

VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
REABILITACIJOS, FIZINĖS IR SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Reabilitacijos magistrantūros programos
komiteto pirmininkas prof. A. Juocevičius

Data:

Dovydas Barzinskas

**GRUPINĖS FIZINĖS VEIKLOS UŽSIĖMIMŲ POVEIKIS
PAAUGLIŲ, SERGANČIŲ DEPRESIJA, PSICHOEMOCINEI
BŪKLEI**

REABILITACIJOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas: Prof. Dr. Juozas Raistenskis

Darbo priėmimo data:

Parašas:

VILNIUS, 2016

DARBO ANOTACIJA

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Grupinės fizinės veiklos užsiėmimų poveikis paauglių, sergančių depresija, psichoemocinei būklei“ atliktas 2014-2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje bei VšĮ VUL Santariškių klinikų filialo Vaikų ligoninės, fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje.

Darbo autorius: Dovydas Barzinskas, Vilniaus universiteto Taikomosios fizinės veiklos magistro programos II kurso studentas.

Darbo vadovas: Prof. Dr. Juozas Raistenskis, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Darbas apsvarstytas VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2016 m. gegužės mėnesio 11 d. įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1) J. Stasiukynienė
- 2) R. Žilinskienė

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Grupinės fizinės veiklos užsiėmimų poveikis paauglių, sergančių depresija, psichoemocinei būklei“ ginamas viešame Reabilitacijos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2016 m. birželio mėn. 1 d. 9val.

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje.

TURINYS

SANTRAUKA.....	5
SUMMARY.....	8
SANTRUMPOS.....	11
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS	12
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	13
ĮVADAS	14
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	16
1.1. Depresijos sąvoka.....	16
1.1.1. Depresijos epidemiologija	17
1.1.2. Depresijos rizikos veiksniai.....	18
1.1.3. Depresijos simptomai	20
1.1.4. Depresijos pasekmės	23
1.1.5. Gydyimo būdai pritaikomi depresijai	24
1.2. Miego ir gyvenimo kokybės pokyčiai depresijos poveikyje.....	25
1.3. Taikomoji fizinė veikla psichosocialinėje reabilitacijoje	29
1.4. Fizinės mankštos reikšmė sveikatai	34
2. TYRIMO METODIKA	37
2.1. Tyrimo organizavimas	37
2.2. Tyrimo metodika.....	38
2.2.1. Psichoemocinės būklės vertinimas (HAD skalė)	38
2.2.2. Pitsburgo miego kokybės klausimynas - (PMKK).....	38
2.2.3. Motyvacija - Vaikų valios klausimynas	39
2.2.4. Statistinė duomenų analizė	39
2.2.5. Fizinės mankštos programa sergantiesiems depresija	39

3.TYRIMO REZULTATAI.....	41
3.1 Bendra tiriamųjų charakteristika	41
3.2. Nerimo ir depresijos vertinimas	42
3.3. Miego kokybės vertinimas	56
3.4. Motyvacijos vertinimas	59
3.5. Depresijos ir nerimo simptomų įtaka miego kokybei	60
3.5.1. Sąsajos tarp depresijos bei nerimo simptomų ir miego kokybės	60
3.5.2. Miego kokybės priklausomybė nuo depresijos ir nerimo simptomų	61
4. REZULTATŲ APTARIMAS	63
5. IŠVADOS.....	65
6. REKOMENDACIJOS	66
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS	67
PRIEDAI.....	73

SANTRAUKA

**Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros
Reabilitacijos magistro programa**

GRUPINĖS FIZINĖS VEIKLOS UŽSIĖMIMŲ POVEIKIS PAAUGLIŲ, SERGANČIŲ DEPRESIJA, PSICHOEMOCINEI BŪKLEI Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorius: VU reabilitacijos magistro programos II kurso studentas Dovydas Barzinskas

Darbo vadovas: Prof. Dr. Juozas Raistenskis Vilniaus universitetas medicinos fakultetas
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Pagrindinės sąvokos (raktiniai žodžiai): depresija, grupinė fizinė veikla, paaugliai, psichoemocinė būklė.

Darbo tikslas: Ištirti grupinės fizinės veiklos poveikį paaugliams, sergantiems depresija, psichoemocinei būklei.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti tiriamųjų depresijos ir nerimo lygį taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų pradžioje ir pabaigoje.
2. Įvertinti depresija sergančių paauglių miego kokybės pokyčius prieš ir po taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus.
3. Įvertinti tiriamųjų valios pokyčius taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų pradžioje ir pabaigoje.
4. Nustatyti depresijos bei nerimo įtaka miego kokybei.

Tyrimo metodai:

Iš viso tyrime dalyvavo 60 tiriamųjų, kuriems buvo nustatyta depresija, iš jų 6 (10 proc.) berniukų ir 54 (90 proc.) mergaičių. Tyrimas vyko VšĮ Vilniaus Universiteto Santariškių klinikų filialo, Vaikų ligoninės, Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje nuo 2014 gruodžio iki 2016 sausio mėnesio. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes – tiriamąją, kuriai taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai vyko grupėse ir kontrolinę, kur užsiėmimai vyko individualiai. Abiejose

grupėse dalyvavo po 30 tiriamųjų. Kiekvienas tiriamasis turėjo po 10 užsiėmimų. Tiriamieji buvo ištirti du kartus – tyrimo pradžioje ir pabaigoje.

Tyrimo metu buvo naudojama HAD skalė - psichoemocinę būklę vertinantis metodas, kuris vertina nerimo bei depresijos pokyčius pradžioje ir pabaigoje. Taip pat buvo vertinama tiriamųjų miego kokybės pokyčiai - Pitsburgo miego kokybės klausimynu. PMKI klausimai apima įvairius veiksnius, susijusius su miego kokybe, įskaitant miego trukmės ir latentišumo įvertinimą, specifinių su miegu susijusių sutrikimų dažnį ir išreikštumą. Taip pat tyrimo metu buvo vertinama tiriamųjų motyvacijos pokyčiai – vaikų valios klausimynu. Šis klausimynas sukurtas nustatyti tiriamųjų vidinius motyvus ir aplinkos įtaką tiriamųjų valiai.

Tyrimo rezultatai:

Po 2 savaičių taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų tiriamosiose grupėse, lyginant su kontroline, depresijos ir nerimo išreikštumas pagal HAD skalę buvo mažesnis (7,3 ir 10,5 balo) simptomų išreikštumas. Tai rodo, kad psichinė būklė žymiai labiau gerėja taikant grupinę fizinę veiklą.

Taikomoji fizinė veikla 2 savaičių laikotarpiu gerina miego kokybę. Tyrimo rezultatai rodo, kad taikomoji fizinė veikla dviejų savaičių laikotarpyje mažina ne tik depresijos ir nerimo simptomų išreikštumą, bet ir gerina miego kokybę.

Ištyrus tiriamųjų valios bei motyvacijos pokyčius galima matyti, kad visose trijose lygiuose tiriamosiose grupėse buvo gauti geresni rezultatai lyginant su kontroline grupe. Didžiausias skirtumas matomas aukščiausiam – pasiekimų lygyje.

Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti depresijos ir nerimo simptomų poveikį miego kokybei ir buvo nustatyta, kad miego kokybė yra tiesiogiai proporcinga depresijos lygiui. Kuo depresijos ir nerimo lygis didesnis tuo blogesnė miego kokybė.

Išvados:

1. Lyginant kaip pakito depresijai būdingi simptomai tiriamosios ir kontrolinės grupės asmenims, pastebima, kad kontrolinės grupės tiriamiesiems šie požymiai išliko arba sumažėjo, tuo tarpu tiriamosios grupės tiriamiesiems nusiskundimai dažniau visiškai išnykdavo.

Tiriamiesiems, kuriems buvo taikoma grupiniai taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai, nusiskundimai išnyko dažniau, nei taikant individualius užsiėmimus.

2. Taikomoji fizinė veikla 2 savaičių laikotarpiu, mažina depresijos ir nerimo požymius, gerindama psichoemocinę būklę, o taip gerėja miego kokybė. Didėjant fiziniam pajėgumui, gerėja ir psichinė būklė. Tyrimo rezultatai rodo, kad taikomoji fizinė veikla dviejų savaičių laikotarpyje mažina ne tik depresijos ir nerimo simptomų išreikštumą, bet ir gerina miego kokybę.

3. Po grupinių taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų taikymo tiriamųjų valia tirtų požymių atžvilgiu padidėjo: visi valios testo tirti požymiai statistikai reikšmingai padidėjo ($p < 0,05$).

4. Apskaičiavus depresijos ir nerimo įtaka miego kokybei gauti rezultatai parodė stiprų koreliacinį ryšį tarp šių dviejų komponentų. Galima daryti išvadą, kad mažėjant depresijos bei nerimo simptomams tiesiogiai gerėja miego kokybė.

SUMMARY

Vilnius University Faculty of Medicine

Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Department

Rehabilitation Master's program

IMPACT OF GROUP PHYSICAL ACTIVITIES ON PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF TEENAGERS WITH DEPRESSION

Rehabilitation Master's thesis

The author: Vilnius University rehabilitation master program second-year student

Dovydas Barzinskas

Leader: Professor Dr. Juozas Raistenskis University Medical Faculty of Rehabilitation,
Physical and Sports Medicine Department.

Key words: depression, group physical activity, adolescent psycho state.

Work aim: To investigate the effects of physical activity group for teens with depression,
psycho-emotional state.

Work tasks:

1. Assess the test for depression and anxiety levels adapted physical activity sessions at the beginning and the end.
2. Evaluate depressed teen sleep quality changes before and after the application of physical activity sessions.
3. Evaluate subjects will change in adapted physical activity sessions at the beginning and the end.
4. Identify depression and anxiety influence the quality of sleep.

Research methods:

A total number of 60 subjects with depression were found, 6 of them (10 percent boys)
and

54 (90 percent girls). The study took place in the public institution of Vilnius University Hospital Santariškės branch, Children's Hospital, physical Medicine and Rehabilitation Department since 2014 December to 2016 January. The patients were divided into two groups – the research group, in which adapted physical activity sessions were held in groups and the control group, where classes were held individually. Each group included 30 members and had 10 test sessions. The subjects were tested twice – at the start and the end.

The study used the HAD scale - psyche motional status of the evaluation of methods to assess anxiety and depression changes at the beginning and the end. It was also assessed subjects sleep quality changes - Pittsburgh sleep quality questionnaire. PMKI issues include a variety of factors related to the quality of sleep, including sleep duration and latency assessment, specific sleep related disorders frequency and manifestation. The study also assessed the subjects of motivation changes - children will questionnaire. This questionnaire is designed to identify the reasons for the investigation of internal and environmental impact research will.

The results:

After 2 weeks of adapted physical activity sessions in the study group compared with the control, depression and anxiety of expression under the HAD scale was lower (7.3 and 10.5 points) symptoms of expression. This indicates that the mental state improved significantly higher in group physical activity.

2 weeks' physical activity applied improved the quality of sleep. The test results demonstrated that application of physical activity two weeks discourage both anxiety and depression symptoms manifestation and improves sleep quality.

Examination test of will and motivation to change can be seen that all three levels of the study group were to get better results when compared to the control group. The biggest difference was visible at the highest - level of achievement.

The study was to determine the depression or anxiety effect on the quality of sleep and it was found that sleep quality is directly proportional to the level of depression. The depression and anxiety level higher in the poorer quality of sleep.

Conclusions:

1. In comparison to the changes in depression-like symptoms of the treatment and control group, it was noted that in the control group, these symptoms persisted or decreased, while the experimental group observed complaints often disappear completely. Subjects were subject group adapted physical activities that complaints are resolved more often than with the individual classes.
2. After 2 week applied physical activity, depression and anxiety symptoms, improving psycho-emotional condition, and also improves the quality of sleep. With increasing exercise capacity, and improved mental state. The test results demonstrate that application of physical activity two weeks discourage both anxiety and depression symptoms manifestation and improves sleep quality.
3. The group adapted physical activity sessions will investigate the application of test characteristics of the increase: all will to continue to investigate signs of a statistically significant increase ($p < 0.05$).
4. Calculation of depression and anxiety influence the quality of sleep to get the results showed a strong correlation between one of the two components. It can be concluded that the decrease in depression and anxiety symptoms directly improves the quality of sleep.

SANTRUMPOS

NT - neurotransmiteriai

TFV - taikomoji fizinė veikla

CNS - centrinė nervų sistema

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

PMKK - Pitsburgo miego kokybės klausimynas

PMKI - Pitsburgo miego kokybės indeksas

PVQ - Pediatric Volitional Questionnaire - Vaikų valios klausimynas

SN - standartinis nuokrypis

DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Fizinės veiklos užsiėmimų sudedamosios dalys.....	40
2 lentelė. Nerimo ir depresijos vertinimas grupėse (vidurkiai).....	42
3 lentelė. Miego kokybės pagerėjimas tarp grupių (balai).....	58
4 lentelė. Vaikų valios klausimyno pagerėjimo skirtumai tarp grupių (balai).....	60
5 lentelė. Depresijos ir nerimo bei miego kokybės koreliaciniai ryšiai.....	61
6 lentelė. Depresijos ir nerimo bei miego kokybės tiesinės regresijos analizė.....	61

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Kontrolinės grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.....	41
2 pav. Tiriamosios grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.....	41
3 pav. Tiriamųjų amžiaus vidurkiai grupėse.....	42
4 pav. Jaučiamas nerimas bei įtampa tyrimo pradžioje ir pabaigoje (proc.).....	43
5 pav. Jaučiamo džiaugsmo įvertinimas grupėse (proc.).....	44
6 pav. Baimės jausmas tyrimo pradžioje ir pabaigoje (proc.).....	45
7 pav. Humoro supratimo palyginimas tarp grupių (proc.).....	46
8 pav. Neramių minčių palyginimas tarp grupių (proc.).....	47
9 pav. Nuotaikos palyginimas tarp grupių (proc.).....	48
10 pav. Gebėjimas jaustis atsipalaidavus palyginimas tarp grupių (proc.).....	49
11 pav. Subjektyvių liguistumo pojūčių palyginimas tarp grupių (proc.).....	50
12 pav. Baimės jausmo palyginimas tarp grupių (proc.).....	51
13 pav. Rūpinimosi savo išvaizda palyginimas tarp grupių (proc.).....	52
14 pav. Nerimo jausmo palyginimas tarp grupių (proc.).....	53
15 pav. Teigiamų lūkesčių palyginimas tarp grupių (proc.).....	54
16 pav. Nerimo ir baimės jausmo palyginimas tarp grupių (proc.).....	55
17 pav. Gebėjimo džiaugtis laisvalaikiu palyginimas tarp grupių (proc.).....	56
18 pav. Kontrolinės grupės miego kokybės vertinimas.....	57
19 pav. Tiriamosios grupės miego kokybės vertinimas.....	57
20 pav. Kontrolinės grupės vaikų valios rodiklių pasireiškimas skirtinguose valios išsivystymo lygiuose (vidurkiai).....	59
21 pav. Tiriamosios grupės vaikų valios rodiklių pasireiškimas skirtinguose valios išsivystymo lygiuose (vidurkiai).....	60
22 pav. Depresijos ir nerimo įtaka miego kokybei.....	62

ĮVADAS

Depresija yra svarbi sveikatos problema, jos paplitimas per vienerius metus yra 4-8 proc., taip pat ji susijusi su didele savižudybės rizika ir tris kartus didesne bendro mirštamumo rizika bei reikšmingais sveikatos priežiūros kaštais [1].

Šiuolaikinėje visuomenėje viena iš svarbiausių geros savijautos prielaidų yra psichinė sveikata. Psichikos ligos užima pirmą vietą visų ligų statistikoje, o kiekvienais metais sergančiųjų šiomis ligomis skaičius vis didėja. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) atliktų tyrimų duomenimis net 1 – 2 proc., viso pasaulio žmonių serga psichikos ligomis [2], o Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, Lietuvoje 2013 m. 100 000 gyventojų teko 3541 žmonės, kurie serga psichikos sutrikimais [3]. Vienas iš psichikos sutrikimų – depresija.

Daugėja atvejų, kai suprastėjusia psichine sveikata ima skųstis vis jaunesni žmonės, kuriems diagnozuojama depresija.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais glaudžiai susijusių fizinių negalavimų. Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš šeimos narių turi rimtų dvasinių problemų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. Pasak PSO ekspertų, Europos regione 33,4 mln. žmonių kiekvienais metais tampa depresijos vergais [4].

Epidemiologiniai tyrimai patvirtina ryšį tarp neaktyvaus gyvenimo būdo ir psichikos sutrikimų. Asmenys, kurie reguliariai mankština, jaučiasi daug geriau ir yra daug energingesni. Apskritai streso, nerimo ar depresijos varginami žmonės yra ne tokie fiziškai aktyvūs ir labiau sutrikusios sveikatos negu tie, kuriems šių sutrikimų nėra.

Sergantiesiems depresija labai dažnai pastebimas didelis nerimas ir sutrikęs miegas, ir tai neabejotinai blogina ligonių gyvenimo kokybę. Pastaruoju metu gydant sergančiuosius depresija šalia standartinio medikamentinio gydymo vis plačiau taikoma fizinė mankšta [5].

Naujausi tyrimai rodo, jog vidutinio intensyvumo reguliari fizinė veikla per organizmo regeneraciją ir stimuliaciją didina pasitikėjimą savimi, mažina fobijas ir stabilizuoja psichiką. Be to, tokia fizinė veikla didina pajėgumą ir stiprina atsparumą stresui [6].

Darbo tikslas: Ištirti grupinės fizinės veiklos poveikį paaugliams, sergantiems depresija, psichoemocinei būklei.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti tiriamųjų depresijos ir nerimo lygį taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų pradžioje ir pabaigoje.
2. Įvertinti depresija sergančių paauglių miego kokybės pokyčius prieš ir po taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus.
3. Įvertinti tiriamųjų valios pokyčius taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų pradžioje ir pabaigoje.
4. Nustatyti depresijos bei nerimo įtaka miego kokybei.

Tyrimo subjektas:

Paaugliai, kuriems nustatyta psichoemocinės būklės sutrikimai (depresija).

Tyrimo objektas: Grupinės fizinės veiklos taikymas paaugliams, sergantiems depresija, gerinant jų psichoemocinę būklę.

Tyrimo hipotezė: Tikėtina, kad grupiniai taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai bus efektyvesni nei taikant individualius taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus.

Naujumas ir praktinė vertė:

Grupinės taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai paaugliams sergantiems depresija yra Lietuvoje dar nesenai pradėtas taikyti metodas, tačiau iš užsienio literatūros galima matyti, kad grupinės taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai yra vienas pagrindinių komponentų depresijos gydyme.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Depresijos sąvoka

Psichinė sveikata – tai viena iš svarbiausių prielaidų šių laikų visuomenėje, kad žmogus galėtų gyventi pilnavertį gyvenimą ir gerai jaustųsi [7]. Atlikti tyrimai rodo, kad nemaža dalis žmonių turi psichikos sutrikimų ir jų gyvenimo kokybė yra suprastėjusi. Tiek užsienio, tiek Lietuvos, atliktų tyrimų duomenimis, didelė dalis žmonių, turi bent vieną sutrikimą ir su kiekvienais metais šie skaičiai vis didėja. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2006 m. Psichikos sutrikimais sirgo 2870,5 žm./100 000 gyv., o 2012 tokiame pačiame gyventojų skaičiui jau tenka 3481,1 žm. [2-8]. Psichikos ligos yra taip paplitusios, kad lyginant su kitomis ligomis užima pirmą vietą [7].

Psichikos sutrikimų turinčių asmenų problemos yra įvardinamos tokiais aspektais: emociniu, suvokimo, pažinimo, fiziniu ir socialiniu. Visas pacientų problemas galima išskirti į tris sritis, kurios nusako jausmus, elgesį ir įgūdžius:

1. Klientų nepasitikėjimas savimi, jaučiamos įvairios baimės, nerealistiškas savęs suvokimas, pyktis, kaltės jausmas ar žema motyvacija, priskiriami jausmų problemoms.
2. Elgesio problemoms priskiriama apatija, hiperaktyvumas, pasyvumas, agresija ir kitos panašios būsenos, būdingos psichikos sutrikimus turintiems asmenims.
3. Įgūdžių problemos, tokios kaip gebėjimas susikaupti, įveikti sunkumus, daugiausia yra sutelktos į pažinimo įgūdžių ir užduočių atlikimo sritis. Gali būti nagrinėjami ir socialiniai įgūdžiai [9].

Kadangi problemos dažniausiai būna kompleksinės ir visos sritys pasireiškia vienu metu, šis sričių išskyrimas yra svarbus tam, kad skirtingi specialistai galėtų sukaupti dėmesį į tas sritis, su kuriomis problemomis susiduria atlikdami savo darbą [9].

Depresija – psichikos sutrikimas, kuriam būdingi biologinio, psichologinio ir socialinio asmens funkcionavimo lygmenų pokyčiai. Šiais laikais tai vienas iš dažniausiai diagnozuojamų psichikos sutrikimų [10, 11]. Tačiau yra duomenų, kad jau Antikos laikais yra būta būsenų, kurios buvo apibūdinamos kaip depresija [12].

Depresija tai liūdesio bei dirglios nuotaikos periodas, kai sutrinka miegas, mažėja apetitas, ryškėja anhedonija, lėtėja ar pagreitėja psichomotorika, darosi sunku susikaupti, jaučiamas greitesnis nuovargis, neviltis ir bejėgiškumas, kyla suicidinės mintys, sutrinka įvairios funkcijos

[7]. Depresija - tai liguistai liūdna, prislėgta nuotaika. Depresija gali būti kitų ligų simptomas, sindromas ar pagrindinis ligos požymis [8].

Klasikiniam depresiniam sindromui būdinga triada – bloga nuotaika, sulėtėjęs mąstymas ir sulėtėję judesiai [8].

1.1.1. Depresijos epidemiologija

PSO numato svarbų faktą, kad depresija bus viena iš ligų, kuri taps negalios priežastimi visame pasaulyje. Tai nutiks iki 2020 metų, o ją lenks tik išeminės širdies ligos. Taigi, depresija bus antroji pagal svarbumą liga, įtakoianti žmonių negalią [11, 13, 14, 15].

Lietuvoje atlikti tyrimai, norint išsiaiškinti depresijos paplitimą visos šalies mastu. Rezultatai parodė, kad sergančiųjų depresija žmonių skaičius su kiekvienais metais yra linkęs didėti, o pats Lietuvos gyventojų skaičius su kiekvienais metais vis mažėja. Galima padaryti išvadą, kad depresija yra labai greitai besivystanti ir plintanti liga, kuria kiekvienais metais suserga vis daugiau žmonių. Paaiškėjo ir Lietuvos apskričių išsidėstymas, pagal depresijos sergamumą. Pirmoje vietoje yra Kauno apskritis. Po jos, mažėjančia tvarka eina Utenos, Tauragės, Vilniaus, Alytaus, Telšių, Marijampolės, Šiaulių, Klaipėdos ir Panevėžio apskritys. Tyrimai buvo atlikti 2004 - 2007 metais, tačiau situacija išliko panaši iki šių dienų, nes vis daugiau šaltinių teigia, jog depresijos paplitimas ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje vis didėja, ir gana sparčiai [12].

PSO duomenimis, viena iš daugiausiai depresijomis sergančių šalių yra Indija. Čia jos populiacija siekia net 36 proc. Tai įtakoja dideli ekonominiai ir socialiniai pokyčiai. Taip pat didelė dalis depresija serga ir JAV, Nyderlandų bei Prancūzijos žmonių. Čia jų skaičius siekia 30 proc. Pastebėta, kad kuo turtingesnė šalis, tuo daugiau žmonių turi šį sutrikimą. Šalyse, kurios yra pasiturinčios, depresija pasireiškia vienam iš septynių gyventojų, o tose šalyse, kurios nėra taip gerai išsivysčiusios – kas devintam [16].

Psichiatras/psichoterapeutas M. Jasulaitis (2013) teigia, kad PSO duomenimis iki 2020 m. depresija užims didžiausią ligų skaičių visame pasaulyje. Jau dabar ji konkuruoja su širdies ir kraujagyslių ligomis, kurios užima pirmąją vietą [16-17]. Depresija turi didžiausią įtaką žmonių savižudybėms. Daugiau nei pusė yra įvykdoma tų žmonių, kuriems diagnozuota depresija, o padaugėjus ligų atvejų dar labiau padidės savižudybių skaičius [10].

A. Pranskevičienė (2008) savo daktaro disertacijoje nurodo, kad depresijos gydymas ne visada pasiekia geriausių rezultatų. Net ir tai, jog žmogus pasveiko, neįrodo, kad daugiau jo gyvenime nepasikartos depresijos epizodų, nes dažniausiai jie pasireiškia dar ne vieną kartą (apie 90 proc. sergančiųjų). Gydomo metu visiškai pasveiksta tik trečdalis žmonių, trečdaliui depresijos atvejų pastebimas bent 50 proc. požymių sumažėjimas, o dar tokiai pat daliai žmonių nėra pastebėta jokių pokyčių [18].

Sergantys depresija turi polinkį susirgti ja vėl. 75 - 85 proc. žmonių, sirgusiems depresija, epizodai kartojasi. Tai parodo, kad yra gana maža tikimybė ją visiškai išgydyti. Tačiau tai nereiškia, jog ji neturi būti gydoma. Jeigu tai nebūtų daroma, vaikai, kurie jau paauglystėje turi šį sutrikimą, patirtų dar didesnių problemų savo kasdieniniame gyvenime. Krizių centruose gydomi paaugliai, kuriems būtent tuo metu yra reikalinga specialistų pagalba, o anksti diagnozuota ir gydoma liga, suteikia didesnių ir naudingesnių rezultatų. Net 10 - 30 proc. sunkių depresijos epizodą turinčių žmonių nepasiekia remisijos epizodo, o tai įrodo, kad ligą reikia pradėti gydyti kuo anksčiau, kad ji nepasiektų tokios sunkios stadijos [19].

1.1.2. Depresijos rizikos veiksniai

Yra labai daug priežasčių, kurios gali sukelti depresiją. Dažnai jos gali atrodyti paprastos ir nedarančios žalos. Viskas, kas vyksta žmogaus aplinkoje – išgyvenimai, nelaimės, netektys, prievarta, patyčios, rūpesčiai – vienaip ar kitaip daro įtaką žmogui. Kiekvienas asmuo yra skirtingas ir skirtingai reaguoja į savo gyvenimo iššūkius. Tačiau paaugliams yra labai sunku vieniems, be draugų, suaugusiųjų ar specialistų pagalbos, išspręsti tam tikras problemas. Dauguma iš jų užsidaro savyje, nepasakoja kitiems savo problemų, neišsako savo jausmų, pradeda kaupti savyje visą juos supančią neigiamą įtaką. Taip jie suserga depresija ir imasi netinkamų sveikatai būdų, siekdami išspręsti savo problemas arba jas bent šiek tiek atitolinti, nuslopinti [20].

Viena iš naujesnių teorijų yra tokia, kad depresiją taip pat sukelti gali ir sutrikę cirkadiniai ritmai. Tai tamsaus paros laiko keitimasis į šviesų paros laiką. Ciklą sudaro 24 valandos. Kiekvienas žmogus tarytum turi „vidinį laikrodį“, kuris susijęs su cirkadiniais ritmais ir žmogaus organizme vykstančia melatonino sekrecija. Jo, žmogaus organizme, labai padaugėja esant tamsiam paros metui, ir jis labai svarbus šiam 24 valandų ciklui palaikyti. Sutrikus šiam ritmui,

žmogui gali prasidėti su depresija susiję simptomai, tačiau dar nėra atlikta pakankamai tyrimų paaiškinti, kodėl taip nutinka [14].

Pastebėta, kad depresija dažnai susergera tie žmonės, kurie neturi užsiėmimo, darbo, arba tie, kuriems trūksta pinigų. Dažniausiai tai būna žmonės, kurie nedirba, yra nedarbingi, turi neįgalumą arba yra visiškai neįgalūs, serga lėtinėmis ligomis, yra motinystės ar tėvystės atostogose. Tai parodo, kad jiems trūksta veiklos, bendravimo su kitais, savo norų patenkinimo. Kuo ilgiau žmonės būna pasyvūs, tuo didesnė tikimybė susirgti depresija [20].

Kaip ir daugelį kitų ligų, depresiją taip pat labai įtakoja rūkymas ir alkoholio vartojimas. Šiais žalingais įpročiais besisvaiginantys žmonės labai dažnai serga depresija. Taip pat, žmonės gali pradėti vartoti šias medžiagas jau sirgdami šia liga tam, kad nuramintų save, pamirštų vyraujančias bėdas [20].

Yra nustatyta, kad depresiją gali sukelti kai kurių vaistų vartojimas. Nėra tiksliai aišku, ar šios grupės gali sukelti ligą, nes informacija, apie jų keliamą depresiškumą, vis kinta, tačiau tam yra didelė tikimybė. Minimos tokios vaistų grupės: analgetikai, antihipertenziniai, priešvėžiniai, raminamieji, migdomieji, stimuliuojantys ir slopinantys apetitą, kai kurie antipsichoziniai, antibakteriniai, priešgrybeliniai ir priešūždegiminiai. Prieš pradėdant vartoti šiuos vaistus reikėtų gerai išsiaiškinti, ar jie negali sukelti depresinį poveikį [14].

Depresyvumas gali būti paveldėtas. Vaikai, kurių tėvai serga depresija, yra labai didelėje rizikos grupėje ateityje susirgti somatinėmis arba psichikos ligomis. Jos gali prasidėti ankstyvajame ir išlikti vyresniame amžiuje. Tikimybė jas paveldėti siekia net 50 proc. Kitų kartų tikimybė sirgti depresija proporcingai mažėja. Remiantis naujais tyrimais yra galima nustatyti, kurių genų pažeidimai gali sukelti depresiją [20].

V. Adomaitienė ir kiti jos kolegos (2008) teigia, kad depresijos atsiradimui įtaką daro patirti įvairūs stresai ir asmeninio gyvenimo aplinkybės. Taip pat jie teigia, kad įtakos turi ir psichologinės traumos, kurios gali būti ūminės ir lėtinės. Ūminės psichologinės traumos, tai tokios, kurios iškart turi tam tikrą nuotaikos ir elgesio pasekmių. Tai gali būti artimo žmogaus ar šeimos nario mirtis, jų sunki liga, išsiskyrimai su brangiais žmonėmis. Taip pat kažkokia ūminė somatinė liga, gyvenamosios vietos pakeitimas prieš žmogaus valią, labai pablogėję santykiai su artimaisiais, draugais ar kitais svarbiais žmonėmis, staigus pinigų deficitas. Paauglius vaikus dažnai paveikia tėvų skyrybos arba planuojamas santuokos nutraukimas, draugų

praradimas, nebe bendravimas su jais. Lėtinės psichologinės traumos - tai stresoriai, kurie pamažu veikia žmones, ir nuo vis tos pačios slegiančios rutinos, persekiojančių bėdų, jie jaučiasi blogiau, linksta į depresyvumą. Žmogui palaipsniui ima prastėti nuotaika, pasireiškia sveikatos prastėjimas, somatiniai simptomai. Tai gali sukelti pastovūs neramumai ir pykčiai šeimoje, bloga socialinė ir ekonominė padėtis (skolos, finansiniai įsipareigojimai, vieno iš tėvų bedarbystė, skurdas), neįgalių ar specialiųjų poreikių turinčių žmonių priežiūra, neįgalumas, kai nuolatos esi priklausomas nuo kitų, problemos darbe ar darbo neturėjimas, dėl gyvenamojo būsto kilusios problemos (priverstinis iškeldinimas, nesugebėjimas išlaikyti savo būsto ir sumokėti mokesčius). Visos šios priežastys labai dažnai paliečia ir vaikus. Dažnai pastebimas smurtas šeimoje, seksualinis priekabiavimas ar net išprievartavimai. Tai labai stipriai paveikia jauno žmogaus mąstymą ir supratimą, apie visą jį supančią aplinką [14].

Taip pat dabar labai didelė ir dažna problema yra patyčios mokyklose. Vaikai nepritampa savo bendraamžių rate, iš jų yra tyčiojami, jie neturi draugų, kurie juos palaikytų ar apgintų, o pasakyti tėvams, mokytojams ar kitiems suaugusiems vaikai dažnai bijo. 2002 m. PSO atliko tyrimą, kurio metu buvo tirtas patyčių skaičius 35-iose šalyse. Lietuva yra pirmoji, pagal patiriančių patyčias ir besityčiojančių vaikų skaičių. Tokius pačius rezultatus pateikia D. Valickaitė ir J. Valiukevičiūtė (2006). Tyčiojasi ir patiria patyčias tiek mergaitės, tiek berniukai. Berniukai dažniau naudoja fizines patyčias, t.y. stumdymas, mušimas, o mergaitės dažniau tyčiojasi verbaline forma: apkalba, ignoruoja. Taip vaikai bando įrodyti, kad yra geresni ir stipresni už kitus. Tačiau dažnai patyčias patiria tiek tas, iš kurio tyčiojasi, tiek tas, kuris tyčiojasi iš kitų. Galima padaryti išvadą, kad nukentėjęs nuo vienu bendraamžių, vaikas siekia atsilyginti kitiems, už save silpnesniems vaikams. Taigi, nei vienas iš vaikų nėra apsaugotas, kad mokykloje jis netaps patyčių auka, arba kad jis pats iš kitų nesityčios [21, 22].

1.1.3. Depresijos simptomai

Kiekviena liga turi tam tikrus simptomus, kurie parodo, kad žmogus serga būtent ta liga. Depresija taip pat nėra išimtis. Siekiant ankstyvo jos diagnozavimo, reikėtų atsižvelgti į tai, kokie negalavimai ir įpročių pasikeitimai yra pastebimi. Juos reikia stebėti ir pasikonsultuoti su savo šeimos gydytoju [10].

Visi depresijos simptomai moksliniuose straipsniuose ir įvairiuose klinikiniuose tyrimuose yra klasifikuojami pagal ligų kodų paiešką TLK-10 klasifikatoriuje, arba tarptautinę DSM-IV klasifikaciją [20]. Viena nuo kitos skiriasi tuo, kad pagal TLK-10 klasifikatorių

skiriama 10 depresijos simptomų ir epizodas turi tęstis bent dvi savaites, o pagal DSM-IV – skiriami 9 simptomai ir depresijos epizodas turi tęstis ne daugiau kaip dvi savaites [20].

Pagal 2012 m. rugsėjo 6 d. Lietuvos respublikos (LR) sveikatos apsaugos ministro įsakymą, depresija yra diagnozuojama, jeigu daugiau kaip dvi savaites pasireiškia du ir daugiau pagrindiniai ir du papildomi depresijos sindromo simptomai [23]. Pagrindiniai ir papildomi simptomai, kurie nurodo depresijos galimą buvimą, yra:

Pagrindiniai:

- Žmogus jaučiasi prislėgtas, kankina pablogėjusi nuotaika;
- Nebejaučia tokio pat pasitenkinimo malonia veikla, nei seniau, sumažėja interesų ratas;
- Nebesijaučia energingas, dažniau jaučia nuovargį, sumažėja aktyvumas visose srityse;

Papildomi:

- Sunku sukaupti dėmesį ir koncentraciją;
- Mažiau pasitiki savimi, sumažėja savivertė;
- Jaučia kaltę ir menkavertiškumą;
- Neturi ateities planų arba jie būna niūrūs ir pesimistiški;
- Pradedą save žaloti, galvoti apie savižudybę, atlieka savižudiškus veiksmus;
- Sutrinka miegas;
- Sumažėja apetitas [23].

Pagal abi klasifikacijas ir LR sveikatos ministro įsakymą, depresija yra skirstoma į tris epizodus:

- Lengvą – kai asmuo atitinka 2 pagrindinius ir du papildomus simptomus;
- Vidutinio sunkumo – kai asmuo atitinka 2 pagrindinius ir 3 - 4 papildomus simptomus;
- Sunkią – kai asmuo atitinka 3 pagrindinius ir 4 ar daugiau papildomus simptomus

[20, 23].

Apie du trečdalius žmonių, kurie serga depresija turi somatinius sutrikimus, kurie sukelia daug nepageidaujamų organizmui simptomų ir sustiprina pačią depresiją [10, 13]. N. J. Kuzmaitė ir G. Daubaras (2008), remdamiesi De Wester, nurodo tokius simptomus, kaip galvos svaigimas, galvos skausmas, lėtinis skausmas (nugaros skausmas, fibromialgija ir t.t.), nuovargis (ir lėtinis), dusulys. Taip pat gali varginti netipiški neurologiniai simptomai, tokie kaip galvos svaigimas ir įvairių kūno vietų tirpimas. Dažnai pasikeičia ir pilvo organų veikla. Prasideda įvairūs skausmai, kankina spazmai, vidurių užkietėjimas, arba atvirkščiai – viduriavimas, pilvo pūtimas, deginimo jausmas. Gali prasidėti kitos lėtinės ligos, sutrikti menstruacijų ciklas, jos tampa nereguliarios [10, 20]. Labai dažnai atsiranda energijos trūkumas, sutrinka miegas, apetitas, o kartu ir kūno masės kitimas. Gali būti tachikardija arba „širdies virpėjimas“ [10, 15]. Yra ir kiti, ne somatiniai, o psichologiniai simptomai, kuriuos išanalizavus paaiškėja, jog žmogus serga depresija. Sergantysis kalbant su specialistu ne visada užsimenama apie vidinę būseną, kuri kankina žmogų, kokie jausmai ar nusivylimai jį slegia [19]. Prie psichologinių simptomų yra priskiriami seksualinio potraukio sumažėjimas, neapibrėžti skausmai, suprastėjusi atmintis, užplūstantis kaltės jausmas [18, 15]. Aktualūs yra tokie simptomai kaip liūdna nuotaika, emocinis labilumas, nerimas, baimė, sutrikusi dėmesio koncentracija, dirglumas, nepasitikėjimas savimi, apatija, nuolatinis nerimas, susiaurėjęs interesų ratas, liūdnos varginančios mintys, o galiausiai ir suicidinės mintys [10]. Taigi, jeigu žmogus gydytojui įvardina tik somatinius simptomus, tokius kaip galvos, skrandžio ir pilvo skausmai, tuštinimosi pakitimai, bendras nuovargis, tai apsunkina diagnozuoti depresiją, nes yra manoma, kad tai tik tam tikri su virškinimo problemomis susiję simptomai arba kita liga [15].

Pats dažniausias simptomas, kuriuo skundžiasi net 45,6 proc., žmonių, yra skausmas. G. Daubaro ir N. J. Kuzmaitės (2008) atlikto tyrimo Antakalnio poliklinikos Psichikos sveikatos centre duomenimis, dažniausi skausmai yra: galvos – 20,5 proc., nugaros – 12,3 proc. ir krūtinės – 12,3 proc. [13]. Labai retai sergantieji susimąsto, kad skausmai gali kilti ne šiaip, o dėl rimtos ir klastingos ligos – depresijos. Pradėjus varginti tokiems skausmams, dažniausiai net neatkreipiame į tai didelio dėmesio. Žmonės, kurie sirgdami depresija turi papildomus įvairius kūno skausmus, dažniausiai pirma naudojami pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis, o ne kreipimasi į psichikos sveikatos specialistus, nei tie, kuriems depresija pastebima tik psichologiniais simptomais. Sergantieji depresija, kurie turi somatinius sutrikimus yra didelėje savižudybių rizikoje [10, 13].

Depresija dažnai būna nustatyta per vėlai. Tai nutinka, nes apsilankymai pas šeimos gydytojus būna gana trumpi ir gydytojas negali susidaryti tinkamos nuomonės apie susirgimą. Be to, dažnai pacientų minimi simptomai yra labai netikslūs ir bendri, kurie gali nusakyti daugelio ligų riziką. Lengviausia depresiją diagnozuoti, kai skundai yra psichologinio pobūdžio. Yra atliekami labai ilgi tyrimai tam, kad visi somatiniai simptomai būtų atmesti dėl kitų ligų rizikos, ir galiausiai nustatyta, jog visi jie yra dėl depresijos kaltės. Skundžiantis somatinio pobūdžio simptomais ir nerandant jokios kitos ligos, negalima atmesti galimybės, kad pacientas gali sirgti depresija. [10].

1.1.4. Depresijos pasekmės

Pasak Psichiatro/psichoterapeuto M. Jasulaičio (2013), depresijos sukeltos pasekmės gali būti labai didelės, dėl kurių žmogui gali dar labiau pablogėti gyvenimo kokybė. Suprastėjus žmogaus nuotaikai, atsiradus menkavertiškumo jausmui, žmogui pradeda sunkiau sektis savo kasdieniniame gyvenime. Nuo to nukenčia jo darbingumas, santykiai su bendradarbiais, šeima, draugais, todėl laikui bėgant žmogus gali visa tai prarasti. Taip pat ši liga gali sustiprinti kitas ligas ar negalavimus, sukelti stipresnį jų poveikį visam žmogaus organizmui, gali prasidėti gretutinės ligos. Netekę vilties ir prislėgti rūpesčių, jie gali patys ieškoti būdų, kurie padėtų jiems nusiraminti, pasijausti geriau bent tą akimirką. Tai, kaip žinia, dažniausiai priverčia žmones pradėti vartoti alkoholį, narkotines medžiagas, o tai sukelia dar rimtesnius gretutinius susirgimus, tokius kaip alkoholizmas ir narkomanija [17].

PSO duomenimis, depresija gali sukelti tokias pasekmes, kaip negalia ir našta. Depresijos didėjimas turi didžiulę neigiamą įtaką visai visuomenei. Tų, kurie serga šia liga, nedarbo dienų skaičius yra net 11 kartų didesnis, nei tų žmonių, kurie sėkmingai dirba savo darbą ir neturi tokių nusiskundimų [14].

Pati blogiausia pasekmė – savižudybė. Nebematydamas prasmės gyventi, nebeturėdamas normalaus ir pilnaverčio gyvenimo, žmogus ryžtasi nutraukti savo gyvybę, nes mano, jog tai jį išlaisvins nuo visų supančių problemų. Net 45 - 60 proc. savižudybių atvejų, kai žudosi depresija sergantys žmonės [17, 20]. Remiantis Lietuvos statistikos departamento 2012 m. atliktais tyrimais, nusižudė 3 vaikai 10 - 14 m. amžiaus ir 29 vaikai 15 - 19 m. [24]. Duomenys rodo, kad savižudybės labai susijusios su depresija, o nediagnozuotos depresijos yra svarbus veiksnys, lemiantis didelį savižudybių skaičių. Daugiausiai vaikų nusižudo dėl laiku negydomos ligos [19]. Taigi, galima daryti išvadą, kad nuo depresijos kenčia ne tik suaugusieji, bet ir paaugliai [17, 20].

Savižudybes lemia daug veiksnių. Pagrinde tai tos pačios priežastys, dėl kurių žmogus ir suserga ja. Dažniausiai ji yra daug pavojingesnė dalinės remisijos laikotarpiu, nei visiškos remisijos. Svarbiausi veiksniai, įtakojantys tokią pasekmę yra palaikymo nebuvimas, depresijos epizodo trukmė, ir tai, kiek kartų žmogus jau buvo pasikėsinęs į savo gyvybę, nes kuo daugiau tokių atvejų yra buvę, tuo didesnė tikimybė tai padaryti vėl. Įtaką taip pat daro kitos savižudybės, įvykusios šeimoje, tėvų skyrybos, narkotikų vartojimas arba rūkymas, ribinio tipo asmenybės sutrikimai [20].

1.1.5. Gydomo būdai pritaikomi depresijai

Medicinai tobulėjant ir žengiant į priekį, atsiranda vis įvairesnių būdų, kuriais galime išgydyti vieną ar kitą ligą. Ne išimtis ir depresija. Kaip jau išsiaiškinome tai labai grėsminga liga, kuria serga didelis skaičius žmonių, ir kuri sukelia daug neigiamų pasekmių, dažnai net negrįžtamų. Pirmas gydymo būdas, paskiriamas depresija sergantiems žmonėms yra vaistai, kurie vadinami antidepresantais. Jie gerina psichinę žmonių būklę, nuramina juos ir neleidžia galvoti apie visas juos supančias bėdas. Tačiau jie, kaip ir daugelis vaistų turi ir šalutinį poveikį visam žmogaus organizmui [10, 19]. Kiti su antidepresantais naudojami medikamentai gali sustiprinti jų poveikį, padėti pagerinti nuotaiką, pašalinti liūdesį, kaltės jausmą ar haliucinacijas. Tai nuotaikos stabilizatoriai ir vaistai nuo psichozės. [19, 20].

Kitas gydymo būdas, dažniausiai skiriamas tik sunkiais depresijos atvejais su psichozės simptomais, psichomotoriniu sulėtėjimu ar atsparumu medikamentams, yra elektroimpulsinė terapija (EIT). Ji rekomenduojama pacientams, galvojantiems apie suicidinius veiksmus. Vaikams ji nėra plačiai taikoma, nebent būtų pastebėtas rimtas atkrytis arba jie sirgtu labai sunkia depresijos forma. [19].

Psichoterapija taip pat taikoma depresija sergantiems žmonėms ūmiu laikotarpiu. Jos metu žmogui padedama suprasti jo tarpasmeninius santykius, elgesio psichoterapiją, pažinimą. Ji atitolina atkrytį tęstinės gydymo fazės metu. Taikoma esant lengvai ir vidutinio sunkumo depresijai [25]. Vaikams ji taikoma, nes jų metu specialistai bando išsiaiškinti priežastis, dėl kurių pacientai susirgo depresija, kodėl jie imasi suicidinių veiksmų, blogai jaučiasi. [19].

Jeigu pastebima lengva ar vidutinio sunkumo depresija, nėra suicidinių minčių, pacientas pats kreipiasi į gydymo įstaigą, nori pasveikti, geranoriškai bendrauja su specialistais, reikia

pagalvoti, kad galbūt psichiatro pagalbos galima išvengti, užtektų apsiriboti tik kelių vaistų derinimu. Jei visi simptomai nėra tokie stiprūs, kad būtų tikrai galima diagnozuoti depresiją, reikėtų jam skirti homeopatinius vaistus, kurie ramintų pacientą ir suteiktų jam gerą savijautą. Taip pat galima paskirti vaistažoles, mokyti pacientą kaip nusiraminti, rekomenduoti kitas, nemedikamentines priemones [11].

1.2. Miego ir gyvenimo kokybės pokyčiai depresijos poveikyje

Apie trečdalį savo gyvenimo žmogus praleidžia miegodamas. Normaliam organizmo funkcionavimui miego reikšmė yra labai didelė. Miego sutrikimai, kurie sukelia lėtinę nemigą, gali labai padidinti riziką išsivystyti širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms. Nemiga neigiamai įtakoja budrumo funkcijas ir gyvenimo kokybę [26]. Miego sutrikimai gali būti vienas iš simptomų, rodančių prastą sveikatos būklę bei funkcinį deficitą ir gali būti nepriklausomas išgyvenamumo faktorius [27]. Dėl miego sutrikimų išryškėja mieguistumas dieną, ko pasekoje priskiria vyresnio amžiaus žmones padidėjusiai bendro ir kardiovaskulinio mirštamumo rizikai [28].

Miego pakitimai būdingi daugeliui psichikos sutrikimų, tarp jų ir depresijai. Nustatyta, kad depresija pasireiškia iki 20 proc. išsivysčiusių šalių gyventojų. Tyrėjų duomenimis, rizika per gyvenimą susirgti depresija yra 12,7 proc. vyrams ir 21,3 proc. moterims. Depresija gali pasireikšti bet kuriame amžiuje. PSO (Pasaulinė sveikatos organizacija) duomenimis, depresijos atvejai sudaro 5,4 proc. visuomenės ekonominės naštos ir 47 proc. neuropsichiatriniais sutrikimams tenkančios naštos.

Klinikinių tyrimų duomenimis, nuo 40 iki 45,5 proc. asmenų, sergančių įvairiomis psichikos ligomis, kartu nurodo ir miego sutrikimus [29]. Dauguma sergančiųjų depresija skundžiasi miego sutrikimais, kuriems būdingas prabudimas anksčiau norimo laiko. Sergant depresija, dažnai būna sunkiau užmigti vakare. Pastebėta, kad nuolatinė nemiga ne tik provokuoja naujo depresijos epizodo pasireiškimą, bet ir didina savižudybės riziką [30]. Esant stipriai išreikštam nerimui, asmenys skundžiasi, kad dažnai, besiruošdami miegoti, negali atsipalaiduoti ir nustoti nervintis dėl savo problemų, todėl būna sunku užmigti, dažnai prabundama nakties miego metu, vargina paviršinio, „budinčio“ miego jausmas. Šiais atvejais, atliekant tyrimus,

nustatomas pailgėjęs miego latentiškumas, trumpa aktyvaus miego trukmė. Dauguma tyrėjų teigia, kad daugelio psichikos sutrikimų metu pasireiškiantys miego pokyčiai gali būti suskirstyti į kelias grupes: pradinė nemiga, dažni prabudimai miego metu, nevisavertis, paviršinis miegas, sutrumpėjusi bendra miego trukmė, ankstyvas prabudimas [31].

Nustatyta, kad visada išlieka ryšys tarp psichikos sutrikimų ir pirminių miego sutrikimų ir, kad prasta miego higiena yra vienas iš psichikos sutrikimų vystymosi rizikos veiksnių [32].

Tyrimo, kurio pagrindinis klausimas buvo – nemiga ar depresija, atsiranda pirmiausiai, metu buvo iškelta hipotezė, kad nemigos gydymas be medicininių preparatų gali sumažinti arba panaikinti depresijos lygį. Nustatyta, kad depresija įtakoja nemigą, tačiau tyrimai ir klinikinė patirtis rodo, kad gali būti ir atvirkštinė reakcija. Ilgalaikė lėtinė nemiga gali būti susijusi su pablogėjusia gyvenimo kokybe ir depresija [33]. Viename iš JAV Nacionalinės miego asociacijos tyrimų, atliktų 1991 m., buvo nustatinėjamos pasekmės, kurias dienos metu jaučia žmonės, kenčiantys nuo lėtinės nemigos [32]. Tyrime dalyvavo 1000 atsitiktinai atrinktų amerikiečių, kurie buvo suskirstyti į kenčiančius nuo lėtinės nemigos, nuo periodiškai pasikartojančios nemigos ir į neturinčius jokių problemų su miegu. Buvo pastebėtas ryškus skirtumas tarp kenčiančių nuo nemigos ir neturinčių miego sutrikimų. Lėtinės nemigos varginami tiriamieji skundėsi pablogėjusia koncentracija, sutrikusia atmintimi, padidėjusiu jautrumu, sumažėjusia galimybe atlikti kasdienius darbus, taip pat sumažėjusiu džiaugsmu šeimyniniu gyvenimu ir socialiniais ryšiais. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad nemiga neigiamai veikia įvairius gyvenimo aspektus, o taip pat ir paties gyvenimo kokybę [32].

Įrodyta, kad nemiga yra susijusi su ženkliu gyvenimo kokybės pablogėjimu, o žmonės kenčiantys nuo nemigos daug greičiau linksta į depresiją [34]. Pastebėta, kad lėtinė nemiga yra glaudžiai susijusi su pablogėjusia gyvenimo kokybe ir su depresija. Todėl buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo hipotezė, ar gali nemigos panaikinimas eliminuoti arba sumažinti depresiją [32], patvirtinimas. Jame dalyvavo 86 pacientai, kenčiantys nuo nemigos, kurios trukmė buvo 14 metų. Dauguma tiriamųjų (60 proc.) iki tol naudojo medikamentus nuo nemigos, pagrindinai benzodiazepininius vaistus. Du trečdaliai tiriamųjų skundėsi, kad kenčia nuo depresijos. Iš šios grupės asmenų 63 proc. buvo apibūdinami kaip lengvai kenčiantys nuo depresijos, 24 proc. – vidutiniškai, o 13 proc. kentėjo nuo sunkios depresijos. Trečdalis visų tiriamųjų, kurie buvo depresiški, iki tyrimo pradžios buvo gydomi antidepresantais, 22 proc. antidepresantus vartojo mažiausiai 3 mėnesius. Tyrimo eigoje grupė buvo sumažinta iki 84 asmenų, išbraukiant 2

asmenis, kurie pradėjo naudoti antidepresantus prasidėjus tyrimui. Tolimesniame tyrime dalyvaujantys asmenys nebevartojo jokių medikamentų. Depresija ir tiriamųjų būklė buvo nustatyta interviu pagalba, naudojant Beko Depresijos Inventorių, savęs vertinimo skalę, pasitelkiant į pagalbą programos „Miegok geriau be vaistų“ miego dienoraštį [35]. Tiriamieji 6 savaites vykdė programą „Miegok geriau be vaistų“ savo namuose. Programa sudaryta iš knygos ir dviejų audio kasečių, kurios padeda surasti žmogui savo miego problemą, taip pat programoje pateikta apie 50 įvairių strategijų, kaip gerinti savo miego kokybę [35]. Po šešių savaičių, griežtai laikantis programos, paaiškėjo, kad 87 proc. visų tiriamųjų parodė ženklų miego pagerėjimą. Nustatyta, kad 3/4 tyrime dalyvavusių ir prieš tyrimą vartojusių medikamentus nuo nemigos, po atlikto tyrimo daugiau nebevartojo medicininių preparatų. Nustatyta, kad daugiau nei 2/3 tiriamųjų buvo sumažinę nuovargio jutimai dienos metu. Taip pat paaiškėjo, kad daugiau nei 57 proc. tiriamųjų, kurie kentėjo nuo depresijos prieš tyrimą, išmoko miegoti geriau bei ilgiau ir nebejautė depresijos simptomų tyrimo pabaigoje. Dar 13 proc. tiriamųjų depresijos išreikštumo balai sumažėjo apie 40 proc. Esminis atradimas šio tyrimo metu buvo tai, kad 70 proc. kenčiančių nuo depresijos žmonių tyrimo metu pagerino savo miego kokybę, ko pasekoje sumažėjo arba išnyko depresijos simptomai. Tyrimas parodė, kad nei vienam pacientui, kuris iki tyrimo kentėjo nuo depresijos ir nepagerino savo miego kokybės tyrimo eigoje, nesumažėjo ir neišnyko depresijos simptomai [32].

Australijoje atlikto tyrimo metu žmonės, kenčiantys nuo nemigos, taip pat dalyvavo savarankiškoje „Miegok geriau be vaistų“ programoje. Buvo nustatyta, kad sėkmė lydėjo 87 proc. tyrimo dalyvių [36]. Rezultatai sutampa ir JAV atlikto analogiško tyrimo duomenimis, rodančiais teigiamus rezultatus 83 proc. atvejų [37]. Šiuos tyrimus patvirtina ir Amerikos Miego Medicinos Akademijoje atliktas tyrimas su 48 asmenimis, kuris parodė, kad 70-80 proc. asmenų, gydytų be medikamentinės intervencijos, naudojant „Miegok geriau be vaistų“ programą, taip pat buvo pasiekta teigiamų, ilgalaikių ir patikimų rezultatų [26].

Šių tyrimų rezultatai leidžia teigti išvadą, kad depresija gali privesti prie nemigos ir atvirkščiai – lėtinė nemiga gali sukelti depresiją. Įrodyta, kad, daugeliui žmonių, kurie kenčia ir nuo depresijos ir nuo lėtinės nemigos, įveikiant nemigą be vaistų galima pašalinti ar žymiai sumažinti depresiją, kas įtakoja ir geresnę gyvenimo kokybę [26].

Apie gyvenimo pilnatvę, žmogaus laimingumą savo veiklose kalbėjo graikų filosofai, tarp jų ir Aristotelis (384-322 pr. Kr.). Visuomenės raidoje gyvenimo ir jo kokybės samprata visada

buvo aktualios rašytojams ir filosofams. XX a. pradžioje gyvenimo kokybės terminą paminėjo A.C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį. Ši nauja sąvoka mokslo visuomenėje didesnio susidomėjimo nesukėlė ir buvo dažniausiai vartojama kaip paaiškinimo nereikalaujanti sąvoka. Tuo laikotarpiu atsirado ir pirmosios vertinimo priemonės – pirmieji instrumentai, išplėtę klinikinių tyrimų spektrą. Naujesnės kartos instrumentai atsirado kiek vėliau. 1981 m.

Bergner M. [38] pasiūlė ligos poveikio vertinimo instrumentą (angl. Sicness Impact Profile, SIP), tinkamą platesniam ligų ratui bei sveikų žmonių sveikatai įvertinti. Tais pačiais metais buvo paskelbta Nottingham sveikatos vertinimo skalė (angl. Nottingham Health profile, NHP). Šie instrumentai buvo skirti fiziniam bei psichiniam funkcionavimui, pasitenkinimui gyvenimu vertinti, tačiau šių metodikų kūrėjai nevadino savo klausimynų gyvenimo kokybės tyrimo instrumentais.

PSO sveikatą apibūdino kaip fizinę, protinę ir socialinę gerovę. Atliekant biomedicininis tyrimus, dažniausiai vertinama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Ji nagrinėjama siauresne prasme, apimančia fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygius, kurie yra veikiami individo patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra gyvenimo kokybės dalis, kurią veikia sveikata ir sveikatos priežiūra. [39] Ji apibūdina žmogaus subjektyvų pojūtį, kaip jo sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę. Tyrinėjant gyvenimo kokybę, siekiama gauti dvejopą informaciją – apie paciento funkcinę būklę ir jo paties įvertinimą, kaip sveikata veikia jo gyvenimo kokybę. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokią patiriame. Tai paaiškinama, kodėl gyvenimo kokybės suvokimas skiriasi tarp individų, kadangi skiriasi pastarųjų lūkesčiai, kurie priklauso nuo įgytos patirties, tampančios naujų vilčių atskaitos tašku.

Didžiausią įtaką žmonių sveikatai pastaruju metu ėmė daryti šiuolaikinės epochos ligos, susijusios su gyvensenos ir aplinkos pokyčiais. Tai onkologinės ligos, širdies kraujagyslių ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, psichinės būklės. Tyrinėtojai atkreipė dėmesį, kad, ilgėjant vidutinei populiacijos gyvenimo trukmei, padaugėjo dėl organizmo senėjimo atsirandančių ligų, o ilgėjant gyvenimo trukmei, paskutinius gyvenimo metus ar net dešimtmečius seni žmonės pragyvena nekokybiškai, skųsdamiesi įvairiais negalavimais bei gyvenimo kokybės blogėjimu tiek fizinės, tiek psichinės gerovės srityse [40]. Nustatyta, kad visų gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės amžiui didėjant mažėja. Tarp skirtingo amžiaus žmonių yra gyvenimo kokybės disbalansas. Didelės reikšmės gyvenimo kokybei turi skausmo ir diskomforto problema,

kuri yra susijusi su dideliu sergamumu. Lėtinis skausmas turi tarpusavio ryšį su nemiga ir depresija, negydomi miego, nuotaikų sutrikimai gali turėti įtakos kitų ligų atsiradimui, gyvenimo kokybei [41]. Nustatytas reikšmingas priklausomumas nuo vaistų ir gydymo poreikio. Su šiais veiksniais taip pat yra susijęs sveikatos ir socialinės priežiūros sistemos funkcionavimo veiksmingumas. Ryškiai išsiskiria trys skirtingos amžiaus grupės pagal gyvenimo kokybę. Prasčiausią gyvenimo kokybę turi 60 metų ir vyresni žmonės. Geresnę gyvenimo kokybę yra 45 – 59 metų ir dar geresnę 18–44 amžiaus metų populiacijoje.

Miegas taip pat yra svarbus gyvenimo kokybės reiškinys. Dažni miego sutrikimai ar lėtinė nemiga pasireiškia daugiau nei 10 proc. suaugusių gyventojų, o miego kokybė yra svarbi sveikatos problema. Tyrimais nustatyta, kad sergančių žmonių miego sutrikimai turi didelę įtaką jų gyvenimo kokybei, palyginti su sveikais žmonėmis [27]. Tiriant asmenų, turinčių miego sutrikimų, sergančių depresija gyvenimo kokybę, nustatyta, kad gyvenimo kokybė, susijusi su apklaustųjų psichoemocine būkle, yra žymiai blogesnė grupėje asmenų, kurioje nustatyta miego sutrikimų dėl nerimo ir depresijos [42].

1.3. Taikomoji fizinė veikla psichosocialinėje reabilitacijoje

Fizinė veikla, pagal Sherrill (1995), apima neįgalių asmenų fizinį ugdymą per fizinio ugdymo pamokas, neįgaliųjų sportą, jų fizinę (re)abilitaciją ir fizinę veiklą poilsio metu, siekiant rekreacijos tikslų. Nors vadinamoji įprastinė įgaliųjų fizinė veikla ir taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla turi tuos pačius tikslus ir uždavinius, tačiau pirmumas teikiamas skirtingiems dalykams. Įgaliųjų fizinės veiklos pirmenybė iš esmės yra skirta naujiems judėjimo ir sporto įgūdžiams, ištvermei ir kitoms fizinėms ypatybėms ugdyti. Taikomojoje fizinėje veikloje, kuria naudojasi ir kurią atlieka neįgalūs žmonės, Sherrill (1998) nuomone, negali būti jokių išankstinių prielaidų. Visi taikomosios fizinės veiklos tikslai yra individualizuojami ir paremti individualaus testavimo ir jo vertinimo rezultatais. Neįgalieji turi daug daugiau specifinių poreikių, negu įgalieji. Net prastos fizinės veiklos nesėkmės, kurios kitiems atrodo mažai reikšmingos arba lengvai išgyvenamos, neįgaliams žmonėms gali sukelti ilgalaikį savęs nevertinimą ir nepagarbą sau. Neįgaliųjų fizinės veiklos pirmenybė yra pritaikyti fizinę veiklą (jos tikslus, organizaciją, metodologiją) labai įvairiems neįgaliųjų poreikiams siekiant jų fizinio ir psichologinio prisitaikymo visuomenėje fizinės, profesinės ir socialinės (re) abilitacijos požiūriu [38].

Sąvoka taikomoji fizinė veikla (TFV) suprantama kaip bet kokia fizinė veikla (vandenyje ar sausumoje,organizuota ar neorganizuota, specialiose ar integruotose institucijose, su kompensuojamosiomis priemonėmis ar be jų, ir t. t.), neįgaliųjų atliekama fiziškai juos ugdant per fizinio ugdymo pamokas, poilsio metu rekreacijos tikslais, kasdieninio gyvenimo fizinių įgūdžių ir veiksmų įgijimo ir atgavimo – fizinės reabilitacijos, psichologinės būsenos bei bendravimo įgūdžių įgijimo ir atgavimo – psichosocialinės reabilitacijos tikslais bei sportinės neįgaliųjų veiklos metu [38]. TFV apibūdinti psichosocialinėje reabilitacijoje naudojami skirtingi pavadinimai: pratimų intervencija, pratimų terapija, judesių terapija, sporto terapija ir psichomotorinė terapija, nors tikslai ir siekiai yra panašūs. Jie apima: depresijos ir nerimo mažinimą; geros fizinės būklės palaikymą ir pagerinimą; mokymą aktyviai ieškoti sprendimo būdų; socialinio bendravimo skatinimą; elgesio, būdingo depresijai pakeitimą [43].

Stedman's Medical Dictionary. (1995) psichinę sveikatą apibūdina kaip psichologinio gerbūvio būseną, kurios metu individas pasiekia sėkmingą integraciją tiek savo paties, tiek į socialinę aplinką arba tinkamą meilės, darbo, laisvalaikio balansą. Kai kuriuose mediciniuose tyrimuose pastebėta, kad beveik 8% populiacijos kenčia nuo nuotaikos sutrikimų. Kadangi tik 1 iš 5-ių pacientų ieško profesionalaus gydymo, poreikis alternatyviam gydymui yra didelis [44].

Dion & Anthony (2005), atlikti tyrimai psichosocialinės reabilitacijos srityje analizė parodė, kad psichiškai neįgalūs žmonės gali įgyti labai įvairių fizinių, emocinių ir intelektinių įgūdžių, nepriklausomai nuo jų simptomatikos. Šie įgūdžiai, tinkamai suderinti su kitokia pagalba, laiduojančia šių įgūdžių panaudojimą bendruomenėje, gali labai paveikti paciento psichosocialinės reabilitacijos rezultatus TFV programos poveikis nagrinėtas šiuos psichikos sutrikimus turinčių asmenų:

1. Depresyvūs nuotaikos sutrikimai (pagrindinis depresijos epizodas yra charakterizuojamas dviejų savaitių depresyvia nuotaika ar domėjimosi praradimu, kurie sujungti keturiais ar daugiau simptomų: svorio kitimas, apetito pokyčiai, mieguistumas /nemiga, psichomotoriniai išsiderinimai, nuovargis, kaltės ar bevertiškumo jausmas, mintys apie mirtį).

2. Kiti depresiniai simptomai (diotiminis sutrikimas – dviejų mėnesių depresyvi nuotaika, lydima ankščiau minėtų simptomų, be suicidinių minčių; minorinis depresinis sutrikimas, lydimas dviejų – penkių simptomų; prisitaikymo sutrikimas – kai asmuo patiria pastebimą stresą ir jam atsiranda emociniai ar elgesio sutrikimai trijų mėnesių laikotarpyje po įvykio; bipoliariniai

nuotaikos sutrikimai pasireiškia linksmos nuotaikos ciklais, kintančiais į depresijos periodus; gali pasireikšti nesugebėjimu vertinti, taip pat psichoze).

3. Nerimo sutrikimai (smarkaus streso po įvykio pasekoje jaučiama intensyvi

baimė, bejėgiškumas, siaubas; streso išlaikymas po įvykio daugiau nei mėnesį; panika, kuri dešimties minučių laikotarpyje pasiekia piką ir pasireiškia bent keturiais simptomais: širdies plakimu, prakaitavimu, drebėjimu, dusinimu, krūtinės skausmais, svaiguliu, suvokimo netekimu, mirties baime, daliniu paralyžiumi, karščiu, asmenybės pojūčių netekimu; bendras nerimo sutrikimas, pasireiškiantis šešių mėnesių laikotarpyje nuolat pasikartojančiu nerimu įvairiose veiklos sferose, tai pasireiškia nesugebėjimu būti ramiai, susikoncentruoti, greitu pavargimu, raumenų įtampa, neramiu miegu, susierzinimu; prisitaikymo sutrikimas su nerimu).

4. Kiti sindromai (tai bet koks sutrikimas, TFV metu; pacientai su pokyčiais

psichinėje būsenoje gali pradėti rodyti nerimą ar depresiją, psichinė būseną gali keisti dėl vaistų, ligos, alkoholio ar narkotikų nutraukimo, spazmų, infekcijų ar chroniškų psichinių ligų. Asmenys gali atrodyti apimti nerimo ar depresijos. Greitas bei tinkamas gydymas vaistais ar elgesio koregavimo priemonėmis gali pagerinti fizinės reabilitacijos potencialą. Šios ligos pernelyg sunkios, kad galėtų būti gydomos vien TFV [45].

Mokslininkų teigimu [46], fizinė ir psichinė būklė yra susijusi. Tyrimais siekiama įrodyti, jog, sergant psichikos ligomis, fizinė veikla padeda pagerinti fizinę būklę, pakelti nuotaiką, didina pasitikėjimą savimi. Buvo atliktas eksperimentas su 14-55 m. amžiaus psichikos ligoniais, taikant jiems „Treniruočių sistemą“, susidedančią iš trijų fizinės veiklos programų, atliekamų tris kart per savaitę, iš viso 6 savaites. Dauguma psichikos ligonių buvo labai silpni fiziškai. Rezultatai buvo teigiami ir priklausė nuo konkrečios pasirinktos fizinės veiklos programos. Fizinės veiklos programa padėjo pacientams atsigauti. Gauti rezultatai parodė, kad TFV programa padeda pacientams padidinti pasitikėjimą savimi, pagerinti fizinę būklę, įveikti depresiją, pyktį, nerimą, tapti aktyvesniems visuomenėje ir aplinkoje. Po eksperimento buvo padaryta išvada, kad TFV terapijos apimtis turėtų plėstis ir turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys pacientams su psichikos sutrikimais [47]. Berger ir Owen (1992) nustatė, kad neintensyvus pabėgiojimas, pasivaikščiojimas, pasivažinėjimas dviračiu, plaukiojimas padeda sumažinti įtampą. Pratimai turi būti ritmiški, reguliarūs ir subalansuoti. Kad sumažėtų nerimas, pratybų

trukmė turėtų būti 15 - 30 min. (ne trumpiau kaip 20 min.). Mokslininkų nuomone, taikomosios fizinės veiklos programa turėtų trukti reguliariai 9 savaites.

TFV specialistams ir kitiems fizinės veiklos specialistams yra svarbu atsižvelgti į psichikos negalią turinčių asmenų, fizinės veiklos poreikius, norint maksimaliai padidinti jų nepriklausomybės potencialą. Psichikos negalią turinčiam asmeniui gali būti sunku dalyvauti

TFV užsiėmimuose, reikalaujančiuose didelių fizinių ir psichinių pastangų [20]. Todėl ne visais atvejais pavyksta taikyti TFV užsiėmimus. Nuovargis, apatija, abejingumas, energijos sumažėjimas, žemas savęs vertinimas ir psichomotorinis atsilikimas, taip pat nepageidaujamas antidepressantų veikimas (burnos džiuvimas, ortostatinė hipotonija, raumenų, koordinacijos problemos, rankų tremoras, sutrikęs širdies darbas, inkstų nepakankamumas ir pan.) bei reikalavimas pastovaus pacientų skatinimo ir palaikymo pradėti bei tęsti dalyvavimą TFV programose – apsunkina TFV programos taikymą [23].

TFV programos turi daug faktorių, suteikiančių psichologinės naudos, t.y. emocinę naudą gali atsirasti dėl padidėjusio dėmesio, paties paciento tikėjimo apie pagerėjimą, taip pat pasyvumo bei bejėgiškumo įveikimo psichosocialinės reabilitacijos proceso metu. Pacientai, dalyvaujantys fizinėje veikloje, dažnai išgyvena vidutinius ir sunkius psichikos sutrikimus, kurie gali slopinti paciento norą dalyvauti fizinėje veikloje. Fizinės veiklos specialisto vaidmuo turi įtakos ir tiems pacientams, kurie nemėgsta fizinio krūvio. Šiuo atveju taikomosios fizinės veiklos specialistai turėtų pasirūpinti tuo, kad būtų atliktas psichoterapijos kursas, jei reikalinga, skiriami papildomi medikamentai [49]. Psichikos neįgalieji gali būti atleisti nuo fizinės veiklos gydytojui nusprendus ar rekomendavus, tačiau, pagal Lygių galimybių Standartinės Taisyklės, kiekvienas nepriklausomas įgalusis ar neįgalusis, turi teisę dalyvauti fizinėje veikloje.

Fizinė ir sportinė veikla yra svarbus fizinių bei emocinių charakteristikų atstatymo potencialas. TFV suteikia įvairias galimybes sužadinti psichikos neįgaliųjų susidomėjimą fizine veikla:

- TFV programa gali suteikti intensyvumą tam tikriems elgesio modeliams fizinės veiklos metu;
- Agresyvumo protrūkiai gali būti įtakojami socialiai priimtinais būdais dėl kontroliuojamų taisyklių;

- Žaidimai ir fizinės veiklos gali suteikti galimybes socialinių charakteristikų vystymuisi tokių kaip bendravimas ir varžybos;
- Veiklos reikalaujančios pastovaus judesio krypsta į teigiamų emocijų palaikymą [50].

Vakarų šalyse neįgalūs asmenys vis labiau įtraukiami į įvairią taikomąją fizinę veiklą, sportą, rekreacinius užsiėmimus. Vis didėjantis dėmesys skiriamas fizinei veiklai ir fiziniam pajėgumui kaip neįgalių asmenų psichosocialinės reabilitacijos priemonė, tarp jų ir psichinės negalios asmenims [51]. Didėjantis mokslininkų susidomėjimas fizine veikla ir sportu rodo, kad fizinė veikla yra svarbus optimalios sveikatos bei gydymo kokybės elementas. Fizinė veikla psichikos neįgaliesiems palengvina naujų įgūdžių įsisavinimą, dalijimąsi problemomis ir ypatingais interesais, leidžia pasiekti puikią fizinę formą, teigiamesnį savęs vertinimą bei kurti strategijas kasdieninių problemų sprendimui [20].

Dauguma sergančiųjų psichikos ligomis, vartoja medikamentus, kurie gali sukelti vienokį ar kitokį šalutinį poveikį. Individai skirtingai reaguoja į įvairias psichiatrines terapijas bei vaistus. Naujos gydymo programos rodo, kad ir be vaistų galima pasiekti tokių pačių arba net geresnių rezultatų. Bet visos TFV programos turėtų būti peržiūrimos kardiologų ir kitų specialistų, nes kai kurie vaistai gali pakelti ar sumažinti kraujospūdį, pakeisti metabolizmą ar nuslopinti emocijas. Tačiau daugelis psichikos ligonių, vartojančių vaistus, saugiai dalyvauja fizinėje veikloje. Kai kuriems ligoniams vaistai nėra reikalingi, nes jų būklė ir be vaistų yra patenkinama, kitiems aktyvi psichosocialinė reabilitacija ir TFV sumažina vaistų poreikį [24]. Iki šiol nepavyksta įrodyti ryšio tarp gydymo vaistais ir psichosocialinės reabilitacijos. Gydymas vaistais nesukuria įgūdžių, nelaiduoja bendruomenės paramos, ko labai reikia gyvenime, paciento mokymuisi, socializacijai ir darbui bendruomenėje. Vaistų poveikį simptomams ir elgesiui galima vertinti kaip parengiamąjį psichosocialinės reabilitacijos etapą, lygiai kaip psichosocialinę reabilitaciją galima vertinti kaip palaikomąją priemonę, baigus gydymą vaistais. Vaistais parengus pacientą psichosocialinei reabilitacijai, vėliau aktyviai reabilituojant (pvz., taikant TFV), galima padėti sumažinti reikalingą vaistų dozę. Psichosocialinė reabilitacija yra tarsi palaikomasis gydymas – nes reabilituojant daugiau pacientų sutinka vartoti vaistus [53]. Martinsen ir Medhus (1985), Sexton et. al. (1989) tyrimai parodė, kad tiriamieji vertino TFV programą kaip labiau padėjusią gydyme nei tradicinės gydymo formos, t. y. psichoterapija ir medikamentai. Taigi, medikamentinis gydymas dažnam pacientui reikalingas, tačiau retai kada pakankamas

psichosocialinės reabilitacijos komponentas. Psichosocialinės reabilitacijos požiūriu gydymas vaistais yra naudinga poveikio priemonė, tačiau, toli gražu, ne visa gydymo programa.

Šiuolaikinėje vakarų visuomenėje žmonės labai daug dirba protiškai. Įtampa, pervargimas, nusivylimas iššaukia stresus. Fizinis aktyvumas padeda agresiją paversti sveika iškrova. Pasitenkinimo bei pilnatvės jausmas labai padidėja fizinės veiklos metu. Pilnatvės pajautimas apibūdinamas kaip būtinų poelgių atlikimas, kuris padeda patenkinti tokioje situacijoje atsiradusius poreikius. Tokie įsitikinimai įtakoja asmens aktyvumo pasirinkimą bei dedamas pastangas. Yra teigiama, kad depresijos (kai kuriais psichikos sutrikimų) atvejais negatyvios mintys veda spirale žemyn į minties ir afekto būseną. Fizinės veiklos užsiėmimai gali pakeisti šią transformaciją. Tokiu būdu, taikomosios fizinės veiklos pratybos gali padėti asmeniui nugalėti netekties jausmą bei degradacijos polinkį. Taikomosios fizinės veiklos programa gali teigiamai įtakoti fizinį savęs vertinimą, pagerinti kūno išvaizdą. Tam įtakos turi tiek esminiai, tiek neesminiai motyvatoriai. Tie pacientai, kurie turi esminių motyvų, yra dažniau patenkinti už tuos, kurie rūpinasi idealiais standartais bei tikslais [54]. TFV pratybų metu gerai atlikus užduotis, padidėja žmogaus pasitenkinimas savimi ir gerėja bendras savęs vertinimas [55]. Morgan ir Goldston (1987) pateikė šias išvadas, kurios pasitvirtina ir šiandien: 1) fizinės veiklos užsiėmimai turi teigiamos įtakos psichinei sveikatai bei gerai nuotaikai; 2) taikomosios fizinės veiklos programa mažina stresą; 3) fizinės veiklos pratybos padeda kovoti su stresu, kuris dažnai atsiranda esant depresijai ir nerimui; 4) fiziškai sveiki žmonės vartojantys psichotropinius vaistus gali saugiai dalyvauti taikomosios fizinės veiklos pratybose gydytojams prižiūrint; 5) sunkiai depresijai reikalingas profesionalus gydymas vaistais, psichoterapiją derinant su fizinės veiklos užsiėmimais. Kai taikomoji fizinė veikla suderinama su moderniu psichinių ligų gydymo būdu rezultatai dažniausiai būna puikūs.

1.4. Fizinės mankštos reikšmė sveikatai

Tyrėjų teigimu fizinis aktyvumas yra susijęs su trim sveikatos aspektais: fiziniu, psichiniu ir socialiniu [56]. Reguliari saikinga fizinė veikla daro teigiamą įtaką daugeliui sveikatos aspektų. Fiziškai aktyvi gyvensena mažina širdies infarkto ir aukšto kraujospūdžio pavojų [57], nes kasdieniniai fiziniai pratimai ir sportinė veikla skatina organizmo kraujotaką, normalizuoja arterinį kraujo spaudimą ir teigiamai veikia kitas organizmo fiziologines sistemas. Atlikus palyginamuosius sportininkų ir nejudriai gyvenančių žmonių tyrimus, nustatyta, kad ramybės būsenoje sportininkų arterinis kraujo spaudimas yra žemesnis [53]. Įrodyta, kad pagerėjęs

organizmo aprūpinimas deguonimi treniruočių proceso metu daro teigiamą įtaką ir centrinei nervų sistemai (CNS), ypač galvos smegenų didžiųjų pusrutulių žievei [36].

Amerikos Sporto medicinos koledžo tyrinėtojų teigimu, sveikatos palaikymui, raumenų darbui ir ištvermei ugdyti visi sveiki suaugę asmenys nuo 18 iki 65 metų amžiaus turėtų mažiausiai 30 min. saikingai užsiimėti aerobine fizine veikla penkias dienas per savaitę, o intensyvesnio krūvio fizine veikla užsiimti maždaug 20 min. tris kartus per savaitę. Laikantis šių rekomendacijų, nustatytas tiesioginis ryšys tarp fizinės veiklos ir sveikatos. Asmenys, kurie užsiiminėjo saikinga kūno kultūra, pagerino savo būklę, sumažino pavojų lėtinėms ligoms ir viršsvorį.

Pastarųjų metų tyrimai rodo, kad reguliariai saikingai mankštinantis mažėja emocinė įtampa, kad fiziškai aktyvi gyvensena gali taip pat sumažinti bakterinių ar virusinių ligų pavojų, susijusį su emocinės įtampos sukeltu imuniteto mažėjimu [58]. Mokslininkai įrodė, kad sistemingai daromi fiziniai pratimai, reguliari mankšta didina organizmo apsaugines jėgas, atsparumą nepalankiam orui ir įvairioms ligoms [59]. Atlikus tyrimą, kurio metu buvo įvertintas paauglių fizinis aktyvumas ir infekcinės ligos dažnumas parodė, kad mergaitės, kurios buvo neaktyvios, dažniau patyrė emocinę įtampą ir dažniau sirgo. Tai rodo, kad fizinė veikla gali gerinti sveikatą ir stiprinti imunitetą [60].

Vaikų fizinis aktyvumas gerina organizmo augimą ir vystymąsi, psichinę būklę, ugdo sveikos gyvensenos įgūdžius, lavina taisyklingą laikyseną, stipriną širdies-kraujagyslių sistemą [36]. Vyresniems žmonėms reguliarius fizinis aktyvumas didina atsparumą kitoms ligoms, ilgina savarankišką gyvenimą, gerina socialinę veiklą. Fizinis aktyvumas gali būti įvairių ligų profilaktikos priemonė. Optimalus fizinis aktyvumas yra viena svarbiausių fizinio ir dvasinio brandimo sąlygų, gyvybingumo, sveikatos, darbingumo bei ilgaamžiškumo pagrindas. Fizinio aktyvumo stoka yra traktuojama kaip rizikingas faktorius, vedantis prie kardiologinių problemų ir eilę kitų lėtinių ligų, tokių, kaip diabetas, vėžys, hipertenzija, depresija, osteoporozė, nutukimas [58].

Tyrimai rodo, kad fizinis neaktyvumas veda prie lėtinių ligų ir ankstyvos mirties. Įrodyta, kad reguliarius fizinis krūvis mažina kai kurių lėtinių ligų ir ankstyvos mirties riziką [61]. Teigiama, kad fizinis neaktyvumas kasmet atneša daugiau nei du milijonus mirčių, todėl Pasaulio sveikatos organizacija, kurdama lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos strategiją, fizinio aktyvumo skatinimo programoms skiria ypatingą dėmesį [62].

Buvo atlikta daug ilgalaikių perspektyvių tyrimų, kuriuose dažniausiai dalyvaudavo vyrai (vėlesnėse studijose buvo įtraukiamos ir moterys), kurie įvertino su mirtimi susijusios rizikos galimybę dėl įvairių priežasčių, o taip pat ir dėl specifinių ligų, kurios asocijuojasi su fiziniu neaktyvumu [58]. Tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų, kurių fizinis aktyvumas buvo padidintas, stebėta sumažėjusi ankstyvos mirties rizika. Tyrime, kuriame dalyvavo sveiki vyrai ir moterys ir kuris buvo pratęstas po 8 metų, žemiausi fizinio pajėgumo duomenys nustatyti naudojant bėgimo takelį, buvo siejami su padidinta mirties rizika dėl įvairių priežasčių, lyginant su tais, kurių fizinio pajėgumo duomenys buvo aukščiausio lygio. Tyrime, nurodančiame sumažėjusią mirties riziką nuo kardiologinių ligų fiziškai aktyviems žmonėms, buvo nustatyta, kad fiziškai neaktyvios vidutinio amžiaus moterys, kurios dalyvavo trumpesnėse negu 1 val. per savaitę mankštos programose, patyrė 52 proc. didesnę tikimybę mirti dėl bet kurios priežasties ir netgi dvigubai didesnę tikimybę susirgti kokia nors mirtina kardiologine liga, taip pat 29 proc. tikimybę susirgti vėžiu, lyginant su fiziškai aktyviomis moterimis. Šios santykinės rizikos yra panašios su tomis, kurios yra siejamos su hipertenzija, padidėjusiu cholesterolio kiekiu bei nutukimu, taip pat su rūkymu [63].

Nustatyta, kad fizinio krūvio metu į darbą įtraukiama daugiau kaip 50 proc. visos raumenų masės, ko pasekoje prasideda raumenų hipertrofija, tobulinamos kraujotakos ir kvėpavimo, endokrininės ir termoreguliacinės sistemos, centrinė nervų sistema, visų organų ir sistemų koordinacinė funkcija.

Pastebėta, kad dėl fizinių pratimų atsiranda pokyčiai psichinėje žmogaus veikloje [64]. Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkcinai būklei, miego ir gyvenimo kokybei [65]. Fizinės mankštos metu patiriama daug teigiamų emocijų, kurios padeda pašalinti sunkaus darbo metu atsiradusį nuovargį. Sportuodamas žmogus išmoksta valdyti savo emocijas, įveikti baimę, ugdo tokias valios savybes, kaip ryžtingumą, savitvardą, drąsą ir kt. Kūno kultūra yra sveikos profilaktikos ir nemedikamentinio gydymo priemonė, svarbus fizinių ir psichinių organizmo jėgų tobulinimo veiksnys [18]. Fizinės mankštos reikšmę psichinei sveikatai rodo ir kitų autorių duomenys [66], kurie teigia, kad mankštos metu nukreipiamas ligonių dėmesys į skausmingus dirgiklius ir todėl po mankštos gerėja psichinė būseną, matomai dėl to, kad ligoniui suvokia, kad jie gali įvykdyti tam tikrą darbą ar užduotį, todėl didėja jų savigarba, kas taip pat teigiamai veikia psichinę būseną. Sugebėjimas atlikti optimalią fizinę mankštą, bendravimas jos metu su kitais asmenimis, suteikia ligoniams pasitikėjimą savimi,

prasiblaškytą, atsitraukimą nuo jį slegiančių minčių ir kitų dirgiklių, kas neabejotinai turi teigiamą poveikį jo psichinei būklei [35].

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas

Tyrimas buvo atliktas Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų filialo, vaikų ligoninės, fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje. Jis truko nuo 2014 m. gruodžio iki 2016 m. sausio mėnesio. Tiriamųjų kontingentą sudarė 14 – 18 metų amžiaus asmenys. Grupės buvo sudarytos atsitiktinės atrankos būdu. Tyrime dalyvavo 60 pacientų. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes – tiriamąją, kuriai taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai vyko grupėse ir kontrolinę, kur užsiėmimai vyko individualiai. Abiejose grupėse dalyvavo po 30 tiriamųjų. Kiekvienas tiriamasis turėjo po 10 užsiėmimų. Tiriamieji buvo ištirti du kartus – tyrimo pradžioje ir pabaigoje. Tiriamiesiems buvo diagnozuota depresija. Įtraukimo į tyrimą kriterijai: 1. Diagnozuota depresija. 2. Pacientas nėra ūmios psichozės būsenos. 3. Savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime. Tėvams išdalinti 70 sutikimų formų, iš jų 60 tėvų sutiko, kad jų vaikai dalyvautų tyrime. Iš 60 tiriamųjų tyrime dalyvavo 6 berniukai ir 54 mergaitės. Tiriamųjų amžiaus vidurkis tiriamosios grupės buvo 15,8 metų, kontrolinės – 16,2 metų. Prieš pateikiant klausimus tiriamiesiems buvo duodama perskaityti asmens informavimo forma, kurioje pateikta informacija apie tyrimo temą, koku tikslu atliekamas šis tyrimas.

Į tyrimą nebuvo įtraukti:

- Gretutinės ligos:
 - Blogėjantis fizinio krūvio toleravimas, dusulys ramybėje ar krūvio metu
 - Blogai kontroliuojamas cukrinis diabetas
 - Naujai atsiradęs prieširdžių virpėjimas
 - Ženkli išemija esant mažam krūviui

2.2. Tyrimo metodika

Vertinant paauglių psichoemocinę būklę buvo naudojami šie tyrimo metodai:

1. HAD skalė – depresijai ir nerimui įvertinti (1 priedas) [67].
2. Pitsburgo skalė – miego kokybės įvertinimui (2 priedas) [68].
3. Vaikų valios klausimynas – motyvacijai įvertinti [69].

2.2.1. Psichoemocinės būklės vertinimas (HAD skalė)

HAD skalę sudaro 14 klausimų, kurių kiekvienas turi keturis atsakymo variantus, atitinkamai vertinamus nuo 0 iki 3 balų. Septyni klausimai skirti vertinti depresijos simptomams, septyni – nerimo simptomams. Balų suma depresijos ir nerimo simptomų grupėje gali varijuoti nuo 0 iki 21. Įverčio balai rodo depresijos arba nerimo simptomų sunkumo laipsnį:

- nuo 0 iki 7 balų – normalus nerimas arba nuotaika;
- nuo 8 iki 10 balų – lengvas nerimas;
- nuo 11 iki 14 balų – vidutinio sunkumo nerimas;
- nuo 15 iki 21 balų yra sunkūs nerimo arba depresijos simptomai [67]

2.2.2. Pitsburgo miego kokybės klausimynas - (PMKK)

Pitsburgo miego kokybės indeksas (Pittsburg Sleep Quality Index) vertina praėjusio mėnesio miego kokybę [24]. Šią anketą sudaro 19 savęs įvertinimo klausimų ir 5 klausimai, kurie atspindi lovos ar kambario partnerio nuomonę. Pastarieji klausimai yra naudojami tik klinikinei informacijai, jie nėra įtraukti į Pitsburgo miego kokybės indekso (PMKI) skaičiavimą. PMKI klausimai apima įvairius veiksnius, susijusius su miego kokybe, įskaitant miego trukmės ir latentiško įvertinimą, specifinių su miegu susijusių sutrikimų dažnį ir išreikštumą. Šie 19 klausimų yra grupuojami į 7 komponentių reikšmes, kiekvienos reikšmės gali būti nuo 0 iki 3 (4.4.1 pav.). Po to 7 komponentių reikšmės yra sudedamos ir gaunama bendra PMKI reikšmė, kuri gali būti nuo 0 iki 21. Kuo didesnė reikšmė, tuo blogesnė miego kokybė. Miego kokybės komponentės: subjektyvi miego kokybė, užmigimo laikas, miego trukmė, miego efektyvumas, prabudimai, medikamentų vartojimas, savijauta dienos metu. Subjektyvus miego kokybės vertinimas: nėra sutrikimų – $PMKI \leq 5$, epizodiniai miego sutrikimai – $5 < PMKI \leq 10$, vidutiniai miego sutrikimai – $10 < PMKI \leq 15$, labai ryškūs miego sutrikimai – $15 < PMKI \leq 21$ [68].

2.2.3. Motyvacija - Vaikų valios klausimynas

Tyrime naudotas Vaikų valios klausimynas (Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ), kuris yra stebėjimo įrankis, sukurtas nustatyti vaikų valią ir motyvaciją. Šis testas pagrįstas MOHO modeliu (Model of Human Occupation). Klausimyną sudaro trys pagrindiniai lygiai – tyrinėjimo, sugebėjimų, pasiekimų. Šis klausimynas sukurtas nustatyti vaiko vidinius motyvus ir aplinkos įtaką vaiko valiai. VVK yra nuostatomis, sudarytas iš pagrindinių sudedamųjų dalių: „Sąveikos erdvė“, „Perkėlimo erdvė“, „Realus pasaulis“ [69].

2.2.4. Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „*R commander I386 3.0.2*“ versijos statistinę programą. Paskaičiuoti rodiklių aritmetiniai vidurkiai (\bar{X}). Dviejų grupių vidurkiams palyginti buvo taikomas Stjudento testas. Koreliacija tarp tiriamų rodiklių buvo vertinama *Spearman*’o koreliacijos koeficientu. Duomenys laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$. Pateikiant rezultatus, nurodytas vidurkis plus/minus standartinis nuokrypis ($\pm SN$). Duomenys grafiškai apipavidalinti „*Windows microsoft Excel 2013*“ programa.

2.2.5. Fizinės mankštos programa sergantiesiems depresija

Fizinės mankštos programa paaugliams sergantiesiems depresija buvo sudaryta atsižvelgiant į pacientų psichoemocinę būseną ir jų fizinę būklę bei pajėgumą, pagal specifines reabilitacijos ir rekreacinės kūno kultūros idėjas, kurios padeda atkurti sutrikusias žmogaus organizmo funkcijas, socialines funkcijas ir darbingumą, atitolinti psichofizinį ir emocinį nuovargį, ugdyti žmogaus adaptacines, fizines, emocines ir dvasines galias, optimizuojant socialinį žmogaus funkcionalumą.

Fizinės mankštos tikslas buvo gerinti tiriamųjų psichinę būklę, miego, socialinę veiklą, didinti fizinį aktyvumą ir pajėgumą.

Taikomosios fizinės veiklos užsiėmimo trukmė – 35 min. Taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus sudarė 3 dalys (1 lentelė).

1 lentelė. Fizinės veiklos užsiėmimų sudedamosios dalys

Įvadinė dalis	Kvėpavimo pratimai	krūtinės ląstos išplėtimas,	10 min.
		rankomis atliekami apskritimai,	
		alkūnių sujungimas ir išskėtimas,	
		pasistiebimas ant pirštų,	
	pritūpimai.		
	Tempimo pratimai	Nugaros-rankų tempimas,	
		kelio sausgyslių tempimas,	
		sėdėjimas drugeliu,	
		sėdmeninių raumenų tempimas,	
mankšta sprandai.			
Pagrindinė dalis	Pusiausvyros gerinimo pratimai	Pratimai su kamuoliu	15 min.
		Pratimai ant nestabilių plokštumų	
	Jėgos ugdymo pratimai	atsilenkimai,	
		kojų pritraukimai,	
		nugaros raumenų stiprinimas gulint ant pilvo	
	Ištvermės lavinimo pratimai	šuoliukai,	
		rankų mostai,	
Baigiamoji dalis	Atsipalaidavimo pratimai	gilus kvėpavimas	10 min.

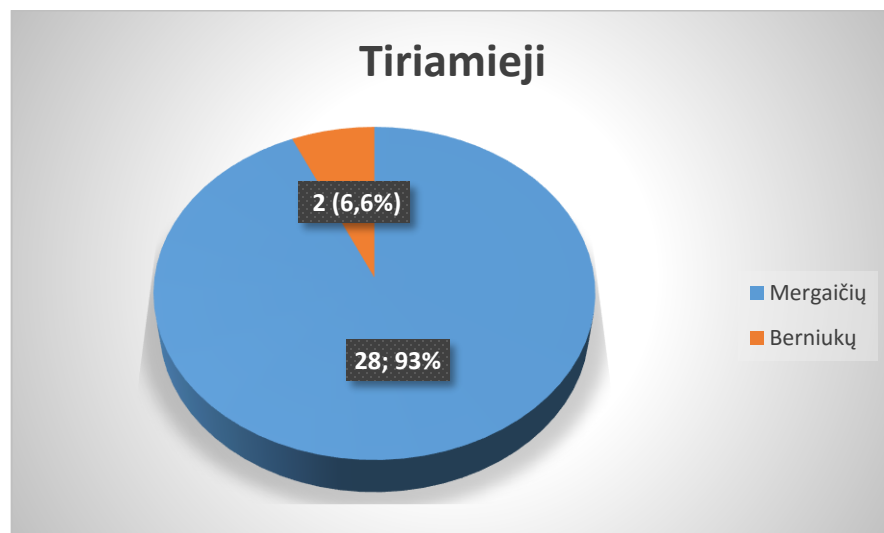
Tiek kontrolinei tiek tiriamajai grupėms buvo taikoma vienoda pratimų programa, skyrėsi, tik tai, jog kontrolinėje grupėje užsiėmimai vyko individualiai, o tiriamojoje grupėse.

3.TYRIMO REZULTATAI

3.1 Bendra tiriamųjų charakteristika

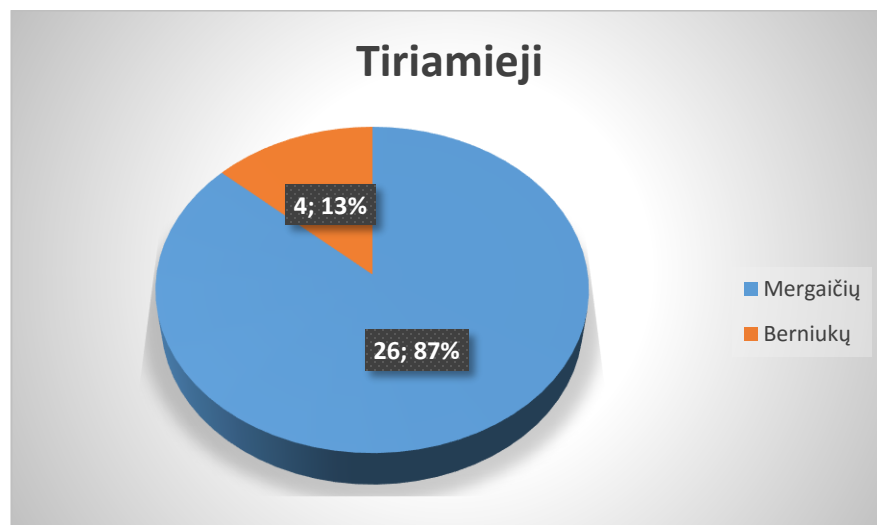
Tyrime dalyvavo 60 tiriamųjų (6 berniukai ir 54 mergaitės), kurių amžius nuo 14 iki 18 metų, gulintys VšĮ Vilniaus Universiteto Ligoninės Santariškių klinikų filialo, Vaikų ligoninės, Vaikų ir paauglių krizių intervencijos skyriuje.

Kontrolinėje grupėje tyrime dalyvavo 30 tiriamųjų iš kurių 28 (93 corp.) sudarė mergaitės ir 2 (6,6 corp.) berniukai (1 pav.).



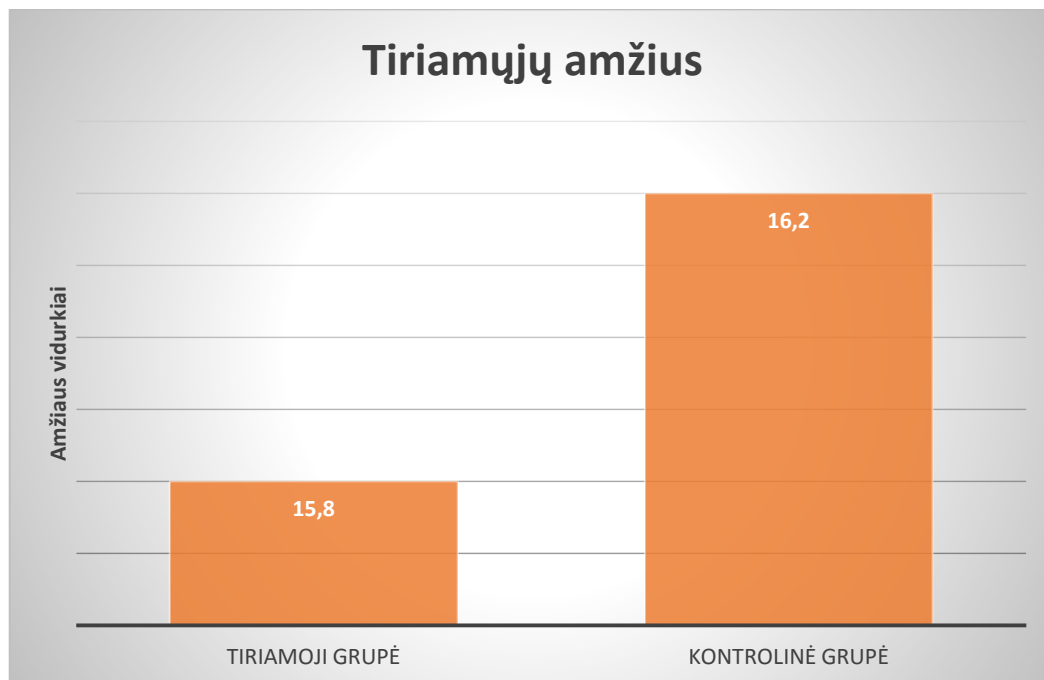
1 pav. Kontrolinės grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Tiriamosioje grupėje tyrime dalyvavo 30 tiriamųjų iš kurių 26 (87 corp.) sudarė mergaitės ir 4 (13 corp.) berniukai (2 pav.).



2 pav. Tiriamosios grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Tiriamajoje grupėje tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 15,8 metų, kontrolinėje – 16,2 metų (3 pav.).



3 pav. Tiriamųjų amžiaus vidurkiai grupėse

3.2. Nerimo ir depresijos vertinimas

Prieš pradėdant taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus abiejose grupėse, tiek tiriamajoje, tiek kontrolinėje, depresijos lygis statistiškai reikšmingai nesiskyrė, pagal HAD skalę atitinkamai 14,2 ir 9,9 balo (2 lentelė).

2 lentelė. Nerimo ir depresijos vertinimas grupėse (vidurkiai)

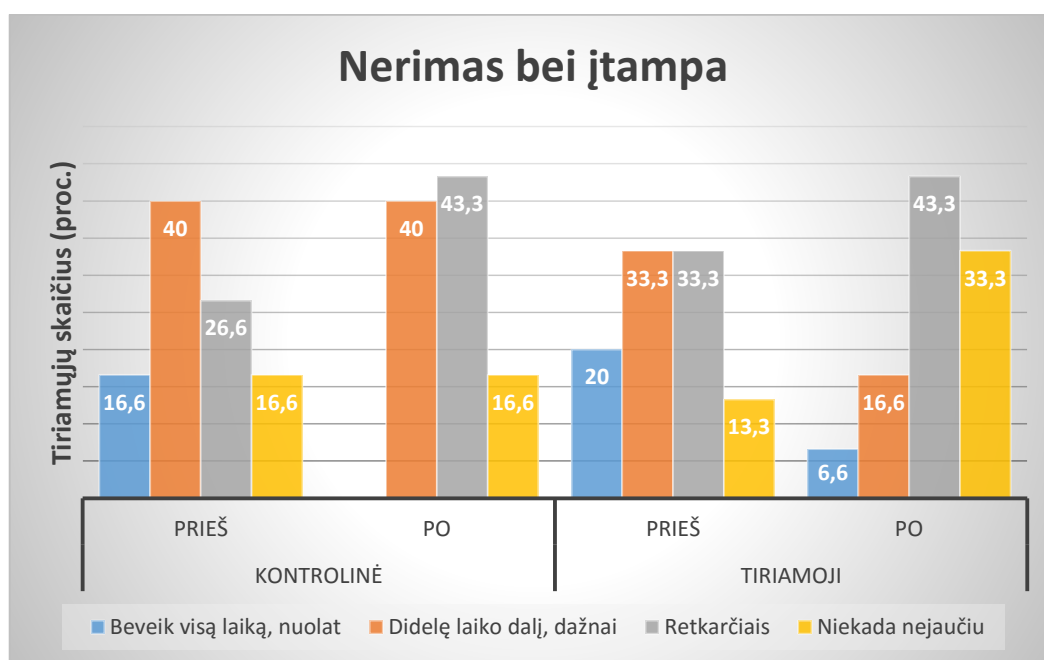
	Prieš	Po	Skirtumas
Kontrolinė	9,9 balo	7,3 balo	2,6 balo
Tiriamoji	14,2 balo	10,5 balo	3,7 balo

Tačiau po 2 savaičių taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų tiriamajoje grupėje, lyginant su kontroline, depresijos ir nerimo išreikštumas pagal HAD skalę buvo mažesnis (10,5 ir 7,3 balo)

simptomų išreikštumas. Tai rodo, kad psichinė būklė žymiai labiau gerėja taikant grupinę fizinę veiklą.

Nerimas ir depresija buvo vertinami HAD skale, kiekvienas tiriamasis ilgai nesvarstęs turėjo pasirinkti vieną atsakymo variantą labiausiai atspindintį jo savijautą.

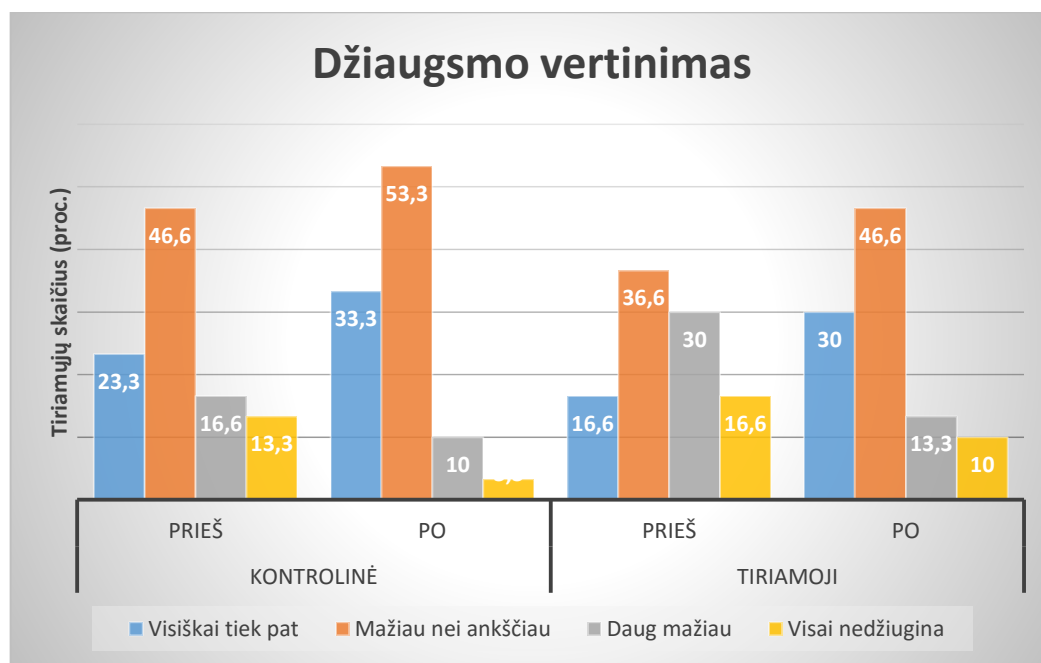
Įvertinus tiriamųjų jaučiamą nerimą ir įtampą, buvo nustatyta, kad kontrolinėje grupėje didžiausią pokytį galima matyti ties atsakymu „beveik visą laiką, nuolat“, kur prieš reabilitaciją šį atsakymą pasirinko 5 tiriamieji (16,6 corp.), po reabilitacijos nei vienas nepažymėjo šio atsakymo. Kontrolinėje grupėje nepasikeitė tiriamųjų skaičius, kurie pasirinko atsakymą „dažnai“ (12 tiriamųjų) (40 corp.) ir „niekada nejaučiu“ (5 tiriamieji) (16,6 corp.). Tiriamojoje grupėje visose grafose galima stebėti pagerėjimą, tačiau labiausiai pakito tiriamųjų atsakymai ties variantu „niekada nejaučiu“, pradžioje šį atsakymą pasirinko 4 tiriamieji (13,3 corp.), o reabilitacijos pabaigoje 10 (33,3 corp.) tiriamųjų. Taip pat sumažėjo tiriamųjų, kurie dažnai jaučia nerimą arba įtampą nuo 10 (33,3 corp.) iki 5 (16,6 corp.) tiriamųjų (4 pav.).



4 pav. Jaučiamas nerimas bei įtampa tyrimo pradžioje ir pabaigoje (proc.)

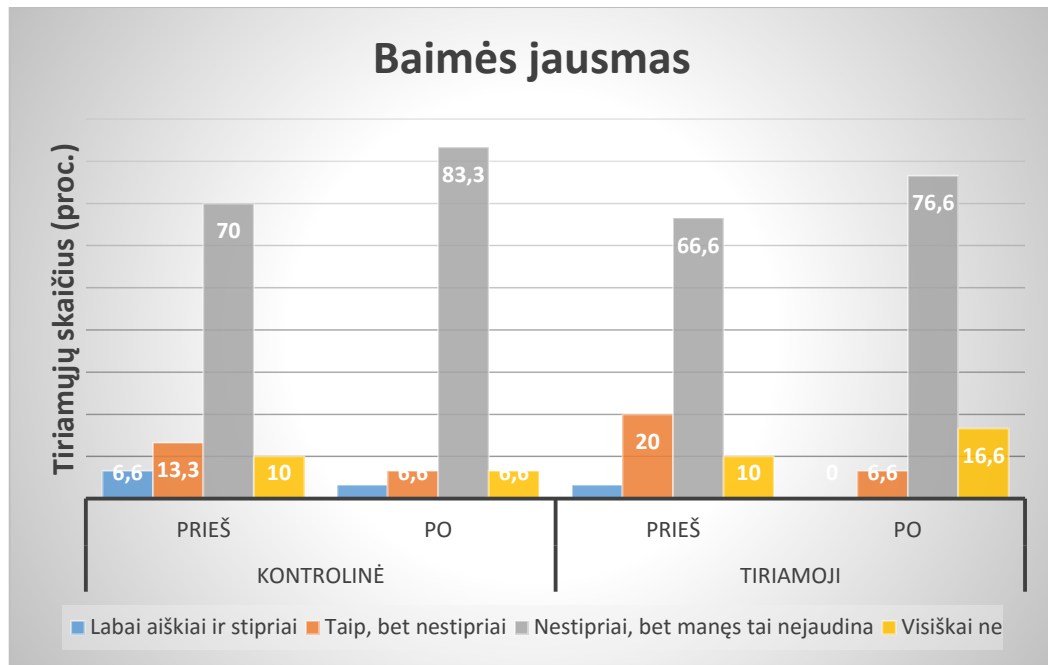
Įvertinus jaučiamą džiugesį tyrimo pradžioje kontrolinėje grupėje atsakymą „visiškai tiek pat“ pasirinko 7 (23,3 corp.) tiriamieji, po tyrimo – 10 (33,3 corp.) tiriamųjų. Atsakymą „mažiau nei ankščiau“ po tyrimo pasirinko 2 tiriamaisiais daugiau nei prieš reabilitaciją. Atitinkamai dviem tiriamaisiais mažiau po tyrimo pasirinko atsakymus „daug mažiau“ bei „visai nedžiugina“.

Tiriamajoje grupėje ties atsakymų variantais „visiškai tiek pat“ bei „daug mažiau“ atitinkamai padidėjo bei sumažėjo po 5 (16,6 corp.) tiriamuosius. Po tyrimo 3 tiriamaisiais daugiau pasirinko atsakymą „mažiau nei anksčiau“ ir atsakymą „visai nedžiugina“ pažymėjo 2-iem tiriamaisiais mažiau nei prieš tyrimą (5 pav.).



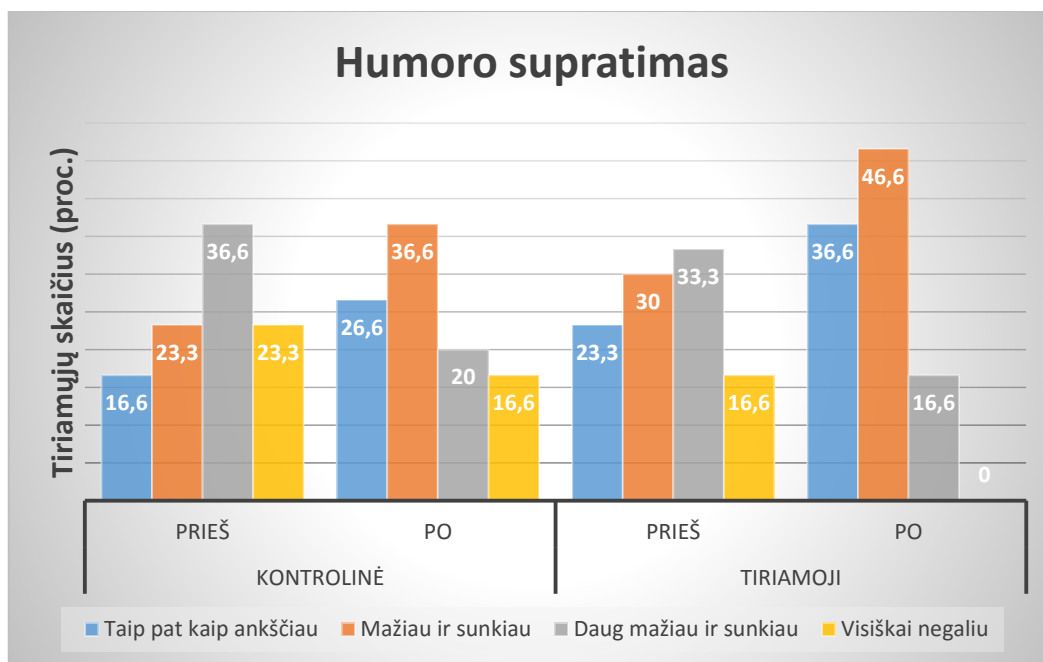
5 pav. Jaučiamo džiaugsmo įvertinimas grupėse (proc.)

Atlikus skaičiavimus, kurių metu tiriamųjų buvo prašoma įvertinti ar jaučia baimę dėl galimų siaubingų atsitikimų, kontrolinėje grupėje prieš tyrimą 2 (6,6 corp.) tiriamieji pažymėjo „labai aiškiai ir stipriai“, po tyrimo 1 (3,3 corp.) tiriamasis pasirinko šį atsakymo variantą. Pradžioje 4 (13,3 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymo variantą „taip, bet nestipriai“, pabaigoje šis skaičius sumažėjo iki 2 (6,6 corp.). Daugiausiai kartų prieš tyrimą buvo pasirinktas atsakymo variantas „nestipriai, bet manęs tai nejaudina“ – 21 (70 corp.) tiriamasis, po – 25 (83,3 corp.) tiriamieji. „Visiškai ne“ atsakymą atitinkamai pradžioje pasirinko 3 (10 corp.) tiriamieji ir pabaigoje 2 (6,6 corp.) tiriamieji. Tiriamajoje grupėje prieš tyrimą atsakymą „labai aiškiai“ pasirinko 1 (3,3 corp.) tiriamasis ir atsakymą „visiškai ne“ pasirinko 3 (10 corp.) tiriamieji, o tyrimo pabaigoje nei vienas tiriamasis nepasirinko atsakymo „labai aiškiai ir stipriai“ bei 5 (16,6 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „visiškai ne“. Atsakymą „taip, bet nestipriai“ pradžioje pažymėjo 6 (20 corp.) tiriamieji, pabaigoje 2 (6,6 corp.). Ir atsakymą „nestipriai, bet manęs tai nejaudina“ pradžioje pasirinko 20 (66,6 corp.) tiriamųjų, pabaigoje 23 (76,6 corp.) tiriamieji (6 pav.).



6 pav. Baimės jausmas tyrimo pradžioje ir pabaigoje (proc.)

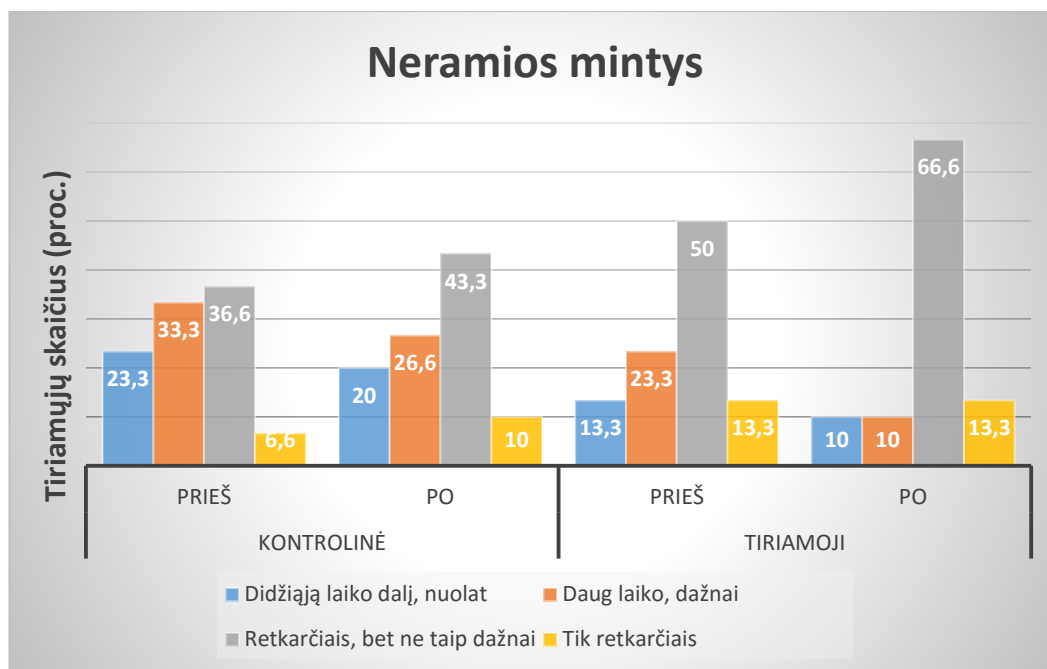
Įvertinus tiriamųjų gebėjimą džiaugtis ir suprasti humorą buvo nustatyta, kad kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje 5 (16,6 corp.) tiriamieji taip pat kaip anksčiau geba džiaugtis bei suprasti humorą, tyrimo pabaigoje šį atsakymą pasirinko 8 (26,6 corp.) tiriamieji. Pradžioje po 7 (23,3 corp.) tiriamuosius pasirinko atsakymus „mažiau ir sunkiau“ bei „visiškai negaliu“, o pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai po 11 (36,6 corp.) ir 5 (16,6 corp.) tiriamuosius. Taip pat 11 (36,6 corp.) tiriamųjų tyrimo pradžioje pasirinko atsakymą „daug mažiau ir sunkiau“, pabaigoje šį atsakymą pažymėjo 6 (20 corp.) tiriamieji. Tiriamojoje grupėje tyrimo pradžioje 7 (23,3 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „taip kaip ir anksčiau“, tyrimo pabaigoje šis skaičius padidėjo iki 11 (36,6 corp.) . Atsakymą „mažiau ir sunkiau“ prieš tyrimą pažymėjo 9 (30 corp.) tiriamieji, pabaigoje – 14 (46,6 corp.) . Atitinkamai po 5 (16,6 corp.) tiriamuosius mažiau tyrimo pabaigoje pasirinko atsakymus „daug mažiau ir sunkiau“ bei „visiškai negaliu“ (7 pav.).



7 pav. Humoro supratimo palyginimas tarp grupių (proc.)

Kontrolinės grupės tiriamųjų buvo klausama ar juos vargina neramos mintys ir didžioji dalis, 11 (36,6 corp.) tiriamųjų, į šį klausimą pasirinko atsakymą „retkarčiais, bet ne taip dažnai“, pabaigoje 13 (43,3 corp.) tiriamųjų. Mažiausiai kartų pradžioje buvo pasirinktas atsakymas „tik retkarčiais“ – 2 (6,6 corp.) tiriamieji, pabaigoje – 3 (10 corp.) . Likusieji tyrimo pradžioje pasirinko atsakymus „daug laiko, dažnai“ – 10 (30 corp.) tiriamųjų ir „didžiąją laiko dalį, nuolat“ pasirinko 7 (23,3 corp.) tiriamieji, pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai 8 (26,6 corp.) ir 6 (20 corp.) tiriamieji.

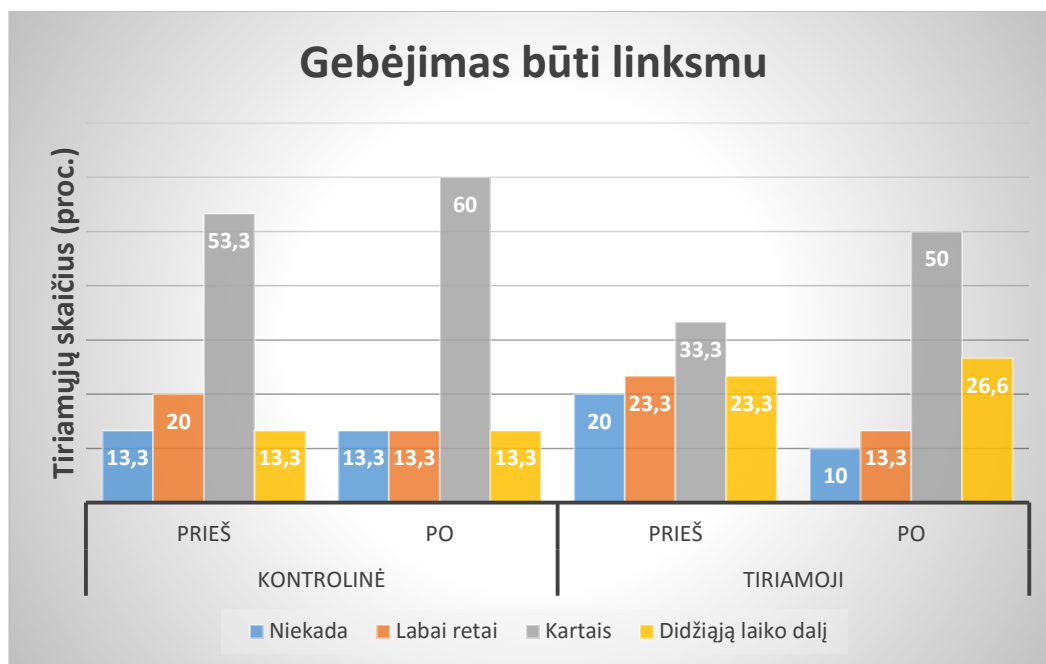
Tiriamajoje grupėje tyrimo pradžioje 15 (50 corp.) tiriamųjų pasirinko atsakymą „retkarčiais, bet ne taip dažnai“, pabaigoje skaičius pasiekė 20 (66,6 corp.) tiriamųjų. 7 (23,3 corp.) tiriamieji tyrimo pradžioje pažymėjo atsakymą „daug laiko, dažnai“ , pabaigoje – 3 (10 corp.) . Po 4 (13,3 corp.) tiriamuosius tyrimo pradžioje pasirinko atsakymus „didžiąją laiko dalį, dažnai“ bei „tik retkarčiais“, o pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai 3 (10 corp.) ir 4 (13,3 corp.) tiriamieji (8 pav.).



8 pav. Neramių minčių palyginimas tarp grupių (proc.)

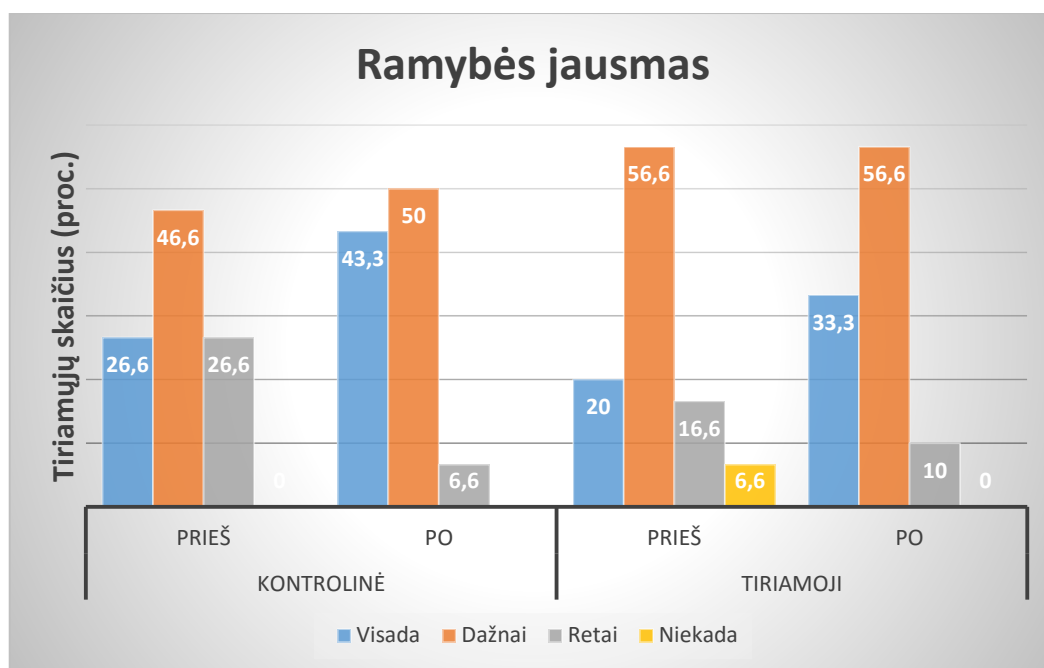
Kontrolinės grupės tiriamųjų buvo klausiama ar jie jaučiasi linksmi ar jų gera nuotaika ir 16 (53,3 corp.) tiriamųjų prieš tyrimą pažymėjo atsakymą „kartais“, po tyrimo šį atsakymą pasirinko 18 (60 corp.) tiriamųjų. Atsakymą „labai retai“ tyrimo pradžioje pasirinko 6 (20 corp.) tiriamieji, pabaigoje – 4 (13,3 corp.). Po 4 (13,3 corp.) tiriamuosius pasirinko atsakymus „niekada“ bei „didžiąją laiko dalį“, atitinkamai po tyrimo šiuos atsakymus pasirinko taip pat po 4 (13,3 corp.) tiriamuosius.

Tiriamajoje grupėje prieš tyrimą daugiausiai tiriamųjų pasirinko atsakymą „kartais“ – 10 (30 corp.), po tyrimo – 15 (50 corp.) tiriamųjų. Po 7 (23,3 corp.) tiriamuosius pasirinko atsakymus „labai retai“ bei „didžiąją laiko dalį“, pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko 4 (13,3 corp.) ir 8 (26,6 corp.) tiriamieji. Taip pat tyrimo pradžioje 6 (20 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „niekada“ po tyrimo šis skaičius pakito iki 3 (10 corp.) tiriamųjų (9 pav.).



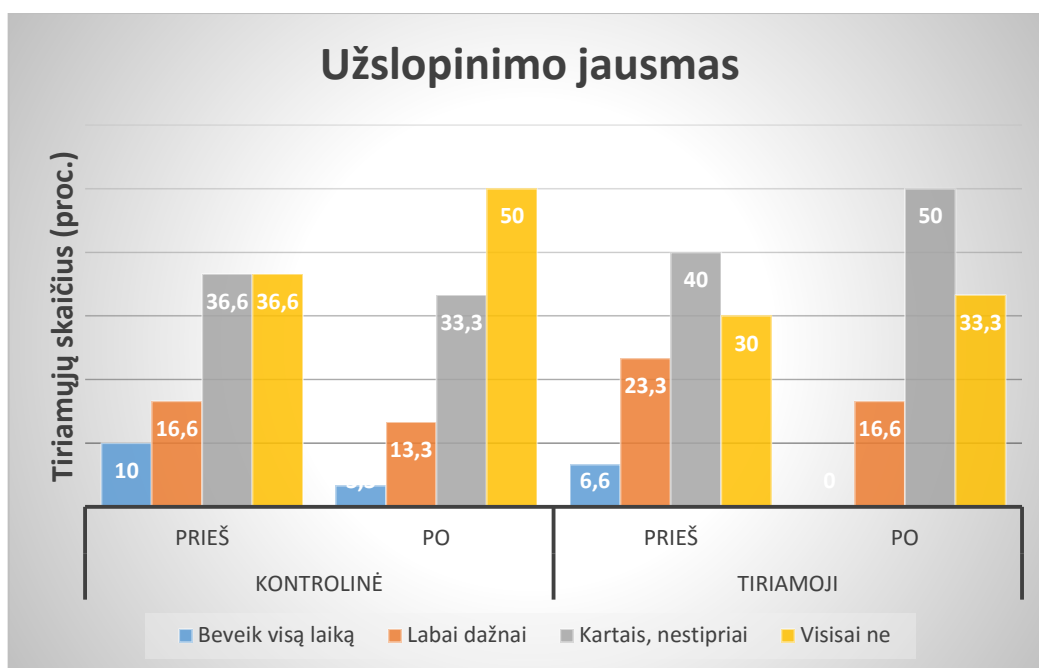
9 pav. Nuotaikos palyginimas tarp grupių (proc.)

Tyrimo pradžioje į klausimą ar jei gali ramiai, atsipalaidavę sėdėti, atsakymą „dažnai“ pasirinko 14 (46,6 corp.) kontrolinės grupės tiriamųjų ir 17 (56,6 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Reabilitacijos pabaigoje 15 (50 corp.) kontrolinės ir 17 (56,6 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų pasirinko šį atsakymą. Kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje po 8 (26,6 corp.) tiriamuosius pasirinko atsakymus „visada“ ir „retai“, tyrimo pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai 13 (43,3 corp.) ir 2 (6,6 corp.) tiriamieji. Tiriamojoje grupėje tyrimo pradžioje 6 (20 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „visada“, pabaigoje šis skaičius pakito iki 10 (30 corp.) tiriamųjų. Taip pat tyrimo pradžioje 5 (16,6 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „retai“, pabaigoje – 3 (10 corp.). Ir 2 (6,6 corp.) tiriamieji tyrimo pradžioje pasirinko atsakymą „niekada“, po tyrimo šio atsakymo nepasirinko nei vienas tiriamasis (10 pav.).



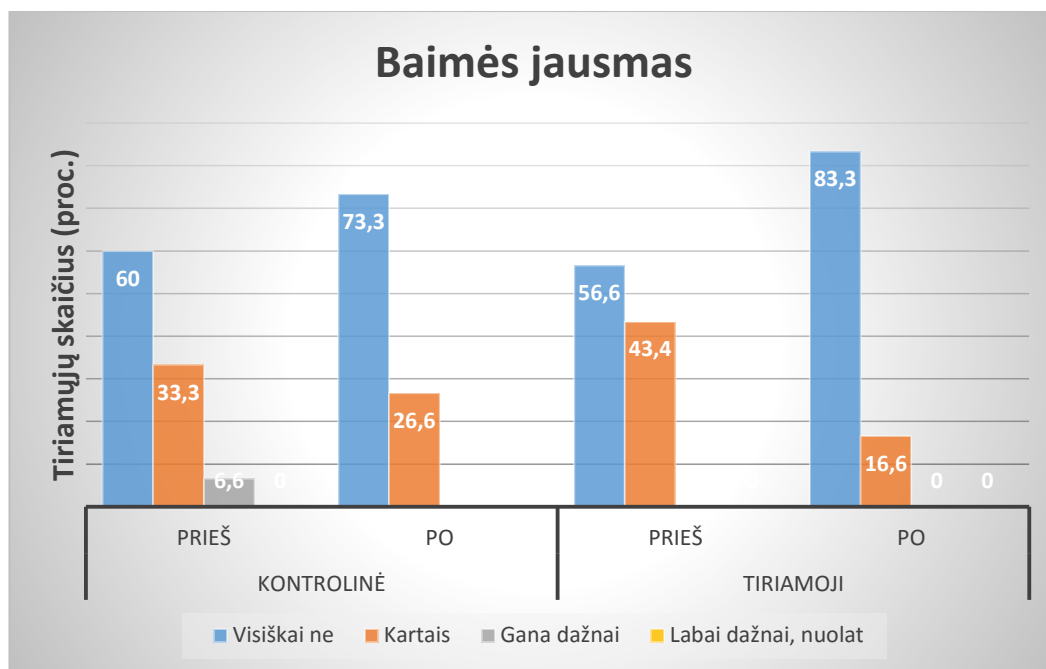
10 pav. Gebėjimas jaustis atsipalaidavus palyginimas tarp grupių (proc.)

Tyrimo pradžioje į klausimą ar tiriamasis jaučiasi užslopinta(-s), lėčiau galvoja ir juda, kontrolinėje grupėje 3 (10 corp.) tiriamieji ir 2 (6,6 corp.) tiriamosios grupės tiriamieji į klausimą ar jaučiasi užslopinti, sulėtėjęs mąstymas pasirinko atsakymą „beveik visą laiką“. Po tyrimo kontrolinėje grupėje šį atsakymą pasirinko 1 (3,3 corp.) tiriamasis ir nei vienas tiriamasis tiriamojoje grupėje nepažymėjo šio atsakymo varianto. Po 11 (36,6 corp.) tiriamųjų kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje pasirinko atsakymus „kartais, nestipriai“ bei „visiškai ne“. Po tyrimo pasirinko atitinkamai 10 (33,3 corp.) ir 15 (50 corp.) tiriamųjų. Bei atsakymą „labai dažnai“ kontrolinėje grupėje pradžioje pasirinko 5 (16,6 corp.) tiriamieji, pabaigoje 4 (13,3 corp.). Tiriamojoje grupėje 7 (23,3 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „labai dažnai“ ir 12 (40 corp.) tiriamųjų pasirinko atsakymą „kartais, nestipriai“. Po tyrimo šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai 5 (16,6 corp.) ir 15 (50 corp.) tiriamųjų. Tyrimo pradžioje tiriamojoje grupėje 9 (30 corp.) tiriamieji pasirinko atsakymą „visiškai ne“, pabaigoje – 10 (33,3 corp.) tiriamųjų (11 pav.).



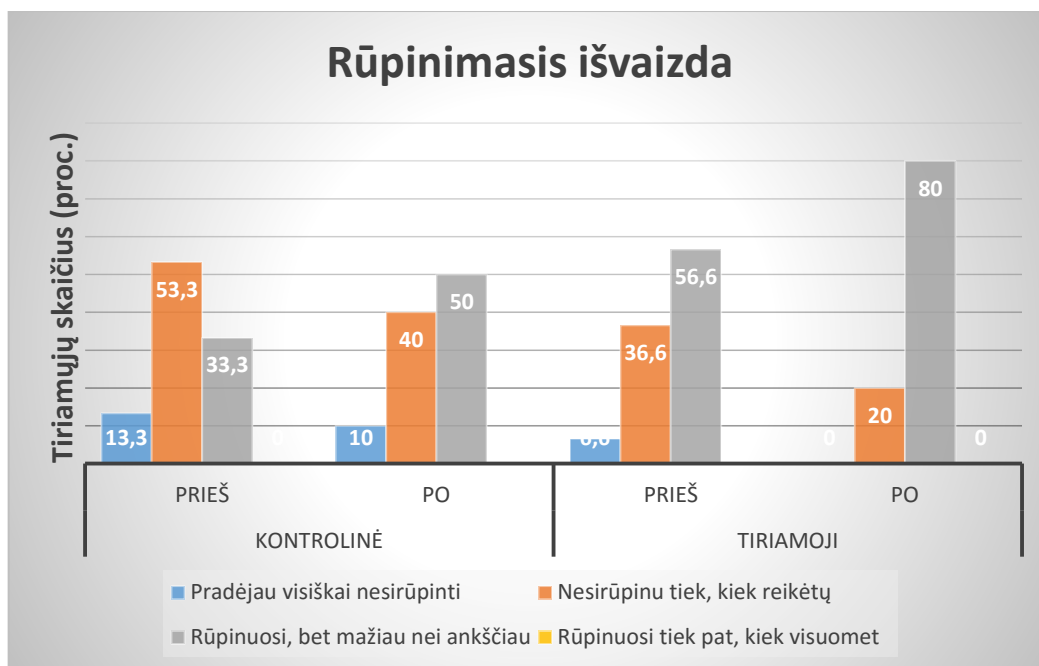
11 pav. Subjektyvių liguistumo pojūčių palyginimas tarp grupių (proc.)

Įvertinus tiriamųjų baimę, lydimą vidinio virpulio gauti rezultatai, kad kontrolinėje grupėje prieš tyrimą 18 tiriamųjų (60 corp.) ir 17 (56,6 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų pasirinko atsakymą „visiškai ne“. Tyrimo pabaigoje kontrolinėje grupėje šį atsakymą pasirinko 22 tiriamieji (73,3 corp.) ir 25 (83,3 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Kontrolinėje grupėje prieš tyrimą atsakymą „kartais“ pasirinko 10 tiriamųjų (33,3 corp.) ir 13 tiriamosios (43,3 corp.) grupės tiriamųjų. Tyrimo pabaigoje atsakymą „kartais“ pasirinko atitinkamai 8 (26,6 corp.) kontrolinės ir 5 (16,6 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Taip pat tyrimo pradžioje kontrolinėje grupėje 2 tiriamieji (6,6 corp.) pasirinko atsakymą „gana dažnai“, pabaigoje nei vienas tiriamasis nepasirinko šio atsakymo varianto (12 pav.).



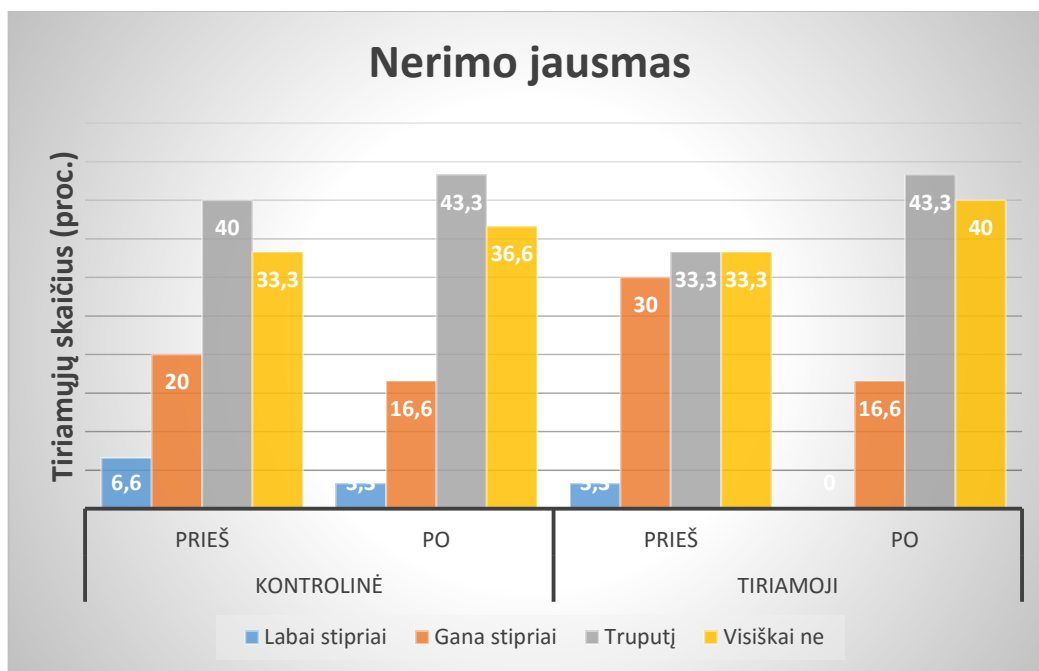
12 pav. Baimės jausmo palyginimas tarp grupių (proc.)

Tyrimo pradžioje tiriamųjų buvo klausiama ar jie rūpinasi savo išvaizda taip pat kaip anksčiau ir buvo gauti rezultatai kur kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje 16 tiriamųjų (53,3 proc.) pažymėjo atsakymą „ne tiek kiek reikėtų“, o tiriamojoje grupėje 11 tiriamųjų (36,6 proc.) pasirinko šį atsakymą. Po tyrimo kontrolinės grupės 12 tiriamųjų (40 proc.) ir 6 tiriamieji (20 proc.) tiriamosios grupės pasirinko šį atsakymą. Atsakymą „pradėjau visiškai nesirūpinti“ kontrolinėje grupėje pradžioje pažymėjo 4 tiriamieji (13,3 proc.) ir 2 (6,6 proc.) tiriamosios grupės tiriamieji. Pasibaigus tyrimui šį atsakymą kontrolinėje grupėje pažymėjo 3 tiriamieji (10 proc.) , o tiriamojoje grupėje po tyrimo nei vienas tiriamasis nepasirinko šio atsakymo. Ir populiariausias atsakymo variantas „rūpinuosiu, bet mažiau nei anksčiau“ kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje buvo pažymėtas 10 tiriamųjų bei 17 (56,6 proc.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Po tyrimo šį atsakymo variantą kontrolinėje grupėje pasirinko 15 (50 proc.) ir 24 (80 proc.) tiriamosios grupės tiriamųjų (13 pav.).



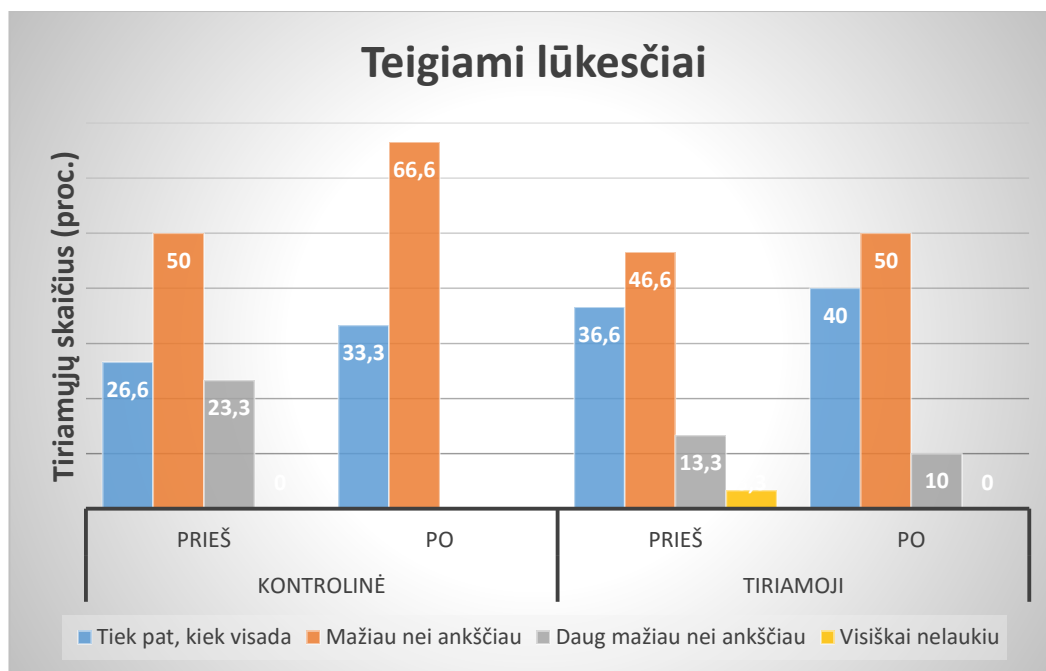
13 pav. Rūpinimosi savo išvaizda palyginimas tarp grupių (proc.)

Kontrolinės grupės tiriamųjų tyrimo pradžioje buvo klausama ar jie jaučia, kad nerimsta vietoje, daugiausiai – 12 tiriamųjų (40 corp.) – pasirinko atsakymą „truputį“. Kiek mažiau – 10 tiriamųjų (33,3 corp.) pasirinko atsakymą „visiškai ne“. Po tyrimo į šiuos klausimus atsakė atitinkamai 13 (43,3 corp.) ir 11 tiriamųjų (36,6 corp.). 6 tiriamieji (20 corp.) kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje pažymėjo atsakymą „gana dažnai“ ir 2 tiriamieji (6,6 corp.) pasirinko atsakymą „labai stipriai“. Po tyrimo šiuos atsakymus pasirinko 5 (16,6 corp.) ir 1 (3,3 corp.) tiriamieji. Tiriamojoje grupėje tyrimo pradžioje po 10 tiriamųjų (33,3 corp.) pasirinko atsakymus „truputį“ bei „visiškai ne“. Taip pat 9 tiriamieji (30 corp.) pasirinko atsakymą „gana stipriai“ ir 1 tiriamasis (3,3 corp.) pasirinko atsakymą „labai stipriai“. Tyrimo pabaigoje į šį klausimą atsakymai pasiskirstė taip – 13 (43,3 pcor.) pasirinko „truputį“, 12 (40) „visiškai ne“, 5 (16,6) „gana stipriai“ ir nei vienas tiriamasis nepasirinko atsakymo „labai stipriai“ (14 pav.).



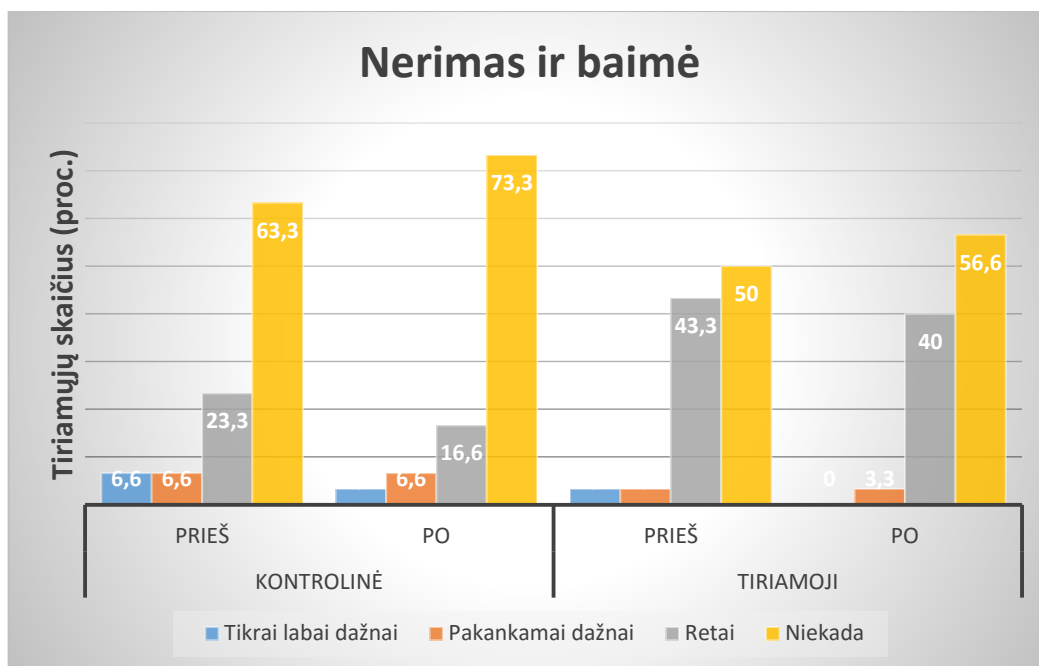
14 pav. Nerimo jausmo palyginimas tarp grupių (proc.)

Tiriamųjų buvo klausiama ar jie iš gyvenimo laukia kažko malonaus, atsakydami į šį klausimą 15 (50 corp.) kontrolinės grupės tiriamųjų tyrimo pradžioje pasirinko atsakymą „mažiau nei ankščiau“. Tiriamojoje grupėje šį atsakymą pasirinko 14 tiriamųjų (46,6 corp.). Tyrimo pabaigoje kontrolinėje grupėje šį atsakymo variantą pasirinko 5 tiriamaisiais daugiau t.y. 20 tiriamųjų (66,6 corp.) ir 15 (50 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Atsakymą „tiek pat, kiek visada“ kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje pasirinko 8 tiriamieji (26,6 corp.), tiriamojoje grupėje – 11 tiriamųjų (36,6 corp.). Po tyrimo šiuos atsakymus pasirinko 10 (33,3 corp.) kontrolinės ir 12 (40 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Taip pat 7 (23,3 corp.) kontrolinės bei 4 (13,3 corp.) tiriamosios grupės tiriamieji, tyrimo pradžioje pasirinko atsakymą „daug mažiau nei ankščiau“. Pasibaigus tyrimui kontrolinė grupėje šį atsakymą pasirinko 10 tiriamųjų (33,3 corp.) ir 12 (40 corp.) kontrolinėje grupėje. Tiriamojoje grupėje tyrimo pradžioje vienas tiriamasis pasirinko atsakymą „visiškai nesutinku“ ir po tyrimo šis atsakymas nebuvo pasirinktas nei karto (15 pav.).



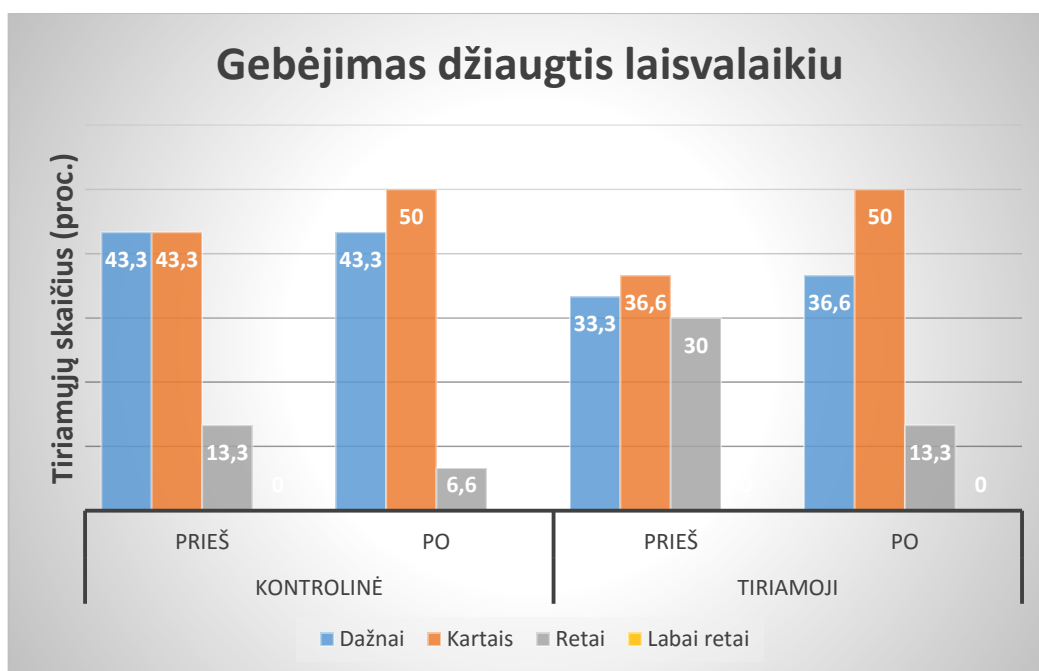
15 pav. Teigiamų lūkesčių palyginimas tarp grupių (proc.)

Tiriamiesiems buvo užduotas klausimas ar buna, kad juos staiga apima didelis nerimas ir baimė ir gauti rezultatai parodė, kad daugiausiai - 19 tiriamųjų (63,3 corp.), kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje pasirinko atsakymą „niekada“, taip pat šį atsakymą tiriamojoje grupėje pasirinko taip pat daugiausiai – 15 tiriamųjų (50 corp.). Po tyrimo kontrolinėje grupėje šį atsakymą pasirinko jau 22 tiriamieji (73,3 corp.), o tiriamojoje grupėje – 17 tiriamųjų (56,6 corp.). 7 tiriamieji (23,3 corp.) kontrolinėje grupėje pradžioje pasirinko atsakymą „retai“, bei 13 (43,3 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Atlikus tyrimą šį atsakymo variantą pasirinko 5 (16,6 corp.) kontrolinės bei 12 (40 corp.) tiriamosios grupės tiriamųjų. Kiek mažiau po 2 (6,6 corp.) kontrolinės grupės tiriamuosius pasirinko atsakymus „tikrai labai dažnai“ bei „pakankamai dažnai“. Tyrimo pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko atitinkamai 1 (3,3 corp.) ir 2 (6,6 corp.) kontrolinės grupės tiriamieji. Tiriamojoje grupėje atsakymus „tikrai labai dažnai“ bei „pakankamai dažnai“ pasirinko po 1 (3,3 corp.) tiriamąjį, tyrimo pabaigoje atsakymo „tikrai labai dažnai“ nepažymėjo nei vienas tiriamasis, o atsakymą „pakankamai dažnai“ kaip ir pradžioje pažymėjo 1 tiriamasis (3,3 corp.) (16 pav.).



16 pav. Nerimo ir baimės jausmo palyginimas tarp grupių (proc.)

Į klausimą ar suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida atsakymai pasiskirstė taip: kontrolinėje grupėje tyrimo pradžioje po 13 tiriamųjų (43,3 corp.) pasirinko atsakymus „dažnai“ ir „kartais“. Tyrimo pabaigoje šiuos atsakymus pasirinko 13 (43,3 corp.) ir 15 tiriamųjų (50 corp.). Taip pat 4 (13,3 corp.) kontrolinės grupės tiriamieji pasirinko atsakymą „retai“, po tyrimo 2 (6,6 corp.) tiriamieji pažymėjo šį atsakymą. Tiriamojoje grupėje atsakymą „dažnai“ tyrimo pradžioje pasirinko 10 tiriamųjų (33,3 corp.), pabaigoje – 11 (36,6 corp.). Taip pat pradžioje tyrimo 11 tiriamųjų (36,6 corp.) pasirinko atsakymą „kartais“, pabaigoje – 15 tiriamųjų (50 corp.). Ir 9 tiriamieji (30 corp.) pasirinko atsakymą „retai“, pasibaigus tyrimui šis skaičius sumažėjo iki 4 tiriamųjų (13,3 corp.). Taip pat nei vienas tiek kontrolinės tiek tiriamosios grupės tiriamasis nei pradžioje nei pabaigoje nepasirinko atsakymo „labai retai“ (17 pav.).

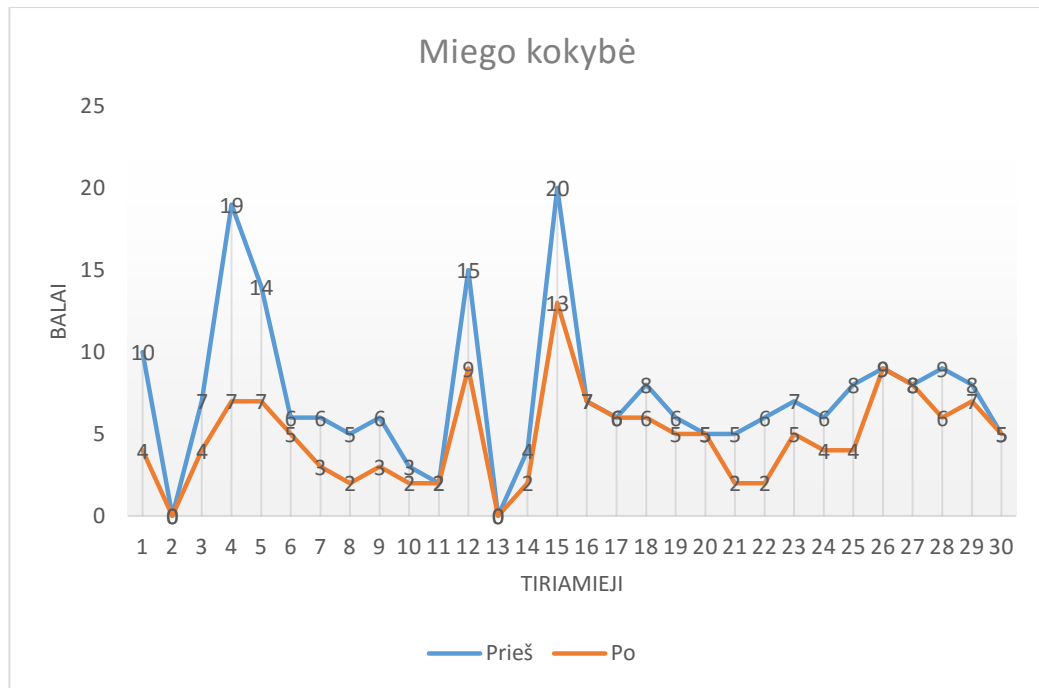


17 pav. Gebėjimo džiaugtis laisvalaikiu palyginimas tarp grupių (proc.)

3.3. Miego kokybės vertinimas

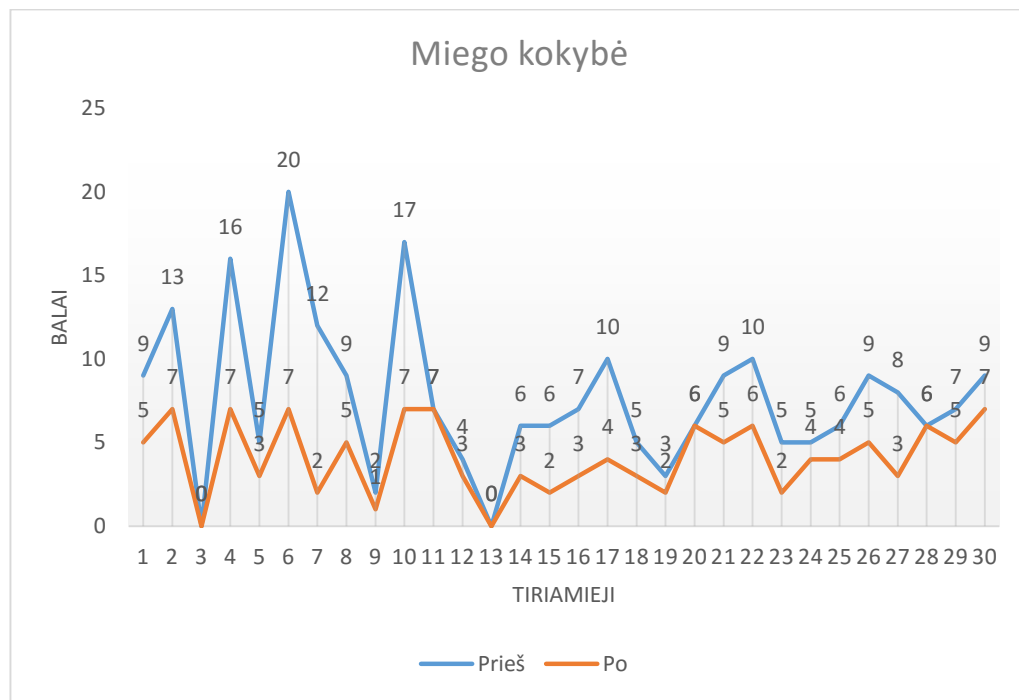
Pitsburgo miego kokybės indekso vertė, lygi 5 ar didesnė, jau rodo blogą miego kokybę, o kuo indeksas didesnis, tuo vertinamo miego kokybė blogesnė. Šiame tyrime vidutinis PMKI tiriamojame grupėje buvo 7,7 balo, o kontrolinėje – 7,3 balo.

Iš pateikto grafiko galima matyti, kaip keitėsi kontrolinės grupės miego kokybė prieš tyrimą ir po tyrimo. Apskaičiavus gautus duomenis galima matyti, kad po tyrimo 29 corp. tiriamųjų miego kokybė nepasikeitė, o 71 corp. tiriamųjų pasirinko atsakymus žyminčius miego kokybės pagerėjimą (18 pav.).



18 pav. Kontrolinės grupės miego kokybės vertinimas

Įvertinus tiriamosios grupės miego kokybę prieš tyrimą ir po tyrimo galima stebėti, kad 16 corp. miego kokybė po atlikto tyrimo nepakito ir 84 corp. tiriamųjų buvo stebimas miego kokybės pagerėjimas (19 pav.).



19 pav. Tiriamosios grupės miego kokybės vertinimas

Miego kokybė labiau gerėjo tiriamojoje – 3,6 nei kontrolinėje – 2,5 grupėse (3lentelė).

3lentelė. Miego kokybės pagerėjimas tarp grupių (balai)

	Prieš	Po	Skirtumas
Kontrolinė	7,3	4,8	2,5
Tiriamoji	7,7	4,1	3,6

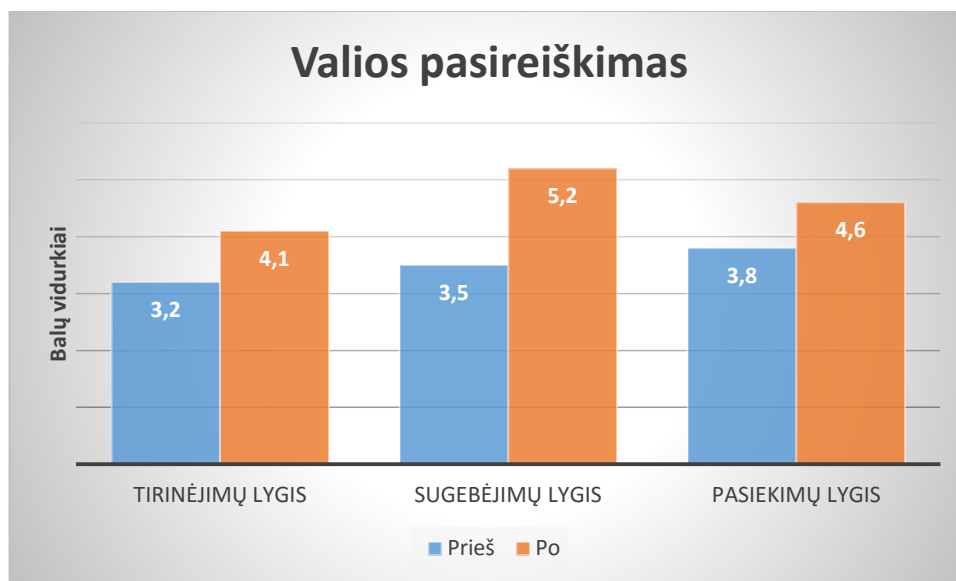
Apibendrinant galima teigti, kad taikomoji fizinė veikla 2 savaičių laikotarpiu, mažina depresijos ir nerimo požymius, gerindama psichoemocinę būklę, o taip gerėja miego kokybė. Didėjant fiziniam pajėgumui, gerėja ir psichinė būklė. Tyrimo rezultatai rodo, kad taikomoji fizinė veikla dviejų savaičių laikotarpyje mažina ne tik depresijos ir nerimo simptomų išreikštumą, bet ir gerina miego kokybę. Taikomosios fizinės veiklos reikšmę psichinei sveikatai rodo ir kitų autorių duomenys [107, 8, 63, 120]. Jie teigia, kad fizinės veiklos metu nukreipiamas ligonių dėmesys į skausmingus dirgiklius ir todėl po fizinės veiklos gerėja psichinė būseną. Ligoniui suvokus, kad jis gali įvykdyti tam tikrą darbą ar užduoti, didėja jo savigarba, kas teigiamai veikia psichinę būseną. Sugebėjimas atlikti jam optimalią fizinę veiklą, bendravimas jos metu su kitais asmenimis, suteikia ligoniui pasitikėjimą savimi, prasižvalymą, atsitraukimą nuo jį slegiančių minčių ir kitų dirgiklių, kas neabejotinai turi teigiamą poveikį jo psichinei būklei [104, 105]. Tai rodo ir mūsų duomenys, gauti taikant grupinius fizinės veiklos užsiėmimus tiriamojoje grupėje – depresijos, nerimo, miego rodikliai statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp abiejų grupių. Kontrolinėje grupėje taip pat stebėtas šių rodiklių gerėjimas, tačiau mažesnis.

Įrodyta, kad sergant depresija mažėja serotonino kiekis smegenyse, todėl depresijos gydymui daugiausiai vartojami vaistai, didinantys serotonino kiekį. Stebėta, kad fizinė veikla taip pat didina serotonino kiekį, kas mažina depresijos ir nerimo simptomus ir teigiamai veikia psichinę sveikatą [27]. Pastebėta, kas aerobinė mankšta, net ir trumpalaikė, žymiai gerina sergančiųjų sunkia depresija nuotaiką [38], todėl fizinė veikla turi teigiamą poveikį ne tik fiziniam pajėgumui, bet ir psichinei sveikatai.

3.4. Motyvacijos vertinimas

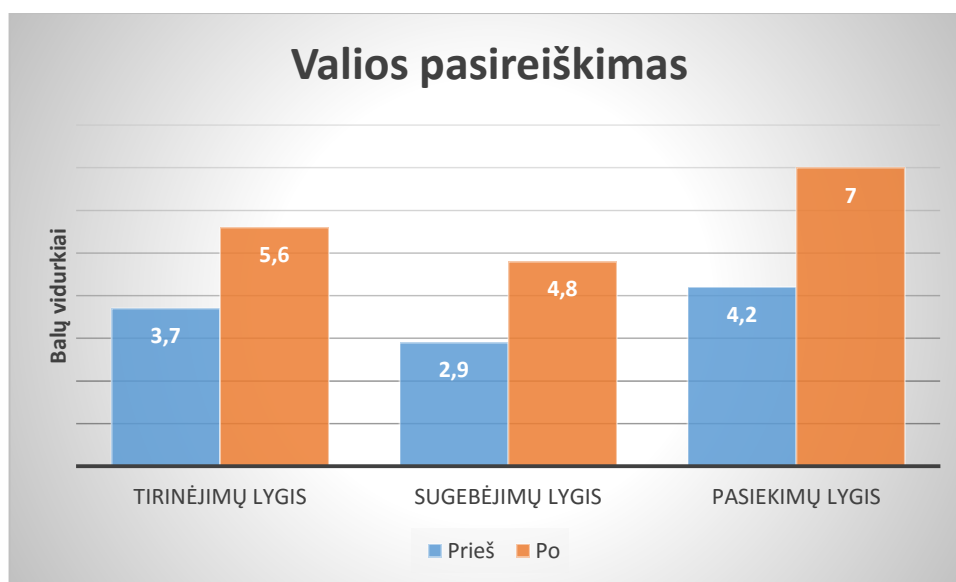
Tyrimo metu Vaikų valios klausimynu (VVK) vertinta vaikų įsitraukimas ir valios pasireiškimas individualių ir grupinių fizinių veiklos užsiėmimų metu. Tyrimo duomenys parodė, kad egzistuoja statistiškai patikimas ($p < 0,05$) skirtumas tarp valios rodiklių individualių fizinės veiklos užsiėmimų (balų vidurkis 2,2 ($SD \pm 0,4$)) ir užsiėmimų grupinės fizinės veiklos metu (balų vidurkis 2,3 ($SD \pm 0,3$)).

Visuose lygiuose po tyrimo tiriamieji aktyviau atlieka bei įsitraukia į veiklas. Ryškiausi skirtumai pastebimi sugebėjimų lygyje. Kiek mažiau pagerėjo tyrinėjimų bei pasiekimų lygiai (21 pav.).



20 pav. Kontrolinės grupės vaikų valios rodiklių pasireiškimas skirtinguose valios išsivystymo lygiuose (vidurkiai)

Visuose lygiuose tiriamosios grupės tiriamieji aktyviau atlieka veiklas po tyrimo. Ryškiausi skirtumai pastebimi aukščiausiam valios išsivystymo lygyje - pasiekimų lygyje, tai rodo, kad vaikai stengiasi padidinti savo sugebėjimus, atlikdami sudėtingas veiklas ir nori pasiekti teigiamą rezultatą (22 pav.).



21 pav. Tiriamosios grupės vaikų valios rodiklių pasireiškimas skirtinguose valios išsivystymo lygiuose (vidurkiai)

Iš lentelės galima matyti kontrolinės ir tiriamosios grupių pagerėjimų skirtumus nuo tyrimo pradžios iki pabaigos. Galima matyti, kad visose trijose lygiuose tiriamojoje grupėje buvo gauti geresni rezultatai lyginant su kontroline grupe. Didžiausias skirtumas matomas aukščiausiame – pasiekimų lygyje (6lentelė).

4 lentelė. Vaikų valios klausimyno pagerėjimo skirtumai tarp grupių (balai)

	Kontrolinė	Tiriamoji
Tyrinėjimo lygis	0.9	1.9
Sugebėjimų lygis	1.7	1.9
Pasiekimų lygis	0.8	2.8

3.5. Depresijos ir nerimo simptomų įtaka miego kokybei

Atlikus tyrimą buvo norima išsiaiškinti depresijos bei nerimo įtaką miego kokybei. Šiems skaičiavimams atlikti buvo skaičiuojamos sąsajos.

3.5.1. Sąsajos tarp depresijos bei nerimo simptomų ir miego kokybės

Gauti duomenys parodė, kad vienas kintamasis nėra pasiskirstęs pagal normalųjį skirstinį ($p > 0,05$) (lentelė), todėl koreliaciniam ryšiui nustatyti buvo naudojamas „Spearman‘o

koreliacijos koeficientas“ (r), kuris sudarė 0,6697. Taigi kintamuosius sieja stiprus koreliacinis ryšys. (4 lentelė).

5 lentelė. Depresijos ir nerimo bei miego kokybės koreliaciniai ryšiai

	p reikšmė	Koreliacijos koeficientas (r)
Miego kokybė	2.774e-07*	0,7697**
HAD	2.242e-06*	

* Kintamasis pasiskirstęs ne pagal normalųjį skirtinį ($p < 0,05$)

** $r = 0,70-0,89$ - Stiprus koreliacinis ryšys

3.5.2. Miego kokybės priklausomybė nuo depresijos ir nerimo simptomų

Siekiant nustatyti depresijos ir nerimo simptomų poveikį miego kokybei buvo naudojama tiesinės regresijos analizė ir sudaryta tiesinės regresijos lygtis. Gauta regresinė analizė parodė, kad lygties konstanta sudarė 1,71586, depresijos vertinimo koeficientas – 0,70840. Depresijos vertinimo koeficiento p reikšmė buvo mažesnė už patikimumo lygmenį (0,05), o konstantos – didesnė (0,177) todėl ji nėra įtraukiama į tiesinės regresijos lygtį. Determinacijos koeficientas (0,4712) yra didesnis už 0,25, vadinasi tiesinės regresijos modelis yra tinkamas duomenų analizei (5 lentelė).

6 lentelė. Depresijos ir nerimo bei miego kokybės tiesinės regresijos analizė

Lygties komponentas	Reikšmė
Konstanta	1,71586
Depresijos vertinimo koeficientas	0,70840
Determinacijos koeficientas	0,4712*
Konstantos p reikšmė	0,177**
Depresijos vertinimo koeficiento p reikšmė	$< 2e-16$ **

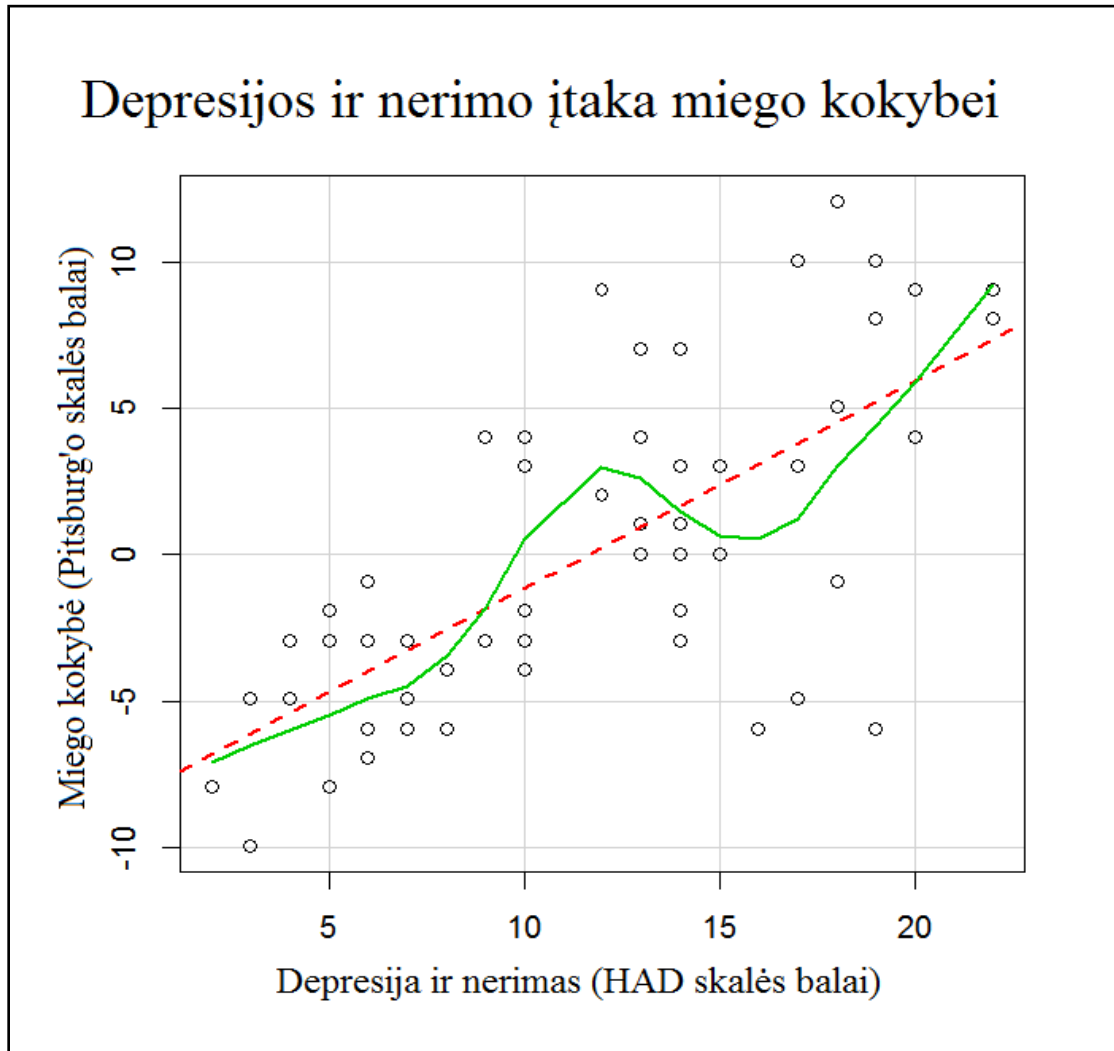
* determinacijos koeficientas $> 0,25$ – modelis tinkamas analizei

** $p < 0,05$ - rodikliai įtraukiami į regresijos lygtį

Iš gautų duomenų sudaryta tiesinės regresijos formulė, kuri atspindi kaip depresija įtakoja miego kokybę:

$$\text{Miego kokybė} = 0,70840 \times \text{depresija (HAD testo rezultatai)}$$

Remiantis sudaryta formule matyti, kad miego kokybė yra tiesiogiai proporcinga depresijos lygiui. Kuo depresijos ir nerimo lygis didesnis tuo blogesnė miego kokybė (20 pav.).



22 pav. Depresijos ir nerimo įtaka miego kokybei

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Atlikto tyrimo tikslas buvo išnagrinėti taikomosios fizinės veiklos poveikį depresija sergantiems paaugliams taikant individualius ir grupinius užsiėmimus. Mokslininkas teigiamus pokyčius sieja su dalyvavimu reguliarioje fizinėje veikloje [70].

Vertinant nerimą ir depresiją tyrimo metu abiejuose grupėse po užsiėmimų buvo gauti geresni rezultatai. Vertinant tiriamuosius HAD testu buvo stebimas statistiškai reikšmingas pagerėjimas lyginant su kontrolinės grupės rezultatais – tiriamojoje grupėje pagerėjimas siekė – 3,7 balo, o kontrolinėje grupėje – 2,6 balo. Emocinės savijautos gerėjimas tiriamojoje grupėje patvirtina kitų mokslininkų pateikiamus duomenis. Keli autoriai pastebėjo, kad emocinės būklės gerėjimas atliekant taikomosios fizinės veiklos užduotis yra tiesiogiai susijęs su taikomosios fizinės veiklos užsiėmimais grupėje.. Emocinės būklės gerėjimas atliekant taikomosios fizinės veiklos užduotis, šie autoriai siejo su užsispyrimu, motyvacija atlikti užduotis bei bendravimu tarpusavyje [71].

Tyrimo metu Vaikų valios klausimynu (VVK) vertintas vaikų įsitraukimas ir valios pasireiškimas individualių ir grupinių fizinių veiklos užsiėmimų metu. Kontrolinėje grupėje pagerėjimo vidurkis – 1,1 balo, tiriamojoje – 2,2 balo. Gauti tyrimo rezultatai sutampa su Grill A. (2010) atliktu tyrimu, kurio tikslas buvo ištirti taikomosios fizinės veiklos efektyvumą paaugliams, turintiems polinkį į depresiją. Rezultatai parodė, kad taikomoji fizinė veikla paaugliams, turintiems polinkį į depresiją, turi įtakos psichoemocinei būklei. Taikomoji fizinė veikla yra svarbi sveikimui ir fizinės sveikatos palaikymui. Fizinė sveikata yra glaudžiai susijusi su psichine sveikata [72].

Tyrimo metu taip pat buvo tiriama miego kokybė. Tiriamojoje grupėje pagerėjimas siekė – 3,6 balo, kontrolinėje – 2,5 balo. Blumenthal JA et al (2007) tyrė 10 savaičių kineziterapijos programą asmenims, kuriems nustatyta nerimo sutrikimai. Buvo tirta miego kokybės pokyčiai taikant grupinius ir individualius užsiėmimus. Tiriamajai grupei, palyginus su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai pagerėjo miego kokybė. Autoriai nurodo, kad reikia daugiau tyrimų, nustatant pratimų naudą asmenims, sergantiems depresija, bei nustatyti labiausiai tinkamų pratimų pobūdį [73].

Taip pat išanalizavus HAD bei miego kokybės testus buvo gauti rezultatai parodantys stiprią įtaka vienas kito atžvilgiu. Mažėjant depresijos ir nerimo simptomų pasireiškimui gerėja miego kokybė ir atvirkščiai.

Užsienio autorių atliktų tyrimų nėra daug ir jie dažniausiai apsiriboja mažomis intimis, bet visi šie tyrimai pabrėžia taikomosios fizinės veiklos naudą tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai. Manau, kad tolimesniuose tyrimuose reiktų tirti skirtingų taikomosios fizinės veiklos metodų naudą, jų dozavimą, intensyvumą, dažnumą bei trukmę, kurie labiausiai tiktų paaugliams, sergantiems depresija.

5. IŠVADOS

1. Lyginant kaip pakito depresijai būdingi simptomai tiriamosios ir kontrolinės grupės asmenims, pastebima, kad kontrolinės grupės tiriamiesiems šie požymiai išliko arba sumažėjo, tuo tarpu tiriamosios grupės tiriamiesiems nusiskundimai dažniau visiškai išnykdavo. Tiriamiesiems, kuriems buvo taikoma grupiniai taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai, nusiskundimai išnyko dažniau, nei taikant individualius užsiėmimus. Taigi taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai turi teigiamą poveikį depresijos simptomų mažinimui.
2. Taikomoji fizinė veikla 2 savaitių laikotarpiu, mažina depresijos ir nerimo požymius, gerindama psichoemocinę būklę, o taip gerėja miego kokybė. Didėjant fiziniam pajėgumui, gerėja ir psichinė būklė. Tyrimo rezultatai rodo, kad taikomoji fizinė veikla dviejų savaitių laikotarpyje mažina ne tik depresijos ir nerimo simptomų išreikštumą, bet ir gerina miego kokybę.
3. Po grupinių taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų taikymo tiriamųjų valia tirtų požymių atžvilgiu padidėjo: visi valios testo tirti požymiai statistikai reikšmingai padidėjo ($p < 0,05$).
4. Apskaičiavus depresijos ir nerimo įtaka miego kokybei gauti rezultatai parodė stiprų koreliacinį ryšį tarp šių dviejų komponentų. Galima daryti išvadą, kad mažėjant depresijos bei nerimo simptomams tiesiogiai gerėja miego kokybė.

6. REKOMENDACIJOS

1. Paaugliams, sergantiems depresija, tikslinga skirti grupinius fizinės veiklos užsiėmimus, kadangi po tyrimo tiriamojoje grupėje buvo gauti geresni rezultatai lyginant su kontroline grupe.
2. Tikslinga būtų atlikti panašų tyrimą, tačiau ilgesnės trukmės. Galima manyti, kad tokiu atveju būtų pasiekti dar geresni rezultatai grupėje, kurioje užsiėmimai vyktų grupėse.
3. Galima būtų bandyti taikyti kitus atspindinčius psichoemocinės būklės pokyčius.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Kuijpers, J.L., Vader, H.L., Drexhage, H.A., Wiesinga, W.M., Son, M.J., Pop, V.J. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija. 2011; 4(2),69-72.
2. Leliūgienė, I, Janušaitienė N, Baršauskienė V. Psichikos liga – depresija sergančių žmonių socialinis įgalinimas edukacinėmis priemonėmis psichikos sveikatos centruose. Vilnius: Tiltai. 2009. p. 207-226.
3. Psichikos sutrikimais sergančių žmonių epidemiologija 2015 metais.
4. Saudargienė S, Podlipskytė A, Varoneckas G, Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkcinėi būklei, miego ir gyvenimo kokybei, Sveikatos mokslai, Vilnius : Sveikata, 2008; t. 18, Nr. 5(59), p. 1880-1886.
5. Martinek, T.J, Griffinth, J.B. Learned helplessness in physical education: a developmental study of causal attributions and task persistence. Journal of Teaching in Physical Education. 2007; 13, 108-122.
6. Šreder D. Sportas, imuninė sistema ir natūralūs gydymo būdai. Biologinė medicina. 2009; 2: 40-43
7. Leliūgienė I, Janušaitienė N, Baršauskienė V. Psichikos liga – depresija sergančių žmonių socialinis įgalinimas edukacinėmis priemonėmis psichikos sveikatos centruose; Vilnius: Tiltai. 2009. p. 207-226.
8. Dembinskas A. Pagrindiniai psichikos sutrikim simptomai ir sindromai. Psichiatrija. Vilnius. 2004; p.127-237
9. Bijūnaitė R. Užimtumo terapija psichikos sutrikimų turintiems asmenims. Metodinė rekomendacija. Vilnius. 2007.
10. Jasulaitis, M, Blažienė, S, Neverauskas, J, Alseikienė, Z, Bunevičius, R. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija. 2007; 9(2), 50-52.
11. Carpenter, W. T, Heinrichs, D. W, Hanlon, T. E. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizoprenija. American Journal of Psychiatry. 2011; 144.

12. Danilevičiūtė V, Adomaitienė V, Valius L, Davidonienė O. Depresijų paplitimas Lietuvoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2008; 12(12):836-841.
13. Kuzmaitė N.J, Daubaras G. Depresija ir skausmas. Internistas. 2008, 2(76), 75-78p.
14. Adomaitienė V, Danilevičiūtė V, Valius, L. Šiuolaikinė depresijos samprata. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2008; 2(12):130-132.
15. Tamulevičiūtė I. Depresija sergančių pacientų, esančių stacionare, veiklos poreikio vertinimas. Kaunas, 2011; 10-12.
16. Proškuvienė R, Psichikos sveikatos problemos, Vilnius, 2008.
17. Jasulaitis, M. Depresija bus labiausiai paplitusi liga pasaulyje. 2010; p.16-29.
18. Pranskevičienė A. Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu. Daktaro disertacija. Kaunas, 2008.
19. Bossher R. J. Running and mixed physical exercise with depressed psychiatric patients. International Journal of Sport Psychology. 2009; p. 24, 170-184.
20. Bergaer B. G, Owen D.R. Preliminary analysis of a causal relationship between swimming and stress reduction: Intense exercise may negate the effects. International Journal of Sport Psychology. 2013; p.23-25.
21. Damijonaitis, M. Patyčios Lietuvos mokylose: problemos ir jų sprendimo būdai. Švietimo problemos analizė. Lietuvos švietimo ir mokslo ministerija. 2009, Nr.11 (39), Vilnius.
22. Chastain P. B, Shapiro G. E. Physical Fitness Program for Patients with Psychiatric Disorders. Journal of Clinical Psychology. 2010; 545-548.
23. Craft L. L. & Landers D.M. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. Journal of Sport and Exercise Psychology. 2012; Nr.20.
24. Lietuvos statistikos departamentas. 10-14 m. ir 15-19 m. vaikų savižudybių statistika.
25. McClafferty C. Expanding the Cognitive Behavioural Therapy Traditions: An Application of Functional Analytic Psychotherapy Treatment in a Case Study of Depression. International journal of behavioral consultation and therapy. 2012; 7(2):90-95.

26. Roth T, Ancoli-Israel S. Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep*. 1999;22(2):354-8.
27. Manabe K, Matsui T, Yamaya M, Sato-Nakagawa T, Okamura N, Arai H, Sasaki H. Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*. 2000; 46(6):318-22.
28. Newman AB, Spiekerman CF, Enright P, Lefkowitz D, Manolio T, Reynolds CF, Robbins J. Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. The Cardiovascular Health Study Research Group. *J Am Geriatrics Society*. 2000; 48(2):115-23.
29. Khouzam HR, Tiu Tan D, Gill TS, *Psichiatrijos vadovas*, 2007.
30. Argyropoulos SV, Hicks JA, Nash JR, Bell CJ, Rich AS, Nutt DJ and Wilson SJ. Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatry Res*. 2003; 120(2):179-190.
31. Morawetz D. Insomnia and Depression: Which Comes First. *Sleep Res Online*. 2003; (2):77-81.
32. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*. 2000; 29(3):167-80.
33. Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F, Ansley L. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression: Commentary. *Sports Medicine*. 2007; 41(1):29-33.
34. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep*. 1999; 22(2):S379-85.
35. Osei-Tutu KB, Campagna PD. The effects of short- vs. long-bout exercise on mood, VO₂max, and percent body fat. *Preventive Medicine*. 2005; 40(1):92-98.
36. Dishman RK. Special topic: Neurobiology and exercise: Does exercise give better well-being in healthy and diseased individuals. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2006; 6(6):379-380.

37. Iler J. Efficacy of a nonpharmacological intervention for insomnia: an empirical investigation. Doctoral dissertation, Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, Los Angeles, California. 1997. p. 152.
38. Adomaitienė R. Taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla. Kaunas: LKKA, 2011; p. 14-21.
39. Powwel J, Wahidin A. Corporate Crime, Aging and Pensions in Great Britain. *Social Social Policy*. 2004; 3(1): 37-55.
40. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Butkienė B, Butikis M, Savičiūtė R. Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai. *Gerontologija*. 2008; 9(4):207-13.
41. Buchheit M, Platat C, Oujaa M, Simon C. Habitual physical activity, physical fitness and heart rate variability in preadolescents. *Sports Medicine*. 2007; 28:204-210.
42. Varoneckas G, Blavieščiūnienė L, Čepukienė L, Duobinis D, Gadeikis E, Jocienė I, ir kt. Ligonių su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7:39-44.
43. Van de Vliet P. The physical self in clinically depressed patients. Assessment of the exercise and self-esteem model in clinical settings (Doctoral dissertation). Leuven: Katholieke Universitet Leuven. 2002.
44. Kaplan H. I, Sadock B. J, Grebb J. A. Kaplan and Sandock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins. 1994; p. 124-135
45. Amerikos psichiatrijos asociacija: DSM – III – R diagnostikos kriterijai. Kaunas: Medicina. 1993; p.12-15.
46. Wright R.B, Ruch, J.A. *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2-nd.edition. New York: The Guilford Press. 2005; p. 87-91.
47. Chastain P. B, Shapiro G. E. Physical Fitness Program for Patients with Psychiatric Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 1987; 67(4), 545-548.
48. Rimmer J.H, Braddock J, Pitetti K.H. Research on pysical activity and disability: An emergging national priority. *Medicine and Sciene in sport and Exercise*. 1996; 28 (8).
49. Pet L. R. Physical medicine and rehabilitation. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 166.

50. Mikelkevičiūtė J. Emociniai pažeidimai. Paskaitų konspektas. Kaunas, 2009;: LKKA 11-14.
51. Compton D.M., Eisenman P. A., Henderson H.L. Exercise and fitness for Person with disabilities. *Sport medicine*. 2012; 7(3),150-162.
52. Carpenter W, Heinrichs T, D.W, Hanlon T. E. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizoprenija. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 144(11), Nov, 1466-1470.
53. Weiden D. J, Mann J. J. Causes of neuroleptic noncompliance. *Psychiatric Annals*. 2008; 16(10), 571-575.
54. Bandura A. Self-efficacy theory: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 2011; 84, 2,191-215.
55. Stroputė, D, Andruškienė, J, Raškauskienė N, Bunevičius R. Dirbančiųjų laisvalaikio fizinio aktyvumo raiškos sąsajos su depresijos simptomais. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. 2008; 10, 1, 7-11.
56. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ; Sallis JF, Paffenbarger RS, Jr. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;25(1):71-80.
57. Kohl HW III. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. [discussion S493-4]. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33:S47283.
58. Darren ER, Warburton CWN, Shannon SD. Bredin: Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006;174:801-9.
59. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Butkienė B, Butikis M, Savičiūtė R. Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai. *Gerontologija*. 2012;9(4):207-13
60. Buchheit M, Platat C, Oujaa M, Simon C. Habitual physical activity, physical fitness and heart rate variability in preadolescents. *Int J Sports Med*. 2007;28:204-210.
61. Krystal AD. Sleep and psychiatric disorders: future directions. *Psychiatr Clin North Am*. 2006; 29(4):1115-30.
62. Agita M. Move for Health. World Health Organization. Geneva. 2002.

63. Hu FB, Willett WC, Li T, Stampfer MJ, Colditz GA, Manson JE. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J Med*. 2004; 351:2694-703.
64. Van de Vliet P. Physical fitness as a driving force to enhance psychological well-being in the treatment of depressive disorders. Leuven, K.U. Leuven, Faculty of Physical Education and Physiotherapy: unpublished master thesis European Master's Degree in Adapted Physical Activity. 1994.
65. Sveikatos mokslai. 2008; 5(59):1880-86.
66. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*. 2000; 29(3):167-80.
67. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
68. Buysse D.J, Reynolds III Ch.F., Monk T.H., Berman S.R, Kupfer D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1988; 28:193-213.
69. Zhang L, Abreu BC, Seale GS, Masel B, Christiansen CH, Ottenbacher KJ. A virtual reality environment for evaluation of a daily living skill in brain injury rehabilitation: reliability and validity. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; Aug;84(8):1118-24.
70. Sonstroem, R.J. & Morgan, W.P. Exercise and self-esteem: rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2010; 21, 329-337.
71. Johnson, L, Biddle, S. Persistence after failure: an explanatory look at "learning Helplessness" in motor performance. *British Journal of Physical Education Research Supplement*. 2012; 5, 7-10.
72. Gill A, Womack R, Safranek S, Clinical Inquiries: Does exercise alleviate symptoms of depression? *J Fam Pract*. 2010 Sep; 59(9):530-1.
73. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, Herman S, Craighead WE, Brosse AL, Waugh R, Hinderliter A, Sherwood A, Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder, *Psychosom Med*. 2007 SepOct; 69(7):587-96. Epub 2007 Sep 10.

PRIEDAI

1 priedas

Nerimo ir depresijos įvertinimo klausimynas (HAD) Perskaitykite kiekvieną teiginį ir užbraukite tik vieną apskritimą X prie atsakymo, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę.

Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

NERIMO IR DEPRESIJOS ĮVERTINIMO KLAUSIMYNAS (HAD)

1. N

Aš jaučiu įtampą ir nerimą

3 Beveik visą laiką, nuolat

2 Didelę laiko dalį, dažnai

1 Retkarčiais

0 Niekada nejaučiu

2. D

Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau

0 Visiškai tiek pat

1 Mažiau nei anksčiau

2 Daug mažiau

3 Beveik visai nedžiugina

3. N

Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti

3 Labai aiškiai ir stipriai

2 Taip, bet nestipriai

1 Nestipriai, bet manęs tai nejaudina

0 Visiškai ne

4. D

Aš gali juoktis ir suprasti humorą

0 Taip pat kaip anksčiau

1 Mažiau ir sunkiau

2 Daug mažiau ir sunkiau

3 Visiškai negaliu

5. N

Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai

3 Didžiąją laiko dalį, nuolat

2 Daug laiko, dažnai

1 Retkarčiais, bet ne dažnai

0 Tik retkarčiais

6. D

Man linksma

3 Niekada

2 Labai retai

1 Kartais

0 Didžiąją laiko dalį

7. N

Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti

0 Visada

1 Dažnai

2 Retai

3 Niekada

8. D

Aš jaučiuosi užslopinta(-s), lėčiau galvoju ir judu

3 Beveik visą laiką

2 Labai dažnai

1 Kartais, nestipriai

0 Visiškai ne

9. N

Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine

0 Visiškai ne

1 Kartais

2 Gana dažnai

3 Labai dažnai, nuolat

10. D

Aš nustojau rūpintis savo išvaizda

3 Pradėjau visiškai nesirūpinti

2 Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų

1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau

0 Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet

11. N

Jaučiu, kad nerimstu vietoje

3 Labai stipriai

2 Gana stipriai

1 Truputį

0 Visiškai ne

12. D

Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus

0 Tiek pat, kiek visada

1 Mažiau nei anksčiau

2 Daug mažiau nei anksčiau

3 Visiškai nelaukiu

13. N

Mane staiga apima didelis nerimas ir baimė

3 Tikrai labai dažnai

2 Pakankamai dažnai

1 Retai

0 Niekada

14. D

Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida

0 Dažnai

1 Kartais

2 Retai

3 Labai retai

2 priedas

PITSBURGO MIEGO KOKYBĖS INDEKSAS

NURODYMAI

Sekantys klausimai siejasi tik su praėjusio mėnesio miegu. Jūsų atsakymai turėtų atspindėti daugumą praėjusio mėnesio dienų ir naktų. Prašome atsakyti į visus klausimus.

1. Kelintą valandą vakare Jūs paprastai atsigulate?

GULIMOSI LAIKAS _____

2. Per kiek minučių Jūs paprastai užmiegate kiekvieną vakarą?

MINUTĖS _____

3. Kelintą valandą Jūs paprastai pats pabundate ryte?

PRABUDIMO LAIKAS _____

4. Kiek valandų per naktį Jūs miegate? (Atsakymas nebūtinai turi sutapti su buvimo lovoje trukme).

MIEGO VALANDOS PER NAKTĮ _____

Kiekvienam sekančiam klausimui pažymėkite vieną atsakymą. Prašome atsakyti visus klausimus.

5. Kaip dažnai, per praėjusį mėnesį, Jūs blogai miegojote dėl to, kad...

a) negalėdavote užmigti per 30 min.

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

b) atsibudavote vidurį nakties ar anksti ryte

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

c) turėdavote pasinaudoti tualetu

- nė karto per mėnesį ___

- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

d) negalėdavote laisvai kvėpuoti

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

e) kosėdavote ar garsiai knarkdavote

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

f) būdavo per šalta

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

g) būdavo per karšta

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

h) kankindavo blogi sapnai

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

i) jausdavote skausmą

- nè karto per mènesi ___
- mažiau nei 1 kartą per mènesi ___
- 1 ar 2 kartus per mènesi ___
- 3 ar daugiau kartų per mènesi ___

j) būdavo kitų priežasčių _____

- nè karto per mènesi ___
- mažiau nei 1 kartą per mènesi ___
- 1 ar 2 kartus per mènesi ___
- 3 ar daugiau kartų per mènesi ___

6. Kaip Jūs bendrai įvertintumėte savo praėjusio mėnesio miego kokybę?

- Labai gerai ___
- Gerai ___
- Blogai ___
- Labai blogai ___

7. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jūs vartojote vaistus dėl blogo miego (išrašytus gydytojo ar nusipirktus be recepto)?

- nè karto per mènesi ___
- mažiau nei 1 kartą per mènesi ___
- 1 ar 2 kartus per mènesi ___
- 3 ar daugiau kartų per mènesi ___

8. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jums būdavo sunku išlikti žvaliam vairuojant automobilį, valgant, vystant socialinę veiklą?

- nè karto per mènesi ___
- mažiau nei 1 kartą per mènesi ___
- 1 ar 2 kartus per mènesi ___
- 3 ar daugiau kartų per mènesi ___

9. Ar praėjusį mėnesį nekilo problemų Jūsų įprastinėje veikloje (dingo susidomėjimas darbu, sumažėjo entuziazmas asmeniniame gyvenime, atsirado abejingumas, apatija)?

- Nebuvo problemos _____
- Nežymi problema _____
- Ženkli problema _____
- Labai didelė problema _____

10. Ar miegate su kuo nors vienoje lovoje ar kambaryje?

- Nėra partnerio _____
- Partneris kitame kambaryje _____
- Partneris tame pačiame kambaryje, bet kitoje lovoje _____
- Partneris toje pačioje lovoje _____

Jei turite partnerį, paklauskite kaip dažnai Jūs:

a) garsiai knarkėte

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

b) kvėpuojate nelygiai, su ilgomis pauzėmis tarp įkvėpimų

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

c) neramiai judindavote kojas

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

d) blaškydavotės lovoje, būdavote dezorientuotas, sutrikęs

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___

- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___

e) kiti pastebėjimai, prašome aprašyti _____

- nė karto per mėnesį ___
- mažiau nei 1 kartą per mėnesį ___
- 1 ar 2 kartus per mėnesį ___
- 3 ar daugiau kartų per mėnesį ___