

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

SHIZOFRENIJA IN GIBALNA DEJAVNOST

VESNA BOŠTJANČIČ

Ljubljana, 2007

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA ŠPORT

Športno treniranje
Kondicijsko treniranje

SHIZOFRENIJA IN GIBALNA DEJAVNOST

DIPLOMSKO DELO

MENTOR: izr. prof. dr. Matej Tušak

SOMENTORICA: asist. dr. Tanja Kajtna

RECENZENTKA: doc. dr. Mirjam Lasan

Avtorica dela
VESNA BOŠTJANČIČ

Ljubljana, 2007

ZAHVALA

Diplomskega dela ne bi uspešno zaključila brez pomoči nekaterih ljudi. V prvi vrsti se zahvaljujem svoji somentorici Dr. Tanji Kajtna za vso podporo in pomoč, ki mi jo je nudila vsakič, ko sem jo potrebovala. V nadaljevanju se iskreno zahvaljujem Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki mi je omogočila osebni stik s pacienti. Dodatna zahvala gre delovni terapevtki Nuši Razložnik, ki me je s svojo pozitivno energijo in pripravljenostjo pomagati dodatno motivirala za raziskavo na področju shizofrenih bolnikov. Nazadnje bi se rada iz vsega srca v največji meri zahvalila svoji sestri Ani Boštjančič, ki je z menoj delila svoje življenjske izkušnje. Brez njenega sodelovanja ne bi vedela pol tega, kar vem sedaj.

Na zemlji je pekel, pa naj govorijo kar hočejo!

Nihče ne razume, česar sam ne občuti.
(Albert Camus)

Ključne besede: gibalna dejavnost, shizofrenija, anketa, študija primera

SHIZOFRENIJA IN GIBALNA DEJAVNOST

Vesna Boštjančič

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2007

Športno treniranje, Kondicijsko treniranje

IZVLEČEK

Duševni bolniki predstavljajo velik odstotek populacije, med katerimi jih ima približno trideset odstotkov diagnozo shizofrenija. Na področju shizofrenije obstaja veliko raziskav v smeri iskanja vzrokov in posledic shizofrenije, njenih simptomov in načinov zdravljenja. Na žalost pa je le malo raziskav s področja športnega udejstvovanja shizofrenih bolnikov in vpliva gibalne dejavnosti na njihovo počutje. Vodilna misel raziskave v diplomski nalogi je bila ugotoviti gibalno dejavnost duševnih bolnikov, njihove želje o vrsti, obliki in pogostosti gibalne dejavnosti ter sam vpliv le-te na počutje shizofrenih bolnikov.

Za namen raziskave je bila sestavljena anketa, s katero sem pridobila informacije o gibalni dejavnosti pred vstopom v bolnišnico, o motivih in vplivu gibalne dejavnosti na počutje ter o željah po gibalni dejavnosti v prihodnosti. Poleg anketnega vprašalnika sem za namen specifične raziskave o vplivu gibalne dejavnosti na počutje shizofrenih bolnikov uporabila študijo primera, ki se je izvajala z enim merjencem skozi trimesečno obdobje redne rekreativne vadbe. S pridobljenimi informacijami sem interpretirala postavljene hipoteze, ki jih zaradi majhnega vzorca merjencev ne morem posplošiti na celotno populacijo, vendar lahko trditve potrdim na obdelanem vzorcu.

Udeleženci se dokaj pogosto ukvarjajo z gibalno dejavnostjo in se glede na vrsto izbire rekreativne dejavnosti ne razlikujejo od splošne populacije odraslih prebivalcev Slovenije. Večina jih ima željo po pogostejši gibalni dejavnosti, saj se zavedajo njenih pozitivnih učinkov na splošno zdravje. Shizofreni bolniki imajo številne pozitivne in negativne simptome bolezni, med katerimi se da na slednje vplivati tudi z gibalno dejavnostjo. Le-ta ima pomembne učinke predvsem na počutje živahnosti in utrujenosti, nekoliko manj pa tudi na depresivnost.

Gibalna dejavnost predstavlja pozitiven dejavnik v obdobju zdravljenja shizofrenih bolnikov in dolgoročno pripomore k dvigu kakovosti življenja.

Key words: physical recreation activity, schizophrenia, survey, case study

SCHIZOPHRENIA AND PHYSICAL RECREATION ACTIVITY

Vesna Boštjančič

**University of Ljubljana , Faculty of Sport, 2007
Sport Training, Conditioning Training**

ABSTRACT

Mental patients account for a large share of the population and about 30 percent of them are diagnosed with schizophrenia. While there has been a great deal of research on schizophrenia aimed at establishing the causes, effects and symptoms of schizophrenia and defining treatment methods for it, only a small number of studies address the sporting activity of mental patients and the influence of physical recreation activity on their well-being. The main idea behind the study presented in this paper was to examine the physical recreation activity of mental patients, their wishes regarding the type, form and frequency of such activity as well as its influence on the well-being of schizophrenic patients.

For the purpose of the study, I conducted a survey to obtain information on the physical recreation activity of patients before their admission to hospital, their motives for engaging in physical recreation activity and its effects on their well-being, as well as on their wishes regarding physical recreation activity in the future. In addition to a questionnaire, I carried out specific research on the effects of physical recreation activity on the well-being of schizophrenic patients by using a case study involving one subject over a three-month period of regular involvement in recreational sports activities. I used the obtained information to interpret the proposed hypotheses, which, due to a small sample of respondents, could not be generalized so as to hold true for the whole population; however, they can be confirmed on the basis of the processed sample of respondents.

The respondents report fairly regular participation in physical recreation activity and do not differ from the general adult population of Slovenia in terms of the preferred type of physical recreation activity. Most of them wish to engage in physical recreation activity more often, as they are aware of its positive effects on general health. People diagnosed with schizophrenia experience many positive and negative disease symptoms, of which the latter can be also influenced by physical recreation activity, which has important

effects mainly on the feeling of liveliness and tiredness, but also, to a slightly lesser extent, the feeling of depression.

Physical recreation activity positively contributes to the treatment of schizophrenic patients and helps improve their quality of life in the long run.

KAZALO

1. UVOD	9
2. PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA	12
2.1 SHIZOFRENIJA	12
2.1.1. EPIDEMIOLOGIJA	12
2.1.2. POTEK BOLEZNI	13
2.1.3. OBLIKE BOLEZNI	15
2.1.4. SIMPTOMI IN DIAGNOZA SHIZOFRENIJE	17
2.1.5. VZROKI SHIZOFRENIJE	22
2.1.6. POSLEDICE SHIZOFRENIJE	26
2.1.7. ZDRAVLJENJE SHIZOFRENIJE.....	29
2.2. GIBALNA DEJAVNOST IN DUŠEVNI BOLNIKI	35
2.2.1. VPLIV GIBALNE DEJAVNOSTI NA ZDRAVJE.....	36
2.2.2. LJUDJE S POSEBNIMI POTREBAMI IN ŠPORT.....	37
2.2.3. VPLIV GIBALNE DEJAVNOSTI NA SHIZOFRENE BOLNIKE	39
3. CILJ DIPLOMSKEGA DELA	43
4. DELOVNE HIPOTEZE	45
5. METODE DELA	46
5.1. VZOREC MERJENCEV	46
5.2. INSTRUMENTI	47
5.2.1. PRIPOMOČKI.....	47
5.2.2. POSTOPEK.....	48
6. REZULTATI IN RAZPRAVA	50
6.1. ANALIZA GIBALNE DEJAVNOSTI DUŠEVNIH BOLNIKOV IN NJIHOVIH ŽELJA ZA PRIHODNOST	50
6.1.1. GIBALNA DEJAVNOST PRED PRIHODOM V BOLNIŠNICO	50
6.1.2. ŽELJA PO GIBALNI DEJAVNOSTI	52
6.2. ANALIZA MOTIVOV IN VPLIVA GIBALNE DEJAVNOSTI NA POČUTJE	54
6.2.1. POVPREČNE OCENE MOTIVOV IN UČINKA GIBALNE DEJAVNOSTI NA POČUTJE	54
6.2.2. ANALIZA RAZLIK MED SPOLOMA PRI POČUTJU, MOTIVIH IN STRANSKIH UČINKIH..	58
6.2.3. FAKTORSKA ANALIZA VPRAŠALNIKA POČUTJA IN MOTIVOV.....	60
6.3. ANALIZA POČUTJA SHIZOFRENEGA BOLNIKA SKOZI TRIMESEČNO OBDOBJE REDNE GIBALNE DEJAVNOSTI	63
7. SKLEP	72
8. VIRI	76
9. PRILOGE	78

1. UVOD

V življenju je drugačnost bodisi prednost ali težava, odvisno od tega, kako gledamo nanjo. Pri tem ni mišljeno le sprejemanje drugačnosti samega sebe, temveč družbe v kateri posameznik, ki je drugačen, živi. Vsako zgodovinsko obdobje in vsaka kultura namreč določajo različne oblike drugačnosti, po katerih prepoznamo vrednote te družbe. V preteklosti je bila na primer duševna bolezen za družbo nesprejemljiva, saj so domnevali, da se je v oboleli osebi naselil hudič, medtem ko danes strokovnjaki vzroke duševnih bolezni pripisujejo biokemičnim možganskim spremembam.

Znanost napreduje z veliko hitrostjo. Na različnih področjih se vsakodnevno pojavljajo nove ugotovitve, ki ljudem rešujejo ali lajšajo življenje. Nič drugače ni na področju duševnih bolezni. Iz leta v leto prihajajo znanstveniki do novih ugotovitev o zdravljenju duševnih bolezni. Izpopolnjujejo stare metode zdravljenja, odkrivajo nova zdravila, ki imajo manjše negativne učinke na bolnike, ugotavljajo vzroke in posledice bolezni... vendar žal ne pridejo do končnih odgovorov. Kljub več desetletjem raziskovanja je odstotek duševnih bolnikov še vedno enak in vprašanja o vzrokih pojava bolezni še vedno odprta.

Biti označen kot »duševno bolan« ni malenkost. Stigmatizacija ne bo spremenila le delček bolnikovega življenja, temveč njegove odnose z ljudmi, njegov položaj na trgu delovne sile ter njegovo razumevanje in sprejemanje v družbi. Do psihičnih bolezni je v javnosti veliko predsodkov. Osebe s psihično motnjo imajo ljudje pogosto za nevarne in neodgovorne, psihična motnja pa se razlaga kot karakterna slabost. Zaradi nepoznavanja se ustanove za zdravljenje psihičnih bolezni pogosto dojema kot represivne, zdravljenje pa neuspešno (Hotujac, 2004). Bolezen ne poseže le v življenje posameznika, temveč pomembno spremeni življenje vseh, ki so mu blizu, ga imajo radi in skrbijo zanj.

Shizofrenija je bolezen glede katere se pojavlja niz zablod, predsodkov ter občutek nelagodja in strahu. Točna informacija o bolezni je pomembna za bolnika, družinske člane in za vso javnost. Življenje shizofrenih bolnikov je težko zaradi vpliva pozitivnih in negativnih simptomov bolezni, ki vplivajo na spremembe čustvovanja, zaznavanja, mišljenja, občutka lastne osebnosti in hotenja. Z raznimi metodami zdravljenja in ustreznimi zdravili, prilagojenimi vsakemu posamezniku posebej, se da tako pozitivne, kot tudi negativne simptome ustrezno lajšati, vendar le majhen odstotek bolnikov lahko upa na popolno ozdravitev.

Veliko bolnikov je sposobnih sprejemati odločitve v različnih segmentih vsakodnevnega življenja. Kakovost in pravilnost odločitev se z uspešnim zdravljenjem približujeta in izenačujeta v večini primerov s tistimi iz tako imenovane normalne populacije (Hotujac, 2004). Raziskave kažejo, da shizofreni bolniki ne zagrešijo več kaznivih dejanj kot ljudje iz povprečne populacije in da je prognoza shizofrenije boljša pri bolnikih, ki so bolje reintegrirani v družbo in sprejeti v svoji družini, kot pri tistih, ki živijo izolirano, izvrženi iz družbe in lastnih družin.

Tudi potrebe duševnih bolnikov se nič kaj dosti ne razlikujejo od potreb zdravih ljudi. Med osnovne potrebe slehernega človeka sodi tudi potreba po gibanju. Redna gibalna dejavnost ima pozitivne učinke na biopsihosocialno ravnovesje. Ne vpliva le na izboljšanje fizioloških funkcij človekovega organizma, temveč pomembno prispeva h čustvenemu in socialnemu počutju ter v veliki meri vpliva na posameznikovo duševno ravnovesje.

V številnih raziskavah je poudarjen pozitiven učinek redne gibalne dejavnosti na posameznike, med njimi invalidne osebe, starostnike in odvisnike od drog, vendar le redkokje je zaslediti raziskave o učinkih gibalne aktivnosti na duševne bolnike. Zaradi osebne vpletenosti v življenje s shizofrenijo se mi je iz leta v leto porajal niz nerešenih vprašanj. Radovednost me je pripeljala do knjig, v katerih sem spoznavala omenjeno bolezen in širila svoje obzorje. V vsaki knjigi sem iskala načine, s katerimi bi lahko pomagala shizofrenemu bolniku, vendar le malo se jih je navezovalo na področje gibalne dejavnosti. S pridobivanjem novega znanja, se je rodilo vprašanje »kaj lahko sama storim na tem področju«. In z vprašanjem se je rodila želja po tem diplomskem delu.

Z diplomskim delom želim ugotoviti, v kolikšni meri se duševni bolniki ukvarjajo z gibalno dejavnostjo ter za kakšno obliko in vrsto se najraje odločajo. Vprašanje ni mišljeno za obdobje hospitalizacije, kjer imajo bolniki določen specifičen ritem življenja, ki jih spoznava s svojo boleznijo, navaja na življenje z njo in spodbuja k vključevanju v okolje, temveč se veže na njihovo vsakdanje življenje. Med drugim želim pridobiti informacijo o njihovih željah po gibalni dejavnosti po izstopu iz bolnišnice, ki je lahko dobrodošla vsem organizacijam, društvom in svojcem, ki želijo pomagati v procesu rehabilitacije bolnikov. Nazadnje, pa zato nič manj pomembno, želim ugotoviti učinke gibalne dejavnosti na počutje shizofrenega bolnika.

Z diplomskim delom želim predstaviti značilnosti shizofrenije, možne oblike zdravljenja in pomen gibalne dejavnosti za shizofrene bolnike. Hkrati želim opozoriti na pomanjkanje raziskav o vplivu gibalne dejavnosti na počutje duševnih, še posebej shizofrenih

bolnikov in spodbuditi uporabnost gibanja v družinah, psihiatričnih bolnišnicah, prostovoljnih društvih in organizacijah, ki skrbijo za rehabilitacijo svojih bolnikov. Shizofrenija je težka duševna bolezen, ki jo lahko posameznik obvlada le ob pomoči in sodelovanju različnih strok.

2. PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA

2.1 SHIZOFRENIJA

Ob koncu 19. stoletja je bilo drugo ime za shizofrenijo demencia preacox, prezgodnja demenca, kar pomeni zgodnji pojav hudih spominskih motenj, osiromašeno mišljenje in težave pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti (Švab, 2001). Leta 1911 je Eugen Beuler nadomestil Kraepelinovo diagnozo dementia preacox z izrazom shizofrenija, ki ga je skoval iz grških besed schizo = razcepljen in fren = razum, duša. S tem je hotel usmeriti pozornost na nesoglasje med mišljenjem in čustvovanjem pri osebi s shizofrenijo (Švab, 2001). V realnosti pa shizofrenija ni razcepljena osebnost, zato je to diagnostično poimenovanje pravzaprav zavajajoče.

Shizofrenija je bolezen možganov, ki se klinično kaže kot duševna motnja. Njeni znaki in spoznavne (kognitivne) motnje, to so: spomin, pozornost, reševanje problemov in izvrševalne funkcije, so preveč kompleksni, da bi jih lahko omejili na samo eno možgansko področje (Švab, 2001). Oboleli osebi bolezen otežuje, izkrivlja ali povsem onemogoča razlikovanje realnih doživetij ali izkušenj od nerealnih. Zaradi napačnega prepoznavanja realnosti logično mišljenje izgubi svoje običajne smernice in teče po nam nerazumljivih in nelogičnih kolesnicah (Hotujac, 2004).

2.1.1. EPIDEMIOLOGIJA

Shizofrenija je pogosta bolezen, ki prizadene enega na sto ljudi povsod po svetu (ŠENT, 1996). Nekatera geografska področja imajo precej višjo razširjenost. V revnejših četrtih urbanih središč je bolnikov več kot na podeželju. Shizofrenija je povezana z revščino in slabim socialno ekonomskim položajem, kar je ena izmed največkrat dokazanih in praktično najbolj pomembnih raziskovalnih ugotovitev v psihiatralni epidemiologiji. Če se bolezen začne zgodaj, v času socialnega in osebostnega uveljavljanja posameznika, je velika verjetnost, da bo prišlo do socialne stagnacije (Švab, 2000). Te ugotovitve pričajo, da na diagnosticiranje shizofrenije poleg bioloških vplivajo tudi socialni dejavniki (Švab, 2001). Bolezen se najpogosteje pojavi pri mladih. Pri moških se navadno začne prej, vrh zbolevanja je med 15. in 25. letom starosti, pri ženskah kasneje, med 25. in 35. letom starosti. Začetek bolezni pred 10. ali po 50. letu je redek (Groznič, 1998). Shizofrenija se pojavlja v vseh kulturah in socialno – ekonomskih skupinah.

Podatki o bolnikih s shizofrenijo so praviloma težko dostopni, tudi v Sloveniji. O shizofreniji ne govorimo, bolniki in svojci večinoma prikrivajo informacijo o bolezni in iščejo sprejemljivejše razloge za nenavadno vedenje. Diagnoza shizofrenija ne ožigosa le bolnika, temveč vso družino (Švab, 2001).

V slovenskih psihiatričnih bolnišnicah je približno 1500 bolnikov, od tega jih ima približno 30 odstotkov diagnozo shizofrenija. Bolniki s shizofrenijo so tudi v socialnih zavodih in v domovih za starejše ljudi. Nekaj (verjetno okrog 100) jih živi v stanovanjskih skupnostih. Večina bolnikov s shizofrenijo živi v svojih družinah (Švab, 2001).

2.1.2. POTEK BOLEZNI

Bolezen se lahko razvija tako počasi, da nihče dolgo časa ne opazi, da je kaj narobe. To počasno nazadovanje strokovnjaki opisujejo kot postopen začetek ali plazečo shizofrenijo. Postopen začetek lahko vodi v krizno epizodo ali ne. Shizofrenija se lahko pojavi tudi nenadno, z dramatičnimi spremembami v vedenju, v nekaj tednih ali celo dnevih. Te nenadne spremembe strokovnjaki opisujejo kot shizofrenijo z naglim (burnim) začetkom (ŠENT, 1996).

Bolezen se pojavlja v epizodah, redko ima kontinuiran potek. Epizoda bolezni je sestavljena iz akutne faze, ko so simptomi najbolj izraziti, nato pa sledi faza stabilizacije (remisije) (Hotujac, 2004). Akutna faza pomeni spremembo duševnega stanja, ki lahko traja dneve, tedne ali mesece. O fazi stabilizacije govorimo, ko bolnik doseže distanco od blodenj in halucinacij ter se začne zavedati, da niso resnične, čeprav se včasih še lahko pojavljajo. V tej fazi postane bolnik kritičen do preteklih doživetij in se začne počasi vračati v svoje običajno življenje. Pogosto se proces razvija »stopničasto«, tako da vsak nov zagon bolezni zapusti dodatno trajno bolezensko spremembo. Klasičen potek bolezni vključuje obdobja poslabšanj in relativnih izboljšanj (Groznič, 1998). Največjo raznolikost v poteku bolezni najdemo v začetnih fazah bolezni. Večinoma se način poteka vzpostavi v prvih petih letih po začetku in sledi enemu od štirih načinov (Kocmur, 1997):

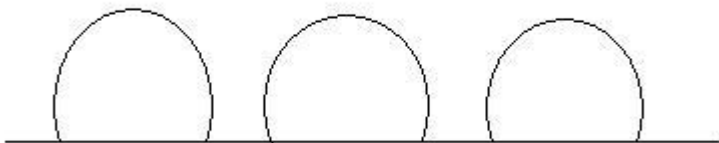
Skupina 1



Ena epizoda – brez posledic.

22 %

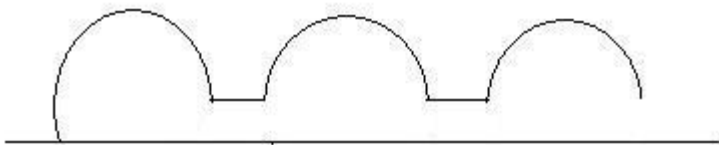
Skupina 2



Več epizod – z vmesnimi polnimi remisijami.

35 %

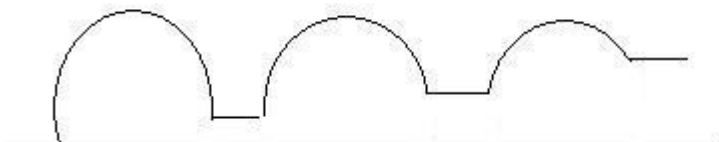
Skupina 3



Upad že po prvi epizodi, približno enak je tudi po vseh naslednjih.

8 %

Skupina 4



Naraščajoči upad po vsaki naslednji epizodi, ni vrnitve na normalno.

35 %

Slika 1: Načini poteka bolezni

Nekateri ljudje med epizodami živijo relativno normalno življenje, drugi pa so le redko brez znakov bolezni. Na začetku prejšnjega stoletja so menili, da približno tretjina shizofrenih bolnikov ozdravi, pri tretjini se stanje izboljša, tretjina pa ostane bolna. Raziskave so pokazale, da ta razdelitev ni pravilna in da se potek shizofrenije ter njen izid s časom spreminjata (Švab, 2001).

Tomorijeva (1999) navaja, da lahko razdelimo potek in izid shizofrenije v tri skupine:

1. 10% - 15% bolnikov ne bo občutilo trajnih shizofrenskih sprememb, vendar morajo računati na bolj ali manj pogoste ponovitve bolezni. Omenjena oblika bolezni je najbolj blaga in bolniku med remisijami omogoča relativno normalno življenje. Žal je samo nekaj odstotkov bolnikov, ki so preboleli prvo shizofrensko fazo in lahko računajo na trajno ter popolno ozdravitev brez ponovitev bolezni.
2. Pri 40% - 50% bolnikov so v fazi stabilizacije še vedno prisotni negativni simptomi, kot so upad bioenergetskih potencialov, pomanjkanje volje in čustvena spremenjenost.
3. 35% - 40% bolnikov pa ima slabo prognozo zaradi močno izražene shizofrenske okvare. Shizofrensko okvarno stanje je v tej skupini bolnikov izraženo dosti huje. Za te bolnike je značilno, da so pogosto in dolgotrajno hospitalizirani.

Švabova navaja (2001), da mora večina bolnikov živeti s ponovitvami bolezni in prizadetostmi, ki jih spremljajo. To so motnje v socialnem delovanju in težave pri delu, ki jih večinoma ovirajo vse življenje. Vsaj 50% ljudi s shizofrenijo pa je kljub temu razmeroma neodvisnih, samostojnih pri vsakdanjih opravilih in pri skrbi zase.

2.1.3. OBLIKE BOLEZNI

Shizofrenija je bolezen, ki jo je še vedno težko opredeliti. Vzrok za pogosto diagnostično negotovost je v tem, da ne poznamo ničesar, s čimer bi lahko shizofrenijo sploh izmerili. Ne poznamo krvne preiskave, posebne značilnosti tkiva ali telesnih tekočin, ki bi jih lahko odvzeli iz telesa, in tudi nobenega dokazljivega skupnega simptoma, ki bi se pojavil pri vseh bolnikih (Švab, 2001). Tako shizofrenija ni posamezen simptom, temveč sklop več opisanih znakov. Ti imajo pri vsakem posamezniku nekoliko različen vzorec in vsebino.

Zaradi širokega izbora različnih simptomov bolezni ni enaka pri vseh bolnikih, zato današnja Mednarodna klasifikacija bolezni deli shizofrenijo na več tipov. Gre za različne klinične slike, ki pa imajo nekatere skupne značilnosti (Švab, 2001). Še vedno ne vemo, ali gre pri shizofreniji za eno ali več različnih bolezni, saj zaenkrat še ni zanesljivih argumentov s strani strokovnjakov.

Razlikovanje ima določen prognostičen namen, čeprav nekateri zanikajo tudi tega, saj pri dolgotrajnem spremljanju enega in istega bolnika nemalokrat naletimo na prehajanje enega tipa shizofrenije v drugega (Tomori, 1999).

Sedanja Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB – 10) pozna naslednje tipe shizofrenije:

- *Paranoidna shizofrenija* se pojavlja najpogosteje med 30. in 40. letom starosti. Pri tej so izrazite predvsem slušne halucinacije z grozečo vsebino in preganjalne ali veličavske blodnje. Bolezen ima ugodnejšo prognozo in se dobro odziva na zdravljenje.
- *Hebefrenska shizofrenija* je oblika, pri kateri so izražene predvsem motnje čustvovanja in vedenja (bolnik se vede situaciji neustrezno) ter neorganiziran govor. Ta oblika shizofrenije je značilna po zgodnejšem začetku bolezni, lahko že med 15. in 25. letom starosti, in napreduje brez vmesnih remisij (faz stabilizacije) s hitrim siromašenjem osebnosti.
- Pri *katatonskem tipu* gre predvsem za motnje vedenja in hotenja, ki se kažejo v popolnem mirovanju ali neustavljivo hitrem gibanju.
- *Nediferencirana shizofrenija* je atipična oblika shizofrenij, ki ima elementarne znake paranoidne, hebefrenske ali katatonske shizofrenije.
- *Postshizofrenska depresija* sprva poteka kot shizoidna epizoda, ki ji po zdravljenju sledi podaljšana depresivna epizoda.
- *Rezidualna shizofrenija* je diagnoza, ki pomeni kronično stanje, kjer je bolnik brez burnih znakov psihoze ali so ta izgubila svojo ostrino, preostali pa so negativni simptomi shizofrenije, kot npr. upočasnjenost, manjša dejavnost, pasivnost, neinicativnost ter druge tipične čustvene spremembe.
- *Enostavna shizofrenija* je motnja s plazečim, vendar napredujočim potekom. Razvija se brezvoljnost in brezciljnost, ki preide v polno osebnostno osiromašenost in avtizem.
- *Neopredeljena shizofrenija* se kot diagnoza uporablja le izjemoma.

Pred leti so raziskovalci ugotavljali, da je tudi prava shizofrenija pravzaprav sestavljena iz dveh vrst motenj (Švab, 2001).

- Prva vrsta (tip I) je tista, pri kateri so izraženi predvsem pozitivni simptomi, to so blodnje, halucinacije in nekatere motnje mišljenja, npr. nepovezanost misli.
- Pri drugi vrsti (tip II) pa so izraženi predvsem negativni simptomi, kot so brezvoljnost, socialni umik, siromašnost govora, počasnost in pomanjkanje pobud.

Ali res obstajata le dva tipa shizofrenije, je vprašanje, na katero še ne vemo odgovora. Strokovnjaki predvidevajo, da gre pri prvi vrsti za prevladovanje znakov še neozdravljive bolezni, pri drugi vrsti pa za manjše možnosti, ki so posledica bolezni in vpliva okolja.

2.1.4. SIMPTOMI IN DIAGNOZA SHIZOFRENIJE

Bolezniški znaki oz. simptomi se razlikujejo glede na vrsto shizofrenije. Njihova intenzivnost je pogojena s fazo bolezni. Bolezniški znaki se pojavljajo v skupinah, kar zdravljenje še dodatno ovira (Ščuka, 2003).

Kogovšek in Škerbinek (2002) delita bolezenske znake na glavne in dodatne. **Glavni znaki** so *motnje čustvovanja, nepovezano mišljenje, avtizem, brezvoljnost in ambivalenca*, medtem ko so **dodatni znaki** *blodnje, halucinacije, negativizem in psihomotorne motnje*.

Milčinski (1986) in Tomorijeva (1999) se pri delitvi shizofrenskih simptomov naslanjata na Bleulerjevo teorijo, ki deli simptome na osnovne in vzporedne. **Osnovni znaki** so v poteku bolezni bolj ali manj stabilni, specifični samo zanj in za diagnozo nepogrešljivi. Med osnovne znake je Bleuler štel *motnje mišljenja, motnje čustvovanja, motnje hotenja, depersonalizacijo in avtizem*. **Vzporedni znaki** pa so po Bleulerju tisti, ki jih med boleznijo lahko tudi pogrešamo in torej niso specifični zanj (čeprav je res, da je brez njih diagnozo včasih težko postaviti). Med vzporedne znake se štejejo *blodnje, halucinacije, katatonski simptomi in telesni simptomi*.

Švabova (2001) loči pet osnovnih znakov shizofrenije: spremembe zaznavanja, spremembe mišljenja, spremembe občutka lastne osebnosti (depersonalizacija), spremembe čustvovanja in spremembe hotenja.

Med **spremembe zaznavanja** Švabova (2001) uvršča preobčutljivost ter iluzije in halucinacije. *Preobčutljivost* je lahko v zgodnjem poteku bolezni dobesedna, saj pomeni skrajno izostrenost čutov (tiktakanje ure, zvonjenje telefona). Ne pomeni pa le povečanje pozornosti za dražljaje in napetost, temveč tudi izostren pogled na sogovornika. Ob bolniku s shizofrenijo je njegov sogovornik kot pod reflektorjem – noben gib, nasmeh ali nestrpnost ne ostanejo neopaženi. To skrajno zaznavanje pa je za bolnika prej breme kot blagoslov, saj njegovo zavest preplavljajo informacije, ki jih ljudje, ki smo manj občutljivi, rutinsko ovržemo.

Iluzija je motnja, ki se opira na resnične zaznave, vendar je dojemanje teh zaznav izkrivljeno (senca drevesa se nam ponoči zdi kot obris človeka). Pri shizofreniji bolnik takšne načine zaznave ni sposoben dovolj hitro popraviti, temveč jo obravnava kot ogrožajočo ali z njim povezano stvar. Preobčutljivost čutov lahko preraste v halucinacije, ki se pojavijo na vseh področjih zaznavanja: vidne, slušne, halucinacije telesnega občutka, notranje zgradbe telesa, vonja in okusa (Švab, 2001). *Halucinacije* so pri shizofrenih bolnikih zelo pogoste. To so čutne zaznave, pri katerih ni dejanskega dražljaja, oseba, ki halucinira, pa zaznava kot stvarno to, kar v resnici ni (Hotujac, 2004). Bolniki so zaradi teh, pogosto grozovitih doživetij hudo prestrašeni.

Spremembe mišljenja Švabova (2001) deli na: formalne motnje mišljenja, neodločnost, odzivanje, načrtovanje, vsebinske motnje mišljenja, zmotna prepričanja ter nanašalne, veličavske in preganjalne blodnje.

Formalne motnje mišljenja so tiste, pri katerih bolnika nenadoma preplavijo različne misli in miselne povezave, zaradi katerih se težko zbere in dokonča zadano nalogo. Hkrati sprejema veliko količino informacij: spominov, razmišljanj in strahov. Te ga preplavijo, zato se sploh ne more odzvati na zunanja sporočila (miselne zadrge – stanje, ko ne moremo več misliti). Sprejemanje, ocenjevanje in odzivanje na informacije je oteženo. Zgodi se, da bolnik ne dojame več pomena celega stavka, temveč le vsako besedo posebej. Zaradi težav pri izbiri in razvrščanju sporočil veliko bolnikov s shizofrenijo ne gleda televizije.

Neodločnost je eden izmed pogostih znakov bolezni. Težave pri odločanju so posledica tega, da bolnikovo mišljenje preplavijo različni podatki, ki jih v običajnem procesu razmišljanja lahko izključimo (oblačenje, kuhanje hrane). Pojavljajo se tudi *težave pri odzivu* na dražljaj. Lahko se zgodi, da je motnja pri odgovarjanju tako huda, da bolnik odgovori na način, ki je povsem nasproten pričakovanjem (bolnik se smeje, ko mu povemo žalostno novico). Do napake pride v sistemu, saj je impulz stekel po napačni poti. Podobno kot izbiranje zaznav je oteženo tudi njihovo *načrtovanje*. Preprosta,

vsakdanja opravila, kot npr. umivanje rok, so za bolnika tako hud napor, da se naloge raje ne loti, čeprav ga moti, da ima umazane roke. Posebej v akutni fazi bolezni pride tudi do *vsebinskih motenj mišljenja* (Švab, 2001).

Blodnja je razlaga napačnega ali preobčutljivega zaznavanja. Blodnje so zmotna prepričanja, ki jih drugi ljudje z bolnikom ne morejo deliti in jih razumsko težko razložijo. Bolnik je v svojo blodnjo neomajno prepričan. Med blodnjami so pogoste *nanašalne blodnje, preganjalne in veličavske bodnje*. Prve so najpogostejša zmotna prepričanja pri shizofreniji. Bolnik je prepričan, da so dogajanja v njegovi okolici povezana z njim. Preganjalne blodnje so tiste, pri katerih se bolnik čuti zasledovanega, preganjanega ali opazovanega. Pri veličavskih blodnjah pa je značilno, da ima bolnik občutek povečanja moči in sposobnosti, s katerimi bo lahko premagal sovražne sile ali občuti nadnaravno moč, da lahko nadzira okolico ter komunicira z bogom (Švab, 2001).

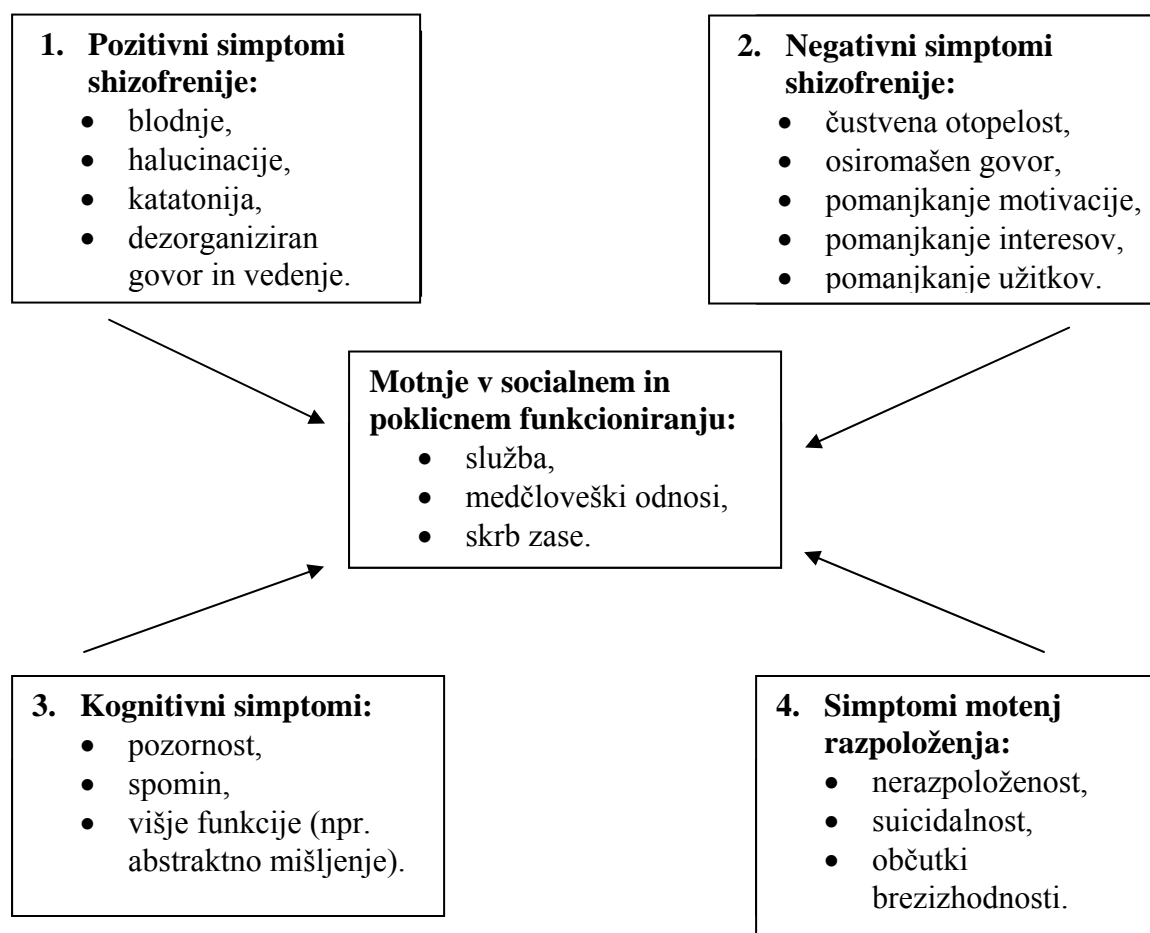
Kot tretje Švabova (2001) navaja ***spremembe občutka lastne osebnosti oz. depersonalizacjo***. Ker je mišljenje spremenjeno in se v bolnikovo zavest vrivajo prepričljiva nenavadna doživetja, se pogosto doživlja kot spremenjenega. Človek s shizofrenijo lahko spreminjanje sebe doživlja tudi kot čisto konkretno spremembo svojih delov telesa ali spreminjanje barv in oblik, ki jih resnično vidi.

Čustvovanje je glede na vsebino doživljanj pri večini bolnikov spremenjeno. Švabova (2001) navaja dve obliki: *depresijo* in *čustveno neustreznost*. Prva je najpogostejša motnja pri shizofreniji, drugo pa sem že omenila pri odzivanju, ko se zaradi nepravilnega prevajanja dražljajev bolnik lahko odzove napačno.

Zadnji osnovni znak shizofrenije so ***spremembe hotenja*** (Švab, 2001). Motnje lahko segajo od običajne brezvoljnosti, ki nam je vsem znana ob deževnih dnevih, do katatoskih znakov: to so popolna nepremičnost ali ponavljajoči hitri gibi, ki lahko bolnika povsem izčrpajo.

Poleg omenjenih znakov pa Kocmurjeva (1997) dodaja še dva dodatna: motnje motorike ter kognitivni primanjkljaj. ***Motnje motorike*** so bile v zgodnejših opisih shizofrenije eden bistvenih znakov. Danes so zlasti težje oblike v zahodni kulturi manj pogoste. Najdemo jih lahko bodisi kot kvantitativne ali kvalitativne spremembe: *voščena upogljivost* (vztrajanje v položaju), *negativizem* (avtomatični odpor do navodil), *ehopraksija* (avtomatično posnemanje gibov druge osebe), *stereotipije* (ponavljajoča se, brez smiselna dejanja) ipd. Shizofreni bolniki imajo običajno ohranjeno osebno orientacijo ter orientacijo v času in prostoru, medtem ko sta pogosti motnja pozornosti in motnja koncentracije, ki spadata med ***kognitivne primanjkljaje***.

V splošnem strokovnjaki delijo simptome na pozitivne, negativne, kognitivne (spoznavne) in **afektivne** (simptome spremenjenega razpoloženja) (Hotujac, 2004). **Pozitivni simptomi** so motnje mišljenja, med katere sodijo blodnje, halucinacije in nenavadno mišljenje. **Negativni simptomi** shizofrenije so apatija, osiromašenost govora, čustvena otopelost, izguba motivacije, socialni umik, motnje pozornosti, čustveni primanjkljaj, spremenjen občutek sebe, revnost govora, miselne zadrge. Bolnik s shizofrenijo je posledično zaradi omenjenih simptomov čustveno zadržan, odmaknjen od svoje okolice, ne prepozna čustev drugih okoli sebe, svojih ne more izraziti ali pokazati in izmika se očesnemu stiku. Zadnji so **kognitivni simptomi**, ki se manifestirajo kot motnje spomina in abstraktnega mišljenja. Strokovnjaki menijo, da so prav kognitivni simptomi najpomembnejši za disfunkcionalnost shizofrenih bolnikov v vsakdanjem življenju, saj onemogočajo razločevanje bistvenega od nebistvenega in načrtovanje akcije za opravljanje najenostavnejših vsakodnevnih opravil.



Slika 2: Prikaz simptomov shizofrenije po Hotujacu (2004)

Comer (2004) za razliko od Hotujaca navaja le tri skupine simptomov: **pozitivni, negativni in psihomotorni simptomi**. Prvi dve skupini sta identični prej opisanima, medtem ko psihomotorna skupina predstavlja katatonijo, ki se kaže različno; od popolne zakrčenosti in negibnosti do katatonskega vznemirjenja z močnim psihomotornim nemirom.

Kljub različnim poimenovanjem skupin, v katere avtorji združujejo simptome oz. znake shizofrenije, ni večjih razlik med njimi, saj se njihove razlage med seboj bistveno ne razlikujejo.

Diagnozo shizofrenije postavljajo psihiatri na osnovi simptomov ter psihiatričnega pogovora z bolnikom in člani njegove družine. Do danes nimamo nikakršnih laboratorijskih diagnostičnih testov shizofrenije, torej se je ne da diagnosticirati z nobenim snemanjem strukture ali funkcije možganov kot tudi ne s preiskavami možganskega likvorja, krvi, urina in podobno (Hotujac, 2004). Danes obstajajo mednarodno definirani diagnostični kriteriji za vse psihične bolezni, tudi za shizofrenijo. V Sloveniji pri ocenjevanju uporabljamo Mednarodno klasifikacijo bolezni številka 10 (MKB – 10), ki opredeljuje shizofrenijo kot motnjo, za katero so značilne spremembe na področju mišljenja, čustvovanja, hotenja in zaznavanja vsaj na dveh naštetih področjih (Švab, 2001).

MKB – 10 navaja naslednje karakteristične simptome (Hotujac, 2004):

- a) vsiljevanje ali odvzemanje misli, odmev ali oddajanje misli,
- b) blodnje nadzorovanja, vplivanja ali oviranja,
- c) halucinatorni glasovi,
- d) trajne bizarne blodnje,
- e) persistentne halucinacije,
- f) disocirano mišljenje in nesmiseln govor,
- g) katatonsko vedenje,
- h) negativni simptomi,
- i) znatna in trajna sprememba vedenja.

Za diagnozo bolezni je potreben najmanj en simptom od a) do d) ali najmanj dva simptoma od e) do i). Prisotni morajo biti dovolj dolgo, to je najmanj mesec dni. Če upoštevamo še socialne prizadetosti in zahtevano trajanje bolezni, je diagnozo na videz lahko postaviti. V zgodnjih obdobjih bolezni, ko simptomi še niso značilni in se lahko prekrivajo z značilnostmi odraščanja ter posledicami življenjskih obremenitev, pa je to

včasih zelo zahtevno. Večina psihiatrov ne bo želela postaviti diagnoze ob prvih srečanjih z bolnikom (Švab, 2001).

2.1.5. VZROKI SHIZOFRENIJE

Nihče še ne ve, kaj povzroča shizofrenijo, vendar menijo, da ime vključuje skupino podobnih bolezni, od katerih ima vsaka različen vzrok. Občutljivost za shizofrenijo je lahko delno podedovana. Shizofrenija se pogosto pojavlja pri tistih, ki imajo sorodnike s shizofrenijo v prvem kolenu. Kljub temu pa večina posameznikov, katerih bližji sorodnik ima shizofrenijo, ne razvije te bolezni. Shizofrenija se pogosto pojavlja v družinah, v katerih se ne ve, da bi kdo pred tem imel shizofrenijo (ŠENT, 1996).

Prav tako tudi Schulte (Milčinski, 1986) ugotavlja, da vzroka shizofrenije ne poznamo in glede na dosedanja znanstvena dognanja tudi ni verjetno, da bi shizofrenija lahko izhajala iz enega samega vzroka.

Ena izmed najbolj uveljavljenih razlag za nastanek shizofrenije je delo Zubina in Springa iz leta 1977 (Švab, 2000). Avtorja sta opisala možnost povečane sprejemljivosti za stres. Povzetek teorije je takle: »Dokler stres, ki ga sprožijo izzivalni dogodki, ostane pod pragom občutljivosti, ostane posameznik zdrav. Ko pa stres preseže prag, se pri osebi razvije nekakšna psihopatologija... ko se stres zmanjša in potone pod prag občutljivosti se epizoda konča. Čim bolj občutljiva je oseba, tem manj stresa je potrebno, da se bolezen začne.« Ta način razumevanja shizofrenije zelo okvirno združuje paradigme dednosti, spremenjene možganske strukture in funkcioniranja, psihološki, fiziološki razvoj in zgodnje učenje.

Pri shizofreniji gre torej za sočasen vpliv več dejavnikov na posameznika s posebno ranljivostjo. Dejavnike lahko razdelimo na biološke, psihološke, socialne, sprožilne in varovalne.

2.1.5.1. BIOLOŠKI DEJAVNIKI

Izmed naštetih dejavnikov so raziskave na biološkem področju najbolj razširjene. Obstajajo klinična opažanja, da je patološki proces pri shizofreniji s pozitivnimi in negativni simptomi različen in da so pri obeh tipih različne tudi kombinacije napovedi dejavnikov, ki najbolje pojasnijo izid bolezni. Raziskave s pomočjo sodobnih diagnostičnih slikovnih metod kažejo, da so negativni simptomi verjetno v povezavi z **zmanjšano presnovo** (hipofrontalnost) **v čelnih režnjih možganov**. Poleg sprememb v

čelnem režnju so pri shizofreniji prisotne spremembe tudi v temporolimbicnem predelu možganov in bazalnih ganglijih. Motnje v teh predelih možganov predstavljajo centre, ki bi bili lahko vključeni v nastanek pozitivnih simptomov (Groznik, 1998).

Študije genetike pri shizofreniji sodijo v tisto vrsto spoznanj, ki največ povedo o tem, kako so **genetični dejavniki** zelo pomembni. Številne tovrstne raziskave kljub večjim razlikam med različnimi avtorji dokazujejo, da je tveganost zbolevanja za shizofrenijo višja, če ima kdo shizofrene bližnje sorodnike. Če računamo s splošno verjetnostjo zbolevanja, ki znaša 1%, se ta verjetnost desetkratno ali še več poveča, če gre za ljudi z enim obolelim staršem (5% - 15%), z obema obolelima staršema (več kot 40%), če zboli sorojenec (8% - 14%), eden od dvojajčnih dvojčkov (okrog 10%) ali eden od enojajčnih dvojčkov (40% - 50%) (Tomori, 1999). Dednost je za nastanek shizofrenije torej izredno pomembna, vendar pa navedene številke ne izključujejo tudi pomembnih dejavnikov okolja.

Tabela 1: Življenjsko tveganje pojava shizofrenije pri sorodnikih shizofrenih bolnikov (Hotujac, 2004)

Sorodstvo	% shizofrenije
starši	5,6
brat ali sestra	10,1
sorojenec in obolela mati ali oče	16,7
otroci obolele matere ali očeta	12,8
otroci obolelih staršev	46,3
sorodniki v drugem kolenu	2,8
dvojajčni dvojčki	17,0
enojajčni dvojčki	50,0
vnuki	3,7
splošna populacija	1,0

Med biološkimi dejavniki je zelo aktualna tudi **hipoteza nevrottransmitterjev**. Nevrottransmitterji so kemične snovi, ki omogočajo prevajanje živčnih (električnih) dražljajev s celice na celico. Električni impulz, ki potuje po živčnem vlaknu, na koncu tega vlakna sproži sproščanje nevrottransmitterjev v sinaptično špranjo, ki loči eno celico od druge. Nevrottransmitterji se vežejo na celice (sprejemnike) na celični membrani naslednje celice, spremenijo njen električni naboj in tako sprožijo nov električni impulz. Pri shizofreniji se v sinaptično špranjo sprošča preveč dopamina in serotonina, verjetno pa je spremenjena tudi koncentracija drugih nevrottransmitterjev (Švab, 2001). Dopamin

ima pomembno vlogo pri občutenju ugodja in doživljanju različnih razpoloženj. Preveč dopamina lahko podre ravnovesje teh občutij in doživetij. Povzroči lahko, da človek doživlja preganjavico, ima blodnje ali sliši glasove. Pomanjkanje dopamina pa lahko povzroči zmedenost, brezvoljnost, občutek osamljenosti in utrujenosti (Lajovic, 2006). Danes raziskave nedvomno potrjujejo, da je za nastanek in potek shizofrenije odgovorno biokemijsko neravnovesje v možganih.

Z novim spoznanji na področju psihofarmakoterapije, predvsem pa z novimi nenevarnimi in za bolnika brez neprijetnosti povezanimi preiskovalnimi metodami, so se raziskave na področju možganov razmahnile. Slikanje možganskih predelov je pokazalo **povečanje ventriklov**, tistih predelov možganov, ki so pomembni za mišljenje, spoznavne funkcije in čustvovanje. V povprečju naj bi bili ventrikli obolelih ljudi za 15% večji od zdravih (Comer, 2004). Nadalje so odkrili, da omenjeni pojav vpliva predvsem na Tip II shizofrenije oz. na negativne simptome.

Nekatere raziskave kažejo, da je pri ljudeh s shizofrenijo spremenjen **krvni pretok** v prefrontalnem režnju možganov, ki je najbolj odgovoren za socialno delovanje (Švab, 2001).

Veliko raziskovalcev se ukvarja tudi z domnevami, da je shizofrenija **virusnega porekla** ali vsaj v zvezi s tem, vendar pri tem navajajo bolj posredne kot neposredne dokaze. Teorije, da je shizofrenija posledica virusne infekcije, ki nastopi že v nosečnosti ali zgodnjem razvojnem obdobju, izhajajo iz ugotovitev, da se več ljudi s shizofrenijo rodi v zimskih mesecih, ko je možnost za virusno infekcijo večja. Virusi lahko delujejo tako, da vplivajo na izraz genetskega zapisa, ali tako, da se v gen vgradijo (Švab, 2001). Omenjene teorije so danes manj aktualne.

Obstaja tudi nekaj raziskav, ki kažejo na slabšo **imunsko odpornost** ljudi s shizofrenijo, vendar jim še ni uspelo ugotoviti, ali je slabša odpornost vzrok ali morda posledica bolezni (Švab, 2001).

2.1.5.2. PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI

Ves čas, odkar obstaja pojem shizofrenije, so raziskovalci skušali bolezen razumeti tudi po psihosocialni plati in so iskali njene vzroke v neustreznem razvoju človekove osebnosti, v družinskem in širšem socialnem okolju, v pomembnih obremenjujočih življenjskih dogodkih itd.

V začetku so bile aktualne Freudove **psichoanalitične teorije**, ki so razlog za bolezen iskale v napakah psihoseksualnega razvoja osebnosti. Po Freudu je pri shizofreniji preslaboten »jaz«, ki ne more vzpostaviti zdravega ravnotežja med tistim, kar sili »ono« in med zahtevami realnosti. »Jaz« zato kapitulira, se umakne in prekine zvezo z realnostjo (Tomori, 1999).

Leta kasneje je Frieda Fromm-Reichmann razvila novo **teorijo shizofrenogene matere** (Comer, 2004). Znanstvenica je opisala tip dominantne, agresivne in hladne, po drugi strani pa preveč zaščitniške matere. Skupno vsem tem tipom naj bi bilo to, da zavirajo zdrav osebni razvoj otroka in njegovo osamosvajanje.

Nobena od teh teorij ni znanstveno utemeljena. Vse omenjene teorije temeljijo na metodološko oporečnih raziskavah. Kaže pa, da lahko matere v sporazumevanju (predvsem nejasnosti sporočil) poslabšajo stanje pri bolnikih (Švab, 2001).

Stresne okoliščine, kot so čustveno zanemarjanje ali zlorabljanje v otroštvu, materialno pomanjkanje ali socialna izolacija, ne morejo same po sebi izzvati pojavnosti shizofrenije. Stresne okoliščine jo lahko izzovejo pri osebah z genetsko predispozicijo. Shizofrenija ne povzroča slabo starševstvo, družbeni vzroki ipd., gotovo pa shizofrenija ni težava sodobnega življenja (Hotujac, 2004).

2.1.5.3. SPROŽILNI DEJAVNIKI

Najpogosteje opisana psihosocialna sprožilna dejavnika za shizofrenijo sta **pomanjkanje socialne podpore** in slabo **sprejemanje bolezni v družinah shizofrenih bolnikov**. Posebej škodljivo je, če so odnosi do bolnika zelo kritični, sovražni ali čustveno preveč zavzeti. Očitna sprožilna dejavnika sta še **izolacija** in **preveč zavzeti rehabilitacijski poskusi**. Do pred kratkim so menili, da sprožajo ponovitve bolezni življenjski dogodki kot so smrt v družini, selitve, poroke, razveze, izgube službe ipd. Danes vemo, da so še bolj subjektivno obremenjujoči vsakodnevni manjši stresorji. Pri nekaterih shizofrenih bolnikih so običajne vsakodnevne življenjske težave pomemben napovedovalec poslabšanja simptomov (Švab, 2000).

2.1.5.4. VAROVALNI DEJAVNIKI

Varovalni dejavniki so posameznikove dobre obrambne sposobnosti ali ugoden vpliv okolja. Ti dejavniki lahko do neke mere zmanjšajo psihološko in biološko občutljivost ter

število ponovitev bolezni. Podobno kot sprožilni so tudi varovalni dejavniki **biološki** (npr. medikamentozna vzdrževalna terapija), **psihološki** (npr. izboljššan nadzor spoznavnih dejavnosti) in **socialni** (Švab, 2000). Socialne varovalne dejavnike največkrat predstavlja družina, ki bolniku pomaga pri vračanju k dejavnostim, ustvarjalnosti in osebni avtonomiji. Varovalni dejavnik je lahko tudi varen partnerski odnos in urejeno bivanje.

Shizofrenija se intenzivno raziskuje vse od začetka 20. stoletja. V začetku so shizofrenijo poimenovali kot eno samo bolezen, v zadnjih treh desetletjih pa se je stališče strokovnjakov nekoliko spremenilo. Strokovnjaki so shizofrenijo opredelili kot skupek bolezni, med katerimi ima vsaka svoj vzrok za nastanek. Tako kot različen vzrok pa posamezna oblika bolezni terja drugačne posledice in zahteva drugačne načine zdravljenja.

2.1.6. POSLEDICE SHIZOFRENIJE

Trpljenje pri shizofreniji izhaja iz treh virov: prvi so simptomi bolezni, drugi so prizadetosti oz. posledice po bolezni, ki ovirajo bolnika pri vsakdanjem življenju in tretji, po mnenju številnih bolnikov in svojcev najhujši, je stigmatizacija (Švab, 2001). Zaradi zmot o shizofreniji ljudje marsikdaj mislijo, da so osebe s shizofrenijo nevarne, divje in nepredvidljive. To lahko ustvari začaran krog odtujenosti in diskriminacije za bolnika, pogosto pa tudi za člane njegove družine (Lajovic, 2006).

Zaradi dolgotrajnega zdravljenja bolniki pogosto niso več kos zahtevam normalnega življenja, še zlasti, če je njihovo življenje zunaj bolnišnice zelo neurejeno. Na bolnike z duševnimi motnjami žal okolica še vedno gleda s predsodki, reagira nanje s strahom, nezaupanjem, odporom in razvrednotenjem. Prav zaradi predsodkov, ki spremljajo duševno bolezen, bolnik težko ohranja občutek lastne vrednosti ter vero v ljudi in življenje. Številni bolniki z duševnimi motnjami so zato umaknjeni vase in socialno izolirani (Kogovšek in Škerbinek, 2002).

Bolezen ima številne posledice. Čeprav bolniki živijo izven bolnišnice, se slabše znajdejo in težje spoprimejo z vsakodnevnimi nalogami, ki jim sicer ne bi predstavljale večjih težav. Zato drsijo navzdol po družbeni lestvici. Večina bolnikov je vsaj enkrat v življenju sprejeta v psihiatrično bolnišnico. Navadno se prva hospitalizacija zgodi kmalu po začetku bolezni. Manjšina bolnikov se po odpustu iz bolnišnice zdravi samo v

zunajbolnišničnih oblikah psihiatrične službe, večina pa je zaradi poslabšanja bolezni po krajšem ali daljšem obdobju ponovno sprejeta v bolnišnico (Grozničnik, 1998).

2.1.6.1. UMRLJIVOST

Samomor je glavni razlog prezgodnje umrljivosti med osebami s shizofrenijo, kjer je samomorilno tveganje kar 20 do 50 krat večje kot med splošno populacijo. Približno štirje od desetih s to duševno motnjo so že razmišljali o samomoru, dva do štirje so samomor že poskušali, eden pa je s samomorom končal tudi svoje življenje (Groleger, 2006). Samomori pri shizofreniji so povezani z obdobji depresivnosti, ki jih doživi skoraj vsak bolnik.

Med pomembne dejavnike tveganja za razvoj samomorilnega vedenja sodijo (Groleger, 2006):

Sociodemografski dejavniki:

- moški spol,
- samsko življenje oz. življenje ločeno od družine,
- pomembna izguba,
- zakonska ali nezakonska zveza (varovalni dejavnik),
- starševstvo (varovalni dejavnik).

Širša psihiatrična zgodovina:

- samomor, depresija ali oboje v družini,
- zloraba prepovedanih psihotropnih snovi,
- depresivno razpoloženje in izguba zanimanja,
- negativne misli (npr. obup),
- impulzivnost.

Eden izmed pomembnih dejavnikov pri samomorilnem tveganju je sprejem v bolnišnico. Poleg tega pa tudi dober vpogled v lastno bolezen, če se pojavi brez podpore svojcev (Groleger, 2006).

Vsekakor pa je pomembno poudariti, da je samomor pogostejši med bolniki, ki niso primerno zdravljeni ali sploh niso. Samomor pri shizofreniji je pogost, vendar lahko tveganje zanj dokaj dobro ocenimo in pripomoremo k izboljšanju počutja.

2.1.6.2. JEMANJE SUBSTANC

Osebe s shizofrenijo pogosto zlorabljuje psihotropne snovi, kar je potrdila tudi ameriška študija ECA (Groleger, 2006). Njeni izsledki kažejo, da je zasvojena polovica populacije, od te pa 37% bolnikov zlorabljuje alkohol, 23% marihuano ter 13% stimulanse in halucinogene droge. Cigarete kadi 58% - 88% bolnikov, kar je bistveno več, kot velja za splošno populacijo (25%).

Švabova navaja (2001), da so razlogi za večjo pogostost problema odvisnosti med ljudmi s shizofrenijo v tem, da jim droge olajšajo tesnobo in depresijo ter da se pod vplivom droge počutijo močnejše. Groleger (2006) pa opisuje dve teoriji, ki navajata razloge za uporabo psihotropnih snovi. Prva opisuje model samozdravljenja: osebe uživajo psihotropne snovi, ker skušajo zdraviti preostale simptome psihotične motnje. Po drugi teoriji so v ospredju spremembe v možganskih povezavah, ki vplivajo na nagrajevalni učinek drog, s čimer spodbujajo odvisniško vedenje.

Osebe z dvojno diagnozo imajo običajno neugoden potek psihične motnje, več bolnišničnih zdravljenj, več pozitivnih simptomov in več čustvenih težav. Pogostejša sta samomor in nasilno vedenje (Groleger, 2006).

2.1.6.3. SPOLNO ŽIVLJENJE

Spolno življenje ljudi s shizofrenijo se ne razlikuje od tistega pri zdravih ljudeh. Eden izmed predsodkov, ki spremljajo duševno bolezen, je tudi ta, da so shizofreni bolniki »brezspolni«, kar seveda ni res. Njihovo zanimanje za spolnost se giblje od nezainteresiranosti do preokupiranosti, podobno kot pri zdravih ljudeh (Švab, 2001).

Kljub temu pa je spolnost bolnikov s shizofrenijo otežena, saj se pri spolnem odnosu težko sprostijo, če imajo na primer slušne halucinacije ali blodnje preganjanja. Poleg tega pa tudi antipsihotična zdravila zavirajo spolno funkcijo, saj zmanjšano spolno poželenje, povzročajo impotenco pri moških in motnje orgazma ter motnje menstrualnega ciklusa pri ženskah (Švab, 2001).

2.1.6.4. DELOVNO ŽIVLJENJE

Shizofrenija je bolezen, ki zelo hitro prizadene bolnikovo delovno sposobnost in s tem preprečuje zadovoljevanje njegovih psiholoških ter socialnih potreb. Delo, v kakršnikoli obliki že, je včasih še tisto zadnje, kar bolnika povezuje z okoljem. Vendar bolniku delo

ne pomeni le vir zaslužka, temveč tudi potrditev in ohranjanje socialne mreže (Kogovšek in Kobentar, 1999). Raziskave kažejo, da ima plačano delo zelo koristne učinke na počutje oseb, ki so prebrodile psihično krizo. Ena izmed raziskav, ki jo je uvedel Leon Cohen (Lamovec, 1995), kaže, da je bilo med tistimi, ki so dobili delo takoj po odpustu iz bolnišnice, bistveno manj ponovitev kriz kot med ostalimi in to ne glede na resnost stanja po odpustu.

Današnja delovna ekonomija je za psihičnega bolnika zelo obremenjujoča. Po eni strani primanjkuje dela, ki bi bilo primerno za osebe s psihičnimi motnjami, po drugi pa mnogi ne vzdržijo dolgega delovnega dne, zato ne zmorejo tekmovati z ostalimi.

Delazmožnost bolnikov je odvisna od poteka bolezni. Manjšina bolnikov (manj kot 20%) redno dela. Večina jih je delno zaposlenih ali upokojenih. Pri nas bolniki dosežejo tretjino (moški) ali polovico (ženske) delovne dobe. Pri delu jih moti manjša spretnost, večja občutljivost na spremembe v okolju, izostanki zaradi poslabšanja bolezni in stranski učinki zdravil. Upokojevanje in izguba službe dodatno zmanjšujeta stike z drugimi ljudmi, bolniki izgubijo družbeno vlogo, ki izhaja iz zaposlitve in zmanjšajo se jim dohodki (Groznič, 1998).

S pojavom skrbi v skupnosti se je zaposlovanje preselilo iz psihiatričnih bolnišnic v službe, kot so dnevne bolnišnice, dnevni centri in invalidske delavnice. Namen delavnic je usposabljanje za normalno delo, kar pa je v mnogih primerih nerealistično pričakovati. Največja pomanjkljivost teh delavnic je dolgočasno in ponavljajoče se delo v družbi duševnih bolnikov (Švab, 2001), kar še bolj pospešuje socialno odtegnitev in zmanjšuje motivacijo.

2.1.7. ZDRAVLJENJE SHIZOFRENIJE

Zdravljenje shizofrenije je v zadnjih sto letih prešlo dolgo pot. Nekoč so imeli shizofrenijo za skrivnostno bolezen, ki so jo poskušali premagovati z vrsto bizarnih in krutih načinov zdravljenja. Danes velja shizofrenija za duševno motnjo, ki jo je mogoče zdraviti. Zdravljenje se sedaj bolj osredotoča na osebo kot na motnjo in ponavadi obsega kombinacijo zdravil, ki jih imenujemo antipsihotiki, ter terapij, ki ne vključujejo zdravil (Lajovic, 2006).

Shizofrenija se v nasprotju s splošnim prepričanjem dobro zdravi. To pomeni, da lahko z zdravljenjem in rehabilitacijo odstranimo ali omilimo znake bolezni in preprečimo

prizadetosti pri večini bolnikov. Dokončno in popolnoma pa shizofrenijo danes še ni mogoče ozdraviti, saj ne poznamo vseh njenih vzrokov in dejavnikov, ki vplivajo nanjo (Švab, 2001).

V preteklosti so na duševno bolezen gledali kot na posledico nadnaravnih sil in na duševne bolnike kot na žrtve demonov (Švab, 2000). Da imajo duševne bolezni oziroma motnje tudi naravni vzrok, je prvi trdil Hipokrat že štiri stoletja pred Kristusom. V antični kulturi so bili duševno bolnim mnogo bolj naklonjeni kot kasneje v srednjem veku. Srednji vek je bilo najbolj mračno obdobje, v katerem je bila večina duševnih bolnikov obtožena čarovništva (Kogovšek in Škerbinek, 2002).

Vsaj do konca 18. stoletja so norost razumeli kot nenaravno stanje, ki ga povzročijo zunanji dejavniki. Pacientov niso zdravili, temveč nadzorovali in kaznovali. Zgodovina rehabilitacije se začne s Pinelovo moralno teorijo konec 18. stoletja, s katero je dokazoval, da je norost bolezen ter da so vzroki zanjo v pacientovem okolju (Švab, 2000). Francoski zdravnik Philip Pinel je tako bolnikom priskrbel svetle in zračne delavnice, v katerih je način zdravljenja temeljil na prijaznosti in skrbi. Štejemo ga za začetnika sodobne psihiatrije (Kogovšek in Škerbinek, 2002).

Konec 19. stoletja so stopile v ospredje psihoanalitične teorije o vzrokih duševnih motenj – duševno bolezen so razumeli kot posledico nezavednih konfliktov, ki izhajajo iz anksioznosti in neugodnih izkušenj v času otroštva. Čeprav je bil pristop revolucionaren in je bistveno vplival na boljši odnos do pacientov, je le malo pripomogel k dejanskemu zdravljenju bolnikov (Švab, 2000).

Bolnišnice za duševne bolezni so v 19. stoletju postajale velike in revne institucije, ki so delovale zunaj mest. Lokacijo teh zgradb so določali strah in predsodki pred duševno boleznijo (Kogovšek in Škerbinek, 2002). Posledici takratne bolnišnične oskrbe sta bili minimalno zdravljenje in prenapolnjenost, saj je bila osnova takratnega znanja opisna psihiatrija, kar pomeni, da so zdravniki opisovali posamezne bolnike in njihove bolezenske znake, po katerih so jih razvrščali v določene diagnostične kategorije. Samostojnost pacientov so omejevali z razosebljanjem, npr. z njihovo obravnavo v skupinah, s pomanjkanjem zasebnosti in možnosti izbire (Švab, 2001).

Zdravljenje shizofrenije v medicinskem smislu se začne šele z uvedbo inzulinske in šokovne terapije v tridesetih letih 20. stoletja (Milčinski, 1983). S tem so se začele odpirati možnosti za učinkovitejšo pomoč duševno bolnim predvsem za začetek socioterapevtskega in psihoterapevtskega zdravljenja (Kogovšek in Škerbinek, 2002).

Ob koncu 2. svetovne vojne se je močno razvila socialna psihiatrija. V tem času so na površje prodrle tudi biološke teorije (Švab, 2000). Ugotavljali so, da je vzrok duševnim boleznim mogoče pripisati povsem genetskim dejavnikom in da so bolezni posledica motenj v delovanju osrednjega živčnega sistema ter da jih je potrebno zdraviti. Vpliv nevroleptičnih zdravil, ki sta jih leta 1952 odkrila Delay in Deniker, je privedel do revolucionarne spremembe v zdravljenju shizofrenije.

2.1.7.1. ANTIPSIHOTIČNA ZDRAVILA

Kot je bilo že rečeno, je shizofrenija bolezen možganov in se zdravi predvsem z zdravili – antipsihotiki. Antipsihotična zdravila poimenujemo tudi z izrazom nevroleptiki, ki jih danes delimo na klasične, kamor jih spada večina, in atipične (ŠENT, 1996).

Običajna antipsihotična zdravila se razlikujejo po jakosti (močna in šibka), stranskih učinkih (povzročajo večjo pomiritev ali večjo otrdelost mišic) in načinu uporabe (kot tablete ali injekcije) (Berkow, 2000). Danes imamo na voljo širok izbor antipsihotikov, od starejših, ki jih imenujemo klasični oz. antipsihotiki prve generacije, pa do novejših, ki jih imenujemo atipični antipsihotiki oz. skupina druge generacije (Hotujac, 2004). Delitev ne temelji toliko na vrstnem redu pojavljanja na tržiščih, temveč bolj na delovanju in profilu neželenih učinkov.

Klasični nevroleptiki delujejo proti motnjam mišljenja, blodnjam, halucinacijam in nekaterim negativnim simptomom, ki se v skrajni obliki kažejo kot avtizem. Blokirajo dopaminske, noradrenalinske in serotoninske receptorje v centralnih sinapsah, kar pa navadno privede do številnih stranskih učinkov (Luban – Plozza, 1993).

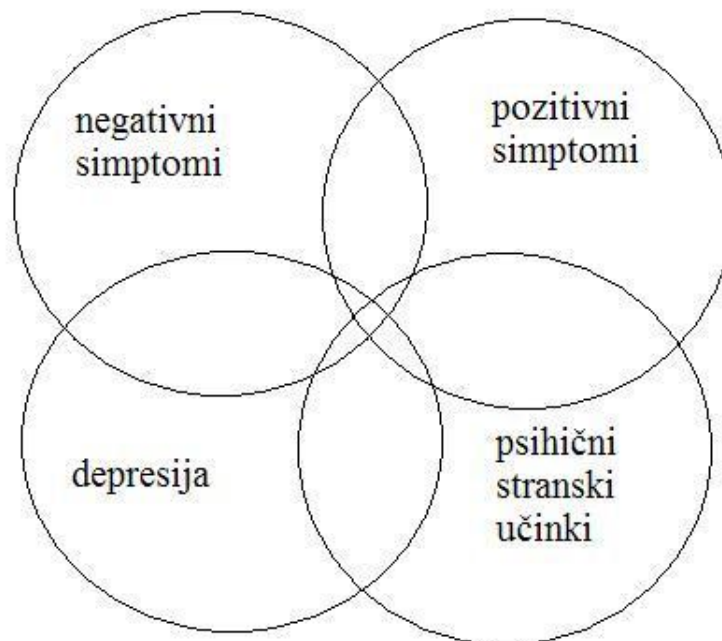
Stranski učinki antipsihotikov so pogosti in lahko bolnika zelo motijo, zmanjšujejo njegovo sodelovanje in poslabšajo kakovost življenja.

Dolgotrajna uporaba nevroleptikov pripelje predvsem do pojava ekstrapiramidnih simptomov (Luban – Plozza, 1993). Zdravila vplivajo na biokemične procese po telesu, čeprav je mesto, kjer je njihov učinek zaželen, lahko zelo majhno. Pri shizofreniji, na primer, je želeno mesto delovanja lahko majhen snop živcev v možganih, zdravila pa vplivajo na celotne možgane, na številne živčne poti in tako povzročajo neprijetne učinke, ki jih je treba skrbno nadzorovati (Švab, 2001). Stranski učinki omejujejo uporabo sicer uspešnih antipsihotikov in lahko bolnika motijo, slabšajo njegovo sodelovanje pri zdravljenju, omejujejo možnosti za uspešno rehabilitacijo ter vplivajo na vključevanje v družbo (Dernovšek, 1996).

Najpogostejši stranski učinki antipsihotikov so (Dernovšek, 1996):

- zaspanost, utrujenost, omotičnost,
- suha usta, motnje vida, motnje uriniranja,
- distonija (mišični krči vratu, očesnih mišic in telesa),
- parkinsonizem (upočasnjena in zmanjšana spontanost gibov, drsajoča hoja, monoton govor, povečano slinjenje, okorelost mišic),
- akatazija (prestopanje na mestu, nenehen občutek nemira),
- povečana telesna teža,
- spolne motnje (zmanjšana spolna sla),
- spoznavne motnje (upad delovnega spomina, motnje koncentracije in pozornosti),
- tarditivna diskinezija (nehotni krči različnih telesnih mišic, najpogosteje obraznih).

Bolniki, ki prejemajo antipsihotike, se pogosto pritožujejo zaradi utrujenosti, psihomotorne upočasnenosti, kognitivnih motenj ter pomanjkanja volje in interesov. Omenjena psihična stanja je zelo težko diagnosticirati, saj gre lahko za posledice same bolezni (pozitivne in negativne simptome), za stranske učinke antipsihotikov ali pridruženo depresijo. Pri shizofreniji ne obstaja jasna ločnica med simptomi in stranskimi učinki, saj se le-ti velikokrat med seboj prepletajo in delujejo v kombinaciji (Kocmur, Tavčar in Žmitek, 2000).



Slika 3: Prepletenost stranskih učinkov antipsihotikov s simptomi shizofrenije in depresije (Kocmur, Tavčar in Žmitek, 2000).

Številni klasični nevroleptiki, ki so bili razviti s sledenjem hipotezi o zasedanju dopaminskih receptorjev pri živalih, so privedli do številnih stranskih učinkov. Šele s klozapinom, prvim atipičnim antipsihotikom, je prišlo spoznanje, da učinkovitost zdravila in stranski učinki niso nujno povezani drug z drugim (Kocmur, 1997). Atipični antipsihotiki ne zdravijo le pozitivnih znakov, temveč vplivajo tudi na negativne znake shizofrenije, vse bolj pa tudi na kognitivne funkcije.

Razvoj in raziskovanje gre v smer atipičnih antipsihotikov in iskanja najugodnejšega profila afinitete do določenih tipov in podtipov receptorjev. Nova zdravila zagotavljajo enako ali boljšo učinkovitost v zdravljenju shizofrenije ter hkratno zmanjšujejo pomembne neželene učinke nevroloških stranskih učinkov (Kocmur, 1997).

Antipsihotična zdravila ne ozdravijo shizofrenije, so pa uspešna v kontroli pozitivnih znakov bolezni (blodnje, halucinacije) kot tudi v kontroli negativnih znakov (pomanjkanje volje in motivacije, umik v izolacijo). Preprečujejo ponovitev akutnih znakov shizofrenije tudi v kronični obliki bolezni (ŠENT, 1996).

2.1.7.2. PSIHOTERAPIJA

Globoke duševne motnje uspešno zdravimo z zdravili posebej v akutni fazi bolezni in so danes široko sprejeta oblika zdravljenja psihoz. Kljub njihovi učinkovitosti posebej v zgodnjih obdobjih bolezni, pa je jasno, da lahko najboljše uspehe dosegamo s sestavljenimi terapevtskimi tehnikami, ki upoštevajo tudi psihoterapevtske in socioterapevtske – torej celostne pristope (Kocmur, 1997).

Psihoterapija je pomembna oblika zdravljenja bolnikov s shizofrenijo (Švab, 2001). Splošen psihoterapevtski cilj je vzpostaviti dober odnos med bolnikom, njegovo družino in zdravnikom. Psihoterapija lahko pomaga bolniku, da doseže maksimalno funkcioniranje glede na njegove realne zmožnosti. Posebej pomembno je izobraževanje bolnika o bolezni. Uspešna socialna prilagoditev lahko zmanjša tveganje ponovnega zagona bolezni. S pomočjo psihoterapije se lahko bolnik nauči lažje živeti s svojo boleznijo, razvije socialne spretnosti, izboljša medosebne odnose, zmanjša socialno izolacijo in splošno izboljša kakovost življenja (Hotujac, 2004).

V psihoterapevtskem procesu se bolniki postopno učijo razumeti sebe in svoje težave ter razlikovati realno od nerealnega. Psihoterapija ni zamenjava za farmakoterapijo, ki je temelj zdravljenja shizofrenije, jo pa uspešno dopolnjuje (Hotujac, 2004).

Psihoterapevt spodbuja k raziskovanju najbolj težavnih in bolečih čustev ter izkušenj. Med takimi so lahko splošni občutki tesnobe in potrnosti ali specifični travmatični dogodki iz preteklosti. Obstaja veliko različnih vrst terapije: bodrilna terapija, skupinska terapija in družinska terapija, ki se razlikujejo po svoji metodi, vendar združujejo po skupnem cilju, da pomagajo doseči večjo neodvisnost bolnika ter omogočajo razumne, jasne odločitve v življenju (Lajovic, 2006).

2.1.7.3. REHABILITACIJA

Tretja oblika zdravljenja shizofrenije, ki se medsebojno dopolnjuje s psihoterapijo, je rehabilitacija, ki vključuje nemedicinske metode s poudarkom na socialnih veščinah in delovni rehabilitaciji.

Ukrepi v okviru rehabilitacije so zelo raznoliki in številni. Z njimi skušajo zdravstveni in socialni delavci zmanjšati breme stigmatizacije, ki zadane tako bolnika kot njegove bližnje. Z nekaterimi ukrepi bolniku omogočijo vire sredstev za preživetje, z drugimi skušajo vplivati na bolnikovo počutje, tretji pa so usmerjeni v okolje, v katerem bolniki živijo in vključujejo njihove najbližje (Dernovšek, 1996).

Rehabilitacija naj bi se začela že ob sprejemu bolnika v bolnišnico predvsem v obliki zagotavljanja varnega in spodbujajočega okolja. K bolnišničnemu zdravljenju nedvomno sodi tudi delo z družinami bolnikov, ki je zelo učinkovito predvsem pri zmanjševanju čustvenih napetosti, ki se pojavijo v obdobjih kriz, saj te ne prizadenejo le bolnikov, temveč močno vplivajo na celo družino (Kocmur, 1997).

Odhod iz psihiatrične bolnišnice v skupnost je zlasti za dolgotrajno hospitaliziranega bolnika s kronično psihozo eden izmed pomembnih življenjskih dogodkov. Večina bolnikov, ki zapuščajo psihiatrično bolnišnico, se želi vrniti domov, tudi če so domače razmere slabe, saj dom povezujejo z okrevanjem in normalnim življenjem. Če bolnik nima svojcev, so za njegovo rehabilitacijo pomembna druga okolja, kjer živi. To so npr. stanovanjske skupnosti, terapevtske skupine, domovi, delovno mesto ipd. Vrnitev v domače okolje zahteva od bolnika vključitev v vsakdanje življenje in delo, hkrati pa se mora naučiti živeti s svojo boleznijo (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Mnogi bolniki opisane zahteve zelo težko sami izpolnjujejo. Samo z enakopravnim sodelovanjem različnih strokovnjakov, družine, prijateljev in prostovoljnih delavcev lahko bolniku zagotovimo najboljši izid bolezni in s tem višjo kakovost življenja (Kogovšek in Kobentar, 1999). Programi zdravljenja, ki se v obdobju prehoda iz bolnišnice v

vsakdanje življenje prevešajo v rehabilitacijo, so prilagojeni posameznikovim potrebam in zmožnostim ter obsegajo različne komponente: vzdrževalno terapijo, zaposlovanje, druženje, delo z družino, zagovorništvo, skupine za samopomoč, izobraževanje, rekreacijo ipd.

Rehabilitacijska služba je uspešna, če pomaga bolniku, da se prilagodi in razreši njegove življenjske naloge kot so zaposlitev, stanovanje, druženje, izraba prostega časa in če je s tem ciljem sposobna slediti skupaj z bolnikom v zaporedju majhnih, previdnih korakov (Švab, 2001).

Glede na potek shizofrenije lahko le malo bolnikov upa na trajno ali popolno ozdravljenje. Pri večini bolezni napreduje v kronično fazo ali pa se bolj ali manj pogosto pojavlja. S sodobno terapijo danes strokovnjaki boleznim še ne morejo ozdraviti, lahko pa pri večini bolnikov pomembno vplivajo na njen potek in jim omogočijo zadovoljivo kakovost življenja. Z zdravljenjem lahko danes zelo zreduciramo ali odpravljamo simptome bolezni, hkrati pa vplivamo tudi na zmanjšano ponovljivost posameznih akutnih faz. Šele ko bolnik obvlada pozitivne simptome, kot so halucinacije in blodnje, postane dovzeten za psihoterapevtske in socioterapevtske ali rehabilitacijske metode zdravljenja (Tomori in Zihel, 1999). Cilj zdravljenja je, da se bolnik uspešno prilagaja okolju, kljub svoji občasni ali trajni drugačnosti, ter da premaguje številne neizbežne frustracije. Pri zdravljenju in vodenju bolnikov s shizofrenijo je potreben vsestranski pristop.

2.2. GIBALNA DEJAVNOST IN DUŠEVNI BOLNIKI

Gibalna dejavnost posameznika in družbe se danes promovira kot športna rekreacija, ki je v sodobnem svetu pomembna sestavina vse bolj promoviranega zdravega življenjskega sloga in kakovosti življenja mnogih ljudi ter izjemno dinamičnega družbenega dogajanja (Kajtna in Tušak, 2005).

Rekreativni šport posega v vse pore družbenega življenja in je zagotovo svojevrsten fenomen današnjega časa. Vključuje posameznike, ožje in širše družbene skupine ter različne sloje prebivalstva. V te dejavnosti so vključene različne vladne institucije in ustanove, nevladne organizacije, civilna družbena sfera oz. različne družbene in društvene organizacije ter različne športne organizacije. Potrebno pozornost pa temu področju namenjajo tudi posamezne strokovne, pedagoške in znanstvene institucije (Kajtna in Tušak, 2005).

2.2.1. VPLIV GIBALNE DEJAVNOSTI NA ZDRAVJE

Cilje športne rekreacije lahko opredelimo kot dejavnike, ki so usmerjeni v sprostitev, razvedrilo in v vzpostavljanje izgubljenega biopsihosocialnega ravnovesja ter zdravja ljudi. Ohranjanje in izboljšanje zdravja oziroma zdravstvenega stanja je eden temeljnih ciljev na področju športne rekreacije. Glede na omenjene cilje Berčič opozarja (Kajtna in Tušak, 2005) na mnoge pozitivne učinke gibalne dejavnosti, ki se kažejo kot dobro telesno stanje, psihično počutje in duševnost ter duhovni ustroj gibalno aktivnih. Poleg tega športna rekreacija učinkuje na imunski oziroma obrambni sistem, na uravnavanje telesne teže, na motorične in funkcionalne sposobnosti, sproža pozitivne emocije in bogati prijateljske vezi.

Prav tako tudi Dr. Ihan (2004) navaja ugodne učinke redne telesne vadbe na telesno in duševno sprostitev, kar vpliva na izboljšanje imunskega sistema. Kot zelo pomembno lastnost športne dejavnosti pa navaja povečano količino impulzov, ki iz telesa (mišic, sklepov, kože) prihajajo v centralno živčevje. Gibalna dejavnost s tem močno premakne ravnovesje med impulzi, ki jih dobivamo iz spominov, in tistimi, ki jih dobimo iz sedanjosti, v korist slednjih. Zato zlasti ljudje, obremenjeni z utrjenimi nevrotičnimi in travmatičnimi predstavami, kamor spadajo tudi duševni bolniki, s pomočjo športa postanejo bolj usmerjeni v sedanjost, v trenutno okolje in doživljanje.

Ugotovljeno je, da ljudje, ki so se navadili svojo energijo usmerjati v telesno naprežanje, lažje prenašajo duševne obremenitve in ob njih tudi ustreznejše ukrepajo. Opravljen telesni napor daje zadoščenje in zadovoljstvo obvladovanja, hkrati pa tudi občutek, da je posameznik nekaj opravil z lastnim trudom in prizadevanjem, kar ustvarja vir zaupanja vase tudi ob kasnejših stresnih obremenitvah (Ihan, 2004).

International Society of Sports Psychology (Cox, 1994) na podlagi ugotovitev o pozitivni povezanosti redne telesne vadbe in njenih pozitivnih psiholoških vplivih navaja šest trditev. Prvi dve trditvi navajata, da vadba zmanjšuje stanja zaskrbljenosti in nemira ter pozitivno vpliva v primerih blage do zmerne depresije. Tretja trditev pravi, da dolgotrajna vadba pozitivno vpliva na zmanjševanje nevrotičnih obolenj in anksioznih stanj, katerih bolezenska znaka sta nemir in zaskrbljenost. S pomočjo telesne aktivnosti lahko zelo učinkovito zdravimo različne depresije in zmanjšujemo različne indikatorje stresa. Zadnja ugotovitev potrjuje, da ima lahko telesna aktivnost pozitivne učinke v vseh starostnih obdobjih in pri obeh spolih enako.

V splošnem lahko rečemo, da redna telesna dejavnost vpliva na zdravje v najširšem smislu, pri čemer govorimo o telesnem, čustvenem, duševnem in socialnem zdravju (Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2001).

Telesno zdravje je povezano z delovanjem številnih organov in organskih sistemov. Posledica rednega športno rekreativnega udejstvovanja je boljša telesna kondicija in telesna pripravljenost, ki posledično vplivata na boljše telesno zdravje. Le-to pa pogojuje tudi boljše duševno zdravje, ki se kaže v sproščenosti, samozavesti, optimizmu, dejavnemu odnosu do življenja, vztrajnosti ipd. Gotovo so čustva pomemben del človekovega življenja in sestavni del njegovega celovitega zdravja. Športno udejstvovanje spodbuja čustvene reakcije in pozitivna čustva, kot so veselje, radost, zadovoljstvo in sreča, ki dajo pomemben prispevek k čustvenemu zdravju. Kot zadnje, pa zato nič manj pomembno, je socialno zdravje, ki ga s športom krepimo preko druženja s prijatelji, uveljavljanja, sodelovanja v skupini, sproščenih medsebojnih stikov in družinskega življenja.

2.2.2. LJUDJE S POSEBNIMI POTREBAMI IN ŠPORT

V življenju je drugačnost bodisi prednost ali težava, odvisno od tega, kako gledamo nanjo. Ne glede na drugačnost pa ima vsak človek potrebo in pravico po gibalni dejavnosti. V športu iščejo svoje mesto in priložnosti tudi ljudje z nekaterimi spremembami in omejitvami vedenjskega, telesnega ali duševnega značaja. Narava različnih težav, telesnih, duševnih ali vedenjskih, naj ne izloča športa, temveč le poglobi in prilagodi njegove dejavnosti (Vute, 1999).

Filozofija prilagojene športne dejavnosti temelji na prepričanju, da se vsi ljudje lahko naučijo športnih dejavnosti in tako obogatijo svoje življenje. K temu odločilno prispevajo voditelji teh dejavnosti, npr. učitelji in trenerji, vendar le, če jih znajo prilagoditi in ustvarjalno predstaviti (Vute, 1999).

Cela vrsta raziskav na različnih skupinah prebivalstva, moških in žensk ter v različnih starostnih obdobjih, je razkrila mnoge pozitivne učinke na posamezne razsežnosti njihovega psihosomatičnega statusa. Hkrati pa je potrdila pravilnost izbora poti tistih, ki so redno gibalno udejstvovanje vključili v vsakdanje življenje ljudi povsod tam, kjer ti živijo in delajo (Berčič, Tušak in Karpljuk, 1999).

Redna gibalna dejavnost je sestavni del rehabilitacije bolnika, ki v osnovi ni zdravljenje, temveč mobilizacija telesnih, duševnih, socialnih in poklicnih sposobnosti, ki prizadetega usposablja za samostojno življenje (Vute, 1999). Rehabilitacija z dobro izbranimi in prilagojenimi športnimi vsebinami tako omogoča boljšo telesno pripravljenost, večjo zavzetost za lastno usposabljanje, boljše sodelovanje z drugimi, zmanjšanje neželenih psihičnih reakcij, izboljšanje usklajenosti gibov, večjo samoiniciativnost in ne nazadnje večjo samostojnost.

Različne raziskave so potrdile vpliv na izboljšanje delovnih sposobnosti, boljše prilagajanje paraplegikov v okolju, v katerem živijo, izboljšanje motoričnih in funkcionalnih sposobnosti ter nekaterih psiholoških značilnosti. Ugotovljeno je bilo, da vse vrste rehabilitacij potekajo uspešneje ob dobri pripravljenosti organizma (Berčič, Tušak in Karpljuk, 1999). Glede na izsledke teh raziskav lahko sklepam, da gibalna dejavnost pozitivno vpliva tudi na telesno in duševno stanje psihično prizadetih ljudi.

Svet Evrope (Council of Europe) je v letih 1987 in 1995 posebej za športno dejavnost ljudi s posebnimi potrebami sprejel dokument, ki ga v nameri uveljavljanja, razvijanja in formalne ureditve tega področja, pošilja svojim članicam, tudi Sloveniji (Vute, 1999). Dokument se v večini nanaša na telesno prizadete ljudi, vendar se nekatere postavke nanašajo tudi na duševne bolnike.

Vute (1999) v nadaljevanju navaja povzetke omenjenega dokumenta. Prizadevati si je potrebno, da se bodo s športom za ljudi s posebnimi potrebami (telesna, duševna, senzorna, organska, psihosomatska prizadetost) seznanile vse zainteresirane ter pomembne javne in zasebne ustanove. Hkrati je potrebno ustvariti primerne možnosti za vključevanje ljudi s posebnimi potrebami v različne oblike športa ter vzpodbujati sodelovanje različnih strok pri športu za ljudi s posebnimi potrebami (vključitev zdravstva, socialnih dejavnosti in šolstva). V nadaljevanju navaja kot pomembno tudi vzpodbujati znanstveno-raziskovalno delo o vplivih športa na vse skupine ljudi s posebnimi potrebami, omogočiti prilagojeno športno vzgojo v vrtcih in šolah za vse otroke s posebnimi potrebami in vzpodbujati izobraževanje vaditeljev za delo v športu z ljudmi s posebnimi potrebami.

Na posebne potrebe lahko in moramo gledati iz različnih zornih kotov. Obravnavamo jih ne samo iz medicinskega, temveč tudi psihološkega, sociološkega, socialnega, gospodarskega, pravnega, pedagoškega, športnega, kulturnega in drugih stališč. Vključevanje ljudi s posebnimi potrebami v prilagojene športne programe odpira vrsto možnosti, pred vodje dejavnosti pa postavlja dodane zahteve. Zastavljene športne cilje

je mogoče doseči po različnih poteh, pri čemer telesna in duševna sposobnost nista odločilni, hkrati pa si prizadevamo ohraniti vso privlačnost, ki jo šport daje (Vute, 1999).

2.2.3. VPLIV GIBALNE DEJAVNOSTI NA SHIZOFRENE BOLNIKE

Redna gibalna dejavnost je aktivnost, ki se je človek loti zato, ker v njej uživa, in ne zato, da bo nekaj naredil. Bolniki s shizofrenijo zaradi negativne simptomatike pogosto ne vedo, kaj početi v prostem času oziroma ga preživljajo v pretiranem poležavanju in pasivnosti (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Ustrezna telesna dejavnost in zadostna razgibanost sta pogoja za zdrav potek večine funkcij človeškega telesa. Dobro je znan njun vpliv na presnovne procese, delovanje srca in dihalnih organov ter na mišični in kostni sistem gibalnega aparata. Vse več pa je zbranih ugotovitev strokovnih raziskav, usmerjenih na koristi telesne dejavnosti za človekovo duševnost. Argumentirani podatki o omenjenih pozitivnih vplivih niso našli mesta le v spremenjeni ozaveščenosti ljudi, temveč se vključujejo v mnoge sistematične terapevtske pristope zdravljenja različnih telesnih, duševnih in psihosomatskih bolezni (Tomori, 1990).

Bolnik s shizofrenijo ima vsakdanje človeške potrebe, ker je človek, individualne potrebe, ker je edinstven, in posebne potrebe, ker je bolan. Bolezen predstavlja resno grožnjo njegovemu občutku varnosti in preživetju. Večina duševnih bolnikov je vsaj enkrat v življenju sprejeta v psihiatrično bolnišnico. Navadno je prva hospitalizacija takoj po začetku bolezni (Groznič, 1998). Hospitalizacija bolnika oddalji od njegovih običajnih virov zadovoljstva, kot so dom, družina in služba, kar zahteva temeljne spremembe življenjskega sloga, saj dotedanjo neodvisnost pogosto zamenja odvisnost od drugih. Cilj bolnišnične rehabilitacije je tako zagotavljanje telesnih, čustvenih, socialnih in duhovnih potreb bolnika (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Pomembno vlogo igra bolnišnično osebje tudi pri rehabilitaciji gibalnega življenja oz. gibalnih navad bolnika. Pomembno je, da bolnišnično osebje prepozna bolnikove interese za socialne aktivnosti in rekreacijo, njegove hobije, da ugotovi kateri del dneva bi bil najustreznejši za rekreacijo in kakšne možnosti so v sedanjih okoliščinah. Usposabljanje bolnika za preživljanje njegovega prostega časa pomeni tudi njegovo osebno izpolnitev (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Tomorijeva (1990) navaja številne psihološke koristi gibalne dejavnosti. Le-ta spodbuja zaupanje vase, čustveno stabilnost, samostojnost, dobro razpoloženje, samoobvladovanje, delovno učinkovitost in usmeritev zdrave agresivnosti, ter hkrati zmanjšuje tesnoba, depresivnost, utrudljivost in pasivnost.

Številne študije so prepričljivo dokazale, da ustrezna gibalna dejavnost zmanjšuje občutja tesnobe in povečuje človekove sposobnosti za odpravljanje neprijetnih tesnobnih doživetij (Tomori, 1990). Bolniku s shizofrenijo telesna dejavnost pomaga odvrniti pozornost od bolezenskega doživljanja, ki je izvor tesnobe in bojazni. Poleg tega pa mu daje občutek, da stvari obvladuje, kar je najboljša obramba pred tesnobo.

Antidepresivni učinek je eden najbolj znanih učinkov telesne aktivnosti na področju duševnosti. Predpisovanje rednega gibanja vključujejo v zdravljenje depresivnih bolnikov, kamor spadajo tudi bolniki s shizofrenijo, tudi psihoterapevti. Ugoden vpliv takih spodbud je pogosto močnejši, odločilnejši, predvsem pa manj škodljiv kot delovanje raznih kemičnih sredstev in zdravil, s katerimi poskušajo oboleli lajšati svoja doživljanja obupa, brezvoljnosti in potrnosti (Tomori, 1990).

Raziskave International Society of Sports Psychology na bolnikih z depresijo ter o bolezenskih znakih zaskrbljenosti in napetosti (Wienberg, Jackson in Kolodny, 1988, v Cox, 1994) so pokazale pozitivne vplive v smislu vidnega zmanjšanja napetosti, zmedenosti, utrujenosti, zaskrbljenosti, depresije in jeze po trideset minutnem teku. Pri vadbi se je ohranjala visoka stopnja energije. Druga študija (Berger, Friedmann in Eaton, 1988, v Cox, 1994) je pokazala pozitivne vplive, ki so se kazali v dolgotrajnem zmanjšanju negativnega psihološkega razpoloženja. V obeh raziskavah je bil kot sredstvo vadbe uporabljen lahkotni tek.

Cox (1994) izhaja iz razmišljanja, da je neustrezno pričakovati velike razpoloženske spremembe pri zdravi osebi. Če pa obravnavamo duševnega bolnika, s psihološko nestabilnostjo, je izboljšanje njegovega razpoloženja veliko večje.

Pri ocenjevanju ugodnega vpliva telesne dejavnosti na depresivnost, pa ne moremo mimo dejstva, da je že za samo uresničenje telesne dejavnosti potrebna močna motivacija, pripravljenost za spoprijemanje z neugodnim razpoloženjem ter zadostna vztrajnost. Globoko depresivnim ljudem vseh teh lastnosti najbolj manjka, zato v najhujšem depresivnem stanju niso sposobni uresničevati zadanega cilja (Tomori, 1990). V takem primeru je potreben nujen pozitiven vpliv drugih terapevtskih pristopov in pomoč drugih ljudi.

Bolniki s shizofrenijo imajo velikokrat zelo porušeno samozavest (Švab, 2001). Naloga rehabilitacije je tako med drugim tudi ta, da poveča samozavest, kar lahko uresniči tudi z redno gibalno aktivnostjo. Ustrezna telesna dejavnost daje posamezniku neposredno izkušnjo lastne sposobnosti, posredno pa splošnega zadovoljstva in zadoščenja. Izkušnja obvladane šibkosti in premagane nemoči na telesnem področju zmanjša možnost podcenjevanja in tako prispeva k dvigu samospoštovanja (Tomori, 1990).

Psihiatrične bolnišnice uporabljajo telesno aktivnost kot delovno terapijo. Delovna terapija je organizirana psihična in fizična aktivnost, medicinsko predpisana in strokovno vodena, katere cilj je, da si bolnik hitreje in bolje opomore po bolezni ali poškodbi (Kogovšek in Škerbinek, 2002). Delovna terapija je posebna oblika obravnave v zdravljenju, pri kateri se izkoriščajo ustvarjalne spretnosti in ostale sposobnosti bolnika, razvijajo se zanimanja, poglobijo se nagnjenja in sposobnosti bolnika (Kogovšek in Kobentar, 1999).

V celotni medicinski in socialni rehabilitaciji bolnikov s shizofrenijo ima delovna terapija pomembno vlogo. Bolnik je v delovnih aktivnostih neodločen, čustveno otopel, je indiferenten do okolice, umika se od realnosti in družbe, hkrati pa je včasih popolnoma dezorganiziran in neiznajdljiv. Zaradi vsega tega je delo s shizofrenim bolnikom pogosto težko in zahteva popolno predanost delovnega terapevta. Pri teh bolnikih ne moremo pričakovati hitrih in velikih rezultatov, saj so pogosto nespretni, nesamostojni, pasivni, delo pa otežuje tudi njihova duševna simptomatika (Kranjc, 2000).

Aktivnosti pri shizofrenih bolnikih ne smejo biti pomirjujoče ali avtomatične, ker pozornost usmerjajo v bolezensko doživljanje. Organizirati je potrebno kar se da redno razgibavanje, uvajati različne telesne aktivnosti, od sprehodov do sodelovanja v različnih športnih igrah in ostalih športnih zvrsteh (Kogovšek in Kobentar, 1999). Veliko duševnih bolnikov se po odpustu iz bolnišnice priključi raznim društvom ali organizacijam, kjer opravljajo dela oz. aktivnosti, katere so ponotranjili v času bolnišničnega zdravljenja.

Pomembno vlogo igra redna gibalna dejavnost pri zdravljenju ekstrapiramidnih stranskih učinkov, to je tistih, ki vplivajo na gibalni aparat. Eden izmed načinov je uporaba farmakoloških sredstev (zdravil), ki učinkovito zmanjšajo neprijetne občutke, hkrati pa nevarno vodijo do odvisnosti. Drugi način je redna telesna dejavnost.

Bolniki s psihozo, kot posledico jemanja farmakoloških sredstev, nemalokrat občutijo telesno vezanost in togost, ki jo lahko omilijo prav s telesnim razgibavanjem (Tomori, 1990). Približno 40% bolnikom se poveča telesna teža, k čemur poleg zdravil pomembno pripomore manjša aktivnost v obdobju bolezni. Prav zato je v fazi remisije,

ko se simptomi izboljšajo in je bolnik bolj dojemljiv za zdravljenje, zelo pomembna telesna aktivnost, ki vsaj delno preprečuje pojav debelosti (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Zdravila za zdravljenje duševnih motenj vplivajo tudi na budnost. Bolniki so pogosto zaspani in ležijo tudi podnevi. Dnevne dejavnosti morajo biti razporejene tako, da spodbujajo vsestransko aktivnost: telovadba, igre z žogo, tek, sprehod ipd. Le tako organizirano pripravljen načrt lahko pripelje bolnika do samokontrole spanja (Kogovšek in Kobentar, 1999).

Čustvena napetost, tesnoba, brezvoljnost, občutja nemoči, razburljivost, pobitost in nezadovoljstva so stalne značilnosti bolnika, obolelega za shizofrenijo. Oboje je tesno povezano: boljše duševno stanje je pogojeno z dobrim telesnim zdravjem in zadostno telesno prilagodljivostjo ter obratno (Tomori, 1990). Navajanje bolnikov na redno gibalno dejavnost je zahteven in dolgotrajen proces, ki se začne s prihodom v psihiatrično bolnišnico in nadaljuje v nadaljnji fazi rehabilitacije zunaj nje. Zaradi pomanjkanja motivacije in življenjske energije je bolniku potrebna pomoč rehabilitacijskih služb in posameznikov, ki si vseskozi prizadevajo, da bolnik čimbolj polno preživi svoj prosti čas. Gibalna dejavnost bogati vsakdan in s svojimi pozitivnimi vplivi dviguje kakovost življenja.

3. CILJ DIPLOMSKEGA DELA

Z duševno motnjo sem se srečala že v svoji mladosti, a sem bila takrat še premlada za podrobnejši pogled v samo bolezen. Z leti opazovanja zunanjih posledic shizofrenije se mi je porajalo vedno več vprašanj o samemu pojavu bolezni, o njenem poteku in možnostih zdravljenja. Občutek nemoči me je gnal v nadaljnja poizvedovanja, s pomočjo katerih sem spoznala, da zdravljenje shizofrenije zajema paleto različnih metod in vključuje številne strokovne delavce, ki lahko le družno pripomorejo k zdravljenju njenih simptomov.

Med iskanjem literature o možnostih zdravljenja sem zasledila, da je na področju vpliva gibalne dejavnosti na duševne bolnike, še posebej pa na obolele s shizofrenijo, zelo malo raziskanega. Ker me je tema zelo zanimala, sem se odločila, da jo globlje raziščem v svojem diplomskem delu. Zaradi majhnega števila podatkov o gibalni dejavnosti duševnih bolnikov ter o njenih vplivih na njihovo zdravje, sem se odločila za dve raziskovalni metodi: anketni vprašalnik in študijo primera.

Želela sem ugotoviti:

- potrebe in želje duševnih bolnikov po gibalni aktivnosti,
- količino ukvarjanja z gibalno dejavnostjo,
- za katero obliko telesne aktivnosti se bolniki najraje odločajo in
- vpliv redne gibalne dejavnosti na počutje bolnikov s shizofrenijo.

Zaradi problematike v diagnosticiranju duševne bolezni, sem se na podlagi pogovora z bolnišničnem osebjem Psihiatrične bolnišnice Idrija odločila, da anketni vprašalnik izvedem na odprtem oddelku omenjene bolnice, kjer so hospitalizirani duševni bolniki z različnimi oblikami duševnih bolezni. Drugi del raziskovalnega dela je študija primera, ki se nanaša le na eno osebo. Zaradi majhnega vzorca rezultati pri obeh metodah niso reprezentativni za celotno populacijo, tako duševnih bolnikov na splošno, kot shizofrenih bolnikov, vendar so lahko smernica za nadaljnje raziskave na širšem vzorcu ljudi, kot tudi realen primer telesnih in duševnih posledic bolnika, obolelega za shizofrenijo, na predpisano športno – rekreativno vadbo.

Namen diplomskega dela je ugotoviti, koliko so duševni bolniki gibalno aktivni, s kakšnimi oblikami gibalne aktivnosti se najraje ukvarjajo, kako sami doživljajo učinke športne aktivnosti na telesno, duševno, čustveno in socialno zdravje ter kakšne so njihove potrebe in želje po gibalni aktivnosti. V literaturi sem dobila številne podatke o

izvajanju rekreativne delovne terapije, ki se v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji na športnem področju izvaja v obliki jutranje telovadbe in vsakodnevnih sprehodov, vendar na žalost nisem zasledila nobene raziskave o njenih vplivih na zdravje bolnikov, kot tudi ne o njihovih željah, potrebah ali dejanski aktivnosti izven bolnišnice. Poleg splošnih informacij o gibalni aktivnosti duševnih bolnikov pa sem želela ugotoviti tudi, kakšni so dejanski učinki redne, organizirane športne aktivnosti na počutje shizofrenega bolnika. V številni literaturi so omenjeni ugodni učinki redne telesne aktivnosti na duševno, čustveno in socialno počutje ljudi, vendar se le malo raziskav nanaša konkretno na bolnike, obbolele za shizofrenijo.

4. DELOVNE HIPOTEZE

Hipoteza 1 (H1) = Duševni bolniki se ukvarjajo z gibalno dejavnostjo.

Hipoteza 2 (H2) = Duševni bolniki imajo željo po pogostejšem ukvarjanju z gibalno dejavnostjo.

Hipoteza 3 (H3) = Redna gibalna dejavnost pozitivno vpliva na počutje bolnikov s shizofrenijo.

5. METODE DE LA

5.1. VZOREC MERJENCEV

V svoji diplomski nalogi sem uporabila dve raziskovalni metodi: anketni vprašalnik in študijo primera. Glede na različni raziskovalni metodi se razlikujeta tudi vzorca merjencev.

Za svojo raziskavo v diplomski nalogi sem izbrala Psihiatrično bolnišnico Idrija. Bolnišnica je od osamosvojitve naprej javni zdravstveni zavod, ki deluje že 50 let. Idrijska bolnišnica zajema gravitacijsko območje 308.000 prebivalcev Severne in Južne Primorske, Idrijsko – Cerkljanske in Notranjske regije. V povprečju je dnevno zasedenih 194 postelj, kar jo uvršča na drugo mesto po velikosti psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji. Bolnišnična dejavnost se izvaja v šestih oddelkih.

Prvi del raziskave sem izpeljala s pomočjo anketnega vprašalnika, katerega sem izvedla na vzorcu bolnikov Psihiatrične bolnišnice Idrija iz psihoterapevtskega oddelka S IV. Hospitalizirani bolniki so si različni po starosti, spolu, izobrazbi, kot tudi naravi bolezni. V času od začetka maja 2007 do konca junija 2007 je v raziskavi sodelovalo 32 merjencev, od tega 20 žensk in 12 moških, katerih povprečna starost znaša 39,1 let. Približno 70% merjencev je bilo več kot enkrat hospitaliziranih. V času izpolnjevanja anketnega vprašalnika so se vsi zdravili v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

Drugi del raziskave sem izpeljala s pomočjo študije primera, v kateri je sodeloval samo en merjenec. Zaradi varovanja podatkov bom njegove podatke navajala brezimensko v moškem spolu.

Merjenec je star 30 let. Zaključil je poklicno šolo in je trenutno brezposeln. Živi pri starših. Bolezenski znaki so se pojavili že pri 16 letih. Od takrat je bil štirikrat hospitaliziran, nazadnje pred malo manj kot letom dni. Bolezen nadzira s pomočjo zdravil ter psihoterapije in poskuša živeti normalno življenje. Od prihoda iz bolnišnice domov obiskuje delovni center društva Vezi. V mladosti se je merjenec fizično rekreiral v krogu družine, vendar je s pojavom bolezenskih znakov začel športne aktivnosti opuščati. V vmesnih obdobjih stagnacije bolezni je neredno, vendar dokaj pogosto, izvajal gibalno aktivnost v obliki sprehodov po naravi. V zadnjem letu je tudi to opustil, vse do začetka raziskave.

5.2. INSTRUMENTI

5.2.1. PRIPOMOČKI

Anketni vprašalnik o gibalni dejavnosti duševnih bolnikov sem sestavila sama za potrebo diplomske naloge. Glede na značilnosti je to kombinirana anketa, ki večinoma vsebuje vprašanja zaprtega tipa, kjer so možni odgovori že vnaprej določeni, z možnostjo odprtega tipa, če odgovora ni navedenega med naštetimi. Pri vprašanjih, ki se nanašajo na stranske učinke, motive merjencev in njihova lastna razmišljanja, sem uporabila številsko ocenjevalno lestvico, kjer so posamezne stopnje določene s številko.

Anketni vprašalnik obsega vprašanja, ki se nanašajo na osnovne podatke o merjencih, na njihovo gibalno dejavnost pred vstopom v bolnišnico in same želje po gibalni dejavnosti v prihodnosti. Poudarek je na zadnjih dveh sklopih vprašanj, kjer je pomembna oblika in količina gibalne dejavnosti pred vstopom v bolnišnico, ter želja po gibalni dejavnosti po odhodu iz bolnišnice.

a) Osnovni podatki

Vprašanja se nanašajo na posameznikovo starost, spol, leto prve hospitalizacije in občutenje stranskih učinkov jemanja zdravil z vidika motorike.

b) Gibalna dejavnost sedaj (pred prihodom v bolnišnico)

Naziv drugega sklopa vprašanj sem poimenovala napačno, saj je beseda »sedaj« zmedla anketirane bolnike. V bolnišnici se namreč bolniki vsakodnevno gibalno rekreirajo v obliki jutranje telovadbe in popoldanskih sprehodov, kar ne prikazuje realne slike o njihovem splošnem gibalnem življenju. Zaradi tega smo vsakemu anketirancu posebej poudarili, naj razmišlja o svoji gibalni aktivnosti pred zadnjim (pri nekaterih prvem) vstopom v psihiatrično bolnišnico.

Na to področje se nanaša 6 vprašanj. Zanimajo nas vrsta, pogostost in oblika telesne aktivnosti, s katero se v življenju ukvarjajo. V nadaljevanju vprašanja obsegajo lastno razmišljanje in občutenja o vplivu gibalne dejavnosti na počutje in neugodne stranske učinke jemanja zdravil ter njihove motive za ukvarjanje s športno aktivnostjo.

c) Želja po gibalni dejavnosti

V tem sklopu so tri vprašanja, ki se nanašajo na željo oz. potrebo po gibalni dejavnosti v prihodnosti. Merjence sprašujemo, ali se sploh želijo pogosteje ukvarjati s fizično aktivnostjo, s katero vrsto in kako pogosto.

Pri študiji primera sem uporabila Brunelovo lestvico počutij, ki meri 6 dimenzij počutja. Merjenec je izpolnjeval vprašalnik s 24 različnimi počutji, ki jih je ocenjeval po številski ocenjevalni lestvici. Ocene počutij dajo informacijo o šestih dimenzijah: napetosti, jezi, utrujenosti, depresivnosti, živahnosti in zmedenosti.

5.2.2. POSTOPEK

V prvem delu raziskovalne naloge o gibalni dejavnosti duševno bolnih ljudi je sodelovalo 32 merjencev. Vzorec sem izbrala na podlagi časa, ki sem ga imela na voljo. Anketne vprašalnike smo prvič izpolnjevali v začetku maja 2007 s skupino 10 bolnikov iz psihoterapevtskega oddelka Psihiatrične bolnišnice Idrija S IV. Po uvodnem pogovoru o namenu raziskovalnega dela sem udeležencem predstavila anketni vprašalnik in podrobneje razložila način izpolnjevanja. Moja prisotnost pri izpolnjevanju vprašalnika je bila dobrodošla, saj so imeli nekateri bolniki težave pri razumevanju vprašanj in pri koncentraciji za izpolnjevanje vprašalnika.

Kot sem že omenila v prejšnjem poglavju, je bila potrebna dodatna pojasnitev drugega sklopa vprašanj o sedANJI gibalni dejavnosti. Z delovno terapeutko sva še posebej poudarili, da se vprašanja o vrsti, obliki in pogostosti gibalne dejavnosti nanašajo na obdobje pred prihodom v bolnišnico, saj je njihov namen pridobiti podatke o gibalni dejavnosti duševnih bolnikov v vsakdanjem življenju.

Na podlagi prvega izpolnjevanja vprašalnikov sem se z delovno terapeutko, zaposleno v omenjeni bolnišnici, dogovorila, da predstavi raziskovalno nalogo vsem bolnikom, ki naknadno pridejo v oddelek, individualno in skupaj z njimi tudi izpolni vprašalnike (v primeru nejasnosti ali dodatnih vprašanj).

Do konca junija 2007 je anketni vprašalnik izpolnilo preostalih 22 merjencev, ki so želeli sodelovati v raziskavi. Vsi anketni vprašalniki so bili izpolnjeni v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

V drugem delu raziskovalne naloge, kjer sem želela pridobiti konkretne podatke o vplivih redne gibalne aktivnosti na shizofrene bolnike, je sodeloval le en merjenec. Študijo primera sva izvajala skozi daljše časovno obdobje, od začetka marca 2007 pa vse do konca maja 2007.

V trimesečnem obdobju je merjenec trikrat tedensko izvajal vsaj trideset minutno gibalno aktivnost v obliki sprehodov po naravi. V prvem mesecu sva gibalno aktivnost izvajala

skupaj, saj je merjenec potreboval informacijo o primerni intenzivnosti in trajanju fizične aktivnosti. V preostalih dveh mesecih je merjenec izvajal vadbo sam, z mano ali v družbi svojih družinskih članov. Navadno je bil gibalno aktiven v sredo, petek in nedeljo, s povprečnim časom 50 min.

Učinke fizične vadbe sem sproti spremljala z Brunelovo lestvico počutij. Pred začetkom vsake gibalne aktivnosti in takoj po koncu je merjenec izpolnil vprašalnik o svojem počutju. Od 5. marca 2007 do 27. maja 2007 je merjenec izvedel 36 sprehodov v naravi po razgibanem terenu, s primerno intenzivnostjo (min 65% FSU max) ter izpolnil 72 vprašalnikov Brunelove lestvice počutij.

Podatki so bili dobljeni na dva načina. V prvem delu raziskave o gibalni aktivnosti duševnih bolnikov so bili podatki dobljeni z anonimnim anketnim vprašalnikom. Bili so logično pregledani in vneseni v računalnik. V drugem delu raziskave o vplivu gibalne dejavnosti na počutje shizofrenega bolnika pa so bili podatki pridobljeni z vprašalnikom Brunelove lestvice počutij.

Računalniška obdelava je bila opravljena s programskim paketom SPSS 14.0. Pri obdelavi podatkov iz anketnega vprašalnika smo uporabili opisno-deskriptivno statistiko, ANOVA za ugotavljanje razlik med spoloma ter faktorsko analizo variance pri počutju in motivaciji. Razlike v rezultatih posameznih dimenzij počutja pred vadbo in po njej so bile ocenjene s T-testom za odvisne vzorce. Grafična predstavitev je bila pripravljena s programom EXCELL.

6. REZULTATI IN RAZPRAVA

V nadaljevanju bodo predstavljene pomembnejše ugotovitve na osnovi anketnega vprašalnika in vprašalnika Brunelove lestvice počutij. V prvem delu so predstavljeni rezultati o vsakdanji gibalni aktivnosti duševnih bolnikov in njihovih željah za prihodnost. V drugem delu sledi primerjava med spoloma in faktorska analiza vpliva gibalne dejavnosti na počutje ter motivov za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo. Tretji del pa predstavlja pomembne razlike v počutju shizofrenega bolnika pred in po redni gibalni dejavnosti skozi trimesečno obdobje vadbe.

6.1. ANALIZA GIBALNE DEJAVNOSTI DUŠEVNIH BOLNIKOV IN NJIHOVIH ŽELJA ZA PRIHODNOST

Podatki o gibalni aktivnosti duševnih bolnikov in njihovih željah o gibalni dejavnosti v prihodnosti so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V anketi je sodelovalo 32 bolnikov, od tega 20 žensk in 12 moških.

6.1.1. GIBALNA DEJAVNOST PRED PRIHODOM V BOLNIŠNICO

Anketirancem smo postavili vprašanje, s katero vrsto gibalne aktivnosti se najpogosteje ukvarjajo. Izbrali so si lahko več aktivnosti.

Tabela 2: Podatki o vrsti gibalne dejavnosti

	število	%
Hoja	25	78,1
Kolesarjenje	10	31,3
Plavanje	9	28,1
Tek	6	18,8
Fitnes	6	18,8
Športne igre	4	12,5
Aerobika	3	9,4

Med 32 bolniki se jih kar 25 (78,1 %) ukvarja s hojo. Tej gibalni dejavnosti sledijo aktivnosti, ki imajo dosti nižjo procentualno vrednost. Na drugem mestu je kolesarjenje, s katerim se ukvarja 10 bolnikov (31,3 %), na tretjem pa plavanje, s katerim se ukvarja 9

bolnikov (28,1 %). Dva anketiranca (6,3 %) se ne ukvarjata z nobeno športno aktivnostjo.

V Sloveniji od leta 1974 naprej poteka sistematično preučevanje športnorekreativne dejavnosti. V primerjavi z zbranimi podatki iz leta 2000 (Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2001), se duševni bolniki po izbiri športne aktivnosti ne razlikujejo od populacije odraslih prebivalcev Slovenije, ki prav tako na prva tri mesta uvršča hojo, plavanje in kolesarjenje.

V nadaljevanju smo spraševali o pogostosti gibalne aktivnosti. Anketiranci so imeli na voljo 7 odgovorov, ki so zajemali pogostost od popolne športne neaktivnosti do vsakodnevne športne aktivnosti.

Tabela 3: Podatki o pogostosti gibalne dejavnosti

	število	%
1 – nikoli	2	6,25
2 – 1-krat do nekajkrat letno	0	0
3 – 1-krat do 3-krat mesečno	2	6,25
4 – 1-krat tedensko	8	25
5 – 2-krat do 3-krat tedensko	7	21,9
6 – 4-krat do 6-krat tedensko	5	15,6
7 – vsak dan	8	25

Rezultati anket so pokazali, da se 8 bolnikov (25 %) ukvarja z gibalno dejavnostjo vsak dan, 7 bolnikov (21,9 %) 2 do 3 krat tedensko in 8 bolnikov (25 %) enkrat tedensko. Rezultati prikazujejo pogosto udejstvovanje duševnih bolnikov na športnem področju.

V poglavju o vsakdanji gibalni dejavnosti duševnih bolnikov smo spraševali tudi o obliki gibalne dejavnosti, s katero se anketiranci najraje ukvarjajo. Na izbiro so imeli več možnih odgovorov.

Tabela 4: Podatki o obliki gibalne dejavnosti

	število	%
Organizirano rekreativno	10	31,3
Neorganizirano s prijatelji	8	25
Neorganizirano v krogu družine	4	12,5
Neorganizirano sam/-a	21	65,6
Drugo	3	9,4
Se ne ukvarjam	2	6,3

Med naštetimi oblikami gibalne dejavnosti je kar 21 bolnikov (65,6 %) naklonjeno neorganizirani samostojni obliki rekreacije. Sledita ji organizirana rekreativna oblika (31,3 %) in neorganizirana oblika rekreacije v družbi prijateljev (25 %).

Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da duševni bolniki najraje izvajajo aktivnosti sami. Zaradi manjše samozavesti se zapirajo vase in posledično s tem odmikajo od ljudi, ki jih obdajajo. Razlog za socialni in čustveni umik shizofrenih bolnikov je v negativnih simptomih, ki so sestavni del bolezni. Težave v komuniciranju, sprejemanju informacij, pri odločanju, načrtovanju in motiviranju zbujejo pri bolniku strah. Zaradi omenjenih ovir postane bolnik zmeden in nezaupljiv do ljudi okrog sebe, zaradi česar se nemalokrat zapira sam vase. Od tod tudi aktivnosti, med drugim tudi športne dejavnosti, najraje izvajajo sami.

Za organizirano rekreativno obliko gibalne dejavnosti se odloča 31 % anketirancev. Na področju športne rekreacije je omenjena oblika najbolj cenjena (Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2001). Prednosti organizirane oblike rekreacije so predvsem v strokovnem vodenju, varni vadbi in možnosti primerjave glede na učinke. Hkrati je vadba načrtovana in vodena, njene učinke pa je v vsakem delu rekreativnega procesa mogoče meriti, analizirati in vrednotiti. Rekreativna oblika se prilagaja vsakemu posamezniku posebej in njegovim fizičnim ter psihičnim sposobnostim in je zato še posebej primerna za duševne bolnike.

6.1.2. ŽELJA PO GIBALNI DEJAVNOSTI

Tretji sklop vprašalnika predstavlja želja po gibalni dejavnosti duševnih bolnikov po odhodu iz bolnišnice. Sklop vsebuje tri vprašanja. S prvim vprašanjem smo dobili podatke o tem, ali imajo duševni bolniki sploh željo po pogostejši gibalni dejavnosti.

Izmed 32 anketiranih se jih kar 23 (71,9 %) želi pogosteje ukvarjati z gibalno dejavnostjo.

V nadaljevanju smo anketirance vprašali o želji glede pogostosti ukvarjanja z gibalno dejavnostjo po odhodu iz bolnišnice. Izmed sedmih naštetih odgovorov so se morali odločiti le za enega.

Tabela 5: Podatki o želji po pogostosti gibalne dejavnosti

	število	%
1 – nikoli	2	6,2
2 – 1-krat do nekajkrat letno	0	0
3 – 1-krat do 3-krat mesečno	0	0
4 – 1-krat tedensko	4	12,5
5 – 2-krat do 3-krat tedensko	7	21,9
6 – 4-krat do 6-krat tedensko	3	9,4
7 – vsak dan	16	50

Že pri prejšnjem vprašanju so rezultati pokazali, da se bolniki Psihiatrične bolnišnice Idrija želijo bolj pogosto ukvarjati z gibalno dejavnostjo, kar je dodatno potrdil tudi dobljen podatek o željeni pogostosti, kjer si polovica bolnikov (50 %) želi vsakodnevne gibalne dejavnosti. Na drugem mestu ji sledi 2 do 3 krat tedensko ukvarjanje z gibalno dejavnostjo, za katero se je odločilo 7 bolnikov (21,9 %) in na tretjem enkrat tedensko ukvarjanje, katero so izbrali 4 bolniki (12,5 %). Le dva bolnika se ne želita športno aktivirati.

Če primerjamo podatke o pogostosti gibalne dejavnosti duševnih bolnikov oz. o dejavnosti bolnikov pred prihodom v bolnišnico in njihovih željah po odhodu iz bolnišnice, so razlike velike. Med 32 anketiranimi jih je bilo pred prihodom v psihiatrično bolnišnico 8 (25 %) gibalno aktivnih vsak dan in 7 (21,9 %) 2 do 3-krat dnevno, medtem ko si kar 16 bolnikov (50 %) želi biti gibalno aktivnih vsak dan.

Zadnje vprašanje v sklopu želja je bila sama izbira aktivnosti, s katerimi se želijo bolniki ukvarjati v prihodnosti. Vprašanje je bilo odprtega tipa, kar pomeni, da so anketiranci lahko napisali največ tri športne aktivnosti oz. zvrsti, s katerimi se želijo ukvarjati po koncu hospitalizacije.

Tabela 6: Podatki o želji po vrsti gibalne dejavnosti

	število	%
Hoja	18	56,3
Kolesarjenje	16	50
Plavanje	15	46,9
Igre z žogo	11	34,4
Ples	9	28,1
Tek	9	28,1
Fitnes	5	15,6
Aerobika	2	6,2

Največ bolnikov (18 oz. 56,3 %) se želi še naprej ukvarjati s hojo. Tesno ji sledita kolesarjenje (16 bolnikov oz. 50 %) in plavanje (15 bolnikov oz. 46,9, %). Kar nekaj bolnikov pa je med športne aktivnosti navedlo tudi igre z žogo, ples in tek.

Anketiranci so pokazali velik interes za ukvarjanje z različnimi oblikami ter vrstami gibalne dejavnosti. Poleg hoje si želijo ukvarjati tudi s kolesarjenjem, plavanjem, tekom in plesom. Večina bolnikov se, kljub veliki želji, takšnih podvigov ne bo lotila samostojno, zato je naloga športne stroke in društev ter organizacij, ki skrbijo za njihovo rehabilitacijo, da jim približajo omenjene aktivnosti in jim s tem omogočajo pridobivanje novih izkušenj ter doseganje ciljev v življenju.

6.2. ANALIZA MOTIVOV IN VPLIVA GIBALNE DEJAVNOSTI NA POČUTJE

6.2.1. POVPREČNE OCENE MOTIVOV IN UČINKA GIBALNE DEJAVNOSTI NA POČUTJE

V sklopu vprašalnika so bila tri vprašanja namenjena oceni učinkov gibalne dejavnosti na počutje duševnih bolnikov, občutenja stranskih učinkov jemanja zdravil in vplivu gibalne dejavnosti na izboljšanje ali poslabšanje le-teh, ter oceni motivov za ukvarjanje z gibalno dejavnostjo.

Pri ugotavljanju počutja smo uporabili 22 trditev, ki so se navezovala na telesno, čustveno, duševno in socialno počutje, pri ugotavljanju motiva pa je bilo navedenih 7 trditev, ki so jih anketiranci ocenili z ocenami od 1 do 5.

Ocena počutja:

ocena 1 – sploh ne drži

ocena 2 – rahlo drži

ocena 3 – srednje drži

ocena 4 – dobro drži

ocena 5 – popolnoma drži

Ocena motiva:

- ocena 1 – nepomemben razlog
- ocena 2 – manj pomemben razlog
- ocena 3 – srednje pomemben razlog
- ocena 4 – dokaj pomemben razlog
- ocena 5 – izredno močan razlog

Ocena občutenja stranskega učinka jemanja zdravil po gibalni dejavnosti:

- ocena 1 – opazno poslabšanje
- ocena 2 – rahlo poslabšanje
- ocena 3 – brez spremembe
- ocena 4 – rahlo izboljšanje
- ocena 5 – opazno izboljšanje

V tabelah so prikazane povprečne ocene vseh treh vprašanj.

Tabela 7: Povprečne vrednosti učinka gibalne dejavnosti na počutje duševnih bolnikov

	Povprečna ocena
Imam boljšo odpornost.	4,10
Čutim izboljšanje motoričnih sposobnosti.	3,87
Omogoča mi duševno sprostitev.	3,83
Omogoča mi duševno ravnovesje.	3,83
Občutim sprostitev.	3,81
Čutim dvig duševne zmogljivosti.	3,73
Občutim veselje.	3,70
Omogoča mi druženje z ljudmi.	3,66
Lajša mi občutja tesnobe.	3,63
Občutim srečo.	3,60
Občutim užitek.	3,60
Občutim samozavest.	3,60
Lažje prenašam duševne obremenitve.	3,55
Čutim zmanjšano depresivnost.	3,48
Imam višjo delavno sposobnost.	3,45
Omogoča mi medsebojne stike.	3,31
Sodelujem v skupini.	3,31
Imam nova poznanstva.	3,28
Imam manj maščobne mase.	3,20
Čutim pripadnost.	3,13
Imam lepo telo.	3,07
Polepša mi družinsko življenje.	3,03

Rezultati vpliva gibalne dejavnosti na telesno, duševno, čustveno in socialno počutje kažejo, da ima gibalna dejavnost največji vpliv na izboljšanje odpornosti, kar prikazuje rezultat povprečne ocene od 1 do 5, ki znaša 4,10. Takoj za njim sledi izboljšanje motoričnih sposobnosti, katerega povpreček znaša 3,87. Visoke vrednosti dosega tudi vpliv gibalne dejavnosti na duševno in čustveno počutje, med katerimi sta izpostavljeni: duševna sprostitvev in duševno ravnovesje. Nobena trditev nima povprečne ocene manj kot 3.

Šport je preventivni dejavnik pred različnimi obolenji. Dr. Ihan (2004) na osnovi številnih in kakovostno izvedenih raziskav ugotavlja, da si s pomočjo športa oz. ukvarjanja z redno gibalno dejavnostjo krepimo imunski sistem. S pomočjo redne telesne dejavnosti naj bi postali odpornejši proti različnim okužbam, še zlasti proti nadležnim prehladnim obolenjem. Športno udejstvovanje neposredno učinkuje na celovito ravnovesje organizma in na čut za skladno delovanje organskih sistemov ter podsistemov (Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2001).

Iz dobljenih podatkov je razvidno, da se duševni bolniki zavedajo pozitivnih učinkov gibalne dejavnosti ter da tudi sami občutijo dvig motoričnih sposobnosti. Poleg fiziološkega učinka pa jim je znan tudi psihološki učinek telesne aktivnosti, ki pripomore k duševni sprostitvi, duševnemu ravnovesju in dvigu duševne zmogljivosti. Izsledki številnih raziskav so v zadnjih desetletjih opozorili na ugodne učinke telesnega gibanja oz. ukvarjanja s športom na človekovo duševnost (Tomori, 1990).

V vsakodnevem življenju, pri opravljanju različnih nalog in opravil ter še zlasti pri obvladovanju in premagovanju stresov, se telesne in duševne zmogljivosti posameznika povezujejo. Kot navaja Tomorijeva (1990), se s pomočjo športnega udejstvovanja lajšajo tudi občutja tesnobe (anksioznosti), hkrati pa gre pri tovrstnem udejstvovanju za antidepresiven učinek. Z raznimi študijami je ugotovljen sočasen vpliv večjega števila dejavnikov, ki jih sproži redna gibalna dejavnost in ki posledično privedejo do zmanjšane depresivnosti ter boljšega duševnega počutja.

V nadaljevanju smo anketirance spraševali o motivih za ukvarjanje s fizično aktivnostjo. Med naštetimi motivi za ukvarjanje z gibalno dejavnostjo so bolniki najbolj izpostavili vpliv fizične aktivnosti na splošno zdravje in telesno kondicijo. Tesno za njima, jima s povprečno vrednostjo 3,96 sledi psihična sprostitvev in z vrednostjo 3,85 občutek užitka. Najmanjšo povprečno oceno je pokazal motiv prisile.

Tabela 8: Povprečne vrednosti motivov za ukvarjanje z gibalno dejavnostjo

	Povprečna ocena
Ker to koristi mojemu zdravju.	4,14
Da izboljšam telesno kondicijo.	4,00
Da se psihično sprostim.	3,96
Ker uživam.	3,85
Ker mi je to življenjska navada in potreba.	3,48
Da se družim s prijatelji, družino.	3,27
Ker me je v to prisilil nekdo drug.	2,38

Tabela 9: Osnovna statistika občutenja stranskih učinkov jemanja zdravil in povprečne vrednosti vpliva gibalne dejavnosti na le-te

	število	%	Povprečna ocena
Zaspanost, utrujenost	17	53,1	3,59
Stalna potreba po gibanju	10	31,2	3,21
Dvig telesne teže	18	56,2	3,20
Upočasnjenost, okorelost mišic	10	31,2	2,86
Mišični krči	4	12,5	2,79
Zakrčenost telesa	3	9,4	2,76

V anketi smo sodelujočim postavili vprašanje o občutenju stranskih učinkov jemanja zdravil. Med naštetimi stranskimi učinki jemanja zdravil z vidika motorike največ bolnikov, 18 oz. 56,2 %, občuti dvig telesne teže. Kot drugi najpogostejši stranski učinek se je pokazala utrujenost oz. zaspanost, ki jo občuti 17 bolnikov (53,1 %).

Dobljeni rezultati o vplivu gibalne dejavnosti na stranske učinke jemanja zdravil prikazujejo nizke vrednosti. Največji vpliv ima gibalna dejavnost na zaspanost in utrujenost (3,59), najmanjši pa na zakrčenost telesa (2,76). Večina bolnikov tako skoraj ne občuti nobene spremembe vpliva gibalne dejavnosti na stranske učinke jemanja zdravil.

Dvig telesne teže je lahko posledica jemanja zdravil ali posledica sedečega načina življenja. Med simptome različnih duševnih bolezni sodita tudi občutek utrujenosti in primanjkljaj energije. Brez zunanje motivacije ali vzpodbude bo bolnik dneve več ali manj preživel v sedečem ali ležečem položaju, kar dodatno negativno vpliva na telesno težo in s tem posledično na samopodobo.

Najboljši naĉin za uravnavanje optimalne telesne teŹe je ustrezna prehrana ter primerna in redna Źportna aktivnost (Berĉiĉ, Sila, TuŹak in Semoliĉ, 2001). Z redno in dovolj intenzivno gibalno dejavnostjo je mogoĉe prepreĉiti dvig telesne teŹe. Dobro poĉutje, kot posledica ustrezno oblikovane postave, ima tudi ugodne psihosocialne uĉinke. To je mogoĉe zaznati pri vzpostavljanju medsebojnih socialnih vezi, pri prejemanju in »igranju« vlog ter pri vzpostavljanju komunikacij v razliĉnih skupinah.

6.2.2. ANALIZA RAZLIK MED SPOLOMA PRI POĀUTJU, MOTIVIH IN STRANSKIH UĀINKIH

Tabela 10: Primerjava poĉutij med moŹskimi in Źenskami

	MoŹki		Źenske		A - nova	
	M	SD	M	SD	F	Sig (F)
Imam lepo telo.	2,78	1,35	3,50	1,17	2,28	0,14
Imam manj maŹĉobne mase.	3,00	1,24	3,50	1,31	1,12	0,30
Āutim izboljšanje motoriĉnih spos.	3,74	1,37	4,08	1,31	0,49	0,49
Imam boljšo odpornost.	4,00	1,28	4,25	1,36	0,26	0,61
Imam viŹjo delavno sposobnost	3,18	1,42	3,83	1,53	1,41	0,25
Obĉutim veselje.	3,61	1,24	3,83	1,75	0,17	0,69
Obĉutim sreĉo.	3,39	1,38	3,92	1,51	0,98	0,33
Obĉutim uŹitek.	3,61	1,20	3,58	1,68	0,00	0,96
Obĉutim sprostitvev.	3,74	1,19	3,92	1,51	0,14	0,71
Obĉutim samozavest.	3,44	1,29	3,83	1,64	0,52	0,47
Omogoĉa mi duŹevno sprostitvev.	3,72	1,07	4,00	1,21	0,44	0,51
Omogoĉa mi duŹevno ravnovesje.	3,78	1,11	3,92	1,38	0,09	0,76
Āutim dvig duŹevne zmogljivosti.	3,56	1,34	4,00	1,28	0,82	0,37
LaŹje prenaŹam duŹ. obremenitve.	3,47	1,26	3,67	1,56	0,14	0,71
LajŹa mi obĉutja tesnobe.	3,53	1,26	3,82	1,25	0,37	0,55
Āutim zmanjšano depresivnost.	3,39	1,24	3,64	1,50	0,23	0,63
Omogoĉa mi druŹenje z ljudmi.	3,50	1,10	3,91	1,45	0,75	0,40
Āutim pripadnost.	3,21	1,08	3,00	1,79	0,16	0,69
Omogoĉa mi medsebojne stike.	3,50	1,04	3,00	1,95	0,82	0,37
Sodelujem v skupini.	3,22	1,22	3,45	1,81	0,17	0,68
Imam nova poznanstva.	3,33	1,28	3,18	1,72	0,07	0,79
PolepŹa mi druŹinsko Źivljenje.	3,11	1,18	2,91	1,64	0,15	0,70

Legenda: M – povpreĉje, SD – standardna deviacija, F – vrednost A – nova, Sig (F) – statistiĉna znaĉilnost F parametra, stopnja statistiĉne pomembnosti (*) - Sig (F) < 0,05; tendenca k statistiĉno znaĉilni razliki (F) – 0,10 < Sig (F) < 0,05

Primerjava 22 trditev, ki se nanašajo na telesno, duševno, čustveno in socialno počutje, ni pokazala statistično pomembnih razlik med spoloma.

Tabela 11: Primerjava motivov za ukvarjanje z gibalno dejavnostjo med moškimi in ženskami

	Moški		Ženske		A - nova	
	M	SD	M	SD	F	Sig (F)
Da izboljšam telesno kondicijo.	3,89	1,18	4,18	1,08	0,45	0,51
Da se psihično sprostim.	3,88	1,17	4,09	1,45	0,18	0,68
Da se družim s prijatelji, družino.	3,13	1,19	3,45	1,81	0,30	0,59
Ker mi je to živ. navada in potreba.	3,44	1,42	3,55	1,51	0,03	0,86
Ker uživam.	3,81	1,38	3,91	1,58	0,03	0,87
Ker to koristi mojemu zdravju.	4,17	1,15	4,09	1,58	0,02	0,88
Ker me je v to prisilil nekdo drug.	2,33	1,45	2,45	1,37	0,05	0,83

Legenda: M – povprečje, SD – standardna deviacija, F – vrednost A – nova, Sig (F) – statistična značilnost F parametra, stopnja statistične pomembnosti (*) - Sig (F) < 0,05; tendenca k statistično značilni razliki (F) – 0,10 < Sig (F) < 0,05

Primerjava med anketiranimi moškimi in ženskami v motivih za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo ni pokazala statistično pomembnih razlik.

Tabela 12: Primerjava občutenja stranskih učinkov med moškimi in ženskami

	Moški		Ženske		A - nova	
	M	SD	M	SD	F	Sig (F)
Zaspanost, utrujenost	3,39	1,20	3,91	1,22	1,27	0,27
Mišični krči	2,94	1,11	2,55	1,57	0,64	0,43
Upočasnjenost, okorelost mišic	2,89	1,08	2,82	1,47	0,02	0,88
Dvig telesne teže	3,42	0,96	2,82	0,75	3,18	0,09
Salna potreba po gibanju	3,22	1,22	3,18	1,60	0,01	0,94
Zakrčenost telesa	2,83	1,29	2,64	1,50	0,14	0,71
Zaspanost, utrujenost	3,39	1,20	3,91	1,22	1,27	0,27

Legenda: M – povprečje, SD – standardna deviacija, F – vrednost A – nova, Sig (F) – statistična značilnost F parametra, stopnja statistične pomembnosti (*) - Sig (F) < 0,05; tendenca k statistično značilni razliki (F) – 0,10 < Sig (F) < 0,05

Pri občutenju stranskih učinkov jemanja zdravil ni prišlo do statistično pomembnih razlik, vendar podatek o dvigu telesne teže, kot stranskemu učinku jemanja zdravil, kaže tendenco k statistično pomembni razliki. Ženske so v primerjavi z moškimi navedle, da bolj občutijo dvig telesne teže.

6.2.3. FAKTORSKA ANALIZA VPRAŠALNIKA POČUTJA IN MOTIVOV

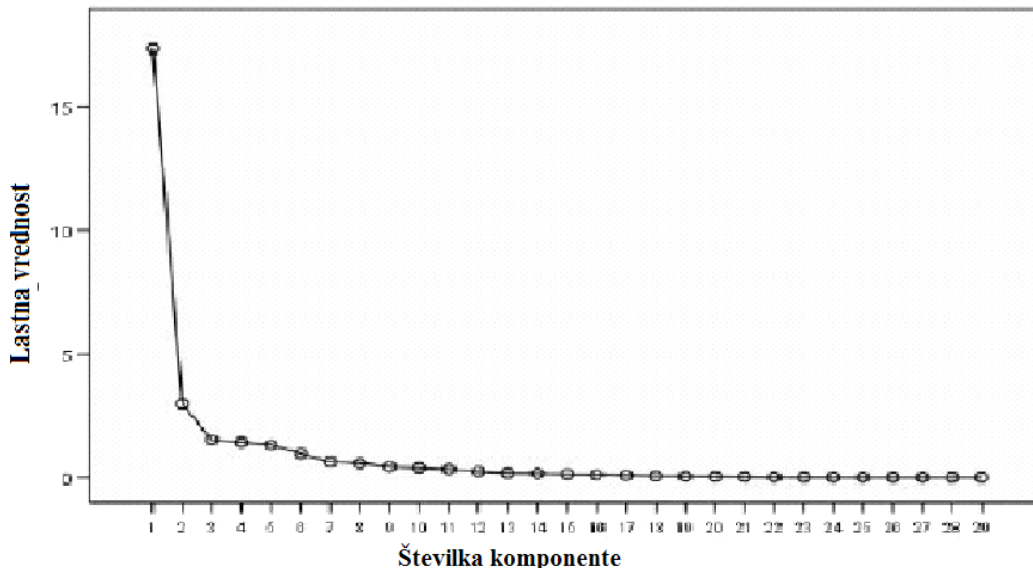
Faktorska analiza vprašalnika motivov in vpliva gibalne dejavnosti na počutje je s Kaiser-Gutmannovim kriterijem ekstrakcije latentnih faktorjev in po rotaciji Varimax dala pet faktorjev.

Tabela 13: Lastne vrednosti izločenih faktorjev in z njimi pojasnjena varianca

Komponenta	Začetne lastne vrednosti		
	Skupina	% variance	Kumulativni %
1	17,39	59,95	59,95
2	2,98	10,28	70,23
3	1,52	5,26	75,49
4	1,43	4,92	80,41
5	1,32	4,55	84,96

V Tabeli 8 vidimo, da pet ekstrahiranih faktorjev presega lastno vrednost 1,00. Teh pet faktorjev smo se zato odločili uporabiti in na njihovi podlagi združiti postavke. Skupaj teh pet faktorjev pojasnjuje 84,96 odstotkov variance.

Test drobirja



Slika 4: Test drobirja

Tudi na podlagi testa drobirja vidimo, da je smiselno izločiti pet faktorjev, kar potrjuje našo odločitev iz lastnih vrednosti.

Tabela 14: Matrika transformacije komponent, dobljena z Varimax rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo (ekstrahirano z metodo glavnih komponent)

Komponenta	1	2	3	4	5
1	0,60	0,55	0,44	0,37	0,11
2	0,79	-0,40	-0,42	-0,15	-0,08
3	0,01	0,61	-0,31	-0,37	-0,63
4	0,06	-0,38	0,66	-0,13	-0,63
5	-0,10	-0,11	-0,30	0,83	-0,44

Tabela 14 prikazuje transformacijo komponent po uporabljeni Varimax rotaciji s Kaiserjevo normalizacijo. Iz dobljenih podatkov je razvidno, da pet faktorjev ni med seboj koreliranih in da zato pojasnjujejo različne motive in vplive gibalne dejavnosti na počutje. Kateri vplivi in motivi sodijo v posamezne faktorje, je prikazano v naslednji tabeli.

Tabela 15: Matrika komponent, dobljena z Varimax rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo (ekstrahirano z metodo glavnih komponent).

Vpliv	1	2	3	4	5
Sodelujem v skupini.	0,84	0,22	0,29	0,16	0,03
Omogoča mi medsebojne stike.	0,82	0,08	-0,19	0,33	-0,08
Da se družim s prijatelji, družino.	0,82	0,15	0,17	0,12	0,31
Imam nova poznanstva.	0,81	0,26	0,18	0,35	-0,04
Čutim pripadnost.	0,78	0,50	-0,09	0,11	-0,10
Omogoča mi druženje z ljudmi.	0,78	0,15	0,32	-0,09	-0,21
Občutim užitek.	0,77	0,30	0,23	0,42	0,10
Občutim veselje.	0,72	0,30	0,25	0,20	0,34
Ker uživam.	0,69	0,37	0,34	0,13	0,05
Občutim sprostitvev.	0,57	0,33	0,46	0,51	0,21
Lajša mi občutja tesnobe.	0,26	0,82	0,05	0,35	0,14
Občutim samozavest.	0,41	0,81	0,14	0,09	0,00
Čutim dvig duševne zmogljivosti.	0,10	0,80	0,47	0,21	0,05
Omogoča mi duševno ravnovesje.	0,23	0,73	0,51	0,10	0,14
Da izboljšam telesno kondicijo.	0,24	0,73	0,20	0,36	-0,12
Omogoča mi duševno sprostitvev.	0,11	0,68	0,52	0,26	0,20
Občutim srečo.	0,55	0,59	0,14	0,12	0,23
Lažje prenašam duševne obremenitve.	0,41	0,58	0,45	0,34	0,25
Ker mi je to življenjska navada in potreba.	0,41	0,58	0,35	0,25	-0,41
Imam manj maščobne mase.	-0,09	0,27	0,81	0,31	-0,17
Imam lepo telo.	0,32	0,54	0,66	0,13	0,08
Polepša mi družinsko življenje.	0,59	0,05	0,65	0,14	0,00
Čutim zmanjšano depresivnost.	0,25	0,50	0,63	0,37	0,23
Čutim izboljšanje motoričnih sposobnosti.	0,49	0,29	0,62	0,27	0,17
Imam višjo delavno sposobnost.	0,45	0,40	0,58	0,18	0,26

Ker to koristi mojemu zdravju.	0,25	0,25	0,20	0,88	0,14
Da se psihično sprostim.	0,28	0,45	0,30	0,74	0,15
Imam boljšo odpornost.	0,31	0,28	0,41	0,70	-0,07
Ker me je v to prisilil nekdo drug.	-0,04	-0,11	-0,06	-0,10	-0,85

V Tabeli 15 so vplivi gibalne dejavnosti na počutje in motivi za ukvarjanje z gibalno dejavnostjo, ki glede na nasičenost spadajo v različne faktorje, ki so obarvani sivo. Na podlagi te analize smo teh pet faktorjev tudi poimenovali. Prvi faktor smo poimenovali »socialni stiki in pozitivna čustva«, saj vključuje vplive gibalne dejavnosti na medsebojne stike, druženje, sodelovanje v skupini in pridobivanje novih poznanstev, kot tudi vplive na pozitivna čustva, ki jih predstavljajo veselje, užitek in sprostitev. Drugi faktor vsebuje vplive gibalne dejavnosti na duševno počutje, kot so duševna sprostitev, lažje prenašanje duševnih obremenitev, zmanjšan občutek tesnobe, večja samozavest in duševno ravnovesje. Vse te vplive smo zato poimenovali »boljše duševno stanje«. V tretjem faktorju so vključeni vplivi na telesno počutje (lepo telo, manj maščobne mase, večja delovna sposobnost, izboljšanje motoričnih sposobnosti), zato smo ga poimenovali »telesni učinki«. Četrti faktor vsebuje različne vplive, ki se navezujejo na splošno zdravje, duševno in telesno počutje, zato smo ga poimenovali »celostna dobrobit«. Zadnji, peti faktor pojasnjuje le 4,5 % variance. Vsebuje le en vpliv, ki se nanaša na prisilo, zato smo ta faktor poimenovali »prisila drugih«.

Na žalost nisem nikjer zasledila raziskav, s katerimi bi lahko primerjala dobljene podatke iz vprašalnika o vplivu gibalne dejavnosti na počutje duševnih bolnikov. Prvi faktor pojasnjuje kar 60 % variance iz česar sledi, da gibalna dejavnost pozitivno vpliva na socialne stike, ki so pri duševnih bolnikih zelo oteženi zaradi simptomov bolezni, kot tudi na pozitivna čustva, ki dvigajo duševne bolnike iz brezna obupa in jim dajo novih moči ter motivacije za spopadanje s težko boleznijo.

Pomembnosti vpliva redne gibalne aktivnosti se je potrebno zavedati. Le-ta nima učinka le na telesno zdravje in počutje, temveč tudi na čustvene, duševne in socialne dimenzije našega ravnovesja. Težko je najti motivacijo in energijo za vsakodnevno znojenje v gozdu, na fitnes napravi ali v športni dvorani. Velikokrat se ljudje zatečemo k specialistom, katerih naloga ni le poučevanje, temveč tudi spodbujanje in motiviranje za nadaljnje delo. Nič drugače ni pri duševnih bolnikih, ki glede na svoje znake in same posledice bolezni potrebujejo še večjo pozornost in še večjo pomoč pri vključevanju v aktivno preživljanje prostega časa.

6.3. ANALIZA POČUTJA SHIZOFRENEGA BOLNIKA SKOZI TRIMESEČNO OBDOBJE REDNE GIBALNE DEJAVNOSTI

Tretji sklop rezultatov predstavlja analiza šestih dimenzij počutja shizofrenega bolnika pred in po vadbi skozi trimesečno obdobje redne gibalne dejavnosti. Redna vadba se je izvajala trikrat tedensko v obliki srednje intenzivnih sprehodov po naravi, ki so trajali najmanj 30 minut, v povprečju pa 50 minut.

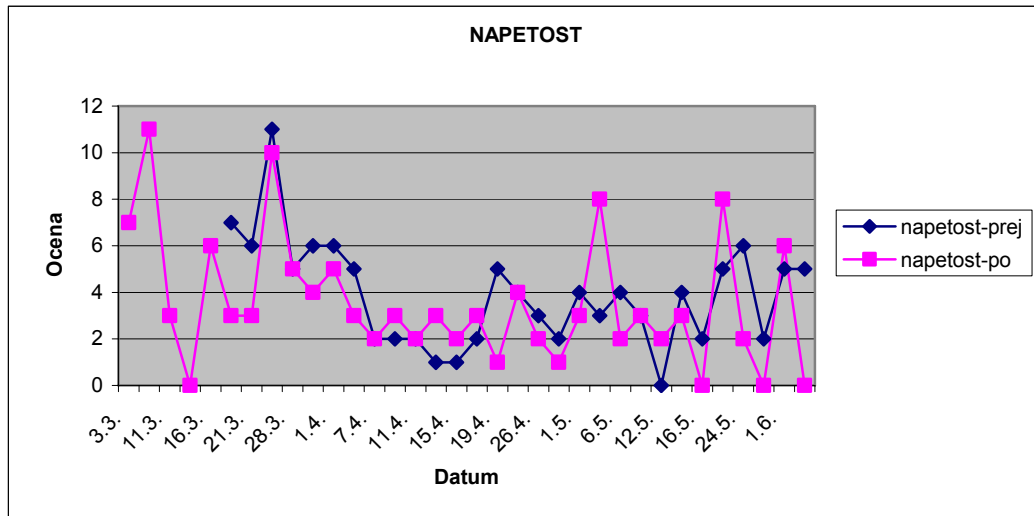
Tabela 16: Primerjava med počutji pred vadbo in po vadbi

	Pred vadbo		Po vadbi		T – test za odvisne vzorce	
	M	SD	M	SD	t	pom (t)
Napetost	3,90	2,27	3,53	2,74	0,33	0,57
Jeza	5,17	4,12	4,03	3,79	1,31	0,26
Utrujenost	4,72	3,37	8,03	2,28	21,34*	0,00
Depresija	5,93	3,68	4,15	4,41	2,97	0,09
Živahnost	4,59	4,41	8,53	4,91	11,08*	0,00
Zmedenost	1,28	2,20	1,29	1,51	0,00	0,97

Legenda: M – povprečje, SD – standardna deviacija, t – vrednost T – testa za odvisne vzorce, pom (t) – statistična značilnost t parametra, stopnja statistične pomembnosti (*) - pom (t) < 0,05; tendenca k statistično značilni razliki (t) – 0,10 < pom (t) < 0,05

Primerjava šestih dimenzij počutja pred vadbo in po vadbi je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike pri **utrujenosti** in **živahnosti**. Tendenco k statistično značilni razliki pa prikazuje **depresija** saj je rezultat analize variance pokazal vrednost 0,09. Utrujenost in živahnost sta po trimesečni redni vadbi dosegli pomembno višje ocene v primerjavi z ostalimi.

Za podrobnejšo ponazoritev gibanja počutja skozi trimesečno obdobje, so v nadaljevanju predstavljeni grafi posameznih dimenzij počutja.



Slika 5: Vrednosti »napetosti« skozi trimesečno obdobje vadbe.

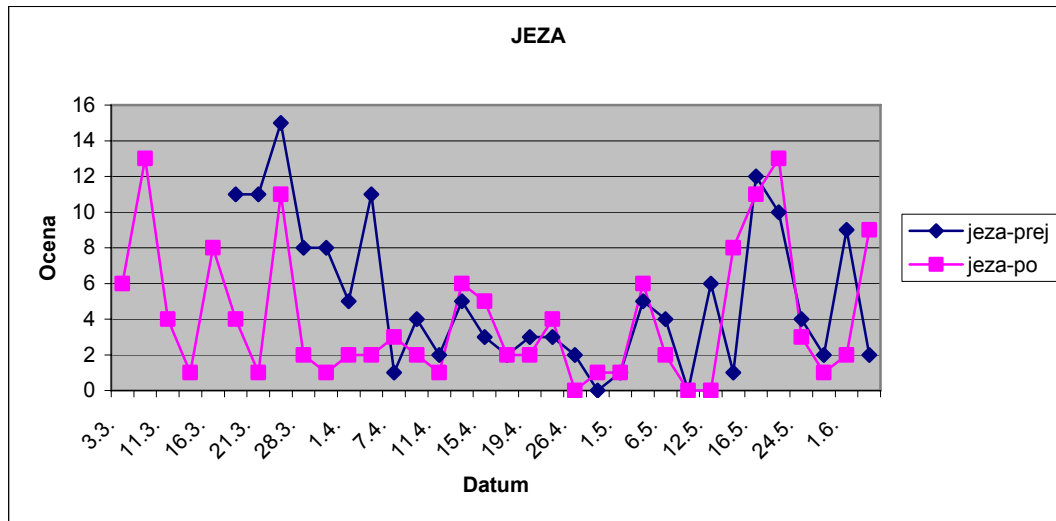
Dimenzija napetosti v vprašalniku Brunelove lestvice počutij vsebuje 4 čustva in počutja: paničen, anksiozen, zaskrbljen in živčen. Kolikor je razvidno iz podatkov, kot tudi samega grafa, redna gibalna dejavnost ni ne pozitivno ne negativno vplivala na izbrano dimenzijo počutja. Vrednosti so skozi trimesečno obdobje zelo nihale, kar označuje tudi statistična značilnost t parametra, ki je druga največja po vrsti.

Akutna faza bolezni in okrevanje prinašata bolniku s shizofrenijo dodatne duševne stiske. Soočanje z lastno duševno boleznijo, ki je kronična in ki je v predstavah ljudi pretkana s številnimi fantazijami in predsodki, je za vsakega pacienta boleča in težka naloga. Marsikateri bolnik se počuti depresivnega, ko poskuša razumeti in poiskati smisel v svoji bolezenski izkušnji ter svoji bolezni. Soočenje z zahtevami realnega objektivnega sveta, obveznostmi in nalogami vsakdanjika pri okrevajočem shizofrenem bolniku povečuje strah in grozi s ponovnim umikom v varnejši svet psihotičnega doživljanja (Kocmur, 1998).

Najpogosteje se zgodi, da se bolnik zaradi strahu, bolečine in zbežanosti umakne, zapre in prekine sporazumevanje z okolico. Zelo pogosto shizofrenija vpliva na odnose z drugimi ljudmi. Bolniki lahko dobijo občutek, da jih bližnji ne marajo več ali proti njim snujejo zaroto, kar lahko vodi do nezaupanja. Še bolj kot svojci pa lahko tujci vzbudijo strah ali jih navdajajo z občutkom ogroženosti (Lajovic, 2006).

Shizofreni bolnik je večkrat vznemirjen in zato težko razmišlja jasno in mirno (Lajovic, 2006). Občutki panike in zaskrbljenosti, zaradi brezizhodnega položaja, ter živčnosti, zaradi prepletanja različnih nasprotujočih si občutkov, bolnika vsak dan dodatno bremenijo. Redna gibalna aktivnost omogoča ugodne učinke, ki vplivajo na odpravljanje

vsakodnevnih stresov. Mnoge raziskave so pri zdravi populaciji pokazale številne pozitivne učinke na premagovanje občutka tesnobe, nemira, napetosti in zaskrbljenosti (Tomori, 1990), medtem ko raziskav na področju vpliva gibalne dejavnosti pri shizofrenih bolnikih in njihovem občutku napetosti ni zaslediti.

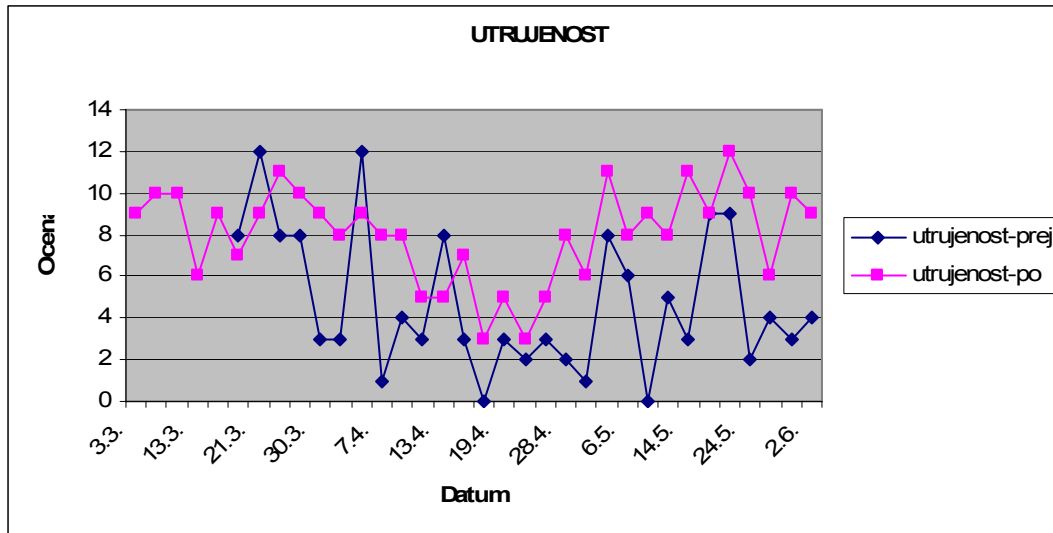


Slika 6: Vrednosti »jeze« skozi trimesečno obdobje vadbe.

Dimenzija jeze prav tako vsebuje 4 čustva in počutja: nadležen, zagrenjen, jezen in zlovoljen. Iz grafa je razvidno, da je merjenec prvi mesec redne gibalne dejavnosti občutil manj jeze po vadbi. V nadaljevanju vadbe so vrednosti zopet začele nihati, iz česar lahko sklepamo, da vadba ni imela vpliva na omenjeno dimenzijo.

Ko človek zboli za shizofrenijo, se znajde v povsem novih okoliščinah. Posledice bolezni se čutijo na vseh področjih človekovega življenja (Kogovšek in Kobentar, 1999). Najpogosteje se zgodi, da se bolnik zaradi strahu, bolečine in zbeganosti umakne, zapre in prekine sporazumevanje z okolico. Lahko je tudi razburjen, napet, jezen, napadalen, skratka prestrašen, kar je glede na zgoraj naštetu razumljivo (Švab, 2001).

Eden izmed negativnih simptomov shizofrenije je nemotiviranost za izvajanje kakršnekoli aktivnosti, ki posledično izhaja iz utrujenosti. Zaradi pomanjkanja energije in motivacije se bolniku s shizofrenijo lahko zgodi, da nima smisla vstati iz postelje. Vse kar si želi, je ostati doma in svet pustiti zunaj. A manj ko bolnik hodi ven, bolj izoliran postaja in težje pretrga začarani krog (Lajovic, 2006).



Slika 7: Vrednosti »utrujenosti« skozi trimesečno obdobje vadbe.

Dimenzija utrujenosti vsebuje nova 4 čustva in počutja: izmučen, izčrpan, zaspan in utrujen. Iz grafa je razvidno, da se je utrujenost skozi trimesečno obdobje le štirikrat povečala po vadbi, medtem ko se je v preostalih primerih po vadbi zmanjšala ali ostala enaka. Vrednosti utrujenosti po vadbi so ponekod dosegale zelo majhne ocene, kar je spodbudno za nadaljnje raziskave o vplivu gibalne dejavnosti na občutek utrujenosti pri shizofrenih bolnikih.

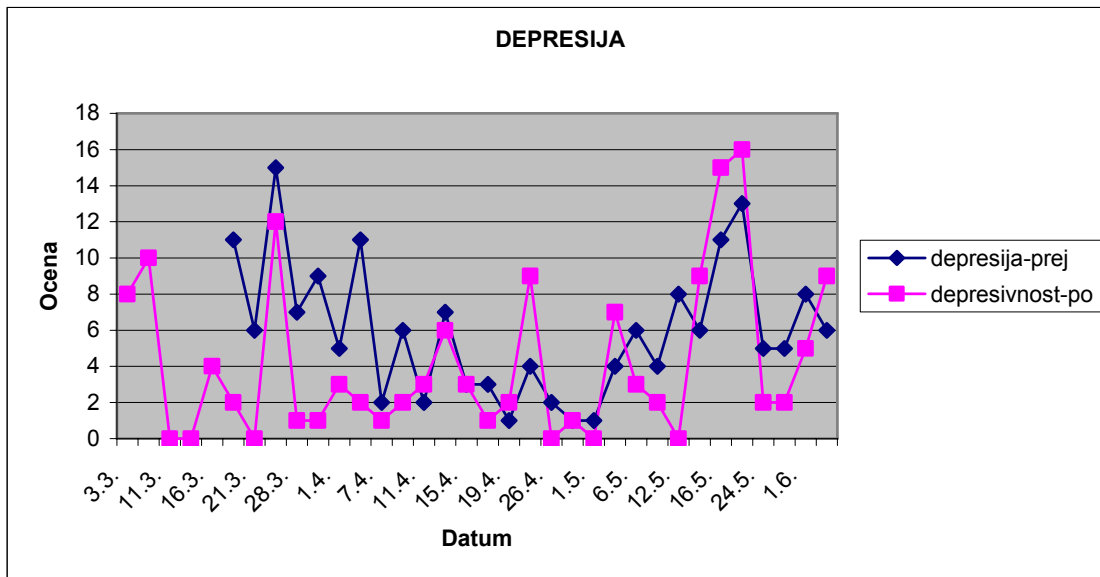
Zdravila za zdravljenje duševnih motenj vplivajo na budnost. Bolniki so pogosto zaspani, utrujeni in omotični. Posledica omenjenega slabega počutja je pogosto poležavanje v postelji, tudi podnevi.

Kogovšek in Kobentar (1999) še posebej poudarjata pomen gibalne dejavnosti za shizofrene bolnike. Čez dan je potrebno bolnika vzpodbujati k telesni aktivnosti in tistim dnevnim aktivnostim, ki ga veselijo in ga ohranjajo budnega ter mu omogočijo boljši počitek. Tako kot je za zdravega človeka pomemben počitek, je pomemben tudi za bolnika. Popoldanski počitek prežene utrujenost, bolnik se sprosti in nabere novih moči za popoldanske aktivnosti.

Redna gibalna dejavnost predstavlja model aktivnega načina življenja. Bolnik, ki je posledično zaradi jemanja zdravil in same bolezni bolj nagnjen k pasivnemu pristajanju na različne preizkušnje, s pomočjo telesne dejavnosti pridobi občutek zavedanja lastnega telesa in se nauči, da lahko stori nekaj zase. Gibanje olajšuje aktivacijo duševnih zmogljivosti, in ko se bolnik zna razbremeniti duševnih napetosti, lahko energijo bolj učinkovito usmerja v ustvarjalne dejavnosti.

Kot sem že prej omenila, sta pogost negativni učinek jemanja farmakoloških sredstev utrujenost in omotičnost. Zdravila pa imajo lahko tudi obraten učinek, in sicer povzročajo budnost, nespečnost in zamenjavo ritma dan-noč (Kogovšek in Kobentar, 1999). Dr. Ihan (2004), kot tudi številni drugi strokovnjaki, poudarja ugoden vpliv redne gibalne dejavnosti na odpravljanje nespečnosti in motnje spanja.

Iz rezultatov je razvidno, da je imela redna gibalna dejavnost zelo ugoden vpliv na utrujenost shizofrenega bolnika. Manjša izčrpanost, zaspanost in izmučenost omogočajo bolniku lažje prenašanje vsakodnevnih obremenitev ter spopadanje z vsakodnevnimi obveznostmi in nalogami, ki so zdravim ljudem samoumevne, medtem ko shizofrenim bolnikih predstavljajo velik napor in porabo včasih še tako minimalne energije.



Slika 8: Vrednosti »depresije« skozi trimesečno obdobje vadbe.

Podatki o depresivnosti kažejo tendenco k statistično pomembni razliki. Depresija v Brunelovi lestvici počutij vsebuje 4 počutja in čustva: depresiven, malodušen, nesrečen in obupan. Prav tako kot dimenzija jeze, se je tudi depresivnost v prvem mesecu redne gibalne dejavnosti zmanjšala po vadbi. V nadaljevanju so bile vrednosti pred vadbo in po njej približno enake dva tedna. Preostalih 6 tednov vadbe pa so bile ocene depresivnosti po vadbi nekajkrat znatno višje, kar nakazuje na manjši vpliv redne gibalne dejavnosti na izbrano dimenzijo.

Depresija je najpogostejša čustvena motnja pri shizofreniji (Švab, 2001). Depresija je lahko del bolezni, posledica bolezni ali posledica jemanja zdravil (stranski učinki). Človek s shizofrenijo se sooči s svojo hudo življenjsko situacijo, s prizadetostmi in okvarami ter obupom.

Bolnik s shizofrenijo pogosto trpi zaradi slabih odnosov in nesprejemanja okolice. Ne zmore izraziti svojih občutij in potreb (Kogovšek in Kobentar, 1999). Zaradi vseh negativnih simptomov bolezni se bolniki nemalokrat počutijo slabo in potrto. Tu in tam dobijo občutek, da so se znašli v brezizhodnem položaju, kar ni tako redek pojav (Lajovic, 2006).

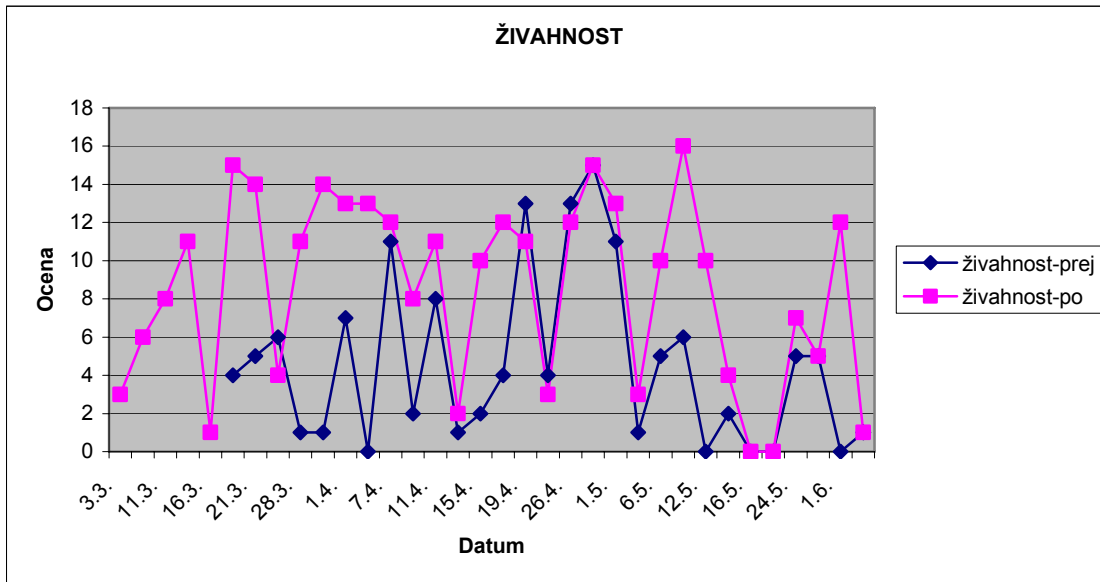
Občutki brezizhodnosti in brezupa lahko izvirajo iz spoznanja, da bo shizofrenija spremenila bolnikovo življenje. Na depresivnost vpliva izguba volje in interesov, stanje znižane energije, upad samospoštovanja in samozaupanja, občutek krivde in ničvrednosti, pesimističen pogled na prihodnost ter motnje spanja (Kocmur, 1998).

Številne študije in raziskave pričajo o ugodnem učinku redne gibalne dejavnosti na depresivnost. Cox (1994) navaja pozitivne vplive redne rekreativne vadbe v obliki lahkega teka na zmanjšanje napetosti, zmedenosti, utrujenosti, zaskrbljenosti, depresije in jeze. Berčič, Tušak in Karpljuk (1999) navajajo pozitiven vpliv športne aktivnosti na zmanjšanje anksioznosti in depresivnosti.

Antidepresiven učinek je eden najbolj znanih učinkov redne telesne aktivnosti na področju duševnosti (Tomori, 1990). V nadaljevanju avtorica poudarja uporabo gibalne dejavnosti kot metodo zdravljenja številnih depresivnih bolnikov. Razen fizioloških in biokemičnih sprememb v pospešenem prenosu nekaterih snovi med živčnimi celicami v možganih – nevrottransmitterjev, in povečanega sproščanja endogenih opijatov, so s telesno dejavnostjo povezane številne spremembe v človekovem počutju, odnosu do sebe, do svoje zmogljivosti in do svojega telesa.

Samopodoba je abstrakt, ki ga subjekt tvori na osnovi svojih izkušenj v interakciji z okoljem (Berčič, Tušak in Karpljuk, 1999). Samopodoba je pri shizofrenih bolnikih zelo nizka. Zaradi občutka nezmožnosti dela, mišljenja, spremljanja informacij in komuniciranja, se bolniki zapirajo vase in oddaljujejo od sveta, ki jih obdaja. V številnih raziskavah (Sonstroem, 1984; Berčič, Ažman, Šavrin, Tušak, Veličkovič – Perat, Vute, 1996; Tušak, 1997; Berčič in Tušak, 1997; v Berčič, Tušak in Karpljuk, 1999) so bili ugotovljeni pozitivni učinki športnega udejstvovanja na samopodobo udeležencev.

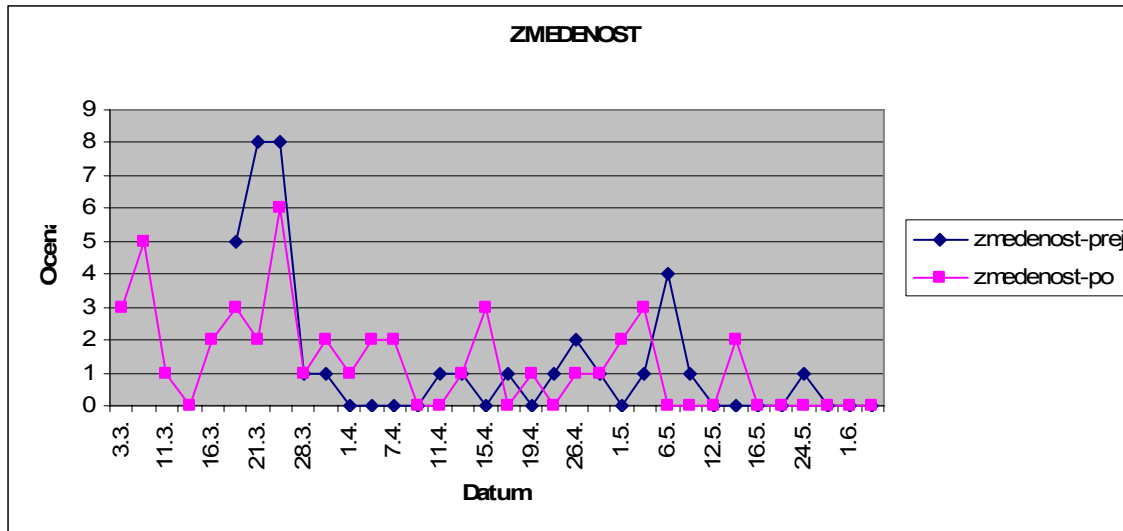
Čeprav so rezultati prikazali le tendenco k statistično pomembni razliki, se mi zdi pomembno, da poudarim njihovo pomembnost in opozorim na potrebo po nadaljnjih raziskavah, ki bi globlje raziskale učinke redne gibalne dejavnosti na občutke depresivnosti in malodušja ter na dvig samozavesti.



Slika 9: Vrednosti »živahnosti« skozi trimesečno obdobje vadbe.

Živahnost se je v trimesečnem obdobju rednih srednje intenzivnih sprehodov po naravi povečala. Iz prikazanega grafa je razvidno, da so bile ocene občutka živahnosti velikokrat zelo visoke. Le štirikrat je merjenec po vadbi občutil manjšo živahnosti, pa še to z minimalno nižjo oceno. V sklop dimenzije živahnosti spadajo 4 počutja in čustva: živahen, poln energije, aktiven in buden.

Rezultati živahnosti se ujemajo z rezultati utrujenosti. Skozi trimesečno obdobje redne vadbe je merjenec vsakič znova čutil manj utrujenosti in hkrati več živahnosti. Po vadbi se je bolnik velikokrat počutil motiviranega, zadovoljnega in polnega energije. Pozitivni občutki so mu omogočili večjo delazmožnost in produktivnost. Vsi ti ugodni vplivi predstavljajo bolniku iskrico upanja, ki ga potegnejo iz brezna obupa in mu dajo novih moči za spopadanje s težko boleznijo. Pomembnosti gibalne dejavnosti se je treba zavedati in jo poskušati vpeljati v vsakdan vsakega duševnega bolnika.



Slika 10: Vrednosti »zmedenosti« skozi trimesečno obdobje vadbe.

Zmedenost vsebuje zadnja 4 počutja in občutke, navedene v izbranem vprašalniku: zmeden, zbezan, neopredeljen in negotov. Kot je razvidno iz statističnih podatkov in grafa, redna gibalna dejavnost ne vpliva na občutek zmedenosti ne v pozitivni, ne v negativni smeri. Vrednosti skozi celo trimesečno obdobje zelo nihajo, kar označuje tudi statistična značilnost parametra, ki je največja izmed vseh.

Zmedenost prišteva Švabova (2001) pod formalne motnje mišljenja. Bolniki sprejemajo veliko količino informacij: spominov, razmišljanj in strahov, ki jih lahko privedejo do občutka zbezanosti in negotovosti, saj včasih zelo težko razumejo pomen dolgih in zapletenih sporočil. Eden izmed pogostih znakov so težave pri odločanju, ki jih razumemo kot posledico tega, da bolnikovo mišljenje preplavljajo različni podatki, ki jih v običajnem procesu razmišljanja lahko izločimo (Švab, 2001).

Zmedenost, ki je značilna za shizofrenijo, je nezmožnost zbrati vse svoje cilje v neprotislovno celoto. Zmedena oseba se ni zmožna odločati. Svet je zanjo negotov in nejasen, sporazumevanje pa je otežkočeno (Lamovec, 1995).

Pri mnogih vsakodnevnih aktivnostih, ki jih zdravi ljudje opravljajo avtomatično, shizofreni bolnik naleti na težavo pri odločanju, izbiranju boljše variante ali izvajanju. Skozi trimesečno obdobje redne gibalne dejavnosti se je težava pri odločanju jasno pokazala, saj se je merjenec le težko odločal za nove poti po gozdu, ki so mu bile do tedaj neznane. Odločitve so predstavljale velik napor, hkrati pa tudi velik strah pred neznanim.

Redna, tri mesece trajajoča rekreativna vadba je pozitivno vplivala na merjenca. Kljub velikim težavam pri motiviranju in občutku brezvoljnosti pred vadbo, je merjenec vsakič znova ugotovil, da pozitivno vpliva na njegovo splošno počutje. Dvig učinkovitosti, energije in občutka delazmožnosti po vadbi so mu dajali moči za nadaljnje vztrajanje pri projektu. Kljub zavedanju vseh pozitivnih učinkov redne gibalne dejavnosti, pa merjenec vadbe ne bi mogel opravljati sam. Narava bolezni, kot je shizofrenija, vzame vse preveč energije, ki je na koncu nezadostna za samoiniciativnost in samovzpodbudo. Tu odigrajo pomembno vlogo svojci, prijatelji, društva in organizacije, ki lahko s svojo angažiranostjo pripomorejo, da gibanje postane življenjska navada shizofrenega bolnika.

7. SKLEP

Shizofrenija je težka psihična bolezen. Lahko se pojavi nenadoma in hitro, v kateremkoli življenjskem obdobju, ali se razvija postopoma, prikrito, da se je posameznik ali družina zave dokaj pozno. Zgodnje odkritje bolezni lahko bistveno pripomore k njenemu zdravljenju, vendar je na žalost slednje, zaradi same narave bolezni, zelo oteženo. Shizofrenijo ne predstavlja posamezen simptom (znak bolezni), temveč sklop različnih znakov, med katere spadajo spremembe zaznavanja, spremembe mišljenja, spremembe občutka lastne osebnosti, spremembe čustvovanja, spremembe hotenja, avtizem, katatonski simptomi in telesne spremembe. Na žalost imajo le-ti pri vsakem posamezniku nekoliko različen vzorec, ki se skozi daljše obdobje lahko tudi spreminja, kar negativno vpliva na večjo učinkovitost zdravljenja.

V literaturi o shizofreniji je veliko napisanega o njeni epidemiologiji, vrstah, simptomih, vzrokih ter posledicah, kot tudi načinih zdravljenja bolezni. Le malo pa je na žalost napisanega o gibalni dejavnosti kot možnosti rehabilitacijske metode zdravljenja shizofrenih bolnikov.

V diplomski nalogi me je zanimalo v kolikšni meri so duševni bolniki gibalno dejavni, s katero športno aktivnostjo se najraje ukvarjajo, za katero vrsto se najpogosteje odločajo, kako občutijo vpliv gibalne dejavnosti na počutje ter kateri motivi jih spodbujajo k rekreativni vadbi. Poleg sedanosti me je zanimala tudi njihova prihodnost – kako pogosto ter s katerimi športnimi zvrstmi se želijo gibalno udeleževati po odhodu iz bolnišnice. Še posebej pa sem želela pridobiti konkretne podatke o vplivu redne gibalne dejavnosti na počutje shizofrenega bolnika.

Raziskava je bila izpeljana v dveh delih. Prvi del raziskave, anketni vprašalnik o gibalni dejavnosti duševnih bolnikov, njihovem počutju in željah, je bil izpeljan na vzorcu 32 duševnih bolnikov iz Psihiatrične bolnišnice Idrija. Drugi del raziskave pa predstavlja študijo primera o vplivu redne, trikrat tedenske in tri mesece trajajoče gibalne dejavnosti na počutje shizofrenih bolnikov, ki je bila izpeljana na enem merjencu. Zaradi majhnega vzorca rezultatov ne morem posploševati na celotno populacijo, vendar lahko le-ti služijo kot pilotska študija za nadaljnje raziskovanje.

Z diplomsko nalogo sem želela potrditi naslednje tri hipoteze:

Hipoteza 1 = Duševni bolniki se ukvarjajo z gibalno dejavnostjo.

Na podlagi odgovorov 32 merjencev iz Psihiatrične bolnišnice Idrija lahko hipotezo potrdim. Približno 85 % anketiranih bolnikov se z gibalno dejavnostjo ukvarja vsaj enkrat tedensko. Bolniki se zavedajo pozitivnih učinkov gibalne dejavnosti, saj so na prva mesta vprašalnika o vplivih le-te na njihovo počutje navedli izboljšanje telesnih sposobnosti, duševne komponente zdravja in pozitiven vpliv na čustveno dimenzijo počutja.

Hipoteza 2 = Duševni bolniki imajo željo po pogostejšem ukvarjanju z gibalno dejavnostjo.

Hipotezo lahko potrdim. V anketnem vprašalniku si kar 23 (71,9 %) merjencev želi pogosteje ukvarjati z gibalno dejavnostjo. Enega izmed pomembnih razlogov za željo po pogostejšem ukvarjanju s športnimi aktivnostmi vidim v vplivu hospitalizacije. Vsi udeleženci so bili namreč anketirani v času bivanja v Psihiatrični bolnišnici Idrija, kjer velja specifičen ritem življenja, ki bolnike rehabilitira, navaja na sprejemanje lastne bolezni, na življenje z njo, kot tudi na vključevanje v družbo. Ena izmed pomembnih aktivnosti v sklopu delovne terapije je tudi gibalna dejavnost, ki jo bolniki izvajajo vsakodnevno v obliki jutranje telovadbe in popoldanskih sprehodov. Z vsakodnevno gibalno dejavnostjo pridobivajo bolniki izkušnje o vplivih le-te na njihovo počutje, dvigujejo svojo samozavest ter jo ponotranjajo v svoj sistem vrednot.

Hipoteza 3 = Redna gibalna dejavnost pozitivno vpliva na počutje bolnikov s shizofrenijo.

Na podlagi pridobljenih podatkov o vplivu gibalne dejavnosti na počutje shizofrenega bolnika, ki sem jih pridobila skozi trimesečno obdobje, lahko hipotezo potrdim. Počutje se je ocenjevalo na podlagi Brunelove lestvice počutij, ki vsebuje šest različnih dimenzij: napetost, jeza, utrujenost, depresija, živahnost in zmedenost. Izmed naštetih je imela redna gibalna dejavnost pozitiven učinek na počutje utrujenosti, živahnosti in depresije.

Rezultati, pridobljeni s pomočjo raziskave v tej diplomski nalogi, kažejo pomemben vpliv redne gibalne dejavnosti na tri dimenzije počutja, ki v veliki meri omejujejo življenje shizofrenega bolnika. Občutki izčrpanosti, zaspanosti, depresivnosti in utrujenosti otežujejo vsakdanje življenje shizofrenih bolnikov in zahtevajo vložek energije, ki ga oboleli nemalokrat ne zmorejo producirati. Gibanje pomaga napolniti prazne baterije in z vlaganjem truda v premagovanje lastnega napora omogoča dvig samozavesti ter posledično s tem dvig produktivnosti, delazmožnosti, angažiranosti in živahnosti. Zaradi majhnega vzorca ugotovitev ne morem posploševati na celotno populacijo, so pa lahko vodilo za nadaljnje raziskave.

Pri uporabi anketnega vprašalnika v praksi, sem naletela na nekatere težave. V svojo raziskavo sem želela vključiti le vzorec shizofrenih bolnikov, vendar sem s pomočjo osebja Psihiatrične bolnišnice Idrija spoznala, da je zaradi problematike postavljanja diagnoze kot tudi sprejemanja le-te s strani bolnikov to zelo težko. Na podlagi predlogov sem se odločila, da v raziskavo o gibalni dejavnosti in željah v prihodnosti zajamem vse duševne bolnike odprtega oddelka omenjene bolnišnice, med katerimi jih je imelo nekaj tudi diagnozo shizofrenije.

Do težav je prišlo tudi pri razumevanju vprašalnika. Do nerazumevanja je prišlo v sklopu vprašanj o sedANJI gibalni aktivnosti duševnih bolnikov, s katerimi sem želela pridobiti podatke o gibalni dejavnosti anketirancev v vsakdanjem življenju. Menim, da bi težave rešila, če bi namesto izraza »gibalna dejavnost sedaj« uporabila »gibalna dejavnost pred prihodom v bolnišnico«.

Po končani raziskavi menim, da bi bilo bolj smotrno uporabiti večji vzorec duševnih bolnikov iz iste bolnišnice, saj bi bili tako rezultati bolj reprezentativni za celotno populacijo. Hkrati pa bi bilo zanimivo spremljati razlike med duševnimi bolniki iz različnih psihiatričnih ustanov.

Raziskava o vplivu gibalne dejavnosti na počutje shizofrenih bolnikov je potekala v skladu z načrti. Trimesečno obdobje je bilo dovolj dolgo za pridobitev konkretnih rezultatov ter vadba dovolj intenzivna in časovno dolga za dosego želenega učinka. Študija primera je bila izvedena le z enim merjencem, kar je njena pomanjkljivost. Menim, da bi bilo v prihodnosti zelo priporočljivo izpeljati študijo na večjem vzorcu shizofrenih bolnikov.

Shizofreni bolniki imajo željo po telesni aktivnosti, tako kot zdravi ljudje. Iz vprašalnika je razvidno, da se zavedajo pozitivnih učinkov gibalne dejavnosti za zdravje, saj sami občutijo izboljšanje telesne kondicije in motoričnih sposobnosti, kot tudi učinke duševne sprostitve ter dvig duševne zmogljivosti. Telesna aktivnost pomaga pri sproščanju bolnikovih napetosti in stresnih situacij, ki so pogost vzrok za pojav krize in poslabšanje bolezenskega stanja. Pomemben dejavnik je tudi čustvena sprostitve, ki jo vadba omogoča. Vlaganje lastnega truda v premagovanje napora, uvid v večjo zmogljivost svojega telesa in postopno doseganje zastavljenega cilja prebudijo v vsakem človeku, tudi duševnemu ali shizofrenemu bolniku, občutek veselja, sreče, užitka in sprostitve. Pomemben dejavnik je tudi druženje, ki preprečuje izolacijo bolnika ter zapiranje vase, pomaga pri krepitvi samozavesti in socializaciji. Prav zaradi vseh teh pozitivnih vplivov, kot tudi želje duševnih bolnikov po pogostejšem športnem udejstvovanju, bi bilo

potrebno vključevati različne gibalne dejavnosti v psihiatrične ustanove, društva in organizacije, ki uporabnikom psihiatrije pomagajo pri rehabilitaciji.

Pomena gibalne dejavnosti za splošno zdravje se naša družba iz dneva v dan bolj zaveda. Pri gibanju vsi sprva pomislimo le na izboljšanje telesnih zmogljivosti in motoričnih sposobnosti, le malokrat pa se zavemo, da je gibalna dejavnost pomemben socializacijski dejavnik, učinkovita duševna sprostitev in pomirjajoča čustvena izkušnja. Shizofreni bolniki se zaradi narave svoje bolezni nemalokrat odmikajo od okolice in zapirajo vase ter posledično zaradi tega izgubljajo stik z družbo, kot tudi sami s seboj - zavržejo svoje sposobnosti, pozabijo na svoje hobije, pozabijo na občutke veselja in osebnega zadovoljstva ter iz dneva v dan izgubljajo svojo samozavest. Vsakemu posamezniku lahko s športom omogočimo, da v sebi prebudi pozabljene potenciale.

8. VIRI

Berčič, H., Sila, B., Tušak, M. in Semolič, A. (2001). *Šport v obdobju zrelosti*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Berčič, H., Tušak, M. in Karpljuk, D. (1999). *Šport v funkciji zdravja odvisnikov*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Berkow, R. (2000). *Veliki zdravstveni priročnik za domačo uporabo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Comer., R. J. (2004). *Abnormal psychology*. New York: Worth Publishers.

Cox, R. H. (1994). *Sport psychology: concepts and applications*. Madison: Brown and Benchmark.

Dernovšek, M. Z. (1996). *Vplivi na kakovost življenja bolnikov s shizofrenijo, zdravljenih z antipsihotičnimi zdravili*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Groleger, U. (Ur.). (2006). *Terapevtsko rezistentna shizofrenija*. Ljubljana: Novartis.

Groznič, M. (1998). *Oviralnosti in potrebe po rehabilitaciji ambulantnih bolnikov s shizofrenijo* (Raziskovalno poročilo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Hotujac, L. (Ur.). (2004). *Živeti s shizofrenijo*. Ljubljana: Pliva.

Ihan, A. (2004). *Do odpornosti z glavo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Kajtna, T. in Tušak, M. (2005). *Psihologija športne rekreacije*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Kocmur, M. (Ur.). (1997). *Shizofrenija = Schizophrenia: diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija* (zbornik predavanj mednarodnega seminarja). Ljubljana: Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za mentalno zdravje.

Kocmur, M., Tavčar, R. in Žmitek, A. (2000). *Shizofrenija: priporočila in smernice za zdravljenje z zdravili*. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo.

Kogovšek, B. in Kobentar, R. (1999). *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Kogovšek, B. in Škerbinek, A. (2002). *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.

Kranjc, T. (2002). *Življenje bolnikov s shizofrenijo*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Lajovic, J. (Ur.) (2006). *Najdi svojo pot: živeti s shizofrenijo*. Ljubljana: PharmaSwiss.

Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Lumi.

Luban – Plozza, B., Poldinger, W. in Kroger, F. (1993). *Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Milčinski, L. (1986). *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Ščuka, A. (2003). *Odnos uporabnikov društva Altra do telesne aktivnosti*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje. (1996). *Shizofrenija: informacija za družine*. Ljubljana.

Švab, V. (2001). *Priročnik o shizofreniji*. Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje – ŠENT.

Švab, V. (2000). *Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja duševno bolnih*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Tomori, M. in Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Litteraptica: Medicinska fakulteta.

Vute, R. (1999). *Izziv drugačnosti v športu*. Ljubljana: Debora.

9. PRILOGE

Priloga 1: Anketni vprašalnik

VPRAŠALNIK

Lep pozdrav. Sem Vesna Boštjančič, študentka Fakultete za šport. Pišem raziskovalno diplomsko nalogo in hvaležna bom Vaše pomoči pri pridobivanju podatkov o Vaši gibalni dejavnosti. Podatki so anonimni in bodo uporabljeni le v raziskovalne namene. Prosim, da pazljivo preberete vprašanja in upoštevate navodila pri izpolnjevanju vprašalnika.

OSNOVNI PODATKI

1. Mesec in leto rojstva: _____
2. Spol M Ž
3. Leto prve hospitalizacije: _____
4. Katere izmed spodaj naštetih stranskih učinkov jemanja zdravil z vidika motorike občutite (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)? Možnih je več odgovorov.
 - a) zaspanost, utrujenost
 - b) mišični krči
 - c) upočasnjenost, okorelost mišic
 - d) dvig telesne teže
 - e) stalna potreba po gibanju
 - f) zakrčenost telesa
 - g) drugo: _____
 - h) ne občutim stranskih učinkov

GIBALNA DEJAVNOST SEDAJ

5. S katerimi izmed spodaj naštetih dejavnosti se ukvarjate (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)? Možnih je več odgovorov.
 - a) Hoja
 - b) Tek
 - c) Kolesarjenje
 - d) Plavanje
 - e) Športne igre (nogomet, košarka, odbojka...)
 - f) Aerobika
 - g) Fitnes
 - h) Drugo: _____
 - i) Se ne ukvarjam

6. Kako pogosto se ukvarjate z gibalno dejavnostjo (fizična dejavnost, kot npr. tek, sprehodi, igre z žogo ipd., ki taja vsaj 30 min). Možen je samo en odgovor (obkrožite črko pred izbranim odgovorom).

- a) se ne ukvarjam
- b) 1x do nekajkrat na leto
- c) 1x do 3x na mesec
- d) 1x tedensko
- e) 2x do 3x tedensko
- f) 4x do 6x tedensko
- g) vsak dan

7. S katero obliko gibalne dejavnosti se najraje ukvarjate (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)? Možnih je več odgovorov.

- a) organizirano rekreativno
- b) neorganizirano s prijatelji
- c) neorganizirano v krogu družine
- d) neorganizirano sam/-a
- e) drugo: _____
- f) s telesno aktivnostjo se ne ukvarjam

8. Kakšen vpliv ima gibalna dejavnost na Vaše telesno, duševno, čustveno in socialno počutje (obkrožite številko, ki najbolj ustreza vašemu počutju)?

- 1 = sploh ne drži
- 2 = rahlo drži
- 3 = srednje drži
- 4 = dobro drži
- 5 = popolnoma drži

Gibalna dejavnost ima na moje počutje naslednje vplive:

Imam lepo telo.	1	2	3	4	5
Imam manj maščobne mase.	1	2	3	4	5
Čutim izboljšanje motoričnih sposobnosti (moč, vzdržljivost, hitrost).	1	2	3	4	5
Imam boljšo odpornost.	1	2	3	4	5
Imam višjo delavno sposobnost.	1	2	3	4	5
Občutim veselje.	1	2	3	4	5
Občutim srečo.	1	2	3	4	5
Občutim užitek.	1	2	3	4	5
Občutim sprostitvev.	1	2	3	4	5
Občutim samozavest.	1	2	3	4	5
Omogoča mi duševno sprostitvev.	1	2	3	4	5
Omogoča mi duševno ravnovesje.	1	2	3	4	5
Čutim dvig duševne zmogljivosti.	1	2	3	4	5

Lažje prenašam duševne obremenitve.	1	2	3	4	5
Lajša mi občutja tesnobe.	1	2	3	4	5
Čutim zmanjšano depresivnost.	1	2	3	4	5
Omogoča mi druženje z ljudmi.	1	2	3	4	5
Čutim pripadnost.	1	2	3	4	5
Omogoča mi medsebojne stike.	1	2	3	4	5
Sodelujem v skupini.	1	2	3	4	5
Imam nova poznanstva.	1	2	3	4	5
Polepša mi družinsko življenje.	1	2	3	4	5

9. Zakaj se ukvarjate z gibalno dejavnostjo (obkrožite številko, ki najbolj ustreza vašemu motivu).

- 1 = nepomemben razlog
- 2 = manj pomemben razlog
- 3 = srednje pomemben razlog
- 4 = dokaj pomemben razlog
- 5 = izredno močan razlog

Da izboljšam telesno kondicijo.	1	2	3	4	5
Da se psihično sprostim.	1	2	3	4	5
Da se družim s prijatelji, družino.	1	2	3	4	5
Ker mi je to življenjska navada in potreba.	1	2	3	4	5
Ker uživam.	1	2	3	4	5
Ker to koristi mojemu zdravju.	1	2	3	4	5
Ker me je v to prisilil nekdo drug.	1	2	3	4	5

10. Na katere Vaše stranske učinke jemanja zdravil ima gibalna dejavnost vpliv (obkrožite številko, ki najbolj ustreza vašemu počutju)? V primeru, da ne občutite omenjenega stranskega učinka, obkrožite številko 3.

- 1 = opazno poslabšanje
- 2 = rahlo poslabšanje
- 3 = brez spremembe
- 4 = rahlo izboljšanje
- 5 = opazno izboljšanje

zaspanost, utrujenost	1	2	3	4	5
mišični krči	1	2	3	4	5
upočasjenost, okorelost mišic	1	2	3	4	5
dvig telesne teže	1	2	3	4	5
stalna potreba po gibanju	1	2	3	4	5
zakrčenost telesa	1	2	3	4	5

ŽELJA PO GIBALNI DEJAVNOSTI

11. Ali imate željo po pogostejši gibalni dejavnosti (obkrožite)?

DA NE

12. Kako pogosto bi se želeli ukvarjati z gibalno dejavnostjo (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) se ne ukvarjam
- b) 1x do nekajkrat na leto
- c) 1x do 3x na mesec
- d) 1x tedensko
- e) 2x do 3x tedensko
- f) 4x do 6x tedensko
- g) vsak dan

13. S katero gibalno dejavnostjo bi se želeli pogosteje ukvarjati (naštej največ 3)? Npr. hoja, tek, kolesarjenje, odbojka, plavanje, ples ipd.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Najlepša hvala za sodelovanje!