GABRIELĖ MOZERYTĖ

SERGANČIŲ ŠIZOFRENIJA KOGNITYVINIŲ FUNKCIŲ IR INTEGRACIJOS Į VISUOMENĘ DINAMIKA, TAIKANT ERGOTERAPIJĄ GRUPĖJE

Magistro studijų programos „Sveikatinimas ir reabilitacija“ (valst.kodas 621B30005)

baigiamasis darbas

Darbo vadovė:

doc.dr. Jolita Rapolienė

KAUNAS, 2017
TURINYS

SANTRAUKA..........................................................4
ABSTRACT ....................................................................6
PADĖKA.......................................................................8
SANTRUMPOS ................................................................9
ŽODYNĖLIS.....................................................................10
IŠVADAS.......................................................................11
1. LITERATŪROS APŽVALGA..............................................13
   1.1. Šizofrenijos simptomai..............................................14
   1.2. Šizofrenijos epidemiologija ........................................15
   1.3. Šizofrenijos etiologija..............................................16
   1.4. Šizofrenijos klinikiniai požymiai................................17
   1.5. Sergančiųjų šizofrenija gydymas ..............................18
   1.6. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė reabilitacija ..........19
   1.7. Sergančiųjų šizofrenija ergoterapija grupėje ...............20
       1.7.1. Ergoterapijos grupėje principai ..........................21
       1.7.2. Psychiatrijoje taikomi ergoterapijos modeliai.......22
   1.8. Visuomenės požiūris į sergančius šizofreniją..........23
2. TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS ......................25
   2.1. Tyrino kontingentas ir jo charakteristikos....................25
   2.2. Tyrimo metodai ....................................................30
   2.3. Tyrimo organizavimas ir eiga....................................32
   2.4. Statistinė duomenų analizė .....................................34
3. TYRIMO REZULTATAI ..................................................35
   3.1. Kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę problemų nustatymas ................................................35
       3.1.2. Kognityvinių funkcijų problemų nustatymas .........36
       3.1.3. Integracijos į visuomenę problemų nustatymas .......42
   3.2. Kognityvinių funkcijų ir gebėjimo integruotis į visuomenę kitimas taikant ergoterapiją grupėje ............44
   3.3. Veiksnių turintys įtakos sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms.................................47
   3.4. Tiriamosios grupės pacientų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšys .......................51
REZULTATŲ APTARIMAS ..................................................52
IŠVADOS ..................................................................55
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....................................56
MAGISTRANTO PARENGTA PUBLIKACIJA

LITERATŪROS SĄRAŠAS
**SANTRAUKA**


**Darbo tikslas.** Įvertinti sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę dinamiką, taikant ergoterapiją grupėje.

**Darbo uždaviniai:** 1. Nustatyti sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę problemas. 2. Įvertinti ergoterapijos grupėje poveikį kognityvinių funkcijų ir gebėjimo integruotis į visuomenę kitimui. 3. Nustatyti veiksnius, turinčius įtakos sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms. 4. Įvertinti tiriamosios grupės pacientų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšį.


**Darbo išvados.** 1. Didžiausios sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų problemos kyla konstrukcinį gebėjimų, atminties srityse, o didžiausios integracijos į visuomenę problemos kyla apsikeitimo informacija srityje. 2. Po ergoterapijos pirmosios grupės pacientams lyginant su kontrolinės grupės pacientais didžiausias statistiškai reikšmingas (p<0,05) kognityvinių funkcijų pokytis nustatytas dėmesio, konstrukcinio gebėjimų srityse, didžiausias statistiškai reikšmingas (p<0,05) integracijos į visuomenę pokytis nustatytas apsikeitimo informacija srityje. 3. Sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms statistiškai reikšmingą (p<0,05) įtaką turėja lytis ir amžius iki
44 metų. 4. Įvertinus šizofrenija sergančių kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšį nustatėme, kad gerėjant kognityvinėms funkcijoms didėja ir gebėjimas integruotis į visuomenę.
ABSTRACT

Gabrielė Mozerytė. Patients with schizophrenia cognitive functions and the integration into society dynamic, using occupational therapy in the group. Master's thesis. Supervisor – Ph.D. Jolita Rapolienė. Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Nursing, Department of Rehabilitation. Kaunas, 2017;p.60

The aim of the thesis. To assess patients with schizophrenia cognitive functions and integration into society dynamic, using occupational therapy in the group.

Tasks of thesis. 1. To determine patients with schizophrenia cognitive functions and integration into society problems. 2. To evaluate occupational therapy in the group influence to cognitive functions and ability integrate into society. 3. To determine the factors influencing schizophrenic patients cognitive functions. 4. To assess the experimental group link between cognitive functions and integration into society.

Study methodology and participants. The study was carried out in April – September 2017 in VŠĮ Respublikinės Kauno ligoninės subdivision Psychiatry Clinic Marių sector. The participants were selected, 62 patients participated in the study. The study participants were divided randomly into two groups of 31 people: study and control. In the course of the study, the participants of the experimental group participated in occupational therapy in the group and the usual hospital activities, and the control group only participated in the usual hospital activities. The research evaluates sociodemographic indicators using general questionnaire drawn up by the author, the cognitive functions by the Cognistat test, and integration into society on the ACIS scale. The research evaluates the problems of cognitive functions and integration into society, changes in cognitive functions and integration into society after the group of occupational therapy, the influence of socio-demographic indicators on cognitive functions, the relation between cognitive functions and integration into society. The assessment was performed at the beginning of the study and at the end of the study. When comparing results of the groups we evaluated the dynamic of cognitive functions and integration into society when using occupational therapy in the group methods.

Conclusions. 1. The biggest problems patients with schizophrenia cognitive functions arise in constructive abilities, memory, and the biggest problems integration into society arise in the area of information exchange. 2. After occupational therapy in the group experimental group patients comparing with control group patients, the highest statistically significant (p<0.05) change in cognitive function was observed in the areas of attention, constructive skills, the highest statistically significant (p<0.05) change in the integration of society was the exchange of
information field. 3. Patient with schizophrenia cognitive function statistically significant (p<0.05) influence has gender and age up to 44 years. 4. Having assessed patients with schizophrenia link between the cognitive function and integration into society, we have found that improve cognitive functions can increase improve ability integrate into society.
PADĖKA

Noriu nuoširdžiai padėkoti savo darbo vadovei doc.dr. Jolitai Rapolienėi už skirtą laiką, naudingus patarimus, supratimą ir pasitikėjimą.

Taip pat už bendradarbiavimą dėkoju savo darbovietei, Respublikinės Kauno ligoninės Psychiatrijos klinikos Marių sektoriui.

Už tikėjimą, palaikymą ir visokeriopą pagalbą einant šiuo keliu noriu padėkoti savo šeimos nariams.
SANTRUMPOS

Gr. – grupė
Lent. – lentelė.

Liet. – lietuviškai

n – tiriamujų imtis

NPBT - neurobihevioristinis pažinimo būklės tyrimas

p – reikšmingumo lygmuo

Pav. – paveikslėlis

Proc. – procentai.

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

r – koreliacijos koeficientas

SP – standartimė paklaida

TLK – tarptautinė ligų klasifikacija
ŽODYNĖLIS

Akatizija – padidėjęs nerimas ir dirglumas, kuris iššaukia vaikščiojimą pirmyn ir atgal.

Akinezija – sąstingis, energijos nebuvinas.

Atkrytis – praėjusios ligos atskarstojimas.

Diskinezija – galūnių, burnos ir liežuvių kankinantys judesiai.

Distonija – straigūs raumenų traukuliai.

Fiziniai anticholinerginiai reiškiniai – burnos džiūvimas, prastos regėjimas, šlapinimosi ir tuštinimosi problemas.

Mikrokosmas – mažas pasaulis.

Moduliacija – balso tono keitimas, paauktšinimas ar pažeminimas.

Norepinefrinas – antinksčių išskiriamas adrenalinos.

Psichiniai anticholinerginiai reiškiniai – atminties suprastėjimas, sumišimo jausmas.

Psichozė – psichinė būklė, kai asmuo praranda ryšį su realybe, ją iškreiptai ir neracionaliai suvokia.

Stuporas – ligonio sustingimas, nejudrumas.
ĮVADAS

Psichikos sveikatos supratimas keičiasi, priklausomai nuo laikmečio, kultūrinio ar socialinio konteksto. Remiantis Pasauline sveikatos organizacija (PSO), psichikos sveikata tai geros savijautos būsena, kurioje asmuo suvokia savo gebėjimus, gali susidoroti su įprastiniais stresais, rezultatyviai dirbt ir įnešti savitą indėlį į bendruomenę. Psichikos sutrikimas pasireiškia psichinės būklės pažeidimu, dėl ko atsiranda laikinas, o kartais ir pastovus socialinio prisitaikomumo sutrikimas [12;17]. Nors daug pažangių mokslininkų deda pastangas kuo tiksliau išsiaiškinti psichikos sutrikimų prigimtį, vystymąsi, poveikį, gydymo ir reabilitacijos ypatumus dar lieka daug neatsakytų klausimų [9].

Pasaulyje 450 milijonų žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų (PSO). Lietuva išsiskiria itin prastais ir negerėjančiais psichinės sveikatos rodikliais, remiantis Higienos instituto Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenimis 2016 metais 1000 gyventojų teko 30,91 sergantysis psichikos ir elgesio sutrikimais, iš jų 0,65 sergančių šizofrenija. Šizofrenija viena paslaptingiausių ligų, kurios diagnozė skamba grėsmingai ir gasdinančiai, kaip vėžys. Iš psichikos ligų ši ligą laikoma viena sunkiausių [1;6;10].

Temos mokslinis naujumas ir praktinė darbų reikšmė: Lietuvoje dominuoja medikamentinis gydymas, užmirštama, kad ne tik vaistai gali padėti psichikos sutrikimą turintiems asmenims [12]. Ypač sergant šizofrenija svarbu ilgalaikis, kompleksinis gydymas, derinant kelis metodus: medikamentus, psychologą, psichoterapeutą ir psychosocialinę reabilitaciją [10]. Vienas iš psichosocialinės reabilitacijos dalių yra individuali ir grupinė ergoterapija, jos tikslas šizofrenija sergantį pacientą sustabdyti nuo socialinės izoliacijos, gražinti jį į bendruomenę, skatinti jį veikti ir bendrauti [29;47]. Dėl informacijos stokos, kaip ergoterapinė veikla veikia sergančiųjų šizofrenija kognityvinės funkcijas ir socializaciją svarbu išsiaiškinti esmines problemas ir galimą grupinės ergoterapijos poveikį. Šio darbo tikslas - įvertinti sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę dinamiką, taikant ergoterapiją grupėje. Tikslas įgyvendinimui pasitelkti šie uždaviniai:

1. Nustatyti sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę problemas;
2. Įvertinti ergoterapijos grupėje poveikį kognityvinių funkcijų ir gebėjimo integruotis į visuomenę kitimui;
3. Nustatyti veiksnius, turinčius įtakos sergančių šizofrenija kognityvinėms funkcijoms;
4. Įvertinti tiriamosios grupės pacientų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšį.

Pagal tarptautinę ligų klasifikaciją skiriamos šios šizofrenijos (F20) formos:

- Paranoidinė šizofrenija (F20.0) – pasižymi stabiliais, paranoidiniais kliedesiais, lydimais haliucinacijomis;
- Hebefreninė šizofrenija (F20.1) – būdingi ryškūs afektiniai pakitimai, trumpi, bet fragmentuoti kliedesiai, haliucinacijos, manieringumas;
- Katatoninė šizofrenija (F20.2) – dominuoja psichomotorikos sutrikimai: hiperkinezė, stuporas, nenatūralios pozos;
- Nediferencijuota šizofrenija (F20.3) – atitinka šizofrenijos diagnostikos kriterijus, bet nepatvirtinama nei viena forma dėl pasireiškiančių požymių, kurie būdingi kelioms šizofrenijos formoms;
- Pošizofreninė depresija (F20.4) – depresinis epizodas atsiradęs po šizofrenijos epizodo, išlike šizofrenijos simptomai, bet ne tokie ryškūs, būdingos suicidinės idėjos;
- Rezidualinė šizofrenija (F20.5) – lėtinė sutrikimo stadija, kuri kinta nuo ankstyvos iki vėlyvos stadijos, būdingas negatyvumas, sumažėjęs aktyvumas, pasyvumas, prastas socialumas;
- Paprastoji šizofrenija (F20.6) – atsiranda nepastebimai, būdingas esgesio pasikeitimas ir keistumas, nesugebėjimas laikytis visuomenės normų, nedarbingumas, psichozinė simptomatika;
- Kita šizofrenija (F20.8);
- Nepatikslinta šizofrenija (F20.9) [3].
1.1. Šizofrenijos simptomai

Pirmieji šizofrenijos požymiai atsiranda paaugystės ar jaunystės metu, vyrams pasireiškia anksčiau nei moterims. Simptomai kiekvienam pasireiškia skirtingai, jie skirstomi į 4 pagrindines grupes: pozityvieji, negatyvieji, afektiniai ir kognityviniai simptomai [4;6] (1 lentelė).

1 lentelė. Pagrindinės šizofrenijos simptomų grupės [4]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pozityvieji simptomai</th>
<th>Negatyvieji simptomai</th>
<th>Afektiniai simptomai</th>
<th>Kognityviniai simptomai</th>
</tr>
</thead>
</table>

Kognityviniai simptomai. Pagrindinius šizofrenijos sutrikimus visada lydi ir suvokimo sutrikimai. Pacientai dažnai skundžiasi prasta atmintimi, tačiau sergant šizofrenija atminties problemos nėra būdingos, pacientai dažnai maišo tai su dėmesio koncentracijos sutrikimu, literatūroje dar kitaip vadinamo aprozeksija. Dėmesio koncentracijos sutrikimas nebūtinai
pasireiškia kaip dėmesio nebuvimas, kartais pacientai kaip tik linkė per daug sukaupti dėmesį į smulkmenas, šis sutrikimas vadinamas hiperprozeksija [15;23]. Sergantiesiems dažnai pasireiškia asociacijų sutrikimai, tai pasireiškia neišprastomis idėjomis, interprencijomis. Mąstymo sutrikimai pasireiškia kalbant, kartais rašant, pacientams šokinėja mintys, pasireiškia skurdi kalba arba priešingai perdėtas minčių atvirumas. Stebimas ir orientacijos sutrikimas, kuomet pacientas gyvena susikurtame vidiniame ir realiame pasaulyje [24].

Dauguma sergančiųjų šizofrenija patiria psychozės būsenas, esant psychozės epizodui labiau pasireiškia pozityvieji simptomai. Pozityvieji simtomai keičiasi, jie gali blogėti arba pagerėti atsižvelgiant į ligos eigą. Iki kito psychozės epizodo sergantysis gali atrodyti sveikas, gyventi normalų gyvenimą, būti stabulis emociškai. Po pirmo epizodo dažnai pasireiškia negatyvieji simptomai, jie išlieka ilgesnį laiką. Simptomų valdymui sergančiam asmeniui reikia vartoti medikamentus, įsivesti kasdienę rutiną [5;8].

1.2. Šizofrenijos epidemiologija


Remiantis pagal ekonominį statusą, padidėjęs paplitimas žemesnėse socioekonominėse grupėse. Labiau išsvyčiusiose šalyse dažnesnė paranoidinė šizofrenija, besivystančiose – katatoninė ir hebefreninė šizofrenijos formos. Nuo gyvenamosios vietos priklauso ir haliucinacijų pobūdis, išsvyčiusiose vietose būdingos klausos haliucinacijos, kurios atspindi išmančiias technologijas, kosmoso tematiką, besivystančiose šalyse - regos haliucinacijos, susijusios su mirusiaisiais, gyvūnais ir baimėmis [6;8;11].

Stacionariniai ligoniai palygintus su ne stacionariniais: nuo 1970 metų sergančiųjų šizofrenija pacientų skaičius sumažėjo 40 - 50 proc. Šiuo metu daugiau negu 80 proc. šizofrenijos pacientų gydomi, kaip ne stacionariniai pacientai [8]. Statistiniai duomenys rodo, kad
ketvirtadalis sergančių gydomi pasveiksta maždaug per 5 metus, du trečdaliai serga daug metų su protarpiniais paūmėjimais, psihozėmis ir maždaug 15 proc. serga sunkiai, tampa neįgalūs, nedarbingi, žymiai pasikeičia jų gyvenimas. Palyginus su visa populiacija šizofrenija sergantys miršta anksčiau, manoma, kad tai elimina ir sergančiųjų šizofrenija dažnos savijuodžiubės [15;38].

Šizofrenija sergantiems labai svarbi socialinė adaptacija ir integracija, nustatytą, kad tai lemia ir sergančiųjų šizofrenija dažnas savijuodžiubės [15;38].

1.3. Šizofrenijos etiologija


**Biologija.** Nėra surasta konkretaus ar šizofrenijai specifiko neurocheminio pakitimų, bet tai yra daug teorijų ir nustatytų nukrypimų normos. Atskirti, kurie nukrypimai yra pradedantys ligos procesą, o kurie kompensacinė reakcija į pakitimą vis dar neįmanoma [36].

Manoma, kad šizofrenijos atsiradimą lemia dopaminerginės sistemas, kadangi psichožės metu išryškėja jų hyperfunkcija. Šią teoriją patvirtina ir tai, jog visi šizofrenijoje vartojami antipsichoziniai medikamentai blokuoja dopaminerginius receptorius. Vienas iš biologinių mechanizmų stebimas prieš šizofrenijos yra norepinefrino kiekio padidėjimas, visi ir sukelia padidėjusi jutimų jautrumą [7,14].

Nustatytą, kad sergant šizofrenija taip pat atsiranda atrofijos požymiai smegenelių kirmine, limbinėje sistemoje, ypač stiprus pokyčiai matomi migdoliniuose kūnuose, hipokampo srityje ir bazaliniuose ganglijuose. Visa tai rodo neuronų masės praradimą [8,14].

Dažnai iškeliama ir infekcinė teorija, pagal šią teoriją sirgimas šizofrenija priklauso ir nuo sezonos, kurio metu gimė asmuo. Nustatytą, kad sergančių šizofrenija vystymosi laikas sutampa su
vietos infekcinių ligų piko metu. Pirmame nėštumo trimestre moterys patiria sezoninių infekcijų pavojų, kuris gali pakenkti vaisiaus centrinės nervų sistemos vystimuی. Šia teoriją tvirtina ir tai, kad šizofrenija sergantiems būdingi imuniniai specifiniai pakitimai [15;16].


### 1.4. Šizofrenijos klinikiniai požymiai

Šizofrenija išskirtinė liga pasižyminti tuo, kad turi daug skirtinų požymių ir simptomų. Šizofrenijos diagnozavimui reikalingas psychikos būklės vertinimas bei sudarytas klinikinis ligos vaizdas. Šizofrenijos eiga skirstoma į tam tikrus tipus: nenutrūkstama, epizodinė su besivystančiu deficitu, epizodinė su nesikeičiančiu deficitu, remituojanti epizodinė ir dalinė arba visiška visiška remisija [6;8;37].


Šizofrenijai būdingas 3 psychikos sudedamųjų sutrikimas: emocijų, valio, mąstymo. Šios trys dedamosios vadinamos šizofrenijos triada [6,8]. Šią triadą lydi halucinacijos, dažniausiai klausos, jos būna įvairios nuo pranašysčių iki įsakymų. Kai liga progresuoja, klausos halucinacijos kinta ir tampa pseudohalucinacijomis [33]. Galimos ir kitos halucinacijų formos: regos, skonio,
uoslės, lytėjimo. Šizofrenija dažnai lemia darbo ir asmeninio gyvenimo blogėjimą. Sergantis asmuo gali būti sujaudintas, jausti nerimą, karta įstėtų į stuporo būklę [38].

1.5. Sergančiųjų šizofrenija gydymas

Naujausių psychiatrijos tendencijų požiūriu šizofrenijos gydymas turi integruoti medikamentinį gydymą, psychoterapiją ir psychosocialinęs reabilitacijos priemones [19]. Ši liga reikalauja ilgalaikio ir itin aktyvaus gydymo, nes jų egia kintanti ir sunkiai numatoma, tad gydymo planas turi būti lankstus ir apimti ne tik ūmų epizodą. Gydant remiamasi psichine būkle, klinikiniu vaizdu, simptomais ir jų pasireiškimu, ligos egia, ūmų epizodų trukme ir dažnai, bei atkryčių sunkumu. Svarbu planuojant gydymą įtraukti ir patį pacientą, bei jo šeimos narius [6;8].

Dažnai sergančius šizofrenija tenka hospitalizuoti, ypač ūmų priepuolių metu, esant tokiems priepuoliams pacientai gali būti pavojingi sau ir kitiems. Dauguma ligonių sutinka su gydymu, bet būna atvejų, kai asmuo nepripažįsta savo būklės, tokiais atvejais ypač, kai pacientas pavojingas taikoma prievartinė hospitalizacija. Prievartinė hospitalizacija galima tik dvi paras, toliau pats asmuo gali spręsti ar jam gydytis. Po ūmaus laikotarpio pacientai gydomi dienos stacionare arba ambulatoriškai [13].

Medikamentinio gydymo tikslas simptomų slopinimas ir paciento grąžinimas į realybę. Dažniausiai naudojami vaistai šizofrenijai gydyti yra antipsichoiziniai vaistai - neuroleptikai. Šie vaistai skirstomi į tipinius (haloperidolis, tiapridas, clorpramazinas ir kt.) arba atipinius (kvetiapinas, leponekas, risperidonas ir kt.) neuroleptikus, kuriuos skirti sprendžiama pagal simptomus, vieni vartojami prie pozityvių simptomų, kiti prie negatyvių [14]. Nors literatūroje dažniausiai pataria pradėti nuo tipinių neuroleptikų ir tik jiems esant neveiksmingiems skirti atipinius. Lydint greutiniems simptomams skirti ir papildomi vaistai. Pradedant medikamentinį gydymą vartojama mažiausia efektyvi dozė, parinkta dozė turi nekelti šalutinio poveikio. Šalutinis poveikis dažnai paskatina pacientus nebevartoti medikamentų, o esant šizofrenijai medikamentinis gydymas būtinas visą gyvenimą [15;51]. Dažniausiai neuroleptikų sukelia šalutiniai poveikiai yra: akatizija, akinezija, fiziniai ir psichiniai anticholinerginiai reiškiniai, tremoras, svorio pokyčiai, distonija ir diskinezija [33].

Šizofrenijai gydyti naudojami ir biologiniai metodai – elektros impulsų terapija. Šis metodas naudojamas esant katatoninei šizofrenijai arba prie sunkių psichozinių epizodų, manoma, kad šis metodas efektyviausias tuomet, kai pacientas serga mažiau nei 1 metus. Elektros impulsų terapija ypač veikia pozityviusius simptomus ir yra veiksmingesnė kartu vartojant antipsichozinius
vaistus. Pradėtas naudoti ir ekspermentinis metodas, tai transkranijinė magnetinė stimuliacija [39;49].

Kalbant apie efektyvų šizofrenijos gydymą visur literatūroje pabrėžiama, kad antipsichoziniai vaistai vieni nėra tokių veiksmingi, kaip juos derinant kartu su psichosocialinėmis intervencijomis [32]. Pagrindinės naudojamos psichosocialinės intervencijos yra: psychoedukacinė grupė, problemų sprendimo įgūdžių mokymas, savitarpio pagalbos grupė. Pats naujausias ir veiksmingiausias metodus psichosocialinė reabilitacija, tokios reabilitacijos metu pacientui suteikiami kompleksinė pagalba. Įverinami paciento įgūdžiai, ištekliai, bandoma juos atkurti arba ugydyti naujus, skatinama integracija į visuomenę [10;19;26].

1.6. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė reabilitacija

Psichosocialinė reabilitacija tai suplanuotas, ilgalaikis procesas, kuomet pacientai turintys psichikos sutrikimus skatiniami savarankiškai ir pilnai funkcionuoti bendruomenėje. Psichosocialinė reabilitacija skirta asmenims turantiems sunkias psichikos ligas, tokias kaip šizofreniją, šizoafektinį sutrikimą, sunkius nuotaikų sutrikimų ar bipolinį afektinį sutrikimą [25].

Psichosocialinę reabilitaciją vykdo reabilitacijos komanda, kuris susideda iš slaugytojų, gydytojų, medicinos psychologų, užimtumo organizatorių, ergoterapeutų ir kineziterapeutų. Psichosocialinę reabilitaciją taikoma: dienos stacionaruose, pacientų draugijose, psychikos sveikatos centrose, reabilitacijos centrose, ligonių vasaros stovyklose ir specialiuose skyriuose [22;26].

Šizofrenija sutrikdo asmenų socialinius ryšius, tad pirmas psichosocialinės reabilitacijos uždavinys yra resocializacija, taip pat norima padėti klientui gerinti emocinius, kognityvinius įgūdžius, kad asmuo galėtų mokytis, dirbti ir gyventi bendruomenėje [42;24]. Pacientui sudaromas individualus reabilitacijos planas, pagal planą pacientas supažindinamas su psichikos sutrikimais, vaistų vartojimu ir jų šalutiniu poveikiu, mokomas savipriežiūros įgūdžių, suteikiama socialinė ir psichologinė pagalba. Taikomi grupiniai psichoterapijos, ergoterapijos ir kineziterapijos užsiėmimai [20;25]. Galimi psichosocialiniai metodai yra:

- Kognityvinė ir elgesio terapija. Šios terapijos tikslas pagerinti savęs supratimą, savikontrolę, ugydyti tinkamesnį elgesį, stengiamasi padidinti pozityvumą, išmokti spręsti problemas ir suvaldyti atkrytį [13;46];
• Grupinė terapija. Ši terapija susitelkia į socialinių įgūdžių gerinimą, kasdienio aktyvumo didinimą. Grupės ypač naudingos socialinės izoliacijos mažinimui ir realybės suvokimo didinimui [26];

• Šeimos terapija. Įtraukiami ir šizofrenija sergančių asmenų artimieji, per užsiėmimą sergantys kartu su šeimos nariais dalinasi problemomis ir apie jas diskutuoja. Tokia terapijos forma naudinga tiek pacientams, tiek jų šeimos nariams [41;44];

• Palaikanti psychoterapija. Tradicinė psychoterapija nerekomenduojama sergant šizofrenija, kadangi šizofrenija sergančių asmenų ego yra per silpni. Palaikanti terapija į kurią įtraukti patairmai, pasitikėjimas, mokymas, limitų nustatymas ir realybės suvokimas yra tinkamiausia psychoterapija šizofrenija sergančių asmenų [13;32];

• Socialinių įgūdžių lavinimas. Bandymai gerinti socialinių įgūdžių deficitą, tokį kaip akių kontaktų nepalaikymas, ryšio palaikymo trūkumas, netikslus suvokimas ir socialinių normų nesilaikymas. Lavimasis vyksta per grupinius užsiėmimus, kurių metu skatinamas bendradarbiavimas, žiūrėti socialiniai video filmai ir žaidžiami rolių žaidimai [32];

• Atvejo vadyba. Atsakinga už šizofrenijos pacientų konkrečius poreikius ir priežiūros koordinavimą. Atvejo vadybininkai dalyvauja sudaran gydymo planą ir komunikuoja tarp paslaugų tiekėjų. Jie padeda pacientams sudaryti procedūras, aptaria su pacientais namų priežiūros ir finansinius klausimus, koordinuoja sveikatos priežiūros sistemos reikalus, ir taip pat teikia informaciją ir krizų intervenciją tam, kad palaikytų kokybišką pacientų gydymą ir reabilitaciją [20;22;25];

• Palaikymo grupės. Jos apima tarptautines ir vietines organizacijas, kurios atsakingos už šizofrenija sergančių asmenų ir jų šeimos narių palaikymą, informavimą ir mokymą [19]. Tokio tipo grupės populiarios Amerikoje, tokia taktika naudojama ir kai kuriose Europos šalyse, Lietuvoje organizacijų teikiančių paslaugas nėra [26].

Psichosocialinė reabilitacija plačiai taikoma Lietuvoje. Didelis dėmesys skiriamas paciento grįžimui į bendruomenę. Tokia reabilitacijos forma plinta, atsiranda vis daugiau psichikos sveikatos įstaigų teikiančių psychosocialinės reabilitacijos paslaugas [22].

1.7. Sergančiųjų šizofrenija ergoterapija grupėje

Ergoterapija tai tikslinga veikla, padedanti pacientams būti savarankiškiamis ir grįžti į socialinį gyvenimą [21]. Ergoterapijos psychiatrijoje pradžia mena dar XIX amžiaus Angliją,
nuspręsta išlaisvinti psichiatrinius ligonius ir taikyti jiems struktūrizuotą veiklą, kuri apima darbą, laisvalaikį ir poilsį [30].

Ergoterapeuto veikla psichiatrijoje prasideda nuo paciento problemų nustatymo, taip parenkama tinkamiausia pacientui veikla. Ergoterapeutas gali būti paciento atvejo vadybininku, įvertinti paciento problemas, stipriąsias ir silpnesias puses, norus, sudaryti tikslą ir planą pagal kurį pacientas lankys veiklas.[28;49] Ergoterapijos užsūmmimų metu lavinamos vykdomosios funkcijos, laiko ir dienotvarkės planavimas, socialiniai įgūdžiai. Socialiniai įgūdžiai lavinami pasitelkiant probleminių situacijų sprendimus, skatinant komunikaciją ir konfliktų valdymą. Socialinius įgūdžius lavinantys užsūmmomai padeda pacientams adaptuotis ir lengviau grįžti į visuomenę[27;29]. Ergoterapijos veiklos lavina ir kognityvines funkcijas. Dėmesio koncentracija lavinama per veiklas, kurios skatina kuo ilgiau išlaikyti dėmesį, sukuriama aplinka be nereikalingų dirgiklių. Atmintis lavinama per konkretias užduotis, kurios skatina atsiminti detalės, naudoti loginę, vaizdinę ir garsinę atmintį [29;30;31].

Psichiatrijos dažniausiai naudojama ergoterapija grupėje, kadangi pacientai skatinate socializuotis ir daugiau bendrauti. Tik esant išskirtiniams poreikiams ar tikslams, kuomet pacientas turi psichinę ir fizinę negalią skiriama individuali ergoterapija [31].

1.7.1. Ergoterapijos grupėje principai

Ergoterapija grupėje prie psichinių ligų yra gana apibrėžta, yra ne viena teorija ir siūlomi principai, kaip grupinę veiklą padaryti kuo efektyvesnę [49].

Grupinių užsūmmimų skirtų šizofrenija sergantiems asmenims metu ergoterapeutas turi:
- išsiaiškinti kliento problemas bendraudamas su juo ir kurdamas santykius su kitais grupės nariais;
- suburti grupę su panašiais tikslais, problemomis ar gyvenimiškais vaidmenimis į veiklą įveikiančią kylančias kliūtis;
- naudoti maksimalias pacientų galimybes, motyvuoti pozityvius pokyčius;
- naudoti socialinius mikrokosmo principus sprendžiant klientų problemas įsitaukiant arba atsitraukiant nuo trokštamos ročios visuomenėje;
- plėtoti savivoką, savęs supratimą, saviveiklumą;
- palaikyti grupę per terapinę sesiją [29;30].

Ergoterapijos grupėje efektyvumui padidinti siūloma remtis Cole’s 7 žingsnių sistema: 1. Įvadas – pacientai pasako savo vardus, pasidalina informaciją apie save, vyksta trumpas „apšilimo“

1.7.2. Psichiatrijoje taikomi ergoterapijos modeliai

Ergoterapijos procesas prasideda duomenų rinkimu, tam naudojami įvairūs standartizuoti klausimynai, visi jie pagrįsti ergoterapijos modeliais. Labai svarbu parinkti tinkamiausią modelį, nes jie visi yra skirtingi [27]. Psichiatrijoje dažniausiai naudojami ergoterapijos modeliai: grupinės veiklos modelis, žmogaus užimtumo modelis ir naujausias psichodinaminis modelis.

**Grupinės veiklos modelis.** Šis modelis pradėtas plačiau taikyti psichiatrijoje. Modelis remiasi darbo grupėje teiginiais: darbas grupėje keičia žmogų, skatina veikti, pacientas įgauna patirties. Ergoterapijos procesas vyksta nuosekliai, pakopomis. Pirmiausia išrenkamas lyderis, jis suformuoja grupės vidaus taisykles, suplanuoja veiklą, iškelia grupės tikslus ir sudaro galutinį planą. Lyderis skiria užduotis, tada vertina grupės progresą. Lyderis privalo išspręsti kylančias problemas [21].


Dalyvavimas veikloje, kuri yra prasminga daro įtaką asmens adaptacijai ir savarankiškumui. Šiame modelyje visi įgūdžiai supsnaitomi kaip sudėtingas procesas, bendravimo ir sąveikos junginys. Labai svarbus asmenų aplinka, ji veikia jų gebėjimus [21:27].

Psichodinaminis modelis. Šis modelis pradėtas naudoti ganėtainai seniai, jis remiasi Zigmundo Froido psichodinaminės asmenybės teorija. Jo teigimu asmenybė susideda iš 3 sistemų: id, ego ir superego. Id – psichikos dalis, kurią paveldime gimstant; ego – asmenybės sistema, kuri veikia pagal realybės principą; superego – vėliausiai išsivystanti sistema, moralioji dalis, kuri atsovauja tam kas idealu. Z. Froidas žmogų laikė ši sistemos gali atnešti įvairių tikslemų, kad bus tenkinami tik instinktai, bet ne svarbūs procesai, kaip suvokimas, gebėjimas įsitikinti, mąstymas [52].

Praktikoje šis modelis grįstas psichoanalize orientuota į asmens pokyčius, motyvaciją. Taikoma dirbant su asmenims, kurie turi emocinių sutrikimų, pastoviai jaučia nerimą, baines. Grupėse pasidalijama savo išgyvenimais, valdoma id sistema ir stiprinama ego. [30].

Visi šie modeliai apima skirtingus aspektus, kurie svarbūs sergantiems šizofrenija, specialistas gali pasirinkti tinkamiausią modelį pagal paciento savijautą, poreikus ir išsikeltus tikslus.

1.8. Visuomenės požiūris į sergančiusius šizofrenija

Visuomenė tobulėjant vis labiau aptariami psichikos ligų stigmos klausimai. Deja visuomenė vis dar neigiamai žiūri į sergančiusius šizofrenija, manoma, kad toks požiūris išsivystė dėl informacijos stokos ir dažnai pateikiamos neigiamos informacijos apie asmenis turinčius psichinę ligą, ypač šizofreniją [34]. Dėl neigiamo požiūrio kenčia šizofrenija sergančiųjų asmenų gebėjimas socializuotis, pasitikėjimas savimi. Ši liga yra apipinta įvairiais realybė netitinkanciais mitais ir istorijomis, sergantys šizofrenija asmenys įsivaizduoja, kaip žudikai maniakai, kurie negali kontroliuoti savo veiksmų ir yra pavojingi visuomenei. [35].
Daugeliui pacientų, sergančių šizofrenija, būna sunku gauti darbą ir jį išlaikyti. Sergančiam mažėja darbingumas, gebėjimas susikaupti. Dėl to darbdaviai retai kada sutinka priimti serganti šizofrenija žmogų į esamą darbo vietą. Darbas žmogui, turinčiam psichikos ligą, yra svarbi gyvenimo dalis, padeda palaikyti psichikos sveikatą, ilgesnį laiką nedirbdamas asmuo jaučia atsiskyrimą nuo darbo rinkos, praranda įgūdžius. Daugelyje šalių sergantiesiems šizofrenija būna sudaromos palankios darbo sąlygos, jie gali dirbti trumpesnę darbo dieną, darytis ilgesnes petraukas, pūmėjus būklei neatvykti į darbą. Svarbi ir tinkama darbovietėje fizinė aplinka, supratimas ir emocinis klimatas [34;37].

Svarbu dirbti ir su šizofrenija sergančio artimaisiais, dažnai šeimos nariai nežino, kaip elgtis su ligoniu, ką daryti psychozų ar atkryčio metu. Artimieji dažnai teisia ligonį nesuprasdami jo būklės ar keisto elgesio, nulemto ligos [36]. Dėl šios priežasties su pacientu dirbantis personalas turi padėti šeimos nariams suprasti apie ligą, apmokyti, kaip elgtis su sergančiuoju ir kaip sudaryti tinkamas sąlygas. Šeimos nariai, supratę, kaip elgtis su sergančiuoju šizofrenija asmeniui gali palaikyti sergantį asmenį įvairiose situacijose ir skatinti aplinkinius suprasti šią ligą [37].
2. TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS

Tyrimui atlikti gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro leidimas, nr.BEC-SR(M)-225 (1 priedas). Tyrimas buvo atliekamas nuo 2017 metų balandžio mėnesio iki 2017 metų rugsėjo mėnesia, VŠĮ Respublikinės Kauno ligoninės padalinio Psichiatrijos klinikos Marių sektoriuje IV, VI, VII mišrios patalogijos, ūmių psychozių ir gerontopsichiatrijos skyriuose.

2.1. Tyrimo kontingentas ir jo charakteristikos

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- Asmenys, kuriems diagnozuota šizofrenija (į šizofrenijos formą tyrimo metu nebuvo atsižvelgta);
- Amžius nuo 18 metų;
- Trumpo proto būklės tyrimo rezultatai <25 balų (toks rezultatas pagal mokslinę literatūrą nurodo, kad kognityvinės funkcijos yra sutrikusios).

Neįtraukimo į tyrimą kriterijus: pacientui esantis psichozės epizodas.

Tyrimo kriterijus atitinkantys asmenys buvo supažindinti su tyrimu, jo tikslais ir uždaviniais, metodika, tiriamiesiems pabrėžtas duomenų konfidencialumas ir galimybė nutraukti tyrimą. Sutikusiems dalyvauti pateikta tiriamojo asmens informavimo (5 priedas) ir sutikimo formos (6 priedas).

Tyроме dalyvavo 62 pacientai, kuriems diagnozuota šizofrenija. Iš jų 37 (60 proc.) vyrai ir 25 (40 proc.) moterys.

2 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas tiriamose grupėse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lytis</th>
<th>1 grupė</th>
<th>2 grupė (kontrolinė)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Moterys</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyrai</td>
<td>19</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Iš viso :</td>
<td>31</td>
<td>31</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tiriamųjų pagal amžiaus grupes (pagal PSO) daugiausiai buvo jaunesnių nei 44 metų amžiaus - 37 pacientai, vidutinio amžiaus - vyresnių nei 44 metų buvo 19 pacientų, vyresnio amžiaus, tų kuriems virš 60 metų buvo 6 asmenys, vyresnių nei 75 metų amžiaus asmenų tyроме nedalyvavo. Tiriamųjų amžiaus vidurkis – 42,2 metų (2 pav.).
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (remiantis PSO)

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą skyręsi, daugiausia tiriamųjų turi vidurinį išsilavinimą – 18 (29,03 %), o mažiausiai pagrindinį išsilavinimą – 6 (9,67%) respondentai. Profesinį išsilavinimą turi 10 (16%) respondentų, aukštąjį neuniversitetinį – 13(20,96%), aukštąjį universitetinį – 15 (24,19%) asmenų (3 pav.)

3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą
Ištyrus tiriamųjų pasiskirstymą pagal gyvenamą vietą nustatyta, kad daugiausia tiriamųjų gyvena mieste – 23 (37,08%) tiriamieji, šiek tiek mažiau miesteliuose – 21 (33,87%) tiriamasis, o mažiausiai kaime – 18 (27,41%) tiriamųjų (4 pav.).

4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Įvertinta tiriamųjų šeimyninė padėtis, literatūroje dažnai pabrėžiama, kad sergantiesių šizofrenija sunkiau užmegzti santykius, palaikyti gerus šeimyninius ryšius. Tai parodo ir rezultatai, nustatyta, kad daugiausia tiriamųjų buvo vieniši – 29 (46,77%) tiriamieji, susituokę – 19 (30,65%) tiriamųjų, išsiskyrę – 11 (17,74) tiriamųjų, tik 3 (4,84 %) asmenys iš tiriamųjų buvo našliai (5 pav.).
Išanalizuota tiriamųjų charakteristika grupėse, nustatyta, kad tiriamosios grupės amžiaus vidurkis - 42,09, o kontrolinės - 42,32, tad amžiaus pasiskirstymas grupėse vienodas. Pagal išsilavinimą nustatyta, kad tiriamojoje grupėje yra daugiau pagrindinį ir vidurinį išsilavinimą turinčių asmenų nei kontrolinėje grupėje, tačiau kontrolinėje grupėje daugiau asmenų turinčių profesinį, aukštąjį neuniversitetinį ir aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Pagal gyvenamą vietą nustatyta, kad tiriamojoje grupėje daugiau asmenų gyvenančių mieste nei kontrolinėje grupėje, tačiau kontrolinėje grupėje daugiau asmenų gyvenančių miestelyje ir kaime. Analizuojant šeimyninę padėtį pastebėta, kad tiriamojoje grupėje mažiau vienišų, vedusių ir išsiskyrusių asmenų negu kontrolinėje grupėje, bet tik tiriamojoje grupėje yra našlių. Trumpo proto būklės tyrimo rezultatai abiejose grupėse panašūs ir statistiškai reikšmingai nesisikiria (p<0,05): tiriamoji grupė – 19,16; kontrolinė grupė – 19,06 balai (3 lentelė)

### 3 lentelė. Tiriamųjų charakteristikos grupėse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Požymis</th>
<th>Tiriamosios grupės (1 gr.)</th>
<th>Kontrolinės grupės (2 gr.)</th>
<th>Iš viso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Amžius (vidurkis)</td>
<td>42,09 (n=31)</td>
<td>42,32 (n=31)</td>
<td>42,2 (n=62)</td>
</tr>
<tr>
<td>Išsilavinimas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pagrindinis</td>
<td>4 (12,91%)</td>
<td>2 (6,45%)</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Šie duomenys (lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeimyninė padėtis) buvo vertinami, kaip veiksniai galintys turėti įtakos tiriamųjų kognityvinėms funkcijoms ir socialinei integracijai į visuomenę.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gyvenamoji vieta</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Miestas</td>
<td>13 (41,93%)</td>
<td>10 (32,25%)</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Miestelis</td>
<td>10 (32,25%)</td>
<td>11 (35,48%)</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Kaimas</td>
<td>8 (25,80%)</td>
<td>10 (32,25%)</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Šeimyninė padėtis</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vienišas/-a</td>
<td>14 (45,16%)</td>
<td>15 (48,38%)</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Vedęs/ištekėjusi</td>
<td>8 (25,80%)</td>
<td>11 (35,48%)</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Išsiskyręs/-usi</td>
<td>6 (19,35%)</td>
<td>5 (16,12%)</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Našlys/-ė</td>
<td>3 (9,67%)</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Trumpo proto būklės tyrimo rezultatai | 19,16 (n=31) | 19,06 (n=31) | 19,11 (n=62) |


2.2. Tyrimo metodai

**Trumpas proto būklės vertinimo testas (TPBT)** – klinikinėje praktikoje dažnai naudojamas struktūrizuotas kognityvinių funkcijų tyrimo metodas. TPBT tiria orientaciją vietoje ir laike, dėmesį, žodžių įsiminimą, kalbą, gebėjimą vykdyti žodines ir rašto užduotis, kopijuoti. Kiekviena veikla teste vertinama balais, o bendra balų suma išreiškia tam tikrą kognityvinių funkcijų sutrikimą ar jo nebuvimą [21].

Rezultatų klasifikacija:

- 0-10 sunkus kognityvinis sutrikimas;
- 11-20 vidutinio sunkumo kognityvinis sutrikimas;
• 21-25 lengvas kognityvinis sutrikimas;
• >25 kognityvinio sutrikimo nėra.

**Autorės sudaryta bendro pobūdžio anketa**


**Cognistat testas (The Neurobehavioral Cognitive Status Examination), liet. Neurobihevioristinis pažinimo būklės tyrimas (3 priedas)**

Tai yra standartizuotas neurobihevioristinis kognityvinis tyrimas, šis tyrimas laikomas, kaip vienas jautriausių ir išsamiausių kognityvinių funkcijų tyrimas. Šis testas kognityvinės funkcijos ir jų funcionavimą parodo ne bendra balų suma, o atskiromis sritimis. NPBT įvertina kognityvinį funcionavimą pagrindinėse srityse: orientacija, dèmesys, kalba, konstrukciniai įgūdžiai, atmintis, skaičiavimas, mąstymas.

**ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills) liet. Bendravimo ir tarpasmeninės sąveikos įgūdžių vertinimo skalė (4 priedas)**

Šioje skalėje vertinami paciento bendravimo ir tarpasmeninės sąveikos palaikymo įgūdžiai. Šią skalę sudaro 3 vertinimo dalys:
- Fizinė sritis – kontaktas, gestikuliacija, maneuvravimas, orientacija, kūno padėtis;
- Apsikeitimas informacija – artikuliacija, norų išreikšimas, klausinėjimas, įsitruokimas, emocijų parodymas, moduliacija, informacijos pasidalinimas, kalbą, sąveikos palaikymas;
- Tarpusavio santykiai – bendradarbiavimas, socialinių normų laikymasis, dèmesio sutelkimas, ryšio užmezgimas, gerbimas;

2.3. Tyrimo organizavimas ir eiga


Užsiėmimų metu lavintos kognityvinės funkcijos ir skatinama socialinė integracija. Taikomos šios veiklos (7 priedas):

1. Realių probleminių situacijų aptarimas ir sprendimas;
2. Gebėjimo kritikuoti ir save vertinti skatinimas;
3. Savanalizės formavimo įgūdžių skatinimas;
4. Gebėjimo dalintis emocijomis lavinimas;
5. Formų ir spalvų atpažinimas;
6. Objektų nagrinėjimas ir atvaizdavimas;
7. Matematinės užduotys;
8. Kryžiažodžiai;
9. Žodžių dėliojimo užduotys;
10. Dėlionės, konstravimo užduotys.
Tiriamoji grupė (n=31)

1) Renkama informacija pagal sudarytą anketa.
2) Kognityvinių funkcijų vertinimas su Cognistat.
3) Socialinio elgesio vertinimas su ACIS skale.

Pirmas testavimas tyrimo pradžioje

1) Renkama informacija pagal sudarytą anketa.
2) Kognityvinių funkcijų vertinimas su Cognistat.
3) Socialinio elgesio vertinimas su ACIS skale.

Įprasti užsiėmimai ligoninėje + grupinės ergoterapijos užsiėmimai

1) Kognityvinių funkcijų vertinimas su Cognistat.
2) Socialinio elgesio vertinimas su ACIS skale

Antras testavimas tyrimo pabaigoje

1) Kognityvinių funkcijų vertinimas su Cognistat.
2) Socialinio elgesio vertinimas su ACIS skale

Kontrolinė grupė(n=31)

Įprasti užsiėmimai ligoninėje
2.4. Statistinė duomenų analizė

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę problemų nustatymas

Anketinėje apklausoje tiriamųjų paklausta kokias kognityvines funkcijas jie laiko pas save sutrikusiomis. Respondentai pasirinko po kelis atsakymus. Daugiausia tiriamųjų mano, kad pas juos sutrikusi atmintis – 40 (64,51%), dėmesio koncentracija – 38 (61,29%). Kiek mažiau, 21 (33,87%) tiriamasis įvardino, kad pas juos sutrikusi orientacija erdvėje, 14 (22,58%) tiriamųjų įvardino supratimą, 4 (6,45%) kopijavimą, 2 (3,22%) skaitymą ir rašymą, ir tik 3 (4,83%) tiriamieji įvardino, kad pas juos nesutrikusi jokia kognityvinė funkcija (6 pav.).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Atmintis</th>
<th>64,51%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dėmesio koncentracija</td>
<td>61,29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientacija laike</td>
<td>11,29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientacija erdvėje</td>
<td>33,87%</td>
</tr>
<tr>
<td>Skaiciavimas</td>
<td>4,83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarimas</td>
<td>22,58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Supratimas</td>
<td>4,83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Skaitymas ir rašymas</td>
<td>3,22%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kopijavimas</td>
<td>6,45%</td>
</tr>
<tr>
<td>Niekas nesutrikę</td>
<td>4,83%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6 pav. Tiriamųjų nuomone sutrikusios kognityvinės funkcijos

Anketinėje apklausoje tiriamųjų buvo paklausta ar jie yra socialiai aktyvūs, net 39 (63%) tiriamieji įsakė, kad nesijaučia socialiai aktyvūs. Socialiai aktyvūs mano esą 23 (37%) tiriamieji (7 pav.).

3.1.2. Kognityvinių funkcijų problemų nustatymas

Šizofrenija sergančių pacientų kognityvinės funkcijos buvo vertinamos Cognistat testu. Įvertinus visų tiriamųjų (n=62) kognityvinės funkcijas nustatėme, kad iš visų kognityvinių funkcijų tiriamiesiems labiausiai paveikti konstrukciniai gebėjimai (0,69±0,12 balo) ir atmintis (5,85±0,29 balai), nustatyta smarkus gebėjimų sumažėjimas. Vidutinio sunkumo gebėjimų sumažėjimą nustatėme sukonzentruojant dėmesį (3,29±0,33 balai), ir mastymo srityje: ieškant panašumų (3,46±0,31 balai). Silpną gebėjimų sumažėjimą nustatėme orientuojantis (8,41±0,34 balai), pakartojant (10,29±0,22 balai), skaičiuojant (2,58±0,15 balai), mastymo srityje tiriant nuovokumą (3,04±0,21 balai). Visų gebėjimų sumažėjimai buvo statistiškai reikšmingi (p<0,05). Gebėjimų sumažėjimas nenustatytas tiriant kalbos srities dalis: supratimą (4,71±0,21) ir įvardijimą (7,45±0,17) (8 pav.)

7 pav. Tiriamųjų socialinis aktyvumas
Pav. Tiriamųjų kognityvinių funkcijų vertinimas priklausomai nuo normalios kognityvinių funkcijų būklės

Išanalizavus Cognistat testavimo rezultatus tiriančius konstrukcinius gebėjimus nustatėme, kad daugiausiai tiriamųjų turi smarkų gebėjimų sumažėjimą – 38 (61,29%). Vidutinis gebėjimų sumažėjimas nustatytas 21 (33,87%), silpnas – 3 (4,83%) tiriamiesiems. Rezultatai atitinkantys normą nenustatyti nei vienam tiriamajam (9 pav.). Literatūroje pabrėžiama, kad konstrukciniai gebėjimai šizofrenija sergantiems nukentėja dėl neigiamo vaistų poveikio arba dėl prarasto gebėjimo atlikti loginius veiksmus [23].

9 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal konstrukcinų gebėjimų sumažėjimą
Remiantis Cognistat testo rezultatais tiriant gebėjimų sumažėjimą mąstymo srityje ieškant panašumų nustatėmė, kad daugiausiai tiriamųjų nustatytas markus gebėjimų sumažėjimas – 28 (45,16%). Normalų funkcijų lygi atitinkantys rezultatai nustatyti 17 (27,41%) tiriamųjų, silpnas gebėjimų sumažėjimas 15 (24,19%) tiriamųjų, vidutinis gebėjimų sumažėjimas nustatytas tik 2 (3,22%) tirtiems asmenims (10 pav.).

Tyrimas parodė, kad atminties srityje daugiausiai tiriamųjų, net 25 (40,32%) yra markus gebėjimų sumažėjimas, vidutinis gebėjimų sumažėjimas pasireiškė 19 (30,64%) tiriamųjų, silpnas – 11 (11,74%) tiriamųjų. Normalus funkcijų lygis atminties srityje nustatytas 7 (11,29%) tiriamiesiems (11 pav.). Tokie rezultatai parodo, kad atminties sutrikimai yra didelė problema sergantiesiemis šizofrenija, kitų tyrimų duomenimis iš visų kognityvinių funkcijų atminties problemas šizofrenijos pacientai išsako dažniausiai [8].

10 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimą mąstymo srityje ieškant panašumų
Pagal Cognistat testo rezultatus dėmesio srityje nustatėme, kad daugiausia tiriamųjų turi vidutinių gebėjimų sumažėjimą – 24 (38,71%) pacientai. Silpną dėmesio gebėjimų sumažėjimą turi 17 (27,41%) tiriamųjų, smarkų gebėjimų sumažėjimą – 14 (22,58%). Normalius gebėjimus atitinkantys rezultatai nustatyti 7 (11,29%) tiriamiesiems (12 pav.). Literatūroje pabrėžiama, kad prie šizofrenijos dėmesio koncentracijos problemos yra dažniausios iš kognityvinių problemų, bet šio tyrimo metu nepastebima tokii didelių problemų šioje srityje [51].

\[11\text{ pav.} \text{Tiriamųjų pasiskirstymas pagal atminties sugebėjimų sumažėjimą}\]

\[12\text{ pav.} \text{Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimą dėmesio srityje}\]
Išanalizavus Cognistat testo rezultatus orientacijos srityje nustatėme, kad daugiausiai tiriamųjų – 28 (45,16%) turi silpną gebėjimų sumažėjimą orientacijos srityje, normalų funkcijų lygį atitinkančius gebėjimus turi 21 (33,87%) tiriamasis, o vidutinę gebėjimų sumažėjimą turi 13 (20,96%) tiriamųjų. Smarkus orientacijos gebėjimų sumažėjimas nenustatytas nei vienam tiriamajam (13 pav.). Orientacijos sutrikimai šizofrenija sergančiuosius dažniausiai lydi ūmiu periodu, kadangi tiriamieji (pagal įtraukimą į tyrimą kriterijus) ne psichozės epizode, didelių orientacijos problemų nestebima [39].

13 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimą orientacijos srityje

Analizuojant rezultatus kalbos srityje pakartojant nustatėme, kad daugiausiai tiriamų pasireiškia silpnas gebėjimų sumažėjimas – 39 (62,90%). Normalų funkcijų lygį atitinkantys rezultatai nustatyti iš viso 22 (35,48%) tiriamiesiems, vidutinis gebėjimų sumažėjimas tik 1 (1,61%) tiriamajam. Smarkus kalbos sritys pakartojimo gebėjimų sumažėjimas nenustatytas nei vienam tiriamajam (14 pav.). Pakartojimas esant šizofrenijai nukenčia tik sergant šia liga daugelį metų, tada atsiranda ir daugiau logopedinių problemų [24].
Tiriant mąstymo srities dalį nuovokumą nustatėme, kad daugiausia tiriamųjų 32 (51,61%) yra silpnas šios funkcijos gebėjimų sumažėjimas. Normalus funkcijų lygis nustatytas 16 (25,80%) tiriamųjų, smarkus gebėjimų sumažėjimas 10 (16,12%) tiriamųjų, vidutinis 4 (6,45%) tiriamiesiems (15 pav.).

14 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimą kalbos srityje pakartojant

15 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimą mąstymo srityje nuovokume

Įvertinus skaičiavimo srity nustatėme, kad daugiausiai tiriamųjų 30 (48,38%) turi normalų funkcijų lygį atitinkančius gebėjimus. Silpnas gebėjimų sumažėjimas nustatytas 24 (38,71%)
tiriamiesiems, smarkus 5 (8,06%) tiriamiesiems, vidutinis tik 3 (4,83%) tiriamiesiems (16 pav.). Pagal literatūrą skaičiavimo problemas retos sergantiems šizofrenija [8;48].

16 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gebėjimų sumažėjimo stiprumas

Apibendrinant Cognistat testo rezultatus, galime pastebėti, kad didžiausios problemos kyla konstrukcinių gebėjimų, mąstymo dalyje ieškant panašumų, atminties srityse.

3.1.3. Integracijos į visuomenę problemų nustatymas

Visa tiriamųjų imtis (n=62) buvo įvertinta ACIS skale, naudojant šią skalę siekiama įvertinti tiriamųjų gebėjimą integruotis į visuomenę. Skalėje aptariamos trys svarbios sritis: fizinė, informacijos apsikeitimo ir tarpusavio santykių. Sritis sudaro atitinkantys įgūdžiai, kiekvienos įgūdis vertinamas 4 balų sistema.

Visų sričių maksimalus balas 80. Įvertinus tiriamųjų bendravimo ir asmeninės sąveikos problemas ir išvedus visų sričių vidurkį, gauta – (42,91 ± 2,14), rezultatas statistiškai reikšmingas (p<0,05). Tai įrodo, kad šizofrenija žymiai pakenkia asmens gebėjimui bendrauti ir palaikyti asmeninę sąveiką, o tuo pačiu integruotis į visuomenę (17 pav.).
Įvertinus tiriamaus bendravimą ir sąveiką ACIS skale nustatyta, kad daugiausia problemų tiriamausams kyla apsikeitimo informacija srityje (16,90±0,95 iš 36 balų), toliau – fizinėje srityje, (14,45±0,57 iš 20 balų), o mažiausiai problema tarpusavio santykių srityje (11,56±0,61 iš 20 balų). Visi gauti rezultatai statistiškai reikšmingi (p<0,05) (18 pav.).

**17 pav. Sergančiųjų šizofrenija ACIS skalės rezultatų vidurkis, lyginant su maksimaliu balu**

**18 pav. Tiriamausų integracijos į visuomenė problemų vertinimas remiantis ACIS skale**
Apibendrinus gautus ACIS skalės rezultatus nustatyta, kad šizofrenija paveikia asmens socialinę integraciją: bendravimą ir socialinę sąveiką. Nustatyta, kad daugiausiai problemų kyla apsikeitimio informacija srityje, kurią sudaro artikuliacija, norų išreikšimas, klausinėjimas, įsitraukimas, emocijų parodimas, moduliacija, informacijos pasidalinimas, kalba, pokalbio palaikymas. Šią sritį sudarantis komponentai dažnai nukenčia esant šizofrenijai [26;51].

3.2. Kognityvinių funkcijų ir gebėjimo integruotis į visuomenę kitimas taikant ergoterapiją grupėje


Įvertinus rezultatus nustatyta, kad visose Cognistat testo srityse po ergoterapijos grupėje gautas statistiškas reikšmingas pokytis (p<0,05). Didžiausias tiriamosios grupės pacientų kognityvinių funkcijų pokytis nustatyta dėmesio (2 balai; p=0,029), konstrukcinių gebėjimų (2 balai; p=0,002), orientacijos (1,77 balo; p=0,013), atminties (1,77 balo; p=0,025 ) ir mąstymo, kurį sudaro panašumai (1,41 balo; p=0,036) ir nuovokumas (1,06 balo; p=0,017) srityse (5 lentelė).

5 lentelė. Tiriamosios ir kontrolinės grupės kognityvinių funkcijų (pagal Cognistat) kaita prieš tyrimą ir po tyrimo

<table>
<thead>
<tr>
<th>SRITIS</th>
<th>TIRIAMOJI GRUPĖ</th>
<th>KONTROLINĖ GRUPĖ</th>
<th>Pokytis</th>
<th>Pokytis</th>
<th>Pokytis</th>
<th>Pokytis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Prieš ergoterapiją</td>
<td>Po ergoterapijos</td>
<td>1,77*</td>
<td>8,42±0,39</td>
<td>9,00±0,29</td>
<td>0,58*</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientacija</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dėmesys</td>
<td>2,84±0,29</td>
<td>4,84±0,35</td>
<td>2*</td>
<td>2,95±0,32</td>
<td>3,63±0,34</td>
<td>0,68*</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba:supratimas</td>
<td>4,87±0,17</td>
<td>5,35±0,13</td>
<td>0,48*</td>
<td>4,71±0,21</td>
<td>4,87±0,15</td>
<td>0,16</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba:pakartojimas</td>
<td>10,26±0,25</td>
<td>11,13±0,19</td>
<td>0,87*</td>
<td>10,29±0,2</td>
<td>10,35±0,2</td>
<td>-0,06</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba:įvardijimas</td>
<td>7,52±0,14</td>
<td>7,84±0,84</td>
<td>0,32*</td>
<td>7,45±0,96</td>
<td>7,45±0,92</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Išanalizavus tiriamosios grupės kognityvinės būklės kaitą po ergoterapijos srityse, kuriose stebimas didžiausias pokytis nustatyta, kad orientacijos srityje iš silpno gebėjimų sumažėjimo gebėjimai pasikeitė į normalią funkcinę būklę, dėmesio srityje iš vidutinio gebėjimų sumažėjimo pasikeitė į silpną, konstrukciniių gebėjimų ir atminties srityse iš smarkaus į vidutinį gebėjimų sumažėjimą, panašumų srityje iš vidutinio į silpną gebėjimų sumažėjimą, nuovokumo srityje iš silpno gebėjimų sumažėjimo į normalią funkcinę būklę (6 lentelė).

### 6 lentelė. Tiriamosios grupės kognityvinės būklės kaita po ergoterapijos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sritis</th>
<th>Pokytis (reikšmė±SP)</th>
<th>Kognityvinės būklė prieš ergoterapiją</th>
<th>Kognityvinė būklė po ergoterapijos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ORIENTACIJA</strong></td>
<td>1,77 *±0,27</td>
<td>Silpnas gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Normali funkcijų būklė</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DĖMESYS</strong></td>
<td>2*±0,25</td>
<td>Vidutinis gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Silpnas gebėjimų sumažėjimas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KONSTRUKCINIų GEBĖJIMAI</strong></td>
<td>2*±0,19</td>
<td>Smarkus gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Vidutinis gebėjimų sumažėjimas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ATMINTIS</strong></td>
<td>1,77*±0,29</td>
<td>Smarkus gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Vidutinis gebėjimų sumažėjimas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MĄSTYMAS:</strong> panašumai</td>
<td>1,41*±0,21</td>
<td>Vidutinis gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Silpnas gebėjimų sumažėjimas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MĄSTYMAS:</strong> nuovokumas</td>
<td>1,06*±0,22</td>
<td>Silpnas gebėjimų sumažėjimas</td>
<td>Normali funkcijų būklė</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p<0,05
Įvertinus rezultatus nustatyta, kad visose ACIS skalės srityse po ergoterapijos grupėje gautas statistiškai reikšmingas pokytis (p<0,05). Didžiausias tiriamosios grupės pacientų integracijos į visuomenę pokytis nustatytas apsikeitimo informacija srityje (3,80 balo; p=0,001). Fizinėje srityje nustatytas – (2,03 balo; p=0,012) pokytis, tarpusavio santykių – (2,10 balo; p=0,015) pokytis (7 lentelė.)

7 lentelė. Tiriamosios ir kontrolinės grupių integracijos į visuomenę (pagal ACIS) kaita prieš tyrimą ir po tyrimo

<table>
<thead>
<tr>
<th>SRITYS</th>
<th>TIRIAMOJI GRUPĖ</th>
<th>KONTROLINĖ GRUPĖ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Prieš ergoterapiją</td>
<td>Po ergoterapijos</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FIZINĖ SRITIS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 balai</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akių kontaktas, gestikuliacija, kūno padėtis ir kt.</td>
<td>14,39±0,81</td>
<td>16,42±0,84</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>APSIKEITIMAS INFORMACIJA</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36 balai</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Artikuliacija, įsitraukimas, kalba ir kt.</td>
<td>17,55±1,38</td>
<td>21,35±1,45</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TARPUSAVIO SANTYKIAI</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20 balų</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bendradarbiavimas, dėmesys, gerbimas ir kt.</td>
<td>12±0,78</td>
<td>14,10±0,73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p<0,05
Apibendrinus rezultatus nustatėme, kad ergoterapija yra veiksmingas metodas lavinant kognityvines funkcijas ir bendravimo įgūdžius, visur stebimi statistiskai reikšmingi (p<0,05) kognityvinių funkcijų kitimai.

3.3. Veiksniai turintys įtakos sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms

Pirmiausia buvo ieškoma ar lytis turi įtakos sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms. Analizuojant Cognistat testo rezultatus pastebėta, kad orientacijos srityje pranašesni vyrai, taip taip įrodo plačai literatūroje aptariamą faktą, kad vyrų orientacija dažniau geresnė nei moterų [40]. Moterys po ergoterapijos grupėje geresnius nei vyrai rezultatus parodė dėmesio, atminties, skaičiavimo, mąstymo srityse, stebimas statistiškai reikšmingas rezultatas (p<0,05) (8 lentelė).

8 lentelė. Lyties įtaka kognityvinėms funkcijoms ir jų kaitai

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sritys</th>
<th>Moterys prieš ET</th>
<th>Moterys po ET</th>
<th>Pokytis</th>
<th>Vyrai prieš ET</th>
<th>Vyrai po ET</th>
<th>Pokytis</th>
<th>Pokyčių skirtumas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Orientacija</td>
<td>8,75±0,28</td>
<td>10,25±0,3</td>
<td>1,5*</td>
<td>8,37±0,41</td>
<td>10,32±0,3</td>
<td>1,95*</td>
<td>0,45*</td>
</tr>
<tr>
<td>Dėmesys</td>
<td>2,5±0,36</td>
<td>5,08±0,48</td>
<td>2,58*</td>
<td>3,05±0,42</td>
<td>4,68±0,50</td>
<td>1,63*</td>
<td>0,95*</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba: Supratimas</td>
<td>4,92±0,29</td>
<td>5,42±0,19</td>
<td>0,5*</td>
<td>4,84±0,23</td>
<td>5,32±0,18</td>
<td>0,48*</td>
<td>0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba: Pakartojimas</td>
<td>10,42±0,3</td>
<td>11,33±0,2</td>
<td>0,91*</td>
<td>10,16±0,3</td>
<td>11±0,25</td>
<td>0,84*</td>
<td>0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalba: Švardijimas</td>
<td>7,42±0,23</td>
<td>7,75±0,13</td>
<td>0,33*</td>
<td>7,58±0,19</td>
<td>7,89±0,11</td>
<td>0,31*</td>
<td>0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Konstrukciniai gebėjimai</td>
<td>0,58±0,23</td>
<td>2,67±0,23</td>
<td>2,09*</td>
<td>0,63±0,22</td>
<td>2,58±0,21</td>
<td>1,95</td>
<td>0,14</td>
</tr>
<tr>
<td>Atmintis</td>
<td>6±0,54</td>
<td>8,75±0,66</td>
<td>2,75*</td>
<td>5,53±0,51</td>
<td>6,68±0,52</td>
<td>1,15*</td>
<td>1,6*</td>
</tr>
<tr>
<td>Skaičiavimas</td>
<td>2,75±0,33</td>
<td>3,33±0,31</td>
<td>0,58*</td>
<td>2,47±0,31</td>
<td>2,84±0,25</td>
<td>0,37*</td>
<td>0,21*</td>
</tr>
<tr>
<td>Mąstymas: panašumai</td>
<td>2,58±0,56</td>
<td>4,17±0,67</td>
<td>1,59*</td>
<td>3,79±0,67</td>
<td>5,11±0,59</td>
<td>1,32*</td>
<td>0,27*</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Mąstymas:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>nuovokumas</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>nuovokumas</td>
<td>3,38±0,35</td>
<td>4,83±0,39</td>
<td>1,45*</td>
<td>3,21±0,38</td>
<td>4,32±0,35</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Analizuojant atskirai sritis, kuriose matomas didžiausias pokytis pastebėta, kad orientacijos srityje po ergoterapijos stebimas didesnis pokytis (1,95 balo; p=0,014) pas vyrus nei pas moteris (1,5 balo; p=0,021), rezultatas statistiškai reikšmingas (p<0,05). Pas moteris didesnis pokytis pastebėtas dėmesio (0,95 balo; p=0,036), atminties (1,6 balo; p=0,023), skaičiavimo (0,21 balo; p=0,048), panašumų (0,27 balo; p=0,042) ir nuovokumo (0,34 balo; p=0,038) srityse, rezultatas statistiškai reikšmingas (p<0,05) (19 pav.).

*\( p<0,05 \)

19 pav. Tiriamųjų kognityvinių funkcijų pokyčiai pagal lytį (diagramoje pateikiami didžiausi nustatyti pokyčiai)

Kaip dar vienas veiksny turintis įtakos kognityvinėms funkcijoms buvo vertinamas tiriamųjų amžius. Išanalizavus rezultatus nustatėme, kad asmenims jaunesniems nei 44 metų amžiaus kognityvinės funkcijos po grupinės ergoterapijos geriau atsisatė, net jei pradžioje jos buvo prastesnės nei kitų amžiaus grupių. Jaunesniems nei 44 metų amžiaus statistiškai reikšmingas
(p<0,05) ir didesnis nei kitų amžiaus grupių pagerėjimas nustatytas supratimo (0,58 balo; p=0,021), pakartojimo (0,76 balo; p=0,020), konstrukcinio gebėjimų (3,03 balo; p=0,012) , atminties (2,11 balo; p=0,014), skaičiavimo (0,4 balo; 0,025) srityse. Kitos amžiaus grupės 45-59 metų amžiaus geresnis nei kitų amžiaus grupių statistiškai reikšmingas (p<0,05) kognityvinių funkcijų atsistatymas nustatytas dėmesio (1,89 balo; p=0,018), įvardijimo (0,26 balo; p=0,041), panašumų ieškojimo (1,66 balo; p=0,022), nuovokumo srityse (1 balas; p=0,036). Vyriausios amžiaus grupės 60-74 metų kognityvinių funkcijų didesnis nei kitų amžiaus grupių pagerėjimas nustatytas orientacijos srityje (0,75 balo; p=0,041). Tiriamųjų amžių iki 44 metų galima laikyti, kaip veiksmingu, turinčių sergančiųjų šizofrenija kognityvinių funkcijų atsistatymui (20 pav.) Toks rezultatas atspindi faktą, kad jaunas amžius yra didelis privalumas reabilituojantis [41].

*p<0,05

20 pav. Tiriamųjų kognityvinių funkcijų kaita priklausomai nuo amžiaus (diagramoje pateikiamos reikšmės, kuriose nustatytas didžiausias pokytis)

Įvertinta ir išsilavinimo įtaka kognityvinėms funkcijoms. Nustatyta, kad turintys skirtingus išsilavinimus tiriamieji turi panašų kognityvinių funkcijų lygį. Pagrindinį išsilavinimą turintys asmenys po ergoterapijos grupėje geriausią statistiškai reikšmingą (p<0,05) rezultatą parodė atminties (3,5 balo; p=0,012), skaičiavimo (1,25; p=0,028) srityse, vidurinį išsilavinimą turintys
geriausią rezultatą parodė konstrukcinių gebėjimų srityje (2,6 balo; p=0,022), profesinį išsilavinimą turintys supratimo (1,25 balo; p=0,028), įvardijimo (0,5; p=0,043) srityse. Po ergoterapijos grupėje kognityvinių funkcijų statistiškai reikšmingas (p<0,05) gerėjimas daugiausiai stebimas pas tiriamuosius, kurie turi aukštajį išsilavinimą, gerėjimas stebimas orientacijos (2,33 balo; p=0,014), dėmesio (1,5 balo; p=0,032), pakartojojimo (1 balas; p=0,036), panašumų ieškojimo (2,17 balo; p=0,021), nuovokumo (1,42 balo; p=0,025) srityse (21 pav.).

*p<0,05

21 pav. Tiriamųjų kognityvinių funkcijų kaita priklausomai nuo išsilavinimo (diagramoje pateikiamos reikšmės, kuriose nustatytas didžiausias pokytis)

Apibendrinus nustatyta, kad sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms statistiškai reikšmingą (p<0,05) įtaką turėjo lytis, amžius iki 44 metų, išsilavinimas įtaką turėjo, bet labai nedidelę ir tik keliose kognityvinėse srityse.
3.4. Tiriamosios grupės pacientų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšys

Analizavome ryšį tarp šizofrenija sergančių pacientų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę. Apibendrinus duomenis, kognityvines funkcijas vertinus Cognistat testu, o integraciją į visuomenę ACIS skale vertinimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingą tiesioginį silpną ryšį \((r(31)=0,356; p=0,04)\). Galima teigti, kad gerėjant kognityvinėms funkcijoms, didėja ir gebėjimas integruotis į visuomenę (22 pav.). Literatūroje šizofrenija sergančių asmenų kognityvines funkcijos ir integracija į visuomenę dažnai siejamos, manoma, kad kognityvinių funkcijų suprastėjimas sumažina asmens savivertę, dėl to asmuo izoliuoja nuo visuomenės [26].

![Diagrama](22 paveikslas)

**22 pav. Kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšys**

Gauti rezultatai parodė, kad ergoterapija grupėje yra naudinga sergančių šizofrenija kognityvinėms funkcijoms ir integracijai į visuomenę. Dėl šios priežasties manome, kad tikslinaužti pradėtą darbą, kad toliau gerėtų sergančiųjų šizofrenija gyvenimo kokybė ir integracija į visuomenę.
REZULTATŲ APTARIMAS

Šizofrenija vis dar laikoma psichikos ligų karaliene, dėl savo dažnumo ir žymaus poveikio sergantiems, gebėjimo sutrikdyti ne tik sveikatos būklę, bet ir asmens gebėjimą mąstyti ir gyventi bendruomenėje [38]. Dėl šių priežasčių būtina ieškoti veiksmingų reabilitacinių metodų, kad sergantis šizofrenija asmuo galėtų visaviškai gyventi. Vienas iš efektyvių literatūroje minimų metodų yra ergoterapija. Foruzandeh ir Parvin (2013) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo ištirti ergoterapijos poveikį šizofrenija sergančių pacientų simptomams, tyrimo metu buvo vertinami pozityvūs ir negatyvūs šizofrenijos simptomai, taikytų 6 mėnesių trukmės intervencija, šis tyrimas išrodė, kad ergoterapija turi efektyvų poveikį ir gali kartu su vaistais pagerinti sergančiųšizofrenija simptomus [49].

Įvertinę pacientų kognityvines problemas Cognistat testu nustatėme, kad iš visų kognityvinių funkcijų tiriamiesiems labiausiai paveikti konstrukcinių gebėjimai (0,69±0,12 balo) ir atmintis (5,85 ±0,29 balai), nustatyta smarkus gebėjimų sumažėjimas. Išanalizavus Cognistat testavimo rezultatus tiriančius konstrukcinius gebėjimus nustatėme, kad daugiausiai tiriamųjų turi smarkūs gebėjimų sumažėjimą – 38 (61,29%), vidutinis gebėjimų sumažėjimas nustatytas 21 (33,87%), silpnas – 3 (4,83%) tiriamiesiems. Rezultatai atitinkantys normą nenustatytų nei vienam tiriamam. Tyrimas parodė, kad atminties srityje daugiausiai tiriamųjų, net 25 (40,32%) yra smarkus gebėjimų sumažėjimas, vidutinis gebėjimų sumažėjimas pasireiškė 19 (30,64%) tiriamųjų, silpnas – 11 (11,74%) tiriamųjų. Normalus funkcijų lygis atminties srityje nustatytas 7 (11,29%) tiriamiesiems. Konstrukcinių gebėjimai gali būti paveikti ne dėl ligos, o dėl stiprių psychotropinių vaistų. Nors literatūroje pabrėžiama, kad atmintis retai nukenčia sergant šizofrenija, tiesiog sergantieji neišlaiko dėmesio ir tai laiko atminties sutrikimu, bet atlikus tyrimą stebimos didelės problemas atminties srityje, šį faktą tvirtina ir 2013 autorių Ruben ir Raquel atliktas tyrimas, jo metu nustatyta, kad šizofreniją dažnai lydi atminties deficitas [48]. Įvertinus tiriampų bendravimą ir sąveikos problemas, kurios gali paveikti integracija į vsuomenę ACIS skale nustatytą, kad daugiausiai problemų tiriamiesiems kyla apsikeitimo informacijos srityje (16,90±0,95 iš 36 balų), šią srityt sudaro artikuliacija, norų išreiškimas, Klausinėjimas, įsitrukimas, emocijų rodymas, moduliacija, informacijos pasidalinimas, kalba ir pokalbio palaikymas. Visos šios išvardintos sferos dažnai minimos literatūroje, kaip tos, kurias paveikia šizofrenija, ypač emocių rodymas, informacijos pasidalinimas ir gebėjimas palaikyti pokalbį [50].

Nustatėme, kad ergoterapija grupėje lemia teigiamą dinaminį lavinant kognityvines funkcijas, po ergoterapijos grupėje statistiskai reikšmingų (p<0,05) pagerėjo visos Cognistat testo numatytos funkcijos. Ypač žymus, 2 balų pokytis stebimas lavinant dėmesį, konstrukcinius
gebėjimus. Ergoterapija veiksminga ir pacientų bendravimo įgūdžiams, įvertinus rezultatus nustatyta, kad visose ACIS skalės srityse po ergoterapijos grupėje gautas statistiškai reikšmingas pokytis (p<0,05). Išanalizavus tiriamosios grupės kognityvinės būklės kaitą po ergoterapijos srityse, kuriose stebimas didžiausias pokytis nustatyta, kad orientacijos srityje iš silpno gebėjimų sumažėjimo pasikeitė į normalią funkcinę būklę, dėmesio srityje iš vidutinio gebėjimų sumažėjimo pasikeitė į silpną, konstrukciniių gebėjimų ir atminties srityse iš smarkaus į vidutinį gebėjimų sumažėjimą, padažumų srityje iš vidutinio į silpną gebėjimų sumažėjimą, nuovokumo srityje iš silpno gebėjimų sumažėjimo į normalią funkcinę būklę. Didžiausias tiriamosios grupės pacientų integracijos į visuomenę pokytis nustatytas apskritiškiai informacija srityje (3,80 balo).

Literatūroje aptartami veiksniai turintys įtakos sergančių šizofrenija kognityvinėms funkcijoms yra išsilavinimas, amžius ir lytis [39]. Įvertinta išsilavinimo įtaka kognityvinėms funkcijoms, nustatyta, kad turintys skirtingus išsilavinimus tiriamejai turi panašų kognityvinii funkcijų lygį. Tyrimo metu nustatyta, kad didžiausiai ir statistiškai reikšmingą įtaką turėjo amžius ir lytis. Analizuojant Cognistat testo rezultatus pastebėta, kad orientacijos srityje pranašesni vyrai, moterys po ergoterapijos grupėje geresni nei vyrų rezultatus parodė dėmesio, atminties, skaičiavimo, mąstymo srityse, stebimas statistiškai reikšmingas rezultatas (p<0,05). Jaunesniems nei 44 metų amžiaus statistikai reikšmingas (p<0,05) ir didesnis nei kitų amžiaus grupijų pagerėjimas nustatyta supratimo (0,58 balo; p=0,021), pakartojimo (0,76 balo; p=0,020), konstrukciniių gebėjimų (3,03 balo; p=0,012), atminties (2,11 balo; p=0,014), skaičiavimo (0,4 balo; 0,025) srityse. Manoma, kad lytis atsako už kai kuriuos kognityvinius aspektus ir tam tikrus lyties išskirtinius gebėjimus, o amžius lemia kognityvinii funkcijų kitimą ne vien nuo ligos, bet ir nuo fiziologinių procesų [40].

Analizavome ryšį tarp šizofrenija sergančių pacientų kognityvinii funkcijų ir integracijos į visuomenę, nustatyta, kad gerėjant kognityvinėms funkcijoms, didėja ir gebėjimas integruotis į visuomenę, vertinimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingą tiesioginį silpną ryšį (r(31)=0,356; p=0,04). Literatūroje plačiai aptariama integracijos sąsaja su kognityvinėms funkcijoms, pažeistos kognityvinės funkcijos dažnai lemia asmens socialinę izoliaciją. Galime daryti prielaidą, kad tyrimo metu nustatytas silpnas ryšys tarp integracijos į visuomenę ir kognityvinii funkcijų yra dėl per mažos tiriamosios imties ir reabilitacinės intervencijos trūkumo [51].

Tyrimų tariamčių ergoterapijos grupėje efektyvumą sergantiems šizofrenija nėra daug, nors plačiai kalbama apie tokių pacientų integraciją ir gražinimą į darbinę veiklą. Svarbu ugydyti visuomenę ir kursti palankias sąlygas visiems jos nariams, dėl šios priežasties manome, kad
sergančių šizofrenija reabilitacija turi būti vystoma, kurią jiems palankią terpę grįžti į bendruomenę ir kokybiškai gyventi.
IŠVADOS

1. Didžiausios sergančių šizofrenija kognityvinių funkcijų problemos kyla konstrukcinų gebėjimų, atminties srityse, o didžiausios integracijos į visuomenę problemos kyla apsikeitimo informaciją srityje.

2. Po ergoterapijos pirmosios grupės pacientams lyginant su kontrolinės grupės pacientais didžiausias statistikai reikšmingas (p<0,05) kognityvinių funkcijų pokytis nustatytas dėmesio, konstrukcinų gebėjimų srityse, didžiausias statistikai reikšmingas (p<0,05) integracijos į visuomenę pokytis nustatytas apsikeitimo informaciją srityje.

3. Sergančiųjų šizofrenija kognityvinėms funkcijoms statistikai reikšmingą (p<0,05) įtaką turi lytis ir amžius iki 44 metų.

4. Įvertinus šizofrenija sergančiųjų kognityvinių funkcijų ir integracijos į visuomenę ryšį nustatėme, kad gerėjant kognityvinėmis funkcijoms didėja ir gebėjimas integruotis į visuomenę.
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Kognityvinės ir socialinės problemos lydi sergančius šizofrenija, todėl remiantis šiuo tyrimu ir gautais rezultatais rekomenduojame taikyti ergoterapiją grupėje, siekiant gerinti pacientų kognityvinius gebėjimus, socializaciją ir veiklumą.

2. Remiantis tyrimo rezultatais rekomenduojame ypač didelį dėmesį skirti lavinant konstrukcinius gebėjimus, dėmesio koncentraciją ir gebėjimą keistis informaciją.

3. Atsižvelgiant į informuotumą apie ergoterapijos bendruomenėje paslaugas Lietuvoje ir pasaulyje, svarbu skatinti ergoterapijos sklaidą Lietuvoje, dalinantis naujomis žiniomis ir gerąja patirtimi.
MAGISTRANTO PARENGTA PUBLIKACIJA

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenų bazė. [Internetas] [žiūrėta 2017 geg 20] Prieiga internete: 

2. Apie šizofreniją. [Internetas] [žiūrėta 2017 geg 23] Prieiga internete: 
http://www.schizophrenia24x7.lt/about-schizophrenia


14. Psihiatrijos aktualijos. Praktiniai šizofrenijos gydymo aspektai. 2011, p.43


25. Meehan T., Lloyd C., King A.R. Handbook of psychosocial rehabilitation. 2007
34. Myers D. G. Psychologija., Kaunas, 2008


40. Želvys R. Bendravimo psychologija. Vilnius, 2007


42. Germanavičius A. Specialiųjų poreikių psichikos pacientų gydymo ir reabilitacijos galimybės

43. PSC. Konferencijos „Alternatyvūs gydymo metodai psichikos sveikatos centruose“medžiaga, Šiauliai


45. Šinkūnienė, J.R. 2012, Bendruomeniškumas, komunikacija ir muzika:sociokultūriniai negalios aspektai, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius


52. Freud S. Kasdienio gyvenimo psychopatologija.Vilnius,2006
PRIEDAI