkinys, naudojamas lavinant regimąjį suvokimą, siekiant, kad žmogus, kurio sutrikusi regos sistema, laisviau orientuotųsi aplinkoje.

Rinkinių sudaro:

1. *Marsdeno kamuoliukas*, skirtas regos terapijai. Jis naudojamas akių judesiams lavinti, taigi ir nuolatiniam judančių objektų fokusavimui. Skersmuo – 7 cm, ilgis – 160 cm, svoris – 152 g.

2. *Neuro Brock* virvelė akims. Lavina sinchroninį, binokulinį regėjimą. Vienas virvelės galas laikomas prie nosies, o kitas pritvirtintas apibrėžtame taške. Spalvoti mediniai kamuoliukai išdėstyti ant virvelės skirtingais atstumais. Naudotojas vienu metu žvilgsnį fiksuoja į vieną kamuoliuką – skirtingi atstumai leidžia vykdyti skirtingus treniruočių scenarijus. Virvelės ilgis – 3 m, virvelės medžiaga – šimtaprocentinė medvilnė, 5 mediniai kamuoliukai (raudoni, geltoni, žali, mėlyni ir smėlio spalvos), kurių kiekvieno skersmuo – 20 mm.

3. *Akiniai su skylute*. Lavina akių raumenis, atpalaiduoja akis, mažindami į akis patenkančios šviesos (ji veikia kaip streso veiksnys) kiekį. Medžiaga – plastikas, matmenys: 14,5 × 14,5 × 5 cm.

4. *Sakadiniai pieštukai*. Lavina gebėjimą tiksliai kontroliuoti fiksacijos taškus (trukmę, amplitudę, tikslumą) bei akių konvergenciją ir divergenciją. Pieštukus galima naudoti ir akių sekimo judesiams bei galvos kontrolei (pusiausvyrai) lavinti. Matmenys: 24 × 1,2 × 0,8 cm, svoris – 14 g.

Komplekte yra *akių raištis* ir *akių diagramos* – akių raumenims lavinti ir įvairiems regėjimo pratimams, pavyzdžiui, izometriniais, atlikti, lavinti gebėjimą sutelkti dėmesį skirtingais regėjimo atstumais, suvokti periferinį regėjimą, tiksliai fiksuoti bei valdyti objektus (Ten pat).

Taktiliniam poveikiui sustiprinti galima papildomai naudoti *taktilinį abstrakčių formų skydą* – tai lytėjimo plokštė motorikai lavinti, kur gausu įvairių tekstūrų medžiagų: minkštos / kietos, švelnios / šiurkščios, medžiagos, akmuo, kiliminė danga, sintetinės durpės ir veidrodys. Taigi žmogus, turintis regos / klausos sutrikimą, gali gauti papildomų kinestetinių ir lytėjimo jautimų, varijuoti su tyrinėjimu arti–toli, žaisti spalvomis, kontrastais, formomis.

17-toje lentelėje pateikti sensorinių sistemų lavinimo strategijos bei poreikių atliepimo lavinant socialinius įgūdžius nurodymai.

17 lentelė. Sensorinių sistemų lavinimo strategijos.

Sutrikimas	Sensorinė sistema	Veiklos rekomendacijos	Ugdomi įgūdžiai	Mokslinės gairės
Regos sutrikimai	Vestibulinė	Supynės, balansavimo takai, ritminis judėjimas pagal garsą; orientacijos erdvėje pratimai su garsiniais orientyrais. Šios veiklos tikslas – ne tik lavinti sensorinius gebėjimus, bet ir vystyti kinestetikos bei pripratimą prie regos pokyčio	Erdvinė orientacija, pasitikėjimas savimi (grupėje), bendradarbiavimas	Shumway-Cook, Woollacott, 2017.
	Propriocepcinė	Pasipriešinimo juostos, stūmimo - tempimo pratimai, svertinės priemonės (antklodės, liemenės). Tikslas – ugdyti savo kūno erdvėje suvokimą, mažinti nerimą.	Kūno schema, savireguliacija, saugi sąveika su kitais, mokymasis.	Blomqvist ir kt., 2018
	Taktilinė	Taktiliniai kilimėliai, įvairių faktūrų kamuoliai, bendros taktilinės užduotys (pvz., lipdymas poroje). Šių veiklų tikslas – paskatinti didesnę taktilinį jutimą, įtraukti į socialinę veiklą, lavinti komunikacinius gebėjimus, mokyti komunikuoti naujomis sąlygomis (pvz., nematant pašnekovo).	Emocijų atpažinimas, bendravimas neverbalinėmis priemonėmis, socialinis ryšys.	Brambring, 2014; LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2020.
	Vestibulinė	Supimasis, balansiniai žaidimai, ritmiški šokiai įtraukiant vizualinius signalus. Siekiama lavinti	Grupinė sąveika, pasitikėjimas kitu žmogumi, fizinio artumo toleravimas.	Cushing ir kt., 2013

		gebėjimą judėti erdvėje, naujus kinestetinius jautimus be klausos, erdvės tyrimo.		
	Propriocepcinė	Judesiai su pasipriešinimu, komandiniai judrieji žaidimai (stumti-traukti poroje). Siekiama skatinti suprasti, kur kūnas yra erdvėje, gestai, kaip komunikavimo forma.	Bendradarbiavimas, socialinė komunikacija per judesį, pasitikėjimas kitais.	Horn ir kt. 2007; Ušeckienė, Karvelienė, 2016.
	Taktilinė	Vibracinės priemonės (muzikos kolonėlės, vibro žaislai), gestų žaidimai, faktūrinės emocijų kortelės. Siekiama mokytis komunikuoti per prisilietimą.	Emocijų raiška, bendravimas neverbaliniu būdu, komandiniai įgūdžiai.	Kushalnagar ir kt., 2010.

Šios bendrosios rekomendacijos vis tik neįvardija kitų žmogaus patiriamų psichosocialinių problemų: netekus regos ar klausos patiriamas kultūrinis šokas, nes tai, kas anksčiau žinota, dabar tapo nauja. Pvz., žmogui reikia iš naujo mokytis lietuvių ar kitos kalbos gestų kalbos, kuri savo bendravimo stiliumi yra visiškai kitokia. Be to, reabilitacijoje esantis pacientas galbūt tikisi situacijos pasikeitimo. Todėl žmogus, turintis tokią pažaidą, tampa kultūriškai deprivuotas ir išgyvena asmenybinę krizę: jam gali tekti iš naujo įvertinti aplinkybes, mokytis komunikuoti, reaguoti, „suvalgyti“ savo baimę, mokytis atsargumo ir aplinkos stebėjimo, kitų dalykų. Skyriuje, kuriame kalbama apie psichikos ir elgesio sutrikimus, informacija apie streso bei nerimo valdymą galėtų būti naudinga.

3.7. Metodinės I00-I99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

I00–I02	ŪMINIS REUMATAS
I05–I09	LĒTINĖS REUMATINĖS ŠIRDIES LIGOS
I10–I15	HIPERTENZINĖS LIGOS
I20–I25	ŠIRDIES IŠEMINĖS LIGOS
I26–I28	PLAUTINĖ ŠIRDIES LIGA IR PLAUCHIŲ KRAUJOTAKOS LIGOS
I30–I52	KITOS ŠIRDIES LIGŲ FORMOS
I60–I69	CEREBROVASKULINĖS (SMEGENŲ KRAUJAGYSLIŲ) LIGOS
I70–I79	ARTERIJŲ, ARTERIOLIŲ IR KAPILIARŲ LIGOS
I80–I89	VENŲ, LIMFAGYSLIŲ IR LIMFMAZGIŲ LIGOS, NEKLASIFIKUOJAMOS KITUR
I95–I99	KITI IR NEPATIKSLINTI KRAUJOTAKOS SISTEMOS SUTRIKIMAI

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (I00–I99 pagal TLK-10-AM) yra viena dažniausių sergamumo ir mirtingumo priežasčių pasaulyje (World Health Organization, 2021). Šie susirgimai ne tik lemia fiziologinius pakitimus, bet ir veikia psichosocialinę adaptaciją, neretai sukelia sensorinius sutrikimus (pvz., padidėjęs jautrumas garsui, regos ar klausos dėmesio sutrikimai, propriocepcijos pokyčiai), kurie tiesiogiai veikia socialinį funkcionavimą (Steptoe, Kivimäki, 2013). Eurostat duomenimis,² širdies ir kraujagyslių ligos ES yra pagrindinė mirties priežastis. Jos apima platų medicininių sutrikimų, paveikiančių kraujotakos sistemą (širdį ir kraujagysles), spektrą, kurie dažnai kyla dėl aterosklerozės – nenormalaus apnašų kaupimosi, sudarytų, be kita ko, iš cholesterolio ar riebalinių medžiagų, nusėdusių arterijų vidinėse sienelėse. Dažniausiai pasitaikančios kraujotakos sistemos ligos yra išeminė širdies liga (įskaitant širdies smūgius) ir cerebrovaskulinės ligos (įskaitant insultus). Remiantis naujausia pateikiama statistika (subendrinus 2022 m. duomenis), didžiausias mirtingumas ES nuo šių ligų yra keturiose šalyse: Bulgarijoje, Rumunijoje, Latvijoje ir Lietuvoje. Tuo tarpu mažiausias – Prancūzijoje. Taigi tiek Lietuvoje, tiek ir Latvijoje ypač svarbus išgyvenimo procentas, didžioji išgyvenusių pacientų dalis gydomi reabilitacijos centruose. Tokios medicininės rekomendacijos, kaip cholesterolio kontrolė, perdirbtų produktų, greito maisto, rūkymo atsisakymas, fizinis aktyvumas, poilsis, miego psichohigiena, pakankamas vandens vartojimas ir pan., yra elementarūs žmogaus būklę gerinantys veiksniai, visiškai priklausantys nuo asmens gyvenimo būdo, jo noro ir gebėjimo atitinkamus įgūdžius susiformuoti. Tad reabilitacijos ligoninėje praleistas laikas gali padėti sveikesnio gyvenimo būdo ir prevencijos vykdymo pagrindą, ne vien ligų gydymą ateityje.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad sensoriniai sutrikimai gali pasireikšti dėl pačios ligos, medikamentinio gydymo arba dėl gretutinių psichologinių būklių, tokių kaip nerimas ir depresija (Huffman ir kt., 2019). Todėl svarbu taikyti metodines rekomendacijas, kurios padėtų pacientams įveikti sensorinius sunkumus ir tobulinti jų socialinius įgūdžius. Šiai pacientų grupei gali pasireikšti įvairūs simptomai, pavyzdžiui, klausos ir regos, dėmesio sutrikimai: dėl psichofiziologinio streso jie gali sunkiai apdoroti aplinkos dirgiklius (Thayer ir kt., 2010). Be to, gali jausti tam tikrus somatinius pojūčius: sustiprėję kūno signalai (pvz., širdies plakimo pajautimas, oro trūkumas, širdies

² Prieiga internete: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics

„judėjimas“ viduje, virpėjimas ir kt.) gali skatinti sensorinį hiperjautrumą (Barsky ir kt., 2001). Dažniausiai pasitaikantys pojūčiai susiję su vestibuliniais pokyčiais: galvos svaigimas, pusiausvyros sutrikimai, pastarieji mokslinėje literatūroje labiau sietini su vaistų nuo spaudimo vartojimo poveikiu (Warren ir kt., 2015).

Apžvelgsime pagrindines literatūroje siūlomas technikas, kurios gali būti taikomos šiems pacientams:

- Sensorinė integracija. Dažniausiai šiai pacientų grupei svarbu nepervargti, fizinių krūvių didinti po truputį, svarbus ir psichologinis, socialinis nepervargimas, ypač aktyviuoju gydymo laikotarpiu, būtinas tausojantis režimas. Galima naudoti įvairias sensorinės integracijos priemones: burbulų vamzdį su lengva relaksacine muzika, pritaikyti aplinkos sąlygas, parenkant tylesnes erdves, mažesnę vizualųjį triukšmą, atitinkamas sensorines priemones (pvz., taktilines), kurios atliks dėmesio nukreipimo funkciją, kartu padės mažinti sensorinį perkrovimą (Brown, Dunn, 2002).

- Kvėpavimo technikos. Pvz., taikomos sensoriniame sode, gali padėti pacientui mokytis įveikti nerimą, pervargimą, skatina kūno pajautimą. Sąmoningas kvėpavimas mažina autonominės nervų sistemos hiperreaktyvumą, gerina sensorinę savireguliaciją (Grossman ir kt., 2004).

- Kognityvinė elgesio terapija (KET). Tai viena iš šiandienos praktikų, vis dažniau taikomų psichologų, ji padeda perinterpretuoti sensorinius signalus, mažina katastrofinių minčių dėl kūno pojūčių, susijusių su širdies veikla, kiekį (Hofmann ir kt., 2012). Šios praktikos ypač svarbios, nes dažnai po traumuojančio įvykio (pvz., insulto, infarkto ir pan.) žmonės psichologiškai ima jausti savo širdies veiklą, jiems dažnai pasireiškia somatoforminiai sutrikimai ir kt. Tai normalu, nes liga paprastai susijusi su funkcijų silpnėjimu, be to, žmogus galėjo atsidurti akistatos su mirtimi situacijoje.

- Fizinė veikla. Tinkamai pritaikyti fiziniai pratimai (pvz., vaikščiojimas, joga, švelni kineziterapija) gerina sensorinę propriocepziją ir skatina socialinį išitraukimą (Taylor ir kt., 2004). Minėta, kad pervargimas šios grupės pacientams ypač kenkia. Tad fizinių krūvių, viena vertus, reikėtų nuolat didinti, pvz., vieną dieną sode pasivaikštomė įveikdami dešimt metrų, kitą dieną – vienuolika, pamažu atstumą didindami. Antra vertus, sudėtingų būklių pacientai gali lengvai tapti ligoniu ir siekti kuo mažiau judėti, atlikti veiklas, jiems gali norėtis kuo daugiau gulėti, sėdėti. Todėl vykdyti autonominę veiklą gali būti nelengva, juos reikia įtikinti, paskatinti. Puiku, jeigu yra grupinės veiklos galimybė, kur galima aptarti individualius pastebėjimus, pagerėjimą, tai labiausiai motyvuotų toje pačioje situacijoje esančius kitus pacientus siekti autonominės reabilitacijos.

Kaip minėta, paciento gyvenimo būdas ir ligų prevencija yra svarbiausi sergant šiomis ligomis. Tad būtina tobulinti ne tik socialinius sveikos gyvensenos įgūdžius, bet ir kitus, kurie susiję su nerimo mažinimu, sensoriniais sutrikimais, pastarųjų gali atsirasti dėl pažaidos ir kelti pacientui rūpesčių kaip papildomi jutimai. Lavinti socialinius įgūdžius gali padėti socialinė edukacija, kai aiškinamos galimos sensorinių sutrikimų priežastys, mokoma juos atpažinti, stebėti jų poveikį kasdieniams santykiams, be to, pats pacientas gali būti apmokytas atliepti poreikius (Stenberg ir kt., 2016). Kartais tokiems pacientams taikomos komunikacijos pratybos – aktyvaus klausymosi, aiškaus poreikių išsakymo, streso valdymo taikant dialogą (Segrin, Taylor, 2007). Žinoma, naudingos ir jau minėtos grupinės intervencijos, kurios puikiai suburia visus į savitarpio pagalbos grupes, vyksta bendruomeniniai susitikimai, silpninantys izoliacijos jausmą ir stiprinantys socialinius tinklus (Heisler, 2010). Taip žmonės nesijaučia palikti vieni su savo liga, kitų istorijos gali būti įkvepiančios, ypač mokant pacientus autonomiškai naudotis sensoriniu sodu, taikyti taktilines priemones, specialistas gali paskatinti pacientus bendradarbiauti tarpusavyje,

pamentoriauti, kas juos labiau motyvuotų, šalia gaunamos pagalbos, autonomiškai vykdyti psichosocialinę reabilitaciją. Pacientai gali naudotis ir įvairiomis technologijomis, tai sensorinės, mitybos, fizinio aktyvumo, miego programėlės, padedančios išlaikyti kasdienio savireguliacijos įgūdžių lavinimo režimą (Chittaro, Vianello, 2016).

Taigi apžvelgsime (žr. 18 lentelę) pagal sensorines sistemas, kokie metodai gali būti taikomi šiai pacientų grupei, kokius įgūdžius galima ugdyti.

18 lentelė. *Sensorinių sistemų lavinimo strategijos.*

Sensorinė sistema	Metodai	Indikacijos	Kontraindikacijos	Lavinami socialiniai įgūdžiai
Propriocepcija	Pacientams svarbu nepervargti ir pamažu didinti krūvį, tinka lengva kineziterapija (pvz., tempimo, vaikščiojimo pratimai), gumos, kamuoliuko gniaužymas. Joga, sąmoningas kvėpavimas. Pasipriešinimo guma, lengvi svoriai (laikantis gydytojo rekomendacijų).	Visi aprašyti pratimai lemia giluminę propriocepcijos sistemos pajautimą ir duoda jėgos stiprinimo efektą. Taip mažinama raumenų įtampa, gerinama judesių koordinacija, kuri paprastai būna ypač sutrikusi, be to, silpninami streso sukelti kūno pojūčiai, nes žmogus bijo artėjančios mirties, prarasto dalyvumo, jis gali baimintis situacijos pablogėjimo, jausti nemalonius jutimus.	Ūminės širdies būklės (pvz., nestabili krūtinės angina, nesureguliuotas spaudimas). Gydytojo draudimas dėl apkrovos.	Pacientas pirmiausia lavina savistabos gebėjimus: stebi, jaučia savo kūną, t. y. su juo „susidraugauja“, supranta, ką kuris jutimas reiškia, to nekatastrofuojant. Be to, ugdomi savikontrolės gebėjimas, jaučia, kiek įvairių veiklų gali atlikti, kur jo riba, kur yra daugiau nei buvo vakar. Ugdomi atsakomybę už savo kūno būseną, pasitikėjimą savimi ir savo jėgomis, asmens tapatumą iš „ligonio“ į „galintįjį“.

<p>Taktilika</p>	<p>Tinka įvairios jutiminės, sensotrinės, priemonės, pavyzdžiui, taktiliniai kamuoliukai, minkšti audiniai, sienos skydas „Dobilas“, taktilinis skydas, savimasažas rankomis ar masažinėmis priemonėmis, su dygliuotu kamuoliuku, skirtingomis tekstūromis. Sąmoningas rankų plovimas, šiltos vonelės.</p>	<p>Veikiant taktilinę sistemą paciento nerimas mažėja, nes kūnui patyrus sensorinę ir fiziologinę perkrovą, būtina mokytis jį nuraminti taikant įvairias technikas. Tai gali būti kūno įtampos pojūčio mažinimas, dirginimo malšinimas, skatinimas atsipalaiduoti.</p>	<p>Atviros žaizdos. Odos ligos. Alerginės reakcijos. Stiprus jutimų vengimas (hipersensityvumas).</p>	<p>Pacientas lavina savistabos įgūdžius, kiek, pvz., toleruoja dušą ar rankų plovimą, kiek ne, kitas taktilines, pasunkintąsias priemones, skirtingas faktūras ir kt. Dirglumas mažėja ar didėja. Pacientas įsiklauso į savo poreikius, juos geriausia būtų aptarti su specialistu ar kitais pacientais grupinio susitikimo metu. Socialinių įgūdžių, susijusių su ribų nustatymu ir kt., lavinimas bendraujant.</p>
<p>Vestibulinė</p>	<p>Pacientas gali atlikti visus švelnius ir lėtus galvos bei liemens judesius. Tinka lėtas vaikščiojimas nelygiu paviršiumi, sėdėjimas ant balansinio kamuolio, kvėpavimo derinimas su judesiu.</p>	<p>Pacientui tinkamos visos minėtos intervencijos ne tik mažinant, bet ir formuojant sveikos gyvensenos autonominio veikimo pagrindus dėl galvos svaigimo profilaktikos, pusiausvyros praradimo. Mažėja nerimas stovint ar judant. Atitinkamų vaistų vartojimas gali sukelti vestibulinių simptomų, kurie įveikiami pratimais.</p>	<p>Ūminės kardiologinės būklės. Labai žemas ar aukštas kraujospūdis. Didelė kritimo rizika.</p>	<p>Socialiniai įgūdžiai yra sudėtingiausi dėl pasitikėjimo savo jėgomis ir saugia aplinka. Būtina ugdyti savarankiškumo ir fizinės drąsos įgūdžius. Pacientams, po kritimo itin sunku tai išugdyti, gali būti, jog be KET tai nepavyks. Taip pat ugdomi gebėjimai orientacijai erdvėje, saugaus elgesio įgūdžiai socialinėse situacijose.</p>

Taigi aptariant sensorinius sutrikimus sergant širdies ir kraujagyslių ligomis ypač svarbus psichosocialinės adaptacijos veiksnys, galimybė šalia fizinės įveikos taikyti ir psichosocialinį palaikymą, pvz., savipagalbos grupių, mentorystės (kai kiti pacientai parodo, kaip nueiti iki autonominių sienelių, sensorinio sodo, ką ten veikti, kt.). Įveikos technikas ir socialinių įgūdžių ugdymo strategijas būtina integruoti į kompleksinę pacientų priežiūrą. Taikant sensorinę integraciją, kvėpavimo pratimus, skatinant savarankiškumą, KET ir socialinių įgūdžių lavinimą, mažinamas neigiamas sensorinių sutrikimų poveikis kasdieniam gyvenimui, gerinama pacientų gyvenimo kokybė.

3.8. Metodinės K00-K93 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

K00-K14	BURNOS ERTMĖS, SEILIŲ LIAUKŲ IR ŽANDIKAULIŲ LIGOS
K20-K31	STEMPLĖS, SKRANDŽIO IR DVYLIKAPIRŠTĖS ŽARNOS LIGOS
K35-K38	KIRMĖLINĖS ATAUGOS LIGOS
K40-K46	IŠVARŽOS
K50-K52	NEINFEKCINIS ENTERITAS IR KOLITAS
K55-K64	KITOS ŽARNYNO LIGOS
K65-K67	PILVAPLĖVĖS LIGOS
K70-K77	KEPENŲ LIGOS
K80-K87	TULŽIES PŪSLĖS, TULŽIES LATAKŲ IR KASOS PAŽEIDIMAI
K90-K93	KITOS VIRŠKINIMO SISTEMOS LIGOS

Šiame skyriuje aptarsime virškinimo sistemos ligas (K00–K93 pagal TLK-10-AM). Jos apima platų įvairių sutrikimų spektrą – nuo burnos ertmės, stemplės, skrandžio, žarnyno iki kepenų, kasos ir tulžies pūslės ligų (World Health Organization, 2022). Šie susirgimai dažnai yra lėtiniai, susiję su mitybos ribojimais, skausmu, sensoriniais pojūčiais, ypač susijusiais su taktiline ir interoceptine sistema (pvz., pykinimu, pilvo diskomfortu, skonio ar uoslės pokyčiais), kurie gali paveikti emocinę būseną bei socialinę adaptaciją (Van Oudenhove ir kt., 2016).

Nors labiau orientuosimės į sensorikos sutrikimus, autonominių darbų su sensorinėmis sienelėmis ar sensoriniu sodu, specialistai turėtų atsižvelgti ir į papildomus psichosocialinius aspektus, kurie gali trikdyti asmens įgalinimo procesą. Virškinimo sistemos ligas lydintys sensoriniai sutrikimai pasireiškia ne tik somatiniais pojūčiais, bet ir sensorinės integracijos sunkumais, kurie susiję su mitybos procesais, maisto tekstūra ar kvapais (Simrén ir kt., 2013). Todėl būtina taikyti sutrikimo įveikos metodus, kurie mažina sensorinę perkrovą bei lavina kasdieniame gyvenime būtinus socialinius įgūdžius. Aptarsime ir psichosocialinius aspektus, kurie gali paveikti paciento savarankiško veikimo motyvaciją, jie gali atsisakyti savarankiškai užsiimti viena ar kita veikla.

Lėtinės neinfekcinės ligos, tokios kaip prieš tai aptartos širdies ir kraujagyslių, bei virškinimo sistemos sutrikimai susiję ne tik su somatiniais simptomais, bet ir su reikšminga psichosocialine našta. Pacientams dėl šių dviejų sutrikimų grupių kyla daugiausiai įvairių emocijų, psichosocialinių išgyvenimų, ligai ar reabilitacijos procesui užsitęsęs, ligos nesuvaldant, atsiradus priklausomybių – pasikeitus savarankiškumo santykiui.

Emocinė gerovė. Vienas dažniausių pacientų, kurie serga tiek širdies kraujagyslių, tiek ir virškinimo ligomis, gyvenimo pokyčių – sudėtingi emociniai išgyvenimai. Mokslinėje literatūroje dažniausiai minimi nerimas ir baimė, nes šiomis ligomis sergantys pacientai dažnai jaučia nuolatinę grėsmės gyvybei baimę, ypač po širdies smūgio ar operacijos (Suls, Bunde, 2005). Virškinimo sistemos sutrikimų turintys pacientai gali bijoti simptomų paūmėjimo viešose vietose ar socialinių renginių metu, darbo vietoje, patiria diskomfortą ir juos dažnai gąsdina jų būklės nulemtos socialinės situacijos (Van Oudenhove ir kt., 2016).

Depresijos išgyvenimas. Tyrimai atskleidė, kad 20–30 proc. širdies ligomis sergančių pacientų patiria depresijos simptomų, kurie dar pablogina jų ligos prognozę ir gyvenimo kokybę (Huffman ir kt., 2019). Tuo tarpu sergantieji virškinimo ligomis dažnai jaučia depresinį nuotaikos foną dėl lėtinio skausmo ar mitybos apribojimų, kadangi ilgą laiką tenka laikytis dietos, greitai kinta svoris, pacientai tampa priklausomi nuo aplinkinių, mažėja jų socialinis aktyvumas. Be to, pasireiškia skausminiai jautimai, ypač jei jie užtrunka, tai ypač vargina (Mayer ir kt., 2015).

Socialinė izoliacija ir santykių kaita. Įvairūs virškinimo sistemos sutrikimai lemia laipsnišką izoliacijos jausmo formavimąsi. Pirmiausia silpnėja socialiniai ryšiai, nes pacientai vengia dalyvauti bendrose šventėse, susiėjimuose, kuriuose valgoma, arba paprastai nedalyvauja paciento artimoje aplinkoje organizuojamose didesnio fizinio aktyvumo veiklose dėl turimų apribojimų (Jackson ir kt., 2018). Tai vyksta ir dėl stigmatizacijos bei saviizoliacijos, t. y. neaišku, dažniau sociumas atstumia šiuos žmones ar vis tik jie patys atsiriboja nuo visuomenės ir veiklų. Sergantieji virškinimo ligomis (pvz., dirgliosios žarnos sindromu, Krono liga) dažnai patiria aplinkinių nesupratimą, kas su jais vyksta, nes simptomai gali būti nematomi, bet trikdančios (Taft ir kt., 2011). Paprastai ligai progresuojant paciento savarankiškumas menksta, vis sunkiau jį išlaikyti, jie tampa priklausomi arba nuo savo šeimos narių, arba nuo sveikatos priežiūros specialistų, o tai kelia prarastos autonomijos jausmą (Lennon ir kt., 2018).

Gyvenimo kokybės ir tapatumo pokyčiai. Ilgai trunkanti chroniška varginanti liga daro ilgalaikį neigiamą poveikį pacientų psichologinei gerovei, fiziniam aktyvumui ir savivertei (Ware ir kt., 1993). Virškinimo ligos gali keisti paciento santykį su savo kūnu, pvz., dėl svorio pokyčių ar chirurginių intervencijų (Knowles ir kt., 2013). Lėtiniai simptomai mažina paciento produktyvumą, lemia ankstyvesnį pasitraukimą iš darbo rinkos, o tai kelia finansinį ir socialinį stresą (Zuercher ir kt., 2015).

Įveikos strategijos. Jau minėta, kad virškinimo sutrikimai lemia sutrikimus interoceptiniu lygmeniu. Interoceptiniai pojūčiai – sustiprėję pilvo, nemalonūs krūtinės ar skrandžio pojūčiai, dažnai susiję su jaučiamu nerimu ir stresu (Mayer, 2011). Be to, pacientams pasireiškia skonio ir uoslės sutrikimai – vaistai ar ligos eiga gali pakeisti skonio receptorių jautrumą, o tai tiesiogiai veikia valgymo įpročius (Croxford, 2005). Šiais atvejais gali padėti ne tik sensorinės įveikos strategijos, be sensorinės įveikos ir įgūdžių ugdymo, būtina teikti ir psichologinę bei socialinę pagalbą. Galima taikyti aktyvias streso įveikos strategijas (pvz., psichoedukacija, terapinės grupės): pacientas jausis geriau susitikęs su panašiomis ligomis sergančiaisiais, galės pasidalyti savo išgyvenimais, paprastai tai pagerina gyvenimo kokybę, sumažina stresą (Carver ir kt., 1989). Kitas dalykas – būtina socialinė šeimos narių, draugų parama, tai vienas svarbiausių apsauginių veiksnių nuo depresijos ir socialinės izoliacijos (Heisler, 2010). Jau minėta kognityvinė elgesio terapija, kuri padeda mažinti neigiamas nuostatas ir įkyrias mintis dėl ligos simptomų, didina emocijų savireguliaciją (Hofmann ir kt., 2012).

Kalbant apie sensorikos sutrikimus sergant virškinimo ligomis, dažniausiai minimas taktilinės

interocepcijos sutrikimas. Tai pasireiškiančios taktilinės reakcijos į maistą – jautrumas tekstūrai, maisto konsistencijai ar temperatūrai (Farmer ir kt., 2014). Gali pasireikšti ir sensorinė hiperjautra, kai valgymo procesą apsunkina pati aplinka – triukšmas, kvapai ar vizualūs dirgikliai (Raviv, Nachshon, 2019). Paprastai siekiant tokius sutrikimus įveikti vien sensorinės dietos nepakanka. Socialiniai įgūdžiai ir autonominis jų lavinimas yra esminiai sėkmės veiksniai reabilitacijos procese ir jam pasibaigus. Yra įvairių technikų, kurios padeda įveikti ar sumažinti maisto aplinkos netoleravimą ir / ar taktilinį jautrumą interocepcijos atveju:

1. Maisto sensorinė adaptacija. Adaptacijos procesas gali užtrukti net pusmetį ar ilgiau. Svarbu, kad pacientui būtų pritaikytos tekstūros, parinkti švelnūs skoniai, mažesni maisto kiekiai, laipsniškai įtraukiami nauji produktai, ypač esant didelei netolerancijai, nes po kiekvienos naujos nesėkmės pacientas tarsi vėl atsiduria pradiname taške ir vėl iš naujo bando išgyventi maisto sensorinę adaptaciją.
2. Interocepcijos treniruotės. Joms būtinas išmanymas, Lietuvoje ar Latvijoje jos sunkiai taikomos. Būtinai dėmesingo įsisąmoninimo pratimai, kvėpavimo technikos, dėmesio perkėlimas nuo skausmo ar diskomforto į neutralų dirgiklį. Jas dažniau taiko psichoterapeutai.
3. Kognityvinė elgesio terapija (KET). Jau minėta, esant kitų sutrikimų, psichoterapinė pagalba, kai realius kūno signalus svarbu atskirti nuo iškreiptų interpretacijų, kurios nulemtos pasireiškiančių simptomų baimės.
4. Aplinkos pritaikymas valgymo procesui – svarbi dedamoji. Pacientas turi valgyti tylioje, saugioje aplinkoje, kur nėra papildomų dirgiklių, esant struktūruotam valgymo ritmui.

Aptarsime ir socialinių įgūdžių konstravimą sąsajoje su sutrikimu bei sensoriniais jutimais. Pirmiausia pacientai turėtų sudalyvauti mitybos edukacijoje, tai pirmasis įsisąmoninimo lygmuo, kai nerimas turėtų mažėti. Jis turi sužinoti ne tik apie apribojimus, bet ir apie galimybes. Pacientai informuojami apie jų būklę, mokosi įvardyti savo poreikius socialinėse situacijose. Savipagalbos grupėse jiems ypač svarbu bendrauti su kitais panašių sutrikimų turinčiais asmenimis, būtina emocinė parama. Be to, šiose grupėse galima mokytis tinkamai išsakyti apribojimus, savo norus. Dažnai virškinimo sistemos ligos ir išgyvenamas stresas glaudžiai susiję, tad būtina mokytis valdyti stresą pasitelkus dialogą – konfliktinių situacijų, susijusių su mityba ar socialiniais renginiais, sprendimo gebėjimų ugdymas (Kreiviniene, Vaitkienė, 2021).

19-toje lentelėje pateikta sensorinių sutrikimų, jų įveikos metodų, indikacijų ir kontraindikacijų apžvalga, jų poveikis socialiniams įgūdžiams.

19 lentelė. Sensorinių sistemų lavinimo strategijos.

Sensorinė sistema	Metodai	Indikacijos	Kontraindikacijos	Lavinami socialiniai įgūdžiai
Propriocepcija / interocepcija (vidiniai kūno pojūčiai)	Sąmoningas supratimas. Kvėpavimo pratimai. Lengva mankšta po valgio (pvz., pasivaikščiojimas).	Pilvo įtampa. Nerimas dėl simptomų. Virškinimo diskomfortas.	Ūmus skausmas. Paūmėjusi virškinimo liga.	Streso valdymas. Savireguliacija. Atsakomybės dėl savo sveikatos prisiėmimas.
Taktilika (maisto pojūčiai, tekstūra)	Laipsniškas naujų maisto tekstūrų įtraukimas. Sąmoningas valgymas (lėtas kramtymas). Taktilinės stimuliacijos priemonių taikymas (pvz., masažinės priemonės).	Sensorinė hiperjautra. Maisto vengimas. Nerimas dėl valgymo.	Sunki disfagija. Alergijos konkreitiems produktams.	Naujų situacijų toleravimas. Pokyčių priėmimas. Savęs pažinimas.
Vestibulinė sistema	Lėtas judėjimas pavalgis. Kūno padėties keitimas (pvz., iš sėdimos į stovimą). Pusiausvyros pratimai be intensyvios apkrovos.	Galvos svaigimas. Silpnumas po valgio. Vaistų poveikis.	Ūminės būklės. Didelė kritimo rizika.	Pasitikėjimas savo kūnu. Saugumo pojūtis. Socialinė drąsa (judėjimo grupėje metu).

Dėl virškinimo sistemos ligų (K00-K93) galima teigti, kad šie sutrikimai ir su jais susiję sensoriniai jutimai ne tik trikdo fiziologinius procesus, bet ir lemia paciento psichosocialinius sunkumus. Tinkamai parinktos įveikos technikos (aplinkos pritaikymas, sensorinė adaptacija), socialinių įgūdžių lavinimas (edukacija, komunikacijos treniruotės, grupinė pagalba) gali sumažinti ligos keliamą naštą, pagerinti socialinę integraciją ir gyvenimo kokybę.

3.9. Metodinės M00-M99 susirgimų socialinių įgūdžių ugdymo rekomendacijos

M00-M25	ARTROPATIJOS
M00-M03	INFEKČINĖS ARTROPATIJOS
M05-M14	UŽDEGININĖS POLIARTROPATIJOS
M15-M19	ARTROZĖ
M20-M25	KITOS SĄNARIŲ LIGOS
M30-M36	SISTEMINĖS JUNGIAMOJO AUDINIO LIGOS
M40-M54	DORSOPATIJOS
M40-M43	DEFORMUOJANČIOS DORSOPATIJOS
M45-M49	SPONDILOPATIJOS

Šiame skyriuje pagal TLK-10 klasifikaciją aptarsime sutrikimų tipo M00–M99 metodines rekomendacijas, arba jungiamojo audinio ir raumenų bei skeleto ligas. Raumenų, skeleto ir jungiamojo audinio ligos (kodai M00–M99 pagal TLK-10) apima platų lėtinių sutrikimų spektrą. Šie susirgimai pasižymi ne tik fiziologiniais pokyčiais, bet ir dideliu poveikiu psichologinei sveikatai bei žmogaus socialinei gerovei. Pastaraisiais metais tiek užsienio, tiek ir Lietuvos mokslininkai pabrėžia būtinybę šiuos sutrikimus vertinti kompleksiskai – susiejant somatinius, emocinius ir sensorinius aspektus (Kube ir kt., 2022; Mikulėnaitė, 2020).

Jungiamojo audinio ir raumenų bei skeleto sistemos ligos (sutrikimai pagal TLK-10 kodus M00–M99) dažnai sukelia ilgalaikį fizinį skausmą, fizinę neįgalią ir gyvenimo kokybės pokyčius jį vienaip ar kitaip ribodami. Ilgai trunkantis skausmas ir fiziniai ribotumai neapsiriboja vien šiais simptomais – šios ligos glaudžiai susijusios su reikšmingais paciento ir psichologiniais, socialiniais pokyčiais. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad pacientams, kurie serga reumatoidiniu artritu, osteoartritu ar turi kitų lėtinių raumenų-skeleto sutrikimų, dažnai pasireiškia depresija, nerimas, miego sutrikimai ir emocinis išsekimas (Matcham ir kt., 2019; O’Mahony ir kt., 2022).

Dėl psichologinės būklės svarbu paminėti, kad šie pacientai kur kas dažniau nei kitų susirgimų grupėse susiduria su depresijos pasireiškimu (Matcham ir kt., 2019). Lėtinis skausmas ir funkciniai apribojimai mažina savarankiškumo jausmą, stiprina bejėgiškumo ir beviltiškumo pojūtį (Kube ir kt., 2022). Chroninis ligos pobūdis ir jos ilgalaikiškumas lemia paciento fizinį ir psichologinį išsekimą, nuovargį, beviltiškumo jausmą. Ilgalaikis stresas išgyvenamas ir dėl to, kad ligai užsitęsęs pacientas praranda turėtus socialinius vaidmenis, be to, gali sustiprėti psichosomatinės reakcijos, kas neigiamai veikia imuninės sistemos veiklą (Hassett, Clauw, 2011).

Reabilitacijoje esančiam pacientui ypač svarbus psichologinis ir socialinių grupių palaikymas. Šių pacientų psichologinės būklės prastėjimas lemia ligos progresavimą, nes pacientas ima pasiduoti, jis patiria nuolatinę beviltiškumo būseną, jaučia psichologinį išsekimą. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad, pavyzdžiui, depresija gali mažinti paciento gydymosi rekomendacijų laikymąsi, didinti subjektyvų skausmo suvokimą ir mažinti reabilitacijos, ypač autonominės, motyvaciją (Sharpe ir kt., 2020). Tad svarbu, kad gydymo planuose būtų integruotos psichologinės intervencijos, ypač kognityvinė elgesio terapija, sąmoningumo (angl. *mindfulness*) metodai bei socialinės paramos grupės (Kube ir kt., 2022).

Kalbant apie autonominę pacientų reabilitaciją sensoriniame sode ir naudojimąsi sensorinėmis salelėmis, geriausia būtų autonominę reabilitaciją planuoti mažose pacientų, kurių

panašūs išgyvenimai bei ligos eiga, grupėse. Apibendrinant pacientų, sergančių M00–M99 grupės ligomis, simptomatiką galima teigti, kad jų psichologinė būklė yra esminė jų holistinės sveikatos sudedamoji dalis. Depresija, nerimas ir emocinis išsekimas – dažni šių ligų palydovai, tiesiogiai veikiantys fizinę savijautą, lemiantys gydymo sėkmę ir gyvenimo kokybę. Holistinis požiūris, apimantis tiek somatinį, tiek psichologinį gydymą, gali ženkliai pagerinti pacientų adaptaciją ir ligos eigą.

T. Kube ir kt. (2022) pabrėžia, kad neigiamos ligos nuostatos – tikėjimas, kad liga yra nevaldoma ar progresuojanti – stiprina nerimo ir depresijos simptomus. Šis psichologinis stresas daro ir biologinį poveikį: ilgalaikis kortizolio padidėjimas gali skatinti uždegiminiuosius procesus, taip pablogindamas ligos eigą (Hassett, Clauw, 2011). Šie procesai lemia „užburtą ratą“, kuriame fiziniai simptomai stiprina psichologinius, o šie – fizinius.

Analizuojant Lietuvoje atliktus tyrimus pastebima, kad raumenų ir sąnarių skausmai neretai siejami su nuovargiu, miego sutrikimais ir emocinės savijautos prastėjimu. L. Mikulėnaitė (2020) pabrėžia, kad nuolatinis skausmas ir fiziniai apribojimai slopina žmogaus savivertės ir savarankiškumo jausmus, gebėjimą atlikti socialinius vaidmenis, ypač darbingo amžiaus žmonių.

Moksliniuose tyrimuose aptariama, kad pacientai, sergantys raumenų ir skeleto ligomis, tampa socialiai pažeidžiami. M00–M99 grupės ligomis sergantys pacientai dažnai patiria socialinės izoliacijos jausmą, praranda profesinius gebėjimus, jiems gali trūkti artimųjų paramos. L. F. O’Mahony ir bendraautorai (2022) pastebi, kad socialinė parama yra vienas stipriausių apsauginių veiksnių nuo depresijos ir nerimo šiose pacientų grupėse. Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad pacientai, dalyvaujantys savitarpio paramos grupėse ar fizioterapijos pratybose, minėjo geresnę emocinę savijautą ir stipresnę ligos suvaldymo pojūtį (Jasinskienė ir kt., 2018).

Taigi apibendrinant galima teigti, kad psichologiniai veiksniai lemia ir gydymo rezultatus. Depresijos simptomai mažina motyvaciją laikytis gydymo režimo, dalyvauti reabilitacijoje, o pesimistinės nuostatos siejamos su stipresniu skausmo jutimu (Sharpe ir kt., 2020). Reabilitacijoje šiems pacientams ypač svarbus integruotas požiūris, apimantis psichologinę, socialinę pagalbą ir įvairias sąmoningumo praktikas (Kube ir kt., 2022).

Analizuojant šių pacientų grupės sensorinius sutrikimus, galima aptikti nemažai mokslinių tyrimų apie tai, kad ligos paveikia žmogaus sensorines sistemas, jų sensorinį suvokimą. Dėl sąnarių pažeidimo, uždegiminių procesų ar nervų dirginimo gali kisti propriocepcijos (judesių suvokimo, kūno schemas, kūno suvokimo erdvėje) kokybė, atsirasti sensorinės hipersensityvumo ar hipojautos požymių (O’Mahony ir kt., 2022). Fibromialgijos atveju pacientai dažnai skundžiasi padidėjusiu sensoriniu jautrumu, kai net silpni dirgikliai sukelia stiprų skausmą (Clauw, 2014). Ši būklė rodo centrinės nervų sistemos hiperreaktyvumą, susijusį su emocinės reguliacijos sutrikimais. Tokie sensoriniai pokyčiai susiję su paciento psichologine būkle. Žmonės, kurių jutimo suvokimas pakitęs, dažniau jaučia nerimą, nes jų kūno pojūčiai nebeprognozuojami (Hassett, Clauw, 2011). Tai mažina pasitikėjimą savo kūnu, kelia įtampą ir gali skatinti socialinį atsiribojimą. Sensorinės terapijos ir kūno suvokimo (angl. *body awareness*) metodai, kaip rodo Slaugos instituto tyrimai Lietuvoje, padeda susgrąžinti pasitikėjimą kūnu ir mažinti emocinį stresą (Mikulėnaitė, 2020).

Šiems pacientams autonomiškai formuoti socialinius įgūdžius dėl minėtų psichosocialinių veiksnių sudėtinga. Skiriamos šios pagrindinės socialinių įgūdžių lavinimo kryptys (Furness ir kt., 2018):

– Savireguliacija ir skausmo valdymas – tai pacientų mokymas atpažinti skausmo priežastis, taikyti atsipalaidavimo technikas, dėmesingo įsisąmoninimo (angl. *mindfulness*)

metodus.

- Socialinė komunikacija: tobulinamas gebėjimas aiškiai išsakyti poreikius, ribas, kreiptis pagalbos, palaikyti pozityvų bendravimą nepaisant fizinių apribojimų.
- Kasdienės veiklos organizavimas: pacientai mokomi planuoti veiklas pagal savo fizines galimybes, naudotis pagalbinėmis priemonėmis, laikytis darbo ir poilsio režimo.
- Streso ir emocijų valdymas: mokoma konstruktyvių įveikos strategijų, kaip mažinti nerimą, depresijos simptomus bei socialinį uždaramą.
- Socialinių tinklų palaikymas: skatinama aktyviai dalyvauti bendruomeninėse veiklose, ieškoti paramos grupių, stiprinti santykius su artimaisiais.

Reabilitacijoje šiems pacientams formuojant kompleksinę pagalbą ir siekiant įtakoti sensorines sistemas būtina įtraukti holistinius komponentus, nes darbingumo, dalyvumo gali būti netekę būdami darbingo amžiaus, keičiasi ir jų, kaip darbuotojų, tėvų, sutuoktinių, vaidmenys. Be to, visame reabilitacijos procese mažėja savarankiškumas, kyla psichofizinis nuovargis, tai lemia socialinę izoliaciją. Sensoriniai jutimai ypač išaugina skausmo jutimą ir įtraukia į psichologinio skausmo išgyvenimo ratą. Taigi medicinos darbuotojams tenka sudėtingas uždavinys paveikti asmens psichosocialinę sritį, formuoti fizinę ir sensorinių dirgiklių atliepimo pagalbą, įtraukiant psichologinę ir socialinę pagalbą. 20 lentelėje pateikiamas esminių mokslinių šaltinių, kurie nurodo šių pacientų savarankiškumo galimybes, apibendrinimas.

20 lentelė. Sensorinių sistemų lavinimo strategijos.

Sensorinė sistema	Pagrindiniai sutrikimai	Intervencijos	Indikacijos	Kontraindikacijos	Ugdomi socialiniai įgūdžiai	Remiantis
Proprio receptinė (kūno padėties ir judesių suvokimas)	Šnarių standumas, raumenų silpnumas, koordinacijos stoka, sutrikęs kūno suvokimas, sumažėjęs pasitikėjimas automatiniais kūno judesiais.	Propriorepcijos lavinimas (pusiausvyros, tempimo pratimai, jėgos treniruotės). Judesio valdymo (angl. <i>body awareness</i>) terapijos. Sensorinė - motorinė reabilitacija su elastingomis juostomis ar terapiniais kamuoliais.	Lėtinis šnarių skausmas, disbalansas, pooperacinė reabilitacija, raumenų- skeleto disfunkcija.	Ūmus uždegimo paūmėjimas, stiprus skausmas, šnario patinimas.	Kūno schemos suvokimas. Savikontrolė atliekant judesį. Pasitikėjimas kūnu, savarankiškas sprendimų priėmimas. Emocijų reguliavimas per kūno judesį. Tinka gumos tempimas, sienos skydas „Dobilas“, taktilinis skydas, multisensoriniai burbulų vamzdžiai.	Kube ir kt., 2022; Mikulėnaitė, 2020; Hassett, Clauw, 2011.
Vestibulinė (pusiausvyra ir judesio orientacija)	Galvos svaigimas, orientacijos sutrikimas, koordinacijos trūkumas, nerimas dėl atliekamų	Vestibulinės stimuliacijos pratimai (supimasis, galvos sukimas, stovėjimas ant nestabilaus	Pacientai, kurių sutrikusi pusiausvyra, po ilgo nejudrumo ar operacijų, patiriantys vestibulinį nerimą.	Aktyvūs vestibuliniai uždegimai, ūminė galvos svaigimo fazė, stiprus ortostatinis nestabilumas.	Judesio saugumo suvokimas. Aplinkos suvokimo kontrolė. Socialinis pasitikėjimas ir dalyvavimas	O'Mahon y ir kt., 2022; Jasinskienė ir kt., 2018; Clauw, 2014.

	judesių, padidėjęs jautrumas keičiant kūno padėtį.	paviršiaus). Kvėpavimo ir dėmesingumo būdai. Akių ir galvos koordinacijos pratimai.			grupinėse veiklose. Savireguliacija stresinėse situacijose. Tinka sienos skydas „Dobilas“, taktilinis skydas, multisensoriniai burbulų vamzdžiai.	
Taktilinė (lytėjimo)	Padidėjęs ar sumažėjęs jutimo jautrumas, skausmo hipersensityvumas (ypač fibromialgijos atveju), fizinio kontakto vengimas.	Taktilinė stimuliacija: švelnus masažas, šilumos / šalčio terapija. Savimasažo technikos (autonominė reabilitacija). Sensorinės tekstūros terapija (audiniai, smėlis, vanduo).	Fibromialgija, reumatoidinis artritas, pooperaciniai randai, sensorinis diskomfortas.	Odos infekcijos, atviros žaizdos, ūmūs dermatitai.	Pasitikėjimas fiziniu kontaktu. Emocinio artumo toleravimas. Nusiramimas taikant lytėjimą. Socialinė drąsa ir kūno įvaizdžio priėmimas. Tinka gumos tempimas, sienos skydas „Dobilas“, taktilinis skydas, multisensoriniai burbulų vamzdžiai, įvairios tekstinės tekstūros ir faktūros, vandens procedūros.	Matcham ir kt., 2019; Mikulėnaitė, 2020; Sharpe ir kt., 2020.

Didžiosios šių pacientų dalies propriocepcinė, vestibulinė ir taktilinė sistemos išderintos. Nauji jutimo pokyčiai ne tik silpnina motorinius gebėjimus, bet ir kelia psichologinį stresą, nerimą, lemia socialinį atsiribojimą. Autonominė rehabilitacija, paremta sensorinės integracijos principais, leidžia pacientui aktyviai dalyvauti savo gijimo procese – stiprina savireguliaciją, kelia pasitikėjimą kūnu ir tobulina socialinius įgūdžius. Tyrimai atskleidė, kad tokios programos padeda slopinti pacientų depresijos simptomus, gerina motorinę koordinaciją, didina socialinį įsitraukimą (Kube ir kt., 2022; Jasinskienė ir kt., 2018).

Apibendrinant galima teigti, kad psichologinė žmonių, sergančių M00–M99 ligomis, būklė neatsiejama nuo jų fizinės sveikatos ir ligos eigos. Lėtinis skausmas, sensoriniai pokyčiai ir socialinė atskirtis yra pagrindiniai depresijos, nerimo ir emocinio išsekimo vystymosi rizikos veiksniai. Psichologinių intervencijų integravimas į gydymo procesą ne tik gerina emocinę savijautą, bet ir padeda efektyviau valdyti somatinius simptomus. Holistinis požiūris į žmogų, apimantis fizinius, sensorinius ir psichologinius komponentus, yra esminis autonomiško jų savireabilitacijos skatinimo veiksnys. Be to, galima formuoti pacientų tarpusavio palaikymo grupes, kur jie galėtų vienas kitą palaikyti ir įkvėpti, mažomis grupelėmis autonomiškai dirbti sensoriniame sode ar sensorinėse sienelėse.

IV. SOCIALINIŲ ĮGŪDŽIŲ VERTINIMO INSTRUMENTAS

Siekiant reabilitacijos centruose įvertinti žmonių su negalia ar sumažėjusiais gebėjimais socialinius įgūdžius, sukurtas „Modifikuotas socialinių įgūdžių vertinimo instrumentas“. Šio instrumento tikslas – įvertinti asmens socialinius ir savarankiškumo įgūdžius, kurie apima kasdienio gyvenimo įgūdžius, socialinę veiklą, bendravimą, pasitikėjimą kitais bei autonominės veiklos (arba savarankiškumo) veikti motyvaciją. Lietuvoje ir Latvijoje socialinių įgūdžių vertinimas dažniau skiriamas vaikams, kurių raida sutrikusi. Naudojamos *Portage* ar TEACCH struktūruoto tipo skalės, deja, universalus instrumento, kuris matuotų pacientų savarankiškumą, bendravimo galimybes, motyvaciją ir savivertę, nėra. Dalis *WeeFim*'o klausimų tai apibrėžia, tačiau reabilitacijos procese vis tik šie puikūs instrumentai yra per ilgi, tad apkrauna medicinos darbuotojus – jie priversti papildomai pildyti dokumentus, o ne tiesiogiai dirbti su pacientais. Šis sukurtas instrumentas vertina į reabilitaciją atvykusio paciento socialinius įgūdžius reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje. Rezultatai apibendrinami lyginimo būdu.

Instrumento struktūra. Instrumentą sudaro 22 klausimai, suskirstyti į kelias temines grupes:

1. **Savarankiško kasdienio gyvenimo įgūdžiai** (šią grupę apima: valgymas, rengimasis, higiena, maudymasis, tualetas) – 5 klausimai.
2. **Socialinis bendravimas ir sąveika** – 6 klausimai.
3. **Savivertė ir pasitikėjimas** – 3 klausimai.
4. **Veiklų ir savarankiškumo motyvacija** – 8 klausimai.

Pacientas gali pildyti parengtą formą pats arba ją pildo darbuotojas kartu su pacientu, gali užpildyti ir darbuotojas pagal paciento pateiktus atsakymo variantus. Atsakymai yra dvikrypčiai: pacientas gali rinktis atsakymą TAIP arba NE. Kaip minėta, instrumentas turi būti naudojamas prieš pradėdant reabilitaciją ir jai pasibaigus. Pacientas, atliekant antrąjį vertinimą, neturėtų matyti pirminio vertinimo klausimų.

Svarbu pastebėti, kad instrumentas sudarytas pagal tikslią grupę, kuri dalyvauja psichofizinėje reabilitacijoje, jai skiriamos autonominės sensorinių salelių naudojimo veiklos bei veiklos sensoriniame sode visą reabilitacijos laikotarpį. T. y. pacientas dalyvauja įprastoje reabilitacijos programoje ir papildomai jam siūloma rinktis autonomines veiklas, kurios ne tik atlieps jo sensorinius poreikius, bet ir juos atliepus galės ugdytis socialinius įgūdžius.

Instrumento klausimai suformuluoti remiantis pasauline praktika: pacientų socialinių įgūdžių, kurie dalyvauja savarankiškumo programose, vertinimu. 21 lentelėje pateikta kiekvieno klausimo atitiktis ir mokslinis pagrindimas.

21 lentelė. *Modifikuotas socialinių įgūdžių vertinimo instrumentas.*

Teiginiai	Tema	Literatūros šaltinis
Man labiausiai trūksta savarankiško valgymo įgūdžių	Savarankiškumas	American Occupational Therapy Association. (2020). <i>Occupational therapy practice guidelines for adults with physical and social participation limitations</i> . Bethesda, MD: AOTA Press.

Man labiausiai trūksta savarankiško rengimosi įgūdžių	Savarankiškumas	American Occupational Therapy Association. (2020). <i>Occupational therapy practice guidelines for adults with physical and social participation limitations.</i>
Man labiausiai trūksta asmens higienos įgūdžių	Savarankiškumas	Brown, T., Dunn, W. (2002). <i>Adolescent/Adult Sensory Profile: User's manual.</i> San Antonio, TX: Pearson.
Man labiausiai trūksta savarankiško maudymosi įgūdžių	Savarankiškumas	Brown, T., Dunn, W. (2002). <i>Adolescent/Adult Sensory Profile: User's manual.</i>
Man labiausiai trūksta savarankiško susitvarkymo tualete įgūdžių	Savarankiškumas	American Occupational Therapy Association. (2020). <i>Occupational therapy practice guidelines.</i>
Man labiausiai trūksta bendravimo su artimaisiais	Socialinis bendravimas	Gresham, F. M., Elliott, S. N. (2008). <i>Social skills improvement system: Rating scales.</i> Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
Man labiausiai trūksta socialinio bendravimo	Socialinis bendravimas	Gresham, F. M., Elliott, S. N. (2008). <i>Social skills improvement system.</i>
Man labiausiai trūksta socialinės veiklos (bendruomenės ar grupės)	Socialinis bendravimas	Wentzel, K. R., Watkins, D. E. (2002). Peer relationships and collaborative learning as contexts for social-emotional development. <i>Educational Psychologist, 37</i> (2), 135–147. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3702_5
Man sunku pradėti pokalbį su kitais žmonėmis	Socialinis bendravimas	Spence, S. H., Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: The role of social skills and cognitive factors. <i>Journal of Anxiety Disorders, 41</i> , 61–70. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.001
Man sunku išlaikyti pradėtą pokalbį	Socialinis bendravimas	Gresham, F. M., Elliott, S. N. (2008). <i>Social skills improvement system.</i>
Man sunku pasitikėti kitais žmonėmis	Savivertė / pasitikėjimas	Bandura, A. (1997). <i>Self-efficacy: The exercise of control.</i> New York, NY: W. H. Freeman.
Stengiuosi būti tarp žmonių visada, kai tik įmanoma	Savivertė / pasitikėjimas	Bandura, A. (1997). <i>Self-efficacy: The exercise of control.</i> New York: W. H. Freeman.
Noriu bendrauti su kitais žmonėmis	Motyvacija	Schaaf, R. C., Mailloux, Z. (2015). <i>Clinician's guide for implementing sensory integration.</i> Bethesda, MD: AOTA Press.

Man labai svarbus bendravimas	Motyvacija	Schaaf, R. C., Mailloux, Z. (2015). <i>Clinician's guide for implementing sensory integration</i>
Greitai susiorientuoju nepažįstamoje aplinkoje	Savivertė / pasitikėjimas	Brown, T., Dunn, W. (2002). <i>Adolescent/Adult Sensory Profile</i>
Prireikus paprašau pagalbos	Savivertė / pasitikėjimas	Bandura, A. (1997). <i>Self-efficacy: The exercise of control</i>
Turiu mėgstamų veiklų, kurios man teikia džiaugsmą	Motyvacija	Schaaf, R. C., Mailloux, Z. (2015). <i>Clinician's guide for implementing sensory integration</i>
Skiriu laiko fiziniam aktyvumui – pasivaikščiavimui arba sportui	Motyvacija	American Occupational Therapy Association. (2020). <i>Occupational therapy practice guidelines</i> .
Aš esu nusiteikęs (-usi) dėti visas pastangas savo savarankiškumui susigrąžinti	Motyvacija	Bandura, A. (1997). <i>Self-efficacy: The exercise of control</i> .

Toliau aptarsime šio instrumento vertinimo metodiką, suderinamumą ir galimybes taikyti kartu su *Bathel* indeksu bei *WeeFim* instrumentu, kurie Lietuvos reabilitacijos centruose dažniausiai pasitelkiami.

4.1. Vertinimo metodika

Instrumentas sukurtas pagal binarinę vertinimo sistemą, skaičiuojami teiginiai priskiriant vertę. Dėl patogumo naudojami tik nominalieji skaičiai, dar vadinami *kategorijomis*. Kadangi kategorijos yra dvi, jų negalima paversti nuliais, nes 0 turi matematinę prasmę (nulis = nieko nėra). Duomenys koduojami, pvz., 1, 2, 3..., arba natūralūs kintamieji. Didelės klaidos nebus, jeigu tyrėjas naudos nulį, tai reikš ne „kategorija“, o „nepriklauso grupei“. Tačiau atkreipiame dėmesį, kad instrumento praktiniam naudojimui, siekiant įvertinti socialinius įgūdžius PRIEŠ ir PO terapijos, matuoti pokytį, mums būtų svarbu matyti abi vertes, kaip priskiriamas kategorijai.

Taigi, siūloma tokia vertinimo eiga: kiekvienas atsakymas į klausimą **įvertinamas**: 1 = TAIP (sutinku, patiriu sunkumų ar turiu įgūdžių), 2 = NE. Minėta, kad vertinama mažiausiai du kartus, jeigu asmens duomenys išsaugoti įstaigoje, ir jis atvyko pakartotinei terapijai (tai dažnai pasitaiko psichiatrijos stacionare, dienos pagalbos centre ir pan.), galima ir prasminga vertinti socialinių įgūdžių kitimą laiko ir sutrikimo, atkryčio aspektais. Tokiu atveju instrumentas gali būti naudojamas kaip papildoma socialinių įgūdžių sąsajų su atkryčiu koreliavimo priemonė.

Instrumentas suskirstytas temomis – tai socialinių įgūdžių vertinimo sritys. Kiekvienos teminės grupės klausimų rezultatai gali būti sumuojami ir taip nustatomas **teminis balas**, galima nustatyti ir **bendrą sumą**.

Pokyčių analizė naudojant Modifikuotą socialinių įgūdžių instrumentą leidžia įvertinti:

- socialinių įgūdžių tobulėjimą;
- savarankiškumo didėjimą;
- pasitikėjimo ir motyvacijos pokyčius.

Surinkus ir susisteminus instrumento duomenis galima atlikti skirtingus vertinimus: deskriptyvinę ir individualią analizę, pokyčio vertinimą.

1. Deskriptyvinė analizė. Skaičiuojamas TAIP / NE pasiskirstymas kiekvienam klausimui atvykus ir išvykstant. Galima apskaičiuoti teminius balus, pvz.: savarankiškumo įgūdžiai (5 klausimai), socialinis bendravimas (6 klausimai), motyvacija (8 klausimai).

2. Pokyčių vertinimas. Galima lyginti pokytį atvykus ir išvykstant. Be to, rinkti papildomus duomenis apie longitudinalinį paciento pokytį, ilgesnį laiką stebint pacientą, jo pokyčius įgyjant bei atkuriant socialinius įgūdžius. Galimas ir tarpinis vertinimas, jeigu paciento būklė skatintų tai atlikti, pavyzdžiui, pacientui paskyrus ilgą reabilitacijos laiką, tarpinis vertinimas leistų atskleisti įvykusius pokyčius, paciento lankstumą, pakitusį savarankiškumo lygį ir kt. Pokyčius galima analizuoti ir procentais: kiek procentų pacientų savijauta pagerėjo analizuojant pagal temines sritis, susirgimų grupes, dažniausiai kylančias sensorines problemas ir galimybę atliepti sensorinius poreikius (pvz., onkologijos atveju, kai aplinkinių raumenų grupių pažeidimas didelis, tai ir sensorinė intervencija gali būti netikslinga arba nėra galimybės jos taikyti dėl audinių pažeidimo ir pan.). Jei duomenų kiekis pakankamas, galima atlikti statistinę analizę, lyginimą su kitomis skalėmis.

3. Individuali analizė. Paskirų klausimų analizė leidžia nustatyti konkrečias sritis, kuriose reikia papildomos intervencijos, pvz., dėl sunkumų pradėti pokalbį ar savarankiškai valgyti. Tokiu atveju kiekybinį instrumentą galima vertinti kokybiškai, aptariant su pacientu specifines problemas.

Interpretuojant duomenis svarbūs skirtingi pacientų pasisakymai. Pokyčio fiksavimas, padidėjus „NE → TAIP“ atsakymų skaičiui išvykstant, rodo socialinių įgūdžių ir savarankiškumo pagerėjimą. Balų skaičiaus padidėjimas rodo, kad socialinių įgūdžių sumažėjo ir atsirado daugiau probleminių sričių, kuriose reikia su pacientu padirbėti. Jeigu yra vos keli pokyčius rodantys klausimai, galima nustatyti prioritetas tolesnių mokymų ar terapijos sritis. Reikėtų peržiūrėti sritis, kur yra mažiausiai teigiamų atsakymų, tokia analizė leistų tiksliau planuoti ir individualizuoti reabilitacijos procesą. Papildomai, jeigu pacientui taikoma konkreti programa, šiuo atveju – autonominės terapijos sensoriniame sode ir sensorinėse salelėse, galima palyginti kontrolinę (taikoma paskirta reabilitacijos programa) ir tyrimo (taikoma paskirta reabilitacijos programa, papildomai pacientui skiriamas savarankiškai atlikti užduotis autonominėse salelėse, savo palatoje ar pan.) grupes. Tokiu atveju šis instrumentas leis įvertinti programos efektyvumą tiek grupiniu, tiek individualiu lygmenimis. Pavyzdinis instrumentas pateiktas 22 lentelėje.

22 lentelė. *Modifikuotas socialinių įgūdžių vertinimo klausimynas, skirtas duomenų analizei.*

Nr.	Teiginiai	Vertinama sritis	Atvykus (TAIP = 1, NE = 2)	Išvykstant (TAIP = 1, NE = 2)	Pokytis (išvykstant – atvykus)	Komentariai / Pastabos
1	Man labiausiai trūksta savarankiško valgymo įgūdžių	Savarankiškumas				
2	Man labiausiai trūksta savarankiško rengimosi įgūdžių	Savarankiškumas				
3	Man labiausiai trūksta asmens higienos įgūdžių	Savarankiškumas				
4	Man labiausiai trūksta savarankiško maudymosi įgūdžių	Savarankiškumas				
5	Man labiausiai trūksta savarankiško susitvarkymo tualete įgūdžių	Savarankiškumas				
6	Man labiausiai trūksta bendravimo su artimaisiais	Socialinis bendravimas				

7	Man labiausiai trūksta socialinio bendravimo	Socialinis bendravimas				
8	Man labiausiai trūksta socialinės veiklos (bendruomenės ar grupės)	Socialinis bendravimas				
9	Man sunku pradėti pokalbį su kitais žmonėmis	Socialinis bendravimas				
10	Man sunku išlaikyti pradėtą pokalbį	Socialinis bendravimas				
11	Man sunku pasitikėti kitais žmonėmis	Savivertė / pasitikėjimas				
12	Stengiuosi būti tarp žmonių visada, kai tik įmanoma	Savivertė / pasitikėjimas				
13	Noriu bendrauti su kitais žmonėmis	Motyvacija				
14	Man ypač svarbus bendravimas	Motyvacija				
15	Greitai susiorientuoju nepažįstamoje aplinkoje	Savivertė / pasitikėjimas				
16	Prireikus paprašau pagalbos	Savivertė / pasitikėjimas				
17	Turiu mėgstamų veiklų, kurios man teikia džiaugsmą	Motyvacija				
18	Skiriu laiko fiziniam aktyvumui – pasivaikščioji mui ar sportui	Motyvacija				

19	Aš esu nusiteikęs (-usi) dėti visas pastangas, kad susigražinčiau savo savarankiškumą	Motyvacija				
----	---	------------	--	--	--	--

Toliau aptarsime Lietuvos medicinos, tiksliau, reabilitacijos Modifikuoto socialinių įgūdžių instrumento sąsają su *WeeFim* ir Barthelio indekso instrumentais. Minimas *WeeFim* instrumentas turi plačias ir validuotas galimybes įvertinti paciento pokytį pagal konkrečias sritis, vis tik reabilitacijos procese dažnai nėra galimybių kiekvieną sritį taip detaliai įvertinti, nes medicinos darbuotojų laiko sąnaudos būtų gana didelės. Tuo tarpu modifikuotas instrumentas leidžia greitai ir efektyviai vertinti dominančius socialinius įgūdžius netaikant papildomų instrumentų. Sritys išsamiai nedetalizuotos, kaip *WeeFim* atveju, tačiau esamo detalizavimo pakanka, kad galima būtų terapiją individualizuoti, išskiriant problemines sritis. Barthelio indeksas yra svarbus pacientui dar esant antrinio gydymo stacionare, juo remiamasi prieš skiriant reabilitaciją. Tai validus ir patikimas instrumentas, turintis sąsają su Brigitos Kreivininės sukurtu Modifikuotu socialinių įgūdžių instrumentu. 22 lentelėje pateikta šių instrumentų ir indekso socialinių įgūdžių tarpusavio sąsają analizė.

22 lentelė. *Weefim* instrumento ir Barthelio indekso sąsaja su modifikuotu socialinių įgūdžių instrumentu.

Klausimynas	Susijusi <i>WeeFIM</i> / Barthelio sritis	Vertinama sritis
Savarankiško valgymo įgūdžiai	<i>WeeFIM</i> : valgymas / Barthelis: valgymas	Vertinamas gebėjimas savarankiškai valgyti, įskaitant pagalbą naudojant įrankius.
Savarankiško rengimosi įgūdžiai	<i>WeeFIM</i> : rengimasis / Barthelis: rengimasis	Gebėjimas apsirengti be pagalbos
Asmens higienos įgūdžiai	<i>WeeFIM</i> : higiena / Barthelis: asmeninė higiena	Rankų, veido ir plaukų priežiūros gebėjimai.
Maudymosi įgūdžiai	<i>WeeFIM</i> : maudymasis / Barthelis: maudymasis	Savarankiškas naudojimasis vonia ar dušu.
Tualetu naudojimas	<i>WeeFIM</i> : naudojimasis tualetu / Barthelis: naudojimasis tualetu	Savarankiškas naudojimasis tualetu, asmeninė higiena.
Socialinis bendravimas su artimaisiais	<i>WeeFIM</i> : socialinis / kognityvinis / Barthelis: komunikacija	Gebėjimas bendrauti su šeimos nariais.
Socialinis bendravimas ir grupinė veikla	<i>WeeFIM</i> : socialinė / kognityvinė sritis	Dalyvavimas bendruomenės ar grupės veikloje.
Pradėti pokalbį / išlaikyti pokalbį	<i>WeeFIM</i> : kognityvinė	Socialinių sąveikų inicijavimas ir palaikymas.

Pasitikėjimas kitais	<i>WeeFIM</i> : kognityvinė / emocinė	Psichologinė savijauta bendraujant.
Bendravimo motyvacija / fizinis aktyvumas	<i>WeeFIM</i> : mobilumas / savirūpa	Savarankiškumo ir dalyvavimo fizinėse veiklose skatinimas.

Šis 22 lentelėje pateiktas palyginimas atskleidžia, kad sukurtame modifikuotame instrumente matomas pagerėjimas koreliuoja su Barthelio indekso kitimu – paciento savarankiškumo ir jo dalyvumo lygmens augimu, pasirengimu grįžti į visuomenę. *WeeFim* instrumentas matuoja tokį patį socialinių įgūdžių pagerėjimą. Jis, kaip ir Barthelio indeksas, naudojamas du kartus: fiksuojami pradiniai ir galutiniai balai (atvykus / išvykstant). Pokytis skaičiuojamas balais, galima skaičiuoti ir procentinį pokytį. Atliekant detalią analizę galima lyginti susistemintą rezultatą, kai teminiai modifikuoto instrumento balai lyginami su atitinkamomis *WeeFIM* / Barthelio sritimis. Tokio lyginimo tikslas – nustatyti, kurie socialiniai įgūdžiai patobulėjo, bet galbūt menkas paciento funkcinio savarankiškumo pokytis, tada gali prireikti papildomos fizinės reabilitacijos autonomines salelėse ar sensoriniame sode. Jeigu funkcinis savarankiškumas pagerėjo, bet socialiniai įgūdžiai menki, pacientą būtina papildomai mokyti socialinių įgūdžių. Užfiksavus pagerėjimą abiejose srityse akivaizdu, kad integruota sensorinė ir socialinė programa veikia sėkmingai (socialiniai įgūdžiai palaikomi / atkuriami, didėja savarankiškumas). Užfiksavus pagerėjimą tik modifikuoto socialinių įgūdžių klausimyno balų aspektu, reikėtų stiprinti fizinę ar motorinę funkciją (tai vertina *WeeFIM* / Barthelio skalės). Pagerėjimą užfiksavus tik *WeeFIM* / Barthelio balais, galima daryti prielaidą, kad būtina skatinti pacientą ugdytis socialinius įgūdžius, dalyvauti grupių veikloje, mokytis užmegzti ir palaikyti pokalbį. Apibendrinant galima teigti, kad Modifikuotas socialinių įgūdžių instrumentas leidžia nustatyti prioritetingas tolesnės intervencijos reabilitacijoje bei jai pasibaigus sritis, sąsajas su reabilitacijoje naudojamais standartizuotais *WeeFim* ir Barthelio instrumentais, tačiau jis yra trumpesnis ir tiksliai numato tobulintinas sritis.

LITERATŪRA

- Agrawal, Y., Carey, J. P., Della Santina, C. C., Schubert, M. C., Minor, L. B. (2009). Disorders of balance and vestibular function in US adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2004. *Archives of Internal Medicine*, 169 (10), 938–944. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.66>
- Agrawal, Y., ir kt. (2009). Disorders of balance and vestibular function in US adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2004. *Archives of Internal Medicine*, 169 (10), 938–944. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.66>
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J., Robbins, J. (2005). *Sensory Integration and the Child. Understanding Hidden Sensory Challenges*. 25th Anniversary Edition. Los Angeles CA: Western Psychological Services.
- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice guidelines for adults with physical and social participation limitations*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andhare, N., Yeole, U. L., Malusare, A. S. (2019). Effect of proprioceptive training on balance in cancer patients with chemotherapy induced peripheral neuropathy. *International Journal of Physiotherapy and Research*, 7 (1), 2976–2979. insear.searo.who.int
- Autoimmune Inner Ear Disease: diagnosis, treatment and vestibular dysfunction*. (n.d.). Vestibular Disorders Association. <https://vestibular.org/article/diagnosis-treatment/types-of-vestibular-disorders/autoimmune-inner-ear-disease/> [Vestibular Disorders Association](https://vestibular.org)
- Autoimmune vestibular dysfunction: preliminary report. (1986). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 95 (6 Pt 1), 649–657. [PubMed](#)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Baranek, G. T., David, F. J., Poe, M. D., Stone, W. L., Watson, L. R. (2006). Sensory experiences questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (6), 591–601. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x>
- Barsky, A. J., Saintfort, R., Rogers, M. P., Borus, J. F. (2001). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 58 (9), 903–911. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.9.903>
- Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29 (3), 356–373.
- Blomqvist, M., Olsson, J., Fernell, E. (2018). Proprioceptive control in children with visual impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60 (2), 191–197. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13612>
- Boland, J. W., Pockley, A. G. (2018). Influence of opioids on immune function in patients with cancer pain: from bench to bedside. *Br. J. Pharmacol*, 175, 2726–2736 [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
- Boland, J. W., Pockley, A. G. (2018). Influence of opioids on immune function in patients with cancer pain: From bench to bedside. *British Journal of Pharmacology*, 175, 2726–2736.
- Boulton, A. J. M., Vinik, A. I. ir kt. (2005). Diabetic neuropathies: A statement by the

- American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28 (4), 956–962. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.4.956>
- Boulton, A. J. M., Vinik, A. I., Arezzo, J. C., Bril, V., Feldman, E. L., Freeman, R., Ziegler, D. (2005). Diabetic neuropathies: A statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28 (4), 956–962. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.4.956>
- Brambring, M. (2014). Emotional development in blind children. *International Journal of Behavioral Development*, 38 (3), 221–229. <https://doi.org/10.1177/0165025413512068>
- Brown, C., Dunn, W. (2002). *Adolescent/adult sensory profile: User's manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T., Dunn, W. (2002). *Adolescent/Adult Sensory Profile: User's manual*. San Antonio, TX: Pearson.
- Buffart, L. M., Kalter, J. ir kt. (2017). Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treatment Reviews*, 52, 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.010>
- Bullinger, K. L., Nardelli, P., Wang, Q., Rich, M. R., Cope, T. C. (2011). Oxaliplatin neurotoxicity of sensory transduction in rat proprioceptors. *Journal of Neurophysiology*, 106 (4), 2084–2092. <https://doi.org/10.1152/jn.00083.2011>
- Burns, I., Cox, H., Plant, H. (2000). Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 6 (3), 118–126. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00199.x>
- Burns, I., Cox, H., Plant, H. (2000). Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 6 (3), 118–126. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00199.x>
- Butkevičienė R. (2000). Šeimų, auginančių vaikus su negale, adaptacijos modelis. *Tiltai*, 4 (13), 123–130.
- Callaghan, B. C. ir kt. (2012). Diabetic neuropathy: Clinical manifestations and current treatments. *The Lancet Neurology*, 11 (6), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70065-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70065-0)
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cavet, J., Mount, H. (1995). Multisensory environments. In J. Hogg, J. Cavet (eds.). *Making leisure provision for people with profound learning and multiple disabilities*, 45–68. Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4487-0_4
- Cavet, J., Mount, H. (1995). Multisensory environments. In: J. Hogg, J. Cavet (eds). *Making Leisure Provision for People with Profound Learning and Multiple Disabilities*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4487-0_4
- Champagne, T., Stromberg, N. (2004). Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42 (9), 34–44. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-086>
- Chittaro, L., Vianello, A. (2016). Computer-supported mindfulness: Evaluation of a mobile thought distancing application on naive meditators. *International Journal of Human-Computer Studies*, 86, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2015.09.002>
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA*, 311 (15), 1547–1555. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>

- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Steckhan, N., Michalsen, A., Dobos, G. (2012). Yoga for depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29 (7), 545–562. <https://doi.org/10.1002/da.21964>
- Cramp, F., Daniel, J. (2008). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006145.pub2>
- Cramp, F., Daniel, J. (2008). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006145.pub2>
- Croxford, S. (2005). Taste dysfunction in patients with cancer. *Nursing Standard*, 19 (26), 55–60. <https://doi.org/10.7748/ns.19.26.55.s55>
- Cushing, S. L., Papsin, B. C., Gordon, K. A. (2013). Vestibular function in deaf children with cochlear implants: Implications for social development. *Laryngoscope*, 123 (10), 2559–2564. <https://doi.org/10.1002/lary.24071>
- D'Andrea, S. J., Batavia, M., Sasson, N. (2007). Effect of horticultural therapy on preventing the decline of mental abilities of patients with Alzheimer's type dementia. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 18 (1), 8–17.
- D'Cruz, H., Jones, M. (2004). *Social work research*. London, UK: SAGE Publications.
- Das, T. ir kt. (2021). *Recently updated global diabetic retinopathy screening programs*. [Review]. [Journal]. Retrieved from PMC.
- Davidson, L. M., Demaray, M. K. (2007). Social Support as a Moderator between Victimization and Internalizing-Externalizing Distress from Bullying. *School Psychology Review*. *National Association of School Psychologists*, 36 (3), 383–405.
- Detweiler, M. B., Sharma, T. ir kt. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investigation*, 9 (2), 100–110. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.100>
- Duchi, F., Benalcázar, E., Huerta, M., Bermeo, J. P., Lozada, F., Condo, S. (2019). Design of a multisensory room for elderly people with neurodegenerative diseases. In L. Lhotska, L. Sukupova, I. Lacković, G. Ibbott (eds.). *World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering 2018 (IFMBE Proceedings, Vol. 68/3)*. Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-9023-3_37
- Ehlert, K., Heinze, B., Graham, M. A., Swanepoel, D. (2022). Changes in vestibular and cochlear function following platinum-based chemotherapy: A preliminary report. *Ear, Nose & Throat Journal*, 104 (6), NP337-NP348. repository.up.ac.za
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107–115.
- Epstein, A. S., Liou, K. T., Romero, S. A. D. ir kt. (2023). Acupuncture vs Massage for Pain in Patients Living With Advanced Cancer: The IMPACT Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6 (11), e2342482. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42482>.
- Epstein, A. S., Liou, K. T., Romero, S. A. D. ir kt. (2023). Acupuncture vs massage for pain in patients living with advanced cancer: The IMPACT randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6 (11), e2342482. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42482>
- Europos Tarybos 2017-2023 m. strategija dėl negalios (2017). Prieiga per internetą: <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-integracija/europos-tarybos-2017-2023-m-strategija-del-negalios/>
- Fan, M., Jamaludin, A. A., Hussein, H. (2020). The observation of sensory design in open spaces of university campus under hot-humid climate. *Environment-Behaviour*

- Proceedings Journal*, 5 (13), 117–123. <https://doi.org/10.21834/e-bpj.v5i13.2043>
- Fleihan, T., Nader, M. E., Dickman, J. D. (2024). Cisplatin vestibulotoxicity: A current review. *Frontiers in Surgery*, 11, Article 1437468. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2024.1437468>
- Furness, P. J., Garrud, P., Faulder, A., Swift, G. (2018). Living with arthritis: Patients' experiences of social support and social isolation. *Musculoskeletal Care*, 16 (1), 44–50.
- Ghanizadeh, A. (2011). Sensory processing problems in children with ADHD: A systematic review. *Psychiatry Investigation*, 8 (2), 89–94. <https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.2.89>
- González, M. T., Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: A modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (19–20), 2698–2715. <https://doi.org/10.1111/jocn.12388>
- González, M. T., Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: A modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (19–20), 2698–2715. <https://doi.org/10.1111/jocn.12388>
- Grassi, L., R. Caruso, M. B. ir kt. (2023). On behalf of the ESMO Guidelines Committee. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideliney. *ESMO Open*, 8, 2, 101155, ISSN 2059-7029, <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N. (2008). *Social skills improvement system: Rating scales*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gudliauskaitė-Godvadė, J., Godvadas, P., Malinauskas, G., Perttula, J., Naujanienė, R. (2008). Understanding Identity of Social Work in Lithuania. *Tiltai*, 3, 65–76. Klaipėda: KU leidykla.
- Gudliauskaitė-Godvadė, J., Godvadas, P., Malinauskas, G., Perttula, J., Naujanienė, R. (2008). Understanding identity of social work in Lithuania. *Tiltai*, 3, 65–76.
- Gudonis, V., Monkevičienė, O. (2019). Sensorinės integracijos reikšmė vaikų, turinčių specialiųjų poreikių, ugdyme. *Pedagogika*, 133 (1), 45–60. <https://doi.org/10.15823/p.2019.133.3>
- Gudžinskienė, V., Raudeliūnaitė, R. Visuotinė lietuvių enciklopedija, prieiga: <https://www.vle.lt/straipsnis/socialiniai-igudziai/>.
- Guedes, J. P., ir kt. (2024). Proprioceptive myofascial and neuromuscular facilitation techniques in systemic lupus erythematosus. *Healthcare*, 13 (13), Article 1625. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131625> [MDPI](https://doi.org/10.3390/healthcare13131625)
- Gupta, M. (2021). Treatment of Painful Diabetic Neuropathy – A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 9 (5), 573. <https://doi.org/10.3390/jpm9050573>
- Gwathmey, K. G. (2016). Sensory neuronopathies and autoimmune diseases. *Muscle & Nerve*, 53 (1), 8–19.
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J. (2011). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116 (1), 81–95.
- Hartley, S., Ojwang, P., Baguwemu, A., Ddamulira, M., Chavuta, A. (2005). How do carers of disabled children cope? The Ugandan perspective. *Child: Care, Health & Development*, 31 (2), 225–234.
- Hassett, A. L., Clauw, D. J. (2011). The role of stress in rheumatic diseases. *Arthritis Research & Therapy*, 13 (3), 217. <https://doi.org/10.1186/ar3312>

- He, J. L., Wodka, E., Tommerdahl, M. ir kt. (2021). Disorder-specific alterations of tactile sensitivity in neurodevelopmental disorders. *Commun Biol*, 40 (97) <https://doi.org/10.1038/s42003-020-01592-y>
- Heiman T. (2006). Social Support Networks, Stress, Sense of Coherence and Academic Success of University Students with Learning Disabilities. *Social Psychology of Education*, 9, 461–478.
- Heisler, M. (2010). Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: Evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family Practice*, 27 (Suppl 1), i23–i32. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp003>
- Henwood, K., Pidgeon, N. (1994). Beyond the Qualitative Paradigm: A Framework for Introducing Diversity within Qualitative Psychology. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, 225–238.
- Hine, R., Peacock, J., Pretty, J. (2008). Care farming in the UK: Contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, 29 (3), 245–260.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holz, S. C. ir kt. (2017). *Managing Neuropathy After Chemotherapy in Patients With Cancer*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.
- Honan, I. ir kt. (2023). Program Evaluation of an Adapted PEERS® Social Skills Program in Young Adults with Autism Spectrum Disorder and/or Mild Intellectual Impairment and Social Skills Difficulties. *Journal of evaluation in clinical practice*, 29 (1), 126–135. Web.
- Horn, D. L., Houston, D. M., Miyamoto, R. T. (2007). Speech and language development in hearing-impaired children: Advances and remaining challenges. *Annual Review of Medicine*, 58, 477–490. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.58.062105.154609>
- Horticultural Therapy Institute. (2017). *Horticultural therapy methods: Connecting people and plants in health care, human services, and therapeutic programs* (2nd ed.). Routledge.
- Huffman, J. C., Celano, C. M., Beach, S. R., Motiwala, S. R., Januzzi, J. L. (2019). Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiology Clinics*, 37 (1), 25–40. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2018.09.010>
- Yang, Q., Yang, J., Xiang, X., Zhao, Y., Sun, X., Xing, Y., Jiang, N., Wang, Y., Ran, H., Huang, Q. (2024) Association between sensory processing sensitivity and quality of life among cancer patients: a mediation and moderation of resilience and social determinants. *Health Qual Life Outcomes*, 22 (1), 68. <https://10.1186/s12955-024-02283-6>. PMID: 39180073; PMCID: PMC11342669.
- Jackson, A., Klein, J. (2015). Sensory modulation and emotional regulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Neurology*, 30 (2), 170–178. <https://doi.org/10.1177/0883073814548337>
- Jackson, C. A., Jones, M., Tooth, L. R. (2018). Social isolation and cardiovascular risk: A review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26 (13), 1386–1399. <https://doi.org/10.1177/2047487318799482>
- Jamshidi Manesh, M., Kalati, M., Hosseini, F. (2015). Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*, 17 (5), e18373. <https://10.5812/ircmj>. PMID: 26082849; PMCID: PMC4464378.
- Jasinskienė, V., Pileckaitė-Markovienė, M. (2018). Lėtinųjų ligų turinčių pacientų emocinė savijauta ir socialinės paramos reikšmė. *Sveikatos mokslai*, 28 (6), 45–52.
- Jesuino, J. C. (2008). Linking Science to Common Sense. *Journal for the Theory of*

- Social Behaviour*, 38 (4), 393–409.
- Jones, E. D., Greenberg, M., Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: the relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of public health*, 105 (11), 2283–2290.
- Jones, E. D., Greenberg, M., Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: the relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of public health*, 105 (11), 2283–2290.
- Jones, M. G., Brader-Araje, L. (2002). The Impact of Constructivism on Education: Language, Discourse, and Meaning. *American Communication Journal*, 5 (3), p. 89.
- Jovaiša, L. (2007). *Enciklopedinis edukologijos žodynas*. Vilnius.
- Kagan, R., Kauer, J. (2004). *Multisensory environments: Theoretical and practical issues*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Kelz, C., Evans, G. W., Röderer, K. (2013). The restorative effects of redesigning the schoolyard: A field experiment. *Environment and Behavior*, 45 (1), 119–139. <https://doi.org/10.1177/0013916510393279>
- Kern, J. K. ir kt. (2007). The pattern of sensory processing abnormalities in autism. *Autism*, 11 (2), 123–134. <https://doi.org/10.1177/1362361307075703>
- Kern, J. K., Trivedi, M. H. ir kt. (2007). The pattern of sensory processing abnormalities in autism. *Autism*, 11 (2), 123–134. <https://doi.org/10.1177/1362361307075703>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, J. H., Kim, J. (2016). Effects of sensory integration therapy on balance in children with developmental coordination disorder. *Journal of Physical Therapy Science*, 28 (12), 3435–3439. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.3435>
- Klafke, N. ir kt. (2023). *Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A review*. (Open-access review). [PMC article].
- Knowles, S. R., Monshat, K., Castle, D. J. (2013). The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: A review. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19 (12), 2704–2715. <https://doi.org/10.1097/MIB.0b013e31829f56a6>
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kozłowski, A., Matyja, P. (2013). Therapeutic gardens for elderly people: Review of design principles and benefits. *Landscape and Urban Planning*, 118, 35–46. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2013.05.004>
- Krakowiak, P., Goodlin-Jones, B., Hertz-Picciotto, I., Croen, L. A., Hansen, R. L. (2008). Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: A population-based study. *Journal of Sleep Research*, 17 (2), 197–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00650.x>
- Kreiviniënė, B. (2011). *The representations of social support from external resources by families raising children with severe disability in connection with dolphin assisted therapy*. University of Lapland, doctoral thesis.
- Kreiviniënė, B., Vaitkienė, R. (2021). *Sensorinė judesio metodika pažeidžiamai suaugusių asmenų grupei*. Mokomoji metodinė priemonė. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
- Kube, T., Glombiewski, J. A., Rief, W. (2022). How to modify illness perceptions in patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 163 (2), 212–223. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002303>
- Kube, T., Glombiewski, J. A., Rief, W. (2022). How to modify illness perceptions in

- patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 163 (2), 212–223. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002303>
- Kushalnagar, P., Mathur, G. ir kt. (2010). Infusing Deaf culture and sign language into schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15 (4), 512–529. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq030>
- Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., O'Reilly, M. F. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, 24 (4), 175–84. [PubMed]
- Lane, S. J., Bundy, A. C. (2020). *Kids can be kids: A childhood occupations approach* (2nd ed.). F. A. Davis Company.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lee Ch. Y. S., Anderson, J. R., Horowitz, J. L., August, G. J. (2009). Family Income and Parenting: the Role of Parental Depression and Social Support. *Family Relations*, 58, 417–430.
- Lee, K. T., Bulls, H. W. ir kt. (2024). Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN): A Narrative Review and Proposed Theoretical Model. *Cancers*, 16 (14), 2571.
- Lennon, M., Garrett, L., Curran, C. (2018). Chronic illness and dependency: The role of caregiving in chronic disease management. *Chronic Illness*, 14 (2), 123–136. <https://doi.org/10.1177/1742395317718036>
- Levine, P. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Li, J., Rose, S. (2017). Effects of multisensory environments on agitation and quality of life in older adults with dementia: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (10), 2297–2313. <https://doi.org/10.1111/jan.13291>
- López, G., Eng, C., Overman, M. ir kt. (2022). *A randomized pilot study of oncology massage to treat chemotherapy-induced peripheral neuropathy*. Scientific Reports. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23372-w>.
- Lotan, M., Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34 (3), 207–215. <https://doi.org/10.1080/13668250903054605>
- Lu, L. C., Lan, S. H., Hsieh, Y. P., Lin, L. Y., Lan, S. J., Chen, J. C. (2020). Horticultural therapy in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1–11. <https://doi.org/10.1177/1533317519883498>
- Mayer, E. A. (2011). Gut feelings: The emerging biology of gut-brain communication. *Nature Reviews Neuroscience*, 12 (8), 453–466. <https://doi.org/10.1038/nrn3071>
- Mayer, E. A., Labus, J. S., Tillisch, K., Cole, S. W., Baldi, P. (2015). Towards a systems view of IBS. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12 (10), 592–605. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.121>
- Malinauskas, R. (2010). The Associations among Social Support, Stress, and Life Satisfaction as Perceived by Injured College Athletes. *Social Behavior and Personality*, 38 (6), 741–752.
- Marcus, C. C., Sachs, N. A. (2013). *Therapeutic landscapes: An evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. John Wiley & Sons.

- Martel Matos, A. A., Scheff, N. N. (2025) Sensory neurotransmission and pain in solid tumor progression. *Trends Cancer*, 11 (4), 309–320. <https://10.1016/j.trecan.2025.01.003>. Epub 2025 Jan 30. PMID: 39884880; PMCID: PMC12100539.
- Masuri, M. G., Ghazali, R., Sahid, M. H., Victor Paulraj, S. J. P., Vetrayan, J., Hashim, S. (2024). Healing Library@Seberang Jaya: A Conceptual Snoezelen Room for Mind, Body, and Soul. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 9 (28), 19–24. <https://doi.org/10.21834/e-bpj.v9i28.5832>
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., Hotopf, M. (2016). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52 (12), 2136–2148.
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., Hotopf, M. (2019). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52 (12), 2136–2148. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket447>.
- Matos, M., McIlvried LA, Horan NL, Rodriguez NA, Rothberg JI, Atherton MA, Glass SV, Nilsen ML, Scheff NN. Cancer-induced Nerve Injury Unveils a Sympathetic-to-Sensory Nerve Axis in Head and Neck Cancer. bioRxiv [Preprint]. 2025 Sep 19:2025.09.19.677339. doi: 10.1101/2025.09.19.677339. PMID: 41000931; PMCID: PMC12458254.
- McDermott, M. T. (2022). In the clinic. Hypothyroidism. *Annals of Internal Medicine*, 175 (3), ITC33-ITC48. <https://doi.org/10.7326/AITC202203010>
- Mikulėnaitė, L. (2020). Sensorinės integracijos svarba pacientų su lėtiniais skausmo sindromais reabilitacijoje. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 5 (282), 22–25.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (2), 135–140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- Miller, L. J., Coll, J. R., Schoen, S. A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (2), 228–238. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.228>
- Miller-Kuhaneck, H., Watling, R. (2013). *Sensory integration: Theory and practice*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Mishra, S. I., Scherer, R. W., Geigle, P. M., Berlanstein, D. R., Topaloglu, O., Gotay, C. C., Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD007566. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2>
- Mockevičienė, D., Kreiviniienė, B. (2025). *Gyvūnų asistuojama terapija: Neurosensomotorika*. Klaipėda: KU leidykla.
- Mockevičienė, D., Kreiviniienė, B., Alijošienė, E. (2022). *Vaikų neurosensomotorikos sutrikimai*. Klaipėda: KU leidykla. ISBN 9786094811531.
- Moreno, I., Belinchón, A. ir kt. (2023). *Vestibulotoxicity in patients undergoing cisplatin-based cancer treatment: A phase IIIB randomized controlled clinical trial*. Audiology & Neuro-otology. (Exact volume/issue) read.qxmd.com
- Mulligan, S. (2019). *Occupational therapy evaluation for children: A pocket guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Connor, P., McFadden, S. (2010). Therapeutic gardens for people with dementia: A review of the literature. *Journal of Housing for the Elderly*, 24 (3), 305–323. <https://doi.org/10.1080/02763891003725507>
- O'Leary, F., Samman, S. (2010). Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients*, 2 (3), 299–316. <https://doi.org/10.3390/nu2030299>

- O'Mahony, L. F. ir kt. (2022). Depression and anxiety in rheumatic diseases: An overview of prevalence, mechanisms and management. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 865245. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.865245>
- O'Reilly, M., Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory saturation': A critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, *13* (2), 190–197. <https://doi.org/10.1177/1468794112446106>
- Ochoa, N., Gogola, G. R., Gorniak, S. L. (2016). Contribution of tactile dysfunction to manual motor dysfunction in Type II diabetes. *Muscle & Nerve*, *54* (5), 895–902. <https://doi.org/10.1002/mus.25137> [PubMed+1](#)
- Ospina, P. A., Al Onazi, M. M., McNeely, M. L. (2025). Physical therapy for deficits associated with chemotherapy induced peripheral neuropathy in children with cancer: a systematic review. *Pediatric Medicine*, *8*, 4.
- Peripheral neuropathy in hematologic malignancies: Past, present and future. (2020). *Blood Reviews*, *47*, Article 100702. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2020.100702> [PubMed](#)
- Pfeiffer, B. (2005). *Sensory integration and praxis patterns in children with autism*. San Antonio, TX: Therapy Skill Builders.
- Pfeiffer, B., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, *65* (1), 76–85. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.092006>
- Polatajko, H. J., Cantin, N. (2010). Exploring the effectiveness of occupational therapy interventions, other than the sensory integration approach, for children with sensory processing disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *64* (3), 415–429. <https://doi.org/10.5014/ajot.64.3.415>
- Polatajko, H. J., Cantin, N., Rodger, S. (2007). *Occupational therapy interventions for children with developmental coordination disorder*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Ponikowska, M. ir kt. (2019). Sensory impairments in patients with obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, *20* (7), 1065–1079. <https://doi.org/10.1111/obr.12854>
- Prayuenyong, P., Taylor, J. A., Pearson, S. E., Gomez, R., Patel, P. M., Hall, D. A., Kasbekar, A. V. (2018). Vestibulotoxicity associated with platinum-based chemotherapy in survivors of cancer: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, *8*, Article 363. <https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00363> [Heriot-Watt Research Portal](#)
- Prayuenyong, P., Taylor, J. A., Pearson, S. E., Gomez, R., Patel, P. M., Hall, D. A., Kasbekar, A. V. (2018). Vestibulotoxicity associated with platinum-based chemotherapy in survivors of cancer: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, *8*, Article 363. <https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00363> [Heriot-Watt Research Portal](#)
- Provost, B., Lopez, B., Heimerl, S. (2007). Stress, coping, and adaptation of parents of children with autism spectrum disorders. *Journal on Developmental Disabilities*, *14* (1), 45–56.
- Puts, N. A., Harris, A. D. ir kt. (2021). Altered tactile processing in children with autism spectrum disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, *13* (1), <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09358-9>
- Quintero, A., López, D., García, A. (2019). The impact of sensory integration therapy on balance and coordination in elderly patients. *Geriatric Nursing*, *40* (5), 499–504. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.04.001>
- Rankin, J. A., Paisley, C. A., Tomeny, T. S. ir kt. (2019). Fathers of Youth with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Impact of Fathers' Involvement on Youth, Families, and Intervention. *Clin Child Fam Psychol Rev*, *22*, 458–477. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00294-0>

- Raviv, T., Nachshon, O. (2019). Environmental factors and eating behavior. *Appetite*, *141*, 104313. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104313>
- Reinmann, A., Bodmer, A., Koessler, T., Gligorov, J., Bruyneel, A. V. (2025). Postural control impairments following neurotoxic chemotherapy in women with cancer: a prospective observational study. *BMC women's health*, *25* (1), 269.
- Rimkus, V. (2010). *Socialinis palaikymas socialiniame darbe*. Klaipėda.
- Rimkus, V., Kreiviniene, B. (2022). Pozityvus socialinis darbas: nuo probleminio modelio link asmens stiprybių ugdymo. *Tiltai*, *78* (3), 13–28. <https://10.15181/tbb.v77i3.1668>
- Rios, M., Blanco, A., Martinez, L. (2022). Neuroplasticity and somatosensory rehabilitation: Mechanisms and clinical perspectives. *Frontiers in Neuroscience*, *16*, 879002. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.879002>
- Rock, C. L., Doyle, C. ir kt. (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *62* (4), 243–274. <https://doi.org/10.3322/caac.21142>
- Rodiek, S., Lee, C. (2009). External space: Environment for people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*, *23* (1–2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/02763890802665049>
- Rogers, S. J., Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. New York, NY: Guilford Press.
- Saylor, C. F., Leach, J. B. (2009). Perceived Bullying and Social Support in Students Accessing Special Inclusion Programming. *Journal of Development & Physical Disabilities. Springer Science & Business Media*, *21*, 69–80.
- Schaaf, R. C., Benevides, T. ir kt. (2014). An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44* (7), 1493–1506. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2080-0>
- Schaaf, R. C., Dumont, R. L., Arbesman, M., May-Benson, T. A. (2018). Efficacy of occupational therapy using Ayres Sensory Integration®: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *72* (1), 7201190010p1–7201190010p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028431>
- Schaaf, R. C., Mailloux, Z. (2015). Clinician's guide for implementing Ayres Sensory Integration: Promoting participation for children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, *69* (5), 6905397010p1–6905397010p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.696S04>
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S. ir kt. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *60* (3), 194–222. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Schofield, P. A., Davis, B. D., Hutchinson R. (1998). Snoezelen and chronic pain: developing a study to evaluate its use (Part I). *Complement Ther Nurs Midwifery*, *4* (3) 66–72. [https://10.1016/s1353-6117\(98\)80057-7](https://10.1016/s1353-6117(98)80057-7). [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- Schofield, P. A., Davis, B. D., Hutchinson, R. (1998). Snoezelen and chronic pain: developing a study to evaluate its use (Part I). *Complement Ther Nurs Midwifery*, *4* (3), 66–72. [https://10.1016/s1353-6117\(98\)80057-7](https://10.1016/s1353-6117(98)80057-7). [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- Segrin, C., Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, *43* (4), 637–646. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Seim, C. E., Wolf, S. L., Starner, T. E., ir kt. (2020). *Wearable vibrotactile stimulation for upper extremity rehabilitation in chronic stroke: clinical feasibility trial using*

- the VTS Glove. [preprint] arXiv. [arXiv](#)*
- Shapiro, E., Krishnan, V. (2013). The effect of Snoezelen therapy on behavioral disturbances in dementia: A meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 25 (7), 1125–1133. <https://doi.org/10.1017/S104161021300029X>
- Sharpe, L., Jones, E., Ashton-James, C. E., Nicholas, M. K. (2020). The role of psychological factors in the maintenance of pain intensity and disability in arthritis. *Pain Reports*, 5 (3), e821. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000821>
- Shukor, A. R., Stigsdotter, U. K., Nilsson, K., Dahlan, A. (2012). Benefits of sensory garden on the wellbeing of older adults. *Journal of Asian Behavioural Studies*, 2 (6), 1–12.
- Shumway-Cook, A., Woollacott, M. H. (2017). *Motor control: Translating research into clinical practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Silberman, J., Lonial, S. (2008). Review of peripheral neuropathy in plasma cell disorders. *Hematological Oncology*, 26 (2), 55–65.
- Simrén, M., Törnblom, H., Palsson, O. S., Van Oudenhove, L., Whitehead, W. E., & Tack, J. (2013). Management of the functional gastrointestinal disorders in adults: Pharmacology, diet, and psychology. *Gastroenterology*, 145 (6), 1246–1259. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.09.058>
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol Lett*, 9 (4), 1509–1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>. Epub 2015 Feb 9. PMID: 25788991; PMCID: PMC4356432.
- Smith, T., Scahill, L. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (2), 354–366. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0176-2>
- Snell, M. E., Brown, F. (2006). *Instruction of Students with Severe Disabilities*. USA.
- Souter-Brown, G. (2015). *Landscape and urban design for health and well-being: Using healing, sensory and therapeutic gardens*. Routledge.
- Speck, R. M., Courneya, K. S., Mâsse, L. C., Duval, S., Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 4 (2), 87–100. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0110-5>
- Spence, S. H., Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: The role of social skills and cognitive factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 31 (1), 61–70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.001>
- Stagnitti, K., Schoo, A., Welch, D. (2012). Horticultural therapy for people with dementia: A review. *Journal of Aging and Health*, 24 (6), 989–1004. <https://doi.org/10.1177/0898264312456942>
- Stagnitti, K., Schoo, A., Welch, D. (2012). Horticultural therapy for people with dementia: A review. *Journal of Aging and Health*, 24 (6), 989–1004. <https://doi.org/10.1177/0898264312456942>
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F., Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99 (11), 1759–1771. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027>
- Stepansky, K., Delbert, T., Bucey, J. C. (2022). Active student engagement within a university's therapeutic sensory garden green space: Pilot study of utilization and student perceived quality of life. *Urban Forestry & Urban Greening*, 67, 127452. ISSN 1618-8667. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2021.127452>.
- Stephenson, J., D'Amico, M. (2006). Sensory experiences in dementia care: A review of

- the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (1), 108–118. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01369.x>
- Steptoe, A., Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9 (6), 360–370. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2012.45>
- Strøm, B. S., Ytrehus, S., Grov, E. K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (13–14), 1805–1834. <https://doi.org/10.1111/jocn.13169>
- Suls, J., Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 260–300. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.260>
- Sveikatos apsaugos ministerija. (2020). *Metodinės rekomendacijos dėl vaikų su negalia įtraukties ir pagalbos priemonių taikymo*. Vilnius: SAM. Prieiga internete: <https://sam.lrv.lt>
- Švietimo, mokslo ir sporto ministerija. (2017). *Specialiųjų ugdymosi poreikių turinčių mokinių ugdymo rekomendacijos*. Vilnius: ŠMSM. Prieiga internete: <https://www.smm.lt>
- Taft, T. H., Keefer, L., Leonhard, C., Nealon-Woods, M., Sherwin, L. B. (2011). Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17 (12), 2657–2664. <https://doi.org/10.1002/ibd.21613>
- Taylor, R. S., Brown, A. ir kt. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 116 (10), 682–692. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.01.009>
- TFK. (2004). *Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija*. (The International Classification of Functioning, Disability and Health.) Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
- Thayer, J. F., Yamamoto, S. S., Brosschot, J. F. (2010). The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *International Journal of Cardiology*, 141 (2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.09.543>
- Therapeutic management of the painful nerve: a narrative review of common rehabilitation interventions*. (2023). OAEPublish. oaepublish.com
- Thomas, T. E. ir kt. (2023) The association between perioperative opioids and breast cancer recurrence: a narrative review of the literature. *Transl. Breast Cancer Res*, 4, 12. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
- Tomchek, S. D., Koenig, K. P. (2016). Occupational therapy practice guidelines for individuals with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 70 (5), 7005397010p1–7005397010p48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.018009>
- Tutelman, P. R. ir kt. (2021). *Long-term alterations in somatosensory functioning in cancer survivors* (Open-access review). [PMC article].
- Tutelman, P. R., Chambers, C. T., Cornelissen, L. ir kt. (2022). *Long-term alterations in somatosensory functioning in survivors of childhood cancer*. *Pain*, 163 (6), 1193–1205. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002486>. Epub 2021 Sep 25. PMID: 34855647; PMCID: PMC9100454.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224 (4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- UN. Committee on the Rights of Persons with Disabilities (19th sess. : 2018 : Geneva), prieiga per internetą: <https://digitallibrary.un.org/record/1626976>.

- Ušeckienė, L., Karvelienė, B. (2016). Vaikų su klausos sutrikimais socialinių įgūdžių ugdymas ikimokyklinio ugdymo įstaigose. *Specialusis ugdymas*, 1 (34), 89–102.
- Vaičekauskaitė, R. (2007). Socialinis darbas su šeima, auginančią vaiką su negale: saliotogenezės koncepcija. *Tiltai*, 1, 55–74. <https://etalpykla.lituanistika.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2007~1367163583487/J.04~2007~1367163583487.pdf>
- Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W., Dom, R. (2004). Cognitive and behavioral effects of Snoezelen in patients with dementia: A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 18 (4), 355–364. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr734oa>
- Van den Berg, A. E., Custers, M. H. G. (2011). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology*, 16 (1), 3–11. <https://doi.org/10.1177/1359105310365577>
- Van Oudenhove, L., Levy, R. L. ir kt. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150 (6), 1355–1367. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.027>
- Van Weert, J. C. M., Janssen, B. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., Ribbe, M. W. (2005). Nursing assistants' behaviour during morning care: Effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (3), 261–271. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03583.x>
- Währborg, P., Petersson, I. F., Grahn, P. (2014). Nature-assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: Long-term follow-up including comparisons with a matched population-based reference cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46 (3), 271–276. <https://doi.org/10.2340/16501977-1259>
- Wang, A. B., Housley, S. N., Flores, A. M., ir kt. (2022). Cancer survivors post-chemotherapy exhibit unique proprioceptive deficits in proximal limbs. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 19, Article 32. <https://doi.org/10.1186/s12984-022-01010-w> [BioMed Central+1](#)
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. New England Medical Center.
- Warren, J. D., Fletcher, P. D., Golden, H. L. (2015). The paradox of syndromic diversity in neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology*, 11 (6), 379–394. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.69>
- Was, H., Borkowska, A., Bagues, A., Liu, J. Y. H., Lu, Z., Rudd, J. A., ... Nurgali, K. (2022). Mechanisms of Chemotherapy-Induced Neurotoxicity. *Frontiers in Pharmacology*, 13, Article 750507.
- Watling, R. L., Hauer, S. (2015). Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69 (5), 6905180030p1–6905180030p12. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.018051>
- Weiβ, J. (2001). *International Encyclopedia of the Social & Behavioural Sciences*. Elsevier Science Ltd.
- Wentzel, K. R., Watkins, D. E. (2002). Peer relationships and collaborative learning as contexts for social-emotional development. *Educational Psychologist*, 37 (2), 135–147. <https://doi.org/10.1207/S15326985EP3702>
- White, M. P., Alcock, I. ir kt. (2019). Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing. *Scientific Reports*, 9 (1), 7730. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44097-3>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva:

- WHO.
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a framework for monitoring and evaluating progress of the road map for neglected tropical diseases 2021–2030*, prieiga: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>
- World Health Organization. (2022). *Digestive diseases*. <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *The Road to 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/358468/WHO-UCN-NTD-SAI-2022.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wuang, Y. P., Su, C. Y., Huang, M. H. (2010). The effectiveness of sensory integration therapy on children with developmental coordination disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 64 (5), 745–753. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09084>
- Zablocka, D., Malinauskas, R. (2018). Multisensory environment effects on well-being of older adults: A literature review. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39 (3), 294–308. <https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1316911>
- Zhu, G. C., Chen, Y. W., Tsai, K. L., Hung, C. H. ir kt. (2020). *Effects of neural mobilization on sensory dysfunction and peripheral nerve degeneration in rats with painful diabetic neuropathy*. Physical Therapy/related, available PMC.
- Zhu, G.-C., Chen, Y.-W., Tsai, K.-L., Hung, C.-H., ir kt. (2022). Effects of neural mobilization on sensory dysfunction and peripheral nerve degeneration in rats with painful diabetic neuropathy. *Physical Therapy*, 102 (10). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac104> [ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
- Zuercher, E., di Gallo, A., Truttmann, A. C. (2015). Work productivity in chronic illness: Challenges for the patient and the employer. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25 (4), 593–603. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9579-1>