



**Ewaluacja programu terapii zajęciowej dla osób niesamodzielnych,
z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie**

RAPORT KWARTALNY I

Poznań, marzec 2015

Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi,
z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie.
Filia ZOLiRM w Owińskach



Raport dotyczy nadzoru merytorycznego/autorskiego nad opracowanym i wdrożonym u Zamawiającego modelem pracy i prowadzonymi zajęciami terapeutycznymi i został opracowany zgodnie z Umową nr ZOLiRM/ 21 /2014 zawartą w Poznaniu w dniu 10.11.2014 roku w ramach projektu „Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi, z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie – Filia ZOLiRM w Owińskach” dofinansowanego z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 w ramach Programu Operacyjnego PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”.

Autorzy raportu:

Mirosława Cyłkowska-Nowak

Ewa Gajewska

Anna Klatkiewicz

Wojciech Strzelecki

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	6
HORTIKULOTERAPIA	7
Frekwencja na zajęciach.....	7
Powody nieobecności	9
Problematyka zrealizowanych zajęć.....	10
Poziom za ktywizowania indywidualnego uczestników	10
Poziom za ktywizowania grupowego uczestników.....	13
Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne	13
Ogólne refleksje prowadzących zajęcia	15
Ogólne refleksje ewaluatorów.....	16
Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć.....	16
MUZYKOTERAPIA	17
ZAJĘCIA GRUPOWE	17
Frekwencja na zajęciach grupowych.....	17
Powody nieobecności	18
Problematyka zrealizowanych zajęć.....	19
Poziom za ktywizowania indywidualnego uczestników	20
Poziom za ktywizowania grupowego uczestników.....	21
Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne	22
Ogólne refleksje prowadzących zajęcia	23

Ogólne refleksje ewaluatorów.....	24
Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć.....	24
ZAJĘCIA INDYWIDUALNE	25
Frekwencja na zajęciach indywidualnych.....	25
Problematyka zrealizowanych zajęć.....	26
Poziom za ktywizowania indywidualnego uczestników.....	27
Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne.....	28
Ogólne refleksje prowadzących zajęcia.....	31
Ogólne refleksje ewaluatorów.....	31
Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć.....	32
TERAPIA PRZEZ TEATR	33
Frekwencja na zajęciach.....	33
Powody nieobecności.....	35
Problematyka zrealizowanych zajęć.....	36
Poziom za ktywizowania indywidualnego uczestników.....	39
Poziom za ktywizowania grupowego uczestników.....	42
Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne.....	43
Analiza arkusza obserwacji uczestnika teatrotterapii.....	44
Ogólne refleksje prowadzących zajęcia.....	45
Ogólne refleksje ewaluatorów.....	46
Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć.....	47
DOGOTERAPIA	48
Frekwencja na zajęciach.....	48
Powody nieobecności.....	49

Problematyka zrealizowanych zajęć.....	49
Poziom za ktywizowania uczes tni ków.....	52
Przeprowadzone badania kwestiona rius zowe – zesta wienia tabelaryczne	54
Ogólne refleksje prowadzących zajęcia	57
Ogólne refleksje ewalua torów.....	57
WNIOSKI.....	59
ZALECENIA.....	61

Wprowadzenie

Program terapii zajęciowej dla osób niesamodzielnych, z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie realizowany w Filii ZOliRM-u w Owińskich obejmuje działania pacjentów w ramach czterech subprogramów:

- działań hortikuloterapeutycznych z elementami terapii przez malars two, grafikę i rzeźbę,
- działań muzykoterapeutycznych,
- działań terapii poprzez tea tr,
- działań dogoterapeutycznych.

Celem zintegrowanego programu terapii zajęciowej realizowanego w Filii ZOliRM-u w Owińskich jest ogólna aktywizacja pacjentów, a ogólnym celem ewaluacji monitorowanie postępów programu oraz jego wpływu na uczestniczących w nim pacjentów.

Z uwagi na zróżnicowany czas rozstrzygnięć konkursowych w odniesieniu do wyboru terapeutów do poszczególnych rodzajów działań, program jako całość zaczął w pełni obejmować terapią wszystkich pacjentów w styczniu 2015 roku, a nie jak zaplanowano pierwotnie – w grudniu. Program muzykoterapeutyczny oraz dogoterapeutyczny prowadzone są w formie grupowej oraz indywidualnej. Natomiast działania hortikuloterapeutyczne i terapii przez tea tr odbywają się wyłącznie w formie grupowej.

Kwalifikacja uczestników do zajęć przeprowadzona została przez kierownika placówki przy współpracy z psychologiem oraz terapeutkami zajęciowymi.

Poniższy raport jest pierwszym raportem kwartalnym i stanowi próbę opisu programu we wstępnej fazie jego realizacji.

Pragniemy wyrazić podziękowanie terapeutom prowadzącym zajęcia oraz pracownikom Filii ZOliRM-u w Owińskich za współpracę, otwartość oraz pomoc w pozyskiwaniu danych niezbędnych do przygotowania pierwszego raportu kwartalnego.

HORTIKULOTERAPIA

Frekwencja na zajęciach

Tabela 1. Frekwencja na zajęciach hortikuloterapeutycznych

Kod	21.01. 2015	28.01. 2015	4.02. 2015	11.02. 2015	18.02. 2015	25.02. 2015	4.03. 2015	11.03. 2015	18.03. 2015	25.03. 2015	Razem
Pacjenci zakwalifikowani											
H01	+	+	+	+	- Odmowa udziału	+	+	+	+	+	9 (90%)
H02	+	+	- Odmowa udziału	+	- Odmowa udziału	+	- Odmowa udziału	- Odmow a udziału	- Odmowa udziału	+	5 (50%)
H03	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H04	- Niechęć do zajęć	+	+	+	+	+	+	+	- Wyjazd na olimpiadę specjalną	+	8 (80%)
H05	X	X	X	X	X	X	+	+	+	+	4
H06	- Odmowa udziału	+	- Odmowa udziału	+	+	- Odmowa udziału	+	+	+	+	7 (70%)
H07	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H08	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H09	+	- Odmowa udziału	+	+	- Odmowa udziału	+	+	+	+	+	8 (80%)

H10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H11	+	- To są dziecięce zabawy	- Złe samopoc zucie	- Złe samopoc zucie	+	- Złe samopoc zucie	+	+	- Złe samopocz ucie	+	5 (50%)
H12	+	+	+	+	+	+	- Odmowa udziału	+	+	+	9 (90%)
H13	+	+	+	+	+	+	+	+	+	- Pobyt w szpitalu	9 (90%)
H14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H15	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H16	- Zły stan zdrowia	+	- Zły stan zdrowia	- Pobyt w szpitalu	- Pobyt w szpitalu	- Zły stan zdrowia	- Zły stan zdrowia	- Zły stan zdrowia	- Zły stan zdrowia	Zgon pacjent a	1
H17	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
H18	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (100%)
Łącz nie	13	14	14	15	13	14	15	16	14	16	
Uczestnicy spoza kwalifikacji											
1.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
2.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	5
3.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4.	X	+	+	+	-	+	+	-	+	+	7
5.	X	+	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6.	X	+	+	-	-	-	-	-	+	-	3
7.	X	X	+	-	+	-	-	+	-	+	4
8.	X	X	X	X	X	+	-	-	-	-	1
9.	X	X	X	X	X	X	+	-	-	-	1
10.	X	X	X	X	X	X	+	-	-	-	1

Źródło: dokumentacja frekwencji prowadzona przez terapeutę hortikultury

Każdy uczestnik programu hortikuloterapii wziął udział średnio w 8 zajęciach (na 10 zrealizowanych), w zajęciu uczestniczyło średnio 14 pacjentów. Pacjenci H03, H07, H08, H09, H14, H15, H17, H18 uzyskali pełną frekwencję na zajęciach. Jeden spośród uczestników wziął udział tylko w czterech spotkaniach. Ten pacjent został niedawno przyjęty do oddziału.

Poza uczestnikami stałymi, zakwalifikowanymi do zajęć brali w nich udział inni pacjenci placówki. Jeden spośród nich osiągnął pełną frekwencję. Obecności tej grupy pacjentów nie miały charakteru pełnego uczestnictwa w zajęciach, a raczej towarzyszenia uczestnikom z grupy zakwalifikowanych.

Powody nieobecności

Pacjenci H01, H02, H06, H09, H12 często zgłaszali złe samopoczucie w dniu odbywania zajęć.

Pacjent H04 wyraził ogromną niechęć do zajęć, ale następnie uczestniczył we wszystkich.

Pacjent H11 uważał, że podczas zajęć proponuje się „dziecięce zabawy”; jego uczestnictwo było niesystematyczne; był przyprowadzany do sali zajęć (niekiedy 2-3-krotnie), a następnie ją opuszczał.

Pacjent H16 uczestniczył tylko w jednym zajęciu, następnie trafił do szpitala; jego stan zdrowia po leczeniu szpitalnym nie pozwalał mu uczestniczyć w zajęciach. Pacjent zmarł.

Pacjent H05 zaczął uczestniczyć w zajęciach po przyjęciu do placówki, tzn. od 4 marca 2015 roku; 11 marca wziął czynny udział dopiero w drugiej części zajęć, po przerwie, ponieważ od rana przejawiał obniżony nastrój związany z brakiem środków na zakup kawy i papierosów.

Pacjent H13 nie mógł przybyć na ostatnie w marcu zajęcie z uwagi na pobyt w szpitalu w związku z leczeniem świerzbu.

Problematyka zrealizowanych zajęć

W ewaluowanym okresie zrealizowanych zostało 10 jednostek tematycznych programu:

21.01. 2015 – Integracja grupy i poznanie terapeutki. Rozpoznawanie stanów emocjonalnych

28.01.2015 – Latający przyjaciele zimą i wiszące spiżarnie. Przygotowanie konstrukcji z karmą dla ptaków i ich rozwieszenie w ogrodzie

4.02.2015 – Wiszące spiżarnie. Spacer i fotografowanie konstrukcji zawieszonych w ogrodzie oraz ptaków

11.02.2015 – Wiszące spiżarnie. Przygotowanie spiżarni i karmy dla ptaków

18.02.2015 – Wiszące spiżarnie. Wydruk zdjęć oraz oprawianie ich w ramki

25.02.2015 – Życiodajne światło. Barwy światła, eksperyment rozszczepienia światła

4.03.2015 – Życiodajne światło. Kompozycje girland świetlnych. Przygotowywanie lampionów

11.03.2015 – Życiodajne światło. Przenikanie światła przez różnorodne materiały i świetne efekty

18.03.2015 – Prezentacja multimedialna o kwiatkach, quiz kwiatowy. Spacer w ogrodzie i zapoczątkowanie wiosennych porządków

25.03.2015 – Ogród po zimie. Porządkowanie ogrodu i sadzenie bratków

Poziom zaktywizowania indywidualnego uczestników

Pacjent H01 reprezentował średni poziom zaktywizowania. Wymagał indywidualnego zachęcenia i zmotywowania do podjęcia zadań podczas zajęć. Sprawność manualna niska. Często skarżył się na różne dolegliwości (np. ból głowy). Przejawiał zachowania oporne wobec proponowanych aktywności na zewnątrz budynku np. w ogrodzie. Unikał wychodzenia na dwór.

Pacjent H02 słabo umotywowany, czterokrotnie nie brał udziału w zajęciach. Miał problem ze skupieniem i utrzymaniem uwagi na zadaniu. Nie kończył niektórych zadań. Posiada niską sprawność manualną. W komunikatach werbalnych często wyrażał przekleństwa.

Pacjent H03 bardzo wycofany, o obniżonym nastroju, logicznie odpowiadający na pytania terapeuty. Zadania wykonuje zgodnie z wskazaniami terapeuty, lecz po ich zakończeniu z własnej inicjatywy nie podejmuje żadnych dodatkowych aktywności. Sprawny manualnie. Skarżył się na problemy ze wzrokiem. Ogromnie zaangażował się w pracę w ogrodzie. Tam też ożywił się komunikacyjnie.

Pacjent H04 nie wziął udziału w pierwszych zajęciach, uznając, że to nie są zajęcia dla niego. Następnie przychodził systematycznie i wykonywał wszystkie zadania. Bardzo sprawny manualnie, umotywowany, nawiązujący komunikację z terapeutką, pacjentami, pomocny oraz przejawiający różne własne inicjatywy.

Pacjent H05 przebywa w placówce od marca. Wziął udział w czterech zajęciach. W jednym z nich od połowy zajęć – w pierwszej połowie nie mógł zdystansować się do problemu warunków i zasad egzystencji w placówce. Zaangażowany, umotywowany, sprawny manualnie. Sprawia wrażenie nierozumienia wszystkich słów, które wyrażają terapeutki. Ogromnie zaangażował się w pracę w ogrodzie. Podczas czynności kopania ziemi w ogrodzie sprawiał wrażenie konkurującego z innymi pacjentami.

Pacjent H06 trzykrotnie odmówił udziału w zajęciach. Podawał w tych okolicznościach różnorodne dolegliwości, aby usprawiedliwić nieuczestniczenie. Sprawność manualna niska, słabe umotywowanie do uczestniczenia w zajęciach. Nie wychodzi na zajęcia odbywające się poza budynkiem.

Pacjent H07 często skarżył się na dolegliwości po zastrzykach i próbował unikać uczestniczenia w zajęciach. Wykonywał zadania szybko, niestarannie, miał trudności w wykonywaniu zadań złożonych, wieloetapowych.

Pacjent H08 podejmował liczne próby skupienia uwagi terapeuty na sobie poprzez długo trwającą komunikację werbalną. Charakteryzuje go średni poziom zaangażowania w zajęcia oraz średnia sprawność manualna.

Pacjent H09 z ogromnie utrudnionym kontaktem, brakiem komunikacji werbalnej. Słabo angażujący się w zajęcia i niechętnie podejmujący zadania.

Pacjent H10 brał udział tylko w pierwszej części zajęć. Charakteryzował się dużym napięciem wewnętrznym. Pozostali pacjenci wskazywali źródło rozdrażnienia kolegi jako odzwyczajanie się od palenia tytoniu. Słabo zaangażowany w zajęcia, często nie kończył swoich prac.

Pacjent H11 z bardzo utrudnionym kontaktem. Przed drugimi zajęciami twierdził, że to są zajęcia dla dzieci. Następnie często zgłaszał złe samopoczucie i brak możliwości uczestniczenia w zajęciach. Podczas zajęć, na które był przyprowadzany nie angażował się w zadania, niekiedy wykonywał jakąś czynność pod bezpośrednim nadzorem terapeutki.

Pacjent H12 nie angażował się w zajęcia, izolował się od grupy, siedząc najczęściej na fotelu obok. Komunikacja utrudniona, twierdził, że nie znosi brudzenia sobie rąk i wymagał indywidualnego traktowania. Podczas prób włączenia w prace grupy reagował silnym pobudzeniem psychoruchowym.

Pacjent H13 posiada duży potencjał zajęciowy, wysoki poziom motywacji oraz wysoki poziom umiejętności manualnych. Samodzielnie wykonywał wszystkie zadania, często występując z różnymi inicjatywami własnymi wykraczającymi poza zakres realizacji zaproponowany przez terapeutkę. W wielu działaniach zmierzający do perfekcjonizmu wykonawczego. Ogromnie zaangażowany w prace w ogrodzie.

Pacjent H14 wycofany, z niskim poziomem motywacji, niskim poziomem umiejętności manualnych, sygnalizujący zmęczenie, wymagał licznych zachęt i wsparcia terapeutki. Nie podejmował prac w ogrodzie.

Pacjent H15 posiadający wysoki poziom umotywowania, średni poziom umiejętności manualnych oraz trudności komunikacyjne. Charakteryzowało go duże zaangażowanie w zajęcia, był pomocny, podejmował zadania po poinstruowaniu przez terapeutkę. W grupie przyjmujący raczej rolę „drugoplanową”, chętnie asystuje w czynnościach, przytrzymuje konstrukcje, podporządkowuje się wskazówkom innych osób.

Pacjent H16 uczestniczył tylko w jednych zajęciach. W trakcie realizacji programu nastąpiło radykalne pogorszenie stanu zdrowia, pacjent poddany został hospitalizacji, a po powrocie ze szpitala zmarł.

Pacjent H17 posiadający dobrą ogólną sprawność, ale niski poziom motywacji i zaangażowania się w zajęcia. Na poziomie wykonawczym mała staranność realizacji zadań. Nieco ożywił się i pełniej wywiązał z zadań podczas prac w ogrodzie.

Pacjent H18 charakteryzujący się wycofaniem, milczący. Ożywił się w zdaniach wymagających zastosowania wiedzy lub umiejętności z zakresu matematyki. Często zgłaszał zmęczenie. Nie podejmował prac w ogrodzie.

Poziom zaktywizowania grupowego uczestników

Grupa niezintegrowana. Podzielona na małe podgrupy pacjentów współpracujących z sobą. Niektórzy pacjenci działający indywidualnie lub z próbami wyjścia z grupy. Pacjenci spoza podstawowej kwalifikacji wchodzący do grupy wymagają dodatkowego angażowania się terapeuty. Może lepiej byłoby nie otwierać grupy dla innych pacjentów.

Na proces zespołowy silnie wpływa projekcja zdarzeń i nastrojów z codziennego życia pacjentów i funkcjonowania placówki (brak papierosów, kawy, konflikty, opóźnienia w dowozie posiłku, zachorowania, zgony pacjentów itp.), to z kolei wywołuje „falowanie” nastroju uczestników oraz zmienności ich angażowania się w zadania.

Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne

Tabela 2. Średnie wyniki parametrów dla uczestników zajęć z hortikuloterapii – arkusz obserwacyjny

Lp.	Obserwowany parametr	21.01. 2015	28.01. 2015	4.02. 2015	18.02. 2015	25.02. 2015	4.03. 2015	11.03. 2015	18.03. 2015
1.	Motywacja	3,6	4,7	4,5	4,5	4,4	3,9	4,0	3,8
2.	Nastrój	3,4	3,1	3,3	3,3	3,8	3,5	3,2	3,8
3.	Zainteresowanie zajęciami	4,6	4,7	4,5	4,3	4,0	4,1	4,0	3,8
4.	Koncentracja uwagi	3,4	3,9	3,5	3,1	4,2	3,5	3,4	3,2

5.	Ogólna aktywność	4,0	4,3	3,7	4,0	3,8	3,7	3,8	3,6
6.	Aktywność ruchowa	3,8	4,3	3,9	3,7	4,6	3,9	3,8	3,6
7.	Manipulowanie dłońmi	3,2	4,3	4,1	4,1	3,8	4,1	3,8	3,2
8.	Komunikacja werbalna	2,6	3,3	3,1	3,9	3,6	4,1	4,2	3,6
9.	Komunikacja pozawerbalna	3,8	3,8	3,5	3,7	3,8	4,1	4,2	3,6
10.	Samodzielność w wykonywaniu zadań	3,2	3,6	3,3	3,1	3,2	3,9	3,8	3,1
11.	Odtwórcze wykonywanie zadań	4,0	3,8	3,6	3,7	4,0	3,7	3,8	4,0
12.	Twórcze wykonywanie zadań	3,0	4,4	3,7	4,1	3,6	4,3	4,2	3,2
13.	Kończenie zadań w przewidzianym czasie	3,0	3,8	4,1	4,3	4,6	3,7	4,2	3,8
14.	Staranność wykonania	3,0	3,8	3,9	4,1	3,8	4,1	3,8	3,6
15.	Angażowanie się wyłącznie w działania własne	2,2	3,6	4,1	4,1	3,2	3,9	3,5	3,6
16.	Angażowanie się we współpracę z innymi uczestnikami	3,6	4,2	3,6	3,5	3,8	3,5	4,3	3,2
17.	Angażowanie się we współpracę z terapeutą	4,4	3,2	3,8	3,3	4,2	4,1	4,1	3,2
18.	Motoryka mała	3,4	4,4	4,1	4,1	3,8	4,1	3,8	3,2
19.	Motoryka duża	2,8	3,2	3,5	3,1	3,2	3,1	3,8	4,0

Źródło: badania własne ewaluatorki programu hortikuloterapii

Badaniu arkuszem obserwacyjnym poddane zostały wszystkie parametry arkusza. Powyższa tabela prezentuje średnie wyniki dla wszystkich badanych w arkuszu parametrów w wybranych dniach zajęć. Analizując uzyskane dane należy stwierdzić, że uczestnicy zajęć intensywniej angażowali się w zajęcia prowadzone w budynku. Ocena aktywności pacjentów podczas zajęć w ogrodzie przyniosła nieco niższą średnią ocenę. Niektóre z badanych parametrów mają wyraźną tendencję wzrostową (np. motywacja), a inne – spadkową (np. manipulowanie dłonią). Niekiedy było to związane z tematyką lub charakterem zajęć. Na przykład przygotowywanie „ptasich spiżarni” wymagało intensywniejszej pracy manualnej niż spacer w ogrodzie i oglądanie korzystania ze spiżarni przez ptaki. Ale i tu istniały różnice indywidualne, bowiem uczestnicy wykonujący fotografie kamników przejawiali również działania manualne. Nie można jednak mówić o jakiejś stałej tendencji w otrzymanych wynikach. Konieczne wydaje się dalsze prowadzenie badania i podjęcie analizy zgromadzonych danych po upływie drugiego kwartału realizacji programu.

W kolejnym kwartale wzięte zostaną pod uwagę również kwestionariusz współdziałania grupowego oraz uproszczona, stworzona na potrzeby badań wersja skali nastroju (skala ta została obecnie zastosowana jako narzędzie pilotażowe).

Jednak badanie współdziałania w grupie przeprowadzone zostało jeden raz, co nie pozwala na tym etapie rozwijania procesu hortikuloterapii na dokonanie porównania. Współpraca grupowa nie powinna być też często oceniana, z racji powolnych zmian w tym zakresie w poddanej oddziaływaniu terapeutycznemu grupie.

Skala nastroju w wersji uproszczonej wprowadzona została w drugiej połowie lutego, co również nie pozwala na stworzenie wniosków z uwagi na zbyt krótki czas jej stosowania.

Ogólne refleksje prowadzących zajęcia

- Część spośród pacjentów jest bardzo zainteresowanych i zaangażowanych działaniami manualnymi, działaniami na świeżym powietrzu oraz wówczas, gdy dzieje się coś nowego, czego wcześniej nie robili
- Największą aktywność udało się wzbudzić podczas zajęć wokół przygotowania ptasich spiżarni, przygotowania lampionów, eksperymentów ze światłem oraz w zakresie prac ogrodniczych wśród pacjentów, którzy preferują prace w ogrodzie

Ogólne refleksje ewaluatorów

- Program realizowany rytmicznie i zgodnie z planem. W trakcie realizacji pojawiały się różnorodne zakłócenia na poziomie jednostek oraz grupy związane głównie ze sposobem rozwijania relacji interpersonalnych oraz komunikowaniem
- Konieczna okazała się zmiana kwestionariusza do badania nastroju
- Wystąpiły trudności z badaniem nastroju pacjentów z uwagi na opuszczanie zajęć przez pacjentów przed ich zakończeniem

Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć

- Problemem w grupie było wyśmiewanie osób słabszych lub przeżywających jakiś problem
- Zajęcia zakłócały reakcje na brak papierosów i kawy u wybranych pacjentów
- Udział jednego spośród zakwalifikowanych pacjentów był warunkowany tym, czy w czasie przeznaczonym na zajęcia pojawiały się jakieś działania na tury organizacyjnej (np. wyładunek prania), które pacjent wykonywał w zamian za otrzymywane papierosy
- Opóźnienia w zakupie środków do realizacji zajęć (drukarki do wydruku zdjęć, karty pamięci do aparatów fotograficznych)

MUZYKOTERAPIA

ZAJĘCIA GRUPOWE

Frekwencja na zajęciach grupowych

Tabela 3. Frekwencja na zajęciach grupowych muzykoterapeutycznych

Kod pacjenta	13.01. 2015	20.01. 2015	27.01. 2015	03.02. 2015	10.02. 2015	17.02. 2015	24.02. 2015	03.03. 2015	10.03. 2015	17.03. 2015	24.03. 2015	Łączna frekwencja
MG01	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	9 (82%)
MG02	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11 (100%)
MG03	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	7 (64%)
MG04	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (27%)
MG05	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	8 (73%)
MG06	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10 (91%)
MG07	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	10 (91%)
MG08	-	-	-	+	-	+	-	+	+	+	+	6 (55%)
MG09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1 (0.1%)
MG10	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10 (91%)

-	6	8	8	7	4	6	7	8	8	7	6	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Źródło: dokumentacja frekwencji prowadzona przez terapeutę muzykoterapii grupowej

Większość pacjentów uczestniczyła systematycznie w zajęciach. Dwóch pacjentów (MG09 i MG04) brało udział w mniej niż połowie zajęć. Każdy uczestnik brał udział w średnio 7 zajęciach (na 11 zrealizowanych). Średnio w każdym zajęciu uczestniczyło 7 osób.

Powody nieobecności

Pacjent MG01 – powodem nieobecności pacjenta był zazwyczaj problem z motywacją. Nie w pełni rozumie formę uczestnictwa w zajęciach. Niekiedy poziom motywacji był nieco wyższy – na tyle, że pozwalał się przyprowadzić. Nie śpiewał, nie grał na instrumentach, od razu je odkładał. Brał udział w zajęciach jedynie wtedy, kiedy został na nie przyprowadzony. Starał się opuścić zajęcia przed czasem i ich ukończenia.

Pacjent MG03 – powodem nieobecności był zazwyczaj problem z motywacją. Niekiedy miewał obniżony nastrój, co wyraźnie amniejszało jego chęć uczestnictwa w jakichkolwiek formach aktywności.

Pacjent MG04 – dało się zaobserwować obniżenie motywacji. Początkowo uczestniczył, trzymał śpiewnik, przekładał prowadzącemu zajęcia kartki. Następnie zaczął demonstrować niechęć. Prawdopodobnie było to związane z poczuciem zagrożenia pozycji, jako że dotąd pełnił w ośrodku rolę DJ-a. Próby zmotywowania do uczestnictwa w zajęciach podejmowali zarówno psycholog, jak i pielęgniarka oddziałowa i muzykoterapeuta prowadzący zajęcia.

Pacjent MG05 – powody nieobecności nie zostały ustalone.

Pacjent MG06 był nieobecny jedynie na początku, ponieważ nie przebywał wówczas w placówce.

Pacjent MG07 – powodem jednej nieobecności było złe samopoczucie, zmęczenie, senność. Usprawiedliwił się osobiście.

Pacjent MG08 – powodem opuszczania zajęć była niechęć do nowych sytuacji oraz nastawienie lękowe. W drugiej połowie pierwszego kwartału frekwencja znacznie się poprawiła. Sam przychodził na zajęcia.

Pacjent MG09 – pacjent prezentował całkowity brak zainteresowania. Jednak raz pojawił się na zajęciach. Wyszedł wprawdzie przed końcem, ale była to jego pierwsza decyzja o wzięciu w nich udziału.

Pacjent MG10 – opuścił jedno zajęcia, nieobecność spowodowana była udziałem w wyjeździe zorganizowanej przez placówkę.

Problematyka zrealizowanych zajęć

23.12.2014 – Grupowe śpiewanie kolęd, zapoznanie się z grupą i pacjentami indywidualnymi

06.01.2015 – Próba do występu „Herody”, występ

13.01.2015 – Pierwsze pełne zajęcia, śpiewoterapia grupowa, wprowadzenie piosenki biesiadnej i rozrywkowej, ćwiczenia oddechowe

20.01.2015 - Kontynuacja śpiewoterapia grupowa, wprowadzenie piosenki biesiadnej i rozrywkowej, ćwiczenia oddechowe

27.01.2015 - Kontynuacja śpiewoterapia grupowa, wprowadzenie piosenki biesiadnej i rozrywkowej, praca z rytmem

03.02.2015 – Śpiewoterapia grupowa, utrwalenie materiału muzycznego

10.02.2015 – Śpiewoterapia grupowa, powtórzenie materiału, wspólne przeżywanie rytmu

17.02.2015 – Śpiewoterapia, grupowe odgrywanie tematów konkretnych na instrumentarium Orffa

24.02.2015 – Śpiewoterapia grupowa z akompaniamentem gitary i instrumentów perkusyjnych

03.03.2015 – Śpiewoterapia grupowa, odgrywanie emocji, odzwierciedlanie emocji z użyciem instrumentarium Orffa, akompaniament gitary i instrumentów perkusyjnych

10.03.2015 – Śpiewoterapia grupowa, odgrywanie emocji i sytuacji życiowych z wykorzystaniem instrumentarium Orffa

17.03.2015 – Śpiewoterapia grupowa, odgrywanie emocji i sytuacji życiowych z wykorzystaniem instrumentarium Orffa

24.03.2015 – Śpiewoterapia grupowa, ilustracja wizualizacji za pomocą instrumentarium Orffa

Poziom zaktywizowania indywidualnego uczestników

Pacjent MG01 przejawiał brak motywacji, brak aktywności. Nie rozumie potrzeby swojego uczestnictwa w zajęciach. Nie śpiewał, odkładał instrumenty, nie grał na nich. Na zajęcia przychodził jedynie przyprowadzony. Próbował opuścić zajęcia przed końcem. Nieaktywny. Prognozy negatywne.

Pacjent MG02 prawdopodobnie nie słyszy, lub słyszy bardzo słabo. Chętnie przebywał w grupie, z zaangażowaniem gra na trójkącie i na tamburynie. Uśmiechał się, chętnie przychodził, umotywowany, aktywny. Prognozy pozytywne.

Pacjent MG03 – nastrój uległ znacznej poprawie, zwiększyła się również motywacja do działań w grupie. Trochę śpiewał, grał, zaangażowanie średnie, ale posiada potencjał. Wahania nastroju utrudniały utrzymanie motywacji na stałym poziomie. Średnio aktywny. Prognozy pozytywne.

U pacjenta MG04 występowało utrzymujące się obniżenie motywacji, opór wobec zajęć. Opór ma charakter demonstracyjny. Początkowo trzymał śpiewnik, przekładał kartki prowadzącemu. Kiedyś był w ośrodku osobą odpowiedzialną za oprawę muzyczną. Być może więc poczuł zagrożenie swojej pozycji. Nie daje się zmotywować ani psychologowi, ani pielęgniarce oddziałowej, ani muzykoterapeucie. Prezentował bowiem opór. Kiedy przychodził na zajęcia był średnio aktywny. Prognozy negatywne.

Pacjent MG05 – pozytywne nastawienie do grupy, do zajęć, zaangażowanie średnie, niekiedy opuszczał zajęcia przed końcem, rozkojarzony, skupiony na sobie co manifestuje się również w mówieniu do siebie. Kontaktowy, grał bardzo twórczo, nie śpiewał, średnio aktywny. Prognozy pozytywne.

Pacjent MG06 reprezentował zmiany nastroju, natręctwa, kompulsje (również pod postacią zachowań autodestrukcyjnych), umie grać na gitarze, ale nie grał na niej, próbował (było to związane również z próbą zwiększenia motywacji do niekrzywdzenia rąk), motywacja średnia,

zaangażowanie minimalne, mało aktywny, chętnie przebywał w grupie, grał na instrumentach perkusyjnych z niewielkim zaangażowaniem, czasami trochę śpiewał, miał problemy z koncentracją uwagi (co związane jest również z intensywną farmakoterapią), mało aktywny. Prognozy niejasne.

Pacjent MG07 – mocno zaangażowany, zmotywowany, śpiewał z pamięci wszystko, grał na instrumentach, nastrój nieco obniżony (co deklarował jasno), komunikatywny, muzyczny, aktywny. Prognozy pozytywne.

Pacjent MG08 – na początku nie chciał uczestniczyć w zajęciach. Teraz przychodzi z własnej woli. Często pojawiał się przed zajęciami, podejmował dialog z prowadzącym zajęcia. Oswajał się, trwa praca nad relacją, kontakt się poprawia. Potrzebne jest długoterminowe działanie z uwagi na wysoki poziom lękowości. Trudno go ocenić kwestionariuszowo, ponieważ opuszcza zajęcia, potem wraca i znowu je opuszcza. Ewidentna zmiana na lepsze. Motywacja niejasna. Póki co nieaktywny. Prognozy pozytywne.

Pacjent MG09 – brak udziału w zajęciach, brak kontaktu z terapeutą, nieaktywny, raz się pojawił. Prognoza niejasna.

Pacjent MG10 – pozytywnie nastawiony, zmotywowany, nieco wycofany, komunikatywny, zaangażowany, muzyczny, przynosił swoją gitarę, grał na gitarze, śpiewał, grał na instrumentach perkusyjnych, nastrój pozytywny, współakompaniował, rozwijał się muzycznie, sam stroił instrument, aktywny, prognoza pozytywna.

Poziom zaktywizowania grupowego uczestników

Zaangażowanie grupowe znacząco się poprawiło. Nadal pacjenci nie są mocno zaangażowani w działania grupowe, jednak część najbardziej zmotywowanych i aktywnych osób konsoliduje i uaktywnia pozostałych.

Grupa miała charakter otwarty. Oznacza to, że poza osobami zakwalifikowanymi do zajęć z muzykoterapii uczestniczyły w nich również osoby, które z własnej woli chciały wziąć udział w zajęciach. Było to bardzo korzystne, ponieważ przyczyniło się do poprawy funkcjonowania na zajęciach pacjentów zakwalifikowanych.

Obecność „aktywistów”: konsoliduje grupę, motywuje do działania, podnosi zaangażowanie, modeluje postawy aktywne, wspomaga przeprowadzanie zaplanowanych działań terapeutycznych.

Ich dobrowolne uczestnictwo właściwie gwarantuje ich pełne zaangażowanie.

W zajęciach uczestniczą również kobiety przychodzące z Warsztatów Terapii Zajęciowej w Owińskich. Podejmują te same zadania, uczestniczą, śpiewają, podnoszą motywację i zaangażowanie.

Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne

Tabela 4. Średnie wyniki parametrów dla uczestników zajęć grupowych – arkusz obserwacyjny

Lp.	Obserwowany parametr	13.01. 2015	20.01. 2015	27.01. 2015	03.02. 2015	10.02. 2015	17.02. 2015	24.02. 2015	03.03. 2015	10.03. 2015	17.03. 2015	24.03. 2015
1.	Nastój	3,33	3,75	3,38	3,43	4,25	3,6	3,71	3	3	3,29	3,83
2.	Koncentracja uwagi	3	3,13	3,5	3,29	4,25	3	3,43	3,25	3,17	3,29	3,83
3.	Aktywność	2,83	3	2,63	2,71	3,75	3,4	3,43	3,13	2,66	3,29	4
4.	Motywacja	2,33	3	3	2,29	4,5	3,4	3,29	3,13	3	3,29	4
5.	Komunikacja	2,83	3,38	3,13	3	3,75	3,6	3,29	3,63	3,33	3,5	3,17
6.	Kreatywność	-	-	-	-	4	3,2	4	3	2,5	4	4,2
7.	Motoryka	-	-	-	-	4,5	3,8	-	-	-	-	-

	mała											
8.	Motoryka duża	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-

Źródło: badania własne ewaluatora zajęć muzykoterapeutycznych

Badaniu arkuszem obserwacyjnym poddane zostały te parametry, które w ramach realizacji określonego tematu zajęć mogły zostać ocenione. Powyższa tabela prezentuje średnie wyniki dla wszystkich badanych w arkuszu parametrów w każdym dniu zajęć (wyłączywszy zajęcia pierwsze, które miały charakter zapoznania się z pacjentami oraz drugie, na których miała miejsce próba przed przedstawieniem „Herody”, a następnie występ).

W kolejnych raportach wzięte zostaną pod uwagę również kwestionariusz współdziałania grupowego oraz uproszczona, stworzona na potrzeby badań wersja skali nastroju.

Jednak badanie współdziałania w grupie przeprowadzone zostało jak dotąd dwa razy, co czyni wnioski mało istotnymi. Założenie jest bowiem takie, że współpraca grupowa nie powinna być zbyt często oceniana, z racji powolnych zmian w tym zakresie w poddanej oddziaływaniu muzykoterapeutycznemu grupie.

Skala nastroju w wersji uproszczonej wprowadzona została w drugiej połowie lutego, co również nie pozwala na stworzenie wniosków z racji zbyt jak dotąd krótkiego jej stosowania.

Ogólne refleksje prowadzących zajęcia

- Po zapoznaniu się z grupą i jej ograniczeniami wysunąć należy wniosek, że program zostanie zrealizowany, jednak jego realizacja przebiegać będzie wolniej
- Również nowe elementy wprowadzane muszą być bardziej stopniowo
- Pacjenci oswiają się z zajęciami, stopniowo wykazując coraz większe zaangażowanie. Musieli bowiem przyzwyczaić się do nowej formy aktywności, wpisanej w stały grafik tygodnia

- Z podobnych powodów wolniej wprowadzane są (i będą) również przewidziane w programach techniki muzykoterapeutyczne
- Jedno z narzędzi badawczych okazało się być zbyt trudne dla pacjentów zakwalifikowanych do programu muzykoterapii grupowej (Skala Nastroju). Większość uczestników nie była w stanie go wypełnić a użyte w nim wyrażenia okazały się zbyt skomplikowane. Zastąpiono ją więc prostszą wersją odnoszącą się do koncepcji emocji podstawowych
- Zarówno w odniesieniu do uzupełniania skali nastroju jak i do opóźnień w realizacji programu przyczynia się również fakt, że większość pacjentów zakwalifikowanych do programu muzykoterapii grupowej nie potrafi czytać, co z kolei wpłynęło na późniejsze niż przewidywano opanowanie tekstów piosenek do śpiewoterapii, która w założeniach programowych jest podstawową formą aktywności pacjentów.
- Można zauważyć rozwój grupy, jej ogólnego zaangażowania, oraz większą otwartość na wprowadzone nowe elementy. W grupie zaczyna tworzyć się więź oparta o współdziałanie w zadaniach niewerbalnych
- Wzrost zaangażowania nie przekłada się jednak do końca na wzrost motywacji, jednak w przypadku większości pacjentów prognozą są pozytywne

Ogólne refleksje ewaluatorów

- Zmiana kwestionariusza skali nastroju spowodowała opóźnienie rozpoczęcia badania emocji, jednak nowy kwestionariusz jest dla pacjentów zrozumiały i z pomocą prowadzącego potrafią go uzupełnić. Wypełnienie go zajmuje również zdecydowanie mniej czasu niż przewidziana podczas tworzenia koncepcji skala nastroju
- Modyfikacje w programie są konieczne z racji konieczności dostosowania go do możliwości pacjentów. Założenia zostaną zrealizowane, jednak modyfikacji poddano tempo realizacji zadań
- Potencjał grupy jest wykorzystywany, osoba prowadząca potrafi współdziałać z grupą. Ma bardzo dobry kontakt z pacjentami.
- To, że zajęcia prowadzone są na zasadzie grupy otwartej sprzyja rozwojowi potencjałów uczestników zajęć i zachęca osoby niezakwalifikowane do uczestnictwa, co bardzo dobrze wpływa na grupę

Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć

- Podczas jednych zajęć miała miejsce wycieczka organizowana przez placówkę. Spowodowało to zmniejszenie liczby tych uczestników, którzy aktywizują grupę do działań. Została wówczas najśłabsza grupa, zaangażowanie było obniżone, a terapeuta zrezygnował z wprowadzenia nowych elementów
- Zdarzają się ucieczki z zajęć – ich przyczyną był długi czas ich trwania oraz zróżnicowany czas koncentracji uwagi poszczególnych uczestników grupy

ZAJĘCIA INDYWIDUALNE

Frekwencja na zajęciach indywidualnych

Tabela 5. Frekwencja na zajęciach indywidualnych muzykoterapeutycznych

Kod pacjenta	13.01. 2015	20.01. 2015	27.01. 2015	03.02. 2015	10.02. 2015	17.02. 2015	24.02. 2015	03.03. 2015	10.03. 2015	17.03. 2015	24.03. 2015	Liczba zajęć
MI01	+	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	5
MI02	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+	5
MI03	+	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	5
MI04	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	2
MI05	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	5
MI06	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	4
MI07	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	5
MI08	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	3

Źródło: dokumentacja frekwencji prowadzona przez terapeutę muzykoterapii indywidualnej

Problematyka zrealizowanych zajęć

Program działań indywidualnych dostosowany jest do pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu znacznym i głębokim oraz pacjentów z zaburzeniami otępiennymi organicznymi. Dotyczy pacjentów, z którymi kontakt werbalny jest z różnych powodów utrudniony. Wszystkie ćwiczenia wymagają powtórzeń w celu wzmocnienia oddziaływania. Dobór technik dostosowany jest do potrzeb i możliwości danego pacjenta. Indywidualizowane podejście umożliwia optymalizację działań. Zapropionowana kolejność działań wiąże się ze stopniowym zwiększaniem udziału pacjenta w ćwiczeniach. Ćwiczenia mają charakter propozycji, jako że do każdego z pacjentów konieczne jest wdrażanie innego podejścia, jak również innego tempa i kolejności wprowadzanych zmian i nowych elementów.

Tematy realizowane na zajęciach indywidualnych:

Określenie preferencji muzycznych pacjenta w oparciu o obserwację i zaangażowanie w techniki receptywne

Relaksacja w oparciu o techniki receptywne (słuchanie muzyki relaksacyjnej) oraz aktywne (stosowanie relaksujących instrumentów takich jak kij deszczowy czy bębenek imitujący szum morza)

Improwizacje na instrumencie klawiszowym

Gra na instrumentach perkusyjnych (instrumentarium Orffa)

Aktywizacja i motywowanie do działań wspólnych przy pomocy technik receptywnych (muzyka aktywizująca) oraz aktywnych (gra na instrumentach perkusyjnych oraz improwizacje na instrumencie klawiszowym)

Aktywizacja emocjonalna przez muzykę

Praca nad koncentracją uwagi na działaniach związanych z muzyką i na samej muzyce

Poziom zaktywizowania indywidualnego uczestników

Pacjent MI01 – nastawienie pozytywne, zmotywowany, zaangażowany, zainteresowany, udało się określić preferencje muzyczne, preferuje muzykę energiczną z wyraźnie zaznaczonym rytmem, aktywizującą, chętnie słuchał, nie potrafił odwzorować rytmu klaskaniem, grał na instrumencie klawiszowym, aktywny, prognoza pozytywna

Pacjent MI02 – skupienie zajęć w krótkim czasokresie związane było z czasowym pogorszeniem stanu zdrowia. Konieczne okazało się więc wykorzystanie czasu gdy był zdrowy i mógł uczestniczyć w zajęciach. Trudno skłonić go do uczestnictwa, jednak w trakcie zajęć nie próbował ich opuszczać przed czasem. Reagował na muzykę relaksacyjną. Pod jej wpływem następowało zmniejszenie liczby przyruchów. Następowala również poprawa kontaktu wzrokowego. Głównie reagował na muzykę relaksacyjną. Działa na niego bardzo intensywnie. Najbliższe cele to: zmniejszenie napięć i oporów, otwarcie na kontakt. Na muzykę reagował również cieleśnie (poruszał się rytmicznie do wolnej muzyki). Prognoza pozytywna

Pacjent MI03 – problemy z koncentracją uwagi, czas skupienia uwagi krótki, nie wydłuża się, niejasne preferencje muzyczne, krótkie zainteresowanie również instrumentami perkusyjnymi oraz instrumentem klawiszowym. Na zajęcia przychodził chętnie. Na początku był zaintrygowany, jednak zainteresowanie szybko mijało. Radośnie reagował na muzykę na krótko. Aktywny. Wskazaniem była praca nad koncentracją uwagi w związku z poważnymi jej deficytami. Prognoza niejasna.

Pacjent MI04 – opuścił ośrodek, rokowania były dobre, dobrze reagował na relaksację muzyczną, próbował uciekać, ale czas koncentracji wzrastał w trakcie zajęć, wyciszał się, ogólnie pacjent agresywny i spięty. Ruch przy muzyce wskazywał na reakcje na tempo utworów. Dobrze reagował na muzykę relaksacyjną. Wyciszał się. Aktywny. Prognoza pozytywna, jednak nie przebywa już w ośrodku.

Pacjent MI05 – skupienie zajęć w krótkim czasokresie związane było z okresowym pogorszeniem się stanu zdrowia – chorował. Preferował muzykę relaksacyjną. Bardzo dobrze reagował na połączenie technik relaksacyjnych receptywnych (muzyka relaksacyjna) i aktywnych (zastosowanie relaksujących instrumentów – kij deszczowy). Reakcja ta była niezwykle intensywna. Sukcesywnie wzrastał czas koncentracji uwagi. Aktywny. Prognoza pozytywna.

Pacjent MI06 – nie reagował na muzykę, być może z powodu problemów ze słuchem, nastawienie do zajęć raczej pozytywne, nie uciekał. Jednak nie reagował na muzykę, jakby jej nie słyszał. Potrafił krótkotrwale zainteresować się instrumentami perkusyjnymi, ale robił to zupełnie arytmicznie. Wskazanie – dalsze poszukiwanie działań, które go interesują, sprawdzenie czy w ogóle słyszy, oddziaływanie wibracjami (np. z zastosowaniem mis tybetańskich). Nieaktywny. Prognoza niejasna.

Pacjent MI07 – motywacja do uczestnictwa w zajęciach zmienna, problem z ustaleniem preferencji muzycznych, ogólnie lubi muzykę, reagował na nią. Improwizacja na instrumencie klawiszowym kreatywna, zainteresowanie tą formą aktywności muzycznej – sam chciał grać. Generował z instrumentu bardzo różne brzmienia i zestawy dźwięków oraz pojedyncze dźwięki. Długi czas koncentracji uwagi. Mocno wycofany. Aktywny. Prognoza pozytywna.

Pacjent MI08 – chętnie przychodził na zajęcia, reakcja raczej obojętna. Samo poświęcenie mu uwagi wydaje się wpływać na niego pozytywnie. Przejawił umiarkowane zainteresowanie bębenkiem imitującym szum morza. Wskazanie – poszukiwanie zainteresowań. Aktywność umiarkowana. Prognoza niejasna.

Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne

Tabela 6. Zestawienie wyników pacjentów indywidualnych – arkusz obserwacyjny

MI01											
Badany parametr	13.01.2015	20.01.2015	27.01.2015	03.02.2015	10.02.2015	17.02.2015	24.02.2015	03.03.2015	10.03.2015	17.03.2015	24.03.2015
Nastrój	4		4		4		4			4	
Koncentracja uwagi	4		4		4		4			3	
Aktywność	4		4		4		4			4	
Motywacja	4		4		4		4			3	
Komunikacja	4		3		3		3			3	
Kreatywność	4		3		2		3			3	
Motoryka mała	4				3		3				
Motoryka duża	3				3						
MI02											
Nastrój			2		1	3		2			2
Koncentracja uwagi			3		3	3		3			3
Aktywność			2		3	3		2			3
Motywacja			1		1	3		2			1

Komunikacja			1		1	1		1			1	
Kreatywność												
Motoryka mała												
Motoryka duża												
MI03												
Nastrój	3		3		3			4		3		
Koncentracja uwagi	2		2		2			2		1		
Aktywność	2		2		3			3		2		
Motywacja	2		2		1			2		1		
Komunikacja	2		2		2			2		1		
Kreatywność	2		1		1							
Motoryka mała	2				2							
Motoryka duża	2				2							
MI04												
Nastrój	3				3							
Koncentracja uwagi	2				3							
Aktywność	2				3							
Motywacja	1				2							
Komunikacja	1				1							
Kreatywność	2											
Motoryka mała	1											
Motoryka duża	2											
MI05												
Nastrój								3	3	3	4	4

Koncentracja uwagi							2	3	4	3	2
Aktywność							3	2	3	3	3
Motywacja							2	3	4	4	4
Komunikacja							2	2	3	3	4
Kreatywność							2				
Motoryka mała											
Motoryka duża											
MI06											
Nastrój		4		4			3			3	
Koncentracja uwagi		2		2			2			3	
Aktywność		3		4			4			4	
Motywacja		3		3			3			4	
Komunikacja		2		3			3			3	
Kreatywność		2		3						3	
Motoryka mała		2		4							
Motoryka duża				4							
MI07											
Nastrój		2		4			4			4	4
Koncentracja uwagi		3		4			4			4	5
Aktywność		2		3			4			4	5
Motywacja		2		4			4			4	4
Komunikacja		1		3			3			3	3
Kreatywność		1					5			5	5
Motoryka mała							5			4	5

Motoryka duża											
MI08											
Nastrój		4		4		4					
Koncentracja uwagi		3		3		4					
Aktywność		2		3		2					
Motywacja		3		4		3					
Komunikacja		1		3		2					
Kreatywność		1		1							
Motoryka mała		1									
Motoryka duża											

Źródło: badania własne ewaluatora zajęć muzykoterapeutycznych

Ogólne refleksje prowadzących zajęcia

- Pacjenci z wolna przyzwyczajają się do terapeuty i do nowej aktywności
- Indywidualne podejście jest tu konieczne, podobnie jak dopasowanie technik do możliwości i preferencji pacjentów. Uniemożliwia to sztywność takiego samego programu u wszystkich pacjentów
- Udało się określić preferencje muzyczne niektórych pacjentów
- Następuje wzmocnianie i pogłębianie relacji terapeutycznej (poprawił się w kilku przypadkach kontakt wzrokowy)
- Relaksacja – w kilku przypadkach przyniosła zmniejszenie przyruchów, wyciszenie bądź rozluźnienie pobudzonych i spiętych pacjentów.
- U niektórych wzrosło skupienie, czas koncentracji uwagi wydłużył się co widać np. po spadku zachowań ucieczkowych
- Formy aktywne pobudziły kreatywność niektórych pacjentów

Ogólne refleksje ewaluatorów

- Podejście indywidualne do każdego pacjenta było w założeniu programowym i jest realizowane z odpowiednią starannością

- Pomiarów medycznych wprowadzonych zostaną później. Najpierw musi nastąpić obniżenie poziomu lęku i wzmocnienie uległej relacji terapeutycznej. Wprowadzenie pomiarów tętna i ciśnienia od razu mogłoby zaszkodzić relacji terapeutycznej, osłabić zaufanie do terapeuty oraz pogorszyć koncentrację uwagi na muzyce lub działaniach aktywnych z nią związanych. Ponadto może skojarzyć się z medycznym aspektem, co może wzbudzić lęk lub niechęć. Zalecenie: wprowadzenie pomiarów parametrów życiowych w kolejnym kwartale.
- Póki co proces ewaluacyjny przebiega w oparciu o analizę arkuszy obserwacyjnych oraz materiałów filmowych z sesji terapeutycznych
- Potencjał pacjentów jest wykorzystywany
- Terapeuta podchodzi do każdego pacjenta indywidualnie, poszukując możliwości nawiązania z nim kontaktu oraz zaktywizowania go.
- Budowanie relacji terapeutycznej dostosowane było do możliwości pacjentów
- Prowadzący zajęcia niewerbalnie odzwierciedlał zachowania pacjentów, co zbliżało go do nich i wzmacniało relację
- Problem z koncentracją uwagi u niektórych pacjentów skłania do refleksji nad koniecznością poszukiwania sposobów ich zaktywizowania

Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć

- Jeden pacjent (MI04) opuścił ośrodek
- Stan zdrowia decydował niekiedy o niemożliwości uczestnictwa pacjentów w sesjach
- Nie zawsze sztywny harmonogram był możliwy do realizacji
- Braki środków do prowadzenia zajęć (instrumenty, płyty)

TERAPIA PRZEZ TEATR

Frekwencja na zajęciach

Tabela 7. Frekwencja na zajęciach grupowych terapii przez teatr

Kod pacjenta	2015.01.08	2015.01.15	2015.01.22	2015.01.29	2015.02.05	2015.02.12	2015.02.19	2015.02.26	2015.03.05	2015.03.12	2015.03.19	2015.03.26	łącna frekwencja
T01	Obecny na połowie zajęć (pojechał do szpitala)	Obecny do przerwy, źle się czuł	Obecny na pierwszym ćwiczeniu. Następnie poinformował, że źle się czuje i musi wyjść.	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny. Pod koniec zajęć powiedział, że „źle się czuje” i wyszedł.	Nieobecny. Zaraz po rozpoczęciu zajęć wyszedł, mówiąc że „boli go w boku”.	Nieobecny (Deklarował, że źle się czuje).	Nieobecny (nie chciał, mówił że jest „zły na zarazę”).	9 (75%)
T02	Nieobecny (brak motywacji)	Obecny na początku zajęć (na 2 pierwszych ćwiczeniach)	Obecny na początku zajęć (po 20 minutach wyszedł, nie mówiąc dlaczego)	Obecny (choć kilkakrotnie wychodził z zajęć)	Obecny przez pierwsze 30 minut zajęć (następnie wyszedł, mówiąc, że „nie chce”)	Obecny na części zajęć (wychodził, mówiąc: „nie chcę”)	Nieobecny. (Mówił, że „nie chce”.)	Nieobecny. (Mówił, że „nie chce”.)	Nieobecny. (Nie chciał brać udziału w zajęciach).	Nieobecny. (Nie chciał brać udziału w zajęciach).	Nieobecny (Nie chciał przyjść).	Nieobecny (nie chciał uczestniczyć, nie mówił dlaczego)	5 (42%)
T03	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Nieobecny (wyjazd na mszę za zmarłego tatę)	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	11 (92%)
T04	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T05	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T06	Nieobecny (zgłosił, że źle się czuje)	Obecny na początku zajęć (na 2)	Obecny na pierwszym ćwiczeniu.	Obecny na części zajęć.	Obecny tylko przez 5 minut,	Obecny na części zajęć	Nieobecny. Deklarował	Nieobecny. Deklarował	Nieobecny. Deklarował	Obecny	Nieobecny (Źle się czuł, co)	Nieobecny (mówił, w ma zły)	6 (50%)

	czuje)	pierwszych ćwiczeniach)	Następnie poinformował, że źle się czuje i musi wyjść.	Często wychodził, mówiąc, że źle się czuje.	następnie wyszedł, mówiąc, że źle się czuje.	(wychodził w trakcie zajęć), deklarował że źle samopoczucie.	ł, że źle się czuje.	ł, że źle się czuje.	ł, że źle się czuje.		było widoczne).	nastrój, przyszedł na ostatnie pół godziny)	
T07	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T08	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny (ale spóźnił się, gdyż „zapomniał, że są zajęcia”).	Obecny	Obecny	Obecny (ale spóźnił się, gdyż „zapomniał, że są zajęcia”).	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T09	Obecny	Obecny do przerwy	Obecny	Obecny na pierwszej części zajęć. W czasie drugiej części zajęć wyszedł (pod koniec zajęć), mówiąc, że źle się czuje.	Obecny	Obecny. Pod koniec zajęć ze względu na złe samopoczucie i wyjazd na rehabilitację, wyszedł wcześniej.	Nieobecny . Chory, w szpitalu.	Nieobecny . Chory, w szpitalu.	Nieobecny . Chory, w szpitalu.	Nieobecny . (źle się czuł po powrocie ze szpitala).	Nieobecny (Osobie prowadzącej nie udało się go znaleźć w ośrodku).	Nieobecny (przebywał w szpitalu)	6 (50%)
T10	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny na pierwszych 30 minutach zajęć, po nich wyszedł, mówiąc, że „musi wyjść”. Po zajęciach powiedział, że był zły.	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny. Pod koniec zajęć powiedział, że „źle się czuje” i wyszedł.	Obecny	Obecny	Nieobecny (Izolacja spowodowana świerzbem)	11 (92%)
T11	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny do przerwy (po	Nieobecny (przebywał w szpitalu)	11 (92%)

											przerwie nie wrócił na zajęcia, miał zły nastrój ,krzyczał)		
T12	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T13	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	12 (100%)
T14	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Nieobecny (Izolacja spowodowa ne świerzbem)	11 (92%)
T15	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny	Obecny na pierwszym ćwiczeniu. Po pierwszym ćwiczeniu źle się poczuł i po przyjściu pielęgniark i, poszedł do dyżurki	Obecny	Obecny	11 (92%)
T01-T15	13	15	15	15	15	15	12	12	12	12	11	8	

Źródło: dokumentacja frekwencji prowadzona przez terapeutkę terapii przez teatr

Powody nieobecności

Pacjent TO1 wychodził z zajęć tłumacząc się, że źle się czuje, jednak z obserwacji terapeutki wynika, że uczestnik ten wykonywał różne prace pomocnicze w ośrodku (np. roznoszenie obiadów) w zamian za papierosy. Uczestnik jednak nie przyznawał się do tego osobie prowadzącej zajęcia.

Pacjent T02 wyrażał złość, iż „musi uczestniczyć w zajęciach”, 29.01.2015 – pierwszy raz wziął udział w prawie całych zajęciach. Czuł się przymuszany do zajęć. Z własnej woli nie chciał w nich uczestniczyć. Z obserwacji osoby prowadzącej wynika, iż zajęcia teatroteapeutyczne

zakłócały temu pacjentowi zwyczajowy plan dnia – uczestnik ten pomagał w ośrodku, chodząc np. po zakupy, co stwarzało mu możliwość zachowania pozorów tzw. „normalnego życia”.

Pacjent T03 był nieobecny na jednych zajęciach z powodu śmierci ojca i obecności na mszy w jego intencji.

Pacjenci T04, T05, T07, T08, T11, T12, T13, T14 byli obecni na wszystkich zajęciach.

Pacjent T06 opuszczał zajęcia, bądź z nich wychodził, tłumacząc się tym, że „źle się czuje”. Uczestnik ten cierpi na chorobę afektywną dwubiegunową, jego nastroje zmieniały się wielokrotnie w ciągu doby. Z obserwacji osoby prowadzącej zajęcia wynika, że gdy uczestnik ten miał obniżony nastrój, to czuł potrzebę alienacji, w związku z czym wychodził z zajęć, lub na nie nie przychodził.

Pacjent T09 – trzy nieobecności z powodu pobytu w szpitalu, jedna spowodowana złym samopoczuciem po powrocie ze szpitala, w dwóch zajęciach uczestniczył w połowie czasu trwania, ponieważ źle się czuł. Na zajęciach 19.03.2015 był nieobecny – osobie prowadzącej nie udało się go znaleźć na terenie ośrodka.

Pacjent T10 wyszedł z jednych zajęć, tuż po ich rozpoczęciu, ponieważ był zły.

Pacjent T15 – z jednych zajęć wyszedł, tuż po ich rozpoczęciu, ponieważ źle się poczuł i musiał skorzystać pomocy pielęgniarskiej.

Pacjent T10 i T14 – nieobecni 26 marca z powodu izolacji wywołanej wirusem.

Problematyka zrealizowanych zajęć

Zajęcia 1-8 – Blok programowy: Ja, czyli: kto?

Zajęcia 1 – 2015.01.08. – Tematyka zajęć: Ja – jaki jestem? Jak chcę się przedstawić innym. Poznanie wzajemne uczestników grupy, praca nad poczuciem bezpieczeństwa w grupie

Zajęcia 2 – 2015.01.15. – Tematyka zajęć: Ja wśród innych. Praca nad przedstawianiem siebie, praca nad nawiązaniem więzi grupowych i zbudowaniem poczucia bezpieczeństwa w grupie

Zajęcia 3 – 2015.01.22. – Tematyka zajęć: Ja – jaki jestem? Ja jako zwierzę? Pogłębienie wiedzy uczestników o samych sobie, odkrywanie różnych aspektów siebie oraz cech swojego charakteru i własnej osobowości. Utożsamianie się z różnymi zwierzętami, opowiadanie grupie o sobie, ćwiczenie się we wcielaniu się w rolę

Zajęcia 4 – 2015.01.29. – Tematyka zajęć: Historia mojego życia (1). Omówienie etapów rozwoju człowieka od okresu niemowlęcego do fazy starzenia się. Dzielenie się wspomnieniami ze swojego życia. Praca nad nawiązaniem współpracy w grupie

Zajęcia 5 – 2015.02.05. – Tematyka zajęć: Historia mojego życia (2). Dzielenie się historią swojego życia (w sposób pantomimiczny) z pozostałymi uczestnikami grupy

Zajęcia 6 – 2015.02.12. – Tematyka zajęć: Historia mojego życia (3). Dzielenie się historią swojego życia (w formie udzielania wywiadu), pogłębienie wzajemnej wiedzy o sobie wśród uczestników. Omówienie obecnego momentu w życiu, poszukiwanie swoich dobrych i lubianych przez siebie cech oraz podjęcie próby afirmowania obecnego momentu życia

Zajęcia 7 – 2015.02.19. – Tematyka zajęć: Ja / my świętujemy – witanie Nowego Roku. Omówienie różnych tradycji świętowania przełomu Nowego i Starego Roku, oglądanie pokazów sztucznych ogni oraz jego urządzenie – Ja – fajerwerkami / sztucznym ogniem. Uczucie się sposobu składania życzeń

Zajęcia 8 – 2015.02.26. – Tematyka zajęć: Postanowienia Nowo Roczne – co chcę w sobie zmienić/odrodzić. Omówienie zwyczaju robienia postanowień Nowo Rocznych. Zachęcenie uczestników do refleksji nad własnymi marzeniami oraz podzielenie się nimi z grupą. Dyskusja nad tym, czy mamy wpływ na to jak wyglądamy, jacy jesteśmy. Uczestnicy robią postanowienia Nowo Roczne – jedną rzecz, które chcą zmienić w

swoim wyglądem i jedną rzecz, którą chcę zmienić w swoim zachowaniu i wykonanie „przypominajek” dotyczących postanowienia. Dzielenie się z pozostałymi uczestnikami swoimi postanowieniami

Zajęcia 9-12 – Blok programowy: Ja: moje ciało i wewnątrz

Zajęcia 9 – 2015.03.05. – Tematyka zajęć: Ja w środku i na zewnątrz (1). Uczestnicy tworzą nawzajem swoje portrety – podkreślając zalety (cechy zewnętrzne i cechy wewnętrzne) każdego z uczestników grupy. Praca nad samooceną uczestników oraz własną wrażliwością na innych ludzi. Omówienie postawy ciała osoby lubiącej siebie i wykazującej wysoką samoocenę. Rozwijanie i pogłębianie atmosfery wzajemnej życzliwości i zaufania w grupie

Zajęcia 10 – 2015.03.12. – Tematyka zajęć: Ja w środku i na zewnątrz (2). Praca nad samooceną uczestników, zwiększanie świadomości siebie i swoich mocnych stron. Zachęcenie do spostrzegania siebie, jako osoby która innym może coś dobrego, pięknego ofiarować, poprzez swoje dobre cechy i atuty

Zajęcia 11 - 2015.03.19. – Tematyka zajęć: Barwy emocji (1). Poznanie świata emocji – co to są emocje, omówienie poszczególnych emocji i ich funkcji. Nauka rozpoznawania emocji oraz ich przedstawiania

Zajęcia 12 - 2015.03.26. – Tematyka zajęć: Emocje (2). Nabywanie kompetencji w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych i ich wyrażaniu. Rozwijanie kompetencji wyrażania emocji werbalnie i niewerbalnie

Na niektóre zajęcia, po konsultacji osoby prowadzącej z osobą przygotowującą program z zakresu teatroterapii, zostały wprowadzone dodatkowo ćwiczenia aktywizujące uczestników. Decyzja ta dotyczyła szczególnie zajęć, podczas których było zaplanowane mniej ćwiczeń ruchowych. I tak, na zajęciach 5.02.2015 dodatkowo wprowadzono siłowanie się na rękę, pomiędzy ćwiczeniem pantomimicznym a jego omówieniem. 12.02.2015 wprowadzono dodatkowo zabawę w głuchy telefon pomiędzy ćwiczeniem z formą wywiadu a ćwiczeniem ze

zdjęciami oraz ćwiczenie „mur” (odpowiadające tematowi – komunikacji). 26.02.2015 – zabawa isierka. 5.03.2015 – zabawa isierka z równoczesnym okrzykiem za co siebie lubi każdy uczestnik. 19.03.2015 – dodatkowo uczestnicy pokazywali emocje podstawowe z użyciem swoich twarzy.

Poziom zaktywizowania indywidualnego uczestników

Pacjent T01, który wychodził z zajęć, niechętnie bierze udział w ćwiczeniach. Wychodzi w trakcie zajęć, aby pomagać w innych czynnościach podczas pracy w ośrodku (pralnia, obiad). W odczuciu osoby prowadzącej wykonuje te zadania, ze względu na otrzymywane za nie papierosy - choć nigdy sam tego nie zadeklarował. Podczas pracy grupy często wchodził w rolę ko-trenera – dopytywał uczestników, zachęcał do wypowiedzi. Chętniej brał udział w ćwiczeniach związanych z ruchem.

Pacjent T02, który nie chce brać udziału w zajęciach. Na zajęciach 05.03.2015 chciał wyjść na koniec zajęć, jednak grupa nie wyraziła na to zgody. Każdy z uczestników wyjaśnił mu dlaczego i powiedział jak się czuje. W grupie, tylko jedna osoba zgodziła się, żeby wszedł na koniec zajęć. Z obserwacji osoby prowadzącej zajęcia wynika, że woli on wykonywać inne czynności w ośrodku (wychodził często na zewnątrz po zakupy), które stwarzają mu pozory zachowania „normalnego” życia. Na początku pracy nie rozmawiał w ogóle z osobą prowadzącą zajęcia, informował tylko opiekuna z ośrodka, że nie przyjdzie. Po kilku zajęciach zaczął sam informować osobę prowadzącą zajęcia, że nie przyjdzie. 5 i 12.03.2015 roku był obecny na samym początku zajęć i wykonał część ćwiczenia. Podobnie 19.03.2015 przyszedł sam na początku zajęć i porozmawiał z osobą prowadzącą zajęcia.

Pacjent T03, który brał udział we wszystkich zajęciach. Na początkowych spotkaniach bardzo aktywny, refleksyjny, dający energię grupie. W trakcie trwania zajęć zmarł mu ojciec, od tego momentu jego kondycja psychiczna obniżyła się – przed każdymi zajęciami osoba prowadząca musi po niego iść i "wydągać go" na siłę, stracił motywację do wielu aktywności codziennego życia – przestał się myć, przebierać, większość czasu w ośrodku spędza w łóżku. Przez pewien czas po tym zdarzeniu dostawał również silniejsze leki, po których był bardzo ospały. Pomimo spadku formy przychodził na zajęcia, jednak zdarzało się, że w ich trakcie przysypiał. Brał jednak udział w każdym ćwiczeniu, był bardzo refleksyjny.

Pacjent T04 obecny na wszystkich zajęciach, mający duże trudności w poruszaniu się. Był aktywny, brał udział w każdym zadaniu. Nie zawsze udzielał odpowiedzi adekwatnych do tematu, jednak po wyjaśnieniu wypowiadał się adekwatnie do pytania lub tematu rozmowy. Bardzo często wracał do tematu wojny, którą przeżył oraz tematu śmierci. Podczas wizytacji zajęć prowadzonej przez Norwegów wpadł w panikę, krzyczał: "Niemcy idą", zaczął również płakać, wymagana była interwencja osoby prowadzącej zajęcia. Wraz z rozwojem grupy bardziej zintegrował się z jej uczestnikami i stopniowo wychodził z roli „dziadek – dzieci”, w którą na początku zajęć wchodził sam i w związku z podejściem grupy do niego.

Pacjent T05 brał udział we wszystkich zajęciach, przestrzegał wszystkich zasad kontraktu. Aktywnie uczestniczył w ćwiczeniach, choć jest cichy, trochę flegmatyczny. Początkowo czekał, aż osoba prowadząca poprosi go o wykonanie ćwiczenia, aktualnie zgłasza się sam przez podniesienie ręki. W małym stopniu nawiązywał relacje z innymi uczestnikami, natomiast budował relację głównie z osobą prowadzącą zajęcia.

Pacjent T06 często wychodził z zajęć lub nie brał w nich udziału. Jest to związane z jego niepełnosprawnością (zaburzenia afektywne dwubiegunowe) i częstą zmianą nastroju w ciągu dnia. Jeśli nastrój miał dobry - chętnie brał udział w zajęciach, był aktywny, jeśli jego nastrój obniżał się, był zły, śpiący, bywał agresywny. Jednak wraz z rozwojem grupy bywał na zajęciach częściej i dłużej.

Pacjent T07 obecny na zajęciach, często trzeba było mu wytłumaczyć polecenie, jednak brał udział we wszystkich ćwiczeniach. W trakcie ćwiczenia z tworzeniem wizytownika nie chciał zgodzić się na ten, który wybrała większość grupy, zrobił swój, a na koniec zajęć powiedział, że jest zły, że reszta uczestników nie chciała jego propozycji. Uczestnik cewnikowany, co czasem utrudnia mu poruszanie się.

Pacjent T08 biorący udział we wszystkich zajęciach, raz przyszedł później, ponieważ zapomniał i spał. Niedostłszy, trzeba do niego mówić bardzo głośno, ma trudności w poruszaniu się, nie zawsze rozumie cel ćwiczenia i często odpowiada nieadekwatnie do tematu. Wraz z rozwojem grupy zajęcia sprawiały mu przyjemność. Na zajęciach 12.03.2015, pomimo trudności z poruszaniem się, podczas ćwiczenia „prezent” wszedł do kartonu (przy pomocy osoby prowadzącej zajęcia) i wyskoczył jako prezent dla grupy. Uczestnik, który bardzo często musi wychodzić do toalety (co 15, 20 minut) ze względu na stan zdrowia.

Pacjent T09 miał niską motywację do udziału w zajęciach, ze względu na swój stan zdrowia. Na zajęciach mało się odzywał, nie chciał wykonywać zadań, które wymagały pracy rąk (ręce trzęsą mu się tak bardzo, że nie jest w stanie podpisać listy obecności). Osoba prowadząca zajęcia zauważyła, że straszy go to złości i wstydi się tego. Największą aktywność wykazywał podczas zajęć „Ja jako zwierzę” (wykorzystał

maskę myszki). Po kilku zajęciach widoczna była jego większa integracja z grupą i osobą prowadzącą zajęcia. Ze względu na stan zdrowia nie było go na kilku zajęciach – przebywał w szpitalu.

Pacjent T10 był aktywny, sprawny, miał dużą potrzebę ruchu, lubił „jak się coś dzieje”. Jego życie w ośrodku w dużej mierze „kręci się” wokół zdobycia papierosów. Na pierwszych zajęciach, kiedy osoba prowadząca poczęstowała go papierosem był na całych zajęciach. Podczas kolejnych – nie otrzymał papierosa – zaczął wychodzić. Za pierwszym razem podczas wyjścia z zajęć powiedział, że jest zły. Pod koniec zajęć wrócił. Osoba prowadząca zajęcia omówiła z nim to, co się wydarzyło. Przyznał, że ma potrzebę udzielania pomocy w pralni oraz osobie przywożącej obiady, ponieważ dostaje od nich papierosy. Ustalono, że będzie mówił szczerze, dlatego wychodzi i tak też aktualnie robi. Chętnie bierze udział w zadaniach, głównie związanych z ruchem. Do wykonania ćwiczeń zgłaszał się również jako pierwszy. Na zajęciach 19.03.2015 roku, jego zajęcia „pomocnicze” za papierosy zajęły mu tylko 5 minut (bardzo spieszył się z ich wykonaniem, aby jak najszybciej wrócić na zajęcia).

Pacjent T11 aktualnie częściej i chętniej przychodzi na zajęcia. Na początku wykazywał małe zainteresowanie i aktywność. Żyje w „swoim świecie”, jego wypowiedzi nie mają związku z tematem zajęć, jednak aktualnie poproszony o odpowiedź dotyczącą ćwiczenia/tematu po dłuższej chwili udzielał jej. Zdarzało mu się przysypiać podczas zajęć lub poruszać tematy związane z historią/aktorami/życiem w ośrodku (przykładowe wypowiedzi: „Pani, a Olbrychski miał wąsy”, „A on mi wyjadł bigos”). Na zajęciach 12.03.2015 dość chętnie i szybko określił swoje pozytywne cechy, które może dać grupie.

Pacjent T12 był mało aktywny, ale obecny na wszystkich zajęciach. Cichy, nic nie mówiący, na pytanie osoby prowadzącej zajęcia odpowiadał „nie wiem”. Głowę miał zawsze spuszczoną w dół. Po kilku zajęciach nawiązał kontakt wzrokowy z osobą prowadzącą zajęcia. Pod wpływem zachęty osoby prowadzącej stara się mówić coraz głośniej oraz odpowiadać na pytania (choć jednym słowem). Czasem sprawia mu to jeszcze trudność, jeśli jednak dostanie możliwość wyboru z wielu różnych odpowiedzi – wybierze jedną.

Pacjent T13 był na wszystkich zajęciach. Jego postawa była na „nie” („nie umiem”, „nie wiem”, „nie potrafię”, „nie wiem jak”, „nie chce mi się” itp.) Jednak zawsze wykonywał zadania, zgłaszał się jako pierwszy, posiadał ciekawe pomysły i rozwiązania. Na początku zajęć często przedrzeźniał innych uczestników, a aktualnie robi to coraz rzadziej.

Pacjent T14 bardzo chętnie biorący udział we wszystkich zajęciach oraz ćwiczeniach. Jedną cechą związaną z jego niepełnosprawnością to dycha mówienie. Na początku zajęć osoba prowadząca zajęcia pomijała ten fakt. Jednak od zajęć 12.03.2015, w związku ze zwiększeniem poczucia bezpieczeństwa w relacjach grupowych - zwróciła mu uwagę na ten fakt i zachęciła do mówienia głośniej oraz powtórzyła całej grupie, ponieważ usłyszała tylko część (cytując: „w dupę...”). Rozbawił go ten fakt, jednak nie chciał powiedzieć, pomimo zachęt od osoby prowadzącej i zachęt grupy, tylko się śmiał. Jest to obszar, nad którym osoba prowadząca będzie z tym uczestnikiem dalej pracować. Wypowiedzi tego uczestnika są najczęściej jedno-, dwuwyrazowe.

Pacjent T15 uczestniczył we wszystkich zajęciach. Z informacji od opiekunów z ośrodka wynikało, że często konfabuluje. Wykonywał wszystkie ćwiczenia, jednak trzeba go było zachęcać. Sam zgłaszał się do wykonania zadania związanego z ruchem. Zapoczątkował w grupie wewnętrzne budowanie i przestrzeganie zasad – po kilku zajęciach głośno powiedział, że jest zły, że niektóre osoby wychodzą w trakcie zajęć lub nie ma ich na zajęciach (byli np. tylko na pierwszym ćwiczeniu), a mają zaliczone zajęcia, podczas gdy reszta poświęca swój czas i uczestniczy w całym zajęciu. Zdarza się, że jego wypowiedzi odbiegają znacząco od tematu rozmowy.

Poziom zaktywizowania grupowego uczestników

Uczestnicy rozpoczynający zajęcia w większości mają bardzo niski poziom aktywności – pojawiają się stwierdzenia „chce mi się spać”. Niektórzy ze względu na trudności z zasypianiem, inni ze względu na leki, jakie biorą.

Wzrost motywacji i chęci do pracy pojawia się u uczestników w trakcie wykonywania ćwiczeń, które wiążą się z aktywnością ruchową.

Poziom aktywności w dużej mierze jest zależny od samopoczucia uczestników w danym dniu.

Osoba prowadząca zajęcia nie zauważyła, aby zasadniczo poziom aktywności uczestników zmienił się od początku zajęć.

Zmianę, którą można zauważyć podczas pierwszych 12 zajęć, jest rozwój związany z relacjami w grupie i we wzajemnym postrzeganiu się przez uczestników (przykładowo: uczestnicy T03, T13 i T14 lepiej reagują na uczestnika T12; grupa lepiej zaczęła postrzegać uczestnika T04 – mniej się z niego śmieją i przestali reagować irytacją na objawy traumy wojennej i obawy przed wojną; w odniesieniu do uczestnika T08 – grupa powoli

zaczyna dostrzegać, że może on być też wartościowym członkiem grupy (powodem zmiany nastawienia grupy jest spostrzeżenie przez grupę jego motywacji do uczestniczenia w zajęciach – zajęcia z dnia 12.03.2015 – uczestnik T08 pomimo trudności w poruszaniu się, z wysiłkiem wszedł do kartonu – prezentu dla grupy). Osoba prowadząca wprowadziła zasadę, że „każdy uczestnik grupy może czuć to co czuje i podzielić się tym z grupą”, grupa zaczyna robić na to przestrzeń i stosować tę zasadę. Grupa początkowo bała się uczestnika T03, bo zajmował sobą dużo przestrzeni w grupie – wraz z trwaniem zajęć uczestnik T03 ograniczył swoje komentarze, zaczął bardziej słuchać pozostałych uczestników, a jednocześnie grupa mniej się go boi i reaguje na niego lepiej. Uczestnik T14 zaczyna trochę głośniejsze mówić (do zajęć z dnia 5.03.2015 mówił „pod nosem”). Grupa daje też wraz z trwaniem zajęć więcej przestrzeni uczestnikowi T12 na wypowiedzi i kończenie ćwiczeń, choć wcześniej reagowała irytacją na jego wolne tempo.

Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne

Tabela 8. Zestawienie przeprowadzonych badań kwestionariuszowych

Data	UMACL	Arkusz obserwacji uczestnika teatroterapii	Skala oceny pracy grupowej
2015.01.08	+	+	-
2015.01.15	+	+	+
2015.01.22	+	+	-
2015.01.29	+	+	-
2015.02.05	+	+	-
2015.02.12	+	+	-
2015.02.19	+	+	-
2015.02.26	+	+	-
2015.03.05	+	+	-
2015.03.12	+	+	-
2015.03.19	+	+	-
2015.03.26	+	+	-

Źródło: badania własne ewaluatorki programu terapii przez teatr

Skala oceny pracy grupowej – przeprowadzona na zajęciach drugich (2015.01.15) była pre-testem. Skala ta będzie wykorzystywana co parę miesięcy w celu obserwacji procesu grupowego i stopnia zaangażowania poszczególnych uczestników w tworzenie zespołu z pozostałymi uczestnikami teatrotterapii.

Analiza arkusza obserwacji uczestnika teatrotterapii

Największe zainteresowanie udziałem w zajęciach teatrotreapeutycznych wykazują uczestnicy T03, T04 i T05. Natomiast najniższe zainteresowanie udziałem w zajęciach można obserwować u uczestników: T02 i T11. Uczestnicy, którzy biorą podczas zajęć udział we wszystkich ćwiczeniach, to uczestnicy T03, T04, T05, T07, T10, T12 i T13. Natomiast uczestnicy T02, T06 i T09 biorą udział w najmniejszej ilości ćwiczeń podczas zajęć.

W odniesieniu do poziomu i zakresu współpracy z osobą prowadzącą zajęcia, to najlepiej rozumieją polecenia wydawane przez osobę prowadzącą uczestnicy T03, T10 i T05, zaś najsłabiej uczestnicy T08, T12 i T02. Najlepiej wykonują polecenia wydawane przez osobę prowadzącą zajęcia uczestnicy T03 i T05, zaś najsłabszym wykonywaniem poleceń charakteryzują się uczestnicy T02 i T09. Na zadane pytania kierowane wprost do uczestnika najaktywniej odpowiadają uczestnicy T03 i T10, zaś najmniej aktywni w tym zakresie są uczestnicy T02 i T12. Najbardziej aktywnie podejmują współpracę z osobą prowadzącą uczestnicy T03 i T10, zaś najmniej współpracują z osobą prowadzącą uczestnicy T02, T09, T11 i T12.

Z obserwacji poziomu i zakresu współpracy z innymi uczestnikami zajęć, najbardziej słuchającymi innych uczestników są uczestnicy T10, T01 i T03, zaś najmniej słuchają innych uczestników – uczestnicy T02, T11, T09 i T06. Najaktywniej odpowiadają na to co mówią inni uczestnicy zajęć – uczestnicy T13 i T01, zaś najmniej aktywni w tym zakresie są uczestnicy T02, T11 i T12. W sytuacji przydzielania zadań przez uczestników sobie na wzajem, najbardziej w ich wykonanie angażuje się w ich wykonanie uczestnik T10, zaś najmniej uczestnicy T02, T06, T12 i T11. W zakresie aktywnego nawiązywania współpracy z innymi uczestnikami zajęć najlepiej funkcjonują uczestnicy T10 i T04, zaś najsłabiej uczestnicy T12, T02 i

T11. Najchętniej udziela pomocy innym uczestnikom – uczestnik T10, zaś najmniej pomocni są uczestnicy T11, T12, T06 i T02. W zakresie komunikowania swoich potrzeb oraz w zakresie komunikowania swojego zdania najlepiej funkcjonują uczestnicy T03 i T13, a naj słabiej uczestnicy T02 i T12.

W odniesieniu do stopnia osiągania założonych zadań, to największą samodzielnością oraz uważnością i dbałością o jakość ich wykonania, wykazują się uczestnicy T03 i T10. Ci sami uczestnicy również charakteryzują się również największym zaangażowaniem w wykonywanie zadań podczas zajęć oraz dokańczają podjęte przez siebie zadania. Natomiast najmniej samodzielnymi uczestnikami są T08 i T12. Małą uważnością i dbałością o jakość wykonania zadań wykazują się uczestnicy T02, T09, T08 i T12. Najmniej angażującymi się w wykonywanie zadań są uczestnicy T02, T09 i T12. W zakresie dokańczania podjętych zadań naj słabsze wyniki osiągnęli uczestnicy T02 i T09.

Ogólne refleksje prowadzących zajęcia

- Po pierwszych zajęciach, osoba prowadząca odniosła wrażenie, że w trakcie prowadzenia zajęć napotka dużo trudności (m.in. obawa o nawiązanie relacji pomiędzy uczestnikami w grupie ze względu na wzajemne sympatie i antypatie uczestników; obawa o możliwość wypowiedzania się uczestników na zadane tematy). Część uczestników oprócz zaburzeń psychicznych lub niepełnosprawności intelektualnej, cierpi również na inne schorzenia np. trudności w poruszaniu się, zaburzenia układu moczowego, astmę itp., co niektórym z nich utrudnia aktywny udział w niektórych ćwiczeniach, lub zmusza ich do częstszego opuszczania sali (np. w celu skorzystania z toalety)
- Uczestnicy, pomimo faktu mieszkania razem, w odczuciu osoby prowadzącej, nie tworzą zespołu, nie znają się zbyt dobrze. Zdarza się, że nie tolerują za chowań innych mieszkańców ośrodka – wyśmiewają je, parodiują lub złoścą się na siebie na wzajem

- Pomimo stworzenia na pierwszych zajęciach kontraktu, w którym jeden z punktów brzmi – nie oceniamy się – takie zachowania miały miejsce. Po kilku spotkaniach i przypominaniu zasad, osoba prowadząca za uważa, że w grupie coraz bardziej uczestnicy zaczynają szanować swoją odmiennosc
- Zarówno uczestnicy, jak i osoba prowadząca, byli zaskoczeni czasem zmianą zachowania niektórych uczestników np. większą otwartością. W opinii osoby prowadzącej zajęcia, dzięki wspólnej pracy grupy na zajęciach z teatroterapii, zmienia się wzajemne postrzeganie siebie członków grupy

Ogólne refleksje ewaluatorów

- Grupa teatroterapeutyczna składa się z 15 osób, jednak stały trzon grupy tworzyło 10 uczestników: T05, T14, T10, T03, T13, T15, T12, T04, T07 i T08. Reszta uczestników funkcjonowała poza grupą. Uczestnik T11 jest jednym z uczestników będących poza grupą, co jest zależne najprawdopodobniej od jego nastroju – często jest zły np. o to, że ktoś zjadł jego bigos, często jest zły i krzyczy. Zdarzają mu się również problemy z wypróżnianiem, co także wpływa prawdopodobnie na przejawianie złości. Uczestnik ten jest niepełnosprawny intelektualnie i ma trudności z koncentracją uwagi, co powoduje, że program zajęć teatroterapeutycznych może być w niektórych momentach dla niego za trudny, wymaga dodatkowego motywowania go do aktywnego uczestnictwa oraz pomocy w wykonywaniu zadań. Jednak mimo to lubi bardzo przychodzić na zajęcia (z wyjątkiem momentów, kiedy jest zły). Innymi funkcjonującymi poza grupą jej uczestnikami są pacjenci T02 i T06 – obaj przyjaźnią się ze sobą. Gdy pacjent T06 uczestniczy w zajęciach, to T02 mu towarzyszy, natomiast jak uczestnik T06 nie jest obecny na zajęciach, to uczestnik T02 sam nie przyjdzie na zajęcia. Pacjent T06 uczestniczy w zajęciach chętniej w te dni, kiedy ma dobry nastrój (tzn. jest wyciszony i spokojny), natomiast kiedy ma zły nastrój (tj. jest agresywny, zły, krzyczy, macha rękami – przy każdej próbie rozmowy na temat tego, co się z nim dzieje) to nie bierze udziału w zajęciach. Uczestnik T02, ma najmniejszą motywację do uczestnictwa w zajęciach. Przez większość zajęć demonstruje postawę ukazującą, że nie chce

uczestniczyć w zajęciach, w związku z czym należy obserwować, czy w najbliższym kwartale uda się wypracować z nim większą motywację do aktywnego udziału. Dobrym predyktorem jest to, że zaczął rozmawiać z osobą prowadzącą zajęcia, mimo że wcześniej w ogóle unikał kontaktu

- Po konsultacji z osobą prowadzącą zajęcia, wprowadzono do niektórych zajęć (szczególnie do zajęć, w których zaplanowano mniej aktywności ruchowych) dodatkowe ćwiczenia aktywizujące, aby pomóc uczestnikom w zwiększeniu aktywności i zapobiegać pojawiającej się u niektórych momentami senności (spowodowanej chorobami lub przyjmowanymi lekami)
- Jednocześnie skład grupy i różnorodność zapotrzebowań dotyczących aktywności ruchowej, powoduje konieczność balansowania w prowadzeniu zajęć pomiędzy spełnianiem tej potrzeby, a ograniczeniami ruchowymi niektórych uczestników
- Wstępnie, można postawić hipotezę, iż uczestnictwo w zajęciach z teatrotterapii pomaga uczestnikom inaczej spojrzeć na siebie na wzajem

Zdarzenia krytyczne i nieprzewidziane podczas zajęć

1. Zdarzenia nieprzewidziane:

- a) Niektórzy z uczestników w trakcie zajęć wychodzą - część z nich ze względu na złe samopoczucie, część z nich "wykonać prace" (posortować pranie, pomóc osobie przywożącej obiad - dostają za to od nich papierosy).
- b) Pogorszenie się stanu zdrowia jednego z uczestników (T01) na pierwszych zajęciach 2015.01.08., który przerwał zajęcia i pojechał do szpitala.
- c) Podczas wizyty delegacji Norwegów na trzecich zajęciach 2015.01.22, jeden z uczestników (T04), który jako dziecko przeżył wojnę i najprawdopodobniej ma z niej traumatyczne wspomnienia, wpadł w panikę, mówił "Niemcy idą", zaczął również płakać. Wymagana była interwencja osoby prowadzącej zajęcia, w celu uspokojenia uczestnika i zapewnienia go, że jest w danym pomieszczeniu bezpieczny, wyjaśnienia tożsamości i powodów obecności osób wizytujących zajęcia oraz tego, że „nie wybuchła właśnie wojna”.

DOGOTERAPIA

Frekwencja na zajęciach

Tabela 9. Frekwencja na zajęciach dogoterapii

Kod	26.01. 2015	30.01. 2015	2.02. 2015	6.02. 2015	9.02. 2015	13.02. 2015	16.02. 2015	20.02. 2015	23.02. 2015	27.02. 2015	2.03. 2015	6.03. 2015	9.03. 2015	13.03. 2015	16.03. 2015	20.03. 2015	27.03. 2015	łącna frekwencja
D01	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	9 (18 godz.)
D02	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	7 (14 godz.)
D03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
D04	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	9 (18 godz.)
D05	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	9 (18 godz.)
D06	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	9 (18 godz.)
D07	+	+	-	+	-	+	-	+	-	- Atak epilepsji	-	+	-	+	-	-	-	7 (14 godz.)
D08	+	+	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	7 (14 godz.)
D09	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	4 (8 godz.)
D10	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	6 (12 godz.)
D11	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	3 (6 godz.)

Źródło: dokumentacja frekwencji prowadzona przez terapeutkę dogoterapii indywidualnej i grupowej

Pomimo zakwalifikowania pacjent D03 nie uczestniczył w zajęciach dogoterapii. Pozostali pacjenci brali w nich udział w zajęciach z różną intensywnością.

Powody nieobecności

Pacjent D03 zwykle przebywał w świetlicy, jest przywiązany do tego pomieszczenia, nie ma możliwości przyrowadzenia go na zajęcia.

Pacjent D07 opuścił zajęcia z powodu ataku epilepsji, który wystąpił w dniu poprzedzającym zajęcia.

Pacjent D08 zgłaszał złe samopoczucie i osłabienie organizmu.

U pacjenta D09 występował brak zainteresowania zajęciami z psem, protestował przeciwko udziałowi w zajęciach.

Pacjent D10 był doprowadzony na zajęcia z psem, po czym z nich uciekał.

Pacjent D11 spędzał dużo czasu poza placówką, nie można go było odnaleźć.

Problematyka zrealizowanych zajęć

Zajęcia grupowe

30.01.2015 – Poznanie grupy. Zapoznanie się z psem, poznanie jego imienia, poznanie pierwszych komend na powitanie i pożegnanie psa. Pies jaki jest każdy widzi – prezentacja psa, jego rasy, wieku oraz ustalenie zasad obcowania z nim

06.02.2015 – Czym różni się pies od człowieka? – zajęcia nt. orientacji w schemacie ciała psa oraz własnym. Pokazywanie części ciała, na sobie i psie, określanie ich, pokazywanie różnic Ćwiczenia manualne

13.02.2015 – Czego potrzebuje pies do życia? – zajęcia nt. potrzeb psów. Pokazanie jak należy zaspokajać potrzeby psa (jedzenie, spacer,

opieka)

20.02.2015 – Obowiązki właściciela psa – rozmowa na temat roli właściciela psa. Zajęcia poprzedzone rozmową na temat obowiązków jakie ma właściciel psa. Pokaz tych obowiązków. Ukazanie jak ważna jest systematyka wykonywania danych czynności

27.02.2015 – Po co w ogóle nam psy – prezentacja zalet związanych z posiadaniem psa. Smycze, szelki, obroże – wykonywanie akcesoriów związanych z psami oraz wręczanie ich psu. Omówienie w grupie zalet z posiadania psa, wskazanie ich przez prowadzącego. Aktywizacja pacjentów do poprawy sprawności fizycznej

6.03.2015 – Pies psu nie równy – prezentacja różnych ras psów, ich pochodzenia i ról dla których zostały stworzone. Zaznajomienie z różnymi rasami psów, jakie najczęściej występują, wady i zalety, dyskusja na temat tych różnic. Zajęcia mają na celu poprawę pracy w grupie, wymiany doświadczeń.

13.03.2015 – Smycze, szelki, obroże -wykonywanie akcesoriów związanych z psami oraz wręczanie ich psu. Pokazanie i dyskusja z czego wykonane są dane akcesoria, jak je wykonać, do czego służą. Czynne ich zastosowanie.

20.03.2015 – Pies na spacerze – zasady związane z wychodzeniem z psem na dwór. Zasady bezpieczeństwa wychodzenia z psem, regularność, przykład prawidłowych i nieprawidłowych komend, pokaz trzymania psa. Przykładowe zagrożenia na spacerze.

Zajęcia indywidualne

26.01.2015 – Indywidualne poznanie każdego pacjenta. Zapoznanie się z psem, poznanie jego imienia, próba kontaktu wzrokowego i czuciowego. Pies jaki jest każdy widzi – prezentacja psa, jego rasy, wieku oraz ustalenie zasad obcowania z nim. Nauka bezpiecznego zachowania się wobec psa

30.01.2015 – Poznanie się pacjentów i psa (jego i mienia). Podjęcie próby kontaktu wzrokowego i czuciowego

2.02.2015 – Pokazywanie przez pacjenta lub z pomocą prowadzącego części ciała na psie, ukazanie odpowiednich części ciała na sobie. Słowne lub ruchowe określenie występujących różnic lub podobieństw. Czym różni się pies od człowieka? – zajęcia na temat orientacji w schemacie ciała psa oraz własnym. Ćwiczenia percepcji

9.02.2015 – Zajęcia uczące potrzeb psa. Pokazanie przez terapeutę potem indywidualne pokazanie co należy wykonać w ciągu dnia aby zaspokoić podstawowe potrzeby psa (jedzenie, sen, spacer). Uwrażliwienie pacjentów na potrzeby innych istot

16.02.2015 – Obowiązki właściciela psa – rozmowa nt. roli właściciela psa. Indywidualne omówienie oraz pokaz podstawowych obowiązków wobec psa. Aktywacja pacjenta do wykonania podstawowych czynności związanych z obowiązkami wobec psa: czesanie, głaskanie (ćwiczenia propriocepcji)

23.02.2015 – Po co w ogóle nam psy – prezentacja zalet związanych z posiadaniem psa. Omówienie zalet. Pokazanie zalet z obcowania z psem, ćwiczenia ruchowe, aktywizujące poprawiające sprawność fizyczną, ćwiczenia przyczynowo-skutkowe

2.03.2015 – Pies psu nie równy – prezentacja różnych ras psów, ich pochodzenia i ról dla których zostały stworzone. Pokaz różnych ras psów, ma na celu znajdowanie różnic i podobieństw, związane z ćwiczeniem pamięci, znajdowaniem szczegółów, poprawa koncentracji i percepcji

09.03.2015 – Smycze, szelki, obroże - wykonywanie akcesoriów związanych z psami oraz wręczanie ich psu. Indywidualne pokazanie akcesoriów dla psa: smycze, poście, szczotki różnego rodzaju. Ćwiczenia czucia powierzchniowego i głębokiego. Do czego służą dane akcesoria

16.03.2015 – Pies na spacerze – zasady związane z wychodzeniem z psem na dwór

27.03.2015 – Co pies może jeść? – omówienie oraz przygotowanie specjalnego poczęstunku dla psa

Poziom zaktywizowania uczestników

Pacjenci uczestniczący w programie dogoterapeutycznym, reprezentowali zróżnicowane zaangażowanie w zajęcia. Pięciu spośród uczestników reprezentowało zaangażowanie na dobrym poziomie oraz niemal pełne uczestnictwo. Byli to następujący pacjenci:

- Pacjent D01 bardzo chętnie przychodził na zajęcia; utrudnieniem w angażowaniu się nie był występujący u niego brak komunikacji werbalnej, wiele kwestii komunikowanych było poprzez gesty; pacjent za wsze sumiennie wykonywał powierzone zadania, starając się robić to jak najlepiej w miarę precyzyjnie, łatwo nawiązywał kontakt z psami i wykazywał duże zainteresowanie zajęciami;
- Pacjent D02 chętnie uczestniczył w zajęciach; pierwszy przychodził na zajęcia i wychodził z nich ostatni; szukał kontaktu z psem, często wydając psu komendę „łapa”; wyraźnie poszukiwał kontaktu również z terapeutką i innymi uczestnikami, rozmawiał, nie wychodził na przerwę, wypijał kawę w pomieszczeniu, w którym odbywały się zajęcia; wymagał dużej pomocy w toku ich realizacji, ale pomimo ograniczeń motorycznych, bardzo chętnie wykonywał powierzone zadania, starał się w miarę swoich możliwości wykonywać je jak najlepiej potrafi; jako jedyny również przychodził samodzielnie na zajęcia indywidualne;
- Pacjent D04 bardzo chętnie brał udział w zajęciach; pomimo ograniczeń komunikacyjnych (brak mowy werbalnej), dobrze radził sobie w toku zajęć, wykorzystując dźwięki paralingwistyczne oraz różnorodne wokalizacje dźwiękonaśladowcze; przy pomocy tych dźwięków wyrażał ogromną radość, kiedy przystępował do zadań związanych z kontaktem z psem; w pełni wykonywał wszystkie powierzone zadania; z własnej inicjatywy zawsze witał się i żegnał z psem; ponadto wyrażał ogromną radość, kiedy pies był przekierowany na czynność, którą on sam wykonywał; w tych sytuacjach podejmował z własnej inicjatywy próby pogłaskania psa; czas odbywania zajęć, zainteresowania nimi, rozwijania kontaktu z psem, wykonywania zadań osiąga u pacjenta około 60 minut;
- Pacjent D07 wykazywał duże zainteresowanie zajęciami z psem; wykonywał zadania samodzielnie, po uprzednim ich pokazaniu przez terapeutkę; wykonywanie zadań charakteryzowała duża staranność; pacjent reprezentuje zespół Downa, był towarzyski, bez ograniczeń włączał się w konwersacje, często werbalnie wyrażał zadowolenie z udziału w zajęciach.

Jeden spośród uczestników – Pacjent D09 – nie był początkowo przekonany do zajęć z udziałem psa. Jest to osoba starsza o słabym słuchu i wzroku, potrzebująca pomocy opiekunów w wykonywaniu podstawowych czynności. Nie uczestniczył w zajęciach styczniowych, leżał w sali obok i słuchał tego, co się działo. Po kilku próbach namowy przekonał się do psa. Kiedy zaczął uczestniczyć na zajęciach, systematycznie powtarzał już przerobiony materiał np. jak witać się z psem, gdzie głaskać psa itp. Obecnie wzrosło jego zaangażowanie, często włącza się w dyskusję, śmieje się, powtarza informacje dotyczące zajęć. Jego zaktywizowanie osiągnęło wyższy poziom – od początkowego biernego uczestnictwa do w pełni aktywnego udziału.

Z kolei Pacjent D08 – także osoba starsza niedosłysząca i niedowidząca – z uwagi na bardzo słabą motywację wymagał szczególnego namawiania do wzięcia udziału w zajęciach oraz każdorazowego przyprowadzenia na nie. Uczestnik ten preferuje spędzanie czasu leżąc w łóżku. Werbalnie sygnalizował złe samopoczucie oraz osłabienie. Po przyjściu na zajęcia podejmował zadania. Podczas dwóch zajęć był obecny na zajęciach lecz nie wykonywał zadań.

U pozostałych pacjentów występowały różnorodne trudności w uczestniczeniu w zajęciach dogoterapeutycznych:

- Pacjent D06 chętnie przychodził na zajęcia, czekał przed drzwiami z niecierpliwością, lecz kiedy już się przywitał się z uczestnikami i z psem, podejmował liczne próby zwrócenia uwagi na siebie mówiąc, że chce pić lub że jest mu zimno; dystrofia w zakresie mięśni kończyn górnych utrudnia mu uchwycenie jakiegokolwiek przedmiotu; niekiedy podejmował próby wykonania różnorodnych zadań; reprezentował bardzo zróżnicowany poziom zaangażowania i zaktywizowania podczas zajęć (prawdopodobnie uwarunkowane stanem zdrowia oraz czynnikami sytuacyjnymi);
- Nieco inne trudności odczuwa Pacjent D05; chętnie przychodził na zajęcia, jednak brak koncentracji uwagi uniemożliwiał mu pełne uczestnictwo w nich; wszelkie dźwięki (aktywności innych pacjentów, poruszanie się psa w pomieszczeniu) rozpraszały go; wyraźna była też awersyjna reakcja z chwilowym wycofaniem się po przypadkowym kontakcie dotykowym inicjowanym przez psa; pacjent reagował krótkotrwałym niepokojem; zachowania takie nie pojawiały się, gdy pacjent sam dotykał lub głaskał psa; pacjent z zainteresowaniem wodził wzrokiem za psem, a następnie z zaangażowaniem wykonywał zadania; wykonawstwo mało precyzyjne lub nieprawidłowe.

Pacjent D10 nie uczestniczył w trzech zajęciach w lutym. Powodem nieobecności było oddalanie się z zajęć. Brak komunikacji werbalnej uniemożliwił ustalenie przyczyny takich zachowań. Na pozostałe zajęcia przychodził doprowadzony, lecz nie uczestniczył w nich czynnie. Kontakt z psem pojawiał się wyłącznie na zakończenie zajęć, kiedy każdy uczestnik żegnał się ze zwierzęciem. Pacjent utrzymywał relacje z uczestnikami zajęć i terapeutką. Częste były jego praktyki związane z próbami przytulania się do terapeutki.

Z uwagi na opisane trudności podjęto decyzję o przeniesieniu pacjenta D10 na zajęcia indywidualne.

Dwaj pacjenci nie uczestniczyli w sesjach dogoterapeutycznych. Byli to:

- Pacjent D03, który zwykle przebywa w świetlicy; próba zmiany miejsca pobytu była negowana krzykiem i próbą fizycznego powrotu do świetlicy; podjęto zatem kilka działań nawiązania kontaktu z psem w warunkach świetlicy; przyniosło to tylko jedną próbę pogłaskania psa; działania takie będą nadal podejmowane – pomimo, że warunki panujące w świetlicy nie są dobre dla psa;
- Pacjent D11 często wychodził poza teren ośrodka i nie można go było odnaleźć; jeśli pojawiał się na zajęciach, wykonywał powierzone zadania; działania te podejmowane były bez kontaktu wzrokowego lub werbalnego z grupą.

Przeprowadzone badania kwestionariuszowe – zestawienia tabelaryczne

W badanej grupie przeprowadzono następujące badania kwestionariuszowe:

1. Skala Vas nastawienia pacjentów do zajęć z udziałem psa
Jest to skala 10-stopniowa, pacjent proszony jest o zażyczenie od 0-10 jakie ma nastawienie do zajęć z udziałem psa.
Skala ta została zmodyfikowana i to prowadzący określił nastawienie do zajęć z udziałem psa, ponieważ większość pacjentów nie posiada zasobów umożliwiających podjęcie takiego zadania.
2. Kwestionariusz bezpiecznego zachowania się z udziałem psa.
3. Ankieta zachowania pacjenta.
4. Test Eurofit – równowaga.

Tabela 10. Zestawienie wyników z pomiaru skalą Vas

Kod	Wynik
D01	8
D02	9
D03	brak
D04	10
D05	7
D06	4
D07	10

D08	7
D09	trudny do określenia
D10	trudny do określenia
D11	3

Źródło: badania własne ewaluatorki programu dogoterapii

Badanie wykonano jednorazowo, podczas trzecich zajęć z uczestnikami dogoterapii. Tylko dwóch pacjentów osiągnęło w ocenie terapeutki maksymalny, 10-punktowy wynik (pacjenci D04 i D07). U pacjentów, D09 i D10 ocena nie była możliwa.

Kwestionariusz bezpiecznego zachowania się z udziałem psa był za trudny do przeprowadzenia w grupie z uwagi na brak kontaktu werbalnego, w zajęciach uczestniczą osoby słabo słyszące lub niesłyszące.

Tabela 11. Zestawienie wyników z pomiaru zachowania pacjenta

Kod	Informacje nt. nastawienia pacjenta w dniu pierwszych zajęć (kod 1,2,3)	Informacje nt. wydarzeń w ciągu ostatnich 3 miesięcy: kod (1,2,3,4,5)
D01	2	3
D02	2	3
D03	3	4
D04	2	3
D05	2	3
D06	3	4
D07	2	3, 1
D08	2	3, 1
D09	3	3
D10	2	3
D11	2	4

Źródło: badania własne ewaluatorki programu dogoterapii

Podczas pierwszych zajęć dwóch pacjentów reprezentowało bardzo dobre nastawienie do zajęć (D03, D09), pozostali – dobre. Ocena wydarzeń z ostatnich trzech miesięcy w skali 5-stopniowej jest natomiast bardziej zróżnicowana. Żaden z badanych pacjentów nie uzyskał maksymalnej oceny. Najbardziej korzystne zdarzenia, wyraźny progres wystąpił u pacjentów D03 oraz D11. Z kolei Pacjenci D07 i D08 charakteryzowali się bardzo skrajnym funkcjonowaniem podczas zajęć.

Tabela 12. Zestawienie prób wykonanych w Testem Eurofit – równowaga

Kod	Równowaga
D01	wykonano
D02	wykonano
D03	brak możliwości wykonania
D04	brak możliwości wykonania
D05	brak możliwości wykonania
D06	brak możliwości wykonania
D07	wykonano
D08	wykonano
D09	wykonano
D10	brak możliwości wykonania
D11	wykonano

Źródło: badania własne ewaluatorki programu dogoterapii

Z uwagi na wykonywanie jeszcze badania testem Eurofit – równowaga nie jest możliwa interpretacja wyników oraz ich zestawianie z innymi wynikami testów zastosowanych wobec uczestników zajęć z udziałem psa.

Ogólne refleksje prowadzących zajęcia

Pacjenci starają się uczestniczyć w zajęciach

Uczestnicy zajęć grupowych są niezintegrowani

Konieczne jest przeniesienie pacjenta D10 na zajęcia indywidualne, poprowadzenie obserwacji jego reakcji w ramach tej formy pracy i podjęcie decyzji o dalszej formie terapii

Konieczne jest uregulowanie wyjść pacjenta D11 z placówki. Aktywności tego rodzaju nie powinny mieć miejsca w terminach zajęć grupowych dogoterapeutycznych

Konieczność zwiększenia zaangażowania oraz poprawa precyzji wykonywania zadań przez pacjenta D05

Ogólne refleksje ewaluatorów

- Istnieje duże zróżnicowanie charakterystyk pacjentów biorących udział w zajęciach dogoterapii
- Przejawianie zachowań nawykowych i rutynowych w dziennych rytmach dobowych (np. stałe przebywanie w określonym miejscu, podejmowanie rutynowych czynności) ogranicza (a może na wet wyklucza) rozwijanie doświadczeń związanych z kontaktem z psem
- Niemożność wykonania wszystkich badań kwestionariuszowych oraz badań przy użyciu skal

- Osoba prowadząca bardzo zaangażowana, stara się dostosować trudność zajęć do potrzeb grupowych i indywidualnych, wiele celów wcześniej zaplanowanych nie można osiągnąć z powodu cech pacjentów takich jak: głębokie zaburzenia poznawcze, zaburzenia emocjonalne, trudności komunikacyjne, deficyty w sferze motywacji

Wnioski

Przeprowadzona analiza zgromadzonych danych z obserwacji, z dokumentów zastanych w Filii ZOLiRM w Owińskach oraz dokumentów wytworzonych celowo w procesie ewaluacji możliwe jest sformułowanie następujących ogólnych wniosków:

- **Programy realizowane są rytmicznie, zgodnie z planem oraz z właściwą starannością**
- **Osoby prowadzące zajęcia wywiązują się z powierzonych im zadań**
- **Budowanie relacji terapeutycznej dostosowane było do możliwości pacjentów**
- **Część spośród pacjentów nie uczestniczyło w zajęciach z uwagi na wskazania medyczne (zły, a nawet krytyczny stan zdrowia; konieczność izolacji; stan po ataku epilepsji itp.)**
- **W trakcie realizacji programu pojawiały się różnorodne zakłócenia**
- **Źródłem zakłóceń były: indywidualne cechy uczestników, ich stan zdrowia oraz cechy i zjawiska związane z funkcjonowaniem grupy, związane głównie ze sposobem rozwijania relacji interpersonalnych oraz komunikowaniem**
- **Istnieje duże zróżnicowanie charakterystyk pacjentów biorących udział w zajęciach we wszystkich programach, co wymusza na terapeutach konieczność ogromnego różnicowania sposobów pracy z poszczególnymi osobami**

- Pacjenci przejawiali liczne zachowania nawykowe i rutynowe w dziennych rytmach dobowych (np. stałe przebywanie w określonym miejscu, podejmowanie rutynowych czynności), co ogranicza (a niekiedy nawet wyklucza) pełne uczestnictwo w zajęciach
- Pomimo dużego zaangażowania terapeutów w zajęcia niektórych celów zaplanowanych w programie nie można osiągnąć u niektórych spośród pacjentów z powodu ich cech lub zachowań takich jak: głębokie zaburzenia poznawcze, zaburzenia emocjonalne, trudności komunikacyjne, deficyty w sferze motywacji, zachowania stereotypowe (głównie w programach: muzykoterapii, terapii przez teatr oraz dogoterapii)
- Pomimo długoterminowego zamieszkiwania pacjentów w oddziale oraz upływu pierwszego kwartału realizacji zajęć programów o charakterze grupowym, nie nastąpiło zintegrowanie pacjentów (w ramach poszczególnych grup terapeutycznych)
- Uczestnictwo w zajęciach z teatroterapii pomaga uczestnikom inaczej spojrzeć na siebie nawzajem
- Wystąpiła niemożność wykonania wszystkich badań kwestionariuszowych oraz badań przy użyciu skal
- Konieczna okazała się zmiana kwestionariusza do badania nastroju
- Wystąpiły trudności z badaniem nastroju pacjentów z uwagi na opuszczanie przez nich zajęć przed ich zakończeniem
- Problemem w grupie było wyśmiewanie osób słabszych lub przeżywających jakiś problem
- Zajęcia zakłócały reakcje na brak papierosów i kawy u wybranych pacjentów

- **Udział kilku spośród zakwalifikowanych pacjentów w zajęciach był warunkowany tym, czy w czasie przeznaczonym na zajęcia pojawiały się jakieś działania natury organizacyjnej w oddziale (np. wyładunek prania, konieczność zrobienia zakupów poza budynkiem oddziału), które pacjenci wykonywali w zamian za otrzymywane papierosy**

Zalecenia

Sformułowane powyżej wnioski wymagają zalecenia:

- **Dalszego starannego realizowania zadań programowych**
- **Kontynuacji prowadzenia zadań ewaluacyjnych**
- **Zakończenia pilotażu i dalej systematycznego stosowania nowego kwestionariusza do badania nastroju u pacjentów**
- **Wykonania w kolejnym kwartale badania procesu grupowego**
- **Wsparcia przez personel oddziału procesu motywowania pacjentów oraz ich doprowadzania na zajęcia**
- **W miarę możliwości indywidualizowaniu przez terapeutów podejścia do poszczególnych pacjentów**
- **Starannego, przemyślanego tworzenia sytuacji wpływających na zwiększenie integracji pacjentów w ramach grup terapeutycznych**

- **Trwałego i zdecydowanego reagowania na sytuacje wyśmiewania, szydzenia z osób słabszych lub przeżywających jakiś problem w ramach zajęć**
- **Pomocy personelu oddziału w lokalizowaniu pacjentów, którzy zajęcia opuścili przed czasem ich zakończenia oraz powtórym doprowadzeniu na zajęcia**
- **Rytmicznego zapewniania środków do realizacji zajęć**
- **Podjęcia dyskusji (personel oddziału – terapeuci realizujący programy) nad zachowaniami nawykowymi i rutynowymi pacjentów w dziennych rytmach dobowych i możliwościami ich zmiany w celu poprawy uczestnictwa w zajęciach programów**
- **Zniesienia okoliczności, w których pacjenci nie przychodzą na zajęcia lub z nich wychodzą przed zakończeniem – aspekt indywidualny pacjenta**
- **Zniesienia okoliczności, w których pacjenci nie przychodzą na zajęcia lub z nich wychodzą przed zakończeniem – aspekt organizacyjny oddziału**
- **Rozważenia w oddziale możliwości innego motywowania i nagradzania pacjentów niż rozdawnictwo papierosów**