

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
SVEIKATOS STUDIJŲ KATEDRA

Taikomoji kūno kultūra (specializacija – taikomosios kūno kultūros vadyba)

GENOVAITĖ MIGLĖ ANDRULIENĖ

**TAIKOMOJI FIZINĖ VEIKLA DEPRESIJA SERGANČIŲJŲ
PSICHOSOCIALINĖJE REABILITACIJOJE**

Magistro darbas

Magistro darbo vadovė -
doc. dr. D. Mockevičienė

2013

Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta teorinė taikomosios fizinės veiklos (TFV) įtakos sergančiųjų depresija psichoemocinei ir fizinei būklei analizė.

Iškelta hipotezė, kad taikomoji fizinė veikla yra efektyvus asmenų, sergančių depresija, kompleksinio gydymo metodas, turintis teigiamą poveikį sergančiojo funkicinei būklei ir psichoemocinei būsenai.

Anketinės apklausos ir eksperimento metodu buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas iširti taikomosios fizinės veiklos programos poveikį tiriamųjų požiūriui į taikomąją fizinę veiklą. Atlikta statistinė duomenų analizė.

Tyrimas buvo atliekamas VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės filialo Psichiatrijos ligoninės Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus Dienos stacionare, II-o psichozinių ir afektyvių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje ir III-io afektyvių ir psichozinių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje 2012 m spalio – gruodžio mėn. ir 2013m. sausio – kovo mėn. Tyrime dalyvavo 42 tiriamieji (12-vyrų ir 30 moterų) sergantys įvairiomis depresijos formomis.

Empirinėje dalyje nagrinėjama, kokią įtaką turi TFV sergančiųjų įvairiomis depresijos formomis būsenai.

Svarbiausios empirinio tyrimo išvados:

1. Fizinė veikla turėjo įtakos depresija sergančiųjų subjektyviam būklės vertinimui: pagerėjo miegas, bendravimas, psichoemocinė būsena, fizinė būklė, padidėjo noras dalyvauti psichosocialinės reabilitacijos veiklose, atsirado didesnis noras užsiimti mėgstama veikla. Statistiškai duomenys buvo reikšmingi, kadangi $p < 0,05$.
2. Taikomoji fizinė veikla neturėjo įtakos depresija sergančiųjų funkcinės būklės pokyčiams: širdies susitraukimų dažnio (ŠSD) ir kraujo spaudimo (AKS) pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$).
3. TFV yra svarbi reabilitacijos priemonė depresija sergantiems asmenims, nes, kaip parodė eksperimento duomenys, pagerėjo požiūris į TFV svarbumą, tiems, kurie lankė TFV užsiėmimus.

Pasitvirtino hipotezė, kad taikomoji fizinė veikla yra efektyvus ligonių, sergančių depresija, kompleksinio gydymo metodas, turintis teigiamą poveikį sergančiojo funkicinei būklei ir psichoemocinei būsenai.

Esminiai žodžiai: Depresija, reabilitacija, socialinė reabilitacija, taikomoji fizinė veikla, neįgaliųjų reabilitacija, psichosocialinė reabilitacija.

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas	4
1 skyrius. TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS ĮTAKOS SERGANČIŲJŲ DEPRESIJA BŪKLEI ANALIZĖ TEORINIŲ ASPEKTŲ	9
1.1 Psichosocialinė rehabilitacija	9
1.2 Taikomoji fizinė veikla psichosocialinėje rehabilitacijoje	10
1.3. Psichikos ligų paplitimas Lietuvoje.....	17
1.4. Depresija ir jos simptomai	20
1.5. Depresijos gydymo metodai	29
1.5. 1. Taikomoji fizinė veikla depresijos gydyme.....	35
2 skyrius DEPRESIJA SERGANČIŲJŲ TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS POVEIKIO TYRIMŲ APIBENDRINIMAS	41
2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas.....	41
2.2. Tyrimo imtis	44
2.3. Požiūrio į taikomąją fizinę veiklą (TFV) tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	47
Išvados	60
Rekomendacijos	60
Literatūra	61
Summary	68
Priedai	70

Įvadas

Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas. Depresija, kaip nurodoma įvairiuose šaltiniuose, turėtų būti gydoma kompleksiskai. Viena iš priežasčių, dėl kurių depresijos gydymas yra nepakankamai sėkmingas, yra per siauras, vienpusiškas požiūris į pačią ligą. Pagrindinė depresijos gydymo nesėkmė gali būti ta, jog daugelis sveikatos priežiūros specialistų mato depresiją tik kaip biologinį, arba tik kaip psichologinį sutrikimą, dėl to ir pagalba teikiama tik vienpusiška (Downing-Orr,1998). Darbo su priklausomais nuo narkotinių medžiagų asmenimis metodikoje pažymima, kad depresija, kaip ir priklausomybės ligos, yra biopsichosocialinis sutrikimas (Augulytė ir kt.,2008).

Mokslinėje literatūroje rašoma apie antidepresantų (AD) efektyvumą bei saugumą, tačiau farmakoterapija - ne vienintelis depresijos gydymo būdas. Būtina žinoti ir kitus, nemedikamentinius gydymo būdus, kurie ne tik patys gali palengvinti depresijos simptomus, bet sustiprinti antidepresantų poveikį, ko pasekoje galima mažinti jų dozes bei išvengti gydymo nutraukimo (Kineziologijos pagrindai,2004). Vienas nemedikamentinio gydymo būdų – taikomoji fizinė veikla. Pasak Saudargienės (2009), taikomoji fizinė veikla, ne tik gerina fizinį pajėgumą, bet ir palengvina naujų įgūdžių įsisavinimą, dalijimąsi problemomis ir ypatingais interesais, leidžia pasiekti geresnę fizinę formą, geresnį savęs vertinimą.

Saudargienė ir kt. (2008) teigia, kad sergančiųjų depresija gydymo efektyvumas dažnai tyrinėjamas tik klinikiniu psichinės būsenos vertinimo aspektu, trūksta tyrimų, orientuotų į fizinės veiklos poveikį visapusiškam depresijos gydymui .

Jasulaitis ir Neverauskas (2003) pastebi, jog reguliariai atliekami fiziniai pratimai arba jų derinimas su kitomis terapijos rūšimis pagerina ligonių, sergančių lengva arba vidutine depresija, būklę. Fizinės veiklos veikimo mechanizmas nėra iki galo aiškus, tačiau manoma, kad fizinis krūvis mažina stresą, taip pat veikia biologiškai veiklių medžiagų pusiausvyrą smegenyse. Nustatyta, kad reguliarius fizinis aktyvumas, pagerina fizinį pajėgumą, dėl ko padidėja serotonino lygis smegenyse, todėl gerėja nuotaika ir atsiranda gerovės jausmas (Jasulaitis ir kt.,2007, Kineziologijos pagrindai, 2004).

Jaučiamas didelis visuomenės rūpinimasis psichikos sveikata, didėjančia psichikos sutrikimų ekonomine ir socialine našta, vis dar dažnai žiūrima neigiamu požiūriu į psichikos sutrikimus turinčius asmenis (Pranckevičienė, 2008).

1946 m. PSO konstitucijoje priimtas toks sveikatos apibrėžimas: „Sveikata yra visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną ir ne vien ligos ar negalios nebuvimas“. Psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir išverti skausmą,

nusivylimą ir liūdesį; tai gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte (Pranckevičienė, 2008).

Žmonės, turintys psichikos sutrikimų, dažnai patiria socialinę izoliaciją, jų gyvenimo kokybė yra žema, o mirtingumas – didelis (Adomaitienė, 2010). Nustatyta, kad psichikos ir elgesio sutrikimai, vertinant pagal ekonominę šių sutrikimų naštą valstybei ir visuomenei, pradeda vyrėti bendrojoje visų sutrikimų struktūroje (Adomaitienė, 2010).

Vis dažniau apie depresiją prabylama kaip apie mūsų amžiaus marą ir teigiama, kad vis daugiau žmonių vartoja antidepresantus (Šerpytė, 2008). PSO duomenimis, nuo depresijos pasaulyje kenčia 154 mln. žmonių (Adomaitienė, 2010). Depresija dažnai yra sekinanti liga. (Khouzam, 2008). Kaip teigia J. A. Costa E Silva (1994), psichikos ir elgesio sutrikimai yra viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų. Visuomenė fiziškai neįgaliems savo nariams jaučia užuojautą ir teikia kokią nors paramą, tačiau psichiškai neįgalūs žmonės dažnai atstumiami, daugelis mano, kad sirgti psichikos ligomis – gėda. Pažymima, kad nuo psichikos ir elgesio sutrikimų kenčiantiems žmonėms reikia tiek mūsų pagarbos, tiek ir paramos. PSO pabrėžia, kad požiūris į psichinę negalią turi būti toks pat, kaip ir į fizinę (TLK-10).

Įrodyta, kad fizinė veikla labai greitai mažina fizinius streso požymius, to pasekoje didėja organizmo atsparumas ne tik fiziniam krūviui, bet ir kitiems aplinkos poveikiams (Kineziologijos pagrindai, 2004).

Fizinio aktyvumo įtaką depresija sergantiems žmonėms tyrinėjo Jasulaitis (2007), Chaouloff (1989), Ramirez Basco (2007), dvasingumo ir depresiškumo sąsajas savo darbuose tyrė Angst J. (1999), Bronisch T. (1987), Hecht H (1987), Desai H. (2000).

Tyrimo objektas – TFV (taikomosios fizinės veiklos) poveikis asmenims sergantiems depresija.

Hipotezė: Taikomoji fizinė veikla yra efektyvus asmenų, sergančių depresija, kompleksinio gydymo metodas, turintis teigiamą poveikį sergančiojo funkciniai būklei ir psichoemocinei būsenai.

Tyrimo tikslas – įvertinti taikomosios fizinės veiklos poveikį depresija sergančiųjų savijautai ir jų požiūriui psichosocialinėje reabilitacijoje.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti taikomosios fizinės veiklos (TFV) įtaką sergančiųjų depresija psichoemocinei ir fizinei būklei teoriniu aspektu.
2. Įvertinti taikomosios fizinės veiklos programos poveikį depresija sergančių tiriamųjų psichoemocinei būklei.
3. Įvertinti taikomosios fizinės veiklos programos poveikį tiriamųjų požiūriui į taikomąją fizinę veiklą.

4. Nustatyti taikomosios fizinės veiklos programos poveikio skirtumus tarp eksperimentinės ir kontrolinės grupių.

Tyrimo dalyviai. Tyrime dalyvavo 42 asmenys sergantys įvairiomis depresijos formomis, iš jų 12 vyrų ir 30 moterų. Tyrimas buvo atliktas VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės filiale Psichiatrijos ligoninėje, reabilitacijos skyriaus Dienos stacionare, II-o psichozinių ir afektinių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje ir III-io afektinių ir psichozinių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje. Tyrimas truko 7 mėnesius.

Tyrimo metodologija ir metodai. Teorinė mokslinės literatūros šaltinių analizė, anketa, klausimynas, Kanadietiškas Veiklos Vertinimo testas (KVVT) vertinti TFV poveikį psichoemocinei būklei, fizinei savijautai ir požiūriui į fizinę veiklą įvertinti. *Mokslinės literatūros analizės* būdu buvo nagrinėjami longitudinaliniai ir empiriniai tyrimai, nurodantys psichosocialinės reabilitacijos svarbą bei jos principus ir TFV kaip vienos iš psichosocialinės reabilitacijos priemonių naudą bei svarbą depresija sergantiems asmenims.

Tyrimo rezultatams pasiekti ir hipotezei patvirtinti buvo atliktas eksperimentas. Eksperimentas – tai empirinis tyrimas, padedantis planingai valdant proceso ar reiškinių sąlygas, patikrinti priežastinių reiškinių ryšių hipotezes.

Siekiant išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo ir laisvalaikio veikloje, buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas (KVVT). Tyrimo duomenys buvo apdoroti MS Excel, *PSPP programa*. Duomenys įvertinti buvo skaičiuojami aritmetiniais vidurkiais, standartiniais nuokrypiais. Vidurkių skirtumo patikimumui buvo naudojamas Wilkoxsono neparametrinis priklausomų imčių kriterijus ($p < 0,05$).

Pagrindinės sąvokos

Depresija – tai ne tik bloga nuotaika ar nusiminimas, tai kūno ir sielos liga, kuri diena iš dienos veikia mintis, jausmus, fizinę sveikatą ir elgseną. Depresija gali susirgti kiekvienas – neturi reikšmės nei išsilavinimas, nei socialinė padėtis, nei lytis ar amžius. Tai daugiau negu būti liūdnam ar jausti širdgėlą po netekties. Tai liga (kaip diabetas, aukštas kraujo spaudimas ar širdies liga), kuri diena po dienos veikia Jūsų mintis, jausmus, fizinę sveikatą ir elgseną. (Lapkauskienė, 2004).

Depresija - labai aiškius simptomus turintis žmogaus emocinio balanso sutrikimas, kuriam būdinga prislėgta, bloga nuotaika. Depresija yra plačiai paplitęs, lėtinis, pasikartojantis sutrikimas, susijęs su dideliu sergamumu ir mirtingumu, pernelyg dažnu lankymusi pas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius specialistus (Simon GE, VonKorff M, Barlow H., (1995).

Gyvenimo kokybė - tai politinis bei ekonominis idealas, sukurtomis priemonėmis užtikrinantis visuomenei ne tik esminių poreikių patenkinimą, bet ir trokštamą gerovę: ekonominę klestėjimą, socialinę saugumą, pakankamą sveikatos apsaugą, gamtinės aplinkos priežiūrą (Udras, 2011).

Negalia – tai negalavimas, nesveikata. Gebos, susijusios su asmens ar grupės standartu, sutrikimas. Realybėje yra tiesiog gebėjimų spektras. (Dabartinis lietuvių kalbos žodynas, 2006).

Neįgalus žmogus - tai individas, turintis negrįžtamų motorinės funkcijos, regėjimo, klausos ar intelekto sutrikimų, kurie laikytini nuolatinėmis asmens savybėmis, bet ne ligos ar traumos klinikiniais simptomais (Samsonienė, 2011).

Socialinė sveikata – santykiai, bendravimas su kitais žmonėmis. (Gudžinskienė, 2007).

Taikomoji fizinė veikla - bet kokia fizinė veikla (vandenyje ar sausumoje, organizuota ar neorganizuota, specialiose ar integruotose institucijose, su kompensuojamosiomis priemonėmis ar be jų, ir t. t.), neįgaliųjų atliekama fiziškai juos ugdant per fizinio ugdymo pamokas, poilsio metu rekreacijos tikslais, kasdieninio gyvenimo fizinių įgūdžių ir veiksnių įgijimo ir atgavimo – fizinės reabilitacijos, psichologinės būsenos bei bendravimo įgūdžių įgijimo ir atgavimo – psichosocialinės reabilitacijos tikslais bei sportinės neįgaliųjų veiklos metu (Adomaitienė ir kt. , 2003).

Psichinė liga – tai toks aukštosios nervinės veiklos sutrikimas, dėl kurios sutrinka objektyvios tikrovės atspindėjimas, pakinta savimonė, santykiai su aplinka ir elgesys (Grigas, Jocevičienė, Lapytė, Ostrauskas, 1984).

Reabilitacija – tai visos priemonės švelninti negalias ir atstatyti fizines bei psichines funkcijas. (Dilingas ir Reimeris, 2000).

Darbinė reabilitacija: specializuotos reabilitacijos įstaigos, mokyklinis ir profesinis apmokymas (Dilingas ir Reimeris, 2000).

Socialinė reabilitacija: socialinių ryšių ir asmens savarankiškumo ugdymas, laikina prieglauda po gydymo ligoninėje, terapinės bendruomenės, paskui nuosavas būstas, priemonės gyvenimui ir laisvalaikiui organizuoti (Dilingas ir Reimeris, 2000).

Medicininė reabilitacija: specifinis gydymas ir funkcijų skatinimas; derinama su kitomis dviem reabilitacijos priemonėmis (Dilingas, Reimeris, 2000).

Neįgaliųjų reabilitacija reiškia vyksmą, kurio tikslas – suteikti galimybę neįgaliesiems įgyti, atgauti arba palaikyti optimalų fizinių, jutimų, psichologinių ir/ar socialinių funkcijų lygį, padedantį jiems keisti savo gyvenimą, siekiant didesnio nepriklausomumo nuo aplinkinių (Adomaitienė ir kt., 2003).

Psichosocialinė reabilitacija - suderintų visuomeninių, psichologinių, auklėjimo ir medicininių priemonių sistema, teikianti psichikos ligoniams pakankamai savarankiško gyvenimo ir įsitraukimo į visuomenę galimybių (Adomaitienė ir kt. , 2003).

Santrumpos

AD – antidepresantai

AKS – arterinis kraujospūdis

HAM – D – Hamiltono depresijos vertinimo skalė

TFM – taikomoji fizinė mankšta

TFV – taikomoji fizinė veikla

NT – neurotransmiteriai

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

SAS – sezoninis afektinis sutrikimas.

Magistro darbo struktūra. Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (88 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 24 paveikslai. Magistro darbo apimtis - 70 puslapių.

Pridedami magistro darbo priedai, kuriame pateikiami:

- Anketa
- Anketa - klausimynas
- Kanadietiškas veiklos vertinimo testas
- Psichosocialinės reabilitacijos terapijų / veiklų registravimas ir vertinimas
- Nuotraukos

1 skyrius. TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS ĮTAKOS SERGANČIŲJŲ DEPRESIJA BŪKLEI ANALIZĖ TEORINIŲ ASPEKTŲ

1.1 Psichosocialinė reabilitacija

Psichosocialinė reabilitacija – tai suderintų visuomeninių, psichologinių, auklėjimo ir medicininių priemonių sistema, teikianti psichikos ligoniams pakankamai savarankiško gyvenimo ir įsitraukimo į visuomenę galimybių.

Psichosocialinės reabilitacijos tikslas – padėti asmenims, kenčiantiems ilgalaikę psichikos negalią, gerinti jų funkcines galimybes, siekiant, kad jie sėkmingai prisitaikytų pasirinktoje aplinkoje, jaustų pasitenkinimą gyvenimu, kad jiems reiktų tik minimalios specialistų pagalbos. Šio tikslo siekiama taikant šiuos metodus: mokant konkrečių įgūdžių, reikalingų klientui adekvačiai jaustis ir veikti ir sukuriant reikalingas prielaidas, kurios paremtų ir sustiprintų kliento pasiektą funkcionavimo lygį (Anthony, Cohen ir Cohen, 1983).

Sergant psichikos ligomis dažnai sutrinka pacientų prisitaikymas, gebėjimas įvertinti situaciją ir spręsti išskylančias problemas. Psichosocialinės reabilitacijos strategija padeda paremti ligonį sunkiu jo grįžimo į visuomenę laikotarpiu, emocinių ir tarpasmeninių krizių metu.

Pagrindiniai specifiniai psichosocialinės reabilitacijos principai yra šie (Survilaitė, 2003):

- Partnerystės principas – gydytojas ir ligonis turi būti partneriai. Gydytojas turi gerbti ligonio teises ir individualybę. Būtina reabilitacijos – įgyti paciento pasitikėjimą, kad jis pripažintų reabilitacinę programą ir norėtų bendradarbiauti. Reabilitacija yra ligonio teisė, o ne prievolė, todėl negali būti taikoma be jo sutikimo (Survilaitė, 2003).
- Veiklos daugiaplaniškumo principas – reabilitacija suprantama kaip sudėtingas procesas, nukreiptas į įvairias ligonio psichosocialinio funkcionavimo sritis. Skiriamos šios reabilitacijos sritys: *psichologinė, šeimos, visuomenės, paciento auklėjimo ir mokymo ir jo laisvalaikio užimtumo*. Asmenybė formuojasi visuomenėje, bendraudama su ją supančiais asmenimis (Survilaitė, 2003).
- Laipsniškumo principas – siekiant visiško paciento savarankiškumo reikia pradėti nuo lengvesnių užduočių ir palaipsniui pereiti prie sudėtingesnių (Survilaitė, 2003).
- Kartojimo principas – šis principas tinka asmenims, kurių ligai būdingi paūmėjimai. Po kiekvieno tokio paūmėjimo vėl reikia pakartoti seniau įgytus įgūdžius (Survilaitė, 2003).
- Psichosocialinio ir biologinio metodų vienovės principas – medikamentinio gydymo ir reabilitacijos vienovė. Negalima atmesti biologinių psichikos ligų gydymo metodų. Reabilitacija – ne tik socialinė, bet ir klinikinė problema (Survilaitė, 2003).

- Optimalios stimuliacijos principas – paciento stimuliacija neturi būti nei per stipri, nei per silpna. Per dideli reikalavimai jį gali demobilizuoti ir sukelti „reabilitacinę depresiją“. Per menka stimuliacija ir monotoniška veikla gresia paciento susidomėjimo praradimu (Survilaitė, 2003).

Psichosocialinės reabilitacijos tipai yra šie:

- socialinių įgūdžių lavinimas;
- dienos stacionarai;
- bendruomenės psichikos sveikatos centrai (BPSC);
- psichiatrinis švietimas;
- psichosocialinės reabilitacijos centrai;
- saugaus darbo įstaigos (DTD dirbtuvės) – darbo terapija, užimtumo terapija;
- pacientų klubai;
- šeimos globa;
- ligonių vasaros stovyklos;
- kiti tipai: meno terapija, dramos terapija, šokio terapija (choreoterapija), muzikos terapija, poezijos terapija, video terapija, biblioterapija, jėjimo terapija ir kt. (Dembinskas ir kt., 2003).

1.2 Taikomoji fizinė veikla psichosocialinėje reabilitacijoje

Fizinė veikla, pagal Sherrill (1995), apima neįgalių asmenų fizinį ugdymą per fizinio ugdymo pamokas, neįgaliųjų sportą, jų fizinę (re)abilitaciją ir fizinę veiklą poilsio metu, siekiant rekreacijos tikslų. Nors vadinamoji įprastinė įgaliųjų fizinė veikla ir taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla turi tuos pačius tikslus ir uždavinius, tačiau pirmumas teikiamas skirtingiems dalykams. Įgaliųjų fizinės veiklos pirmenybė iš esmės yra skirta naujiems judėjimo ir sporto įgūdžiams, išvermei ir kitoms fizinėms ypatybėms ugdyti. Taikomojoje fizinėje veikloje, kuria naudojasi ir kurią atlieka neįgalūs žmonės, Sherrill (1998) nuomone, negali būti jokių išankstinių prielaidų. Visi taikomosios fizinės veiklos tikslai yra individualizuojami ir paremti individualaus testavimo ir jo vertinimo rezultatais. Neįgalieji turi daug daugiau specifinių poreikių, negu įgalieji. Net prastos fizinės veiklos nesėkmės, kurios kitiems atrodo mažai reikšmingos arba lengvai išgyvenamos, neįgaliesiems žmonėms gali sukelti ilgalaikį savęs nevertinimą ir nepagarbą sau. Neįgaliųjų fizinės veiklos pirmenybė yra pritaikyti fizinę veiklą (jos tikslus, organizaciją, metodologiją) labai įvairiems neįgaliųjų poreikiams siekiant jų fizinio ir psichologinio prisitaikymo visuomenėje fizinės, profesinės ir socialinės (re) abilitacijos požiūriu (Adomaitienė R. ir kt., 2003).

Sąvoka *taikomoji fizinė veikla* (TFV) suprantama kaip bet kokia fizinė veikla (vandenyje ar sausumoje,organizuota ar neorganizuota, specialiose ar integruotose institucijose, su kompensuojamosiomis priemonėmis ar be jų, ir t. t.), neįgaliųjų atliekama fiziškai juos ugdant per fizinio ugdymo pamokas, poilsio metu rekreacijos tikslais, kasdieninio gyvenimo fizinių įgūdžių ir veiksmų įgijimo ir atgavimo – fizinės reabilitacijos, psichologinės būsenos bei bendravimo įgūdžių įgijimo ir atgavimo – psichosocialinės reabilitacijos tikslais bei sportinės neįgaliųjų veiklos metu (Adomaitienė R. ir kt.,2003). TFV apibūdinti psichosocialinėje reabilitacijoje naudojami skirtingi pavadinimai: pratimų intervencija, pratimų terapija, judesių terapija, sporto terapija ir psichomotorinė terapija, nors tikslai ir siekiai yra panašūs. Jie apima: depresijos ir nerimo mažinimą; geros fizinės būklės palaikymą ir pagerinimą; mokymą aktyviai ieškoti sprendimo būdų; socialinio bendravimo skatinimą; elgesio, būdingo depresijai pakeitimą (Van Coppenolle et al., 1995).

Stedman's Medical Dictionary. (1995) psichinę sveikatą apibūdina kaip psichologinio gerbūvio būseną, kurios metu individas pasiekia sėkmingą integraciją tiek savo paties, tiek į socialinę aplinką arba tinkamą meilės, darbo, laisvalaikio balansą. Kai kuriuose medicininiuose tyrimuose pastebėta, kad beveik 8% populiacijos kenčia nuo nuotaikos sutrikimų. Kadangi tik 1 iš 5-ių pacientų ieško profesionalaus gydymo, poreikis alternatyviam gydymui yra didelis (Kaplan, Sadock, Greb,1994.).

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

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

2. Kiti depresiniai simptomai (diotiminis sutrikimas – dviejų mėnesių depresyvi nuotaika, lydima anksčiau minėtų simptomų, be suicidinių minčių; minorinis depresinis sutrikimas, lydimas dviejų – penkių simptomų; prisitaikymo sutrikimas – kai asmuo patiria pastebimą stresą ir jam atsiranda emociniai ar elgesio sutrikimai trijų mėnesių laikotarpyje po įvykio; bipoliariniai nuotaikos sutrikimai pasireiškia linksmos nuotaikos ciklais, kintančiais į depresijos periodus; gali pasireikšti nesugebėjimu vertinti, taip pat psichoze).

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

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

4. Kiti sindromai (tai bet koks sutrikimas, TFV metu; pacientai su pokyčiais psichinėje būsenoje gali pradėti rodyti nerimą ar depresiją, psichinė būseną gali keisti dėl vaistų, ligos, alkoholio ar narkotikų nutraukimo, spazmų, infekcijų ar chroniškų psichinių ligų. Asmenys gali atrodyti apimti nerimo ar depresijos. Greitas bei tinkamas gydymas vaistais ar elgesio koregavimo priemonėmis gali pagerinti fizinės reabilitacijos potencialą. Šios ligos pernelyg sunkios, kad galėtų būti gydomos vien TFV (Amerikos psichiatrijos asociacija, 1993).

Suomijos Sporto ir Fizinės edukologijos departamentas 1997 inicijavo projektą „Pratimai ir parama psichikos sutrikimus turintiems asmenims“. Šio projekto tikslas buvo sukurti fizinės veiklos programą psichiškai neįgaliesiems žmonėms. Buvo sudarytos 6 fizinės veiklos programos. Fizinių užsiėmimų programa derino šias veiklas:

- Pasivaikščiojimai lauke
- Svorio pratimai + pratimai baseine
- Gimnastikos pratimai
- Dviračių sportas
- Užduotys su kamuoliu
- Kūno laikysenos pratimai.

Išanalizavus eksperimento rezultatus, buvo padarytos išvados, jog fizinės veiklos užsiėmimai labai svarbūs psichiškai neįgaliesiems asmenims. Tik svarbu, kad fizinės veiklos programos psichikos neįgaliesiems asmenims būtų labai kruopščiai parengtos ir suplanuotos (Ylen H, Ojanen M, 1997).

Mokslininkų teigimu (Van Coppenolle ir kt., 1995; Sherill, 1998; Bosscher, 1993), fizinė ir psichinė būklė yra susijusi. Tyrimais siekiama įrodyti, jog, sergant psichikos ligomis, fizinė veikla padeda pagerinti fizinę būklę, pakelti nuotaiką, didina pasitikėjimą savimi. Buvo atliktas eksperimentas su 14-55 m. amžiaus psichikos ligoniais, taikant jiems „Treniruočių sistemą“, susidedančią iš trijų fizinės veiklos programų, atliekamų tris kart per savaitę, iš viso 6 savaites. Dauguma psichikos ligonių buvo labai silpni fiziškai. Rezultatai buvo teigiami ir

priklausė nuo konkrečios pasirinktos fizinės veiklos programos. Fizinės veiklos programa padėjo pacientams atsigausti. Gauti rezultatai parodė, kad TFV programa padeda pacientams padidinti pasitikėjimą savimi, pagerinti fizinę būklę, įveikti depresiją, pyktį, nerimą, tapti aktyvesniems visuomenėje ir aplinkoje. Po eksperimento buvo padaryta išvada, kad TFV terapijos apimtis turėtų plėstis ir turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys pacientams su psichikos sutrikimais (Chastian P. B., Shapiro G. E., 1987).

Berger ir Owen (1992) nustatė, kad neintensyvus pabėgiojimas, pasivaikščiojimas, pasivažinėjimas dviračiu, plaukiojimas padeda sumažinti įtampą. Pratimai turi būti ritmiški, reguliarūs ir subalansuoti. Kad sumažėtų nerimas, pratybų trukmė turėtų būti 15 - 30 min. (ne trumpiau kaip 20 min.). Mokslininkų nuomone, taikomosios fizinės veiklos programa turėtų trukti reguliariai 9 savaites.

Martinson'as (1989) taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus siūlo taikyti 3 k./sav. po 30-60 min. vidutiniu intensyvumu, mažiausiai 8 savaites. Po 8 savaičių aerobikos ir treniruočių su svoriais programos buvo pastebėtas nerimo sumažėjimas. Kaip teigia Csafit ir Landers (1998), antidepresinis pratimų poveikis pasireiškia jau pirmą savaitę. Amerikos Sporto koledžas (1991) siūlo taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus atlikti 15-30 min., kad pagerėtų raumenų struktūra bei širdies ir kraujagyslių sistemos veikla. Kiti autoriai TFV trukmę siūlo įvairių, 2 val. užsiėmimus, Emery (1986) 1 val., Bosscher (1993) 45min. (Leith L. M, 1994). Šie autoriai teigia, kad tokia TFV pratybų trukmė padeda pagerinti psichinę sveikatą bei sumažinti depresiją, nerimą. Laikantis šių reikalavimų, sumažėja traumų tikimybė ir išlaikomas noras dalyvauti TFV programoje (Meyer & Broocks, 2000). Taigi, ideali taikomosios fizinės veiklos programos trukmė ir pratybų skaičius nėra gerai žinoma. Nors yra manoma, kad aerobinė būklė atsiranda po 20 ar daugiau minučių tris kartus per savaitę dalyvaujant fizinėje veikloje (Martinson, 1994).

TFV specialistams ir kitiems fizinės veiklos specialistams yra svarbu atsižvelgti į psichikos negalią turinčių asmenų, fizinės veiklos poreikius, norint maksimaliai padidinti jų nepriklausomybės potencialą. Psichikos negalią turinčiam asmeniui gali būti sunku dalyvauti TFV užsiėmimuose, reikalaujančiuose didelių fizinių ir psichinių pastangų (Rimmer J. H., Braddock J. & Pitetti K. H., 1996). Todėl ne visais atvejais pavyksta taikyti TFV užsiėmimus. Nuovargis, apatija, abejingumas, energijos sumažėjimas, žemas savęs vertinimas ir psichomotorinis atsilikimas, taip pat nepageidaujamas antidepresantų veikimas (burnos džiuvinimas, ortostatinė hipotonija, raumenų, koordinacijos problemos, rankų tremoras, sutrikęs širdies darbas, inkstų nepakankamumas ir pan.) bei reikalavimas pastovaus pacientų skatinimo ir palaikymo pradėti bei tęsti dalyvavimą TFV programose – apsunkina TFV programos taikymą (Van de Vliet, 2002).

TFV programos turi daug faktorių, suteikiančių psichologinės naudos, t.y. emocinę naudą gali atsirasti dėl padidėjusio dėmesio, paties paciento tikėjimo apie pagerėjimą, taip pat pasyvumo bei bejėgiškumo įveikimo psichosocialinės reabilitacijos proceso metu. Pacientai, dalyvaujantys fizinėje veikloje, dažnai išgyvena vidutinius ir sunkius psichikos sutrikimus, kurie gali slopinti paciento norą dalyvauti fizinėje veikloje. Fizinės veiklos specialisto vaidmuo turi įtakos ir tiems pacientams, kurie nemėgsta fizinio krūvio. Šiuo atveju taikomosios fizinės veiklos specialistai turėtų pasirūpinti tuo, kad būtų atliktas psichoterapijos kursas, jei reikalinga, skiriami papildomi medikamentai (Pet, 1996). Psichikos neįgalieji gali būti atleisti nuo fizinės veiklos gydytojui nusprendus ar rekomendavus, tačiau, pagal Lygių galimybių Standartines Taisykles, kiekvienas nepriklausomas įgalusis ar neįgalusis, turi teisę dalyvauti fizinėje veikloje.

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

- TFV programa gali suteikti intensyvumą tam tikriems elgesio modeliams fizinės veiklos metu;
- Agresyvumo protrūkiai gali būti įtakojami socialiai priimtinais būdais dėl kontroliuojamų taisyklių;
- Žaidimai ir fizinės veiklos gali suteikti galimybes socialinių charakteristikų vystymuisi tokių kaip bendravimas ir varžybos;
- Veiklos reikalaujančios pastovaus judesio krypta į teigiamų emocijų palaikymą (Mikelkevičiūtė J., 2004).

Vakarų šalyse neįgalūs asmenys vis labiau įtraukiami į įvairią taikomąją fizinę veiklą, sportą, rekreacinius užsiėmimus. Vis didėjantis dėmesys skiriamas fizinei veiklai ir fiziniam pajėgumui kaip neįgalių asmenų psichosocialinės reabilitacijos priemonė, tarp jų ir psichinės negalios asmenims (Compton, Eisenman, Henderson, 1989). Didėjantis mokslininkų susidomėjimas fizine veikla ir sportu rodo, kad fizinė veikla yra svarbus optimalios sveikatos bei gydymo kokybės elementas. Fizinė veikla psichikos neįgaliesiems palengvina naujų įgūdžių įsisavinimą, dalijimąsi problemomis ir ypatingais interesais, leidžia pasiekti puikią fizinę formą, teigiamesnę savęs vertinimą bei kurti strategijas kasdieninių problemų sprendimui (Rimmer, Braddock & Pitetti, 1996).

Įvairūs moksliniai tyrimai rodo, kad taikomosios fizinės veiklos poveikyje mažėja depresijos, nerimo simptomų pasireiškimas. Žymus depresijos, nerimo sumažėjimas buvo pastebėtas po dalyvavimo bėgime (Bosscher, 1993), ėjime (Doynes, 1987), važiavimo dviračiais

(Brown, 1984), dalyvavimo aerobiniuose šokiuose (Jewel, 1987), šokinėjime per virvutę, svorių kilnojime (Dojne, 1987), karate, tenise (Pappas, 1990), plaukime (Berger & Owen, 1987, 1988, 1992) ir kituose aerobikos užsiėmimuose.

Dauguma sergančiųjų psichikos ligomis, vartoja medikamentus, kurie gali sukelti vienokį ar kitokį šalutinį poveikį. Individai skirtingai reaguoja į įvairias psichiatrines terapijas bei vaistus. Naujos gydymo programos rodo, kad ir be vaistų galima pasiekti tokių pačių arba net geresnių rezultatų. Bet visos TFV programos turėtų būti peržiūrimos kardiologų ir kitų specialistų, nes kai kurie vaistai gali pakelti ar sumažinti kraujospūdį, pakeisti metabolizmą ar nuslopinti emocijas. Tačiau daugelis psichikos ligonių, vartojančių vaistus, saugiai dalyvauja fizinėje veikloje. Kai kuriems ligoniams vaistai nėra reikalingi, nes jų būklė ir be vaistų yra patenkinama, kitiems aktyvi psichosocialinė reabilitacija ir TFV sumažina vaistų poreikį (Carpenter, Heinrichs & Hanlon, 1987). Iki šiol nepavyksta įrodyti ryšio tarp gydymo vaistais ir psichosocialinės reabilitacijos. Gydymas vaistais nesukuria įgūdžių, nelaiduoja bendruomenės paramos, ko labai reikia gyvenime, paciento mokymuisi, socializacijai ir darbui bendruomenėje. Vaistų poveikį simptomams ir elgesiui galima vertinti kaip parengiamąjį psichosocialinės reabilitacijos etapą, lygiai kaip psichosocialinę reabilitaciją galima vertinti kaip palaikomąją priemonę, baigus gydymą vaistais. Vaistais parengus pacientą psichosocialinei reabilitacijai, vėliau aktyviai reabilituojant (pvz., taikant TFV), galima padėti sumažinti reikalingą vaistų dozę. Psichosocialinė reabilitacija yra tarsi palaikomasis gydymas – nes reabilituojant daugiau pacientų sutinka vartoti vaistus (Weiden, Shaw, & Mann, 1986). Martinsen ir Medhus (1985), Sexton et. al. (1989) tyrimai parodė, kad tiriamieji vertino TFV programą kaip labiau padėjusią gydyme nei tradicinės gydymo formos, t. y. psichoterapija ir medikamentai. Taigi, medikamentinis gydymas dažnam pacientui reikalingas, tačiau retai kada pakankamas psichosocialinės reabilitacijos komponentas. Psichosocialinės reabilitacijos požiūriu gydymas vaistais yra naudinga poveikio priemonė, tačiau, toli gražu, ne visa gydymo programa.

Psichoterapijos būdai, kuriuos galima taikyti TFV užsiėmimų metu:

Atsipalaidavimo būdai:

- autogeninė treniruotė;
- laipsniškas raumenų atpalaidavimas.

Kūną veikiantys būdai:

- koncentruotų judesių terapija;
- funkcinis atsipalaidavimas.

Atsipalaidavimo metodai

Autogeninė treniruotė, tai koncentruoto atsipalaidavimo metodas pagal J.H. Schultz. Iš pradžių

pratimai atliekami vadovaujant patyrusiam psichoterapeutui, vėliau, gerai išmokus, pacientas juos atlieka pats.

Autogeninę treniruotę sudaro:

- Nusiramimas ir raumenų atpalaidavimas sukelia sunkumo jausmą.
- Šilumos pojūčio pratimai.
- Atskirų organų (pvz., širdies darbo) arba vegetacinių funkcijų (kvėpavimo) reguliavimo pratimai.

Po autogeninės treniruotės atsipalaiduojama, nusiraminama, mažėja skausmas, pagerėja kūno pojūčiai ir savikontrolė.

Ypač taikytina pacientams, turintiems psichovegetacinį sutrikimą, jaučiantiems didelį nuovargį, baimę ir nerimą, kuriems sutrinka miegas.

Laipsniškas raumenų atpalaidavimas: pratimai pagal Jacobsoną: atsipalaidavimo technika pagrįsta psichofiziologine raumenų veikla. Skirti pacientams, turintiems psichosomatinių negalavimų ir ligų, taip pat taikant elgesio terapiją.

Kūną veikiantys veiksniai

Koncentruoto judėjimo terapija (KJT). Įvairūs kūno judesių ir kvėpavimo pratimai skirti "pajusti" savo kūną ir kartu pagerinti jo būseną. Tai galima atlikti gulint, sėdint, stovint ir vaikstant. Taip pajuntama kūno padėties erdvėje ir atskiros jo funkcijos. Šis metodas daugiausia taikomas psichosomatinėse klinikose, dažnai grupinei terapijai, pacientams, turintiems funkcinių ir psichosomatinių negalavimų, taip pat sergantiems neurozėmis. Ypač tinka pacientams, linkusiems smulkmeniškai nagrinėti savo kūno pojūčius.

Funkcinis atsipalaidavimas taikomas kartu su autogenine treniruote: koncentruotas atsipalaidavimas ir savarankiškas pažeistų funkcijų reguliavimas.

Metodas neturi tvirtų taisyklių, kurios net minimaliai galėtų pažeisti pojūčius, suvokimą ar kvėpavimo ritmą; jis tuo greičiau atstato pusiausvyrą, kuo mažiau jis "susikoncentravęs į savo vidų". Sėdėdamas arba gulėdamas, pacientas vykdo atsipalaidavimo nurodymus (pvz., atsakymo, pasiryžimo, saviraiškos ir kt.). Tokie stimulai padeda pacientui atrasti ir pajusti savo kūną. Panašiai kaip ir autogeninė treniruotė, funkcinis atsipalaidavimas labai tinka pacientams, turintiems psichosomatinių negalavimų ir ligų. Metodas gali būti taikomas individualiai ir grupei pacientų (Dilingas H., Reimeris Ch., 2000).

Šiuolaikinėje vakarų visuomenėje žmonės labai daug dirba protiškai. Įtampa, pervargimas, nusivylimas iššaukia stresus. Fizinis aktyvumas padeda agresiją paversti sveika iškrova. Pasitenkinimo bei pilnatvės jausmas labai padidėja fizinės veiklos metu. Pilnatvės pajautimas apibūdinamas kaip būtinų poelgių atlikimas, kuris padeda patenkinti

tokioje situacijoje atsiradusius poreikius. Tokie įsitikinimai įtakoja asmens aktyvumo pasirinkimą bei dedamas pastangas. Yra teigiama, kad depresijos (kai kuriais psichikos sutrikimų) atvejais negatyvios mintys veda spirale žemyn į minties ir afekto būseną. Fizinės veiklos užsiėmimai gali pakeisti šią transformaciją. Tokiu būdu, taikomosios fizinės veiklos pratybos gali padėti asmeniui nugalėti netekties jausmą bei degradacijos polinkį. Taikomosios fizinės veiklos programa gali teigiamai įtakoti fizinį savęs vertinimą, pagerinti kūno išvaizdą. Tam įtakos turi tiek esminiai, tiek neesminiai motyvatoriai. Tie pacientai, kurie turi esminių motyvų, yra dažniau patenkinti už tuos, kurie rūpinasi idealiais standartais bei tikslais (Bandura, 1977). TFV pratybų metu gerai atlikus užduotis, padidėja žmogaus pasitenkinimas savimi ir gerėja bendras savęs vertinimas (Van de Vliet, 2002).

Morgan ir Goldston (1987) pateikė šias išvadas, kurios pasitvirtina ir šiandien: 1) fizinės veiklos užsiėmimai turi teigiamos įtakos psichinei sveikatai bei gerai nuotaikai; 2) taikomosios fizinės veiklos programa mažina stresą; 3) fizinės veiklos pratybos padeda kovoti su stresu, kuris dažnai atsiranda esant depresijai ir nerimui; 4) fiziškai sveiki žmonės vartojantys psichotropinius vaistus gali saugiai dalyvauti taikomosios fizinės veiklos pratybose gydytojams prižiūrint; 5) sunkiai depresijai reikalingas profesionalus gydymas vaistais, psichoterapiją derinant su fizinės veiklos užsiėmimais. Kai taikomoji fizinė veikla suderinama su moderniu psichinių ligų gydymo būdu rezultatai dažniausiai būna puikūs.

1.3. Psichikos ligų paplitimas Lietuvoje

Mūsų šalyje per praėjusį dešimtmetį prasidėję demokratiniai procesai, Lietuvai įstojus į ES neaplenkė ir sutrikusios psichikos žmonių. Vienas iš pagrindinių uždavinių - įrodyti, kad mūsų šalyje siekiama pagerinti labiausiai pažeidžiamų visuomenės grupių gyvenimo kokybę ir suteikti jiems lygias galimybes. Depresija yra paplitusi liga, kuria suserga kas penkta moteris ir kas dešimtas vyras.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais glaudžiai susijusių fizinių negalavimų. Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš narių turi rimtų dvasinių problemų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. Pasak PSO ekspertų, Europos regione 3 mln. suaugusiųjų serga šizofrenija (t.y. 7 iš 1.000 žmonių), 33,4 mln. žmonių kiekvienais metais tampa depresijos vergais (Neverauskienė, 2005).

Pasaulio Bankas ir PSO apskaičiavo, kad trys didieji psichiniai sutrikimai - depresija, bipolinis sutrikimas ir šizofrenija sudaro 9,5 proc. bendrosios ligų ir negalios naštos.

Visuomenės psichikos sveikatos rodikliai ypatingai prasti – Lietuvoje yra didžiausias pasaulyje savižudybių rodiklis, aukšti su prievarta susiję rodikliai (žmogžudysčių ir kitų

nusikaltimų skaičius), didelis girtavimo ir priklausomybės nuo alkoholio paplitimas, sparčiai plintanti narkomanija, Lietuvos vaikai – patys nelaimingiausi Europoje, tarp jų labiausiai paplitusios patyčios.

Galima teigti, jog Lietuvoje psichikos sveikatos prevencijai skiriama per mažai dėmesio, prevencinės programos dažnai būna formalios, bet ne praktinės.

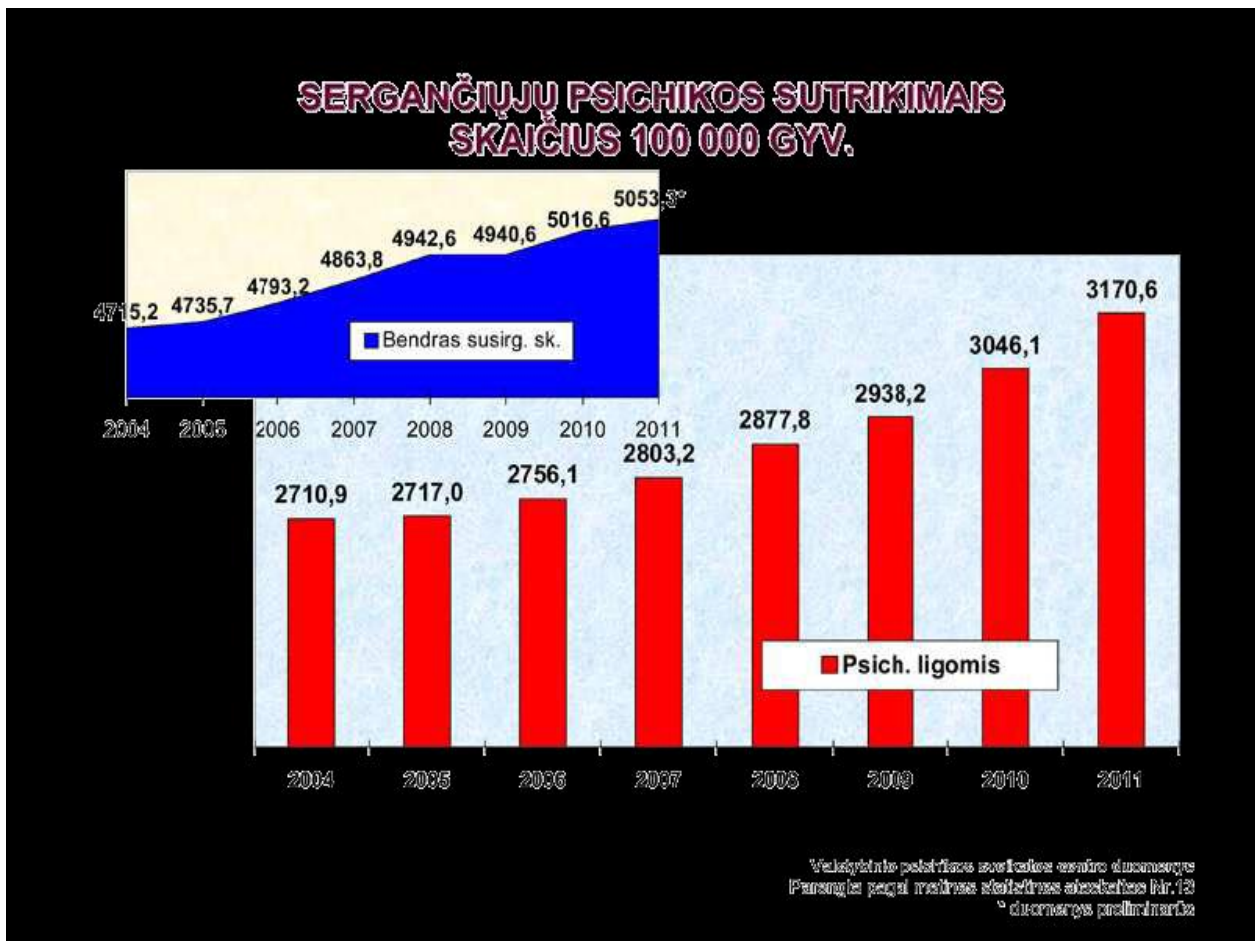
Lietuva yra tarp valstybių, kuriose bendrasis sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais yra didelis. Šiuo metu pas pirminės psichikos sveikatos priežiūros specialistus gydomi: Iš viso beveik 166 tūkst. asmenų (~ 5 % visų Lietuvos gyventojų) Iš jų: ~96,5 tūkst. (~ 3 %) –dėl psichikos sutrikimų; ~69,3 tūkst (~ 2 %) – dėl priklausomybės ligų (63,5 tūkst. –dėl priklausomybės alkoholiui ir beveik 6 tūkst. – priklausomybės psichoaktyvioms medžiagoms) Valstybinis psichikos sveikatos centras, Nacionalinė sveikatos tarnyba (2012).

Sergančiųjų psichikos sutrikimais skaičius Europoje

Apie 1-2 % gyventojų yra diagnozuotas psichozinis sutrikimas (vienodai dažnai tarp vyrų ir moterų); 5.6 % vyrų ir 1.3% moterų turi problemų dėl priklausomybių; Daugėja demencijos atvejų tarp vyresnio amžiaus žmonių (5% -vyresnių kaip 65 m. ir 20 % –vyresnių kaip 80 m.); Depresija moterims serga 2 x dažniau nei vyrai. Valstybinis psichikos sveikatos centras, Nacionalinė sveikatos tarnyba (2012).

Psichikos sutrikimų sąlygota ekonominė našta. Svarbus ligų sąlygotos naštos visuomenei bei sveikatos priežiūros sistemai indikatorius yra lėtinės ligos, kurios sąlygoja neįgalumo atsiradimą. Indikatorius vadinasi “Metai pragyventi tapus neįgaliu” (Years Lived with Disability, YLD).

Psichikos sutrikimai sudaro vieną didžiausių lėtinių ligų grupių, kuri kaip pagrindinė priežastis, sąlygoja neįgalumą. Iš jų: - 13, 7 proc. tenka depresijai – I vieta; 6,2 proc. – alkoholio sąlygoti sutrikimai – II vieta; Alzheimerio liga ir kitos demencijos – 3,8 proc. – VII vieta; šizofrenija ir bipolinis sutrikimas (XI –XII vietos) – po 2,3 proc. nuo visų YLD.



1 pav. Sergančiųjų psichikos sutrikimais skaičius 100 000 gyventojų. (Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys)

Pagyvenusiųjų psichikos sveikata

Pagrindiniai iššūkiai ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei ir daugėjant pagyvenusio amžiaus žmonių: Vyresniame amžiuje blogėja žmonių fizinė sveikata, daugėja komorbidiškumo atvejų; *Daugėja sergančiųjų demencija; Daugėja vienišų, socialiai izoliuotų žmonių; Daugėja sergančiųjų depresija; Didėja suicidų rizika; Dėl silpnesnės fizinės sveikatos ir dažno komorbidiškumo sunkiau parinkti tinkamą gydymą ir vaistų dozes.*

Pagrindiniai teisės aktai reglamentuojantys psichikos sveikatos priežiūrą

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (priimtas Seime 1995 m.); Psichikos sveikatos strategija (priimta Seime 2007 m.); Viena pirmųjų sveikatos priežiūros sričių, Sveikatos ministro įsakymu patvirtinusi ambulatorinio ir stacionarinio gydymo standartus. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos“ (priimtas 1999.03.09).

Psichikos sutrikimų gydymo galimybės Europoje (PSO duomenys)

PSO tyrimo duomenimis Europoje negauna reikiamo gydymo sergantieji:

- psichozėmis -17,8 proc.; - bipoliniu sutrikimu – 39,9 proc.; - didžiaja depresija – 45,4 proc.;
- panikos sindromu – 47,2 proc.; - nerimo sutrikimu – 62,3 proc. (Valstybinis psichikos sveikatos centras, Nacionalinė sveikatos tarnyba, 2012).

Pasaulio sveikatos organizacijos teigimu, 28 proc. savižudybių ir net 46 proc. žmogžudysčių yra susiję su alkoholio vartojimu. Mokslinių tyrimų duomenimis, mėginusių žudyti būna 10–20 kartų daugiau kaip nusižudžiusių. Dažniausias psichikos sutrikimas, skatinantis žudyti, yra depresija. Ketinantys žudyti ir depresijos ištikti asmenys dažniausiai bendrauja su šeimos gydytojais, tačiau depresija ankstyvųjų stadijų diagnozuojama ir gydoma tik nedaugeliui asmenų. Psichinės sveikatos strategijoje pabrėžiama, kad nedideli psichikos sutrikimai turėtų būti gydomi šeimos gydytojo, o ne psichikos sveikatos specialistų. Taip pat svarbus bendruomenės, šeimos, darbdavių, mokytojų vaidmuo dirbant su rizikos grupės asmenimis. (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2012).

Pasaulyje vis labiau plinta psichinių ligų skaičius. Depresija dažnai žmones įtakoja savižudybes. Tam, kad jas sumažinti, svarbu taikyti tinkamas prevencines priemones. Deja, tačiau šiandieną dar mažai dėmesio gydytojai skiria ligonių, kurie serga depresija, problemoms.

1.4. Depresija ir jos simptomai

Depresija – tai ne tik bloga nuotaika ar nusiminimas, tai kūno ir sielos liga, kuri diena iš dienos veikia mintis, jausmus, fizinę sveikatą ir elgseną. Depresija gali susirgti kiekvienas – neturi reikšmės nei išsilavinimas, nei socialinė padėtis, nei lytis ar amžius.

Depresija - tai daugiau negu būti liūdnam ar jausti širdgėlą po netekties. Tai liga (kaip diabetas, aukštas kraujo spaudimas ar širdies liga), kuri diena po dienos veikia Jūsų mintis, jausmus, fizinę sveikatą ir elgseną. (Lapkaušienė, 2004).

Depresiją gali sukelti staigus stresas, nelaimės, o kartais ji ištinka tada, kai gyvenimas klostosi gerai.

Depresijos apimti žmonės netenka susidomėjimo tais dalykais, kurie anksčiau buvo malonūs. Jie nebegali prisiversti eiti į darbą, jaučiasi kalti ir nepilnaverčiai. Kartais kenčiantieji nuo depresijos ima galvoti apie mirtį ir savižudybę (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2012 m.) Kiekvienas iš mūsų kiekvieną dieną išgyvename tokias emocijas kaip džiaugsmą, liūdesį, nusivylimą. Neigiamas emocijas išgyvename, jeigu nesiseka darbe, šeimoje, jei nepateisiname savo ar kitų žmonių lūkesčių. Palaipsniui neigiami jausmai keičiami teigiamais. Tačiau yra žmonių, kuriems liūdesys, bloga nuotaika užsitęsia, tampa nuolatinais gyvenimo palydovais, pats gyvenimas ima atrodyti pilkas ir nuobodus, nesinori nieko daryti, niekas nebedomina. Neretai prisideda ir įvairūs skausmai, atsiranda nemiga, žmogus pradeda save kaltinti dėl neveiklumo, nenori su niekuo bendrauti. Tokia psichinė ir fizinė būseną vadinama depresija.

Depresiją diagnozuoja gydytojas, tačiau naudinga žinoti svarbiausius ligos požymius, kad žmogus galėtų laiku kreiptis į specialistą. Pagrindiniai depresijos simptomai yra šie:

- sumažėja domėjimasis gyvenimu ir sugebėjimas džiaugtis darbu, sportu, draugais;
- jaučiamas nuolatinis liūdesys ir nerimas, slegia bloga nuotaika;
- sunku prisiversti atlikti net menkus darbus;
- nuolatos jaučiamas nuovargis, jėgų išsekimas;
- tampama irzliu, išsiblaškiusiu;
- atsiranda mąstymo, susikaupimo, atminties ar apsisprendimo problemų;
- atsiranda miego sutrikimai: nemiga ar mieguistumas;
- keičiasi apetitas, didėja ar mažėja svoris;
- sumažėja seksualinis potraukis ar pasitenkinimas;
- prarandamas pasitikėjimą savimi, imama vengti žmonių;
- kyla nepagrįstas kaltės jausmas;
- jaučiamasi blogiau tam tikru paros metu (dažniausiai rytais);
- Kamuoja mintys apie mirtį ir savižudybę, gyvenimo beprasmiškumą.

Pastaruoju metu manoma, kad pagrindinė depresijos atsiradimo priežastis yra fiziologiškai veiklių medžiagų (pvz., noradrenalino, serotonino, dopamino) pusiausvyros sutrikimas galvos smegenyse. Išorės sąlygos (stresas, virusinės ligos ir kt.) sustiprina šį sutrikimą. Sunkios depresijos priežastis nebūna viena. Tai įvairių biologinių, genetinių, psichologinių ir kitų veiksnių derinys, todėl svarbu numatyti net mažiausius depresijos simptomus.

Depresija nėra asmeninis trūkumas ar silpnybė. Tai yra liga. Ji pagydoma, tik reikia kreiptis pagalbos į specialistus. Labai dažnai žmonės nesikreipia pagalbos, nes nesupranta, kaip svarbu, neatpažįsta ligos simptomų, nedrįsta, kaltina save ar nežino, kad tai galima pagydyti.

Negydomas depresijos epizodas gali tęstis nuo 6 mėn. iki 2 metų, sutrikdydamas žmogaus gyvenimą, adaptaciją, blogindamas gyvenimo kokybę tiek pat, kaip hipertonija ar cukrinis diabetas. Tai pasikartojanti liga. 50 proc. tikimybė, kad bus antras ligos epizodas, trečiojo epizodo tikimybė - 80-90 proc. Svarbu šį sutrikimą tinkamai gydyti vos diagnozavus (Lapkauskienė, 2004).

Šeimos gydytojai, klinicistai ar sveikatos priežiūros įstaigos dažnai yra pirmoji grandis, į kurią žmonės kreipiasi pagalbos. Šie specialistai turi:

- nustatyti depresijos priežastis;
- gydyti depresiją;
- nusiųsti pacientą pas psichiatrą toliau tirti.

Gydymas sumažins skausmą ir depresijos sukeltą kančią. Sėkmingas gydymas pašalins visus

depresijos simptomus ir sugražins žmogų į normalų gyvenimą. Kuo anksčiau pradedama gydyti depresija, tuo greičiau pacientas pasijunta geriau. Kaip ir kitų ligų atvejais, uždelstą depresiją gydyti yra sunkiau.

Dauguma gydomų nuo depresijos žmonių pasijunta geriau jau po kelių savaitių gydymo. Labai svarbu pradėti gydymą kuo anksčiau, kol depresija neuždelsta. Ieškant tinkamiausio, gali prireikti kelių gydymo kursų (Lapkauskienė, 2004).

Įvairūs tyrimai ir moksliniai straipsniai rodo, kad depresija yra dažnas sutrikimas, tačiau dažnai nediagnozuojama ir laiku negydoma. Depresija daro įtaką žmonių sergamumui - depresija sergantys pacientai blogiau vertina savo sveikatą, juos dažniau kamuoja skausmai, jie lėčiau sveiksta, blogiau adaptuojasi socialiniame gyvenime, nes jaučiasi nesugebą dirbti, mokytis, pasirūpinti namais; nutrūksta jų tarpasmeniniai ryšiai. Negydoma depresija linkusi užsitęsti, kartotis, komplikuojasi savižudišku elgesiu. Kamuojami sunkių emocijų, pacientai nesikreipia į psichiatrus, nes nenori pasirodyti dvasiškai silpni, bijo visuomenės nuomonės, kad gėda sirgti psichikos liga. Jiems atrodo, kad su bloga nuotaika sugebėtų susitvarkyti, jei nekamuotų skausmai, nemiga, širdies permušimai ar virškinimo sutrikimai, todėl jie linkę kreiptis į šeimos gydytojus (Neverauskienė, 2005).

BP gydytojams depresiją diagnozuoti yra sunkiau nei psichiatrams, nes pacientai nepabrėžia savo blogos dvasinės būsenos, o skundžiasi būtent kūno negalavimais. TLK-10 kriterijai, skirti depresijai įvertinti, visų pirma apibūdina psichikos būseną, o somatiniai-vegetaciniai simptomai plačiau neaprašomi. Depresijai progresuojant, pastarieji simptomai gali ryškėti ir sudaryti somatinės ar neurologinės ligos klinikos vaizdą. Dažnai depresija pasireiškia kartu su kitomis ligomis, pvz., su tokiais lėtinėmis ligomis kaip kraujagyslinė demencija, Alzheimerio liga, Parkinsono liga, išsėtinė sklerozė, širdies infarktas, vainikinių kraujagyslių ligos, insultas, cukrinis diabetas, hipo- ir hipertireozė, fibromialgija, sisteminė raudonoji vilkligė, reumatoidinis artritas, Krono liga, vėžys. Depresinis sindromas dažnai pasireiškia sergant encefalitu, hepatitu, infekcine mononukleoze, tuberkulioze ir gripu. Populiari frazė - kam gi nekils depresija sergant tokiais ligomis? Tačiau daugelio tyrimų duomenimis, egzogeniniai faktoriai užima labai nedidelę dalį depresijų etiologijoje, o nuotaikos sutrikimai trukdo ligoniui susitaikyti su esama padėtimi. Depresinę nuotaiką gali sukelti vartojami vaistai: amfetaminai (nutraukimo sindromas), anaboliniai steroidai, barbitūratai ir benzodiazepinai, cimetidinas, klonidinas, cikloserinas, digitalis, disulfiramas, gliukokortikoidai, indometacinas, levodopa, metildopa, metoklopramidas, geriamieji kontraceptikai, propranololis, ranitidinas, rezerpinas, sulfonamidai, tiazidiniai diuretikai. Visais šiais atvejais gali pasireikšti klasikiniai klinikinės depresijos simptomai: liūdna nuotaika, susilpnėjęs dėmesys, sulėtėjęs mąstymas, nepasitikėjimas savimi ir savęs nuvertinimas, kaltės jausmai ir bevertiškumo idėjos, niūrus

praeities vertinimas, liūdna dabartis bei pesimistinis ateities įsivaizdavimas, savižudiškos mintys ar veiksmai, sutrikęs miegas, apetito praradimas, svorio netekimas, libido susilpnėjimas (Janonytė ir Kasiulevičius, 2009).

BP gydytojų darbe dažnai sutinkamos vadinamosios “maskuotos”, “paslėptos” depresijos. Jų klinika labai polimorfiška, jas sunku sugrupuoti, tačiau galima nurodyti bendrus jų bruožus - atsiranda nepastebimai, be aiškių provokuojančių faktorių; dažnai vargina įvairaus pobūdžio ir lokalizacijos, migruojančiais skausmais; simptomų intensyvumas per dieną kinta: sunkiau ryte, o lengviau vakare – tai būdinga endogeninei depresijai. Šie pacientai ypač susirūpinę savo sveikata, juos kamuoja bloga nuojauta, invalidumo baimė. Literatūroje dažniausiai aprašomos maskuotos depresijos pagal vyraujančius somatinius simptomus (Janonytė ir Kasiulevičius, 2009).

Kardialginei depresijai būdingi skausmai, diskomfortas širdies plote ir už krūtinkaulio. Jūs pacientai apibūdina labai įvairiai, vaizdžiai, palygindami (“širdis tarsi sugniaužtas paukštelis”), jaučia širdies ritmo sutrikimus. Galimi EKG, kraujospūdžio pakitimai, kuriuos ir bandoma, dažniausiai, nesėkmingai, gydyti.

Abdominalinė depresija pasireiškia virškinimo sistemos sutrikimais - raugėjimu, rėmens ėdimu, skausmu ar spaudimu skrandžio plote, labai būdingos įprastiniam gydymui nepasiduodančios obstipacijos.

Cefalginei - būdingiausi galvos skausmai, svaigimas. Tai, anot pacientų, lemia nedarbingumą, nemigą, negalėjimą susikaupti.

Agripninė, kai vyrauja miego sutrikimai ir būdingas ankstyvas prabudimas.

Pseudoastminė, kai dominuoja sunkumas ant krūtinės, kosulys, dusulys.

Pseudodemencija būdinga vyresnio amžiaus žmonėms. Jie visų pirma skundžiasi atminties sutrikimais, dėmesio, mąstymo sulėtėjimu, kartu sulėtėja motorika. Pokalbio metu paaiškėja, kad pacientas tiesiog neturi ūpo ką nors prisiminti.

Rekomenduojama atkreipti dėmesį į **atipinę** depresiją, kuriai būdingas padidėjęs apetitas ir mieguistumas, tad pacientas daug valgo ir priauga svorio, o skundžiasi nuolatiniu nuovargio jausmu, jautrumu bendraujant su kitais žmonėmis, nerimu. Nors nuotaika bloga, tačiau ji pasitaiso, išgirdus geras naujienas (Lapkauskienė, 2004).

Naudinga ieškoti depresijos simptomų, kai pacientas nesveiksta, nors yra tinkamai gydoma somatinė liga. Pas gydytoją vis dažniau lankosi savo iniciatyva, skundžiasi nuovargiu, perdėtai nervinasi dėl kasdinių smulkmenų, išsako įkyrias mintis, pasakoja, kad nutrūksta draugystės, vis dažniau erzina šeimos nariai. Somatinių negalavimų daug, tačiau jie negali būti paaiškinti vieninga etiologija (Lapkauskienė, 2004).

Kai žmogus apskritai nelinkęs pasakoti ir reikšti emocijų, patariama stebėti jo vegetacinius simptomus (miegą, apetitą), jų dinamiką per parą.

Žinios apie psichikos ligas ir jų priežastis nulėmė tai, kad daugelyje šalių jas gydyti tapo įprasta. Tereikia tiksliai diagnozuoti įvairius sutrikimus ir taikyti patikimus ir veiksmingus gydymo metodus (TLK-10).

Depresijos formos:

Sunki depresija esti tuomet kai asmeniui būdingi beveik visi depresijos simptomai ir jie beveik visuomet trukdo atlikti kasdienes veiksmus.

Vidutinė – kai asmeniui pasireiškia daug depresijos simptomų, kurie dažnai trukdo atlikti būtinus veiksmus.

Lengva – kai asmeniui pasireiškia keletas depresijos simptomų ir reikia papildomų pastangų atlikti reikalingus veiksmus.

Kai kurios gyvenimo aplinkybės (staigus stresas, nelaimė ir pan.) gali sukelti depresiją ar užkirsti kelią visiškam pasveikimui. Kai kuriuos žmones depresija ištinka netgi tada, kai gyvenimas klostosi gerai (Lapkauskienė, 2004).

Šiandieną gausu ne tik įvairių depresijos formų, bet ir rūšių. Vienos jos momentinės, kitos – ypač gilios bei reikalaujančios gydytojų pagalbos.

Depresijos rūšys :

Sezoninė depresija. Viena iš depresijos rūšių yra *sezoniniai afektiniai sutrikimai (SAS)*.

Kiekvienam pažįstama "pavasario karštligė": svaigulys, pakylėjantis sielas, kai tamsias žiemos dienas keičia saulėtas pavasaris. Prieš 150 metų gydytojai pastebėjo tamsių žiemos dienų įtaką žmogui - žiemos depresiją. Bet į žiemos sezono poveikį medicinoje pradėta rimtai atsižvelgti tik 1980-tųjų pradžioje, kai mokslininkai ėmė tyrinėti ryškiai pažemėjusią žmonių nuotaiką mažai saulėto sezono metu - lapkričio - kovo mėnesiais (Ar depresija – sezoninė liga?, Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras, 2012).

Žiemos liūdesys varijuoja nuo nelabai sunkaus jausmo "žiemos liūdnumo" iki ryškaus "žiemos prislėgtumo" jausmo, vidutinio sunkumo žiemos depresijų, mediciniškai žinomų kaip "sezoniniai afektiniai sutrikimai".

Žiemos liūdnumas. Žmonės su vidutiniu žiemos liūdesiu paprastai visą žiemą jaučiasi normaliai, bet, maždaug, vasario mėnesį jie pasijunta išsekę, jiems išsivysto vėlyvas žiemos "susierzinimas", kai dienos ima ilgėti.

Žiemos slogutis. Šių žmonių veikla žiema kinta. Jų nuotaika tampa prislėgta, jie jaučia padidėjusį poreikį miegoti, priauga keletą kilogramų viršsvorio, jiems gali būti labai sunku keltis rytais.

Sezoninis afektinis sutrikimas. Žmonės, jaučiantys gilų liūdesį žiemą, tampa stipriai depresiški kiekvieną rudenį, ir negali normaliai gyventi iki pat pavasario. Jiems būdingi ir kiti depresijos požymiai: letargija, nusiminimas, beviltiškumo pojūtis, nerimas ir socialinis

atsiribojimas (Vidžiūnaitė, A., 2008).

SAS apima 5% JAV gyvenančių suaugusiųjų, 25 procentai gyventojų kenčia nuo žiemos liūdesio. Rizika didėja, kuo arčiau šiaurės gyveni. Tyrimai rodo, kad nuo SAS kenčia 1 procentas Floridos gyventojų ir net 10 procentų - Aliaskos gyventojų. Manoma, kad SAS yra suaugusiems būdingas sutrikimas. Bet vėlesni tyrimai įrodo, kad tai būdinga ir vaikams. Ekspertai nustatė, kad nuo SAS kenčia apie 4 procentai JAV gyvenančių 10-mečių vaikų. Bet daug dažnesni vaikų tarpe yra žiemos liūdesys arba žiemos slogutis. Ištyrus 1700 nuotaikų pokyčius (daktarės Mary Carsakdon, Ph.D., biomedicinos ir psichiatrijos profesorės iš Brown Universiteto Providence tyrimai), nustatyta, kad 50% tiriamųjų išryškėjo nors vienas depresijos simptomas žiemą, o pavasarį tokių simptomų pasitaikė tik 10% (Kralikauskas, 1993).

Daugelio gyvūnų elgesys kinta žiemą: lokiai miega, paukščiai migruoja. Gyvūnų sezoninis elgesys įtakojamas smegenyse esančių šviesai jautrių zonų - kankorėžinių liaukų. Dienoms trumpėjant, akys perduoda vis mažiau šviesos energijos optiniu nervu, o tai sąlygoja hormoninius pokyčius - išsiskiria daugiau melatonino, kuris padeda reguliuoti elgseną. Kai kuriems gyvūnams padidėjęs melatonino kiekis stabdo reprodukciją- dauginimąsi, ir tai reikalinga rūšies išlikimui (žiemą patelės negimdo jauniklių). Žmonės irgi turi jautrias kankorėžines liaukas, bet moksliskai nebuvo nustatyta, kad jiems būdingas sezoninis ritmas. Dabar yra kita nuomonė, ir ne tik dėl žiemos slogučio pasireiškimų. Pvz.: statistika rodo, kad kūdikiai dažniau gimsta pavasarį bei vasarą, nei žiemą. Panašu, jog žiemos depresija yra kaip mūsų nueitos evoliucijos aidas. Poreikis miegoti ilgiau, svorio priaugimas - tai panašu į žiemojimą, būdingą gyvūnams, rašo Dr. Freeman. Kai kurie autoriai teigia, kad SAS yra "žiemojimo atsakas" (Kralikauskas, 1993).

Pogimdyminė depresija.

Senai pastebėta, kad kūdikio gimimas gali atnešti ne tik laimę - moteris gali patirti ir pogimdyminę depresiją. Statistika rodo, jog devyni procentai moterų nėštumo metu patiria depresiją. Pogimdyminė depresija ištinka apie 10-15 procentų gimdyvių.

Tuo metu, kai aplinkiniai džiaugiasi kūdikio gimimu, jo mamai norisi verkti, ji išgyvena liūdesį. Tokia savijauta moterį dažniausiai lygi pirmąjį mėnesį po gimdymo. Pogimdyminė depresija nustatoma tuomet, kai depresijos simptomai kartojasi kelias savaites tęstinai. Beje, nuotaikos pablogėjimą po gimdymo lemia ir hormonų pusiausvyros sutrikimai: 50- 85 procentai kūdikio sulaukusių moterų hormonų pusiausvyros sutrikimai sukelia tik lengvą reakciją- vadinamą motinystės melancholiją . Labai sunki būseną - psichozė - nustatoma tik 0.1-0.2% motinų (Stankevičienė, 2006).

Ar moteris po gimdymo patirs depresiją, lemia ne tik fiziologiniai veiksniai, bet ir psichologiniai. Jei anksčiau ji buvo patyrusi depresiją, panikos ar baimės sutrikimus, labiau

tikėtina, kad po gimdymo jos būseną bus blogesnė (atsiras nuotaikos sutrikimų), nei tų moterų, kurios nieko panašaus nepatyrė anksčiau. Svarbu ir visas psichologinis moters vystymasis - rizika kyla toms jaunos moterims, kurios blogai sutaria su motina, artimu žmogumi, partneriu. Be to, svarbu, ar moteris pasitiki savimi. Jos būseną įtakoja ir tai, kad yra pastojusi neplanuotai. Praeityje patirtas persileidimas, narkotikų ar alkoholio vartojimas irgi yra svarbūs veiksniai (Stankevičienė, 2006).

Aplinkinius gali labai slėgti depresija sergančio žmogaus nesugebėjimas reaguoti, t.y. teikti atsakomąją reakciją. Pastebėta, kad tie kūdikiai, kurių mamos serga depresija, ilgainiui tampa liūdni ir uždari. Vaiko gerovė labai priklauso nuo emocinio prisirišimo, o jam atsirasti būtinas abipusis gyvas bendravimas. Kaip taisyklė, depresija sergantis žmogus patiria norą užsisklęsti, nebendrauti. Todėl mama turėtų ieškoti pagalbos ne tik dėl savęs, bet ir dėl savo vaiko.

Moteris, išgyvenanti depresiją po gimdymo, neturi kentėti. Kai kamuoja bloga nuotaika, reikia pabandyti atsipalaiduoti, pradėti daryti relaksacijos pratimus. Nuotaiką gerina aktyvi mankšta, galima vartoti vitaminus B6, E, kalio bei magnio. Be to, svarbu nelikti vienai su "savo liūdesiu", jaustis, kad tame ji ne viena. Todėl patartina pasidalinti savo išgyvenimais su artimu žmogumi (Stankevičienė, 2006).

Sunki depresija gydoma antidepresantais, kurie padeda koreguoti cheminių medžiagų (neuromediatorių) pusiausvyrą galvos smegenyse. Žindyvėms, dažnai iškyla dilema ar gydytis antidepresantais, ar maitinti kūdikį motinos pienu. Tačiau kartais yra galimybė suderinti abu, kai skiriant tam tikrus medikamentus gydytojo paskirtomis dozėmis, ir jei jų pakanka mamos būklei pagerinti, tada išlieka galimybė tęsti ir maitinimą krūtimi (Farmalogija, 1986).

Vienai ar kitaip, kenčiant nuo depresijos po gimdymo, patartina kreiptis į gydytoją psichiatrą. Jis įvertins būklės sunkumą, paskirs tinkamą gydymą ir gal būt medikamentų nereikės. Kartais galima padėti kenčiančiai moteriai ir psichoterapija. Būdų padėti sumažinti depresijos sunkumą tikrai yra, todėl nereikia užsisklęsti savyje. Pogimdyminė depresija nėra kažkas gėdingo ar smerktino. Tai pagydoma liga (Stankevičienė, 2006).

Paauglystės depresija.

Paauglystės metai gali būti sudėtingi. Nors gali atrodyti natūralu, kad paaugliai maištauja, jų nuotaikos nuolat kinta, jie susideda su netinkamais draugais ar atsiskiria nuo šeimos, tėvams dažnai vertėtų atkreipti dėmesį į kai kurias paauglių elgesio apraiškas, kurios gali būti susiję su depresijos ženklais. Reikia stebėti, ar paaugliui ilgesnį laiką neatsiranda depresijos simptomų.

Depresija serga maždaug 8% paauglių. Statistiniai duomenys rodo, kad vaikai šiais laikais daug anksčiau suseraga depresija. Tai reiškia, kad kuo anksčiau pasireiškia liga, tuo ilgesnė ir labiau chroniška yra problema. Tyrimai rodo, kad depresija dažnai išlieka, pasireiškia iš naujo ir liga sugrįžta suaugus ir, kad depresija paauglystėje gali lemti ir rimtesnes ligas vėliau. Depresija

jauniems žmonėms dažnai pasireiškia kartu su kitais psichiniais sutrikimais, tarp jų ir nerimas, negatyvus elgesys ar smurtavimas ir su fizinėmis ligomis, tokiomis kaip diabetas (Kalpokienė, 2005).

Depresija paauglystėje taip pat yra siejama su padidėjusia savižudiško elgesio rizika. Savižudybės yra trečia pagal dažnumą mirties priežastis tarp 10 – 24 metų jaunuolių ir maždaug 7% sergančiųjų depresija jaunuolių mėgina nusižudyti.

Simptomai, kurie dažnai lydi depresiją paauglystėje, yra šie:

- dažni migloti, nekonkretūs fiziniai skausmai, tokie, kaip galvos, raumenų, pilvo ar nuovargis;
- dažnas pamokų praleidinėjimas ar blogi mokymosi rezultatai;
- pokalbiai apie bėgimą iš namų arba mėginimas tai padaryti;
- šauksmo, skundų, nepaaiškintamo irzlumo ar verkimo protrūkiai;
- nuobodžiavimas;
- susidomėjimo žaidimu su draugais trūkumas;
- alkoholio ar kitų priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimas;
- socialinė izoliacija, prastas bendravimas;
- mirties baimė;
- ypatingas jautrumas nesėkmei ar perdėta baimė būti atstumtam;
- padidėjęs irzlumas, pyktis ar priešiškumas;
- nutrūktgalviškas elgesys;
- sunkumai dėl tarpusavio santykių (Lapkauskienė, 2004).

Tėvai dažnai tampa šių įspėjamų ženklų liudininkais, tačiau, pastebėję juos, nesiima jokių veiksmų. Taip nutinka dažnai todėl, kad paaugliai dažniausiai slepia šiuos simptomus nuo savo tėvų arba tėvai tiesiog numoja į juos ranka ir mano, kad tai tiesiog paauglystės atributai ar nuotaikų kaita. Daugelis paauglių pergyvena šį periodą maištaudami, rengdamiesi juodais drabužiais arba iššaukiančiai šukuodamiesi plaukus. Tai gali suklaidinti tėvus ir nepriverti jų nė susimąstyti apie depresijos tikimybę. Be to, daugelis paauglių, tėvams prakalbus apie depresijos tikimybę, į tai reaguoja agresyviai (Kalpokienė, 2005).

Susidūrus su paauglių depresija visuomet yra geriau apsisaugoti. Yra daug lengviau susidoroti su paauglio pykčiu, nei išgyventi jo savižudybę ar narkotikų perdozavimą. Kuomet tėvai pastebi pirmuosius depresijos požymius, svarbu atsisėsti su savo vaiku ir pasikalbėti švelniai, tačiau tvirtai paklausiant, ar jis nesijaučia prislėgtas ir ar negalvoja apie savižudybę. Priešingai paplitusiam įsitikinimui, klausimas apie savižudybę tikrai neprivertia paauglių šitaip pasielgti.

Netgi nežymiausias draugo ar gyvūnėlio praradimas gali suintensyvinti liūdnumo jausmą.

Reikia leisti paaugliui išsikalbėti, pasiūlyti jam piešti, surašyti savo jausmus į dienoraštį.

Deramai rūpinantis ir gydant depresiją, galima palengvinti ir išvengti savižudiško elgesio. Tėvai ir paaugliai gali netgi atrasti naujus, gilesnius tarpusavio santykius ir vystyti juos mėginami išgyventi sudėtingą depresijos laikotarpį (Kalpokienė, 2005).

Senyvo amžiaus žmonių depresija.

Senyvame amžiuje dažnai pasitaiko pounsultinė depresija (PD). Beveik trečdaliui pacientų, kuriems iš karto po insulto nebuvo depresijai būdingų požymių, depresija pasireiškia praėjus 3 mėnesiams ar net 2 metams. Depresija yra viena pagrindinių persirgus insultu komplikacijų, turinčių įtakos pacientų reabilitacijos procesui. Atidus depresija sergančių pacientų ištyrimas leidžia parinkti efektyvų gydymą, o tai sąlygoja mažesnę sergamumą depresija. Pounsultinės depresijos gydymas antidepressantais yra efektyvus ir susijęs su funkciniu paciento atsistatymu. Straipsnyje apžvelgiama pastarojo meto užsienio literatūra apie depresijos paplitimą tarp persirgusių insultu bei jos diagnostikos instrumentai ir gydymo metodai (Filipavičiūtė, Jurgelėnas, ir kt., 2008).

Kai kurie autoriai depresiją skirsto pagal ligos eigą:

- Lengvos depresijos epizodas. Tipiškiausi šio sunkumo depresijos epizodo simptomai yra liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas, padidėjęs nuovargis. Asmuo, sergantis lengvos formos depresija, paprastai jaudinasi dėl minėtų simptomų ir turi socialinės veiklos ir net įprasto darbo sunkumų, bet šių funkcijų nepraranda.
- Vidutinio sunkumo depresijos epizodas. Kai pasireiškia daugiau ar mažiau tipiški depresijos simptomai ir kai nepasireiškia suicidinių minčių ir psichozės simptomų.
- Sunkios depresijos epizodas. Pasireiškia keletas sunkaus laipsnio depresijos simptomų: ažitacija arba prislopinimas yra labai ryškūs, pacientas gali nenorėti arba negalėti nurodyti daugelio depresijos simptomų. Šiuo epizodo momentu ligonis nesugeba tęsti socialinės, darbinės ar buitinės veiklos, o jei sugebės, tai ta veikla bus labai ribota. (Depresijos ir nerimo sutrikimų diagnostika ir gydymo principai, 2012 – 02 – 10)
- Sunkios depresijos epizodas gali reikštis su psichozės simptomais ir be jų. Psichozės atveju gali pasireikšti įvairūs asmenybės, minčių bei elgesio pakitimai: iliuzijos ir klaidingi įsitikinimai, kurie paremti tvirtais, bet iškreipto suvokimo atsirandančiais argumentais; haliucinacijos sutrikusi mąstymo funkcija; dažnai nesugebėjimas suvokti savo elgesio ir minčių keistumo ir nepagrįstumo, bendravimo bei kasdieninės veiklos atlikimo sunkumai.
- Taip pat depresija išskiriama į maniakinės depresijos rūšį. Maniakinei depresijai būdinga pasikartojantys manijos ir depresijos epizodai, kurie gali vienas kitą keisti arba yra atskirti normalios nuotaikos epizodų. Manijos epizodai prasideda staiga ir esantis šioje būsenoje žmogus yra geros pakilios nuotaikos, labai energingas, gali nerti į „avantiūras“, kurių pasekmės būna rizikingos. Taip pat manijoje esantis žmogus gali būti priekabus, su visais

ginčytis. (Degenhardt, Hall ir Lynskey, 2001).

Susirgti depresija padidintą pavojų turi žmonės, kuriems:

- anksčiau būta depresijos epizodo;
- buvęs suicidinis bandymas;
- jaunesnis nei 40 metų;
- serga lėtine somatine liga;
- stresas;
- šeimoje būta depresinių sutrikimų;
- moteriška lytis;
- neseniai pagimdė;
- nėra socialinio palaikymo ir galimybės išsišnekėti;
- piktnaudžiavimas alkoholiu ar kitomis medžiagomis.

1.5. Depresijos gydymo metodai

Prieš pradėdant gydymą, turi būti tiksliai nustatyta diagnozė. Gydytojas turi sužinoti:

- simptomus;
- bendrą sveikatos būklę;
- paciento šeimoje buvusius psichikos sutrikimus.

Gydytojas patikrina bendrą paciento sveikatos būklę, be to, atlieka kai kuriuos laboratorinius tyrimus. Ligos istorija, bendras sveikatos patikrinimas ir laboratoriniai tyrimai gali padėti nustatyti, ar depresiją sukėlė bendras susirgimas. Apie 10 - 15% visų depresijų priežastimi būna bendras susirgimas (pvz. skydliaukės ligos, vėžys, neurologinės ligos ir pan.). Jei šios ligos išgydytos arba pritaikyti tinkami vaistai, depresija paprastai praeina.

Depresija dažniausiai yra gydoma dviem etapais:

1. Intensyvusis depresijos šalinimas.
2. Tęstinis gydymas.

Intensyvaus gydymo tikslas – šalinti depresijos simptomus tol, kol pasijuntama geriau. Gydymo ilginimas yra svarbus todėl, kad saugo nuo epizodų pasikartojimo. Priklausomai nuo gydymo būdo, pasveikti galima per 6 mėn. Pasikartojimo atvejais taikomas trečiasis depresijos gydymo etapas, vadinamas palaikomoju gydymu. Palaikomasis periodas būna ilgesnis, jo tikslas – pasikartojimų profilaktika (Smith ir Saisan, 2009).

Depresijos gydymo metodas pasirenkamas atsižvelgiant į ligos sunkumą, jos eigos ypatumus, vyraujančius simptomus. Šios ligos gydymas yra skiriamas į medikamentinį gydymą antidepressantais ir nemedikamentinį gydymą (Jasulaitis, Neverauskas, 2007).

Nemedikamentiniam depresijos gydymui priskiriama:

- Psichoterapija,
- Elektroimpulsų terapija,
- Transkranialinė magnetinė stimuliacija,
- Šviesos terapija (fototerapija),
- Miego deprivacija (gydymas nemiga),
- Psichosocialinė rehabilitacija,
- Relaksacinio kvėpavimo technikos,
- Fiziniai pratimai (Daubaras,2004; Jasulaitis,Neveauskas,2007; Lapkauskienė,2004; Creek,Lougner,2008; Alekna ir kt.,2003; Mead,Morley ir kt.2009).

Kaip papildomus alternatyvius depresijos gydymo būdus taip pat galima įvardinti aromaterapiją, akupunktūrą ir akupresūrą (Lange-Ernst,2002).

Įrodyta, kad antistresinės programos ir terapijos puikiai tinka mažinti nervingumą ir vidinį nerimą. Be to, pagerina bendrą savijautą (Lange-Ernst ,2002).

Reikia paminėti ir retai sutinkamas depresijų gydyme taikomas terapijas, tai: insulino terapija, placebo naudojimas (Caplan, Sadock,1988; Mead ir kt.,2009).

Depresijos kompleksiniame gydyme paprastai naudojamas gydymas antidepresantais derinant jį su kitomis terapijomis (Daubaras,2004; Creek,Lougner,2008; Alekna ir kt.,2003; Mead ir kt.,2009). Antidepresantu reikia gydyti ne trumpiau kaip šešis mėnesius arba tiek laiko, kiek truko ilgiausias depresijos epizodas. Vieno tyrimo duomenimis, gydyti reikia 5 metus, jei depresija kartojasi nepraėjus 2,5 metų (Daubaras,2004).

Įrodyta, kad antidepresantai veikia neurotransmitterius smegenyse – vieni labiau serotoninerginius, kiti – noradrenalinerginius. Antidepresantai padeda sulaikyti serotonino ir noradrenalino resorbciją (Dembinskas,1999).

Sergančiųjų depresija gydymas farmakoterapija yra pagrindinė ir plačiausiai naudojama terapija, tačiau Daubaras (2001) pastebi, kad nėra nei vieno antidepresanto, kuris išgydytų visus pacientus (padeda 50-60 proc.).

Depresija gydoma pamažu keletą savaičių. Gydant vaistais, dauguma pacientų pasijaučia geriau po 3 –4 savaičių. Gydant tik psichoterapijos būdu, kartais užtrunka ilgiau. Gerai, jei pirminis gydymas pavyksta. Jeigu po tam tikro laiko gydymas būna nerezultatyvus, reikia jį keisti arba tikslinti.

Dauguma žmonių nuo depresijos gydomi ambulatoriškai. Tačiau kartais reikia ir stacionarinio gydymo. Viena to priežasčių – žmonėms, sergantiems sunkia depresijos forma, reikia stacionarinės slaugos. Be to žmonės, kuriems būdinga didelė savižudybės rizika, turi būti hospitalizuoti, kol praeis pavojus ir padėtis pagerės.

Depresiją gydyti svarbu todėl, kad:

- ankstyvas gydymas gali sustabdyti depresijos perėjimą į sunkesnę arba lėtinę formą;
- depresijai būdingos mintys apie savižudybę ir, jei ji negydoma, didėja savižudybės rizika. Sėkmingai gydant, šios mintys dingsta;
- tarp epizodų 1 iš 4 žmonių dar jaučia keletą simptomų, kurie trukdo jo kasdieniui veiklai. Nesigydoma yra didelė depresijos priepuolio pasikartojimo galimybė;
- gydymas (ypač vaistais) gali "perspėti" depresijos recidyvus. Kuo daugiau pasireiškė depresijos priepuolių, tuo daugiau galimybių jiems kartotis. Maždaug pusei žmonių, kuriems pasireiškė vienas epizodas, būna ir antras. Negydant, po 2 epizodų labai didelė galimybė, kad bus ir trečias (pasikartojanti depresija). Ketvirta epizodo galimybė sudaro 90% (Smith ir Saisan, 2009).

Gydymas antidepressantais. Depresijai gydyti yra daug įvairių vaistų, kurių veikimas truputį skiriasi. Ligos simptomai, anamnezė ir šeimos anamnezė suteikia medikui galimybę pasirinkti labiausiai tinkantį gydymą.

Pastaruoju metu ypač pasiteisino naujo tipo trečiosios kartos antidepressantai – selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI).

Antidepressantai – nenarkotiniai vaistai ir prie jų nepriprantama. Jie tinka visų tipų depresijoms gydyti.

Dauguma žmonių jaučia pagerėjimą netgi po pirmų kelių gydymo savaitių, o po 6 – geriau pasijunta daugiau nei pusė žmonių.

Kai pacientas pasijunta geriau, medikas turi nuspręsti, ar jau pasibaigė depresijos epizodas. Bet tęsti gydymą antidepressantais reikėtų dar keletą mėnesių. Moksliniai tyrimai rodo, kad tai saugo nuo depresijos priepuolių.

Po 6 – 9 mėn. tęstinio gydymo, jeigu pacientas jaučiasi gerai, vadinasi jis jau pasveiko.

Kai kuriems ligoniams reikia palaikomojo (ilgalaikio) gydymo. Tyrimai aiškiai rodo, kad palaikomasis gydymas vaistais apsaugo nuo naujo depresijos epizodo (Jasulaitis ir Neverauskas, 2003).

Gydymas psichoterapija – tai psichologinis gydymo metodas, paciento bei psichoterapeuto bendravimas, jos užduotis yra gydyti žmones psichologinėmis priemonėmis. Ši terapija ypač efektyvi esant lengvai arba mažajai depresijai, pasireiškiančiai bloga nuotaika ir kai kuriais somatiniais negalavimais. Psichoterapijos metodų yra daug. Gydant depresiją gali būti taikoma psichoanalitinė-psichodinaminė psichoterapija, įtaigos metodai, elgesio terapija. Pagal tai, su kuo dirbama, skiriamos individuali, grupinė ir šeimos psichoterapija (Lapkauskienė, 2004; Alekna ir kt., 2003; Šerpytė, 2008; TLK-10; Lange-Ernst, 2002).

Psichoterapija gali būti:

- 1) individuali;
- 2) grupinė;
- 3) šeimos, sutuoktinių.

Geriausiai išstudijuoti yra 3 psichoterapijos būdai, mažinantys didžiosios depresijos simptomus:

- 1) elgesio terapija – nukreipta į esamą elgesį;
- 2) pažinimo terapija – nukreipta į mąstymą ir tikėjimą;
- 3) tarpasmeninė terapija – nukreipta į esamą bendravimą.

Viena psichoterapija nerekomenduojama sunkiai depresijai arba bipoliniam (manijos – depresijos) sutrikimui šalinti. Šių tipų depresijas reikia gydyti vaistais (Jasulaitis ir Neverauskas, 2003).

Vaistų ir psichoterapijos derinys. Taikant kombinuotą gydymą, vaistai vartojami depresijos simptomams gydyti, o psichoterapija skiriama tam, kad padėtų suprasti, kaip depresija veikia žmogaus gyvenimą. Kai kurie pacientai ir medikai mano, kad kombinuotas gydymas labai gerai padeda. Gydant kombinuotai, daugiau nei pusė ligonių pasijaučia geriau po 6 – 8 savaičių. Kombinuotai gydoma esant užsitęsusiai depresijai, taip pat gydant žmones su simptomais tarp epizodų arba tuos, kuriems vien tik vaistai ar vien tik psichoterapija nepadeda (Grunze, Kasper ir kt., 2005).

Gydymas specialiais metodais. Vienas iš spec. depresijos gydymo metodų yra *elektros traukulinė terapija (ETT)*. ETT šalina depresijos simptomus. Ši terapija daugiausiai taikoma sunkiai sergantiems ligoniams, kuriems nepadeda antidepressantai. Ją taip pat galima taikyti tiems, kurie serga sunkia depresija arba kitokiomis sunkiomis somatinėmis ligomis. Kartu su ETT taikoma bendra anestezija ir specialūs raumenų relaksacijos vaistai, apsaugo nuo fizinės žalos ir skausmo. Dėl ETT pasirinkimo ir galimų pašalinių reiškinių reikia pasitarti su psichiatru. Psichiatras turi atlikti ETT ir stebėti pašalinius reiškinius (Jasulaitis ir Neverauskas, 2003).

Kitas iš spec. gydymo metodų yra *šviesos terapija (fototerapija)*.

Pastebėta, kad, kenčiantys nuo SAS, žiemos atostogas linkę praleisti pietuose. Po kelių saulėtų dienų jie pasijunta daug geriau, ir dar kelias savaites po atostogų jaučiasi visai gerai. "Ilga diena ir daug šviesos išgydo depresiją",- sako SAS ekspertas psichiatrijos profesorius William Sonis (JAV). Šie pastebėjimai davė idėją naujam požiūriui į sezoninės depresijos gydymą - kasdienis gydymas aukšto intensyvumo artima saulės šviesa - atmetus UV spindulius. Naujas gydymo metodas vadinamas šviesos terapija (Maziliauskienė, 2000).

Dėl šviesos poveikio mažėja melatonino koncentracija kraujyje, daugėja serotonino ir dopamino. Šis metodas ypatingai tinka žiemos depresijoms gydyti. Gydoma intensyviu šviesos srautu. Tam tikslui būna įrengtas šviesos terapijos kambarys, naudojamos šviesos terapijos dėžės,

lempos ir kt. Šviesos terapija gali būti grupinė ir individuali (Lapkauskienė, 2004; Jasulaitis, Neverauskas, 2007; Creek, Loughner, 2008; Šidlauskaitė-Stripeikienė ir kt., 2010; Proškuvienė, 2008; Alekna ir kt., 2003).

Šviesos terapija gali padėti sergantiems lengva ir vidutine sezonine depresija. Šį gydymą turi kontroliuoti specialistas (Jasulaitis ir Neverauskas, 2003).

Nuo 1980 ryškios šviesos terapija - fototerapija - taikoma SAS gydymui kaip vienas iš būdų. Šviesos Terapijos Asociacijos vadovas daktaras Michael Terman (New York City) sako, kad "daugeliui pacientų keturios valandos per dieną - tai pernelyg daug laiko". Jo studijos parodė, kad pakanka rytinių fototerapijos seansų, jų nebūtina kartoti vakare - todėl gydymas fototerapija sutrumpėja per pusę. Dar po kelių metų seansų trukmė buvo sutrumpinta padidinus šviesos intensyvumą. Tipiškas apšvietimas namuose yra apie 250 lux. Vasarą vidudienį šviesa siekia 120 000 lux. Fototerapijai buvo sukonstruota įranga teikianti 10 000 lux intensyvumo šviesą. Kenčiantys nuo SAS kasdien turi praleisti 30 min. tokioje šviesoje, kad jų simptomai dingtų. SAS simptomai pradeda nykti maždaug po savaitės nuo fototerapijos pradžios, tačiau, nutraukus gydymą, jie labai greit atsinaujina. Todėl šviesos terapija turi būti taikoma ištisai nuo spalio iki balandžio mėn. Ar gali ilgalaikis kasdienis buvimas 10 000 lux šviesoje pakenkti? Daktaras Terman sako - NE. Tai nėra švesiau, nei saulės šviesa ankstų rytą. Žinoma, ryškios šviesos toleravimas yra individualus - kai kurie žmonės dėl to jaučiasi diskomfortiškai. Perdozavimo simptomai išnyksta nutraukus fototerapiją. "Kai žmonės supranta kokios yra jų individualios ribos, jie nebeturi dėl to jokių problemų" - sako daktaras Terman (Vidžiūnaitė, A., 2008).

Paskutinių metų tyrimai rodo, kad ne visiems žmonėms, apimtiems žiemos depresijos, gydymui būtina labai ryški šviesa. Dr. Terman nustatė, kad švelni aušrą imituojanti šviesa taip pat efektyvi sklandant depresinę nuotaiką (Vidžiūnaitė, A., 2008).

Atliekami įvairūs tyrimai siekiant nustatyti ar fototerapija gali padėti gydant depresiją, nesusijusią su sezoniškumu. Psichiatrijos profesorius Daniel F. Kripke atliko tyrimą su 50 vyrų, sergančių depresija. Viena grupė pacientų vakarus leisdavo ryškioje 1,600 vatų stiprumo šviesoje. Kita grupė - prieblandoje. Palyginus tų dviejų grupių pacientų savijautą, šviesoje leidusiųjų vakarus pacientų simptomai sumažėjo 18% lyginant su kita grupe. (Vidžiūnaitė, A., 2008).

Šviesos terapija būtina sergant sezonine depresija, bet fototerapijos ekspertai duoda ir kitų patarimų:

Daugiau natūralios saulės šviesos. Atitraukite užuolaidas nuo langų, naudokite ryškias spalvas sienų dažymui.

Jei tik galite, sėdėkite arčiau lango mokykloje, darbe, transporte ir t.t.

Pasivaikščiokite. Nuo SAS kenčiantys žmonės žiemą dažniausiai labai mažai laiko

praleidžia lauke. Šveicarai įrodė, kad kasdienis 1 valandos pasivaikščiojimas vidurdienį žiemą gali labai ryškiai pakelti nuotaiką.

Bent dalį atostogų turėkite žiemą ir pasistenkite paleisti jas pietuose. (Vidžiūnaitė, A., 2008).

Elektroimpulsų terapija taikoma sunkiai depresijai su psichozės elementais gydyti, iškilus suicido grėsmei, nepadėjus gydymui antidepresantams. Po trumpalaikės narkozės ir raumenis atpalaiduojančių medikamentų dozės sukeliama traukuliai. Prie galvos pridedami elektrodai, ir per smegenis perleidžiami elektros impulsai (Lapkauskienė,2004; Jasulaitis ir kt.,2007; Creek,Lougner,2008; Alekna ir kt.,2003).

Transkranialinė magnetinė stimuliacija – naujas, greitas ir saugus metodas depresijai gydyti. Šis metodas taikomas gydant medikamentams atsparias depresijas. Transkranialinės magnetinės stimuliacijos metu pacientui pridedama magnetinė ritė ir leidžiama nestipri elektros srovė. Galvos smegenyse normalizuojama biocheminė pusiausvyra ir pašalinami neuromediatorių disfunkcijos sukelti psichikos sutrikimai (Lapkauskienė,2004; Jasulaitis,Neverauskas,2007; Creek,Lougner, 2008; Alekna ir kt.,2003).

Miego deprivacija – tai depresijos gydymo metodas nemiga. Gydant šiuo metodu, ligoniai nemiega visą parą, po to dvi naktis miega natūraliu miegu. Jei paciento būklė pagerėja, procedūra gali būti kartojama tris kartus. Terapinis miego nutraukimas pasiteisina gydant depresines būsenas (Jasulaitis,Neverauskas,2007; Creek, Lougner,2008; Lange-Ernst,2002).

Psichosocialinės reabilitacijos metu pacientui suteikiama kompleksinė pagalba – įgūdžių ir išteklių įvertinimas, įgūdžių mokymas, padedantis siekti adekvačios readaptacijos visuomenėje. Ligoninėje labai svarbu skatinti bendravimą, nedaryti skirtumo tarp personalo ir pacientų; labai naudingi ruošos darbai ir užsiėmimai skyriuje (Alekna ir kt.,2003; Dilingas, Reimeris,2000).

Diling ir Reimer (2000), kalbėdami apie sergančiųjų psichikos ligomis reabilitaciją, teigia, jog viena iš reabilitacijos sudedamųjų dalių yra specialus terapinis aktyvinimas: darbo terapija (darbas dirbtuvėje, darže ir sode), sportas, muzikos terapija, atsipalaidavimo pratimai ir gydomoji mankšta . Labai svarbu, kad fizinė veikla, kuria užsiima asmenys, sergantys depresija būtų maloni ir nesukeltų papildomos įtampos (Kineziologijos pagrindai,2004). A.Gill ir kt. (2010) nuomone, fizinis aktyvumas gali sumažinti depresinius simptomus, kai naudojama kaip monoterapija .

Relaksacinio kvėpavimo technikos apima psichinę ir raumenų relaksacijas, kurios pasiekiamos kvėpavimo judesiais, kai proceso metu pamažu pereinama prie diafragminio kvėpavimo (kvėpavimo pilvu). Pastebėta, kad tai refleksiškai mažina tinklinio darinio, esančio smegenų kamiene, aktyvumą, todėl silpnėja psichinė įtampa bei nerimas (Jasulaitis, Neverauskas,2007; Curtis ir kt.2009).

Vaistų ir psichoterapijos poveikio kartais gali tekti laukti savaites ar net mėnesius. A. Curtiss (2009) teigia, kad kai kuriais atvejais, stengiantis išvengti streso, gali padėti paprasti kvėpavimo ir atsipalaidavimo pratimai.

1.5. 1. Taikomoji fizinė veikla depresijos gydyme

Fizinė veikla, turinti meditacinio susikoncentravimo, tokia kaip taiči ir joga, taip pat mažina depresijos simptomus (Gill, Womack ir kt., 2010; Mead, Morley ir kt., 2009); sergančiųjų depresija sveikimo procese gali padėti ir relaksacijos metodai (Khouzam ir kt., 2007).

Pūras ir Kolaitienė (1999) pažymi tokius alternatyvius depresijos gydymo metodus, kaip fizioterapija, kineziterapija, refleksoterapija.

Reguliari fizinė veikla arba jos derinimas su kitomis terapijos rūšimis pagerina ligonių, sergančių depresija, būklę. Fizinis krūvis mažina stresą, taip pat veikia biologiškai veiklių medžiagų pusiausvyrą smegenyse (Jasulaitis, Neverauskas, 2007). Įrodyta, kad, sergant depresija, sumažėja serotonino kiekis smegenyse. Fizinis aktyvumas didina serotonino kiekį smegenyse, tuo mažindamas depresijos ir nerimo simptomus, ir tai teigiamai veikia psichinę sveikatą (Chaouloff, 1989).

Fizinis aktyvumas yra labai svarbi kompleksinio gydymo dalis gydant įvairaus sunkumo depresiją (Pūras, Kolaitienė, 1999; Saudargienė, 2009; Blumenthal ir kt., 2007; Deslandes, ir kt., 2009). Depresija sergantys pacientai yra neveiklūs, jų fizinis pajėgumas mažesnis nei sveikų žmonių. Šių pacientų fizinio pajėgumo lygis yra kritęs dėl neveiklumo, depresijos atsiradimas dažnai būna susijęs su aktyvumo praradimu, ir tai rodo, jog fizinio aktyvumo įdiegimas į jų gydymo programas yra teigiamas argumentas (Saudargienė ir kt., 2008; Saudargienė, 2009).

Buvo atliktas tyrimas siekiant įvertinti įvairių kasdienio gyvenimo formų ryšį su depresijos simptomų pasireiškimu dirbantiems žmonėms ir jo rezultatai parodė, jog kasdienis fizinis aktyvumas, nepaisant formos, mažina dirbančiųjų asmenų depresijos simptomų pasireiškimą (Stroputė ir kt., 2008).

Fizinio aktyvumo naudą psichinei sveikatai pažymi Saudargienė ir kt. (2008) teigdami, kad fizinės veiklos metu nukreipiamas ligonių dėmesys į skausmingus dirgiklius ir todėl po to pagerėja psichinė būseną. Ligoniui suvokus, jog jis gali įvykdyti tam tikrą darbą ar užduotį, padidėja jo savigarba, kas taip pat teigiamai veikia psichinę būseną. Sugebėjimas atlikti jam optimalią fizinę veiklą, bendravimas jos metu su kitais asmenimis, suteikia ligoniui pasitikėjimą savimi, atsitraukimą nuo jį slegiančių minčių ir kitų dirgiklių, kas turi teigiamą poveikį jo psichinei būklei (Saudargienė ir kt., 2008). Kaip kurie tyrėjai teigia, kad fizinė veikla dažnai yra neblogesnė gydymo priemonė, nei antidepresantai, ypač esant nesunkiai depresijos formai (Proškuvienė, 2008).

Nurodoma, kad fizinis aktyvumas sergantiems depresija – labai svarbi terapijos veikla, nes mažina depresijos ir nerimo simptomus, gerina miegą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, taip pat žinoma, jog yra ryšys tarp fizinio aktyvumo ir bendros gerovės jausmo ir nuotaikos. Atlikti tyrimai apie fizinės veiklos naudą gydant depresiją rodo aiškią koreliaciją tarp nuotaikos ir fizinio aktyvumo. Atitinkami intervenciniai tyrimai patvirtina fizinės veiklos antidepresinį poveikį (Mead ir kt.,2009; Saudargienė ir kt., 2008; Strochle, 2009; Saudargienė, 2009).

Fizinė veikla teikia psichologinę ir fizinę naudą dėl šių priežasčių: pagerina širdies ir kraujagyslių sistemos veiklą, mažina cholesterolio kiekį, reguliuoja kraujo spaudimą, reguliuoja svorį, pagerina raumenų tonusą (Proškovienė,2008).

Atliekant fizinę veiklą mažėja streso požymiai. Nurodoma, kad streso požymiai fizinės veiklos metu mažėja dėl šių priežasčių:

- Raumenų tempimas, raumenų susitraukimo ir atsipalaidavimo kaita atliekant pratimus atpalaiduoja įtemptus raumenis,
- Fizinio krūvio metu, t.y. suaktyvėjus medžiagų apykaitai, suvartojamas hormonų, cukraus ir riebalų rūgščių, patekusių į kraują, perteklius,
- Fizinio krūvio metu organizme didėja endorfinų (neuroinhibitorių) gamyba, kurie slopina stresinę reakciją ir sukelia ramią euforijos būseną,
- Žmogus išmoksta atsipalaidavimo būdų ir nesąmoningai juos panaudoja įvairių stresinių situacijų metu (Kineziologijos pagrindai,2004; Jasulaitis, Neverauskas, 2007).

H. Silveira ir kt. (2010), atlikdami tyrimus apie fizinės veiklos naudą, panaudojo neįprastus depresijos tyrimo instrumentus. Naudojant elektroencefalogramos analizės metodą, galima iširti smegenų žievės veiklą ir parodyti skirtingus šios veiklos modelius tarp sveikų žmonių ir sergančiųjų depresija. Naudojant šį metodą, buvo nustatytas skirtumas tarp pagyvenusių sveikų ir sergančiųjų depresija asmenų. Tyrimas suskirstytas į dvi studijas. Pirmojoje atliktas encefalografinis vertinimas, o antrojoje patikrinta fizinių pratimų nauda, kaip papildoma terapija gydant sergančiuosius sunkia depresijos forma.. Nustatyta, kad tie depresija sergantys asmenys, kurie mankštinosi, sveiko greičiau. Padaryta išvada, kad kompleksiniame gydyme fizinės veiklos taikymas po 6 mėnesių padidina smegenų žievės elektrinį aktyvumą .

G.E. Mead ir kt. (2009) atliko 116 straipsnių apžvalgą apie fizinio aktyvumo naudą depresijos gydyme. 67 straipsniai iš 116 buvo toliau neanalizuojami dėl kai kurių duomenų trūkumo juose, tačiau likusiuosiuose 49 straipsniuose pateikiami įtikinami įrodymai dėl fizinio aktyvumo teigiamo poveikio gydant sergančiuosius depresija. Atlikus mokslinių straipsnių apžvalgą apie fizinės veiklos naudą sergantiesiems depresija, pateikiamos išvados, kad fizinė veikla yra efektyvesnė kompleksinio gydymo terapija už šviesos terapiją; fizinės veiklos intervencija gali niekuo

nenusileisti farmakoterapijai ir kognityvinei terapijai. Tokią pačią nuomonę patvirtina A. Gill ir kt. (2010) teigdami, kad fizinė veikla gali mažinti simptomus taip pat efektyviai, kaip ir kognityvinio elgesio terapija ar gydymas vaistais ir žymiai efektyviau negu šviesos terapija.

Depresija dažnai yra pasekmė ne tik įvairių somatinių ligų, bet ir tokio proceso, kaip žmogaus senėjimas. Todėl labai aktualiais tampa tyrimai apie fizinį aktyvumą, kaip prevenciją depresijos ir nerimo simptomams vystytis senyvame amžiuje. A. Deslandes su bendraautoriais (2009) pateikė išvadą, kad ryšys tarp fizinio aktyvumo ir psichinės sveikatos buvo plačiai ištirtas ir buvo pateiktos hipotezės ta tema. Senėjimo procese fizinė veikla gali suteikti papildomą psichinių ir kognityvinių sutrikimų gydymo potencialą, padėti išvengti prasidedančių neurodegeneracinių procesų. Nors pati fizinė veikla gali veikti kaip stresorius, įrodyta, kad ji sumažina kitų stresorių poveikį, kai atliekama vidutiniu intensyvumu. Ji skatina neurotransmiterių perdavimą, teigiamus neurotrofinius ir neurogenezinius veiksnius, taip pat ir smegenų kraujotakos pokyčius. Autoriai pabrėžia, jog didelė studijuotos literatūros dalis teigia fizinio aktyvumo naudą užtikrinant sėkmingą smegenų funkcionavimą .

Fizinio aktyvumo nauda senyvame amžiuje domėjosi C.L. Reichert ir kt. (2011) autoriai atliko tyrimą su vyresnio amžiaus žmonėmis, gyvenančiais Brazilijoje. Pastebėta, kad senėjant žmonių populiacijai žmonės vargina tokios lėtinės ligos, kaip širdies kraujagyslių sistemos ligos, vėžys ir depresija. Nustatyta, kad senyvo amžiaus žmonėms, dalyvaujant fizinėje veikloje depresijos simptomai mažėja, t.y. kuo fizinė veikla aktyvesnė, tuo depresijos simptomų mažiau. Tyrimas parodė priešingą santykį tarp fizinio aktyvumo lygio ir depresijos simptomų vyravimo tarp senyvų žmonių. Netikėtas rezultatas buvo tas, kad šis ryšys buvo nustatytas tik tarp vyrų. Autoriai teigia, jog tai rodo tolimesnių tyrimų, kurie suteikia galimybę fizinį aktyvumą pateikti kaip terapinę alternatyvą sergantiesiems depresija, reikalingumą .

Gydymui atspari sunki depresijos forma yra rimta liga, kurios gydymas sudėtingas, o remisijų būna mažai. Mota-Pereira ir autorių grupė (2011) tyrė fizinio aktyvumo naudą namų sąlygomis depresijos gydymo procese. Tuo tikslu buvo skirtas fizinis aktyvumas sergantiesiems depresija namuose. Ji truko 12 savaitių ir susidėjo iš 30-45 min. vaikščiojimo kasdien, 5 dienas per savaitę. Tokia fizinė veikla pagerino sergančiųjų sunkia depresija, atsparių įprastam gydymui, psichoemocinę ir funkcinę būklę. Apie 26% tyrime dalyvavusių sergančių sunkiąja depresija pasiekta ligos remisija. Darbo rezultatai įrodo, kad vidutinio intensyvumo fizinė veikla gali būti naudinga ir efektyvi pagalbinė priemonė gydant depresija sergančiuosius pacientus.

Gydant depresiją, bet kurios terapijos tikslas yra stiprinti organizmo fizines ir psichines savigydos galias. Sergantiesiems depresija pacientams būdingas bejėgiškumas, todėl jie yra įsitikinę, jog negali prisidėti prie pasveikimo, nes stinga fizinių jėgų. Fizinis silpnumas gali tapti pastovia tokių sergančiųjų būkle, ir ši būklė silpnina sergančiuosius vis labiau. Norint išvengti šio

silpnumo pojūčio, Lange-Ernst (2002) siūlo nedelsiant pradėti nesudėtingas, tačiau gana veiksmingas fizinio aktyvinimo priemones. Pradžioje tai gali būti ir tokios paprastos priemonės, kaip rytinis apsitrynimas šepetėliu ar kontrastinis dušas. Bėgimas pradžioje nerekomenduojamas, naudingas greitas pasivaikščiavimas. Vėliau galima pradėti pratimus, gerinančius kraujotaką: važiavimas dviračiu, nesunkus darbas sode, slidinėjimas ir plaukimas. Autorės nuomone, fizinė veikla yra itin stipraus poveikio antidepresantas be jokio šalutinio poveikio. Šerpytė (2008) taip pat teigia, kad fizinis aktyvumas gali būti ir nesudėtinga aktyvi veikla. Autorė nurodo, kad depresijos gydymas paprastai yra kompleksinis: medikamentai (antidepresantai) derinami su psichoterapija ir fiziniu aktyvumu (plaukimas, mankšta, bėgimas ristele, važiavimas dviračiu).

Nėra visiškai aišku, kokios sporto rūšys labiausiai veikia depresiją. Tyrimuose ir mokslinių straipsnių apžvalgose aprašomi taikyti aerobiniai pratimai (vaikščiavimas, bėgiojimas, važinėjimas dviračiu, bėgimo takelis), kurie pagreitina širdies ritmą, jėgos pratimai, lengvoji atletika, sunkumų kilnojimas. Aptariamos kombinuotos ištvermės, raumenų jėgos ir lankstumo treniruotės, individualiai asmeniui pritaikytos treniruotės, treniruotės su raumenų pasipriešinimu, fizinių pratimų atlikimas vienas, taiči, aerobiniai šokiai (Mead ir kt.,2009; Wrigt,Ramirez Basco,2007).

Fizinė veikla gali būti atliekama ir vidaus patalpose, ir lauke; fizine veikla galima užsiimti ir namuose (Mead ir kt.,2009). Atliekant fizinę veiklą namuose pateikiamos tokios rekomendacijos:

- Pakviesti šeimos narius ir draugus užsiimti fizine veikla kartu,
- Fizinė veikla turi būti nuo 2 iki 5 kartų per savaitę,
- Fizinis aktyvumas turi trukti mažiausiai 30 min.,
- Pasirinkti malonią fizinę veiklą,
- Fizinės veiklos metu širdis turi plakti 60-70 proc. maksimalaus susitraukimų dažnio.
- Kruopščiai apšilti ir atvėsti,
- Stengtis gyventi aktyviau – daugiau vaikščioti pėsčiomis vietoj važinėjimo, vengti naudoti, kur įmanoma, mechanizuotus prietaisus (Proškuvienė,2008).

Mokslinių straipsnių apžvalgos autoriai pateikia Blumenthal (2007) tyrimo išvadas, jog nėra reikšmingų rezultatų skirtumų tarp treniruočių, atliekamų prižiūrint specialistui, ir treniruočių, atliekamų namuose.

Tyrimų apie fizinio aktyvumo naudą depresijos gydyme autoriai pabrėžia, kad negalima pateikti vieno geriausio recepto, kokia fizinė veikla gali būti efektyvesnė, kokio pobūdžio fizinė veikla naudingiausia, ar didesnę įtaką turi atliekant ją vienas, ar atliekant grupėje. Žinant, kad fizinės veiklos nauda gali būti labai didelė gydant depresiją, asmenims sergantiems depresija patariama rinktis tokio pobūdžio fizinę veiklą, kuri teikia didžiausią malonumą. Teigiami rezultatai išliks, jeigu užsiėmimai fizine veikla bus tęsiami ir ateityje (Mead ir kt.,2009).

Daugumos tyrimų apie fizinės veiklos poveikį sergantiesiems depresija autoriai rekomenduoja vidutinio intensyvumo ir neilgos trukmės fizinę veiklą (Šerpytė, 2008; Deslandes ir kt., 2009; Mota-Pereira ir kt., 2011).

Mead ir kt. (2009), atlikę mokslinių straipsnių apžvalgą apie fizinės veiklos naudą sergantiesiems depresija, pabrėžia, jog tikslinga rekomenduoti fizinį aktyvumą žmonėms, turintiems depresinių simptomų ir asmenims, atitinkantiems depresijos vertinimo kriterijus.

Rekomenduojama prieš pradėdant aktyvesnę fizinę veiklą pasitarti su gydytoju, ypač jei kurį laiką gyventa pasyviai. Gydytojo konsultacija būtina ir turint medicininių problemų bei esant vyresniems nei keturiasdešimt metų (Proškovienė, 2008; Wright, Ramirez Basco, 2007).

Būtina žinoti, kad skiriami vaistai nepadedą išspręsti susikaupusių problemų, tačiau sustiprina žmogų, padėda nusiraminti ir surasti geriausius sprendimus (Smith ir Saisan, 2009).

Nemažai autorių, atlikusių tyrimus dėl fizinės veiklos intensyvumo pobūdžio sergantiesiems depresija, pateikia labai skirtingus duomenis. Pabrėžiama, kad optimaliausia fizinė veikla yra ta, kuri patinka žmonėms sergantiems depresija ir kurių atlikimas teikia jiems malonumą (Mead GE., Morley W., Campbell P., Greig CA., McMurdo M., Lawlor DA., 2009). Kiti autoriai teigia, jog sergančiųjų depresija emocijos ir jausmai gerėja atliekant vidutinio intensyvumo fizinę veiklą, nes ji gerina psichologinę savijautą (Creek J., Loughner L., 2008). Vidutinio intensyvumo fizinės veiklos naudą sergantiesiems depresija pažymi (J. Creek ir L. Loughner, 2008). Autoriai nurodo, kad vidutinio intensyvumo fizinė veikla turi teigiamą poveikį psichologinės gerovės jausmui (Creek, J., Loughner, L., 2008).

Nustatyta, kad ir nedidelio intensyvumo fizinė veikla didina asmens savivertę, komandiniai žaidimai yra ir socialinis renginys. Fizinės veiklos metu depresija sergantieji gali atsipalaiduoti ir užsimiršti, kadangi būna sutelkę dėmesį į taisyklingą pratimo atlikimą. Pozityvūs pojūčiai atsiranda ir neintensyvios veiklos metu (Reichert, César L., Diogo, César L., Vieira, José L., & Dalacorte, Roberta R., 2011; Saudargienė S., Varoneckas G., Podlipskytė A., Bunevičius R., 2008; Šerpytė R., 2008; Deslandes A., Moraes H., Ferreira C., Veiga H., Silveira H., Mouta R., Pompeu FA., Coutinho ES., Laks J., 2009; Mota-Pereira J., Silverio J., Carvalho S., Ribeiro JC., Fonte D., Ramos J., 2011).

Tyrimo metu taikant TFV sergantiesiems depresija nebuvo pastebėta žymesnių tiriamųjų funkcinės būklės pakeitimų po fizinės veiklos užsiėmimų taikymo, ŠSD ir AKS kitimas nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$). Panašūs rezultatai gauti atlikus keturių savaitių fizinės veiklos užsiėmimus asmenims, sergantiems sunkia depresija. Autorė minėjo, kad fizinė veikla teigiamai veikė depresijos ir nerimo simptomatiką, subjektyvią miego ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, tačiau negerino širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės (Saudargienė S., Varoneckas G., Podlipskytė A., Bunevičius R., 2008).

Saudargienė su bendraautoriais nurodo, kad sergantiems sunkia depresija su melancholijos požymiais fizinė veikla negerina širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės (Saudargienė S., Podlipskytė A., Varoneckas G., 2008). Nustatyta, kad sergantiesiems sunkia depresija be somatikos simptomų fizinė veikla gerina širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinę; tačiau sergantiesiems sunkia depresija su somatikos simptomais fizinė veikla negerina širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės (Saudargienė S., 2009).

Fizinės veiklos užsiėmimų metu motyvuodami sergančiuosius depresija pacientus, tuo būdu keldami jų pasitenkinimą fizinės veiklos užsiėmimais, tiriamieji nesijausdavo stigmatizuoti, fizinė veikla jiems tapdavo ne tik fizinio sveikatinimo priemone, bet ir bendru maloniu dalyvavimu socialinėje veikloje. Betarpiško bendravimo naudą sergantiems depresija asmenims pažymi daug autorių, pabrėždami empatiško požiūrio ir sergančiojo depresija palaikymo svarbą. Dirbant su sergančiaisiais depresija reikia sudaryti tinkamą atmosferą, padedančią jam atsiskleisti. Asmenys sergantys psichinėmis ligomis labai jaučia, ar su jais bendraujama nuoširdžiai, ar tik iš pareigos; labai svarbu rasti gerą kontaktą su pacientu. (Daubaras G., 2004; Lapkauskienė N., 2004; Dembinskas A., 1999). A. Prancevičienė savo darbe tyrė depresija sergančių asmenų savijautą ir subjektyvų gyvenimo vertinimą stacionarinio gydymo laikotarpiu, šių reiškinių sąsajas bei pokyčius gydymo metu. Nustatyta, kad subjektyvus asmens savo ligos ir sveikatos vertinimas svarbus prognozuojant sveikimo nuo depresijos rezultatus, tai gali būti laikoma psichikos sveikatos išteklių rodikliu. Minėta autorė nurodo, kad depresija sergančių asmenų savijauta yra daugiakomponentė ir psichologinių bei somatinių savijautos komponentų išskyrimas yra naudingas analizuojant depresija sergančių asmenų sveikimą stacionarinio gydymo laikotarpiu. Subjektyvus gyvenimo vertinimas neprognozuoja gydymo rezultatų, tačiau yra tinkamas subjektyvus visuminės sveikatos matas, nes gerai parodo funkcinės ir kognityvinės depresijos pasekmes, t.y. pasikeitusį suvokimą (Prancevičienė A., 2008).

Gautiems sergančiųjų depresija funkcinės būklės tyrimo rezultatams įtakos gali turėti šalutinis vaistų poveikis. Reikia pažymėti, kad antidepresantai turi šalutinį poveikį, kuris pasireiškia koncentracijos ir dėmesio sumažėjimu, galvos skausmu ir svaigimu, burnos džiūvimu, rankų pirštų tremoru, tachikardija, pulso sulėtėjimu, kraujospūdžio sumažėjimu (Lapkauskienė N., 2004). Nustatyta, jog depresija turi įtakos širdies ritmui (Saudargienė S., 2009). Todėl sergančiųjų depresija funkcinės būklės rodikliai, skirtingai nuo sveikų žmonių, gali labai individualiai priklausyti nuo šalutinio antidepresantų poveikio sergančiajam. Tai sudaro sunkumus norint objektyviai vertinti jų funkcinę būklę prieš ir po fizinės veiklos taikymo.

2 skyrius DEPRESIJA SERGANČIŲJŲ TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS POVEIKIO TYRIMŲ APIBENDRINIMAS

2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Tyrimo dalyvavo 42 asmenys, sergantys įvairiomis depresijos formomis. Jie suskirstyti į 2 grupes: eksperimentinę ir kontrolinę. Eksperimentinės grupės tiriamiesiems buvo taikyta TFV užsiėmimai, kontroliniams TFV nebuvo taikyta. Tyrimas buvo atliktas VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninė filialas Psichiatrijos ligoninėje. Tyrimas buvo pradėtas 2012 metų spalio – gruodžio mėnesiais ir 2013 metų sausio – kovo mėnesiais ir tyrimas truko apie 7 mėnesius. Asmenų atranka buvo atlikta atsitiktinė, iš tuo metu besigydančių depresija sergančių asmenų.

Atliekant tyrimą, buvo sudaryta anketa, kuri buvo paruošta tyrėjo (žr. 3 priedas), kurios pagalba norėta sužinoti tiriamųjų amžių, gyvenamą vietą (kaimas / miestas), išsilavinimą, profesiją, darbingumo lygį, ligos lygį pagal sunkumą, sirgimo trukmę, vartojamus vaistus ir vartojimo trukmę, somatines ligas, AKS, pulsą. Išsiaiškinti nuomonę apie taikomosios fizinės veiklos poveikį jų psichoemocinei būklei ir fizinei savijautai buvo sudaryta anketa - klausimynas, paruoštas tyrėjo (žr. 4 priedas), kurią pildė visi tyrimo dalyviai (tiriamieji ir kontroliniai). Jie atsakė į klausimus apie savo fizinę būklę, miego kokybę, bendravimą su aplinkiniais, norą lankyti kitas psichosocialinės reabilitacijos veiklas/terapijas (žr. 6 priedas), norą užsiimti laisvalaikio veikla (žiūrėti TV, skaityti, rankdarbiai, stalo žaidimai), nurodyti priežastį (apsisprendimą) dalyvauti TFV užsiėmimuose.

Tyrimo rezultatams pasiekti ir hipotezei patvirtinti buvo atliktas eksperimentas. Eksperimentas – tai empirinis tyrimas, padedantis planingai valdant proceso ar reiškinių sąlygas, patikrinti priežastinių reiškinių ryšių hipotezes. Eksperimentas nustato daromus pokyčius vienam nepriklausomam kintamajam ir įvertina to pokyčio rezultatą priklausomam kintamajam. Eksperimente visada išlieka mokslinis stebėjimas (parametrų fiksacija prieš eksperimentą, per jį ir po jo), todėl jis gali būti apibūdinamas kaip kontroliuojamo stebėjimo forma.

Anketa - klausimynas visų eksperimente dalyvavusių tiriamųjų buvo pildomas prieš pradėdant taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus ir pasibaigus programai. Tiriamųjų taip pat buvo prašoma procentine išraiška įvertinti taikomosios fizinės veiklos naudą jų gydyme. Šios taikomosios fizinės veiklos programos, kaip kompleksinio gydymo metodo vertinimas buvo atliekamas tiriamiesiems 1-ą, 10-ą ir pabaigus visą gydymo kursą (20-ą gydymo kurso dieną).

Siekiant išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje TFV, jo gebėjimą atlikti fizinius pratimus, savijautą (prieš užsiėmimus ir po jų) buvo naudojamas Kanadietiškos veiklos vertinimo testas (KVVT) (Stamm, T.A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J.S., Stucki, G., 2006). (žr. 5 priedas) su 10 balų sistema, nagrinėjančia tris sritis: taikomosios fizinės veiklos svarbumas, sėkmė atliekant fizinius pratimus ir emocinė savijauta. Tiriamieji turėjo

subjektyviai vertinti, kiek jiems yra svarbi fizinė veikla, kaip jie, jų nuomone, atlieka užduotis ir kokia emocinė savijauta. Vertinimas buvo atliekamas prieš ir po eksperimento eksperimentinėje tiriamųjų grupėje. KVVT aprašymas pateikiamas 5 priede.

Eksperimentinės grupės dalyviams buvo pasiūlyta TFV naudą išreikšti procentais.(žr. 5 priedas) Pirmiausia, asmuo išsakė TFV svarbumą savo produktyvios veiklos, gydymo ir laisvalaikio srityse, kurias pagal svarbumą įvertino „Svarbumo skalėje“. Šioje vizualinėje skalėje skaičiai išdėstyti nuo 1 iki 10 balų. 1 - 4 balai - „visiškai nesvarbu“, 5 – 7 balai –svarbu ir 8 - 10 - „ypač svarbu“ „Atlikimo skalėje“, kuri taip pat suskirstyta nuo 1 iki 10 balų. 1 - 4 balai - „visiškai nieko negali atlikti“, 5 – 7 balai – „gali daryti“ ir 8 - 10 - „gali daryti labai lengvai“. Tiriamųjų buvo paprašyta įvertinti savo savijautą prieš užsiėmimą ir po jo skalėje „Mano savijauta“ nuo 1 iki 10 balų. 1 – 4 - „Visiškai negerai“, 5 – 7 – pakankamai ir 8 - 10 - „Visiškai gerai“. Norint įvertinti asmenų nuomonę apie jų veiklos atlikimą ir savijautą buvo skaičiuojamas atlikimo ir pasitenkinimo balų sumos vidurkis.

Kiti tyrimui reikalingi duomenys buvo surinkti iš medicininių dokumentų: žinios apie vartojamus medikamentus, darbingumo lygį, gretutines ligas. Depresijos sunkumo lygį pagal Hamiltono depresijos vertinimo skalę (Bunevičius,2010), jos klinikinę ištyrimą atlieka ir nustato gydymo įstaigos gydytojas psichiatras.

Prieš užsiėmimus buvo vertinama tiriamųjų funkcinė būklė. Jų funkicinei būklei nustatyti buvo matuotas arterinis kraujo spaudimas (AKS) ir širdies susitraukimų dažnis (ŠSD). Tiriamosios grupės dalyviams šie rodikliai buvo matuoti prieš pradėdant užsiėmimą ir pasibaigus jam, nes remiantis širdies kraujagyslių sistemos reakcija į fizinį krūvį, sprendžiama apie žmogaus fizinį darbingumą.

Depresijos gydymui skirti vaistai labai individualiai veikia kiekvieno depresija sergančio asmens ŠSD. Vienas iš šalutinių antidepresantų reiškinių – tachikardija. Taigi, siekiant išvengti nelaimingo atsitikimo taikomosios fizinės veiklos metu, kuomet tiriamasis užsiima aktyvia veikla, ŠSD vertinimas prieš užsiėmimą ir po jo tampa labai svarbus.

Kontrolinės grupės dalyviams AKS ir ŠSD rodikliai paimti iš jų ligos istorijų. Šie rodikliai fiksuojami vertinant pacientus, paguldžius į stacionarą ir išrašant juos iš stacionaro.

Visi eksperimentinės grupės tiriamieji buvo supažindinami su tyrimo procedūra, reikalaujančia daug individualių pastangų ir sugebėjimo. Tyrimo metu reikia užtikrinti, kad tiriamasis visiškai suprastų tyrimo procedūros eigą. Tai ypač aktualu sergantiems sunkia depresijos forma asmenims, kuriems gali būti sutrikęs dėmesys, koncentracija bei suvokimas.

Tyrimui atlikti buvo gautas VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės filialo Psichiatrijos ligoninės Direktoriaus leidimas.

Tyrimas atliktas VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės filialo Psichiatrijos ligoninės Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus Dienos stacionare, II-o psichozinių ir afektyvių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje ir III-io afektyvių ir psichozinių būsenų bendros psichiatrijos skyriuje 2012 m spalio – gruodžio mėn. ir 2013m. sausio – kovo mėn.

Tyrimo duomenys buvo apdoroti MS Excel, *PSPP programa*. Duomenys, su tikslu juos įvertinti, buvo skaičiuojami aritmetiniais vidurkiais, standartiniais nuokrypiais. Vidurkių skirtumo patikimumui buvo naudojamas Vilkoksono neparimetrinis priklausomų imčių kriterijus ($p < 0,05$).

Programą sudarė:

TFV užsiėmimų programa buvo sudaryta atsižvelgiant į tiriamųjų psichoemocinę būseną, fizinę būklę bei pajėgumą. Sudarant veiklos programą siekta pakelti eksperimentinės grupės tiriamiesiems nuotaiką, mažinti nuovargio, silpnumo pojūtį, lavinti dėmesį ir koncentraciją. Stengtasi didinti fizinį aktyvumą ir pajėgumą.

Šioje programoje buvo taikoma atsipalaidavimo, kvėpavimo, raumenų tempimo pratimai, pratimai su pasipriešinimu (Thera band gumomis), lėtas bėgimas, važiavimas stacionariu dviračiu (pratimai veloergometru), plaukimas (1 kartą per savaitę), žaidimas su kėgliais perdarytais ir pritaikytais žaisti salėje bei lauke (žr. 7 priedas), „Bočia“ (žr.8 priedas), badmintonas (pakeistas į plastmasinius muštukus ir balionus) (žr. 9 priedas).

Pradinėje programos dalyje buvo taikomi kvėpavimo, raumenų tempimo, susikaupimo pratimai, atliekami kūną veikiančios būdai: 1) koncentruotų judesių terapija (įvairūs kūno judesių ir kvėpavimo pratimai skirti „pajusti“ savo kūną ir kartu pagerinti jo būseną); 2) funkcinis atsipalaidavimas (koncentruotas atsipalaidavimas) (J. E. Meyer ir Brooks, 2000). Pagrindinėje dalyje tiriamieji atliko jiems paskirtas ar jų pačių pasirinktas užduotis. Šioje dalyje jie atliko jėgos pratimus, treniravosi stacionariu dviračiu, žaidė „Bočia“ ar badmintoną (su muštukais ir balionais), su kėgliais (pritaikytais ir perdirbtais) ir kurie norėjo vieną dieną savaitėje lankė baseiną. Baigiamojoje dalyje buvo taikomas laipsniškas raumenų atpalaidavimas (atsipalaidavimo technika pagrįsta psichofiziologine raumenų veikla, (Dilingas, Reimeris, 2000). Krūvis buvo paskirstomas individualiai atsižvelgiant į tiriamųjų fizinę bei emocinę būklę.

TFV užsiėmimų metu kreiptas dėmesys į depresiją lydinčius somatinius simptomus – tachikardiją, galvos svaigimą, skausmą, rankų tremorą. Su tiriamaisiais, kurie išsakė minėtus simptomus, buvo dirbama individualiai. Esant ženkliai padidėjusiam ŠSD, tiriamieji aktyvios veiklos nevykdė, tačiau dalyvavo stebėtojo teisėmis, kas gerina psichoemocinę būseną ir išvengiama socialinės atskirties.

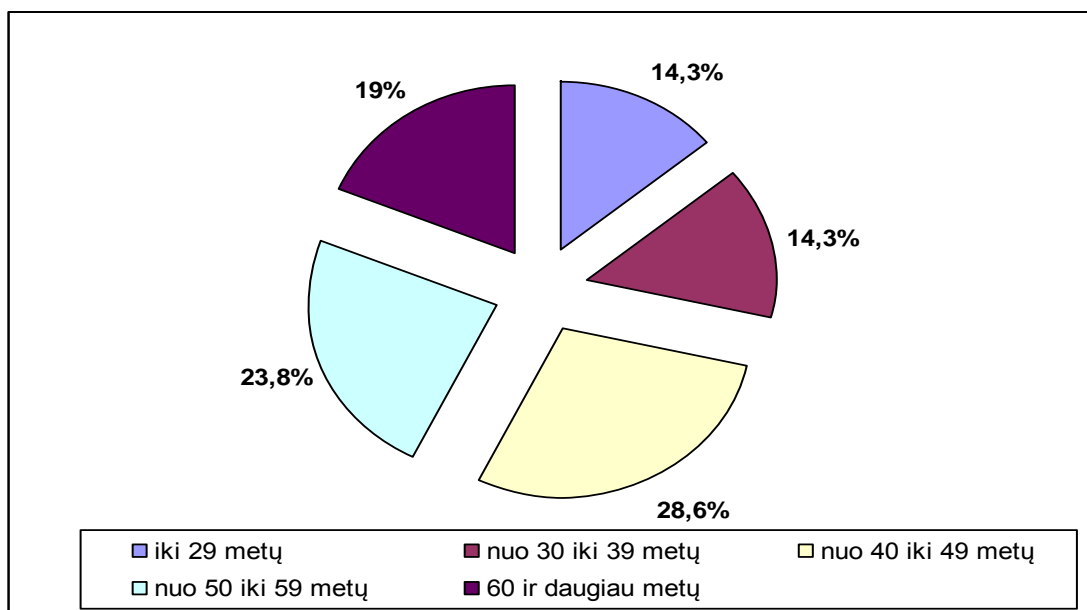
Vykdamas programą, tiriamiesiems buvo leidžiama pasirinkti siūlomą fizinę veiklą, skatinamas bendravimas. Atliekant užduotis, sporto salė buvo padalinta į mažesnes erdves, kuriose kiekvienas dalyvaujantis vykdė pasirinktą ar jam paskirtą fizinę veiklą / fizinius

pratimus. Skirtingos fizinės veiklos vietos suteikia tam tikrą organizacinį lankstumą TFV programos vykdymui, padeda pagerinti emocinę savijautą, formuoti pasitikėjimą savimi.

Tiriamosios grupės dalyviams buvo taikomi grupiniai arba individualūs TFV užsiėmimai 5 kartus per savaitę. Užsiėmimų trukmė nuo 45 min. iki 60 min, priklausomai nuo jų savijautos ir noro dalyvauti užsiėmime. Buvo planuota, kad kiekvienas iš tiriamųjų gautų apie 20 procedūrų.

2.2. Tyrimo imtis

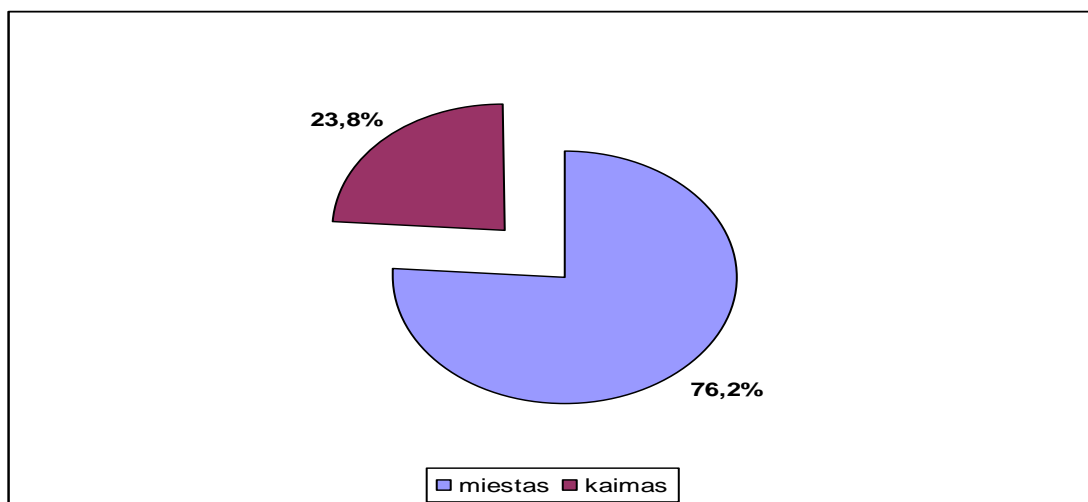
Tyrimo dalyvavo 42 tiriamieji, sergantys įvairiomis depresijos formomis. Jie buvo suskirstyti į 2 grupes: eksperimentinę $n = 21$ ir kontrolinę $n = 21$. Tiriamosios grupės dalyviams buvo taikomi taikomosios fizinės veiklos užsiėmimai. Kontrolinės grupės dalyviai TFV užsiėmimuose nedalyvavo. Duomenys apie tiriamųjų amžių pateikiami 2 pav.



2 pav. Tiriamųjų amžius, %

Tiriamųjų amžius yra iki 60 metų ir daugiau. Iki 29 ir amžiaus grupės nuo 30 iki 39 metų tiriamųjų yra po 14,3 proc., nuo 50 iki 59 metų – 23,8 proc., nuo 60 ir daugiau metų – 19 proc., o didžiausią dalį tiriamųjų (28,6 proc.), sudarė dalyviai nuo 50 iki 59 metų.

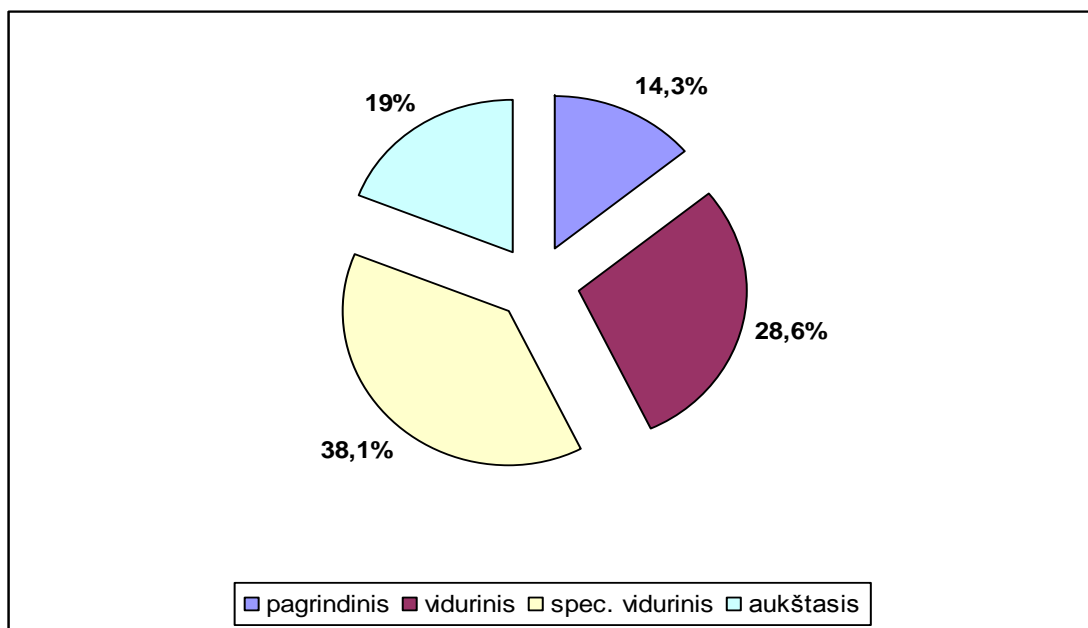
Depresija serga tiek miesto, tiek kaimo vietovių gyventojai. Kaip tiriamieji pasiskirstę pagal gyvenamąją vietą, duomenys pateikiami 3 pav.



3 pav. Tiriamųjų gyvenamoji vieta, %

Didžioji dalis (76,2 proc.) tiriamųjų yra miesto gyventojai. Kaime gyvenantys tiriamieji sudarė beveik ketvirtadalį dalyvavusių tyrime.

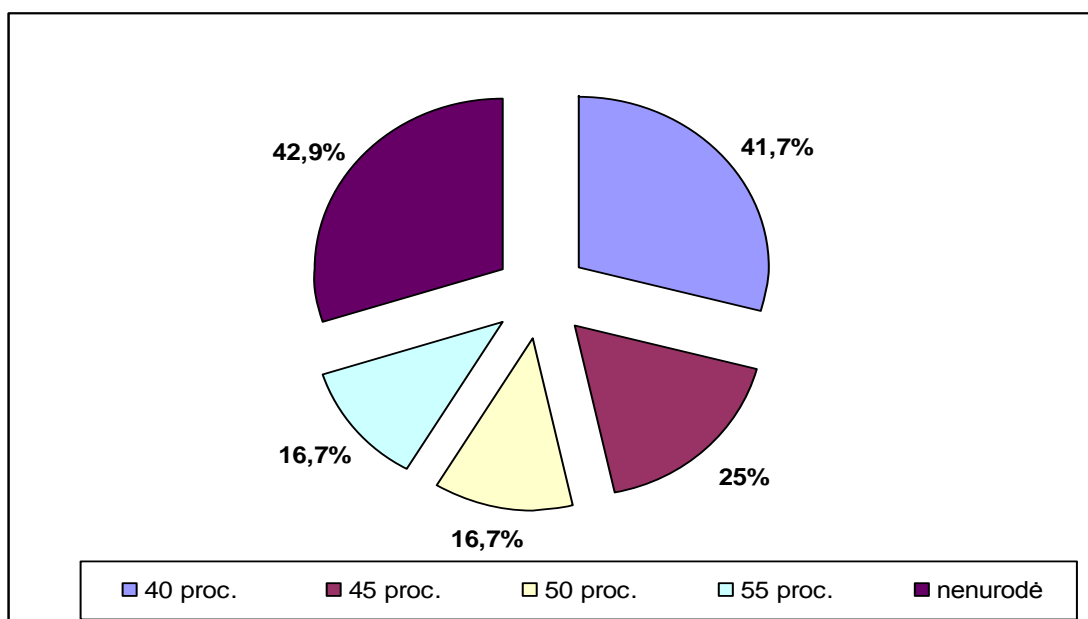
Kokio išsilavinimo yra asmenys, dalyvavę tyrime, matome 4 paveiksle.



4 pav. Tiriamųjų išsilavinimas, %

Tiriamieji, turintys vidurinį išsilavinimą, sudarė 28,6 proc., spec. vidurinį – 38,1 proc., aukštąjį – 19 proc., pagrindinį – 14,3 proc. tyrimo dalyvių.

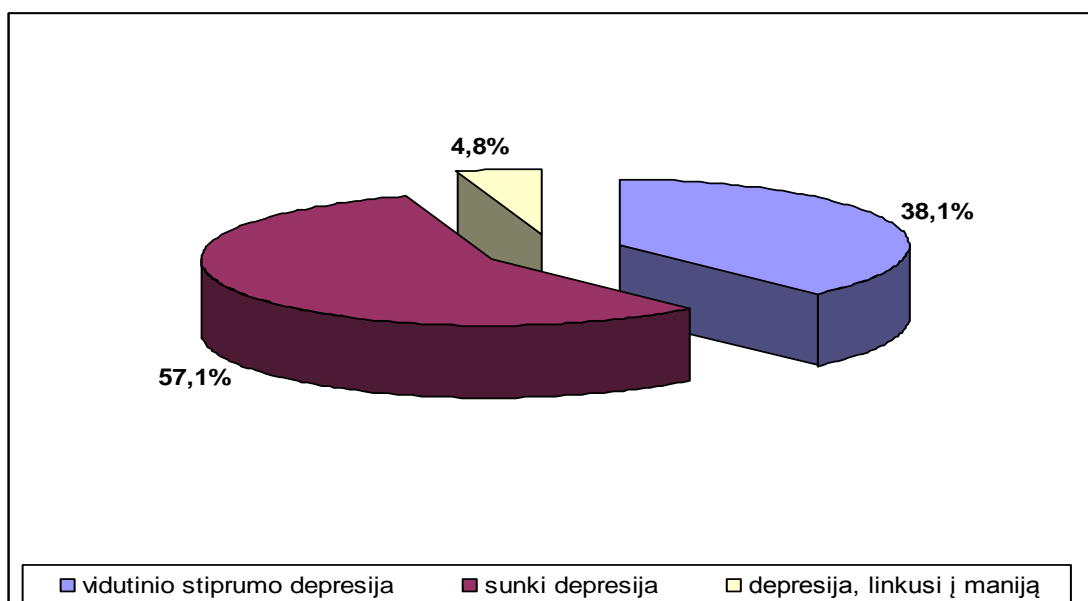
Žmogaus gyvenimo kokybė bei jos gerinimas priklauso ir nuo sergančio asmens darbingumo lygio. Kokį darbingumo lygį turi tyrimo dalyviai, duomenys pateikiami 5 paveiksle.



5 pav. Tiriamųjų darbingumo lygis, %

Kaip matome iš apklausos rezultatų, beveik pusė (42,9 proc.) eksperimento dalyvių nenurodė darbingumo lygio. 41,7 proc. tiriamųjų turi 40 proc. darbingumo lygį, ketvirtadalis – 45 proc. darbingumo lygį, 50 ir 55 procentų darbingumo lygį turi po 16,7 proc. asmenų, dalyvavusių tyrime.

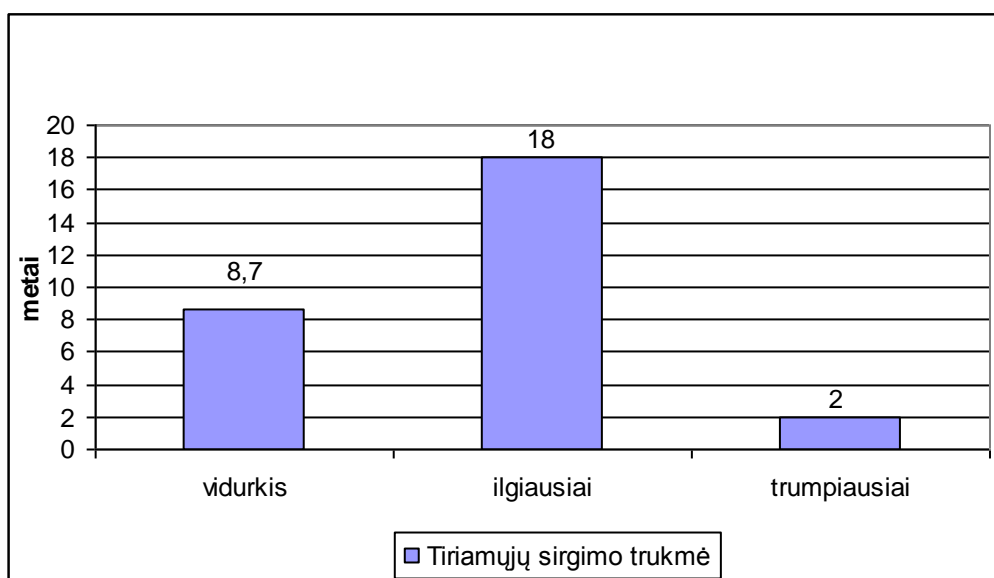
Kokia yra asmenų, dalyvavusių tyrime, diagnozė, duomenys pateikiami 6 paveiksle.



6 pav. Tiriamųjų diagnozė, %

Kaip matome, didžioji dalis (57,1 proc.) eksperimento dalyvių kenčia nuo sunkios depresijos, daugiau kaip trečdalis (38,1 proc.) turi vidutinio sunkumo depresiją. Tik dvidešimtoji dalis (4,8 proc.) tyrimo dalyvių serga depresija, linkusia į maniją, forma.

Tiriamųjų sirgimo trukmė metais yra pateikiama 7 paveiksle.



7 pav. Tiriamųjų sirgimo trukmė metais, metai.

Išanalizavus sirgimo trukmę, paaiškėjo, kad sirgimo depresija vidurkis yra 8,7 metai. Ilgiausiai sirgta 18 metų, o trumpiausiai – 2 metai.

2.3. Požiūrio į taikomąją fizinę veiklą (TFV) tyrimo rezultatų apibendrinimas

Sergančiuosius depresija kamuoja energijos, koncentracijos ir susikaupimo trūkumas. Šios ligos nuolatiniai simptomai yra nerimas ir liūdesys. Tokie žmonės linkę neigiamai vertinti savo fizinę būklę, moterys labai skausmingai išgyvena didesnio ar mažesnio atsvario problemas, išorės trūkumus. Komandinė veikla skatina dalyvaujančius susikoncentruoti, sutelkti dėmesį, bendrauti tarpusavyje. Pastebėta, kad fizinės veiklos užsiėmimų metu akivaizdžiai gerėja dalyvaujančių nuotaika, motyvacija, fizinis aktyvumas. Todėl labai veiksmingi šiuo atveju yra aktyvūs sportiniai žaidimai su kamuoliu. Suklydus atliekant pratimą skiriama „bauda“, pav. trys pritūpimai. Tai iššaukia juoką, geras emocijas ir skatina dalyvius dar dėmesingiau įsitraukti į veiklą, bendrauti tarpusavyje. Pastebėta, kad ilgesnės trukmės kvėpavimo ar ištvermės pratimai respondentams greitai pabosdavo, jie imdavo darytis apatiški, pavargdavo.

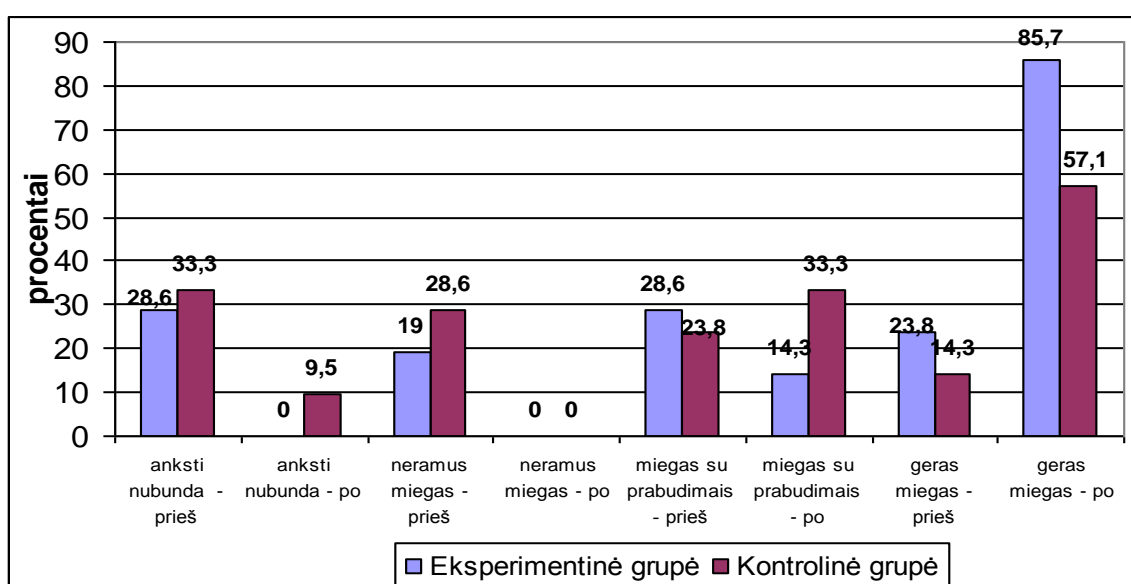
Dalyvavusiųjų tyrime amžiaus įvairovė netrukdė rezultatų analizei bei apibendrinimui, nes esant psichikos patologijai, lemiamas vaidmuo tenka tiriamųjų psichinei būsenai. Visi tiriamieji buvo gydomi vaistų dozėmis, 2-3 kartus per parą, atsižvelgiant į jų psichinę būseną. Tirtiems tiriamiesiems gydytojai dažniausiai skyrė šiuos medikamentus:

- Neuroleptikus – veikia pozityvią ir negatyvią simptomatiką, slopina psichomotorinį sujaudinimą gerina miegą.

- Antidepressantus – gerina nuotaiką, mažina nerimą, gerina darbingumą, aktyvina veiklą.
- Trankviliantus – šalina nerimą, įtampą, gerina miegą.
- Hipnotikus – gerina miegą.

Nustatyta, kad depresijos gydymas gerėja, ilgėjant gydymo stacionare trukmei. Viso gydymo metu pagrindinė terapija yra farmakoterapija. Nustatyta, kad po 4-6 savaičių gydymo vaistais 50 proc. sergančiųjų būklė pagerėja, o po 10-12 savaičių paprastai iki minimumo sumažėja simptomų ar jie išnyksta (Daubaras G., 2004).

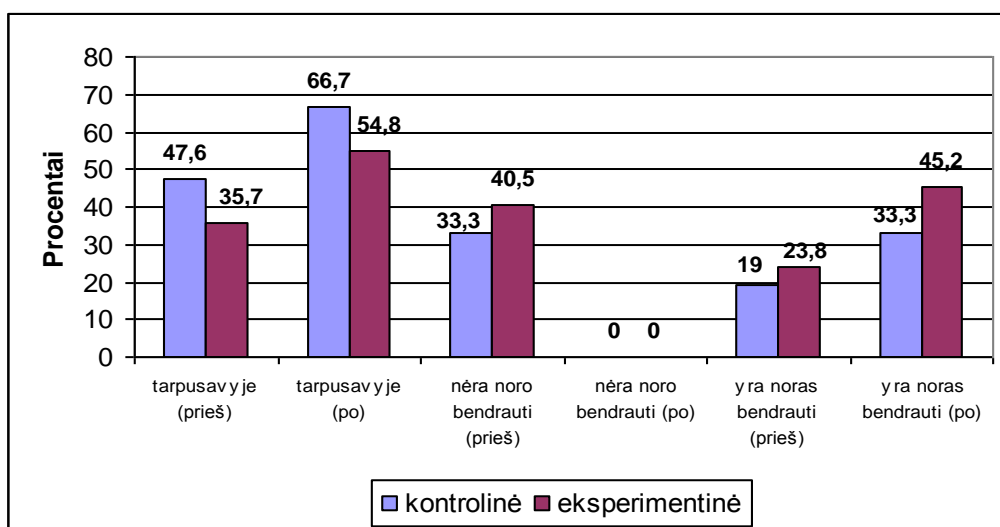
Miego kokybė yra vienas iš faktorių, lemiančių tiek fizinės, tiek dvasinės sveikatos kokybę. Kokia yra eksperimentinės grupės tiriamųjų miego kokybė prieš ir po užsiėmimų, duomenys pateikiami 8 paveiksle.



8 pav. Miego kokybė, %

Kaip matome iš paveiksle pateikiamų duomenų, prieš TVF miego kokybė gera buvo tik beveik ketvirtadaliui (23,8 proc.) eksperimentinės grupės tiriamųjų, o po užsiėmimų gera miego kokybė išaugo net iki 85,7 procentų. Taip pat po užsiėmimų sergantys depresija miegojo ramiai, pailgėjo miego trukmė. Lyginant su kontrolinės grupės duomenimis, matosi, kad kontrolinėje grupėje pokyčiai labai nedideli.

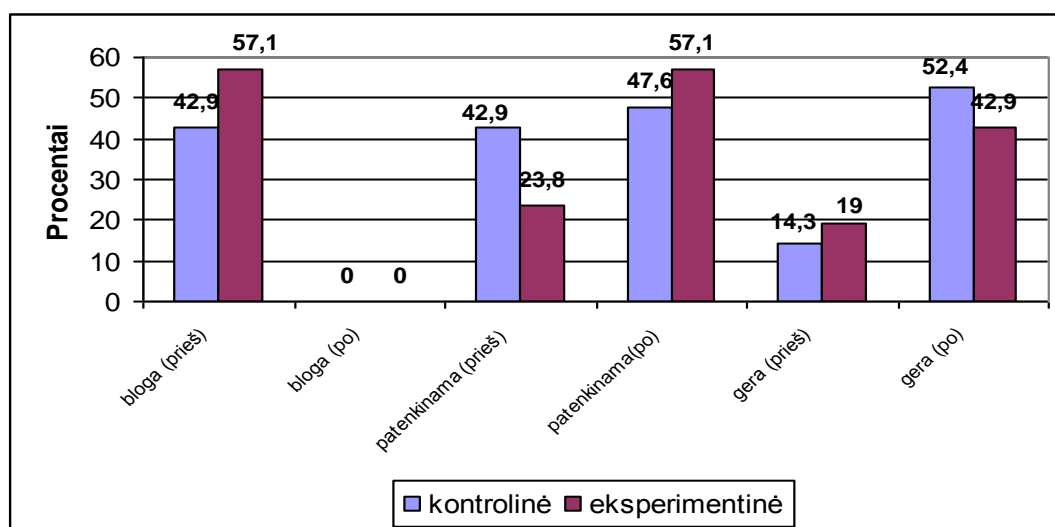
Žmonėms, sergantiems depresija, yra labai svarbus bendravimas. Kaip pakito bendravimas prieš ir po TVF, matome 9 pav.



9 pav. Noras bendrauti, %

Kaip matosi, prieš užsiėmimus daugiau kaip pusė (52,4 proc.) eksperimentinės grupės tiriamųjų nurodė, kad jiems nėra noro bendrauti. Kitokia situacija stebima po užsiėmimų. Tiriamiesiems pradingo nenoras bendrauti, tarpusavyje bendrauti panoro daugiau kaip trečdalis (42,9 proc.), o daugiau kaip pusei (57,1 proc.) tiriamųjų atsirado noras bendrauti.

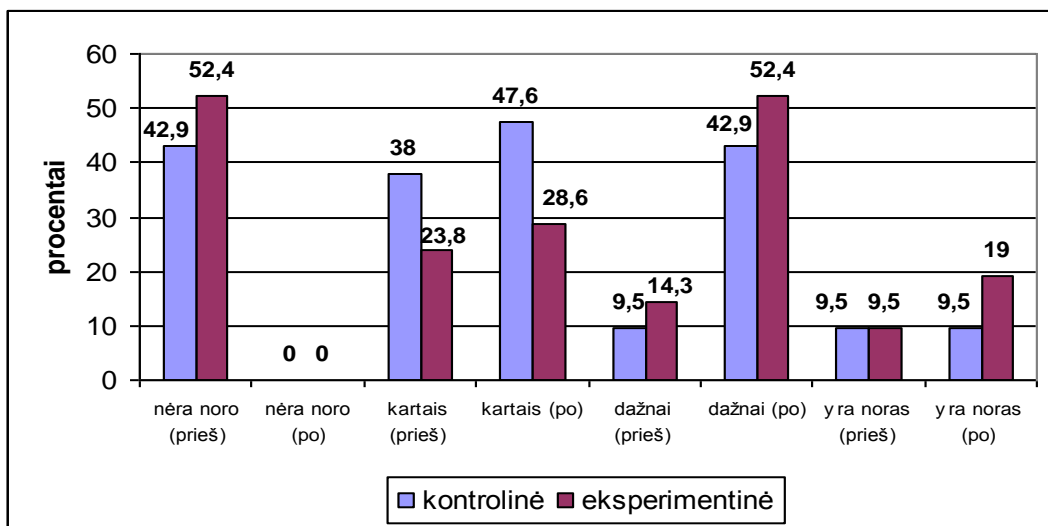
Apie psichoemocinės būklės teigiamus pokyčius galima spręsti iš duomenų, pateiktų 10 pav.



10 pav. Būsenos pokyčiai, %

Prieš užsiėmimus blogai jautėsi daugiau kaip pusė (57,1 proc.), patenkinamai beveik ketvirtadalis (23,8 proc.) ir tik penktadalis (19 proc.) tiriamųjų jautėsi gerai. Po užsiėmimų savo būsenos blogai neįvertino nei vienas respondentas. Daugiau kaip pusė (57,1 proc.) tiriamųjų nurodė, kad jų būseną yra patenkinama, gerai jautėsi daugiau kaip trečdalis (42,9 proc.) tiriamųjų.

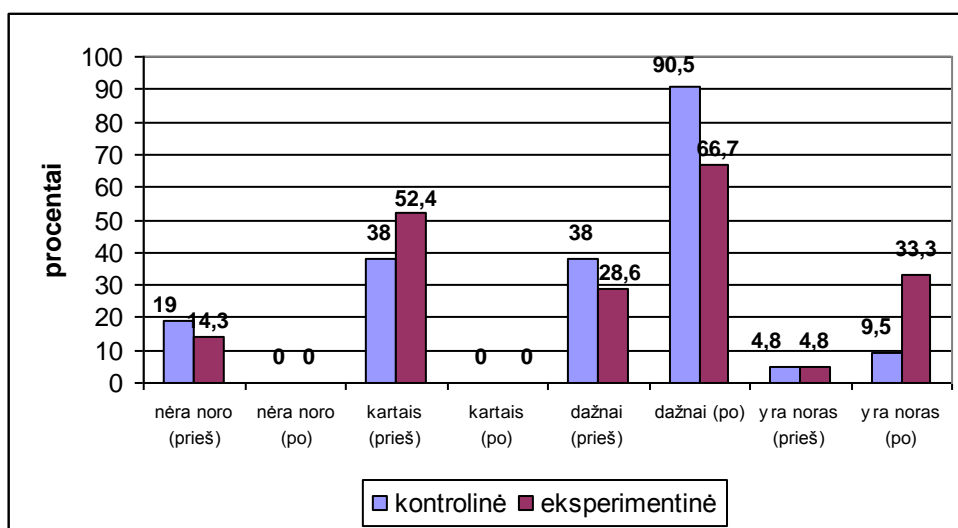
Kokie yra tiriamųjų noro užsiimti laisvalaikio veikla pokyčiai prieš ir po užsiėmimų TFV, duomenys pateikiami 11 paveiksle.



11 pav. Noras užsiimti laisvalaikio veikla %

Prieš užsiėmimus noro užsiimti laisvalaikio veikla neturėjo daugiau kaip pusė (52,4 proc.) tiriamųjų, kartais tuo norėjo užsiimti beveik ketvirtadalis (23,8 proc.), o dažnai tik 14,3 proc. tiriamųjų. Po užsiėmimų beveik trečdalis (28,6 proc.) tiriamųjų kartais norėjo užsiimti laisvalaikio veikla, dažnai – daugiau kaip pusė (52,4 proc.) tiriamųjų.

Psichosocialinės reabilitacijos tikslas – padėti asmenims, sergantiems lėtinėmis ir sunkiomis psichikos ligomis, vystyti emocinius, socialinius ir pažintinius įgūdžius, kad asmuo galėtų gyventi, mokytis ir dirbti bendruomenėje, esant kuo mažesnei specialistų pagalbai. Tačiau vien įstatymų nepakanka, reikia ir asmens noro. Kokia yra asmenų, dalyvavusių tyrime, nuomonė apie Tfv įtaką norui dalyvauti psichosocialinėje reabilitacijoje (veiklą / terapiją lentelę žiūrėti 8 priede), matome 12 paveiksle.



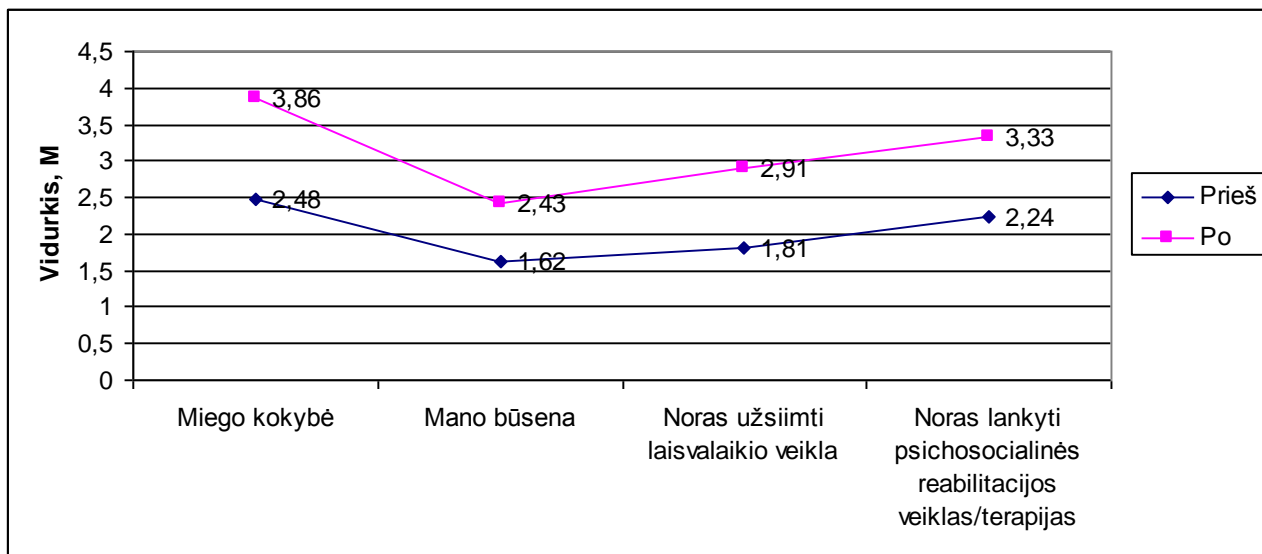
12 pav. Noras lankyti psichosocialines reabilitacijos veiklas / terapijas, %

Išanalizavus duomenis, paaiškėjo, kad prieš užsiėmimus dalyvauti psichosocialinėje reabilitacijoje tik kartais norėjo daugiau kaip pusė (52,4 proc.) tiriamųjų, dažnai norėjo šiek tiek

daugiau kaip ketvirtadalis (28,6 proc.) asmenų, dalyvavusių tyrime. Po užsiėmimų dažnai dalyvauti psichosocialinėje rehabilitacijoje norėjo du trečdaliai (66,7 proc.), visą laiką – trečdalis (33,3 proc.) tiriamųjų.

Lyginant mūsų atlikto tyrimo rezultatus prieš ir po TFV taikymo tiriamosios grupės ir kontrolinės grupės įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. J. Blumenthal su grupe autorių (2007) atlikę tyrimą apie fizinės veiklos naudą vyresnio amžiaus sergantiesiems depresija, gavo panašų rezultatą. Tyrėjai nustatė, kad tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nėra statistiškai reikšmingo skirtumo, lyginant HAM-D įverčius po atlikto tyrimo. (Blumenthal JA., Babyak MA., Doraiswamy PM., Watkins L., Hoffman BM., Barbour KA., Herman S., Craighead WE., Brosse AL., Waugh R., Hinderliter A., Sherwood A., 2007).

Fizinė veikla yra naudinga žmogaus organizmui, jo būklei. Požiūriui į savo savijautą tirti buvo pateikta lentelė su 10 balų vertinimo sistema. Prieš kiekvieną taikomosios fizinės veiklos užsiėmimą ir po jo, tiriamieji buvo prašomi subjektyviai įvertinti savo emocinę savijautą (žr. priedas Nr. 4). Ką apie fizinės veiklos įtaką jų būklei mano asmenys, dalyvavę tyrime, matome 13 paveiksle.

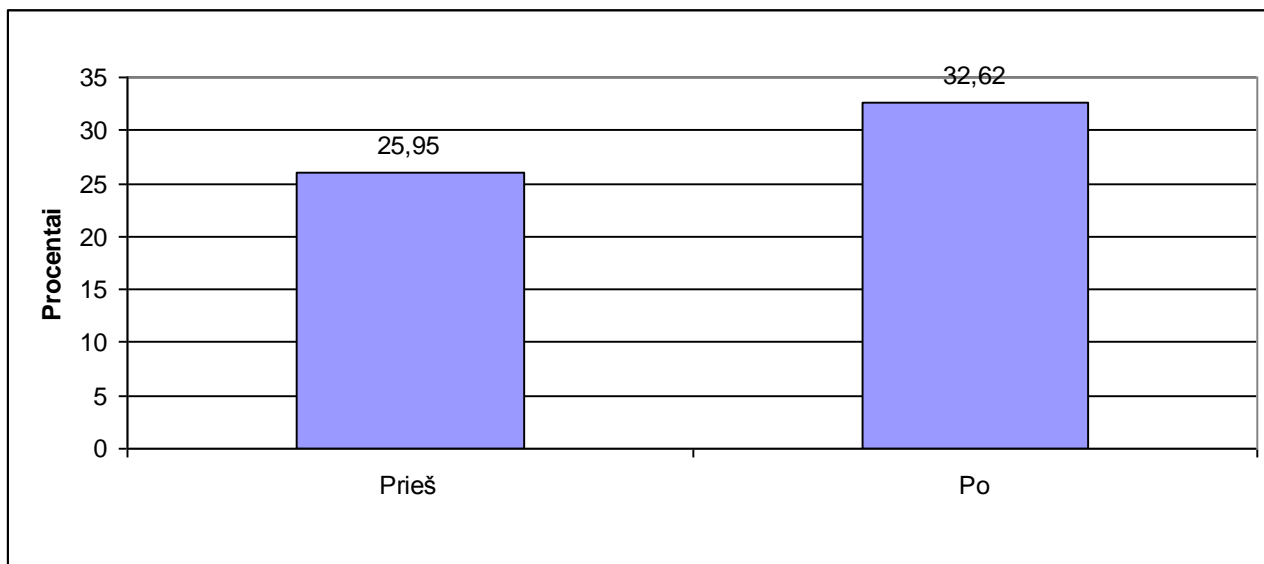


13 pav. Taikomosios fizinės veiklos įtaka tiriamųjų būklei (Įvertis M – statistinis vidurkis) balais

Iš tyrimo duomenų matome, kad, lyginant prieš ir po užsiėmimų savijautos įvertinimą, po užsiėmimų ženkliai pagerėjo tiriamųjų savijautos įvertis. Miego kokybės įvertis pakilo nuo 2,40 prieš užsiėmimus iki 3,86 po užsiėmimų. Būsenos kokybės įvertis pakilo nuo 1,62 prieš užsiėmimus iki 2,43 po užsiėmimų. Noro užsiimti laisvalaikio veikla įvertis pakilo nuo 1,81 prieš užsiėmimus iki 2,91 po užsiėmimų. Noro lankyti psichosocialines veiklas įvertis pakilo nuo 2,24 prieš užsiėmimus iki 3,33 po užsiėmimų. Lyginant būklės įvertinimą tiek prieš užsiėmimus, tiek po jų, matosi, kad respondentų savijauta pagerėjo. Apie psichoemocinės būklės teigiamus pokyčius galima spręsti iš tiriamųjų užpildytos vertinimo lentelės, kurioje po užsiėmimų taikymo

stebėti statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) padidėję fizinės būklės, miego, bendravimo, vidinės būsenos (energijos pojūtis) ir noro užsiimti mėgstama veikla, lankyti kitas psichosocialines reabilitacijos terapijas / veiklas (lentelę terapijų / veiklų žiūrėti 8 priede) vertinimai. Nežymiai išaugo noras užsiimti laisvalaikio veikla, padidėjo noras dalyvauti psichosocialinės reabilitacijos programose.

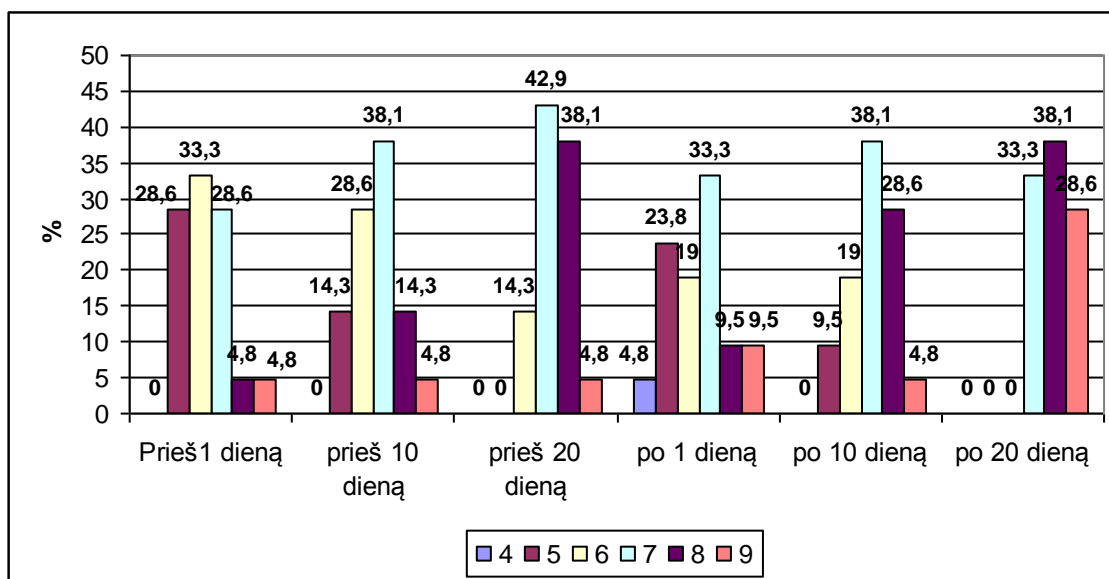
Kokia yra TFV tikėtina nauda, duomenys pateikiami 14 paveiksle.



14 pav. Taikomosios fizinės veiklos tikėtina nauda, %

Iš tyrimo rezultatų matome, kad prieš užsiėmimus naudos tikėjosi ketvirtadalis (25,95 proc.) tiriamųjų, o po užsiėmimų – beveik trečdalis (32,62 proc.) respondentų dalyvavusių tyrime.

Kaip savo savijautą tiriamieji vertina balais, matome iš duomenų, pateikiamų 15 paveiksle.



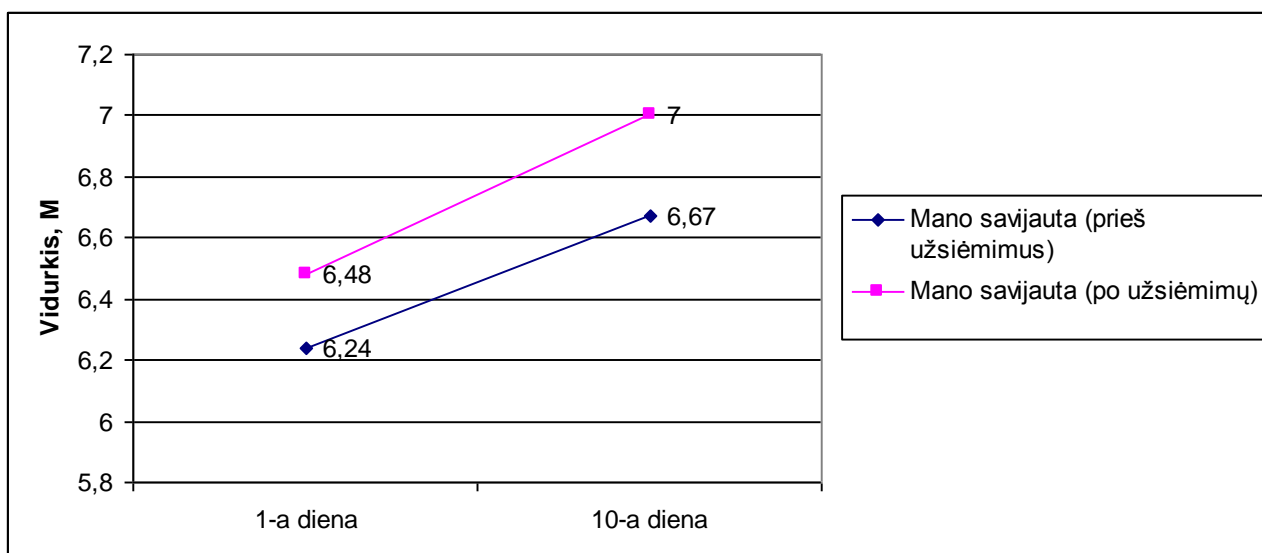
15 pav. Savijautos įvertinimas, %

Atlikę gautų duomenų analizę apie savijautos vertinimą tyrimo eigoje balais, pastebėjome, kad , lyginant 1-os dienos rezultatus, matosi, kad didžioji dalis tiriamųjų savo savijautą vertino 5

(28,6 proc.), 6 (33,3 proc.) ir 7 (28,6 proc.) balais. 8 ir 9 balais savo savijautą vertino tik labai maža dalis (4,8 proc. ir 4,8 proc.) tiriamųjų. Po užsiėmimų 1-ą dieną savijautos vertinimas pakito nežymiai, beveik nepadidėjo, tik 7 balais (33,3 proc.) savo savijautą vertinančių buvo daugiau. 9 ir 8 balais savo savijautą teigiamai vertinančių padidėjo iki dešimtadalio. Analizuojant 10-os dienos rezultatus, stebimas nežymus pokytis. Lyginant 10-os dienos rezultatus, matosi, kad didesnioji dalis tiriamųjų savo savijautą vertino 7 (38,1 proc.), 8 (28,6 proc.) ir 6 (19,0 proc.) balais. 5 ir 9 balais savo savijautą vertino tik labai maža dalis (9,5 proc. ir 4,8 proc.) tiriamųjų.

Analizuojant 20-os dienos rezultatus, stebimas žymesnis pokytis. Lyginant 20-os dienos rezultatus, matosi, kad didesnioji dalis tiriamųjų savo savijautą prieš užsiėmimus vertino 7 (42,9 proc.), 8 (38,1 proc.) ir 6 (14,3 proc.) balais. 9 balais savo savijautą vertino tik labai maža dalis (4,8 proc.) tiriamųjų. Po užsiėmimų 20-ą dieną vertinimai buvo didesni, nemaža dalis tiriamųjų savo savijautą vertino 7 (33,3 proc.), 8 (38,1 proc.) ir 9 (28,6 proc.) balais. Atliktuose tyrimuose TFV svarbumą po 10 dienų yra žemesnių vertinimų nei 1-ą dieną apklausus ir vėliau po 20-ies procedūrų vertinimas pakyla, nes depresija sergantys mažai juda ir nėra jų raumenys išlavinti, netgi po nedidelės fizinės veiklos jie jaučia raumenų skausmą, nuovargį, todėl po 10 procedūrų dar jų vertinimas sumažėja ir yra prielaida manyti, kad jų požiūris į fizinę veiklą nėra pozityvus, o jau po 10 procedūrų kurso susiformuoja įpratimas fizinei veiklai, nebejaučia skausmo raumenyse ir atsiranda noras daugiau judėti, užsiimti kokia tai veikla, nes jaučia pokyčius nuotaikoje, bendravime, būna kokybiškesnis miegas ir t.t..

Fizinė veikla yra naudinga žmogaus organizmui, jo būklei. Kaip savo savijautą vertina asmenys, dalyvavę tyrime, matome 16 paveiksle.

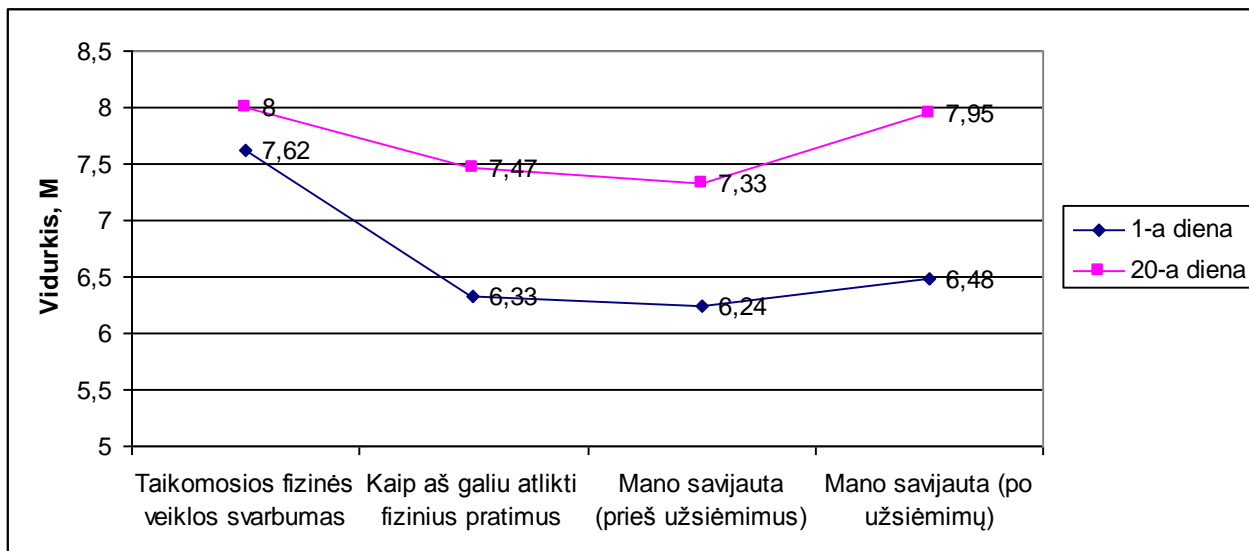


16 pav. Savijautos įvertinimas balais (įvertis M statistinis vidurkis)

Iš tyrimo duomenų matome, kad, lyginant 1-os ir 10-os dienų savijautos įvertinimą, 10-ą dieną tiriamųjų savijautos įvertis pakilo nuo 6,24 iki 6,48 prieš užsiėmimus iki 6,67 po užsiėmimus

iki 7 . Lyginant būklės įvertinimą 1 –ą ir 10 ą dienomis, tiek prieš užsiėmimus, tiek po jų, tiriamųjų savijauta pagerėjo. Statistinis vidurkis yra reikšmingas, kadangi $p < 0,05$

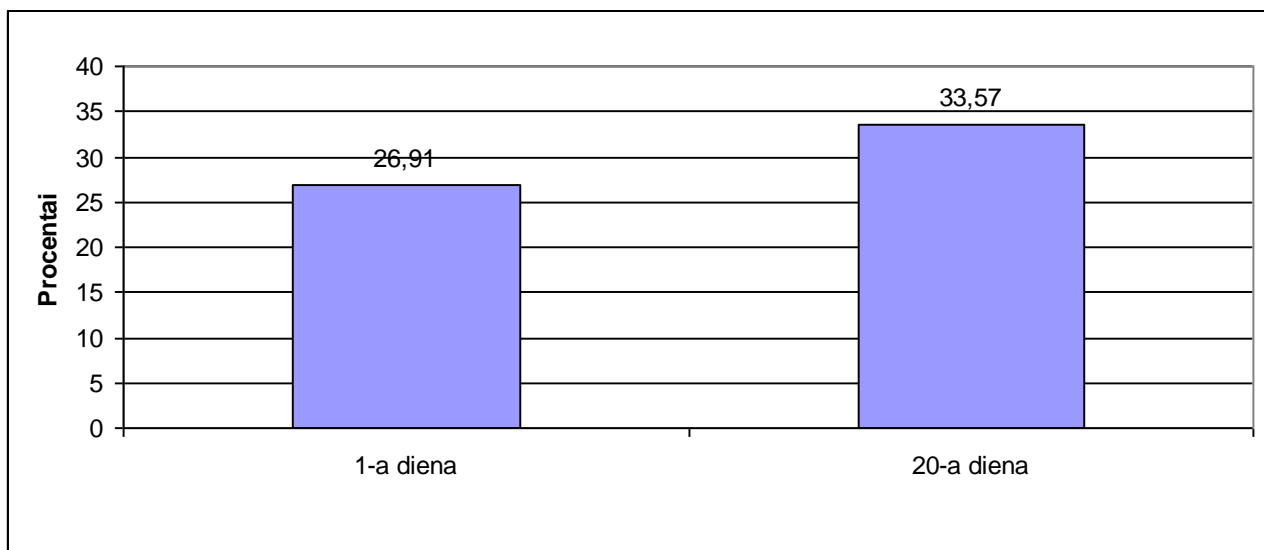
Fizinė veikla yra labai svarbi kiekvieno žmogaus savijautai. Tai ypač aktualu žmonėms, turintiems sveikatos problemų. Kaip fizinė veikla veikia asmens savijautą, jos kokybę, matome 17 paveiksle.



17 pav. Fizinės veiklos įtaka savijautai, įvertis M (procentinis vidurkis) balais

Kaip matosi iš 16 paveiksle pateikiamų duomenų, lyginant 1 – os ir 20 – os dienos rezultatus, tiek galėjimas atlikti fizinius pratimus, tiek savijauta prieš ir po užsiėmimų ženkliai pagerėjo. Statistiškai duomenys yra reikšmingi, kadangi $p < 0,05$

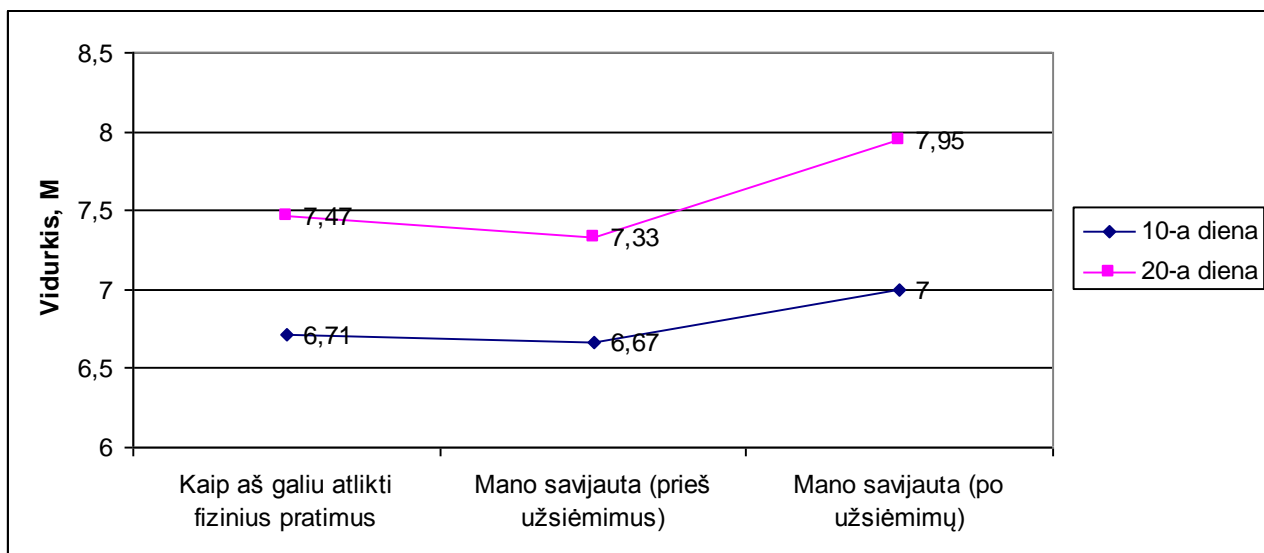
Fizinė ir psichinė būklė yra susijusi. Fizinė ir sportinė veikla yra svarbus fizinių bei emocinių charakteristikų atstatymo potencialas. TFV suteikia įvairias galimybes sužadinti psichikos neįgaliųjų susidomėjimą fizine veikla. Ar, sergant psichikos ligomis, fizinė veikla padeda pagerinti fizinę būklę, pakelti nuotaiką, didina pasitikėjimą savimi, vienu žodžiu, ar duoda naudos, duomenys pateikiami 18 paveiksle.



18 pav. Taikomosios fizinės veiklos nauda pirmą ir dvidešimtą dieną, %

Kaip matosi iš 17 paveiksle pateikiamų duomenų, 1-ą dieną, kad fizinė veikla yra naudinga, manė 26,91 proc. tiriamųjų, o 20 – ą dieną taip manančių jau buvo daugiau kaip trečdalis (33,57 proc.). Statistiškai duomenys yra reikšmingi, $p < 0,05$

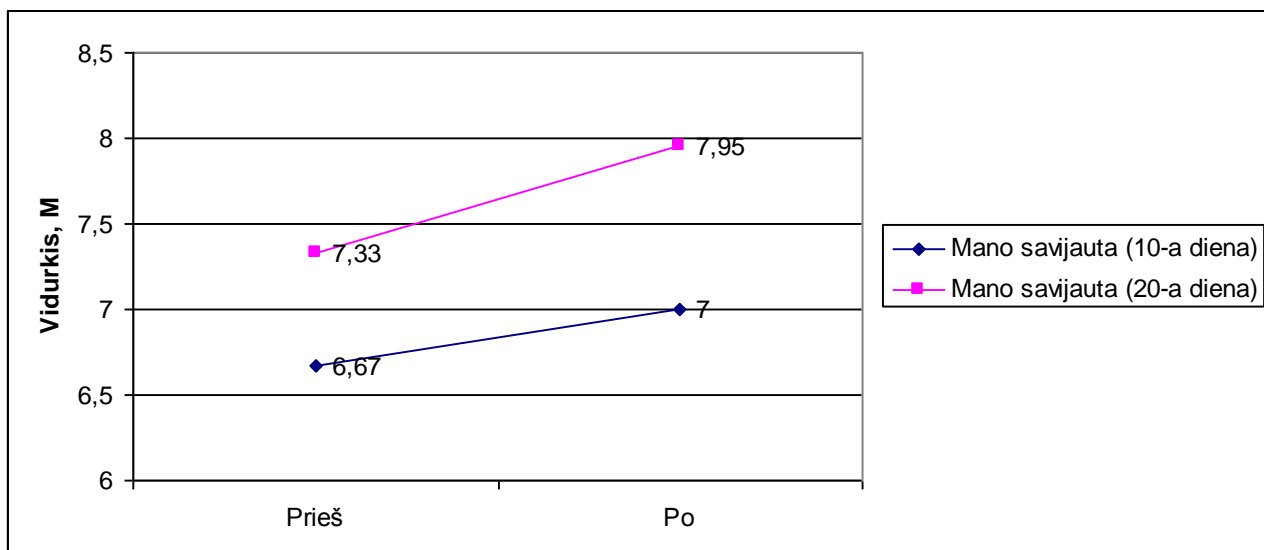
Fiziniai pratimai mažina psichologinio streso požymius, tinka atskirų psichinių ligų, ypač depresijos, nerimo, funkcinų nervų sistemos sutrikimų, gydymui. Duomenys apie fizinių pratimų įtaką tiriamųjų savijautai pateikiami 19 paveiksle.



19 pav. Fizinių pratimų įtaka savijautai, įvertis balais M – statistinis vidurkis

Atlikę gautų duomenų analizę apie fizinių pratimų įtaką savijautai pastebėjome, kad tiriamųjų savijauta pakankamai ženkliai pagerėjo (10 dieną prieš užsiėmimus – 6,67, 20 dieną prieš užsiėmimus – 7,33), (10 dieną po užsiėmimų – 7,00, 20 dieną po užsiėmimų – 7,95).

Kokia yra TFV įtaka bendrai tiriamųjų savijautai, matome iš duomenų, pateikiamų 20 paveiksle.



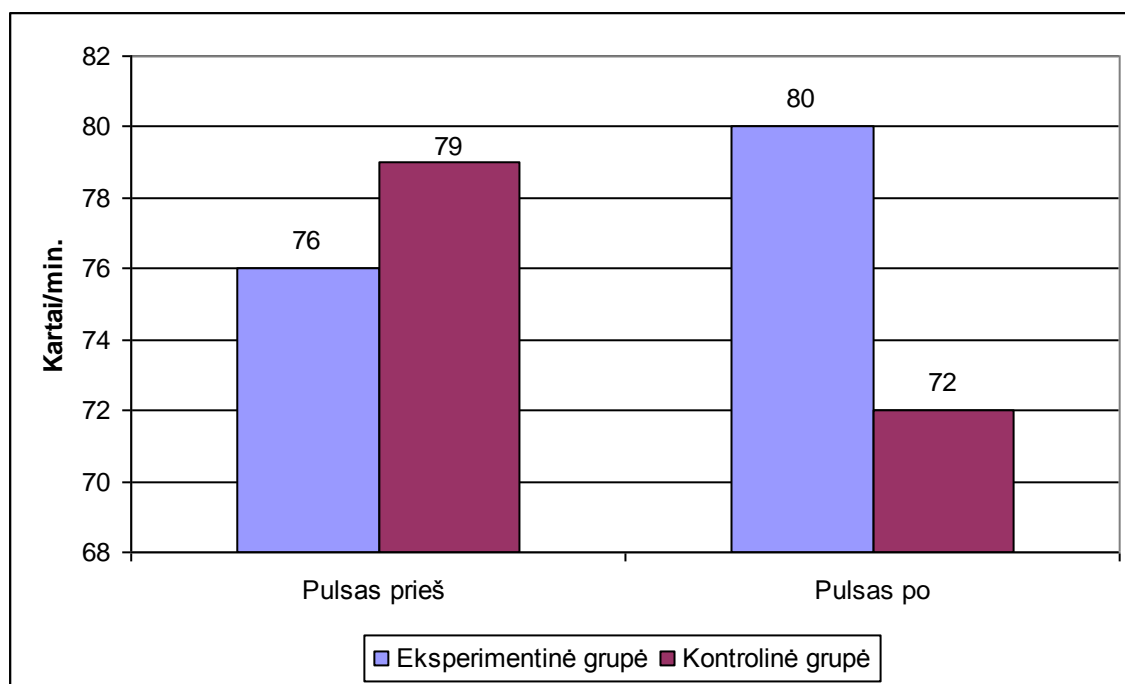
20 pav. Savijautos pokyčiai 10-20 dienomis, įvertis balais M – statistinis vidurkis

Gautų duomenų analizė parodė, kad ir 10-ą ir 20-ą dienomis bendra tiriamųjų savijauta žymiai pagerėjo. 20 –ą tyrimų dieną matosi akivaizdus pagerėjimas ir prieš ir po užsiėmimų (7 ir 7,95). Duomenys statistiškai reikšmingi, kadangi $p < 0,05$.

S. Saudargienė su bendraautoriais nurodo, kad fizinė veikla vieno mėnesio laikotarpyje gerina subjektyvią miego ir su sveikata susijusio gyvenimo kokybę (Saudargienė S., Podlipskytė A., Varoneckas G., 2008).

Norėdami įvertinti tiriamųjų funkcinę būklę, apskaičiavome jų AKS ir ŠSD prieš TFV užsiėmimus ir po jų.

Duomenys apie ŠSD (pulso) pokyčius pateikiami 21 pav.



21 pav. Pulso pokyčiai kontrolinėje ir eksperimentinėje grupėse, kartai/min.

Prieš TFV užsiėmimų kursą tiriamosios grupės ŠSD vidurkis buvo 75,62 k/min. (mažiausia

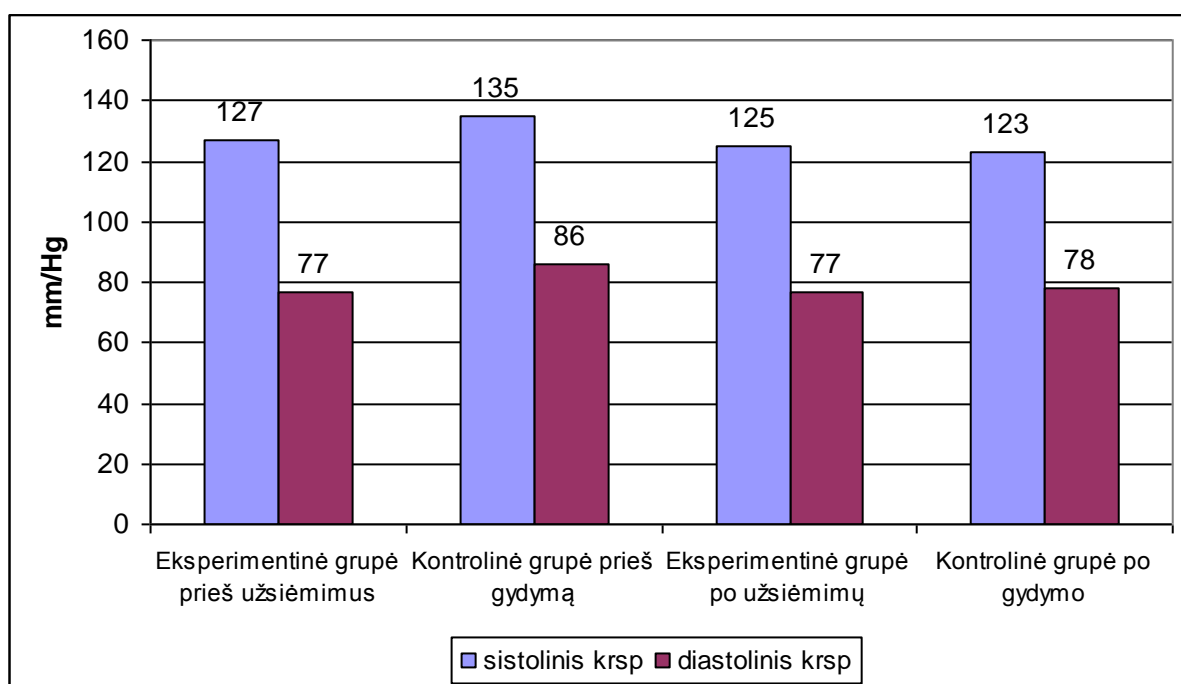
reikšmė - 55 k/min., didžiausia - 104 k/min.).

Po TFV užsiėmimų kurso tiriamosios grupės ŠSD vidurkis išaugo iki 80,16 k/min. (mažiausia reikšmė - 58 k/min., didžiausia - 109 k/min.). Tiriamosios grupės ŠSD gydymo metu didėjo, bet statistiškai reikšmingai nekito ($p>0,05$) ir atitiko normos ribas.

Kontrolinės grupės ŠSD vidutinis dydis buvo 79,08 k/min. (mažiausia reikšmė - 58 k/min., didžiausia - 100 k/min.).

Po gydymo kontrolinės grupės ŠSD vidutinis dydis buvo 72,39 k/min. (mažiausia reikšmė - 52 k/min., didžiausias - 87 k/min.). Kontrolinės grupės tiriamųjų ŠSD gydymo metu mažėjo, tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas ($p>0,05$) ir atitiko normos ribas. ŠSD tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės pradžioje ir pabaigoje taip pat nesiskyrė.

AKS tarp grupių tiek tyrimo pradžioje, tiek tyrimo pabaigoje buvo panašūs. Kaip kito tiriamųjų kraujo spaudimas, matome iš duomenų pateiktų 22 pav.



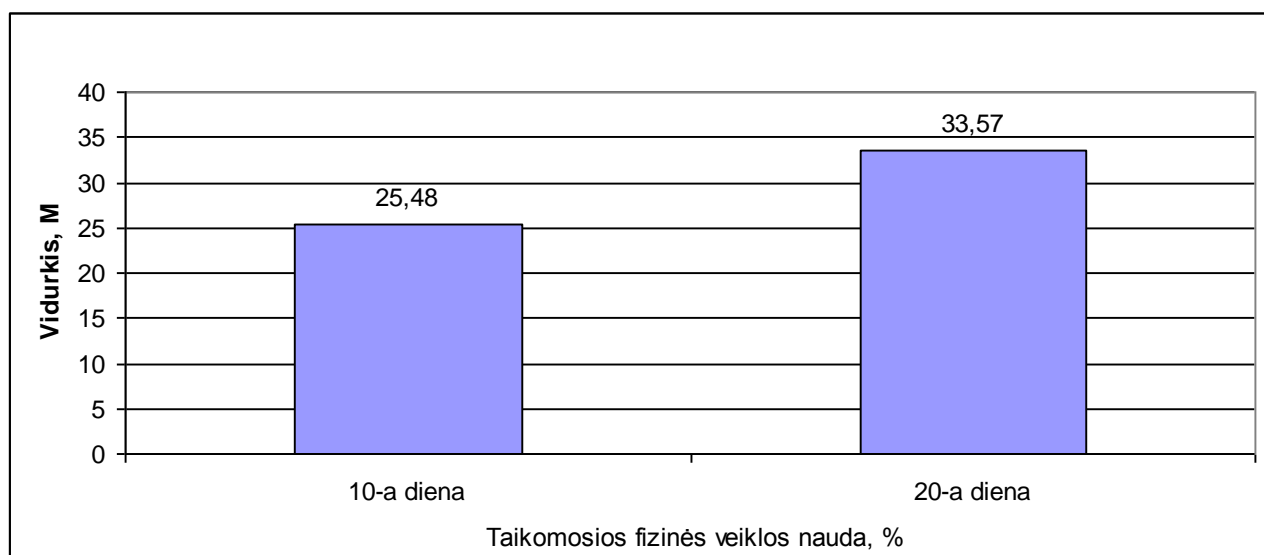
22 pav. Kraujo spaudimo pokyčiai kontrolinėje ir eksperimentinėje grupėse, mm/Hg

Prieš tyrimą eksperimentinėje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo $127,83 \pm 21,1$ mmHg (mažiausias - 96 mmHg, didžiausias - 174 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,25 \pm 8,4$ mmHg (mažiausias - 58 mmHg, didžiausias - 93 mmHg). Po TFV užsiėmimų kurso eksperimentinėje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo $125,87 \pm 17$ mmHg (mažiausias - 88 mmHg, didžiausias - 171 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,08 \pm 8,3$ mmHg (mažiausias - 65 mmHg, didžiausias - 96 mmHg).

Kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis prieš gydymą buvo 135 ± 22 mmHg (mažiausias – 108 mmHg, didžiausias – 210 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo 86 ± 10 mmHg (mažiausias – 61 mmHg, didžiausias – 110 mmHg). Po gydymo kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo 123 ± 14 mmHg (mažiausias – 100 mmHg, didžiausias – 155 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,9 \pm 11,9$ mmHg (mažiausias – 60 mmHg, didžiausias – 108 mmHg).

Taigi, nustatyta, kad tiriamojoje grupėje sistolinis ir diastolinis kraujospūdis prieš TFV užsiėmimų kurso ir po jo statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis prieš gydymą ir po gydymo statistiškai reikšmingai skyrėsi, tačiau išliko normos ribose, diastolinis kraujospūdis prieš gydymą ir po gydymo taip pat statistiškai reikšmingai sumažėjo, tačiau išliko normos ribose. Nustatyta, kad nebuvo statistiškai reikšmingo ($p > 0,05$) sistolinio ir diastolinio kraujospūdžių skirtumo tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės prieš pradedant gydymą ir pabaigus gydymą.

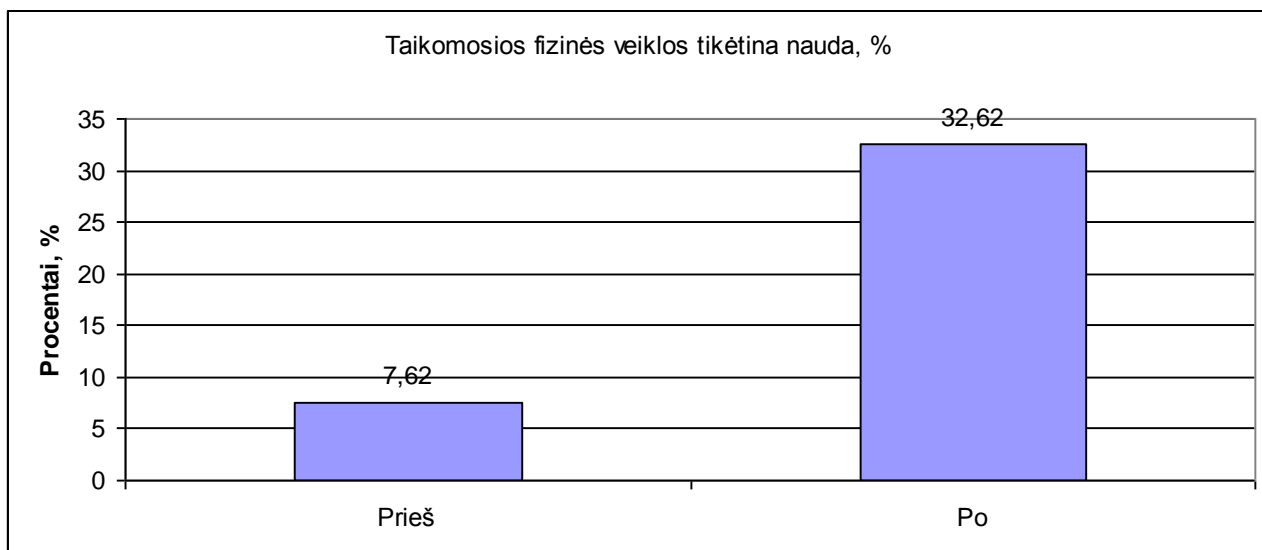
TFV, mokslininkų nuomone, yra naudinga visiems žmonėms. Ką apie tai mano sergantys depresija, duomenys pateikiami 23 pav.



23 pav. TVF esama nauda, %

Išanalizavus tyrimo duomenis, matosi, kad, tiriamųjų nuomone, ši veikla yra naudinga. Statistiniai duomenys reikšmingi, $p < 0,05$.

Kokia TFV tikėtina nauda, duomenys pateikiami 24 pav.



24 pav. TFV tikėtina nauda, %

Kaip matosi iš tyrimo duomenų, tikimasi, kad TFV duos didelę naudą sergantiems depresija. Tiriamųjų nuomonė apie tikėtiną naudą prieš ir po užsiėmimų skyrėsi net 25 procentais. Statistiškai duomenys yra reikšmingi, nėra paklaidos, $p=0$.

Apibendrinant rezultatus, galima daryti prielaidą, kad TFV yra svarbi reabilitacijos priemonė depresija sergantiems asmenims, nes, kaip parodė eksperimento duomenys, pagerėjo požiūris į TFV svarbumą, tiems, kurie lankė TFV užsiėmimus, taip pat pagerėjo jų savijauta, kas labai svarbu psichikos negalių turintiems asmenims.

Apibendrinant mūsų tyrimo duomenis, galima teigti, kad taikant fizinę veiklą sergantiesiems depresija buvo nustatyti žymūs teigiami dalyvių psichoemocinės būklės pokyčiai. Gauti duomenys statistiškai buvo reikšmingi. Gauti sergančiųjų depresija psichoemocinės būklės tyrimo rezultatai daugeliu atveju sutampa su psichoemocinės būklės teigiamais pokyčiais po fizinio aktyvumo, aprašytais autorių J. Creek ir L. Lougher (2008). Šie autoriai pažymi daug teigiamų pokyčių psichoemocinėje sergančiųjų depresija būklėje po fizinio aktyvinimo. Turima omenyje nerimo bei streso simptomai, nuotaika bei emocijos, savivertės pojūtis, taip pat kognityvinės funkcijos. Pažymima, jog fizinis aktyvumas nuo nežymaus iki vidutinio lygio mažina nerimo ir streso pasireiškimą intensyvumą. Netgi vienas užsiėmimas gali sumažinti trumpalaikį nerimą. Tiek vyrai, tiek moterys visose amžiaus grupėse patiria pozityvų užsiėmimo efektą savo vidinio tobulėjimo augime. (Creek J., Lougher L., 2008).

Iškelta darbo hipotezė pasitvirtino iš dalies: taikant fizinę veiklą, pagerėjo tiriamųjų, sergančių depresija, miego kokybė, padidėjo noras bendrauti tarpusavyje, pagerėjo subjektyviai vertinama vidinė būsena bei fizinė būklė, noras lankyti kitas psichosocialinės reabilitacijos terapijas bei užsiimti mėgstama veikla. Objektyvaus depresijos sunkumo lygio vertinimo duomenys rodo, kad baigus gydymą abiejų grupių tiriamųjų depresijos būklė pagerėjo. Vadinasi,

taikomoji fizinė veikla depresija sergančiųjų sveikimo kitimui įtakos neturėjo. Objektivių fizinės būklės pokyčių taikant TFV nestebėta.

Išvados

1. Fizinė veikla turėjo įtakos depresija sergančiųjų subjektyviam būklės vertinimui: pagerėjo miegas, bendravimas, vidinė būsena, fizinė būklė, padidėjo noras dalyvauti psichosocialinės reabilitacijos veiklose/ terapijose, atsirado didesnis noras užsiimti mėgstama veikla. Statistiškai duomenys buvo reikšmingi, kadangi $p < 0,05$.

2. Taikomoji fizinė veikla neturėjo įtakos depresija sergančiųjų funkcinės būklės pokyčiams: širdies susitraukimų dažnio (ŠSD) ir kraujo spaudimo (AKS) pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$).

3. TFV yra svarbi reabilitacijos priemonė depresija sergantiems asmenims, nes, kaip parodė eksperimento duomenys, pagerėjo požiūris į TFV svarbumą, tiems, kurie lankė TFV užsiėmimus.

Rekomendacijos

1. Norint iš TFV programos turėti didžiausią naudą, būtina tęsti šią veiklą, t.y. taikyti namų programas, kurias artimieji turėtų padėti įgyvendinti namuose. Artimieji turėtų gauti informacijos apie metodus ir jų taikymą bei visą informaciją apie jų artimajam prieinamą fizinę veiklą vykstančią apylinkėje.

2. Sužadinta motyvacija, didelė trenerio kantrybė, skatinimas ir gerai suplanuota programa yra raktas, padedantis depresija sergantiems greičiau sugrįžti į pilnavertį gyvenimą.

3. Žaidybinė veikla, parinkta muzika padeda daug lengviau įsitraukti į fizinės veiklos programą.

4. Visos TFV programos turi būti taikomos griežtai atsižvelgiant į kiekvieno asmens sveikatos būklę ir fizinę raidą, somatinių ligų ypatumus. Asmenys sergantys depresija kartais negali atlikti fizinės veiklos, reikalaujančios didesnės fizinės jėgos arba pernelyg dirginančią nervinę sistemą.

5. Žaidybinė veikla neturėtų virsti tik siekimu fizinio ugdymo, o ir teiktų džiaugsmo bei malonumo pojūtį.

6. Sprendžiant sveikatingumo uždavinius depresija sergantiems asmenims, reikia parinkti pratimus / veiklas, grūdinančius organizmą, stiprinančius širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemas, atramos ir judėjimo aparatą.

7. Fizinis silpnumas, padidėjęs jautrumas, uždarumas, apatija ir kt. trukdo įgyti didesnę judėjimo patirtį, todėl rekomenduojama užsiimti fizine veikla ne mažiau kaip 20 procedūrų stacionare, o namų sąlygomis – kasdiena.

Literatūra

1. Adomaitienė, V. (2010). *Neišnaudotų depresijos gydymo galimybių pasekmės*. Psichiatrijos aktualijos, 1(3), 2-4.
2. Adomaitienė R. (2003). *Taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla*. (p. 14, 20-21). Kaunas: LKKA
3. Alekna R, Aputytė V, Bunevičius R....[ir kt.]. (2003). *Psichiatrija*. Vilnius:Vaistų žinios.
4. Amerikos psichiatrijos asociacija (1993): *DSM – III – R diagnostikos kriterijai*. Kaunas: Medicina.
5. Anthony W. A., Cohen M. R. & Cohen B. F. (1983). *Phylosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach*. In L.L.Bachrach (Ed.). *Deinstitutionalization* (New Directions for Mental Health Services, No. 17, p. 66-69). San – Francisco: Jossey-Bass.
6. Auglytė, Ž., Dragūnevičius, K., Litvinienė, J., Krikščiukaitytė, R., Narmontienė, J., Skučienė, D., Subata, E., Šumskaitė, L., Žalimienė, L. (2008). *Asmenų, priklausomų nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, reintegracija į visuomenę ir į darbo rinką: socialinės atskirties problemų sprendimas : darbo su priklausomais nuo narkotinių medžiagų asmenimis metodika*. Vilnius : [Narkotikų kontrolės departamentas].
7. Bandura A. (1977). *Self-efficacy theory: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84, 2,191-215.
<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf> (žiūrėta 2012-05-02)
8. Bergaer B. G. & Owen D.R. (1992). *Preliminary analysis of a causal relationship between swimming and stress reduction: Intense exercise may negate the effects*. International Journal of Sport Psychology, 23 (1), Jan-Mar, 70-85.
9. Bossher R. J. (1993). *Running and mixed physical exercise with depressed psychiatric patients*. International Journal of Sport Psychology, 24, 170-184.
10. Bunevičius, R. (2010). *Hamiltono depresijos vertinimo skalės aprašymas*. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 12(2), 152.
11. Blumenthal, JA., Babyak, MA., Doraiswamy, PM., Watkins, L., Hoffman, BM., Barbour, KA., Herman, S., Craighead, WE., Brosse, AL., Waugh, R., Hinderliter, A., Sherwood, A., (2007). *Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder*. Psychosom Med, Sep-Oct, 69(7), 587-596. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846259> (žiūrėta 2012-05-02).
12. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Hanlon, T. E. (1987). *A comparative trial of pharmacologic strategies in schizoprenija*. American Journal of Psychiatry, 144(11), Nov, 1466-1470.

13. Caplan, HI., Sadock, BI. (1988). *Synopsis of Psychiatry: Behavior Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
14. Chastain P. B. & Shapiro G. E. (1987). *Physical Fitness Program for Patients with Psychiatric Disorders*. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 4, 545-548.
15. Chaouloff F. (1989). *Physical exercise and brain monoamines: a review*. *Acta Physiol Scand*, 137(1), 1-13.
16. Compton D.M., Eisenman P. A. & Henderson H.L. (1989). *Exercise and fitness for Person with disabilities*. *Sport medicine*, 7(3),150-162.
17. Craft L. L. & Landers D.M. (1998). *The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis*. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20(4), Dec, 339-357.
18. Creek, J., Lougner, L., (2008). *Occupational Therapy and mental health*. 4th ed. Edinburgh : Churchill Livingstone/Elsevier.
19. Curtiss, A. B., (2009). *Brain-switch. Kelias iš depresijos : sustabdykite užburta nevilties ratą*. Vilnius: Vaga.
20. Chaouloff, F. (1989). *Physical exercise and brain monoamines: A review*. *Acta Physiol Scand*. Sep, 137(1), 1-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2678895> (žiūrėta 2012-05-18).
21. Creek J, Lougner L, (2008). *Occupational Therapy and mental health, foreword by Hanneke Van Bruggen*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
22. Daubaras, G. (2004). *Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose*. Vilnius: Charibdė.
23. Daubaras, G. (2001). *Somatinių ligonių psichikos sutrikimai*. Vilnius: Inter Nos.
24. Dembinskas, A. (1999). *Depresija, psichopatologija, klasifikacija, gydymas*. Vilnius: VU leidykla.
25. Dembinskas A. (2003) *Pagrindiniai psichikos sutrikimų simptomai ir sindromai*. *Psichiatrija* (p.127-237). Vilnius: Vaistų žinios.
26. Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., Pompeu, FA., Coutinho, ES., Laks, J.(2009). *Exercise and mental health: many reasons to move*. *Neuropsychobiology*,59(4),191-198.
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=223730&Ausbgabe=249603&ProduktNr=224082&filename=223730.pdf> (žiūrėta 2012-05-08).
27. Dilingas, H., Reimeris, Ch. (2000). *Psichiatrija ir psichoterapija*. Vilnius: Avicena.
28. Dion G. L. & Anthony W. A.(2005). *Treatment of mental disorders: A review of effectiveness*. American psichiatrių press. Inc. Washington

29. Doyne E. J., Ossip Klein D.J., Bowman E. D., Osborn K.M., McDougall-Wilson J. B. & Neimeyer R. A. (1987). *Running versus weight lifting in the treatment of depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(5), 748-754.
30. *Farmakologija*. (1986). Vilnius: Mokslas.
31. Filipavičiūtė, R., Jurgelėnas, A., Juozulynas, A., Butkienė, B. (2008). *Depresijos sindromas – pagyvenusių žmonių socialinės rizikos veiksnys*. Gerontologija, 9(2), 93–98. http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2008/nr_2/2008_93_98.pdf (žiūrėta 2012-05-02).
32. Gudžinskienė, V. (2007). *Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*. Vilnius: VPU
33. Gill, A., Womack, R., Safranek, S. (2010). *Clinical Inquiries: Does exercise alleviate symptoms of depression?* J Fam Pract, Sep; 59 (9), 530-1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824231> (žiūrėta 2012-05-02).
34. Grunze, H., Kasper, S., Goodwin, G., Bowden, Ch., Baldwin, D., Licht, R., Vieta, E., Moller, HJ. (2005). *Biologinis bipolinio sutrikimo gydymas: Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (WFSBP) rekomendacijos*. Biologinė psichiatrija ir Psichofarmakologija, 6-7, 10-15. http://www.pri.kmu.lt/Biologine%20psichiatrija%28zurnalas%29/2005_6_7/2005_6-7p_10-15.pdf (žiūrėta 2012-05-02).
35. Ylen H, Ojanen M. (1997). *Exercise program as a rehabilitation tool for mental health outpatients*. Tampere: University of Tampere.
36. Jasulaitis, M., Blažienė, S., Neverauskas, J., Alseikienė, Z., Bunevičius, R. (2007). *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(2), 50-52. http://www.pri.kmu.lt/Biologine%20psichiatrija%28zurnalas%29/2007_9%282%29/2007_9%20%282%29_50_52.pdf (žiūrėta 2012-04-29).
37. Jasulaitis, M., Neverauskas, J. (2003). *Ką reikia žinoti apie depresiją ir jos gydymo metodus*. Sveikas žmogus, 1. <http://www.straipniai.lt/depresija/puslapis/11558> (žiūrėta 2012-05-02).
38. Janonytė, K., Kasiulevičius, V. (2009). *Depresija pirminėje sveikatos priežiūroje*. Gerontologija, 10(1), 52-59. http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2009/nr_1/2009_52_59.pdf (žiūrėta 2012-04-29).
39. Kalpokienė, V. (2005). *Vaikų ir paauglių emociniai sutrikimai: įvertinimo sunkumai*. Slauga. Mokslas ir praktika, 5, 7-8.
40. Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. (1994). *Kaplan and Sandock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

41. Khouzam, HR. , Tiu Tan, D., Gill, TS. (2008). *Psichiatrijos vadovas*. Vilnius : Vaistų žinios
42. *Kineziologijos pagrindai: mokomoji knyga*. (2004). Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
43. Kralikauskas, J. (1993). *Psichologijos įvadas*. Kaunas:Šviesa.
44. Lange-Ernst, ME. (2002). *Efektyvus depresijų ir baimės ligų gydymas*. Vilnius: Knygų spektras.
45. Lapkauskienė, N. (2004). *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai*. Vilnius: Vilniaus kolegija.
46. Leith L. M (1994). *Foundations of Exercise and Mental Health*. Morgantown: Fitness Information Technology.
47. Leskauskas, D. (2003). *Naujos kartos neuroleptikų veiksmingumo palyginimas ilgalaikiame gydyme*. Psichiatrijos žinios, 4 , 10-12.
http://www.psichiatrija.lt/uploads/File/psichiatrijoszinios2003_4.pdf (žiūrėta 2012-05-09).
48. Maziliauskienė, R. (2000). Žiemos depresija ir šviesos terapija. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2, 2, 219.
49. Martinson E. W., Strand J., Paulsson G. & Kaggstad J. (1989). *Physical fitness in patient with anxiety and depressive disorders*. International Journal of Sport Medicine, 10, 58- 61.
50. Martinson E.W.(1990) *Benefits of exercise for the treatment of depresijon*. Sport medicine, 9 (6), 380-389.
51. Martinson E. W.(1994). *Physical activity and depresion: clinical experrience*. Acta Psychiatr Scand, 89, Suppl.,s377, 23-27.
52. Mead, GE., Morley, W., Campbell, P., Greig, CA., McMurdo, M., Lawlor, DA. (2009) Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub4/abstract> (žiūrėta 2012-05-07).
53. Meyer T. & Brooks A. (2000). *Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: Guidelines for exercise testing and prescription*. Sport Medicine, 30, 269-279.
54. Mikelkevičiūtė J. (2004). *Emociniai pažeidimai*. Paskaitų konspektas.Kaunas: LKKA
55. *Morgan, W.P. (1987). Influence of exercise and quiet rest on state anxiety and blood pressure. Medicine and Science in Sports and Exercise, 19(5), 456 - 463.*
56. Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Ribeiro, JC., Fonte, D. , Ramos, J. (2011). *Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder*. J Psychiatr Res. Aug; 45(8), 1005-11.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377690>. (žiūrėta 2012-04-29).

57. Neverauskienė, S. (2005). *Depresijos, pasireiškiančios sergant epilepsija, prevencija ir gydymo galimybės*. Nervų ir psichikos ligos, 3, 3-4.
58. Pappas G. A., Golin S., Meyer D. L. (1990). *Reducing symptoms of depression with exercise*. Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 31(1),112-113.
59. Pet L. R. (1996). *Physical medicine and rehabilitation. Textbook of consultation-liaison psychiatry*. British Journal of Psychiatry ,166.
60. Prancėvičienė, A. (2008). *Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu : daktaro disertacija : socialiniai mokslai, psichologija (06S)*. Kaunas : Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
61. Proškuvienė, R. (2008). *Psichikos sveikatos problemos*. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
62. Pūras, D., Kolaitienė, J., (1999). *Refleksoterapijos vaidmuo depresinių susirgimų gydyme. Destigmatizacija psichiatrijoje: problemos ir sprendimai*. (p.156). Kaunas : Lietuvos psichiatrų asociacija.
63. *Psichikos sutrikimų diagnostika ir gydymas bendrojoje praktikoje: TLK - 10 V skyriaus versija pirminei sveikatos priežiūrai*. (1999). Kaunas: Vitae litera.
64. Reichert, César L., Diogo, César L., Vieira, José L., & Dalacorte, Roberta R.. (2011). *Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil*. Revista Brasileira de Psiquiatria, Epub March 18, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462011005000006&script=sci_arttext (žiūrėta 2012-05-09).
65. Rimmer J.H., Braddock J.& Pitetti K.H.,(1996). *Research on psysical activity and disability: An emergging national priority*. Medicine and Sciene in sport and Exercise, 28 (8).
66. Saudargienė, S (2009). *Fizinės mankštos poveikis sergantiesiems sunkia depresija: (Rankraštis: daktaro disertacija, Kauno medicinos universitetas, 2009)*.
67. Saudargienė, S., Podlipskytė, A., Varoneckas, G. (2008). *Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkciniai būklėi, miego ir gyvenimo kokybei*. Sveikatos mokslai, 18, 5(59), 1880-1886U.
68. Saudargienė, S., Varoneckas, G., Podlipskytė, A., Bunevičius, R. (2008). *Fizinės mankštos įtaka nerimo simptomams, nuotaikai, miegui ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, gydant sunkų depresijos epizodą*. Sveikatos mokslai, 18, 5(59),1880-1886.
69. Sherill C.,(1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: Cross diciplinary and liferspan (5 ed)*. Duduque, IA: Brown and Benchmmark.
70. Sherill C. (1995). *Adaption Theory: The Essence of our profession and discipline*. Report in 10th ISAPA. Oslo, Norway – May 22.
71. Silveira, H., Deslandes, AC., de Moraes, H., Mouta, R., Ribeiro, P., Piedade, R., Laks, J. (

- 2010). *Effects of exercise on electroencephalographic mean frequency in depressed elderly subjects*. *Neuropsychobiology*, 61, 141-147.
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=279304&Ausgabe=253853&ProduktNr=224082&filename=279304.pdf> (žiūrėta 2012-05-09).
72. Saisan J., Smith M. A., segal R., et al (2009) *Understanding depression: signs, symptoms, causes and help*. <http://www.helpguide.org/> Accessed november 30, 2012.
73. Simon GE, Von Korff M, Barkow. (1995). Health care costs of primary care patients with unrecognized depression. *Arch Gen Psychiatry*
74. Stankevičienė R. (2006). *Pogimdyminė depresija*. Vilnius.
75. Stedman's (1995). *Medical Dictionary*. Baltimore: Williams & Wilkins.
76. Strohle, A. (2009). *Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders*, *J. Neural Transm*, 116(6), 777-784. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18726137> (žiūrėta 2012-04-29).
77. Survilaite D. (2003). *Psichosocialinė (psichiatrinė) reabilitacija*. *Psichiatrija*, sud.A. Dembinskas. Vilnius: Vaistų žinios, 633-648.
78. Stroputė, D., Andruškienė, J., Raškauskienė, N., Bunevičius, R. (2008). *Dirbančiųjų laisvalaikio fizinio aktyvumo raiškos sąsajos su depresijos simptomais*. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 10, 1, 7-11.
http://www.pri.kmu.lt/2008_10biolog.psichiatrija/2008_10_p_7-11.pdf (žiūrėta 2012-05-02).
79. Šerpytė, R. (2008). *Apie nuobodulį, tikėjimą ir nihilizmą*. *Religija ir kultūra*, 5(1), 24-39.
http://www.leidykla.eu/fileadmin/Religija_ir_kultura/2008_5_1_/24-39.pdf (žiūrėta 2012-04-29).
80. Šidlauskaitė – Stripeikienė, I., Žemaitienė, N., Klumbienė, J. (2010). *Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų depresiškumo savitumai bei sąsajos su psichosocialiniais veiksniais*. *Medicina*, 46 (12), 859-866. <http://medicina.kmu.lt/1012/1012-091.pdf> (žiūrėta 2012-05-02).
81. Udras K., (2011). Norim patrauklesnių kaimų, plėskime vietos bendruomenių galimybes. *Tėvynės sąjungos žinios*. Nr. 5. [žiūrėta 2012-03-25] www.tsajunga.lt
82. Valstybinis psichikos sveikatos centras, Nacionalinė sveikatos tarnyba (2012).
83. Van de Vliet P. (2002). *The physical self in clinically depressed patients. Assessment of the exercise and self-esteem model in clinical settings* (Doctoral dissertation). Leuven: Katholieke Universitet Leuven
84. Van Copenolle H., Van de Vliet P., Knapes J., Pieters G. & Peuskens J. (1995). *Fitnessreining as psychomotor therapy in depressive patients*. H. Van Copenolle, Y. Valandewijck, J. Simons, P. Van de Vliet & E. Neerinx (Eds.). *First European conference on adapted physical activity and sports: A White paper on research and practice* (p. 223-228) Leuven: Acco.

85. Vidžiūnaitė, A. (2008). *Sezoninis afektinis sutrikimas* Infomed. lt.
http://www.infomed.lt/lt/2/Infomed_plius/Ligu_katalogas,id,/sezoninis-afektinis-sutrikimas
(žiūrėta 2012-05-07).
86. Wright Ramirez Basko, Ruch, J.A. (2005) *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2-nd.edition. New York: The Guilford Press.
87. Weiden, D. J., & Mann, J. J. (1986). *Causes of neuroleptic noncompliance*. *Psychiatric Annals*, 16(10), 571-575.
88. Wright J.H, Ramirez Basco M. (2007). *5 depresijos gydymo raktai*. Kaunas: Dajalita

Summary

Genovaitė Miglė Andrulienė

APPLIED PHYSICAL ACTIVITY DEPRESSION PATIENTS PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Master's Thesis

At work carried out theoretical Adapted Physical Activity (APA) on patients with depression and Psychoemotional physical condition analysis.

Raised hypothesis that it applied physical activity is effective on patients with depression, complex treatment method has a positive effect on patient's functional status and Psychoemotional state.

Questionnaire survey method was used to study aimed to investigate Adapted Physical Activity program's impact on the respondents' applied to physical activity. Perform a statistical analysis of data

The study was conducted in VŠĮ branch of the Republican Siauliai City Hospital Psychiatry Hospital Psychosocial Rehabilitation Day inpatient, II-nd psychotic and affective states in general psychiatry unit and III-rd affective and psychotic state chapter of General Psychiatry 2012, October - December. Participated in the research 42 subjects with various forms of depression. In empirical part analyzes, what influence APA in patients with various forms of depression status.

The most important empirical research conclusions:

1. Physical activity had an impact in patients with depression subjective condition assessment: improved sleep, communication, internal status, physical condition, increased willingness to participate in psychosocial rehabilitation activities, the higher the willingness to engage in a favorite activity. Statistically, the data was significant because $p < 0.05$.
2. Applied physical activity had no effect on patients with depression functional status changes: heart contraction rate (HR) and blood pressure (BP) changes were not statistically significant ($p > 0.05$).
3. APA is an important of rehabilitation tool for people with mental disorders, because, as shown by experiment data, improved approach to importance of the IMF, those who attended the APA activities.

Was confirmed a hypothesis that applied physical activity is effective of patients with depression, a complex method of treatment having a positive effect on patient's functional status and Psychoemotional state.

Essential words: depression, rehabilitation, social rehabilitation, applied physical activity, disabled rehabilitation, psychosocial rehabilitation.

PRIEDAI

Šiaulių Psichiatrijos ligoninė.

VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės filialas Psichiatrijos ligoninė yra įsikūrusi Šiauliuose. Ligoninė teikia stacionarinę, reabilitacinę, konsultacinę, psichologinę, socialinę pagalbą ne tik Šiaulių apskrities ir kitų rajonų gyventojams, kuriuos kamuoja psichikos ir psichologiniai sutrikimai bet ir visos Lietuvos gyventojams.

Šiaulių Psichiatrijos ligoninė įkurta 1974 m. Ligoninėje veikia: priėmimo ir konsultacijų skyrius, 4 stacionariniai skyriai { Ūmių būsenų skyrius (35 lovos), I-as poūmių būsenų bendros psichiatrijos skyrius (55 lovos, iš jų 5-ios lovos socialinės globos), II-as psichozinių ir afektinių būsenų bendros psichiatrijos skyrius (55 lovos, iš jų 5-ios socialinės globos lovos), III-ias afektinių ir psichozinių būsenų bendros psichiatrijos skyrius (55 lovos, iš jų 5-ios socialinės globos lovos } ir Psichosocialinės reabilitacijos skyrius. Nuo 1998 m. rugsėjo mėn. pradėjo veikti 40-ies vietų Dienos stacionaras, kuriame klientams, baigusiems gydymą ligoninėje, padedama integruotis į visuomenę, atstatyti ar įgyti socialinius įgūdžius.

Ligoninėje taikoma farmakoterapija, psichosocialinė reabilitacija, šeimos konsultavimas, psichoterapija, psichiatrinė pacientų slauga ir priežiūra. Atliekamas pirminis ištyrimas, diferencinė diagnostika, esant reikalui skiriamos kitų gydytojų specialistų konsultacijos bei tyrimai. Gydymas atliekamas komandos principu. Komandą sudaro: gydytojas psichiatras, slaugytojas, slaugytojas užimtumui, psichologas, socialinis darbuotojas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, muzikos terapeutas ir kitų specialybių terapeutai.

Gerai personalo ir pacientų santykiai, maksimalus užimtumas pagal galimybes ir poreikius, minimaliai varžantis režimas, adekvatus medikamentinis gydymas, šeimos įjungimas į psichosocialinės reabilitacijos programą.

Paslaugas teikia licencijuoti psichiatrai, patyrę slaugos specialistai, kvalifikuotas psichologas-psichoterapeutas, socialiniai darbuotojai bei kiti terapeutai.

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš, _____, sutinku dalyvauti Šiaulių universiteto, Socialinės gerovės ir negalės fakulteto magistrantūros studijų studentės Genovaitės Miglės Andrulienės atliekamoje apklausoje, skirtoje įvertinti taikomosios fizinės veiklos poveikį depresija sergančiųjų savijautai ir jų požiūriui sergantiems depresija psichosocialinėje reabilitacijoje.

Tiriamąjo asmens

(Parašas)

Nr. _____

ANKETA

(Tyrimo dalyvis Nr.....)

1. Pavardė, vardas
2. Amžius.....
3. Adresas (kaimas / miestas).....
4. Išsilavinimas.....
5. Profesija.....
7. Darbingumo lygis.....
8. Diagnozė.....
 - Lengva depresija
 - Vid. sunkumo depresija
 - Sunki depresija
 - Depresija su psichoziniais simptomais
 - Depresija linkusi į manija
9. Kiek metų serga šia liga?
10. Vartojami vaistai: antidepresantai, neuroleptikai, trankviliantai (pabraukti).....
11. Kiek metų vartoja vaistus?.....
12. Somatinės ligos
-
-
-
-
13. AKS.....
14. Pulsas.....

ANKETA - KLAUSIMYNAS

(Tyrimo dalyvis Nr.....)

- | | Prieš gydymo kursą | Po gydymo kurso |
|--|--------------------|-----------------|
| 1. Nurodyti priežastį (apsisprendimą) dalyvauti TFV (taikomosios fizinės veiklos) užsiėmimuose | | |
| a) dėl užimtumo (laiko praleidimas) | | |
| b) bendro organizmo stiprinimui | | |
| c) depresijos gydymo tikslu | | |
| 2. Miego kokybė (su vaistais, be vaistų) | | |
| a) anksti nubunda | | |
| b) neramus miegas | | |
| c) miegas su prabudimais | | |
| d) geras miegas | | |
| 3. Noras bendrauti | | |
| a) tarpusavyje (artimiausioje aplinkoje) | | |
| b) nėra noro bendrauti | | |
| c) yra noras bendrauti | | |
| 4. Mano būseną (kaip aš jaučiuosi) | | |
| a) blogai | | |
| b) patenkinamai | | |
| c) gerai | | |
| 5. Noras užsiimti laisvalaikio veikla (žiūrėti TV, skaityti, rankdarbiai, stalo žaidimai) | | |
| a) nėra noro | | |
| b) kartais | | |
| c) dažnai | | |
| d) yra noras | | |
| 6. Noras lankyti psichosocialinės reabilitacijos veiklas / terapijas | | |
| a) nėra noro | | |
| b) kartais | | |
| c) dažniausiai | | |
| d) yra noras | | |
| 7. TFV (taikomosios fizinės veiklos) tikėtina nauda % | | |

Kanadietiškas veiklos vertinimo testas (KVVT)

TFV (Taikomosios fizinės veiklos) svarbumas									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visai nesvarbu				Svarbu			Ypač svarbu		

Kaip aš galiu atlikti fizinius pratimus									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nieką negaliu daryti				Galiu daryti			Galiu daryti labai lengvai		

Mano savijauta									
Prieš užsiėmimą <input type="checkbox"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visiškai negerai				Pakankamai			Visiškai gerai		
Po užsiėmimo <input type="checkbox"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visiškai negerai				Pakankamai			Visiškai gerai		

TFV (taikomosios fizinės veiklos) nauda %
--

Kanadietiškas veiklos modelis (testas)

Kanadietiškas veiklos modelis pirmą kartą publikuotas 1983m. Trečiame „Uniform Terminology“ leidime, 1994m. publikuotas Kanadietiškas veiklos modelis buvo labiau pritaikytas JAV kultūrai. Šioje versijoje veiklos atlikimo modelis išskiria tris atlikimo sritis, tris atlikimo komponentus ir du atlikimo kontekstus. Atlikimo sritis sudaro: apsitarnavimas, produktyvioji veikla ir laisvalaikis. Atlikimo komponentai susideda iš sensomotorinio, pažintinio ir psichosocialinio komponento. Aplinka ir laikas sudaro atlikimo komponentus (I. Nilson, 2006).

Dar viena Kanadietiško veiklos modelio versija buvo išspausdinta 1997m. Australijoje ir Honkonge. Taigi šis veiklos modelis šiuo metu naudojamas kelėtoje šalių.

Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis buvo sukurtas tam, kad iliustruotų sąsają tarp asmens, aplinkos, kurioje vyksta asmens kasdienis gyvenimas ir veiklos, kurią jis atlieka. Modelis padeda atskleisti dinaminį ryšį tarp asmens, aplinkos ir veiklos (E. Townsend, 2002).

Šiame modelyje aplinka susideda iš keturių elementų t.y. kultūrinės, socialinės, fizinės ir institucinės aplinkos. Kultūrinė aplinka apima etninius, rasinius skirtumus, kasdienį visuomenės gyvenimą nulemtą kultūros aspektu. Socialinė aplinka – tai socialiniai prioritetai, žmonių santykiai, gyvenimas visuomenėje taip pat ir vertybės, nuostatos ir tikėjimas. Fizinė aplinka yra visa tai, kas supa asmenį: gamta, pastatai, gatvės, transporto priemonės, technologijos. Institucinė aplinka – tai visuomenės organizacijos, šalies ekonomika ir politika (T. B. Ūstūn, 2002).

Modelyje skiriami asmens komponentai: emocinis, pažintinis, fizinis ir dvasingumas. Emocinis komponentas apima žmogaus ir visuomenės emocines funkcijas. Pažintinis komponentas apima pažintines ir intelektualias funkcijas, kurias sudaro suvokimas, susikaupimas, atmintis, supratimas, nuomonė ir mąstymas. Fizinį sudaro jutiminės, motorikos, sensomotorikos funkcijos. Dvasingumas – tai visos sąveikos pagrindas. Dvasingumas yra žmogaus savybė, kurią suformuoja aplinka, ir suteikia veiklai prasmę. Tai žmogaus gyvenimo patirtis apie kurią tyrėjas sužino bendraudamas ir išklausydamas jį. Dvasingumas, kaip centrinė gyvenimo šerdis, yra išskirtinė Kanadietiško veiklos modelio savybė (D. Petruševičienė, 2005).

Reabilitacijoje naudojama daug modelių, tačiau tik Kanadietiškas veiklos modelis vienintelis, kurio pamatas yra į klientą orientuota praktika ir veiklos atlikimas. Į klientą orientuota – tai partnerystė tarp asmens ir terapeuto, kurios metu asmuo išsako savo nuomonę, valią ir priima galutinį sprendimą (E. Wressle, 2002).

Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis teigia, kad veiklos atlikimas susideda iš savęs priežiūros, produktyviosios veiklos ir poilsio. Šių veiklų atlikimas priklauso nuo individualių žmogaus sugebėjimų fiziniuose, socialiniuose, protiniuose ir dvasiniuose komponentuose. Veiklos atlikimas yra veikiamas faktorių, išskyrus individualius, tokiu kaip aplinka, vystymosi lygis ir vaidmuo veikloje (gyvenime). Pagal šį modelį veiklos atlikimas yra apibūdinamas kaip ne tik kaip požiūris į

asmens sugebėjimus atlikti pagrindines veiklas, bet ir kaip asmens pasitenkinimas jų atlikimu (N. Pollock, 1993).

Kanadietiškas Veiklos Atlikimo Vertinimas buvo sukurtas kaip atitinkantis Kanadietišką veiklos atlikimo modelį 1991m. ir naudojamas kaip vertinimo priemonė, kuria siekiama išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo, laisvalaikio veikloje. Per pastarąjį dešimtmetį Kanadietiškas veiklos vertinimo testas išplito visame pasaulyje. Šiuo metu oficialiai yra išversta į 24 skirtingas kalbas ir naudojamas 35 valstybėse (M. Mccoll, M. Law, 2005).

Dauguma autorių teigia, kad Kanadietiškas veiklos vertinimo testas yra geresnis už kitus tradicinius testus. Tradiciniai testai buvo kritikuojami dėl per didelio domėjimosi atlikimo komponentais, neorientuotais į asmenį, ir nepakankamai holistiniais įvertinant asmens funkcijas ir aplinką (T. Sumsion, 2000).

Kanadietiškas veiklos vertinimo testas sudarytas iš trijų dalių: savęs priežiūros (kasdienės veiklos ir įrankių padedančių kasdienėje veikloje naudojimas), produktyvioji (mokymasis ir darbas), laisvalaikio (žaidimai, poilsis ir socialinis dalyvavimas). Šis testas prašo asmens papasakoti apie veiklos atlikimo problemas, nereikalaujant išoriškai patvirtinti ar pagrįsti savo nuomonę. Asmuo pats apibūdina veiklos problemas, išvardina jas pagal svarbumą ir pats sau įvertina funkcinį mobilumą. Naudojant Kanadietišką veiklos vertinimo testą sutrikimus identifikuoja asmuo, nes laukiamų vaidmenų neatlikimas ar aplinkos reikalavimai trukdo sėkmingai užbaigti veiklą. Šio tyrimo rezultatai yra skaičiuojami dviem sritimis: atlikimui ir pasitenkinimui. Veiklos atlikimas nurodo sugebėjimą pasirinkti, organizuoti ir patenkinamai atlikti prasmingą kasdienę veiklą, kuri yra apibrėžta kultūriniu požiūriu ir amžiumi, atitinkamai prižiūrėti save (savęs priežiūra), mėgautis gyvenimu (poilsis), ir prisideda prie socialinių ir ekonominių organizacijų (produktyvioji veikla) (S. Arthanat, 2004).

Šis testas gali būti naudojamas įvairiems asmenims ir įvairiose gyvenimo stadijose stebint pokyčius. Gaunami testo rezultatų pokyčiai atspindi reikšmingą informaciją, apie asmenį ir jo atliekamas veiklas. Skirtumas tarp veiklos atlikimo ir pasitenkinimo yra susijęs su funkcijos pasikeitimu, tai yra pagerėjimu ir pablogėjimu (T. Sumsion, 2000).

Kanadietiškas veiklos vertinimo testas pripažintas tarptautiniu mastu ir naudingas tiek klinikinėje, tiek mokslinėje praktikoje. Law ir Polloko moksliniai tyrinėjimai parodė KVVVT naudingumą įvairiuose veiklos sutrikimų srityse: ortopedijoje, kai jaučiamas skausmas, esant trauminiais smegenų sužalojimams (S. Arthanat, 2004).

Dedding ir kiti autoriai mėgino įrodyti KVVVT pagrįstumą. Savo tyrime autoriai naudojo kelis testus, tai – SIP 68 (Sickness Impact Profile), The Disability and Impact Profile (DIP), atvirą klausimyną. Jų teigimu KVVVT teste buvo išsakyta daug daugiau veiklos problemų, nei atliekant kitus testus (SIP

68, DIP, atviras klausimynas). Duomenys patvirtino prielaidą, kad KVVVT suteikia informaciją, kurios nesuteikia standartizuoti testai naudojami rehabilitacijoje (C. Deddling, 2004).

1996m. Ward ir kiti autoriai KVVVT naudojo tiriant asmenis, kuriems reikalinga ortopedo pagalba, siekiant nustatyti jų veiklos sutrikimus. KVVVT taip pat buvo naudingas tiriant asmenis patyrusius galvos smegenų traumas (Trombly ir kiti, 1998), turinčius pažintinių funkcijų sutrikimų (Hobson, 1996), taip pat siekiant įvertinti skausmo valdymo programos efektyvumą (Carpenter ir kiti, 2001). Tomey (1995) tyrinėjo praktinį KVVVT naudingumą bendruomenėje. Visi autoriai sutinka, kad informacija gauta atlikus KVVVT yra unikali ir naudinga.

Kjeken siekė išsiaiškinti Kanadietiško veiklos vertinimo testo patikimumą asmenims sergantiems ankiloziniu spondilitu. Gauti rezultatai patvirtino, kad šis testas yra patikimas instrumentas naudojamas klinikinėje praktikoje asmenims sergantiems ankiloziniu spondilitu. Taip pat straipsnyje teigiama, kad testas gali padėti įvertinti rehabilitacijos programos efektyvumą (I. Kjeken, 2005).

Lexell, EM., tyrinėjo kasdienės veiklos sunkumus atsirandančius sergant išsėtine skleroze. Šio tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti kokių veiklos problemų turi išsėtine skleroze sergantys asmenys apsitarnavimo, produktyviosios veiklos ir laisvalaikio srityse, ir kaip šias problemas jie vertina pagal svarbumą, atlikimą ir pasitenkinimą. Tikslui pasiekti buvo naudojamas KVVVT. Išvadose autorius pabrėžia testo poreikį siekiant išsiaiškinti kasdienės veiklos sudėtingumą (E. Lexell, 2006). Įvertinti asmenų motyvaciją buvo naudotas Pasveikimo padėties valdymo klausimynas (PPVK) (ang. Recovery Locus of Control). Šį klausimyną sudaro devyni teiginiai ir penki sutikimo su teiginiu lygiai (0 – 4 balai). Nuo pirmo iki penkto teiginio atsakymai yra: visiškai sutinku - 4 balai, sutinku – 3 balai, nežinau – 2 balai, nesutinku – 1 balas, visiškai nesutinku – 0 balų. Nuo šešto iki devinto teiginio visiškai sutinku – 0 balų, sutinku - 1 balas, nežinau – 2 balai, nesutinku – 3 balai, visiškai nesutinku – 4 balai. Bendra suma svyruoja nuo 0 iki 36 balų. Kuo didesnis balų skaičius, tuo motyvacijos lygis didesnis

PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS SKYRIAUS TERAPIJŲ / VEIKLŲ REGISTRAVIMAS IR
VERTINIMAS
ĮDEDMASIS LAPAS Į GYDYMO ISTORIJĄ Nr. _____

Pacientas _____ Siuntėjas _____
(vardas, pavardė) (vardas, pavardė)

PASKIRTA:

Užsiėmimo pavadinimas	Siuntėjo vardas, pavardė, parašas	Užsiėmimą vedančio specialisto vardas, pavardė, parašas
<input type="checkbox"/> <i>Psichogimnastika</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Biblioterapija</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Priklausomybę alkoholiui turinčių asmenų grupė</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Meno terapijos grupė</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Palaikomosios psichoterapijos grupė</i>		
<input type="checkbox"/> Pakilios / Liūdnos Muzikos terapijos užsiėmimas (pabraukti)		
<input type="checkbox"/> <i>Filmų terapija</i>		
<input type="checkbox"/> Parodų lankymas		
<input type="checkbox"/> Ergoterapija		
<input type="checkbox"/> Kūrybinių įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Šviesos terapija		
<input type="checkbox"/> Autogeninės treniruotės užsiėmimas		
<input type="checkbox"/> Rankdarbių užsiėmimai		
<input type="checkbox"/> Mankšta sporto salėje		
<input type="checkbox"/> Mankšta depresija sergantiems pacientams		
<input type="checkbox"/> Darbo su kompiuteriu pagrindai		
<input type="checkbox"/> Bendravimo įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Sveikos mitybos įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Maisto pirkimo įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Maisto gaminimo įgūdžių lavinimo grupė (Individualus)		
<input type="checkbox"/> Saugaus medikamentų vartojimo įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Kasdienių gyvenimo įgūdžių lavinimo grupė		
<input type="checkbox"/> Keramikos užsiėmimai		
<input type="checkbox"/> Baseinas		

KĖGLIAI perdirbti ir pritaikyti žaisti salėje ir lauke.

7 priedas







