
A sportterápia hatásának vizsgálata klinikai populációban

Kutatás a krízis osztályon

Készítették:
Balázs Regina
Balló Henrietta

2015

Tartalomjegyzék

Absztrakt	3
Bevezető	4
1. Elméleti háttér	4
1.1. A testmozgás és pozitív hatásai	4
1.2. Öngyilkosság és depresszió	7
1.3. Testmozgás és mentális betegségek – korábbi kutatások tapasztalatai	9
2. Hipotézisek	14
3. Módszer	15
3.1. A vizsgálati minta leírása:	15
3.2. A kutatási módszerek, mérőeszközök és technikai eszközök ismertetése:	16
3.2.1. A kérdőívcsomagok részletes bemutatása	16
3.2.2. A sportterápia menetének bemutatása	19
4. Eredmények	20
4.1. A rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI) és a rövidített Reménytelenség Skála	20
4.2. A WHO Életminőség Skála (WHO 5), a Rosenberg-féle Önértékelő Kérdőív (SES) és a PANAS kérdőív	22
4.3. A Testedzés Motivációs Kérdőív (EMI-2HU)	25
4.4 Közvetlenül a sportterápia előtt és után kitöltött PANAS kérdőívek	26
5. Diskusszió	27
6. Kitekintés	31
Köszönetnyilvánítás	33
Irodalomjegyzék	34
Mellékletek	36

Absztrakt

Jelen munka és kutatás a sport és a pszichológia iránt érzett elköteleződés és érdeklődés összefonódásából született. Fő célja, hogy bizonyítsa a rendszeres testmozgás jótékony hatását egy kórház krízis betegeinek körében, akik főként depresszióval, szorongásos zavarokkal és szuicid gondolatokkal, kísérletekkel küzdenek.

A fizikai aktivitásnak számos pozitív hatása ismert egészségünk megtartása, betegségek megelőzése, valamint a betegségekből való felépülés terén egyaránt. Jótékony hatása a mentális betegségek területén is bizonyítást nyert: több kutatás készült, melyek bizonyították a rendszeres testmozgás hatékonyságát depressziós, szorongásos, és kényszeres kórképek, valamint szkizofrénia, pánikzavar és különböző addikciók területén. Ezen kívül a rendszeres fizikai aktivitás bizonyítottan növeli szubjektív jóllétünket, önértékelésünket, így tehát protektív faktorként szolgálhat az öngyilkosság szempontjából is. Kutatásunk egy, a Péterfy Sándor utcai Kórházban készülő longitudinális kutatás „előszobájának” tekinthető, melyben azt vizsgáljuk, hogyan hat a sportterápiás foglalkozáson való részvétel a páciensek közérzetére, hangulatára, érzelmeire, milyen esetben vesznek részt szívesen egy-egy alkalmon. Az osztály jellegzetes beteg-populációja miatt kiemelt figyelmet kap vizsgálatunkban a depresszió és a reménytelenség érzése, melyek csökkenését, valamint az élettel való elégedettség és a pozitív-negatív affektusok aránya, mely utóbbiak emelkedését várjuk az adatfelvételi periódus végén. Önkéntesként 2013 októbertől tartunk sportterápiás foglalkozásokat a kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályán. Azóta saját élményként megtapasztaltuk, milyen pozitív hatással bír az osztály betegei számára heti 3 óra sportfoglalkozás – jelen kutatás célja pedig az, hogy ez a tapasztalat statisztikai elemzések által is alátámasztást nyerjen, és az eredmények nyomán minél több pszichiátriai osztályon kerüljön bevezetésre sportterápiás foglalkozás.

Kulcsszavak: testmozgás, sportterápia, klinikai populáció, depresszió, öngyilkosság

Bevezető

Jelen munka két, szívünkhöz és tanulmányainkhoz egyaránt közel álló területet ölel fel és kapcsol össze: a testmozgást és a pszichológiai betegek állapotának minél hatékonyabb javítását.

Mesterszakos pszichológiai tanulmányaink alatt, 2013 októbere óta önkéntesként tartunk sportfoglalkozásokat a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályán a bent fekvő (és néhány visszajáró) betegeknek. Ez a foglalkozás adta kutatásunk alapötletét, melyet kezdetben heti kétszer, szerdán és pénteken, majd hetente háromszor (hétfő-szerda-péntek), 50-60 percben alakítottunk ki, azonos felépítéssel, kisebb eszközök (kézisúlyzókként szolgáló, fél literes vizespalackok és polifoamok) segítségével. Szinte minden sportterápia után pozitív visszajelzéseket kaptunk a betegektől, majd pár hónap elteltével az osztály dolgozóitól, a kezelőorvosoktól, a pszichológusoktól, de még az ápolóktól is sorra érkeztek a lelkes dicséretek. Ez a rengeteg pozitívum adta az egyik legfőbb motivációt ahhoz, hogy a visszajelzéseken túl olyan adatok is legyenek a kezünkben, melyek már komoly alapot szolgáltatnak arra, hogy ez a fajta foglalkozás minél szélesebb körben elismert és elterjedt legyen.. Munkánk így egy hosszabb távú folyamat első lépésének tekinthető, melynek két végcélja is van: a rendszeres mozgás beépítése a betegek mindennapi életvitelébe, valamint a sportterápia rendszeres alkalmazása a klinikumban.

1. Elméleti háttér

1.1. A testmozgás és pozitív hatásai

Fizikai aktivitás alatt olyan, a vázizomzatot működésbe hozó testmozgást értünk, mely a test nyugalmi állapotához képest fokozott energiafelhasználással jár. Az egészséges táplálkozás, a személyi higiéné, a harmonikus családi élet, a kiegyensúlyozott szexualitás, a szakmai tevékenység, a pozitív társas-társadalmi kapcsolatok, a stressztűrés és – kezelés, az időben orvoshoz fordulás, a baleset megelőzés, a dohányzás mellőzése, az alkoholfogyasztás minimális szinten tartása, a droghasználat elutasítása és a környezetvédelem mellett az egészséges életmód elengedhetetlen összetevője (Uray, 2001). Specifikus fajtája a testedzés, melynek végzésével a cél a fizikai edzettség elérése és fenntartása, legismertebb példája pedig az aerob tréning (mely nagy izomcsoportokat mozgat meg közepes intenzitással), és a rezisztencia tréning, mely alatt a súlyokkal végzett edzőmunka értendő (Hevesi és Urbán, 2012). Bármilyen mozgásformáról legyen is szó, a fizikai aktivitásnak számos jótékony hatása ismert: javítja a keringést és a szívizmok oxigénellátottságát, serkenti az anyagcserét, segíti a magas vérnyomás és a

cukorbetegség kialakulásának megelőzését, véd az elhízás ellen, növeli a szubjektív jólétünket, és rendszert visz a mindennapjainkba. Mivel az egészségügy sosem fog tudni eleget tenni a felmerülő igényeknek, ezért az utóbbi években megnőtt az olyan önsegítő stratégiák jelentősége, melyek a sporttal és az **életmódváltással** foglalkoznak (Martinsen, 2008). Azt reméljük, kutatási eredményeink nyomán a sportterápia is beállhat majd a kórházi osztályokon elsajátítható önsegítő stratégiák sorába.

Maga az '**egészség**' a WHO, azaz az Egészségügyi Világszervezet által adott definíciója szerint *„a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota és nem csupán a betegségek és fogyatékoságok hiánya”* (Pszichológiai lexikon, 2007, 76.), azaz magában foglalja a biológiai, a lelki, a mentális az érzelmi és a szociális egészséget. E szerint a mentális egészség olyan tevékenységek sorához kapcsolható, mely közvetlen vagy indirekten hozzájárulnak a mentális jólétéhez, a mentális betegségek megelőzéséhez, kezeléséhez és a rehabilitációhoz is (WHO, 2013).

Mindennapi életünk során azonban rengeteg károsító tényező éri **mentális egészségünket**. Ilyenek például a stresszes életmód, az alváshiány, a nem megfelelő étkezés és a mozgáshiány is. Sokan azonban nem is vagyunk tisztában azzal, hogy mi is az a mentális egészség, hogyan tarthatjuk ezt karban és miért is fontos.

A **testedzés**, mozgás teljes egészében kapcsolható a mentális egészséghez, sőt, önálló védőfaktornak tekinthető, hiszen önmaga terápiás hatással bír (Kopp, 1995) már rövid távon is, hosszabb távon pedig a mozgás örömelményét adja, önbizalom növelő hatással bír, pozitív fizikai, változásokat is eredményez (Petrika, 2012).

Rövidtávú, sőt, azonnal jelentkező hatásai például a hangulat javulása, a szorongás oldódása, a stressz levezetése és enyhítése, az önbizalom növelése, a tanulási képességek és koncentráció javulása, a kreativitás növekedése és a pihentetőbb alvás. Tovább is folytathatnánk a rengeteg pozitívum felsorolását, azt azonban fontos szem előtt tartanunk, hogy ezek a hatások a testedzés befejezése után csupán rövid ideig, pár percig maradnak fenn, és csak rendszeres mozgás során válnak tartóssá. A rendszeres és megfelelő mozgás **hosszútávon** is fenntartja a korábban felsorolt hatásokat, és ezek nyomán csökkenti az érzelmi feszültséget, növeli az én-hatékonyságot, csökkenti a depresszió mértékét, előidézi a stresszkezelés javulását (az endorfin felszabadulás nyomán) és bizonyos fiziológiai tényezők kedvező változását (pl. vérnyomás csökkenése) (Petrika, 2012)

A fent említett változásokat az alábbi táblázatban mutatjuk be szemléletesebben (*1. táblázat*):

Rövidtávú hatások	stressz levezetése, csökkentése	
	hangulat emelése	
	önbizalom és önértékelés emelkedése	
	memória, koncentráció- és tanulási képesség javulása	
	pihentetőbb alvás	
	figyelem elterelődése a betegségről	
Hosszútávú hatások	fizikai	kardiovaszkuláris egészség megőrzése
		testfelépítés, erőnlét, anyagcsere karbantartása
		vegetatív működések stabilizálása
		csontozat erősítése
	mentális	érzelmi jóllét növekedése
		kontroll érzés erősítése
		megküzdés hatékonyabbá tétele
		szorongás és depresszív hangulat csökkentése

1. táblázat: A testedzés legfontosabb rövid és hosszútávú hatásai (Hevesi és Urbán, 2012 és Petrika, 2012 nyomán)

A **biopszichoszociális paradigma** szerint az egészség egy olyan összetett állapot, melyhez elengedhetetlen a biológiai, a pszichológiai és a szociális faktorokat is egyaránt vizsgálunk. Ez tulajdonképpen egy rendszer, melynek egyensúlyi működéséhez a fenti faktorok, dimenziók egyenlő kielégítettsége szükséges, ezt pedig az egyén alakítja ki (Pikó, 2011). Ebbe a modellbe illesztve a **fizikai erőfeszítés** nem csak testi szinten okoz változásokat, hanem pszichológiai szinten is hatással van a közérzetünkre, a mentális jól-létünkre, kölcsönhatásai mind a biológiai, mind a fizikai, a pszichológiai és a viselkedéses szinten megfigyelhetők (Petrika, 2012).

Mindezen tapasztalatok és bizonyított tények alapot szolgáltatnak a sport több területen és szinten való alkalmazására is, melyek a következők:

- terápia, egy betegség esetén,
- **életminőség javítás**, például mentális betegségek esetén (ilyen például a depresszió),
- prevenció, valamilyen probléma megelőzésére,
- wellness, mentális jól-lét fejlesztése a mindennapi emberek életében (Petrika, 2012).

Már az ókorban is ismert volt a mondás: „*Mens sana in corpore sano.*”, azaz „Ép testben ép lélek”. A mozgás tehát nem csupán a testet, de a szellemet és a lelket is karban tartja, ennek

pedig különösen fontos szerepe van a mentális betegségekkel rendelkezők életében, még azokéban is, akiket kórházi ellátásban már kezelnek.

1.2. Öngyilkosság és depresszió

A Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályának fő profilja (ahogyan az nevéből is kikövetkeztethető) a krízisintervenció. A krízisben lévő kliensek olyan terápiás segítséget kapnak, mely a beszűkült lelkiállapotból, akár az öngyilkossági gondolatok köréből is segít kiutat találni.

Emellett az szolgáltat alapot a **depresszió és az öngyilkosság** behatóbb ismertetésére, hogy a testmozgás szerepét és jelentőségét több kutatás (*lásd következő fejezet*) vizsgálta már, főként az említett betegségek körében. Így ahhoz, hogy megértsük a két terület összefüggését, fontos ismernünk a betegségek hátterét.

Öngyilkosság

Az öngyilkosságnak, vagy az **öngyilkossági kísérletnek** több oka is lehet. Függhet kulturális, szociális és pszichés tényezőktől, és természetesen mentális betegségektől, mint például a depresszió, a pszichotikus állapotok vagy a függőségek. Magyarországon az öngyilkossági ráta 1987-ben (Európai és világi viszonylatban) is magas volt, ez a rendszerváltás óta csökkent, azonban még mindig jelentős arányú és fokozott figyelmet érdemel (Pszichológiai lexikon, 2007).

Rihmer Zoltán (2014) részletesen ismerteti több tanulmányában is az öngyilkosság **rizikófaktorait**, melyek az említettek mellett a személyiségjegyekkel összefüggő faktorok (agresszivitás, impulzivitás) és az egyéni életben, családi anamnézisben megjelenő faktorok (korai és jelenlegi negatív események, veszteségélmények, tartós stresszorok, első és másodfokú rokonok körében pozitív családi anamnézis).

Természetesen nem csupán negatívumokat tudunk felsorolni, hanem a megelőzést segítő, **protektív faktorokat** is, ezek közül a szociális támogatás, a terhesség és szülés utáni időszak, a nagy gyerekszám, az aktív vallásosság, a már diagnosztizált betegek folyamatos után követése és gondozása kiemelendő.

Ma már nem csak orvosi körökben ismert az a tény, hogy a szorongásos, valamint a depressziós betegek, és főként a nem kezelt depresszióban szenvedők közül kerül ki az öngyilkosságot elkövetők legnagyobb része. Az öngyilkosság veszélye tehát számos élethelyzetben fennállhat, de a befejezett kísérlet legmagasabb rizikótényezője a korábbi kísérlet és a depresszió, főként

az unipoláris major depresszió és a bipoláris betegség. Így rendkívül fontos a betegeknél a Beck-féle kognitív triász (a beteg attitűdje önmagával, a világgal és a jövővel kapcsolatban) és a Rihmer-triász (beszűkültség, gátoltság és autoagresszió, szuicid fantáziák) felmérése. Ezen állapotok időbeni felismerése segíti a veszély enyhítését, és megkezdhető a kezelés, megelőzve ezzel az önsértő viselkedést (A Pszichiátriai rövidített kézikönyve, 2013).

A fent leírtak sok olyan pontot érintenek, melyekkel a testmozgás is kapcsolatba hozható. Ilyenek a szociális támogatás vagy a folyamatos követés, ezek a tényezők a csoportos mozgás során lefedhetők és teret biztosítanak a negatív hatások enyhítésére.

Depresszió

A **depresszió** a **hangulatzavarok** körébe tartozó „nagyfokú pszichés lehangoltság, szomorúság és reményvesztettség, mely magában foglalja a döntésképtelenséget, az érdeklődés elvesztését, a gondolkodás és a mozgás lelassulását, fáradtságot, étvágytalanságot, negatív gondolatokat” (Pszichológiai lexikon, 2007, 67.), bizonyos esetekben azonban fokozott aktivitás (mánia) is előfordul.

A depressziós beteg kinézetében egy koránál idősebb személy benyomását kelti, testtartása görnyedt, külsőleg ápolatlan, aktivitása csökkent, beszéde meglassult. Hangulata alacsony fekvésű, leginkább negatív irányba befolyásolható, gondolatai főként negatív képek körül forognak, büntudatot éreznek, foglalkoztatja őket az öngyilkosság és a halál gondolata (A Pszichiátriai rövidített kézikönyve, 2013).

A **depresszív epizód** megfogalmazása, **kritériumai** a BNO-10 szerint következnek:

F32 Depressziós epizód

Az enyhe, közepes vagy súlyos depresszió tipikus esetében a páciens szenved a hangulat esésétől, energiáinak csökkenésétől, és tevékenységének az elsivárosodásától. Az öröm képessége, az érdeklődés és a koncentráloképesség csökken, kifejezetten fáradékony. Alvászavar lép fel, és az étvágy csökken. Az önértékelés is megfogyatkozik, és valamilyen formában büntudat és értéktelenség érzése lép fel. Az alacsonyan fekvő hangulat csak mérsékelten változik napról- napra, relatíve független a környezettől, és úgynevezett "szomatikus" tünetekkel társulhat, mint az érdektelenség, az örömteli érzések hiánya és a több órával a megszokott idő előtt való felébredés. A depresszió rosszabb a reggeli órákban, jelentős a

pszichomotoros retardáció, az agitáció, az étvágytalanság, a fogyás, és a szexuális vágy (libidó) csökkenése. A tünetek számának és súlyosságának függvénye, hogy **enyhe, közepes** vagy **súlyos** depresszióról beszélünk-e.

Beleértve: egyszeri epizódja a:

- depresszív reakciónak
- pszichogén depressziónak
- reaktív depressziónak

Kivéve:

- alkalmazkodási zavar (F43.2)
- ismétlődő depresszió (F33.-)
- amikor magatartászavarral társul (F91.- és F92.0)

(BNO-10, 1995, 305)

A hangulatzavarok és a depresszió **kezelése** hosszas folyamat, mely több terápiás módszert is felölelhet. A Pszichológiai lexikon (2007) szerint a kezelés főként pszichoterápiával, gyógyszereléssel, esetenként elektrokonvulzív kezeléssel (ECT) történik. A terápiát mindenképpen a személy tüneteire szabva kell kialakítani. Mivel a betegség esetében gyakori a relapszus, fontos a kezelések hosszútávú tervezése, az akut epizód utáni 4-5 hónapban a terápia folytatása erősen javallott (A Pszichiátriai rövidített kézikönyve, 2013).

Ezen felsorolásban nem szerepel a testmozgás, pedig a sport, az edzés rengeteg olyan pozitív hatással bír, melyekről az 1.1-es részben már részletesen olvashattunk, és amelyek a depresszió rengeteg tüneteire enyhítően hatnak. A csoportos együttlét, a figyelemelterelés, a mozgás fiziológiai hatásai, a felszabaduló endorfin vagy a fizikai fáradás utáni pihentetőbb alvás mind-mind alátámasztják, hogy a farmakoterápia és a klasszikus pszichoterápiák mellett a „sportterápia” is egy eszköz lehet a depresszió tüneteinek enyhítésére. A következő (1.3.) részben ismertetett kutatási eredmények alapján is megalapozottnak látszik az a feltevés, hogy a testmozgás, a rendszeres sport bizonyos esetekben nem csak kiegészítő, hanem a korábban felsoroltakkal egyenrangú terápiaként is jelen lehet a depressziós tünetek kezelésében.

1.3. Testmozgás és mentális betegségek – korábbi kutatások tapasztalatai

Már az 1980-’90-es években megindultak a kutatások a mentális betegségek, főként a depresszió és a mozgás között fennálló kapcsolat feltárására. Ezek közül most azokat

ismertetjük, melyek a legszemléletesebben mutatják, milyen hatásos is a mozgás, és mik azok a fő kritériumok, melyeknek egy ilyen kutatásban figyelmet kell szentelni.

Testmozgás és depresszió

Az első kutatást, mely kontrollált körülmények között vetette össze a mozgást egyéb terápiás formákkal 1979-ben publikálta Greist munkatársaival. Aerobic mozgásformát hasonlítottak össze időben meghatározott és időben szabad terjedelmű pszichoterápiával: Eredményül azt kapták, hogy a mozgás és az időben behatárolt terápia egyenlően hatékony, azonban a nem behatárolt idejű terápiával szemben a mozgás hatásosabb (Greist, 1979, idézi Martinsen, 2008). Egy ezt követő kutatásukban a testmozgást a pszichoterápiával és a meditációval hasonlították össze, itt nem találtak szignifikáns különbséget a három csoport elért eredményei között.

Az egy éves utánkövetés azonban kimutatta, hogy azok, akik mind a két kutatás alatt (és utána is) rendszeresen mozogtak, nagyobb arányban őrizték meg az állapotukban bekövetkezett javulást (Klein, 1985, idézi Martinsen 2008).

Meg kell említenünk, hogy ezek a korai kutatások igen alacsony elemszámmal és néhol kidolgozatlan módszerrel zajlottak, ennek ellenére ezekben az esetekben is bebizonyosodott a mozgás pozitív hatása.

McCann és Holmes (1984) munkájuk során már igyekeztek pontosabb adatokkal szolgálni: 43 magas BDI (Beck Depresszió Kérdőív) pontszámmal (25 felett) rendelkező nőbeteget 3 csoportra osztottak: egy 10 héten át, hetente kétszer 1 órát mozgó aerobic csoportra, egy placebo (relaxációt végző) csoportra és egy kezelés nélküli csoportra. A kutatás idejének felénél, vagyis már 5 hét után az aerobic csoport erős csökkenést mutatott a depresszió tüneteit tekintve a másik két csoporthoz képest.

Egy hasonló kutatásban McNeil és munkatársai (1991) enyhe depresszióval diagnosztizált betegek 30 fős csoportját további 3 csoportban vizsgálták. Eredményeik azt mutatták, hogy a mozgásos csoportban (heti háromszor 20-40 perces séta) jóval erősebben látható volt a depresszió tüneteinek csökkenése, a 6 hetes periódus végén átlagosan 2,4 ponttal csökkent BDI pontszámuk, míg a várólistára tették csupán 0,4-el, a csoportos támogatásban részesülőké pedig 0,9 ponttal.

Pontos és ígéretes eredményeket ért el a területen Blumenthal, aki több felállásban is kutatta a mozgás hatékonyságát, nem csak placebo csoportokkal, hanem farmakoterápiával összevetve is. Munkatársaival 1999-ben egy jól szervezett és randomizált kutatásban major depressziós betegeket 3 csoportba osztott: egy felügyelt mozgás csoportra (heti háromszori

mozgás), egy antidepresszántot kapó csoportra és egy, a két kezelés kombinációjában részesülő csoportra. Igaz, az antidepresszántot szedő betegek kezdetben gyorsabb javulást mutattak, de a 12 hét letelte után mind a három csoport fejlődött és ennek mértéke nem mutatott szignifikáns eltérést. A kutatók a vizsgálat után 10 hónappal elvégeztek egy után követést, mely megmutatta, hogy a mozgásban résztvevők hosszabb távon is megtartották az elért javulást a tünetek terén, illetve sokuk beépítette a mozgást az életébe és gyógyulását is ennek tulajdonította (Blumenthal és mtsai, 1999).

A fent említett kutatások mindegyikében láthattuk, hogy a rendszeres mozgás csökkenti a betegségek tüneteit, annak mértékét, emellett pedig a csoportos közegben történő időtöltés során a betegeknek lehetőségük nyílik új kapcsolatokra is szert tenni (Carless és Douglas, 2008).

Annak szűrésére, hogy a társas támogatás, vagy a mozgás önmagában hatékonyabb, második kutatásukban Blumenthal és munkatársai már 4 csoportot hoztak létre, ahol az antidepresszántot kapókat hasonlították össze egy placebo csoporttal, egy felügyelt, csoportos mozgást végző csoporttal (heti háromszori mozgás) és egy egyéni, otthoni mozgást végző csoporttal (szintén hetente háromszor). Az eredmények itt is egybeesnek az eddigiekkel: 4 hónap után a betegek 42%-a javult, de az aktív terápiában részesülők magasabb javulási arányt mutattak. A mozgásformák, illetve az antidepresszántot szedők értékei között nem mutatkozott szignifikáns különbség (Blumenthal és mtsai, 2007).

Blumenthal eredményeinek nem csak a csoportos és az egyéni mozgás eredményességének szempontjából van nagy jelentősége, hanem főként az antidepresszánsokkal való összehasonlításban. Sok beteg ugyanis nem megfelelően reagál a gyógyszerekre, sokszor szükség van az adagok emelésére, csökkentésére, vagy akár gyógyszerváltásra (Martinsen, 2008).

A korábbi eredményeket támasztja alá ezzel kapcsolatban Mather és munkatársainak (2002) az a kutatása, melyben egy olyan depresszióval diagnosztizált klinikai mintát, melynek tagjai nem reagáltak megfelelően a gyógyszerekre, véletlenszerűen beosztottak mozgásos és edukációs csoportokba. Eredményeik kimutatták, hogy a mozgás szignifikánsan hatásosabb volt az edukációnál (Mather, 2002, idézi Martinsen 2008).

Láthatjuk tehát, hogy a mozgás és a hangulat, a mentális egészség kapcsolata régóta kutatott téma, azonban a kezdetekkor – természetesen – jelentkeztek hiányosságok, olyan változók, melyekre fontos figyelmet fordítani a megfigyelések során.

Byrne már 1993-ban összeszedte ezeket a kritikus pontokat és megfogalmazott egy útmutatót a jövőbeli kutatások számára. Ebben leírja, hogy a kutatások hiányosságai közé tartozik a kiválasztott mozgás pontos leírása, ezen belül is a résztvevők fittségi szintjének figyelembe vétele; a fejlődés pontos vezetése; a mozgás típusának, intenzitásának, rendszerességének és időtartamának lejegyzése. Byrne megkérdőjelezi az önkitöltő tesztek hatékonyságát, pontosságát, melyekkel általában a változásokat mérni szokták, valamint kiemeli a kontroll csoportok fontosságát. A jövőbeli kiterjeszhetőség szempontjából fontosnak tartja a longitudinális kutatásokat, illetve egy bizonyos idő elteltével a kutatások pontos megismételését.

Természetesen a módszerek finomodásával és a publikációk szaporodásával a munkák nagy része már a legtöbb ponton megfelelt a fent leírtaknak.

Ezekből választott ki összesen harmincat Lynette L. Craft és Frank M. Perna, 2004-ben. Fő kérdésük az volt, hogy az elmúlt évek kutatásaiból milyen összevont következtetéseket lehet levonni a mozgás terápiás alkalmazására vonatkozóan. A kutatások metaanalízise során arra jutottak, hogy a mozgás intenzitása, a gyakoriság, a páciensek neme és kora, valamint a mozgás formája sem döntő fontosságú, az egyetlen döntő jelentőségű komponens az idő. Ahhoz, hogy a testedzés már hosszabb távon is eredményeket hozzon, minimum 9 héten át kell folytatni valamilyen mozgást – de természetesen ez a 9 hét önmagában nem elegendő, csupán a kezdeti változásokat indítja el. A tartós életminőség javuláshoz a mozgás életvitelszerű üzése szükséges, mely a biopszichoszociális modell egészségkonceptiója értelmében minimum heti ötszöri, legalább 30 percig tartó, enyhe izzadással járó fizikai aktivitást jelent (Petrika, 2012).

Mindezek nyomán tehát a legfontosabb kiemelő az, hogy az elért fejlődések hosszú távú megtartásához a végső cél a testedzés mindennapi életbe való beépítése, akár otthon, egyénileg végezve, akár csoportban, szervezett körülmények között (Meyers és Broocks, 2000).

Testmozgás és egyéb mentális zavarok

Természetesen sem a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályán, sem más pszichiátriai osztályokon nem szűkíthető le a betegek köre a depressziósokéra, vagy a krízisben lévőkére. Néhány kutatás (legfőképp esettanulmány) kitér arra is, hogy súlyosabb mentális betegségek, például a skizofrénia vagy a pszichotikus állapotok esetében mennyire lehet eredményes a testedzés bevonása a kezelési folyamatba.

Carless és Douglas (2008) a témával foglalkozó cikkükben kiemelik, hogy az eltérő állapotú betegek esetén nehéz egységesen és hatásosan alkalmazni a mozgást, valamint az önkitöltő kérdőívek megbízhatósága is jelentősen romlik, például a pszichotikus pácienseknél. Esettanulmányuk során azonban két skizofrén férfi kezelésébe vonták bele a sportot: egyikőjük fiatalabb korában futballozott, később pedig edzőtermi edzéseket végzett, úszott, biciklizett és krikettezett; a másik férfi szintén rendszeresen edzett és biciklizett. A mozgás az ő esetükben is enyhítette a tüneteket, illetve a csoportos foglalkozás, a társakkal való kapcsolat tovább erősítette javulásukat, hiszen ez korábban (főként a betegség miatt) nem volt jelen az életükben.

Egy hasonló esettanulmányban McDevitt és Wilbur (2006) egy 47 éves nőbeteg javulását követik végig. A páciens 25 éve él skizoaffektív zavarral, tüneteit olanzapinnal és lithiummal kontrollálták, melyekre jól reagált. A kezelés utóbbi éveiben felszedett súlyfelesleg és a családi kórtörténetben megjelenő korai szívroham (apa), valamint a kettes típusú diabétesz (testvér) szükségessé tették a testmozgás rendszeressé tételét a nő életében. A kezelők pontosan vezették a beteg testi, fiziológiai adatait (súly, vérnyomás, triglicerid szint, stb.), emellé pedig összeállítottak egy négy-hetes induló programot, melybe heti két gyaloglást iktattak, folyamatosan növelve az időtartamot és az intenzitást. Az 5-12. hét között a páciens már hetente háromszor sétált 20-30 percig, tovább növelt intenzitással. Minden alkalomhoz tartoztak bemelegítő és nyújtó gyakorlatok is. A 12 hét letelte után a gyaloglás már egyáltalán nem esett nehezebbre, sikerült leadnia a súlyából, valamint nem csak fizikai eredményei javultak, hanem orvosai szerint betegségének súlyosbodását is megelőzte a mozgás által. Azonban a tartós és komolyabb mentális betegségek esetén a mozgás pontos hatásai még további vizsgálatokat és kutatásokat igényelnek ahhoz, hogy a legmegfelelőbb módszert tudjuk kialakítani (McDevitt és Wilbur, 2006).

Sok esetben tapasztalható, hogy a kórházi életmód, az aktivitás hiánya, valamint a gyógyszerek mellékhatásaként megjelenő súlygyarapodás gyakran előforduló problémák szinte minden mentális betegség esetén. A kórházak által biztosított (és Amerikában már elterjedt) mozgásterápiák, sportprogramok egy kezdeti motivációt jelentenek a testedzés későbbi folytatására is, hiszen bármilyen fejlődés pozitívumként szolgálhat.

Mindezek alapján úgy érezzük, a sport magyarországi klinikákon való bevezetése fontos és hasznos eleme lehetne a terápiáknak. Bizonyos betegségek kezelése jelentős anyagi terhet ró a kórházakra és ez által az államra is, ezzel szemben a sportolás egy viszonylag alacsony költségvetéssel is üozhető tevékenység.

Természetesen azt is figyelembe kell vennünk, hogy a testedzés nem mindenki számára jelent pozitív élményt. Az, hogy „*mozogni kell*”, lehet egy szorongást keltő tényező is a betegek számára, így fontos a terapeuták körültekintő megválasztása, a megfelelő motiválás és a szorongás csökkentésére irányuló tevékenységek is (Martinsen, 2008).

Mindezen kritériumoknak teljesen megfelelni szinte lehetetlennek tűnik, azonban a korábbi kutatók eredményeire és tapasztalataira alapozva próbáltuk az adott kórházi helyzethez igazodva minél precízebben megalkotni saját kutatási tervünket.

A tudományos munkákban a leggyakrabban alkalmazott sporttevékenységek általában állóképesség fejlesztő módszerek, mint például a futás, a biciklizés, az aerobik, az erőnlétfejlesztő módszerek, a kondicionáló torna vagy a súlyzózás (Szilágyi, 2008), ehhez igazítva mi is egy aerob-szerű, erősítő mozgássorozatot végzünk a páciensekkel.

Mivel a rendszeres fizikai aktivitás bizonyítottan okoz kognitív változásokat is, mint például az önpercepció és az önértékelés pozitívabbá válása, a személyes hatékonyság-érzés növekedése, az automatikus negatív, öndestruktív gondolatok csökkenése (Myers és David, 1997; Marano, 2001, idézi Hevesi és Urbán, 2012), kérdőíveinket is ezek feltárására válogattuk össze. Eredményeinkkel azt próbáljuk előrevetíteni, hogy a sportterápia hatékony kiegészítő, adott esetben önálló prevenciós program is lehet a kórházi kereteken belül.

2. Hipotézisek

Hipotéziseink a következők:

1. A kísérleti csoport depresszió és reménytelenség skálán elért pontszámai a második mérési alkalommal szignifikánsan alacsonyabbak lesznek, mint az első mérési alkalommal.
 - a. A kontroll csoportban nem várunk szignifikáns változást. (Craft és Perna, 2004)
2. A kísérleti csoport önértékelés skálán, valamint a WHO 5, és PANAS kérdőíven elért pontszámai a második mérési alkalommal szignifikánsan magasabbak lesznek, mint az első mérési alkalommal.
 - a. A kontroll csoportban nem várunk szignifikáns változást. (Sági, Szekeres, Köteles, 2012)
3. A kísérleti csoport testedzés motivációs pontszámai az első mérési alkalommal szignifikánsan magasabbak lesznek, mint a kontroll csoporté.

4. Szignifikáns javulás várható a közvetlenül a sportterápiák előtt és után kitöltött PANAS kérdőívek pozitív és negatív affektivitást mérő skáláján egyaránt (Sági, Szekeres, Köteles, 2012, Petrika, 2012).

3. Módszer

3.1. A vizsgálati minta leírása:

A kérdőíveket kitöltő személyek a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályának páciensei közül kerültek ki, önkéntes jelentkezés alapon. Kutatásunk során nem történt szűrés az egyes kórképeket illetően, így csak azok a páciensek nem vehettek részt a kísérleti (sportterápiás) csoportban, akiknek kezelőorvosa nem javasolta.

A betegek a bekerülésükkor eldönthették, hogy szeretnének-e részt venni a sportterápiával kapcsolatos kutatásban, illetve hogy annak melyik csoportjába szeretnének tartozni: a sportterápiát vállalók, vagy az azt kihagyók csoportjába. Azaz dönthettek a következő opciók közül:

- részt kívánnak-e venni a **kutatásban és a sportterápiákon is** (sportterápiás/kísérleti csoport),
- részt kívánnak venni a kutatásban, de a **sportterápiákon nem** (kontroll csoport),
- egyáltalán nem** kívánnak részt venni a kutatásban.

Az így létrejött két, kutatásban résztvevő csoport tagjai csak a sportterápia tekintetében tértek el egymástól az osztályos kezelést illetően – ugyanúgy részesültek gyógyszeres kezelésben, részt vettek az osztályos nagycsoportokon, és egyéni terápián is. Két alkalommal töltöttek ki általunk összeállított kérdőívcsomagot: egyet az osztályra kerülésük időpontjában, egyet pedig közvetlenül az osztály elhagyása előtt – mely két időpont közt az osztály átlagos tartózkodási idejét alapul véve átlagosan 8 nap telt el. Összesen 25 fő töltötte ki a kérdőívcsomagjainkat, a legfiatalabb résztvevő 19, a legidősebb pedig 73 éves (az átlagéletkorral és az életkori övezetekkel a kis elemszám miatt jelen elemzés során nem végeztünk számolásokat). A résztvevők csoportonkénti és nemi eloszlását az 2. táblázat mutatja.

	Férfi	Nő
Sportterápia (N=15)	6	9
Kontroll (N=10)	2	8

2. táblázat: A kutatásban résztvevők csoportonkénti eloszlása

3.2. A kutatási módszerek, mérőeszközök és technikai eszközök ismertetése:

3.2.1. A kérdőívcsomagok részletes bemutatása

A kutatásba való belépés előtt a személyek teljes körű tájékoztatást kaptak a kísérletről, adataik felhasználásáról, a felmerülő etikai kérdésekről (ennek szövege a mellékletben (Melléklet 1.) olvasható). Az anonimitás megőrzése érdekében az adatok számítógépes bevitelekor nem használtuk fel a betegek nevét, az egyszerűbb adatfelvétel érdekében azonban a papír alapú kérdőívet teljes nevükkel látták el. Mivel a személyes kapcsolat is fontos a sportterápiák során, így nem láttuk indokoltnak a kérdőívek jelígyével való ellátását, a betegek beleegyeztek a kitöltésbe és biztosítást kaptak az adatok anonim felhasználásáról.

Demográfiai és kórházi kezeléssel kapcsolatos adatok

Az instrukció elolvasása után a betegek válaszoltak a demográfiai, valamint a kórházi kezelésükkel kapcsolatos kérdésekre, majd a kutatás szempontjából fontos, fő kérdőívek kitöltése következett.

A demográfiai adatokra, valamint a kórházi kezelésre vonatkozó kérdések:

- Nem
- Kor
- Lakhely típusa
- Iskolai végzettség
- Részesül-e az osztályon gyógyszeres kezelésben?
- Volt-e korábban bármilyen krónikus betegsége, és ha igen, mi?
- Jelenleg van-e valamilyen tartós betegsége?
- Milyen betegséggel, problémával került az osztályra?

Fő tesztek

A bevezető kérdéseket a kérdőívcsomag legnagyobb részét képező, validált kérdőívek/skálák követték (Melléklet 1., Melléklet 2.), melyek a következők:

1. Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata (BDI)

A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata egy 9 tételből álló, önkitöltő kérdőív, melynek állításait egy négyfokozatú skálán kell megítélnie a kitöltőnek (0. egyáltalán nem jellemző; 1. alig jellemző; 2. jellemző; 3. teljesen jellemző). Kopp Mária és munkatársai fejlesztették ki a rövidített kérdőívet lépésenkénti regresszió és faktoranalízis alkalmazásával (Kopp és mtsai,

1990), így az alábbi 9 tételt kapták: *szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt (hipochondria), munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint önvádolás.* (Rózsa és mtsai, 2001; Kopp és Fóris, 1995).

A pontszámot a következő övezetek szerint értékeljük:

- 0-9 normál érték
- 10-18 enyhe depressziós állapot
- 19-25 közép súlyos depressziós állapot
- 25 fölött súlyos depressziós állapot

2. Beck Rövidített Reményselenség Skála

Perczel Forintos Dóra, Rózsa Sándor és Kopp Márai 2001-ben alakították ki a Beck Reményselenség Skála rövidített változatát egy 200 főből álló, magyarországi klinikai mintán. A külföldi és a hazai tapasztalatokat összevetve az eredeti 20 közül következő 3 tételt találtak megfelelőnek a reményselenség mérésére: (7) *Sötétben látom a jövőmet*; (14) *Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom* és (20) *Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.* Mindhárom tétel erős együttjárást mutatott az eredeti skálával, illetve az itemek belső konzisztenciája is magasnak bizonyult. A teszt nem rendelkezik határértékkel, de értelemszerűen a tételekre adott igenlő válasz a reményselenség- és a kilátástalanság-érzés meglétét mutatják (Perczel és mtsai, 2002).

3. Rosenberg-féle Önértékelő Kérdőív (SES)

A mérőeszköz eredetileg serdülők általános érzéseit, önértékelését, önel fogadását igyekezett mérni. A teszt 10 tétele egy dimenzió n helyezkedik el, és a megadott négy válasz alapján értékelendő (4. teljesen egyetértek, 3. egyetértek, 2. nem értek egyet, 1. egyáltalán nem értek egyet); fordított tétel nincs köztük. Az összpontszám így 10 és 40 között alakul, a magasabb pontszám magasabb önértékelésről árulkodik. (Rosenberg, 1965)

4. Testedzés Motivációs Kérdőív (EMI-2HU)

Az 51 tételből és összesen 10 faktorból álló kérdőív a testedzés, a mozgás alapjául szolgáló extrinzik és intrinzik motivációkat igyekszik felmérni. Ezek a faktorok a következők: *elismerés, egészségmotiváció, stressz kezelése és érzelmi moduláció, testsúlykontroll, erőfejlesztés, társas motiváció, fizikai vonzerő, élvezet, hajlékonyság és személyes elvárások.*

Az egyes itemeket a személyek önmagukra vonatkozóan egy 6-fokú skálán értékelik (0-5-ig, ahol 0. egyáltalán nem igaz, 5. nagyon igaz) (Urbán, 2005). Kiértékelésnél az egyes faktorok átlagpontszámait kell figyelembe venni.

5. WHO Életminőség Skála (WHO 5)

A kérdőív a WHO Általános Jól-lét Skálájának (Bech és mtsai 1996) 5 tételes változata, mely a kitöltő általános közérzetéről ad információt az elmúlt két hét alapján. Az állításokat egy 4 fokú skálán (0. egyáltalán nem jellemző, 1. alig jellemző, 2. jellemző, 3. teljesen jellemző) kell megítélniük a kitöltőknek. Ilyen állítás pl. „*Az elmúlt két hét során érezte magát vidámnak és jókedvűnek?*”. Az itemek egy dimenziót alkotnak, fordított tétel nincs köztük, az elérhető maximum pontszám így 15 - minél magasabb értéket kapunk, annál pozitívabb képpel rendelkezik a személy életminőségét illetően (Susánszky és mtsai, 2006).

6. PANAS

A PANAS (azaz Pozitív és Negatív Affektivitás Skála) egy 20 tételből álló kérdőív, mely az érzelmek feltárására irányuló állításokat tartalmaz. A 10-10 pozitív, illetve negatív érzelmi állapotot leíró tételt egy 5-fokú Likert-skálán értékelik a kitöltők. Esetünkben az állapot jellemzőket mérjük (emellett vonásjellemzők is mérhetők, megváltoztatott instrukcióval), azaz a kitöltőknek az alapján kell pontozniuk az egyes állításokat, hogy a *jelen pillanatban* hogyan érzik magukat. A skálák értékei minél magasabbak, annál jellemzőbb az adott affektivitás a személyre. A két skála, azaz a pozitív (pl. *érdeklődő, elszánt*) és a negatív (pl. *ingerlékeny, rémült*) függetlenek egymástól. A kérdőívet Rózsa és munkatársai fordították magyarra (Rózsa és mtsai, 2008).

(Mivel jelen kérdőív aktuális állapotot mér, ezért érdekesnek találtuk, ha a kutatásban résztvevők az egyes sportterápiás foglalkozások előtt, valamint közvetlenül utána is kitöltenek egy-egy PANAS kérdőívet (hiszen rövideége miatt ez könnyen kivitelezhető). Reményeink szerint az így kapott eredmények által árnyaltabb képet kaphatunk a sportterápia hatásmechanizmusáról) (Melléklet 3.).

Ezen felül az első kérdőívcsomagban (a fő tesztek után) egy kérdés a saját testi épséggel kapcsolatos hiedelmekre vonatkozott, mely azt méri fel, a személy mennyire hiszi azt, vele könnyebben történhet baj, mint másokkal. A második kérdőívcsomagban (szintén a fő tesztek kitöltése után) öt plusz kérdés következett:

- Van-e bármilyen észrevétele/javaslat a sportterápiával kapcsolatban?
- Kérem, jelölje, korábban (a sportterápia megkezdése előtt) milyen volt a viszonya mozgáshoz, testedzéshez? Mennyire volt része az életének?
- Amennyiben állapota javult az osztályon eltöltött idő alatt, Ön minek tulajdonítja ezt?
- Volt-e valamilyen visszatérő gondolata, élménye vagy fantáziája a sportterápiás foglalkozások alatt? Ha igen, kérem, írja le röviden.
- Milyen okból/okokból döntött úgy végül, hogy részt vesz a sportterápián?

A sportterápiás csoport tagjai ezen felül az osztály elhagyásakor egy „Sportterápiás kisfüzet”-et is kapnak (Melléklet 4.), mely az egyes foglalkozások során végzett gyakorlatokból emel ki pár olyat, amit otthoni körülmények között is könnyedén lehet végezni. A gyakorlatok megértésében ábrák segítenek, valamint minden esetben feltüntettünk ismétlés-számokat is. Célunk a füzet elkészítésével az volt, hogy a betegek az osztály elhagyása után is folytassák a mozgást, és ehhez legyen egy olyan útmutató a kezükben, mely segítségül szolgál mindehhez.

3.2.2. A sportterápia menetének bemutatása

Az igény egy rendszeres sportterápiás foglalkozás bevezetésére már hosszú múltra tekint vissza a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályán, azonban a rendszeres foglalkozások csak 2013 ősze óta vannak jelen a kórházban. Eleinte heti két alkalommal, szerdán és pénteken, majd később hetente háromszor (hétfő-szerda-péntek) került be a foglalkozás az osztály heti órarendjébe. Minden alkalmat párban tartanak pszichológus hallgatók (összesen 6 hallgató vesz részt a folyamatban), így a foglalkozások nem minősülnek hivatalos terápiának; azonban mivel maga a 'sportterápia' elnevezés a kezdeményező osztályvezető főorvostól, illetve a koordinátor pszichológustól származik, és ezen a néven szerepel az osztály órarendjében is, így ezen a néven hivatkozunk rá munkánk során is.

Természetesen, az önkéntes „terapeuták” eltérő sportolói múltja miatt az egyes foglalkozások nem teljesen egyformák. Ennek kiküszöbölésére, egy előre meghatározott menetrend alapján építjük fel az egyes alkalmakat. Minden sportterápia 50-60 perces (ez függ a betegek időbeosztásától is). Ezen az időintervallumon belül minden terapeuta önmaga választja meg a feladatokat, az aznapi csoporthoz, annak fizikai fejlettségéhez, korbéli összetételéhez alkalmazkodva. A helyszín egy üres kórterem, melyhez egy hosszú folyosón át vezet az út (tehát nem közvetlenül az osztályon található). A teremben különböző segédeszközök állnak rendelkezésünkre, mint polifoam-ok, babzsákok (a Kézénfogva

Alapítvány jóvoltából) és fél kilogrammos súlyzókként szolgáló, vízzel megtöltött fél literes flakonok.

A sportterápiák váza:

- bemelegítés, átmozgatás (mely a test minden részére kiterjed, általában fejtől a lábfejek felé haladva) (5-10 perc)
- „kardió” (mely során a pulzusszám növelése a cél, lazább ugráló, futó gyakorlatok segítségével) (10-15 perc)
- erősítés (testrészenkénti blokkokban, kisebb pihenőkkel megszakítva) (30-35 perc)
- nyújtás (minden megmozgatott testrészen) (5 perc)
- relaxáció autogén tréning elemekkel (3 perc)

4. Eredmények

A begyűjtött adatok elemzését az IBM SPSS Statistics 21 verziószámú programmal végeztük el. Az elemzésbe összesen 25 fő adatai kerültek be, közülük 15 fő tartozott a sportterápián részt vevők csoportjába, 10 fő pedig a sportterápiát nem, de a kérdőív kitöltését vállalók csoportjába (kontroll csoport). A kis minta elemszám miatt az átlagéletkorra és a nemi eloszlásra jelen elemzés keretei között nem térünk ki. A szakirodalmi előzmények alapján feltételezett közepes hatásméret mellett a hatás kimutatásához csoportonként 67 főre lenne szükség powerelemzéseink alapján – amennyiben a közeljövőben sikerül ezt a mintanagyságot elérni, úgy természetesen a fent említett változók mentén is fogunk számolásokat végezni az adatbázisunkban. Jelen elemzés során minden esetben az előfeltételek (pl. szóráshomogenitás, szfericitás) vizsgálata után választottunk statisztikai próbát.

A mintában a fő függő változók eloszlása a PP-plotok alapján közel normális eloszlásúnak mondható.

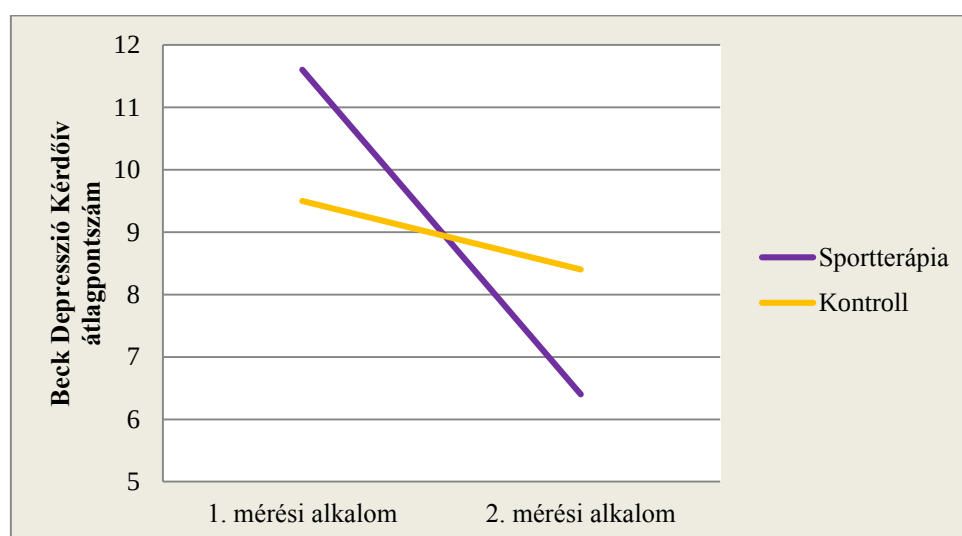
4.1. A rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI) és a rövidített Reménytelenség Skála

A fent említett kérdőívek esetében hipotézisünkben szignifikáns pontszámcsökkenést vártunk, valamint azt, hogy ez a csökkenés szignifikánsan nagyobb lesz a kísérleti, mint a kontroll csoportban. Ennek vizsgálatához először adatbázisunkat „split file” módszerrel kettéosztottuk, hogy összetartozó mintás t-próbák elvégzésével megvizsgálhassuk, az egyes csoportokon belül történt-e változás a pontszámokban. A két csoport egyes mérési alkalmakkor kapott **rövidített Beck Depresszió Kérdőív** átlagpontszámainak alakulását az 3. táblázat mutatja.

		Átlagpontszám	Szórás
1. mérési alkalom	Sportterápia	11,600	6,117
	Kontroll	9,500	5,720
2. mérési alkalom	Sportterápia	6,400	4,626
	Kontroll	8,400	5,738

3. táblázat: A két csoport rövidített BDI leíró értékei

Az egyes mérési alkalmakkor kapott pontszámokat illetően a csoportok nem különböztek szignifikánsan egymástól (függetlenmintás t-próbák eredménye nyomán). Ahogyan azonban a táblázat is mutatja, mindkét csoport esetében megfigyelhető volt pontszámcsökkenés, ám ez – az összetartozó mintás t-próbák tanúsága alapján – csak a sportterápián részt vettek csoportjában bizonyult szignifikánsnak ($F(1;14) = 20,846$; $p < 0,001$). Ez után az egész adatbázison vegyes szempontos varianciaanalízist futtattunk le. Az összetartozó mintás szempont a két mérési alkalom volt, míg a függetlenmintás szempont az intervenciós/kontrollcsoportba tartozás. Az eredmények alapján a két változó közti interakció szignifikánsnak bizonyult ($F(1;23) = 7,598$; $p = 0,011$) – vagyis a BDI-pontszámok eltérően alakulnak az idő függvényében, attól függően, hogy a személyek részt vettek-e sportterápián, vagy sem. A szignifikáns interakció mellett az összetartozó mintás szempont főhatást is gyakorolt ($F(1;23) = 17,940$; $p < 0,001$), vagyis a két mérési időpont között szignifikánsan változtak a BDI-pontszámok. E változás pontos mibenlétét fentebb tisztáztuk (a kísérleti csoportban szignifikánsan csökkent). A két csoport átlagpontszámainak egymáshoz viszonyított változását az 1. diagram mutatja.



1. diagram: A két csoport BDI átlagpontszámainak alakulása

Az ábra jól mutatja, hogy a kísérleti csoport kezdeti magasabb depresszió-átlagpontszáma az osztályról való távozás időpontjára (ha nem is statisztikailag szignifikánsan) a kontroll csoport átlagpontszáma alá csökkent.

A két csoport **rövidített Reménytelenség Skála** pontszámait az előbb ismertetett módszerrel megegyezően vetettük össze. A két csoport skálán elért átlagpontszámait és a hozzájuk tartozó szórásokat a 4. táblázat mutatja be.

		Átlagpontszám	Szórás
1. mérési alkalom	Sportterápia	1,466	1,355
	Kontroll	1,700	1,494
2. mérési alkalom	Sportterápia	0,733	1,032
	Kontroll	1,400	1,349

4. táblázat: A két csoport rövidített Reménytelenség Skálájának leíró értékei

A két mérési alkalommal a csoportok átlagpontszámai közt nem volt szignifikáns eltérés. Az előző kérdőívhez hasonlóan, az átlagpontszámokban bekövetkező csökkenés ez esetben is csak a kísérleti csoport tagjainál bizonyult szignifikánsnak ($F(1;14) = 6,669$; $p = 0,022$). A vegyes szempontos varianciaanalízis eredményei ez esetben nem vezettek sem szignifikáns, sem tendenciózus eredményre a két változó közti interakció tekintetében. Idői főhatást itt is tapasztaltunk ($F(1;23) = 7,006$; $p = 0,014$), ezt, fenti eredményeink alapján, ismét a kísérleti csoportban beállt változás magyarázhatja.

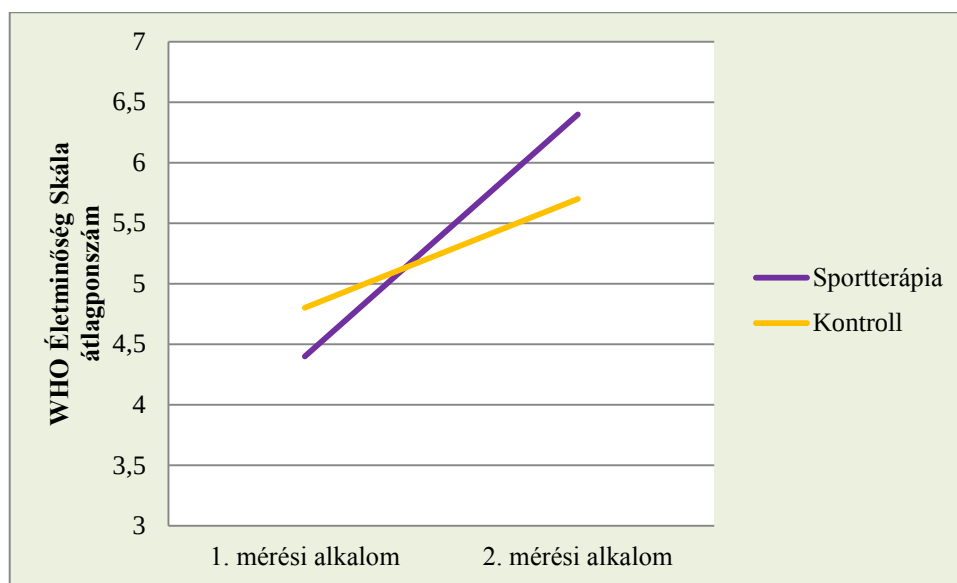
4.2. A WHO Életminőség Skála (WHO 5), a Rosenberg-féle Önértékelő Kérdőív (SES) és a PANAS kérdőív

A két csoport **WHO Életminőség Skálán** elért átlagpontszámainak alakulását és a hozzájuk tartozó szórásokat a 5. táblázat mutatja be.

		Átlagpontszám	Szórás
1. mérési alkalom	Sportterápia	4,400	3,089
	Kontroll	4,800	4,211
2. mérési alkalom	Sportterápia	6,400	1,882
	Kontroll	5,700	3,056

5. táblázat: A két csoport WHO 5 kérdőívének leíró értékei

A két csoport pontszámai között az egyes mérési alkalmakkor nem volt tapasztalható szignifikáns eltérés. A kísérleti csoport átlagpontszámaiban bekövetkezett változás itt is szignifikáns eredményre vezetett ($F(1;14) = 7,925$; $p = 0,014$). A kontrollcsoportban tapasztalható emelkedés nem volt szignifikáns. A két csoport átlagpontszámainak egymáshoz viszonyított alakulását a 2. diagram ábrázolja.



2. diagram: A két csoport WHO 5 átlagpontszámainak alakulása

A vegyes szempontos varianciaanalízissel vizsgált interakciós hatás azonban itt sem bizonyult sem szignifikánsnak, sem pedig tendenciózusnak, de az ábra itt is jól mutatja, hogy a kísérleti csoport kezdeti alacsonyabb WHO 5 pontszáma az osztályról való távozás időpontjában érzékelhetően (bár továbbra sem statisztikailag szignifikánsan) meghaladta a kontroll csoport pontszámát. Szignifikánsnak bizonyult azonban az idői főhatás ($F(1;23) = 7,900$; $p = 0,010$), mely feltehetően ez esetben is a kísérleti csoportban bekövetkezett változásnak tudható be.

A **Rosenberg-féle Önértékelő Kérdőív** eredményeit is a már jelzett módon elemeztük, a leíró értékeket az 6. táblázat mutatja be.

		Átlagpontszám	Szórás
1. mérési alkalom	Sportterápia	2,387	0,472
	Kontroll	2,550	0,457
2. mérési alkalom	Sportterápia	2,560	0,427
	Kontroll	2,570	0,459

6. táblázat: A két csoport SES leíró értékei

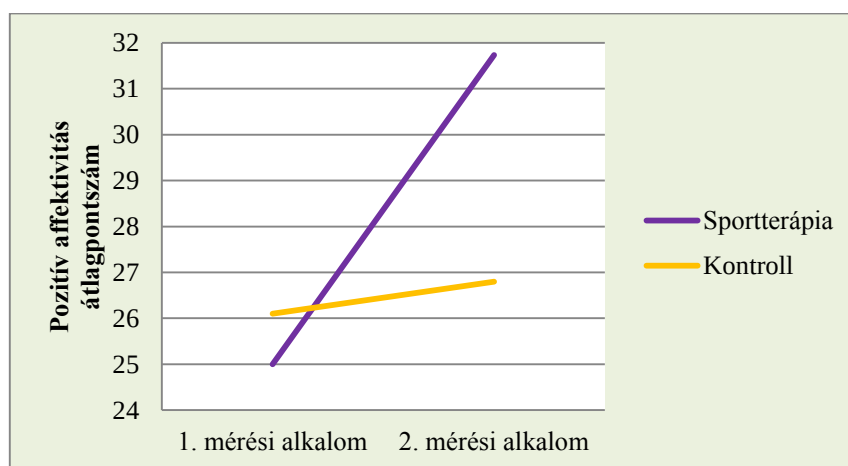
A csoportok pontszámai közt a két mérési alkalommal nem volt tapasztalható szignifikáns eltérés. Azonban, ahogy a korábbi kérdőívek és skálák esetén, úgy itt is szignifikáns változás következett be a kísérleti csoport két mérési alkalommal elért pontszámai közt ($F(1;14) = 6,789$; $p = 0,021$), míg ugyanez továbbra sem mondható el a kontrollcsoport pontszám-növekedéséről. A vegyes szempontos varianciaanalízis eredménye alapján a két változó közti interakció ebben az esetben tendenciózusnak bizonyult ($F(1;23) = 2,989$; $p = 0,097$), valamint itt is tapasztalható volt idői főhatás ($F(1;23) = 4,753$; $p = 0,040$). A sportterápiában résztvevők mintha „felzárkóztak” volna a kontrollcsoporthoz önértékelés tekintetében (az ő önértékelésük kimutathatóan nőtt, míg a kontrollcsoporté nem változott, ld. fent).

Szintén a már ismert módszerrel megvizsgáltuk a **PANAS** kérdőívre adott válaszokat is, melynek leíró értékei az 7. táblázatból olvashatók ki.

			Átlagpontszám	Szórás
1. mérési alkalom	Sportterápia	Pozitív	25,000	7,982
		Negatív	21,533	7,396
	Kontroll	Pozitív	26,100	9,826
		Negatív	26,500	9,360
2. mérési alkalom	Sportterápia	Pozitív	31,733	7,860
		Negatív	18,733	5,257
	Kontroll	Pozitív	26,800	10,390
		Negatív	20,600	8,208

7. táblázat: A két csoport PANAS kérdőíveinek leíró értékei

A korábbi eredményekhez hasonlóan itt sem volt szignifikáns különbség a csoportok közt egyik mérési alkalommal sem. A pozitív affektusok terén a már megszokott változás volt tapasztalható: a kísérleti csoport pontszámai a második mérési alkalommal szignifikánsan magasabbak voltak, mint az első mérési alkalom során ($F(1;14) = 7,111$; $p = 0,018$), és ez továbbra sem mondható el a kontroll csoport pontszámainak alakulásáról. A negatív affektusoknál azonban (bár mindkét csoport esetén csökkentek a pontszámok) csak a kontroll csoport esetében volt szignifikáns a pontszám-csökkenés ($F(1;9) = 16,585$; $p = 0,003$), míg a kísérleti csoport esetén az elvárt irányú változás nem érte el a szignifikancia szintjét. A vegyes szempontos varianciaanalízis jelen kérdőív esetén csak a pozitív affektusok elemzésekor vezetett tendenciózus eredményre a változók közötti interakció szempontjából ($F(1;23) = 3,099$; $p = 0,092$). E mellett idői főhatást is kimutatott a teszt, mindkét függő változó esetében (pozitív affektivitás: $F(1;23) = 4,704$; $p = 0,041$; negatív affektivitás: $F(1;23) = 10,109$; $p = 0,004$). Ez előbbi esetben feltehetőleg a kísérleti csoportban, míg utóbbi esetben a kontrollcsoportban történt változással magyarázható. A két csoport pozitív affektus pontszámainak egymáshoz viszonyított alakulását a 3. diagram szemlélteti.



1. diagram: A két csoport pozitív affektivitás átlagpontszámainak alakulása

2.

4.3. A Testedzés Motivációs Kérdőív (EMI-2HU)

A két csoport első alkalommal mért, Testedzés Motivációs Kérdőív alskáláinak leíró értékeit a 8. táblázat mutatja be.

A csoportok alskálákon elért pontszámai közt szignifikáns eltérés nem volt. A táblázatban lila színnel emeltük ki a sportterápiás, sárgával pedig a kontrollcsoportban legmagasabb átlagpontszámmal jellemezhető három alskálát.

		Átlagpontszám	Szórás
Versengés és társas elismerés	Sportterápia	1,175	1,098
	Kontroll	1,103	1,042
Egészségmotiváció	Sportterápia	2,563	1,576
	Kontroll	2,563	1,851
Stresszkezelés és érzelemreguláció	Sportterápia	3,067	1,617
	Kontroll	2,560	1,913
Testsúlykontroll	Sportterápia	1,833	1,384
	Kontroll	1,325	1,286
Erőfejlesztés	Sportterápia	2,717	1,603
	Kontroll	2,375	1,937
Társas motiváció	Sportterápia	1,517	1,136
	Kontroll	1,675	1,275
Fizikai vonzerő	Sportterápia	2,244	1,669
	Kontroll	1,500	1,650
Élvezet	Sportterápia	2,844	1,613
	Kontroll	2,733	2,041
Hajlékonyság	Sportterápia	2,600	1,518
	Kontroll	2,300	1,842
Személyes elvárások	Sportterápia	2,250	1,313
	Kontroll	2,200	1,589

8. táblázat: A két csoport EMI-2HU alskáláinak leíró értékei. (Lilával jelölve a sportterápiás csoportban legmagasabb átlagpontszámú alskálák, sárgával a kontrollcsoportban legmagasabb átlagpontszámú alskálák)

Bár szignifikáns különbség egyik alskála esetén sem volt tapasztalható, a táblázatban színnel megjelölt rubrikákból kiolvasható, hogy a kontrollcsoport tagjainak a mozgás élvezeti értéke, egészségre gyakorolt és stresszcsökkentő hatása jelenti a motivációt, míg a sportterápiás csoport tagjainál a stresszcsökkentő hatás került az első helyre, melyet a mozgás élvezeti értéke és az erőfejlesztésre gyakorolt pozitív hatása követett.

4.4 Közvetlenül a sportterápia előtt és után kitöltött PANAS kérdőívek

Az elemzés 43 kérdőív eredményeit mutatja be. A leíró értékek a 9. táblázatból olvashatók ki.

	Sportterápia előtt		Sportterápia után	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Pozitív affektusok	30,419	8,316	35,209	8,345
Negatív affektusok	19,837	9,720	15,302	6,427

9. táblázat: A kísérleti csoport sportterápia előtt és után felvett PANAS kérdőíveinek leíró értékei

A táblázatból is Az így felvett kérdőíveket összetartozó mintás t-próbákkal vizsgáltuk. kiolvasható pontszámnövekedés a pozitív affektusok terén szignifikánsnak mondható ($F(1) = 19,671$; $p < 0,001$), ugyanígy a negatív affektusok terén tapasztalható pontszámcsökkenés is ($F(1) = 20,467$; $p < 0,001$).

A csoportosító változó egyik varianciaanalízis esetében sem gyakorolt szignifikáns főhatást.

5. Diskusszió

Jelen munka célja az volt, hogy statisztikai elemzésekkel is alátámasztást nyerjenek azok a személyes tapasztalataink, melyeket az elmúlt másfél év alatt szereztünk a krízis osztályon tartott sportterápiás foglalkozások során. Kutatásunkat igyekeztünk minél inkább úgy megtervezni, hogy az az osztály működésébe könnyen beilleszthető, a kérdőívek pedig nehézség nélkül kitölthetők legyenek a páciensek számára. Az osztály specifikumához igazodva nagy hangsúlyt kaptak a krízissel és öngyilkossággal kapcsolatba hozható konstruktumok (depresszió, reménytelenség, alacsony önértékelés és élettel való elégedettség, pozitív affektusok alacsony száma, negatív affektusok magas száma) kérdőíves vizsgálatait, de célunk volt az is, hogy a nyitott végű kérdésekre adott válaszok alapján a továbbiakban még inkább a felmerülő igényekhez tudjuk igazítani az egyes sportterápiás alkalmakat.

A statisztikai elemzések több helyen is szignifikáns eredményt hoztak, és hipotéziseink alátámasztást nyertek. A sportterápiás csoportban az osztály elhagyásakor szignifikánsan alacsonyabb depresszió-pontszám volt jellemző, mint az első mérési alkalommal. Ez az eredmény alátámasztja a hipotézisünket, és egybecseng a szakirodalmi előzményekkel is. Kiemelendőnek találjuk, hogy az általunk vizsgált csoport leginkább a McNeil és munkatársai (1991) kutatásában vizsgált csoporthoz hasonlít, hiszen (krízis osztály lévén meglepő módon) a páciensek átlagos depresszió pontszáma az „enyhe depresszió”-, vagy a „normál” övezetbe volt sorolható. McNeil-ék kutatásában a rendszeres testmozgást végzők BDI pontszáma átlagosan 2,4, míg a kontrollcsoportba tartozóké átlagosan 0,4 ponttal csökkent: ez jelen mintában 5,6 és 1,1 pontnyi átlagos csökkenés formájában valósult meg, ami számunkra igen látványos eredmény. A méréseket megelőző elképzeléseinkkel azonban ellentétes volt az az eredmény, miszerint a sportterápiás csoport az első mérési alkalommal - ha nem is statisztikailag szignifikánsan, de - magasabb BDI átlagpontszámmal volt jellemezhető. Amennyiben ez a tendencia az elemszám növekedésekor is megmarad, úgy érdekesnek

találnánk (akár interjúk során) feltárni annak okát, hogy miért „vonzó” éppen a sportterápián való részvétel egy depresszióval küzdő páciens számára.

Ugyanez a tendencia volt megfigyelhető a rövidített Reménytelenség Skála pontszámainak alakulásában is: a csoportok pontszáma közt a két mérési alkalommal nem volt szignifikáns különbség, azonban a sportterápiás csoportban a második mérési alkalomra szignifikánsan lecsökkent a skála átlagpontszáma (0,733 ponttal, míg ez az érték a kontroll csoport esetén csak 0,3). A sportterápiát vállalók csoportját mindkét alkalommal (továbbra sem statisztikailag szignifikáns mértékben) alacsonyabb reménytelenség-pontszám jellemezte, ami talán nem is meglepő, hiszen feltételezhető, hogy azok jönnek el a foglalkozásra, akik javulást várnak a részvételtől, így számukra ez is egyfajta „remény” lehet a gyógyulásukat illetően.

Az élettél való elégedettség és az önértékelés esetén is a korábbiakban ismertetett mintázat volt megfigyelhető: a két mérési alkalommal a csoportok átlagpontszáma közt nem volt szignifikáns különbség, és bár mindkét csoport javulást mutatott az osztály elhagyásának időpontjában felvett tesztek alapján, ez a pontszámnövekedés csak a sportterápiás csoportban volt szignifikáns, és szintén ebben a csoportban eredményezett nagyobb mértékű változást – mindezt úgy, hogy a WHO-5 kérdőívek esetén a második mérési alkalomra a szórás is jelentősen lecsökkent, tehát a csoport tagjai „kiegyensúlyozottabb” átlagpontszámokat értek el, míg ugyanez nem elmondható a kontroll csoport eredményeiről, ahol a WHO-5 esetében a szórás alig csökkent, az önértékelés skála esetében pedig éppen hogy emelkedést mutatott. A mindkét konstruktum esetén megfigyelhető pozitív irányú változás szintén megfelel a szakirodalmi előzmények alapján elvártaknak, azaz a rendszeres testmozgás pozitívabb önértékeléshez, és az élettél való elégedettség magasabb szintjéhez vezet (Hevesi és Urbán, 2012; Petrika, 2012).

A két csoport testedzési motivációit azért tartottuk fontosnak felmérni, mert úgy gondoltuk, eleve olyan személyek fognak inkább részt venni a sportterápiás foglalkozásokon, akiknek magasabb a motivációjuk a mozgásra – így eredményeink specifikusan csak a magas testmozgási motivációval rendelkező betegekre lehetnek volna általánosíthatók. Az elemzések azonban nem támasztották alá ezt a hipotézisünket, hiszen a kérdőív egyetlen alsókálájának tekintetében sem volt megfigyelhető szignifikánsan magasabb átlagpontszám a sportterápián részt vevők csoportjában. Az alsókálák nagy száma miatt lehetőségünk nyílt feltárni a csoportok jellemző testedzési motivációit, ám ebben sem találtunk nagy eltéréseket: míg a kontrollcsoport tagjai az élvezeti érték, az egészségre gyakorolt hatás, valamint stresszcsökkentő hatás miatt végeznek testmozgást, addig a sportterápiára járóknál a stresszkezelés került első helyre, melyet

a mozgás élvezeti értéke, és az erőfejlesztés követett. Figyelembe kell azonban venni, hogy a kitöltők közül többen végig 0-t jelöltek a kérdőívben – ami (interjúk híján) egyaránt jelentheti azt, hogy egyáltalán nem rendelkeznek semmilyen motivációval a testedzést illetően, valamint azt is, hogy nem volt kedvük kitölteni (a többi kérdőívhez képest meglehetősen hosszúnak mondható) kérdőívet. Ennek jövőbeni kiküszöbölésére, valamint a „ki nem töltés” miertjének megválaszolására a „Kitekintés” részben térünk ki.

A PANAS kérdőíveket egyaránt felvettük a fő tesztcsomagok részeként a két mérési alkalom során, valamint (annak érdekében, hogy közvetlenül és kizárólagosan a sportterápián való részvétel hatásáról is megtudjunk valamit) az egyes sportterápiás foglalkozások előtt és után is. Az első esetben a már megszokott eredményt hozták az elemzések: a csoportok közt a két mérési alkalommal nem volt szignifikáns pontszámbeli különbség. Két szignifikáns változás is volt azonban: a kísérleti csoport pozitív affektivitás pontszámainak növekedése, és a kontroll csoport negatív affektivitás pontszámainak csökkenése. Ez utóbbi nem várt eredmény volt számunkra, azonban a kérdőívek végén szereplő nyitott kérdésekre adott válaszok szolgáltak egyfajta magyarázatként, hiszen a válaszadók közül többen pozitív fantáziák meglétét, semmint a negatívak hiányát említették a sportterápiák során (*„A közeli jövőmre gondoltam.”*; *„megnyugvás”*; *„a mozgás felfrissít”*; *„A szívemet figyeltem, hogy mennyit bír a testem.”*). Így hát nem meglepő, hogy a közvetlenül a sportterápiák után felvett kérdőívek pozitív affektivitás átlagpontszámai szignifikánsan magasabbnak, míg a negatív affektivitás átlagpontszámai szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint a közvetlenül a sportterápia előtt mértek. Összességében ezek az eredmények azt mutatják, hogy a mozgás rövidtávú hatásait tekintve sikeresen csökkenti a negatív, és növeli a pozitív affektusok meglétét, míg hosszabb távon ez a hatás a pozitív affektusok növekvő számára korlátozódik.

Ahogy az már korábban is említésre került, az idői főhatás több esetben is szignifikánsnak bizonyult, míg a csoportosító változóról ez egyik varianciaanalízis kapcsán sem mondható el. A kontroll csoportot pont annak érdekében hoztuk létre, hogy a kísérleti csoport eredményei összehasonlíthatók legyenek egy olyan csoporttal, akiknél csak az idői tényező és az osztályon szokásos kezelésnek számító terápiák vannak jelen a sportterápia nélkül (azaz gyógyszeres kezelés és egyéb csoportterápiák, valamint rövid egyéni terápiák). Mivel a kontroll csoport esetében a tapasztalt változás csupán egy esetben érte el a szignifikancia szintjét, elmondhatjuk, hogy az idő múlásának és a szokásos kezelésnek nem volt szignifikáns hatása. A szignifikáns idői főhatás a varianciaanalízisben így valószínűleg a kísérleti csoportban bekövetkezett szignifikáns változással magyarázható. Az, hogy a két csoport pontszámai közti

különbségek nem voltak szignifikánsak, számunkra is meglepő eredmények, de bízunk benne, hogy a kellő mintanagyság elérésekor az erre vonatkozó hipotéziseink is alátámasztást nyernek.

A depresszió, az önértékelés és a pozitív affektusok mennyiségének tekintetében a varianciaanalízisek interakcióra vonatkozó eredményei is megerősítik azon következtetésünket, hogy a kérdőívpontszámok alakulása az idő függvényében eltérő volt a két csoportban. Ennek pontos mintázatát már érintettük (szignifikáns változások a kísérleti csoportban, azok elmaradása a kontrollnál).

A sportterápiás csoport tagjai tehát a saját kiinduló állapotukhoz képest javultak szignifikánsan, de a kontroll csoporthoz viszonyítva nem. Összességében azonban úgy véljük, munkánk eredményei nem csak alátámasztják a szakirodalmi előzményeket, hanem egy fontos „kezdeti stádiumban lévő” kiegészítéssel is szolgálnak: a depresszióra, reménytelenségre, önértékelésre, életminőségre és a pozitív-negatív affektusokra való együttes kedvező irányú hatása miatt a sportterápia sikeresen alkalmazható az öngyilkosság prevencióban, mint kiegészítő terápia. Ennek a reményteli eredménynek a megbízhatóbb alátámasztáshoz azonban további, hosszú távú utánkövetéssel kiegészült kutatások elvégzésére van szükség.

Korlátok:

Természetesen kutatásunknak vannak hiányosságai. Az elméleti bevezetőben már említettük, hogy a korábbi kutatók milyen elemekre hívják fel a figyelmet az ilyen témájú munkák esetén, ezek közül igyekeztük a legtöbbet betartani. Azonban így is akadt néhány olyan változó, melyet nem tudtunk kontrollálni (pl. a betegek fittségi szintjének figyelembe vétele vagy a sportterápiával töltött időtartam rövideje). Ahhoz, hogy eredményeink minél szélesebb körben általánosíthatók legyenek, randomizált kontroll elrendezésre lett volna szükség – ezt azonban adott kórházi körülmények között nem tartottuk kivitelezhetőnek. Kutatásunk korlátai között továbbá mindenképpen meg kell említenünk az alacsony minta elemszámot – ennek növelésén azonban dolgozunk, és remélhetőleg pár hónap múlva már jelentősen nagyobb minta adatain tudunk számításokat végezni. Mivel a részvétel során nem szűrtünk kórképekre, eredményeink (a szakirodalomban ismertett korábbi kutatásokkal ellentétben) nem vonatkoztathatók specifikáltan egy adott betegségben szenvedő betegpopulációra, ez azonban véleményünk szerint a kutatás előnyei közt is megemlíthető, hiszen így egy általános, heterogén pszichiátriai osztály betegpopulációjáról kaphatunk képet.

Vizsgálatunkban a legpraktikusabb és legegyszerűbben alkalmazható önkitöltő kérdőívet használtuk, ezek pontossága és megbízhatósága mellett egyéb problémák is

felmerültek. Kezdetben a legtöbben nem töltötték ki a második csomagot, ezért fokozottan kellett figyelniük arra, hogy a betegek mikor hagyják el a kórházat. Emellett a tesztcsomagok viszonylagos hosszúsága miatt (6-7 oldal) sokszor az utolsó pár kérdésre nem érkezett válasz, illetve (ahogyan az korábban már említésre került) a leghosszabb, 51 tételből álló Testedzés Motivációs Kérdőívet többször ki sem töltötték a páciensek.

A sportterapeuták eltérő személyisége és sportmúltja miatt a foglalkozások is némileg eltérnek egymástól, így változó volt a betegek hozzáállása, sokan csak egy bizonyos páros edzéseit részesítették előnyben, ez is befolyásolhatta a foglalkozásokon való részvételt.

Ezen hiányosságok ismeretében is úgy gondoljuk, hogy kutatásunk egy ígéretes és hosszútávú folyamat első lépcsőfokának tekinthető, melynek végcélja egy rendszeres, hivatalos keretek között végzett, a pszichiátriai osztályok mindennapi életébe beépített testmozgás, sportterápia lenne. Éppen ezért a jövőben a longitudinális megfigyelés, illetve egy bizonyos idő elteltével a kutatás pontos megismétlése lenne igazán célravezető.

6. Kitekintés

Kutatásunk jelen stádiumában kérdéseink tehát arra vonatkoztak, hogy a sportterápiák elősegítik-e a krízis osztály betegeinek javulását, tüneteik enyhülését. Eredményeink több esetben is szignifikáns összefüggést mutattak, de véleményünk szerint egy nagyobb mintán elvégzett és kiterjedtebb kutatás pontosabb és még látványosabb eredményeket hozhatna ebben a témában, mely aztán később a mindennapi terápiás munkában is segítségére lehet a betegeknek és a kórház dolgozóinak egyaránt. Amennyiben a minta elemszáma eléri a korábban ismertetett elvárt nagyságot, úgy tervezzük, hogy a sportterápiás foglalkozások számát is be vesszük a vizsgált változók közé.

A közeljövőben továbbá szeretnénk árnyalni a sportterápia hatásáról kapott képet, így a tesztcsomag végén található nyitott kérdések helyett félig strukturált mélyinterjúkat tervezünk felvenni azon páciensekkel, akik ehhez beleegyezésüket adják.

Kutatásunk előnyének tekintjük, hogy viszonylag egyszerű módszertannal valósul meg, anyagi ráfordítás helyett pedig lebonyolítása csak kreativitást, újításokra nyitott orvosokat/pszichológusokat és pár lelkes pszichológushallgatót igényel. Reméljük, hogy munkánk eredményeit minél több és szélesebb fórumon elő tudjuk majd adni, és amennyiben felkelti az érdeklődését más kórházi osztályok dolgozóinak (vagy éppen lelkes

pszichológushallgatóknak), úgy egyre szélesebb körben kerülhet bevezetésre a sportterápia a pszichiátriai betegek kezelésében.

Köszönetnyilvánítás

Munkánk végén szeretnénk köszönetet mondani mindazoknak, akik segítettek, és akik közreműködése nélkül ez a munka nem jöhetett volna létre.

Elsősorban köszönjük a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztályán dolgozóknak, akik munkájukkal megkönnyítették a kutatás minden lépését; név szerint Dr. Szilágyi Simon osztályvezető főorvosnak, aki 2 évvel ezelőtt életre hívta a sportterápiát és Kőszeri Vivien pszichológusnak, aki mindenben támogatott és szakmai segítséget nyújtott munkánk során. Továbbá köszönjük az osztály minden pszichológusának, pszichiáterének, az ápolószemélyzetnek és „sportterapeuta” társainknak, hogy segítették a betegek motivációjának növelését és a sportterápiák gördülékeny lebonyolítását. Ezen felül köszönettel tartozunk a krízis osztály minden betegének, akik beleegyezésükkel részt vettek a kutatásban és ezzel segítségünkre voltak.

Végül, de nem utolsó sorban, köszönjük konzulenseinknek a szakmai segítséget, valamint segítőkész, statisztikában jártas hallgatótársainknak az építő észrevételeket.

Lezárás dátuma: 2015. január 6.

Irodalomjegyzék

- A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása.* (1995). Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190.
- Brown, H. E., Pearson, N., Braithwaite, R. E., Brown, W. J., & Biddle, S. J. H. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents : a systematic review and meta-analysis. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 43(3), 195–206.
- Byrne, a, & Byrne, D. G. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *Journal of psychosomatic research*, 37(6), 565–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8410742>
- Carless, D., & Douglas, K. (2008). The role of sport and exercise in recovery from serious mental illness: Two case studies. *International journal of men's health*, 1–17.
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei* (3. ed.). Budapest: Osiris Kiadó.
- Craft, L., & Perna, F. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary care companion to the Journal of ...*, 6(3).
- Haugen, T., Säfvenbom, R., & Ommundsen, Y. (2011). Physical activity and global self-worth: The role of physical self-esteem indices and gender. *Mental Health and Physical Activity*, 4(2), 49–56.
- Hevesi K., Urbán R. (2012) A fizikai aktivitás szerepe az egészségfejlesztésben. In Demetrovics Zs., Urbán R., Rigó A., Oláh A. (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I-II* (pp. 133-168). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hovland, A., Nordhus, I. H., Sjøbø, T., Gjestad, B. a, Birknes, B., Martinsen, E. W., ... Pallesen, S. (2013). Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(4), 408–32.
- Lloyd, G. (2006). Textbook of Psychosomatic Medicine. Retrieved from <http://bjp.rcpsych.org/content/188/1/97.short>
- Martinsen, E W, Medhus, a, & Sandvik, L. (1985). Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 291(6488), 109.
- Martinsen, Egil W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry*, 62 Suppl 47(10), 25–9.
- McDevitt, J., & Wilbur, J. (2006). Exercise and People with Serious, Persistent Mental Illness: A group walking program may be an effective way to lower the risk of comorbidities. *AJN The American Journal of Nursing*, 106(4).

- Meyer, T., & Brooks, a. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercise testing and prescription. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 30(4), 269–79.
- Michael W., O., Church, T. S., Craft, L. L., Greer, T. L., Smits, J. a J., & Trivedi, M. H. (2007). Exercise for mood and anxiety disorders. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9(4), 287–94.
- Organization, W. H. (2013). Mental health action plan 2013-2020. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- Perczel Forintos, D., Rózsa, S., & Kopp, M. (2002). *A Beck-féle RS skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív mérés tükrében.*
- Petrika, E. (2012). Rendszeres testedzés hatása a mentális egészségre és az életminőségre fiatal felnőtteknél: depresszív tünetek, stressz és stresszkezelés empirikus.
- Pikó, B. (2011). Életminőség és egészségvédelem a modern társadalomban. *Korunk*. Retrieved from <http://www.ceeol.com/aspx/getdocument.aspx?logid=5&id=319ce2f96d40438eabb735e66a74212e>
- Pszichológiai lexikon.* (2007). (p. 76). Budapest: Helikon.
- Rihmer, Z. (2014). *Depresszió, bipolaritás, szorongás és öngyilkossági rizikó. Felismerés, kezelés és megelőzés a mindennapi gyakorlatban.* Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés osztály, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Öngyilkossággutató és Megelőző Laboratórium.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Sági, A., Szekeres, Z., & Köteles, F. (2012). Az aerobik pszichológiai jólléttel, önértékeléssel, valamint testi tudatossággal való kapcsolatának empirikus vizsgálata női mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(3), 273–295.
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. (2006). Exercise for mental health. ... *Care Companion to the Journal of ...*, 8(2), 2–3.
- Shirinde, K. (2009). The relationships between perceived benefits, barriers of participating in physical activity and physical activity levels of farm school children. Retrieved from <http://dspace.nwu.ac.za/handle/10394/5016>
- Sylvia, L., Salcedo, S., & Bernstein, E. (2013). Nutrition, Exercise, and Wellness Treatment in bipolar disorder: proof of concept for a consolidated intervention. ... of bipolar disorders, 1(1), 1–10.
- Uray Z. (2011) Célkövető testedzés. *Korunk*, 3, 41-47.

Mellékletek

Melléklet 1. – Első kérdőívcsomag

Melléklet 2. – Második kérdőívcsomag

Melléklet 3. – PANAS kérdőív

Melléklet 4. – Sportterápiás kisfüzet

MELLÉKLET 1.

Kedves Résztvevő!

Jelen kérdőív kitöltésével és a kutatásban való részvétellel két egyetemista hallgató diplomamunkájához járul hozzá.

Kutatásunkban a sportterápia hatását vizsgáljuk. Amennyiben beleegyeznek a részvételbe, úgy a kórházban tartózkodás ideje alatt kell részt vennie a sportterápiás alkalmakon (ez kb. 3-5 alkalmat jelent), melyek megkezdése előtt és az utolsó alkalom befejeztével sor kerülne egy rövid, papír alapú kérdőív kitöltésére. A kutatásban részt vehet úgy is, hogy a sportterápiákon nem vesz részt, ez esetben a kórházi tartózkodás kezdetekor, és az osztály elhagyásakor kell kitöltenie egy-egy kérdőívsomagot. A kutatásban való részvétel önkéntes, és bármikor megszakítható. Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, melyet a kutatás keretén belül gyűjtünk össze, harmadik személynek nem adjuk ki, a kutatás során nyert adatokat pedig összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajtuk, amelyekből egyetlen résztvevő személyazonossága sem állapítható majd meg. Éppen ezért egyéni visszajelzést sem tudunk adni, de amennyiben bármilyen kérdése van a kutatással vagy az összesített eredményekkel kapcsolatban, úgy forduljon bizalommal hozzánk az alábbi e-mail címeken: regi.balazs@gmail.com, balloheni@gmail.com. A kutatás résztvevői a második kérdőívsomag kitöltése után egy illusztrációkkal és leírásokkal ellátott füzetet kapnak, mely alapján a gyakorlatok otthon is elvégezhetők.

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel és hozzájárul a kutatásban való részvételhez, azt a megfelelő válasz bejelölésével jelezze! (Szeretnénk kihangsúlyozni, hogy választásának következményei nincsenek.)

Együttműködését előre is köszönjük!

Balázs Regina

Balló Henrietta

Kérjük, X jellel jelölje döntését!

- ☐ A kutatásban való részvételem körülményeiről tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyet értek, részt kívánok venni **a kutatásban és a sportterápiákon is.**
- ☐ Részt kívánok venni a kutatásban, de **a sportterápiákon nem.**
- ☐ **Egyáltalán nem** kívánok részt venni a kutatásban.

Név:.....

telefonszám:.....

email cím:.....

Neme: (Kérjük, húzza alá!) Férfi / Nő

Életkora:.....

Az ön jelenlegi lakóhelye: (Kérjük, húzza alá!)

Főváros

Város

Község

Az ön iskolai végzettsége: (Kérjük, húzza alá!)

kevesebb, mint 8 általános iskolai osztály / 8 általános iskolai osztály / szakmunkásképző / szakközépiskolai érettségi / gimnáziumi érettségi / főiskolai diploma (BA, BSc) / egyetemi diploma (MA, MSc)

1. Részesül-e az osztályon gyógyszeres kezelésben? (Kérjük, húzza alá!) Igen / Nem

2. Volt-e korábban bármilyen krónikus betegsége, és ha igen, mi?

.....

3. Jelenleg van-e valamilyen tartós betegsége?

.....

4. Milyen betegséggel, problémával került az osztályra?

.....

5. Kérem jelölje, hogyan érezte magát az elmúlt két hétben?

0. egyáltalán nem jellemző; 1. alig jellemző; 2. jellemző; 3. teljesen jellemző

___ 1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.

___ 2. Semmiben sem tudok dönteni többé.

___ 3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.

___ 4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

___ 5. Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.

___ 6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.

___ 7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

___ 8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

___ 9. Állandóan hibáztatom magam.

6. Kérem, a megfelelő válasz aláhúzásával jelölje, igaznak érzi-e magára nézve az alábbi állításokat?

Sötétén látom a jövőmet.	Igaz	Nem igaz
Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.	Igaz	Nem igaz
Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.	Igaz	Nem igaz

7. Kérem, X-el jelölje, milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal!

	teljesen egyetértek	egyetértek	nem értek egyet	egyáltalán nem értek egyet
1. Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest.				
2. Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.				
3. Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelennek, sikertelen embernek tartsam magam.				
4. Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.				
5. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.				
6. Jó véleménnyel vagyok magamról.				
7. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal.				
8. Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.				
9. Időnként értéktelennek érzem magam.				
10. Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.				

8. Kérem, hogy a következő kérdőívet akkor is töltsse ki, ha nem végez testedzést. Ebben az esetben úgy töltsse ki, hogy ha végezne testedzést, akkor azt milyen motivációból tenné!

Az oldalon számos állítást talál. Ezek arra vonatkoznak, hogy az emberek mivel magyarázzák, hogy miért végeznek testedzést. Kérem, figyelmesen olvassa el az állításokat, és a megfelelő szám bejelölésével jelezze, hogy személy szerint mennyire igaz az adott állítás.

Ha úgy gondolja, hogy az adott állítás egyáltalán nem igaz Önre, karikázza be a '0'-t, ha viszont az adott állítás nagyon igaz, akkor az '5'-ös számot. Ha úgy gondolja, hogy az adott állítás csak részben igaz, akkor jelölje be az '1'-t, '2'-t, '3'-t vagy a '4'-et, annak megfelelően, hogy mennyire fejezi ki az adott állítás azt, hogy miért végezne testedzést.

Kérem, tartsa észben azt, hogy én arra vagyok kíváncsi, hogy Ön személy szerint miért végezne testedzést, és nem arra, hogy mit gondolna, milyen okai lehetnek bárkinek a testmozgásra/testedzésre!

Személy szerint azért sportolok/végzek testedzést ...

1.	hogy vékony maradjak	0	1	2	3	4	5
2.	hogy elkerüljem a betegséget	0	1	2	3	4	5
3.	mert ettől jól érzem magam	0	1	2	3	4	5
4.	mert segít, hogy fiatalabbnak nézzek ki	0	1	2	3	4	5
5.	hogy megmutassam másoknak, hogy mit érek	0	1	2	3	4	5
6.	mert közben lehetőségem nyílik a gondolkodásra	0	1	2	3	4	5
7.	hogy épp, egészséges legyen a testem	0	1	2	3	4	5
8.	hogy növeljem az erőmet	0	1	2	3	4	5
9.	mert szeretem próbára tenni az erőmet	0	1	2	3	4	5
10.	hogy a barátaimmal legyek	0	1	2	3	4	5
11.	mert az orvosom javasolta, hogy mozogjak/sportoljak	0	1	2	3	4	5
12.	mert győzelemre törekszem a sportban	0	1	2	3	4	5
13.	hogy mozgékony maradjak/mozgékonyabbá váljak	0	1	2	3	4	5
14.	mert az edzés/sport elérendő célokat nyújt	0	1	2	3	4	5
15.	mert segít a fogyásban	0	1	2	3	4	5
16.	hogy megelőzzem az egészségügyi problémákat	0	1	2	3	4	5
17.	mert a testmozgás serkent	0	1	2	3	4	5
18.	hogy jó testem legyen	0	1	2	3	4	5
19.	hogy képességeimet másokéval összehasonlítsam	0	1	2	3	4	5
20.	mert segít csökkenteni a feszültséget	0	1	2	3	4	5
21.	hogy megőrizsem az egészségem	0	1	2	3	4	5
22.	hogy növeljem a kitartásom	0	1	2	3	4	5
23.	mert a testmozgás önmagában is élvezetet nyújt	0	1	2	3	4	5
24.	mert a mozgás/edzés számomra társas esemény	0	1	2	3	4	5
25.	hogy a családomban gyakran előforduló betegséget megelőzzem	0	1	2	3	4	5
26.	mert élvezem a versengést	0	1	2	3	4	5
27.	hogy megőrizsem a ruganyosságomat	0	1	2	3	4	5
28.	mert személyes kihívásokat állít elém	0	1	2	3	4	5
29.	mert segít kézben tartani/szabályozni a testsúlyomat	0	1	2	3	4	5
30.	hogy elkerüljem a szívbetegséget	0	1	2	3	4	5
31.	hogy feltöltődjek	0	1	2	3	4	5
32.	hogy javítsak a megjelenésemen	0	1	2	3	4	5
33.	hogy teljesítményemmel elismerést vívjak ki	0	1	2	3	4	5
34.	hogy oldjam a stresszt	0	1	2	3	4	5
35.	hogy egészségesebben érezzem magam	0	1	2	3	4	5
36.	hogy erősebb legyek	0	1	2	3	4	5

37.	mert élvezem a mozgás örömét	0	1	2	3	4	5
38.	mert a másokkal való mozgás/edzés szórakoztat	0	1	2	3	4	5
39.	hogya felépüljek betegségből/sérülésből	0	1	2	3	4	5
40.	mert szeretek versenyezni	0	1	2	3	4	5
41.	hogya hajlékony maradjak, vagy azzá váljak	0	1	2	3	4	5
42.	hogya készségeimet fejlesszem	0	1	2	3	4	5
43.	mert a mozgás/edzés kalóriákat éget el	0	1	2	3	4	5
44.	hogya vonzóbb legyek	0	1	2	3	4	5
45.	hogya olyasmit csináljak, amit más nem képes	0	1	2	3	4	5
46.	hogya kiengedjem a "gőzt"	0	1	2	3	4	5
47.	hogya fejlesszem az izmaimat	0	1	2	3	4	5
48.	mert akkor érzem magam a legjobb formában	0	1	2	3	4	5
49.	hogya barátokra tegyek szert	0	1	2	3	4	5
50.	mert élvezem a fizikai tevékenységet különösen, ha versengés is van benne	0	1	2	3	4	5
51.	hogya a saját személyes elvárásaimhoz mérjem magam	0	1	2	3	4	5

9. Az elmúlt két hét során érezte magát ...

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1. vidámnak és jókedvűnek.				
2. nyugodtnak és ellazultnak.				
3. aktívnak és élénknek.				
4. ébredéskor frissnek és kipihentnek.				
5. a napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal.				

10. Az alábbiakban felsorolt szavak különböző érzéseket és érzelmeket írnak le. Kérjük, gondosan olvasson el minden jellemzést, majd írja be azt a számot, amely leginkább kifejezi azt, hogy a **JELÉN P ILLANATBAN** hogyan érzi magát. Kérjük, ne gondolkozzon sokat a válaszon!

1	2	3	4	5
<i>egyáltalán nem, vagy csak alig</i>	<i>kicsit</i>	<i>mérsékelten</i>	<i>elégé</i>	<i>nagyon</i>
___ érdeklődő		___ ellenséges		___ ideges
___ kiborult, magamon kívül vagyok		___ lelkes		___ elszánt, határozott
___ izgatott, feldobott		___ büszke		___ figyelmes
___ zaklatott, feldúlt		___ ingerlékeny		___ feszült
___ erős		___ éber		___ aktív, élénk
___ büntudatom van		___ megszágyenült		___ félek
___ rémült		___ elhivatott		

11. Kérem, jelölje a következő skálán az Önre leginkább igaz állítást!

0 - Úgy gondolom, hogy velem nem történhet baj.

1

2

3

4

5 - Úgy gondolom, hogy ugyanannyi eséllyel történhet velem baj, mint másokkal.

6

7

8

9

10 - Úgy gondolom, sokkal több esélyem van rá, hogy baj történjen velem.

A kérdőív véget ért, köszönjük a kitöltést!

MELLÉKLET 2.

Kedves Résztevő!

Köszönjük, hogy részvételével hozzájárult munkánkhoz. Kérjük – az első alkalomhoz hasonlóan – töltsse ki az alábbi kérdőívsomagot!

Együttműködését ezúton is köszönjük!

Balázs Regina

Balló Henrietta

Név:.....

1. Részesül-e az osztályon gyógyszeres kezelésben? (Kérjük, húzza alá!) Igen / Nem

2. Összesen hány sportterápián vett részt? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot!)

1 2 3 4 5 6

3. Részt vett-e a sportterápián kívül más, az osztályon tartott terápiás foglalkozáson? (Kérjük, húzza alá!) Igen / Nem

4. Amennyiben igen, milyen terápiás foglalkozáson?

.....

5. Kérem jelölje, hogyan érezte magát az elmúlt két hétben?

0. egyáltalán nem jellemző; 1. alig jellemző; 2. jellemző; 3. teljesen jellemző

___ 1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.

___ 2. Semmiben sem tudok dönteni többé.

___ 3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.

___ 4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

___ 5. Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.

___ 6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.

___ 7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

___ 8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

___ 9. Állandóan hibáztatom magam.

6. Kérem, a megfelelő válasz aláhúzásával jelölje, igaznak érzi-e magára nézve az alábbi állításokat?

Sötétén látom a jövőmet.	Igaz	Nem igaz
Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.	Igaz	Nem igaz
Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.	Igaz	Nem igaz

7. Kérem, X-el jelölje, milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal!

	teljesen egyetértek	egyetértek	nem értek egyet	egyáltalán nem értek egyet
1. Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest.				
2. Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.				
3. Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelennek, sikertelen embernek tartsam magam.				
4. Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.				
5. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.				
6. Jó véleménnyel vagyok magamról.				
7. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal.				
8. Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.				
9. Időnként értéktelennek érzem magam.				
10. Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.				

8. Kérem, hogy a következő kérdőívet akkor is töltsse ki, ha nem végez testedzést. Ebben az esetben úgy töltsse ki, hogy ha végezne testedzést, akkor azt milyen motivációból tenné!

Az oldalon számos állítást talál. Ezek arra vonatkoznak, hogy az emberek mivel magyarázzák, hogy miért végeznek testedzést. Kérem, figyelmesen olvassa el az állításokat, és a megfelelő szám bejelölésével jelezze, hogy személy szerint mennyire igaz az adott állítás.

Ha úgy gondolja, hogy az adott állítás egyáltalán nem igaz Önre, karikázza be a '0'-t, ha viszont az adott állítás nagyon igaz, akkor az '5'-ös számot. Ha úgy gondolja, hogy az adott állítás csak részben igaz, akkor jelölje be az '1'-t, '2'-t, '3'-t vagy a '4'-et, annak megfelelően, hogy mennyire fejezi ki az adott állítás azt, hogy miért végezne testedzést.

Kérem, tartsa észben azt, hogy én arra vagyok kíváncsi, hogy Ön személy szerint miért végezne testedzést, és nem arra, hogy mit gondolna, milyen okai lehetnek bárkinek a testmozgásra/testedzésre!

Személy szerint azért sportolok/végzek testedzést ...

1.	hogy vékony maradjak	0	1	2	3	4	5
2.	hogy elkerüljem a betegséget	0	1	2	3	4	5
3.	mert ettől jól érzem magam	0	1	2	3	4	5
4.	mert segít, hogy fiatalabbnak nézzek ki	0	1	2	3	4	5
5.	hogy megmutassam másoknak, hogy mit érek	0	1	2	3	4	5
6.	mert közben lehetőségem nyílik a gondolkodásra	0	1	2	3	4	5
7.	hogy épp, egészséges legyen a testem	0	1	2	3	4	5
8.	hogy növeljem az erőmet	0	1	2	3	4	5
9.	mert szeretem próbára tenni az erőmet	0	1	2	3	4	5
10.	hogy a barátaimmal legyek	0	1	2	3	4	5
11.	mert az orvosom javasolta, hogy mozogjak/sportoljak	0	1	2	3	4	5
12.	mert győzelemre törekszem a sportban	0	1	2	3	4	5
13.	hogy mozgékony maradjak/mozgékonyabbá váljak	0	1	2	3	4	5
14.	mert az edzés/sport elérendő célokat nyújt	0	1	2	3	4	5
15.	mert segít a fogyásban	0	1	2	3	4	5
16.	hogy megelőzzem az egészségügyi problémákat	0	1	2	3	4	5
17.	mert a testmozgás serkent	0	1	2	3	4	5
18.	hogy jó testem legyen	0	1	2	3	4	5
19.	hogy képességeimet másokéval összehasonlítsam	0	1	2	3	4	5
20.	mert segít csökkenteni a feszültséget	0	1	2	3	4	5
21.	hogy megőrizsem az egészségem	0	1	2	3	4	5
22.	hogy növeljem a kitartásom	0	1	2	3	4	5
23.	mert a testmozgás önmagában is élvezetet nyújt	0	1	2	3	4	5
24.	mert a mozgás/edzés számomra társas esemény	0	1	2	3	4	5
25.	hogy a családomban gyakran előforduló betegséget megelőzzem	0	1	2	3	4	5
26.	mert élvezem a versengést	0	1	2	3	4	5
27.	hogy megőrizsem a ruganyosságomat	0	1	2	3	4	5
28.	mert személyes kihívásokat állít elém	0	1	2	3	4	5
29.	mert segít kézben tartani/szabályozni a testsúlyomat	0	1	2	3	4	5
30.	hogy elkerüljem a szívbetegséget	0	1	2	3	4	5
31.	hogy feltöltődjek	0	1	2	3	4	5
32.	hogy javítsak a megjelenésemen	0	1	2	3	4	5
33.	hogy teljesítményemmel elismerést vívjak ki	0	1	2	3	4	5
34.	hogy oldjam a stresszt	0	1	2	3	4	5
35.	hogy egészségesebben érezzem magam	0	1	2	3	4	5
36.	hogy erősebb legyek	0	1	2	3	4	5

37.	mert élvezem a mozgás örömét	0	1	2	3	4	5
38.	mert a másokkal való mozgás/edzés szórakoztat	0	1	2	3	4	5
39.	hogya felépüljek betegségből/sérülésből	0	1	2	3	4	5
40.	mert szeretek versenyezni	0	1	2	3	4	5
41.	hogya hajlékony maradjak, vagy azzá váljak	0	1	2	3	4	5
42.	hogya készségeimet fejlesszem	0	1	2	3	4	5
43.	mert a mozgás/edzés kalóriákat éget el	0	1	2	3	4	5
44.	hogya vonzóbb legyek	0	1	2	3	4	5
45.	hogya olyasmit csináljak, amit más nem képes	0	1	2	3	4	5
46.	hogya kiengedjem a "gőzt"	0	1	2	3	4	5
47.	hogya fejlesszem az izmaimat	0	1	2	3	4	5
48.	mert akkor érzem magam a legjobb formában	0	1	2	3	4	5
49.	hogya barátokra tegyek szert	0	1	2	3	4	5
50.	mert élvezem a fizikai tevékenységet különösen, ha versengés is van benne	0	1	2	3	4	5
51.	hogya a saját személyes elvárásaimhoz mérjem magam	0	1	2	3	4	5

9. Az elmúlt két hét során érezte magát ...

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1. vidámnak és jókedvűnek.				
2. nyugodtnak és ellazultnak.				
3. aktívnak és élénknek.				
4. ébredéskor frissnek és kipihentnek.				
5. a napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal.				

10. Az alábbiakban felsorolt szavak különböző érzéseket és érzelmeket írnak le. Kérjük, gondosan olvasson el minden jellemzést, majd írja be azt a számot, amely leginkább kifejezi azt, hogy a **JELEN P ILLANATBAN** hogyan érzi magát. Kérjük, ne gondolkozzon sokat a válaszon!

1	2	3	4	5
<i>egyáltalán nem, vagy csak alig</i>	<i>kicsit</i>	<i>mérsékelten</i>	<i>elégé</i>	<i>nagyon</i>
☐ érdeklődő		☐ ellenséges		☐ ideges
☐ kiborult, magamon kívül vagyok		☐ lelkes		☐ elszánt, határozott
☐ izgatott, feldobott		☐ büszke		☐ figyelmes
☐ zaklatott, feldúlt		☐ ingerlékeny		☐ feszült
☐ erős		☐ éber		☐ aktív, élénk
☐ büntudatom van		☐ megszegyenült		☐ félek
☐ rémült		☐ elhivatott		

11. Van-e bármilyen észrevétele/javaslata a sportterápiával kapcsolatban? (Ismételten felhívom a figyelmét, hogy a válaszadás anonim, válasza alapján Ön nem kerül azonosításra, a résztvevők csak és kizárólag a jeligéjük alapján szerepelnek a kutatásban).

.....

.....

.....

.....

12. Kérem, jelölje, korábban (a sportterápia megkezdése előtt) milyen volt a viszonya mozgáshoz, testedzéshez? Mennyire volt része az életének?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>ritkán vagy nem sportolok</i>			<i>általában sportolok</i>				<i>rendszeresen sportolok</i>			

13. Amennyiben állapota javult az osztályon eltöltött idő alatt, Ön minek tulajdonítja ezt? (Ha Ön szerint ebben több tényező is közrejátszott, kérem, mindet sorolja fel, és jelölje meg, amit ezek közül legfontosabbnak érez!)

.....

.....

14. Volt-e valamilyen visszatérő gondolata, élménye vagy fantáziája a sportterápiás foglalkozások alatt? Ha igen, kérem, írja le röviden.

.....
.....
.....

15. Milyen okból/okokból döntött úgy végül, hogy részt vesz a sportterápián? (pl. orvos utasítására, betegtársak hatására, saját elhatározásból, vagy egyéb?)

.....
.....

A kérdőív véget ért, köszönjük a kitöltést!

MELLÉKLET 3.

Név:.....

Kérjük, töltsse ki az alábbi kérdőívet a sportterápia ELŐTT:

1. Az alábbiakban felsorolt szavak különböző érzéseket és érzelmeket írnak le. Kérjük, gondosan olvasson el minden jellemzőt, majd írja be azt a számot, amely leginkább kifejezi azt, hogy a **JELEN PILLANATBAN** hogyan érzi magát. Kérjük, ne gondolkozzon sokat a válaszon!

1	2	3	4	5
egyáltalán nem, vagy csak alig	kicsit	mérsékelten	elégé	nagyon
☐ érdeklődő		☐ ellenséges		☐ ideges
☐ kiborult, magamon kívül vagyok		☐ lelkes		☐ elszánt, határozott
☐ izgatott, feldobott		☐ büszke		☐ figyelmes
☐ zaklatott, feldúlt		☐ ingerlékeny		☐ feszült
☐ erős		☐ éber		☐ aktív, élénk
☐ bűntudatom van		☐ megszégyenült		☐ félek
☐ rémült		☐ elhivatott		

Kérjük, töltsse ki az alábbi kérdőívet közvetlenül a sportterápia UTÁN:

2. Az alábbiakban felsorolt szavak különböző érzéseket és érzelmeket írnak le. Kérjük, gondosan olvasson el minden jellemzőt, majd írja be azt a számot, amely leginkább kifejezi azt, hogy a **JELEN PILLANATBAN** hogyan érzi magát. Kérjük, ne gondolkozzon sokat a válaszon!

1	2	3	4	5
egyáltalán nem, vagy csak alig	kicsit	mérsékelten	elégé	nagyon
☐ érdeklődő		☐ ellenséges		☐ ideges
☐ kiborult, magamon kívül vagyok		☐ lelkes		☐ elszánt, határozott
☐ izgatott, feldobott		☐ büszke		☐ figyelmes
☐ zaklatott, feldúlt		☐ ingerlékeny		☐ feszült
☐ erős		☐ éber		☐ aktív, élénk
☐ bűntudatom van		☐ megszégyenült		☐ félek
☐ rémült		☐ elhivatott		

Köszönjük!

MELLÉKLET 4.

SPORTTERÁPIÁS KISFÜZET Hogyan csináljam otthon?

Köszönjük, hogy részvételével hozzájárult a sportterápiával kapcsolatos kutatásunk sikerességéhez!

A következő oldalakon rövid leírásokat talál különböző, könnyen elvégezhető gyakorlatokról, melyek, segítségével a mozgás továbbra is a napjai része maradhat.

Lapozzon bele és sportra fel!

Bemelegítés

A bemelegítés a sport szerves része, minden testrész átmozgatása fontos az erősítő gyakorlatok előtt.

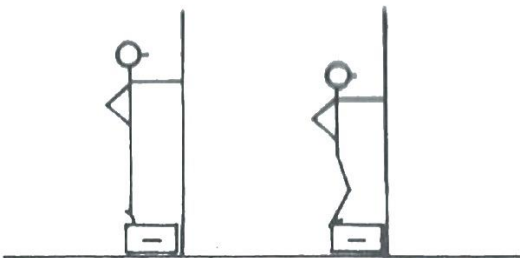
A következők ajánlottak:

- fejkörzések
- váll-, kar-, könyök, csuklókörzések
- csípőkörzés
- hajolgatások
- térdkörzés, bokakörzés

Egyszerűbb szökdelések, kis helyben futás, gimnasztikai gyakorlatok is jó alapok az erősítés megkezdéséhez.

Erősítő gyakorlatok

Vádli



Állásban (emelt helyen, vagy akár a földön) sarokemelés és leengedés. A gyakorlat végezhető:

- páros zárt lábbal
- váltott lábban (azaz egy lábon)
- páros lábbal terpeszben
- guggolva (zárt guggolás, tenyér a földön).

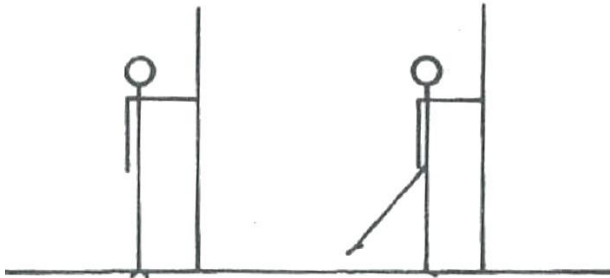
Széria:

2x10 zárt lábban

2x10 terpeszben

1x10-1x10 egy-egy lábbal

Comb



Falnál támaszkodva, egyenes háttal, nyújtott térdel, feszes lábfejjel lábemelés, körülbelül 40-45°-ig. A gyakorlat végezhető:

- előre lábemeléssel
- oldalra lábemeléssel
- hátra lábemeléssel.

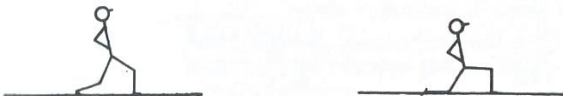
Széria:

2x10 előre emelés

2x10 oldalra emelés

2x10 hátra emelés

→ mindkét lábbal



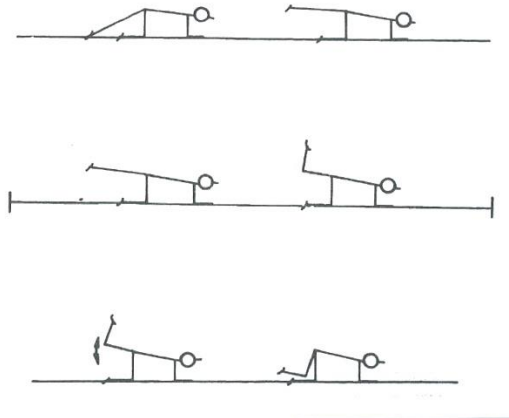
Kitörések – egyenes háttal, váltott lábbal, láb elől - hátul 90°-ban hajlítva.

Széria:

2x10 mindkét lábbal

2x10 megtart a kitörés legmélyebb pozíciójában, mindkét lábbal.

Fenék



Térdelőtámasz, lábemelések, nyújtott láb, lábfej pipál. A gyakorlat végezhető:

- hajlított lábemelés hátra és oldalra
- nyújtott lábemelés hátra és oldalra.

Széria:

1x8 nagy hajlított lábemelés hátra

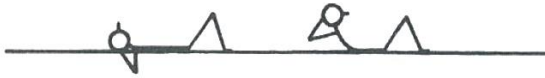
1x8 kis rugó hajlítva hátra

1x8 nyújtott lábemelés hátra

1x8 kis rugó nyújtva hátra

→ mindkét lábbal mindkét oldalra

Has



Háton fekvés, lábak hajlítva, talpon, has prés (csak a lapocka emelkedik el a talajtól).

Széria:

2x10 has prés

2x10 tart a legmagasabb has prés pozícióban.



Háton fekvés, alkartámasz. Lábak hajlítva, talpon, egyik láb nyújtott emelése vagy hajlítása. A gyakorlat végezhető:

- nyújtott láb emelése föl-le
- hajlított láb kinyújtása-behúzása

Széria:

2x10 lábemelgetés nyújtva

2x10 láb hajlítása, nyújtása

→ mindkét lábbal

Hát



Hason fekvés, kezek a test mellett vagy összekulcsolva a tarkón, láb marad a földön, törzsemelés.

Széria:

2x10 törzsemelés

2x10 megtart a legmagasabb pozícióban



Hason fekvés, lábemelés nyújtva, hátra, karok a mellkasnál/fej alatt/test mellett.

Széria:

2x10 nyújtott lábemelés

2x10 kis rugóval emelés

2x10 tartás egy kényelmesen magas pozícióban

→ mindkét lábbal

Kar



Terpeszállás, lábak enyhén hajlítva, karok súllyal hajlítva a vállhoz emelve. A gyakorlat végezhető:

- páros karnyújtás a fej fölé
- karok nyújtása a fej fölé váltva

Széria:

1x10 páros karnyújtás

2x10 váltott karnyújtás (bal-jobb-bal-jobb-...) a fej fölé



Fekvőtámasz. A gyakorlat végezhető:

- egyenes, nyújtott lábakkal („hagyományos” fekvőtámasz)
- hajlított térdekkel (térd a talajon, lábfejek a levegőben, ún. „női fekvőtámasz”)

Széria:

1x5 karhajlítás-nyújtás

1x5 hajlított karral tartás

Lazítás

A bemelegítéshez hasonlóan a lazítás is az edzés, sportolás fontos része.

A következők ajánlottak:

- nyak megnyújtása
- karok nyújtása
- fenék megnyújtása sarokülésben
- has megnyújtása hason fekvésben
- comb megnyújtása (sarok fenékhez húzása)
- vádli megnyújtása

Egészségünkre! ☺