



VILNIAUS UNIVERSITETAS MEDICINOS FAKULTETAS

Kineziterapijos studijų programa

Sveikatos mokslų institutas, Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra

Paola Stražnickaitė, IV kursas, 6 grupė

BAKALAURO BAIGIAMASIS DARBAS

**Psichomotorinės terapijos poveikis moterų, turinčių
valgymo sutrikimų, fizinei ir psichoemocinei būklei**

**Effects of Psychomotor Therapy on the Physical and
Psychoemotional State of Women with Eating Disorders**

Darbo vadovas docentė, dr. Aurelija Šidlauskienė

Katedros vadovas asistentas dr. Tomas
Aukštiksalsnis

Vilnius, 2024

Studento elektroninio pašto adresas: paola.straznickaite@mf.stud.vu.lt

ANOTACIJA

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas “Psichomotorinės terapijos poveikis moterų, turinčių valgymo sutrikimų, fizinei ir psichoemocinei būklei” atliktas 2024 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje bei Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Valgymų sutrikimų skyriuje.

Darbo autorius: Paola Stražnickaitė, Vilniaus universiteto kineziterapijos bakalauro studijų programos IV kurso studentė.

Darbo vadovas: doc. dr. Aurelija Šidlauskienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Darbas apsvarstytas VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2024m. kovo mėn. 29 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešai ginti.

Darbo recenzentai:

1. (pareigos, vardas pavardė) – Lekt. Loreta Vilkinaitė

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas „Psichomotorinės terapijos poveikis moterų, turinčių valgymo sutrikimų, fizinei ir psichoemocinei būklei“, ginamas viešame kineziterapijos bakalauro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2024m. gegužės mėn. 28 d., 9:00 val., Akademijos g. 4, 402 auditorijoje.

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

SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Sveikatos mokslų universitetas

Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra

Kineziterapijos bakalauro studijų programa

Psichomotorinės terapijos poveikis moterų, turinčių valgymo sutrikimų, fizinei ir psichoemociinei būklei

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Paola Stražnickaitė

Darbo vadovė: docentė, dr. Aurelija Šidlauskienė

Raktiniai žodžiai: Nervinė anoreksija, nervinė bulimija, kompulsinis persivalgymo sutrikimas, valgymo sutrikimai, psichomotorinė terapija, depresija, nerimas, nuovargis, kūno įvaizdis, pasitenkinimas gyvenimo kokybe, gydymas.

Darbo tikslas – nustatyti psichomotorinės terapijos poveikį moterims, turinčioms valgymo sutrikimus.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams.
2. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams.
3. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams.

Tyrimo organizavimas ir metodai. Tyrimas atliktas Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Valgymų sutrikimų skyriuje, 2024 m. vasario mėn. – 2024 m. balandžio mėn. Tiriamieji – 18-35m. amžiaus moterys, susiduriančios su tokiais valgymo sutrikimais kaip nervinė anoreksija, nervinė bulimija bei kompulsinis persivalgymas. Pacientėms vertinta: fizinė sveikata pagal gyvenimo kokybės pasitenkinimo trumpąjį klausimyną (Q-LES-Q-SF), nuovargis pagal nuovargio įvertinimo (FAS) skalę, depresijai būdingi požymiai pagal Burnso depresijos skalę (Burn's Depression Checklist) bei

kūno suvokimas pagal savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimyną (Body Self-Image Questionnaire – Short).

Psichomotorinės terapijos intervencijos vyko 2 kartus per savaitę, užsiėmimo trukmė 2val. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje išdalintų apklausų rezultatai buvo sulyginti, išanalizuoti ir apdoroti Excel programa.

Tyrimo rezultatai. Po psichomotorinės terapijos intervencijos pacientės pasižymėjo mažesniu nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimu (vertinta Burns'o depresijos skale). Sumažėjo verkimo priepuoliai, žemos savivertės bei liūdesio jausmas, kaltės bei gėdos jausmas ir sunkumai priimant sprendimus. Taip pat, sumažėjo vienišumo jausmas bei noras fiziškai save sužaloti, padidėjo susidomėjimas šeima ir draugais, sugrįžo bendras pasitenkinimas gyvenimu.

Po intervencijos pacientės pasižymėjo mažiau varginančiu kasdieniu nuovargiu, mažesniu fiziniu bei psichiniu išsekimu ir didesniu gebėjimu skaidriai mąstyti (vertinta pasitelkiant nuovargio vertinimo (FAS) skalę). Valgymo sutrikimus turinčios moterys po intervencijos savo išvaizdą vertino geriau nei prieš intervenciją, pastebėjo sveikatos ir fitneso teigiamą poveikį bei įtaką kūnui ir savijautai. Taip pat, pastebėtas noro atrodyti nepriekaištingai sumažėjimas, sveikatos bei fizinio aktyvumo vertinimo padidėjimas bei bendros kūno išvaizdos vertinimo pagerėjimas (vertinta savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimynu).

Po intervencijos pacientės buvo labiau patenkintos savo laisvalaikiu, namų ruošos darbais, bendra savijauta bei bendru pasitenkinimu gyvenimu (vertinta gyvenimo malonumo ir pasitenkinimo klausimynu).

Tyrimo išvados: Psichomotorinės terapijos intervencija parodė teigiamą poveikį moterų nerimo, depresijos bei nuovargio simptomų mažinimui. Taip pat psichomotorinės terapijos intervencija pasižymėjo teigiamu poveikiu moterų savo kūno įvaizdžio bei pasitenkinimo gyvenimo kokybe vertinimui.

SUMMARY

Vilnius University Faculty of Medicine

University of Health Sciences

Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine

Physiotherapy Bachelor's Degree Program

**Effects of psychomotor therapy on the physical and psychoemotional state of women
with eating disorders**

Physiotherapy bachelor's thesis

Author of the paper: Paola Stražnickaitė

Supervisor: associate professor, dr. Aurelija Šidlauskienė

Keywords: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating disorder, eating disorders, psychomotor therapy, depression, anxiety, fatigue, body image, satisfaction with quality of life, treatment.

The aim of the work - to determine the effect of psychomotor therapy on women with eating disorders.

Work tasks:

1. To assess the effect of psychomotor therapy on anxiety and depression symptoms in women with eating disorders.
2. To assess the effect of psychomotor therapy on women's fatigue and their body perception in the presence of eating disorders.
3. To assess the effect of psychomotor therapy on women's satisfaction with the quality of life with eating disorders.

Research organization and methods. The study was conducted in the Eating Disorders Department of the Vilnius City Mental Health Center, 2024. February. - in 2024 in April Subjects - 18-35 years old. aged women facing such eating disorders as anorexia nervosa, bulimia nervosa and compulsive overeating. Patients were assessed for: physical health according to the short questionnaire of quality of life satisfaction (Q-LES-Q-SF), fatigue according to the Fatigue Assessment Scale (FAS), depressive symptoms according to the Burn's Depression Checklist, and

body perception according to the body image assessment questionnaire (Body Self-Image Questionnaire – Short).

Psychomotor therapy interventions took place 2 times a week, the duration of the session was 2 hours. The results of the surveys distributed at the beginning and at the end of the study were compared, analyzed and processed with the Excel program.

Research results. After the psychomotor therapy intervention, the patients showed a lower manifestation of anxiety and depression symptoms (assessed by the Burns depression scale). Crying fits, feelings of low self-esteem and sadness, feelings of guilt and shame, and difficulty making decisions are reduced. Also, the feeling of loneliness and the desire to physically injure oneself decreased, the interest in family and friends increased, and general satisfaction with life returned.

After the intervention, patients reported less distressing daily fatigue, less physical and mental exhaustion, and greater ability to think clearly (assessed using the Fatigue Assessment Scale (FAS)). Women with eating disorders rated their appearance better after the intervention than before the intervention, noticed the positive effects of health and fitness, and the impact on the body and well-being. Also, a decrease in the desire to look flawless, an increase in the evaluation of health and physical activity, and an improvement in the evaluation of the overall body image (assessed by the self-image evaluation questionnaire) were observed.

After the intervention, the patients were more satisfied with their free time, housework, general well-being and overall satisfaction with life (assessed by the Life Pleasure and Satisfaction Questionnaire).

Research findings: Psychomotor therapy intervention showed a positive effect on reducing symptoms of anxiety, depression and fatigue in women. Also, the intervention of psychomotor therapy had a positive effect on women's assessment of their body image and satisfaction with the quality of life.

TURINYS

ANOTACIJA.....	2
SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	5
TURINYS	7
SANTRUMPOS.....	9
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS	10
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	11
1. ĮVADAS	12
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	15
2.1. Valgymo sutrikimų samprata	15
2.2. Valgymo sutrikimų epidemiologija.....	17
2.3. Valgymo sutrikimų ir fizinės būklės sąsaja	19
2.3.1. Elektrolitų pusiausvyros sutrikimai.....	20
2.3.2. Vėmimo sukeltos komplikacijos, virškinamojo trakto bei burnos gleivinės problemos...21	
2.3.3. Širdies ir kraujagyslių ligos	22
2.4. Valgymo sutrikimų, depresijos, nerimo ir nuovargio sąsaja.....	24
2.5. Valgymo sutrikimų ir savo kūno suvokimo sąsaja	26
2.6. Valgymo sutrikimų ir pasitenkinimo gyvenimo kokybe sąsaja	27
2.7. Valgymo sutrikimų gydymas ir psichomotorinė terapija.....	28
3. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA.....	30
3.1. Tyrimo organizavimas ir tiriamieji	30
3.2. Tyrimo metodai	31
3.2.1. Gyvenimo kokybės pasitenkinimo vertinimas	31
3.2.2. Nuovargio vertinimas	31
3.2.3. Depresijai būdingų požymių vertinimas.....	31
3.2.4. Kūno suvokimo vertinimas.....	32
3.3. Duomenų analizės metodai	33
4. TYRIMO REZULTATAI.....	34
4.1. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams	34

4.2. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams	37
4.3. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams	42
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	43
5.1. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams	43
5.2. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams.....	44
5.3. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams	45
IŠVADOS	46
REKOMENDACIJOS	47
LITERATŪROS SĄRAŠAS	48
PRIEDAI.....	54

SANTRUMPOS

AN - Nervinė anoreksija (Anorexia nervosa).

BED – Kompulsinis persivalgymo sutrikimas (Binge-eating disorder).

BN - Nervinė bulimija (Bulimia nervosa).

ED – Valgymo sutrikimai (Eating disorders).

FAS - Nuovargio vertinimo skalė.

HRQL - Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.

PMT - Psichomotorinė terapija.

Q-LES-Q-SF - Gyvenimo kokybės pasitenkinimo trumpasis klausimynas.

DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelė 1. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal pogrupius prieš intervenciją ir po intervencijos.....	35
Lentelė 2. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimyno pogrupius.....	38
Lentelė 3. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas 9 pogrupiuose prieš intervenciją ir po intervencijos.....	39

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Paveikslas 1. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal Burns'o depresijos skalę.	34
Paveikslas 2. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal Burns'o depresijos skalės pogrupius.	35
Paveikslas 3. Tiriamųjų (N=30) depresijos lygis prieš ir po intervencijos pagal surinktų taškų skaičių.	37
Paveikslas 4. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal nuovargio vertinimo (FAS) skalę.	38
Paveikslas 5. Tiriamųjų (N=30) anketų taškų pasiskirstymas pagal gyvenimo malonumo ir pasitenkinimo klausimyną.	42

1. ĮVADAS

Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas.

Valgymo sutrikimai (ED) yra sudėtingi psichikos sutrikimai, kuriems būdingas su valgymu susijusio elgesio sutrikimas ir susirūpinimas kūno svoriu ir forma. Jie sukelia didelius fizinius ir psichosocialinius sutrikimus, yra apsunkinti daugybe gretutinių psichikos ir medicininių ligų bei didelio mirtingumo. Valgymo sutrikimai yra daugiausiai paplitę pramoninėse šalyse bei daugiau pastebimi pas moteris, kurių amžius svyruoja nuo paauglystės iki jaunos pilnametystės. [1] Tokie sutrikimai, kaip nervinė anoreksija (AN), nervinė bulimija (BN) ir kompulsinis valgymo sutrikimas arba kompulsinis persivalgymas (BED), yra rimtos psichinės ligos, kurioms būdingi kūno įvaizdžio ir valgymo elgesio sutrikimai. Valgymo sutrikimai paprastai pasireiškia perėjimo į pilnametystę metu; vidutinis anoreksijos ir bulimijos pasireiškimo amžius yra nuo 15 iki 19 metų, o kompulsinio valgymo sutrikimas paprastai pasireiškia šiek tiek vėliau, nuo 23 iki 24 metų. Jaunų suaugusiųjų gydymo poreikiai tenkinami prasčiau nei paauglių – tai rodo mažesnis gydymosi skaičius, dažnesnis hospitalizavimo skaičius, nepasitenkinimas gydymu bei prastesni klinikiniai rezultatai. Galimybių, gauti specializuotą priežiūrą, apribojimai neabejotinai prisideda prie didesnio pažeidžiamumo pereinant į pilnametystę. [2] Be to, tokie valgymo sutrikimai kaip nervinė bulimija ir kompulsinio valgymo sutrikimas yra atitinkamai susiję su vėmimo komplikacijomis, piktnaudžiavimu vidurius laisvinančiais vaistais ir nutukimu. Šiems sutrikimams būdingas nesveikas elgesys, susijęs su maistu, kūno įvaizdžio susirūpinimu ir svoriu. [3] Dažnos psichikos sveikatos pasekmės ir gretutinės ligos yra nerimas, depresija, bipolinis sutrikimas, savižudybė ir miego problemos. Šios sveikatos pasekmės atsiranda dėl per didelės arba nepakankamos mitybos, dėl kurios gali atsirasti antsvoris ir nutukimas arba tam tikrų maistinių medžiagų - elektrolitų ar vitaminų, trūkumas. Kitos pasekmės fizinei sveikatai yra virškinamojo trakto problemos, endokrininiai ir medžiagų apykaitos sutrikimai, širdies ir kraujagyslių ligos, pablogėjusi kaulų sveikata ir odos problemos. [4] Fizinės valgymo sutrikimų pasekmės gali būti sunkios ir paveikti įvairias organų sistemas, o tai pabrėžia, kad svarbu spręsti tiek psichinius, tiek fizinius šių ligų aspektus. [5] Psichomotorinė terapija remiasi holistiniu požiūriu į žmogų. Šis požiūris kyla iš kūno ir proto vienybės. Ši sąvoka apjungia pažinimo, emocinį ir fizinį aspektus bei gebėjimą būti ir veikti psichosocialiniame kontekste. Psichomotorinė terapija laikoma papildoma terapija ir gali būti įtraukta į keletą psichoterapinių metodų (elgesio, kognityvinė ar psichodinaminė terapija). Ji apima medicininius, psichologinius, kineziologinius ir reabilitacinius

komponentus. Psichomotorinė terapija, esant valgymo sutrikimams, buvo sukurta remiantis trim pradiniais taškais (t.y. iškreiptos kūno patirties, stebimo hiperaktyvumo ir baimės prarasti savikontrolę), išvestais iš specifinio valgymo sutrikimų elgesio modelio. Psichomotorinė terapija sutelkia dėmesį į daugiamatį kūno patirties aspektą (suvokimą, pažinimą, požiūrį, elgesį), turint tris konkrečius tikslus: (1) atkurti tikrovišką savęs įvaizdį, (2) pažaboti hiperaktyvumą, impulsus bei įtampą ir (3) ugdyti socialinius įgūdžius. [6] Psichomotorinėje terapijoje sistemingai naudojami kūno suvokimo pratimai ir fizinė veikla, kuri visais aspektais yra pagrindinis šio terapinio požiūrio bruožas. Ši terapija sąveikauja su kitais metodais, tokiais kaip mankštos ir šokio judesio terapija. Psichomotorinė terapija dažniausiai naudojama kaip papildoma ir pridėtinė priemonė psichiatrinio gydymo metu. [7]

Tyrimo objektas. Psichomotorinės terapijos poveikis moterims, turinčioms valgymo sutrikimus.

Tyrimo subjektas. 18-35m amžiaus moterys, turinčios valgymo sutrikimus.

Hipotezė. Psichomotorinė terapija yra efektyvus moterų, turinčių valgymo sutrikimus, gydymo metodas, rodantis teigiamą poveikį fizinei bei psichoemocinei būklei.

Tyrimo tikslas. Nustatyti psichomotorinės terapijos poveikį moterims, turinčioms valgymo sutrikimus.

Uždaviniai:

1. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams.
2. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams.
3. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams.

Tyrimo rezultatams pasiekti ir hipotezei patvirtinti buvo atliktas empirinis tyrimas. Tyrimo duomenims rinkti buvo naudojama anketinė apklausa. Prieš pildant anketas, tiriamiesiems buvo pateiktos asmens sutikimo formos, patvirtinančios paciento anonimiškumą ir konfidencialumą bei pacientų sociodemografinių duomenų apklausa. Šioje apklausoje buvo pateikti 5 klausimai, kuriuose buvo klausiama apie pacientų amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, žalingus įpročius bei fizinį aktyvumą, t.y. kiek kartų per savaitę užsiimama fizine veikla. Tiriamiesiems buvo išdalintos anketos intervencijos pradžioje bei pabaigoje. Psichomotorinės terapijos intervencija truko 4 savaites.

Psichomotorinės terapijos intervencijos vyko 2 kartus per savaitę, užsiėmimo trukmė 2val. Užsiėmimų metu pacienčių buvo klausiama kaip šioms sekėsi laikytis poilsio – darbo, sveikos mitybos režimo, kaip sekėsi priimti bei mylėti savo kūną, priimti bei dalinti komplimentus aplinkiniams. Po pirmosios užsiėmimo dalies – apklausos, sekė kūno pažinimo, priėmimo pratimai: pirštų lietus, savimasažas, kūno džiazas, pratimai prieš veidrodį, piršto šokis, galvos – uodegos užduotis bei pasyvus išlankstymas. Kiekvieno užsiėmimo metu buvo parenkami skirtingi psichomotorinės terapijos pratimai, pvz.: pirmo užsiėmimo metu pacientės buvo apklaustos bei naudota savimasažo bei pirštų lietaus užduotis, o sekančio užsiėmimo metu po apklausos sekė kūno džiazas bei galvos - uodegos užduotis. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje išdalintų apklausų rezultatai buvo sulyginami, išanalizuoti ir apdoroti Excel programa.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Valgymo sutrikimų samprata

Ankstyviausias į valgymo sutrikimą panašaus sindromo aprašymas pateiktas Mortono traktate (1694 m.), skyriuje „Nervų vartojimas“, kuriame autorius pasakoja apie du paauglius, kurie patyrė apetito praradimą, ekstremalų badavimą, svorio kritimą ir jų gydymą bei rezultatus. Istoriniai pranešimai rodo, kad valgymo sutrikimai egzistavo net XVII amžiuje bei buvo vadinami „šventąja anoreksija“ (*angl. holy anorexia*). Tačiau vieną iš pirmųjų mokslinių pranešimų apie šią būklę XIX amžiaus pabaigoje pateikė Williamas Gullas, kuriam priskiriamas nervinės anoreksijos terminas. [8] Viena iš pagrindinių valgymo sutrikimų problemų yra netinkama mityba. Nervinė anoreksija ir nervinė bulimija yra valgymo sutrikimai, kuriems būdingas lieknumo internalizavimas ir ekstremalus svorio kontrolės elgesys. Abejuose, svorio ir kūno formos pervertinimas - privalomas kriterijus. [9]

Nervinę anoreksiją lydi ir psichikos, ir somatiniai simptomai, kuriai būdingas ekstremalus dietų laikymasis, stiprus svorio kritimas ir dėl to bloga mityba. Be dažno nerimo ir depresijos sutrikimų, nervinės anoreksijos klinikiniai simptomai dažniausiai apima nerimo ir depresijos simptomus. Šių nerimo ir depresijos simptomų etiologija diskutuojama: jie gali būti siejami su nervine anoreksija (baimė valgyti viešoje vietoje, miego sutrikimai), su netinkamos mitybos pasekmėmis (apatija, valgymo ritualais) arba su gretutinėmis psichikos ligomis. [10] Nors tai yra psichikos sutrikimas, maždaug pusė mirčių yra siejama su fizinėmis komplikacijomis, susijusiomis su badu. Nervinė anoreksija pasižymi didžiausiu mirtingumu iš visų psichikos sveikatos sutrikimų, o mirtingumas yra ypač ryškus atsižvelgiant į paprastai jauną sergančių pacientų amžių. Apskritai, pacientų, sergančių nervine anoreksija, mirtis dažnai būna „staigi“, t.y., netikėta, kuriai nėra tinkamo priežasties paaiškinimo. [11] Nervinė anoreksija pasižymi turinti daugybę gretutinių medicininių komplikacijų. Sergamumo nervine anoreksija dažnis didėja tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Todėl naudinga, kad psichiatras būtų susipažinęs su šiomis medicininėmis komplikacijomis, jog galėtų optimizuoti paciento priežiūrą, kai jis gydomas ligoninėje. Psichologiniai veiksniai, tokie kaip depresija ir nerimas, žalingi įpročiai, tokie kaip piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis bei aplinkos įtaka - visuomenės spaudimas lieknumui ar potrauminiai įvykiai, gali padidinti riziką šios ligos atsiradimui. [12]

Nervinė bulimija yra rimta psichinės sveikatos problema, susijusi su fizinės sveikatos komplikacijomis ir sutrikusiu psichosocialiniu funkcionavimu namuose, darbe, asmeninėje ir

socialinėje aplinkoje. Nervinės bulimijos gali nepastebėti draugai ir šeimos nariai, nes asmenims gali nepasireikšti sunkūs išoriniai simptomai, kurie, pavyzdžiui, yra būdingi nervinei anoreksijai (pvz., išsekimas). Amenys, sergantys nervine bulimija, yra labiau linkę turėti sveiką svorį arba atsvorį, kurių vidutinis KMI yra apie 27 - tai gali stabdyti pacientą kreiptis pagalbos. Valgymo sutrikimų elgesys, įskaitant persivalgymą ir ekstremalų svorio kontrolės poreikį, gali būti slaptas dėl susijusio gėdos ar kaltės jausmo. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai taip pat gali neaptikti nervinės bulimijos rizikos, jei pacientai neatskleidžia simptomų per susitikimus bei yra mažiau linkę atskleisti elgesį, apie kurį jų tiesiogiai nėra klausiama. Asmenys gydytojams gali pasirodyti sveiki, dėl to turi būti atliekami išsamūs medicininiai tyrimai (pvz., elektrolitų disbalanso ištyrimas). [13] Nervinė bulimija apima persivalgymo ciklą, po kurio seka išsivalymo elgesys, pvz., vėmimas ar per didelis fizinis krūvis. Pasikartojantis organizmo valymas gali sukelti elektrolitų disbalansą, kuris yra labai svarbus tinkamam širdies, raumenų ir nervų funkcionavimui. Elektrolitų, tokių kaip kalis, natris ir chloridas, disbalansas gali sukelti širdies aritmiją, raumenų silpnumą ir neurologines problemas. Dažnas valymas taip pat apkrauna virškinimo sistemą ir gali sukelti tokias problemas kaip rūgšties refluksas, skrandžio plyšimas ir stemplės pažeidimas. [14] Taip pat, nervinė bulimija gali sukelti įvairių bendrųjų medicininių komplikacijų, įskaitant metabolinę alkalozę, dehidrataciją, vidurių užkietėjimą ir širdies aritmijas. Dažniausia nervine bulimija sergančių pacientų metabolinės alkalozės priežastis yra skysčių tūrio sumažėjimas, dėl kurio, gydymui yra skiriamas fiziologinis tirpalas. Gydant vidurių užkietėjimą, susijusį su nervine bulimija arba vidurius laisvinančių vaistų vartojimo nutraukimu, reikia pasirūpinti pakankama kūno hidratacija, maistinėmis skaidulomis bei fazine mankšta. Pacientams, kuriems pasireiškia sunkios ar simptominės nervinės bulimijos širdies komplikacijos, kurias dažniausiai sukelia elektrolitų sutrikimai, patariama kreiptis į kardiologą. [15]

Kompulsinis persivalgymo sutrikimas apibrėžiamas kaip objektyviai didelio maisto kiekio (didesnio, nei dauguma žmonių vartotų panašiomis aplinkybėmis) suvartojimas kartu su valgymo kontrolės praradimo jausmu. Sutrikimui būdingi pasikartojantys persivalgymo epizodai be susijusių ypatybių, tokių kaip kančia dėl valgymo ar valgymo slaptumas. Kompulsinio persivalgymo sutrikimas dažniausiai siejamas su nutukimu, diagnozė nuo nervinės bulimijos skiriasi tuo, kad nėra kompensuojamojo elgesio, skirto suvartotų kalorijų pašalinimui. [16] Kompulsinio persivalgymo sutrikimui būdingi reguliarūs persivalgymo epizodai. Perteklinis svoris kelia didesnę riziką susirgti tokiomis ligomis kaip diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos bei sąnarių problemos. Pasaulinis kompulsinio persivalgymo sutrikimo paplitimas 2018–2020 m. yra 0,6–1,8 % suaugusių moterų ir 0,3–0,7 % suaugusių vyrų. Fizinės sutrikimo pasekmės dažnai siejamos su ilgalaikiais nutukimo

padariniais bei suprastėjusia gyvenimo kokybe. Norint išgydyti kompulsinio persivalgymo sutrikimą, reikia visapusiško požiūrio į gydymą, sprendžiantį tiek valgymo sutrikimą, tiek jo fizines pasekmes. [17]

Apibendrinant galima teigti, jog yra trys pagrindiniai valgymo sutrikimų tipai - nervinė anoreksija, nervinė bulimija bei kompulsinis persivalgymo sutrikimas. Šie sutrikimai apibūdinami kaip rimtos psichinės ligos, kurioms būdingi kūno įvaizdžio ir valgymo elgesio sutrikimai. Valgymo sutrikimai dažniausiai atsiranda paauglystėje arba ankstyvoje pilnametystėje, kuriuos gydyti yra rekomenduojama nedelsiant, norint išvengti tolimesnių rimtų sveikatos komplikacijų.

2.2. Valgymo sutrikimų epidemiologija

Epidemiologiniai tyrimai suteikia informacijos apie sutrikimų pasiskirstymą (kas, kada ir kur) tam tikroje populiacijoje ir jų tendencijas laikui bėgant. Valgymo sutrikimų atveju yra keletas metodinių problemų, susijusių su epidemiologiniais tyrimais. Valgymo sutrikimai bendruomenėje yra gana reti ir dažnai vengiama ieškoti pagalbos arba ji atidedama, pavyzdžiui, dėl neigimo (ypač sergant nervine anoreksija) arba dėl stigmos ir gėdos (ypač sergant nervine bulimija). [18] Per pastaruosius dešimtmečius įvyko esminių valgymo sutrikimų klasifikacijos pokyčių. Išplėstas mitybos ir valgymo sutrikimų diagnostikos spektras dabar svyruoja nuo tokių būklių, kurioms būdingas maisto apribojimas (nervinė anoreksija), iki tokių, kurioms būdingas potraukis maistui bei persivalgymas (nervinė bulimija ir kompulsinis persivalgymo sutrikimas). Apie 1,4 % moterų ir 0,2 % vyrų per savo gyvenimą patiria nervinę anoreksiją; 1,9% moterų ir 0,6% vyrų kenčia nuo nervinės bulimijos bei 2,8% moterų ir 1,0% vyrų suserga kompulsiniu persivalgymo sutrikimu. Taigi, valgymo sutrikimai yra labiausiai paplitę tarp moterų. Norint įvertinti naujų atvejų atsiradimo laiko tendencijas, aiškumo gali suteikti tik išilginiai dažnumo tyrimai su didelėmis populiaciją reprezentuojančiomis imtimis. Dažnumo tyrimai skaičiuoja naujus valgymo sutrikimų atvejus dinamiškose populiacijose, o tai reiškia, kad asmenys gali patekti į pagrindinę populiaciją arba iš jos išeiti, pavyzdžiui, imigruodami į šalį arba mirdami. [19] Epidemiologiniai tyrimai daugumoje šalių, ypač ne Vakarų šalyse, buvo sutelkti į valgymo sutrikimų atsiradimą, o tai rodo, kad rodiklių skirtumus galima paaiškinti socialiniais ir kultūriniais veiksniais. Vakarų šalyse, ypač Vakarų Europoje, valgymo sutrikimų epidemiologinių tyrimų dėmesys krypsta į eigos ir rizikos veiksnių, įskaitant genetinį pažeidžiamumą, tyrimus. Svarbūs rezultato parametrai yra pasveikimas, o kitame spektro gale – mirtingumas. Didelis

bendruomenės tyrimas Suomijoje parodė, kad daugumai (88 %) jaunų moterų, sergančių nervine anoreksija, svoris atsistatė bei grįžo į normalų iki trečiojo dešimtmečio vidurio. Tačiau klinikiniai mėginiai rodo, kad mirtingumas nuo valgymo sutrikimų yra ypač didelis nervinės anoreksijos atveju. Ilgalaikio stebėjimo tyrime, kuriame dalyvavo daugiau nei 5000 stacionarių pacientų, nustatyta, kad standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo nervinės anoreksijos yra 5,35, nervinės bulimijos – 1,49 ir kompulsinio persivalgymo sutrikimo – 1,50. [20]

Apibendrinant galima teigti, kad valgymo sutrikimai bendruomenėje yra gana reti, dažnai vengiama ieškoti pagalbos arba ji atidedama dėl neigimo arba stigos ir gėdos. Remiantis statistika, pagrindiniai valgymo sutrikimai, tokie kaip nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir kompulsinis persivalgymo sutrikimas, yra labiausiai paplitę tarp moterų. Norint įvertinti naujų atvejų atsiradimo laiko tendencijas, aiškumo gali suteikti tik išilginiai dažnumo tyrimai su didelėmis populiaciją reprezentuojančiomis imtimis.

2.3. Valgymo sutrikimų ir fizinės būklės sąsaja

Valgymo sutrikimai, tokie kaip nervinė anoreksija ir nervinė bulimija, yra sunkūs psichikos sutrikimai, kurie labai pablogina sergančių asmenų psichinę ir fizinę sveikatą. Ilgalaikis nepakankamas svoris, kaip pagrindinė nervinės anoreksijos patologija, ir žalingas organizmo valymo elgesys, kaip pagrindinė nervinės bulimijos patologija, prisideda prie sunkių somatinių valgymo sutrikimų pasekmių. [21] Greitas svorio netekimas ir priverstinis organizmo išvalymas, pvz., priverstinai sukeltas vėmimas, vidurius laisvinančių vaistų ir diuretikų vartojimas, yra susijęs su dantų (pvz., dantų erozija), širdies ir kraujagyslių (pvz., bradikardija ir aritmija), virškinimo trakto (pvz., skrandžio išsiplėtimu, vidurių užkietėjimu ir kraujavimu iš viršutinės virškinimo trakto dalies), inkstų (pvz., hipokalemija ir hipernatremija), hematologinių komplikacijų (pvz., anemija) ir kitų medicininių komplikacijų, tokių kaip inkstų nepakankamumas ar osteoporozė. Taigi somatinės anoreksijos ir nervinės bulimijos pasekmės gali paveikti beveik visas organų sistemas ir netgi kelti pavojų gyvybei. [22] Esami tyrimai, tiriantys somatinius simptomus ir besaikį valgymą, daugiausia buvo skirti nustatyti, kaip žmonių skirtumai tam tikrų somatinių simptomų atžvilgiu yra susiję su persivalgymo patologija. Pavyzdžiui, didelė dalis Švedijos asmenų, sergančių persivalgymo sutrikimu visą gyvenimą ir sveikų asmenų, turinčių persivalgymo sutrikimų, dažniau pranešė apie įvairius neurologinius (pvz., galvos skausmus, migreną), virškinimo trakto, kvėpavimo sistemos ir kraujotakos sistemos problemas. Mažai žinoma apie somatinius simptomus ir persivalgymo gretutines ligas, neskaitant tokio pobūdžio dvimačių asmenų asociacijų. Tačiau apskritai asmenys, kurie susiduria su persivalgymo simptomais, paprastai susiduria ir su interocepcijos trūkumu, arba disfunkcija gebėjimu jausti ir apdoroti visceralinius kūno išgyvenimus ir būsenas, tokias kaip skausmas, alkis, sotumas ir širdies plakimo pojūčiai. [23], Tokie sunkumai gali reikšti, kad asmenys įsitraukia į nepalankų elgesį su savo asmenine sveikata, pavyzdžiui, persivalgymą, kaip tam tikros neigiamos patirties vengimo priemonę. Tai gali būti kliūtis tinkamam kūno reguliavimui, kuris yra neatsiejama sveikatos ir gerovės palaikymo dalis. [24]

Be tiesioginio fizinio poveikio, valgymo sutrikimai gali turėti įtakos ir hormonų pusiausvyrai. Endokrininės komplikacijos yra dažnos nervinės anoreksijos atveju. Pavyzdžiai: menstruacijų nebuvimas moterims, žemas testosterono kiekis vyrams ir mažas skydliaukės hormonų kiekis – visa tai laikoma nepakankamos mitybos padariniais. Mažas kaulų tankis ir padidėjusi lūžių rizika taip pat

yra dažnos komplikacijos. Moterims svorio ir menstruacijų atkūrimas yra svarbūs mažo kaulų tankio gydymo būdai. Kūnas, reaguodamas į maistinių medžiagų trūkumą, gali teikti pirmenybę išgyvenimui, o ne reprodukcinėms funkcijoms, todėl gali sutrikti hormonų pusiausvyra. Sveiko svorio atkūrimas ir mitybos trūkumų šalinimas yra esminiai žingsniai sprendžiant šiuos hormoninius sutrikimus ir skatinant bendrą gerovę. [25]

2.3.1. Elektrolitų pusiausvyros sutrikimai

Elektrolitai arba elektriškai įkrautos dalelės ar jonai yra pagrindiniai skysčių, maistinių medžiagų ir atliekų mainų organizme reguliatoriai. Elektrolitai prarandami kartu su prakaitu fizinio krūvio metu ir yra neigiamai paveikiami vartojant diuretikus arba priverstinai sukkelto vėmimo metu. Įprasti valgymo sutrikimų paveikti elektrolitai yra kalis, natriis ir bikarbonatas, kurių bendri simptomai yra galvos svaigimas, silpnumas, nuovargis, vidurių užkietėjimas, raumenų skausmas ir depresija. Elektrolitų pusiausvyros sutrikimas dažnai yra širdies sutrikimų priežastis ir gali sukelti rabdomiolizę (raumenų irimą po sunkaus fizinio krūvio) bei staigią mirtį. [26] Pavojingiausi fiziniai valgymo sutrikimų radiniai yra sunkūs elektrolitų sutrikimai, įskaitant hipofosfatemiją ir susijusią maitinimosi sindromo riziką bei hipoglikemiją su vėlesniu kepenų nepakankamumu. Didelis skirtingų elektrolitų disbalansas dažnai atsiranda dėl per didelio organizmo valymo vėmimo metu arba per didelio vandens suvartojimo. Dažniausi elektrolitų pusiausvyros sutrikimai yra hiponatremija ir hipokalemija. Tarp gyvybei pavojingų šių elektrolitų pusiausvyros sutrikimų komplikacijų yra širdies aritmijos ir traukuliai. Jei elektrolitų kiekis yra atidžiai stebimas, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai pacientams, sergantiems ekstremalia nervine anoreksija, pvz., bradikardija, hipotenzija, miokardo atrofija, perikardo efuzija, retai yra vienintelė mirtinų komplikacijų priežastis. Sunki hipokalemija taip pat gali sukelti inkstų nepakankamumą ir reikalausti hemodializės. [27] Kita labai dažna ir gyvybei pavojinga nervinės anoreksijos komplikacija yra hipoglikemija, kuri gali sukelti komą ir mirtį dėl bado ir kepenų nepakankamumo bei nuoseklaus gliukoneogenezės sutrikimo. [28] Hipoglikemija gali sukelti riebalų masės, raumenų, kaulų ir organų irimą, bandant aprūpinti smegenis gyvybine energija. Fizinis krūvis, esant hipoglikemijai, kenkia energijos tiekimui į organus, įskaitant smegenis ir dirbančius raumenis. Fizinis krūvis taip pat gali pabloginti hipoglikemiją ir jos padarinius dėl didelio gliukozės, kaip energijos, poreikio fizinio krūvio metu. Hipoglikemijos paūmėjimas dėl fizinio krūvio gali sukelti komą ir mirtį dėl kepenų nepakankamumo ir nuoseklaus proceso, reikalingo padidinti

gliukozės prieinamumą, gliukoneogenezę, sutrikimo. Taigi, fizinis krūvis gali būti draudžiamas asmenims, kuriems yra hipoglikemija, kol ji nebus pilnai išgydyta. Fiziniai pratimai, ypač didelio intensyvumo ar anaerobiniai pratimai, gali sustiprinti hiperglikemiją, padidinti ketozės riziką arba sukelti insulino reguliavimo sutrikimą. [29]

2.3.2. Vėmimo sukeltos komplikacijos, virškinamojo trakto bei burnos gleivinės problemos

Valgymo sutrikimų elgesys, įskaitant vėmimą, piktnaudžiavimą vidurius laisvinančiais vaistais ir ribojantį maisto vartojimą, turi didelį poveikį virškinimo trakto funkcijai. Virškinamojo trakto funkcijos sutrikimas, pvz., sutrikęs judrumas, gali sustiprinti tipiškus valgymo sutrikimų simptomus, tokius kaip apetito praradimas, priverstinai sukeltas vėmimas, disfagija, vidurių užkietėjimas ir pilvo pūtimas. [30] Priverstinai sukeltas vėmimas pacientams, turintiems nervinę anoreksiją, gali sukelti stemplės rūgštinį pažeidimą, kuris pasireiškia esant gastroezofaginio reflukso ligai, padidindamas pasekmių, tokių kaip Bareto stemplė ir adenokarcinoma, atsiradimo riziką. Pacientai, turintys nervinę bulimiją, po valgio skundėsi spaudimu epigastrinėje srityje ir pykinimu bei dažnai varginančiais dispepsijos simptomais. Per didelis maisto suvartojimas, turint kompulsinį valgymo sutrikimą, gali sukelti ūmų skrandžio išsiplėtimą, suspausti skrandžio sienelę ir sukelti skrandžio nekrozę bei perforaciją. Išsiplėtęs skrandis gali sukelti dvylikapirštės žarnos suspaudimą, padidindamas intraduodeninį spaudimą. [31] Valgymo sutrikimų komplikacijos taip pat apima dantų, burnos gleivinės ir seilių liaukų pažeidimus. Šie pokyčiai dažniausiai atsiranda dėl lėtinio rūgšties poveikio priverstinai sukulto vėmimo atveju, nesveikų mitybos ir gėrimo įpročių bei burnos higienos įpročių. Mitybos trūkumai, tokie kaip mažas vitaminų B ir C suvartojimas, taip pat gali sukelti burnos gleivinės pažeidimus. Dantų erozija, taip pat yra didelė sveikatos problema pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, kuri ypač dažnai pasireiškia nervinę anoreksiją bei bulimiją turintiems asmenims. [32] Erozija dažniausiai pastebima priekinių žandikaulio dantų gomurinėje pusėje, nes ši pusė yra labiausiai tiesiogiai veikiamą skrandžio rūgšties. Dėl erozijos, pastebimos esant lėtiniam rūgšties poveikiui, dantų paviršiai yra vienodi, nupoliruoti, skirtingai nei pakitimai dėl mechaninio susidėvėjimo. Be dantų erozijos, pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, pasireiškia didesnė dantenų uždegimo, dantų ėduonies ir padidėjusio dantų jautrumo rizika. Paausinės liaukos padidėjimas taip pat yra gerai žinomas nervinės bulimijos požymis. Šios liaukos patinimas gali būti

pastebėtas per kelias dienas po persivalymo epizodo ir gali būti nuolatinis lėtinio valymo simptomas. [33] Be paausinių liaukų padidėjimo, pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, gali atsirasti ir kitų seilių liaukų pokyčių, įskaitant hiposalivaciją ir burnos džiūvimą, kurie gali paūmėti arba sukelti dantų ligas. Didžiausia nerimą kelianti komplikacija yra nekrozuojanti sialometaplazija. Nekrotizuojanti sialometaplazija yra burnos opa, kurią sukelia vietinė trauma, sukelianti gleivinės pabrinkimą ir išemiją. Daugeliu atvejų manipuliavimas pirštais siekiant išvalyti šią opą, gali sukelti kietojo gomurio traumą, dėl kurios atsiranda nekrozinė sialometaplazija. Tai yra gerybinis, savaime praeinantis, nekrozuojantis smulkiųjų seilių liaukų procesas, dažniausiai atsirandantis ant kietojo gomurio. [34]

2.3.3. Širdies ir kraujagyslių ligos

Širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai yra dažnos nervine anoreksija sergančių pacientų komplikacijos, kurios tam tikru ligos etapu pasireiškia net iki 87 % ir atspindi organizmo bandymą taupyti energiją ir kompensuoti sumažėjusį kraujo tūrį bei netinkamą mitybą. Širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijos apima struktūrinius ir funkcinius širdies sutrikimus, širdies susitraukimų dažnio ir ritmo nukrypimus, hemodinamikos pokyčius ir periferinių kraujagyslių anomalijas. Daugelis širdies ir kraujagyslių komplikacijų yra lengvos, besimptomės ir visiškai grįžtamos atstačius svorį. Dažniausi širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai pacientams, sergantiems nervine anoreksija, yra bradikardija ir hipotenzija. Retai pasitaikančios širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijos gali reikšti rimtą sveikatos sutrikimą ir kelti pavojų gyvybei. Kitiškai sergantiems asmenims, padidėja staigios mirties rizika. [35] Nervinė anoreksija yra valgymo sutrikimas, kuris dažniausiai pasireiškia moterims paauglystės metu. Šių asmenų širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijos yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis. [36] Širdies susitraukimų dažnis ir kraujospūdis paprastai yra gerai reguliuojami nervų ir hormonų mechanizmu, tačiau jie svyruoja dėl maisto ir skysčių suvartojimo, laikysenos pokyčių, fizinio aktyvumo, temperatūros ir emocinio streso. Ląstelių lygmenyje natrio (Na^+), kalio (K^+), kalcio (Ca^{2+}) ir magnio (Mg^{2+}) jonai atlieka svarbų vaidmenį generuojant ir perduodant veikimo potencialą per širdį, užtikrinant reguliarų širdies ritmą. [37] Bulimija yra susijusi su sumažėjusiu kraujospūdžiu, pulso dažniu ir deguonies prisotinimu aktyvios ligos metu. Elektros laidumo defektai sergant bulimija, sutampa su elektrolitų pusiausvyros sutrikimu ir hipokalemija. Moterims, kurioms diagnozuota sunki bulimija ir hipokalemija, QT intervalo

pailgėjimas ir repoliarizacijos sutrikimai gali sukelti staigias ūmines skilvelių aritmijas ir mirtį. Nervinė bulimija yra susijusi su medžiagų apykaitos pokyčiais, kurie gali turėti įtakos lėtinių negrįžtamų širdies ir kraujagyslių ligų rizikai. Bulimija gali pakeisti lipidų profilį, kai moterys yra ankstyvame reprodukciname amžiuje. Moterų, kurioms diagnozuota nervinė bulimija, dalis, serganti hipercholesterolemija, svyruoja nuo 19% iki 48%. Manoma, kad už šiuos medžiagų apykaitos pokyčius atsakingi cikliniai persivalgymo modeliai, ir po to ribojamas valgymas arba apsivalymas. Per didelis riebalų ir angliavandenių vartojimas gali paveikti lipoproteinų apykaitą ir turėti aterogeninį poveikį, susijusį su širdies ir kraujagyslių ligų rizika. [38] Apibendrinant galima teigti, jog valgymo sutrikimai, tokie kaip nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir kompulsinio valgymo sutrikimas yra glaudžiai susiję ne tik su psichologinėmis, bet ir su fizinėmis komplikacijomis. Šios komplikacijos kiekvienam valgymo sutrikimui pasireiškia skirtingai, priklausomai nuo patologijos, būdingos kiekvienam valgymo sutrikimui. Nervinei anoreksijai būdinga ilgalaikio nepakankamo svorio patologija, nervinei buliminai - žalingas organizmo valymo elgesys, o kompulsiniam valgymo sutrikimui - persivalgymo patologija.

2.4. Valgymo sutrikimų, depresijos, nerimo ir nuovargio sąsaja

Nerimas ir depresija laikomi palaikomais valgymo sutrikimų veiksniais, tačiau vis dar nėra aišku, ar vienas iš jų yra labiau susijęs su valgymo sutrikimų simptomais nei kitas. [39] Dauguma asmenų, turinčių valgymo sutrikimus, kenčia nuo bent vienos gretutinės psichikos ligos, kuri gali pasireikšti prieš valgymo sutrikimo atsiradimą, kartu su valgymo sutrikimu ir (arba) išlikti pasveikus nuo valgymo sutrikimo. Konkrečių gretutinių psichikos būklių dažnis įvairiuose tyrimuose labai skiriasi, tačiau pastebima, jog psichikos sutrikimai dažniausiai pasitaiko tarp pacientų, turinčių valgymo sutrikimus. Iki dviejų trečdalių moterų, stacionare yra diagnozuoti nerimo sutrikimai ir iki 90% diagnozuoti dideli depresiniai sutrikimai. Nepaisant šių aukštų rodiklių, tyrimų, tiriančių valgymo sutrikimų simptomų pasireiškimą tik valgymo sutrikimų ir depresijos sutrikimų turintiems asmenims, palyginti tik su nerimo sutrikimais, yra nedaug. [40] Panašiai kaip ir nerimo sutrikimai, valgymo sutrikimą turintys asmenys, norėdami susidoroti su savo emocijomis, naudoja netinkamas strategijas, tokias kaip netvarkingas bei neatsakingas valgymas. Be to, po valgymo sutrikimo remisijos išliekantys gretutiniai nerimo simptomai padidina atkryčio riziką, nes asmenys grįžta į ankstesnę su valgymo sutrikimais susijusį netinkamą elgesį. Moterų paauglių ir jaunų suaugusiųjų gretutiniai nerimo sutrikimai yra susiję su didesne valgymo sutrikimų psichopatologija. Konkrečiai, gretutinis socialinis nerimas trukdo pasveikti, nes tarpasmeninių situacijų vengimas ir neigiamų išgyvenimų baimė trukdo įsitraukti į gydymą ir užmegzti gerus terapinius santykius. [41] Taip pat, įdomu ištirti depresijos ir nerimo ryšį su valgymo sutrikimų simptomais ne tik tarp tų, kuriems šiuo metu yra diagnozuotas vienas iš valgymo sutrikimų, bet ir tarp tų, kurie pasveiko, ir tiems, kuriems valgymo sutrikimų diagnozė nenustatyta. Depresija linkusi išsivystyti prasidėjus valgymo sutrikimams, o nerimas – prieš valgymo sutrikimų atsiradimą. Taigi, geresnis supratimas apie depresijos ir nerimo ryšį su valgymo sutrikimų simptomais tarp jais sergančių suaugusiųjų, taip pat tarp tų, kurie pasveiko, ir tiems, kuriems valgymo sutrikimų diagnozė nenustatyta, gali padėti suprasti valgymo sutrikimų vystymąsi ir jų gretutines ligas. [42] Be to, valgymo sutrikimai dažnai siejami su ilgu sveikimo procesu, o kai kurie pasveikę asmenys daugelį metų po pasveikimo ir toliau kovoja su psichologiniais ir psichikos sunkumais, tokiais kaip depresija ir nerimas. Žmonės, pasveikę nuo valgymo sutrikimų, gali turėti panašų nuotaikos ir nerimo sutrikimų dažnį kaip ir šiuo metu sergantys pacientai. Priešingai, ilgą laiką pasveikę asmenys savo psichologine ir psichikos veikla yra gana panašūs į sveikus kontrolinius asmenis arba patenka tarp šiuo metu sergančių ir sveikų kontrolinių asmenų. Tačiau

tyrimų, kuriuose nagrinėjama vien depresija, palyginti su nerimu, tarp žmonių, kurie pasveiko nuo valgymo sutrikimų, yra nedaug. [43]

Nors fizinis nuovargis yra įprastas potyris, turintis įtakos asmens gerovei ir funkcionavimui, jis vis dar menkai suprantamas. Nuovargis apibrėžiamas kaip subjektyvi išsekimo, silpnumo ar energijos stokos patirtis. Išsivysčiusiose šalyse atlikti tyrimai parodė, kad 20–40 % gyventojų jaučia tam tikrą nuovargį ir tik apie 8 % dėl šios priežasties kreipiasi medicininės pagalbos. [44] Nuovargis, kai nėra fizinės ligos, vadinamas mediciniškai nepaaiškinamu nuovargiu ir yra ryškus esant depresiniams ir somatinių simptomų sutrikimams. Depresiniams sutrikimams būdinga prasta nuotaika ir susidomėjimo malonia veikla praradimas. Klinikinė nuovargio svarba, turint depresinius sutrikimus, pabrėžiama Tarptautinėje ligų klasifikacijoje ir joje nuovargis yra priskiriamas pagrindiniam depresijos epizodo simptomui. Somatinių simptomų sutrikimui būdingi somatiniai simptomai, tokie kaip, nuovargis, skausmas, virškinimo trakto problemos, pernelyg gilios mintys ar jausmai. Depresinis sutrikimas yra dažniausia gretutinė somatinių simptomų sutrikimo liga. Kadangi depresinis sutrikimas apima emocinius nusiskundimus, o somatinių simptomų sutrikimas - somatinius nusiskundimus kaip pagrindinius simptomus, labai svarbu išsiaiškinti, ar šios grupės skirtingai jaučia nuovargį. Geresnis supratimas padėtų pritaikyti gydymo galimybes pagal kiekvienos grupės poreikius. [45] Psichinis nuovargis atspindi psichobiologinę būseną, kuriai būdingas subjektyvus nuovargio jausmas, motyvacijos stoka, kartu su prastais pažinimo ir elgesio rezultatais, dėl kurių sumažėja dėmesys ir koncentracija, vykdomasis planavimas ir susiduriama su sunkumais, susitelkiant į užduotį. Jis gali būti atskirtas nuo kitų pripažintų nuovargio formų pagal pagrindinius jo simptomų profilio aspektus. Taigi, skirtingai nei protinis nuovargis, fizinis nuovargis apibūdinamas kaip fizinio pajėgumo sumažėjimas dėl fizinio nesugebėjimo išlaikyti reikiamo jėgų lygio, o socialinis nuovargis dėl padidėjusio pasitraukimo iš socialinių santykių. Psichinis nuovargis laikomas įprastu įvairių psichikos sutrikimų, ypač nerimo ir nuotaikos sutrikimų, tokių kaip generalizuotas nerimo sutrikimas ir depresija, simptomu. Penktajame psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistinio vadovo (DSM-5) leidime nuovargis yra pagrindinis tiek depresijos, tiek generalizuoto nerimo sutrikimo simptomas. [46] Apibendrinant galima teigti, kad depresijos ir nerimo sutrikimai yra dažniausiai pasitaikantys psichikos sutrikimai tarp pacientų, sergančių valgymo sutrikimais. Keliuose tyrimuose fizinis nuovargis buvo nagrinėjamas kaip depresinio sutrikimo simptomas. O atkreipiant dėmesį į psichinį nuovargį, jis yra laikomas įprastu įvairių psichikos sutrikimų, ypač nerimo ir nuotaikos sutrikimų, tokių kaip generalizuotas nerimo sutrikimas ir depresija, simptomu. Tad depresija, nerimas ir fizinis bei psichinis nuovargis yra neatsiejami valgymo sutrikimų veiksniai.

2.5. Valgymo sutrikimų ir savo kūno suvokimo sąsaja

Savęs suvokimas ir emocinis savo kūno pripažinimas turi įtakos daugeliui svarbių gyvenimo aspektų. Neigiamas kūno įvaizdis yra susijęs su žema savigarba, netvarkinga mityba, neigiama seksualine patirtimi, depresija bei nerimu ir yra valgymo sutrikimų išsivystymo rizikos veiksnys. Kūno vaizdas įtakoja emocines reakcijas, kurias žmonės patiria žiūrėdami į save veidrodyje. Daugelis asmenų, sergančių valgymo sutrikimais, turi problemiškus santykius su patalpoje esančiais veidrodžiais, dažnai vengia ar, priešingai, obsesyviai žiūri į veidrodį. [47] Valgymo sutrikimams, o ypač nervinei anoreksijai ir nervinei bulimijai, būdingas kūno įvaizdžio ir savigarbos suvokimo sutrikimas, kuris reiškia nepakankamą maisto suvartojimą, svorio mažėjimą ir susirūpinimą dėl kūno formos. Šie savęs suvokimo sutrikimai yra susiję su klinikiniu elgesiu. Tarp šių elgsenų per didelis fizinis krūvis pripažįstamas kaip bendras pacientų, sergančių nervine anoreksija ir (arba) nervine bulimija, požymis. Konkrečiai, per didelis fizinis krūvis paveikia 44–80 % pacientų, sergančių nervine anoreksija ir 21–39 % pacientų, sergančių nervine bulimija. Nors fizinis aktyvumas ir mankšta yra susiję su visuotine visuomenės gerove, jo poveikis gali būti ypač žalingas turint valgymo sutrikimus. Pacientams, turintiems valgymo sutrikimus, kurie užsiima per dideliu fiziniu krūviu, pasireiškia sunkesnė psichopatologija, ilgesnė gydymo trukmė, hospitalizavimas, kuriam būdingas daugybinis pakartotinis priėmimas, mažesnis kūno masės indeksas [KMI (kg/m^2)] nei tiems, kurie to nedaro, ir yra priskiriami prie didesnės atkryčio tikimybės turinčių pacientų grupės. [48] Kūno vaizdas apima sudėtingą pažinimo schemą, kaip individai suvokia savo išvaizdą, o tai savo ruožtu gali turėti įtakos jų elgesiui ir psichosocialiniam funkcionavimui. Dažniausiai nepasitenkinimas kūno įvaizdžiu yra toks plačiai paplitęs, kad moterims jis apibūdinamas kaip „norminis nepasitenkinimas“. Nepasitenkinimas svoriu ar kūno forma stebimas įvairiose amžiaus, lyties, rasinės/etninės ir svorio grupėse, nors dažniausiai tai būdinga antsvorio/nutukimo turintiems asmenims. Tarp valgymo sutrikimų kūno vaizdo sutrikimai laikomi pagrindiniais pažinimo ypatumais. Kūno vaizdo sutrikimas nėra būtinas norint nustatyti kitą valgymo sutrikimo diagnozę. [49] Vienas rizikos veiksnių, prisidedantis prie valgymo sutrikimų išsivystymo didesnes pajamas gaunančiose šalyse, yra žiniasklaidos poveikis, ypač paaugliams, kurie yra labiau ir greičiau paveikiami bei pažeidžiami aplinkos. Tikėtina, kad žiniasklaidos poveikis taip pat yra svarbus rizikos veiksnys žemesnes ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse. Iš tiesų, Tanzanijoje atliktas tyrimas parodė, kad padidėjęs žiniasklaidos poveikis (televizijos ir interneto

prieiga) ir didesnių pajamų šalių kultūra numatė valgymo sutrikimų simptomus. Viena iš galimų žiniasklaidos priemonių, turinčių įtakos valgymo sutrikimų simptomams žemesnes ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse, yra kūno įvaizdžio pokyčiai (t. y. savo kūno suvokimas) dėl didesnių pajamų šalių grožio idealų priėmimo. Tokį mechanizmą patvirtina apžvalga, rodanti, kad merginos ir moterys, gyvenančios Afrikoje į pietus nuo Sacharos (SSA), pirmenybę teikė stambesniam kūnui, palyginti su Afrikos merginomis ir moterimis, kurios emigravo į didesnes pajamas gaunančias šalis. Šios apžvalgos autoriai iškėlė hipotezę, kad žiniasklaida gali pakeisti didesnes pajamas gaunančių šalių grožio idealus SSA, sukeldama kūno įvaizdžio pokyčius, todėl jaunos Afrikos merginos ir moterys pereina nuo stambesnio prie lieknesnio idealaus kūno įvaizdžio. Toks pokytis gali sukelti didesnį kūno nepasitenkinimą, o tai savo ruožtu pripažįstama pagrindiniu valgymo sutrikimų vystymosi ir palaikymo veiksmu. [50]

Apibendrinant galima teigti, kad kūno vaizdas apima sudėtingą pažinimo schemą, kaip individai suvokia savo išvaizdą, o tai savo ruožtu gali turėti įtakos jų elgesiui ir psichosocialiniam funkcionavimui. Valgymo sutrikimams, o ypač nervinei anoreksijai ir nervinei bulimijai, būdingas kūno įvaizdžio ir savigarbos suvokimo sutrikimas, kuris reiškia nepakankamą maisto suvartojimą, svorio mažėjimą ir susirūpinimą dėl kūno formos. Nepasitenkinimas kūnu yra labai plačiai paplitęs ypač tarp moterų. Manoma, jog tokį paplitimą įtakoja žiniasklaidos (televizijos ir interneto prieigos) poveikis.

2.6. Valgymo sutrikimų ir pasitenkinimo gyvenimo kokybe sąsaja

Kūno įvaizdis gali turėti didelės įtakos asmens savigarbai, santykiams ir gyvenimo kokybei. Per didelis susirūpinimas dėl svorio ir išvaizdos yra ne tik esminis valgymo sutrikimų veiksnys, bet ir gali sukelti tokias problemas kaip nerimas ir depresija, dėl kurių pablogėja gyvenimo kokybė. [51] Tyrimai parodė, kad asmenys, sergantys kompulsiniu persivalgymo sutrikimu, praneša apie žymiai prastesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (HRQL) nei tie, kurie neturi valgymo sutrikimų. Tyrimai rodo, kad ryšį tarp kompulsinio persivalgymo sutrikimo ir HRQL daugiausia lemia psichopatologija (pvz., depresija), o ne fiziologija (pvz., padidėjęs kūno masės indeksas (KMI)). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra daugiamatis darinys, nurodantis subjektyvų asmens sveikatos vertinimą ir sveikatos poveikį kasdieniam gyvenimui. HRQL matuoja tokias sritis kaip fizinė ir psichinė sveikata, bendravimas ir gyvybingumas. Daugelyje tyrimų nustatyta, kad kompulsiniu persivalgymo sutrikimu

sergančių asmenų HRQL yra blogesnis nei kontrolinės grupės be kompulsinio persivalgymo sutrikimo, todėl buvo pradėtas tyrimas konkrečių su sveikata susijusių veiksnių, turinčių įtakos kompulsinio persivalgymo sutrikimui ir prastesnio HRQL ryšiui nustatyti. [52] Kūno įvaizdžio susirūpinimas ir netvarkingas valgymas yra susiję su žemesne psichologine ir fizine gyvenimo kokybe studentų amžiaus moterims. Tyrimai, tiriantys, kaip susirūpinimas dėl kūno įvaizdžio veikia suvokiamą gyvenimo kokybę, pateikė išvadą, kad asmenys, turintys neigiamą kūno įvaizdį, dažniau laikosi dietos, vengia maisto, valgo netvarkingai, vengia bendrauti ir netgi kreiptis į gydytoją. Tyrimai taip pat parodė, kad valgymo sutrikimai prognozuoja mažesnę studentų psichinę ir fizinę gyvenimo kokybę, o nepasitenkinimas kūnu lemia ryšį tarp studentų amžiaus moterų kūno masės indekso ir gyvenimo kokybės. Padidėjęs susirūpinimas dėl kūno formų ir emocinis valgymas yra susijęs su žemesne studentų amžiaus moterų gyvenimo kokybe. [53]

Apibendrinant galima teigti, jog valgymo sutrikimų turėjimas įtakoja pacientų gyvenimo kokybę paveikiant tokias sritis kaip fizinė ir psichinė sveikata, bendravimas ir gyvybingumas. Taip pat, pastebėta, jog asmenys, turintys neigiamą kūno įvaizdį, dažniau laikosi dietos, vengia maisto, valgo netvarkingai, vengia bendrauti ir netgi kreiptis į gydytoją.

2.7. Valgymo sutrikimų gydymas ir psichomotorinė terapija

Psichomotorinė terapija yra visų valgymo sutrikimų gydymas, turintis didžiausią poveikį simptomų mažinimui. Paprastai, terapija atliekama per 20 savaitinių nervinės bulimijos ir kompulsinio persivalgymo sutrikimo seansų, o sergant nervine anoreksija – per 40 seansų. [54] Bendrieji sutrikimai yra lėtinis skausmas, potrauminis stresas, nerimas, depresija, miego sutrikimai ir valgymo sutrikimai. Daugėja įrodymų, kad į kūną orientuotos intervencijos yra veiksmingos daugeliui šių simptomų, būtent naudojant interocepriją, kūno suvokimą arba ryšį su kūnu. Minėtos pasekmės pabrėžia ypatingo dėmesio neigiamai kūno patirčiai svarbą gydant valgymo sutrikimus. Į kūną orientuota psichomotorinė terapija (PMT) daugiausia dėmesio skiria sveiko ir teigiamo santykio su kūnu kūrimui ir gali būti tinkama terapijos forma neigiamai kūno patirčiai gydyti. [55] Terapija orientuota į paciento įspūdį (fizinė savęs samprata), raišką (emocinė savęs samprata) ir bendravimą (socialinė savęs samprata), naudojant laikysenos suvokimo pratimus, kvėpavimo pratimus, atsipalaidavimo pratimus; kūno ir judesių atidumas; masažas; veidrodžio pratimai; fizinė veikla; konfrontacijos su savimi technika; psichoedukacija; vaizdiniai pratimai; šokis ir išraiška; problemų sprendimo pratimai

grupėje. [56] Skatindama suvokimą apie kūno pojūčius ir stiprindama ryšį tarp pojūčių, emocijų ir elgesio, psichomotorinė terapija naudoja aferentinę informaciją, iš naujo apibrėždama nervų grandines ir eferentines reakcijas. Psichomotorinė terapija padeda pacientui iš naujo gerai pasijusti savame kūne, gebėti ir vėl išmokyti juo rūpintis, mylėti ir tyrinėti. Nors psichomotorinės terapijos tikslus galima individualizuoti, ji daugiausiai sustiprina kūniškojo „Aš“ struktūrizavimą, siekiant pagerinti savireguliaciją, kūno suvokimą ir emocinį sąmoningumą. Mitybos rehabilitacija, terapija ir medicininis stebėjimas yra neatskiriama visapusiško gydymo plano dalis. Ankstyva intervencija yra labai svarbi siekiant užkirsti kelią ilgalaikėms fizinėms komplikacijoms ir pagerinti bendrą savijautą asmenims, kovojantiems su valgymo sutrikimais. [57] Gydant neigiamą kūno patirtį, vienas iš labai plačiai naudojamų metodų yra kūno ekspozicija. Kūno ekspozicijos metu pacientai stovi prieš veidrodį ir žiūri į savo kūną, o terapeutas juos skatina apibūdinti tai, ką mato, ką apie tai galvoja ir jaučia. Kūno ekspozicijos tikslas – pagerinti savo kūno patirtį. [58] Ekspozicijos metu dėmesys sutelkiamas į neigiamai matomas paciento kūno dalis, siekiant sumažinti nerimą, pasibjaurėjimą ir tam tikrų kūno dalių nepripažinimą. Pacientai skatinami sutelkti dėmesį į visą savo kūną, jiems nurodoma neutralia ir nesmerkiančia kalba apibūdinti savo kūno dalis, kurios kelia neigiamas emocijas. Taip pat, paciento yra prašoma savo kūno dalis apibūdinti vien teigiamais žodžiais, vengiant neigiamų požiūrių į savo kūną. [59] Individualizuota formulė yra pagrindinė psichomotorinės terapijos sudedamoji dalis ir baigiama pirmosios gydymo sesijos metu arba prieš ją. Formulė yra gydytojo ir paciento bendradarbiavimas, kurio metu paciento valgymo sutrikimo elgesys ir mintys yra pateikiamos vaizdžiai. Pavyzdžiui, gydytojas gali pradėti terapiją paprašydamas paciento nustatyti persivalgymo sukėlėjus ir terapija yra išplečiama nuo šio pradžios taško. Vienas terapijos tikslų yra padidinti paciento informuotumą apie veiksnius, kurie palaiko sutrikimą. Kitas tikslas – padėti pacientui suprasti tikslinio elgesio ir minčių, terapijos metu, loginį pagrindą; taigi, toks terapijos būdas gali paskatinti paciento susidomėjimą ir įsitraukimą. [60]

Apibendrinant galima teigti, kad specifinės psichologinės terapijos, tokios kaip psichomotorinė terapija yra pirmos eilės visų valgymo sutrikimų gydymas, turintis didžiausią poveikį simptomų mažinimui. Psichomotorinė terapija padeda pacientui iš naujo gerai pasijusti savame kūne, gebėti ir vėl išmokyti juo rūpintis, mylėti ir tyrinėti. Pagrindinė psichomotorinės terapijos dalis – ankstyva intervencija bei individualus priėjimas prie paciento. Kitas tikslas – padėti pacientui suprasti tikslinio elgesio ir minčių, terapijos metu, loginį pagrindą. Taip pat, neatsiejama visapusiško gydymo plano dalis yra mitybos rehabilitacija, terapija ir medicininis stebėjimas. Visi šie aspektai sudaro sėkmingo gydymo pagrindą.

3. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

3.1. Tyrimo organizavimas ir tiriamieji

Tyrimas vyko 2024 m. vasario mėn. – 2024 m. balandžio mėn., Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Valgymų sutrikimų skyriuje. Tyrime dalyvavo 30 valgymo sutrikimų turinčių moterų, kurių amžiaus vidurkis - ± 25 metai.

Įtraukimo kriterijai: Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro, Valgymų sutrikimų skyriuje esančios 18 – 35m. pacientės, kurioms diagnozuoti valgymo sutrikimai.

Atmetimo kriterijai: Pacientės, kurios tyrime dalyvauti nesutinka.

Tyrimo duomenims rinkti buvo naudojama anketinė apklausa. Prieš pildant anketas, tiriamiesiems buvo pateiktos asmens sutikimo formos (6 priedas), patvirtnančios paciento anonimiškumą ir konfidencialumą bei pacientų sociodemografinių duomenų apklausa (5 priedas). Šioje apklausoje buvo pateikti 5 klausimai, kuriuose buvo klausiama apie pacientų amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, žalingus įpročius bei fizinį aktyvumą, t.y. kiek kartų per savaitę užsiemama fizine veikla. Tiriamiesiems buvo išdalintos anketos intervencijos pradžioje bei pabaigoje. Psichomotorinės terapijos intervencija truko 4 savaites.

Psichomotorinės terapijos intervencijos vyko 2 kartus per savaitę, užsiėmimo trukmė 2val. Užsiėmimų metu pacienčių buvo klausiama kaip šioms sekėsi laikytis poilsio – darbo, sveikos mitybos režimo, kaip sekėsi priimti bei mylėti savo kūną, priimti bei dalinti komplimentus aplinkiniams. Po pirmosios užsiėmimo dalies – apklausos, sekė kūno pažinimo, priėmimo pratimai: pirštų lietus, savimasažas, kūno džiazas, šokis ir judesys, piršto šokis, galvos – uodegos užduotis bei pasyvus išlankstymas. Kiekvieno užsiėmimo metu buvo parenkami skirtingi psichomotorinės terapijos pratimai, pvz.: pirmo užsiėmimo metu pacientės buvo apklaustos bei naudota savimasažo bei pirštų lietaus užduotis, o sekančio užsiėmimo metu po apklausos sekė kūno džiazas bei galvos - uodegos užduotis.

3.2. Tyrimo metodai

3.2.1. Gyvenimo kokybės pasitenkinimo vertinimas

Tiriamųjų bendra fizinė sveikata ir pasitenkinimas gyvenimu buvo vertinta pagal gyvenimo kokybės pasitenkinimo trumpąjį klausimyną (Q-LES-Q-SF) (1 priedas). Klausimynas sudarytas iš 16 klausimų, tokių kaip: *Ar atsižvelgiant į viską, per praėjusią savaitę buvote patenkinti savo fizine sveikata? Ar atsižvelgiant į viską, per praėjusią savaitę buvote patenkinti savo nuotaika? Ar atsižvelgiant į viską, per praėjusią savaitę buvote patenkinti savo namų ruošos darbais? Ir t.t.* Kiekvienam testo teiginiui yra priskirti 5 atsakymai, atitinkantys tam tikrą taškų skaičių (Labai prastai-1/Prastai-2/Vidutiniškai-3/Gerai-4/Labai gerai-5). Testu buvo siekta išsiaiškinti ar tiriamieji yra aktyvūs savo kasdienybėje ir ar yra patenkinti savo esamu gyvenimu. Maksimalus taškų skaičius yra 80 tašk., tai reiškia, jog Tiriamasis pasižymi aktyviu gyvenimo budu bei dideliu pasitenkinimu gyvenimu. Mažiausias taškų skaičius – 16 tašk.

3.2.2. Nuovargio vertinimas

Tyrimo pradžioje bei pabaigoje tiriamųjų nuovargis buvo vertinamas naudojant nuovargio įvertinimo (FAS) skalę (2 priedas). Šiuo testu buvo siekta išsiaiškinti kaip pacientas įprastai kasdien jaučiasi. Anketą sudarė 10 teiginių, tokių kaip: *Mane vargina nuovargis; Labai greitai pavargstu; Fiziškai jaučiuosi išsekęs ir t.t.* Atsakydamas į šiuos teiginius, pacientas turėjo pažymėti vieną jam tinkantį atsakymą iš duotų penkių, kurių kiekvienas atsakymas atitiko tam tikrą taškų skaičių (Niekada-1/Kartais-2/Reguliariai-3/Dažnai-4/Visada-5). Didžiausias galimas surinktų taškų skaičius yra 50 tašk., kuris rodo labai didelį kasdienio nuovargio buvimą, mažiausias taškų skaičius – 10 tašk.

3.2.3. Depresijai būdingų požymių vertinimas

Tiriamųjų depresijai būdingi požymiai buvo vertinti Burnso depresijos skale (Burn's Depression Checklist) (3 priedas). Teste buvo prašoma varnele pažymėti kaip stipriai Tiriamasis kiekvieną simptomą jautė pastarąją savaitę. Testą sudaro 25 teiginiai, kurie yra suskirstyti į keturias teiginių

grupės: Mintys ir jausmai, veikla ir asmeniniai santykiai, fiziniai simptomai ir polinkis į savižudybę. Minčių ir jausmų grupę sudaro 10 teiginių, tokių kaip : *Liūdnas ir be nuotaikos; Nelaimingas arba nusiminęs; Verkimo priepuoliai arba verksmingumas ir t.t.* Veiklos ir asmeninių santykių grupę sudaro 7 teiginiai : *Dingęs susidomėjimas šeima, draugais ar kolegomis; Vieniškumo jausmas; Mažiau laiko praleidžiama su šeima ar draugais ir t.t.* Fizinį simptomų grupę sudaro 5 teiginiai : *Nuovargis; Sunkiai užmiegu arba pernelyg daug miegu; Nukritęs arba labai padidėjęs apetitas ir t.t.* Ir paskutinę, polinkio į savižudybę, grupę sudaro 3 klausimai: *Ar turite minčių į savižudybę? Ar norėtumėte baigti savo gyvenimą? Ar turite planų fiziškai save žaloti?* Tiariamasis galėjo rinktis iš 5 atsakymo variantų (Visai ne – 0/ Retai – 1/ Vidutiniškai – 2/Dažnai – 3/Labai dažnai – 4). Didžiausia galimų surinktų taškų suma yra 100 taškų – labai didelė depresijai būdingų požymių visuma. Mažiausia surinktų taškų suma – 0 taškų. Tai reiškia, jog Tiariamasis nepasižymi turintis depresijai būdingų požymių (3 priedas).

3.2.4. Kūno suvokimo vertinimas

Kūno suvokimas buvo vertinamas naudojant savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimyną (Body Self-Image Questionnaire – Short) (4 priedas). Šio klausimyno tikslas buvo išsiaiškinti kaip pacientės mato bei suvokia savo kūną. Testą sudarė 28 teiginiai, orientuoti į žmogaus kūno išvaizdą, kurie buvo skirstomi į 9 pogrupius: Sveikatos ir fitneso įtaka (HFI); Noras atrodyti nepriekaištingai (II); Sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimas (HFE); Dėmesys išvaizdai (AG); Ūgio nepasitenkinimas (HD); Kūno riebalinio sluoksnio vertinimas (FE); Neigiamas poveikis (NA); Socialinė priklausomybė (SD). Kiekvienam teiginiui pacientės turėjo pasirinkti vieną atsakymą ir pasirinkto atsakymo raidę įrašyti prie kiekvieno teiginio. Klausimyną sudarė tokie teiginiai: *Aš manau, kad mano kūnas nepatraulus; Turėti proporcingą kūną man yra labai svarbu; Norėčiau, jog būčiau lieknesnė ir t.t.* Kiekvienam teiginiui buvo skirti penki galimi atsakymai (Visai netiesa - a/Šiek tiek tiesa – b/Vidutiniškai – c/Daugiausiai tiesa – d/Visiška tiesa – e). Kiekviena prie tam tikro atsakymo priskirta raidė turi savo skaitinę reikšmę: a=1, b=2, c=3, d=4, and e=5, atkreipiant dėmesį į tai, jog pirmasis teiginys turi būti skaičiuojamas atvirkščiai: a=5, b=4, c=3, d=2, and e=1. Tokiu būdu buvo skaičiuojama visų atsakymų suma kiekviename pogrupyje atskirai. Kuo surinktų taškų suma pogrupyje yra mažesnė, tuo savo kūno įvaizdžio suvokimas yra prastesnis bei atvirkščiai - kuo surinkta taškų suma yra didesnė, tuo savo kūno įvaizdžio suvokimas yra geresnis. Maksimalus galimų taškų skaičius kiekviename pogrupyje yra 15 taškų.

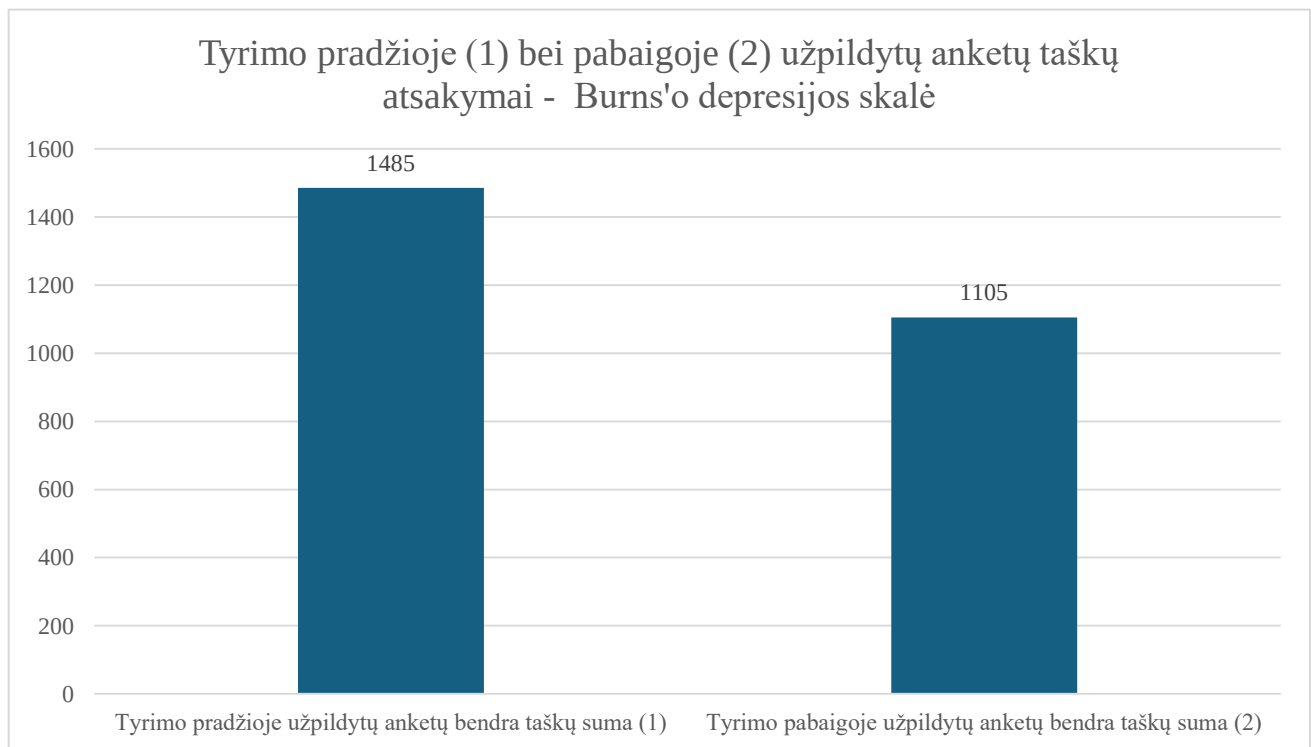
3.3. Duomenų analizės metodai

Anketų atsakymai buvo suvesti į Excel programą bei skaičiuojami anketų atsakymų taškų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, statistinis reikšmingumas, bendras taškų skaičius bei bendro anketų taškų skaičiaus skirtumas prieš intervenciją ir po intervencijos. Tyrimo duomenys buvo apdorojami Excel programa.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams

Siekiant įvertinti nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimą, buvo nagrinėjama, kaip kiekvieną simptomą pacientės jautė pastarąją savaitę ir vertinama pagal Burns'o depresijos skalę. Tyrimo pradžioje užpildytų 30 tiriamųjų anketų atsakymų bendra taškų suma siekė 1485 taškus, o tyrimo pabaigoje suma sumažėjo net 380 taškų ir siekė 1105 taškus (*paveikslas 1*). Tyrimo pradžioje atsakytų anketų didžiausia surintų taškų suma buvo 84 taškai, mažiausia – 8 taškai, o bendras visų taškų vidurkis $49,50 \pm 17,80$ taškų. Tyrimo pabaigoje atsakytų anketų didžiausia surinktų taškų suma buvo 67 taškai, mažiausia siekė tik 5 taškus, o vidurkis $36,8 \pm 13,38$ taškų. Išanalizavus gautus moterų Burns'o depresijos skalės rezultatus, pastebėta, jog dažniausiai moterys pasižymėjo turinčios šiuos simptomus: dingęs seksualinis potraukis, nukritęs arba labai padidėjęs apetitas bei polinkis save kritikuoti arba kaltinti.



PAVEIKSLAS 1. TIRIAMUJŲ (N=30) ANKETŲ TAŠKŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL BURNS'O DEPRESIJOS SKALĘ.

Tyrimo pradžioje (1) bei pabaigoje (2) užpildytų anketų taškų atsakymai - Burns'o depresijos skalė

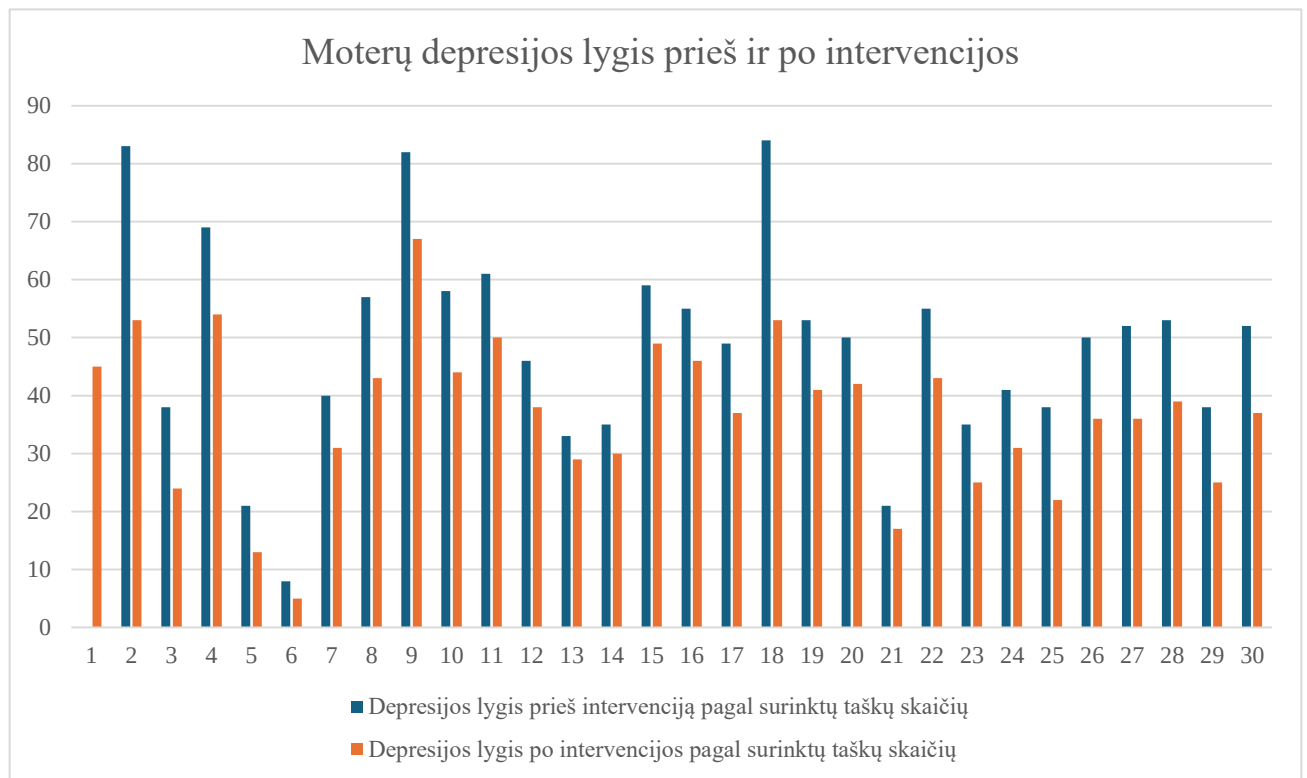
Kategorija	Atsakymų skaičius
Mintys ir jausmai (1)	662
Veikla ir asmeniniai santykiai (1)	402
Fiziniai simptomai (1)	371
Polinkis į savižudybę (1)	50
Mintys ir jausmai (2)	504
Veikla ir asmeniniai santykiai (2)	304
Fiziniai simptomai (2)	269
Polinkis į savižudybę (2)	28

Norint įvertinti intervencijos poveikį kiekvienam pogrupiui, buvo sulyginami visų keturių pogrupių taškai (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis) prieš intervenciją ir po intervencijos. Visiems rodikliams gauti buvo taikomas t-Test: Paired Two Sample for Means kriterijus (*lentelė 1*).

	Taškai prieš intervenciją (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis)	Taškai po intervencijos (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis)	P reikšmė
--	---	---	-----------

Mintys ir jausmai	66,2±10,94	50,4±7,06	0,347
Veikla ir asmeniniai santykiai	57,43±7,28	43,43±6,19	0,45
Fiziniai simptomai	74,2±6,98	53,8±3,42	0,39
Polinkis į savižudybę	16,67±4,16	9,33±3,51	0,444

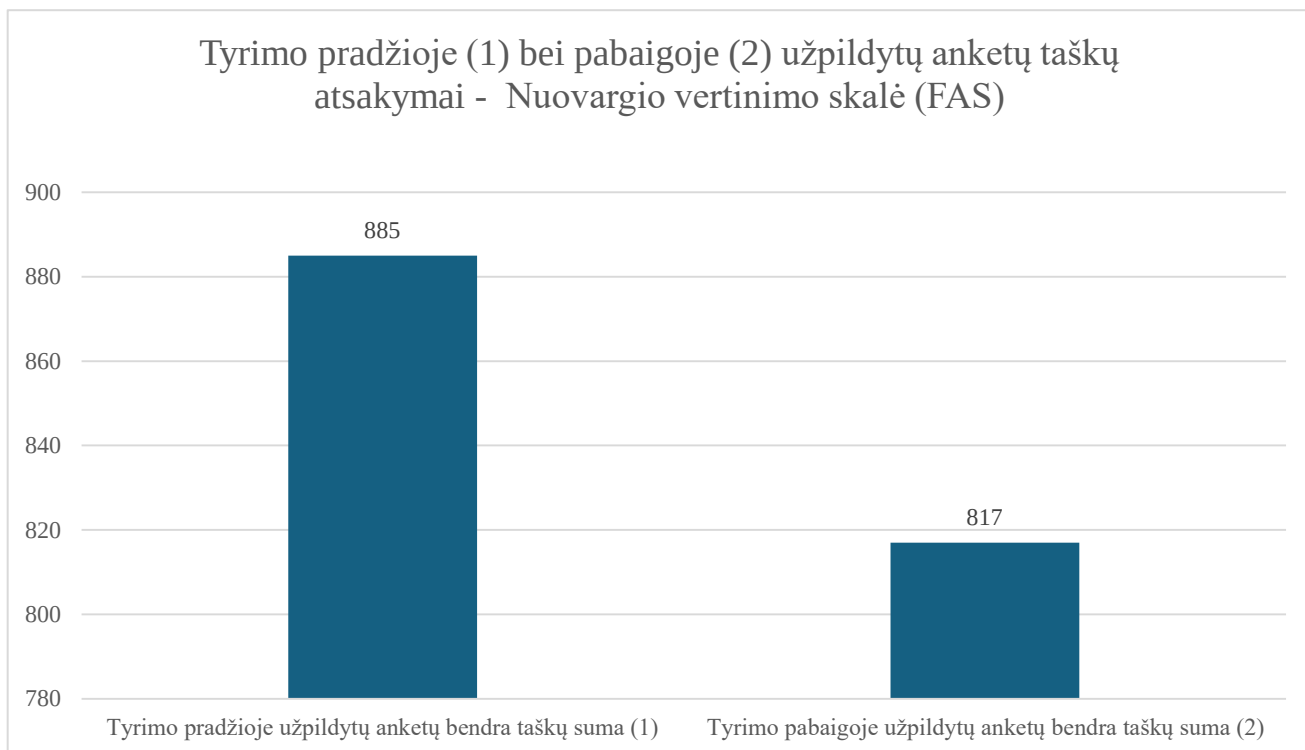
Atsižvelgiant į anketą atsakiusių moterų surinktų taškų skaičių, buvo lyginamas moterų depresijos lygis prieš intervenciją bei po intervencijos (*paveikslas 3*). Depresijos lygis buvo nustatomas pagal galutinę užpildytos anketos taškų sumą. Depresijos lygiai nustatomi pagal šiuos surinktų taškų intervalus : Nuo 0 iki 5 taškų – depresijos nėra; Nuo 6 iki 10 taškų – depresijos nėra, tačiau pacientas jaučiasi nelaimingas; Nuo 11 iki 25 taškų – lengva depresija; nuo 26 iki 50 taškų – vidutinė depresija; nuo 51 iki 75 taškų – sunki depresija; Nuo 76 iki 100 taškų – stipri depresija. Prieš intervenciją depresija nebuvo nustatyta, tačiau pacientas jautėsi nelaimingas – 1 atvejis; Depresijos nėra – 0 atvejų; Lengva depresija – 2 atvejai; Vidutinė depresija – 10 atvejų; Sunki depresija - 14 atvejų; Stipri depresija – 3 atvejai. Po intervencijos depresija nebuvo nustatyta, tačiau pacientas jautėsi nelaimingas – 0 atvejų; Depresijos nėra – 1 atvejis; Lengva depresija – 6 atvejai; Vidutinė depresija – 19 atvejų; Sunki depresija – 4 atvejai; Stipri depresija – 0 atvejų.



PAVEIKSLAS 3. TIRIAMUJŲ ($N=30$) DEPRESIJOS LYGIS PRIEŠ IR PO INTERVENCIJOS PAGAL SURINKTŲ TAŠKŲ SKAIČIŲ.

4.2. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams

Siekiant įvertinti nuovargį, buvo nagrinėjama, kaip pacientės kasdien jaučiasi, kokia yra jų kasdienė savijauta. Tyrimo pradžioje užpildytų 30 tiriamųjų anketų atsakymų bendra taškų suma siekė 885 taškus, o tyrimo pabaigoje suma sumažėjo 86 taškais ir siekė 817 taškus (*paveikslas 4*). Tyrimo pradžioje atsakytų anketų didžiausia surintų taškų suma buvo 38 taškai, mažiausia – 18 taškų, o bendras visų taškų vidurkis 29,5 taškai. Standartinis nuokrypis – 5,33. Tyrimo pabaigoje atsakytų anketų didžiausia surinktų taškų suma buvo 34 taškai, mažiausia siekė tik 18 taškų, o vidurkis siekė 27,23 taškus. Standartinis nuokrypis – 3,77. Išanalizavus gautus moterų nuovargio skalės (FAS) rezultatus, pastebėta, jog dažniausiai moterys jausdavosi psichiškai išsekusios.



PAVEIKSLAS 4. TIRIAMUJŲ (N=30) ANKETŲ TAŠKŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL NUOVARGIO VERTINIMO (FAS) SKALĘ.

Norint įvertinti tiriamųjų savo kūno suvokimą, buvo nagrinėjama pacienčių nuomonė ir požiūris apie savo kūną. Anketoje esantys atsakymai buvo skirstomi į 9 pogrupius : Sveikatos ir fitneso įtaka; Noras atrodyti nepriekaištingai; Sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimas; Dėmesys išvaizdai; Ūgio nepasitenkinimas; Kūno riebalinio sluoksnio vertinimas; Neigiamas poveikis; Socialinė priklausomybė; Bendros išvaizdos vertinimas. Kiekvieno pogrupio surinktų taškų suma tyrimo pradžioje bei pabaigoje skyrėsi. Didžiausias taškų skirtumas bei būklės pagerėjimas pastebėtas noro atrodyti nepriekaištingai pogrupyje. Mažiausias taškų skirtumas pastebėtas sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimo pogrupyje (*lentelė 2*).

LENTELĖ 2. TIRIAMUJŲ (N=30) ANKETŲ TAŠKŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL SAVO KŪNO ĮVAIZDŽIO VERTINIMO KLAUSIMYNO POGRUPIUS.

Kūno suvokimo vertinimo klausimyno pogrupiai	Taškų suma prieš intervenciją	Taškų suma po intervencijos
Sveikatos ir fitneso įtaka	355	366
Noras atrodyti nepriekaištingai	404	319
Sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimas	238	270

Dėmesys išvaizdai	340	349
Ūgio nepasitenkinimas	246	229
Kūno riebalinio sluoksnio vertinimas	347	289
Neigiamas poveikis	374	292
Socialinė priklausomybė	341	320
Bendros išvaizdos vertinimas	218	263

Siekiant įvertinti intervencijos poveikį kiekvienam pogrupiui, buvo sulyginami visų devynių pogrupių taškai (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis) prieš intervenciją ir po intervencijos (*lentelė 3*). Visiems rodikliams gauti buvo taikomas t-Test: Paired Two Sample for Means kriterijus.

LENTELĖ 3. TIRIAMUJŲ (N=30) ANKETŲ TAŠKŲ PASISKIRSTYMAS 9 POGRUPIUOSE PRIEŠ INTERVENCIJĄ IR PO INTERVENCIJOS.

	Taškai prieš intervenciją (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis)	Taškai po intervencijos (vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis)	P reikšmė
Sveikatos ir fitneso įtaka (HFI)	11,83 $\pm$ 2,69	12,20 $\pm$ 2,07	0,843
Noras atrodyti nepriekaištingai (II)	13,47 $\pm$ 2,24	10,63 $\pm$ 2,17	0,484

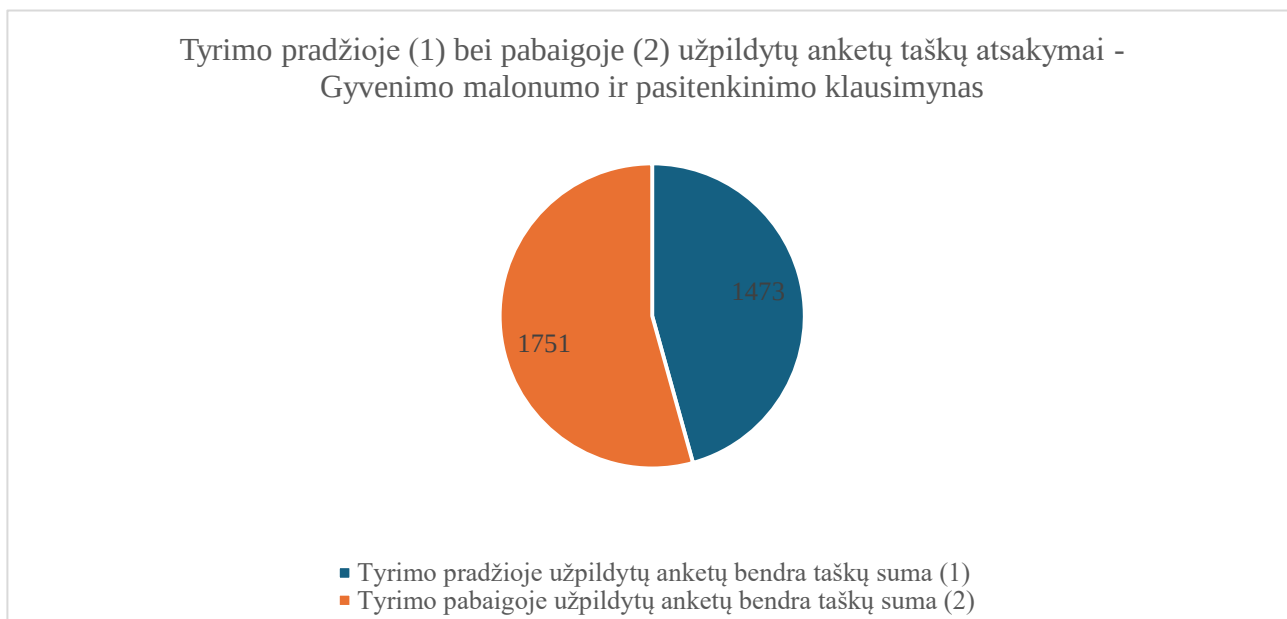
Sveikatos ir fizinio pajėgumo vertinimas (HFE)	7,93±3,08	9±2,27	0,913
Dėmesys išvaizdai (AG)	11,33±3,06	11,63±2,40	0,772
Ūgio nepasitenkinimas (HD)	8,20±4,31	7,63±3,69	0,03
Kūno riebalinio sluoksnio vertinimas (FE)	11,57±3,11	9,93±2,48	0,267
Neigiamas poveikis (NA)	12,47±3,71	9,73±2,38	0,212
Socialinė priklausomybė (SD)	11,37±3,09	10,67±2,44	0,024
Bendros išvaizdos vertinimas (OAE)	7,27±2,62	8,77±2,30	0,634

Didžiausia surinktų taškų suma HFI ir II pogrupiuose buvo 15 taškų, mažiausia – 7 taškai, bendras taškų vidurkis HFI pogrupyje 11,83±2,69 taškai, o II pogrupyje 13,47±2,24 taškai. Didžiausia surinktų taškų suma HFE pogrupyje buvo 14 taškų, mažiausia – 3 taškai, bendras taškų vidurkis 7,93±3,08 taškai. AG ir HD pogrupiuose didžiausia surinktų taškų suma siekė 15 taškų, mažiausia – 3 taškus. Bendras taškų vidurkis AG pogrupyje – 11,33±3,06 taškai, o HD pogrupyje – 8,2±4,31 taškai. FE pogrupyje didžiausia surinktų taškų suma buvo 15 taškų, mažiausia – 4 taškai, bendras vidurkis – 11,57±3,11 taškai. NA ir SD pogrupių didžiausia bei mažiausia surinktų taškų suma nesiskyrė – 15 taškų ir 3 taškai. NA bendras vidurkis – 12,47±3,71 taškai. SD bendras vidurkis siekė

11,37±3,09 taškus. OAE pogrupyje didžiausia surinktų taškų suma buvo 15 taškų, mažiausia – 3 taškai, bendras vidurkis – 7,27±2,63 taškai. Išanalizavus gautus savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimyno rezultatus, pastebėta, jog dažniausiai moterys: HFI pogrupyje – teigė, jog reguliariai mankštinantis, nuomonė apie savo kūną pagerėja; II pogrupyje – svarbus kūno dydis; HFE – bendras kūno rengybos lygis yra aukštas; AG – praleidžia daug laiko, siekiant atrodyti patraukliau; HD – norėtų būti kitokio ūgio; FE – norėtų, jog būtų lieknesnė; NA – nuogas kūnas verčia jaustis liūdnai; SD - būdama šalia gražių žmonių, jaučiasi blogai dėl savo kūno; OAE – su drabužiais atrodo gerai.

4.3. Psichomotorinės terapijos poveikis moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams

Siekiant įvertinti pasitenkinimą gyvenimo kokybe, buvo nagrinėjama, ar per praeitą savaitę pacientės buvo patenkinamos savo gyvenimo tam tikrais aspektais. Tyrimo pradžioje užpildytų 30 tiriamųjų anketų atsakymų bendra taškų suma siekė 1473 taškus, o tyrimo pabaigoje suma padidėjo 278 taškais ir siekė 1751 taškus (*paveikslas 5.*) Tyrimo pradžioje atsakytų anketų didžiausia surintų taškų suma buvo 71 taškas, mažiausia – 30 taškų, o bendras visų taškų vidurkis $49,1 \pm 9,23$ taškai. Tyrimo pabaigoje atsakytų anketų didžiausia surinktų taškų suma buvo 71 taškai, mažiausia - 46 taškus, o vidurkis siekė $58,34 \pm 7,25$ taškus. Išanalizavus gautus moterų pasitenkinimo gyvenimo kokybe anketos rezultatus, pastebėta, jog dažniausiai moterys jausdavo nepasitenkinimą esamu darbu, gebėjimais fiziškai judėti be galvos svaigimo, nestabilumo ar griuvimų rizikos, vizija, susijusia su gebėjimu dirbti ar pomėgiais bei bendru pasitenkinimu gyvenimu.



PAVEIKSLAS 5. TIRIAMUJŲ (N=30) ANKETŲ TAŠKŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL GYVENIMO MALONUMO IR PASITENKINIMO KLAUSIMYNĄ.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų nerimo ir depresijos simptomams esant valgymo sutrikimams

Burns'o depresijos skalė padėjo įvertinti moterų nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimą bei išsiaiškinti kokius būtent simptomus šios jautė pastarąją savaitę. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje anketų atsakymai skyrėsi. Bendra taškų suma sumažėjo net 380 taškų, t.y. po intervencijos pacientės pasižymėjo mažesniu nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimu. Anketoje esantys atsakymai buvo skirstomi į 4 pogrupius, kuriuose taip pat buvo pastebėtas bendrų taškų sumos kiekviename pogrupyje pasikeitimas prieš ir po intervencijos. Minčių ir jausmų pogrupyje bendra taškų suma prieš intervenciją buvo 662 taškai, o po intervencijos bendra taškų suma siekė 504 taškus, t.y. pacientės teigė, jog sumažėjo verkimo priepoliai bei verksmingumas, žemos savivertės bei liūdesio jausmas, kaltės bei gėdos jausmas bei sunkumai priimant sprendimus ($p=0,347$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). Veiklos ir asmeninių santykių pogrupyje tyrimo pradžioje bendra taškų suma siekė 402 tašk., o pabaigoje 304 tašk. Šis ženklus taškų sumažėjimas parodo, jog pastebimas pagerėjimas pacienčių kasdienėje veikloje bei asmeniniuose santykiuose: sumažėjęs vienišumo jausmas, padidėjęs ar grįžęs susidomėjimas šeima, draugais bei kolegomis, padidėjęs pasitenkinimas darbu ir kita veikla bei sugrįžęs bendras pasitenkinimas gyvenimu ($p=0,45$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). Fizinių simptomų pogrupyje taip pat pastebėtas taškų sumažėjimas. Tyrimo pradžioje bendra taškų suma siekė 371 tašk., o pabaigoje 269 tašk., t.y. mažesnis surinktų taškų skaičius patvirtina fizinių simptomų, su kuriais susiduria pacientės, sumažėjimą: nuovargio sumažėjimas, padidėjęs seksualinis potraukis bei lengvesnis užmigimo procesas nakties metu ($p=0,39$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). Polinkio į savižudybę pogrupyje prieš intervenciją bei po intervencijos, bendra taškų suma skyrėsi 22 taškais. Tai parodo pacienčių norą užbaigti savo gyvenimą, minčių apie savižudybę bei planų fiziškai save sužaloti, sumažėjimą ($p=0,444$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas).

Taip pat, buvo lyginamas moterų depresijos lygis prieš intervenciją bei po intervencijos. Visų 30 tiriamųjų depresijos lygis buvo nustatomas pagal galutinę užpildytos anketos taškų sumą. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje bendrų taškų suma skyrėsi, todėl kito ir depresijos lygių išsidėstymas. Tyrimo pradžioje daugiausiai buvo sunkios depresijos atvejų (14 asmenų), vėliau sekė vidutinė depresija (10 asmenų) ir stipri depresija (3 asmenys). Tyrimo pabaigoje daugiausiai atvejų buvo vidutinės

depresijos (19 asmenų), vėliau sekė lengva depresija (6 asmenys) bei sunki depresija (4 asmenys). Šie duomenys rodo psichomotorinės terapijos teigiamą įtaką depresijos lygio bei simptomų pasireiškimo sumažėjimui.

5.2. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų nuovargiui ir savo kūno suvokimui esant valgymo sutrikimams

Nuovargio vertinimo (FAS) skalė padėjo įvertinti moterų kasdienę savijautą. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje anketų atsakymai skyrėsi. Bendra taškų suma sumažėjo net 87 taškais, t.y. po intervencijos pacientės pasižymėjo mažiau varginančiu kasdieniu nuovargiu, mažesniu fiziniu bei psichiniu išsekimu, didesniu gebėjimu skaidriai mąstyti bei geresniu susikaupimu.

Savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimynas padėjo įvertinti moterų požiūrį į savo kūną. Anketoje esantys atsakymai buvo skirstomi į 9 pogrupius, kuriuose taip pat buvo pastebėtas bendrų taškų sumos kiekviename pogrupyje skirtumas prieš ir po intervencijos. OAE pogrupyje bendra taškų suma po intervencijos išaugo, tai reiškia, jog pacientės savo bendrą išvaizdą po intervencijos vertino geriau nei prieš intervenciją. HFI pogrupyje taip pat pastebėtas bendros taškų sumos kilimas, t.y. pacientės pastebėjo sveikatos ir fitneso teigiamą poveikį bei įtaką kūnui ir savijautai ($p=0,843$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). Bendras taškų skaičius II pogrupyje prieš ir po intervencijos sumažėjo net 85 taškais – pastebėtas noro atrodyti nepriekaištingai sumažėjimas ($p=0,484$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas), tai leidžia pacientėms suvokti, jog svarbiausias aspektas nėra tik išorinis grožis, tai apima ir puikią savijautą bei sveiką kūną. Bendros taškų sumos padidėjimas HFE pogrupyje parodė pacienčių savo sveikatos bei fizinio aktyvumo vertinimo padidėjimą ($p=0,913$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas), o AG pogrupio taškų rezultatų suma po intervencijos padidėjo tik 9 taškais, t.y. pacienčių dėmesys savo išvaizdai žymiai nepakito ir rūpinimasis išsivaizda išliko panašus kaip ir prieš intervenciją ($p=0,772$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). HD pogrupyje sumažėjusi bendra surinktų taškų suma po intervencijos parodo tiriamųjų nepasitenkinimo savo ūgiu sumažėjimą ($p=0,03$, t.y., skirtumas statistiškai reikšmingas), FE pogrupyje matomas 49 bendrų taškų sumos sumažėjimas po intervencijos parodo kūno riebalinio sluoksnio vertinimo pakitimus ($p=0,267$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas). Neigiamas požiūris į savo kūną NA pogrupyje sumažėjo net 82 bendrų taškų suma ($p=0,212$, t.y. skirtumas statistiškai nereikšmingas), o socialinė priklausomybė SD pogrupyje sumažėjo 21 tašku ($p=0,024$, t.y., skirtumas statistiškai

reikšmingas). OAE pogrupio taškų skirtumas intervencijos pradžioje bei pabaigoje atskleidė pacienčių bendros kūno išvaizdos vertinimo pagerėjimą ($p=0,634$, t.y., skirtumas statistiškai nereikšmingas).

5.3. Psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai moterų pasitenkinimui gyvenimo kokybe esant valgymo sutrikimams

Gyvenimo malonumo ir pasitenkinimo klausimynas padėjo įvertinti moterų pasitenkinimą gyvenimo kokybe praėjusią savaitę. Tyrimo pradžioje bei pabaigoje anketų atsakymai skyrėsi. Bendra taškų suma padidėjo net 278 taškais taškais, t.y. po intervencijos pacientės buvo labiau patenkintos savo fizine sveikata, nuotaika, namų ruošos darbais, laisvalaikiu, bendra savijauta bei bendru pasitenkinimu gyvenimu.

IŠVADOS

1. Po psichomotorinės terapijos intervencijos moterys, turinčios valgymo sutrikimų, pasižymėjo mažesniu nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimu, mažesniu depresijos lygiu.
2. Po psichomotorinės terapijos intervencijos moterys, turinčios valgymo sutrikimų, pasižymėjo mažiau varginančiu kasdieniu nuovargiu, mažesniu fiziniu bei psichiniu išsekimu, didesniu gebėjimu skaidriai mąstyti, geresniu susikaupimu, didesniu pasitikėjimu savimi bei meile savo kūnui.
3. Po psichomotorinės terapijos intervencijos moterys, turinčios valgymo sutrikimų, jautė didesnę pasitenkinimo gyvenimu jausmą, buvo labiau patenkintos savo fizine sveikata, nuotaika, namų ruošos darbais, laisvalaikiu, bendra savijauta ir santykiais su kolegomis bei artimaisiais.

REKOMENDACIJOS

1. Moterims, turinčioms valgymo sutrikimus, bent kelis kartus per savaitę (2-3 kartus po 2val.) atlikti savo kūno pažinimo bei priėmimo pratimus: pirštų lietus, savimasažas, kūno džiazas, pratimai prieš veidrodį, piršto šokis, galvos – uodegos užduotis bei pasyvus išlankstymas.
2. Moterims, turinčioms valgymo sutrikimus, kalbėti su artimaisiais, draugais ir pažįstamais apie savo jausmus, savijautą bei nebijoti komunikuoti apie valgymo sutrikimų keliamas problemas.
3. Moterims, turinčioms valgymo sutrikimus, nebijoti kreiptis pagalbos į savo srities specialistus. Valgymo sutrikimų gydymui ypač svarbus ankstyvas problemos aptikimas bei individualios gydymo programos sudarymas.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Favaro A, Busetto P, Collantoni E, Santonastaso P. The age of onset of eating disorders. Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications. 2019;203-16.
2. Potterton R, Richards K, Allen K, Schmidt U. Eating disorders during emerging adulthood: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*. 2020 Jan 31;10:3062.
3. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020 Sep 28;43:314-23.
4. Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacology & therapeutics*. 2021 Jan 1;217:107667
5. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020 Sep 28;43:314-23
6. Probst M. Body experience in eating disorders: research and therapy. *European bulletin of adapted physical activity* [online]. 2006 Jan 1;5(1):1-31
7. Probst M, Knapen J, Poot G, Vancampfort D. Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*. 2010 Oct 26;2(1).
8. Vaidyanathan S, Kuppili PP, Menon V. Eating disorders: An overview of Indian research. *Indian journal of psychological medicine*. 2019 Jul;41(4):311-7.
9. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*. 2020 Jan;50(1):24-9.
10. Pleple A, Lalanne C, Huas C, Mattar L, Hanachi M, Flament MF, Carchon I, Jouen F, Berthoz S, Godart N. Nutritional status and anxious and depressive symptoms in anorexia nervosa: a prospective study. *Scientific Reports*. 2021 Jan 12;11(1):771.
11. Mehler PS, Watters A, Joiner T, Krantz MJ. What accounts for the high mortality of anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*. 2022 May;55(5):633-6.
12. Cass K, McGuire C, Bjork I, Sobotka N, Walsh K, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. *Psychosomatics*. 2020 Nov 1;61(6):625-31.

13. Galbraith K, Elmquist J, White MA, Grilo CM, Lydecker JA. Weighty decisions: How symptom severity and weight impact perceptions of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2019 Sep;52(9):1035-41.
14. . Mohajan D, Mohajan HK. Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Innovation in Science and Technology*. 2023 May 9;2(3):26-32.
15. Jain A, Yilanli M. Bulimia nervosa. InStatPearls [Internet] 2023 Jul 31. StatPearls Publishing.
16. . Bohon C. Binge eating disorder in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2019 Oct;28(4):549.
17. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers*. 2022 Mar 17;8(1):16.
18. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):515-24.
19. Treasure J, Hübel C, Himmerich H. The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):147.
20. . Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2016 Nov 1;29(6):336-9.
21. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American journal of medicine*. 2016 Jan 1;129(1):30-7.
22. Weigel A, Löwe B, Kohlmann S. Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2019 Mar;27(2):195-204.
23. Jenkinson PM, Taylor L, Laws KR. Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *Journal of psychosomatic research*. 2018 Jul 1;110:38-45.
24. Romano KA, Heron KE, Smith KE, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA, Pang RD, Mason TB. Somatic symptoms and binge eating in women's daily lives. *Journal of psychosomatic research*. 2020 Aug 1;135:110161.
25. . Haines MS. Endocrine complications of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2023 Feb 15;11(1):24.
26. . Voderholzer U, Haas V, Correll CU, Körner T. Medical management of eating disorders: an update. *Current opinion in psychiatry*. 2020 Nov 1;33(6):542-53.

27. . Oudman E, Wijnia JW, Oey MJ, van Dam MJ, Postma A. Preventing Wernicke's encephalopathy in anorexia nervosa: A systematic review. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2018 Oct;72(10):774-9.
28. Riedlinger C, Schmidt G, Weiland A, Stengel A, Giel KE, Zipfel S, Enck P, Mack I. Which symptoms, complaints and complications of the gastrointestinal tract occur in patients with eating disorders? A systematic review and quantitative analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Apr 20;11:502459
29. Quesnel DA, Cooper M, Fernandez-del-Valle M, Reilly A, Calogero RM. Medical and physiological complications of exercise for individuals with an eating disorder: A narrative review. *Journal of Eating Disorders*. 2023 Jan 10;11(1):3.
30. Salvioli B, Pellicciari A, Iero L, Di Pietro E, Moscano F, Gualandi S, Stanghellini V, De Giorgio R, Ruggeri E, Franzoni E. Audit of digestive complaints and psychopathological traits in patients with eating disorders: A prospective study. *Digestive and Liver Disease*. 2013 Aug 1;45(8):639-44.
31. Santonicola A, Gagliardi M, Guarino MP, Siniscalchi M, Ciacci C, Iovino P. Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients*. 2019 Dec 12;11(12):3038.
32. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2015 Oct;207(4):299-305.
33. Lin JA, Woods ER, Bern EM. Common and emergent oral and gastrointestinal manifestations of eating disorders. *Gastroenterology & Hepatology*. 2021 Apr;17(4):157.
34. Garrido-Martínez P, Domínguez-Gordillo A, Cerero-Lapiedra R, Burgueño-García M, Martínez-Ramírez MJ, Gómez-Candela C, Cebrián-Carretero JL, Esparza-Gómez G. Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2019 Sep;24(5):e595.
35. Friars D, Walsh O, McNicholas F. Assessment and management of cardiovascular complications in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2023 Jan 30;11(1):13.
36. Giovino S, Sukkar SG, Rosa GM, Zappi A, Bezante GP, Balbi M, Brunelli C. Anorexia nervosa and heart disease: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019 Apr 1;24(2):199-207.
37. Noordam R, Young WJ, Salman R, Kanters JK, Van Den Berg ME, Van Heemst D, Lin HJ, Barreto SM, Biggs ML, Biino G, Catamo E. Effects of calcium, magnesium, and potassium

- concentrations on ventricular repolarization in unselected individuals. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019 Jun 25;73(24):3118-31.
38. Tith RM, Paradis G, Potter BJ, Low N, Healy-Profítós J, He S, Auger N. Association of bulimia nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women. *JAMA psychiatry*. 2020 Jan 1;77(1):44-51.
 39. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*. 2019 Jan;52(1):42-50.
 40. Elran-Barak R, Goldschmidt AB. Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021 Jun;26:1409-16.
 41. Sander J, Moessner M, Bauer S. Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: moderators in female adolescents and young adults. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Mar 9;18(5):2779.
 42. Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, Murray HB, Keshaviah A, Hastings E, Edkins K, Krishna M, Herzog DB, Keel PK, Franko DL. Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017 Feb 22;78(2):17085.
 43. Elran-Barak R, Goldschmidt AB. Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021 Jun;26:1409-16.
 44. Galland-Decker C, Marques-Vidal P, Vollenweider P. Prevalence and factors associated with fatigue in the Lausanne middle-aged population: a population-based, cross-sectional survey. *BMJ open*. 2019 Aug 1;9(8):e027070.
 45. Doerr JM, Nater UM, Feneberg AC, Mewes R. Differential associations between fatigue and psychobiological stress measures in women with depression and women with somatic symptom disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2021 Oct 1;132:105343.
 46. Mozuraityte K, Stanyte A, Fineberg NA, Serretti A, Gecaite-Stonciene J, Burkauskas J. Mental fatigue in individuals with psychiatric disorders: a scoping review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2023 Jun 1;27(2):186-95.
 47. Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*. 2018 Nov 1;65:163-74.

48. Ouellet M, Monthuy-Blanc J, Pauzé R, Rousseau M, Bouchard S. What my body looks like and what my body can do: A self-perception explanation of excessive exercise in young adults with anorexia and/or bulimia. *Frontiers in Psychology*. 2022 Oct 17;13:916294.
49. . Grilo CM, Ivezaj V, Lydecker JA, White MA. Toward an understanding of the distinctiveness of body-image constructs in persons categorized with overweight/obesity, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of psychosomatic research*. 2019 Nov 1;126:109757.
50. . Terhoeven V, Nikendei C, Bärnighausen T, Bountogo M, Friederich HC, Ouermi L, Sié A, Harling G. Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*. 2020 Jan;25(1):132-41.
51. Laker V, Waller G. The development of a body comparison measure: The CoSS. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020 Aug;25:879-88.
52. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Frontiers in psychology*. 2019 Feb 26;10:420755.
53. . Baceviciene M, Jankauskiene R, Balciuniene V. The role of body image, disordered eating and lifestyle on the quality of life in Lithuanian university students. *International journal of environmental research and public health*. 2020 Mar;17(5):1593.
54. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*. 2020 Jan;50(1):24-9.
55. Emck C, Scheffers M. Psychomotor interventions for mental health: An introduction. In *Psychomotor interventions for mental health-adults: A movement-and body-oriented approach* 2019 (pp. 17-51). Boom.
56. Probst M. Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. *Occupational therapy-Occupation focused holistic practice in rehabilitation*. 2017 Jul 5:26-47.
57. Marmeleira J, Machorrinho J, Duarte Santos G, Veiga G. Psychomotor intervention in intimate partner violence: empirical support for preventive and therapeutic approaches.
58. Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*. 2018 Nov 1;65:163-74.
59. Rekkers M, Scheffers M, van Elburg AA, van Busschbach JT. The protocol for positive body experience (PBE); introducing a psychomotor therapy intervention based on positive body exposure targeting negative body image in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2021 Oct 2;16(4):252-66.

60. Hagan KE, Walsh BT. State of the art: the therapeutic approaches to bulimia nervosa. *Clinical Therapeutics*. 2021 Jan 1;43(1):40-9.

PRIEDAI

1 priedas. Gyvenimo malonumo ir pasitenkinimo klausimynas – trumpa forma (Q-LES-Q-SF)

Gyvenimo malonumo ir pasitenkinimo klausimynas – trumpa forma (Q-LES-Q-SF)

Ar atsižvelgiant į viską, per praėjusią savaitę buvote patenkinti savo.....

	Labai prasta	Prasta	Vidutinė	Gera	Labai gera
.....fizinė sveikata?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....nuotaika?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....darbu?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....namų ruošos darbais?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....socialiniais santykiais?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....santykiais šeimoje?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....laisvalaikio veikla?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....gebėjimas dalyvauti kasdieniame gyvenime?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
.....seksualiniu potraukiu/susidomėjimu?*	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

..... <i>ekonomine padėtimi?</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>gyvenimo / būsto situacija?*</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>gebėjimas fiziškai judėti be galvos svaigimo, nestabilumo ar griuvimų rizikos?*</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>vizija, susijusia su gebėjimu dirbti ar pomėgiais?*</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>bendra savijauta?</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>vaistų vartojimu? (Jeigu nevartojate, pažymėkite varnelę čia.....ir palikite atsakymą tuščią)</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
..... <i>Kaip įvertintumėte savo bendrą pasitenkinimą gyvenimu praėjusių savaitę?</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

*Jei pasitenkinimas šiais veiksniais yra labai prastas, prastas arba vidutinis, **PABRĖŽKITE** veiksnį (-ius) susijusį su pasitenkinimo stoka.

2 priedas. Nuovargio vertinimo skalė (FAS)

Nuovargio vertinimo skalė (FAS)

Instrukcijos:

Toliau pateikti dešimt teiginių nurodo, kaip paprastai jaučiatės. Prašome atsakyti į kiekvieną klausimą, net jei šiuo metu neturite jokių nusiskundimų.

	Niekada	Kartais	Reguliariai	Dažnai	Visada
<i>Mane vargina nuovargis</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Labai greitai pavargstu</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Per dieną daug nenuveikiu</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Man užtenka energijos kasdieniam gyvenimui</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Fiziškai jaučiuosi išsekęs</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

<i>Turiu problemų pradėdamas dalykus</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Turiu problemų aiškiai/skaidriai mąstyti</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Nejaučiu noro nieko daryti</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Jaučiuosi psichiškai išsekęs</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
<i>Kai ką nors darau, galiu visai gerai susikaupti</i>	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

3 priedas. Burns'o depresijos skalė

Instrukcija: paukščiuku (V) pažymėkite, kaip stipriai kiekvieną simptomą jautėte **pastarąją savaitę**, taip pat ir šiandien. **Prašome įvertinti visus 25 teiginius.**

0 – Visai ne	1 – Retai	2 – Vidutiniškai	3 – Dažnai	4 – Labai dažnai
--------------	-----------	------------------	------------	------------------

Mintys ir jausmai				
1. Liūdnas ar be nuotaikos				
2. Nelaimingas arba nusiminęs				
3. Verkimo priepuoliai arba verksmingumas				
4. Netekęs pasitikėjimo savo jėgomis				
5. Beviltiškumo jausmas				
6. Žema savivertė				
7. Jausmas, kad esu menkesnis ar prastesnis nei kiti				
8. Kaltė arba gėda				
9. Polinkis save kritikuoti arba kaltinti				
10. Sunkumai priimant sprendimus				
Veikla ir asmeniniai santykiai				
11. Dingęs susidomėjimas šeima, draugais ar kolegomis				
12. Vieništumo jausmas				
13. Mažiau laiko praleidžiama su šeima ar draugais				
14. Motyvacijos praradimas				
15. Dingęs susidomėjimas darbu bei kitokia veikla				
16. Darbo bei kitokios veiklos vengimas				
17. Prarastas malonumo ar pasitenkinimo gyvenimu jausmas				
Fiziniai simptomai				
18. Nuovargis				
19. Sunkiai užmiegu arba pernelyg daug miegu				
20. Nukritęs arba labai padidėjęs apetitas				
21. Dingęs seksualinis potraukis				
22. Susirūpinimas sveikata				
Polinkis į savižudybę**				
23. Ar turite minčių apie savižudybę?				
24. Ar norėtumėte baigti savo gyvenimą?				
25. Ar turite planų fiziškai save žaloti?				

Čia įrašykite bendrą teiginių nuo 1 iki 25 įvertinimų sumą →

4 priedas. Savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimynas – trumpa forma

Savo kūno įvaizdžio vertinimo klausimynas – trumpa forma

Pildymo instrukcija:

1–27 teiginiai yra susiję su jumis ir jūsų kūnu. Atidžiai perskaitykite kiekvieną teiginį ir nuspręskite, ar teiginys jums tinka. Naudokite žemiau esančią vertinimo skalę, kad nurodytumėte, ar šis teiginys jums tinka. Tinkamą atsakymą iš lentelės pažymėkite prie teiginio.

Visai netiesa (a)	Šiek tiek tiesa (b)	Vidutiniška i (c)	Daugiausi ai tiesa (d)	Visiška tiesa (e)
----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

TEIGINIAI

1. Aš manau, kad mano kūnas nepatrauklus.
2. Tai, kaip gerai veikia mano kūnas, turi įtakos tam, kaip aš jaučiuosi jame.
3. Turėti proporcingą kūną man yra labai svarbu.
4. Mano bendras kūno rengybos lygis yra aukštas.
5. Savo kūną lyginu su artimais žmonėmis (draugais, giminaičiais ir pan.).
6. Aš dažnai norėjau būti aukštesnė.
7. Manau, kad mano kūnas atrodo storas kai esu su drabužiais.
8. Mano nuogas kūnas verčia jaustis liūdnai.
9. Skiriu itin didelį dėmesį savo veidui bei plaukams, kad atrodyčiau gerai.
10. Su drabužiais atrodau gerai.
11. Kai esu fiziškai tvirta, geriau jaučiuosi savo kūne.
12. Man svarbu kūno dydis.
13. Mano kūnas yra sveikas.
14. Būdama šalia gražių žmonių, aš jaučiuosi blogai dėl savo kūno.
15. Norėčiau būti kitokio ūgio.
16. Mano kūnas turi antsvorio.

17. Jaučiuosi prislėgtas dėl savo kūno.
18. Paprastai esu gerai/tinkamai apsirengęs.
19. Mano kūnas atrodo gerai.
20. Reguliariai mankštinantis, mano nuomonė apie savo kūną pagerėja.
21. Man rūpi, kokios formos yra mano kojos.
22. Mano kūnas yra geros fizinės formos.
23. Aš geriau suvokiu savo kūną, kai esu socialinėje situacijoje.
24. Jei būčiau kitokio ūgio, man atrodytų, jog mano kūnas būtų geresnis.
25. Norėčiau, kad būčiau lieknesnė.
26. Daugeliu dienų aš jaučiuosi blogai dėl savo kūno.
27. Aš praleidžiu daug laiko siekiant atrodyti patraukliau.

5 priedas. Pacientų sociodemografiniai duomenys

Pasirinktą atsakymą pabraukite arba įrašykite.

1. Jūsų amžius:

_____metai.

2. Jūsų išsilavinimas?

- a) Aukštasis išsilavinimas
- b) Aukštasis universitetinis išsilavinimas
- c) Aukštasis koleginis išsilavinimas
- d) Aukštesnysis išsilavinimas
- e) Specialusis vidurinis išsilavinimas
- f) Vidurinis išsilavinimas
- g) Pagrindinis išsilavinimas
- h) Pradinis išsilavinimas
- i) Nereglamentuojamas

3. Gyvenamoji vieta:

- a) Miestas
- b) Užmiestis

4. Žalingi įpročiai:

- a) Rūkymas
- b) Alkoholio vartojimas
- c) Abu
- d) Kita
- e) Žalingų įpročių nėra

5. Koks Jūsų fizinis aktyvumas (kiek kartų per savaitę sportuojate)?

- a) Nesportuoju
- b) Vieną kartą per savaitę
- c) Du kartus per savaitę
- d) Tris kartus ir daugiau.

6 priedas. Asmens sutikimo forma

ASMENS SUTIKIMO FORMA

Esu Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Kineziterapijos studijų programos studentė, rašanti bakalauro rašto darbą „Psichomotorinės terapijos poveikis moterų, turinčių valgymo sutrikimų, fizinei ir psichoemocinei būklei“. Maloniai prašau atsakyti į anketos klausimus. Anketa anoniminė, duomenys bus panaudoti tik rašto darbe. Dėkoju už sugaištą laiką.

Sutinku dalyvauti tyrime, kurio tikslas išsiaiškinti psichomotorinės terapijos poveikį moterims, turinčioms valgymo sutrikimus.

Sutinku atsakyti į klausimyne pateiktus klausimus apie psichinę ir fizinę sveikatą, nuovargį, depresijai būdingus požymius bei savo kūno suvokimą.

Tiriamąjo teisės. Tiriamąjo konfidencialumas garantuotas. Jokiuose tyrimo dokumentuose (išskyrus Asmens sutikimo formą) Tiriamąjo vardas ir pavardė nebus nurodomi. Tyrimui naudojamoje anketoje Tiriamasis bus identifikuojamas tik specialiu numeriu, pagal kurį asmens tapatybę galės nustatyti tik tyrime dalyvaujantys tyrėjai. Iš mokslinių publikacijų ar skelbiamų tyrimo duomenų nebus galima identifikuoti tiriamųjų asmenų.

Buvau informuota (-as) ir žinau apie savo galimybę bet kada pasitraukti iš tyrimo.

Neprieštarauju, kad šio tyrimo gauti duomenys būtų panaudoti moksliniams straipsniams, mokslo pranešimams konferencijose rengti.

Tiriamasis.....

(parašas)

.....

(vardas, pavardė)