

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS AKADEMIJA**  
**VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS**  
**Sveikatos psichologijos katedra**

SILVIJA ŽUKAITĖ

**ATJAUTOS SAU IR NEGATYVIŲ EMOCINIŲ BŪKLIŲ SĄSAJOS TARP GYDYTOJŲ  
REZIDENTŲ**

Sveikatos psichologijos pirmosios pakopos studijų baigiamasis darbas

Leidžiama ginti

(Rengimo komisijos pirmininkas,  
mokslinis laipsnis, vardas, vardo pirmoji  
raidė ir pavardė, parašas)

Studentė Silvija Žukaitė

Darbo vadovė prof. dr. Dalia Antinienė

Kaunas, 2023

## Padėka

Žymus anglų filosofas Francis Bacon yra rašęs, jog „gyvenimas be draugų tėra tik tyrlaukis“ (1917). Manau, kad ši frazė puikiai apibendrina draugystės svarbą ne tik bendrajame kontekste – draugystė yra svarbus ginklas prieš kylančius sunkumus ir iššūkius akademiniam kelyje. Pratęsiant šią mintį, noriu padėkoti savo draugams, artimiesiems ir kolegoms, kurių palaikymas ir bendrystė mane įkvėpė bei padėjo susidoroti su užduotimis net ir sunkiausiais darbo rašymo momentais.

Esu dėkinga ir visiems tyrimo dalyviams, skyrusiems dalį savo laiko ir pildžiusiems mano anketą. Galiu tik pabandyti įsivaizduoti, kokį intensyvų gyvenimą gyvenate, kiek savęs atiduodate gydymo įstaigose, kiek pastangų įdedate, kurios, deja, bet ne visada lieka pastebėtos. Jaučiu begalinį dėkingumą ir tikiu, kad auganti tendencija tirti gydymo įstaigų personalą padės atkreipti dėmesį bei pagaliau įsiklausyti ir į Jūsų poreikius.

Galiausiai ir turbūt labiausiai noriu padėkoti mokslinio darbo vadovei prof. dr. Daliai Antinienei. Jūsų pasitikėjimas ir įsiklausymas man padėjo augti, tobulėti bei tyrinėti itin aktualias temas. Itin dėkinga Jums esu už tai, kad leidote savarankiškai ir laisvai gilintis bei tyrinėti mane dominančias sritis, tačiau tuo pat metu visada žinojau, kad turiu Jūsų užnugarį, palaikymą ir supratimą.

# Turinys

<b>Padėka</b> .....	2
<b>Santrauka lietuvių kalba</b> .....	4
<b>Santrauka anglų kalba</b> .....	5
<b>Pagrindinės sąvokos</b> .....	6
<b>1. Įvadas</b> .....	7
Įžanga .....	7
Literatūros apžvalga .....	9
<b>1. 1. 1. Atjauta sau ir jos reikšmė psichikos sveikatai</b> .....	9
<b>1. 1. 2. Alternatyvūs atjautos sau modeliai</b> .....	11
<b>1. 1. 3. Negatyvios emocinės būklės</b> .....	12
<b>1. 1. 4. Negatyvios emocinės būklės kaip afekto sutrikimo kontinuumas</b> .....	18
<b>1. 1. 5. Sąsajos</b> .....	20
Darbo tikslas ir uždaviniai.....	22
<b>2. Metodai</b> .....	23
2. 1. Tyrimo eiga ir imtis .....	23
2. 2. Tyrimo instrumentai .....	25
2. 3. Duomenų analizės metodai .....	26
<b>3. Rezultatai</b> .....	28
3.1. Atjautos sau ypatumai tarp gydytojų rezidentų .....	28
3.2. Negatyvių emocinių būklių rodikliai tarp gydytojų rezidentų.....	34
3.3. Ryšys tarp atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių .....	38
<b>4. Aptarimas</b> .....	39
4.1. Tyrimo rezultatų interpretacija .....	40
4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai .....	43
<b>5. Išvados</b> .....	45
6. Literatūros sąrašas .....	46
7. Priedai.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7. 1. Bioetikos centro pritarimas tyrimui atlikti .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7. 2. Tyrimo instrumentai .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7. 3. Kita .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Santrauka lietuvių kalba

Žukaitė, S. (2023). Atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių sąsajos tarp gydytojų rezidentų (Sveikatos psichologijos bakalauro baigiamasis darbas). Mokslinė vadovė: prof. dr. Dalia Antinienė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos psichologijos katedra: Kaunas.

*Problema.* Sveikatos priežiūros kokybė yra vienas iš pilnavertiško moderniosios visuomenės funkcionavimo rodiklių, susilaukiantis nemažai dėmesio. Vis dėlto, siekiant užtikrinti kokybę, svarbu atsižvelgti ir į pačių sveikatos priežiūros specialistų sveikatą. Gydytojai rezidentai yra viena iš sveikatos priežiūros specialistų grupių, susidurianti su aukštais streso, nerimo bei depresiškumo įverčiais (Marzouk ir kt., 2018; Mata ir kt., 2015; Pasqualucci ir kt., 2019; Singh ir kt., 2019), tačiau, vieningo atsakymo šių būklių lengvinimui nėra. Atjauta sau yra šiandienos moksle plačiai nagrinėjamas reiškinys vertinamas kaip alternatyvus negatyvių emocinių būklių įveikos būdas, galintis padėti palaikyti tinkamą psichikos sveikatą (Chahar Mahali ir kt., 2021; de Souza ir kt., 2020).

*Tikslas.* Tyrimo tikslas – nustatyti atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių ypatumus tarp gydytojų rezidentų.

*Metodai.* Vykdyta internetinė apklausa, kurioje dalyvavo 133 gydytojai rezidentai (iš jų 78,9 proc. moterys, amžiaus vidurkis  $M = 26,8$  m.). Apklausa sudarė 2 klausimynai – atjautos sau (SCS-26) ir depresijos, nerimo, streso skalės (DASS-42) – bei sociodemografiniai klausimai.

*Rezultatai.* Remiantis gautais rezultatais galima teigti, kad gydytojai rezidentai yra labiau linkę taikyti savikritiką, atsiskyrimą, susitapatinimą (t. y., atjautą sau neigiančius reiškinius) ( $M = 3,40$ ,  $SD = 0,82$ ) nei nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą (t. y., atjautą sau patvirtinančius reiškinius) ( $M = 2,87$ ,  $SD = 0,79$ ) ( $p < 0,001$ ); aukšta atjauta sau pasižymi terapinės krypties atstovai ( $Mdn = 2,82$  (1,31-4,48), tačiau chirurginės ( $Mdn = 2,74$  (2,27-3,71) ir diagnostinės ( $Mdn = 2,06$  (1,66-3,22) krypties atstovai labiau linkę taikyti žemą atjautą sau ( $p = 0,015$ ). Analizuojant negatyvių emocinių būklių rodiklius pažymėtina, kad 48,9 proc. gydytojų rezidentų patiria aukšto streso simptomus, 47,5 proc. – depresiškumo, 47,4 proc. – nerimo. Taip pat nustatytos vidutinio stiprumo atvirkštinės koreliacijos tarp streso ( $r = -0,656$ ), nerimo ( $r = -0,635$ ), depresiškumo ( $r = -0,649$ ) ir atjautos sau,  $p < 0,01$ .

*Išvada.* Gauti rezultatai sudaro prielaidą manyti, kad atjauta sau gali būti siejama su žemesniais streso, nerimo bei depresiškumo įverčiais tarp gydytojų rezidentų.

## Santrauka anglų kalba

Žukaitė, S. (2023). Relationship between self-compassion and negative emotional states among resident doctors (Health Psychology program bachelor thesis). Scientific supervisor: prof. dr. Dalia Antinienė. Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Public Health, Department of Health Psychology: Kaunas.

*Objective.* Quality of the healthcare system is considered to be one of the key factors of fully functioning modern society. However, in order to reach mentioned goals it is crucial to consider the psychological well-being of healthcare specialists. Resident doctors are a subgroup of healthcare specialists, which experiences high levels of stress, anxiety and depression (Marzouk et al, 2018; Mata et al, 2015; Pasqualucci et al, 2019; Singh et al, 2019), although is often forgotten when conducting research. Self-compassion has gained popularity in the field of psychology research in recent years and is being considered as a psychological process which could be used as an alternative strategy in overcoming mentioned negative emotional states (Chahar Mahali et al, 2021; de Souza et al, 2020).

*Aim.* The aim of this study is to assess the features of self-compassion and negative emotional states in resident doctors in Lithuania.

*Methods.* 133 Lithuanian resident doctors (78.9% - female, mean age = 26.8) participated in an online survey which consisted of 2 instruments – Self-Compassion Scale (SCS-26) and Stress, Anxiety and Depression Scale (DASS-42). Sociodemographic questions were also included.

*Results.* Resident doctors tend to use strategies that negate self-compassion (self-judgment, isolation, over-identification) ( $M = 3,40$ ,  $SD = 0,82$ ) rather than confirm (self-kindness, common humanity, mindfulness) ( $M = 2,87$ ,  $SD = 0,79$ ) ( $p < 0,001$ ); high levels of self-compassion were obtained in therapeutic group ( $Mdn = 2,82$  (1,31-4,48), but not in surgical ( $Mdn = 2,74$  (2,27-3,71) and diagnostic ( $Mdn = 2,06$  (1,66-3,22) groups ( $p = 0,015$ ). 48.9% of resident doctors experience high levels of stress, 47.5% - depression, 47.4% - anxiety. Moderate negative correlations between stress ( $r = -0.656$ ), anxiety ( $r = -0.635$ ) and depression ( $r = -0.649$ ) were found to be significant,  $p < 0,01$ .

*Conclusion.* Findings suggest a relationship between self-compassion and negative emotional states among resident doctors in Lithuania.

## Pagrindinės sąvokos

1. **Atjauta sau** - . reliatyviai naujas reiškinys ir įveikos būdas, orientuota į nemaloniais emocijas ir mintis bei, remiantis Kristin Neff (2022), susideda iš nuolankumo sau, bendražmogiškumo jausmo bei sąmoningumo. Į save nukreiptas nuolankumas padeda atleisti ir priimti save, bendražmogiškumo jausmas - suprasti klaidas kaip būtiną žmogiškumo patirtį, o sąmoningumas padeda išlikti atviru su savimi bei pripažinti savo jausmus (Neff, 2022)
2. **Depresija** - negatyvi emocinė būseną, varijuojanti nuo nelaimingumo ir nepasitenkinimo iki ribinio liūdesio, pesimizmo ar nevilties jausmo, veikiančio žmogaus kasdienybę. Depresijos atveju pasireiškia įvairūs fiziniai, pažintiniai, socialiniai pokyčiai, veikiantys kartu (APA psichologijos žodynas, 2022).
3. **Nerimas** - tai yra emocija, charakterizuojama susirūpinimu bei su įtampa susijusiais somatiniais simptomais pasireiškiančiais pavojaus, katastrofos ar nesėkmės metu. Taip pat gali būti apibrėžta kaip negatyvi emocinė būseną (APA psichologijos žodynas, 2022).
4. **Rezidentas** – gydytojas, studijuojantis medicinos, odontologijos ar veterinarinės medicinos rezidentūroje. Rezidentūros metu „gydytojas rezidentas studijuoja ir atlieka nustatytas pareigas rezidento vadovo prižiūrimas ir įgyja specializuotos medicinos žinių, įgūdžių ir klinikinės patirties.“ (LSMU Rezidentūros studijų reglamentas, 2014; VU Rezidentūros studijų reglamentas, 2015).
5. **Rezidentūra** – „yra antrosios pakopos universitetinės studijos, skirtos medicinos studijas baigusiems asmenims rengti medicinos praktikai. Šios studijos yra skirtos gydytojui, siekiančiam įgyti ar pakeisti medicinos praktikos rūšies (specialybės) gydytojo profesinę kvalifikaciją.“ (LSMU Rezidentūros studijų reglamentas, 2014; VU Rezidentūros studijų reglamentas, 2015).
6. **Stresas** – negatyvi emocinė būklė, kuri gali būti apibūdinama kaip fiziologinis arba psichologinis atsakas į vidinius ar išorinius stresorius (APA psichologijos žodynas, 2022).

# 1. Įvadas

## Įžanga

Kokybiška sveikatos priežiūros sistema šiandienos pasaulyje yra vienas pagrindinių įrankių, padedančių visuomenei visavertiškai funkcionuoti. Vis dėlto, norint užtikrinti kokybę, svarbu rūpintis ne tik pacientų, bet ir gydytojų sveikata. Gydytojai rezidentai yra svarbi sveikatos priežiūros personalo grupė, kuri susiduria su aukštais nerimo, depresiškumo, streso rodikliais, tačiau, vieningo atsakymo šių būklių lengvinimui nėra. Atjauta sau, tuo tarpu, yra naujas reiškinys, populiarumą bei pripažinimą mokslo pasaulyje įgijęs savo veiksmingumu bei paprastumu, galintis padėti palaikyti tinkamą psichikos sveikatą

Tad, šiame darbe visų pirma yra nagrinėjama atjauta sau. Atjauta sau yra orientuota į nemalonias emocijas ir mintis bei, remiantis Kristin Neff (2022), naujausio atjautos sau modelio atstove, susideda iš nuolankumo sau, bendražmogiškumo jausmo bei sąmoningumo. Į save nukreiptas nuolankumas padeda atleisti ir priimti save, bendražmogiškumo jausmas - suprasti klaidas kaip būtiną žmogiškumo patirtį, o sąmoningumas padeda išlikti atviru su savimi bei pripažinti savo jausmus.

Atsižvelgiant į istorinę perspektyvą svarbu paminėti, kad atjauta sau yra laikoma reliatyviai nauju reiškiniu, t. y., pirmą kartą šis terminas paminėtas prieš 20 metų. Vis dėlto, atjauta sau pasižymi ir alternatyviais modeliais, vienas jų - socialinio mentaliteto teorija, vėliau išplėtota į atjautos kaip jautrumo kančias su atsidavimu modelį. Dar viena, alternatyvi atjautos sau teorija išsiskiria tuo, kad į atjautą sau įeina ir atjauta kitiems. Vis dėlto, ne visi autoriai sutinka, kad atjauta sau būtinai nulems atjautą ir kitiems, taigi, šiame darbe buvo nuspręsta remtis Neff (2022) pateiktu trikomponenčiu modeliu.

Taip pat, šiame darbe nagrinėjamos ir negatyvios emocinės būklės, kurias taip pat galima vadinti vienu terminu - bendruoju psichologiniu distresu. Bendrasis psichologinis distresas susideda iš nerimo, depresijos ir streso. Remiantis APA psichologijos žodynu (2022), nerimas yra emocija, charakterizuojama susirūpinimu bei su įtampa susijusiais somatiniais simptomais pasireiškiančiais pavojaus, katastrofos ar nesėkmės metu; depresija - negatyvi emocinė būseną, varijuojanti nuo nelaimingumo ir nepasitenkinimo iki ribinio liūdesio, pesimizmo ar nevilties jausmo, veikiančio žmogaus kasdienybę; stresas - fiziologinis arba psichologinis atsakas į vidinius ar išorinius stresorius.

Svarbu paminėti, kad nerimas ir depresija, kitaip nei anksčiau pristatyta atjauta sau, skirtingose paradigmos tyrinėjama jau kelis tūkstančių metų, pavyzdžiui, pirmieji depresijos aprašymai siekia Mesopotamijos laikus. Stresas, tuo tarpu, yra nagrinėjamas apytiksliai šimtą metų - streso tyrimų pradžia laikomi Walter Bradford Cannon homeostazės bei kovoti ar gintis aprašymai; nepaisant to, streso terminas pirmą kartą oficialiai paminėtas Hans Selye mokslinėje publikacijoje 1950-aisiais metais. Nors šios būklės turi skirtingą istoriją, kai kurių autorių jos priskiriamos į bendrą streso kontinuumą.

Taigi, šiame darbe bus nagrinėjamos minėtų reiškinių, t. y., atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių sąsajos. Svarbu paminėti ir tai, kad šie reiškiniai bus tyrinėjami gydytojų rezidentų imtyje.

Bendrame kontekste rezidentūra yra „antrosios pakopos universitetinės studijos, skirtos medicinos studijas baigusiems asmenims rengti medicinos praktikai. Šios studijos yra skirtos gydytojui, siekiančiam įgyti ar pakeisti medicinos praktikos rūšies (specialybės) gydytojo profesinę kvalifikaciją“. Rezidentas – gydytojas, studijuojantis medicinos, odontologijos ar veterinarinės medicinos rezidentūroje. Rezidentūros metu „gydytojas rezidentas studijuoja ir atlieka nustatytas pareigas rezidento vadovo prižiūrimas ir įgyja specializuotos medicinos žinių, įgūdžių ir klinikinės patirties.“ (LSMU Rezidentūros studijų reglamentas, 2014; VU Rezidentūros studijų reglamentas, 2015).

Šio darbo objektas - gydytojų rezidentų atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių sąsajos. Nagrinėjant temos problematiką, svarbu pradėti nuo to, kad atjautos sau (*angl.* Self-Compassion) bei negatyvių emocinių būklių tyrimų vis daugėja; skirtingų autorių duomenimis, atjauta sau gali turėti teigiamą poveikį bendrojo distreso mažinime. Vis dėlto, tyrimų, nagrinėjančių gydytojus rezidentus, jų atjautos sau praktikavimą kasdienybėje bei sąsajas su bendruoju psichologiniu distresu, trūksta. Remiantis įvairių šaltinių duomenimis, pastebima, kad gydytojai rezidentai dažnai susiduria su nerimo, depresijos bei streso simptomatika; dalis tyrimų išskiria, kad su kai kuriomis negatyviomis emocinėmis būklėmis susiduria beveik pusė gydytojų rezidentų populiacijos (pavyzdžiui, su depresija ar nerimu - iki 43 proc. populiacijos (Marzouk ir kt., 2018; Mata ir kt., 2015). Taigi, atsižvelgiant į negatyvių emocinių būklių paplitimą tarp gydytojų rezidentų bei atjautos sau fiksuojamą poveikį minėtoms būklėms ankstesniuose tyrimuose, šio darbo objektas yra gydytojų rezidentų atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių sąsajos.



## Literatūros apžvalga

### 1. 1. 1. Atjauta sau ir jos reikšmė psichikos sveikatai

Atjauta sau gali būti apibrėžta kaip atjauta nukreipta į vidinio kentėjimo patirtį. Tai būdas, skirtas atitinkamai susidoroti su nemaloniomis mintimis ir emocijomis, kurios neigiamai veikia fizinę bei psichikos sveikatą (Neff, 2022). Šio termino autorės bei tyrimų atjautos sau srityje pradininkės Neff (2022) teigimu, atjauta sau susideda iš trijų pagrindinių komponentų:

1. Nuolankumo sau;
2. Bendražmogiškumo jausmo;
3. Sąmoningumo.

Siekiant geriau suprasti šiuos komponentus, pravartu naudoti jų reikšmių antonimus. Komponentų reikšmių antonimai padeda detaliau atskleisti kiekvieno iš jų esmę.

#### 1.1.1.1. Nuolankumas sau

Pavyzdžiui, pirmasis atjautos sau komponentas nuolankumas sau (*angl.* Self-Kindness) yra priešingas savikritikai (*angl.* Self-Judgement). Terminu autorės teigimu, nors draugams bei artimiesiems žmonės dažniausiai yra linkę būti malonūs ar atlaidūs, asmeniškai susidūrus su nesėkme savo paties adresu žmonės daugiau būna linkę į savikritiką (Neff, 2022). Nuolankumas sau padeda atleisti už padarytas klaidas ir priimti save nepaisant patirtos situacijos. Šis priėmimas padeda patirti palaikymo, supratimo, pripažinimo (*angl.* validation) jausmą. (Neff, 2022).

Su nuolankumo sau ir savikritikos santykiu artimai gali būti susijusi ir emocijų reguliacija. Inwood ir Ferrari (2018) atlikta sisteminė literatūros apžvalga atskleidė, kad egzistuoja tyrimų, įrodančių, jog emocijų reguliacija gali būti veiksnys keičiantis ryšį tarp atjautos sau ir psichikos sveikatos. Autorių teigimu, atjauta sau gali nulemti polinkį neigiamas emocijas priimti su nuolankumu sau nei savikritika, gėda ir pan., t. y., ypatybėmis, kurios charakterizuoja neadaptyvią emocijų reguliaciją. Sisteminė literatūros apžvalga taip pat atskleidžia, kad nors neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos sumažina distresą trumpam laikui, jos padidina autonominį sužadimą ir pažintinių funkcijų apkrovą ilgalaikėje perspektyvoje (Inwood ir Ferrari, 2018).

Apibendrinus, nuolankumą sau galima išskirti kaip vieną pagrindinių atjautos sau komponentų. Atjautos sau modelio autorės teigimu, nuolankumas sau artimai siejasi ir su adaptyviomis emocijų

reguliacijos strategijomis, o tai tampa svarbu psichikos sveikatą vertinant ne tik trumpalaikėje, bet ir ilgalaikėje perspektyvoje.

### **1.1.1.2. Bendražmogiškumo jausmas**

Antrąjį atjautos sau komponentą - bendražmogiškumo jausmą (*angl.* Common Humanity) - termino autorė priešpriešina izoliacijai (*angl.* Isolation) (Neff, 2022). Bendražmogiškumo jausmas gali būti apibūdinamas kaip supratimas, kad iššūkiai ar klaidos, su kuriais yra susiduriama yra natūralus procesas, kurį išgyvena visi. Vis dėlto, neretai susidūrę su stresą keliančia situacija, žmonės yra linkę mąstyti egocentiškai, t. y., gali susidaryti įspūdis, kad tokios klaidos ar nesėkmės yra unikalios, t. y., aplinkiniai sugeba jų išvengti.

Toks nenormalumo, išskirtinumo jausmas gali būti gąsdinantis, kuriantis atsiskyrimo nuo kitų, vienišumo įspūdį (Neff, 2022). 2022 metais Vitale ir Smith atliktas tyrimas atskleidė, kad izoliacijos, vienišumo jausmas skatina negatyvų požiūrį į socialinius santykius, susietumo jausmą. Ši kompleksiška elgesiu paremta būseną yra tiesiogiai susijusi su ventraline dryžuotojo kūno (*angl.* Ventral striatum) ir limbinės sistemos disfunkcija; t. y., sistemų, kurios yra atsakingos už motyvacijos bei streso atsako reguliavimą (Vitale ir Smith, 2022).

Taigi, apibendrinus galima teigti, kad bendražmogiškumo jausmas taip pat yra esminis atjautos sau komponentas. Be to, lyginant minėtą bendražmogiškumo jausmą bei izoliaciją, t. y., atsiskyrimo nuo kitų žmonių jausmą, galima geriau suprasti, kad priimdami savo patyrimą kaip netobulą ir bendražmogišką, žmonės gali išvengti vienišumo ir izoliacijos jausmo (Neff, 2022).

### **1.1.1.3. Sąmoningas dėmesingumas**

Galiausiai sąmoningo dėmesingumo (*angl.* Mindfulness) antonimu yra laikomas susitapatinimas (*angl.* Over-Identification). Šiame palyginime itin svarbų vaidmenį atlieka savo jausmų pripažinimas. Susidūrus su stresoriumi ar suklydus gali susidaryti įspūdis, kad ši patirtis apibrėžia ir paties žmogaus esmę: "Aš ne tik padariau klaidą, aš pats esu klaida". Susitapatinimas su neigiama patirtimi gali paskatinti ruminavimą, kuris siaurina mąstymą bei pervertina patyrimo poveikį savivertei (Neff, 2022).

Ruminavimas gali būti apibrėžtas kaip pasikartojantis procesas, kurio metu skiriamas pasyvus dėmesys neigiamoms mintims ir jausmams. Šis procesas yra laikomas vienu iš neadaptivių emocijų reguliacijos strategijų ir yra siejamas su polinkiu į depresiją (Garnefski ir Kraaij, 2018; Chen ir kt., 2020). 2020 metais Chen ir kolegų atliktas eksperimentas naudojant funkcinio magnetinio rezonanso

nuotraukas (*angl.* Functional magnetic resonance imaging, fMRI) atskleidė, kad ruminavimo metu aktyviausiai pasižymi 3 galvos smegenų regionai - vidinė smilkininė žievė (*angl.* Medial temporal lobe, MTL), nugarinė vidinė priešakatinė žievė (*angl.* Dorsal medial prefrontal cortex, DMPFC) ir numatyto režimo tinklas (*angl.* Default mode network, DMN). Aktyvus ruminavimas susideda iš suaktyvėjusių funkcinių sąsajų tarp galvos smegenų pamatinių struktūrų ir nugarinės vidinės priešakatinės žievės. Ši disociacija taip pat atskleidžia galimą į save referuojančių bei už emocijų vertinimą atsakingų regionų slopinimą, t. y., kad ruminavimas veikia per autobiografinę atmintį bei spontaniškų minčių generavimą; papildomi regionai, tuo tarpu, prisideda prie informacijos atgaminimo bei kaitos tarp minėtų galvos smegenų struktūrų (Chen ir kt., 2020).

Sąmoningas dėmesingumas, tuo tarpu, padeda suprasti, kad suvokiami jausmai dėl patirtos nemalonios situacijos yra laikini, tačiau svarbūs siekiant tobulėti (Neff, 2022). Sąmoningas dėmesingumas bendrame kontekste gali būti apibrėžtas kaip gebėjimas keisti vidinės ir išorinės aplinkos suvokimą. Kitais žodžiais tariant, tai yra praktika, kurios tikslas yra įsisąmoninti tai, kas vyksta čia ir dabar. Dažniausiai sąmoningas dėmesingumas praktikuojamas medituojant, atliekant įvairius kvėpavimo pratimus, įsisąmoninant savo pojūčius (Tang ir kt., 2015). Iš biologinės perspektyvos, sąmoningas dėmesingumas apima 6 galvos smegenų struktūras: priekinę žiedinę žievę (*angl.* Anterior cingulate cortex, ACC), priešakatinę galvos smegenų žievę (*angl.* Prefrontal cortex, PFC), užpakalinę žiedinę žievę (*angl.* Posterior cingulate cortex, PCC), salą (*angl.* Insula), dryžuotąjį (*angl.* Striatum) bei migdolinį (*angl.* Amygdala) kūnus. Šios struktūros apima įvairias pažintines funkcijas - dėmesį, savikontrolę, savęs suvokimą, emocijas, jų apdorojimą bei reguliaciją. Tad galima manyti, kad sąmoningas dėmesingumas yra sudėtingas procesas aktyvuojantis įvairias galvos smegenų struktūras. Svarbu gali būti ir tai, kad šis procesas keičia galvos smegenų žievės ir baltosios medžiagos skaidulų tankį bei storį (Tang ir kt., 2015).

Tad, apibendrinus pateiktą informaciją, galima teigti, kad sąmoningas dėmesingumas yra trečiasis pagrindinis atjautos sau komponentas. Be kita ko, svarbu paminėti ir tai, kad šis elementas gali būti suprastas kaip kompleksiškas procesas, kuris padeda atpažinti, priimti savo jausmus ir suprasti, kad jie neturėtų būti tapatinami su žmogaus asmenybe, verčiau jų tikslas yra padėti vengti patirtos nemalonios situacijos ar iš jos pasimokyti.

### **1. 1. 2. Alternatyvūs atjautos sau modeliai**

Svarbu paminėti, kad atjauta sau gyvuoja ir kitų teorijų kontekstuose. Remiantis socialinio mentaliteto teorija (*angl.* Social Mentality Theory), atjauta sau kyla iš žinduolių biosocialinių vaidmenų

susijusių su globa ir siekiu būti globojamu. Savikritika, tuo tarpu, yra susijusi su savęs apsauga nuo socialinių pavojų (*angl.* Social Threats) (Neff, 2022).

Socialinio mentaliteto teorijos autorius vėliau išplėtojo kitą, atjautą apibrėžiančią teoriją. Ši Atjautos kaip jautrumo kančiai su atsidavimu (*angl.* Compassion as Sensitivity to Suffering with a Commitment) modelio esmė - įsitraukimas į distresą keliantį procesą siekiant jį sumažinti. (Neff, 2022). Galiausiai Strauss ir kolegų teigimu (2016) - atjauta gali būti sudaryta iš penkių elementų:

1. kančios atpažinimo,
2. kentėjimo universalumo kaip bendražmogiškos patirties supratimo,
3. empatijos jausmo kito žmogaus kančiai,
4. nemalonių jausmų toleravimo atliepiant kančią, tačiau tuo pačiu išliekant atviru ir priimant kito žmogaus kančią,
5. motyvacija palengvinti kito kentėjimą.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad šie modeliai susieja atjautą sau, kitiems ir iš kitų į bendrą visumą (Neff, 2022). Šis elementas gali būti svarbus vertinant modelių patikimumą, kadangi Anālayo ir Dhammadinnā (2021) teigimu, atjauta sau nebūtinai nulemia atjautą kitiems, šiam ryšiui daugiau poveikio gali turėti tokie veiksniai kaip amžius ir gyvenimo patirtis. Apibendrinus esamą literatūrą šia tema, norisi atkreipti dėmesį, kad egzistuoja ir kiti atjautos sau modeliai; vis dėlto, Neff (2022) pasiūlytas trikomponentis modelis, šiuo metu laikomas tiksliausiai atjautą sau atspindinčia alternatyva.

### **1. 1. 3. Negatyvios emocinės būklės**

Depresija, nerimas ir stresas - trys skirtingos psichologinės būsenos, kurias galima apibrėžti vienu bendru terminu - negatyviomis emocinėmis būklėmis arba bendruoju psichologiniu distresu (Crawford ir Henry, 2003).

#### **1.1.1.4. Depresija**

Depresija - negatyvi emocinė būseną, varijuojanti nuo nelaimingumo ir nepasitenkinimo iki ribinio liūdesio, pesimizmo ar nevilties jausmo, veikiančio žmogaus kasdienybę. Depresijos atveju pasireiškia įvairūs fiziniai, pažintiniai, socialiniai pokyčiai, veikiantys kartu. Šie pokyčiai gali pasireikšti mitybos ar miego įpročiuose, energijos ar motyvacijos trūkume, dėmesio ar sprendimų priėmimo sferose, socialinių veiklų apribojime (APA psichologijos žodynas, 2022). Taigi, depresija - emocinė būseną, neigiamai veikianti žmogaus fizinę, socialinę, pažintinę sferas.

Nagrinėjant depresijos diagnostikos ir gydymo raidą, galima teigti, kad pirmasis šios būklės aprašymas siekia Mesopotamijos laikus, todėl natūralu būtų teigti, kad depresija yra tiek pat sena, kiek ir pirmosios žmonijos civilizacijos (Reynolds ir Wilson, 2013).

Vis dėlto, pirmą kartą depresijos terminas panaudotas vokiečių psichiatro E. Kraepelin užrašuose 1895-aisiais metais (Mondimore, 2005). Kraepelin pirmasis aprašė “maniakinę depresiją” šiandien TLK-10-AM diagnozuojamą kaip bipolinį afektinį sutrikimą (Mondimore, 2005; TLK-10-AM).

Panašiu metu, 1917 metais pradėjo formuotis psichoanalizės mokykla. Psichoanalizė - psichologijos mokykla, nagrinėjanti žmogaus psichiką, asmenybę, psichikos sutrikimus ir psichologinį gydymą. Sigmund Freud žmogaus psichikos tyrinėjimai XX a. pr. datuojami psichoanalizės pradžia (APA psichologijos žodynas, 2022). Freud taip pat tyrinėjo depresiją, tačiau interpretavo kita, psichoanalizę atitinkančia, linkme. Freud depresiją apibūdino kaip melancholiją ir aprašė ją gedėjimo kontekste. Gedėjimo metu pasireiškianti melancholija, Freud manymu, yra kaip atsakas į netektį ir pasireiškia arba realiai arba simboliškai. Realią melancholiją Freud apibūdino kaip atsaką, pavyzdžiui, į artimojo mirtį, tuo tarpu simbolinę - kaip atsaką į patirtą nesėkmę siekiant užsibrėžto tikslo. Freud taip pat manė, kad pyktis dėl patirtos netekties gali pasireikšti per savidestrukciją bei neapykantą sau. Psichoanalizės tėvo manymu, psichoterapija galėjo padėti išspręsti kilusį nesąmoningą konfliktą ir taip sumažinti savidestrukcinį elgesį (De Sousa, 2011).

Einant nuoseklia depresijos diagnostikos raida, svarbu paminėti, kad bihevioristai taip pat pateikė savo nuomonę šiuo klausimu. Jų teigimu depresija yra išmoktas elgesys, o ne nesąmoninga jėga (Staats, 1990).

Vėliau, apie 1960-uosius ir 1970-uosius metus pažintinės teorijos taip pat pateikė savitą depresijos interpretaciją. Pažintinės psichologijos pradininkas Aaron Beck teigė, kad neigiamos automatinės mintys, neigiamas įsitikinimas apie save, klaidingas informacijos apdorojimas prisideda prie depresijos simptomų atsiradimo (Beck, 1979). Depresijos pažintinių modelių atsiradimas paskatino ir šiandien plačiai taikomos Kognityvinės elgesio terapijos arba KET susiformavimą. Vis dėlto, gyvenimo pabaigoje Aaron Beck kartu su Paul Grant ir kitais mokslininkais suformavo patobulintą - į atsigavimą orientuotą kognityvinę elgesio terapiją (*angl.* Recovery Oriented Cognitive Behavioral Therapy). Ši terapija, jos autorių teigimu skirta rezistentiškiems psichikos patologijoms gydyti, tarp jų ir depresijai. Beck manymu, žmonėms, turintiems rezistentiškus psichikos sutrikimus didžiausią įtaką

progresui turi ne tik klaidingų įsitikinimų restruktūrizavimas, tačiau ir palaikanti bei savarankiškumą skatinanti aplinka (Beck ir kt., 2020).

Svarbu šiame kontekste paminėti ir biomedicininį požiūrį į depresiją. Praeito amžiaus 8-ajame dešimtmetyje iškilo dar vienas - biologinis - psichikos patologijų aiškinimo modelis. Šio modelio šalininkų teigimu, kiekvienai psichikos patologijai būdinga fiziologinė prigimtis. Modelio tikslas buvo psichikos ligas prilyginti somatinėms ligoms bei tuo grindžiant taikyti medikamentinį gydymą. Biologinis depresijos paaiškinimas, tuo tarpu, buvo paremtas serotonino hipoteze, t. y., kad serotonino koncentracijos trūkumas kraujyje yra tiesiogiai susijęs su depresijos rizika (Albert ir kt., 2012). Remiantis egzistuojančia literatūra galima teigti, kad depresijos tyrinėjimai tęsiasi jau daugybę amžių, vis dėlto, jos kilmės ir interpretacijos modernioje istorijoje kaita priklauso nuo atitinkamu laikotarpiu vyraujančio požiūrio.

Vis dėlto, šiandien, psichikos patologijoms, kaip ir daugumai kitų ligų, yra taikomas kompleksinis arba biopsichosocialinis modelis. Šis modelis pasižymi holistiniu požiūriu į žmogaus sveikatą ir susideda iš biologinių, psichologinių bei socialinių veiksnių (PSO, 2022). Todėl, natūralu, kad ilgą laiką paisyta serotonino arba monoaminų hipotezė pastaraisiais metais tapo kvestionavimo objektu. Plataus pasaulinio dėmesio sulaukusi Moncrieff ir kolegų (2022) sisteminė skėtinė literatūros apžvalga paskatino iš naujo apsvarstyti esamus depresijos modelius (Levickaitė, 2022). Moncrieff ir kolegų teigimu (2022), nėra pakankamai empirinių duomenų teigti, kad sumažėjusi serotonino koncentracija kraujyje yra tiesiogiai susijusi su depresija ar jos rizika. Anaiptol, kai kurie tyrimai, įtraukti į autorių sisteminę apžvalgą atskleidė, kad ilgametis antidepressantų vartojimas gali sumažinti serotonino koncentraciją. Autorių nuomone, biocheminis depresijos pagrindimas, nors ir gajus visuomenėje, nėra visapusiškai pagrįstas (Moncrieff, 2022). Svarbu paminėti ir tai, kad Hellstrom ir kolegų (2012) teigimu, depresiją galima apibrėžti aplinkos nulemtu modeliu. Autorių teigimu, ankstyvoji patirtis gali nulemti suaugystėje skirtingai patiriamą atsaką į stresą, t. y., motinų nuolatinis rūpinimasis savo atžalomis gali paskatinti neigiamą grįžtamojo ryšio tinkamą reguliaciją bei sumažinti jautrumą stresui viso gyvenimo perspektyvoje. Minėta tinkama reguliacija ir sumažėjęs jautrumas pasireiškia dėka padidėjusio hipokampo gliukokortikoidų receptorių skaičiaus, veikiamo įvairių neurobiologinių mechanizmų (Hellstrom ir kt., 2012). Šiandien mokslininkai sutaria, kad nors depresijos etiologija nėra visiškai aiški, yra prielaidų manyti, kad tokie veiksniai kaip nepalankūs gyvenimo įvykiai, neigiamas abipusis ryšys su fizine sveikata (pavyzdžiui, kardiovaskulinės ligos ir t. t.) gali paskatinti depresijos atsiradimą (PSO, 2021). Crawford ir Henry (2003), mokslininkai, kurių instrumentu naudojamosi šiame darbe, išskyrė tokius depresijos požymius: disforija, beviltiškumas,

gyvenimo nuvertinimas, savęs nuvertinimas, interesų trūkumas, anhedonija ir inercija. Nors apie depresiją yra žinoma jau daugybę amžių, apibendrinus literatūrą aptarta tema, galima kelti prielaidą, kad depresijos etiologija nėra visapusiškai ištyrinėta; vis dėlto, duomenų šia tema netrūksta – remiantis šiuo metu moksle vyraujančiu biopsichosocialiniu požiūriu, į depresiją vertėtų pažvelgti kompleksiskai, kadangi tai padeda atskleisti jos esmę iš skirtingų mokslinių paradigmu.

#### **1.1.1.5. Nerimas**

Nerimas - antroji negatyvi emocinė būklė, sąlygojanti žmogaus psichikos sveikatą. Tai yra emocija, charakterizuojama susirūpinimu bei su įtampa susijusiais somatiniais simptomais pasireiškiančiais pavojaus, katastrofos ar nesėkmės metu. Nerimo metu organizmas yra mobilizuojamas kovoti su iškilusiu pavojumi; ši mobilizacija pasireiškia padidėjusia raumenų įtampa, padažnėjusiu kvėpavimu bei širdies susitraukimų dažniu. Nors nerimas ir baimė dažnai yra naudojami kaip sinonimiški terminai, jie turėtų būti konceptualiai ir fiziologiškai diferencijuojami. Nerimas yra siejamas su ateities laiku, ateityje laukiančiu pavojumi, nežinios jausmu ir pan., tuo tarpu baimė pasireiškia dabartyje (APA psichologijos žodynas, 2022). Tad, nerimas - tai emocija, kuri pasireiškia įvairiais somatiniais simptomais.

Nerimo tyrinėjimai, kaip ir depresijos, pasižymi ilga istorija. Crocq (2015) teigimu, pirmieji nerimo tyrimai siekia Senovės Graikijos laikus. Vis dėlto, moderniojoje istorijoje nerimas pasižymėjo trimis pirmtakais - panofobija, neurastenija bei nerimo neuroze (*vok.* Angstneurose) (Crocq, 2022). Panofobija gali būti interpretuojama kaip neapibrėžtas, bet nuolatinis nerimas arba siaubas, kurį XIX a. mokslininkai laikė būseną, kurios metu pacientas visko bijo, negeba išlaikyti dėmesio ties vienu objektu bei baiminasi visko, kas jį supa. Panofobija taip pat yra tapatinama su lūkesčio nerimu. Neurastenija, tuo tarpu, yra laikoma vienu iš panofobijos išraiškų. Galiausiai, nerimo neurozė (*vok.* Angstneurose) Freud apibrėžė devyniais simptomais bei teigė, kad ši pasireiškia patyrus seksualinį sužadimą, kurio negalima aktualizuoti santykiavimu. Vėlesni autoriai seksualinio sužadavimo elementą atmetė, tačiau panašiai klasifikuojama simptomatika išliko iki šių dienų (Crocq, 2022). Šiandien mokslininkai nemažai skiria dėmesio ir nerimo poveikiui žmogaus pažintinėms funkcijoms. 2013 metais Robinson ir kolegų atliktas tyrimas atskleidė, kad nerimas gali būti adaptyvus ir neadaptyvūs. Tyrėjų teigimu, nerimas kartais yra reikalingas, jo dėka žmogus geba efektyviau atpažinti ir išvengti pavojaus. Kita vertus, sunkumai gali kilti tuomet, kai nerimas tampa neadaptyvus. Šiuo atveju, nerimas gali neigiamai paveikti požiūrį į svarbius gyvenimo momentus, taip pat gali pasireikšti suprastėjusia dėmesio koncentracija; šie elementai gali sukelti potencialių sunkumų socialiniame

gyvenime bei darbo kontekste (Robinson ir kt., 2013). Kaip atskleidžia pateikiama literatūra minėta tema, svarbu išskirti, kad nerimas yra tyrinėjamas jau ilgą laiką; jo paaiškinimo šaknys slypi psichoanalizėje, tačiau moderniojo mokslo dėka nerimą galima diferencijuoti ir suvokti ne tik kaip trukdantį, tačiau ir išgyventi padedantį veiksnį.

Svarbu paminėti ir tai, kad Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-10-AM) nerimas yra apibrėžiamas “nuolatinio nervingumu, virpuliu, raumenų įtampa, prakaitavimu, galvos svaigimu, širdies plakimu, silpnumu ir diskomfortu epigastriume. Dažnai baiminamasi, kad pats pacientas ar jo artimieji susirgs ar pateks į kokią nors nelaimingą atsitikimą” (TLK-10-AM). Crawford ir Henry (2003), tuo tarpu, nerimo apibrėžimui priskyrė autonominių sužadinių, poveikį griaučių raumenims, situacinį nerimą bei subjektyvų patyrimą arba nerimastingą afektą. Pastarieji autoriai nerimą interpretuoja kaip neigiamą veiksnį žmogaus psichikos ir fizinei sveikatai. Vis dėlto, derėtų nepamiršti, kad nerimą reikėtų vertinti nevienareikšmiškai (Robinson ir kt., 2013), kadangi, ši būseną gali pasireikšti įvairiais psichologiniais ir somatiniais simptomais, t. y., ji apima tiek žmogaus psichikos, tiek fizinės sveikatos esmę.

#### **1.1.1.6. Stresas**

Trečioji negatyvi emocinė būklė - stresas. Ši būklė gali būti apibūdinama kaip fiziologinis arba psichologinis atsakas į vidinius ar išorinius stresorius. Patiriamo streso metu vyksta įvairūs pokyčiai, sąlygojantys beveik kiekvieną organizmo sistemą, t. y., stresas veikia tiek žmogaus elgseną, tiek jausmus. Pavyzdžiui, streso požymiai gali pasireikšti prakaitavimu, jaučiamu širdies plakimu, išdžiūvusia burna, oro stygiumi kvėpuojant, pagreitėjusia kalba, neigiamų emocijų sustiprėjimu, streso sukeltu nuovargiu (APA psichologijos žodynas, 2022). Tad stresas - tai fiziologinis ir psichologinis žmogaus atsakas į įvairius aplinkos pokyčius.

Kitaip nei anksčiau pristatytų bendrojo psichologinio distreso veiksnių, streso tyrinėjimų pradžia laikomi amerikiečių kilmės fiziologo Walter Bradford Cannon eksperimentai. Šie tyrimai apėmė visceralinius prisitaikymo atsakus į skirtingus stimulus, vėliau išplėtotus į kovoti arba bėgti (*angl.* Fight-or-flight) sampratą. (Cannon, 1922). Cannon teigimu, žmogaus organizmo funkcijos, kurių tikslas kurti bei palaikyti kūno energijos atsargas ramybės metu, stresą keliančioje situacijoje veikia visiškai kitaip. Autoriaus manymu, susidūrus su stresu už kūno energijos atsargas ir jų saugojimą atsakingos funkcijos ima mobilizuoti turimą energiją. Ši mobilizacija leidžia kovoti, t. y., gintis arba pabėgti iš potencialiai pavojingos situacijos (Cannon, 1922). Apibendrinus, galima teigti, kad



neoficialiai pirmieji streso tyrinėjimai pradėti Walter Bradford Cannon, t. y., streso tyrinėjimų pradžia galima laikyti jo atradimus kovoti arba bėgti sampratos suformulavime.

Vėliau, tas pats mokslininkas Walter Bradford Cannon suformulavo šiandien plačiai taikomą terminą homeostazė. Remdamasis Claude Bernard vidinio mediumo (*pranc.* Milieu intérieur) idėja, Cannon argumentavo, kad homeostazė yra gebėjimas palaikyti skirtingas fiziologines sistemas dinamiškame pusiausvyje (*angl.* Dynamic equilibrium). Tiek kovoti arba bėgti, tiek homeostazės koncepcija sudarė pagrindą vėlesniam streso tyrinėjimui (Godoy ir kt., 2018). Svarbu paminėti ir tai, kad 1988 metais, mokslininkai Sterling ir Eyer pristatė alostazės (*angl.* Allostasis) mechanizmą, kuris turėjo papildyti originalią Cannon homeostazės sampratą (Godoy ir kt., 2018). Alostazė - tai procesas, padedantis palaikyti homeostatinę pusiausvyrą prisitaikant prie aplinkos pokyčių ir siekiant atitikti suvokiamus bei tikėtinus lūkesčius; t. y., išlaikomas stabilumas vykstant pokyčiams; patologijos atveju pasiekiamas alostatinis perteklius (*angl.* Allostatic overload). Alostatinį perteklių dar galima skirstyti į du tipus: pirmas tipas gali būti suvokiamas kaip situacija, kurioje sutrikdymas viršija organizmo turimus resursus ir iššaukia gynybinį atsaką tuo pat metu slopindamas neesmines gyvybines funkcijas; šis slopinimas taikomas siekiant patirti neatidėliotą išsigelbėjimą iš potencialiai pavojingos situacijos. Antras alostatinio pertekliaus tipas gali būti interpretuojamas kaip situacija, kurioje pasireiškiantis lėtinis stresas sukuria “poslinkį” nuo pradinės homeostatinės būsenos gynybinio atsako nesukeldamas (Krupnik, 2021). Tad, galima teigti, jog, Cannon homeostazės ir kovoti arba bėgti samprata padėjo pamatus vėlesniems streso tyrinėjimams, kurių dėka suformuluota ir alternatyvi streso samprata - alostazė ir alostatinis perteklius.

Vis dėlto, Hans Selye (1950) buvo pirmasis mokslininkas apibūdinęs stresą kaip nespecifinį kūno atsaką į aplinkos keliamus reikalavimus. Remiantis Selye teorija, ūmus stresas gali pasireikšti Bendroju adaptacijos sindromu (*angl.* General Adaptation Syndrome) (APA psichologijos žodynas, 2022). Svarbu paminėti kad, šis terminas pirmą kartą pavartotas 1936-aisiais, tačiau detalesnis aprašymas pateikiamas 1950-ųjų metų straipsnyje “Stresas ir Bendrasis adaptacijos sindromas” (*angl.* Stress and General Adaptation Syndrome). Šiame straipsnyje termino autorius sindromą išskiria į tris etapus:

1. Sužadavimo (*angl.* Alarm);
2. Pasipriešinimo (*angl.* Resistance);
3. Išsekimo (*angl.* Exhaustion).

Hans Selye pasižymėjo savo pasiekimais endokrinologijos srityje, todėl natūralu, kad jo streso interpretacija yra susijusi su fiziologiniais žmogaus organizmo ypatumais, t. y., per įvairių endokrinių sistemų veiklą (Jackson ir kt., 2014). Selye (1950) teigimu, užsitęsusio streso fizinis poveikis gali susilpninti imuninę sistemą, padidinti širdies ir kraujagyslių ligų, diabeto riziką bei pabloginti įvairias lėtines ligas, tarp kurių yra nerimas ir depresija. Apibendrinus pateiktą informaciją, svarbu išskirti, kad nors su streso tyrinėjimų pradžia siejama Cannon pavardė, Hans Selye yra pirmasis mokslininkas panaudojęs streso terminą bei jį išvystęs į Bendrojo adaptacijos sindromo teorijos.

Mokslui vystantis ir tyrimų kiekiui streso srityje daugėjant mokslininkai atrado, kad atsakas į stresą keliantį dirgiklį yra išplėtojamas ir veikiamas streso sistemos. Ši sistema susideda iš plataus spektro galvos smegenų struktūrų, kurios veikdamos kartu geba atpažinti skirtingus įvykius ir interpretuoti juos kaip potencialius arba realius pavojus. Šie pavojai šiandien dar yra vadinami stresoriais (Godoy ir kt., 2018). Šiandien mokslininkai sutinka, kad realaus arba potencialaus pavojaus suvokimas lemia skirtingų medijuojančių molekulių išskyrimą. Abipusis šių molekulių ir atitinkamų receptorių ryšys periferinėje galvos smegenų dalyje veikia kaip atsakas į stresą. Galiausiai, šis atsakas pasireiškia per įvairius fiziologinius ir elgsenos mechanizmus. Atsako į stresą dėka yra atstatoma kūno homeostazė, kuri taip pat moko organizmą prisitaikyti (Godoy ir kt., 2018). Apibendrinus minėtas priežastis šiandien moksle yra orientuojamasi į neurobiologinę streso kilmę bei jos sąsajas su žmogaus elgsena.

Mokslininkų, vis dar besidominčių atsako į stresą, būriui priklauso ir Crawford bei Henry (2003), kurių sukurtu instrumentu bendrajam psichologiniam distresui įvertinti šiame darbe ir bus remiamasi. Autorių teigimu, stresas gali pasireikšti jautrumu nespecifiniam autonominiam sužaditimui ir trukti ilgą laiką. Autorių išskiriami tokie simptomai kaip sunkumai atsipalaiduoti, nervinis sužadinimas, greitas susierzinimas, nekantrumas (Crawford ir Henry, 2003). Tad, galima manyti, kad stresas yra artimai susijęs su fiziologiniais bei elgsenos mechanizmais, homeostazės išbalansavimu.

#### **1. 1. 4. Negatyvios emocinės būklės kaip afekto sutrikimo kontinuumas**

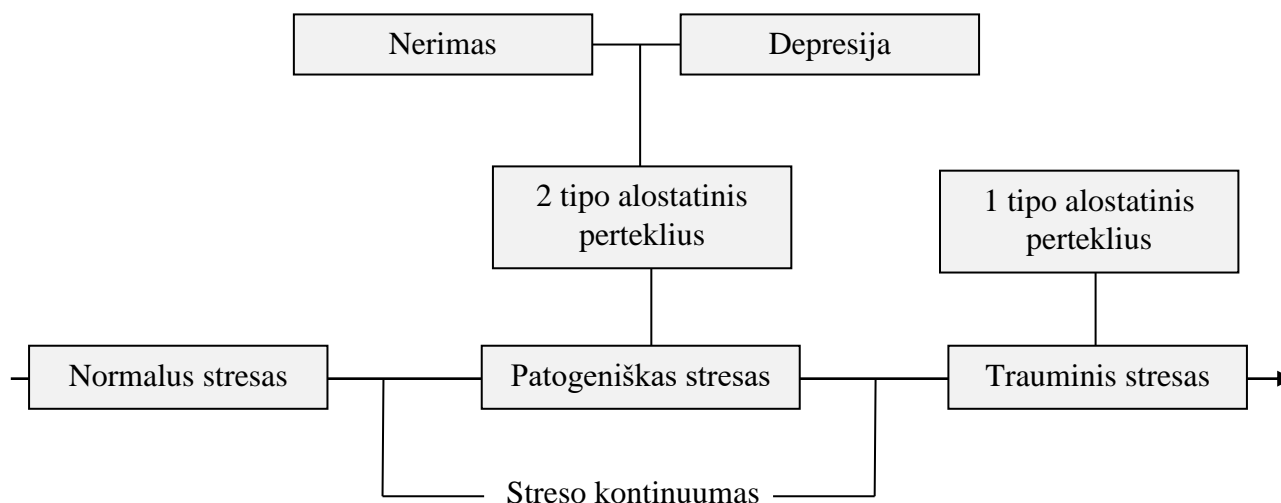
Pastarasis amžius žmogaus sveikatos mokslo srityje pasižymi bendra tendencija - dichotominio požiūrio atsisakymu. Ši tendencija leidžia mokslininkams žvelgti į jau gerai pažįstamus reiškinius kompleksiau ir taip geriau suprasti jų prigimtį. Kaip buvo minėta jau anksčiau, pavyzdžiui, depresija, nerimas ir stresas, nors dažnai diferencijuojamos skirtingos emocinės būklės gali būti apibrėžtos vienijančiu terminu - bendrasis psichologinis distresas (Crawford ir Henry, 2003). Crawford

ir Henry nėra vieninteliai autoriai palaikantys negatyvių emocinių būklių susietumo idėją. Pavyzdžiui, Krupnik (2021) manymu, į depresiją, nerimą bei stresą galima žiūrėti kaip į bendrą afekto sutrikimo kontinuumą. Čia tampa svarbus praeitame skyriuje aptartas alostazės (*angl.* Allostasis) principas. Remiantis iESP modeliu arba integruotu evoliucinio streso atsako nuspėjamumo apdoravimo modeliu (*angl.* Integrative Evolutionary-Stress Response-Predictive Processing Model), streso atsakas gali būti diferencijuojamas nuo normalaus iki trauminio, t. y., išskiriamos trys streso atsako kategorijos (Krupnik, 2021):

1. Normalus atsakas į stresą;
2. Patogeniškas atsakas į stresą;
3. Trauminis atsakas į stresą.

Normalus atsakas į stresą gali būti apibrėžtas kaip atsakas į aplinkos sukeltus nepatogumus, kuriuos patyręs organizmas grįžta į homeostatinę būseną; patogeniškas atsakas - tai antro tipo alostatinio pertekliaus patyrimas bei alostazės sukelta nauja, pakitusi homeostatinė būseną. Šios naujos homeostazės metu gali pasireikšti nerimas ir/ar depresija. Galiausiai, trauminis atsakas į stresą gali būti interpretuojamas kaip organizmo pirmo tipo alostatinio pertekliaus patyrimas, kurio metu kartu pasireiškia savireguliacinių funkcijų sutrikdymas bei perėjimas į būseną, primenančią potrauminį streso sutrikimą (Krupnik, 2021).

**1 pav.** Negatyvių emocinių būklių išsidėstymas pagal Krupnik (2021).



## 1. 1. 5. Sąsajos

Tyrimų, nagrinėjančių gydytojų rezidentų psichikos sveikatą, vis daugėja. Vis dėlto, tokie reiškiniai kaip atjauta sau (angl. *Self-Compassion*) bei jos vaidmuo negatyvių emocinių būklių valdyme (t. y., nerimo, depresijos, patiriamo streso) gydytojų rezidentų populiacijoje nėra tyrinėti. Ankstesni tyrimai įvairiose populiacijose patvirtina atjautos sau teigiamą poveikį nerimo, depresijos bei streso simptomų mažinime (Cândea ir Szentágotai-Tătar, 2018; Chahar Mahali ir kt., 2021; de Souza ir kt., 2020; Egan ir kt., 2021; Raes, 2010; Roemer ir kt., 2009). Įvairių autorių tyrimai atskleidžia neigiamą ryšį tarp atjautos sau ir depresijos, nerimo bei streso. Šios sąsajos leidžia manyti, kad kuo labiau žmonės yra linkę taikyti atjautą sau, tuo mažiau depresijos, nerimo ar streso simptomų jie patiria (Chahar Mahali ir kt., 2021; de Souza ir kt., 2020; Raes, 2010; Roemer ir kt., 2009). Cândea ir Szentágotai-Tătar (2018) atliktas eksperimentas, kuriame tiramiesiems buvo suteikti atjautos sau mokymai, taip pat patvirtino reikšmingą poveikį nerimo mažinimui. Depresijos simptomų paplitimas tarp gydytojų rezidentų skirtingų autorių teigimu varijuoja tarp 19% - 43,2%, nerimo – 16% - 43,6% ir streso – 17,7% - 26% (Marzouk ir kt., 2018; Mata ir kt., 2015; Pasqualucci ir kt., 2019; Singh ir kt., 2019). Tuo tarpu, 2020 metais Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad 45-48 proc. medikų patiria vidutinį arba sunkų stresą, 19 proc. - nerimą, 30-43 proc. - depresiškumą (Norkienė ir kt., 2020). Vis dėlto, reikėtų atsižvelgti į tai, kad pastarasis tyrimas atliktas COVID-19 pandemijos laikotarpiu, kada distreso rodikliai medikų populiacijoje galėjo būti padidėję. Vis dėlto, įvairių tyrimų rezultatai atskleidžia, kad tiek medikų, tiek konkrečiai gydytojų rezidentų populiacijoje su nerimu, depresiškumu ar stresu yra susiduriama dažnai, todėl atkreipti į tai dėmesį yra svarbu.

Svarbu nepamiršti, kad gydytojai rezidentai užima dvejopą poziciją; viena vertus, jie gali atlikti dalį su gydymo praktika susijusių užduočių, taigi, kai kurie veiksniai juos gali veikti taip pat kaip ir kitus sveikatos priežiūros specialistus, kita vertus - gydytojas rezidentas taip pat užima ir studijuojančiojo žmogaus poziciją, t. y., iš dalies gydytojas rezidentas vis dar yra ir medicinos studentas. Atsižvelgus į visa tai tampa natūralu, kad ir psichologiniai veiksniai šią tiriamųjų grupę gali veikti dvejopai.

2020 metais Dev ir kolegų atlikta apklausa atskleidė, kad nors atjauta sau gali reikšmingai sumažinti patiriamus streso simptomus, šis poveikis pasireiškė tik slaugytojų imtyje, tuo tarpu, tiek gydytojams, tiek medicinos studentams atjauta sau neturėjo minėto poveikio. Kita vertus, yra tyrimų patvirtinančių teigiamą atjautos sau poveikį medicinos studentų psichikos sveikatai. 2022 metais Wang

ir Wu atliktas tyrimas patvirtino, kad atjauta sau gali reikšmingai pagerinti gyvenimo kokybę bei sumažinti neadaptyvaus perfekcionizmo polinkį. Autorių teigimu, labiausiai studentų tarpe išsiskyrė nuolankumas sau bei sąmoningumas kaip atskiri atjautos sau veiksniai (Wang ir Wu, 2022). Svarbu suprasti ir tai, kad atjautą sau galima praktikuoti įvairiais būdais, vienas jų - sąmoningumo praktikavimas. Yogeswaran ir El Morr (2021) atliko sisteminę literatūros apžvalgą, kurios tikslas buvo įvertinti, kiek naudingi gali būti nuotoliniai sąmoningumo mokymai medicinos studentams bei jų psichikos sveikatai. Apžvalgos rezultatai atskleidė, kad sąmoningumo užsiėmimai teigiamai sumažino streso pasireiškimą bei pagerino atjautos sau rezultatus. Tokie rezultatai neturėtų pernelyg stebinti - sąmoningumas yra vienas iš pagrindinių atjautos sau dedamųjų elementų. Vis dėlto, autoriai pripažino, kad duomenų apie nerimo ar depresijos simptomų kaitą vis dar trūksta (Yogeswaran ir El Morr, 2021).

Analizuojant gydytojų populiaciją bei jų santykį su atjauta sau ir negatyviomis emocijomis būklėmis, įvairių tyrimų rezultatai pateikia pozityvesnių prielaidų. 2020 metais Conversano ir kolegų atlikta sisteminė literatūros apžvalga atskleidė, kad sąmoningumu grįstos intervencijos gali reikšmingai sumažinti nerimo, streso, depresijos bei padidinti atjautos sau rodiklius tarp gydytojų. Be to, autorių teigimu, atjautos nuovargis (angl. Compassion fatigue) gali pasireikšti dėl sąmoningumo trūkumo, taigi sąmoningumu grįstos intervencijos gali būti naudingos ir su tuo susijusiems iššūkiams (Conversano ir kt., 2020) Kita vertus, kiti autoriai, t. y., Ondrejková ir Halamová (2022) išskiria, kad atjautos nuovargio priežastimi gali būti ir savikritika. Sąsajos tarp aukštų atjautos sau bei žemų nerimo, depresijos ar streso įverčių įvardintos ir vėlesnių tyrimų autorių, neįtrauktų į minėtą sisteminę literatūros apžvalgą (Meng ir kt., 2020).

Apibendrinus, svarbu pabrėžti, kad nagrinėti atjautą sau ir jos sąsajas su negatyviomis emocijomis būklėmis gydytojų rezidentų populiacijoje yra aktualu, kadangi pastarieji susiduria su aukštais nerimo, depresijos bei streso įverčiais; atjauta sau, tuo tarpu, pasižymi šių bendrojo psichologinio distreso mažinimu.

## Darbo tikslas ir uždaviniai

**Tikslas:** nustatyti atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių ypatumus bei sąsajas tarp gydytojų rezidentų.

### **Uždaviniai:**

1. Išsiaiškinti gydytojų rezidentų atjautos sau ypatumus;
2. išnagrinėti negatyvių emocinių būklių ypatumus tarp gydytojų rezidentų;
3. ištirti sąsajas tarp atjautos sau bei negatyvių emocinių būklių gydytojų rezidentų imtyje.

## 2. Metodai

### 2. 1. Tyrimo eiga ir imtis

Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos centro pritarimas, nr. BEC-SP(B)-13 Tyrimas atliktas 2022 metų gruodžio 5 d. - 2023 metų sausio 26 d.

Duomenys surinkti elektroniniu būdu, tyrimo anketa dalinantis su Jaunųjų gydytojų asociacija (JGA). Anketa taip pat platinta Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Vilniaus universiteto gydytojų rezidentų socialinių tinklų grupėse, siunčiant el. paštu.

Tyrimo dalyviai - Lietuvos gydytojai rezidentai. Tyrime dalyvavo visų rezidentūros kryptių - terapinės (75,2 proc.), chirurginės (12,8 proc.) bei diagnostinės (12 proc.) – gydytojai rezidentai. Pasiskirstymas pagal lytį – 105 moterys ir 28 vyrai, tyrimo dalyvių amžius – 24-38 metai. Kadangi rezidentūros programų pasiskirstymas itin platus, remiantis ankstesnių tyrimų patirtimi (Grasreiner ir kt., 2018) nuspręsta programas sugrupuoti pagal 3 pagrindines rezidentūros kryptis – terapinę, chirurginę bei diagnostinę kryptis. Detalesnis tiriamųjų socialinių - demografinių rodiklių aprašymas pateiktas 1 lentelėje.

Internetinio anketavimo metu buvo surinkta 142 užpildytų klausimynų. 8 anketų nuspręsta neįtraukti į statistinę analizę, nes jos nebuvo tinkamai užpildytos. Įvertinti atsako dažnį internetinio anketavimo metu problemiška, nes nėra žinoma, kiek su klausimynu susidūrusių studentų nusprendė jo nepildyti. Tyrimo imtis netikimybinė patogioji.

Remiantis 2021 metų Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis Lietuvoje studijuoja ir dirba 1773 gydytojai rezidentai, iš jų Vilniaus universitete - 834 (47 proc.), kadangi procentinis pasiskirstymas pagal universitetus tyrimo imtyje yra panašus (1 lentelė), galima manyti, kad duomenys yra reprezentatyvūs. Kita reprezentatyvumo indikacija - pasiskirstymas pagal lytį. Nors duomenų apie Lietuvos gydytojų rezidentų pasiskirstymą pagal lytį rasti nepavyko, Higienos institutas pateikia Lietuvos gydytojų pasiskirstymą 2021 metais. Remiantis minėtais duomenimis, 2021 metais Lietuvoje dirbo 9344 (71 proc.) moterys ir 3821 vyras (29 proc.) (Higienos institutas, 2021). Atliktame tyrime pasiskirstymas pagal lytį taip pat panašus (1 lentelė), o tai taip pat sudaro sąlygas manyti, kad duomenys yra reprezentatyvūs. Vis dėlto, statistinių duomenų apie Lietuvos gydytojų rezidentų pasiskirstymą pagal amžių ir rezidentūros kryptį (ar programą) rasti nepavyko, todėl lytis ir universitetas išlieka vieninteliais reprezentatyvumo indikatoriais.

**1 lentelė. Sociodemografiniai rodikliai.**

Charakteristika		Proc.	N
<b>Lytis</b>	Moteris	78,9	105
	Vyras	21,1	28
Viso		100	
<b>Amžius</b>	<26	59,4	79
	≥26	40,6	54
Viso		100	
<b>Universitetas</b>	LSMU	57,1	76
	VU	42,9	57
Viso		100	
<b>Rezidentūros profilis</b>	Terapinis	75,2	100
	Chirurginis	12,8	17
	Diagnostinis	12	16
Viso		100	



## 2. 2. Tyrimo instrumentai

Tyrimas atliktas naudojantis apklausa, kuri buvo sudaryta iš Atjautos sau klausimyno (angl., *Self-Compassion Scale, SCS*), Depresijos, nerimo ir streso klausimyno (angl. *Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-42*) ir socialinių-demografinių duomenų (amžiaus, lyties, universiteto bei rezidentūros programos).

Atjautos sau klausimynas sudarytas iš 26 klausimų ir 6 poskalių - atjautą sau indikuojančių (nuolankumo sau, bendražmogiškumo (angl. *Common Humanity*), sąmoningo dėmesingumo) arba paneigiančių (savikritikos, atsiskyrimo, susitapatinimo (angl. *Over-Identification*) reiškinių. Minėti reiškiniai klausimyne vertinami 5 balų Likerto skale (1 - “beveik niekada”, 5 - “beveik visada”). Bendras atjautos sau balas skaičiuojamas pirmiausiai apverčiant šį reiškinį paneigiančių teiginių (savikritikos, atsiskyrimo, susitapatinimo (angl. *Over-Identification*) įverčius. Vėliau, apskaičiuojamas kiekvienos poskalės vidutinis balas; galiausiai iš kiekvienos poskalės vidutinio balo skaičiuojamas bendras atjautos sau vidutinis balas, t. y., visų 6 poskalių vidutinių balų vidurkis. Remiantis autorės rekomendacijomis, atjauta sau skirstyta į dvi kategorijas – žemą ir aukštą. Ši diferenciacija atlikta remiantis balų pasiskirstymu imtyje, t. y., balai iki 50 procentilio (2,78 balo) interpretuojami kaip žemos atjautos sau ribos, virš (t. y., daugiau nei 2,78 balo) – aukštos. Klausimyno vertimo autorė – Junona Silvija Almonaitienė.

**2 lentelė.** Tyrime analizuoti konstruktai ir naudoti instrumentai.

Konstruktas		Klausimynai			
		Pavadinimas	Teiginių skaičius	Cronbach $\alpha$	Autoriai, metai
Atjauta sau	<b>Atjautą sau indikuojantys reiškiniai</b>	SCS	<b>13</b>	<b>0,90</b>	Neff (2003)
	<i>Bendražmogiškumas</i>		4	0,71	
	<i>Nuolankumas sau</i>		5	0,88	
	<i>Sąmoningas dėmesingumas</i>		4	0,70	
	<b>Atjautą sau paneigiantys reiškiniai</b>		<b>13</b>	<b>0,90</b>	
	<i>Savikritika</i>		5	0,78	
	<i>Izoliacija</i>		4	0,83	
	<i>Susitapatinimas</i>		4	0,68	
Negatyvios emocinės būklės	<b>Depresija</b>	DASS-42	<b>14</b>	<b>0,90</b>	Lovibond ir Lovibond (1995)
	<b>Nerimas</b>		<b>14</b>	<b>0,85</b>	
	<b>Stresas</b>		<b>13</b>	<b>0,85</b>	

### 3 lentelė. Atjautos sau įverčių ribos.

<i>Dimensija</i>	<i>Ribos</i>
<i>Žema atjauta sau</i>	0,00-2,78
<i>Aukšta atjauta sau</i>	2,79-5,00

Depresijos, nerimo ir streso klausimynas sudarytas iš 42 klausimų bei 3 poskalių - visų atspindinčių tiriamą neigiamą emocinę būklę. Konstruktai klausimyne vertinami 4 balų Likerto skale (0 - “beveik niekada”, 1 - “kartais”, 2 - “dažnai”, 3 - “beveik visada”). Negatyvių emocinių būklių įverčiai apskaičiuojami sudedant kiekvienos poskalės balą. Nors autoriai pateikia depresiškumo, nerimo ir streso įverčių ribas, jomis nebuvo remiamasi, kadangi normos nėra adaptuotos Lietuvos populiacijai. Remiantis pirminiais įverčiais, distreso (depresiškumo, nerimo, streso) lygis skirstytas į dvi kategorijas – žemą ir aukštą lygius. Atsižvelgiant į balų pasiskirstymą imtyje, įverčiai iki 50 procentilio, traktuoti kaip apibrėžiantys žemą distreso (depresiškumo, nerimo, streso) lygį, rezultatai viršiję minėtą balų skaičių – aukštą (4 lentelė). Klausimyno vertimo autorė – Rasa Kuodytė-Kazielenė.

### 4 lentelė. Depresiškumo, nerimo ir streso įverčių ribos.

<i>Dimensija</i>	<i>Depresiškumas</i>	<i>Nerimas</i>	<i>Stresas</i>
<i>Normalus / lengvas</i>	0-15	0-16	0-17
<i>Sunkus</i>	16+	17+	18+

## 2. 3. Duomenų analizės metodai

Duomenų analizė atlikta naudojantis IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp. Analizuojant skirtumus tarp amžiaus, lyties bei rezidentūros krypčių grupių, dvimatėje analizėje taikyti neparametriniai kriterijai, kadangi imties pasiskirstymas netenkina Gauso skirstinio sąlygų. Atjautos sau ypatumams tarp lyčių ir amžiaus grupių lyginti taikytas Mann-Whitney U kriterijus, o tarp profilių - Kruskal-Wallis H kriterijus. Depresiškumui, nerimui ir stresui lyginti tarp lyčių ir amžiaus grupių taip pat taikytas Mann-Whitney U, o tarp rezidentūros profilių - Kruskal-Wallis H kriterijai. Ryšiui tarp atjautos sau bei negatyvių emocinių būklių (nerimo, depresijos, streso) tirti taikytas Pearson koreliacijos koeficientas, kadangi pasiskirstymas tenkina Gauso skirstinio sąlygas. Skirtumams tarp atjautą sau indikuojančių (nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą) ir paneigiančių (savikritiką, atsiskyrimą, susitapatinimą) reiškinių apskaičiuoti naudotas Student T kriterijus priklausomoms populiacijoms; skirtumams tarp negatyvių emocinių būklių apskaičiuoti taikytas kartotinių matavimų ANOVA kriterijus. 5 lentelėje pateiktos pagrindinės tyrime nagrinėtų reiškinių charakteristikos.

**5 lentelė.** Pagrindinės tyrime nagrinėtų reiškinių charakteristikos.

Reiškinys	M	SD	Procentiliai					Asimetrija	Ekscesas
			0	25	50	75	100		
<b>Atjauta sau</b>	2,74	0,72	0,00	2,14	2,78	3,33	4,48	0,16	-0,56
1. Savikritika*	2,74	0,86	0,00	2,00	2,60	3,40	4,80	-0,18	0,21
2. Nuolankumas sau	2,68	1,03	0,00	1,80	2,60	3,50	4,80	0,36	-0,85
3. Atsiskyrimas*	2,71	1,07	0,00	1,75	2,50	3,50	5,00	-0,33	-0,78
4. Bendražmogiškumas	2,98	0,86	0,00	2,25	3,00	3,75	4,75	-0,03	-0,91
5. Susitapatinimas*	2,36	0,79	0,00	1,75	2,25	3,00	4,50	-0,44	-0,09
6. Sąmoningas dėmesingumas	2,97	0,77	0,00	2,50	3,00	3,50	4,75	-0,05	-0,41
<b>Depresija</b>	15,72	8,77	0,00	8,00	15,00	23,00	41,00	0,29	-0,64
<b>Nerimas</b>	15,90	7,84	0,00	9,00	16,00	21,00	41,00	0,38	-0,04
<b>Stresas</b>	17,67	8,00	0,00	11,00	17,00	24,50	40,00	0,24	-0,52

\*Charakteristikos pateikiamos apverstais balais.

### 3. Rezultatai

#### 3.1. Atjautos sau ypatumai tarp gydytojų rezidentų

Analizuojant atjautos sau rezultatus pastebima, kad gydytojai rezidentai yra labiau linkę taikyti atjautą sau paneigiančius ( $M = 3,40$ ,  $SD = 0,82$ ) nei indikuojančius ( $M = 2,87$ ,  $SD = 0,79$ ) reiškinius ( $p < 0,001$ ). Nagrinėjant detaliau, galima manyti, kad labiausiai praktikuojamas atjautą sau indikuojantis reiškinys – bendražmogiškumo jausmas ( $M = 2,98$ ,  $SD = 0,86$ ), paneigiantis - susitapatinimas ( $M = 3,64$ ,  $SD = 0,79$ ). Remiantis tyrimo rezultatais taip pat galima teigti, kad gydytojai rezidentai mažiausiai pasižymi nuolankumu sau ( $M = 2,68$ ,  $SD = 1,03$ ) bei savikritika ( $M = 3,26$ ,  $SD = 0,86$ ). Detalesnis atjautos sau reiškinų pasiskirstymas pateikiamas 6 lentelėje.

**6 lentelė.** Atjautą sau indikuojančių ir paneigiančių reiškinų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai.

Reiškinys	$M$ , ( $SD$ )	$p$
<b>Atjautą sau indikuojantys reiškiniai</b>	<b>2,87 (0,79)</b>	$p < 0,001$
1. Nuolankumas sau	2,68 (1,03)	
2. Bendražmogiškumo jausmas	2,98 (0,86)	
3. Sąmoningumas	2,97 (0,77)	
<b>Atjautą sau paneigiantys reiškiniai</b>	<b>3,40 (0,82)</b>	
1. Savikritika	3,26 (0,86)	
2. Atsiskyrimas	3,29 (1,07)	
3. Susitapatinimas	3,64 (0,79)	

Remiantis autorės rekomendacijomis (Neff, 2003), atjauta sau skirstyta į dvi kategorijas – žemą ir aukštą. Ši diferenciacija atlikta remiantis balų pasiskirstymu imtyje, t. y., balai iki 50 procentilio (2,78 balo) interpretuojami kaip žemos atjautos sau ribos, virš (t. y., daugiau nei 2,78 balo) – aukštos. Paskirsčius balų išsidėstymą į dvi grupes ir apskaičiavus procentinį atjautos sau pasiskirstymą imtyje, galima teigti, kad 50,4 proc. ( $n = 67$ ) gydytojų rezidentų pasižymi žema atjauta sau, tuo tarpu, aukšta – 49,6 proc. ( $n = 66$ ) (7 lentelė).

**7 lentelė.** Procentinis atjautos sau pasiskirstymas imtyje.

	Atjauta sau	
	Proc.	$N$
<b>Žema</b>	50,4	67
<b>Aukšta</b>	49,6	66
Viso	100	133

Tiriant skirtumus tarp lyčių pastebėta, kad moterys labiau linkusios praktikuoti žemą atjautą sau, tuo tarpu vyrai – aukštą, tačiau vyrų ir moterų atjautos sau rodikliai statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $p = 0,260$ ); atjautos sau mediana moterų grupėje yra 2,63 (1,40-4,42), o vyrų – 2,83 (1,31-4,48) (8 lentelė).

Panašios tendencijos fiksuojamos ir lyginant atjautą sau indikuojančius bei paneigiančius reiškinius. Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad moterys yra labiau linkusios taikyti atjautą sau paneigiančius veiksnius (savikritika, atsiskyrimas, susitapatinimas) ( $Mdn = 2,77$  (1,50-4,60) nei vyrai ( $Mdn = 2,83$  (1,13-4,53), ir atvirkščiai, vyrai ( $Mdn = 3,08$  (1,57-4,73) yra labiau linkę taikyti atjautą sau indikuojančius (nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą) nei paneigiančius veiksnius lyginant su moterimis,  $Mdn = 3,43$  (1,68-4,77). Vis dėlto, tiek vienu ( $p = 0,406$ ), tiek kitu atveju ( $p = 0,358$ ), statistiškai reikšmingų skirtumų užfiksuoti nepavyko (9 lentelė).

Taigi, apibendrinus rezultatus, galima kelti prielaidą, kad lytis nėra veiksnys, sąlygojantis atjautos sau praktikavimo skirtumus.

**8 lentelė.** *Atjautos sau rodikliai tarp lyčių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	P
Lytis	Moterys	2,63	1,40-4,42	0,260
	Vyrai	2,83	1,31-4,48	

**9 lentelė.** *Atjautos sau indikuojančių ir paneigiančių veiksnių rodikliai tarp lyčių.*

Charakteristikos		Atjautą sau indikuojantys veiksniai		Atjautą sau paneigiantys veiksniai	
		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	Mdn	Minimali - maksimali reikšmė
Lytis	Moterys	2,77	1,50-4,60	3,43	1,68-4,77
	Vyrai	2,83	1,13-4,53	3,08	1,57-4,73
P		0,358		0,406	

Panašią prielaidą galima kelti ir lyginant atjautos sau rezultatus tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\leq 26$  m. ir  $> 26$ ). Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad jaunesni nei 26 metų bei šio amžiaus sulaukę asmenys yra labiau linkę praktikuoti žemą atjautą sau, tuo tarpu vyresni – aukštą, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp minėtų grupių rasti taip pat nepavyko ( $p = 0,545$ ); jaunesnių nei

26 metų (imtinai) amžiaus gydytojų rezidentų mediana buvo 2,64 (1,31-4,48), vyresnių nei 26 metų amžiaus – 2,82 (1,41-4,42) (10 lentelė).

Panašios indikacijos pastebimos ir lyginant skirtumus tarp grupių, t. y., lyginant atjautą sau indikuojančius (nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą) ir paneigiančius (savikritiką, atsiskyrimą, susitapatinimą) veiksniais. Remiantis gautais rezultatais, galima teigti, kad jaunesni nei 26 metų bei šio amžiaus sulaukę asmenys ( $Mdn_I = 3,48$  (1,57-4,70)) yra labiau linkę taikyti atjautą sau paneigiančius veiksniais nei vyresni nei 26 metų amžiaus ( $Mdn_I = 3,33$  (1,77-4,77)) ir atvirkščiai. Nepaisant to, statistiškai reikšmingi skirtumai neužfiksuoti tiek analizuojant atjautą sau indikuojančius ( $p = 0,920$ ), tiek paneigiančius veiksniais ( $p = 0,398$ ). (11 lentelė).

Šie rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad amžius taip pat nėra atjautos sau ypatumus lemiantis veiksnys gydytojų rezidentų populiacijoje.

**10 lentelė.** Atjautos sau rodikliai tarp amžiaus grupių.

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	P
Amžius	≤ 26	2,64	1,31-4,48	0,545
	> 26	2,82	1,41-4,42	

**11 lentelė.** Atjautos sau indikuojančių ir paneigiančių veiksnių rodikliai tarp amžiaus grupių.

Charakteristikos		Atjautą sau indikuojantys veiksniai		Atjautą sau paneigiantys veiksniai	
		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	Mdn	Minimali - maksimali reikšmė
Lytis	≤ 26	2,75	1,13-4,53	3,48	1,57-4,70
	> 26	2,91	1,40-4,60	3,33	1,77-4,77
P		0,920		0,398	

Vis dėlto, analizuojant atjautos sau skirtumus tarp skirtingų rezidentūros kryptių (terapinės, chirurginės ir diagnostinės) rastas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p = 0,015$ ); aukšta atjauta sau pasižymi terapinės krypties atstovai (2,82 (1,31-4,48)), tačiau chirurginės (2,74 (2,27-3,71)) ir diagnostinės (2,06 (1,66-3,22)) kryptių atstovai labiau linkę taikyti žemą atjautą sau (12 lentelė).

Nuoseklios tendencijos fiksuojamos ir lyginant atjautą sau indikuojančius (nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą) bei paneigiančius veiksniais (savikritiką, atsiskyrimą, susitapatinimą) tarp analizuojamų grupių. Remiantis gautais rezultatais galima teigti, kad

labiausiai atjautą sau indikuojančiais veiksniais pasižymi chirurginės rezidentūros krypties atstovai ( $Mdn = 3,02$  (2,27-4,07)), mažiausiai – diagnostinės ( $Mdn = 2,22$  (1,82-3,17)),  $p = 0,002$ . Tuo tarpu, lyginant atjautą sau neigiančius veiksnius, nors statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių užfiksuoti nepavyko ( $p = 0,111$ ), aukščiausiais įverčiais pasižymėjo diagnostinės krypties rezidentai ( $Mdn = 4,10$  (2,38-4,50)), žemiausiais – terapinės ( $Mdn = 3,32$  (1,57-4,77)).

Šie rezultatai sudaro sąlygas manyti, kad rezidentūros kryptis, kurioje dirba bei studijuoja gydytojai rezidentai, gali būti atjautos sau praktikavimo skirtumus nulemianti charakteristika. Aptariant konkrečiau, atjautą sau labiau taikyti yra linę terapinės bei chirurginės krypties atstovai lyginant su diagnostine rezidentūros kryptimi.

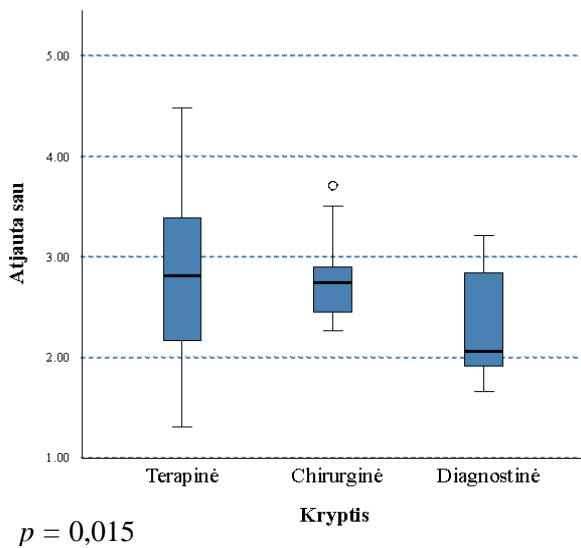
**12 lentelė.** *Atjautos sau rodikliai tarp rezidentūros krypčių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Kryptis	Terapinė	2,82	1,31-4,48	0,015
	Chirurginė	2,74	2,27-3,71	
	Diagnostinė	2,06	1,66-3,22	

**13 lentelė.** *Atjautą sau indikuojančių ir paneigiančių veiksnių rodikliai tarp rezidentūros krypčių.*

Charakteristikos		Atjautą sau indikuojantys veiksniai		Atjautą sau paneigiantys veiksniai	
		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	Mdn	Minimali - maksimali reikšmė
Kryptis	Terapinė	2,86	1,13-4,60	3,32	1,57-4,77
	Chirurginė	3,02	2,27-4,07	3,52	2,32-4,73
	Diagnostinė	2,22	1,82-3,17	4,10	2,38-4,50
<b>P</b>		0,002		0,111	

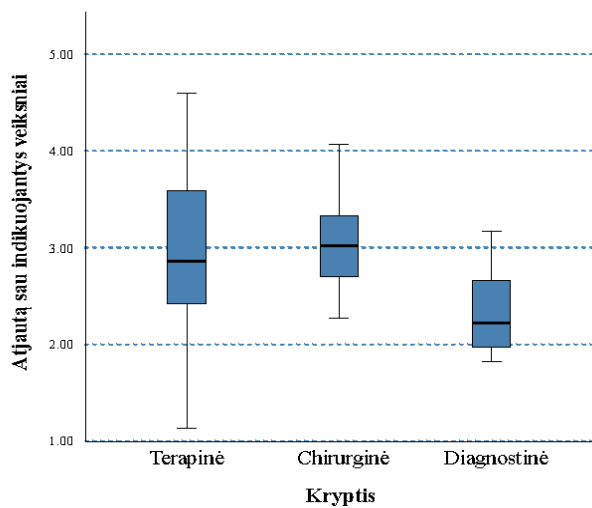
**2 pav.** Atjautos sau rodikliai tarp rezidentūros krypčių.



Apibendrinant rezultatus nusakančius gydytojų rezidentų atjautos sau praktikavimo ypatumus, pastebima, kad statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo užfiksuoti lyginant amžiaus ir lyties grupes. Vis dėlto, pastebima, kad statistiškai reikšmingus skirtumus pavyko užfiksuoti lyginant rezidentūros kryptis. Šie rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad gydytojai rezidentai nepaisant amžiaus ar lyties atjautą sau praktikuoja panašiai, tačiau skirtingų rezidentūros krypčių atstovai šiuo klausimu išsiskiria.

**3 pav.** Atjautą sau indikuojančių veiksnių rodikliai tarp rezidentūros krypčių.





$p = 0,002$

Kaip minėta anksčiau, aukštais atjautos sau rodikliais pasižymėjo terapinės ir chirurginės krypties atstovai. Minėtų krypčių atstovai pasižymėjo ir aukštais atjautą sau indikuojančiais rodikliais abiem atvejais lyginant su diagnostine rezidentūros kryptimi. Vis dėlto, statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo rasti lyginant krypčių atjautą sau paneigiančių veiksnių įverčius.

### 3.2. Negatyvių emocinių būklių rodikliai tarp gydytojų rezidentų

Nagrinėjant negatyvių emocinių būklių (streso, nerimo, depresiškumo) rodiklius tarp gydytojų rezidentų paaiškėjo, kad labiausiai minėta imtis susiduria su stresu,  $M = 17,68$  ( $SD = 8,00$ ), mažiausiai – su depresiškumu,  $M = 15,72$  ( $SD = 8,77$ ),  $p < 0,001$  (14 lentelė).

**14 lentelė.** *Atjautą sau indikuojančių ir paneigiančių reiškinių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai.*

Reiškinys	M (SD)	p
Stresas	17,68 (8,00)	$p < 0,001$
Nerimas	15,90 (7,84)	
Depresiškumas	15,72 (8,77)	

Kaip minėta Metodų (žr. X psl.) dalyje, bendrojo distreso, t. y., depresiškumo, nerimo bei streso, lygis suskirstytas į dvi kategorijas – žemą bei aukštą lygius. Atsižvelgiant į balų pasiskirstymą imtyje, įverčiai iki 50 procentilio, traktuoti kaip apibrėžiantys žemą distreso (depresiškumo, nerimo, streso) lygį, rezultatai viršiję minėtą balų skaičių – aukštą. Atlikus aprašytą balų imtyje diferenciaciją, pastebėta, kad aukšto streso požymius patiria 48,9 proc. ( $n = 65$ ) gydytojų rezidentų, depresiškumo – 47,5 proc. ( $n = 63$ ), nerimo – 47,4 proc. ( $n = 63$ ) (15 lentelė).

**15 lentelė.** *Procentinis nerimo, depresiškumo ir streso pasiskirstymas imtyje.*

	Nerimas		Depresiškumas		Stresas	
	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N
Žemas	52,6	70	52,6	70	51,1	68
Aukštas	47,4	63	47,4	63	48,9	65
Viso	100	133	100	133	100	133

#### 3.2.1. Streso rodikliai

Kaip jau aptarta anksčiau, streso rodikliai tarp gydytojų rezidentų imtyje buvo aukščiausi  $M = 17,68$  ( $SD = 8,00$ ), o analizuojant rezultatus pagal lytį paaiškėjo, kad moterys susiduria su aukšto streso lygiu  $Mdn = 18$  (1-34), vyrai – su žemo,  $Mdn = 15$  (6-40). Vis dėlto, statistškai reikšmingų skirtumų atrasti nepavyko ( $p = 0,709$ ) (16 lentelė).

**16 lentelė.** *Streso rodikliai tarp grupių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Lytis	Moterys	18	1-34	0,709
	Vyrai	15	6-40	

Remiantis gautais rezultatais, galima teigti, kad tiek jaunesni ir jau sulaukę 26 metų gydytojai rezidentai, tiek vyresni nei 26 metų patiria žemo streso lygį;  $\leq 26$  metų amžiaus mediana 17 (1-40),  $> 26$  metų amžiaus mediana 17 (1-39), todėl natūralu, kad lyginant šias grupes statistiškai reikšmingas skirtumas nebuvo rastas,  $p = 0,717$  (17 lentelė).

**17 lentelė.** *Streso rodikliai tarp amžiaus grupių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Amžius	$\leq 26$	17	5-39	0,717
	$> 26$	17	1-40	

Galiausiai, lyginant skirtingas rezidentūros kryptis, paaiškėjo, kad terapinės  $Mdn = 17$  (1-39) ir chirurginės  $Mdn = 14$  (5-40) rezidentūros kryptių gydytojai rezidentai susiduria su žemo streso lygiu, tačiau diagnostinėje srityje  $Mdn = 20$  (9-28) dirbantys bei studijuojantys asmenys susiduria su aukšto streso lygiu. Nepaisant to, analizuojant skirtumus tarp minėtų grupių, statistiškai reikšmingo skirtumo rasti taip pat nepavyko ( $p = 0,081$ ). (18 lentelė).

Šie rezultatai sudaro prielaidą, kad lytis, amžius ar rezidentūros kryptis nėra patiriamą stresą lemiantis veiksnys.

**18 lentelė.** *Streso rodikliai tarp rezidentūros kryptių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Kryptis	Terapinė	17	1-39	0,081
	Chirurginė	14	5-40	
	Diagnostinė	20	9-28	

### 3.2.2. Nerimo rodikliai

Nerimo rodikliai taip pat buvo lyginami tarp grupių (lyties, amžiaus, rezidentūros krypties). Nagrinėjant nerimo rodiklius tarp lyčių užfiksuota, kad moterys susiduria su aukšto nerimo lygiu, vyrai – su žemo; moterų mediana 17 (2-36), vyrų – 14 (4-41) (19 lentelė).

**19 lentelė.** *Nerimo rodikliai tarp lyčių.*

Charakteristikos	Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
------------------	-----	------------------------------	---

<b>Lytis</b>	<i>Moterys</i>	17	2-36	0,683
	<i>Vyrai</i>	14	4-41	

Išanalizavus skirtumus tarp amžiaus grupių paaiškėjo, kad jaunesni nei 26 metų bei tokio amžiaus jau sulaukę asmenys susiduria su aukšto nerimo lygiu, tuo tarpu vyresni nei 26 metų amžiaus gydytojai rezidentai patiria žemo nerimo lygį;  $\leq 26$  metų amžiaus mediana 17 (2-36),  $> 26$  metų amžiaus – 15,5 (3-41),  $p = 0,573$  (20 lentelė).

**20 lentelė.** *Nerimo rodikliai tarp amžiaus grupių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
<b>Amžius</b>	$\leq 26$	17	2-36	0,573
	$> 26$	15,5	3-41	

Lyginant skirtumus tarp rezidentūros krypčių, paaiškėjo, kad terapinės bei chirurginės krypties atstovai susiduria su žemo nerimo lygiu, tuo tarpu diagnostinės – aukšto; terapinės krypties grupės mediana 16 (2-36), chirurginės krypties – 12 (3-41), diagnostinės krypties – 18 (7-26),  $p = 0,397$  (21 lentelė).

**21 lentelė.** *Nerimo rodikliai tarp rezidentūros krypčių.*

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
<b>Kryptis</b>	<i>Terapinė</i>	16	2-36	0,397
	<i>Chirurginė</i>	12	3-41	
	<i>Diagnostinė</i>	18	7-26	

Vis dėlto, nei vienoje iš aptartų grupių, t. y., lyties ( $p = 0,683$ ), amžiaus ( $p = 0,573$ ) ir rezidentūros krypties ( $p = 0,397$ ), statistškai reikšmingų skirtumų tarp rasti nepavyko. Šie rezultatai taip pat leidžia kelti prielaidą, kad tokie veiksniai kaip amžius, lytis ar rezidentūros kryptis nelemia patiriamo nerimo skirtumų.

### 3.2.3. Depresiškumo rodikliai

Analizuoti ir depresiškumo rodiklių skirtumai tarp grupių. Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, tiek moterys, tiek vyrai patiria žemą depresiškumą, taigi, ir skirtumai tarp lyčių statistškai reikšmingai nesiskyrė ( $p = 0,903$ ); moterų mediana 15 (0-35), vyrų – 15 (5-41).

**22 lentelė.** Depresiškumo rodikliai tarp lyčių.

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Lytis	Moterys	15	0-35	0,903
	Vyrai	15	5-41	

Nagrinėjant skirtumus tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\leq 26$  metų ir  $> 26$  metų) paaiškėjo, kad abejuose grupėse tyrimo dalyviai taip pat susiduria su žemu depresiškumu ( $p = 0,671$ );  $\leq 26$  metų amžiaus mediana 15 (0-35),  $> 26$  metų amžiaus – 15 (0-41) (23 lentelė).

**23 lentelė.** Depresiškumo rodikliai tarp amžiaus grupių.

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Amžius	$\leq 26$	15	0-35	0,671
	$> 26$	15	0-41	

Tiriant skirtumus tarp skirtingų rezidentūros kryptių, užfiksuota, kad su aukštu depresiškumu susiduria diagnostinę kryptį atstovaujantys gydytojai rezidentai, tuo tarpu terapinės ir chirurginės kryptių atstovai – žemo. Vis dėlto, statistiškai reikšmingas skirtumas taip pat nebuvo rastas ( $p = 0,343$ ); terapinės krypties gydytojų rezidentų mediana 15 (0-35), chirurginės krypties – 11 (2-41), diagnostinės krypties – 19 (8-29) (24 lentelė).

**24 lentelė.** Depresiškumo rodikliai tarp rezidentūros kryptių.

Charakteristikos		Mdn	Minimali - maksimali reikšmė	p
Kryptis	Terapinė	15	0-35	0,343
	Chirurginė	11	2-41	
	Diagnostinė	19	8-29	

Taigi, apibendrinus rezultatus, apibrėžiančius gydytojų rezidentų negatyvių emocinių būklių ypatumus, pastebima, kad statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo užfiksuoti lyginant amžiaus, lyties ar rezidentūros krypties grupes. Tai leidžia kelti prielaidą, kad gydytojai rezidentai su negatyviomis emocinėmis būklėmis, t. y., nerimu, depresiškumu bei stresu, susiduria panašiai, o minėtos charakteristikos nėra skirtumus lemiantys veiksniai.

### 3.3. Ryšys tarp atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių

Siekiant nustatyti atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių (depresiško, nerimo, streso) sąsajas taikytas Pearson koreliacijos koeficientas, nes, kaip minėta, skirstiniai pasiskirstė pagal normalumo dėsnį.

Nustatyta vidutinio stiprumo atvirkštinės koreliacijos tarp depresiško ir atjautos sau  $r = -0,649$ ,  $p < 0,01$ , nerimo ir atjautos sau  $r = -0,635$ ,  $p < 0,01$  bei streso ir atjautos sau  $r = -0,656$ ,  $p < 0,01$  (25 lentelė).

Lyginant atjautą sau paneigiančius reiškinius, tiek tarp depresiško ( $r = 0,711$ ,  $p < 0,01$ ), tiek tarp nerimo ( $r = 0,721$ ,  $p < 0,01$ ) ir minėtų reiškinių, nustatytos stiprios koreliacijos; tuo tarpu, lyginant stresą bei atjautą sau paneigiančius reiškinius užfiksuota vidutinė koreliacija,  $r = 0,697$ ,  $p < 0,01$ .

Analizuojant rezultatus tarp atjautą indikuojančių reiškinių ir depresiško ( $r = -0,450$ ,  $p < 0,01$ ), nerimo ( $r = -0,413$ ,  $p < 0,01$ ) bei streso ( $r = -0,476$ ,  $p < 0,01$ ), nustatytos vidutinės atvirkštinės koreliacijos.

**25 lentelė.** Koreliacijos tarp atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių.

Reiškiniai		r	p
Atjauta sau	<i>Depresiškas</i>	<b>-0,649</b>	p<0,01
	<i>Nerimas</i>	<b>-0,635</b>	p<0,01
	<i>Stresas</i>	<b>-0,656</b>	p<0,01
Atjautą sau paneigiantys reiškiniai	<i>Depresiškas</i>	0,711	p<0,01
	<i>Nerimas</i>	0,721	p<0,01
	<i>Stresas</i>	0,697	p<0,01
Atjautą sau indikuojantys reiškiniai	<i>Depresiškas</i>	-0,450	p<0,01
	<i>Nerimas</i>	-0,413	p<0,01
	<i>Stresas</i>	-0,476	p<0,01

Šie duomenys leidžia kelti prielaidą, kad egzistuoja ryšys tarp gydytojų rezidentų praktikuojamos atjautos sau (tiek bendros atjautos sau, tiek paneigiančių ir indikuojančių veiksnių) bei jų subjektyviai vertinamų negatyvių emocinių būklių (depresiško, nerimo ir streso), t. y., remiantis gautais rezultatais galima manyti, kad kuo labiau gydytojai rezidentai pasižymi aukštesne atjauta sau, tuo mažiau depresiško, nerimo ar streso jie patiria ir atvirkščiai – mažai praktikuojantys atjautą sau susiduria su labiau išreikštu depresišku, nerimu ir stresu.

## 4. Aptarimas

Kokybiška sveikatos priežiūros sistema šiandienos pasaulyje yra vienas pagrindinių įrankių, padedančių visuomenei visavertiškai funkcionuoti. Vis dėlto, norint užtikrinti kokybę, svarbu rūpintis ne tik pacientų, bet ir gydytojų sveikata. Gydytojai rezidentai yra svarbi sveikatos priežiūros personalo grupė, kuri susiduria su aukštais nerimo, depresiškumo, streso rodikliais (Marzouk ir kt., 2018; Mata ir kt., 2015; Pasqualucci ir kt., 2019; Singh ir kt., 2019), tačiau, vieningo atsakymo šių būklių lengvinimui nėra. Atjauta sau yra pastaruosius du dešimtmečius nemažai dėmesio sulaukiantis reiškinys plačiai tyrinėjamas kaip alternatyvus negatyvių emocinių būklių įveikos įrankis, galintis padėti sumažinti negatyvių emocinių būklių požymius (Chahar Mahali ir kt., 2021; de Souza ir kt., 2020; Raes, 2010; Roemer ir kt., 2009). Atjauta sau yra gebėjimas nukreipti atjautą į save patį, nuolankumas sau sunkiais gyvenimo periodais, gebėjimas išlikti dėmesingu savo pojūčiams bei priimti emociškai sudėtingą patirtį kaip bendražmogišką (Neff, 2022). Šio tyrimo tikslas – nustatyti atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių ypatumus tarp gydytojų rezidentų.

Išsikėlus minėtąjį tikslą, atlikta dvimatė analizė lyginant atjautą sau ir negatyvias emocijas būklės tiriamoje imtyje. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad gydytojai rezidentai yra labiau linkę taikyti atjautą sau paneigiančius (savikritiką, atsiskyrimą, susitapatinimą) nei indikuojančius (nuolankumą sau, bendražmogiškumo jausmą, dėmesingą sąmoningumą) reiškinys; aukšta atjauta sau pasižymi terapinės krypties atstovais, tačiau chirurginės ir diagnostinės krypties atstovai labiau linkę taikyti žemą atjautą sau.

Nagrinėjant negatyvių emocinių būklių rodiklius paaiškėjo, kad gydytojai rezidentai su negatyviomis emocijomis būklėmis, t. y., nerimu, depresiškumu bei stresu, susiduria panašiai, o tokios charakteristikos kaip lytis, amžius ar profilis, nėra skirtumus lemiantys veiksniai. Vis dėlto, diferencijavus aukštus ir žemus negatyvių emocinių būklių rodiklius paaiškėjo, kad aukšto streso simptomus patiria 48,9 proc. gydytojų rezidentų, depresiškumo – 47,5 proc., nerimo – 47,4 proc.

Tyrinėtos ir sąsajos tarp atjautos sau bei negatyvių emocinių būklių. Apskaičiuotos koreliacijos leidžia kelti prielaidą, kad egzistuoja ryšys tarp gydytojų rezidentų praktikuojamos atjautos sau bei jų subjektyviai vertinamų negatyvių emocinių būklių (depresiškumo, nerimo ir streso), t. y., remiantis gautais rezultatais galima manyti, kad kuo labiau gydytojai rezidentai pasižymi aukštesne atjauta sau, tuo mažiau depresiškumo, nerimo ar streso simptomų jie patiria ir atvirkščiai – mažai praktikuojantys atjautą sau susiduria su labiau išreikštais depresiškumo, nerimo ir streso simptomais.

#### 4.1. Tyrimo rezultatų interpretacija

*Atjauta sau.* Kaip buvo minėta jau anksčiau, rezultatai atskleidė, kad tiriamoji sveikatos priežiūros personalo grupė yra labiau linkusi taikyti atjautą sau paneigiančius nei indikuojančius reiškinius, todėl verta panagrinėti, kokios galėtų būti šio reiškinio priežastys. Atjautą sau paneigia savikritika, izoliacijos jausmas bei pernelyg didelis susitapatinimas su patiriamais sunkumais. Taigi, būtent per šiuos reiškinius ir galima interpretuoti polinkį žemai atjautai sau. Kai kurių autorių manymu, savikritika gali būti traktuojama kaip medicinos etikos bei medicinos programų viena iš fundamentalių vertybių (Wolffsohn, 2015). Savikritika ir visiška atsakomybė už pacientų išitraukimą į gydymo procesą yra integruojama į būsimų ir esamų sveikatos priežiūros specialistų vertybinę sistemą, kadangi klaidų minimizavimas yra esminis tiek sveikatos priežiūros sistemos kokybei užtikrinti, tiek reikalingas norint minimizuoti galimas finansines išlaidas (Wolffsohn, 2015). Susitapatinimo reiškinys sveikatos priežiūros personalo kontekste yra gana dichotomiškas. Mahoney ir bendraautorių (2015) teigimu, gydytojai rezidentai dažnai susiduria vidiniu konfliktu tarp buvimo pernelyg susitapatinusių su patiriamais sunkumais arba, atvirkščiai, visiškai atsiriboja. Šis konfliktas yra lemiamas tiek aplinkos (šeimoms, ligoninės personalo ir t. t.), tiek paties žmogaus, ieškančio atitiktens tarp idealizuojamo gydytojo vaidmens ir realybės (Mahoney ir kt., 2015). Kita vertus, profesinės tapatybės formavimasis yra natūralus internalizuotas jaunųjų gydytojų procesas, tačiau ne visada konstruktyvus ir teigiamas (Santivasi ir kt., 2022). Nagrinėjant skirtumus tarp lyčių, verta pradėti nuo to, kad esamame tyrime statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo užfiksuoti analizuojant atjautos sau ypatumus. Svarbu paminėti ir tai, kad remiantis ankstesniais tyrimais, tolygios tendencijos rasti nepavyko, kadangi vienu autorių teigimu vyrai pasižymi aukšta atjauta (Godthelp ir kt., 2020), kitų - žema (Sampath ir kt., 2019) lyginant su moterimis. Vis dėlto, tyrimai bendrojoje populiacijoje pasižymi nuoseklia tendencija, kuria remiantis vyrai yra labiau linkę pasižymėti aukšta atjauta sau nei moterys (Ferrari ir kt., 2022, Yarnell ir kt., 2019; Yarnell ir kt., 2015). Bandant suprasti šį netolygumą, svarbu išskirti, kad gydytojų rezidentų populiacija pasižymi savo kultūrine specifika, dėl kurios gali atsirasti ir atjautos praktikavimo skirtumai, t. y., skirtumai gali slypėti ne tarp lyčių, tačiau būti susiję su vidinės kultūros ypatumais. Žinoma, vertėtų atkreipti dėmesį ir į tai, kad minėtus netolygumus tarp skirtingų tyrimų rezultatų būtų galima interpretuoti ir tuo, kad gydytojų rezidentų imtis nėra homogeniška, t. y., ji susideda iš įvairaus spektro rezidentūros krypčių ir programų.

Bandant suprasti rezidentūros krypčių skirtumus, vertėtų pradėti nuo ankstesniais metais atliktų tyrimų. Kratzke ir bendraautoriai (2023) atliko mišrų tyrimą, kuriame analizavo atjautos sau intervencijų veiksmingumą chirurginės srities rezidentams. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad atjautos sau



programą pritaikyti šiai populiacijai yra sudėtinga dėl jos, kaip teigia autoriai, “chirurginės kultūros” (*angl.* Surgical Culture). Kratzke ir bendraautorių teigimu, atjautos sau praktikavimas reikalauja gebėti atlikti savirefleksiją bei būti pažeidžiamu kitų akivaizdoje. Chirurginės srities rezidentai, tuo tarpu, pasižymi aukštu neurotiškumo lygiu, kuris gali trukdyti minėtoms savybėms pasiekti (Kratzke ir kt., 2023). Chirurginė kultūra - nuostatos, įsitikinimai ir elgsenos ypatumai, kuriais pasižymi bei tarpusavyje dalinasi chirurginės krypties specialistai (BCPSQC, 2023). Vis dėlto, atlikus esamą tyrimą Lietuvos rezidentų imtyje nerimo įverčiai tarp chirurginės srities rezidentų buvo žemiausi lyginant su kitomis sritimis bei siekė žemą nerimo lygį. Šiuos rezultatus galima vertinti dvejopai - rezultatai lyginti tik su vienu tyrimu, todėl vertėtų analizuoti su platesniu tyrimų spektru. Kita vertus, tyrime naudoti instrumentai vertina subjektyvią tiriamųjų savijautą. Itin žemus įverčius būtų galima interpretuoti kaip gynybinį procesą, kuris įvairiose psichoterapijos mokyklose ir yra siejamas su dideliu neurotiškumu (Cherry, 2020). Be to, remiantis ankstesniais tyrimais, pastebima “gynybiškos medicinos” (*angl.* Defensive Medicine) tendencija tarp chirurginės srities specialistų. Gynybiškumas chirurginėje kultūroje, apibūdinamas minėtu terminu, neigiamai atsiliepia ne tik pačių chirurgų gerovei, tačiau ir pacientų sveikatai, todėl ateityje būtų rekomenduojama detaliau tyrinėti su šia sritimi susijusią problematiką (Calikoglu ir Aras, 2020).

Detaliau lyginant rezultatus tarp skirtingų rezidentūros krypčių, paminėta turėtų būti ir tai, kad tyrimų, besigilinančių į atskiras rezidentūros sritis bei jų atstovų psichikos sveikatą, trūksta. Be jokios abejonės, pavienių tyrimų yra, pavyzdžiui, Reed ir bendraautorių (2020) nagrinėta otolaringologijos rezidentų psichikos sveikata bei galimybė sąmoningumo (vienam iš atjautos sau elementų) praktikavimui. Autorių teigimu, sąmoningumo praktikavimas buvo vienintelis iš būdų, reikšmingai mažusių perdegimo simptomus, tačiau galimybės sąmoningumo mokymams pasirodė esančios ribotos. Nors rezultatai lyginami tik su pavieniais tyrimais, iš esamos informacijos galima sudaryti prielaidą, kad skirtingoms kryptims atjauta sau gali būti skirtingai veiksminga. Remiantis esamo tyrimo rezultatais, galima teigti, kad atjauta sau tarp skirtingų rezidentūros krypčių yra praktikuojama nevienodai, nors negatyvių emocinių būklių įverčiai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Šis rezultatų heterogeniškumas sudaro pretekstą detalesniems tyrimams ateityje, nagrinėjantiems ne tik atjautos sau skirtumus tarp rezidentūros krypčių, bet ir veiksmingumą, taip pat ir praktikavimo pritaikymo galimybes.

Galiausiai, kaip minėta anksčiau, skirtumų tarp amžiaus grupių gydytojų rezidentų imtyje rasti nepavyko. Panaši situacija ir su ankstesne literatūra - tyrimų atskleidžiančių amžiaus ir atjautos sau skirtumus įvairiose duomenų bazėse nebuvo rasta. Vis dėlto, tyrimai bendroje populiacijoje atskleidžia,

kad aukšta atjauta jauniems žmonėms gali turėti teigiamą poveikį tiriamųjų subjektyviai vertinamai gerovei (Ko, 2014; Longe ir kt., 2010, Hwang ir kt., 2016).

*Negatyvios emocinės būklės.* Kaip jau buvo minėta anksčiau, globaliniu mastu depresiškumo simptomų paplitimas tarp gydytojų rezidentų skirtingų autorių teigimu varijuoja tarp 19% - 43,2%, nerimo – 16% - 43,6% ir streso – 17,7% - 26% (Marzouk ir kt., 2018; Mata ir kt., 2015; Pasqualucci ir kt., 2019; Singh ir kt., 2019). Tuo tarpu, 2020 metais Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad 30-43 proc. medikų patiria vidutinį arba sunkų depresiškumą, 19 proc. - nerimą, 45-48 proc. stresą (Norkienė ir kt., 2020). Nepaisant to, kad šiame tyrime aukšto bei žemo streso, nerimo ir depresiškumo ribos buvo nustatomos remiantis procentiniu pasiskirstymu imtyje, skaičiai išlieka panašūs. Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad aukšto depresiškumo simptomus patiria 47,5 proc. gydytojų rezidentų, nerimo – 47,4 proc., streso 48,9 proc.

Analizuojant skirtumus tarp rezidentūros kryptių, nepaisant minėtų statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvimo, vertėtų paminėti tai, kad aukštais depresiškumo, nerimo bei streso įverčiais pasižymėjo diagnostinės krypties gydytojai rezidentai, tuo tarpu, terapinės ir chirurginės - žemais. Šis skirtumas gali būti interpretuojamas paties darbo specifika. Pagrindinis skirtumas, kurį galima pastebėti lyginant chirurginės, terapinės ir diagnostinės krypties darbo profilį yra santykis su žmonėmis. Chirurginės, o ypač terapinės krypties darbo specifika pasižymi didesniu santykiu su žmonėmis (bendravimu su pacientais, personalu ir pan.) lyginant su diagnostine kryptimi. Soler-Gonzalez ir bendraautorių (2017) tyrimas, nagrinėjęs žmogiškojo ryšio svarbą sveikatos priežiūroje, atskleidė, kad sveikatos priežiūros specialistai, savo darbe patiriantys daugiausiai vienišumo pasižymėjo žema profesine gerove (*angl.* Occupational Well-being), be to, praktikuojama empatija pasižymėjo mažesne, su darbu susijusio streso, rizika. Svarbu pripažinti, kad egzistuoja ir daugiau tyrimų, patvirtinančių žmogiškojo kontakto psichologinę naudą tiek specialistams, tiek ir jų pacientams (Sun ir kt., 2020; Derksen, Hartman ir Lagro-Janssen, 2020). Diagnostinė kryptis šiame tyrime susidėjo iš radiologijos, laboratorinės, teismo medicinos ir pan., t. y., programų, orientuotų į darbą su duomenimis, tačiau ne pačiais žmonėmis. Galimai mažiau patiriama ir praktikuojama empatija, mažesnis santykis su žmonėmis ir galėjo būti šių, nors ir statistiškai nereikšmingų, skirtumų priežastis. Nemažai apie žmogiškąjį santykį pradėta kalbėti ir COVID-19 pandemijos periodu (Wann, 2022; Buowari, 2022), kada gyvas kontaktas buvo apribotas įvairių apsaugos priemonių bei technologijų.

Atsižvelgiant ir į kitas rezidentūros kryptis, vertėtų paminėti ir tai, kad anksčiau minėtame Kratzke ir bendraautorių (2023) atliktame tyrime taip pat paaiškėjo, kad atjautos sau programa

reikšmingai sumažino rezidentų depresiškumo įverčius, tuo tarpu nerimas sumažėjo nežymiai. Esamo tyrimo rezultatai iš dalies atspindi aprašomas tendencijas, kadangi koreliacija tarp atjautos sau ir depresiškumo buvo nežymiai stipresnė lyginant su koreliacija tarp nerimo ir atjautos sau.

Svarbu paminėti ir tai, kad statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyčių bei amžiaus grupių taip pat nebuvo užfiksuoti. Šį reiškinį galima interpretuoti dvejopai – viena vertus, amžius ir lyties vaidmenys gydymo srityje atlieka ne tokį svarbų vaidmenį, kaip pavyzdžiui, užimamos pareigos ar pozicija. Kita vertus, tyrime dalyvavo palyginti mažas kiekis vyrų bei amžiaus pasiskirstymas nebuvo itin platus, t. y., vyravo jaunesni gydytojai rezidentai.

*Sąsajos tarp atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių.* Atliktas tyrimas patvirtina ankstesnių tyrimų tendenciją, susijusią su atjauta sau ir streso įverčiais. Kaip ir atliktame tyrime, Kemper ir bendraautorių (2019) tyrimo rezultatai atskleidė, kad aukštesnė atjauta sau gali reikšti žemesnius streso įverčius tarp gydytojų rezidentų. Esamas tyrimas iš dalies patvirtina ir kitas skaičiuotų ryšių (atjautos sau ir streso, nerimo, depresiškumo) tendencijas, fiksuotas ankstesniuose tyrimuose. Šios tendencijos ankstesnių metų tyrimuose pastebėtos tiek gydytojų rezidentų, tiek medicinos studentų (Sampath ir kt., 2019), tiek bendrojoje populiacijoje (Chahar Mahali ir kt., 2021; de Souza ir kt., 2020; Raes, 2010; Roemer ir kt., 2009).

Apibendrinus lyginamąją informaciją, svarbu pabrėžti tyrimų trūkumą, keliantį sunkumus objektyviau įvertinti turimus rezultatus. Vis dėlto, vertėtų pabrėžti atjautos sau ypatumus skirtingose imtyse bei šių ypatumų sąsajas su negatyviomis emocinėmis būklėmis.

#### 4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai

*Privalumai.* Vienas iš tyrimo privalumų - pasirinkta tikslinė grupė. Nors globaliniu mastu tyrimų, analizuojančių gydytojų rezidentų sveikatą daugėja, Lietuvoje jų vis dar trūksta. Norint palyginti negatyvių emocinių būklių bei atjautos sau rezultatus su kitais autoriais, kyla tam tikrų iššūkių, kadangi tyrimai skirti sveikatos priežiūros darbuotojų emocinei būklei įvertinti atlikti Lietuvoje dažniausiai apima arba visus sveikatos priežiūros darbuotojus, arba išskiria gydytojus ir slaugytojus, tačiau apie gydytojus rezidentus, kaip atskirą populiaciją, informacijos trūksta. Šis informacijos trūkumas nustebino, kadangi tyrimų patvirtinančių atjautos sau naudą tik daugėja, tačiau panašu, kad Lietuvoje šis reiškinys vis dar nesulaukia pakankamai dėmesio. Taigi, tyrimas ne tik pasižymi pasirinkta tiksline grupe, tačiau ir papildoma mokslinę literatūrą Lietuvoje mažai kalbama tema.

*Ribotumai.* Atliktas tyrimas pasižymi ir ribotumais. Galima būtų pradėti nuo to, kad tyrime matuoti nerimo, depresiškumo bei streso požymiai yra subjektyviai vertinami pačių tyrimo dalyvių netaikant objektyvių parametrų (pvz., streso matavimo atveju eksperimentų metu stebimi odos varžos ar ŠSD pokyčiai).

Kitas išskiriamas ribotumas - maža imtis. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2021 metais Lietuvoje dirbo ir studijavo 1773 gydytojai rezidentai, tačiau apklausti pavyko 142 (9 anketų buvo nuspręsta neįtraukti į duomenų analizę, kadangi jos nebuvo tinkamai užpildytos). Nors, remiantis (žr. Metodai) pateiktomis reprezentatyvumo indikacijomis galima manyti, kad imtis iš dalies yra reprezentatyvi, vis dėlto, siekiant užtikrinti duomenų patikimumą vertėtų surinkti didesnę respondentų kiekį.

Kaip ribotumą galima būtų išskirti ir mažą socialinių-demografinių duomenų apimtį. Ankstesnių autorių atlikti tyrimai atskleidžia, kad gydytojų rezidentų psichikos sveikatą bei pasitenkinimą darbu lemia tokie veiksniai kaip savaitinis darbo valandų, naktinių pamainų per mėnesį skaičius, galimybės pailsėti dieną (Marzouk ir kt., 2018), todėl kituose tyrimuose būtų vertinga įtraukti ir šiuos kintamuosius.

Galiausiai, buvo taikyta internetinė apklausa, o ne gyvas anketavimas. Nors toks būdas esamai imčiai turi ir privalumų (gydytojai rezidentai yra grupė susidurianti su dideliu krūviu, darbo intensyvumu ir ilgomis valandomis darbe, todėl atlikti tyrimą būtų buvę neparanku tiek dalyviams, tiek tyrėjai), vis dėlto, atliekant apklausas internetu tenka įvertinti ir nesąžiningo anketos pildymo tikimybę.

## 5. Išvados

1. Išanalizavus atjautos sau ypatumus tarp gydytojų rezidentų galima teigti, kad gydytojai rezidentai yra labiau linkę taikyti atjautą sau paneigiančius nei indikuojančius reiškinius;
2. Aukšta atjauta sau pasižymi terapinės krypties atstovai, tačiau chirurginės ir diagnostinės kryptių atstovai labiau linkę taikyti žemą atjautą sau;
3. Išnagrinėjus negatyvių emocinių būklių charakteristikas galima teigti, kad gydytojai rezidentai susiduria su panašiais nerimo, depresiškumo ir streso lygiais.
4. Ištyrus sąsajas tarp atjautos sau ir negatyvių emocinių būklių tarp gydytojų rezidentų svarbu paminėti, kad buvo rastos statistiškai reikšmingos stiprios atvirkštinės koreliacijos tarp atjautos sau ir nerimo, depresiškumo bei streso.

## 6. Literatūros sąrašas

1. Albert, P. R., Benkelfat, C., & Descaries, L. (2012). The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms. *Philosophical Transactions of the royal society B: Biological Sciences*, 367(1601), 2378-2381.
2. Anālayo, B., & Dhammadinnā, B. (2021). From compassion to self-compassion: A text-historical perspective. *Mindfulness*, 12(6), 1350-1360.
3. APA psichologijos žodynas. (2022). Žiūrėta internete 2022-12-04: <https://dictionary.apa.org/>
4. BC Patient Safety and Quality Council. (2023). Žiūrėta internete 2022-03-20: <https://bcpsqc.ca/improve-care/surgery/improve-surgical-culture/>
5. Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
6. Beck, A. T., Grant, P., Inverso, E., Brinen, A. P., & Perivoliotis, D. (2020). *Recovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions*. Guilford Publications.
7. Buowari, D. Y. (2022). The Well-Being of Doctors during the COVID-19 Pandemic. *Health Promotion*.
8. Calikoglu, E. O., & Aras, A. (2020). 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of forensic and legal medicine*, 73, 101970.
9. Căndea, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The impact of self-compassion on shame-proneness in social anxiety. *Mindfulness*, 9(6), 1816-1824.
10. Cannon, W. B. (1922). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton.
11. Chahar Mahali, S., Beshai, S., & Wolfe, W. L. (2021). The associations of dispositional mindfulness, self-compassion, and reappraisal with symptoms of depression and anxiety among a sample of Indigenous students in Canada. *Journal of American College Health*, 69(8), 872-880.
12. Chen, X., Chen, N. X., Shen, Y. Q., Li, H. X., Li, L., Lu, B., ... & Yan, C. G. (2020). The subsystem mechanism of default mode network underlying rumination: A reproducible neuroimaging study. *Neuroimage*, 221, 117185.
13. Cherry, K. (2020). 20 Common Defense Mechanisms Used for Anxiety. Verrywellmind, [www.verrywellmind.com/defense-mechanisms-2795960](http://www.verrywellmind.com/defense-mechanisms-2795960).
14. Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in psychology*, 11, 1683.
15. Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 42(2), 111-131.
16. Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
17. Crocq, M. A. (2022). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*.
18. De Sousa, A. (2011). Freudian theory and consciousness: A conceptual analysis. *Mens sana monographs*, 9(1), 210.
19. de Souza, L. K., Policarpo, D., & Hutz, C. S. (2020). Self-compassion and symptoms of stress, anxiety, and depression. *Trends in Psychology*, 28(1), 85-98.
20. Derksen, F. A., Hartman, T. O., & Lagro-Janssen, T. (2020). The human encounter, attention, and equality: the value of doctor–patient contact. *British Journal of General Practice*, 70(694), 254-255.

21. Dev, V., Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2020). Self-compassion as a stress moderator: a cross-sectional study of 1700 doctors, nurses, and medical students. *Mindfulness*, 11, 1170-1181.
22. Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., ... & Finlay-Jones, A. (2021). A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-19.
23. Ferrari, M., Beath, A., Einstein, D. A., Yap, K., & Hunt, C. (2022). Gender differences in self-compassion: a latent profile analysis of compassionate and uncompassionate self-relating in a large adolescent sample. *Current Psychology*, 1-16.
24. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408.
25. Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 127.
26. Godthelp, J., Muntinga, M., Niessen, T., Leguit, P., & Abma, T. (2020). Self-care of Caregivers: Self-Compassion in a Population of Dutch Medical Students and Residents. *MedEdPublish*, 9.
27. Grasreiner, D., Dahmen, U., & Settmacher, U. (2018). Specialty preferences and influencing factors: a repeated cross-sectional survey of first-to sixth-year medical students in Jena, Germany. *BMC medical education*, 18, 1-11.
28. Hellstrom, I. C., Dhir, S. K., Diorio, J. C., & Meaney, M. J. (2012). Maternal licking regulates hippocampal glucocorticoid receptor transcription through a thyroid hormone-serotonin-NGFI-A signalling cascade. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1601), 2495-2510.
29. Higienos institutas. (2021). Gydytojų skaičius. Žiūrėta internete 2023-02-01: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R130#/>
30. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2021). Lietuvos sveikatos statistika. Žiūrėta internete 2023-02-01: <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=40660>
31. Hwang, S., Kim, G., Yang, J. W., & Yang, E. (2016). The moderating effects of age on the relationships of self-compassion, self-esteem, and mental health. *Japanese Psychological Research*, 58(2), 194-205.
32. Yarnell, L. M., Neff, K. D., Davidson, O. A., & Mullarkey, M. (2019). Gender differences in self-compassion: Examining the role of gender role orientation. *Mindfulness*, 10, 1136-1152.
33. Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and identity*, 14(5), 499-520.
34. Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
35. Yogeswaran, V., & El Morr, C. (2021). Effectiveness of online mindfulness interventions on medical students' mental health: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1), 1-12.
36. Jackson, M., Ramsden, E., & Cantor, D. (2014). Evaluating the role of Hans Selye in the modern history of stress. *Stress, shock, and adaptation in the twentieth century*.
37. Kemper, K. J., McClafferty, H., Wilson, P. M., Serwint, J. R., Batra, M., Mahan, J. D., ... & Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. (2019). Do mindfulness and self-compassion predict burnout in pediatric residents?. *Academic Medicine*, 94(6), 876-884.
38. Ko, E. J. (2014). Analysis on the emotional effect of self-compassion and self-esteem in the occurrence of negative life events. Unpublished doctoral dissertation). Korea University, Seoul, Korea.

39. Kratzke, I. M., Barnhill, J. L., Putnam, K. T., Rao, S., Meyers, M. O., Meltzer-Brody, S., ... & Bluth, K. (2023). Self-compassion training to improve well-being for surgical residents. *EXPLORE*, 19(1), 78-83.
40. Krupnik, V. (2021). Depression as a failed anxiety: the continuum of precision-weighting dysregulation in affective disorders. *Frontiers in Psychology*, 3054.
41. Levickaitė, K. (2022). Serotonino iššūkis psichikos sveikatai. Mano teisės. Žiūrėta internete 2022-12-20: <https://manoteises.lt/straipsnis/serotonino-issukis-psichikos-sveikatai/>.
42. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. (2014). Rezidentūros studijų reglamentas. Žiūrėta internete 2023-01-01:
43. Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
44. Lovibond, S.H. & Lovibond, P.f. (1995). *Manual for the Depression anxiety Stress Scales*. (2nd Ed) Sydney: Psychology Foundation.
45. Mahoney, D., Brock, C., Diaz, V., Freedy, J., Thiedke, C., Johnson, A., & Mallin, K. (2013). Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 45(4), 401-411.
46. Marzouk, M., Ouanes-Besbes, L., Ouanes, I., Hammouda, Z., Dachraoui, F., & Abroug, F. (2018). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 8(7), e020655.
47. Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 314(22), 2373-2383.
48. Meng, R., Luo, X., Du, S., Luo, Y., Liu, D., Chen, J., ... & Yu, C. (2020). The mediating role of perceived stress in associations between self-compassion and anxiety and depression: further evidence from Chinese medical workers. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2729-2741.
49. Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular psychiatry*, 1-14.
50. Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 49-52.
51. Neff, K. D. (2022). Self-Compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74.
52. Norkienė, I., Kvedaraitė, M., Geleželytė, O., Dumarkaitė, A., Trusauskaitė-Kunevičienė, I., Daniūnaitė, I., & Kazlauskas, E. (2020). Medicinos personalo psichikos sveikata pandemijos metu. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 1(12 (288)), 28-32.
53. Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health & social care in the community*, 30(5), 1680-1694.
54. Pasaulio sveikatos organizacija. (2021). Depression. Fact Sheets. Žiūrėta internete 2022-12-20: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
55. Pasqualucci, P. L., Damaso, L. L. M., Danila, A. H., Fatori, D., Lotufo Neto, F., & Koch, V. H. K. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC medical education*, 19(1), 1-5.
56. Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.
57. Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. K. (2013). Depression and anxiety in Babylon. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 478-481.



58. Robinson, O. J., Vytal, K., Cornwell, B. R., & Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 203.
59. Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.
60. Sampath, H., Das, D., Soohinda, G., & Dutta, S. (2019). Is Excessive Self-Criticism and Inadequate Self-Compassion Hurting the Well-Being of Future Doctors?. *Depression*, 5, 4-30.
61. Santivasi, W. L., Nordhues, H. C., Hafferty, F. W., Vaa Stelling, B. E., Ratelle, J. T., Beckman, T. J., & Sawatsky, A. P. (2022). Reframing professional identity through navigating tensions during residency: A qualitative study. *Perspectives on Medical Education*, 11(2), 93-100.
62. Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383.
63. Singh, A., Arora, M., Sharma, V., & Kotwal, A. (2019). Stress: Prevalence and correlates among residents of a suburban area. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(1), 98.
64. Soler-Gonzalez, J., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Human connections and their roles in the occupational well-being of healthcare professionals: a study on loneliness and empathy. *Frontiers in psychology*, 8, 1475.
65. Staats, A. W., & Eifert, G. H. (1990). The paradigmatic behaviorism theory of emotions: Basis for unification. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 539-566.
66. Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15-27.
67. Sun, J., Sun, R., Jiang, Y., Chen, X., Li, Z., Ma, Z., ... & Zhang, L. (2020). The relationship between psychological health and social support: Evidence from physicians in China. *Plos one*, 15(1), e0228152.
68. Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
69. Tarptautinė ligų klasifikacija, 10-as leidimas, Australiška modifikacija (TLK-10-AM). Žiūrėta internete 2022-12-20: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
70. Vilniaus Universitetas. (2015). Rezidentūros studijų reglamentas. Žiūrėta internete 2023-01-01:
71. Vitale, E. M., & Smith, A. S. (2022). Neurobiology of Loneliness, Isolation, and Loss: Integrating Human and Animal Perspectives. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 85.
72. Wang, Q., & Wu, H. (2022). The mediating role of self-compassion and its components in the relationship between maladaptive perfectionism and life satisfaction among Chinese medical students. *Current Psychology*, 1-13.
73. Wann, L. S. (2022). The Traditional Stethoscope May Be Obsolete but the Need for Human Connection Is Not. *The American Journal of Cardiology*.
74. Wolffsohn, M. (2015). Self-criticism of physicians, patient participation and risk competence. *GMS German Medical Science*, 13.