

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, FIZINĖS IR SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos
katedros studijų programų komiteto
pirmininkas prof. dr. Juozas Raistenskis

Data:

Sandra Dargienė

**SERGANČIŲJŲ ALZHEIMERIO LIGA MOTYVACIJOS,
DALYVUMO IR DARBINIŲ ĮGŪDŽIŲ KAITA TAIKANT
KŪRYBINES VEIKLAS**

REABILITACIJOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovė: Doc. R. Dadelienė

Darbo priėmimo data:

Parašas

VILNIUS, 2017

ANOTACIJA

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų Alzheimerio liga motyvacijos, dalyvumo ir darbinių įgūdžių kaita takant kūrybines veiklas“ atliktas 2016 – 2017 metais, Vilniuje „Fabijoniškių socialinių paslaugų namuose“.

Darbo autorė: Sandra Dargienė

Darbo vadovė: Docentė Rūta Dadelienė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Darbas apsvartytas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2017 m. gegužės 09 dieną.

Darbo recenzentai:

1. Lekt. Dr. Dainė Janonienė
2. Asist. Inga Raudonytė

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų Alzheimerio liga motyvacijos, dalyvumo ir darbinių įgūdžių kaita takant kūrybines veiklas“ ginamas viešai Reabilitacijos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2017 m. birželio mėn. 7 d. 9.00 val. VUL SK (Vaikų ligoninė, VšĮ VULSK filialas, Santariškių g. 7, Žalioji auditorija).

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

TURINYS

ANOTACIJA.....	2
SANTRAUKA	5
SUMMARY	7
SANTRUMPOS	9
DARBE PATEIKŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS	10
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	11
ĮVADAS	13
1. LITERATŪROS APŽVALGA	15
1.1 Alzheimerio ligos epidemiologija	15
1.2 Dažniausiai pasitaikantys sutrikimai, sergant Alzheimerio liga.....	16
1.2.1 Motyvacijos sutrikimai sergant Alzheimerio liga	16
1.2.2 Pažintinių funkcijų sutrikimai sergant Alzheimerio liga.....	18
1.2.3 Savarankiškumo sutrikimai sergant Alzheimerio liga.....	22
1.3 Asmenų, sergančių Alzheimerio liga, ergoterapijos ypatumai.....	23
1.3.1 Užimtumo terapija, asmenims sergantiems Alzheimerio liga	26
1.3.2 Kūrybiniai veiklų taikymo ypatumai ergoterapijoje,.....	29
sergantiems Alzheimerio liga	29
1.3.3 Nekūrybinių veiklų taikymo ypatumai ergoterapijoje,.....	32
sergantiems Alzheimerio liga	32
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	35
2.1 Tyrimo organizavimas	35
2.2 Tyrimo metodai	38
3. STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ.....	41
4. TYRIMO REZULTATAI.....	42
4.1 Sociodemografinės, asmenų sergančių Alzheimerio liga, charakteristikos	42
4.2 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose.....	47
4.3 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų dalyvumas atlikti kūrybines ir nekūrybines veiklas.....	61
4.4 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, darbiniai įgūdžiai	63
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	66
6. IŠVADOS.....	70

7. REKOMENDACIJOS	71
LITERATŪROS SARAŠAS	72
PRIEDAI	79

SANTRAUKA

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

SERGANČIŪJŲ ALZHEIMERIO LIGA MOTYVACIJOS, DALYVUMO IR DARBINIŲ ĮGŪDŽIŲ KAITA TAKANT KŪRYBINES VEIKLAS

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Sandra Dargienė

Darbo vadovė: Docentė Rūta Dadelienė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Pagrindinės sąvokos (raktiniai žodžiai): Ergoterapija, kūrybinės veiklos, užimtumo terapija, Alzheimerio liga, motyvacija, savarankiškumas.

Darbo tiklas: Išsiaiškinti, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją, dalyvumą ir darbinius įgūdžius, taikant kūrybines veiklas.

Darbo uždaviniai:

1. Atskleisti, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją, dalyvauti kūrybinėse veiklose.
2. Nustatyti, sergančiųjų Alzheimerio liga, dalyvumą, kūrybinėse veiklose.
3. Išanalizuoti, sergančiųjų Alzheimerio liga, darbinius įgūdžius, taikant kūrybines veiklas.

Tyrimo metodai:

Tyrimas atliktas Vilniuje „Fabijoniškių socialinių paslaugų namuose“ 2016 11 – 2017 02 mėnesiais. Tyrime dalyvavo 32 asmenys, sergantys Alzheimerio liga. Iš jų 24 moterys ir 8 vyrai. Tiriamųjų amžius nuo 75 iki 89 metų. Tiriamieji suskirstyti į dvi grupes po 16 asmenų (tiriamąją ir kontrolinę grupes). Tyrimui taikytas anketinis testavimas: Sociodemografiniai tiriamųjų duomenys sužinomi anketinės (tiesioginės) apklausos metu, motyvacija tiesioginio stebėjimo metu vertinta Valios klausimynu per visus tyrimui organizuotus kūrybinius ir nekūrybinius veiklų užsiėmimus, veiklų atlikimas ir dalyvumas, tiesioginio stebėjimo metu vertintas Visapusiškos užimtumo terapijos vertinimo skale, ši skalė naudota kiekvienos kūrybinės ir nekūrybinės veiklos pabaigoje, darbiniai įgūdžiai vertinami tiesioginio stebėjimo metu Darbinių įgūdžių įvertinimo skale, kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų apdorojimo paketą – SPSS Statistics 17.0. Grafiniam duomenų vaizdavimui naudota MS Excel 2007 programa.

Rezultatai:

Rezultatai parodė, kad motyvacijos kaitai nėra svarbu ar pateikiamos kūrybinės, ar nekūrybinės veiklos. Tiriant motyvaciją, negauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p>0,05$), tarp asmenų dalyvaujančių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Taip pat nustatyta, kad asmenų dalyvumas, atliekant kūrybines užduotis yra geresnis. Šių asmenų elgesys, atliekant kūrybines užduotis yra produktyvesnis, aktyvumo lygis bei atsakomybė yra didesni. Lyginant darbinius įgūdžius, tarp asmenų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, nustatyta, kad šie įgūdžiai yra panašūs ($p>0,05$). Tačiau asmenų, dalyvusių kūrybinėse veiklose darbinis vaidmuo ($p=0,028$) yra geresnis, patiriama mažiau ryškių atsakomybės prisiėmimo ir bendravimo su kolegomis sunkumų.

Išvados:

1. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p>0,05$).
2. Nustatyta, kad Alzheimerio liga sergančių tiriamųjų, atliekančių ergoterapijos metu kūrybines užduotis, elgesys yra produktyvesnis, aktyvumo lygis ir atsakomybė atliekant užduotis yra didesni, nei atliekančių nekūrybines užduotis ($p<0,05$).
3. Nerasta, sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių ergoterapijos kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, statistiškai reikšmingų darbinių įgūdžių skirtumų. Tačiau kūrybinėse veiklose ($p>0,05$) dalyvavę asmenys, labiau geba prisiimti atsakomybę ir bendrauti su kolegomis nei nekūrybinėse veiklose.

SUMMARY

Vilnius University

Faculty of Medicine

Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine

Rehabilitation Master's program

EFFECT OF CREATIVE ACTIVITIES ON MOTIVATION, PARTICIPATION AND WORKING SKILLS IN ALZHEIMER'S PATIENTS

Rehabilitation Master's Thesis

The Author: Sandra Dargienė

Academic advisor: Associate professor Rūta Dadelienė Vilnius University Faculty of Medicine Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine.

Main notions (keywords): Occupational therapy, creative activity, Alzheimer's disease, motivation, independence.

The aim of research work: To ascertain the effect of creative activities on motivation, participation and working skills in Alzheimer's patients.

Tasks of work:

1. To reveal motivation to participate in creative activities in Alzheimer's patients.
2. To determine participation in creative activities in Alzheimer's patients.
3. To analyze working skills on applying creative activities in Alzheimer's patients.

Research methods:

The research was done in Vilnius „Fabijoniškių socialinių paslaugų namai”, from November, 2016 to February, 2017. There were 32 people (24 women and 8 men) with Alzheimer's disease in the experiment. Patients age from 75 to 89 years old. Subjects were divided into two equal groups (research and control groups). There were questionnaire tests for research: sociodemographic data of patients was found on direct questioning test, motivation was evaluated using Volitional Questionnaire under observation during all creative and noncreative activities, performance and participation of activities were rated using scale Comprehensive occupational therapy evaluation scale (COTE), this scale was used in each creative and noncreative activities end, working skills were estimated during observation with Working Skills Evaluation scale in creative and noncreative activities. Data analysis was performed using statistical data processing package - SPSS 17.0. Representation of graphical data was used MS Excel 2007 program.

Results:

According to the results there is not importance for motivation change whether is given creative or noncreative activities. There were not statistically significant differences ($p>0,05$) between persons participating in creative or noncreative activities during motivation analyze. Also it is determined that person's participation is better when creative activities are performed. These patients behavior is more productive on applying creative activities, activity level and responsibility are better. Comparing working skills between patients participation in creative and noncreative activities it was determined that these skills are similar ($p>0,05$). However subjects who participated in creative activities working role is better ($p=0,028$), they feel less assumption of responsibility and communication problems with colleagues.

Conclusions:

1. Patients with Alzheimer's disease subjects, motivation to participate in creative activities and noncreative activities not statistically significant ($p> 0,05$).
2. Established that Alzheimer's disease in subjects, performing occupational therapy during the creative activity, the behavior is more productive, level of activity and responsibility of the task is greater, performing tasks noncreative activity ($p <0,05$).
3. Not found suffering from Alzheimer's disease subjects, participated in occupational therapy creative activities and noncreative activities, statistically significant differences in work skills. However, creative activities ($p>0,05$) the persons present, more able to take responsibility and to communicate with colleagues over noncreative activities.

SANTRUMPOS

AL - Alzheimerio liga

MI – Motyvacinis interviu

DARBE PATEIKŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, motyvacijos tyrimo duomenys	47
2 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, dalyvumo tyrimo duomenys	61
3 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, dalyvumo palyginimas.....	62
4 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, darbinių įgūdžių tyrimo duomenys	64
5 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, darbinių įgūdžių palyginimas.....	64

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį grupėse	42
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimines padėtį grupėse	43
3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal asmenų skaičių, gyvenančių kartu	43
4 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų įprastinė diena	44
5 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės grupės atsakymai į klausimą „Ką mėgstate veikti laisvalaikį?“	45
6 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, tiriamosios grupės atsakymai į klausimą „Ką mėgstate veikti laisvalaikį?“	45
7 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės grupės atsakymai į klausimą „Ką norėtumėte veikti laisvalaikį?“	46
8 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, tiriamosios grupės atsakymai į klausimą „Ką norėtumėte veikti laisvalaikį?“	46
9 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos duomenų palyginimas	48
10 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės duomenys	49
11 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško išbandymų“ tyrimo duomenys	50
12 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško papildomų atsakomybių“ tyrimo duomenys	50
13 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį“ tyrimo duomenys	51
14 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „siekia veiklos baigties/atlikimo“ tyrimo duomenys	52
15 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenys	53
16 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando taisyti klaidas“ tyrimo duomenys	53
17 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando spręsti problemas“ tyrimo duomenys	54
18 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „save gerbiantis“ tyrimo duomenys	55

19 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „lieka susidomėjęs“ tyrimo duomenys	55
20 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „nurodo tikslus“ tyrimo duomenys	56
21 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės tyrimo duomenys	57
22 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo, kad veikla yra ypatinga/prasminga“ tyrimo duomenys	58
23 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo pirmumą/pirmenybę“ tyrimo duomenys	58
24 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „bando naujus dalykus“ tyrimo duomenys	59
25 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „inicijuoja veiklas/užduotis“ tyrimo duomenys	60
26 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo smalsumą“ tyrimo duomenys	60

ĮVADAS

Alzheimerio liga, tai neurodegeneracinė liga, kuriai būdingas laipsniškas pažintinių funkcijų mažėjimas. Pagal etiologiją, Alzheimerio ligą gali sukelti apsinuodijimas ar medžiagų apykaitos sutrikimai. Ligos pradžia klastinga, todėl svarbu anksti diagnozuoti ligą bei parinkti tinkamas gydymo intervencijas [1]. Pasaulio sveikatos organizacija apskaičiavo, kad sergančių demencija skaičius, visame pasaulyje gali siekti 47,5 milijonus. Šie rodikliai didėja, manoma, kad iki 2050 metų, sergančiųjų skaičius gali pasiekti net 135 milijonus. Augantis sergamumo lygis visuomenėje, sukelia socialinių – ekonominių nuostolių. Todėl didėja susirūpinimas dėl demencijos paplitimo masto ir priežiūros lygio, reikalingo kiekvienam asmeniui sergančiam demencija [2].

Alzheimerio liga, labiausiai paplitusi demencijos forma, kuri pasižymi protinių gebėjimų praradimais: atminties, kalbos, vykdomųjų funkcijų, regimaisiais ir erdviniais. Šie sutrikimai veda prie sunkumų kasdieninėje, profesinėje ir socialinėje veikloje. Atminties praradimas yra vienas iš ankstyvų ligos simptomų, kuris apsunkina sergančiųjų sprendimų priėmimą, orientaciją, bendravimą su aplinkiniais. Visa tai veda prie savarankiškumo sumažėjimo bei globos/rūpinimosi poreikio padidėjimo. Paskutinėse ligos stadijose, asmuo sergantis Alzheimerio liga, gali visiškai būti priklausomas nuo savo artimųjų ar globėjų, net tokiuose veiksmuose kaip valgymas ar maudymasis. Todėl labai svarbu, kiek įmanoma ilgiau išlaikyti sergančiojo savarankiškumą, taip sumažinant našta globėjams ar artimiesiems [3].

Anksti diagnozavus demenciją ir pradėjus gydymą, asmuo savo gyvenime geba išlaikyti savarankiškumą, bendravimą, sprendimų priėmimą. Pradėjus gydymą, svarbu išsikelti tikslus orientuotus į labiausiai sutrikusias funkcijas. Ergoterapeutų tikslas, dirbant su sergančiais asmenimis, organizuoti kasdienes veiklas [4]. Svarbu, sergančiuosius Alzheimerio liga, įtraukti į kasdieninę veiklą, skatinti jų dalyvumą ir bendradarbiavimą, siekiant pažintinių funkcijų stiprinimo bei socialinių įgūdžių palaikymo. Rekomenduojama užsiėmimus vykdyti grupėse ar individualiai. Taip pat svarbu veiklas parinkti, pagal asmens sveikatos būklę bei norus [7].

Pagalba žmonėms, sergantiems Alzheimerio liga yra grindžiama įvairialypiu požiūriu, kuris jungia farmakologinį ir nefarmakologinį gydymą (t.y. įvairias terapijas ar menines veiklas). Šias nefarmakologines intervencijas gali atlikti tik kvalifikuoti specialistai: logopedai, psichologai, ergoterapeutai, socialiniai darbuotojai ar meno terapeutai. Prancūzijos Nacionalinės sveikatos tarnybos duomenimis, parenkant menines veiklas, svarbu atsižvelgti į asmens elgesio sutrikimus. Meninės veiklos gali padėti išlaikyti arba atkurti funkcinis gebėjimus, pažinimo funkcijas bei palaikyti emocinius ir socialinius santykius [5]. Tyrimų

duomenimis, meno intervencijos: muzikos, dainavimo, teatro, dailės, šokių, judesio ar mišrios veiklos, turi teigiamą poveikį, asmenims sergantiems Alzheimerio liga. Atlikti tyrimai rodo, kad dailės terapija padeda sumažinti agresyvumą, baimę, paniką, susijaudinimą, pagerina nuotaiką [6]. Taip pat surinkta duomenų, kad kūrybinės veiklos siejasi su sergančiųjų: saviraiška, meistriškumu, socialiniais santykiais, savęs vertinimu, mokymosi galimybėmis bei malonumu [5]. Tačiau literatūroje, surinkta mažai duomenų apie kūrybinių ir nekūrybinių veiklų įtakos ypatumus asmenims, sergantiems Alzheimerio liga, motyvacijai, dalyvumui bei darbiniais įgūdžiams, dalyvaujant ergoterapijos užsiėmimuose.

Hipotezė. Ergoterapijoje taikomos kūrybinės veiklos padidins, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją ir pagerins dalyvumą bei darbinius įgūdžius, labiau nei nekūrybinės veiklos.

Tyrimo objektas. Motyvacija, dalyvumas, darbiniai įgūdžiai.

Tyrimo subjektas. Asmenys, sergantys Alzheimerio liga.

Tyrimo tikslas: Išsiaiškinti, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją, dalyvumą ir darbinius įgūdžius, taikant kūrybines veiklas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją, dalyvauti kūrybinėse veiklose.
2. Nustatyti, sergančiųjų Alzheimerio liga, dalyvumą, kūrybinėse veiklose.
3. Išanalizuoti, sergančiųjų Alzheimerio liga, darbinius įgūdžius, taikant kūrybines veiklas.

Darbo mokslinis naujumas. Atliktame tyrime pirmą kartą atskleisti, sergančiųjų Alzheimerio liga asmenų, motyvacijos, darbinių įgūdžių ir dalyvumo ergoterapijos užsiėmimų kūrybinėse veiklose metu ypatumai, nustatyta, kad dalyvumas yra geresnis ir reikšmingai skiriasi, tiriamųjų elgesys yra produktyvesnis, didesnis aktyvumo lygis ir atsakomybė.

Darbo praktinė vertė. Šio darbo duomenų analizė ir išvados padės ergoterapeutui tikslingiau parinkti ergoterapijos veiklas, siekiant didesnės asmenų sergančių Alzheimerio liga motyvacijos, dalyvumo ir darbinių įgūdžių.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Alzheimerio ligos epidemiologija

Alzheimerio liga – dažniausia demencijos forma. Tai lėtai progresuojanti neurodegeneracinė liga, sukianti didžiulį susirūpinimą sveikata, visame pasaulyje. Šiai ligai būdinga demencija ir pažinimo mažėjimas. Alzheimerio liga, pirmą kartą buvo aprašyta Alois Alzheimerio 1907 metais. Alois Alzheimeris įvardijo 51-erių metų moters ligos simptomus, esant psichiatriniais sutrikimams, kartu su greitai blogėjančia atmintimi [8]. AL labiau paplitusi tarp moterų, nei vyrų, dėl ilgesnės moterų gyvenimo trukmės, gyvenimo būdo ir širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių [18].

Visame pasaulyje, įskaitant Lietuvą, visuomenė senėja. Ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei didėja sergančiųjų neurodegeneracinėmis ligomis skaičius. Manoma, jog šio sindromo paplitimas tarp vyresnių nei 65-erių metų amžiaus asmenų siekia 5–10 proc., t. y. apie 29 milijonus visame pasaulyje [9]. Ši liga yra didelė visuomenės sveikatos problema, vien Jungtinės Amerikos Valstijose, kas 68 sekundės susergama Alzheimerio liga. Amerikiečiai per metus, išleidžia daugiau nei 200 milijardų Jungtinių Valstijų dolerių su AL susijusių išlaidų [8]. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, asmenų sergančių demencija pasaulyje yra 35,6 milijonai, manoma, kad šie skaičiai iki 2030 metų gali didėti. O 2050 metais šis skaičius gali pasiekti net 107 milijonus žmonių visame pasaulyje. Alzheimerio liga yra lėtinė progresuojanti, sukianti neurodegeneracinių sutrikimų, kurie sudaro iki 75 proc. visų demencijos atvejų. Dažniausiai AL pasireiškia vyresnio amžiaus asmenims, daugiau nei 65 metų amžiaus. Demencijos rizika dėl Alzheimerio ligos, toliau didėja su amžiumi. Sergamumas šia liga, tarp 65 metų ir vyresnų, didėja daugiau nei 5 proc., o tarp vyresnių nei 85 metų amžiaus ir vyresnių didėja iki 30 proc. [10].

Sisteminės literatūros apžvalgos duomenimis, visoje Europoje ir JAV nuo 2002 iki 2012 metų, AL paplitimas svyruoja nuo 3 proc. iki 7 proc. Konkrečios šalys, skaičiuojant paplitimą: Prancūzija (3,0 proc. tarp ≥ 60 metų amžiaus), Italija (3,0 proc. tarp ≥ 65 metų, 6,7 proc. tarp $\geq 75-97$ metų), Jungtinėje Karalystėje (4,9 proc.), Ispanija (6,4 proc. tarp ≥ 75 metų amžiaus iki 6,7 proc. tarp ≥ 70 metų) ir JAV (4,9 proc. – 6,8 proc. tarp 70 metų ir vyresnių) [10].

Populiacijai senstant reikės vis didesnių resursų, žmonių, sergančių Alzheimerio liga, priežiūrai. Todėl labai svarbu laiku pastebėti pirmuosius ligos simptomus. Nustačius ligą ankstyvoje stadijoje, paciento elgesys tampa lengviau suprantamas, taip palengvinama našta jų globėjams/artimiesiems.

1.2 Dažniausiai pasitaikantys sutrikimai, sergant Alzheimerio liga

1.2.1 Motyvacijos sutrikimai sergant Alzheimerio liga

Apatija apibrėžiama kaip motyvacijos stoka, kurios metu kryptingai mažėja asmens savarankiškumas, savanoriškas veiklos atlikimas. Apatijos sindromas, gali būti suskirstytas į tris potipius, priklausomai nuo srities, kurioje atsiranda motyvacijos stoka. Dažniausiai motyvacijos stoka atsiranda emocijų, pažinimo ir elgesio srityse [11].

Apatija taip pat stebima asmenims, sergantiems AL, pirminiuose veiklos etapuose. Ji susijusi su mažėjančiu funkcinio savarankiškumu, vykdomosios funkcijos sutrikimais bei ryškėjančiais pažinimo sutrikimais[12].

Alzheimerio liga yra neurodegeneracinis sutrikimas, įtakojantis pažinimą. Taip pat ši liga pasireiškia įvairiais elgesio simptomais, kurie apsunkina gydymą. Dažniausi elgesio simptomai, tai apatija ar motyvacijos stoka. Tyrimo duomenimis, apatija ar motyvacijos stoka, atsiranda daugiau kaip 92 proc. pacientų, sergančių AL [42].

Apatija yra apibrėžiama kaip motyvacijos praradimas, pasireiškiantis pasikeitusiu elgesiu, pavyzdžiui sumažėjusi iniciatyva, atkaklumas, interesų nebuvimas, abejingumas, mažas socialinis dalyvumas, susilpnėjęs emocinis atsakas, įžvalgos stoka. Apatija turi dideles pasekmes pacientams ir jų šeimoms. Apatiškas asmuo, sergantis AL, reikalauja daugiau kontrolės ir paramos. Tokie pacientai remiasi kitų inicijuojamu elgesiu, net jeigu asmuo dar sugeba veiklą atlikti pats. Tai padidina priklausomybę nuo kitų, tuo pačiu padidina ir našta globėjams. Tačiau nepaisant motyvacijos stokos paplitimo, AL sergantiems asmenims, apatija lieka neišstytinėta ir sunkiai suprantama. Apatijos nustatymas ir vertinimas yra sudėtingas, nes motyvacijos nebuvimas didina pažintinių funkcijų atsiradimą, mažina pacientų gebėjimus atlikti užduotis. Apatija gali būti sumaišyta su depresija, nes šie du simptomai yra panašūs. Naujausi tyrimai rodo, kad apatija yra sindromas, atskiriamas nuo depresijos ir bendro pažinimo mažėjimo. Tačiau ši sritis dar mažai tyrinėta, todėl, norint tikslesnių rezultatų, reikia atlikti daugiau mokslinių tyrimų [43].

Forsmeier S. ir Maercker A. 2015 metais atliko tyrimą, kuriuo siekė išsiaiškinti motyvacijos mažėjimo procesą, seniems asmenims ir sergantiems demencija. Pirmiausia mokslininkai apibrėžė motyvacijos procesus pagal tyrimą; aprašė motyvacijos rezervo modelį (angl. MR), jungiantį motyvacijos procesą su pažinimo mažėjimu ir demencija; suformulavo šios analizės tikslus. Tyrimo autoriai nustatė, kad motyvacija yra bendras terminas įvairiems procesams, kuris susijęs su orientuotu elgesiu. Nustatyti du pagrindiniai motyvaciniai etapai: tikslo nustatymas ir tikslo siekimas. Tikslo nustatymą lemia savarankiškas asmens

veiksmingumas, o tikslo siekis yra naudojamas norint susidoroti su sunkumais, įgyvendinant idėjas, priimant sprendimus [44].

Dar vienas paplitęs reiškinys susijęs su AL, tai motyvacijos mažėjimas, lydimas iniciatyvumo ir interesų stokos, emociniu sumažėjimu. Motyvacija ar apatija yra psichiatrijos kliuvinys, kuris skiriasi nuo depresijos, tačiau į kurį svarbu atsižvelgti [46].

Rosenberg PB. su bendraautorais atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti veikliosios medžiagos metilfenidato poveikį asmenims, sergantiems Alzheimerio liga. Atliktas šešių savaitių randomizuotas tyrimas, kurio metu vienai tiriamųjų grupei buvo skiriamas placebo efektas, kitai – paskirta 20 mg veikliosios medžiagos metilfenidato, apatijai gydyti. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad metilfenidato vartojimas asmenims, sergantiems AL ir esant apatijai, pagerina kasdieninių veiklų atlikimą, pagerėja pažinimo rezultatai [13].

Apatija yra vienas iš dažniausiai pasireiškiančių sindromų, paplitęs net 71 proc. atvejų sergant AL. Apatija sergant AL, apibūdinama kaip interesų praradimas, motyvacijos stoka atliekant kasdieninę veiklą, polinkis į depresiją, nuotaikos pokyčius. Apatijos atsiradimas susijęs su prastesne pacientų gyvenimo kokybe, didesniais funkciniais sutrikimais, slaugos padidėjimu bei padidėjusiomis gydymo išlaidomis. Apatijos gydymas yra labai svarbus. Šiuo metu turimi duomenys rodo, kad apatija, sergant AL, yra susijusi su dopaminerginių nervinių impulsų sumažėjimu [13].

Kognityvinės reabilitacijos gydymas, sergant AL, tampa vis labiau prieinamas senyviems asmenims, bandant pristabdyti pažinimo ir funkcinės veiklos nuosmukį. Tačiau asmenims, sergantiems AL, gali būti sunku prieiti prie šio gydymo dėl atminties silpnėjimo, pažinimo sutrikimų, atsirandančių sunkumų kasdieninėje veikloje, motyvacijos sumažėjimo ar atsirandančios depresijos. Kad kognityvinės reabilitacijos gydymo metodas būtų veiksmingas, pacientai turi būti motyvuoti ir tinkamai vykdyti reabilitacijos programą. Mokslininkai Choi J. ir Twamley E. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo skatinti diskusijas tarp mokslininkų ir gydytojų, kaip gydymo metodų parinkimas, gali būti susijęs su gerėjančiu užduoties atlikimu bei ką galima padaryti, kad kuo daugiau pacientų dalyvautų reabilitacijos programoje, siekiant gauti kuo geresnius rezultatus [14].

Dar vienas būdas, sėkmingai naudojamas gydymo efektyvumui, tai - motyvacinis interviu. Motyvacinis interviu apibrėžiamas kaip „bendradarbiavimas, asmens orientavimas, motyvacijos pokyčių išsiaiškinimas ir motyvacijos stiprinimas”. MI yra veiksmingas ir naudojamas įvairiose gydymo programose su įvairiomis pacientų grupėmis (pvz.: paaugliais, suaugusiais, psichiatriniais ligoniais). Šis būdas naudojamas siekiant padidinti pacientų dalyvavimą gydymo procese. Atlikta daug tyrimų, įvertinančių MI veiksmingumą, tačiau trūksta duomenų apie MI veiksmingumą, taikant asmenims, sergantiems AL. Tiksliai nėra

žinoma, ar pažinimo sutrikimo laipsnis gali laipsniškai įtakoti MI efektyvumą. Tačiau manoma, kad naudojant šį metodą yra skatinamas pacientų savarankiškas mąstymas, gebėjimas klausytis ką sako specialistai, apdoroti gautą medžiagą. Nors asmenims, su sunkesniais pažinimo sutrikimais, gali būti apribotas gebėjimas visiškai suvokti gydymo programą. Tačiau gali būti, kad šie asmenys bus labiau skatinami ir motyvuojami aplinkinių [15].

Atsirandančios motyvacijos problemos blogina pacientų gyvenimo kokybę, sukelia daugiau sunkumų vykdant gydymo programą.

1.2.2 Pažintinių funkcijų sutrikimai sergant Alzheimerio liga

Pažinimas – tai gebėjimas mokytis, spręsti problemas, prisiminti ir tinkamai naudoti saugomą informaciją. Taip pat, tai yra raktas į sėkmingą sveikatą ir senėjimą. Tam tikrų sąlygų įvairovė, dauguma susijusių su amžiumi, neigiamai paveikia pažinimą. Atlikti tyrimai rodo, kad 70 metų amžiaus ir vyresni asmenys, maždaug 16 proc., turi švelnų pažinimo sutrikimą ir 14 proc. kenčia nuo demencijos. Maždaug dviems trečdaliams asmenų, sergantiems demencija, nustatyta Alzheimerio liga [17].

Literatūros duomenimis, Alzheimerio ligos atveju, pirmiausia sutrinka tokios kognityvinės funkcijos kaip epizodinė atmintis ir dėmesys/vykdomasis funkcionavimas, o vėliau sutrinka ir suvokimo bei kalbiniai gebėjimai, turintys įtakos paciento gebėjimui produktyviai funkcionuoti aplinkoje. Epizodinės atminties sutrikimas yra specifiskas Alzheimerio ligai, tačiau šio sutrikimo formos ir kilmė gali būti paremta skirtingais kognityviniais mechanizmais. Vienas ryškiausių epizodinės atminties sutrikimo požymių, sergant Alzheimerio liga, yra greitas užmiršimas, kurį stengiamasi įvertinti daugeliu atrankos ir diagnostinių testų pagalba. Tyrimų duomenimis, Alzheimerio ligos atveju sutrinka ne informacijos atgaminimas, tačiau informacijos išmokimas (kodavimas ir išlaikymas atmintyje). Taip pat sutrikęs sąmoningas informacijos atgaminimas yra atsakingas už atpažinimo sutrikimus sergant Alzheimerio liga. Vykdomojo funkcionavimo sutrikimai pirmiausia pasireiškia atliekant užduotis, kuriose reikalingas kognityvinis lankstumas ir savistaba. Šie duomenys yra labai naudingi, siekiant diferencijuoti Alzheimerio ligą nuo kitų demencijų [20].

Dėmesys apibrėžiamas kaip psichikos procesas, kai daugiausia dėmesio skiriama vienam stimului, ignoruojant kitus stimulus. Sutrikus dėmesiui, sutrinka darbinė atmintis ir kitos kognityvinės funkcijos. Sunku įvertinti atsirandančius dėmesio sutrikimus. Dažniausiai

taikomi tradiciniai metodai, kurių metu naudojami pieštukai ir popierius. Tačiau dažnai iškyla sunkumų fiksuojant testo rezultatus, dėl pacientų sergančių Alzheimerio liga ar demencija, pastabumo trūkumo. Kompiuterizuoti testai ypač gerai fiksuoja reakcijos laiką, taigi šių testų naudojimas padeda išvengti netikslių rezultatų [28].

Sergant Alzheimerio liga, sutrinka atmintis, erdviniai - konstrukciniai sugebėjimai, atsiranda sunkumų planuojant ir atliekant kasdienes darbus bei užbaigiant pradėtas užduotis. Tyrimų duomenimis, dėmesio sutrikimai gali būti vieni iš ankstyvų, Alzheimerio ligą lydinčių, kognityvinių sutrikimų. Dėmesio ir darbinės atminties sutrikimai gali turėti įtakos kitų kognityvinių funkcijų tyrimo rezultatams, taip pat ir vertinant atmintį. Dėmesio sutrikimų gilumo įvertinimas svarbus vertinant kitus su AL susijusius kognityvinius sutrikimus, tokius kaip atmintis, vizualinės - erdvinės funkcijos, kalba [16].

Miego problemos dažnai atsiranda asmenims, sergantiems AL, taip pat ir sveikiems pagyvenusiems žmonėms. Rebok ET. ir kiti mokslininkai nustatė, kad 21 proc. pacientų, sergančių Alzheimerio liga, patiria miego sutrikimų, įskaitant dažnus pabudimus naktį ir pernelyg didelį mieguistumą dienos metu. Moran su bendraautorais nustatė, kad 24,5 proc. sergančių AL pacientų patiria miego problemų ir kenčia nuo kliesių, agresijos ir kitų elgesio sutrikimų. Todėl miego problemos yra vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių pažintinių funkcijų mažėjimą, ne tik sveikiems vyresnio amžiaus žmonėms, bet ir sergantiems AL pacientams [45].

Tiriant miego problemas ir pažintinių funkcijų asociacijas, pacientams sergantiems Alzheimerio liga, buvo naudojama Epworth mieguistumo skalė ir Trumpas protinės būklės tyrimas (angl. MMSE). Nustatyta, kad AL pacientams, kuriems pasireiškia didesnis mieguistumas dieną, atsiranda daugiau pažintinių funkcijų sutrikimų. Atlikus kitą tyrimą, kurio metu buvo trumpinamas vidutinis dienos miego latentinis laikas, tyrimo rezultatai parodė prastesnius Trumpo protinės būklės tyrimo rezultatus, priekinės vykdomosios funkcijos rodiklius ir žodinės atminties sutrikimus, esant lengvo ir vidutinio sunkumo AL. Miego sutrikimai yra prognostinis veiksnys, skatinantis atsirasti depresijos simptomams, asmenims sergantiems AL [45].

Alzheimerio liga paveikia asmens gebėjimą suprasti paaiškinimus, sekti nurodymus arba teisingai interpretuoti tarpasmeninius ryšius. Kalbos sutrikimas yra dažnai vertinamas kaip vienas iš pirmųjų simptomų sergant demencija. Esant vidutinio ar sunkios stadijos ligai, atsiranda atminties ir kalbos apdoravimo sutrikimai. Kurie dažnai atspindi paciento gebėjimą atpažinti, kaupti ir pakartoti žodžius, keistis informacija pokalbio metu, taip pat pastebima, kad atsiranda gramatinių klaidų, semantinių (reikšmių) ir leksikos (žodyno) sutrikimų.

Atsiradus šiems sutrikimams artimiesiems ar sveikatos priežiūros darbuotojams, gali būti sunku suprasti ir įvertinti paciento pokyčius, nustatyti jų atsiradimo kilmę [34].

Esant pažintinių funkcijų sutrikimams, įrodyta, kad moterims dažniau pasireiškia epizodinės atminties sutrikimai, lemiantys prastesnę žodinę informaciją, tuo tarpu vyrams dažniau sutrinka regimoji ir erdvinė atmintis. Tačiau AL pasireiškia ir nekognityviniais psichikos ir elgesio sutrikimais. Bendras paplitimas ir sunkumas tokių sutrikimų panašus abiem lytims. Tyrimo duomenimis, vyrams dažniau nei moterims, pasireiškia socialiai netinkamas elgesys, jie linkę greičiau įsižeisti. Tuo tarpu moterys dažniau kenčia nuo depresijos ir kitų psichikos problemų. Be to moterys ir vyrai skirtingai suvokia savo ligą ir jos simptomus. Moterys mažiau pasitiki savimi, prasčiau vertina savo sveikatą, lyginant su vyrais [18].

Sergant AL yra būdingas progresuojantis pažintinių funkcijų sutrikimas, įskaitant ir atminties sutrikimus, afaziją, apraksiją, agnoziją ir regėjimo sutrikimus. Pacientai dažnai skundžiasi erdvės ir judesio suvokimo sutrikimais. Negali atpažinti spalvų, arba jas maišo. Sveikatai blogėjant, gresia apakimas. Atminties sutrikimas yra vienas iš Alzheimerio ligos požymių. Asmenims, ankstyvame ligos etape, sutrinka gebėjimas prisiminti autobiografinius faktus, dėl to jie emociškai išgyvena [19].

Gerinant pažintines funkcijas yra siūlomas kognityvinis mokymas, kuris susideda iš standartizuotų užduočių, sukurtų siekiant pagerinti tam tikras kognityvines funkcijas, tokias kaip atmintis, dėmesys, problemų sprendimo būdai. Užduotys gali būti pateikiamos popieriaus ir pieštuko pavidalu arba kompiuteriniu formatu, taip pat gali būti susijusios su kasdiene veikla. Užduoties sunkumas yra atsižvelgiamas į kiekvieno asmens individualų veiklos lygį, pagal tai pritaikomas ir mokymas (pvz.: užduotys sunkinamos, atsižvelgiant į pokyčius veikimo lygmenyje) [7].

Keletas autorių neseniai praplėtė pažinimo mokymo apibrėžimą, įtraukiant tokias strategijas kaip rengimasis, kuris apima nurodymus ir praktiką. Šios strategijos sumažina kognityvinius sutrikimus, taip pat padidina našumą. Kognityvinis mokymas gali būti naudojamas asmeniui ar grupei, taip pat gali būti įtraukiami ir paciento šeimos nariai. Šis mokymas gali padidinti farmakologinio gydymo efektyvumą. Taip pat šis mokymas būna taikomas asmenims sergantiems demencija ar Alzheimerio liga kaip palaikomoji intervencija [7].

Dėl savo klastingo progresavimo, AL dažnai nustatoma jau pažengusioje stadijoje, kai klinikiniai požymiai ir funkciniai sutrikimai yra pastebimi. Ligos stadijos nustatymas, galėtų prisidėti prie naujų intervencijų (pvz.: farmacijos), kad būtų galima pristabdyti ligos progresavimo plėtrą. Naujų pažinimo testų sudarymas, kuris leistų ligos pradžioje pastebėti

atsirandančius pažinimo pokyčius, susijusius su artėjančia AL, galėtų taip pat prisidėti prie ligos nustatymo. Vienas iš būdų nustatyti AL, tai magnetinio rezonanso introskopiniai tūrio tyrimai, parodantys smegenų sričių negrįžtamus pažeidimus [21].

Alzheimerio liga yra labiausiai paplitusi demencijos forma, kuri sudaro 60 proc. – 70 proc. atvejų. Jeigu ligos pradžia būtų nustatoma per 12 mėnesių, tai būtų 9,2 milijonų mažiau pacientų sergančių AL. Todėl ankstyva diagnozė ir gydymas tampa labai svarbus, siekiant sumažinti demencijos paplitimą, vyresnio amžiaus žmonėms. Pagyvenusiems asmenims su lengvu kognityviniu sutrikimu, padidėja rizika susirgti AL. Tyrimo duomenimis rizika susirgti svyruoja nuo 10 proc. iki 15 proc. per metus, o šis rodiklis tarp sveikų pagyvenusių asmenų ženkliai mažesnis ir siekia tik 1 proc. – 2 proc [22].

Sergant Alzheimerio liga atsiranda nuotaikų kaitos, gali išsivystyti depresija. Trumpalaikis liūdesys yra mažiau pastebimas nei dirglumas, nerimas ar baimė. Pacientams, sergantiems AL, gali sumažėti susidomėjimas aplinkiniu pasauliu, taip pat asmuo gali palapsniui pasitraukti iš veiklos, kuri anksčiau teikė malonumą. Pastebima, kad po truputį pradeda trūkti kasdieninių veiklų įgūdžių. Pacientams su AL ir sergantiems depresija, sumažėja noras dalyvauti veiklose, atsiranda miego sutrikimai, sunku užmigti ar gerai išsimiegoti. Jiems taip pat sumažėja apetitas, lengvai krinta svoris. Atsiranda ir kitų ryškių kognityvinių sutrikimų. Asmenims sergantiems depresija dažnai trūksta pasitikėjimo savimi, sumažėja savigarba, pradeda vengti socialinės aplinkos [29].

Asmenys, sergantys demencija, praranda gebėjimą nepriklausomai atlikti kasdienes veiklas ir susiduria su sunkumais dalyvaujant visuomeninėje veikloje. Pirmieji ligos požymiai ir simptomai gali atrodyti kaip lengvi atminties sutrikimai ir sumažėjusi iniciatyva; atsirandantys dėmesio ir suvokimo sutrikimai; depresija; lengvo ar vidutinio sunkumo sutrikimai, atliekant kasdienes veiklas. Fizinės veiklos gebėjimai reikšmingai susiję su gyvenimo kokybe. Atsirandanti depresija gali sukelti sveikatos sutrikimų, pavyzdžiui, padidinti fizinį neveiklumą, funkcinių rodiklių mažėjimą, suprastinti gyvenimo kokybę. Taigi, depresija yra didžiausias rizikos veiksnys, didinantis pažinimo disfunkciją, asmenims sergantiems lengva demencija ar Alzheimerio liga [36].

Depresijos gydymas sergant AL yra problematiškas, nes antidepresantai mažiau veiksmingi pacientams, sergantiems demencija, palyginus su pacientais, kuriems nenustatyta demencija. Dėl šių skirtumų, depresija, kuri atsiranda pacientams su AL, laikoma netipišku depresijos sindromu [29].

Atsižvelgiant į tai, kad nėra veiksmingo farmakologinio gydymo, asmenims su lengvu kognityviniu sutrikimu, lėtinančio pažinimo sutrikimų progresavimą, imta domėtis sveika gyvensena. Auga susidomėjimas veiklomis, kurios siekia užkirsti kelia ir/ar sumažina riziką

susirgti demencija. Atlikti tyrimai rodo, kad asmenims, kurie turi lengvą kognityvinį sutrikimą ir yra fiziškai aktyvūs, lėčiau pasireiškia pažinimo nuosmukis ir vėliau pasireiškia demencija. Taip pat įrodyta, kad fizinis aktyvumas (pvz.: aerobika, multimodaliniai pratimai, įvairūs mokymai) gali teikti pažinimo naudą, tokį kaip: geresnės pasaulio pažinimo funkcijos, vykdomosios funkcijos, atmintis, dėmesys ir smegenų veikla. Todėl mankšta turi daug naudos sveikatai, teigiamai veikia pažinimo funkciją ir sumažina kraujagyslių sistemos rizikos veiksnius, skatinančius išsivystyti demencijai [22].

Labai svarbu laiku pastebėti pirmuosius ligos simptomus, juos nustatyti ir pradėti tinkamą gydymą. Tokiu būdu sumažinamos gydymo išlaidos ir palengvinama pacientų globėjų ar artimųjų našta.

1.2.3 Savarankiškumo sutrikimai sergant Alzheimerio liga

Be atminties praradimo ir elgesio sutrikimų, sergantiems Alzheimerio liga pasireiškia dar vienas svarbus simptomas – tai autonomijos praradimas. Ne tik svarbiausių veiksmų, tokių kaip naudojimas telefonu, transporto priemonėmis, teisingu vaistų vartojimu, bet ir gebėjimu tvarkytis administracinėje bei finansinėje srityje praradimas. Tokiu atveju, svarbu įvertinti paciento gebėjimą atlikti tuos pačius veiksmus, kuriuos atlikdavo ir anksčiau. Patariama pacientą kurį laiką stebėti ir vertinti, ką žmogus gyvendamas šeimoje, sugeba atlikti savarankiškai [23].

Fizinė aplinka yra labai svarbi kasdieninių veiklų atlikimui, tačiau šios aplinkos didžiąją dalį užima vis sparčiau besivystančios technologijos. Didėjantis poreikis kasdieninėse veiklose naudoti technologijas, tokias kaip mobilieji telefonai, buitinė technika, keičia žmonių aktyvumą dalyvaujant veiklose. Technologijų naudojimas padidina našumą kasdieninėje veikloje, taip pat skatina sudėtingesnę mąstymą ir reikalauja dėmesingumo. Vyresnio amžiaus žmonėms su lengvu pažinimo sutrikimu arba ankstyvoje Alzheimerio ligos stadijoje, sunkiau sekasi naudotis technologijomis kasdieninėje veikloje [24].

Atliktų tyrimų duomenimis, asmenims sergantiems AL ir turintiems didesnius pažinimo funkcijos sutrikimus, greičiau mažėja bendras funkcinis gebėjimas apsitarnauti, nei tiems, kurie turi mažesnius pažinimo sutrikimus. Taip pat tyrimai rodo, kad pacientams, sergantiems AL, mažėja noras dalyvauti buitinės veiklos užsiėmimuose. Todėl labai svarbu laiku pradėti gydymą, siekiant sumažinti ligos progresavimą, kad kuo ilgiau asmuo išliktų savarankiškas ir nepriklausomas nuo aplinkinių [25].

Lancion G. su bendraautoriais atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti žodinių instrukcijų efektyvumą, kurios galėtų padėti asmenims, sergantiems lengvos ar vidutinės

stadijos AL, išlaikyti našumą kasdieninėje veikloje. Žodinės instrukcijos, padeda pacientams atlikti kasdieninę veiklą greičiau nei paprastai. Tyrimo metu buvo tiriami 29 pacientai, kuriems yra nustatyta lengva ar vidutinio sunkumo AL. Vertinamos nuo vienos iki trijų veiklų, tokios kaip rytinis prausimasis vonioje, skutimasis, naudojimas tualetu, stalo serviravimas, kavos ar arbatos darymas, užkandžių ruošimas. Taip pat vertinama ir pacientų nuotaika, atliekant veiklą. Tyrimo rezultatai rodo, aiškų kasdieninių veiklų atlikimo funkcijų pagerėjimą, tačiau mažai surinkta duomenų apie intervencijos poveikio trukmę laikui bėgant [26].

Mokslininkų atliktas tyrimas rodo, kad sutrikus smulkiajai motorikai, sutrinka ir tokia kasdieninė veikla kaip apsirengimas. Tyrimų duomenimis smulkiosios motorikos sutrikimai, turi įtakos ir asmenims sergantiems AL bei turintiems lengvą kognityvinį sutrikimą. Šiam tyrimui naudotos įvairios, eksperimentinės, motoriką lavinančios užduotys. Išsiaiškinta, kad motorikos sutrikimai gali būti susiję su pažintinių funkcijų sutrikimais [27].

Asmens savarankiškumas kasdieninėje veikloje yra labai svarbus. Todėl specialistai turi padėti sergančiam asmeniui kuo ilgiau išlaikyti savarankiškumą, pritaikant jam aplinką, gerinant fizinę būklę.

1.3 Asmenų, sergančių Alzheimerio liga, ergoterapijos ypatumai

Alzheimerio liga bei kitų priežasčių sukeltas demencijos sindromas, pacientams sukelia didelių problemų kasdienėje veikloje, todėl siekiant išsaugoti ir pagerinti savarankiškumą svarbų vaidmenį atlieka ergoterapeutas. Ergoterapeutai naudoja tikslingą veiklą kaip priemonę, padėti sergančiajam dalyvauti veikloje, kuri yra svarbi ir naudinga [30].

Alzheimerio liga yra negrįžtama, progresuojanti smegenų liga, kuri naikina atmintį ir mąstymo įgūdžius, o vėliau ir gebėjimą atlikti paprasčiausias kasdieninio gyvenimo veiklas. Ergoterapeutas teikia paslaugas, asmenims sergantiems AL ir demencija, ne tik specialiuose bendruomenių centruose, bet ir namuose. Specialistas teikia paramą paciento artimiesiems, suteikia informacijos apie ligą ir jos eigą [31]. Artimųjų konsultacijos ir jiems teikiama parama yra labai svarbi sergančiojo šeimai, siekiant didesnio paciento savarankiškumo.

Ergoterapijos intervencijomis dažnai siekiama išlaikyti asmenų, sergančių demencija, optimalų savarankiškumą ir nepriklausomumą, kad žmogus galėtų daryti, tai ką darė anksčiau. Planuojant intervencijas, svarbu apsvarstyti sergančio asmens supratimą apie iškylančias problemas su kuriomis susiduriama profesinėje veikloje. Tyrimai rodo, kad klientai, kurių suvokimas nesutrikęs arba sutrikęs dalinai, geba valdyti pasekmes, atsiradusias dėl ligos, efektyviau ir saugiau. Tai rodo, kad klientai galėtų ir toliau naudotis pagalbinėmis

technologijomis ir kompensacinėmis priemonėmis. Dėl aplinkos pritaikymo, asmenims su sutrikusiu suvokimu, gali padėti artimieji ar globėjai [32].

Epidemiologiniai ir klinikiniai tyrimai rodo, kad pažintinių funkcijų lavinimas, gali būti veiksmingas būdas, atidedant pažinimo sutrikimo pradžią vyresnio amžiaus asmenims. Atlikta metaanalizė rodo, kad pažintinių funkcijų lavinimas, asmenims sergantiems Alzheimerio liga, pagerina mokymąsi, atmintį, vykdomąjį veikimą ir kasdienes veiklas. Kitų atliktų tyrimų duomenimis, sukurtos mokymosi programos „Be klaidų“, pagerina atminties funkciją pacientams, sergantiems demencija. „Be klaidų“ mokymosi metodas, gali kompensuoti neurokognityvinį trūkumą, kai šis susijęs su naujų įgūdžių įgijimu ir gebėjimu reabilituotis. Šio mokymo principai apėmė: išmoktų užduočių suskaidymą į dalis; studijuojamų komponentų mokymąsi per kartojimą ir praktiką; mokymą nuo paprastų iki sudėtingų veiksmų, hierarchine tvarka; teigiamą tiesioginį grįžtamąjį ryšį, sustiprinantį mokymąsi ir požiūrį į užuominas [41].

Fenomenologinis tyrimas rodo, kad žmonės, sergantys AL, savo patirtį apie ligos pasekmes gali perteikti atliekant kasdienes veiklas. Be ergoterapeutų konsultacijų apie ligą (t.y. asmens suvokimą apie sunkumus iškylančius atliekant kasdienes veiklas), buvo pasiūlyta atlikti tyrimą siekiant išsiaiškinti rezultatus tarp atsirandančių tolesnių pažinimo ir suvokimo sutrikimų bei jų įtakos profesiniams rezultatams. Ankstesnių tyrimų duomenimis, asmenims sergantiems demencija, ergoterapijos konsultacijos sumažina neįgalumą. Taip pat esant lengvam pažintinių funkcijų sutrikimui, padidinamas našumas atliekant kasdienes veiklas [32]. Todėl, ergoterapija yra svarbi intervencija, siekiant išlaikyti asmenų sergančių demencija bei Alzheimerio liga savarankiškumą ir našumą, atliekant kasdienes veiklas.

Tyrimai rodo, kad demencijos gydymą turėtų sudaryti nefarmakologinės intervencijos, kurios pagerintų pacientų elgesį, padėtų išvengti farmakologinių intervencijų, įvairių apribojimų, nepageidaujamo šalutinio vaistų poveikio. Nefarmakologinės intervencijos klasifikuojamos: į pažinimą/emocijas, sensorinę stimuliaciją, elgesio valdymo būdus, kitas psichosocialines intervencijas, tokios kaip ergoterapija. Norint pasiekti maksimalų šių intervencijų poveikį, reikia individualiai suplanuoti intervenciją ir jos vykdymą [33].

Surinkta duomenų, kad ergoterapija yra veiksmingas būdas gydant demenciją. Ergoterapeutas didžiausią dėmesį skiria paciento gebėjimui atlikti kasdieninio gyvenimo veiklas, siekia kuo ilgiau išlaikyti jo nepriklausomumą, skatina dalyvauti visuomeninėje veikloje, taip sumažindamas našta globėjams/artimiesiems. Ergoterapijos intervencija apima pacientų su demencija: gebėjimų vertinimą, šeimos/globėjų mokymą, problemų sprendimo ir įveikimo strategijų sudarymą bei įgyvendinimą, kompensacinių priemonių parinkimą ir pritaikymą prasmingoje veikloje. Keletas tyrimų parodė, kad kelių komponentų parinkimas,

psichosocialinėje intervencijoje, kurios būtų pritaikytos ir orientuotos į pacientą yra efektyviausios gydant demenciją [33]. Ergoterapeutai atlieka svarbų vaidmenį asmenų su demencija priežiūroje, atsižvelgia į jų kompetencijas, padeda suprasti sudėtingus ryšius tarp asmens, aplinkos ir profesinės srities, kurie reikalingi sėkmingam veiklos vykdymui.

Nyderlanduose Graff su bendraautoriais sukūrė klinikinių rekomendacijų ergoterapijos bendriją, sergant demencija. Kurioje mokslininkai rekomenduoja 10 sesijų, vienos valandos trukmės mokymų. Mokymai pagrįsti ergoterapeuto ir asmens su vidutinio ar lengvo sunkumo demencija bendradarbiavimu su artimaisiais ar slaugančiais asmenimis, kad pagerintų kasdienio gyvenimo įgūdžius ir globėjo gebėjimus ugdyti kompetetingą veiklą. Atliktas atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas, kurio metu tirti asmenys dalyvavę mokymuose ir gavę įprastinį gydymą. Geresnius rezultatus parodė asmenys, dalyvavę mokymuose. Pagerėjo pacientų kasdieniniai įgūdžiai, gyvenimo kokybė, nuotaika, sveikatos būklė, sumažėjo kitų asmenų pagalbos poreikis. Tačiau vėlesnis tyrimas atliktas Vokietijoje, nerado reikšmingo skirtumo tarp bendrijos mokymų ir paprastų intervencijų. Tai rodo, kad visas intervencijas reikia pritaikyti individualiai kiekvienam asmeniui, pagal jo nacionalinį kontekstą [35].

Naujausia literatūra rodo, kad ergoterapija yra veiksmingas elgesio problemų valdymo, susijusių su Alzheimerio liga ir demencija, būdas. Kim su bendraautoriais atliko metaanalizę ir nustatė, kad ergoterapijos tikslas, demencija ir AL sergančių asmenų, palaikyti ir stiprinti asmens gebėjimą dalyvauti visuomeninėje veikloje, gerinti gyvenimo kokybę ir sumažinti globėjų našą. Metaanalizę sudarė randomizuotas tyrimas, orientuotas į elgesio problemas ir depresiją, sutampančia su demencija. Iš viso atlikti devyni tyrimai: keturi sensorinės stimuliacijos, trys sutelkti į funkcinę darbo veiklą ir du įtraukti į aplinkos pakeitimą. Autoriai padarė išvadą, kad ergoterapijos intervencijos, sutelktos į sensorinę stimuliaciją, buvo veiksmingiausia priemonė, gerinant elgesio problemas [37].

Ergoterapija – tai spektras, kuris susijęs su žmogaus veikla ir apimantis aštuonias pagrindines sritis: 1) kasdienę veiklą (valgymas, higiena, tualetas, mobilumas ir seksualinis aktyvumas); 2) instrumentinę kasdienę veiklą (buitinės veiklos užduotys; pvz.: namų priežiūra ir pan.); 3) poilsio ir miego; 4) švietimą; 5) darbą; 6) žaidimą; 7) laisvalaikį; 8) socialinį dalyvumą. Iš šių sričių, penkios tiesiogiai susijusios su asmenimis, sergančiais demencija, kurie yra dauguma vyresnio amžiaus žmonės. Šiems asmenims dažniausiai sutrinka: rengimasis, instrumentinės buitinės veiklos užduotys, poilsis ir miegas, laisvalaikis ir socialinis dalyvumas. Ergoterapeuto tikslas, dirbant su asmeniu sergančiu demencija, teikti informaciją apie ligą ir jos padarinius, lavinti kasdienius įgūdžius, mokyti kaip veiksmingai bendrauti, suprastinant veiklą ir teikti paramą globėjams [38].

Ergoterapija atspindi dinamišką ryšį tarp asmens, veiklos ir aplinkos. Asmenims,

sergantiems demencija, ergoterapeutai nagrinėja pacientų veiksnius, veiklos įgūdžius, veiklos modelius, ankstesnius pomėgius ir veiklas, buvusią profesiją ir esamus kasdienes darbus. Ergoterapija yra priemonė, nustatanti geriausius būdus, kaip remti sergantį asmenį, kiekvienoje ligos stadijoje [38].

Žmonės, sergantys Alzheimerio liga ar demencija, dažnai patiria sunkumų išlaikant gebėjimus profesinėje srityje. Atsirandantys sunkumai dažnai prisideda prie pacientų gyvenimo kokybės, jų sveikatos ir gerovės, bei jų globėjų pasitenkinimo. Ergoterapeutai bendraudami su pacientais, didžiausią dėmesį skiria šioms sritims: rengimuisi, poilsiui ir miegui, kasdieninių veiklų atlikimui, švietimuisi, profesinei veiklai, laisvalaikiui ir socialiniam dalyvumui. Ergoterapijos specialistų dažnai prašoma įvertinti ir pateikti optimaliausias intervencijas, kurios padidintų pacientų našumą. Todėl, ergoterapeutai stengiasi palaikyti ar keisti pacientų buvusias profesijas, skatina jų sveikatingumą, gerina gyvenimo kokybę, stengiasi padidinti paciento ir jų globėjų pasitenkinimą gyvenimu [48].

Asmenims sergantiems Alzheimerio liga, svarbu palaikyti esamas funkcijas, kiek įmanoma stengtis pagerinti prarastus gebėjimus. Artimieji bendradarbiaudami su ergoterapeutais ir kitais specialistais gali lengviau suprasti savo artimojo pokyčius, taip sumažindami stresą ir atsirandančią globos našą.

1.3.1 Užimtumo terapija, asmenims sergantiems Alzheimerio liga

Veikla/užimtumas sudaro ergoterapijos profesijos pagrindą. Sąvoka „veikla“ yra vartotina platesne prasme, norint apibrėžti veiksmų visumą, kuriuos atlikdamas žmogus įsitvirtina jį supančiame pasaulyje. Žmogaus veiklos kartu paryškina unikalią žmogaus prigimtį, nes per veiklą žmogus manipuliuoja ir keičia/transformuoja jį supančią erdvę [39].

Užimtumo terapija yra problemų sprendimo procesas. Problemos išsprendimas gali būti problemos įtakos klientui sumažinimas arba esamo funkcionavimo priėmimas. Užimtumo terapijoje problemos sprendimo procesas yra holistinis, t.y., parama asmenims teikiama kompleksiskai. Užimtumo terapeutų požiūriu, emocinė, pažintinė, socialinė, fizinė, jutiminė ir suvokimo sritys yra nedaloma visuma, todėl užimtumo terapijoje yra taikoma nemažai įvairių problemos sprendimo instrumentų. Žvelgiant iš užimtumo terapijos pozicijų, yra tikima, kad kiekvieno individo svarbiausiais poreikis yra prasminga veikla. Sveikas žmogus kasdieninė gyvenimo veiklą sugeba atlikti pozityviai ir efektyviai, tačiau šis procesas gali būti nutrauktas ligos ar negalios. Taigi, užimtumo terapijoje siekiama gerinti kasdieninį funkcionavimą. Pagrindinė užimtumo terapijos vertybė yra pripažinimas, kad kiekvienas asmuo yra unikalus, turintis individualių gebėjimų, problemų, poreikių ir motyvų, socialinės ir kultūrinės patirties

žmogus. Todėl, kiekvienam asmeniui yra reikalinga individuali užimtumo terapijos intervencijų programa, kuri kitam asmeniui gali visai netikti [61].

Ergoterapija pabrėžia, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas ir kiekvienam žmogui būtina prasminga veikla. Sveikatos ir ligos samprata ergoterapijos srityje skiriasi nuo tradicinio požiūrio taikomo medicinoje. Ergoterapija žmogaus sveikatą sieja su jo gebėjimu atlikti kasdienę veiklą, realizuoti save įprastoje socialinėje aplinkoje. Tuo tarpu „ligoniu“ asmuo laikomas tuomet, kai jis dėl tam tikrų priežasčių negali atlikti kurios nors įprastos veiklos, tinkamai savimi pasirūpinti [59].

Ergoterapeutai vadovaujasi ne tik požiūriu, kad veiklos sutrikimas atsiranda dėl tam tikros ligos ar traumos pasekmių, bet ir tiki, kad veiklos trūkumas gali tapti ligos (blogos savijautos) atsiradimo priežastimi. Taigi, ergoterapija sveikatą sieja su veikla. O liga apibrėžiama kaip šios sąvokos priešingybė – veiklos atlikimo sutrikimas. Ergoterapija remiasi principu – tikslinga veikla (užsiėmimas, sujungiantis vidinius ir aplinkos komponentus) yra naudojama sutrikimams išvengti ar juos mažinti, taip pat adaptacijai gerinti [59].

Kim H. atliko tyrimą, kurio metu tyrė grupinės veiklos įtaką, asmenims su Alzheimerio liga ar demencija. Tyrimo metu buvo gaminamas maistas. Maisto gaminimas yra veikla, kai pagyvenę asmenys naudojami savo patirtimi, parinkdami skirtingus gaminimo produktus ir technikas, siekiant gero patiekalų skonio. Į maisto gamybą integruojamas ir darbo aplinkos valymas. Šiame procese naudojamos pažinimo, fizinės ir socioemocinės sritys. Tyrimo metu buvo vykdoma kepimo veikla. Tokių veiklų atlikta 12. Gauti depresijos ir pažinimo, statistiškai reikšmingi rezultatai, matuojant Geriatrijos depresijos skale, Korėjos versija (GDS7) ir Trumpuoju protinės būklės tyrimu, Korėjos versija (MMSE-K) [36].

Atlikti tyrimai rodo, kad grupinė terapija, tokia kaip sodininkystė, gerina asmenų, sergančių demencija ar Alzheimerio liga, pažinimo funkcijas. Muzikos terapija padidina pažintines funkcijas pagyvenusiems asmenims, o sergantiems demencija, sumažina depresijos simptomus. Meno terapija turėjo statistiškai reikšmingą poveikį, asmenims sergantiems lengvos stadijos Alzheimerio liga. Ši terapija pagerina pacientų gyvenimo kokybę, tačiau neturi reikšmingos įtakos pažintinėms funkcijoms [36].

Gautų tyrimų rezultatai yra priešaringi, nes sergantiems demencija senyviems žmonėms sunku mokytis naujų dalykų, dėl pažintinių funkcijų sutrikimų, taip pat dėl dėmesio koncentracijos stokos. Todėl pacientams, reikėtų duoti veiklą su kuria yra susipažinę. Išmokta veikla lavina atmintį, suteikia teigiamas emocijas. Atliekant naują intervencijos metodą, asmuo jaučia stresą, veikla nesuteikia malonumo ir teigiamų emocijų [36, 37].

Pacientai, kurie serga Alzheimerio liga, paprastai patiria neuropsichinius simptomus, kurie mažina jų gyvenimo kokybę. Šių simptomų farmakologinis gydymas yra ribotas ir

mažai efektyvus. Bree C. su kitais mokslininkais atliko tyrimą, kurio metu siekė išsiaiškinti dailės terapijos naudingumą asmenims sergantiems demencija ir AL. Atlikta literatūros analizė, taip pat analizuota keletas atvejų. Atvejų tyrimai rodo, kad dailės terapija sutelkia dėmesį, teikia malonumą ir pagerina neuropsichinius simptomus, socialinį elgesį ir savigarbą [47].

Hattori H. su kolegomis atliko tyrimą, kurio metu siekė įvertinti meno terapijos naudą, lyginant su skaičiavimo mokymu pacientams, sergantiems lengvos stadijos AL. Įvertinti 39 pacientai, sergantys Alzheimerio liga, kuriems nustatyti pažintinių funkcijų sutrikimai, tačiau gydos ambulatoriškai. Sudarytos dvi grupės: meno terapijos ir kontrolinė (atlikta mokymosi terapija, naudojant skaičiavimą). Intervencijos buvo atliekamos vieną kartą per savaitę, 12 savaitių. Grupės vertintos prieš ir po gydymo, naudojant Trumpą protinės būklės tyrimą, kiekvienoje grupėje gautas reikšmingas pagerėjimas, meno terapijos grupėje ($p=0,014$), kontrolinėje ($p=0,015$). Meno terapijos grupėje, gautas reikšmingas pagerėjimas, vertinant pacientų gyvenimo kokybę, lyginant su kontroline grupe. Gautos išvados rodo, kad asmenims, sergantiems AL, naudinga taikyti meno terapiją. Ši terapija gerina jų motyvaciją, gyvenimo kokybę, suteikia malonumą [49].

Atlikti tyrimai rodo, kad struktūruota muzika gali padidinti dalyvumą, pagerinti socialinius ir emocinius įgūdžius, sumažinti elgesio problemas. Taip pat muzikos terapija lavina atmintį ir kalbos įgūdžius asmenims, sergantiems demencija ar Alzheimerio liga. Be to tyrimais įrodyta, kad muzikos intervencijos, puiki alternatyva vaistams ir fiziniams apribojimams, valdant elgesio problemas susijusias su liga. Pirmą kartą muzikos terapiją apibrėžė 1978 metais Munro ir Kalno. Šie mokslininkai tyrinėjo muzikos įtaką žmogaus fiziologijai, psichologijai ir emocijoms, esant ligai ar negaliai [50].

Amerikos Muzikos terapijos asociacija (AMTA) muzikos terapiją apibrėžia kaip intervenciją, kurią galima atlikti vykdant individualius tikslus. Terapija gali būti vykdoma kaip grupiniai užsiėmimai. Jie gali būti formalūs ar neformalūs, naudojant muziką, dainą ir/ar perkusiją su asmeniu ar grupe. Derinant muziką ir dainavimą, galima pasiekti kalbos pagerėjimo. Muzika aktyvuoja kelias smegenų sritis, susijusias su emocijomis. Asmenims sergantiems demencija, muzika gali paskatinti motorinę veiklą ir atminties pagerėjimą [50].

Guetin S. su kitais mokslininkais atliko literatūros apžvalgą, kurios tikslas pristatyti muzikos terapiją Prancūzijoje, jos metodus, mechanizmą ir pagrindinius pokyčius, Alzheimerio ligos kontekste. Buvo atliekama literatūros apžvalga įvairiose duomenų bazėse, atliekama muzikos terapija, pasitelkiant muzikos specialistus ir psichosocialinius metodus. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad muzikos terapija daugiausia veikia emocijas ir psichofiziologiją. Ji apima įvairius metodus, kurie gali būti nukreipti į tikslines grupes. Kiti

tyrimai parodė, kad muzikos terapija mažina nerimą, esant depresijos pasikartojimams, taip pat mažina agresyvų elgesį. Ši terapija pagerina nuotaiką, bendravimo ir savarankiškumo įgūdžius. Tyrimo išvados: muzikos terapija gali palaikyti ar atkurti funkcinis pažinimo ir jutimo gebėjimus, taip pat emocinius ir socialinius įgūdžius, gali sumažinti kai kuriuos elgesio sutrikimus [64].

Clément S. su kitais mokslininkais atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo trumpalaikių ir ilgalaikių muzikos ir maisto ruošimo intervencijų poveikį emocinei gerovei, asmenims, sergantiems Alzheimerio liga. Šios dvi malonios veiklos (pvz.: klausytis muzikos ir valgyti saldumynus), kurios buvo atliekamos kartu (pvz.: groti ir dalintis patirtimi apie tortų gaminimą) buvo lyginamos tarp dviejų grupių. Intervencijos truko keturias savaites, jų poveikis buvo nuolatos vertinamas intervencijos pradžioje ir pabaigoje. Taip pat prie, per ir po intervencijos buvo vertinama emocinė būklė. Tyrimo rezultatai atskleidžia trumpalaikę muzikos ir maisto ruošimo intervencijos naudą, gerinant emocinę būklę. Tačiau ilgalaikė nauda nustatyta tik po muzikos intervencijos. Gauti rezultatai rodo, kad ne vien farmakologinis gydymas gali pasiūlyti perspektyvius metodus, siekiant pagerinti sergančių asmenų gyvenimo kokybę, emocinę gerovę [66].

Alzheimeriu sergantiems asmenims, kurie gyvena globos namuose, atsiranda poreikis prasmingai ir įdomiai intervencijai, siekiant pagerinti nuotaiką ir elgesį. Viena iš tokių veiklų gali būti šokiai. Atlikti tyrimai rodo, kad šokis kaip veikla, gerina nuotaiką gyventojams ir globos namų personalui. Atlikta duomenų bazių medžiagos analizė, siekiant išsiaiškinti šokio intervencijos poveikį asmenims sergantiems demencija ar Alzheimerio liga. Atlikus analizę, paaiškėjo, kad trūksta duomenų apie šokio naudą sergantiems asmenims. Šokis suteikia malonumą, bet neaišku ar tai gali pagerinti socialinį elgesį. Taigi reikalingi tolimesni tyrimai, norint sužinoti šokio įtaką žmogaus sveikatai [51].

Užimtumo veiklos skatina sergančių asmenų dalyvumą, gerina nuotaiką, atliekant veiklą jaučiamas malonumas. Todėl pacientai esantys namuose ar globos įstaigose turėtų užsiimti mėgiama veikla.

1.3.2 Kūrybiniai veiklų taikymo ypatumai ergoterapijoje, sergantiems Alzheimerio liga

Amerikos ergoterapijos asociacija ergoterapiją apibrėžia kaip gydymą kasdiene veikla, darbu arba laisvalaikio užsiėmimais, siekiant padidinti pacientų savarankiškumą, sustiprinti socialinę raidą ir išvengti negalios. Ergoterapija apima adaptaciją aplinkoje, didžiausio nepriklausomumo siekimą ir gyvenimo pilnatvės gerinimą. Ergoterapeuto profesija buvo

pagrįsta užimtumo ir dalyvavimo principais ir šie principai tapo svarbiausiomis sveikatos srities sąvokomis. Ergoterapijos praktika grindžiama prasminga veikla, kurios nebuvimas yra pagrindinė grėsmė žmogaus sveikatai [58].

Psichinę sveikatą lemia teigiama emocinė ir dvasinė būseną, suteikianti žmogui galimybę džiaugtis gyvenimo pilnatve, saviraiškos galimybe. Meno terapijos procesas paremtas tuo, kad žmogaus mintys ir emocijos yra užkoduotos pasąmonėje ir jos aiškiau išreiškiamos vaizdais, muzikos garsais, šokio judesiais, dramos išraiškos metodais, o ne žodžiais. Jos esmę sudaro veiklos, kurios metu kas nors kuriama, poveikis. Čia svarbiausia – procesas ir žmogus, o menas naudojamas kaip nežodinės komunikacijos priemonė, kaip būdas išsakyti sumišusius, ne iki galo suprastus jausmus, siekiant suteikti jiems aiškumo ir tvarkos [52].

Kaip teigia R. Kučinskienė, menas, kaip viena seniausių žmogaus kūrybinės, emocinės, jausmų ir minčių saviraiškos priemonių, leidžia atskleisti suvokiamą ir nesuvokiamą žmogaus vidinę ir išorinę realybę. Meno terapija pagrįsta supratimu, kad mūsų kūriniai gali padėti suvokti kas esame, padėti išreikšti jausmus ir mintis, kurių negalime išreikšti žodžių pagalba. Ji ne tik teikia mums didelį malonumą ir estetinį pasitenkinimą, bet ir skatina savęs pažinimą, ugdo mus kaip asmenybes, lavina jautrumą ir, kas svarbiausia, gydo kūną bei sielą [60].

Literatūros duomenimis demenciją galima gydyti nefarmakologinėmis intervencijomis. Kurios veiksmingos gydant bendrus neuropsichinius simptomus (pvz.: susijaudinimą, depresiją, pasyvumą, agresijas) ir gerina gyvenimo kokybę. Šios intervencijos apima elgesio terapiją, multisensorinę stimuliaciją, pažinimo lavinimą, mankštos terapiją, rekreacijos terapiją. Menai terapiniu tikslu, visai neseniai pradėti naudoti ir plėsti, gydant demenciją. Atlikti preliminarūs menų ir kitų kūrybinių metodų tyrimai, parodė, kad menai pagerina bendravimą, dėmesį, suteikia malonumą, taip pat sumažina neuropsichinius simptomus, sergant demenciją [53].

Ergoterapeutas gali organizuoti: piešimo, tapymo, keramikos, medžio darbų, mezgimo, audimo, maisto gamybos, floristikos, fotografijos, dainavimo, šokio, grojimo, poezijos kūrimo ir dramos grupes. Atliekami tyrimai, kurių metu sergantys asmenys, piešia įvairius piešinius. Didžiausias dėmesys sutelkiamas spalvų parinkimui, detalių išdėstymui. Atliktas atvejo tyrimas, kai depresija serganti moteris, naudoja medžio tapymo metodą. Tyrimo metu pacientė tapė simbolinius medžius, atspindinčius penkias skirtingas kartas: medis simbolizuojantis jos dabartinį gyvenimą, vaikystę, paauglystę, brandą ir medis simbolizuojantis jos ateitį. Medžių piešiniai buvo naudojami kaip atskaitos taškas, leidžiantys pacientui papasakoti savo gyvenimo istoriją. Atsižvelgiant į nupieštus piešinius, atspindinčius

vidinę paciento savijautą, specialistai gali parinkti tinkamiausia gydymą [54].

Kūrybinės veiklos, kurios padeda sergančiam asmeniui susikaupti ir įsigilinti į veiklą:

- **Mandalų piešimas.** Kuris leidžia susikoncentruoti ir mažina stresą, padeda sutelkti dėmesį, stirpina saugumo jausmą, nes turi pasikartojančius elementus, leidžia pasireikšti pašamonei, suteikia galimybę pasireikšti individualumui ir spontaniškumui bei padeda pasiekti norimų tikslų [61].
- **Piešimas.** Gerina psichikos sveikatą, lavina kūrybišką mąstymą, skatina pasitikėjimą savimi, gerina bendravimo, dėmesio sutelktumo įgūdžius. Užsiėmimų metu būtinas paskatinimas, padrąšinimas [61].
- **Meninis siuvinėjimas.** Atliekamas kryželiu, įvairiais dygsniavimo būdais, kurie pritaikomi pagal pasirinktą eskizą ar piešinį. Užsiėmimų metu patiriamas teigiamas terapinis poveikis, atitrūkstama nuo sveikatos problemų, įgaunama vertingos pažintinės ir lavinimosi patirties, išmokstama palaipsniui siekti užsibrėžtų tikslų. Taip pat auga motyvacija atlikti kūrybinius darbus [61].
- **Mezgimas.** Reikalauja atidumo ir dėmesio, susikaupimo, koncentracijos, atsakingumo, skatinami mąstymo procesai [69].
- **Siuvimo** metu patiriamos teigiamos emocijos, atitrūkstama nuo sveikatos problemų, taip pat išmokstama palaipsniui siekti užsibrėžto tikslo. Auga motyvacija ir pasitikėjimas savo jėgomis [61].
- **Lankstymas iš popieriaus.** Ši meninė veikla skatina mąstymą, dėmesio koncentraciją, instrukcijų laikymąsi [70].

Ergoterapeuto tikslas, dirbant su asmeniu sergančiu Alzheimerio liga ar kitomis demencijomis, kuo ilgiau išlaikyti asmens nepriklausomumą. Specialistas lavina asmens prarastus įgūdžius, jeigu yra poreikis pritaiko aplinką ar kompensacinę techniką. Taip pat atsižvelgiant į pažintinių funkcijų sutrikimus, parenkamos intervencijos, kurios pacientui suteikia teigiamų emocijų, padeda prasmingai praleisti laisvalaikį [55].

Dar vienas nefarmakologinis, Alzheimerio ligos gydymo būdas, tai smegenų aktyvinimo rehabilitacija, kuri susideda iš penkių principų: 1) malonus bendravimas ir jauki atmosfera; 2) veiklos, padedančios užmegzti ryšį tarp terapeuto ir paciento; 3) terapeuto pagyrimai ir paskatinimai pacientui, didinant motyvaciją; 4) specialistai turėtų kiekvienam pacientui parinkti tokias veiklas, kurios atitiktų jų gebėjimus ir skatintų socialinį bendravimą; 5) veiklos turi užtikrinti malonią atmosferą ir palaikyti paciento orumą. Smegenų aktyvinimo rehabilitacijos tikslas yra didinti pacientų motyvaciją, palaikyti ir gerinti likusių funkcijų naudojimą. Padidėjusi motyvacija, gali pagerinti pažintines funkcijas, sergantiems asmenims. Esant elgesio problemoms ir psichologiniams simptomams, sergant demencija ar AL, svarbu

gerinti kasdienės veiklos atlikimą, taip pat svarbu skatinti, keisti požiūrį į esamą gyvenimą [56].

Ergoterapeutas, dirbdamas su asmenimis sergančiais Alzheimerio liga, siekia išlaikyti jų produktyvumą profesinėje veikloje, savigarbą, padeda surasti laisvalaikio praleidimo būdus. Pacientai bendradarbiaudami su ergoterapeutais, gali išlaikyti savo optimalų veikimo lygį kasdieniniame gyvenime. Taip pat specialistai padeda susidėlioti kasdienines veiklas, kad jų atlikimas kuo mažiau keltų streso ar sumaišties [57].

Apibendrinant šį skyrių, galime teigti, kad meninė veikla, skatina sergančius asmenis bendrauti, keistis patirtimi, išreikšti savo jausmus, kurių nepasako žodžiais. Tokiu būdu gerinama savijauta, suteikiamos teigiamos emocijos, didinama motyvacija, kuri gali sumažinti pažintinių funkcijų sutrikimus ar atitolinti jų atsiradimą. Maloni veikla gali sumažinti stresą, padidinti savivertę.

1.3.3 Nekūrybinių veiklų taikymo ypatumai ergoterapijoje, sergantiems Alzheimerio liga

Ergoterapija apima pacientų stebėjimą ir jų būklės vertinimą vartojant testus ir matavimus, pasiektų rezultatų įvertinimą. Ergoterapeutai įvertina ne tik fizines, bet ir psichosocialines pacientų funkcijas, nustato jų sutrikimo laipsnį. Ergoterapeutas sudaro pacientui veiklos programą, skirtą negaliai įveikti [58].

Ergoterapijos specialistai ugdo pacientų įgūdžius. Įgūdžių ugdymo būdų yra įvairių, pavyzdžiui:

- visos atliekamos užduotys suskirstomos į dalis, taip jas atlikti tampa lengviau; būtina suteikti aiškią ir svarbiausia trumpą informaciją, jeigu yra poreikis, būtina užduotį pakartoti
- atkreipti paciento dėmesį į esminius dalykus, kurie motyvuoja imtis ir baigti veiklą
- reikalingas grįžtamasis ryšys, tarp paciento ir ergoterapeuto, specialistas turi pagirti, paskatinti pacientą, taip padidinama jo savivertė
- būtina užduotį demonstruoti, taip lengviau suprantama, kaip reikia atlikti užduotį, užkertamas kelias pasitikėjimo savo jėgomis mažėjimui [59].

Dar viena labai svarbi sritis, tai socialinių įgūdžių ugdymas. Šie įgūdžiai mokomi keliais metodais:

- tiesiogiai parodant, kaip naudoti žodinį ir nežodinį bendravimą

- suvaidinti tam tikrus vaidmenis
- modeliuojant bendravimą tam tikromis aplinkybėmis (pvz.: paklausti tam tikros informacijos, pasakyti komplimentą ir pan.) [59].

Svarbu lavinti ir palaikyti savarankiškam gyvenimui reikalingus įgūdžius, tokius kaip tinkamai pasirinkta apranga, asmens higiena, tvarkymasis buityje, struktūruotos veiklos pasirinkimas, dienos režimo laikymasis ir kt. Ergoterapeutas turi paaiškinti artimiesiems, kad svarbu laikytis griežto, nekintamo dienos režimo. Pacientas turi tiksliai žinoti, kada praustis, valgyti, eiti pasivaikščioti, mankštintis, miegoti. Artimiesiems reikia patarti nekeisti įprastos pacientui namų aplinkos ir stengtis ją pritaikyti, kad nepasiklystų, nesusižeistų. Kad pacientas galėtų geriau orientuotis, rekomenduojama neperdažyti sienų, nekeisti užuolaidų, baldų. Svarbu padėti pacientui išvengti streso, kuris skatina ligos atkrytį. Vienas iš pagrindinių ergoterapijos tikslų – siekti, kad pacientas išvengtų atkryčio ir sugebėtų gyventi savarankiškai. Labai svarbu, kad sergantys psichikos ligomis žmonės sugebėtų atpažinti streso sukeltus organizmo pokyčius, išmoktų panaudoti tinkamiausius jiems streso įveikos būdus: savitaigos pratimai, biologinio grįžtamo ryšio metodas, progresuojanti raumenų relaksacija, kvėpavimo metodai, joga, meditacija. Jei stresą sukelia socialinis spaudimas – analizuojami ir koreguojami tarpusavio santykiai, jei išorinės sąlygos – keičiama aplinka: mažinamas triukšmas, didinamas apšvietimas ir pan. [59].

Dar vienasvarbi sritis, kurioje gali padėti ergoterapeutas, tai streso valdymas, mokymas atsipalaiduoti. Stresas neigiamai veikia fizinę ir psichinę sveikatą. Gardiner P. atliko tyrimą, kurio metu siekė išsiaiškinti streso valdymo ir atsipalaidavimo metodų veiksmingumą, mažinant stresą, esant depresijai, skausmui ar nerimui. Ši programa gali sumažinti stresą esant lėtinėms ligoms. Atliktas tyrimas rodo, kad streso valdymo ir atsipalaidavimo metodas yra paplitęs ir naudojamas, įvairialypėse ligoninėse su įvairaus amžiaus pacientais [62].

Streso valdymo ir atsipalaidavimo metodai apima proto - kūno terapiją, tokią kaip jogą, gilų kvėpavimą, meditaciją ir panašius būdus. 2007 metais atlikus Nacionalinės sveikatos tyrimą, apklausos būdu išsiaiškinta, kad 19 proc. JAV suaugusiųjų naudoja proto – kūno technikas. Šios technikos mažesnis naudojimas yra Afrikos ir Amerikos (15 proc.) ir Ispanų (11 proc.) suaugusiųjų [62].

Atliktų tyrimų duomenimis, reguliarūs fiziniai pratimai naudingi esant psichiniams sutrikimams. Ergoterapijos užsiėmimų metu yra atliekamos aktyvios su įvairiomis ergoterapinėmis priemonėmis ir pasyvios – be jokių priemonių mankštos. Esant pastoviam fiziniam aktyvumui, gaunamas teigiamas poveikis nervų sistemai, gyvenimo kokybei, sumažinami psichologiniai simptomai. Tyrimai, tiriantys įvairių fizinių mokymo intervencijų veiksmingumą mažinant sunkių psichikos ligų, tokių kaip Alzheimerio liga, demencija,

šizofrenija arba sunkus depresinis sutrikimas, rodo, kad fiziniai pratimai gali sumažinti depresijos simptomus, psichozę, demenciją ir svarbiausia gali apriboti ligos progresavimą. Fiziniai pratimai gali būti gydymo strategija, kuri gerina gyvenimo kokybę, sumažina fizines ligas, esant psichikos sutrikimams [63].

Hooghiemstra A., Eggermont L. ir kiti bendraautorai, 2012 metais atliko tyrimą, kurio metu siekė išsiaiškinti fizinio aktyvumo naudą, pažintinėms funkcijoms. Buvo tiriami nesportuojantys, vyresnio amžiaus žmonės, kurie kasdien užsiima fizine veikla. Kitą grupę sudarė asmenys, sergantys Alzheimerio liga. Tyrimo rezultatai rodo, kad fizinis aktyvumas sveikiems vyresnio amžiaus asmenims pagerina vykdomąsias funkcijas, tokias kaip darbinė atmintis. Tačiau sergantiems asmenims, fizinio aktyvumo nauda yra ribota, todėl gauti mišrūs rezultatai. Atlikti tolimesni tyrimai parodė teigiamą pratimų poveikį, pažintinėms funkcijoms, vyresnio amžiaus asmenims, kuriems gresia Alzheimerio liga. Tačiau teigiamo poveikio, pažintinėms funkcijoms nepastebėta, vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems vidutinio sunkumo demencija. Dauguma demencija sergančių asmenų, kenčia nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad fizinio aktyvumo poveikis, buvo rastas sveikų, vyresnio amžiaus asmenų grupėje, kuriems yra lengvas pažintinių funkcijų sutrikimas ir asmenims, kuriems gresia Alzheimerio ligos išsivystymas. Bet teigiamų fizinio aktyvumo poveikio negauta, grupėje, kurioje asmenys sergantys vidutinio sunkumo demencija [67].

Svarbi sritis, kurioje gali padėti ergoterapeutas, tai namų aplinkos pritaikymas. Sergantiems asmenims ar turintiems negalią svarbu, pritaikyti namų aplinką, nes tinkamai pritaikyta aplinka padidina funkcinis gebėjimus. Tinkamai pritaikyta fizinė aplinka, padidina sergančių asmenų judėjimo galimybes. Vyresnio amžiaus asmenys, o ypač sergantys, dažnai patiria nelaimingų atsitikimų, tokių kaip griuvimai ir kitos traumos. Asmenys sergantys Alzheimerio liga, patiria didesnę traumų ir griuvimų pavojų, nei bendraamžiai, dėl pažintinių funkcijų sutrikimų. Šiems asmenims, svarbu pritaikyti virtuvę, miegamąjį, tualetą, vonią. Taip pat svarbu pašalinti visus pavojingus, aštrius daiktus, kuriais galėtų susižeisti, taip pat tinkamoje vietoje laikyti vaistus, dėl apsinuodijimo rizikos [68].

Apibendrinant šį skyrelį, galime teigti, kad ergoterapijos intervencijos, asmenims sergantiems Alzheimerio liga yra veiksmingos ir efektyvios. Kiekvienam asmeniui individualiai sudaryta ergoterapijos gydymo programa, gali pristabdyti ligos progresavimą. Specialistas dirba, ne tik su sergančiu asmeniu, bet ir su jų artimaisiais/globėjais. Šeimos nariams suteikiama informacija apie paciento būklę, teikiami patarimai namų aplinkos pritaikymo klausimais. Taip pat ergoterapeutas atlikdamas intervencijas gerina pacientų pažintines funkcijas, kurių dėka gerėja kasdieninių veiklų atlikimas.

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1 Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliktas „Fabijoniškių socialinių paslaugų namuose”, 2016 11 mėn. - 2017 02 mėn. Tyrime dalyvavo 32 tiriamieji, kuriems nustatyta Alzheimerio liga.

Pagrindiniai atrankos kriterijai:

- 75-90 metų amžius;
- Fabijoniškių socialinių paslaugų namus lankantys asmenys, sergantys Alzheimerio liga, savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime ir pasirašę „Tiriamąjo asmens sutikimo formą”.
- pagal Alzheimerio ligos įvertinimo skalę (angl. ADAS) surinkę ne mažiau kaip 25 balus.

Atmetimo kriterijai:

- jaunesni nei 75 metų amžiaus asmenys, sergantys Alzheimerio liga;
- pagal Alzheimerio ligos įvertinimo skalę (angl. ADAS) surinkę daugiau kaip 50 balų;
- asmenys, sergantys Alzheimerio liga, savanoriškai nesutikę dalyvauti tyrime ir nepasirašę „Tiriamąjo asmens sutikimo formos”;
- asmenys, sergantys Alzheimerio liga, ilgiau nei 15 metų.

Tikslinės atrankos būdu į formuojamas grupes, buvo įtraukiami asmenys, sergantys Alzheimerio liga, lankantys Fabijoniškių socialinių paslaugų namus. Grupės sudaromos atsitiktine tvarka. Tiriamųjų amžius nuo 75 iki 89 metų (moterys 75 proc. (n=24) ir 25 proc. (n=8) vyrai). Tiriamąją grupę sudarė 16 asmenų, kontrolinę – 16 asmenų. Visiems asmenims, atsižvelgiant į jų poreikius ir norus, buvo taikoma ergoterapija grupėse naudojant dvi skirtingas veiklas. Tiriamųjų grupėje taikytos kūrybinės veiklos, o kontrolinėje grupėje – nekūrybinės veiklos.

Tyrimo eiga: iš viso įvyko 17 kūrybinių veiklų, ergoterapijos užsiėmimų – tiriamajai grupei, 17 nekūrybinių veiklų, ergoterapijos užsiėmimų – kontrolinei grupei. Vieno užsiėmimo trukmė 60 minučių. Užsiėmimai vyko penkis kartus per savaitę. Tyrimo sąlygos, visiems tiriamiesiems sudarytos vienodos. Testavimas vyko kiekvieno ergoterapijos užsiėmimo pabaigoje, 17 kartų, vertinimą atliko ergoterapeutas.

Taikytos kūrybinės veiklos:

- **Mandalų piešimas.** Kiekvienam tyrimo dalyviui buvo pateikiamas popieriaus lapas bei piešimo priemonės. Užsiėmimo tikslas – sukurti savo mandalą [61].

Tiriamieji patys rinkosi piešimo įrankius, ornamentus, figūras, simbolius ir detales, kurias naudojo piešiant mandalą. Vyko viena veikla.

- **Piešimas akvareliniais ir aliejiniais dažais, kreidelėmis, druska, pasteliniais pieštukais, flomasteriais.** Tiriamiesiems buvo išskeltas tikslas – patiems sukurti ir nupiešti piešinį. Tiriamieji turėjo patys sugalvoti temą ir ją perteikti popieriaus lape [61]. Kiekvienas tiriamųjų gavo A3 formato lapą, piešimo priemones. Pateikiamos kelios piešimo priemonės, kad tiriamasis galėtų pats išsirinkti norimas ir jam reikalingas. Vyko keturios piešimo veiklos (10 priedas).
- **Meninis siuvinėjimas.** Darbai pradedami nuo nesudėtingų užduočių, palaipsniui jas vis sunkinant tam, kad asmuo įsitikintų savo sugebėjimo galimybėmis [61]. Tiriamieji užsiėmimo metu galėjo išsirinkti kokio storio ir spalvų siūlus nori naudoti siuvinėjant. Taip pat buvo pateikiamos įvairių spalvų ir storio medžiagos. Išsirinkę medžiagas, siūlus tiriamieji turėjo sukurti nedidelės apimties siuvinį, savo sugalvota tema. Siuvimo techniką tiriamieji galvojo patys. Vyko keturios siuvinėjimo veiklos.
- **Mezgimas.** Mezgimo metu lavinama atmintis, nes yra kartojami tie patys veiksmi, kurių rezultate asmuo ugdo ir stiprina savo įgūdžius, savivertę. Tiriamieji turėjo išsirinkti norimo storio ir spalvų siūlus, mezgimo priemones, kad galėtų numegzti sugalvotą mezginį, pvz., žaisliuką, mažą pintinę ir pan. Mezgimo raštus, techniką ornamentus ir pan., turėjo sugalvoti patys [69]. Vyko dvi mezgimo veiklos (10 priedas).
- **Siuvimas.** Siuvimo darbai pradedami nuo nesudėtingų užduočių, palaipsniui jas vis sunkinant tam, kad asmuo įsitikintų savo sugebėjimo galimybėmis. Tiriamieji galėjo patys išsirinkti norimas medžiagas, siūlus, siuvimo priemones, kad galėtų sukurti nedidelės apimties darbelį, pvz., skiautinį, puodkėlę, žaisliuką ir pan [61]. Vyko trys veiklos (10 priedas).
- **Lankstymas iš popieriaus.** Lankstymas iš popieriaus didina asmens savivertę ir kūrybiškumą. Tyrimo dalyviams buvo pateikiamas įvairių spalvų ir storio popierius, klijai, liniuotės, pieštukai linijų pasižymėjimui [70]. Per vieną užsiėmimą, tiriamasis turėjo sukurti, išlankstyti, suklijuoti darbelį iš popieriaus. Lankstyti buvo galima, tai ką patys sugalvoja, pvz., gėles, laivėlius ir pan. Popieriaus lankstymo užsiėmimai vyko tris kartus (10 priedas).

Taikytos nekūrybinės veiklos:

- **Judesių kartojimas.** Paruošiamoji dalis (15 min.): pratimai judesių koordinacijai ir dėmesiui gerinti, smulkiajai motorikai ir atminčiai lavinti.

Atliekami įvairūs pratimai, naudojant kaladėles, įvairaus stiprumo ergoterapinę masę bei kopėtėles (8 priedas). Kvėpavimo pratimai (10 min.): atliekami statiniai (sėdint, stovint) ir dinaminiai kvėpavimo pratimai, derinami su rankų bei kojų judesiais. Pagrindinė dalis (25 min.): judesiai skirti pečiams, alkūnėms, riešui, pusiausvyrai ir koordinacijai gerinti. Baigiamoji dalis (10 min.): atliekami atsipalaidavimo ir kvėpavimo pratimai. Fizinis aktyvumas stiprina ir gerina asmens sveikatą [71]. Tiriamieji judesių kartojimo metu, imitavo kasdieninių veiklų veiksmus, kuriuos rodė tiriantysis asmuo, pvz., pasilenkimas į priekį, siekiant paimti daiktą nuo žemės; daikto paėmimas ir padėjimas į priešais esančią lentyną; rankų pakėlimai imituojant plaukų šukavimą. Judesių kartojimo metu tiriamieji turėjo tiksliai atkartoti rodomus judesius. Vyko penkios judesių kartojimo veiklos.

- **Maisto gaminimas.** Asmuo, sergantis Alzheimerio liga, prarandą savarankiškumą kasdieninėse veiklose. Gaminimo tikslas – lavinti/palaikyti prarastas asmens funkcijas gaminant maistą, pasirenkant produktus, naudojant juos, laikantis instrukcijų. Tiriamiesiems buvo pateikiami maisto produktai ir receptas bei gaminimo eiga. Laikantis instrukcijų, nurodytų recepte tiriamieji turėjo gaminti maistą, jį susmulkinti, sudėti į reikiamus indus bei tinkamai apdoroti. Vyko šešios maisto gaminimo veiklos.
- **Stalo dėlionės, mozaikos.** Stalo dėlionės, mozaikos skatina teigiamas bendravimo emocijas, įsitraukimą į bendrą veiklą bei bendradarbiavimą. Vyko keturios stalo dėlionių, mozaikų dėliojimo veiklos. Taikytos dėlionės, mozaikos: tiriamiesiems pateikiamos dėlionės, kurias laikantis instrukcijų turi sudėlioti. Dėlionė „Zebras“ – pateikiamas gyvūno zebro paveikslėlis, pagal kurį tiriamasis turi sudėlioti dėlionę. Dėlionė „Skaičiai ir gyvūnai“ – žaidimo metu tiriamasis turėjo sudėlioti korteles, atitinkančias nupieštų gyvūnų skaičių. Taip pat buvo pateikiamos 9 spalvų kortelės, kurias turėjo sudėti į joms skirtą vietą. Šis žaidimas lavina smulkiąją motoriką bei primena skaičių, spalvų, gyvūnų pavadinimus. Mozaika „Spalvotos kaladėlės“ – pateikiama lenta su ornamentais ir trijų spalvų kaladėlėmis. Tiriamasis laikantis instrukcijų turi užpildyti tuščias lentos ornamentų vietas. Šis žaidimas lavina rankų koordinaciją, gerina motorikos įgūdžius (7 priedas).
- **Edukacinių filmukų žiūrėjimas.** Tiriamiesiems buvo rodomi trumpi filmukai, skirti dėmesio, atminties lavinimui. Filmukai: „Spalvos“, „Egzotiniai gyvūnai“, „Veiksmai“. Filmuke „Veiksmai“ buvo rodomi įvairūs buitiniai ir gamtos

veiksmai. Filmukų trukmė nuo 3 iki 6 minučių. Dėl atminties ir dėmesio sutrikimų, tiriamiesiems filmukai buvo rodomi 3-4 kartus, kad būtų geriau įsimenami filmuke atliekami veiksmai. Po filmukų buvo išdalintos kortelės su klausimais ir atsakymais, kuriuose buvo klausama apie tai ką jie matė filmukuose. Klausimai ir atsakymai sudaromi testo pavidalu. Tiriamieji iš kelių atsakymo variantų, turėjo pasirinkti teisingą atsakymą. Filmukų peržiūros, testo užpildymas truko apie 40 minučių, rezultatų aptarimas 20 minučių. Iš viso edukacinių filmukų žiūrėjimo ir aptarimo veiklų vyko dvi (9 priedas).

2.2 Tyrimo metodai

Sociodemografiniai tiriamųjų duomenys sužinomi anketinės (tiesioginės) apklausos metu, taikant tyrėjo sukurtą anketą iš šešių uždarų klausimų (lytis, šeimyninė padėtis, kaip atrodo jūsų įprastinė diena?, kiek šeimos narių gyvena kartu?, ar turi draugų, ar dažnai susitinka su draugais?) ir trijų atvirų klausimų (amžius, ką mėgstate veikti laisvalaikiu?, ką norėtumėte veikti laisvalaikiu?) (2 priedas).

Atliekant tyrimą, naudojami šie tyrimo metodai:

1. Pažintinių funkcijų sutrikimai vertinti pagal **Alzheimerio ligos įvertinimo skalę** (angl. ADAS), tiesioginės apklausos metu. Atliekamos žodžių atsiminimo, žodžių atpažinimo, ilgalaikio atsiminimo, instrukcijų vykdymo, prisiminimo sutrikimo užduotys, kuriomis vertinama atmintis. Kalbos funkcijai įvertinti atliekamos: daiktų ir pirštų įvardijimo, nurodymų vykdymo, žodžių parinkimo, šnekamosios kalbos supratimo, kalbos sklandumo – sutrikimo testai. Vertinama orientacija vietoje, laike, savyje. Praksija šioje subskalėje išdalyta į ideacinę ir konstrukcinę. Nekognityvinių funkcijų vertinimą apima: verksmingumas, depresija, koncentracija/išsiblaškymas, nebendradarbiavimas tiriant, kliedesiai, haliucinacijos, žingsniavimas, padidėjęs motorinis aktyvumas, tremoras, padidėjęs/sumažėjęs apetitas [72] (3 priedas).
2. **Trumpa kognityvinių funkcijų vertinimo skalė** (TKFVS) tyrime naudota, siekiant įvertinti kognityvinių funkcijų sindromą. Vertinimas vyko tiesioginės apklausos metu. Skalė apima įvertinimą: koncentracijos, trumpalaikės atminties sutrikimą, ilgalaikės atminties sutrikimą, orientaciją, funkcionavimą ir rūpinimąsi savimi. Kiekviena kognityvinė funkcija vertinama balais nuo 1 iki 7 [73, 74] (4 priedas).

3. Motyvacija vertinta **Valios klausimynu** (VQ, Kielhofner G, versija 4.1, 2007). Per visus tyrimui organizuotus kūrybinius ir nekūrybinius veiklų užsiėmimus, tiriamieji tiesioginio stebėjimo metu vertinti Valios klausimynu. Šis klausimynas sudarytas iš 14 punktų kuriais įvertinamas: išbandymų ieškojimas, papildomų atsakomybių ieškojimas, energingumas bei dėmesingumas, siekimas atlikti veiklą iki pabaigos, bandymas spręsti veiklose iškilusias klaidas ir problemas, susidomėjimas, naujų dalykų bandymas bei smalsumas. Vertinimą sudaro 4 balų sistema: 1 – pasyvus (neatlieka veiksmų esant palaikymui, struktūrai ar padrąšinimui), 2 – neryžtingas (atlieka veiksmus esant maksimaliam palaikymui, struktūrai ir padrąšinimui), 3 – dalyvaujantis (atlieka veiksmus esant minimaliam palaikymui, struktūrai ir padrąšinimui), 4 – spontaniškas (atlieka veiksmus be palaikymo, struktūros ir padrąšinimo) [75] (5 priedas). Susumavus teiginių įvertinimus, gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 14, maksimali suma 56). Tačiau tiek kūrybinės, tiek nekūrybinės užduotys buvo vertinamos 17 kartų, todėl gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 238, maksimali suma 952). Kuo reikšmė didesnė, tuo didesnė motyvacija, t.y. mažiau reikalingas palaikymas, struktūra ir padrąšinimas atliekant veiksmus. Kiekvienai skalei šiame darbe apskaičiuojama Cronbach alpha: pasiekimas (0,911), gebėjimas (0,929) ir tyrimas (0,935). Šio klausimyno Cronbach alpha yra 0,973.
4. Tiesioginio stebėjimo metu, siekiant įvertinti tiriamųjų, turinčių pažintinių funkcijų sutrikimų, veiklų atlikimą ir dalyvumą, buvo naudota **Visapusiškos užimtumo terapijos vertinimo skalė** (angl. COTE). Ši skalė naudota kiekvienos kūrybinės ir nekūrybinės veiklos pabaigoje. Šią skalę sudaro trys dalys: bendras elgesys (BE), tarpasmeninis elgesys (TE), užduočių atlikimo elgesys (UAE). Kiekviena šios skalės dalis yra vertinama atskirai ir bendrai: 0 – normalus vertinimas (nėra problemų), 1 – minimalus (problemos vienoje srityje), 2 – silpnas (problemos dviejose srityse), 3 – vidutinis (problemos trijose ar keturiose srityse), 4 – žymus (problemos penkiose ar šešiose srityse) [76] (1 priedas). Susumavus teiginių įvertinimus, gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 0, maksimali suma 56). Tačiau tiek kūrybinės, tiek nekūrybinės užduotys buvo vertinamos 17 kartų, todėl gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 0, maksimali suma 952). Kuo reikšmė didesnė, tuo mažesnis dalyvumas, t.y. daugiau yra problemų elgesyje. Kiekvienai skalei šiame darbe apskaičiuojama Cronbach alpha: bendras elgesys (0,985), tarpasmeninis elgesys

(0,985) ir užduočių atlikimo elgesys (0,987). Šios skalės bendra Cronbach alpha yra 0,993.

5. Darbiniai įgūdžiai vertinami tiesioginio stebėjimo metu, naudojant **Darbinių įgūdžių įvertinimo skalę** kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Užsiėmimų metu svarbu įvertinti asmens stipriąsias puses, funkcionavimo problemines sritis. Vertinama: užduoties atlikimas, dėmesio sukaupimas, instrukcijų laikymasis (demonstracinių, žodinių, rašytinių), darbo greitis, organizuotumas, tvarkingumas, kruopštumas, atkaklumas, problemų sprendimas, sprendimų priėmimas, darbinis vaidmuo: lankomumas, punctualumas, atsakomybės prėmimas, patikimumas, reagavimas į autoritetus, reagavimas į vertinimus, bendravimas su kolegomis. Įgūdžių sritys vertinamos balais: 0 – nėra sunkumų, 1 – kai kurie sunkumai, 2 – ryškūs sunkumai [77] (6 priedas). Susumavus teiginių įvertinimus, gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 0, maksimali suma 22). Tačiau tiek kūrybinės, tiek nekūrybinės užduotys buvo vertinamos 17 kartų, todėl gaunamas bendras rodiklis (minimali suma 0, maksimali suma 374). Kuo reikšmė didesnė, tuo daugiau darbinių įgūdžių sunkumų. Kiekvienai skalei šiame darbe apskaičiuojama Cronbach alpha: užduoties atlikimas (0,845) ir darbinis vaidmuo (0,803). Šios skalės bendra Cronbach alpha yra 0,856.

3. STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ

Tyrimo duomenims apdoroti buvo naudojamas statistinis duomenų apdorojimo paketas – SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for Social Science). Grafiniam duomenų vaizdavimui naudota MS Excel 2007 programa.

Taip pat buvo naudojama aprašomoji statistika – dažniai, procentai, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai (parodo duomenų reikšmių sklaidą nuo vidurkio į abi puses).

Siekiant patikrinti skalių vidinį patikimumą, buvo skaičiuojamas Kronbacho alfa koeficientas.

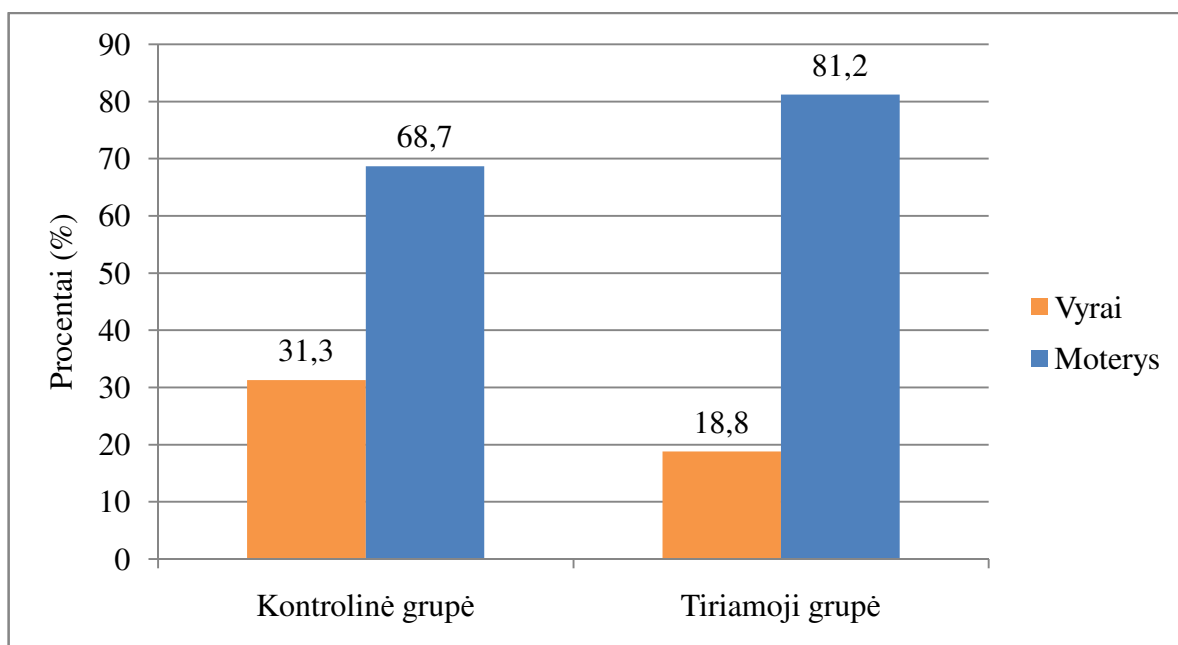
Norint išsiaiškinti, ar tenkinama normalumo sąlyga, buvo apskaičiuojamas Kolmogorovo – Smirnovo kriterijus. Nustatyta, kad kintamųjų skirstinys neatitinka normaliojo skirstinio pagal Kolmogorovo – Smirnovo kriterijų ($p < 0,05$), todėl šiems kintamiesiems negalima naudoti parametrinių kriterijų, nes netenkinama normalumo sąlyga. Naudoti šie neparametriniai statistiniai metodai:

- Pearson chi – kvadratas (χ^2) – nustatyti priklausomybei tarp vardinių ir rangų skalės kintamųjų. Nustatoma priklausomybė tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių valios klausimyno skalių ir teiginių žemesnės ir aukštesnės motyvacijos (pasiekimų skalės – „ieško išbandymų“, ieško papildomų atsakomybių“, „naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį“, „siekia veiklos baigties/atlikimo“; gebėjimų skalės – „bando taisyti klaidas“, „bando spręsti problemas“, „save gerbiantis“, „lieka susidomėjęs“, „nurodo tikslus“; tyrimo skalės – „rodo, kad veikla yra ypatinga ar prasminga“, „rodo pirmumą/pirmenybę“, „bando naujus dalykus“, „inicijuoja veiklas/užduotis“, „rodo smalsumą“), visapusiškos užimtumo terapijos vertinimo skalės mažesnio ir didesnio dalyvumo (bendras elgesys, tarpasmeninis elgesys, užduočių atlikimo elgesys, visapusiškas elgesys), darbinių įgūdžių įvertinimo skalės mažiau ar daugiau darbinių įgūdžių sunkumų (užduoties atlikimas, darbinis vaidmuo, darbiniai įgūdžiai).
- Mann – Whitney U testas – dviejų nepriklausomų imčių lyginimui. Nustatoma priklausomybė tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių valios klausimyno skalių (pasiekimai, gebėjimai, tyrimas, motyvacija), visapusiškos užimtumo terapijos vertinimo skalės (bendras elgesys, tarpasmeninis elgesys, užduočių atlikimo elgesys, visapusiškas elgesys), darbinių įgūdžių įvertinimo skalės (užduoties atlikimas, darbinis vaidmuo, darbiniai įgūdžiai). Statistinio reikšmingumo lygmuo – 0,05.

4. TYRIMO REZULTATAI

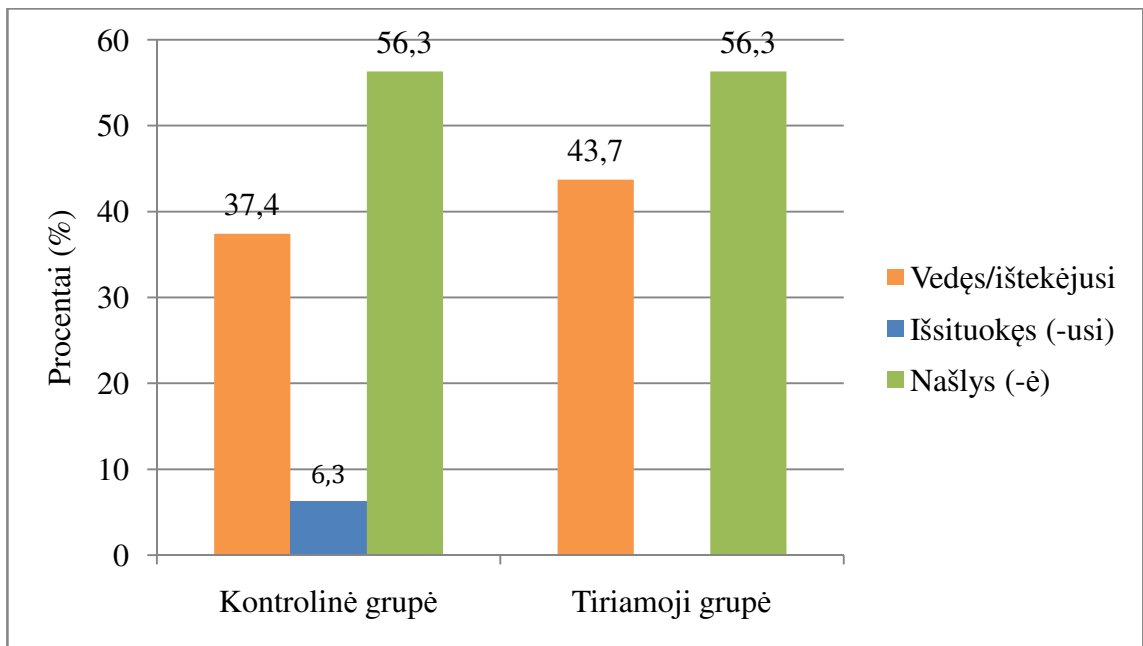
4.1 Sociodemografinės, asmenų sergančių Alzheimerio liga, charakteristikos

Analizuojamos grupės, kurias sudaro asmenys, sergantys Alzheimerio liga: tiriamoji 50 proc. (n=16) ir kontrolinė 50 proc. (n=16) grupės. *Tiriamąją grupę* sudarė (n=3) vyrai ir (n=13) moterys. *Kontrolinę grupę* sudarė (n=5) vyrai ir (n=11) moterys (pav. 1).



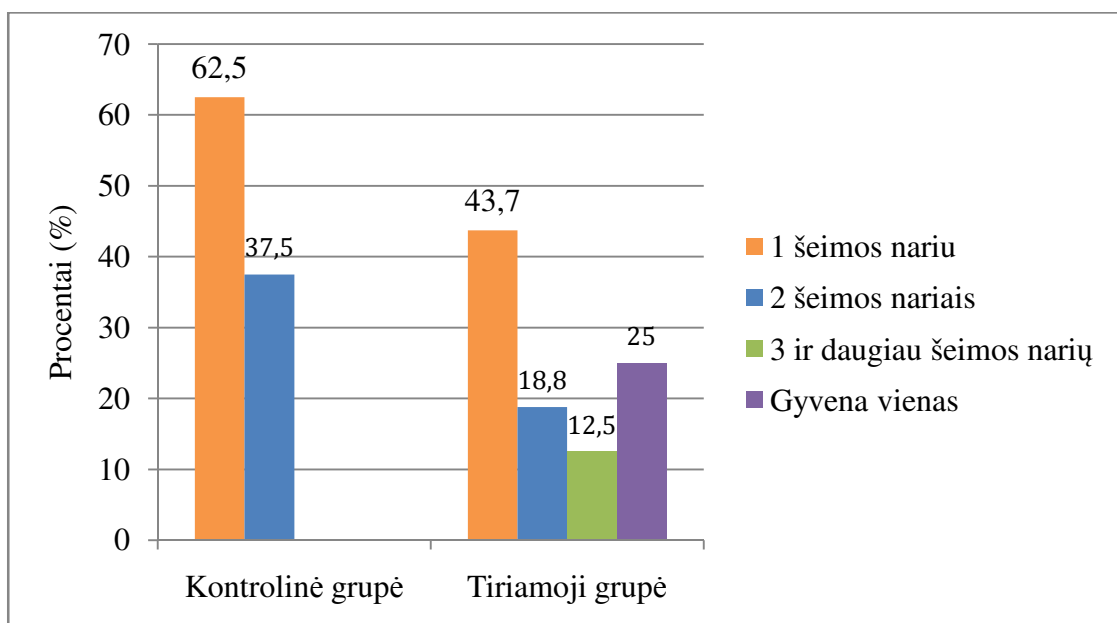
1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį grupėse

Analizuojant šeiminių padėtį, nustatyta, kad *tiriamosios grupės* didžiąją dalį sudarė 43,7 proc. (n=7) vedę/ištekėjusi ir 56,3 proc. (n=9) našlys(-ė), išsituokusių šioje grupėje nebuvo, bet *kontrolinėje grupėje* didesnė dalis buvo našlys(-ė) 56,3 proc. (n=9), nei vedęs/ištekėjusi 37,4 proc. (n=6) ir išsituokęs(-usi) 6,3 proc. (n=1) (pav. 2).



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis grupėse

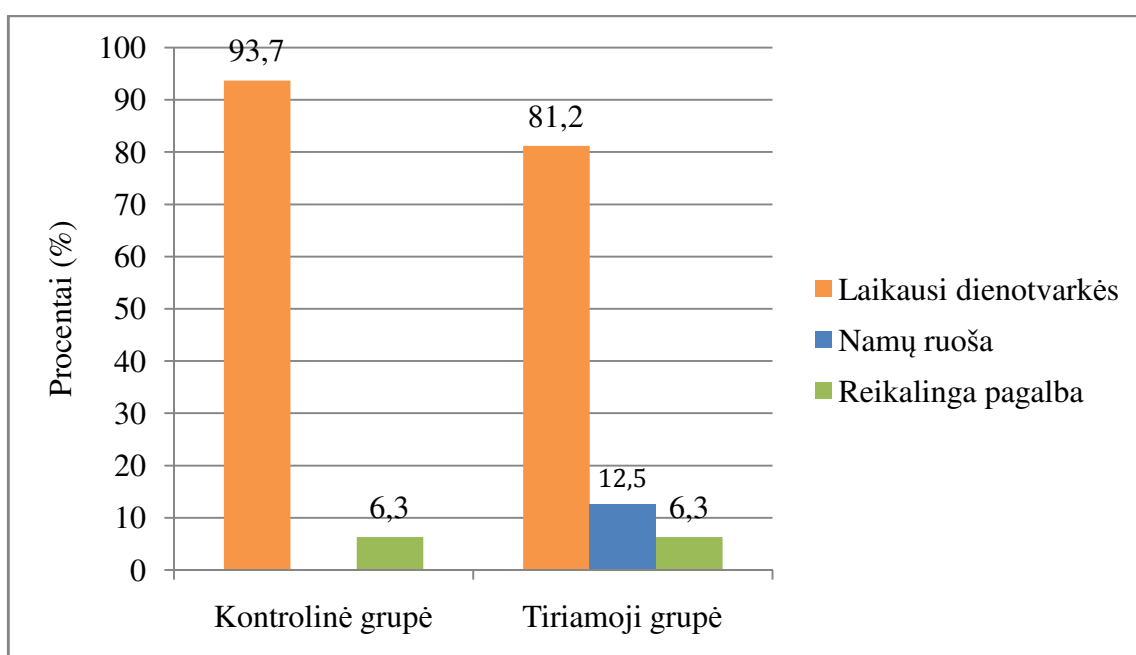
Analizuojant klausimą apie asmenų skaičių, gyvenančių kartu su asmeniu, sergančiu Alzheimerio liga, nustatyta, kad *tiriamajoje grupėje* 43,7 proc. (n=7) asmenų gyvena kartu su vienu šeimos nariu (dukra, sūnumi, vyru). 18,8 proc. (n=3) tiriamųjų gyvena su dviem šeimos nariais (dukra/sūnumi ir jos antra puse). Daugiau nei su trimis šeimos nariais (dukra/sūnumi ir jos šeima) gyvena 12,5 proc. (n=2) ir net 25 proc. (n=4) sergančiųjų Alzheimerio liga, gyvena vieni. Kai *kontrolinėje grupėje* daugiau nei puse 62,5 proc. (n=10) tiriamųjų gyvena su vienu šeimos nariu (dukra, sūnumi, vyru) ir 37,5 proc. (n=6) gyvena su dviem šeimos nariais (dukra/sūnumi ir jos antra puse) (pav. 3).



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal asmenų skaičių, gyvenančių kartu

Nustatyta, kad *tiriamajoje grupėje* net 50 proc. (n=8) tiriamųjų turi draugų(-ių), tačiau tiek pat tiriamųjų 50 proc. (n=8) ir neturi draugų(-ių). Tuo tarpu *kontrolinėje grupėje* daugiau nei puse tiriamųjų neturi draugų(-ių) 81,3 proc. (n=13), o draugų(-ių) turi tik 18,7 proc. (n=3) (12 priedas, pav. 1). Anketinės analizės duomenys parodė, kad nors *tiriamajoje grupėje* net 50 proc. tiriamųjų turi draugų, tačiau su jais susitinka tik 37,4 proc. (n=6). Dažnai su draugais susitikinėje tik 6,3 proc. (n=1) sergantis asmuo, o labai retai arba niekada nesusitikinėja su draugais net 56,3 proc. (n=9) tiriamųjų. Kai *kontrolinėje grupėje* daugiau nei puse apklaustųjų niekada 81,3 proc. (n=13) nesusitinka su savo draugais ir tik 18,7 proc. (n=3) su draugais matosi labai retai (12 priedas, pav. 2).

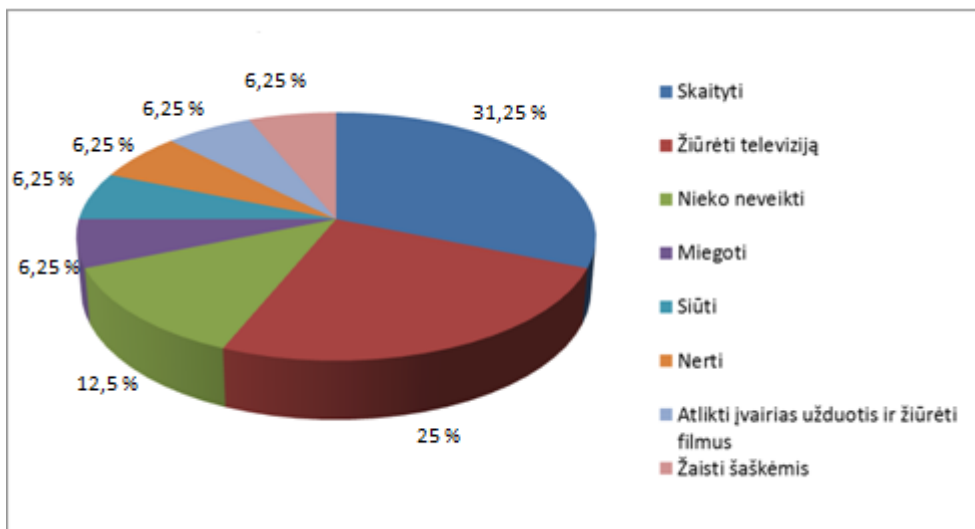
Išanalizavus klausimą apie tiriamųjų įprastinę dieną, nustatyta, kad *tiriamajoje grupėje* net 81,2 proc. (n=13) laikosi dienotvarkės, t.y. lanko „Fabijoniškių socialinių paslaugų namus“ ir dalyvauja jos organizuojamoje veikloje, bei laikosi taisyklių, kiti asmenys 12,5 proc. (n=2) padeda atlikti namų ruošos darbus, atliekamus įstaigoje ir tik 6,3 proc. (n=1) reikalinga personalo pagalba atliekant kasdienes veiksmus. Tuo tarpu *kontrolinėje grupėje* net 93,7 proc. (n=15) tiriamųjų laikosi dienotvarkės ir tik 6,3 proc. (n=1) reikalinga pagalba atliekant kasdienes veiksmus (pav. 4).



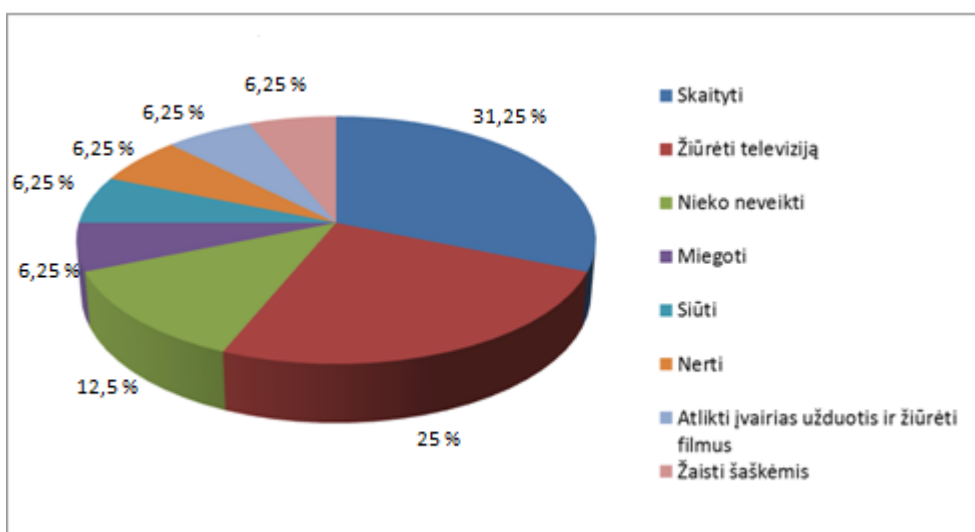
4 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų įprastinė diena

Tyrimo metu surinkti duomenys apie tiriamųjų laisvalaikį, nustatyta, kad tiek *kontrolinėje grupėje*, tiek *tiriamajoje grupėje* laisvalaikio praleidimo būdai nesiskyrė. Abi grupės rinkosi pasyvesnį laisvalaikį 75 proc. (n=12), (t.y. skaito, žiūri televiziją, nieko

neveikia, miega) ir tik 25 proc. (n=4) asmenų laisvalaikį praleidžia aktyviau (t.y. siuva, neria, atlieka įvairias užduotis, žiūri filmus, žaidžia šaškėmis) (pav. 5-6).

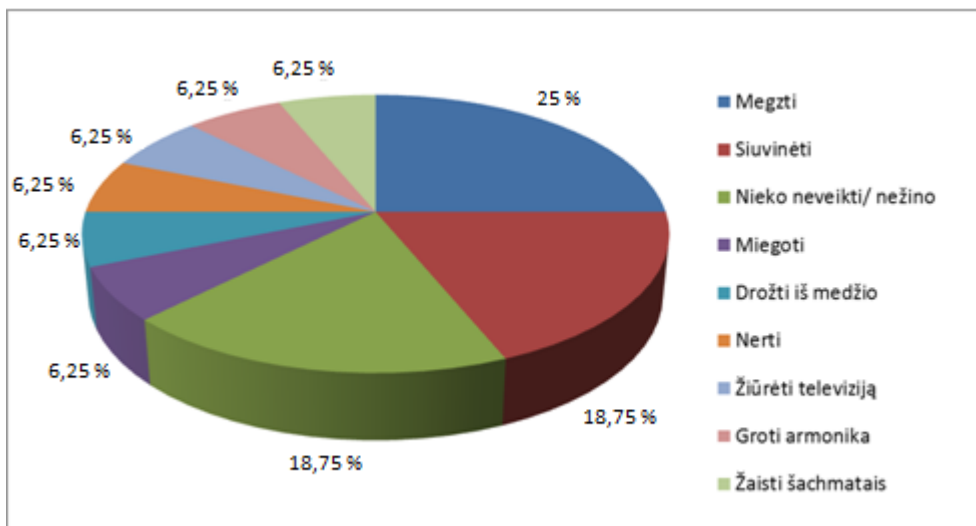


5 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės grupės atsakymai į klausimą „Ką mėgstate veikti laisvalaikiu?“



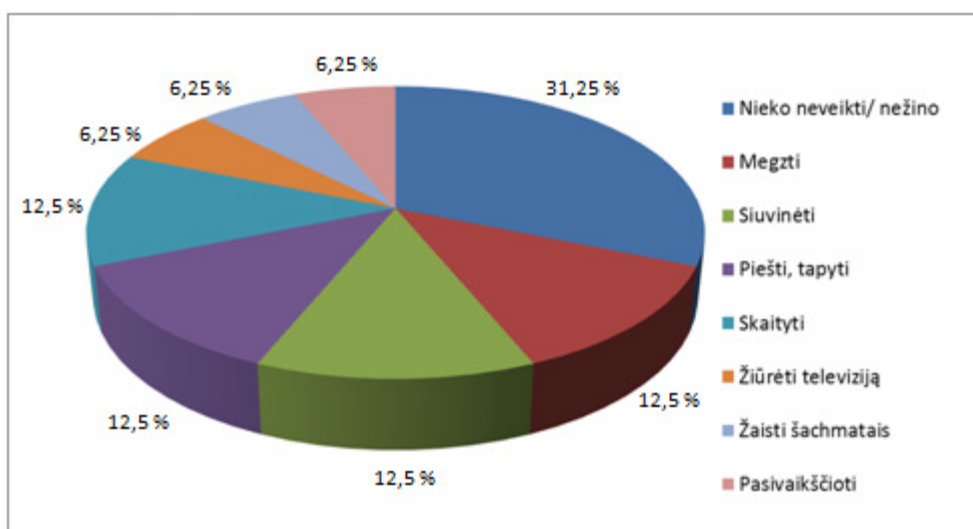
6 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, tiriamosios grupės atsakymai į klausimą „Ką mėgstate veikti laisvalaikiu?“

Anketinės apklausos metu, tiriamųjų klausėme „Ką norėtų veikti laisvalaikiu?“. Tyrimo metu nustatyta, kad *kontrolinėje grupėje* tiriamieji mieliau renkasi pasyvesnį laisvalaikį ir labiau norėtų megzti 25 proc. (n=4), siuvinėti ir nieko neveikti arba nežino kuo norėtų užsiimti net 37,5 proc. (n=6). O laisvalaikiu daugiau miegoti, drožti iš medžio, nerti vašeliu, žiūrėti televiziją, groti armonika/akordeonu ir žaisti šachmatais norėtų net 37,5 proc. (n=6) tiriamųjų (pav. 7).



7 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės grupės atsakymai į klausimą „Ką norėtų veikti laisvalaikiu?“

Tiriamosios grupės taip pat klausėme „Ką norėtų veikti laisvalaikiu?“ tiriamieji. Šioje grupėje daugiau asmenų buvo nežinančių kuo norėtų užsiimti arba nieko nenorintys veikti 31,25 proc. (n=5). Laisvalaikiu megzti, siuvinėti įvairius siuvinius, piešti/tapyti paveikslus, skaityti knygas, žurnalus ir kitus leidinius norėtų net 50 proc. (n=8) apklaustųjų. Laisvalaikiu daugiau asmenų norėtų: žiūrėti televiziją, žaisti šachmatais, eiti pasivaikščioti, tai sudarė net 18,75 proc. (n=3) apklaustųjų (pav. 8).



8 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, tiriamosios grupės atsakymai į klausimą „Ką norėtų veikti laisvalaikiu?“

4.2 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose

Norint sužinoti, kokia yra tiriamųjų, sergančių Alzheimerio liga, motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, buvo nuspręsta palyginti kontrolinės ir tiriamosios grupės motyvacijos tyrimo duomenis (1 lentelė).

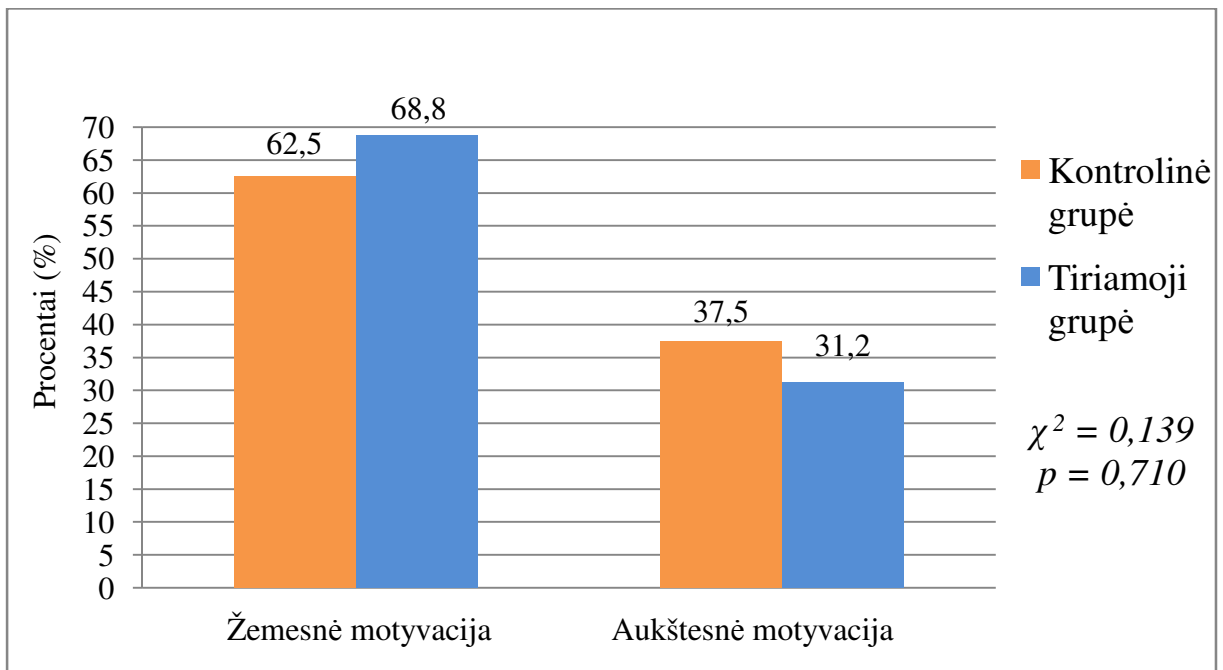
1 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, motyvacijos tyrimo duomenys

Motyvacija	Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16			Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16			<i>p</i>
	Vid. ranga i	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Vid. ranga i	Vidurkis	Stand. nuokrypis	
Pasiekimai	17,69	176,38	12,58	15,31	174,13	21,04	0,473
Gebėjimai	16,22	218,25	14,46	16,78	219,13	28,16	0,865
Tyrimas	17,38	220,56	17,43	15,63	219,13	27,10	0,597
Bendra motyvacija	17,34	615,19	42,95	15,66	612,38	73,48	0,611

n – tiriamųjų skaičius, *p* – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

Pateikti rezultatai rodo (1 lentelė), kad pagal sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, motyvacijos tyrimo duomenis nerasti statistiškai reikšmingai skirtumai ($p > 0,05$). Todėl galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei motyvacijai nėra svarbu, ar pateikiamos kūrybinės, ar nekūrybinės veiklos.

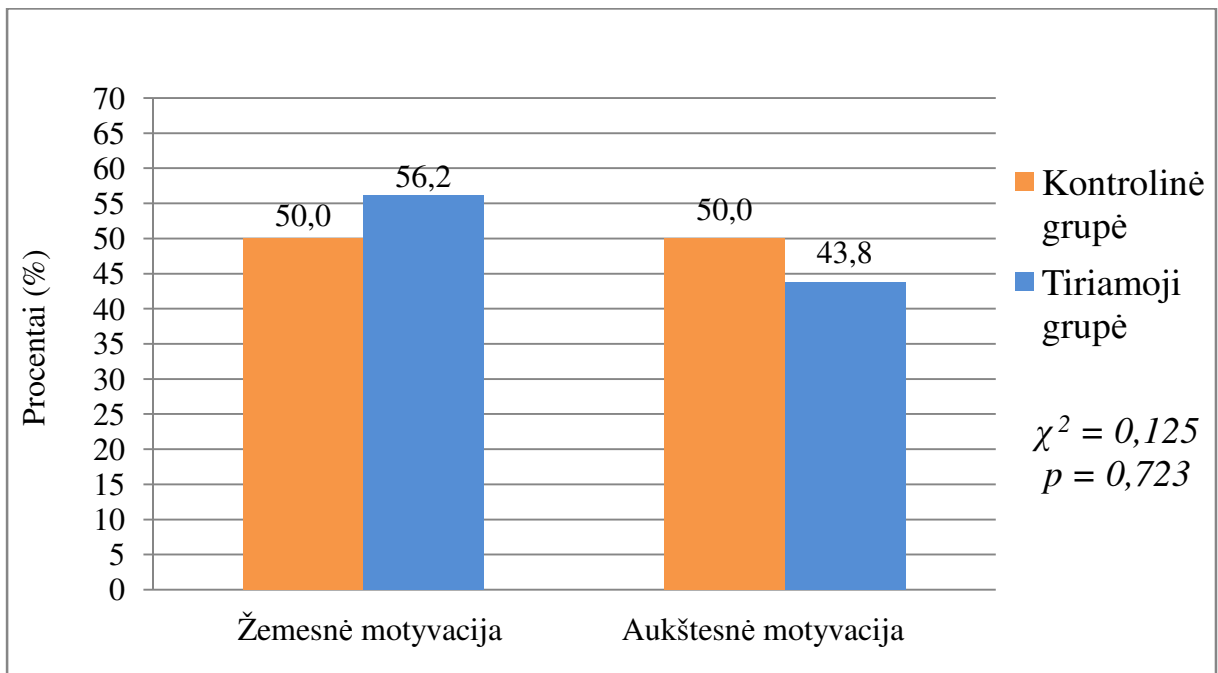
Siekiant išsiaiškinti, kokie motyvacijos bruožai labiau skiriasi tarp sergančiųjų Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, buvo nuspręsta lyginti motyvacijos ir jos tyrimo duomenis, bei kiekvieną skalės teiginį. Tačiau dėl mažo tiriamųjų skaičiaus ir atsakymų pasiskirstymo sunku interpretuoti kiekvieno teiginio duomenis, todėl analizė kartojama su dviem atsakymo variantais, t.y. kiekvienos skalės ir teiginių atsakymus padalinome į dvi dalis, atsižvelgiant į kiekvienos skalės ar teiginio vidurkį. Pirmiausia yra palyginami tiriamosios ir kontrolinės grupės tiriamųjų motyvacija (pav. 9). Išsamesni duomenys (11 priedas, 1 lentelė).



9 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos duomenų palyginimas

Duomenys rodo (pav. 9), kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad dauguma tiriamųjų, kontrolinės grupės (62,5 proc.) ir tiriamosios grupės (68,8 proc.), pasižymi žemesne motyvacija, o likusieji tiriamieji – aukštesne (kontrolinės grupės 37,5 proc., tiriamosios 31,2 proc.). Todėl galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei motyvacijai nėra svarbu, kokios bus pateikiamos veiklos: kūrybinės ar nekūrybinės veiklos.

Toliau yra lyginami sergančių Alzheimerio liga tiriamosios ir kontrolinės grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės duomenys (pav. 10). Išsamesni duomenys (11 priedas, 2 lentelė).

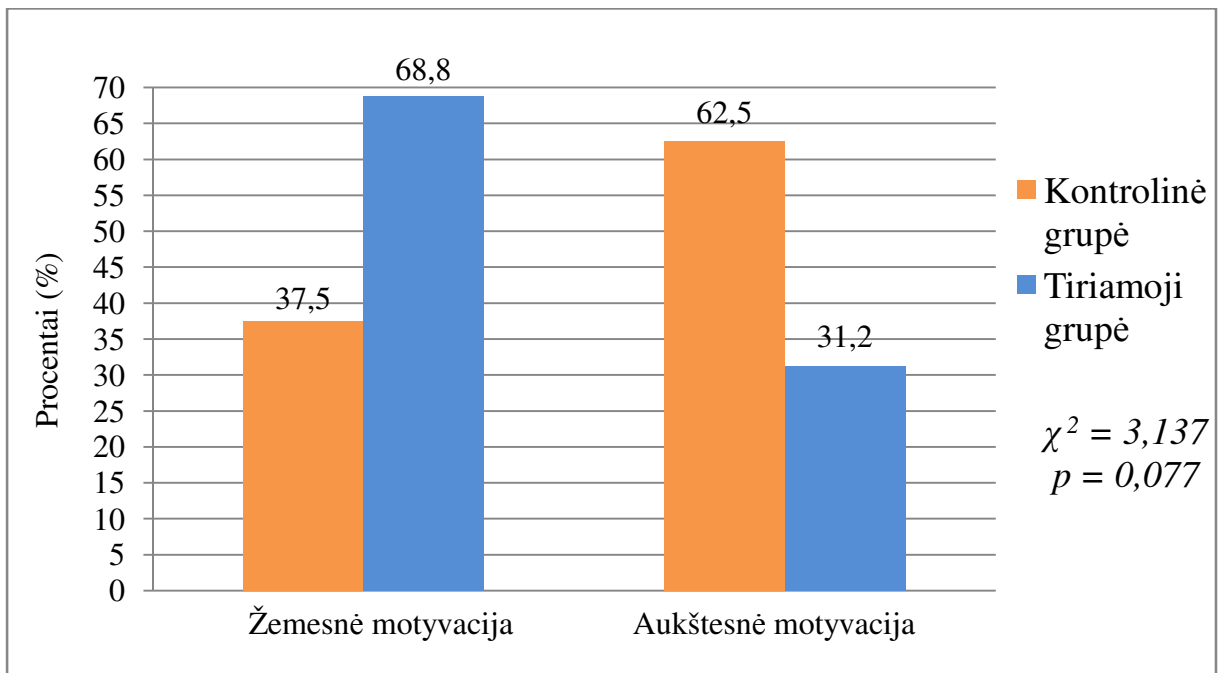


10 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės duomenys

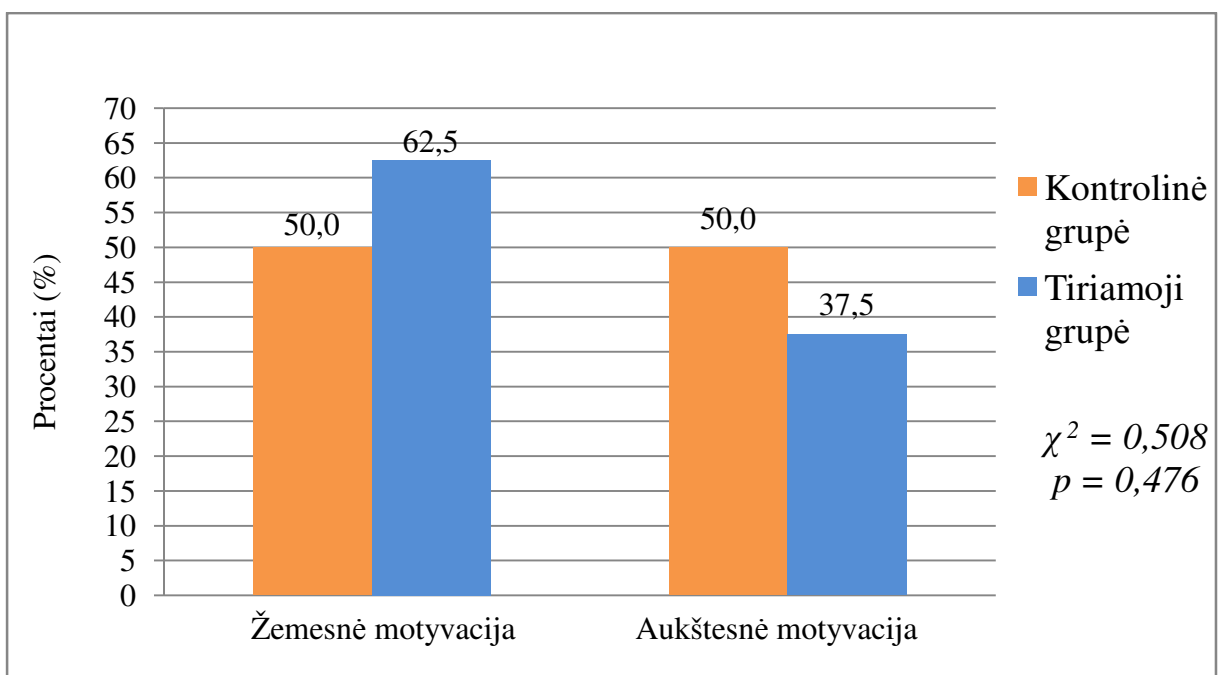
Iš pateiktų duomenų matyti (pav. 10), kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (56,2 proc.) pasižymi žemesne pasiekimų motyvacija nei aukštesne (43,8 proc.). Kai tuo tarpu kontrolinės grupės tiriamieji vienodai įvertino, jog vienų tiriamųjų motyvacija yra žemesnė, kitų – aukštesnė (po 50 proc.). Galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų pasiekimų motyvacijai nėra svarbu, ar atliks kūrybines, ar nekūrybines veiklas.

Norint tiksliau išaiškinti, kokios motyvacijos pasiekimų skalės bruožai labiau skiriasi tarp kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų, nuspręsta lyginti kiekvieną pasiekimų skalės teiginį tarp grupių (pav. 11-14). Išsamesni duomenys (11 priedas, 3 lentelė).

Duomenys rodo (pav. 11), kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško išbandymų“ duomenų. Galima pastebėti, kad tiriamosios grupės tiriamieji pasižymi žemese motyvacija (68,8 proc.) ieškoti išbandymų, kai likusieji (31,2 proc.) aukštesne motyvacija ieškoti išbandymų. Matyti, kad kontrolinės grupės tiriamieji atvirkščiai pasižymi motyvacija ieškoti išbandymų: žemese motyvacija pasižymi 37,5 proc. sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, o aukštesne 62,5 proc. tiriamųjų.



11 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško išbandymų“ tyrimo duomenys

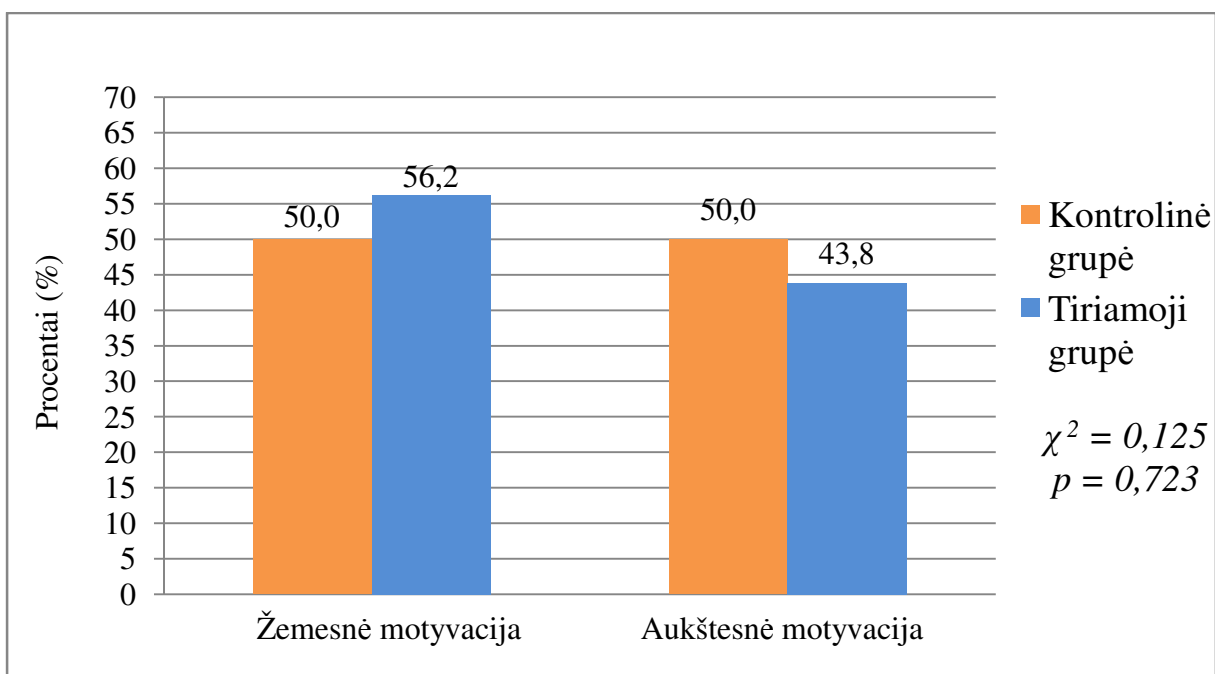


12 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško papildomų atsakomybių“ tyrimo duomenys

Iš pateiktų duomenų (pav. 12) matyti, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „ieško papildomų atsakomybių“ duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (62,5 proc.) pasižymi žemesne

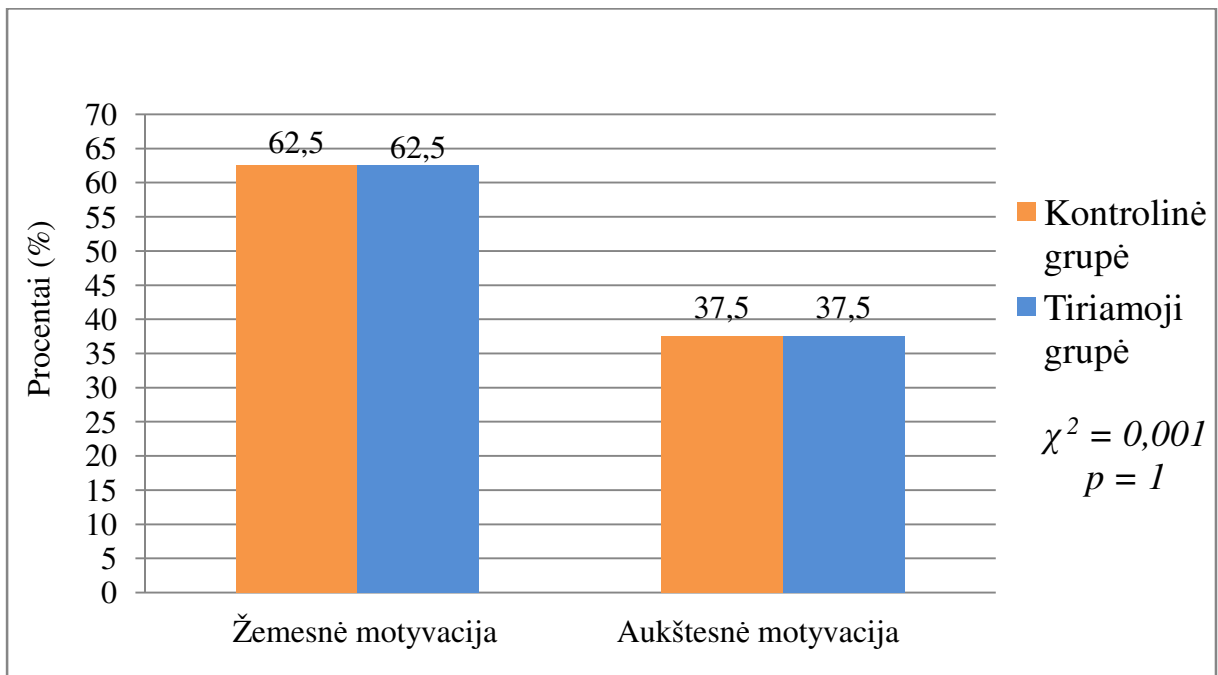
motyvacija ieškoti papildomų atsakomybių, nei aukštesne (37,5 proc.). Kai tuo tarpu kontrolinės grupės tiriamieji vienodai įvertino, jog tiriamųjų (50 proc.) motyvacija ieškoti papildomų atsakomybių yra žemesnė, kitų – aukštesnė (50 proc.).

Iš pateiktų duomenų (pav. 13) galima pastebėti, kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį“ duomenų. Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (56,2 proc.) mažiau naudoja energijos ir dėmesingumo atliekant veiklas, kai likę tiriamieji (43,8 proc.) atliekant veiklas naudoja daugiau energijos ir dėmesingumo. Kai tuo tarpu kontrolinės grupės tiriamieji įvertino, jog 50 proc. tiriamųjų atliekant veiklas naudoja daugiau energijos ir dėmesingumo, kai likę 50 proc. tiriamųjų mažiau.



13 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį“ tyrimo duomenys

Duomenys rodo (pav. 14), kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „siekia veiklos baigties/atlikimo“ duomenų. Galima pastebėti, kad tiek tiriamosios, tiek kontrolinės grupės tiriamieji (po 62,5 proc.) vienodai pasižymi žemesne motyvacija pabaigti veiklą iki pabaigos, kai likusieji abiejų grupių tiriamieji (37,5 proc.) aukštesne motyvacija pabaigti veiklą iki pabaigos.

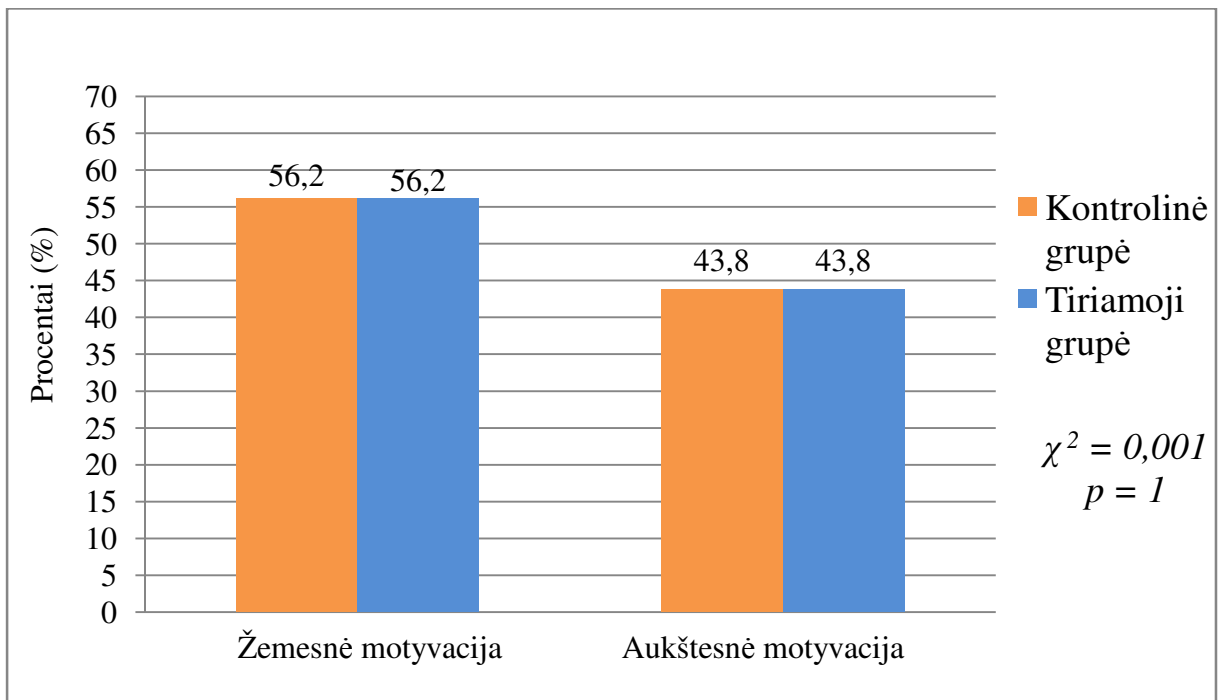


14 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginio „siekia veiklos baigties/atlikimo“ tyrimo duomenys

Apibendrinant galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei pasiekimų motyvacijai (ieškojimas išbandymų, papildomų atsakomybių, energingumas bei dėmesingumas, siekimas atlikti veiklą iki pabaigos,) nėra svarbu, kokios bus pateikiamos veiklos: kūrybinės ar nekūrybinės veiklos.

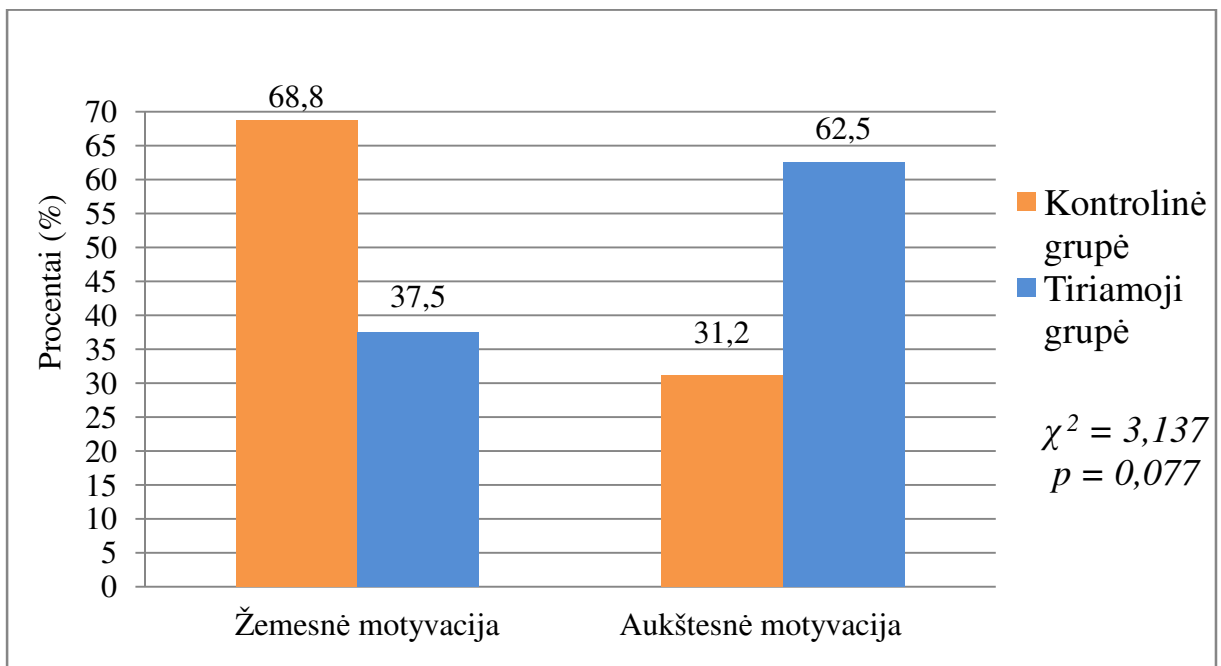
Toliau yra lyginami sergančių Alzheimerio liga tiriamosios ir kontrolinės grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenys (pav. 15). Išsamesni duomenys (11 priedas, 4 lentelė).

Iš pateiktų duomenų (pav. 15) matyti, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad tiek tiriamosios, tiek kontrolinės grupės tiriamieji (po 56,2 proc.) vienodai pasižymi žemensne gebėjimų motyvacija, kai likusieji abiejų grupių tiriamieji (43,8 proc.) aukštesne gebėjimų motyvacija. Galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų gebėjimų motyvacija yra vienoda atliekant tiek kūrybines, tiek nekūrybines veiklas.



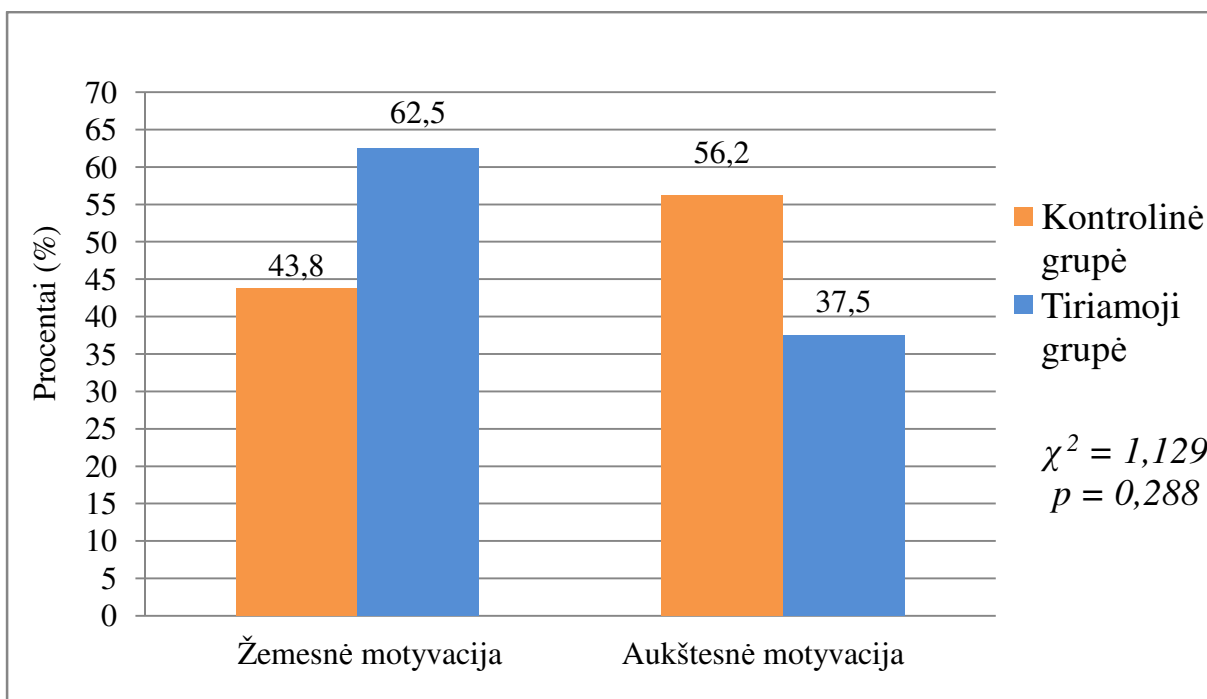
15 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenys

Norint tiksliau išaiškinti, kokie motyvacijos gebėjimų skalės bruožai labiau skiriasi tarp kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų, nuspręsta lyginti kiekvieną gebėjimų skalės teiginį tarp abiejų tiriamųjų grupių (pav. 16-20). Išsamesni duomenys (11 priedas, 5 lentelė).



16 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando taisyti klaidas“ tyrimo duomenys

Iš pateiktų duomenų (pav. 16) galima pastebėti, kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando taisyti klaidas“ duomenų. Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (62,5 proc.) pasižymi aukštesne motyvacija bandant taisyti klaidas nei žemesne motyvacija (37,5 proc.). Kai tuo tarpu kontrolinės grupės tiriamieji įvertino, jog 68,8 proc. tiriamųjų pasižymi žemesne motyvacija bandant taisyti klaidas, o 31,2 proc. – aukštesne.

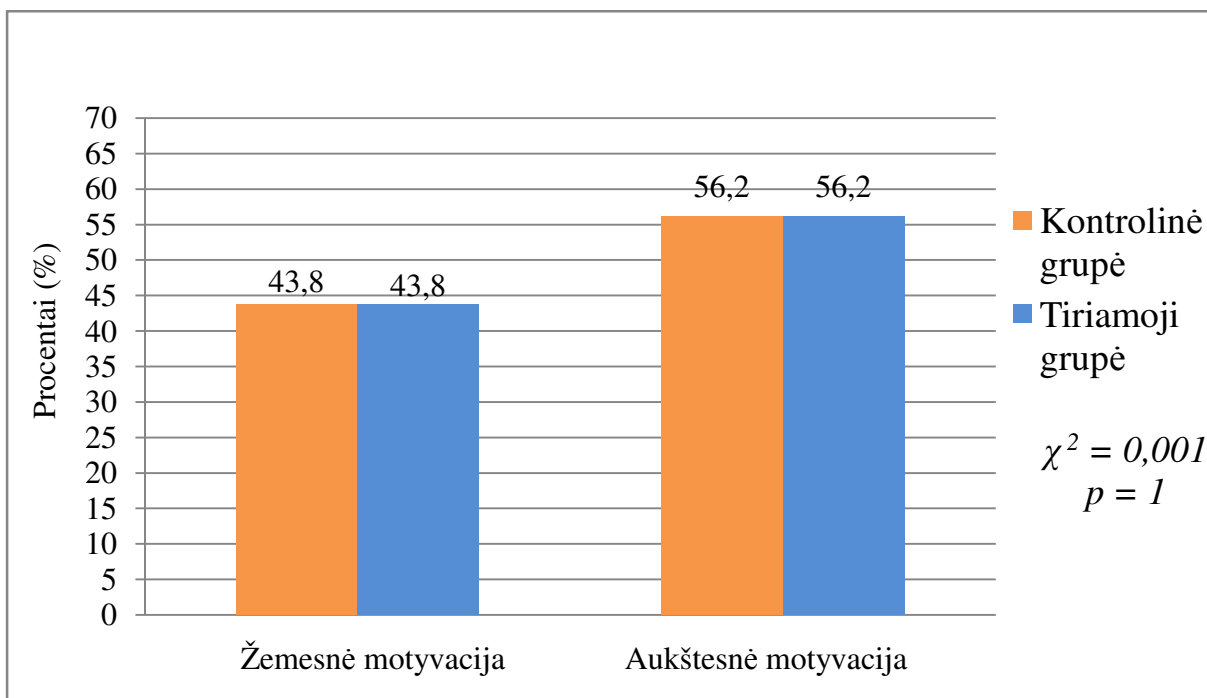


17 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando spręsti problemas“ tyrimo duomenys

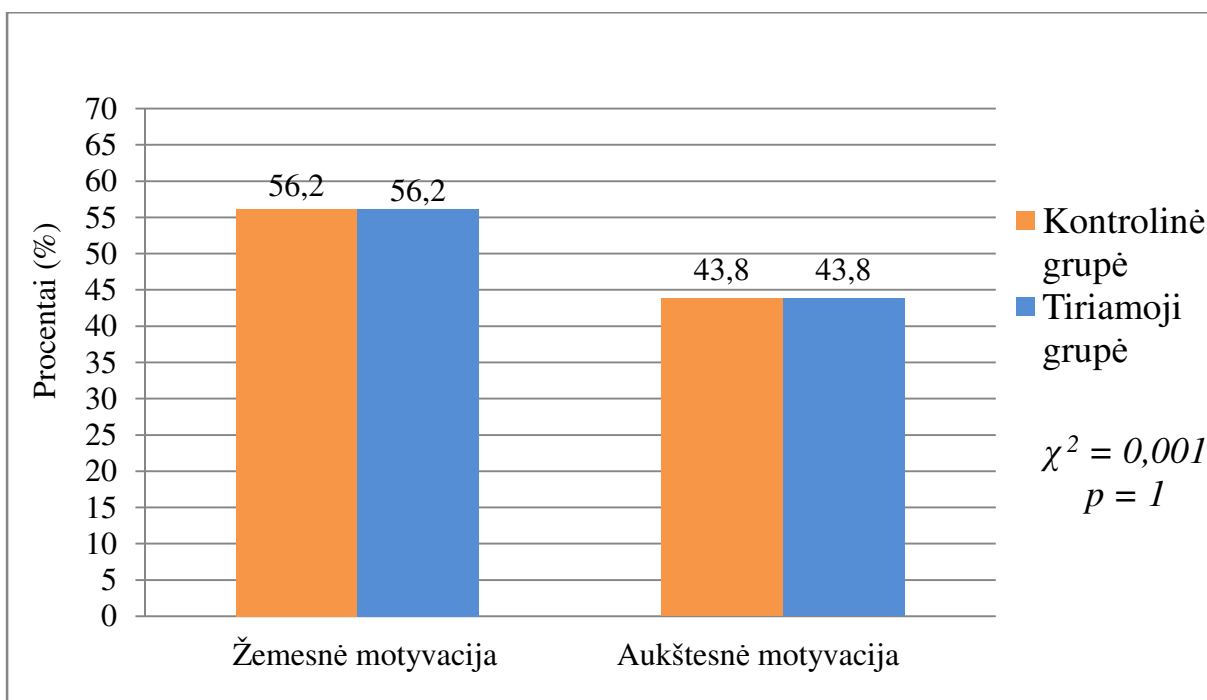
Duomenys rodo (pav. 17), kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „bando spręsti problemas“ duomenų. Galima pastebėti, kad tiriamosios grupės tiriamieji pasižymi žemesne motyvacija bandant spręsti problemas (62,5 proc.), kai likusieji (37,5 proc.) aukštesne motyvacija sprendžiant problemas. Matyti, kad kontrolinės grupės 43,8 proc. tiriamieji pasižymi žemesne motyvacija sprendžiant problemas, o aukštesne 56,2 proc. tiriamųjų.

Iš pateiktų duomenų (pav. 18) matyti, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „save gerbiantis“ tyrimo duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad

tiek tiriamosios, tiek kontrolinės grupės tiriamieji (po 56,2 proc.) labiau save gerbia atliekant veiklas, kai likusieji abiejų grupių tiriamieji (43,8 proc.) mažiau save gerbia.

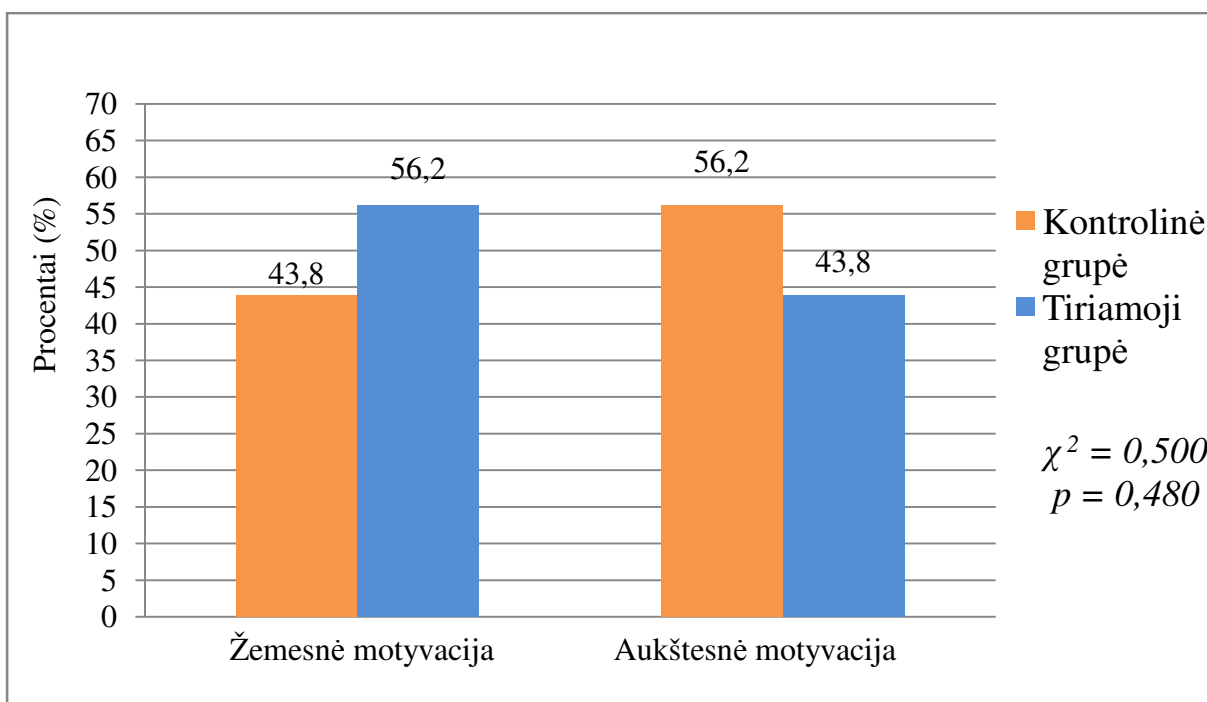


18 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „save gerbiantis“ tyrimo duomenys



19 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „lieka susidomėjęs“ tyrimo duomenys

Pateikti duomenys (pav. 19) rodo, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „lieka susidomėjęs“ duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad tiek tiriamosios, tiek kontrolinės grupės tiriamieji (po 56,2 proc.) mažiau lieka susidomėję veiklomis, kai likusieji abiejų grupių tiriamieji (43,8 proc.) daugiau lieka susidomėję veiklomis.

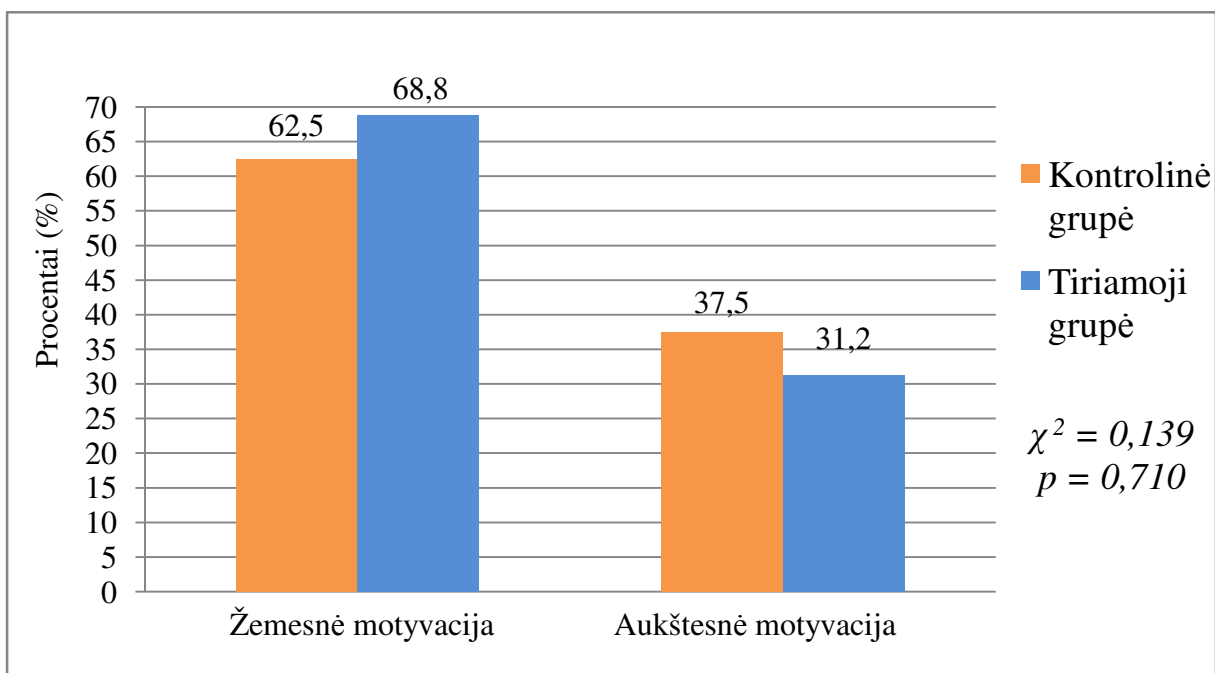


20 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „nurodo tikslus“ tyrimo duomenys

Pateikti duomenys (pav. 20) rodo, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės teiginio „nurodo tikslus“ duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad tiriamosios grupės tiriamieji pasižymi aukštesne motyvacija nurodant tikslus (56,2 proc.), kai likusieji (43,8 proc.) žemesne motyvacija. Matyti, kad kontrolinės grupės 56,2 proc. tiriamieji pasižymi aukštesne motyvacija nurodant tikslus, o žemesne 43,8 proc. tiriamųjų.

Apibendrinant galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei gebėjimų motyvacijai (bandymas spręsti veiklose iškilusias klaidas ir problemas, savęs gerbimas, susidomėjimas, tikslų nurodymas) nėra svarbus veiklos pobūdis: kūrybinės ar nekūrybinės veiklos.

Tiriamosios ir kontrolinės grupės sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės tyrimo duomenų lyginimas (pav. 21). Išsamesni duomenys (11 priedas, 6 lentelė).

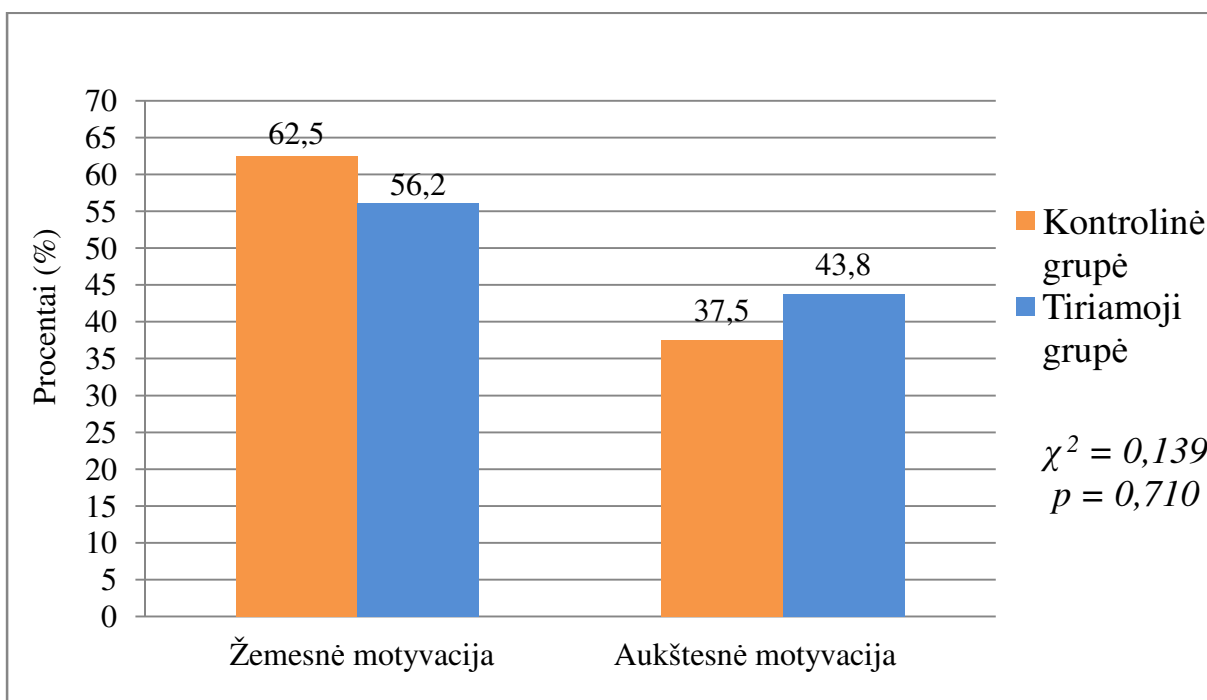


21 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės tyrimo duomenys

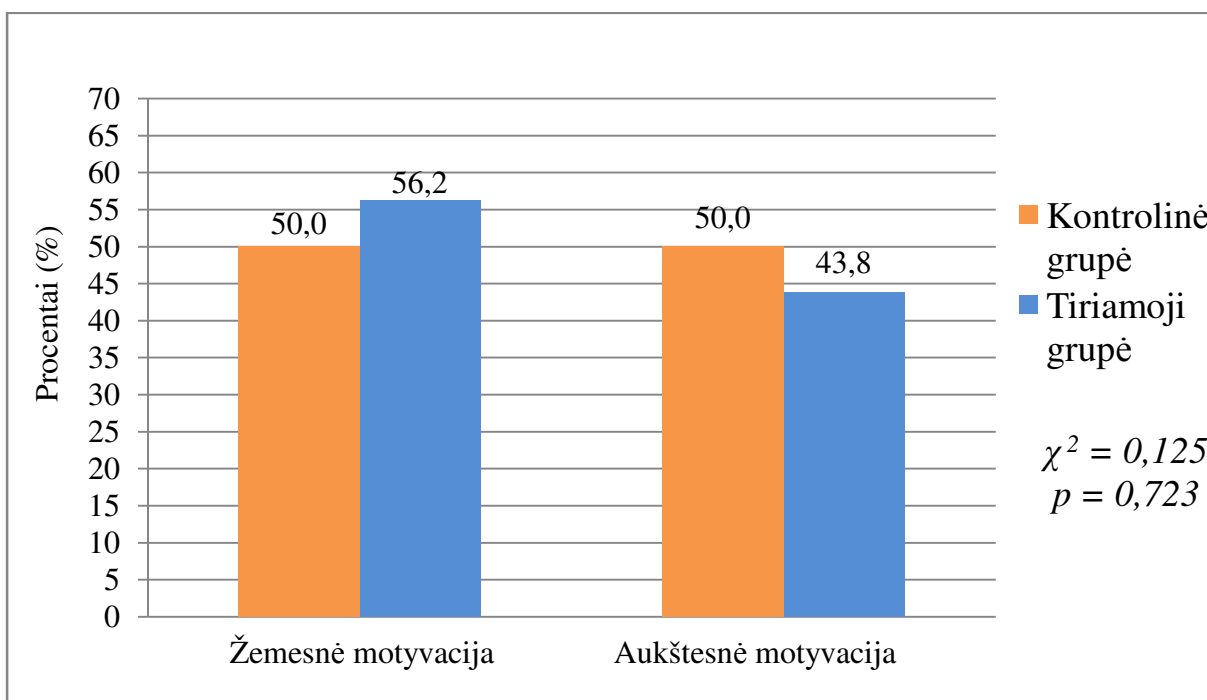
Duomenys rodo (pav. 21), kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės duomenų nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad dauguma tiriamųjų, kontrolinės grupės (62,5 proc.) ir tiriamosios grupės (68,8 proc.), pasižymi žemesne tyrimo motyvacija, o likusieji tiriamieji – aukštesne (kontrolinės grupės 37,5 proc., tiriamosios 31,2 proc.). Todėl galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei tyrimo motyvacijai nėra svarbu, kokios bus pateikiamos veiklos: kūrybinės ar nekūrybinės veiklos.

Norint tiksliau išaiškinti, kokios motyvacijos tyrimo skalės bruožai labiau skiriasi tarp kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų, nuspręsta lyginti kiekvieną tyrimo skalės teiginį tarp abiejų tiriamųjų grupių (pav. 22-26). Išsamesni duomenys (11 priedas, 7 lentelė).

Duomenys rodo (pav. 22), kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo, kad veikla yra ypatinga/prasminga“ duomenų. Galima pastebėti, kad tiriamosios grupės (56,2 proc.) ir kontrolinės grupės (62,5 proc.) tiriamieji mažiau rodo, kad veikla yra ypatinga. Kai tiriamosios grupės (43,8 proc.) ir kontrolinės grupės (37,5 proc.) tiriamieji daugiau rodo, kad veikla yra ypatinga.



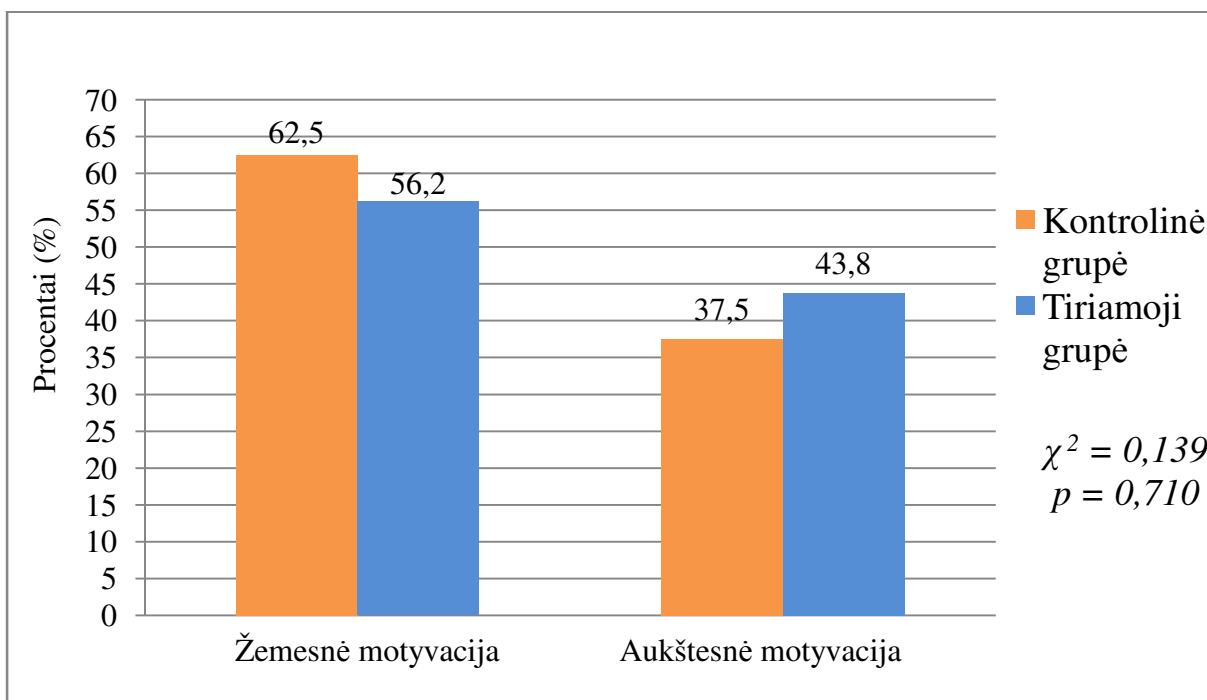
22 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo, kad veikla yra ypatinga/prasminga“ tyrimo duomenys



23 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo pirmumą/pirmenybę“ tyrimo duomenys

Iš pateiktų duomenų (pav. 23) galima pastebėti, kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios

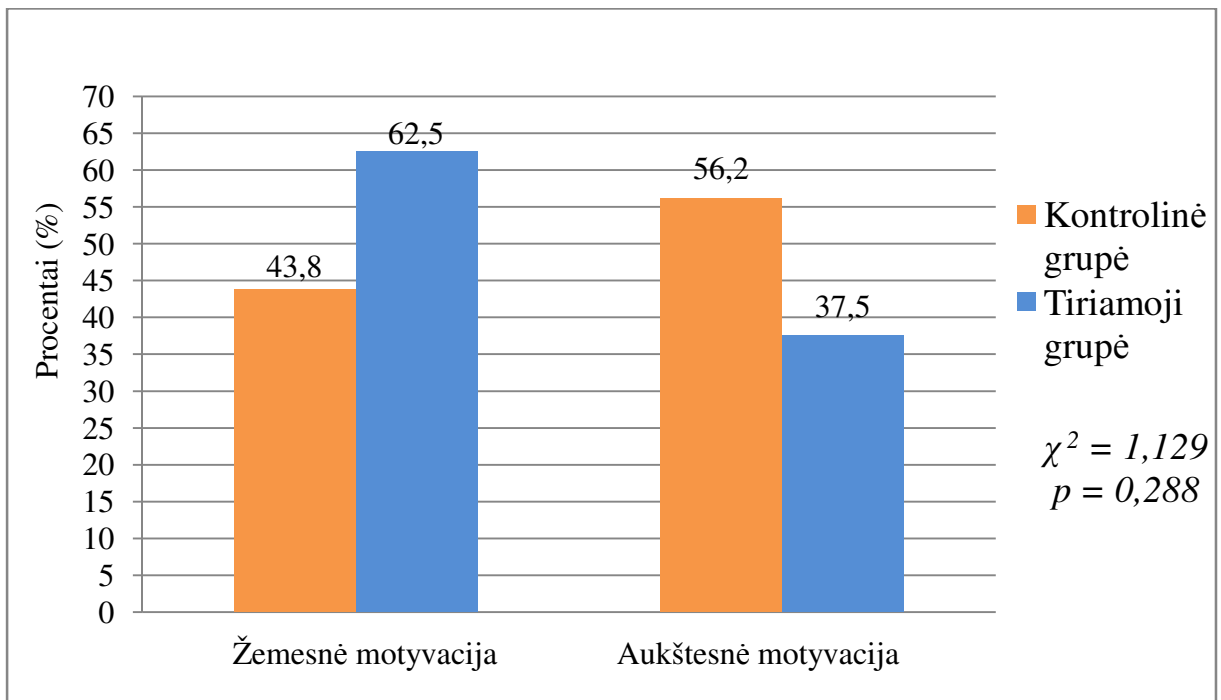
grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo pirmumą/pirmenybę“ duomenų. Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (56,2 proc.) mažiau rodo pirmumą atliekant veiklas, kai likę tiriamieji (43,8 proc.) atliekant veiklas rodo daugiau pirmumo. Kai tuo tarpu kontrolinės grupės tiriamieji įvertino, jog 50 proc. daugiau rodo pirmumą tiriamųjų atliekant veiklas, kai likę 50 proc. tiriamųjų mažiau.



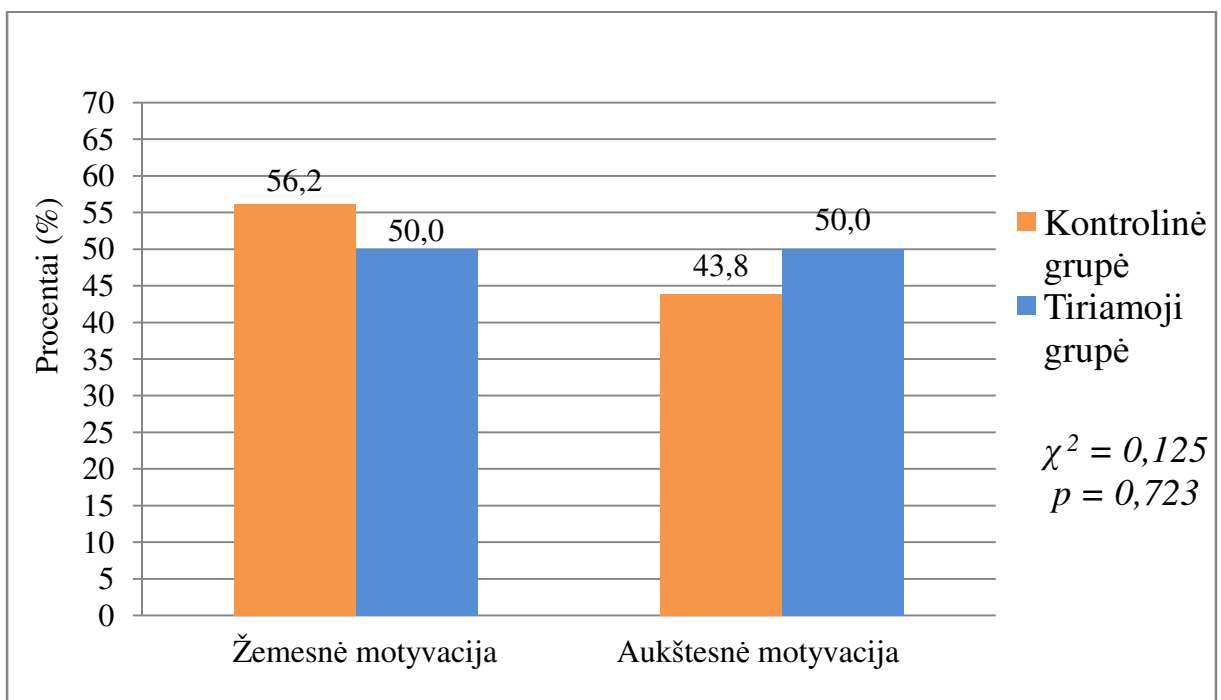
24 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „bando naujus dalykus“ tyrimo duomenys

Duomenys rodo (pav. 24), kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „bando naujus dalykus“ duomenų. Galima pastebėti, kad tiriamosios grupės (56,2 proc.) ir kontrolinės grupės (62,5 proc.) tiriamieji mažiau bando naujus dalykus atliekant veiklą. Kai tiriamosios grupės (43,8 proc.) ir kontrolinės grupės (37,5 proc.) tiriamieji atliekant veiklą daugiau bando naujus dalykus.

Iš pateiktų duomenų (pav. 25) matyti, kad tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „inicijuoja veiklas/užduotis“ duomenų nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$). Galima pastebėti, kad daugiau tiriamosios grupės tiriamųjų (62,5 proc.) mažiau inicijuoja veiklas, kai daugiau kontrolinės grupės tiriamųjų (56,2 proc.) daugiau inicijuoja veiklas. Kai tuo tarpu likusieji 37,5 proc. tiriamosios grupės tiriamieji daugiau inicijuoja veiklas, o 43,8 proc. kontrolinės grupės tiriamųjų rodo mažiau iniciatyvos atliekant veiklas.



25 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „inicijuoja veiklas/užduotis“ tyrimo duomenys



26 pav. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo smalsumą“ tyrimo duomenys

Iš pateiktų duomenų (pav. 26) galima pastebėti, kad nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p > 0,05$) tarp sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės teiginio „rodo smalsumą“ duomenų. Galima

pastebėti, kad 50 proc. tiriamosios grupės tiriamųjų rodo daugiau smalsumo atliekant veiklas, likę 50 proc. tiriamųjų mažiau. Kai tuo tarpu kontrolinės grupės 56,2 proc. tiriamųjų rodo mažiau smalsumo atliekant veiklas, kai likę tiriamieji (43,8 proc.) rodo daugiau smalsumo atliekant veiklas.

Taigi, galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei tyrimų motyvacijai (veiklos ypatingumo ir pirmenybės rodymas, naujų dalykų bandymas, veiklos iniciavimas, smalsumas) nėra svarbu, ar veikla bus kūrybinė, ar nekūrybinė.

Apibendrinant gautus tyrimo duomenis, galima teigti, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose statistiškai reikšmingai nesiskiria, t.y. motyvacija nepriklauso nuo to, kokia veikla bus pateikta.

4.3 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų dalyvumas atlikti kūrybines ir nekūrybines veiklas

Siekiant išsiaiškinti, koks yra tiriamųjų, sergančių Alzheimerio liga, dalyvumas atliekant kūrybines ir nekūrybines veiklas, buvo nuspręsta palyginti abiejų grupių dalyvumo tyrimo duomenis (2 lentelė).

2 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, dalyvumo tyrimo duomenys

Dalyvumas	Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16			Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16			P
	Vid. rangai	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Vid. rangai	Vidurkis	Stand. nuokrypis	
Bendras elgesys	19,78	59,06	19,81	13,22	41,88	23,34	0,047
Tarpasmeninis elgesys	18,88	56,56	17,50	14,13	45,13	18,56	0,152
Užduočių atlikimo elgesys	19,06	156,31	47,89	13,94	126,38	46,12	0,122
Visapusiškas elgesys	19,69	271,94	80,60	13,31	213,38	83,89	0,055

n – tiriamųjų skaičius, *p* - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

Iš pateiktų rezultatų (2 lentelė) matyti, kad pagal sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, atlikusių kūrybines ir nekūrybines veiklas, bendras elgesys statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$). Galima pastebėti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų, atlikusių nekūrybines užduotis, bendras elgesys yra blogesnis, nei atlikusių kūrybines užduotis. Taigi, galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų, atlikusių kūrybines užduotis, yra daugiau produktyvus elgesys, didesnis aktyvumo lygis ir didesnė atsakomybė atliekant užduotis.

Siekiant nustatyti, kokios dalyvumo savybės labiau skiriasi tarp sergančiųjų Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, buvo nuspręsta lyginti dalyvumo ir jo skalių tyrimo duomenis. Ši analizė atliekama su dviem atsakymo variantais, t.y. kiekvienos skalės atsakymus padalinome į dvi dalis, atsižvelgiant į kiekvienos skalės vidurkį (3 lentelė).

3 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, dalyvumo palyginimas

	Didesnis dalyvumas	Mažesnis dalyvumas
	Bendras elgesys (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	7/43,7	9/56,3
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	9/56,3	7/43,7
χ^2/p	0,500/0,480	
	Tarpasmeninis elgesys (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	6/37,5	10/62,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	9/56,3	7/43,7
χ^2/p	1,129/0,288	
	Užduočių atlikimo elgesys (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	6/37,5	10/62,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	10/62,5	6/37,5
χ^2/p	2,0/0,157	
	Bendras dalyvumas (n/%)	

Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	6/37,5	10/62,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	10/62,5	6/37,5
χ^2/p	2,0/0,157	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearson chi kvadratas, *p* - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

Galima pastebėti (3 lentelė), kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, dalyvumo ir jo skalių tyrimo duomenys statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$). Tai rodo, kad bendro dalyvumo (atsakomybės prisiėmimas, įsitraukimas į veiklas, gebėjimas atlikti veiklas su kitais), bendro elgesio (neproduktyvus elgesys, aktyvumo lygis, atsakomybė), tarpasmeninio elgesio (savarankiškumas, bendradarbiavimas, nuomonės gynimas) ir užduočių atlikimo elgesio (įsitraukimas, dėmesio sukaupimas, suderinimas, instrukcijų laikymasis, veiklos tvarkingumas ir dėmesys detalėms, problemų sprendimas, užduoties sudėtingumas ir organizavimas, susidomėjimas veikla) vertinimas nėra statistiškai reikšmingas tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose.

Apibendrinant gautus dalyvumo tyrimo duomenis, galima teigti, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, bendras elgesys (daugiau produktyvus elgesys, didesnis aktyvumo lygis ir didesnė atsakomybė) yra geresnis dalyvavusiems kūrybinėse veiklose, nei nekūrybinėse.

4.4 Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, darbiniai įgūdžiai

Norint nustatyti, kokie yra sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, darbiniai įgūdžiai, buvo nuspręsta palyginti abiejų grupių darbinių įgūdžių tyrimo duomenis (4 lentelė).

4 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, darbinių įgūdžių tyrimo duomenys

Darbiniai įgūdžiai	Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16			Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16			p
	Vid. rangai	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Vid. rangai	Vidurkis	Stand. nuokrypis	
Užduoties atlikimas	16,16	137,06	13,51	16,84	139,69	11,98	0,836
Darbinis vaidmuo	19,34	31,88	2,53	13,66	29,63	4,10	0,082
Darbiniai įgūdžiai	16,94	168,94	14,44	16,06	169,31	13,70	0,792

n – tiriamųjų skaičius, p - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

Rezultatai (4 lentelė) parodė, kad nėra statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant darbinius įgūdžius tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose ($p>0,05$). Galima teigti, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų darbiniai įgūdžiai yra panašūs atliekant kūrybines ir nekūrybines veiklas.

Siekiant nustatyti, kokios darbinių įgūdžių sritys labiau skiriasi tarp sergančiųjų Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, buvo nuspręsta lyginti darbinių įgūdžių ir skalių tyrimo duomenis. Ši analizė atliekama su dviem atsakymo variantais, t.y. kiekvienos skalės atsakymus padalinome į dvi dalis, atsižvelgiant į kiekvienos skalės vidurkį (5 lentelė).

5 lentelė. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, kontrolinės ir tiriamosios grupės, darbinių įgūdžių palyginimas

	Mažiau darbinių įgūdžių sunkumų	Daugiau darbinių įgūdžių sunkumų
	Užduoties atlikimas (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	8/50	8/50
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	6/37,5	10/62,5
χ^2/p	0,508/0,476	

	Darbinis vaidmuo (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	3/18,7	13/81,3
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	9/56,3	7/43,7
χ^2/p	4,800/0,028	
	Darbiniai įgūdžiai (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) (n = 16)	8/50	8/50
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) (n = 16)	8/50	8/50
χ^2/p	0,0/1	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearson chi kvadratas, p - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

Rezultatai (5 lentelė) rodo, jog nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, darbinio vaidmens ($p=0,028$). Tai rodo, kad sergantys Alzheimerio liga tiriamieji, dalyvavę kūrybinėse veiklose, patiria mažiau ryškių atsakomybės prisiėmimo ir bendravimo su kolegomis sunkumų 56,3 proc., kai tuo tarpu dalyvavusių nekūrybinėse veiklose tik 18,7 proc.

Apibendrinant gautus tyrimo duomenis, galima pastebėti, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, tik darbinis vaidmuo (labiau geba prisiimti atsakomybę ir bendrauti su kolegomis) yra būdingas dalyvavusiems kūrybinėse veiklose nei nekūrybinėse.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Alzheimerio liga neigiamai veikia ne tik pažintines funkcijas, bet taip pat ir kasdienę veiklą bei savarankišką žmogaus funkcionavimą. Pastarosioms sritims palaikyti ar gerinti gali būti taikoma rehabilitacija [2]. Jungtinėse Valstijose buvo atlikta sisteminės literatūros apžvalga, kurios tikslas buvo išsiaiškinti nefarmakologinių intervencijų įtaką funkciniam rodikliams, asmenims gyvenantiems bendruomenėje ir sergantiems Alzheimerio liga, demencija. Nustatyti 18 klinikinių tyrimų, kuriuose gauti reikšmingi pokyčiai taikant ergoterapiją, mankštą ir kitas įvairias intervencijas. Literatūros apžvalgos metu, nustatyta, kad nefarmakologinės intervencijos gali atidėti ligos progresavimą, sumažinti funkcinis sutrikimus bendruomenėje gyvenantiems asmenims [71]. Tuo tarpu Lietuvoje nėra pakankamai atlikta tyrimų, kurie nagrinėtų kūrybinių ir nekūrybinių veiklų taikymą ergoterapijoje, asmenims sergantiems Alzheimerio liga.

Šis tyrimas, kurio tema „Sergančiųjų Alzheimerio liga motyvacijos, dalyvumo ir darbinių įgūdžių kaita taikant kūrybines veiklas“, atliktas „Fabijoniškių socialinių paslaugų namuose“. Tyrimas buvo atliekamas nuo 2016 lapkričio mėn. iki 2017 vasario mėn. Tyrime dalyvavo 32 tiriamieji: 24 moterys (75 proc.) ir 8 vyrai (25 proc.). Tyrimo tikslas - išsiaiškinti sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją, dalyvumą ir darbinius įgūdžius, taikant kūrybines veiklas.

Atlikus sociodemografinių charakteristikų rezultatų analizę, pastebėjome, kad asmenų sergančių Alzheimerio liga, savarankiškumas, kasdieninių veiksmų atlikimas, laisvalaikio praleidimo būdai, bendravimas su aplinkiniais, sutampa su literatūroje rastais duomenimis. Asmenims, sergantiems Alzheimerio liga ir turintiems didesnius pažinimo funkcijos sutrikimus, greičiau mažėja bendras funkcinis gebėjimas apsitarnauti, sumažėja jų savarankiškumas bei noras dalyvauti buitinės veiklos užsiėmimuose [18]. Nustatyta, kad Alzheimerio liga sergantys asmenys tiek kontrolinėje, tiek tiriamojoje grupėje rinkosi pasyvesnį laisvalaikį (t.y. skaito, žiūri televiziją, nieko neveikia, miega), tai sudarė net 75 proc. (n=12). Ir tik 25 proc. (n=4) asmenų laisvalaikį praleidžia aktyviau (t.y. siuva, neria, atlieka įvairias užduotis, žiūri filmus, žaidžia šaškėmis). Tschanz su bendraautoriais nustatė, kad asmenims, kurie turi aukštesnį išsilavinimą, geresnius profesinius pasiekimus bei mėgiamas laisvalaikio praleidimo veiklas, liga progresuoja lėčiau, išlieka didesni pažinimo funkcijų rezervai [74]. Ergoterapeutas dirbdamas su sergančiu asmeniu, daug dėmesio skiria ne tik kasdinių veiksmų atlikimui, bet ir laisvalaikiui bei socialiniam dalyvumui. Todėl ergoterapeutai per atliekamas veiklas, stengiasi palaikyti ar keisti pacientų buvusias profesijas, skatina jų sveikatingumą, gerina gyvenimo kokybę [41].

Ištirus motyvacijos kaitą asmenims, sergantiems Alzheimerio liga, dalyvaujant ergoterapijos užsiėmimuose nustatyta, kad nėra statistiškai reikšmingų skirtumų ($p>0,05$) tarp dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Todėl galima teigti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei motyvacijai nėra svarbu, ar pateikiamos kūrybinės, ar nekūrybinės veiklos. Kim H-H. ir Schmid A. atliktų tyrimų rezultatai taip pat yra prieštaringi, nes sergantiems demencija, senyviems žmonėms sunku mokytis naujų dalykų, dėl pažintinių funkcijų sutrikimų bei dėmesio koncentracijos stokos. Tokiems pacientams, reikėtų duoti veiklą su kuria yra susipažinęs, nes išmokta veikla lavina atmintį, suteikia teigiamų emocijų [39, 40]. Išsiaiškinus, kokie motyvacijos bruožai labiau skiriasi tarp sergančiųjų Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, buvo nuspręsta lyginti motyvacijos ir jos skalių tyrimo duomenis, bei kiekvieną skalės teiginį. Tyrimo rezultatai rodo, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų aukštesnei ar žemesnei pasiekimų motyvacijai (ieškojimas išbandymų, papildomų atsakomybių, energingumas bei dėmesingumas, siekimas atlikti veiklą iki pabaigos), gebėjimų motyvacijai (bandymas spręsti veiklose iškilusias klaidas ir problemas, savęs gerbimas, susidomėjimas, tikslų nurodymas) bei tyrimų motyvacijai (veiklos ypatingumo ir pirmenybės rodymas, naujų dalykų bandymas, veiklos iniciavimas, smalsumas) nėra svarbu, ar veikla bus kūrybinė, ar nekūrybinė. Tačiau žvelgiant iš užimtumo terapijos pozicijų, yra tikima, kad kiekvieno individo svarbiausiais poreikis yra prasminga veikla. Pagrindinė užimtumo terapijos vertybė yra pripažinimas, kad kiekvienas asmuo yra unikalus, turintis individualių gebėjimų, problemų, poreikių ir motyvų, socialinės ir kultūrinės patirties žmogus [61].

Įvertinus sergančiųjų Alzheimerio liga dalyvumą, atlikti kūrybines ir nekūrybines veiklas, nustatyta, kad bendras elgesys statistiškai reikšmingai skiriasi ($p<0,05$). Galima pastebėti, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų, atlikusių nekūrybines užduotis, bendras elgesys yra blogesnis, nei atlikusių kūrybines užduotis. Tyrimai rodo, kad Alzheimeriu sergančių tiriamųjų, atlikusių kūrybines užduotis, yra daugiau produktyvus elgesys, didesnis aktyvumo lygis ir didesnė atsakomybė atliekant užduotis. Baglio F. ir bendraautorai atliko tyrimą, kurio metu buvo tiriama kaip nefarmaloginės terapijos padeda, asmenims sergantiems Alzheimerio liga. Tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad profesinė ir meno terapijos gali sumažinti elgesio sutrikimus žmonėms, sergantiems Alzheimerio liga, padidinti jų dalyvumą, pagerinti jų gyvenimo kokybę bei komunikavimą su aplinkiniais [72]. Hertz T. atlikto tyrimo metu taip pat nustatyta, kad kūrybinės veiklos suteikia sergantiems asmenims galimybę realizuoti save, savo emocijas, padidina jų savigarbą, atsakomybę, dėmesingumą, padeda atsipalaiduoti. Kūrybinių veiklų derinimas su farmakologiniu gydymu padeda asmenims ilgiau išlikti socialiu, aktyviai dalyvaujančiu visuomeninėje veikloje [83]. Tyrimo metu

nustatyta, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, dalyvumo ir jo skalių tyrimo duomenys statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p>0,05$). Tai rodo, kad bendro dalyvumo (atsakomybės prisiėmimas, įsitraukimas į veiklas, gebėjimas atlikti veiklas su kitais), bendro elgesio (neproduktyvus elgesys, aktyvumo lygis, atsakomybė), tarpasmeninio elgesio (savarankiškumas, bendradarbiavimas, nuomonės gynimas) ir užduočių atlikimo elgesio (įsitraukimas, dėmesio sukaupimas, suderinimas, instrukcijų laikymasis, veiklos tvarkingumas ir dėmesys detalėms, problemų sprendimas, užduoties sudėtingumas ir organizavimas, susidomėjimas veikla) vertinimas nėra statistiškai reikšmingas tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Kadangi Alzheimerio liga yra progresuojanti, dėl to atsiranda įvairių kognityvinių sutrikimų, kurie paprastai pasireiškia atminties, kalbos, orientacijos, dėmesio ir suvokimo sutrikimais. Šie sutrikimai blogina asmenų gebėjimą dalyvauti visuomeninėje veikloje bei sumažina dalyvumą kasdieniniame gyvenime [75].

Išanalizavus Darbinių įgūdžių įvertinimo skalę, tyrimo duomenys rodo, kad nėra statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant darbinius įgūdžius tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose ($p>0,05$). Galima teigti, kad sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų darbiniai įgūdžiai yra panašūs atliekant kūrybines ir nekūrybines veiklas. Nustatyta, kokios darbinių įgūdžių sritys labiau skiriasi tarp sergančiųjų Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose. Rezultatai rodo, jog nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, darbinio vaidmens ($p=0,028$). Tai rodo, kad sergantys Alzheimerio liga tiriamieji, dalyvavę kūrybinėse veiklose, patiria mažiau ryškių atsakomybės prisiėmimo ir bendravimo su kolegomis sunkumų 56,3 proc., kai tuo tarpu dalyvavusių nekūrybinėse veiklose tik 18,7 proc. Literatūroje rasta tyrimų, kurių metu nagrinėjami kalbos sutrikimai, būdingi asmenims, sergantiems Alzheimerio liga. Dėl kalbos sutrikimų, sumažėja ir komunikavimo gebėjimas. Todėl tokiems asmenims sunkiau sekasi užmegzti kontaktą su kitu asmeniu, reaguoti į klausimus. Sergantis asmuo dažnai nesupranta kas yra sakoma pokalbio metu, todėl negali išreikšti savo minčių. Bendravimas su sergančiuoju tampa labai sudėtingas, pastebimi loginio mąstymo sutrikimai bei socialinių įgūdžių stoka. Pasak autorių pagrindinė užimtumo terapijos vertybė yra pripažinimas, kad kiekvienas asmuo yra unikalus, turintis individualių gebėjimų, problemų, poreikių ir motyvų, socialinės ir kultūrinės patiries žmogus. Todėl manoma, kad meno terapijos procesas paremtas tuo, kad žmogaus mintys ir emocijos yra užkoduotos pasąmonėje ir jos aiškiau išreiškiamos vaizdais, muzikos garsais, šokio judesiais, dramos išraiškos metodais, o ne žodžiais. Jos esmę sudaro veiklos, kurios metu kas nors kuriama. Čia svarbiausia – procesas ir

žmogus, o menas naudojamas kaip nežodinės komunikacijos priemonė, kaip būdas išsakyti sumišusius, ne iki galo suprastus jausmus, siekiant suteikti jiems aiškumo ir tvarkos [80, 61, 52].

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais konstatuojame, kad iškelta pirminė hipotezė ergoterapijoje taikomos kūrybinės veiklos padidins, sergančiųjų Alzheimerio liga, motyvaciją ir pagerins dalyvumą bei darbinius įgūdžius, labiau nei nekūrybinės veiklos, pasitvirtino iš dalies. Motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose statistiškai reikšmingai nesiskiria. Statistiškai reikšmingi skirtumai rasti nagrinėjant sergančiųjų bendrą elgesį (t.y. elgesys produktyvesnis, aktyvumo lygis ir atsakomybė atliekant užduotis yra didesni), dalyvaujant kūrybinėse veiklose, nei nekūrybinėse. Taip pat reikšmingas skirtumas rastas tarp dalyvavusių kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose darbinio vaidmens. Kūrybinėse veiklose dalyvavę asmenys, mažiau patiria ryškių atsakomybės prisiėmimo ir bendravimo su kolegomis sunkumų.

6. IŠVADOS

1. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, motyvacija dalyvauti kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p>0,05$).
2. Nustatyta, kad Alzheimerio liga sergančių tiriamųjų, atliekančių ergoterapijos metu kūrybines užduotis, elgesys yra produktyvesnis, aktyvumo lygis ir atsakomybė atliekant užduotis yra didesni, nei atliekančių nekūrybines užduotis ($p<0,05$).
3. Nerasta, sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, dalyvavusių ergoterapijos kūrybinėse ir nekūrybinėse veiklose, statistiškai reikšmingų darbinių įgūdžių skirtumų. Tačiau kūrybinėse veiklose ($p>0,05$) dalyvavę asmenys, labiau geba prisiimti atsakomybę ir bendrauti su kolegomis nei nekūrybinėse veiklose.

7. REKOMENDACIJOS

1. Remiantis tyrimo rezultatais rekomenduojame į įprastinės ergoterapijos užsiėmimus įtraukti tiek kūrybines, tiek nekūrybines veiklas, kad asmuo, sergantis Alzheimerio liga būtų kuo ilgiau savarankiškas ir nepriklausomas nuo kitų.
2. Kūrybinių ir nekūrybinių veiklų integravimas į ergoterapiją, turėtų būti pasirenkamas skirtingai, priklausomai nuo terapijos tikslų, kuriuos individualiai, kiekvienam sergančiam asmeniui nustato ergoterapeutas, atsižvelgdamas į ligonio poreikius, galimybes bei norus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Cai K, Xu H, Guan H, Zhu W, Jiang J, Cui Y et al. Identification of Early-Stage Alzheimer's Disease Using Sulcal Morphology and Other Common Neuroimaging Indices. *JPloS One*. 2017;12(1):e0170875.
2. Manuel DG, Garner R, Finès P, Bancej C, Flanagan W, Tu K et al. Alzheimer's and other dementias in Canada, 2011 to 2031: a microsimulation Population Health Modeling (POHEM) study of projected prevalence, health burden, health services, and caregiving use. *Population Health Metrics Advancing innovation in health measurement*. 2016;14:37.
3. Andreakou MI, Papadopoulos AA, Anagiotakos DB, Niakas D. Assessment of Health-Related Quality of Life for Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *Inter J Alzheimer's Dis*. 2016;9213968.
4. Kim S. Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *J PhysTher Sci*. 2015;27(2):543-6.
5. Guetin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Verthelon P, Clement S et al. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dement*. 2012;12(5) 619–634.
6. Flatt JD, Liptak A, Oakley MA, Gogan J, Varnes T, Lingler J. Subjective experiences of an art museum engagement activity for persons with early-stage Alzheimer's disease and their family caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2015;30(4):380-9.
7. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;6:CD003260.
8. Bhatti AB, Usman M, Ali F, Satti SA. Vitamin Supplementation as an Adjuvant Treatment for Alzheimer's Disease. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(8):OE07–OE11.
9. Leišytė R. Sergančiųjų senatvine demencija geriatrinės reabilitacijos ypatumai. *Gerontologija*. 2014;15(3):184–192.
10. Hunh YN, Kadziola Z, Brnabic AJM et al. The epidemiology and burden of Alzheimer's disease in Taiwan utilizing data from the National Health Insurance Research Database. *Clin Ou Res*. 2016;8:387–395.
11. Grossia D, Santangelo G, Barbaluloa AM, Vitaleb C et al. Apathy and related executive syndromes in dementia associated with Parkinson's disease and in Alzheimer's disease. *B Neuro*. 2013;27:515–522.

12. Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM, Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek Jet al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(5):532-539.
13. Rosenberg PB, Lanctôt KL, Drye LT, Herrmann N, Scherer RW, Bachman PhDDL et al. Safety and Efficacy of Methylphenidate for Apathy in Alzheimer's Disease: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(8):810–816.
14. Choi J, Twamley EW. Cognitive rehabilitation therapies for Alzheimer's disease: A review of methods to improve treatment engagement and self-efficacy. *Neuropsychol Rev.* 2013;23(1):48–62.
15. Miller WR, Rollnick S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behav Cogn Psychother.* 2009;37:129–140.
16. Kuzminckienė J, Kaubrys G, Budrys V, Trumpauskaitė V, Susekaitė E. Dėmesys ir darbinė atmintis sergant Alzheimerio liga, remiantis kompiuterizuotų kognityvinių testų rezultatais. *Neurologijos seminarai.* 2010;14(46):242–249.
17. Morley JE, Morris JC, Berg-Weger M, Borson S, Carpenter BD, Campo N et al. Brain Health: The Importance of Recognizing Cognitive Impairment: An IAGG Consensus Conference. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(9):731–739.
18. Baron S, Ulstein I, Werheid K. Psychosocial interventions in Alzheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment: evidence for gender bias in clinical trials. *Aging & Mental Health.* 2015;290-305.
19. Cunha LP, Lopes LC, Costa-Cunha LVF, Costa CF, Pires LA, Almeida ALM et al. Macular Thickness Measurements with Frequency Domain-OCT for Quantification of Retinal Neural Loss and its Correlation with Cognitive Impairment in Alzheimer's Disease. *Plos One.* 2016;11(4):e0153830.
20. Steponavičius Ž, Adomaitienė V. Atminties sutrikimų palyginimas esant amneziniam lengvam kognityviniam sutrikimui ir Alzheimerio ligai. *Sveikatos mokslai.* 2012;5, p.141-145.
21. Schoemaker D, Poirier J, Escobar S, Gauthier S, Pruessner J. Selective familiarity deficits in otherwise cognitively intact aging individuals with genetic risk for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement (Amst).* 2016;132-139.
22. Lü J, Sun M, Liang L, Feng Y, Pan X, Liu Y. Effects of momentum-based dumbbell training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging.* 2015.
23. Valeikienė V, Skalskis R. V. Alzheimerio ligos ankstyvieji požymiai bendrosios praktikos slaugytojų darbe. *Gerontologija.* 2008;9(2):99–102.

24. Ryd C, Nygård L, Malinowsky C, Öhman A, Kottorp A. Associations between performance of activities of daily living and everyday technology use among older adults with mild stage Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. *Scand J Occup Ther.* 2015;22:33–42.
25. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Emir, B, Mastey V, Subbiah P and The Donepezil MSAD Study Investigators Group. Efficacy of Donepezil on Maintenance of Activities of Daily Living in Patients with Moderate to Severe Alzheimer's Disease and the Effect on Caregiver Burden. *Amer Geria S.* 2003;51:737–744.
26. Lancion G, Singh N, O`reilly M, Zonno N, Cassano G, Vannas F et al. Persons with Alzheimer's disease perform daily activities using verbal-instruction technology: A maintenance assessment. *Dev Neurorehabil.* 2010;13(2):103–113.
27. Paula JJ, Albuquerque MR, Lage GM, Bicalho MA, Romano-Silva MA, Malloy-Diniz LF. Impairment of fine motor dexterity in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease dementia: association with activities of daily living. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016;38(3):235-8.
28. Lee JH, Hong YJ, Bae HJ, Kim BJ, Na DL, Han SH et al. The Effects of Galantamine Treatment on Attention and Its Relationship with Cognition and Activities of Daily Living in Patients with Mild to Moderate Alzheimer's Disease. *J Clin Neurol.* 2015;11(1):66-72.
29. Yang Y, Kwak YT. The Effects of Donepezil on 15-Item Geriatric Depression Scale Structure in Patients with Alzheimer Disease. *Dement Geriatric Cognitive Disord Extra.* 2016;6:437–446.
30. Čiuberkienė I, Petruševičienė D, Bielevičienė-Pranskaitytė, Macijauskienė J, Lendraitienė E. Snoezelen multisensorinės aplinkos įtaka pažintinių funkcijų ir savarankiškumo lavinimui asmenims, sergantiems Alzheimerio liga bei kitomis demencijomis. *Gerontologija.* 2014;15(4):211–216.
31. Padilla R. Effectiveness of Occupational Therapy Services for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Occup Ther.* 2011;487-489.
32. Öhman A, Nygård L, Kottorp A. Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia. *Scand J Occup Ther.* 2011;18:133–142.
33. Navaroo RF, Rodríguez MD, Favela J. Use and Adoption of an Assisted Cognition System to Support Therapies for People with Dementia. *Computational and Mathematical Methods in Medicine.* 2016;Article ID 1075191.

34. McGilton KS, Höbler F, Campos J, Dupuis K, Labreche T, Guthrie DM et al. Hearing and vision screening tools for long-term care residents with dementia: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011945.
35. Wenborn J, Hynes S, Monis-Cook E, Mountains G, Poland F, King M et al. Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2016;17:65.
36. Kim H-H. Effects of experience-based group therapy on cognitive and physical functions and psychological symptoms of elderly people with mild dementia. *J Phys Ther Sci*. 2015;27:2069–2071.
37. Schmid AA, Morris-Spangler C, Beauchamp RC, Wellington MC, Hauden WM, Porterfield HS et al. The Home-Based Occupational Therapy Intervention in the Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT). *Occup Ther Ment Health*. 2015;31(1):19–34.
38. Fraker J, Kales HC, Blazek M, Kavanagh J, Gitlin LN. The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings. *Occup Ther Health Care*. 2014;28(1):4–20.
39. Jadzevičiūtė M, Barčytė R, Sinkevičius R, Žeimys E, Galbuogis M. Virtualios realybės panaudojimas ergoterapijos užsiėmimų metu. *Sveikatos mokslai*. 2012;p.175-178.
40. Kriščiūnas A, Mingaila S, Petruševičienė D, Rapolienė J, Bikutė I. Ergoterapijos paradigma reabilitacijos srityje ir jos profesinis reglamentavimas. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*. 2009.
41. Lee GY, Yip CCK, Yu CSE, Man DWK. Evaluation of a computer-assisted errorless learning-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong Kong: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8 623–633.
42. Lerner AJ, Strauss M, Sami SA. Recognizing apathy in Alzheimer's disease. *Geriatr*. 2007;62(II):14-17.
43. Landes AM, Sperry SD, Strauss ME, Gelsmacher DS. Apathy in Alzheimer's Disease. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1700–1707.
44. Forstmeier S, Maercker A. Motivational processes in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: results from the Motivational Reserve in Alzheimer's (MoReA) study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:293.
45. Shin H-Y, Han HJ, Shin D-J, Park H-M, Lee Y-B, Park HK. Sleep Problems Associated with Behavioral and Psychological Symptoms as Well as Cognitive Functions in Alzheimer's Disease. *J Clin Neurol*. 2014;10(3):203-209.

46. Zeitzer JM, David R, Friedman L, Mulin E, Garcia R, Wang J et al. Phenotyping Apathy in Individuals With Alzheimer Disease Using Functional Principal Component Analysis. *Am J Geriatr Psy.* 2013;21(4):391–397.
47. Bree C, Angel D, Anjan C. Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *J Alzheimers Dise.* 2014;9:1,pp. 1-11.
48. Letts L, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, O'Toole C, McGrath C. Using Occupations to Improve Quality of Life, Health and Wellness, and Client and Caregiver Satisfaction for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Occup Ther.* 2011;65,497–504.
49. Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T. Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11:431–437.
50. Wall M. Duffy The effects of music therapy for older people with dementia. *Br J Nurs.* 2010;19:2.
51. Guzmán-García A, Hughes JC, James IA, Rochester L. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. In *J Geriatr Psy.* 2012;914–924.
52. Dubodelova Ž, Mačiulaitis R. Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų). *Sveikatos mokslai.* 2012;4:23-28.
53. Phillips LJm, Reid-Arndt SA, Pak Y. Effects of a Creative Expression Intervention on Emotions, Communication, and Quality of Life in Persons with Dementia. *Nurs Res.* 2010;59(6):417–425.
54. Gunnarsson AB, Jansson JÅ, Eklund M. The Tree Theme Method in Psychosocial Occupational Therapy: A Case Study. *ScandJ Occup Ther.* 2009;229-240.
55. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J et al. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open.* 2011.
56. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriat.* 2010;10(4):206-13.
57. Kumar P, Tiwari SC, Goel A, Sreenivas V, Kumar N, Kumar R et al. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *Int Arch Med.* 2014;7:26.
58. Repšaitė V. Diferencinio mokymo poveikis asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, funkciniam judesiams ir savarankiškumui. *Daktaro disertacija.* 2015;Kaunas.

59. Kriščiūnas A, Kerpė A, Kimtys A ir kt. Ergoterapija. Kaunas: KMU leidykla. 2008;p.19-161.
60. Kučinskienė R. Dailės terapija. Seminarų užrašai. Vilnius. 2006.
61. Brijūnaitė R. Užimtumo terapija psichikos sutrikimų turintiems asmenims. Metodinė rekomendacija. Vilnius. 2007.
62. Gardines P, Sadikova E, Filippelli AC, Mitchell S, White LF, Saper R et al. Stress Management and Relaxation Techniques Use among Underserved Inpatients in an Inner City Hospital. *Complement Ther Med*. 2015;23(3):405–412.
63. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol*. 2012;46–68.
64. Guerin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Berthelon P, Blanc F et al. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a french expert group. *Gerontology*. 2013.
65. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD003260.
66. Clément S, Tonini A, Khatir F, Schiaratura L, Samson S. Short and Longer Term Effects of Musical Intervention in Severe Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2012;533-541.
67. Hooghiemstra AM, Eggermont LHP, Scheltens P, Van der Flier WM, Scherder EJA. Exercise and Early-Onset Alzheimer's Disease: Theoretical Considerations. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2012;2:132–145.
68. Horvath KJ, Trudeau SA, Rudolph JL, Trudeau PA, Duffy ME, Berlowitz D. Clinical Trial of a Home Safety Toolkit for Alzheimer's Disease. In *J Alzheimers Dis*. 2013;ID913606.
69. Piličiauskas A. Neįgaliųjų medinis ugdymas, Metodikos ir terapijos aspektai. Vilnius. 2006.
70. Lukošaitytė R, Murauskienė L, Survilienė R, Veniūtė M. Kultūros ir meno poveikio bei sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros galimybių vertinimas. Vilnius. 2014.
71. Klizas Š, Sipavičienė S, Klizienė I, Pliauga V. Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus moterų psichofizinei sveikatai. *Medicinos teorija ir praktika*. 2012;267–272.
72. Bikulčius R. Skalių ir testų taikymas vertinant fizinę, psichinę bei funkcinę senyvo amžiaus žmogaus būkę. *Gerontologija*. 2014;15(1):54–63.
73. Deltuvienė D. Instrumentuotė. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. 2001;3-2.

74. Choi Y. The validity of the Korean version of Brief cognitive rating scale (BCRS). *Psychiatry Investig.* 2010.
75. Aivarez-Kiraly A. Assessing Volition in Pediatrics: Using the Volitional Questionnaire and the Pediatric Volitional Questionnaire. *J Occup Ther.* 2015;7-1.
76. Brayman SJ, Kirby TF, Misenheimer AM, Short MJ. Comprehensive occupational therapy evaluation scale. *Am J Occup Ther.* 1976;30(2):94-100.
77. Finlay L. Occupational therapy practice in psychiatry. 1995;p.162.
78. Laren AN, Lamantie MA, Callahan Cm. Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Aging Ment Health.* 2013;17(6):655-66.
79. Baglio F, Griffanti L, Saibene FL, Ricci C, Alberoni M, Critelli R et al. Multistimulation Group Therapy in Alzheimer's Disease Promotes Changes in Brain Functioning. *Neurorehabilitation and Neural Repair.* 2015;29(1):13–24.
80. Klimova B, Maresova P, Valis M, Hort J, Kuca K. Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clin Interv Aging.* 2015;10:1401.
81. Sobral M, Pestana MH, Paúl C. Cognitive reserve and the severity of Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2015;73(6):480-6.
82. Kaubrys G, Bukina V, Bingelytė I, Taluntis V. Perception of Fechner Illusory Colors in Alzheimer Disease Patients. *Med Sci Monit.* 2016;22:4670-4678.
83. Hertz T. Paint me a memory. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional.* 2016;65:2, p.22-25.

PRIEDAI

1 PRIEDAS.

Visapusiškos užimtumo terapijos vertinimo skalė (angl. COTE)

I Bendras elgesys (BE), vertiname:

- išvaizdą (įvertinami šeši pagrindiniai veiksniai: švari oda ir plaukai, sušukuoti plaukai, švarūs plaukai, išlyginti drabužiai, drabužiai atitinkantys progą),
- neproduktyvų elgesį (linguoja ir žaidžia rankomis; besikartojantys pareiškimai; kalba su savimi; užsiėmę savo mintimis),
- aktyvumo lygį (nėra hipoaktyvumo/ar hiperaktyvumo požymių),
- išraišką (išraiška dera su situacija ir aplinka, ar netinkama/nekontroliuojama),
- atsakomybę (prisiima atsakomybę už savo veiksmus, o gal atsisako ir visai neprisiima),
- punktualumą (visada ateina laiku, o gal vėluoja 10, 20, 30 min.),
- orientavimąsi realybėje (puikiai žino asmenis, vietą, laiką ir situaciją).

II Tarpasmeninis elgesys (TE), vertiname:

- savarankiškumą (savarankiškas funkcionavimas),
- bendradarbiavimą (bendradarbiauja procese, laikosi daugelio nurodymų, prieštarauja),
- savo nuomonės gynimą (apgina nuomonę kada reikia; nuolaidus; visiškai pasyvus; dominuojantis),
- draugiškumą (bendrauja su personalu ir kitais klientais; bendrauja tik kartais; bendrauja tikužkalbintas; neprisijungia kitų veikloje, nesugeba bendrauti net užkalbintas),
- dėmesio gavimo elgesį (nėra betikslinio dėmesio gavimo elgesio; verbaliai arba neverbaliai reikalauja pastovaus dėmesio),
- neigiamą reakciją iš kitų (nesukelia ir sukelia neigiamų reakcijų; terapeutas turi duoti pastabą).

III Užduočių atlikimo elgesys, vertiname:

- įsitraukimą (nereikia ir reikia padrąsinimo pradėti užduotį, įsitraukia/neįsitraukia į veiklą),
- dėmesio sukaupimą (jokių sunkumų sukaupti dėmesį visą užsiėmimą; dėmesys nukrypsta nuoveiklos tam tikrą laiką; praranda dėmesį mažiau nei per 1 minutę),
- suderinamumą (jokių problemų derinant; kartais turi problemų su smulkiomis detalėmis, naudojant instrumentus ar medžiagas; ryškūs ir dideli sunkumai judant, nesugeba naudotis medžiagomis ir instrumentais),
- instrukcijų laikymąsi (įvykdo nurodymus be problemų; retos problemos vykdant

sudėtingus nurodymus; gali atlikti labai paprastus nurodymus; nesugeba įvykdyti nurodymų),

- veiklos tvarkingumą ir dėmesį detalėms (veikla atliekama tvarkingai, kartais/dažnai nekreipia dėmesio į detales; savo elgesiu trikdo aplinkinius; toks netvarkingas, kad terapeutas turi įsikišti),
- problemų sprendimą (sprendžia problemas be pagalbos/su parama, atpažįsta/neatpažįsta problemą, bet negali jos išspręsti),
- užduoties sudėtingumą ir organizavimą (organizuoja ir atlieka visas pavestas užduotis/kartais turi problemų; gali organizuoti nesudėtingą, bet ne kompleksinę veiklą/su terapeuto pagalba; nesugeba organizuoti ir atlikti veiklos, kada visi instrumentai, medžiagos ir nurodymai yra prieinami),
- pagrindinį mokymąsi (išmoksta naujos veiklos greitai ir be sunkumų; kartais/dažnai susiduria su sunkumais mokydamasis kompleksinės veiklos; nesugeba išmokyti paprastos/naujos veiklos),
- susidomėjimą veikla (domisi įvairia veikla; parodo susidomėjimą tik daliai veiklos; įsitraukia į veiklą, bet nerodo susidomėjimo; nedalyvauja),
- susidomėjimo atlikimą (suinteresuotas/kartais trūksta intereso užbaigti veiklą; suinteresuotas užbaigti trumpalaikę veiklą, trūksta intereso ilgalaikėje veikloje; jokio intereso ar pasitenkinimo užbaigti bet kokią veiklą),
- sprendimų priėmimą (priima savo sprendimus; bet kartais/dažnai siekia terapeuto patvirtinimo; priima sprendimą tik iš dviejų pasirinkčių/negali arba atsisako priimti sprendimus),
- frustacijos toleravimą (atlieka visas užduotis nefrustruodamas; kartais/dažnai frustruoja atlikdamas kompleksines užduotis; dažnai frustruoja atlikdamas bet kokias užduotis, tačiau linkęs tęsti; frustruoja atlikdamas paprastas užduotis ir atsisako tęsti).

Kiekviena šios skalės dalis yra vertinama atskirai ir bendrai:

- ✓ 0 – normalus (nėra problemų nė vienoje srityje),
- ✓ 1 – minimalus (problemos vienoje srityje),
- ✓ 2 – silpnas (problemos dviejose srityse),
- ✓ 3 – vidutinis (problemos trijose ar keturiose srityse),
- ✓ 4 – žymus (problemos penkiose ar šešiose srityse).

Visapusiškos užimtumo terapijos skalės (COTE) apibrėžimai

I. BENDRAS ELGESYS

A. Išvaizda

Išvaizdai įvertinti naudojami 6 pagrindiniai veiksniai: 1) švari oda, 2) švarūs plaukai, 3) sušukuoti plaukai, 4) švarūs drabužiai, 5) išlyginti drabužiai, 6) drabužiai, atitinkantys progą.

0 – nėra problemų nė vienoje srityje

1 – problemos vienoje srityje

2 – problemos dviejose srityse

3 – problemos trijose ar keturiose srityse

4 – problemos penkiose arba šešiose srityse

B. Neproduktyvus elgesys

Linguoja, žaidžia rankomis, besikartojantys pareiškimai, kalba su savimi, užsiėmęs savo mintimis.

0 – nėra neproduktyvaus elgesio susitikimo metu

1 – retai pasitaikantis neproduktyvus elgesys susitikimo metu

2 – neproduktyvus elgesys stebimas pusę susitikimo laiko

3 – neproduktyvus elgesys stebimas tris ketvirtadalius susitikimo laiko

4 – neproduktyvus elgesys stebimas visą susitikimą

C. Aktyvumo lygis (a arba b)

(a): 0 – nėra hipoaktyvumo

1 – retkarčiais pasitaikantis hipoaktyvumas

2 – hipoaktyvumas atkreipia kitų klientų ir terapeuto dėmesį, bet vis tik dalyvauja

3 – hipoaktyvumo lygis toks, kad sunkiai gali dalyvauti veikloje

4 – hipoaktyvumo lygis toks, kad negali dalyvauti veikloje

(b): 0 – nėra hiperaktyvumo

1 – retkarčiais pasitaikantis hiperaktyvumas

2 – hiperaktyvumas atkreipia kitų klientų ir terapeuto dėmesį, bet vis tik dalyvauja

3 – hiperaktyvumo lygis toks, kad sunkiai gali dalyvauti veikloje

4 – hiperaktyvumo lygis toks, kad negali dalyvauti veikloje

D. Išraiška

0 – išraiška dera su situacija ir aplinka

1 – išraiška bendravimo metu retai netinkama

2 – netinkama išraiška susitikimo metu pasireiškia keletą kartų

3 – išraiška neatitinka situacijų

4 – nekontroliuojama išraiška

E. Atsakomybė

- 0 – prisiima atsakomybę už savo veiksmus
- 1 – atsisako atsakomybės už vieną ar du veiksmus
- 2 – atsisako atsakomybės už keletą veiksmų
- 3 – atsisako atsakomybės už daugelį veiksmų
- 4 – visai neprisiima atsakomybės – kaltina terapeutą arba kitus

F. Punktualumas

- 0 – visada laiku
- 1 – vėluoja nuo 5 iki 10 minučių
- 2 – vėluoja nuo 10 iki 20 minučių
- 3 – vėluoja nuo 20 iki 30 minučių
- 4 – vėluoja daugiau kaip 30 minučių

G. Orientavimasis realybėje

- 0 – puikiai žino asmenis, vietas, laiką ir situaciją
- 1 – apskritai žino, bet vienoje srityje yra nesuderinamumas
- 2 – žinojimas tik dviejose srityse
- 3 – žinojimas vienoje srityje
- 4 – žinojimo apie žmones, vietą, laiką ir situaciją trūkumas

II. TARPASMENINIS ELGESYS

A. Savarankiškumas

- 1 – tik vienas arba du poelgiai yra priklausomi
- 2 – pusę priklausomų ir pusę nepriklausomų poelgių
- 3 – tik vienas arba du poelgiai yra nepriklausomi
- 4 – nėra nepriklausomų poelgių

B. Bendradarbiavimas

- 0 – bendradarbiauja procese
- 1 – laikosi daugelio nurodymų, prieštarauja mažiau negu pusei
- 2 – laikosi pusės ir prieštarauja pusei
- 3 – prieštarauja trimis ketvirtadaliams nurodymų
- 4 – prieštarauja visiems nurodymams ir pasiūlymams

C. Savo nuomonės gynimas (a arba b)

- (a): 0 – apgina nuomonę kada reikia
- 1 – nuolaidus mažiau negu pusę susitikimo
- 2 – nuolaidus pusę susitikimo
- 3 – nuolaidus tris ketvirtadalius susitikimo

- 4 – visiškai pasyvus ir nuolaidus
- (b): 0 – apgina nuomonę kada reikia
- 1 – dominuojantis mažiau negu pusę susitikimo
- 2 – dominuojantis pusę susitikimo
- 3 – dominuojantis tris ketvirtadalius susitikimo
- 4 – dominuojantis visą susitikimą

D. Draugiškumas

- 0 – bendrauja su personalu ir kitais klientais
- 1 – bendrauja su personalu ir kartais su klientais arba atvirkščiai
- 2 – bendrauja tik su personalu arba tik su klientais
- 3 – bendrauja tik užkalbintas
- 4 – neprisijungia prie kitų veikloje, nesugeba bendrauti net užkalbintas

E. Dėmesio gavimo elgesys

- 0 – nėra betikslinio dėmesio gavimo elgesio
- 1 – mažiau negu pusę praleisto laiko pasireiškia dėmesio gavimo elgesys
- 2 – pusę praleisto laiko pasireiškia dėmesio gavimo elgesys
- 3 – tris ketvirtadalius praleisto laiko pasireiškia dėmesio gavimo elgesys
- 4 – verbaliai arba neverbaliai reikalauja pastovaus dėmesio

F. Neigiamos reakcijos iš kitų

- 0 – nesukelia neigiamų reakcijų
- 1 – sukelia vieną neigiamą reakciją
- 2 – sukelia dvi neigiamas reakcijas
- 3 – sukelia tris ir daugiau neigiamų reakcijų
- 4 – sukelia daugybę neigiamų reakcijų ir terapeutas turi duoti pastabą

III. UŽDUOČIŲ ATLIKIMO ELGESYS

A. Įsitraukimas

- 0 – nereikia padrąsinimo pradėti užduotį
- 1 – reikia vieno padrąsinimo pradėti užduotį
- 2 – reikia dviejų ar trijų padrąsinimų įtraukti į veiklą
- 3 – įsitraukia į veiklą tik po daugelio padrąsinimų
- 4 – neįsitraukia į veiklą

B. Dėmesio sukaupimas

- 0 – jokių sunkumų sukaupti dėmesį visą užsiėmimą
- 1 – dėmesys nukrypsta nuo veiklos mažiau negu vieną ketvirtadalį laiko
- 2 – dėmesys nukrypsta nuo veiklos pusę laiko

3 – dėmesys nukrypsta nuo veiklos tris ketvirtadalius laiko

4 – praranda dėmesį mažiau negu per 1 minutę

C. Suderinimas

0 – jokių problemų derinant

1 – kartais turi problemų su smulkiomis detalėmis, naudojant instrumentus ar medžiagas

2 – kartais turi problemų naudojant instrumentus ar medžiagas, bet dažnai dirbant su smulkiomis detalėmis

3 – ryškūs sunkumai judant, nesugeba naudotis kai kuriomis medžiagomis ar instrumentais

4 – dideli sunkumai judant, nesugeba naudotis medžiagomis ar instrumentais

D. Instrukcijų laikymasis

0 – įvykdo nurodymus be problemų

1 – retos problemos vykdant sudėtingus nurodymus

2 – įvykdo paprastus nurodymus, turi problemų su vidutinio sunkumo nurodymais

3 – gali atlikti tik labai paprastus nurodymus

4 – nesugeba įvykdyti nurodymų

E. Veiklos tvarkingumas

(a): 0 – veikla atliekama tvarkingai

1 – kartais nekreipia dėmesio į detales

2 – dažnai nekreipia dėmesio į detales ir medžiagos yra išmėtytos

3 – nekreipia dėmesio į detales ir savo netvarkingu elgesiu trikdo aplinkinius

4 – toks netvarkingas, kad terapeutas turi įsikišti

(b): Dėmesys detalėms

0 – adekvačiai kreipia dėmesį į detales

1 – kartais per daug kreipia dėmesio į detales

2 – daugiau dėmesio kelioms detalėms negu reikia

3 – toks smulkmeniškasis, kad darbas užima dvigubai daugiau laiko

4 – toks smulkmeniškasis, kad darbas niekada nebaigiamas

F. Problemų sprendimas

0 – sprendžia problemas be pagalbos

1 – sprendžia problemas po vieną kartą suteiktos paramos

2 – gali spręsti problemas tik po pakartotinių instrukcijų

3 – atpažįsta problemą, bet negali jos išspręsti

4 – nesugeba nei atpažinti, nei spręsti problemų

G. Užduoties sudėtingumas ir organizavimas

0 – organizuoja ir atlieka visas pavestas užduotis

- 1 – kartais turi problemų organizuoti kompleksinę veiklą, kurią turėtų atlikti
- 2 – gali organizuoti nesudėtingą, bet ne kompleksinę veiklą
- 3 – gali su terapeuto pagalba organizuoti tik labai paprastą veiklą
- 4 – nesugeba organizuoti ir atlikti veiklos, kada visi instrumentai, medžiagos ir nurodymai yra prieinami

H. Pagrindinis mokymasis

- 0 – išmoksta naujos veiklos greitai ir be sunkumų
- 1 – kartais susiduria su sunkumais mokydamosis kompleksinės veiklos
- 2 – dažnai susiduria su sunkumais mokydamosis kompleksinės veiklos, bet gali išmokti paprastą veiklą
- 3 – nesugeba išmokti kompleksinės veiklos, kartais susiduria su sunkumais mokydamosis paprastos veiklos
- 4 – nesugeba išmokti naujos veiklos

I. Susidomėjimas veikla

- 0 – domisi įvairia veikla
- 1 – kartais nesidomi nauja veikla
- 2 – parodo susidomėjimą tik daliai veiklos
- 3 – įsitraukia į veiklą, bet nerodo susidomėjimo
- 4 – nedalyvauja

J. Susidomėjimas atlikimu

- 0 – suinteresuotas užbaigti veiklą
- 1 – kartais trūksta intereso užbaigti ilgai besitęsiančią veiklą
- 2 – suinteresuotas užbaigti trumpalaikę veiklą, trūksta intereso ilgalaikėje veikloje
- 3 – tik kartais suinteresuotas užbaigti bet kokią veiklą
- 4 – jokio intereso ar pasitenkinimo užbaigti bet kokią veiklą

K. Sprendimų priėmimas

- 0 – priima savo sprendimus
- 1 – priima sprendimus, bet kartais siekia terapeuto patvirtinimo
- 2 – priima sprendimus, bet dažnai siekia terapeuto patvirtinimo
- 3 – priima sprendimą tik iš dviejų pasirinkčių
- 4 – negali arba atsisako priimti sprendimus

L. Frustracijos toleravimas

- 0 – atlieka visas užduotis nefrustruodamas
- 1 – kartais frustruoja atlikdamas kompleksines užduotis, bet susitvarko su paprastesnėmis
- 2 – dažnai frustruoja atlikdamas kompleksines užduotis, bet gali atlikti paprastesnes

3 – dažnai frustruoja atlikdamas bet kokias užduotis, tačiau linkęs tęsti

4 – taip frustruoja atlikdamas paprasta, bet atsisako tęsti.

2 PRIEDAS.

ANKETA

1. Lytis:
 - Moteris
 - Vyras
2. Jūsų amžius (įrašykite):.....
3. Šeimyninė padėtis:
 - Nevedęs/neištekęjusi
 - Vedęs/ištekęjusi
 - Išsituokęs(usi)
 - Našlys(ė)
 - Kt.
4. Kaip atrodo Jūsų įprastinė diena?
 - Laikaisi dienotvarkės
 - Namų ruošą
 - Kita veikla
 - Reikalinga pagalba
5. Kiek šeimos narių gyvena kartu?
 - 1
 - 2
 - 3 ir daugiau
 - Gyvenu vienas/a
6. Ar turite draugų (-ių)?
 - Taip
 - Ne
7. Ar dažnai susitinkate su draugu (-e)?
 - Kartais
 - Dažnai
 - Labai retai
 - Niekada
8. Ką mėgstate veikti laisvalaikiu?
 - Įrašykite.....
9. Ką norėtumėte veikti laisvalaikiu?
 - Įrašykite.....

3 PRIEDAS.

ALZHEIMERIO LIGOS ĮVERTINIMO SKALĖS APRAŠYMAS

Alzheimerio ligos įvertinimo skalę (angl. ADAS) atlikti reikia apie 45 minučių. Šią skalę sudaro 22 dalys, kurios apima svarbiausius kognityvinius ir nekognityvinius Alzheimerio ligos požymius. Alzheimerio ligos įvertinimo skalės sudėtyje yra 12 testų kognityvinėms funkcijoms matuoti. Jie skirti įvertinti keturias psichinių funkcijų rūšis, priskiriamas kognityviniams procesams: atmintį, orientaciją, kalbą ir praksią. Uždelsto prisiminimo testas įtrauktas kaip atminties įvertinimo priemonė, tačiau šio testo rezultatai neįtraukiami į bendrą suminį Alzheimerio ligos įvertinimo skalės rezultatą. Nekognityvinės funkcijos vertinamos dešimčia reitingavimo procedūrų (veiksmų), kurios atspindi specifinių nuotaikos pakitimą ar elgsenos ypatybių dažnumą ir išreikštumą.

1 lentelė. Alzheimerio ligos įvertinimo skalės kognityvinė subskalė (ADAS-cog)

Matuojama funkcija	ADAS testas
Atmintis	Žodžių atsiminimo užduotis Žodžių atpažinimo užduotis Testo vykdymo instrukcijų prisiminimo sutrikimas Ilgalaikis atsiminimas
Orientacija	Orientacija
Kalba	Daiktų ir pirštų įvardijimas Nurodymai Kalbos sutrikimas Šnekamosios kalbos supratimo sutrikimas Žodžio parinkimo sutrikimas
Praksija	Konstruktinė praksią Ideacinė praksią

2 lentelė. Alzheimerio ligos įvertinimo skalės nekognityvinė subskalė (ADAS-noncog)

Matuojama funkcija	ADAS testas
Nuotaika	Verksmingumas Depresija
Elgsena	Koncentracija/Išsiblaškyimas Nebendradarbiavimas tiriant Kliedesiai Haliucinacijos Žingsniavimas Padidėjęs motorinis aktyvumas Tremoras Padidėjęs/Sumažėjęs apetitas
Praksija	Konstruktinė praksią Ideacinė praksią

Atliekant kognityvinę Alzheimerio ligos įvertinimo skalės dalį, maksimalus galimas rezultatas yra 70 balų – jis rodo didelį sutrikimą visose tirtose kognityvinių procesų srityse. Minimalus rezultatas yra 0, jis gaunamas, jei tiriamasis sugebėjo atlikti visus testus be klaidų. Atliekant visą Alzheimerio ligos įvertinimo skalę maksimalus rezultatas yra 120 balų.

Pirmiausia atliekama kognityvinė skalės dalis. Paskui vedamas 5–10 minučių trukmės pokalbis, kuris suteikia galimybę įvertinti tiriamojo ekspresinės ir receptyvinės kalbos sutrikimus. Pabaigoje įvertinami tiriamojo emociniai ir elgsenos sutrikimai, remiantis tiriamojo stebėjimu bei jo ir globėjo suteikta informacija.

Pateikiame išsamius atskirų Alzheimerio ligos įvertinimo skalę sudarančių testų atlikimo ir vertinimo aiškinimus, kad galėtume patvirtinti skirtingų tyrėjų gautų Alzheimerio ligos įvertinimo skalės atlikimo rezultatų suderinamumą.

4 PRIEDAS.

Trumpa kognityvinių funkcijų vertinimo skalė (TKFVS)

Paciento pavardė _____

Amžius _____ Lytis M _____ V _____

Diagnozė _____

Data _____

Kognityvinė funkcija **Paaiškinimas**

I funkcija: koncentracija	1= Nėra koncentracijos sutrikimo bei tirian objektyviai, nei pagal subjektyvų asmens vertinimą
	2= Koncentracijos galimybių sumažėjimas jaučiamas tik subjektyviai
	3= Silpni objektyvūs blogos koncentracijos požymiai (pvz., atiman iš 100 po 7)
	4= Aiškus koncentracijos trūkumas, nebūdingas tos aplinkos, kuriai priklauso asmuo
	5= Ryškus koncentracijos sutrikimas (pvz., vardijant mėnesius atgaline tvarka arba atimant iš 20 po 2)
	6= Pamiršta užduotį. Paprašius iš 10 atimti po vieną, dažnai pradeda skaičiuoti pridėdamas prie 10
	7= Smarkiai klysta skaičiuodamas nuo 10 ir toliau
II kognityvinė funkcija: trumpalaikė atmintis	1= Trumpalaikė atmintis nesutrikusi nei tiriant objektyviai, nei pagal subjektyvų asmens vertinimą
	2= Atminties sutrikimas jaučiamas tik subjektyviai (pvz., pamiršta vardus dažniau nei anksčiau)
	3= Tam tikrų įvykių atgaminimo sutrikimas pastebimas išsamiai klausinėjant. Svarbių neseniai įvykių atsiminimas nesutrikęs
	4= Negali prisiminti svarbių praėjusio savaitgalio ar savaitės įvykių. Skurdžios žinios (nepakankamai išsamios) apie einamuosius įvykius, mėgstamas Tv laidas ir t.t.
	5= Neužtikrintas, koks oras lauke; gali neprisiminti dabartinio šalies prezidento ar savo adreso
	6= Atsitiktinės žinios apie kai kuriuos neseniai vykusius įvykius. Nepakankamai žino ar visai nežino dabartinio savo adreso, koks oras ir t.t.
	7= Visai neprisimena jokių neseniai buvusių įvykių
III kognityvinė funkcija: ilgalaikė atmintis	1= Nenustatoma ilgalaikės atminties sutrikimo nei tiriant objektyviai, nei pagal subjektyvų vertinimą
	2= Tik subjektyviai jaučiamas atminties sutrikimas. Gali prisiminti vieną ar daugiau mokyklos mokytojų
	3= Išsamiai klausinėjant pastebimas praeities įvykių prisiminimo spragos. Sugeba atsiminti bent vieną mokyklos mokytojo ir/ar vaikystės draugą
	4= Aiškus atminties sutrikimas. Sutuoaktinis prisimena daugiau apie asmens praeitį nei jis pats. Negali prisiminti vaikystės draugų ir/ar mokytojų, bet žino daugumos mokyklų, kuriose mokėsi, pavadinimus. Pasakodamas savo istoriją, asmuo painioja chronologinę seką
	5= Negali atgaminti kai kurių svarbių praeities įvykių (pvz., neprisimena mokyklos, kurią lankė, pavadinimo)
	6= Tam tikra rezidualinė atmintis, susijusi su praeitimi (pvz., prisimena, kur gimė ar ką dirbo)
	7= Atmintis, susijusi su praeitimi, visai sutrikusi
IV kognityvinė funkcija: Orientacija	1= Nesutrikusi orientacija laiko, vietos, savęs bei aplinkinių žmonių atžvilgiu
	2= Tik subjektyviai jaučiamas orientacijos sutrikimas. Žino laiką, likusį iki artimiausios valandos, vietą, kurioje šiuo metu yra
	3= Klysta sakydamas laiką daugiau kaip 2 valandų skirtumu; klysta nurodydamas savaitės dieną daugiau nei viena diena; klysta nurodydamas datą daugiau kaip 3 dienų skirtumu

	4= Klysta nuroydamas mėnesį daugiau kaip 10 dienų ar metus daugiau nei vienu mėnesiu
	5= Neužtirintas, koks dabar mėnuo ir/ar metai arba metų laikas; neužtikrintas, kur dabar yra
	6= Nežino datos. Atpažįsta situotinį, bet gali nežinoti jo (jos) vardo. Žino savo vardą
	7= Neatpažįsta situotinio. Asmuo neužtikrintas tuo, kas jis pats yra
V kognityvinė funkcija: Funkcionavimas ir rūpinimasis savimi	1= Nėra sunkumų – nei jaučiamų subjektyviai, nei pastebimų objektyviai
	2= Skundžiasi, kad pamiršta, kur yra daiktai. Subjektyviai pažymi, kad sunku dirbti
	3= Sumažėjęs darbingumas, kurį pastebi bendradarbiai. Sunku vykti į naujas vietas
	4= Sumažėjusios galimybės vykdyti sudėtingesnes užduotis (pvz., planuojant vakarienę svečiams, tvarkant finansus, apsiperkant)
	5= Reikalinga pagalba asirenkant, ką apsirengti
	6= Reikalinga pagalba valgant ir/ar naudojantis tualetu, ir/ar prausiantis, ir/ar vaikstant
	7= Reikalinga pagalba visoje kasdieninėje veikloje

Kiekviena kognityvinė funkcija vertinama balais nuo 1 iki 7.

- 1: *Nėra, normalu.* Funkcionavimas vidutinis ar geresnis už vidutinę. Turi būti atsižvelgta į asmens išsilavinimą, kultūrinį lygį ir t.t. Šiuo atveju subjektyviai pažymimo sutrikimo nėra.
- 2: *Labai lengvas.* Subjektyviai pažymimas atminties pablogėjimas, palyginti su atmintimi prieš 5 ar 10 m.; objektyviai pastebimo sutrikimo nėra ar jis labai nedidelis.
- 3: *Lengvas.* Sutrikimas minimalus, išryškėja išsamiai klausinėjant.
- 4: *Vidutinis.* Ryškus sutrikimas, kuris pasireiškia kliniškai.
- 5: *Vidutiniškai sunkus.* Vertinant pastebimas ryškus sutrikimas.
- 6: *Sunkus.* Labai sunkus sutrikimas; vertinant pastebima nedidelis galimybių rezervas.
- 7: *Labai sunkus.* Labai sunkus sutrikimas. Vertinimo metu nepastebima jokių rezervinių klinikinių galimybių.

5 PRIEDAS.

Valios klausimynas (VQ, Kielhofner G, versija 4.1, 2007)

	Valios raidos lygis	Klientas: _____ Data: _____ Vieta: _____	Palaikymo VQ vertinimas					Mažesnio palaikymo poreikis
			Palaikymo poreikis	→				
	Pasiekimas	Ieško išbandymų	N/O	P	H	I	S	
		Ieško papildomų atsakomybių	N/O	P	H	I	S	
		Naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį	N/O	P	H	I	S	
		Siekia veiklos baigties/atlikimo	N/O	P	H	I	S	
	Gebėjimas	Bando taisyti klaidas	N/O	P	H	I	S	
		Bando spręsti problemas	N/O	P	H	I	S	
		Save gerbiantis	N/O	P	H	I	S	
		Lieka susidomėjęs	N/O	P	H	I	S	
		Nurodo tikslus	N/O	P	H	I	S	
	Tyrimas	Rodo, kad veikla yra ypatinga ar prasminga	N/O	P	H	I	S	
		Rodo pirmumą/pirmenybę	N/O	P	H	I	S	
		Bando naujus dalykus	N/O	P	H	I	S	
Inicijuoja veiklas/užduotis		N/O	P	H	I	S		
	Rodo smalsumą	N/O	P	H	I	S		
<p>N/O = Nėra galimybių stebėti P = Pasyvus: neatlieka veiksmų esant palaikymui, struktūrai ar padaršinimui H = Neryžtingas: atlieka veiksmus esant maksimaliam palaikymui, struktūrai ar padaršinimui I = Dalyvaujantis: atlieka veiksmus esant minimaliam palaikymui, struktūrai ar padaršinimui S = Spontaniškas: atlieka veiksmus be palaikymo, struktūros ar padaršinimo</p>								
<p>Valios lygių interpretacija Tyrimo lygis: klientai norėtų pajusti aplinkoje malonumą ir pasitenkinimą bei mažai rizikuoti. Gebėjimų lygis: klientai siekia aktyviai dalyvauti ir lemti aplinką bei praktikinę sritį, susipažinti su atlikimo standartais. Pasiekimų lygis: klientai stengiasi sėkmingai atlikti kuo daugiau užduočių.</p>								

Vertinimą sudaro 4 balų sistema:

- 1 – pasyvus (neatlieka veiksmų esant palaikymui, struktūrai ar padaršinimui),
- 2 – neryžtingas (atlieka veiksmus esant maksimaliam palaikymui, struktūrai ir padaršinimui),
- 3 – dalyvaujantis (atlieka veiksmus esant minimaliam palaikymui, struktūrai ir padaršinimui),
- 4 – spontaniškas (atlieka veiksmus be palaikymo, struktūros ir padaršinimo).

6 PRIEDAS.

Darbinių įgūdžių įvertinimas (Finlay, 1995)

Vardas:

Data:

Darbinė situacija/vaidmuo:

Požiūris į darbą:

Įvertinimas: 0 – nėra sunkumų, 1– kai kurie sunkumai, 2 – ryškūs sunkumai.

Įgūdžių sritys	Kliento vertinimas	Terapeuto vertinimas	Komentarai
Užduoties atlikimas:			
dėmesio sukaupimas			
instrukcijų laikymasis demonstracinių žodinių rašytinių			
darbo greitis			
Organizuotumas			
Tvarkingumas			
Kruopštumas			
Atkaklumas			
Problemų sprendimas			
Sprendimų priėmimas			
Darbinis vaidmuo:			
Lankomumas			
Punktualumas			
Atsakomybės priėmimas			
Patikimumas			
Reagavimas į autoritetus			
Reagavimas į vertinimus			
Bendravimas su kolegomis			

Darbinės užduotys, naudotos įvertinime:

Konkrečios darbinių įgūdžių sritys:

Trumpalaikiai tikslai ir metodai:

Ilgalaikės rekomendacijos:

Parašas

Pareigos

Data

7 PRIEDAS.

Dėlionė „Zebras”



Mozaika „Spalvotos kaladėlės”



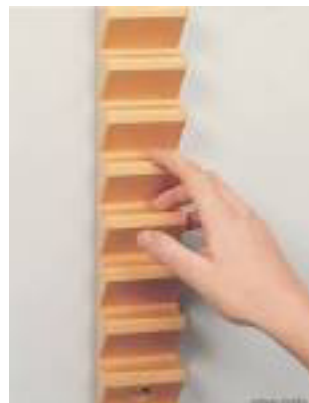
8 PRIEDAS.

Ergoterapinės priemonės judesių kartojimui

Ergoterapinė masė



Kopetėlės



Medinės kaladėlės



Pagrindinė dalis (25 min.): judesiai skirti pusiausvyrai ir koordinacijai gerinti, sėdint ant kėdės ar atsistojus.

1. Pratimai pečiams: Rankos nuleistos žemyn ir atpalaiduotos. Pečiai keliami į viršų, kartu įkvepiama. Pečiai nuleidžiami žemyn – iškvėpiama. Rankos nuleistos žemyn ir atpalaiduotos. Pečiai atvedami atgal (glaudžiamos mentės) ir palaikomi. Rankos nuleistos žemyn, atpalaiduotos. Pečiais sukame ratukus į vieną pusę, po to į kitą.
2. Poilsio pertraukėlė, įkvepiant ir iškvėpiant.
3. Pratimai alkūnėms: Rankos suneriamos viena su kita. Ištiesiamos per alkūnės sąnarį, keliamos rankos į viršų ir nuleidžiamos. Pirštai suneriami, rankos ištiesios į priekį. Lenkiamos per alkūnės sąnarius, siekiamas vienas petis, ištiesiama. Po to siekiamas kitas petis.
4. Poilsio pertraukėlė, įkvepiant ir iškvėpiant.

5. Pratimai riešui: Pirštai lengvai sulenkiami į kumštį. Pasukama per riešą į vieną pusę po to į kitą. Pirštai lengvai sulenkiami į kumštį.
6. Poilsio pertraukėlė, įkvepiant ir iškvėpiant.
7. Pratimai pusiausvyrai: sėdint ant kėdės lenktis į priekį ir atgal, imituojant daikto siekimą. Atliekama: 2 kartus su dešine ranka ir 2 kartus su kaire. Sėdint ant kėdės lenktis į dešinę ir kairę puses, imituojant daikto paėmimą nuo grindų. Sėdint ant kėdės, pasilenkti, imituojant batų raištelių rišimą.
8. Poilsio pertraukėlė, įkvepiant ir iškvėpiant.
9. Judesių keitimo pratimai: žygiavimas kojomis ir mostai rankomis, sėdint ant kėdės. Judesys sėstis ir stotis nuo kėdės. Pritūpti ir atsistoti.
10. Poilsio pertraukėlė, įkvepiant ir iškvėpiant.

Edukacinių filmukų klausimai

Filmuko „Spalvos” klausimai

1. Koks filmuke rodomo berniuko vardas?
 - Benas
 - Tomas
 - Linas
2. Ką berniukas turi paimti, renkantis spalvas?
 - Balionus
 - Gėles
 - Piešinius
3. Kokios spalvos balioną berniukas turi paimti pirmą?
 - Raudoną
 - Geltoną
 - Mėlyną
4. Kokios spalvos balioną berniukas paima antrą?
 - Oranžinį
 - Mėlyną
 - Geltoną
5. Koks žalios spalvos gyvūnas pateikiamas filmuke?
 - Vėžlys
 - Šuo
 - Varlė
6. Kokios spalvos balioną berniukas paima ketvirtą?
 - Geltoną
 - Raudoną
 - Žalią
7. Kokį raudonos spalvos pavyzdį pateikia filmuke?
 - Slyvą
 - Obuolį
 - Apelsiną
8. Kokios spalvos drugelis?
 - Rožinės
 - Žydros
 - Baltos
9. Kokios spalvos balioną berniukas paima paskutinį?
 - Oranžinį
 - Raudoną
 - Pilką
10. Koks paveikslėlis pavaizduotas ant berniuko marškinėlių?
 - Varna
 - B raidė
 - Skaičius 3

Filmuko „Egzotiniai gyvūnai” klausimai

1. Koks gyvūnas rodomas filmuke pirmas?
 - Katinas
 - Žirafa
 - Dramblys
2. Žalias, ilga uodega gyvūnas, gyvenantis vandenyje, turintis aštrius dantis?
 - Krokodilas
 - Varlė
 - Driežas
3. Skraidantis gyvūnas, kuris išlenda tik naktį?
 - Šikšnorparnis
 - Pelėda
 - Pelė
4. Didelis gyvūnas, mėgstantis vandenį ir jame galintis ilgai išlaikyti kvėpavimą?
 - Hipopotamas
 - Žuvis
 - Dramblys
5. Labai didelis katinas, geltonu kailiu ir pūkuota galva?
 - Liūtas
 - Katė
 - Šuo
6. Didelis, gauruotas, stipriomis rankomis gyvūnas?
 - Gorila
 - Tinginys
 - Gyvatė
7. Gyvūnas, turintis didelį ragą ant nosies?
 - Raganosis
 - Vienaragis
 - Arklys
8. Rudas, didelis, gauruotas, gyvenantis miškuose gyvūnas?
 - Meška
 - Lapė
 - Vilkas
9. Gyvūnas, kuris gyvena kokone ir iš jo išsiritą?
 - Musė
 - Drugelis
 - Bitė
10. Paukštis, ilgomis kojomis ir šviesiai rausvos spalvos?
 - Flamingas
 - Viščiukas
 - Žuvėdra

Filmuko „Veiksmai” klausimai (teisingą variantą pabraukti)

1. Berniukas rengiasi/apsirengia ar nusirengia/nusivelka.
2. Batus berniukas aunasi/maunasi ar rišasi/užsiriša.
3. Ką berniukas valgo/suvalgė? Slyvą/obuolį.
4. Berniukas nuo kalno čiuožia/nučiuožė ar lipo/nulipo.
5. Ką mergaitė daro su sniegu? Lipdo/nulipdė ar rideno/nurideno senį besmegenį.
6. Ką daro senis besmegenis? Tirpsta/ištirpo ar lipa/nulipo.
7. Ką daro dėdė? Atnešė/neša šieną ar deda/uždeda.
8. Moteris sodina/pasodino gėles ar rauna/nurovė.
9. Ką daro kiškis su morkomis rauna/išrauna ar valgo/suvalgo.
10. Ką veikia mergaitė su kaladėlėmis deda/uždeda ar meta/numeta.

10 PRIEDAS.

Kūrybinės veiklos

Piešimas druska



Piešimas akvarele



Piešimas ant druskos akvarele



Žaislo siuvimas iš pirštinių



Lankstymas iš popieriaus



Pintinės nėrimas



Eglės lankstymas iš popieriaus



Kalėdinio žaisliuko siuvimas



11 PRIEDAS.

1 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo duomenys

	Aukštesnė motyvacija	Žemesnė motyvacija
	Motyvacija (n/ %)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	11/ 68,8	5/ 31,2
χ^2/p	0,139/ 0,710	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

2 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės tyrimo duomenys

	Aukštesnė motyvacija	Žemesnė motyvacija
	Pasiiekimų skalė(n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	8/50,0	8/50,0
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,125/0,723	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

3 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos pasiekimų skalės teiginių tyrimo duomenys

	Pasiiekimų skalė: ieško išbandymų(n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	6/37,5	10/62,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	11/68,8	5/31,2
χ^2/p	3,137/0,077	
	Pasiiekimų skalė: ieško papildomų atsakomybių (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	8/50,0	8/50,0
Tiriamoji grupė	10/62,5	6/37,5

(kūrybinės veiklos) n=16		
χ^2/p	0,508/0,476	
	Pasiekimų skalė: naudoja papildomą energiją/emocijas/dėmesį (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	8/50,0	8/50,0
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,125/0,723	
	Pasiekimų skalė: siekia veiklos baigties/atlikimo (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
χ^2/p	0,001/1	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

4 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenys

	Žemesnė motyvacija	Aukštesnė motyvacija
	Gebėjimų skalė(n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,0/1	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

5 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos gebėjimų skalės tyrimo duomenys

	Gebėjimų skalė: bando taisyti klaidas (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	11/68,8	5/31,2
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	6/37,5	10/62,5

χ^2/p	3,137/0,077	
	Gebėjimų skalė: bando spręsti problemas (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	7/43,8	9/56,2
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
χ^2/p	1,129/0,288	
	Gebėjimų skalė: save gerbiantis (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	7/43,8	9/56,2
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	7/43,8	9/56,2
χ^2/p	0,001/1	
	Gebėjimų skalė: lieka susidomėjęs (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,001/1	
	Gebėjimų skalė: nurodo tikslus (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	7/43,8	9/56,2
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,500/0,480	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

6 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės tyrimo duomenys

	Žemesnė motyvacija	Aukštesnė motyvacija
	Tyrimo skalė(n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	11/68,8	5/31,2
χ^2/p	0,139/0,710	

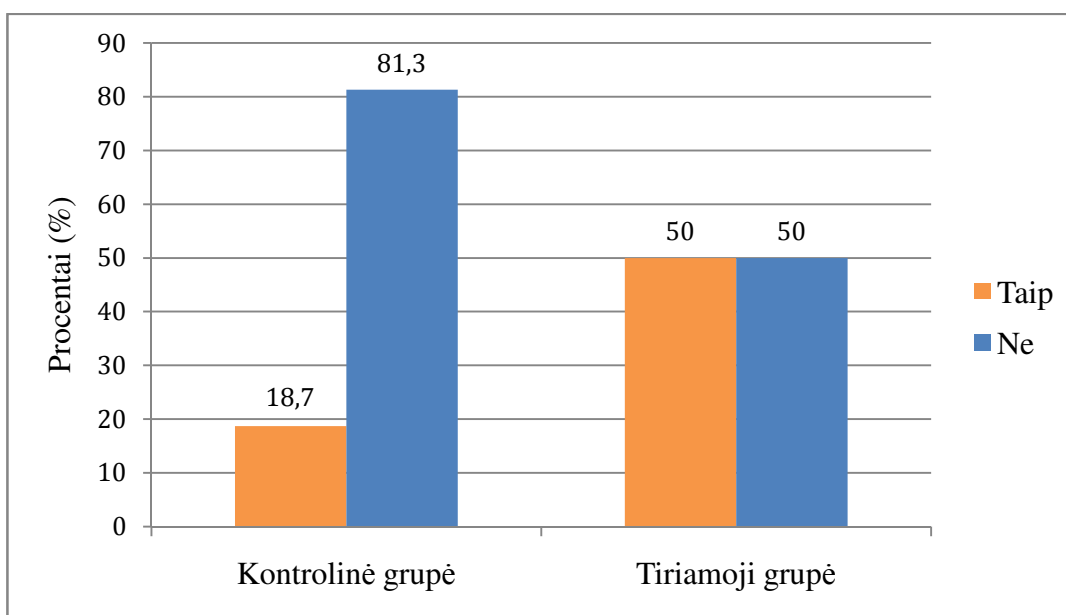
n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, p – statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

7 Lentelė. Sergančių Alzheimerio liga kontrolinės ir tiriamosios grupės tiriamųjų motyvacijos tyrimo skalės tyrimo duomenys

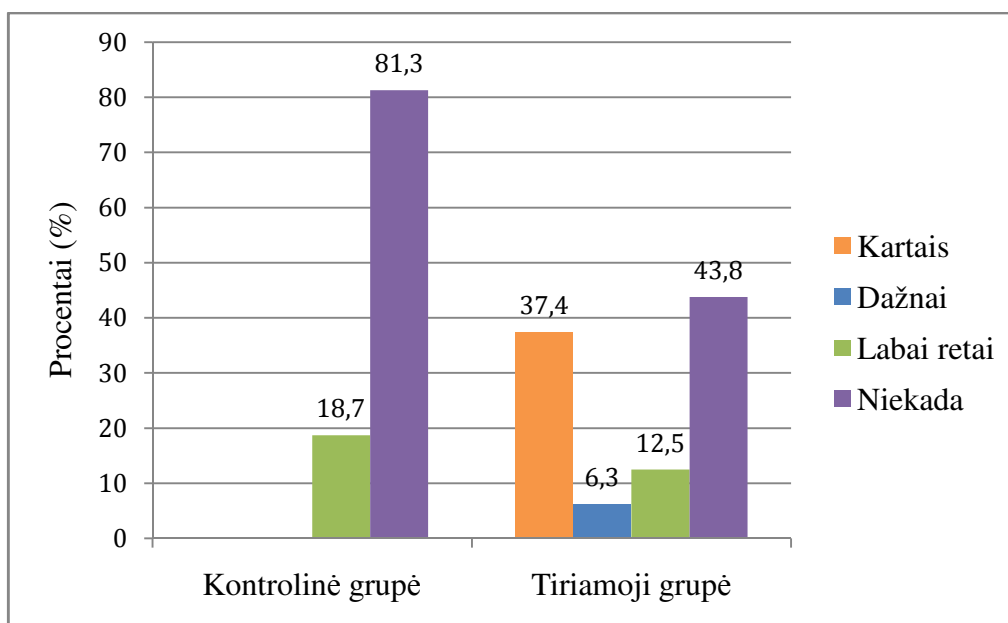
	Tyrimo skalė: rodo, kad veikla yra ypatinga/prasminga (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,130/0,719	
	Tyrimo skalė: rodo pirmumą/pirmenybę(n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	8/50,0	8/50,0
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,125/0,723	
	Tyrimo skalė: bando naujus dalykus (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
χ^2/p	0,130/0,719	
	Tyrimo skalė: inicijuoja veiklas/užduotis (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	7/43,8	9/56,2
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	10/62,5	6/37,5
χ^2/p	1,129/0,288	
	Tyrimo skalė: rodo smalsumą (n/%)	
Kontrolinė grupė (nekūrybinės veiklos) n=16	9/56,2	7/43,8
Tiriamoji grupė (kūrybinės veiklos) n=16	8/50,0	8/50,0
χ^2/p	0,125/0,723	

n – tiriamųjų skaičius, χ^2 – Pearsonchi kvadratas, *p* - statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05

12 PRIEDAS.



1 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų atsakymai į klausimą „Ar turite draugų(-ių)?“



2 pav. Sergančių Alzheimerio liga tiriamųjų, atsakymai į klausimą „Ar dažnai susitinkate su draugais?“