

**LIETUVOS KŪNO KULTŪROS AKADEMIJA
SPORTO BIOMEDICINOS FAKULTETAS
TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS KATEDRA**

TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS STUDIJŲ PROGRAMA

AIVARAS AUDĖJAITIS

**TAIKOMOJI FIZINĖ VEIKLA ŠIZOFRENIJA
SERGANČIŲJŲ REABILITACIJOJE**

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas: Dr. J. Požerienė

KAUNAS 2009

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

Patvirtinu, kad įteikiamas magistro baigiamasis darbas (*pavadinimas*).....
.....

1. Yra atliktas mano paties/pačios;
2. Nebuvo naudotas kitame universitete Lietuvoje ir užsienyje;
3. Nenaudojau šaltinių, kurie nėra nurodyti darbe, ir pateikiu visą panaudotos literatūros sąrašą.

.....
(*data*)

.....
(*autorius vardas pavardė*)

.....
(*parašas*)

PATVIRTINIMAS APIE ATSAKOMYBĘ UŽ LIETUVIŲ KALBOS TAISYKLINGUMĄ ATLIKTAME DARBE

Patvirtinu lietuvių kalbos taisyklumą atliktame darbe.

.....
(*data*)

.....
(*autorius vardas pavardė*)

.....
(*parašas*)

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO VADOVO IŠVADOS DĖL DARBO GYNIMO

.....
.....

.....
(*data*)

.....
(*vadovo vardas pavardė*)

.....
(*parašas*)

Magistro baigiamasis darbas aprobuotas profilinėje katedroje:

.....
.....
(*aprobacijos data*)

.....
.....
(*Gynimo komisijos sekretorės/iaus vardas, pavardė*)

.....
.....
(*parašas*)

Magistro baigiamasis darbas yra patalpintas į ETD IS

.....

(*Gynimo komisijos sekretorės/iaus parašas*)

Magistro baigiamojo darbo recenzentas:

.....

.....
(*vardas, pavardė*)

(*Gynimo komisijos sekretorės/iaus parašas*)

Magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos įvertinimas:

.....

.....
(*data*)

.....
(*Gynimo komisijos sekretorės/iaus vardas, pavardė*)

.....
(*parašas*)

TURINYS

Santrauka.....	4
Summary.....	5
Įvadas.....	6
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
1.1. Psichiatrinė rehabilitacija.....	8
1.2. Šizofrenija: priežastys ir simptomai diagnozavimas ir gydymas.....	10
1.3. Dailės terapijos panaudojimas gydant šizofreniją.....	14
1.4. Taikomoji fizinė veikla psichiatrinėje rehabilitacijoje.....	16
2. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS.....	19
3. TYRIMO REZULTATAI.....	22
3.1. Požiūrio į savo savijautą tyrimas.....	22
3.2. Smulkiosios motorikos testavimas.....	24
3.3. Fizinio pajėgumo testavimas.....	31
4. APIBENDRINIMAS.....	34
IŠVADOS.....	35
LITERATŪRA.....	36
PRIEDAI.....	38

SANTRAUKA

TAIKOMOJI FIZINĖ VEIKLA ŠIZOFRENIJA SERGANČIŲJŲ REABILITACIJOJE

Tyrimo objektas: Žiegždrių psichiatrinės ligoninės pacientai, sergantys šizofrenija, kurie dalyvauja dailės terapijoje.

Tyrimo tikslas: įvertinti taikomosios fizinės veiklos poveikį sergančiųjų šizofrenija savijautai ir motorikai.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti sergančiųjų šizofrenija vyrų ir moterų savijautos pokyčius.
2. Nustatyti taikomosios fizinės veiklos poveikį šizofrenija sergančių vyrų ir moterų fiziniam pajėgumui.
3. Įvertinti šizofrenija sergančių vyrų ir moterų smulkiąją motoriką.

Buvo iškeltas probleminis klausimas, ar taikomoji fizinė veikla derinama su meno terapija galėtų turėti poveikį sergančiųjų šizofrenija bendrai fizinei savijautai.

Atlikti tyrimai patvirtino spėjimus, kad taikomoji fizinė veikla, daro poveikį sergančiųjų šizofrenija požiūriui į taikomąją fizinę veiklą. Tiriamiesiems taikyti taikomosios fizinės veiklos pratimai turėjo teigiamą poveikį tiriamiesiems vertinant savo savijautą.

Atlikti tyrimai parodė, kad reguliariai atliekami fizinės veiklos užsiėmimai, turi įtakos šizofrenija sergančių asmenų fiziniam pajėgumui. Tiriamieji po fizinės veiklos užsiėmimų tyrimo pabaigoje pagerino savo fizinį pajėgumą.

Po atliktų tyrimų sergančiųjų šizofrenija tiriamųjų smulkiosios motorikos būklės įvertinimo rezultatai pagerėjo lyginant su tyrimo pradžioje gautais duomenimis. Todėl galima teigti, kad dailės terapijos metu vykdyta 15 – 20 min. rankų mankšta turėjo teigiamos įtakos sergančiųjų šizofrenija smulkiajai motorikai.

SUMMARY

ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.

The object of investigation: Žiegždriai psychiatric hospital patients with schizophrenia, who are involved in therapy of arts.

The aim of the study: to evaluate the impact of adapted physical activity on patients' with schizophrenia being and small motility.

Objectives of the study:

1. Identify changes of being for men and women patients with schizophrenia.
2. Set the impact of adapted physical activity on physical capacity of men and women patients with schizophrenia.
3. Evaluate small motility of men and women patients with schizophrenia.

The problem question: whether the adapted physical activity combined with art therapy could have an impact on schizophrenia patients in general-being.

Studies have confirmed the assumptions that adapted physical activity affects the patients' with schizophrenia approach to physical activity. The adapted physical activity exercises applied on patients with schizophrenia had a positive impact on the evaluation of their being.

Studies have shown that regular physical activity had an impact on patients' with schizophrenia physical capacity. Those patients have improved their physical capacity after physical activity exercises at the end of the study.

After the tests carried out by patients with schizophrenia the small-scale test motor condition assessment results have improved compared to the start of the test data obtained. Therefore, it can be assumed that 15 - 20 min. length art therapy had a positive impact on patients' with schizophrenia small motility.

IVADAS

Žmonės su psichikos negalia ilgą laiką patyrė, visuomenės ignoravimą, įvairius suvaržymus, ir izoliavimą nuo visuomenės. Nuo sovietinių laikų Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje daug kam pasikeitus, sergantys psichikos ligomis asmenys iki šiol išlieka viena labiausiai pažeidžiamų žmonių grupių, patiriant didžiausią socialinę atskirtį ir diskriminaciją (Adomaitienė ir kt., 2003).

Nėra vaisto, kurio naudojimas visiškai pataisytų pažeistą psichiką. Specialistai tik padeda susirgusiam žmogui išbristi iš krizės. Prireikia diferencijuotos ir ilgalaikės reabilitacijos, jei po ligos lieka pažeidimas ar negalia. Reabilitacijos tikslas - sumažinti negalios ir pažeidimo lygį, pagerinti sveikatą, padėti prisitaikyti bendruomenėje ir pagerinti asmenybės funkcionavimą. Lietuvoje didžiausias dėmesys yra skiriamas gydymui vaistais, nekreipiant dėmesio į psichologinės socialinės pagalbos ir reabilitacijos metodus. Nors turinčių psichikos sutrikimų asmenų gerovė ir gyvenimo kokybė didžia dalimi priklauso nuo socialinės pagalbos ir reabilitacijos, o ne vien nuo gydymo medikamentais (Pūras, 1997).

Siekiant šizofrenijos reabilitacijos tikslų įgyvendinimo pakankamai dėmesio reikėtų skirti ir fizinei veiklai. Kaip pastebėjo keletas mokslininkų (Leith, 1994; Compton et. al., 1989), taikomoji fizinė veikla gali būti sėkmingai naudojama kaip socialinės reabilitacijos priemonė šizofrenija sergančių ligonių readaptacijos į visuomenę metu.

Šizofrenija yra rimta liga, pažeidžianti apie 2 milijonus amerikiečių. Lietuvoje šia liga serga beveik 20 tūkstančių žmonių. Nors dauguma žmonių neteisingai ją supranta ir nepagrįstai gėdijasi savo susirgimo, iš tikrųjų sergančiųjų šizofrenija būklę galima gerokai pagerinti. Laiku ir tinkamai negydoma šizofrenija gali suniokoti atskirų žmonių ir jų šeimų gyvenimą. Savalaikis gydymas ir įvairios reabilitacijos priemonės padidina ligonių galimybes gyventi nepriklausomai ir produktyviai (Dovydonienė, Petrauskienė, 1999).

Dovydonienė ir Petrauskienė (1999) nurodė, kad sergantys šizofrenija gali ir toliau patirti simptomus nepaisant vaistų vartojimo. Be vaistų vartojimo šių asmenų grupei gali būti naudingos ir įvairios alternatyvios reabilitacijos priemonės tokios kaip fizinė veikla, ergoterapija, taikomoji fizinė veikla, muzikos terapija, meno terapija. Lietuvoje suaugusiųjų psichiatriniuose centruose ar kitose panašaus pobūdžio įstaigose dažniausiai yra taikoma meno terapija, leidžianti tyrinėti paciento vidinį pasaulį per terapinį ryšį ir meninių medžiagų naudojimą.

Užsienio mokslininkai (Ruddy, Milnes, 2005) nurodė, kad bet kokia fizinė veikla turi teigiamą poveikį asmenų, sergančių šizofrenija, reabilitacijoje į visuomenę. Lietuvoje tokių darbų, nagrinėjančių taikomosios fizinės veiklos (TFV) naudą psichiatriniuose klinikoje, atlikta nedaug, o nagrinėjančių TFV poveikį šizofrenija sergančiųjų reabilitacijos procesui rasti nepavyko. Todėl ir

kėlėme problemą klausimą, ar TFFV derinama su meno terapija galėtų turėti poveikį sergančiųjų šizofrenija bendrai ir fizinei savijautai.

Tyrimas buvo atliktas Žalgirdių psichiatrijos ligoninėje, tyrime dalyvavo asmenys, sergantys šizofrenija ir lankantys dailės terapijos užsiėmimus. Tyrime dalyvavo 35 tiriamieji, kurių amžius svyravo nuo 38 iki 66 metų.

Tyrimo tikslas: Įvertinti taikomosios fizinės veiklos poveikį sergančiųjų šizofrenija savijautai ir motorikai.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti šizofrenija sergančių vyrų ir moterų savijautos pokyčius.
2. Nustatyti taikomosios fizinės veiklos poveikį šizofrenija sergančių vyrų ir moterų fiziniam pajėgumui
3. Įvertinti šizofrenija sergančiųjų vyrų ir moterų smulkiąją motoriką.

Tyrimo metodai:

1. Požiūrio į savo savijautą tyrimas.
2. Smulkiosios motorikos testavimas.
3. Fizinio pajėgumo testavimas.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

Stengiantis suprasti, kas sukelia šizofreniją, kurios būdingi bruožai - sutrikęs mąstymas, haliucinacijos, kliedesiai ir polinkis užsisklęsti savyje, per pastarąjį dešimtmetį padarytas milžiniškas šuolis. Ilgą laiką dėl šios ligos kaltinome tėvus už klaidingą auklėjimą. Ilgą laiką manėme, kad ši liga nesuprantama ir sunkiai gydoma. Tačiau dabar jau yra įtikinamų mokslinių įrodymų, kad šizofrenija iš esmės gali būti ankstyvų smegenų raidos defektų, atsirandančių dėl genetiškai nulemtų smegenų pažeidžiamumo, ir aplinkos veiksnių, kurie gali būti grynai fiziniai, samplaikos rezultatas (Carter, Golant, 2002).

1.1. Psichiatrinė reabilitacija

Reabilitacija - tai visos priemonės švelninti negalias ir atstatyti fizines bei psichines funkcijas. Dilingas ir Reimeris išskyrė šias reabilitacijos rūšis:

Darbinė reabilitacija: specializuotos reabilitacijos įstaigos, mokyklinis ir profesinis apmokymas.

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

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

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

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

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

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

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

- Partnerystės principas - gydytojas ir ligonis turi būti partneriai. Gydytojas turi gerbti ligonio teises ir individualybę. Būtina reabilitacijos sąlyga - įgyti paciento pasitikėjimą, kad jis pripažintų reabilitacinę programą ir norėtų bendradarbiauti. Reabilitacija yra ligonio teisė, o ne prievolė, todėl negali būti taikoma be jo sutikimo (Survilaitė, 2003).

- Veiklos daugiaplaniškumo principas - reabilitacija suprantama kaip sudėtingas procesas, nukreiptas į įvairias ligonio psichosocialinio funkcionavimo sritis. Skiriamos šios reabilitacijos sritys: *psichologinė, šeimos, visuomenės, paciento auklėjimo ir mokymo ir jo laisvalaikio užimtumo*. Asmenybė formuojasi visuomenėje, bendraudama su ją supančiais asmenimis (Survilaitė, 2003).

- Laipsniškumo principas - siekiant visiško paciento savarankiškumo reikia pradėti nuo lengvesnių užduočių ir palaipsniui pereiti prie sudėtingesnių (Survilaitė, 2003).

- Kartojimo principas – šis principas tinka asmenims, kurių ligai būdingi paūmėjimai. Po kiekvieno tokio paūmėjimo vėl reikia pakartoti seniau įgytus įgūdžius (Survilaitė, 2003).

- Psichosocialinio ir biologinio metodų vienovės principas – medikamentinio gydymo ir reabilitacijos vienovė. Negalima atmeti biologinių psichikos ligų gydymo metodų. Reabilitacija - ne tik socialinė, bet ir klinikinė problema (Survilaitė, 2003).

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

Psichosocialinės reabilitacijos tipai yra šie:

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

1.2. Šizofrenija: priežastys ir simptomai diagnozavimas ir gydymas

„Šizofrenija“, išvertus iš graikų kalbos, reiškia dvasios arba proto skilimą. Tačiau tai ne daugialypis asmenybės skilimas, kaip daugelis linkę manyti, bet greičiau asmenybės realybės jausmo praradimas, pasireiškiantis daugelio funkcijų - mąstymo, valios, jausmų ir suvokimo sutrikimais (Gintalaitė, 2005).

Šizofrenija - tai smegenų liga, panaši į epilepsiją ar išsėtinę sklerozę. Ši smegenų liga trukdo aiškiai mąstyti, suvokti realybę, valdyti emocijas, daryti sprendimus ir bendrauti. Mokslininkams nėra tiksliai žinomos šizofrenijos priežastys, tačiau yra nemaža pasiekimų tiriant smegenų veiklos problemas. Šizofrenija gali pažeisti kiekvieną bet kurio amžiaus žmogų, tačiau dažniausiai tai atsitinka tarp paauglystės ir 30 metų. Vaikai ja suserga retai (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Liga, kurią šiandien vadiname „šizofrenija“, buvo aprašyta jau labai seniai; XIX a. ji vadinta „démence précoce“ - „ankstyvąja silpnaprotyste“ (Morel, 1856), „katatonija“ (Kahlbaum, 1868), „hebefrenija“ (Hecker, 1870); klasikinis Emilio Kraepelino (1896) aprašymas atskyrė „ankstyvąją silpnaprotystę“ nuo „depresinės maniakinės psichozės“; Eugen Bleuler (1911) įvedė „šizofrenijos“ pavadinimą ir aprašė jos pagrindinius simptomus: sutrikusius mąstymą, efektyvumą, savimone, autizmą ir ambivalenciją (Dilingas, Reimeris, 2000).

Per metus suserga 0,03-0,06% gyventojų; rizika susirgti 1-2%. Dažniausiai serga 20-40 metų asmenys, (15-24 metų vyrai, 25-34 metų moterys). Moterys serga dažniau ir vyresniame amžiuje negu vyrai (spėjama, kad turi lėtos estrogeninis faktorius). Šizofreninės psichozės dažnos šeimose, kuriose buvo šizofreninių ligonių: tėvai - 5-15%, broliai ir seserys - 8-15%, vaikai-10-20% (esant šizofrenija sergančiam sutuoktiniui, -50%), vaikaičiai - 3% (Dilingas, Reimeris, 2000).

Šizofrenija serga maždaug 1-2 proc. pasaulio gyventojų, jos paplitimas skirtingose valstybėse ir kultūrose – labai panašus. Lietuvoje šia liga serga apie 20 tūkstančių žmonių (Vidžiūnaitė, 2008).

Nėra nė vienos pripažintos šizofrenijos atsiradimą lemiančios priežasties. Manoma, kad asmuo paveldi polinkį susirgti šizofrenija, o jos išsivystymą lemia nepalankūs aplinkos ir psichologiniai veiksniai. Įtakos turi šie faktoriai:

● Paveldimumas

Vieniems šizofrenija yra paveldima, kitiems - ne. Galimybė susirgti yra šiek tiek didesnė, jeigu asmuo turi biologinį giminaitį, sergantį šia liga, bet rizika nedidelė. Jeigu niekas šeimoje niekada nesirgo šia liga, tai galimybė susirgti jums sudaro 1 procentą. Jeigu šia liga serga vienas iš tėvų, brolis ar sesuo, tai galimybė jums kada nors susirgti šia liga sudaro 10 procentų. Jeigu abu tėvai serga šia liga galimybė susirgti padidėja iki 40 procentų (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Jei šeimoje yra sergančių asmenų, rizika susirgti šizofrenija, labai padidėja. Įdomu, kad net 60-85% šizofrenikų ligos paveldimumo nustatyti nepavyksta. Nors dažnai tenka išgirsti, jog tarp ligonio giminaičių būta „keistų žmonių“ (Gintalaitė, 2005).

● **Biologiniai veiksniai**

Nėra nė vieno šizofrenijai specifiško biologinio pakitimo. Ištirta, jog sergančių šizofrenija sutrinka įvairių biologinių mediatorių, iš kurių svarbiausias yra dopaminas, apykaita (Gintalaitė, 2005).

● **Infekciniai veiksniai**

Iki galo nėra ištirta virusinės infekcijos įtaka šizofrenijai. Pastebėta, kad tarp sergančiųjų šizofrenija vyrauja sezoniniai gimimų dėsnai. Tyrimų duomenimis, Šiaurės Amerikoje šizofrenikų dažniau gimsta kovo ir balandžio mėnesiais, o Pietų pusrutulyje - rugpjūčio ir rugsėjo mėnesiais. Manoma, kad taip yra dėl to, jog moterys, kurios kūdikius pagimdo nurodytu metu, pirmus tris nėštumo mėnesius patiria didesnę sezoninių infekcijų pavojų. O virusinės ligos motinos nėštumo metu, ypač pirmaisiais trimis mėnesiais, gali sutrikdyti vaisiaus centrinės nervų sistemos vystymąsi (Gintalaitė, 2005).

Šizofrenijos simptomai skirstomi į tris kategorijas: pozityvūs simptomai, dezorganizuoti simptomai ir negatyvūs simptomai.

● **Pozityvūs simptomai**

Tai kliesdėsiai ir haliucinacijos. Elgesys būna keistas, neretai neadekvatus, žmogus iškreiptai suvokia jį supančią realią tikrovę. Šiuos simptomus aplinkiniai atpažįsta ir priima kaip liguistus, nes tai labai skiriasi nuo normos ir nuo to, kas buvo būdinga pacientui iki ligos (Deltuvienė, 2002).

Kliesdėsiai. Kartais šizofrenija sergantys žmonės turi keistų, nerealių minčių. Jiems gali atrodyti, kad žmonės skaito jų mintis ar rezga prieš juos intrigas, tiki, kad kiti juos paslaptinai valdo ir grasina, arba kad jie gali kontroliuoti kitų žmonių sąmonę (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Haliucinacijos. Ligoniai gali girdėti arba, rečiau, matyti dalykus, kurių nėra. Ši patirtis dažniausiai panaši į sapnus, tačiau atsitinka tuomet, kai žmonės nemiega (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

● **Dezorganizuoti simptomai** - tai sutrikęs mąstymas, kalba bei elgesys, kurie neturi prasmės (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

1) Sutrikęs mąstymas ir dezorganizuota kalba. Ligoniams kartais būna sunku kalbėti sklandžiais sakiniais arba dalyvauti pokalbyje.

2) Dezorganizuotas elgesys. Šizofrenija gali priversti žmones lėčiau judėti, kartoti ritmiškus arba ritualinius judesius. Sunkiais atvejais, liga gali sukelti katatoninį kalbos sustojimą, visišką nejudėjimą, kai žmogus ilgą laiką išbūna vienoje pozėje.

3) Dezorganizuotas suvokimas. Kartais ligonius vargina kasdieniai vaizdai, garsai ir jausmai. Gali būti iškreiptas aplinkos suvokimas, ir paprasti daiktai gali gluminti ar gąsdinti. Ligoniai gali būti pernelyg jautrūs aplinkos garsams, spalvoms ir formoms.

● **Negatyvūs simptomai**

Prarandama tai, kas būdinga psichikai iki ligos (emocinis skurdumas, blankumas arba išraiškos trūkumas, nesugebėjimas pradėti ir tęsti veiklos, trumpa neturininga kalba, nesidomėjimas ir pasitenkinimo nejautimas gyvenime). Nors jie ir nėra tokie dramatiški kaip pozityvūs simptomai, tačiau gali ženkliai paveikti asmeninį funkcionavimą (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Blankios emocijos. Sergantiesiems tarsi mažiau ar visiškai nerūpi, kas vyksta aplinkui. Jie abejingi viskam kuo domėjosi ar kas jiems rūpėjo anksčiau, prieš ligą, negali išreikšti emocijų taip kaip kiti sveiki žmonės, ar kaip darė patys, būdami sveiki. Emocijos taip pat neatsispindi ir veido išraiškoje, gestuose ar balso intonacijoje tiek reaguojant į linksmus, tiek į liūdnus įvykius (Deltuvienė, 2002).

Socialinis atsiribojimas. Sunku užmegzti naujus ar išlaikyti ankstesnius ryšius su žmonėmis, santykiai tampa paviršutiniški, trumpalaikiai. Sunkiais atvejais pacientai vengia bet kokių socialinių kontaktų. Mąstymas taip pat tampa skurdus. Neretai ligoniams nepavyksta spontaniškai kalbėti, dažniausi jų vartojami žodžiai būna: „taip“, „ne“, „nežinau“ (Deltuvienė, 2002).

Šizofrenija sergančio žmogaus galėjimas dirbti, bendrauti rūpintis, savimi remisijos (ligos atoslūgio) ar pagerėjimo metu didele dalimi priklauso nuo išliekančių negatyviųjų simptomų sunkumo. Negatyvieji simptomai trukdo grįžti į darbą, ankstesnį šeimyninį gyvenimą, pilnavertiškai gyventi (Deltuvienė, 2002).

Šizofrenijos formos:

Yra žinomos keturios **klasikinės šizofrenijos formos:**

Paranoidinei formai būdingi kliesediai, lydimi klausos haliucinacijų. Jausmų, valios, kalbos ir katatoniniai simptomai neryškūs.

Hebefreninei formai būdingi jausmų sferos sutrikimai, o kliesediai ir haliucinacijos – trumpalaikiai ir fragmentiški. Paciento elgesys – neatsakingas ir neprognozuojamas, būdingas manieringumas, lėkšta, neadekvati nuotaika, grimasos, manieringumas, hipochondriniai nusiskundimai ir pasikartojančios vienodos frazės. Mąstymas nenuoseklus, kalba padrika, pastebimas polinkis į vienatvę, elgesys gali būti betikslis ir bejausmis. Paciento minčių eiga dažnai sunkiai suvokiama.

Katatoninė šizofrenija. Vyrauja nenatūralios pozos, kuriose išbūnama ilgą laiką, susilpnėjęs reagavimas į aplinką, atsiradęs sujaudinimas (išoriškai betikslis aktyvumas), negatyvizmas (nemotyvuotas pasipriešinimas visiems nurodymams), rigidiškumas (nelanksčios pozos išlaikymas nepaisant pastangų ją pakeisti, vaškinis lankstumas (suteiktos rankų, kojų, liemens padėties

išlaikymas). Esant katatoniniam stuporui ligoniai ištisas dienas ar net savaites praguli lovoje, nevalgo, nekalba.

Paprastoji šizofrenija. Retas sutrikimas, atsirandantis nepastebimai progresuojant elgesio keistumams, pasireiškiantis nesugebėjimu vykdyti visuomenės keliamų reikalavimų ir bendru darbingumo sumažėjimu. Didėjant socialiniam skurdui individas gali pradėti vaikatauti, pasineria į save, tampa tingus, nebeturi jokio tikslo (Lapkauskienė, 2004)

Atmetus fizinės kilmės psichikos sutrikimus, diagnozė nustatoma remiantis ligos simptomais ir eiga. Iki šiol nėra vieningo biologinio žymeklio nei specifinių psichologinių testų (Dilingas, Reimeris, 2000).

Ankstyva diagnozė, gydymas ir teisingai parinkti vaistai gali padėti išvengti ar sumažinti atkryčius ir pakartotiną gydymą ligoninėje. Tai leidžia sumažinti savižudybių tikimybę (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2006). Yra įrodyta, kad kuo dažniau ištinka ūmūs šizofrenijos epizodai, tuo sunkiau yra gydyti kiekvieną paskesnį epizodą ir tuo labiau nukenčia asmens funkcionavimas. Tinkamas gydymas yra labai efektyvus profilaktikos atvejais arba likviduojant atkryčius ir gali padėti nutraukti „apsisukančiųjų durų“ ciklą.

Šizofrenija - lėtinė liga, tad jos gydymas yra ilgalaikis ir kompleksinis, dažnai trunkantis visą gyvenimą. Labai svarbu kuo anksčiau pradėti gydymą. Dažniausiai derinami keli gydymo metodai: vaistai, psichologo, psichoterapeuto pagalba, socialinės rehabilitacijos priemonės (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2006).

Išskiriami šie šizofrenijos gydymo etapai:

- Trumpalaikis gydymas. Gydymas nukreiptas į ūmaus psichozinio epizodo likvidavimą. Dažniausiai gydoma ligoninėje (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).
- Prevencinis (tęstinis arba palaikomasis) gydymas. Gydymas tęsiamas ilgą laiką siekiant pagerinti funkcionavimą ir išvengti galimų psichozės epizodų. Siame gydymo etape gali būti arba gali nebūti nuolatinių simptomų (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Pagrindinis antipsichozinis gydymas vaistais yra būtinas ir trumpalaikio, ir prevencinio gydymo etapais. Trumpalaikio gydymo metu vaistai palengvina pozityvius simptomus, kurie dažniausiai būna nekontroliuojami. Pasibaigus trumpalaikio gydymo etapui, palaikomasis gydymas gerokai sumažina ūmių simptomų atkryčio galimybę (Davidonienė, Petrauskienė, 1999).

Vaistai nuo šizofrenijos vadinami antipsichotikais. Jie palengvina kliesdusius, haliucinacijas bei su liga susijusias mąstymo problemas. Šie vaistai koreguoja cheminių elementų balansą ir tokiu būdu padeda smegenų ląstelių sąveikai. Daugumai ligonių tenka išbandyti keletą įvairių antipsichozinių vaistų, kol išrenkamas pats geriausias.

Nuolatos vartojami antipsichotikai yra vadinami tradiciniais arba standartiniais. Labiausiai paplitę tradiciniai antipsichotikai yra:

- Chlorpromazinas (Fenactilis)
- Flufenazinas (Moditenas)
- Haloperidolis (Haldolas)
- Tiotiksenas (Navanas) - chlorprotiksenas
- Nauji antipsichoziniai vaistai, kurių jau yra ir Lietuvoje, padeda efektyviau gydyti pozityvius psichozės simptomus, ir vadinami **atipiniais antipsichotikais**, nes jie beveik nesukelia šalutinių reiškinių, būdingų tradiciniams antipsichotikams, ir veikia ne tik pozityvius, bet ir neigiamus šizofrenijos simptomus, atstato pažintines funkcijas. Vienas iš jų – Risperidonas (rispoleptas) - JAV ir daugelyje Europos šalių yra itin populiarius gydant pirmąjį šizofrenijos epizodą ir šios ligos paūmėjimus.).

Antipsichoziniai turi būti vartojami pakankamai ilgai, nes daugelio jų poveikis atsiskleidžia tik per kelias savaites. Esant nemaloniems šalutiniams šių vaistų reiškiniams papildomai skiriami juos malšinantys vaistai. Gydyti pradedama nuo mažiausios veiksmingos neuroleptiko dozės (Lapkauskienė, 2004).

Katatoninei šizofrenijos formai gydyti taikoma ir elektroimpulsinė terapija. Gydomo vaistais nepakanka norint sugrąžinti pacientą į jam įprastą gyvenimą. Dėl ligos prarastiems darbiniais ir bendravimo įgūdžiams atstatyti, taikoma psichosocialinė rehabilitacija, pacientas ir šeimos nariai yra mokomi specifinių problemų sprendimo įgūdžių, įtraukiami į savitarpio pagalbos grupes, taikoma psichoterapija (Lapkauskienė, 2004).

Sergant šizofrenija svarbu kiek galima daugiau žinoti apie ligą, išmokyti atpažinti ligos paūmėjimo požymius, laiku kreiptis pagalbos, laikytis gydytojo paskirto gydymo vaistais, stengtis dirbti, būti užsiėmusiu, tačiau nepervargti, nevengti bendravimo su žmonėmis, kiek įmanoma judėti ir sportuoti. Sergant šiuo sutrikimu svarbu subalansuoti maitintis. Manoma, kad smegenų veiklos tinkamą funkcionavimą skatina žuvies taukuose esančios medžiagos bei B grupės vitaminai. Šeimos nariai turėtų vengti perdėtos paciento kritikos, realistiškiau vertinti paciento galimybes, paremti ir paskatinti pacientą veikti ir bendrauti (Lapkauskienė, 2004).

1.3. Dailės terapijos panaudojimas gydant šizofreniją

Gydant šizofreniją kaip viena iš profilaktikos priemonių gali būti dailės terapija.

Viename iš apibrėžimų nurodoma, kad dailės terapija - tai dailės priemonių taikymas saviraiškos ir refleksijos tikslams dalyvaujant profesionaliam dailės terapeutui (Kučinskienė, 2005).

Terminą „meno terapija“ pirmą kartą pavartojo Adrianas Hillas 1938 m., aprašydamas savo darbą su žmonėmis, sergančiais tuberkulioze. Šiuo metu meno terapijai priskiriami visi su menu su-

siję užsiėmimai, kurie vykstantys ligoninėse ir psichikos sveikatos centruose, nors daugelis specialistų tokį apibūdinimą laiko per plačiu ir netikslu (Survilaitė, 2002).

Dailės terapijoje labai svarbus palaikymas, tokioje aplinkoje asmuo gali rasti išraišką savo jausmams ir idėjoms. Jeigu jis neranda žodžių savo emocinei būsenai išreikšti, jam padedama suteikti formą savo jausmams kuriant kokius nors vaizdinius. Tai gali būti naudinga patyrusiems traumą žmonėms - kai jausmai, susiję su trauminiu įvykiu, yra nuslopunami, išstumiami (Kučinskienė, 2005).

Stengdamiesi suprasti paciento reiškiamus jausmus ir pasąmonės turinį dailės terapeutai turi pasitelkti visas savo žinias, supratimą ir patyrimą - tiek tada, kai klientas dirba su vaizdiniu (terapeutas jį atidžiai stebi), tiek kartu su klientu, kai sunku reikšti savo mintis ir jausmus žodžiais (Kučinskienė, 2005).

Dauguma dailės terapeutų pripažįsta psichoanalizės kūrėjo S. Freudo teoriją apie pasąmonę, nes terapija yra suprantama kaip simptomų, kurie yra traumos psichologinė pasekmė, gydymas. Pasak S. Freudo, žmogaus troškimai, instinktai, galintys jam sukelti nerimą ir kaltės jausmą, saugomi pasąmonėje (Kučinskienė, 2005).

Piešimo būdai būdingi pacientui sergančiam šizofrenija.

Aprašyta daug ligonių ir tikrų menininkų kūrybos skirtumų. Literatūroje nurodoma, kad žmonių, sergančių šizofrenija, piešiniams būdingas primityvumas ir vaikiškumas. Tokie pacientai piešia kaip ikimokyklinio amžiaus vaikai, jų paveikslai permatomi („rentgeno paveikslai“). Piešiniuose nėra perspektyvos, ignoruojami erdviniai santykiai tarp atskirų paveikslo elementų, neįmanoma suvokti, ar paveiksle nupiešti daiktai yra arčiau, ar toliau. Kartais piešiniai atrodo nupiešti iš didelio aukščio arba panašūs į žemėlapius. Paveikslai piešiami iki pat kraštų. Tarsi bijodami tuštumos pacientai stengiasi piešinius užpildyti ornamentais, spalvomis, juose dažnai įterpiami rašytiniai elementai. Žmonės, sergantys šizofrenija, dėl savo mąstymo ypatumų dažnai piešiniuose vaizduoja simbolius, tačiau simboliai nėra įprasti, visiems suprantami, dažnai juos paaiškinti gali tik pats autorius. Pacientams būdingas komiško ir groteskiško pomėgis, figūros jų piešiniuose būna disproporciškos (nenormalios galūnės per maža galva, per didelis liemuo, gali būti daug galvų, krūtų, galūnių), dažnai vaizduojamos atskiros kūno dalys, išdaryti veidai, šlykščios grimasos. Žmonės arba jų kūno dalys kombinuojamos su negyvais objektais (akmenys turi akis, augalai - ausis, įvairūs daiktai - žmonių veidus), mėgstamos sekso ir sadistinės scenos. Tos pačios temos, detalės piešiniuose dažnai kartojamos. Pabrėžiama, kad žmonės, sergantys šizofrenija, paprastai mėgsta piešti portretu (Survilaitė, 2002).

Meno terapija psichikos sutrikimams gydyti gali būti naudinga nes:

- Suteikia galimybę išreikšti agresyvius jausmus socialiai priimtina forma. Piešimas, tapyba ar lipdymas - nepavojingi agresijos išraiškos būdai.

- Pagreitina terapijos procesą. Pasąmoniniai konfliktai ir vidiniai išgyvenimai lengviau išreiškiami per regimuosius vaizdinius negu pokalbio metu. Leidžia pagerinti grupės tarpusavio santykius.

- Kūrybinė produkcija gali būti panaudojama diagnostikai ir interpretacijai.
- Skatina atsirasti vidinės kontrolės ir tvarkos jausmus, geriau suvokti formas ir spalvas.
- Stiprina savo vertės pajautimą, meninę kompetenciją (Survilaitė, 2002).

1.4. Taikomoji fizinė veikla psichiatrinėje reabilitacijoje

Fizinė veikla anot Sherrill (1995), apima fizinį ugdymą per fizinio ugdymo pamokas, neįgaliųjų sportą, jų fizinę (re)abilitaciją ir fizinę veiklą poilsio metu, siekiant rekreacijos tikslų. Nors vadinamoji įprastinė įgaliųjų fizinė veikla ir taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla turi tuos pačius tikslus ir uždavinius, tačiau pirmumas teikiamas skirtingiems dalykams.

Įgaliųjų fizinės veiklos pirmenybė iš esmės yra skirta naujiems judėjimo ir sporto įgūdžiams, išvermei ir kitoms fizinėms ypatybėms ugdyti. Taikomojoje fizinėje veikloje, kuria naudojasi ir kurią atlieka neįgalūs žmonės, Sherrill (1998) nuomone, negali būti jokių išankstinių prielaidų. Visi taikomosios fizinės veiklos tikslai yra individualizuojami ir paremti individualaus testavimo ir jo vertinimo rezultatais. Neįgalieji turi daug daugiau specifinių poreikių, negu įgalieji. Net įprastos fizinės veiklos nesėkmės, kurios kitiems atrodo mažai reikšmingos arba lengvai išgyvenamos, neįgaliesiems žmonėms gali sukelti ilgalaikį savęs nevertinimą ir nepagarbą sau (Adomaitienė ir kt., 2003).

Sąvoka *taikomoji fizinė veikla* (TFV) suprantama kaip bet kokia fizinė veikla, neįgaliųjų atliekama fiziškai juos ugdant per fizinio ugdymo pamokas, poilsio metu rekreacijos tikslais, kasdieninio gyvenimo fizinių įgūdžių ir veiksmų įgijimo ir atgavimo - fizinės reabilitacijos, psichologinės būsenos bei bendravimo įgūdžių įgijimo ir atgavimo - psichosocialinės reabilitacijos tikslais bei sportinės neįgaliųjų veiklos metu (Adomaitienė ir kt., 2003).

TFV apibūdinti psichiatrinėje reabilitacijoje naudojami skirtingi pavadinimai: pratimų intervencija, pratimų terapija, judesių terapija, sporto terapija ir psichomotorinė terapija, nors tikslai ir siekiai yra panašūs. Jie apima: depresijos ir nerimo mažinimą; geros fizinės būklės palaikymą ir pagerinimą; mokymą aktyviai ieškoti sprendimo būdų; socialinio bendravimo skatinimą; elgesio, būdingo depresijai pakeitimą (Van Coppenolle et al., 1995).

Suomijos Sporto ir Fizinės edukologijos departamentas 1997 inicijavo projektą „Pratimai ir parama psichikos sutikimus turintiems asmenims“. Šio projekto tikslas - sukurti fizinę programą psichiškai neįgaliesiems žmonėms. Buvo sudarytos 6 pratimų grupės. Tiriamųjų grupę sudarė

62 vyrai ir 24 moterys su psichikos sutrikimais parinkti iš skirtingų miestų. Programos pradžioje ir pabaigoje buvo vertinama raumenų būklė, gebėjimas laikyti pusiausvyrą ir pan. Fizinio pratimų programa derino šias veiklas:

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

Išanalizavus eksperimento rezultatus buvo padarytos išvados, jog fiziniai pratimai labai svarbūs tiek vyrams, tiek moterims, tačiau skirtumai tarp psichinės ir fizinės sveikatos buvo nedideli. Vadinasi, fizinės programos psichikos neigaliesiems turi būti labai kruopščiai parengtos ir suplanuotos (Ylen, Ojanen, 1997).

Daugelis mokslininkų teigia (Van Coppenolle ir kt., 1995; Sherill, 1998; Bosscher, 1993), kad fizinė ir psichinė būklė yra susijusi. Tyrimais siekiama įrodyti, jog sergant psichikos ligomis fizinė veikla padeda pagerinti fizinę būklę, pakelti nuotaiką, didina pasitikėjimą savimi. atliktas tyrimas parodė, kad TFV programa padeda pacientams padidinti pasitikėjimą savimi, pagerinti fizinę būklę, įveikti depresiją, pyktį, nerimą tapti veiklesniems visuomenėje ir aplinkoje (Chastian, Shapiro, 1987).

TFV specialistams, sporto psychologams ir kitiems fizinės veiklos specialistams yra svarbu atsižvelgti į psichikos negalią turinčių asmenų, fizinės veiklos poreikius, norint maksimaliai padidinti jų nepriklausomybės potencialą. Psichikos negalią turinčiam asmeniui gali būti sunku dalyvauti TFV užsiėmimuose, reikalaujančiuose didelių fizinių ir psichinių pastangų (Rimmer, Braddock & Pitetti, 1996). Todėl ne visais atvejais pavyksta taikyti TFV užsiėmimus. Nuovargis, apatija, abejingumas, energijos sumažėjimas, žemas savęs vertinimas ir psichomotorinis atsilikimas, taip pat nepageidaujamas antidepresantų veikimas bei reikalavimas pastovaus pacientų skatinimo ir palaikymo pradėti bei tęsti dalyvavimą TFV programose - apsunkina TFV programos taikymą (Van de Vliet, 2002).

Vakarų šalyse neįgalūs asmenys vis labiau įtraukiami į įvairią taikomąją fizinę veiklą, sportą, rekreacinius užsiėmimus. Vis didėjantis dėmesys skiriamas fizinei veiklai ir fiziniam pajėgumui kaip neįgalių asmenų socialinės reabilitacijos priemonei, tarp jų ir psichinės negalios asmenims (Compton, Eisenman, Henderson, 1989).

Morgan ir Goldston (1987) pateikė šias išvadas, kurios pasitvirtina ir šiandien: 1) fizinės veiklos užsiėmimai turi teigiamos įtakos psichinei sveikatai bei gerovei; 2) taikomosios fizinės veiklos programa mažina stresą; 3) fizinės veiklos pratybos padeda kovoti su stresu, kuris

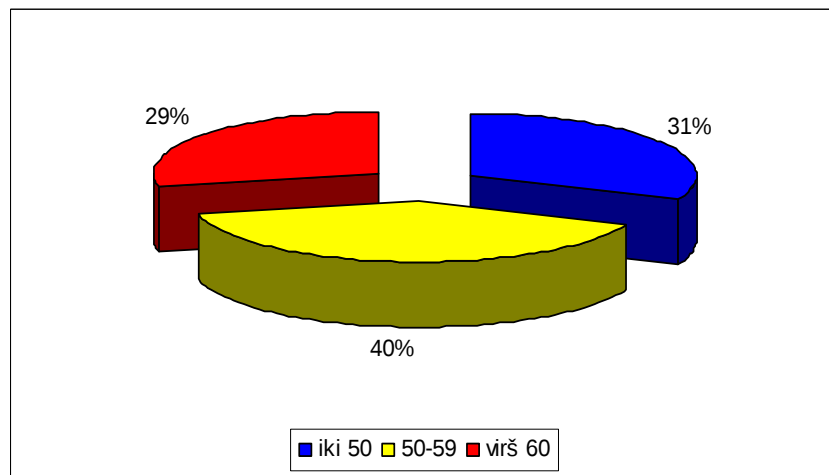
dažnai atsiranda esant depresijai ir nerimui; 4) fiziškai sveiki žmonės vartojantys psichotropinius vaistus gali saugiai dalyvauti taikomosios fizinės veiklos pratybose gydytojams prižiūrint; 5) sunkiai depresijai reikalingas profesionalus gydymas vaistais, psichoterapiją derinant su fizinės veiklos užsiėmimais. Kai taikomoji fizinė veikla suderinama su moderniu psichinių ligų gydymo būdu rezultatai dažniausiai būna puikūs (Martinsen, 1994).

2. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS

Tyrimo organizavimas ir kontingentas

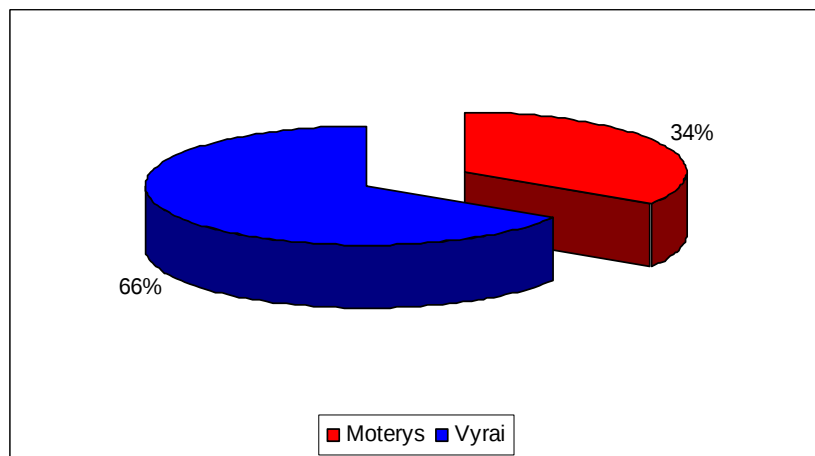
Prieš karą pradėtame ir nebaigtame statyti senelių prieglaudos pastate 1958 m. įkurta Žiegždrių psichiatrijos ligoninė. 1998 m. balandžio 8 d. ligoninė tapo viešąja įstaiga Žiegždrių psichiatrijos ligonine. Dabar ligoninėje yra 370 lovų, dirba 460 darbuotojų; veikia 12 skyrių, tarp jų vienintelis Lietuvoje 50 lovų skyrius kuriame gydomi psichinėmis ligomis ir tuberkulioze sergantys ligoniai, taip pat yra palatos, depresija sergantiems ligoniams, konsultacinis skyrius. Veikia psichosocialinės ir fizinės reabilitacijos tarnyba, kurioje vedami meno terapijos, muzikos relaksacijos, šokio terapijos užsiėmimai; ligoniai vedami į ekskursijas, parodas, teatrus, muziejus, kavines, vyksta šokai, muzikinės popietės, susitikimai su įdomiais žmonėmis; veikia biblioteka, kino salė.

Tyrime dalyvavo asmenys, sergantys šizofrenija ir lankantys dailės terapijos užsiėmimus. Tyrime dalyvavo 35 tiriamieji, kurių amžius svyravo nuo 38 iki 66 metų. Didžiausią dalį tiriamųjų sudarė pacientai kurių amžius svyravo nuo 50 iki 59 metų (40%), iki 50 metų (31%), o virš 60 metų (29%) (žr. 1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Iš 35 tiriamųjų dalyvavusių tyrime 66% (n = 23) buvo vyrai ir 34% (n = 12) moterys (žr. 2 pav.). Nors mūsų tyrime, didžiąją dalį tiriamųjų sudaro vyrai, daugelis mokslininkų pažymi, kad šizofrenija dažniau serga moterys (Dilingas ir Reimeris, 2000).



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.

Tyrimo metodai:

1. Požiūrio į savo savijautą tyrimas
2. Smulkiosios motorikos testavimas
3. Fizinio pajėgumo testavimas
4. Eksperimentas

Požiūriui į savo savijautą tirti buvo pateikta lentelė su 10 balų vertinimo sistema. Prieš kiekvieną taikomosios fizinės veiklos užsiėmimą ir po jo, tiriamieji buvo prašomi subjektyviai įvertinti savo emocinę savijautą (žr. priedas Nr. 1).

Smulkiosios motorikos testavimas buvo parinkta 10 koordinacijos pratimų rankoms, kurie nereikalavo pusiausvyros: „Tulpė“, „Pakalnutė“, „Eglė“, „Paukščiai skrenda“, „Paukščiai lesa“, „Višta“, „Katinas“, „Žirgas bėga“, „Spyna“, „Kalneliai“ (Bezrukich, Filipovas, 2000; Musteikienė, 2001; Kosinovas, 2002; Nižegorodcevas, Šadrikovas, 2002) . Pratimų atlikimas vertinamas balais. Buvo sudaryta vertinimo skalė nuo 1 iki 5 balų: 1 – neatlieka veiksmo, 2 – atlieka veiksmą su pagalba, 3 - sunkiai atlieka veiksmą, 4 – nesunkiai atlieka veiksmą, 5 – atlieka labai lengvai. Tiriamieji buvo testuoti 2 kartus, pirmą kartą prieš eksperimentą ir antrą - po jo, praėjus mėnesiui po pirmojo testo (žr. priedas Nr. 2).

Fizinio pajėgumo testavimui pasirinkome daug energijos sąnaudų nereikalaujančias veiklas, kadangi įstaigoje nėra sporto salės, kurioje būtų galima atlikti intensyvesnius pratimus. Be to, sergančiųjų šizofrenija medicinos įstaigos administracija neleido jų išsivežti fizinio pajėgumo tyrimams į kitą įstaigą. Fizinio pajėgumo kintamiesiems matuoti buvo naudoti tarptautinio specialiosios olimpiados komiteto modifikuotas „Fin-fitness“ testas (SO, 2004). Testavimo būdu nustatėme kojų – rankų koordinaciją, smulkiają motoriką, pusiausvyrą ir apatinių galūnių funkcinę jėgą (žr. priedas Nr. 3).

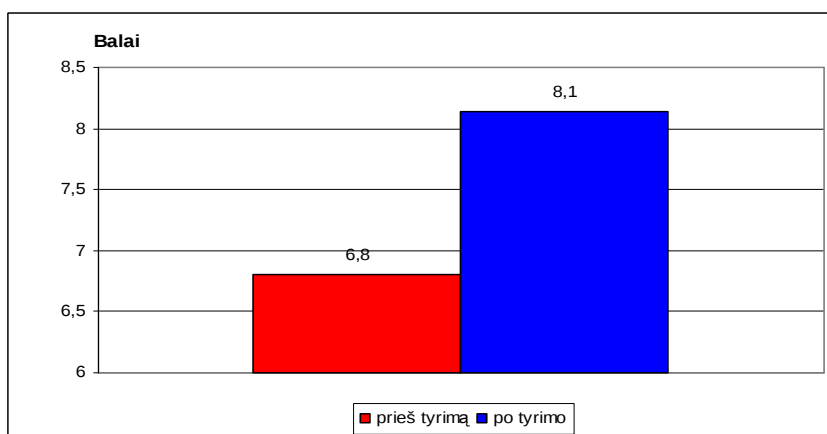
Eksperimento metu buvo sudaryta taikomosios fizinės veiklos programa, kuri buvo derinama su tiriamuosius gydančiais gydytojais ir kitu medicinos personalu. Šioje programoje buvo taikomi įvairūs mankštos pratimai, raumenų tempimo, kvėpavimo pratimai, atsipalaidavimo pratimai. Krūvis buvo paskirstomas individualiai.. vieną dieną savaitėje, taikomosios fizinės veiklos užsiėmimas vykdavo lauke. Ši taikomosios fizinės veiklos programa buvo vykdoma 4 savaites po 30 min. 3 kartus savaitėje. Tiriamiesiems, tikslu lavinti smulkiosios motorikos įgūdžius, dailės terapijos užsiėmimų pradžioje buvo vedama smulkiosios motorikos lavinimo užsiėmimai po 10 – 15 minučių. Ši rankų mankšta buvo vedama 3 kartus per savaitę.

Tyrimo duomenims apdoroti buvo naudojama *Microsoft Office Excel* programa, skaičiuotas aritmetinis vidurkis, kvadratinis nuokrypis.

3. TYRIMO REZULTATAI

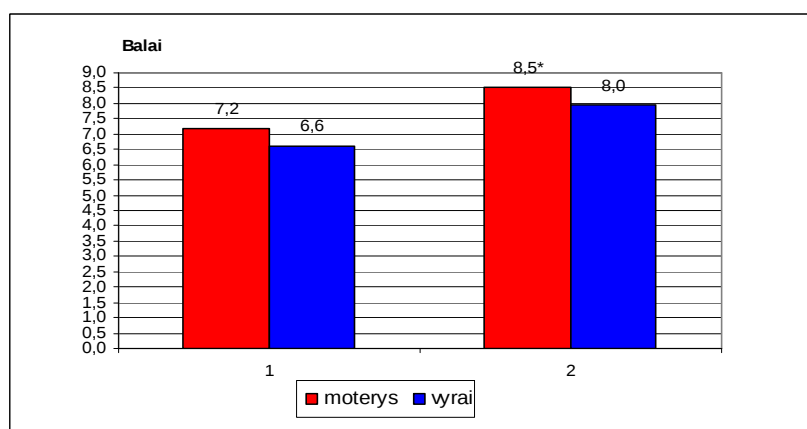
3.1 Požiūrio į savo savijautą tyrimas

Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad tiriamieji subjektyviai savo savijautą prieš taikomosios fizinės veiklos užsiėmimus vertino pakankamai. Po eksperimento gauti duomenys rodo, kad tiriamųjų savijauta ženkliai pagerėjo ($p < 0,05$). Tiriamieji subjektyviai savo savijautą įvertino kaip gerą: prieš tyrimą $6,8 \pm 0,62$, o po tyrimo $8,2 \pm 0,75$ (žr. 3 pav.).



3 pav. Kaip tiriamieji vertino savo savijautą prieš tyrimą ir po jo.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad tiek tyrime dalyvavę vyrai, tiek moterys prieš eksperimentą savo savijautą vertino patenkinamai. Tačiau moterų subjektyvus savijautos vertinimo vidurkis buvo šiek tiek aukštesnis nei vyrų (prieš eksperimentą moterų $7,2 \pm 0,56$, vyrų $6,6 \pm 0,46$, po eksperimento moterų $8,5 \pm 0,32$, vyrų $8,0 \pm 0,35$, $p > 0,05$) (žr. 4 pav.).



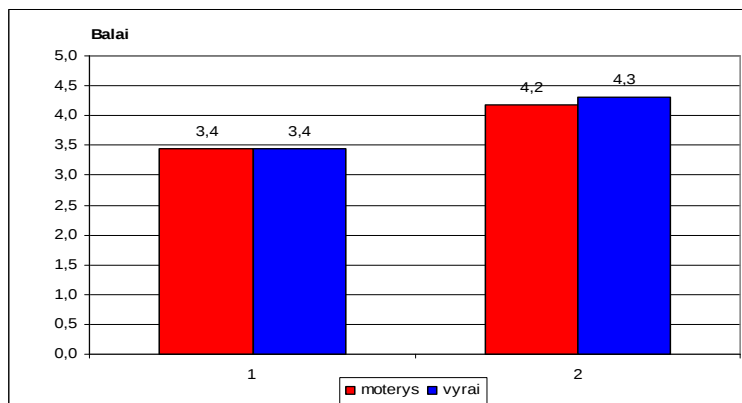
4 pav. Kaip moterys ir vyrai vertino savo savijautą prieš ir po tyrimo.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento. * - $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai po eksperimento parodė, kad moterų subjektyvios savijautos vertinimas statistiškai reikšmingai pagerėjo ($p < 0,05$), o lyginant tyrime dalyvavusių vyrų ir moterų subjektyvios savijautos vertinimus, pastebėta ta pati tendencija, kaip ir prieš eksperimentą – moterys šiek tiek aukščiau vertino savo savijautą nei vyrai (prieš eksperimentą moterų $7,2 \pm 0,56$, vyrų $6,6 \pm 0,46$, po eksperimento moterų $8,5 \pm 0,32$, vyrų $8,0 \pm 0,35$) (žr. 4 pav.).

3.2 Smulkiosios motorikos testavimas

Tyrimo rezultatai parodė, kad prieš eksperimentą, tirtų vyrų ir moterų smulkiosios motorikos būklė tyrimo pradžioje buvo vienoda. Dalis pratimų buvo atliekami sunkiai arba buvo reikalinga pagalba. Po eksperimento, tiek vyrų tiek moterų smulkiosios motorikos būklė pagerėjo. Vyrų pasiekė truputį geresnių rezultatų nei, kad moterys (žr. pav. 5), nors statistškai reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų rezultatų nepastebėjome.

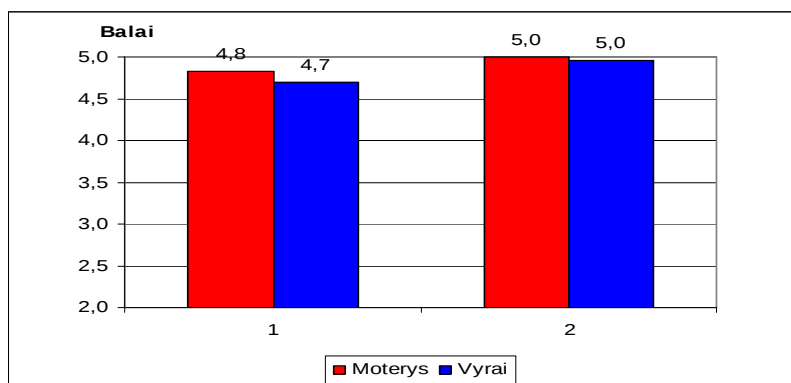


5 pav. Vyrų ir moterų rankų koordinacijos tyrimo duomenys prieš ir po tyrimo.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Toliau kiekvieną smulkiosios motorikos pratimą ir tyrimo rezultatus aptarsime detaliau.

Prieš tyrimą atliekant pratimą „Tulpė“ vyrai ir moterys pasiekė skirtingų rezultatų. Vyrų pratimą atliko blogiau, nei moterys kurių pratimo atlikimas buvo įvertintas Atitinkamai $4,8 \pm 0,23$ balo. O po eksperimento pratimo „Tulpė“ atlikimą pagerino abiejų lyčių tiriamieji. Pratimo atlikimas tarp vyrų ir moterų skyrėsi labai neženkliai ($p > 0,05$) (žr. 6 pav.).

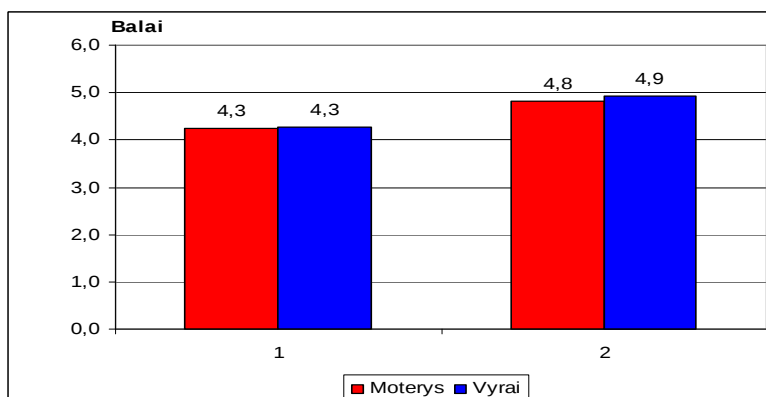


6 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Tulpė“.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Tai leidžia daryti prielaidą, kad moterims ši pratimą pavyko atlikti geriau, dėl jų gebėjimo „Tulpės“ vaizdinį perkelti į judesį atliekant pratimą

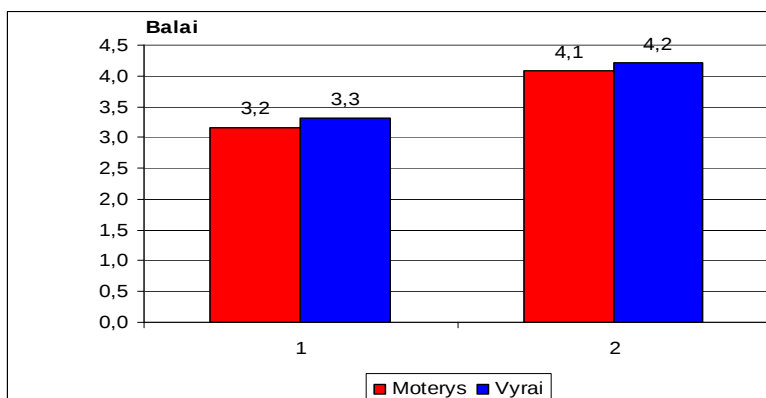
“Pakalnutė” prieš eksperimentą vyrų ir moterų pasiekti rezultatai buvo vienodi - po 4,2 balus. O po eksperimento vyrų šio pratimo atlikimo rezultatai buvo tik šiek tiek geresni nei moterų (vyrų pasiekė $4,9 \pm 0,56$ balo, o moterys – $4,8 \pm 0,45$ balo) (žr. 7 pav.). Pastebėtas moterų ir vyrų pratimo atlikimo pokytis statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$).



7 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą “Pakalnutė”.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Pratimo „Eglė“ atlikimo prieš ir po eksperimento rezultatų analizė parodė, kad tyrimo pradžioje tiek vyrai, tiek moterys pasiekė panašių rezultatų (vyrų $3,3 \pm 0,56$ ir moterų $3,2 \pm 0,55$) (žr. 8 pav.). eksperimento pabaigoje abiejų lyčių tiriamųjų rezultatai beveik nesiskyrė (vyrų $4,2 \pm 0,54$ ir moterų $4,1 \pm 0,55$), nors abi nagrinėjamos grupės savo rezultatus pagerino beveik 1 balu (žr. 8 pav.). Statistiškai reikšmingų skirtumų nei eksperimento pradžioje, nei pabaigoje nepastebėta ($p > 0,05$).

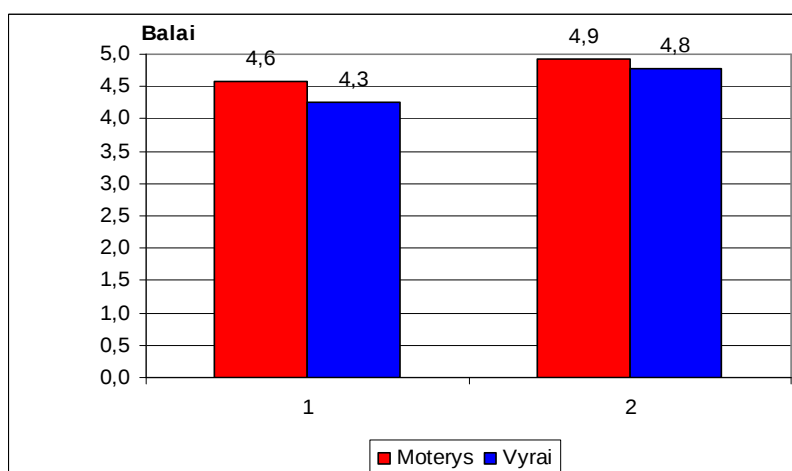


8 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą “Eglė”.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Tyrimo rezultatų analizė leidžia daryti prielaidą, kad tie pratimai, kuriuos tiriamiesiems yra lengviau suvokti ar pratimai vaizduojantys jų aplinkoje esančius daiktus lengviau įsimenami, išmokstami ir atliekami.

Atliekant šią užduotį „Paukščiai skrenda“ eksperimento pradžioje moterys rodė aukštesnius rezultatus, nei vyrai, kurie atlikdami užduotį surinko $4,3 \pm 0,45$ balo, kai moterys pasiekė $4,6 \pm 0,54$ balo. Eksperimento pabaigoje tiek vyrai tiek moterys pagerino pratimo atlikimą moterys surinko $4,9 \pm 0,55$, o vyrai $4,7 \pm 0,56$ balo (žr. 9 pav.).

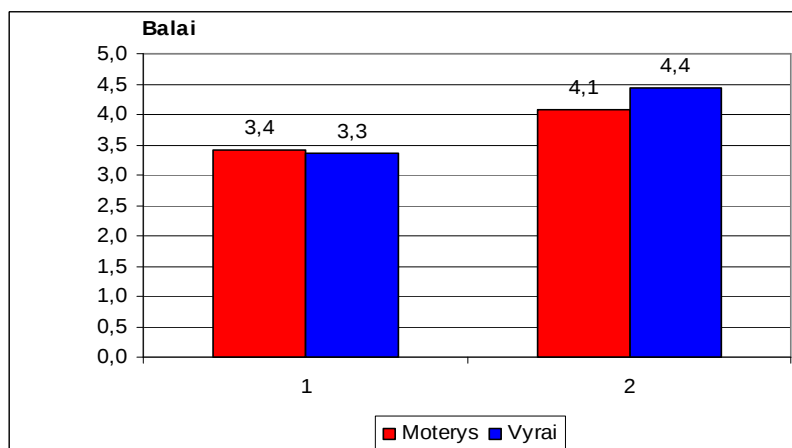


9 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Paukščiai skrenda“.

Paiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad vyrai pasiekė didesnių pokyčių pratimo atlikime po eksperimento, nors statistškai reikšmingo skirtumo tarp rezultatų prieš ir po tyrimo nepastebėta ($p > 0,05$).

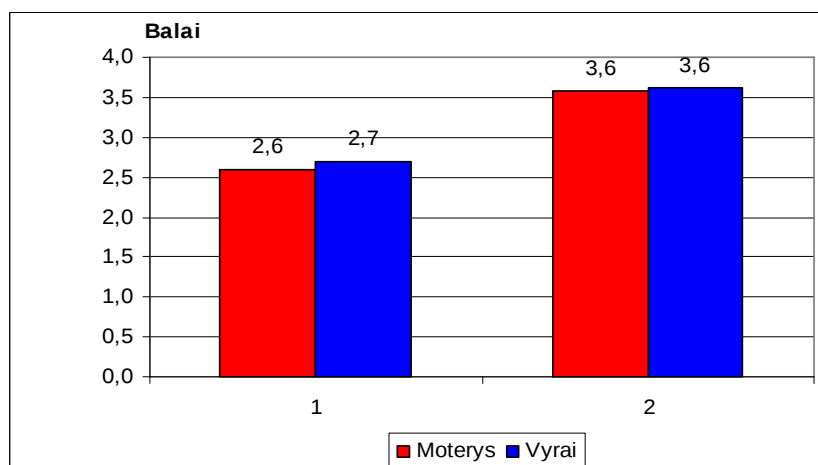
Prieš eksperimentą atlikdami pratimą „Paukščiai lesa“, vyrai ir moterys pasiekė vienodus rezultatus (žr. 10 pav.). Po eksperimento tirti vyrai geriau atliko pratimą (atitinkamai prieš eksperimentą $3,3 \pm 0,56$, ir po eksperimento $4,4 \pm 0,61$). Tyrimo duomenų analizė parodė, kad moterys pratimo atlikimą pagerino truputį mažiau (atitinkamai prieš eksperimentą $3,4 \pm 0,45$ ir po eksperimento $4,1 \pm 0,49$) (žr. 10 pav.). Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad vyrai pasiekė didesnių pokyčių pratimo atlikime po eksperimento, nors statistškai reikšmingo skirtumo tarp rezultatų prieš ir po eksperimento nepastebėta ($p > 0,05$).



10 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Paukščiai lesa“.

Paiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

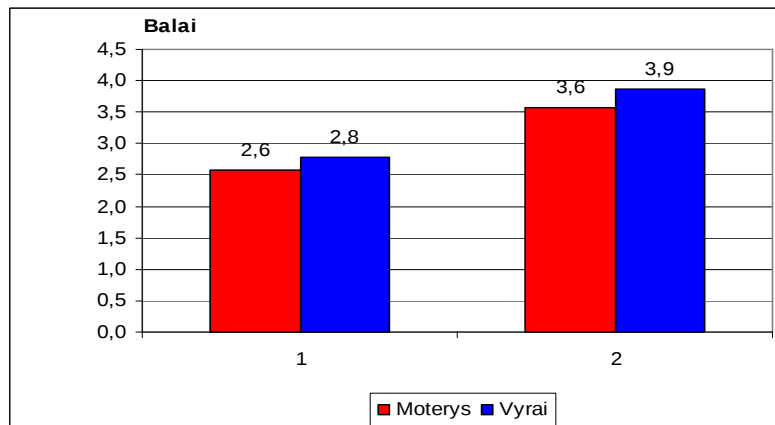
Atlikdami pratimą „Višta“ prieš eksperimentą vyrų ir moterų rezultatai skyrėsi labai nežymiai, vyrai surinko $2,7 \pm 0,55$, o moterys $2,6 \pm 0,45$ balo. O eksperimento pabaigoje ir vyrai, ir moterys pagerino savo rezultatus ir užduotį atliko surinkdami po 3,6 balo, nors pastebėtas moterų ir vyrų pratimo atlikimo pokytis statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$) (žr. 11 pav.).



11 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Višta“.

Paiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

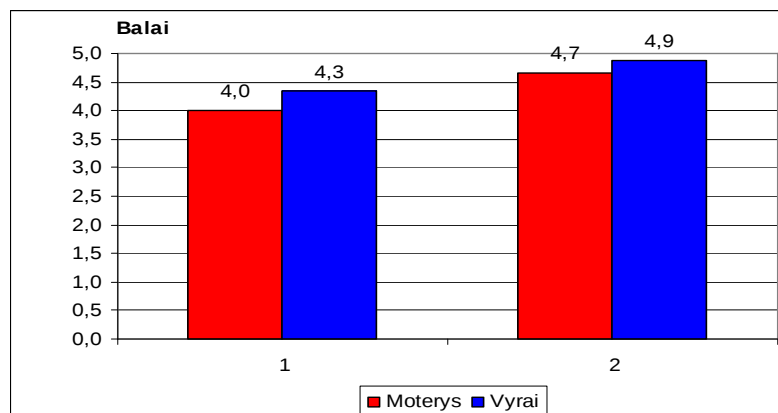
Eksperimento pradžioje atliekant pratimą „Katinas“ daugumai tiriamųjų buvo reikalinga pagalba atlikti veiksmą, moterys pasiekė $2,6 \pm 0,45$, o vyrai $2,7 \pm 0,47$ balo. O eksperimento pabaigoje abiejų lyčių tiriamieji pagerino savo rodiklius: moterys pasiekė $3,6 \pm 0,55$ balo, o vyrai $3,9 \pm 0,56$ balo, bet nei vienam iš tiriamųjų neprireikė pagalbos atliekant pratimą (žr. 12 pav.).



12 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Katinas“.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

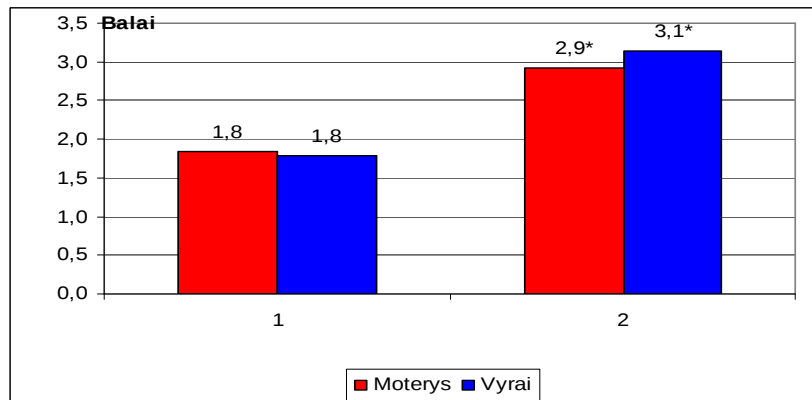
Eksperimento pradžioje atliekant pratimą „Žirgas bėga“ vyrai pasiekė geresnių rezultatų, nei moterys kurios surinko $4,0 \pm 0,45$ balo ir už vyrus pasirodė prasčiau, kurie surinko $4,4 \pm 0,54$ balo. Po eksperimento tiek vyrai, tiek moterys pagerino rezultatus atlikdami užduotį, tačiau skirtumas tarp lyčių išliko panašus ir statistikai nepatikimas (atitinkamai vyrai surinko $4,9 \pm 0,54$ o moterys – $4,6 \pm 0,60$ balo, $p > 0,05$) (žr. 13 pav.).



13 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Žirgas bėga“.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

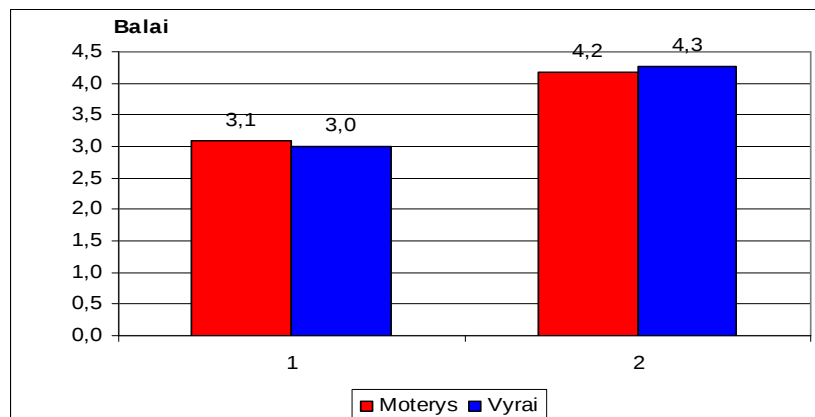
Tyrimo pradžioje atliekant pratimą „Spyna“ vyrai ir moterys surinko vienodą balų skaičių (žr. 14 pav.). Pastebėtina, kad šį pratimą atlikti, eksperimento pradžioje, sunkiai sekėsi beveik visiems tiriamiesiems: 1 tiriamasis pratimo neatliko, 30 tiriamųjų jį atliko tik su pagalba, 4 tiriamieji - labai sunkiai atliko 4 ir tik vienas nesunkiai įvykdė pratimą. Po eksperimento ženkliai pagerėjo pratimo atlikimas ($p < 0,05$): moterų rezultatai pasiekė $2,9 \pm 0,56$ balo, o vyrų - $3,2 \pm 0,45$ balo (žr. 14 pav.). Po eksperimento pratimą savarankiškai atliko beveik visi tiriamieji ir tik 5 iš jų buvo reikalinga pagalba



14 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Spyna“.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento. * - $p < 0,05$.

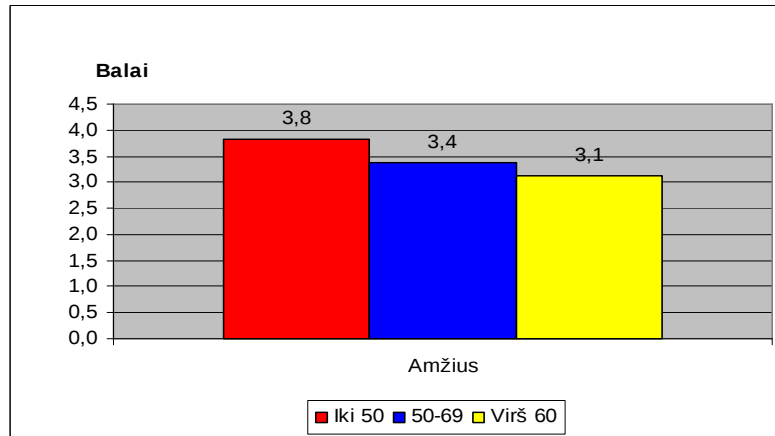
Atliekant pratimą „Kalnėliai“ prieš eksperimentą ir vyrai, ir moterys pasiekė panašių rezultatų: moterys – $3,1 \pm 0,47$, vyrai – $3,0 \pm 0,48$ balo. Eksperimento pabaigoje visi tiriamieji pagerino pratimo atlikimą ir kaip prieš eksperimentą, vyrų ir moterų rezultatai buvo panašūs: vyrai surinko $4,3 \pm 0,54$, o moterys $4,2 \pm 0,51$ balo (žr. 15 pav.).



15 pav. Tiriamųjų smulkiosios motorikos įvertinimas atliekant pratimą „Kalnėliai“.

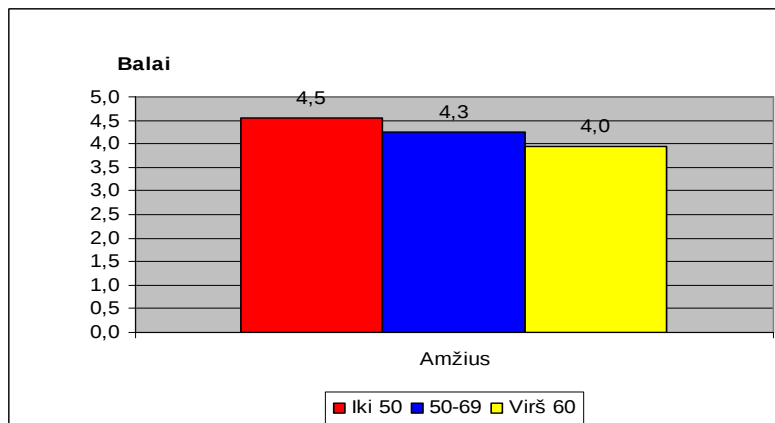
Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Tyrimo duomenų analizė amžiaus aspektu parodė, kad pratimus geriausiai atlikti sekėsi jaunesnio amžiaus tiriamiesiems (iki 50 metų). Šios tiriamųjų grupės koordinacijos pratimų, nereikalaujančių pusiausvyros įgūdžių, vertinimo balo vidurkis buvo $3,8 \pm 0,56$ balo. Šiek tiek prasčiau minėtas užduotis atliko tiriamieji, kurių amžius svyravo nuo 50 iki 60 metų ($3,4 \pm 0,52$) ir prasčiausiai pratimus atliko tiriamieji kuriems buvo 60 metų ir daugiau (jų balų vidurkis buvo $3,1 \pm 0,32$ balo) (žr. 16 pav.). Stebima tendencija, kad su amžiumi blogėja koordinacijos pratimų, nereikalaujančių pusiausvyros įgūdžių, atlikimas, nors tyrimų duomenų analizėje statistikai reikšmingų skirtumų nėra.



16 pav. Tiriamųjų balai atliekant pratimus, pagal amžiaus grupes, tyrimo pradžioje.

Kaip ir prieš eksperimentą, pratimus geriausiai atliko tiriamieji kurie buvo jaunesni, nei 50 metų. Jie atliekant pratimus surinko $4,5 \pm 0,54$ balo, tiriamieji kurių amžius nuo 50 iki 60 surinko $4,3 \pm 0,52$ balo, o prasčiausiai pratimus tyrimo gale atliko tiriamieji kuriems buvo virš 60 metų jie surinko $4,0 \pm 0,49$ balo (žr. 17 pav.).

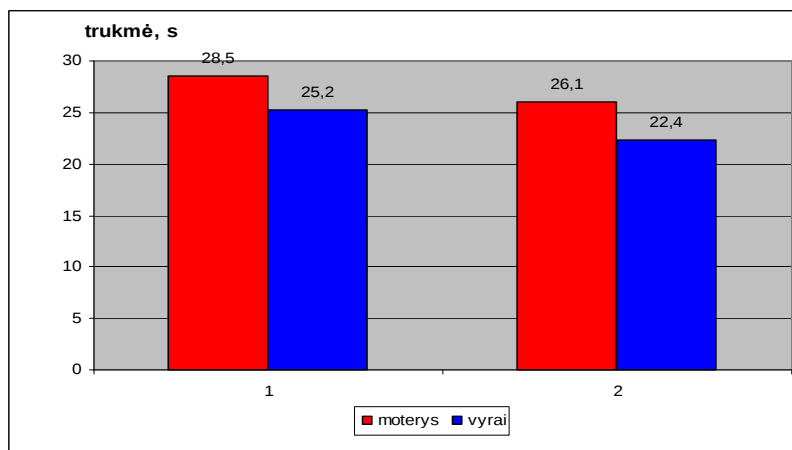


17 pav. Tiriamųjų balai atliekant pratimus, pagal amžiaus grupes, tyrimo pabaigoje.

Taigi rezultatų analizė leidžia daryti prielaidą, kad tiriamųjų amžius gali būti svarbus atliekant smulkiosios motorikos pratimus, nes tiriamieji kurie pagal amžiaus vidurkį buvo jauniausi demonstravo geresnius rezultatus nei vyresni tyrimo dalyvavę asmenys.

3.3. Fizinio pajėgumo testavimas

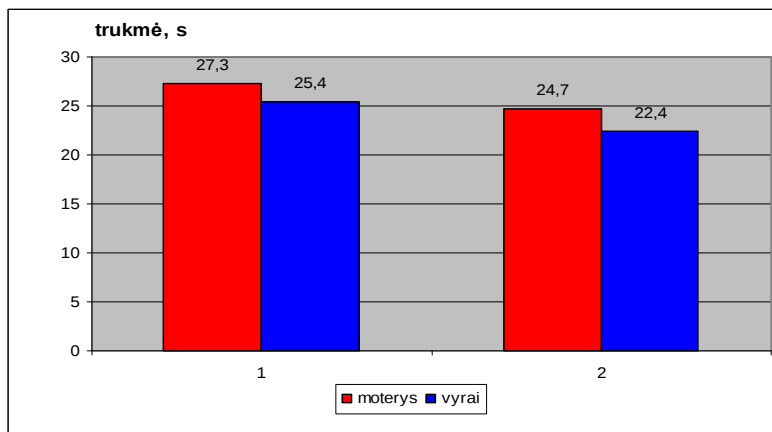
Tyrimo rezultatai parodė, kad tirtų vyrų ir moterų rankų ir kojų koordinacija prieš eksperimentą buvo panaši, po tyrimo abiejų grupių tiriamųjų rankų-kojų koordinacijos rezultatai truputį pagerėjo. Atlikus tyrimo duomenų analizę statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (žr. 18 pav.).



18 pav. Tiriamųjų rankų-kojų koordinacijos tyrimo duomenys.

Paiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

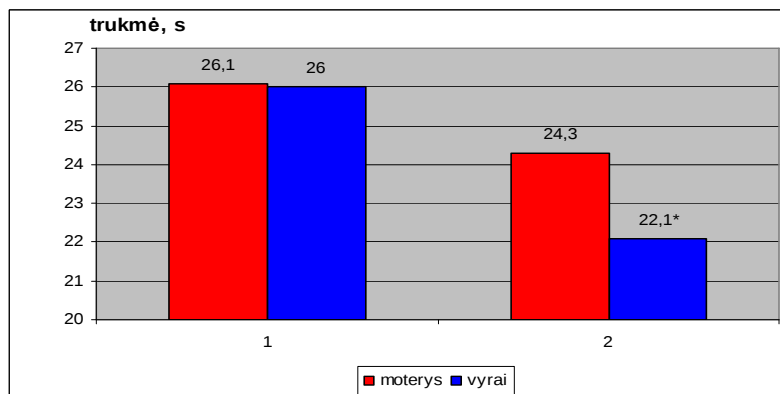
Tyrimo rezultatai parodė, kad prieš eksperimentą vyrų ir moterų rankų - kojų koordinacija beveik nesiskyrė (atitinkamai $25,4 \pm 1,65$ ir $27,3 \pm 1,45$), nors vyrai šiek tiek geriau šokinėjo vienoje vietoje (žr. 19 pav.). Tiriamųjų rankų - kojų koordinacijos rezultatai neženkiai pagerėjo po eksperimento, tačiau rezultatų skirtumas tarp vyrų ir moterų išliko panašus ir statistiškai nereikšmingas (žr. 19 pav.).



19 pav. Tiriamųjų rankų - kojų koordinacijos tyrimo duomenys.

Paiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

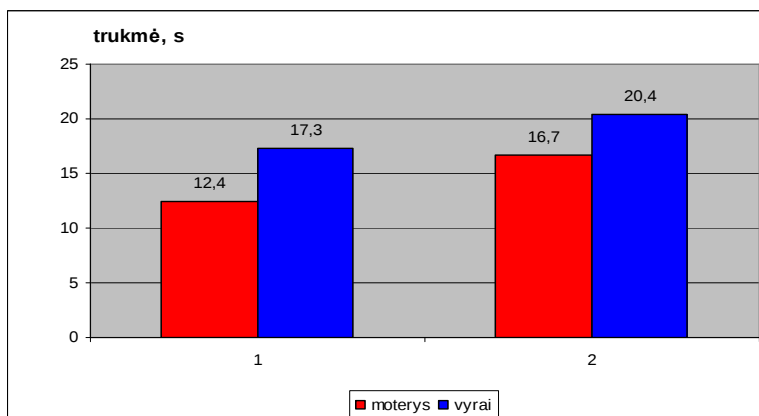
Prieš eksperimentą vyrai ir moterys pasižymėjo panašia apatinių galūnių jėga (atitinkamai $26,0 \pm 3,98$ ir $26,1 \pm 3,02$) (žr. 20 pav.). Po eksperimento tirti vyrai pasižymėjo ženkliai geresne apatinių galūnių jėga, nei prieš eksperimentą (atitinkamai prieš eksperimentą $26,0 \pm 3,56$ ir po eksperimento $22,1 \pm 3,56$) ($p < 0,05$). Atlikta tyrimo duomenų analizė. Parodė, kad moterų apatinių galūnių jėga didėjo nežymiai (atitinkamai prieš eksperimentą $26,1 \pm 3,90$ ir po eksperimento $24,3 \pm 3,48$) (žr. 20 pav.). Tiriamųjų grupių funkcinės apatinių galūnių jėgos rezultatai po eksperimento statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$).



20 pav. Tiriamųjų funkcinė apatinių galūnių jėga.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento. * - $p < 0,05$.

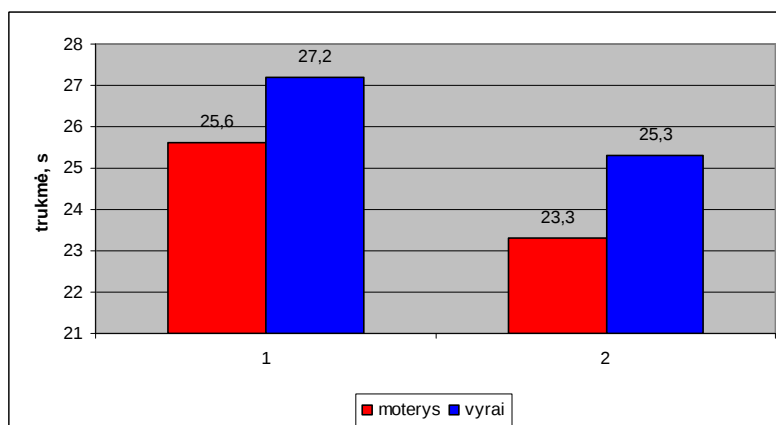
Tiriamųjų grupių pusiausvyros testo rezultatai prieš eksperimentą skyrėsi nežymiai ($p > 0,05$) (žr. 21 pav.). Nors po eksperimento vyrai ir moterys pasiekė truputį geresnių rezultatų (atitinkamai prieš eksperimentą vyrai $17,3 \pm 7,69$, moterys $12,4 \pm 6,12$ ir po eksperimento vyrai $20,4 \pm 7,59$, moterys $16,7 \pm 6,98$), bet skirtumas tarp jų grupių išliko panašus. Atlikus tyrimo duomenų analizę buvo nustatyta, kad vyrų ir moterų pusiausvyros rezultatai po tyrimo skyrėsi statistiškai nereikšmingai ($p > 0,05$) (žr. 21 pav.).



21 pav. Pusiausvyros tyrimo duomenys.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

Eksperimento pradžioje tiriamųjų grupių smulkiosios motorikos testo rezultatai skyrėsi nežymiai (atitinkamai vyrų $27,2 \pm 9,54$ ir moterų $25,6 \pm 8,59$). Taip pat nežymus skirtumas tarp vyrų ir moterų buvo pastebėtas ir eksperimento pabaigoje. Po tyrimo vyrų ir moterų smulkiosios motorikos testo rezultatai skyrėsi statistiškai nereikšmingai (atitinkamai $25,3 \pm 8,63$ ir $23,3 \pm 8,96$).. ($p>0,05$) (žr. 22 pav.).



22 pav. Smulkiosios motorikos tyrimo duomenys.

Paaiškinimas: 1 – prieš eksperimentą, 2 – po eksperimento.

4. APIBENDRINIMAS

Nagrinėdami sergančiųjų šizofrenija tyrimo rezultatus, pirmiausia norėtume atkreipti dėmesį į tiriamųjų kontingentą. Tyrime dalyvavo įvairaus amžiaus žmonės. Jų amžius svyravo nuo 38 iki 66 metų. Kaip teigia Dembinskas ir Eglytis (1985) sergančiųjų šizofrenija simptomai ir sindromai nepriklauso nuo amžiaus.

Savijautos tyrimo duomenys parodė, kad šizofrenija sergantys tiriamieji prieš fizinės veiklos užsiėmimus yra linkę prasčiau vertinti savo esamą savijautą, o po fizinės veiklos užsiėmimų ji vertinama geriau. Tačiau tyrimo eigoje buvo pastebėta, kad tiriamųjų savijautos vertinimas pagerėja tik po taikomosios fizinės veiklos užsiėmimų ir tik laikinai, nes kito užsiėmimo pradžioje pacientai vertindavo prasčiau.

Atlikus tyrimus buvo pastebėta, kad, reguliariai atliekant taikomosios fizinės veiklos pratimus, tiriamųjų, sergančių šizofrenija, fizinis pajėgumas pagerėja.

Mūsų atliktų tyrimų duomenys sutapo su kitų mokslininkų duomenimis (Van Copenolle et. al., 1995; Bossher, 1993; Bergaer ir Owen, 1992), kurie parodė, kad reguliari fizinė veikla gerina raumenų jėgą, lankstumą, koordinaciją ir pusiausvyrą.

Pitteti ir Tan (1991) teigė, kad taikant fizinės veiklos programą protiškai atsilikusiems suaugusiems ypač ženkliai pakito lankstumo savybės. Bet mūsų atlikto tyrimo rezultatai prieštarauja tokiems pastebėjimams. Tyrimo metu tiriamųjų lankstumo rezultatai beveik nepakito, toks skirtumas gali būti dėl skirtingų tiriamųjų grupių.

Atlikus smulkiosios motorikos tyrimus buvo pastebėta, kad tyrimo eigoje sergančiųjų šizofrenija smulkioji motorika pagerėjo lyginant su tyrimo pradžia. Studijuojant literatūrą, atliktų tyrimų apie smulkiąją motoriką nebuvo rasta, todėl nebuvo galima su kuo nors palyginti. Atlikto tyrimo duomenys parodė teigiamus taikomosios fizinės veiklos aspektus. Taikant taikomosios fizinės veiklos priemones, sergančiųjų šizofrenija reabilitacijoje būtų sudarytos didesnės galimybės sergantiems asmenims pasveikti ir adaptuotis visuomenėje, tačiau, norint taikyti šias programas sergantiems šizofrenija asmenims, reiktų atlikti gilesnius mokslinius tyrimus.

5. IŠVADOS

1. Atlikti tyrimai patvirtino spėjimus, kad taikomoji fizinė veikla, daro poveikį sergančiųjų šizofrenija subjektyviai savijautai. Tiriamiesiems taikyti taikomosios fizinės veiklos programos pratimai turėjo teigiamą poveikį subjektyvios savijautos kaitai – ji gerėjo.
2. Tyrimo duomenų analizė parodė, kad reguliariai atliekami fizinės veiklos užsiėmimai, gali turėti įtakos šizofrenija sergančių asmenų fiziniam pajėgumui. Tiriamieji po fizinės veiklos užsiėmimų pasižymėjo ženkliai geresne kojų jėga ($p < 0,05$), kiti tirti fizinio pajėgumo rodikliai pagerėjo neženkliai ($p > 0,05$).
3. Po atliktų tyrimų sergančių šizofrenija tiriamųjų smulkiosios motorikos būklės įvertinimo rezultatai pagerėjo lyginant su tyrimo pradžioje gautais duomenimis. Todėl galima daryti prielaidą, kad dailės terapijos metu vykdyta 15 – 20 min. rankų mankšta turi teigiamos įtakos sergančiųjų šizofrenija smulkiajai motorikai.

LITERATŪRA

1. Adomaitienė R. (2003). Taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla, (p. 14, 20-21). Kaunas: LKKA.
2. Anthony W. A., Cohen M. R. & Cohen B. F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. In L. L. Bachrach (Ed.), *Deinstitutionalization* (New Directions for Mental Health Services, No. 17, pp. 66-69). San - Francisco: Jossey-Bass.
3. Bergaer B. G. & Owen D.R. (1992). Preliminary analysis of a causal relationship between swimming and stress reduction: Intense exercise may negate the effects. *International Journal of Sport Psychology*, 23.
4. Birontienė Z. (2008). Priešmokyklinio amžiaus vaikų smulkiosios motorikos ugdymas. Klaipėda.
5. Bossher R. J. (1993). Running and mixed physical exercise with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*. p. 24, 170-184.
6. Chastain P. B. & Shapiro G. E. (1987). Physical Fitness Program for Patients with Psychiatric Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 545-548.
7. Compton D.M., Eisenman P. A. & Henderson H.L. (1989). Exercise and fitness for Person with disabilities. *Sport medicine*, Nr.7.
8. Davidonienė O. Petrauskienė N. (1999). Šizofrenija. Atmintinė pacientams ir jų šeimoms. Vilnius: Presvika.
9. Deltuvienė D. (2002). Negatyvieji šizofrenijos simptomai – kas tai?. *Sveikas Žmogus*. 12, 57.
10. Dembinskas A. (2003) Pagrindiniai psichikos sutrikimų simptomai ir sindromai. A. Dembinskas (Red.) , *Psichiatrija* (p. 127-237). Vilnius: Vaistų žinios.
11. Dembinskas A., Eglytis I. (1985). Bendroji psichopatologija. Vilnius.
12. Dilingas H., Reimeris C. (2000). Psichiatrija ir psichoterapija. Vilnius, p. 217-223, 231, 234.
13. Gintalaitė K.(2005). Šizofrenija iš arčiau. *Psichologija tau*. 4, 38 – 42.
14. Horstas Dilingas, Christianas Reimeris. (Vertė: Vladas Miničius) (2000). Psichiatrija ir psichoterapija. Vilnius: Avicera.
15. Ylen H, Ojanen M. (1997). Exercise program as a rehabilitation tool for mental health outpatients. University of Tampere, Department of Psychology, Finland.
16. Kučinskienė R. (2005). Dailės terapija – tiltas tarp dviejų pasaulių. *Psichologija tau*, 6, 52 – 56.
17. Lapkauskienė N. (2004). Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai. Vilnius:

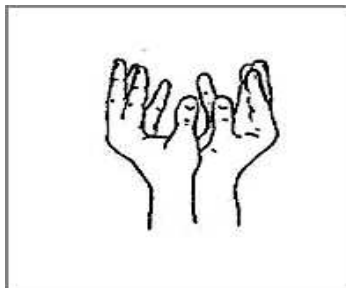
18. Leith L. M (1994). Foundations of Exercise and Mental Health. Morgantown, USA.
19. Martinson E. W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sport medicine*, 9 (6), 380-389.
20. Pitteti, K.H, & Tan, D.M. (1991). Effects of a minimally supervised exercise program for mentally retarded adults. *Medicine and Sport Science in Sports and Exercise*, 23(5), 594-601.
21. Pūras A. (1974). Neurozės ir jų profilaktika. Vilnius.
22. Rimmer J. H., Braddock J. & Pitetti K. H. (1996). Research on physical activity and disability: An emerging national priority. *Medicine and Science in sport and Exercise*, 28 (8).
23. Rosalynn Carter, Susan K. Golant. (2002). Pagalba sergančiajam psichikos liga. Vilnius.
24. Sherill C. (1998). Adapted physical activity, recreation and sport: Cross disciplinary and lifespan (5th ed). Dordrecht, IA: Brown and Benchmark.
25. Survilaitė D. (2002). Genialumas, liga ir menų terapija [apie meno terapiją psichikos sutrikimams gydyti]. *Psichologija tau*. 6, 12 - 17.
26. Survilaitė D. (2003) Psichosocialinė (psichiatrinė) reabilitacija. A. Dembinskas (Red.), *Psichiatrija* (p.633-648). Vilnius: Vaistų žinios.
27. Van Copenolle H., Van de Vliet P., Knapes J., Pieters G. & Peuskens J. (1995). Fitness training as psychomotor therapy in depressive patients. In H. Van Copenolle, Y. Vanlandeuvijck, J. Simons, P. Van de Vliet & E. Neerinx (Eds.), First European conference on adapted physical activity and sports: A white paper on research and practice (p. 223-228). Leuven: Acco.
28. Van de Vliet P. (2002). The physical self in clinically depressed patients. Assessment of the exercise and self-esteem model in clinical settings (Doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven, 2002). Leuven, p.4.
29. Безруких, М. М., Филиппова, Т. А. (2000). Тренируем пальчики. Москва: ДРОФА.
30. Elektroninis lankstinukas Valstybinis psichikos sveikatos centras. Šizofrenija. 2006. [žiūrėta 200-02-18] Prieiga per internetą: http://www.vpsc.lt/bukletai/sizofren_Rol.pdf

PRIEDAI

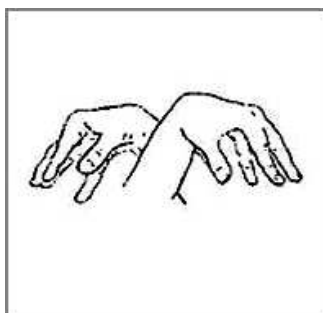
Mano savijauta									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visiškai negera				Pakankama			Visiškai gera		

2 Priedas

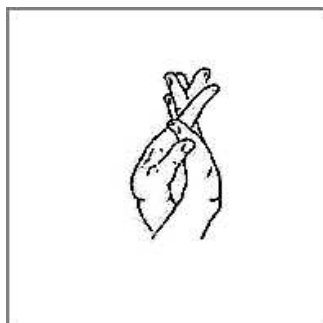
„Tulpė“. Suglausti rankų riešus vertikaliai. Sulenkti visus pirštus per apatinius sąnarius ir praskėsti.



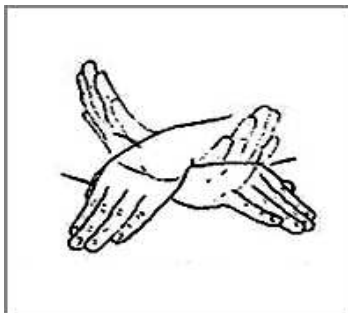
„Pakalnutė“. Sukryžiuoti rankas per riešus. Praskėsti, sulenkti pirštus per apatinius sąnarius ir plaštakas per riešus lenkti žemyn.



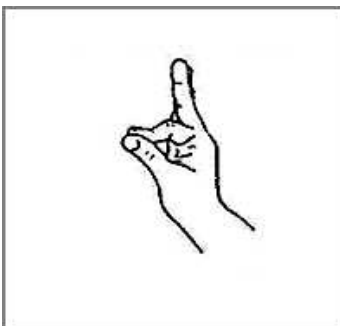
„Eglė“. Sukryžiuoti plaštakas per riešus, suglaudžiant išorinius plaštakos paviršius, tiesius pirštus sunerti ir sukryžiuoti.



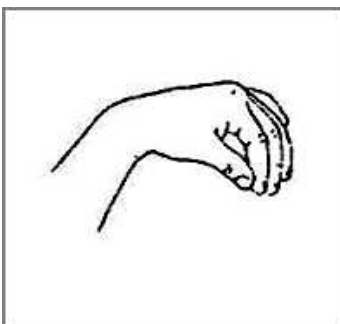
„Paukščiai skrenda“. Sukryžiuoti rankas per riešus, dešinę dedant ant kairės delnais žemyn. Pirštus ištiesti. Leisti plaštakas žemyn ir vėl kelti aukštyn.



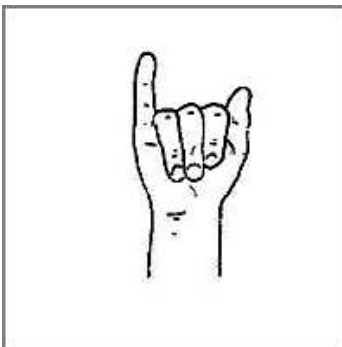
„Paukščiai lesa“. Liesti nykščio galą visais pirštų galais paeiliui.



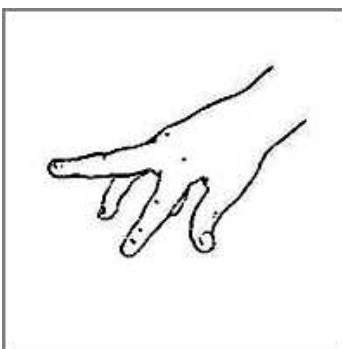
„Višta“. Suglausti nykštį ir smilių pagalvėlėmis („snapas“). Ant smiliaus paeiliui dėti visus kitus pirštus („skiauterė“).



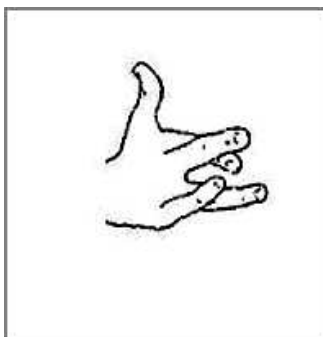
„Katinas“. Sulenkti rodomąjį, didįjį ir bevardį pirštą ir prispausti prie delno. Nykštį ir mažąjį ištiesti į viršų („ausys“).



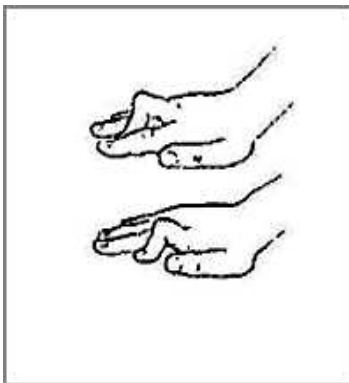
Žirgas bėga“. Ištiesti pirmyn didįjį pirštą („galva“), kitus pirštus atremti į stalą („kojos“).



„Spyna“. Sukryžiuoti dešinės rankos smilių ir didįjį pirštus. Sukryžiuoti bevardį ir mažąjį pirštus. Nykštį pakelti aukštyn.



„Kalnėliai“. Padėti abi plaštakas ant stalo, pirštus suglausti. Lenkti paeiliui po vieną pirštą, bandant jo galą pritraukti kuo arčiau piršto pagrindo.



Lytis V/M

Amžius

Eilės numeris	Užduotis	Prieš eksperimentą					Po eksperimento				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	„Tulpė“. Suglausti rankų riešus vertikaliai. Sulenkti visus pirštus per apatinius sąnarius ir praskėsti.										
2	„Pakalnutė“. Sukryžiuoti rankas per riešus. Praskėsti, sulenkti pirštus per apatinius sąnarius ir plaštakas per riešus lenkti žemyn.										
3	„Eglė“. Sukryžiuoti plaštakas per riešus, suglaudžiant išorinius plaštakos paviršius, tiesius pirštus sunerti ir sukryžiuoti.										
4	„Paukščiai skrenda“. Sukryžiuoti rankas per riešus, dešinę dedant ant kairės delnais žemyn. Pirštus ištiesti. Leisti plaštakas žemyn ir vėl kelti aukštyn.										
5	„Paukščiai lesa“. Liesti nykščio galą visais pirštų galais paeiliui.										
6	„Višta“. Suglausti nykštį ir smilių pagalvėlėmis („snapas“). Ant smiliaus paeiliui dėti visus kitus pirštus („skiauterė“).										
7	„Katinas“. Sulenkti rodomąjį, didįjį ir bevardį pirštą ir prispausti prie delno. Nykštį ir mažąjį ištiesti į viršų („ausys“).										
8	Žirgas bėga“. Ištiesti pirmyn didįjį pirštą („galva“), kitus pirštus atremti į stalą („kojos“).										
9	„Spyna“. Sukryžiuoti dešinės rankos smilių ir didįjį pirštus. Sukryžiuoti bevardį ir mažąjį pirštus. Nykštį pakelti aukštyn.										
10	„Kalnėliai“. Padėti abi plaštakas ant stalo, pirštus suglausti. Lenkti paeiliui po vieną pirštą, bandant jo galą pritraukti kuo arčiau piršto pagrindo.										

1 – neatlieka veiksmo

2 – atlieka veiksmą su pagalba

3 – sunkiai atlieka veiksmą

4 – nesunkiai atlieka veiksmą

5 – atlieka labai lengvai

1 TESTAS

Tauškėti pėdomis alternatyviai tuo pat metu sukančius pirštais

Subjektas tauškės pėdomis atitinkamai tuo pat metu suka ratus smiliais kaip parodyta pavyzdyje. Subjektui skiriama 90sek. Dešimčiai nuoseklių tauškėjimų, atlikti teisingai. Rezultatas skaičiuojamas kaip įvykdyta (išlaikyta) arba ne.

Vadovavimas ir rezultatu skaičiavimas

Pastatyti dvi kėdes, vieną priešais kitą; subjektas turi sėdėti priešais tave. Abi subjekto rankos laikomos ties pečių aukščiu arba truputi žemiau pečių juostos; rankos sulenktos per alkūnes ir smiliais rodoma link manęs. Vienos rankos smilius turi judėti pagal laikrodžio rodyklę, o kitos rankos - prieš laikrodžio rodyklę.

Sakyti: pirmiausia sutrepsėti vieną pėdą ir po to kitą pėdą. Tuo pat metu, kai trepsi pėdomis turi laikyti rankas priešais save ir suglausti plaštakas į kumščius, rodyti į mane pirmu (smiliumi) pirštu va taip (parodyti). Daryk ratus tik pirštais; pasistenk nejudinti savo rankų, riešų ir plaštakų. Trepsėki pėdomis ir daryk ratus pirštais iki kol aš pasakysiu: „stop“. Pasiruošk ir pradėk. Subjektas gali tapšnoti su kulnu žaislus gulinčius ant grindų, trepsėti visa pėda arba trepsėti kulnais tol, kol ritmas bus darnus.

Pradėk skaičiuoti laiką. Jeigu neišvengiama, reikia apgalvoti papildomą instrukciją. Pradėti skaičiuoti trepsėjimus, kada subjekto beldimai pilnai nusistovėję, darnūs. Per bandymą reikia taisyti subjektą, jeigu jis:

1. neišlaiko atitinkamo ritmo;
2. susimaišo kaitaliojant kojas;
3. susimaišo darant ratus vienu metu abiem rankų pirštais viena kryptimi;
4. panaudoja riešus ir rankas (nuo alkūnės iki riešo) darant ratus, kaip parodyta paveikslėlyje;
5. neatlieka pilnų ratų.

Leisti ne daugiau 90 sek., įskaitant laiką papildomai instrukcijai, laikui atlikti 10 trepsėjimų teisingai. Po 90 sek. Liepti subjektui sustoti. Įvertinimas individualus

2 TESTAS

Šokinėjimas vietoje- koja ranka priešingose pusėse vienu metu

Subjektas šokinėja vietoj pradėjęs koja (neteikiant reikšmės kuria) ir priešinga ranka pirmyn ir kita koja ir ranka atgal. Subjektas šokinėja vietoj vėl keisdamas rankų ir kojų padėtis, kaip parodyta paveikslėlyje. Subjektui duodama 90 sek. atlikti 10 teisingų, pilnų šuolių.

Vadovavimas ir rezultatų skaičiavimas

Atsistoti šalia arba priešais subjektą.

Sakyti: pastatyk koją (kairę/dešinę) pirmyn ir kitą koją atgal. Ištiesti ranką priešais save pečių aukštyje (priešingą kojai), o kitą ranką laikyti už savęs, va taip (parodyti). Prisiminkite, kad pakelti ranką priešais save reikia iki pečių aukščio. Šokinėk ir judink rankomis ir kojomis kartu, kol aš pasakysiu: „stop“. Pasiruošk, pradėk.

Pradėk skaičiuoti laiką. Jeigu reikia, panaudoti papildomą instrukciją. Pradėti skaičiuoti šuoliukus, kada nusistovės darnus, vienodas greitis. Bandymo metu ištaisyti klaidas (ir po to pradėti skaičiuoti), jeigu:

1. susimaišo judink koją ir ranką priešingų pusių kartu;
2. susimaišo, kada reikia atlikti nepertraukiamus judesius į priekį ir atgal;
3. daro papildomus žingsnius keičiant padėtis.

Reikia per 90 sek. atlikti 10 teisingų pilnų šuoliukų. Įskaitomas laikas, reikalingas papildomam aiškinimui. Po 90 sek. liepti sustoti. Rezultatas skaičiuojamas, kaip įvykdyta arba ne. Įvertinimas individualus.

3 TESTAS

Nykščio galiuku Metimas kitus keturis pirštus iš eilės pirmyn ir atgal

Vadovavimas ir rezultatu skaičiavimas

Sakyti: tu lieti savo nykščiu kiekvieną rankos piršto galiuką. Pradėk nuo mažiausio piršto liesti kiekvieno piršto galiuką eilės tvarka. Paskui pradėk nuo pirmo (smiliaus) piršto liesti eilės tvarka link mažiausio pirštuko (pademonstruoti). Daryk tai užmerktomis akimis iki aš pasakysiu: „stop“. Pasiruošk, pradėk. Pradėti skaičiuoti laiką. Per bandymą subjektą taisyti, jeigu:

1. nepalaiko besitęsiančio judesio;
2. liečia bet kurį pirštą, išskyrus smilių daugiau nei vieną kartą eilėje;
3. liečia 2 pirštus vienu metu;
4. nepaliečia pirštų aukščiau pirmo piršto;
5. atmerkia akis.

Leisti atlikti užduotį ne ilgiau 90 sek. įskaitant laiką, skirtą papildomam aiškinimui, atlikti 5 pilnus, teisingus lietimus. Po 90 sek. liepti sustoti. Rezultatas skaičiuojamas, kaip įvykdyta arba ne. Įvertinimas individualus.

4 TESTAS

Stovėseną ant vienos kojos užsimerkus

Aprašymas:

- Tiriamasis stovi. Kojos pečių plotyje.
- Priešais jį pastatoma kėdutė saugumui.
- Rankos prie šonų sulenktos. Tokioje padėtyje rankos išlieka viso testo metu.
- Duodama komanda pakelti vieną koją ir užsimerkti.
- Duodamos trys komandos: pasiruošt, dėmesio, start.
- Tyrėjas drąsina eigoje.

Matavimų užrašymas

Užrašomas stovėjimo, nepraradus pusiausvyros, laikas. Jei tiriamasis ištovi 30 sek. testas baigiamas.

5 TESTAS

Funkcinė apatinių galūnių jėga

ATSISTOJIMAI

Aprašymas:

Dalyvis stojasi iš sėdimos padėties 10 kartų, kiek galima greičiau.

Testuojamojo padėtis:

- Sėdi su sulenktomis per alkūnes 90° rankom.
- Tokioje padėtyje rankos lieka viso testo metu.
- Duodamos trys komandos: pasiruošt, dėmesio, start.
- Atliekama 10 atsistojimų, kiek galint greičiau.
- Tyrėjas padrąsina eigoje.

Tyrėjo padėtis:

- Stovi testuojamos kojos pusėje.
- Akys testuojamos srities aukštyje.

Matavimų užrašymas:

Skaičiuojamas laikas sekundėmis ir minutėmis.