

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Arminas Augulis

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčiai taikant kognityvine elgesio
terapija paremtą internetinę intervenciją**

Darbo vadovė: doc. dr. Paulina Želvienė
Darbo konsultantė: dokt. Austėja Dumarkaitė

Vilnius 2023

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS.....	6
1.1. Psichikos sveikatos samprata.....	6
1.2. Medicinos personalo psichikos sveikata.....	8
1.3. KET paremtos internetinės intervencijos	12
1.4. Tyrimo aktualumas, tikslas ir uždaviniai.....	15
2. METODIKA.....	17
2.1. Tyrimo eiga.....	17
2.1.1. FOREST intervencija	17
2.1.2. Magistro darbo tyrimas.....	19
2.2. Tyrimo instrumentai	20
2.3. Tyrimo dalyviai	23
2.4. Duomenų analizės metodai.....	25
3. REZULTATAI	27
3.1. Tyrimo dalyvių stresoriai.....	27
3.2. Tyrimo dalyvių psichikos sveikatos sąsajos su jų amžiumi, darbo stažu, darbo krūviu ir mintimis apie karjeros pokyčius	30
3.3. Tyrimo dalyvių psichikos sveikatos pokyčiai taikant internetinę intervenciją.....	33
3.4. Tyrimo dalyvių stresorių ir psichikos sveikatos pokyčių taikant internetinę intervenciją sąsajos	36
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	38
4.1. Medicinos personalo stresoriai	38
4.2. Medicinos personalo psichikos sveikatos sąsajos	39
4.3. Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčiai taikant KET paremtą internetinę intervenciją	40
4.4. Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčių taikant KET paremtą internetinę intervenciją ir patiriamų stresorių sąsajos	42
4.5. Tyrimo ribotumai.....	43
IŠVADOS.....	45
LITERATŪRA	46

SANTRAUKA

Augulis, A. (2023). *Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčiai taikant kognityvine elgesio terapija paremtą internetinę intervenciją*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 52

Medicinos personalas dėl darbo specifikos ir pasaulinių sveikatos krizių kaip COVID-19 pandemija susiduria su dideliais psichologiniais sunkumais. Dėl laiko stokos ir tarp medicinos personalo paplitusios stigmos gauti psichologinę pagalbą medicinos darbuotojams gali būti sudėtinga. Internetu teikiamos kognityvine elgesio terapija (KET) paremtos intervencijos gali būti lanksti psichologinės pagalbos priemonė, leidžianti medicinos personalui įveikti psichologinius sunkumus, o tai patvirtinančių tyrimų dar maža. Šio darbo tikslas – nustatyti stresą patiriančio medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčius taikant kognityvine elgesio terapija paremtą internetinę intervenciją. Tyrime dalyvavo 26 medicinos personalo darbuotojai (24 moterys; $M (SD) = 39,88 (13,42)$). Tyrimo dalyviai užsiregistravo ir šešias savaites naudojo internetinę KET paremtą intervenciją FOREST. Tyrimo dalyvių įvertinimas atliktas prieš pradedant naudotis intervencija ir iš karto po jos. Naudota sociodemografinių duomenų anketa, Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalė-8 (ADNM-8) nustatyti stresoriams, Suvokto streso skalė-10 (PSS-10) įvertinti suvoktam stresui, Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) įvertinti depresiškumui, Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7 (GAD-7) įvertinti nerimui ir Pasaulio sveikatos organizacijos-5 gerovės indeksas (WHO-5) įvertinti psichologinei gerovei. Nustatyta, kad 80,77 proc. medicinos darbuotojų patyrė didelių sunkumų dėl darbo kiekio, o 65,39 proc. susidūrė su konfliktais šeimoje. Vyresni medicinos darbuotojai susidūrė su mažiau psichologinių sunkumų bei išgyveno aukštesnę psichologinę gerovę, tačiau nenustatyta psichikos sveikatos sąsajų su darbo stažu, krūviu ir mintimis apie karjeros pokyčius. Tyrimas parodė, kad po naudojimosi KET paremta internetine intervencija sumažėjo medicinos darbuotojų suvoktas stresas, depresiškumas, nerimas, tačiau nenustatyta reikšmingų psichologinės gerovės pokyčių. Psichikos sveikatos pokyčiai nebuvo susiję su susidūrimu su paciento mirtimi.

Raktiniai žodžiai: medicinos personalas; internetinė intervencija; kognityvinė elgesio terapija; psichikos sveikata.

SUMMARY

Augulis, A. (2023). *Effects of cognitive behavioral therapy-based internet intervention on mental health among medical personnel*. Master's thesis. Vilnius: Vilnius university, p. 52

Due to the nature of their work and global health crises such as the COVID-19 pandemic, medical personnel often face severe psychological difficulties. Due to time constraints and the prevailing stigma among medical professionals, obtaining psychological support can be challenging for them. Cognitive behavioral therapy-based internet interventions can offer flexible means of psychological assistance for healthcare workers, although research in this area is still limited. The aim of this study is to identify changes in the mental health of stressed medical personnel using an cognitive behavioral therapy-based internet intervention. The participants were 26 medical workers (24 females; $M (SD) = 39.88 (13.42)$). Participants registered and were participating in the internet-based CBT intervention, called FOREST, for six weeks. Participants were assessed before and immediately after the intervention. Among used questionnaires were sociodemographic data questionnaire, Adjustment Disorder New Module-8 (ADNM-8) to identify stressors, Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) to assess perceived stress, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to assess depression, Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) to assess anxiety and the World Health Organisation-5 Well-Being Index (WHO-5) to assess psychological well-being. It was found that 80.77% of the medical personnel had experienced severe difficulties due to amount of work, and 65.39% had experienced conflicts in the family. Older medical workers experienced less psychological difficulties and had higher psychological well-being but there was no association of mental health with seniority, workload and thoughts about career change. Finally, it was found that perceived stress, depression and anxiety among medical personnel decreased after using CBT-based internet intervention, but no significant changes in psychological well-being were found. Changes in mental health were not associated with patient death experience.

Keywords: medical personnel; internet intervention; cognitive behavioral therapy; mental health.

PRATARMĖ

COVID-19 pandemija sukėlė pokyčių ne tik kasdieniame visuomenės funkcionavime, tačiau paskatino pasikeitimus ir psichologinės pagalbos teikime. Nors kompiuterinių technologijų panaudojimas teikiant psichologinę pagalbą imtas tyrinėti jau prieš ketvirtį amžiaus, pandemija paskatino vis didėjančio masto šiuolaikinių technologijų taikymą siekiant teikti psichologinę pagalbą įvairioms – tiek klinikinėms, tiek ne klinikinėms – imtims (Aminoff et al., 2021; Andersson et al., 2016; Marks et al., 1998). Atitinkamai daugybei interneto panaudojimo galimybių, psichologinės pagalbos teikimas internetu taip pat yra įgavęs daug skirtingų formų. Pavyzdžiui, tai gali būti nuotoliniu vaizdo skambučiu vykstančios konsultacijos (Demiris et al., 2011); su psichologo pagalba naudojamos mobiliosios programėlės (Graham et al., 2020); savarankiškai naudojamos mobiliosios programėlės (Arean et al., 2016); netgi kompiuterizuoti „psichoterapeutai“, bendraujantys pagal iš anksto suformuotus algoritmus (Martínez-Miranda et al., 2019). Dažniausiai dėl plačių perkėlimo į internetinę erdvę galimybių skaitmenizuojama yra kognityvinė elgesio terapija (toliau – KET), ja paremtos internetinės intervencijos yra sugeneravusios daugiausia veiksmingumo tyrimų (Andersson et al., 2019). Kai kurių autorių nuomone, COVID-19 pandemija pabrėžė būtinybę internetu teikiama psichologinę pagalbą, kaip internetinė KET, integruoti į psichologinės pagalbos teikimo sistemą (Wind et al., 2020). Taigi, išmaniųjų technologijų vystymasis bei pasaulį užklupusi pandemija nulėmė internetu teikiamos psichologinės pagalbos spartų vystymąsi ir vis platesnį pritaikymą.

Pandemijos metu itin svarbus vaidmuo teko sveikatos priežiūros specialistams. Siekiant suvaldyti ir įveikti pandemiją reikėjo ne tik užtikrinti pacientų gydymą, tačiau ir aprūpinti medicinos personalą ribotomis asmeninės apsaugos priemonėmis, ilginti darbo valandas, perorganizuoti ligoninių struktūrą, investuoti į visuomenės švietimą saugaus elgesio ir vakcinų temomis (Claponea et al., 2022). Maža to, medicinos darbuotojams dėl savo darbo specifikos tenka susidurti su sunkiomis pacientų ligomis ir mirtimis, nerealiais pacientų lūkesčiais, pamaininiu / naktiniu darbu (Giga et al., 2018). Nors COVID-19 pandemija jau kurį laiką silpnėja, jos metu aiškiai pasimatė, kokį didžiulį fizinį ir psichologinį krūvį tenka patirti medicinos personalui. Tuo pačiu paaiškėjo, kad didėjant darbo krūviui ir neapibrėžtumui daugėja ir rizikų sveikatos priežiūros darbuotojų psichikos sveikatai, auga perdegimo rizika, o tai kelia pavojų visai sveikatos apsaugos sistemai (Claponea et al., 2022). Taigi, dėl buvimo pandemijos priešakinėse linijose ir paties darbo pobūdžio medicinos personalui kilo aibė iššūkių, galinčių neigiamai paveikti jų psichikos sveikatą.

KET paremtos internetinės intervencijos tokiame kontekste gali būti pritaikyta kaip lanksti ir veiksminga psichologinės pagalbos priemonė siekiant gerinti medicinos personalo psichikos sveikatą. Siekiant tai patikrinti, būtina atlikti mokslinius tyrimus, kurie padėtų nustatyti KET paremtų internetinių intervencijų veiksmingumą.

1. ĮVADAS

1.1. Psichikos sveikatos samprata

Psichikos sveikata ir jos komponentai. Ilgą laiką mokslinėje literatūroje psichikos sveikatos samprata buvo paremta vienmačiu suvokimu – socialinių, emocinių, psichologinių ar elgesio problemų nebuvimu (Payton, 2009). Šiuolaikinė psichikos sveikatos samprata yra kiek kitokia. Anot Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (angl. *World Health Organization (WHO)*), psichikos sveikata yra „gerovės būseną, kai individas gali realizuoti savo potencialą, susitvarkyti su kasdieniu gyvenimo stresu, dirbti produktyviai ir turėti įnašą savo bendruomenei“ (World Health Organisation, 2013, p. 9). Toks psichikos sveikatos apibrėžimas yra daugialypis – psichikos sveikata apima ne tik psichopatologijos nebuvimą, tačiau ir pozityvų funkcionavimą, klestėjimą, kasdienę gyvenimo aplinką ir jos sąveiką su žmogumi (Arslan & Allen, 2022; Keyes, 2005). Tuo pačiu Keyes (2005) pabrėžia, kad psichopatologija ir pozityvus funkcionavimas neturėtų būti suvokiami kaip dvipolis matmuo, kur psichikos sutrikimas yra viename polio gale, o pozityvus funkcionavimas kitame. Autorius savo tyrimais pademonstravo, jog pozityvus funkcionavimas ir psichikos sutrikimas yra susiję, tačiau atskirus faktorius sudarantys konstruktai (Keyes, 2005). Taigi, norint suprasti individo psichikos sveikatą nepakanka tik atsižvelgti į psichologinių sunkumų buvimą ar nebuvimą, tuo pačiu yra svarbu įvertinti pozityvaus funkcionavimo aspektus bei individo aplinką.

Stresoriai yra vidiniai ar išoriniai veiksniai, kurie individui trukdo siekti tikslų ir kelia fizinį ar emocinį stresą (Bagdonas ir Bliumas, 2019; Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005). Stresoriai gali būti fiziologiniai, cheminiai, tačiau dažniausiai psichikos sveikatos mokslinėje literatūroje yra nagrinėjami psichiniai, kasdieniai, darbo, socialiniai, gyvenimo pokyčių stresą keliantys veiksniai (Schneiderman et al., 2005). Svarbu pabrėžti, kad stresorių buvimas nėra lygus psichologiniams sunkumams; kiek stresoriai paveikia žmogų priklauso nuo jo turimų įveikos resursų ir įgūdžių (Cohen & Williamson, 1988). Stresoriai neretai traktuojami kaip rizikos veiksniai, kurie yra susiję su psichikos sveikata, tačiau savaime nereiškia prastesnės psichikos sveikatos (Schneiderman et al., 2005). Taigi, stresoriai yra svarbūs veiksniai, kuriuos reikia įvertinti siekiant numatyti rizikas psichikos sveikatai ir geriau ją suprasti.

PSO psichikos sutrikimą apibrėžia kaip kančią, negalią ar liguistumą, pasireiškiantį per psichikos, neurologinius veiksnius ir / ar piktnaudžiavimą narkotikais arba kitomis medžiagomis (World Health Organisation, 2013, p. 9). Tuo pačiu pabrėžiama, jog psichikos sutrikimai yra nulemti įvairių genetinių, biologinių, psichologinių priežasčių, nepalankių socialinių sąlygų ir aplinkos veiksnių (World Health Organisation, 2013). Kitaip sakant, nors psichikos sutrikimas pasireiškia per tam tikrą kentėjimą, susijusį su psichikos, neurologiniais, medžiagų vartojimo veiksniais, pati

psichopatologija gali būti nulemta ir palaikoma įvairių vidinių ir išorinių priežasčių. Psichikos sutrikimų epidemiologiniuose tyrimuose susitelkiama ties labiausiai paplitusiomis psichikos sutrikimų diagnozėmis, pavyzdžiui, depresija, generalizuotu nerimo sutrikimu, tačiau, remiantis literatūra ir PSO apibrėžimu, psichikos sutrikimas, ar psichopatologija, reiškiasi kaip subjektyviai išgyvenama kančia, kuri trikdo kasdienį funkcionavimą ir lemia suprastėjusią psichikos sveikatą (Arslan et al., 2022; World Health Organisation, 2013). Todėl tyrinėjant psichikos sutrikimus svarbu ne tik įvertinti jų paplitimą, bet aiškintis ir apie kasdienes psichologinius sunkumus, jų rizikos veiksnius, stresorius ir kitus iššūkius psichikos sveikatai (Søvold et al., 2021). Taigi, psichikos sutrikimai žmonių yra išgyvenama psichinė kančia, nulemta psichologinių sunkumų ir įtampą keliančių aplinkos veiksnių.

Pozityvus funkcionavimas yra ne mažiau svarbus psichikos sveikatos komponentas nei psichologiniai sunkumai. Pozityvus funkcionavimas apibrėžiamas kaip psichologinė gerovė, išgyvenama dėl pasitenkinimo savo emocine ir psichologine savijauta bei socialiniu gyvenimu (Arslan & Allen, 2022; Keyes, 2005). Psichologinės gerovės išgyvenimo neužtikrina psichikos sutrikimų ar psichologinių sunkumų nebuvimas (Keyes, 2005). Visgi, aukštas kasdieniai stresas bei išgyvenamų stresorių gausa, depresiškumas, chroniškas nerimas gali apsunkinti pozityvų funkcionavimą (Keyes, 2005). Aukšta ar vidutinė psichologinė gerovė, priešingai, pagerina kasdienio streso įveiką bei prognozuoja geresnę psichikos sveikatą nepriklausomai nuo stresorių ir psichologinių sunkumų (Burns et al., 2022). Taigi, pozityvus funkcionavimas yra svarbus psichikos sveikatos komponentas, kuris nėra tolygus psichikos sutrikimų ir psichologinių sunkumų nebuvimui.

Apibendrinant, psichikos sveikata yra svarbus bendros žmogaus sveikatos komponentas. Siekiant suprasti psichikos sveikatą, svarbu įvertinti žmogaus patiriamus stresorius, psichologinius sunkumus bei jo psichologinės gerovės patyrimą. Be to, psichikos sveikata apima ne tik psichikos sutrikimų ar psichologinių sunkumų raišką, tačiau ir psichologinę gerovę bei jos patyrimą. Vis dėlto siekis gerinti žmonių psichikos sveikatą yra kompleksiška ir didžiulių finansinių bei žmogiškųjų resursų reikalaujanti užduotis (Søvold et al., 2021). Neretai psichikos sveikatos tyrimuose susitelkiama į tas visuomenės grupes, kurių psichikos sveikatai kyla didžiausios rizikos bei kurių psichikos sveikatos problemos gali prisidėti prie didesnių socialinių problemų (Søvold et al., 2021). COVID-19 pandemijos metu visuomenės bei mokslininkų dėmesys nukrypo į medicinos personalą ne tik dėl šios visuomenės grupės kritinės svarbos siekiant suvaldyti žmonių sveikatai ir gyvybei pavojingą ligą, tačiau ir dėl pandemijos nulemtų iššūkių pačių sveikatos priežiūros specialistų psichikos sveikatai (Søvold et al., 2021). Toliau apžvelgiamo COVID-19 pandemijos kontekste medicinos personalo patiriamus stresorius, psichologinius sunkumus bei psichologinės gerovės patyrimą.

1.2. Medicinos personalo psichikos sveikata

Medicinos personalo stresoriai. Net ir prieš pandemiją medicinos personalo darbas buvo įtemptas ir kupinas stresorių. Sveikatos priežiūros specialistai dėl savo darbo specifikos susiduria su dideliu darbo krūviu, laiko stoka, nepastoviu pamainų tvarkaraščiu, pacientų ir jų šeimos narių smurtu, profesinio vaidmens konfliktais ir dviprasmiškumu bei užsikrėtimo infekcinėmis ligomis rizika (Giga et al., 2018). Taip pat, Australijoje atliktame tyrime nustatyta, jog medicinos darbuotojai, lyginant su kitų profesijų darbuotojais, susiduria su aukštesniais reikalavimais, turi mažiau kontrolės bei sulaukia mažiau palaikymo iš savo vadovų ir kolegų (De Cieri et al., 2019). Sveikatos priežiūros specialistų profesija į psichologinės rizikos grupę patenka ir dėl didelės tikimybės savo darbe susidurti su pacientų mirtimis, negalėjimo padėti mirtinomis ligomis sergantiems pacientams (Carton & Hupcey, 2014). Taigi, medicinos darbuotojai savo profesinėje veikloje įprastai susiduria su dideliu kiekiu rizikos veiksnių jų psichikos sveikatai.

Pandemijos metu išaugo kai kurių medicinos darbuotojams įprastų stresorių intensyvumas, atsirado ir iki tol nebuvusius ar taip stipriai stresą nekėlusius veiksnius. Pavyzdžiui, Vokietijoje 2020 m. atliktame tyrime nustatyta, jog pandemijos metu medicinos personalui psichologinių sunkumų kėlė atsiradusi baimė užkrėsti kitus, išaugusio darbo krūvio ir asmeninio gyvenimo konfliktai, neapibrėžtumas ir žinių, kaip elgtis, stoka bei nuogąstavimas dėl kolegų ir jų sveikatos (Frenkel et al., 2022). Ankstyvuojų pandemijos laikotarpiu ir jos pikų metu medicinos personalui teko susidurti ir su kritiškai išaugusiu mirštančių pacientų kiekiu, resursų ir asmeninių apsaugos priemonių trūkumu, pokyčiais ligoninių darbo organizavime (Claponea et al., 2022; Mosheva et al., 2021). Taigi, medicinos darbuotojai jau prieš pandemiją dirbo susidurdami su intensyviais stresoriais, o pandemija lėmė patiriamų stresorių sustiprėjimą bei naujų stresą keliančių veiksnių atsiradimą.

Galiausiai, medicinos darbuotojai, kaip ir kiti žmonės, susiduria su asmeninio gyvenimo stresoriais. Sveikatos priežiūros specialistams taip pat tenka susidurti su gyvenamos vietos pokyčiais, finansiniais sunkumais, nelaimingais atsitikimais, netektimis (Frenkel et al., 2022). Visgi, įtemptas darbas, pandemijos nulemti pokyčiai lėmė ir kai kurių asmeninio gyvenimo stresorių sustiprėjimą medicinos darbuotojams, pavyzdžiui, konfliktai šeimoje, kurie kyla dėl sutrikusio darbo ir asmeninio gyvenimo balanso, laisvalaikio ir laiko sau stoka, kylanti dėl išaugusio darbo krūvio (Frenkel et al., 2022). Taigi, medicinos darbuotojai kaip ir bet kurie žmonės susiduria su įprastomis stresą keliančiomis gyvenimo problemomis, o įtemptas darbas gali jas dar labiau paskatinti.

Medicinos personalo psichologiniai sunkumai. Įtemptas darbas, aukšti profesinės veiklos standartai bei didelis stresorių kiekis lemia išaugusią riziką medicinos darbuotojams išgyventi psichologinius sunkumus. Kaip pabrėžia Søvold ir kiti (2021), pandemija, karantinai, izoliacija sukūrė tiek iššūkių žmonių psichikos sveikatai, jog dabar susiduriame su antros – psichikos sveikatos

– pandemijos pavojumi. Todėl net ir atslūgus COVID-19 pandemijai medicinos personalo rolė yra kritiškai svarbi dėl jo vaidmens padedant žmonėms įveikti per pandemiją kilusius iššūkius psichikos ir fizinei sveikatai. Nerimą kelia pačių medicinos darbuotojų psichologiniai sunkumai. Li ir kiti (2021) atliko 65 tyrimų, kuriuose dalyvavo 97333 sveikatos priežiūros specialistai 21 šalyje, metaanalizę ir nustatė, kad 21,7 proc. medicinos darbuotojų patiria vidutinio stiprumo depresiškumą, o 22,1 proc. patiria reikšmingą nerimo lygį. Esant tokiai situacijai svarbu kiek įmanoma daugiau išsiaiškinti apie psichikos sveikatos iššūkius, kylančius medicinos darbuotojams, kas kylančius psichologinius sunkumus labiausiai paskatina bei gali nuo jų apsaugoti ar padėti įveikti (Li et al., 2021).

Išaugęs streso kiekis darbe yra vienas didžiausių psichologinių sunkumų, lemiančių suprastėjusią medicinos personalo psichikos sveikatą. Pandemijos metu bene visiems medicinos personalo darbuotojams išaugo darbo krūvis, neapibrėžtumo lygis (Søvold et al., 2021). Šie veiksniai stipriai prisideda prie išaugusio medicinos personalo suvokto streso lygio (Izdebski et al., 2023). Aukštas sveikatos priežiūros specialistų patiriamas stresas savaime lemia suprastėjusią psichikos sveikatą, tačiau užsitęsęs stipraus suvokto streso išgyvenimas gali privesti ir prie profesinio perdegimo bei minčių apie karjeros pokyčius (Izdebski et al., 2023; Norkiene et al., 2021). Didesnę riziką patirti profesinį perdegimą išgyvena mažiau patyrę ir jaunesni medicinos darbuotojai (Claponea et al., 2022; Žutautienė et al., 2020). Remiantis literatūra, pandemijos piko laikotarpiais perdegimą patyrė net iki 52 proc. medicinos personalo (Ghahramani et al., 2021). Tokie rodikliai signalizuoja didžiulę riziką visai sveikatos apsaugos sistemai, kuomet pandemijos kontekste bene svarbiausios profesijos atstovai yra emociškai išsekę ir abejojantys dėl savo tolesnės karjeros medicinoje. Galiausiai, susidūrimas su pandemijos metu padažnėjusiomis pacientų mirtimis, taip pat yra stiprus stresorius, kuris yra ne tik susijęs su medicinos darbuotojų perdegimu ir mintimis apie karjeros pokyčius, tačiau gali lemti ir atsirandančius potrauminio streso simptomus, dar labiau komplikuojančius psichikos sveikatą (Mosheva et al., 2021). Taigi, medicinos personalas savo profesinėje veikloje patiria aukštą streso lygį, kuris gali komplikotis į profesinį perdegimą, potrauminį stresą, o tai kelia pavojų sveikatos priežiūros apsaugos sistemos kokybei.

Įtemptas darbas prisideda ir prie medicinos personalo išgyvenamo depresiškumo ir nerimo sustiprėjimo. Šie sunkumai, kraštutine forma, gali išsivystyti į depresijos ar generalizuotą nerimo sutrikimą, kurie stipriai apsunkina galimybes sėkmingai tvarkytis su stresoriais, kokybiškai vykdyti profesinę veiklą. Tie patys stresoriai, kurie lemia medicinos darbuotojų aukštą streso lygį, gali paskatinti ir depresijos bei nerimo simptomus. Pavyzdžiui, susidūrimas su pacientų mirtimis ir aukštesnis darbo krūvis yra susijęs su aukštesniu patiriamo nerimo lygiu (Mosheva et al., 2021; Pappa et al., 2020). Užsitęsęs suvokto streso išgyvenimas gali lemti emocinį išsekimą ir sumažėjusią psichologinę gerovę, savo ruožtu susijusią su išaugusiu depresiškumu (Claponea et al., 2022).

Jaunesni ir mažiau patyrę sveikatos priežiūros specialistai, kaip ir suvokto streso atveju, yra linkę išgyventi labiau išreikštus depresijos ir nerimo simptomus (Claponea et al., 2022; Fernandez et al., 2021). Galiausiai, medicinos darbuotojų depresiškumas, nerimas bei psichologinė gerovė yra susiję su mintimis apie karjeros pokyčius (Norkiene et al., 2021). Taigi, medicinos personalo depresiškumas ir nerimas yra psichologiniai sunkumai, susiję su stresą keliančiais veiksniais ir galintys trikdyti profesinės veiklos atlikimą.

Medicinos personalo psichologinė gerovė. Siekiant suprasti medicinos personalo psichikos sveikatą svarbu ne tik įvertinti patiriamus stresorius ir kylančius psichologinius sunkumus, tačiau nagrinėti ir psichologinės gerovės patyrimą. Aukštas psichologinės gerovės patyrimas veikia kaip apsauginis veiksnys ir skatina atsparumą neigiamam stresorių poveikiui (Burns et al., 2022). Nors stresorių kupina individo aplinka bei jo išgyvenami psichologiniai sunkumai yra susiję su prastesne psichikos sveikata, psichologinė gerovė apima ne tik psichologinių sunkumų nebuvimą (Keyes, 2005). Psichologinė gerovė yra susijusi su individo asmenybe, jo namų bei darbine aplinka (Keyes, 2005). Medicinos darbuotojus iš kitų profesijų išskiria stipriau išreikšta motyvacija darbui, pasiryžimas profesinėje veikloje daryti daugiau nei nurodyta reikalavimuose (Richardson et al., 2009). Tyrimais nustatyta, jog stipresnis įsitraukimas į savo darbą, jo prasmės matymas ir sunkumų suvokimas kaip augti leidžiančių iššūkių ne tik skatina psichologinę gerovę, tačiau ir turi apsauginį poveikį prieš didelį darbo krūvį bei stresines patirtis darbe (Hassanie et al., 2022; Krok et al., 2021). Visgi, asmeninių apsaugos priemonių trūkumas, neapibrėžtumas, žinių kaip elgtis stoka gali trukdyti net ir motyvuotų medicinos personalo darbuotojų įsitraukimo į darbą procesą ir taip atimti jų psichologinės gerovės patyrimo šaltinį. Todėl yra svarbu ne tik identifikuoti medicinos personalo psichologinius sunkumus ir padėti juos įveikti, tačiau ir suteikti sveikatos priežiūros specialistams visas įmanomas galimybes kokybiškai ir produktyviai dirbti savo darbą taip skatinant jų psichologinės gerovės patyrimą, padedantį susitvarkyti su stresoriais. Taigi, medicinos personalo psichologinės gerovės išgyvenimas, kuris padeda susitvarkyti su darbe kylančiais iššūkiais bei potencialiais psichologiniais sunkumais, yra teigiamai veikiamas įsitraukimo į darbą bei jo prasmingumo suvokimo.

Psichologinė pagalba medicinos personalui. Didelis stresorių kiekis ir pavojai medicinos darbuotojų psichikos sveikatai skatina ieškoti veiksmingų psichologinės pagalbos būdų, galinčių padėti medicinos darbuotojams susitvarkyti su kylančiais iššūkiais. Psichologinės pagalbos teikimą medicinos personalui ap sunkina stigmatos ir licencijos praradimo baimė bei lyginant su kitomis profesijomis silpniau išreikštas medicinos darbuotojų atvirumas (Knaak et al., 2017; Richardson et al., 2009). Be to, išaugęs darbo krūvis, laisvalaikio stoka galimai ap sunkina medicinos personalo fizines galimybes reguliariai lankyti psichologinį konsultavimą ar kitokias psichologinės pagalbos

formas. Taigi, nors medicinos darbuotojams kylantys psichikos sveikatos iššūkiai yra akivaizdūs, psichologinės pagalbos teikimas jiems yra apsunkintas.

Ne mažesnė problema kyla sprendžiant, kokia pagalba galėtų būtų veiksminga. Psichologiniai sunkumai gali būti labai individualūs, turintys vis skirtingą priežasčių kombinaciją ir raišką bei savo ruožtu reikalaujantys individualizuotos pagalbos (Hayes & Hofmann, 2021). Pavyzdžiui, dėl didžiulio pastovaus stresorių kiekio, dėl susidūrimo su pacientų mirtimis ir jų kančia galinčios kilti potrauminio streso reakcijos įprastai būna mažai paveiktos standartizuotai, tradicinės formos psichoterapijai, o kai kurios psichologinės pagalbos formos gali net sukelti intensyvius ir nemalonius fizinius bei emocinius išgyvenimus (Corrigan & Hull, 2015; Lustyk et al., 2009). Taip pat, siekiant sumažinti organizacijos darbuotojų patiriamus psichologinius sunkumus svarbios yra ne tik individualios pagalbos formos, tačiau ir organizacijos lygmens intervencijos, kurios leidžia identifikuoti ir kiek įmanoma suvaldyti pačius stresorius bei jų poveikį darbuotojams (Giga et al., 2018). Vis dėlto kiekvienam sveikatos priežiūros specialistui individualizuotas individualios psichologinės pagalbos planas ir organizacijos lygmens intervencijos reikalautų didžiulių finansinių ir žmogiškųjų išteklių. Įprastai daugiausia dėmesio sulaukia tokios psichologinės pagalbos formos, kurių kainos ir efektyvumo santykis yra geriausias. Šiame kontekste vis daugiau tyrėjų dėmesio sulaukia internetinės psichologinės intervencijos, kurios turi potencialą būti santykinai mažos kainos, tačiau veiksminga psichologinės pagalbos priemonė (Torous et al., 2021). Tokia psichologinės pagalbos forma gali itin pasitarnauti siekiant padėti stresą išgyvenančiam medicinos personalui, kadangi bent iš dalies yra apeinama stigmatos problema. Taigi, internetinės intervencijos yra vilties teikianti psichologinės pagalbos priemonė, galinti padėti medicinos personalui susitvarkyti su psichologiniais sunkumais.

Apibendrinant, sveikatos priežiūros specialistų psichikos sveikatai pandemijos kontekste iškilo daug iššūkių. Net ir prieš pandemiją dirbant įtemptą ir atsakingą darbą, jiems teko susidurti su išaugusiu darbo krūviu, padažnėjusiomis pacientų mirtimis, neapibrėžtumu ir nežinojimu, kaip elgtis. Nieko keisto, kad tokiomis sąlygomis medicinos darbuotojai išgyvena daugiau psichologinių sunkumų, kurie gali išsivystyti į psichikos sutrikimus bei į mintis keisti savo karjerą. Visgi, medicinos darbuotojai savo profesijoje mato didžiulę prasmę, o suteikiant jiems galimybes dirbti kokybiškai ir produktyviai pats darbinis procesas gali tapti psichologinės gerovės šaltiniu. Siekiant psichologiškai padėti medicinos personalui kyla nemažai iššūkių, tačiau internetu teikiama psichologinė turi potencialą būti lanksti priemonė teikiant psichologinę pagalbą medicinos personalui.

1.3. KET paremtos internetinės intervencijos

KET paremtos intervencijos. Kognityvinė elgesio terapija (toliau – KET) kaip psichologinės pagalbos priemonė turi tvirtą empirinį pagrindą. Hofmann ir kiti (2012) išanalizavo beveik 300 KET veiksmingumo metaanalizių ir konstatavo, jog yra tvirtas empirinis pagrindas KET veiksmingumui padedant žmonėms su nerimo ir nuotaikos sutrikimais, streso įveika, pykčio valdymo problemomis, bulimija. Be to, veiksmingumas savo mastu prilygsta tokių vaistų kaip antidepresantai ir benzodiazepinai poveikiui (Hofmann et al., 2012). Visgi, patys psichikos sveikatos pokyčių mechanizmai nėra iki galo aiškūs net ir taikant neretai itin struktūruotas ir protokoluose aprašytas KET intervencijas (Hayes & Hofmann, 2021). Tuo pačiu, psichikos sveikatos ir psichologinės pagalbos modeliai, paremti sutrikimų identifikavimu ir standartizuota pagalba, orientuota į psichikos sutrikimą, nepasitvirtino kaip veiksminga priemonė siekiant suvaldyti psichikos sutrikimų augimą bendrojoje populiacijoje (Hayes & Hofmann, 2021). Todėl Hayes ir Hofmann (2021) skatina tolesnę KET praktiką ir mokslinę raidą vystyti ne per į konkrečius psichikos sutrikimus orientuotas KET formas, tačiau labiau atsižvelgti į žmonių individualų kontekstą bei intervencijomis skatinti santykio su aplinka bei savo mintimis ir jausmais įsisąmoninimą, savistabos ir relaksacijos įgūdžių ugdymą. Kitaip sakant, Hayes ir Hofmann (2021) skatina dėmesį kreipti ne į minčių ir jausmų turinį ir jo pokyčius, tačiau į minčių ir jausmų procesą, funkcijas individualioje aplinkoje bei jų įsisąmoninimą. Tokia pagalbos forma labiau atspindi visapusišką Keyes (2005) psichikos sveikatos modelį, kadangi orientuojamasi ne tik į žmogaus psichopatologiją, bet ir į jo aplinką su įvairiais tą žmogų veikiančiais stresoriais ir apsauginiais veiksniais bei į žmogaus resursus bei įveikos įgūdžius, padedančius sėkmingai funkcionuoti aplinkoje ir patirti psichologinę gerovę (Arslan et al., 2022; Hofmann et al., 2012). Taigi, KET paremtų intervencijų veiksmingumas psichikos sutrikimams turi tvirtą empirinį pagrindą, tačiau siekiant įgalinti žmones susitvarkyti su jų individualia kančia bei pozityviai funkcionuoti savo aplinkoje svarbu toliau vystyti ir taikyti į procesą orientuotas KET formas.

Viena iš į procesą orientuotų KET formų yra dėmesingu įsisąmoninimu paremtos intervencijos. Dėmesingas įsisąmoninimas yra apibrėžiamas kaip kryptingas dėmesio sutelkimas į dabarties momentą bei kylančių potyrių priėmimas jų nevertinant (Segal et al., 2004). Dėmesingu įsisąmoninimu paremtose intervencijose vadovaujama principu, jog reikia keisti ne vidinių potyrių turinį, o tai, kiek žmogus geba atpažinti ir įsisąmoninti kylančias mintis, emocijas bei savo santykį su jomis (Segal et al., 2004). Dėmesingas savo potyrių įsisąmoninimas apima jų stebėjimą, įsivardinimą, dėmesingą veikimą, vidinių potyrių nevertinimą ir nereagavimą į juos (Baer et al., 2006). Šių dėmesingo įsisąmoninimo aspektų neretai mokoma ir mokomasi psichoedukacijos forma, meditacijų, relaksacijų praktikavimu (Segal et al., 2004). Toks psichoterapijos turinys gali būti nesudėtingai pateikiamas skaitmeniniu ir garso formatu, o tai leidžia dėmesingu įsisąmoninimu paremtas

intervencijas pateikti internete (Andersson et al., 2016; Spijkerman et al., 2016; Torous et al., 2021). Tuo pačiu, nustatyta, jog turėdami pasirinkimą tarp internetinės, individualios ir grupės formatu teikiamos dėmesingu įsisažmoninimu paremtos intervencijos net 42 proc. bendrosios JAV populiacijos respondentų pirmu pasirinkimu rinktūsi internetinę (Wahbeh et al., 2014). Taip pat nustatyta, kad dėmesingu įsisažmoninimu paremtos internetinės intervencijos yra veiksmingos mažinant suvoktą stresą, nerimą, depresiškumą ir skatina psichologinės gerovės patyrimą (Spijkerman et al., 2016). Taigi, dėmesingu įsisažmoninimu paremtos intervencijos yra viena iš į procesą orientuotų KET intervencijų, veiksmingų gerinant psichikos sveikatą ir išlaikančių veiksmingumą intervencijai vykstant internetu.

KET paremtos internetinės intervencijos. KET paremtos internetinės intervencijos yra sėkmingai taikomos ir vystomos jau daugiau nei 20 metų. Net ir neturint šiuolaikinių technologinių sprendimų, tyrėjai XXI a. pradžioje pastebėjo, jog nemažai KET principų ir technikų kaip psichoedukacija, relaksacijos, namų darbai gali būti pateiktos skaitmenine forma (Andersson et al., 2016). Taip pat pasimatė skaitmenine ir internetine forma teikiamos KET privalumai: lengvas pasiekiamumas, prieinamumas bet kuriuo paros metu iš bet kurios lokacijos, galimybė dalyviams išlikti anonimiškiems ir neprisiimti „paciento“ vaidmens, neprivalomas specialisto įsitraukimas ir mažesnės finansinės sąnaudos (Andersson & Titov, 2014). Atitinkamai plačiam KET pritaikomumui, internetu teikiama KET taip pat buvo pritaikyta padedant su įvairiais psichologiniais sunkumais ir psichikos sutrikimais susiduriantiems asmenims. Andersson ir kiti (2019) apžvelgę KET paremtų internetinių intervencijų taikymą bei veiksmingumą teigia, jog ši terapijos forma buvo sėkmingai pritaikyta teikiant psichologinę pagalbą žmonėms su nerimo sutrikimais, depresija, potrauminio streso sutrikimu bei gerinant streso įveiką ir padedant susitvarkyti su įvairiomis sveikatos problemomis kaip chroniškas skausmas, tinitas. Be to, išryškėjo tendencija, kad KET paremtos internetinės intervencijos būna veiksmingesnės, kai jos yra taikomos su psichologo parama ir / ar grįžtamuju ryšiu, tačiau net ir be psichologo paramos intervencijos būna veiksmingos lyginant su kontroline grupe (Andersson et al., 2019). Šis veiksmingumas net prilygsta gyvai teikiamai KET (Lagerlöf et al., 2023). Taigi, KET paremtos internetinės intervencijos pasižymi plačiomis galimybėmis perkelti jas į internetinę erdvę bei turi tvirtą empirinį pagrindą jų veiksmingumui padedant su įvairiais psichologiniais sunkumais.

Plačiai atsivėrusias KET paremtų internetinių intervencijų pritaikymo galimybes, kaip ir tradicinį psichologinį konsultavimą ir psichoterapiją, lydi įvairūs iššūkiai. Nors iš pirmo žvilgsnio psichologinės pagalbos ir technologijų ėjimas koja kojon šiuolaikinėje visuomenėje neturėtų susidurti su didelėmis kliūtimis, KET paremtos internetinės intervencijos turi atsižvelgti į naujus, gyvai vykstančioje terapijoje nesutiktus iššūkius. Pavyzdžiui, tiek patys psichikos sveikatos sistemos darbuotojai, tiek internetinės pagalbos vartotojai skeptiškai žiūri į internetu teikiamos pagalbos

konfidencialumo užtikrinimą, duomenų apsaugą (Torous et al., 2021). Taip pat ateityje vis svarbesnis taps internetinės pagalbos licencijavimo klausimas siekiant atskirti empiriniais įrodymais nepagrįstas, į komercinius tikslus orientuotas programėles bei programas nuo su tvirtu teoriniu pagrindu, empiriniais patvirtinimais sukurtų veiksmingų internetinių psichologinių intervencijų (Lau et al., 2020; Torous et al., 2021). Galiausiai, internetinei KET itin aktuali ir nubyrėjimo problema – intervencijų dalyviai neretai nutraukia naudojamą programomis nesupratę jų turinio arba turiniui nesutampant su išankstiniais lūkesčiais, kylant nemaloniems pojūčiams relaksacijų ar kitų pratimų metu (Johansson et al., 2015). Taigi, naujai kylančios problemos empirinius tyrimus skatina ne tik dėl KET paremtų internetinių intervencijų veiksmingumo patvirtinimo, tačiau ir dėl visuomenės pasitikėjimo tokia pagalbos forma didinimo.

Medicinos personalas ir KET paremtos internetinės intervencijos. KET paremtos internetinės intervencijos pasižymi praktiškumu siekiant teikti psichologinę pagalbą medicinos darbuotojams. Tokie internetinių intervencijų privalumai kaip lankstumas laiko ir vietos atžvilgiu, anonimiškumo galimybė skatina šias intervencijas pritaikyti būtent medicinos personalui, vengiančiam kreiptis psichologinės pagalbos dėl stigmatos ir licencijos praradimo baimės (Andersson & Titov, 2014; Knaak et al., 2017). Be to, dalis sveikatos priežiūros darbuotojų dirba įvairiose, nuo didmiesčių nutolusiose lokacijose, kur psichologinė pagalba gali būti sunkiai prieinama; internetinėms KET intervencijoms ši problema negalioja. Galiausiai, medicinos personalo darbas neretai yra pamaininis, o tai apsunkina galimybes nusimatyti laiką, tinkamą reguliariai lankytis, pavyzdžiui, psichoterapijoje. Taigi, internetinės KET intervencijos leidžia lanksčiai prisitaikyti prie medicinos personalo poreikių ir nuogastavimų dėl psichologinės pagalbos kreipimosi.

KET paremtų internetinių intervencijų veiksmingumas medicinos personalui yra mažai tyrinėtas, o tyrimų rezultatai yra nevienareikšmiai. Viename iš tokių tyrimų medicinos darbuotojams buvo taikoma internetinė KET į tinklalapį patalpintų pamokų formatu labiausiai susitelkiant į kognityvinę pertvarką (angl. *cognitive restructuring*) (Kuribayashi et al., 2020). Visgi, šiame tyrime nepavyko nustatyti intervencijos teigiamo poveikio depresiškumui ir psichologiniam distresui (Kuribayashi et al., 2020). Svarbu pabrėžti, jog šiame tyrime intervencija buvo labiau paremta „tradicine“ KET, nes orientuota į minčių turinio bei struktūros pokyčius, o ne procesą bei santykį su mintimis. Morrison Wylde ir kiti (2017) tyrė medicinos darbuotojų streso pokyčius taikant dėmesingu įsisąmoninimu paremtą mobiliąją programėlę ir nustatė po intervencijos pagerėjusius streso įveikos įgūdžius ir sumažėjusius perdegimo simptomus, tačiau programėlė nepadėjo potrauminį stresą išgyvenantiems darbuotojams (Morrison Wylde et al., 2017). Vis dėlto Trottier ir kiti (2022) atliko internetinės intervencijos tyrimą Kanadoje su stiprų stresą išgyvenančiais ir pandemijos metu su intensyviais stresoriais susidūrusiais medicinos darbuotojais ir nustatė stiprų teigiamą KET paremtos intervencijos poveikį depresiškumui, nerimui ir potrauminio streso sutrikimo

simptomams. Šis pokytis išsilaikė po mėnesio (Trottier et al., 2022). Intervencija buvo paremta kognityvinio apdorojimo terapija (angl. *cognitive processing therapy*), o jos turinyje susitelkta į konkrečius pojūčius bei išgyvenimus, susijusius su stresine ir traumuojančia patirtimi, jų perdirbimą, intensyvių emocijų išreiškimą ir pageidaujamo elgesio praktikavimą (Trottier et al., 2021). Internetinės intervencijos dalyviai galėjo bet kuriuo metu kreiptis į jiems priskirtą „lydintį“ specialistą, padedantį susitvarkyti su nesklandumais ir sunkumais bei skatinantį būti įsitraukus į programą (Trottier et al., 2021). Galiausiai, Gollwitzer ir kiti (2018) Vokietijoje atliko KET paremtos internetinės intervencijos tyrimą naudodami psichiniu sugretinimu (angl. *mental contrasting*) paremtą intervenciją, kurioje medicinos darbuotojams reikėjo savarankiškai identifikuoti juos labiausiai veikiančią profesinį stresorių, įsivaizduoti, kaip darbas galėtų atrodyti be šio stresoriaus, įsivardinti, kas trukdo įsivaizduojamai situacijai tapti realybe, ir numatyti, koks jų elgesys galėtų būti veiksmingas įveikiant stresorių. Tyrėjams pavyko nustatyti teigiamą intervencijos poveikį medicinos personalo suvoktam stresui ir įsitraukimui į darbą (Gollwitzer et al., 2018). Taigi, internetinių KET intervencijų poveikio medicinos personalui psichikos sveikatos tyrimų rezultatai yra kiek nepastovūs, todėl svarbu toliau vystyti šios psichologinės pagalbos priemonės tyrimus.

Apibendrinant, KET kaip psichologinės pagalbos priemonė turi tvirtą teorinį ir empirinį pagrindą. Visgi, žmonių su psichologiniais sunkumais ir psichikos sutrikimais daugėja, o tai skatina tolesnę KET raidą iš struktūruotos ir besiremiančios vadovais į labiau orientuotą į individualų kontekstą ir žmogaus santykį su savo patyrimu. KET technikos kaip psichoedukacija, įveikos įgūdžių mokymas, relaksacijos neretai yra perkeliamos į internetinį formatą. Tokios KET paremtos internetinės intervencijos jau yra sugeneravusios tvirtus empirinius įrodymus bei turi platų pritaikomumą. Viena svarbių internetinių KET intervencijų pritaikymo sričių yra psichologinė pagalba medicinos personalui, pandemijos metu susidūrusiu su didžiuliais iššūkiais savo psichikos sveikatai. Taigi, KET kaip psichologinės pagalbos priemonės raida lėmė tai, jog KET internetinės intervencijos yra vilties teikiantis būdas padėti stresą išgyvenančiam medicinos personalui.

1.4. Tyrimo aktualumas, tikslas ir uždaviniai

Nors COVID-19 pandemija jau atslūgo, tačiau jos metu iškilę iššūkiai yra vis dar aktualūs. Pandemijos piko laikotarpiais aiškiai pasimatė, jog sveikatos apsaugos sistema yra priklausoma nuo medicinos personalo, kuris, kaip ir visi kiti, didžiulio streso kontekste susiduria su psichologiniais sunkumais. Šiame kritiniame kontekste paaiškėjo, jog psichikos sveikatos apsaugos sistema nėra pritaikyta greitai reaguoti į naujai kylančius psichologinius sunkumus medicinos personalui ir suteikti jiems reikiamą pagalbą. Todėl dabar, užbėgant už akių ateityje galimai kilšančioms sveikatos

krizėms, yra svarbu ieškoti veiksmingų ir medicinos personalo poreikius atitinkančių psichologinės pagalbos priemonių.

KET intervenciniuose tyrimuose neretai susitelkiama į struktūruotas ir protokolais apibrėžtas intervencijas, pritaikytas specifiniams sutrikimams. Visgi, siekiant suteikti kuo veiksmingesnę psichologinę pagalbą svarbu padėti ne tik nuo psichikos sutrikimų kenčiantiems žmonėms, tačiau ir sveikiems žmonėms, kurie funkcionuoja stresinėje aplinkoje. Tokiame kontekste svarbu identifikuoti konkrečias stresą keliančias aplinkybes, stresą patiriančių žmonių poreikius ir resursus bei jais remiantis pritaikyti psichologinę pagalbą. Šiam tikslui svarbu toliau plėtoti į procesą orientuotų KET intervencijų veiksmingumo tyrimus.

Šiame tyrime siekiama patikrinti internetinės KET intervencijos veiksmingumą ją pritaikant stresą patiriančiam medicinos personalui. Tokių tyrimų atlikta nedaug, o jų rezultatai nerodo vienareikšmiško šios psichologinės pagalbos priemonės veiksmingumo. Turint omenyje, kad medicinos personalas dirba susidurdamas su intensyviais ar net traumuojančiais stresoriais, dėl savo darbo krūvio susiduria su profesinio ir asmeninio gyvenimo konfliktais, kyla klausimas, ar internetinės KET intervencijos yra pakankama priemonė, siekiant padėti medicinos personalui susitvarkyti su kylančiais iššūkiais jų psichikos sveikatai.

Tyrimo tikslas: nustatyti stresą patiriančio medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčius taikant kognityvine elgesio terapija paremtą internetinę intervenciją.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti medicinos personalo patiriamus stresorius.
2. Įvertinti medicinos personalo suvokto streso, depresiškumo, nerimo ir psichologinės gerovės sąsajas su jų amžiumi, darbo stažu, darbo krūviu ir mintimis apie karjeros pokyčius.
3. Nustatyti, kaip keičiasi medicinos personalo suvoktas stresas, depresiškumas, nerimas ir psichologinė gerovė taikant kognityvine elgesio terapija paremtą internetinę intervenciją.
4. Įvertinti suvokto streso, depresiškumo, nerimo ir psichologinės gerovės pokyčių taikant kognityvine elgesio terapija paremtą internetinę intervenciją sąsajas su išgyvenamais stresoriais.

2. METODIKA

Šio magistro darbo tyrimas atliktas prisijungtus prie projekto „FOREST, Internetinė intervencija medicinos personalui“. Projektas yra vykdomas Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centro (toliau – PTC) bendradarbiaujant su Linköping universiteto (Švedija) tyrėjų grupe. Projekto ir atliekamų tyrimų tikslas yra įvertinti psichosocialinės internetu teikiamos intervencijos veiksmingumą su stresu susiduriančių sveikatos priežiūros darbuotojų imtyje.

Šio projekto metu atlikti trys atskiri veiksmingumo tyrimai trijose skirtingose imtyse:

1. Pirmasis tyrimas vyko 2021 m. balandžio-spalio mėnesį, jame dalyvavo tik medicinos slaugytojos;
2. Antrasis tyrimas vyko 2022 m. balandžio-spalio mėnesį, jame dalyvavo heterogeniškesnė medicinos personalo imtis;
3. Trečiasis tyrimas vyksta nuo 2022 m. spalio mėnesio (tyrimas tęsiamas), jame taip pat dalyvauja medicinos personalas.

Darbo autoriaus indėlis. Darbo autorius prie projekto prisijungė 2021 m. spalio mėnesį ir buvo įsitraukęs į visų trijų tyrimų vykdymą. Pirmojo ir antrojo tyrimo metu darbo autorius teikė grįžtamąjį ryšį dalyviams, kai jie atlikdavo intervencijos sesijų pratimus, taip pat, apsimokęs pagal specialiai sukurtas gaires, atsakė į intervencijos dalyvių užklausas jiems pasinaudojus funkcija parašyti psichologui. Šiuo laikotarpiu darbo autorius kiekvieną savaitę dalyvaudavo supervizijose. Trečiojo tyrimo metu darbo autorius intervencijos dalyviams reguliariai SMS žinučių forma siuntė priminimus atlikti programos pratimus. Taip pat darbo autorius visų tyrimų metu prieš prasidedant intervencijai skambino užsiregistravusiems dalyviams ir atliko trumpus interviu, skirtus išsiaiškinti, ar dalyviai atitinka iš anksto numatytus dalyvių įtraukimo ir atmetimo kriterijus, dalyviams paaiškino tyrimo ir programos eigą. Skambučiai buvo atliekami ir intervencijai įpusėjus, ir pasibaigus siekiant atsakyti į iškilusius klausimus, sunkumus naudojantis programa, gauti dalyvių grįžtamąjį ryšį apie intervencijos turinį.

2.1. Tyrimo eiga

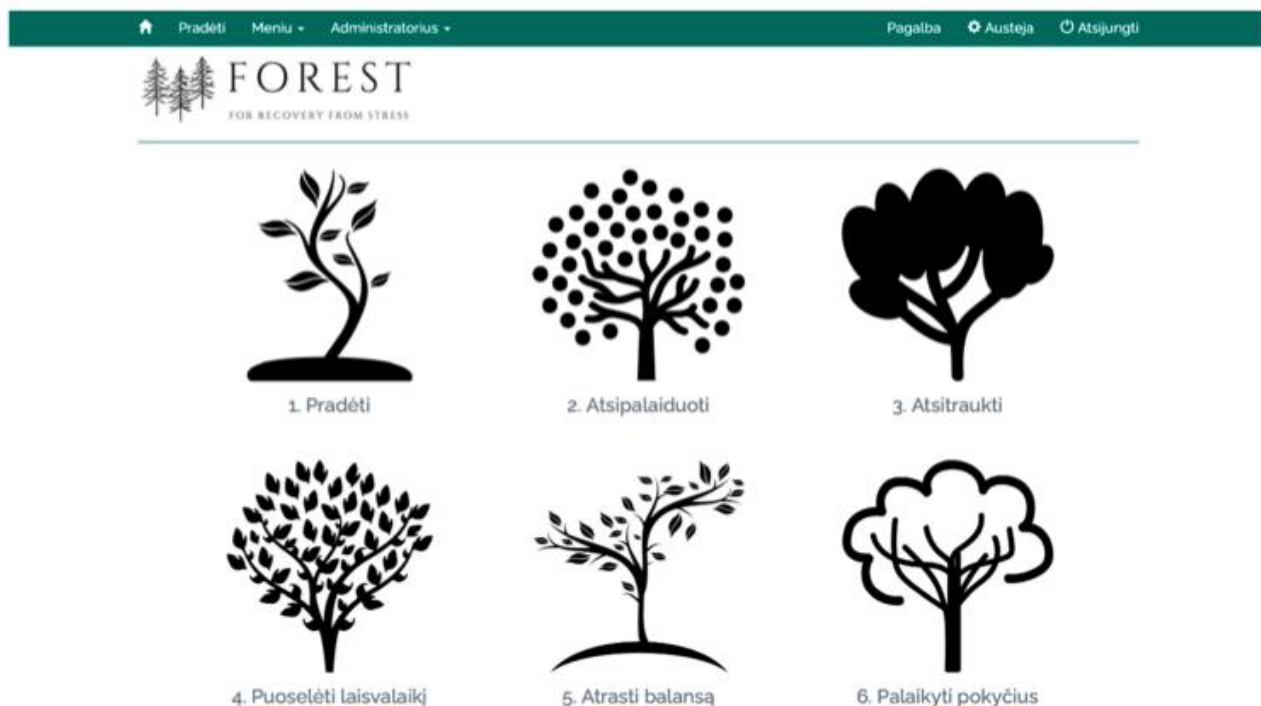
2.1.1. FOREST intervencija

FOREST yra į sveikatos priežiūros darbuotojų patiriamus stresorius orientuota internetinė intervencija, skirta atsistatymui nuo streso (Jovarauskaite et al., 2021). Intervencijos turinys yra sukurtas klinikinių psichologų grupės besiremiant kognityvinės elgesio terapijos ir dėmesingo

įsisaŃoninimo principais. Visi intervencijoje dalyvaujantys asmenys gauna anonimišką prisijungimo vardą ir susikuria slaptažodį. Programa yra patalpinta saugioje internetinėje platformoje, prieinama naudojant kompiuterį ar išmanųjį įrenginį ir turint savo asmeninius prisijungimo duomenis, kuriuos suteikia programos administratoriai; visi atlikties ir statistiniai naudojimosi intervencija duomenys yra saugiai patalpinti internetinėje platformoje (Vlaescu et al., 2016).

FOREST intervencija trunka šešias savaites, kurių metu sveikatos priežiūros darbuotojai kiekvieną savaitę gauną prieigą prie vis naujos programos sesijos (Jovarauskaite et al., 2021). Kiekvienos iš šešių sesijų pavadinimas atspindi, į ką sesijos metu yra telkiamasi – (1) „Pradėti“, (2) „Atsipalaiduoti“, (3) „Atsitraukti“, (4) „Puoselėti laisvalaikį“, (5) „Atrasti balansą“ ir (6) „Palaikyti pokyčius“ (1 pav. pateikiamas FOREST intervencijos sesijų langas) (Jovarauskaite et al., 2021). Visų sesijų turinys susideda iš teksto ir vaizdo įrašų forma pateiktos psichoedukacijos, dviejų ar trijų su pateikta edukacija susijusių praktinių pratimų (garso įrašų arba teksto užduoties forma) ir rekomendacijų išbandyti sau tinkančius pratimus praktikuoti reguliariai. Toliau yra trumpai aprašomas kiekvienos iš sesijų turinys bei praktinės užduotys:

1. **Pradėti.** Sesijoje pateikiama įžanga apie intervenciją bei psichoedukacija apie stresą, perdegimą ir atsistatymą nuo streso. Sesijos užduotyse skatinama įsivardinti svarbiausius patiriamus stresorius ir perdegimo požymius, garso įrašo forma pateikiamas kvėpavimo pratimas.
2. **Atsipalaiduoti.** Sesijoje pateikiama psichoedukacija apie kūno relaksaciją, miego svarbą bei miego sunkumų potencialią žalą. Pateikti kūno relaksacijos ir miego relaksacijos pratimai garso įrašų forma, skatinama įsivardinti, kiek streso jaučiama, kokios mintys kilo pratimų metu.
3. **Atsitraukti.** Psichoedukacija apie įkyrias mintis, kylantį stresą ir atsitraukimą nuo jo. Skatinama įsivardinti malonias, nuo minčių apie darbą leidžiančias atsitraukti veiklas, pateikiami sąmoningumo dabarčiai ir vaikščiojimo relaksacijos garso įrašai.
4. **Puoselėti laisvalaikį.** Psichoedukacija apie laisvalaikio svarbą, fizinį aktyvumą ir jo naudą, kaip fizinis aktyvumas susijęs su atsistatymu nuo streso. Užduotyse skatinama įsivardinti siektinas laisvalaikio veiklas, pateikiamas vaizdo įrašas su trumpa mankšta.
5. **Atrasti balansą.** Psichoedukacija apie kontrolės jausmą, kaip su juo siejasi rūpinimasis savimi ir laiko skyrimas sau. Skatinama įsivardinti nereikalingas ir nenaudingas veiklas bei galimas alternatyvas, kurios leistų kokybiškiau pailsėti, pateikiamas reflektavimo apie kasdienius tikslus garso įrašas.
6. **Palaikyti pokyčius.** Pateikiamas pagrindinių programos teiginių apibendrinimas, rekomenduojama toliau reguliariai praktikuoti patikusius pratimus. Skatinama įsivardinti svarbiausią išminktą informaciją, pateikiama trumpa relaksacija garso įrašo forma (Jovarauskaite et al., 2021).



1 pav. *FOREST* intervencijos sesijų langas (Jovarauskaite et al., 2021)

Gavus prieigą prie naujos sesijos ir atlikus pateikiamus pratimus sveikatos priežiūros darbuotojai per 24 valandų terminą gauna grįžtamąjį ryšį iš psichologo (-ės), kuriais buvo PTC psichologai ir jų prižiūrimi klinikinės psichologijos magistro studentai. Šiuo didžiaja dalimi struktūruotu grįžtamoju ryšiu atspindimos programos naudotojų išreikštos mintys, apibendrinamas užduočių atlikimas, skatinama toliau būti įsitraukus į intervenciją ir atsakoma į klausimus (Jovarauskaite et al., 2021). Visos intervencijos laikotarpiu programos naudotojai taip pat turi galimybę esant poreikiui parašyti žinutę psichologui (-ei) (naudojantis platforma). Siekiant užtikrinti grįžtamąjį ryšį teikiančių psichologų (-ių) struktūros laikymąsi, aptarti iškilusius atvejus, prieš intervencijos pradžią ir prasidėjus intervencijai kartą per savaitę rengiamos supervizijos; taip pat, jos organizuojamos papildomai pagal poreikį.

Siekiant užtikrinti sklandų naudojimąsi *FOREST* intervencija su jos naudotojais telefonu susisiekiama prieš intervenciją, jai įpusėjus ir pasibaigus. Trumpų skambučių metu pasiteiraujama apie sveikatos priežiūros darbuotojų išpūdžius, renkamas grįžtamasis ryšys apie intervencijos trūkumus ir privalumus bei sprendžiami iškilę klausimai, problemos.

2.1.2. Magistro darbo tyrimas

Šiame tyrime yra naudojama platesnio *FOREST* intervencijos veiksmingumo tyrimo projekto metu surinktais duomenimis. *FOREST* intervencijos veiksmingumo tyrimo dalyviai intervencijoje dalyvavo 2022 m. balandžio, gegužės ir birželio mėnesiais. Magistro darbo tyrimo

dalyviai yra atsitiktinai atrinkti iš šio didesnio tyrimo intervencinės grupės (intervencinė grupė gavo nuolatinį psichologo (-ės) grįžtamąjį ryšį, kontrolinė grupė dalyvavo intervencijoje su grįžtamoju ryšiu pagal poreikį).

Tyrimo dalyviai savanoriškai užsiregistravo dalyvauti streso mažinimo intervencijoje sveikatos priežiūros darbuotojams. Registracijos metu tyrimo dalyviai internetu pasirašė sutikimo dalyvauti intervencijoje (tyrime) formą bei užpildė įvertinimo klausimynus. Registracija ir įvertinimas prieš intervenciją vyko toje pačioje internetinėje platformoje, per kurią vyko ir pati FOREST intervencija (www.forestmedikams.lt). Registracija į intervenciją vyko 2022 m. kovo-balandžio mėn. Prieš prasidedant intervencijai su kiekvienu užsiregistravusiu tyrimo dalyviu buvo susisiepta telefonu siekiant papasakoti daugiau apie tyrimo eigą, atsakyti į kylančias klausimus bei išsiaiškinti tyrimo dalyvių atitikimą intervencijos kriterijams – į tyrimą nebuvo įtraukti užsiregistravusieji, išgyvenantys ūmią psichozę, pasižymintys aukšta savižudybės rizika, turintys priklausomybę nuo narkotikų ar alkoholio arba aktyviai susiduriantys su smurtu artimoje aplinkoje. Neatitikę kriterijams užsiregistravusieji skambučių metu buvo nukreipiami į asmens sveikatos priežiūros įstaigas atitinkamai jų gyvenamajai vietai ir išgyvenamiems sunkumams. Balandžio mėn. atrinkti tyrimo dalyviai gavo prieigą prie pirmosios programos sesijos ir pradėjo naudotis intervencija. Intervencija baigėsi birželio mėnesį, dalyviams elektroniniu paštu ir skambučiais buvo priminta užpildyti įvertinimo po intervencijos anketą. Surinkti tyrimo dalyvių duomenys naudojami magistro darbo analizei.

Magistro darbo tyrimo strategija – intervencinis tyrimas. Naudojamas vienos grupės prieš-po įvertinimo tyrimo dizainas.

2.2. Tyrimo instrumentai

Šiam tyrimui, atitinkamai jo tikslui ir uždaviniams, pasirinkta naudoti keturis instrumentus iš pagrindinio FOREST intervencijos tyrimo. Visi toliau minimi instrumentai buvo pateikiami prieš prasidedant intervencijai ir jai pasibaigus toje pačioje internetinėje platformoje, per kurią vyko FOREST intervencija.

Vertinant tyrimo dalyvių patiriamus stresorius naudota **Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalė-8** (*Adjustment Disorder New Module, ADN-8*; Einsle et al., 2010; Kazlauskas et al., 2018). ADN-8 yra trumpesnė Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalės-20 lietuviška versija (Kazlauskas et al., 2018; Zelviene et al., 2017). Skalė yra išskirta į dvi dalis: pirmoje ADN-8 dalyje yra pateikiamas 16 stresorių sąrašas, kuriame tyrimo dalyviai turėjo pažymėti per pastaruosius dvejus metus patirtus ir didelius sunkumus lig šiol keliančius stresorius (Kazlauskas et al., 2018). Stresorių

sąrašo pabaigoje buvo galimybė įrašyti papildomą, sąrašė nepaminėtą stresorių. Kadangi šiame tyrime ADN-8 skalė naudota tik siekiant įvertinti tyrimo dalyvių patiriamus stresorius, pateikiama buvo tik pirmoji skalės dalis. Buvo gautas skalės lietuviškos versijos autorių leidimas naudoti šį klausimyną.

Stresorių sąrašo psichometrinės charakteristikos nėra vertinamos.

Vertinant, kiek tyrimo dalyviai išgyvena stresą, naudota **Suvokto streso skalė-10** (*Perceived Stress Scale-10*, **PSS-10**; Cohen & Williamson, 1988). Lietuvišką skalės vertimą parengė S. Katauskytė. PSS-10 yra sutrumpinta originaliai 14 teiginių skalės versija, skirta savistatos būdu įvertinti, kiek įvairios situacijos gyvenime yra suvokiamos kaip keliančios stresą (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988). Skalę sudaro 10 teiginių (pvz., „Kaip dažnai per paskutinį mėnesį jautėtės nesugebantis (-i) kontroliuoti svarbių dalykų savo gyvenime?“), vertinamų Likerto tipo skalėje nuo 0 iki 4 (0 – „Niekada“, 1 – „Beveik niekada“, 2 – „Kartais“, 3 – „Dažnai“, 4 – „Labai dažnai“). Apskaičiuojant skalės bendrą įvertį sudedami visų teiginių įverčiai. Suvokto streso intensyvumas gali varijuoti nuo 0 iki 40. 4, 5, 7 ir 8 teiginių įverčiai prieš apskaičiuojant galutinį PSS-10 įvertį yra apverčiami. Leidimas naudoti skalę yra nereikalingas.

Ankstesniuose tyrimuose nustatytos PSS-10 skalės psichometrinės charakteristikos buvo pakankamai geros. Klausimynas yra išverstas į daugybę kalbų ir nepriklausomai nuo tyrimų imčių tautybės, amžiaus, profesijos ir pan. išlaiko vieno latentinio faktoriaus struktūrą (pvz., Nordin & Nordin, 2013; Reis et al., 2019). PSS-10 suvokto streso latentinio faktoriaus konvergentinį (konstrukto) validumą taip pat patvirtina ankstesniuose tyrimuose rastos vidutinio stiprumo sąsajos tarp suvokto streso ir depresiško, nerimo, nemigos bei psichinio ir fizinio išsekimo (Nordin & Nordin, 2013; Reis et al., 2019). PSS-10 demonstruoja gerą skalės vidinį suderinamumą: Nordin ir Nordin (2013) tyrime, kuriame dalyvavo daugiau nei 3 tūkst. įvairaus amžiaus Švedijos bendrosios populiacijos tiriamųjų, Cronbach α siekė 0,83. Magistro darbo tyrime PSS-10 skalės (pildant prieš intervenciją) vidinis suderinamumas taip pat buvo geras (Cronbach $\alpha = 0,85$).

Tyrimo dalyvių depresiškumui įvertinti naudotas **Paciento sveikatos klausimynas-9** (*Patient Health Questionnaire-9*, **PHQ-9**; Kroenke et al., 2001). Lietuvišką PHQ-9 vertimą parengė J. Montvidas (Montvidas, 2018). PHQ-9 yra devynių teiginių savistata paremtas klausimynas, kuriuo vertinamas depresijos simptomų išreikštumas (Kroenke et al., 2001). Skalę sudaro 9 teiginiai (pvz., „Jautimasis nusiminusiam (-iai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)“), vertinami Likerto tipo skalėje, kur 0 – „Visai nevargino“, 1 – „Keletą dienų“, 2 – „Daugiau nei pusę iš visų dienų“, 3 – „Beveik kiekvieną dieną“. Taip pat, klausimyno gale pateikiamas papildomas klausimas, kuriame prašoma įvertinti, kaip pažymėtos problemos apsunkino kasdienybę. Apskaičiuojant bendrą depresiško

skalės įvertį sudedami 9 teiginių įverčiai. Depresiškumo intensyvumas gali varijuoti nuo 0 iki 27. Leidimas naudoti skalę nėra reikalingas.

Kroenke ir kiti (2001) tikrino PHQ-9 konvergentinį (konstrukto) validumą ir nustatė sąsajas tarp kylančio PHQ-9 įverčio ir blogėjančio psichikos, socialinio, rolės, bendro, skausmo ir fizinio funkcionavimo. Stipriausia sąsaja nustatyta su psichikos funkcionavimu, kiek mažesnė su socialiniu, bendru ir rolės funkcionavimu (Kroenke et al., 2001). Skalės vidinis suderinamumas Kroenke ir kitų (2001) tyrime taip pat buvo aukštas, Cronbach α svyravo nuo 0,86 iki 0,89. Magistro darbo tyrime (pildant prieš intervenciją) PHQ-9 taip pat pademonstravo gerą vidinį suderinamumą (Cronbach α = 0,79).

Tyrimo dalyvių nerimo simptomams įvertinti naudota **Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7** (*Generalized Anxiety Disorder Scale-7*, **GAD-7**; Spitzer et al., 2006). Lietuvišką skalės vertimą parengė K. Butkutė-Šliužienė (Butkutė-Šliužienė, 2019). GAD-7 yra septynių teiginių savistata paremtas klausimynas, skirtas įvertinti generalizuoto nerimo simptomų išreikštumą (Spitzer et al., 2006). Skalę sudaro 7 teiginiai (pvz., „Greitas susierzinimas ar dirglumas“), vertinami Likerto tipo skalėje, kur 0 – „Visai nevargina“, 1 – „Keletą dienų“, 2 – „Daugiau nei pusę iš visų dienų“, 3 – „Beveik kiekvieną dieną“. Klausimyno gale pateikiamas papildomas klausimas, kuriame prašoma įvertinti, kaip pažymėtos problemos apsunkino kasdienybę. Apskaičiuojant nerimo intensyvumą sudedami 7 teiginių įverčiai. Nerimo intensyvumas gali varijuoti nuo 0 iki 21. Leidimas naudoti skalę nėra reikalingas.

Spitzer ir kitų (2006) tyrime tikrintas GAD-7 skalės konvergentinis (konstrukto) validumas. Nustatytas stiprios GAD-7 sąsajos su kitais nerimą vertinančiais instrumentais (Spitzer et al., 2006). Taip pat didėjantis GAD-7 įvertis buvo susijęs su blogėjančiu psichikos, socialiniu, rolės, bendru, skausmo ir fiziniu funkcionavimu, iš kurių stipriausia sąsaja nustatyta tarp GAD-7 ir psichikos funkcionavimo (Spitzer et al., 2006). Skalės vidinis suderinamumas Spitzer ir kitų (2006) tyrime buvo aukštas (Cronbach α = 0,92). Magistro darbo tyrime (pildant prieš intervenciją) GAD-7 vidinis suderinamumas buvo aukštas (Cronbach α = 0,84).

Tyrimo dalyvių psichologinė gerovė vertinta naudojant **Pasaulio sveikatos organizacijos-5 gerovės indeksą** (*World Health Organisation-5 Well-Being Index*, **WHO-5**; Bech, 2004). Lietuvišką WHO-5 vertimą parengė I. Misevičienė. WHO-5 yra penkių teiginių savistata paremtas klausimynas, kuriuo vertinama subjektyvi psichologinė gerovė (Bech, 2004). WHO-5 sudaro 5 teiginiai (pvz., „Mano kasdieniame gyvenime buvo daug mane dominančių dalykų“), vertinami Likerto tipo skalėje, kur 0 – „Niekada“, 1 – „Kartais“, 2 – „Mažiau nei pusę laiko“, 3 – „Daugiau nei pusę laiko“, 4 – „Beveik visą laiką“, 5 – „Visą laiką“. Bendras įvertis yra suskaičiuojamas sudedant atskirų teiginių

įverčius ir padauginant iš 4, tad galutinis įvertis varijuoja nuo 0 iki 100, kur 0 reiškia prasčiausią psichologinę gerovę, o 100 – geriausią. Mažėjantis galutinis įvertis implikuoja didėjančią depresijos riziką (Topp et al., 2015). Leidimas naudoti skalę nėra reikalingas.

Kituose tyrimuose gaunamas aukštas skalės vidinis suderinamumas – pavyzdžiui, tyrime, kuriame WHO-5 buvo pateiktas tiek Lietuvos, tiek Jungtinės Karalystės tiriamiesiems, Cronbach α atitinkamai buvo lygi 0,89 ir 0,92 (Norkiene et al., 2021). Šiame tyrime WHO-5 (pildant prieš intervenciją) pademonstravo aukštą vidinį suderinamumą (Cronbach $\alpha = 0,88$). Topp ir kitų (2015) tyrimų, naudojančių WHO-5, apžvalgoje tyrėjai teigia, jog WHO-5 tiek jaunų, tiek ir vyresnių žmonių imtyse WHO-5 išlaiko vieną konstrukta – psichologinę gerovę, o atskiri teiginiai nepersilieja. Atvirksčiai, atskiri WHO-5 teiginiai įvertina skirtingus psichologinės gerovės aspektus.

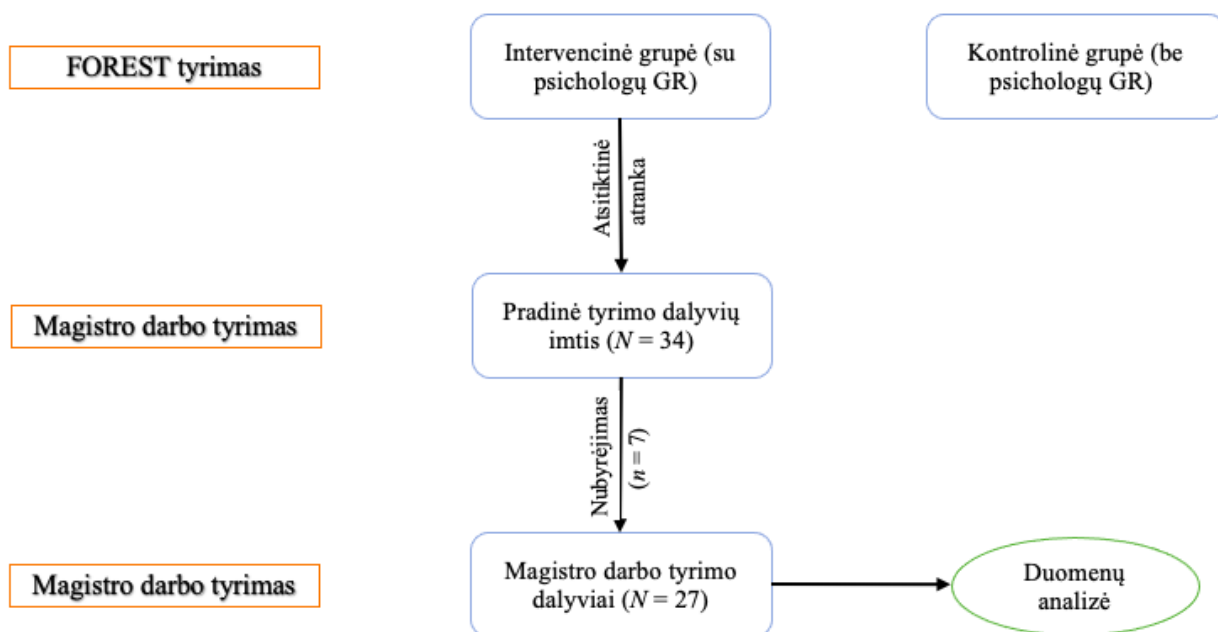
Taip pat tyrime naudotasi sociodemografinių duomenų anketa, kurioje buvo klausama apie tiriamųjų lytį, amžių, išsilavinimą, specializaciją bei apie profesinius duomenis kaip darbo krūvis, mintys apie karjeros pokyčius, susidūrimas su paciento mirtimi. Savo darbo krūvį tyrimo dalyviai nurodė subjektyviai ir remdamiesi darbo etatu: subjektyvus darbo krūvis buvo vertintas vienu klausimu („Jūsų manymu, Jūsų darbo krūvis yra:“) pasirenkant variantą nuo 1 iki 10, kur 1 – „Labai mažas“, o 10 – „Labai didelis“; darbo etatas vertintas pasirenkant iš variantų: „Dirbu ne visą darbo dieną“, „Dirbu visą darbo dieną“ ir „Dirbu daugiau nei vienu etatu“. Mintis apie karjeros pokyčius tyrimo dalyviai nurodė atsakydami „Taip“ arba „Ne“ į klausimą: „Ar per pastarąjį mėnesį esate galvojęs (-usi), kad norėtumėte keisti darbą ir dirbti kitoje – ne sveikatos priežiūros – srityje?“. Susidūrimą su paciento mirtimi tyrimo dalyviai nurodė atsakydami „Taip“ arba „Ne“ į klausimą: „Ar per pastarąjį mėnesį profesinėje veikloje esate susidūręs (-usi) su įvykiais, kurių metu mirė pacientas?“.

2.3. Tyrimo dalyviai

Tiriamieji buvo atrinkti netikimybinės tikslingos patogiosios atrankos būdu. Toks atrankos būdas pasirinktas, nes pagrindiniu FOREST tyrimu nėra siekiama gauti reprezentatyvių rezultatų apie visą Lietuvos sveikatos priežiūros darbuotojų populiaciją ar apie stresą išgyvenančią šios populiacijos dalį. Atranka buvo tikslinga, kadangi kvietimai dalyvauti intervencijoje buvo platinami sveikatos priežiūros darbuotojus vienijančiose grupėse socialiniuose tinkluose, siunčiant kvietimus elektroniniu paštu į asmens sveikatos priežiūros įstaigas, o pačiuose kvietimuose buvo nurodoma, kad dalyvauti yra kviečiami darbe įtampą išgyvenantys specialistai.

Šiam tyrimui atsitiktiniu būdu atrinkti 34 Lietuvoje dirbantys sveikatos priežiūros darbuotojai. Kadangi šio tyrimo tikslas yra nustatyti psichikos sveikatos pokyčius taikant intervenciją, iš duomenų

analizės pašalinti 8 tyrimo dalyviai, neatlikę įvertinimo dalies pasibaigus intervencijai. 2 pav. yra pateikiama tyrimo dalyvių atrankos ir duomenų analizės struktūrinė schema.



2 pav. Tyrimo dalyvių atrankos struktūrinė schema

Galutinis tyrimo dalyvių skaičius buvo 26 medicinos personalo darbuotojai (amžiaus vidurkis $M (SD) = 39,88 (13,42)$). 24 tyrimo dalyvės (92,31 proc.) buvo moterys. Daugiau nei trečdalį medicinos personalo imties sudarė medicinos gydytojai ($n = 10$; 38,46 proc.). Išsamūs tyrimo dalyvių demografiniai duomenys yra pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys (N = 26)

Kintamasis	n (%)	Kintamasis	n (%)
Lytis		Darbo stažas	
Moteris	24 (92,31)	< 2 metai	8 (30,77)
Vyras	2 (7,69)	2-5 metai	4 (15,39)
Kita	0 (0,0)	6-10 metų	3 (11,54)
Amžius		> 10 metų	11 (42,31)
<i>M (SD)</i>	39,88 (13,42)	Darbo statusas	
Intervalas	22-68	Dirba mažiau nei vienu etatu	4 (15,39)
Išsilavinimas		Dirba vienu etatu	9 (34,62)
Vidurinis ar žemesnis	1 (3,85)	Dirba daugiau nei vienu etatu	13 (50,0)
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis	4 (15,39)	Specializacija	
Aukštasis	21 (80,77)	Medicinos slaugytojas	4 (15,39)
Darbo vietos lokacija*		Medicinos psichologas	7 (26,92)
Didmiestis	22 (84,62)	Medicinos gydytojas	10 (38,46)
10,001-40,000 gyventojų	5 (19,23)	Kita	5 (19,23)
Iki 2 tūkst. gyventojų	1 (3,85)		

Pastaba. *tyrimo dalyviai galėjo nurodyti daugiau nei vieną kategoriją

2.4. Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „IBM SPSS Statistics 28“ programą. Naudojant šią programą apskaičiuota aprašomoji statistika, skalių ir subskalių vidinis suderinamumas (Cronbach α), vidurkių skirtumai. Duomenų normalumui tikrinti naudotasi Shapiro-Wilk kriterijumi ir histogramomis. Nustatyta, jog nei viena iš tyrime naudojamų skalių ir subskalių nėra statistiškai

reikšmingai nukrypusios nuo duomenų normalumo. Atsižvelgiant į lyginamų grupių dydžių skirtumus, taikyti neparametriniai kriterijai.

Vertinant stresorių kiekio skirtumus bei persidengimą naudotas Kruskal-Wallis testas, paskačiuotas chi kvadratas. Psichikos sveikatos ir jos veiksnių sąsajoms įvertinti apskaičiuota Pearson koreliacija, taikytas nepriklausomų imčių Student t-testas, Kruskal-Wallis testas. Vidurkių skirtumams, arba intervencijos poveikiui, įvertinti naudotas porinis Student t-testas; apskaičiuotas efekto dydis *d*.

Vertinant intervencijos veiksmingumą kiekvienam dalyviui, apskaičiuotas Patikimo pokyčio indeksas (angl. *Reliable change index (RCI)*). RCI reikšmės mažesnės nei -1,96 arba didesnės nei 1,96 laikomos statistiškai reikšmingomis (Iverson, 2019; Jacobson & Truax, 1991).

3. REZULTATAI

3.1. Tyrimo dalyvių stresoriai

2 lentelė. Tyrimo dalyvių patiriami stresoriai, jų vidurkis ir intervalas ($N = 26$)

ADNM-S	
Stresorių skaičius	
<i>M (SD)</i>	4,85 (2,15)
Intervalas	0-8
Stresoriai	<i>n (%)</i>
Skyrybos / išsiskyrimas	5 (19,23)
Konfliktai šeimoje	17 (65,39)
Konfliktai darbe	10 (38,46)
Konfliktai su kaimynais	3 (11,54)
Artimojo liga / slauga	6 (23,08)
Artimojo mirtis	2 (7,69)
Prisitaikymas prie išėjimo į pensiją	0 (0)
Bedarbystė	2 (7,69)
Per daug arba per mažai darbo	21 (80,77)
Sunkumai dėl riboto laiko / terminų spaudimo	18 (69,23)
Persikraustymas	9 (34,62)
Finansiniai sunkumai	9 (34,62)
Paties (-ios) sunki liga	5 (19,23)
Rimta avarija	0 (0)
Užpuolimas / nusikaltimas	0 (0)
Nutrūkusi laisvalaikio veikla	14 (53,85)
Kita stresą sukėlusią gyvenimo situacija	5 (19,23)

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalės-8 stresorių sąrašas.

Dauguma tyrimų dalyvių ($n = 24$; 92,31 proc.) pažymėjo per vienerius ar dvejus metus prieš intervenciją susidūrę bent su viena stresą keliančia gyvenimo situacija, jiems sukėlusia didelių

sunkumų. Patirtų stresorių intervalas svyravo nuo 0 iki 8, o vidutinis stresorių kiekis imtyje buvo 4,85 ($SD = 2,15$) (2 lentelė).

Tyrimo dalyviai išskyrė dažniausiai susiduriantys su sunkumais dėl per daug arba per mažai darbo ($n = 21$; 80,77 proc.) bei dėl riboto laiko ir / ar terminų spaudimo ($n = 18$; 69,23 proc.). Didžiąją dalį tiriamųjų sunkumų kėlė ir konfliktai šeimoje ($n = 17$; 65,39 proc.) (2 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių specializacijos grupių patiriamų stresorių kiekio skirtumai ($N = 26$)

	Medicinos gydytojai ($n = 10$)	Medicinos psichologai ($n = 7$)	Medicinos slaugytojai ($n = 4$)	Kiti ($n = 5$)			
	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	χ^2	df	p
ADNM-S	4,7 (2,0)	5,6 (0,98)	5,5 (1,73)	3,6 (3,58)	2,415	3	0,491

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalės-8 stresorių sąrašas.

Siekiant nustatyti, ar patiriamų stresorių kiekis skiriasi priklausomai nuo specializacijų, pritaikytas Kruskal-Wallis testas (3 lentelė). Atlikta analizė parodė, kad bendras stresorių kiekis statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp tyrimo dalyvių grupių. Medicinos gydytojai ($M = 4,7$; $SD = 2,0$), medicinos psichologai ($M = 5,6$; $SD = 0,98$), medicinos slaugytojai ($M = 5,5$; $SD = 1,73$) ir kiti ($M = 3,6$; $SD = 3,58$) išgyveno panašų kiekį stresorių.

Daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių ($n = 9$; 34,62 proc.) per mėnesį iki intervencijos darbe susidūrė su paciento mirtimi, o daugiau nei pusė tiriamųjų ($n = 14$; 53,85 proc.) per pastarąjį mėnesį svarstė apie karjeros sveikatos priežiūros srityje nutraukimą. Su paciento mirtimi 4 tyrimo dalyviai (15,39 proc.) susidūrė intervencijos laikotarpiu; 11 tyrimo dalyvių (42,31 proc.) turėjo minčių apie karjeros pokyčius intervencijos laikotarpiu (4 lentelė).

4 lentelė. Tyrimo dalyvių susidūrimas su paciento mirtimi ir mintys apie karjeros pokyčius prieš intervenciją ir jos metu ($N = 26$)

		Tyrimo dalyviai ($N = 26$)
Mėnuo iki intervencijos		<i>n (%)</i>
	Susidūrimas su paciento mirtimi	9 (34,62)
	Mintys apie karjeros pokyčius	14 (53,85)
Intervencijos laikotarpiu		<i>n (%)</i>
	Susidūrimas su paciento mirtimi	4 (15,39)
	Mintys apie karjeros pokyčius	11 (42,31)

Siekiant nustatyti, kaip persidengia susidūrimas su paciento mirtimi ir mintys apie karjeros pokyčius, paskaičiuotas chi kvadratas (5 ir 6 lentelė).

5 lentelė. Susidūrimas su paciento mirtimi ir mintys apie karjeros pokyčius mėnuo iki intervencijos ($N = 26$)

Mėnuo iki intervencijos		Mintys apie karjeros pokyčius		
		Neturi	Turi	
Paciento mirtis	Nesusidūrė	<i>n (%)</i>	10 (38,46)	7 (26,92)
	Susidūrė	<i>n (%)</i>	2 (7,69)	7 (26,92)

6 lentelė. Susidūrimas su paciento mirtimi ir mintys apie karjeros pokyčius intervencijos laikotarpiu ($N = 26$)

Intervencijos laikotarpiu		Mintys apie karjeros pokyčius		
		Neturi	Turi	
Paciento mirtis	Nesusidūrė	<i>n (%)</i>	14 (53,85)	8 (30,77)
	Susidūrė	<i>n (%)</i>	1 (3,85)	3 (11,54)

Nustatyta, kad daugiau nei trečdalis tiriamųjų ($n = 10$; 38,46 proc.) per mėnesį iki intervencijos nesusidūrė su paciento mirtimi ir neturėjo minčių apie karjeros pokyčius. 7 tyrimo dalyviai (26,92 proc.) per mėnesį iki intervencijos susidūrė su paciento mirtimi ir turėjo minčių apie karjeros pokyčius; 77,78 proc. tyrimo dalyvių, kurie susidūrė su paciento mirtimi ($n = 9$), svarstė apie karjeros pokyčius (5 lentelė).

Intervencijos laikotarpiu daugiau nei pusė tiriamųjų ($n = 14$; 53,85 proc.) nesusidūrė su paciento mirtimi ir neturėjo minčių apie karjeros pokyčius. 3 tyrimo dalyviai (11,54 proc.) nurodė intervencijos laikotarpiu susidūrę su paciento mirtimi ir svarstę apie karjeros pokyčius; 3 iš 4 su paciento mirtimi susidūrusių tyrimo dalyvių (75 proc.) turėjo minčių apie karjeros pakeitimą (6 lentelė).

3.2. Tyrimo dalyvių psichikos sveikatos sąsajos su jų amžiumi, darbo stažu, darbo krūviu ir mintimis apie karjeros pokyčius

Siekiant nustatyti sąsajas tarp tyrimo dalyvių psichikos sveikatos ir jų amžiaus buvo paskaičiuota Pearson koreliacija (7 lentelė).

7 lentelė. Tyrimo dalyvių amžiaus ir psichikos sveikatos sąsajos ($N = 26$)

	Amžius
Suvoktas stresas	-0,45*
Depresiškumas	-0,47*
Nerimas	-0,55**
Psichologinė gerovė	0,45*

Pastaba. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Visos gautos tarpusavio koreliacijos buvo statistiškai reikšmingos. Didžiausia tarpusavio koreliacija nustatyta tarp amžiaus ir nerimo ($r = -0,55$; $p \leq 0,01$), o korelacijų įverčiai tarp amžiaus ir depresiškumo ($r = -0,47$; $p \leq 0,05$), amžiaus ir suvokto streso ($r = -0,45$; $p \leq 0,05$) bei amžiaus ir psichologinės gerovės ($r = 0,45$; $p \leq 0,05$) buvo nežymiai mažesni (7 lentelė).

Siekiant nustatyti sąsajas tarp tyrimo dalyvių psichikos sveikatos ir jų darbo stažo, taikytas nepriklausomų imčių Student t-testas. Tyrimo dalyviai apjungti į dvi grupes – dirbančius iki 6 metų ir dirbančius 6 ir daugiau metų (8 lentelė).

8 lentelė. Tyrimo dalyvių darbo stažo ir psichikos sveikatos sąsajos ($N = 26$)

	Iki 6 metų dirbantys ($n = 12$)	6 ir daugiau metų dirbantys ($n = 14$)	t	df	p
	$M (SD)$	$M (SD)$			
Suvoktas stresas	23,5 (4,23)	21,6 (7,70)	0,77	24	0,448
Depresiškumas	11,8 (3,59)	10,4 (5,90)	0,75	24	0,458
Nerimas	10,9 (3,45)	8,3 (4,80)	1,58	24	0,127
Psichologinė gerovė	31,0 (14,98)	40,9 (25,55)	-1,17	24	0,252

Iki 6 metų dirbantys tyrimo dalyviai pasižymėjo šiek tiek aukštesniu nerimu ($M = 10,9$; $SD = 3,45$) nei daugiau nei 6 metus dirbantys ($M = 8,3$; $SD = 4,80$) ($t(24) = 1,58$; $p = 0,127$), tačiau rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi (8 lentelė).

Siekiant nustatyti sąsajas tarp tyrimo dalyvių psichikos sveikatos bei jų darbo krūvio, apskaičiuota Pearson koreliacija subjektyviai patiriamam darbo krūviui (9 lentelė) ir Kruskal-Wallis testas darbo etatui (10 lentelė).

9 lentelė. Tyrimo dalyvių subjektyviai patiriamo darbo krūvio ir psichikos sveikatos sąsajos ($N = 26$)

	Darbo krūvis
Suvoktas stresas	0,05
Depresiškumas	0,03
Nerimas	-0,74
Psichologinė gerovė	0,07

10 lentelė. Tyrimo dalyvių darbo etato ir psichikos sveikatos sąsajos ($N = 26$)

	Dirba mažiau nei vienu etatu ($n = 4$)		Dirba Dirba vienu etatu ($n = 9$)		Dirba daugiau nei vienu etatu ($n = 13$)		χ^2	df	p
	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$					
Suvoktas stresas	20,0 (10,0)	23,9 (8,05)	22,2 (3,30)	1,169	2	0,557			
Depresiškumas	7,8 (6,85)	11,6 (5,36)	11,7 (3,95)	1,497	2	0,473			
Nerimas	6,3 (4,19)	10,8 (5,87)	9,6 (2,72)	1,655	2	0,437			
Psichologinė gerovė	48,0 (35,63)	33,8 (21,92)	34,5 (16,54)	0,560	2	0,756			

Ieškant sąsajų tarp psichikos sveikatos ir subjektyviai patiriamo darbo krūvio nebuvo gauti statistiškai reikšmingi rezultatai (9 lentelė). Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta lyginant dirbančius mažiau nei vienu etatu, vienu etatu dirbančius ir daugiau nei vienu etatu dirbančius tyrimo dalyvius (10 lentelė).

Siekiant nustatyti sąsajas tarp minčių apie karjeros pokyčius ir psichikos sveikatos taikytas nepriklausomų imčių Student t-testas (11 lentelė).

11 lentelė. Tyrimo dalyvių minčių apie karjeros pokyčius sąsajos su psichikos sveikata ($N = 26$)

	Neturėjo minčių apie karjeros pokyčius ($n = 12$)	Turėjo minčių apie karjeros pokyčius ($n = 14$)	t	df	p
	$M (SD)$	$M (SD)$			
Suvoktas stresas	20,1 (6,79)	24,5 (5,26)	-1,87	24	0,074
Depresiškumas	10,9 (4,96)	11,14 (5,1)	-0,11	24	0,910
Nerimas	8,5 (4,85)	10,4 (3,86)	-1,09	24	0,288
Psichologinė gerovė	39,7 (26,89)	33,43 (16,12)	0,73	24	0,473

Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp minčių apie karjeros pokyčius ir psichikos sveikatos (11 lentelė). Galima išvelgti arti statistinio reikšmingumo esančią tendenciją – neturėję minčių apie karjeros pokyčius tyrimo dalyviai išgyveno šiek tiek žemesnį suvoktą stresą ($M = 20,1$; $SD = 6,79$) nei tokių minčių turėję ($M = 24,5$; $SD = 5,26$) ($t(24) = -1,87$; $p = 0,074$).

3.3. Tyrimo dalyvių psichikos sveikatos pokyčiai taikant internetinę intervenciją

Siekiant nustatyti, kaip keitėsi tyrimo dalyvių suvoktas stresas, depresiškumas, nerimas ir psichologinė gerovė prieš ir po naudojimosi internetine intervencija taikytas porinis Student t-testas bei apskaičiuotos efekto dydis d (12 lentelė) ir apskaičiuotos RCI reikšmės (13 lentelė).

12 lentelė. Tyrimo dalyvių psichikos sveikata prieš ir po intervencijos ($N = 26$)

	Prieš intervenciją ($N = 26$)	Po intervencijos ($N = 26$)	t	df	p	d
	$M (SD)$	$M (SD)$				
Suvoktas stresas	22,5 (6,3)	18,7 (5,55)	3,67	25	0,001	0,72
Depresiškusmas	11,0 (4,94)	8,3 (5,54)	2,9	25	0,008	0,57
Nerimas	9,5 (4,36)	6,9 (5,04)	2,83	25	0,009	0,56
Psichologinė gerovė	36,3 (21,52)	43,5 (17,72)	-1,93	25	0,065	-0,38

Pastaba: Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Nustatyta, kad tyrimo dalyviai po intervencijos ($M = 18,7$; $SD = 5,55$) nurodė jautę statistiškai reikšmingai mažesnį suvokto streso lygį nei prieš ją ($M = 22,5$; $SD = 6,3$) ($t(25) = 3,67$; $p = 0,001$). Pokyčio efekto dydis yra vidutinis ($d = 0,72$) (12 lentelė). Po naudojimosi internetine intervencija sumažėjo ir depresiškusmas ($t(25) = 2,9$; $p = 0,008$): tyrimo dalyviai prieš intervenciją ($M = 11,0$; $SD = 4,94$) išgyveno statistiškai reikšmingai didesnį depresiškusmą nei pasibaigus intervencijai ($M = 8,3$ $SD = 5,54$). Pokyčio efekto dydis vidutinis ($d = 0,57$). Statistiškai reikšmingai sumažėjo tyrimo dalyvių jaučiamas nerimas ($t(25) = 2,83$; $p = 0,009$): prieš intervenciją ($M = 9,5$; $SD = 4,36$) tyrimo dalyvių nerimas buvo aukštesnis nei pasibaigus intervencijai ($M = 6,9$; $SD = 5,04$). Pokyčio efekto dydis yra vidutinis ($d = 0,56$). Nustatyti statistiškai reikšmingo psichologinės gerovės pokyčio po naudojimosi internetine intervencija nepavyko ($t(25) = -1,93$; $p = 0,065$), nors reikšmingumo lygis yra arti statistiškai reikšmingo.

13 lentelė. Tyrimo dalyvių psichikos sveikatos individualūs pokyčiai ($N = 26$)

	Intervalas	$M (SD)$	Teigiamas RCI	Nėra pokyčio	Neigiamas RCI
			$n (%)$	$n (%)$	$n (%)$
Suvoktas stresas	-1,47-5,0	1,1 (1,52)	8 (30,77)	18 (69,23)	0 (0)
Depresiškumas	-3,77-3,77	0,9 (1,51)	6 (23,08)	19 (73,08)	1 (3,85)
Nerimas	-2,46-6,56	1,1 (1,93)	6 (23,08)	19 (73,08)	1 (3,85)
Psichologinė gerovė	-4,21-2,3	-0,7 (1,82)	2 (7,69)	19 (73,08)	5 (19,23)

Pastaba: RCI – patikimo pokyčio indeksas.

Individualūs suvokto streso pokyčiai. RCI reikšmės suvoktam stresui išsidėstė nuo -1,47 iki 5,0 ($M = 1,1$; $SD = 1,52$) (13 lentelė). Teigiamas RCI rodo, jog suvoktas stresas po intervencijos sumažėjo, o neigiamas RCI rodo suvokto streso sustiprėjimą. Suvoktas stresas statistiškai reikšmingai sumažėjo beveik trečdaliui tiriamųjų ($n = 8$; 30,77 proc.), aštuoniolika tyrimo dalyvių (69,23 proc.) suvokto streso skirtumų po intervencijos nepajautė bei nebuvo nei vieno tyrimo dalyvio, kuriam po intervencijos suvokto streso lygis išaugo.

Individualūs depresiškumo pokyčiai. RCI reikšmės depresiškumui išsidėstė nuo -3,77 iki 3,77 ($M = 0,9$; $SD = 1,51$) (13 lentelė). Teigiamas RCI nurodo depresiškumo sumažėjimą, o neigiamas RCI – depresiškumo padidėjimą. Vienam tyrimo dalyviui (7,69 proc.) po intervencijos depresiškumas padidėjo, didžiajai tiriamųjų daliai ($n = 19$; 73,08 proc.) po intervencijos depresiškumas nepasikeitė, tačiau šeši tiriamieji (23,08 proc.) po intervencijos jautėsi mažiau depresiškumo.

Individualūs nerimo pokyčiai. RCI reikšmės nerimui išsidėstė nuo -2,46 iki 6,56 ($M = 1,1$; $SD = 1,93$) (13 lentelė). Teigiamas RCI rodo, jog jaučiamas nerimas po intervencijos sumažėjo, o neigiamas RCI nurodo nerimo padidėjimą po naudojimosi intervencija. Šeši tiriamieji (23,08 proc.) po intervencijos jautė nerimo sumažėjimą, kai tuo tarpu vienam tyrimo dalyviui (3,85 proc.) nerimo lygis po naudojimosi intervencija išaugo. Devyniolika tiriamųjų (73,08 proc.) nerimo pokyčių po naudojimosi intervencija nejautė.

Individualūs psichologinės gerovės pokyčiai. RCI reikšmės psichologinei gerovei išsidėstė nuo -4,21 iki 2,3 ($M = -0,7$; $SD = 1,82$) (13 lentelė). Šiuo atveju, neigiamas RCI nurodo psichologinės gerovės padidėjimą, o teigiamas RCI – psichologinės gerovės sumažėjimą. Devyniolikai (73,08 proc.) tyrimo dalyvių psichologinė gerovė po intervencijos nepasikeitė, tačiau penki tiriamieji (19,23

proc.) po intervencijos išgyveno didesnę psichologinę gerovę nei prieš intervenciją. Du tyrimo dalyviai (7,69 proc.) jautė sumažėjusią psichologinę gerovę.

3.4. Tyrimo dalyvių stresorių ir psichikos sveikatos pokyčių taikant internetinę intervenciją sąsajos

Siekiant nustatyti sąsajas tarp patiriamų stresorių kiekio ir psichikos sveikatos pokyčių po naudojimosi internetine intervencija apskaičiuota Pearson koreliacija (14 lentelė).

14 lentelė. Tyrimo dalyvių prieš intervenciją ir jos metu patiriamų stresorių ir psichikos sveikatos pokyčių sąsajos ($N = 26$)

	Prieš intervenciją	Intervencijos laikotarpiu
	ADNM-S stresorių suma	ADNM-S stresorių suma
Suvokto streso pokyčiai	0,47*	-0,17
Depresiško pokyčiai	0,24	-0,01
Nerimo pokyčiai	0,26	-0,32
Psichologinės gerovės pokyčiai	-0,35	0,09

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalės-8 stresorių sąrašas.

* $p \leq 0,05$.

Nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija tarp ADNM-S bendro stresorių kiekio prieš intervenciją bei suvokto streso pokyčių po naudojimosi intervencija ($r = 0,47$; $p = 0,015$) (14 lentelė). Artima statistiniam reikšmingumui koreliacija nustatyta tarp ADNM-S bendro stresorių kiekio prieš intervenciją bei psichologinės gerovės pokyčių po naudojimosi intervencija ($r = -0,35$; $p = 0,085$). Statistiškai reikšmingų koreliacijų tarp ADNM-S bendro stresorių kiekio intervencijos laikotarpiu ir kitų psichikos sveikatos pokyčių nepavyko (14 lentelė).

Siekiant nustatyti sąsajas tarp susidūrimo su paciento mirtimi (prieš intervenciją ir jos metu) ir psichikos sveikatos pokyčiais po naudojimosi internetine intervencija taikytas nepriklausomų imčių Student t-testas (15 lentelė).

15 lentelė. Tyrimo dalyvių susidūrimo su paciento mirtimi ir psichikos sveikatos pokyčių sąsajos ($N = 26$)

	Nesusidūrė su paciento mirtimi ($n = 16$)	Susidūrė su paciento mirtimi ($n = 10$)	t	df	p
	$M (SD)$	$M (SD)$			
Suvokto streso pokyčiai	3,7 (5,79)	3,8 (4,32)	-0,05	24	0,958
Depresiškumo pokyčiai	3,1 (5,37)	2,2 (3,91)	0,44	24	0,665
Nerimo pokyčiai	2,9 (5,16)	2,2 (4,10)	0,35	24	0,730
Psichologinės gerovės pokyčiai	-7,3 (18,72)	-7,2 (20,64)	-0,01	24	0,995

Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp psichikos sveikatos pokyčių ir susidūrimo su paciento mirtimi.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime buvo nagrinėjimas KET paremtos internetinės intervencijos veiksmingumas stresą patiriančiam medicinos personalui. Siekiant pabrėžti intervencijos individualizavimo tiriamai imčiai svarbą, šiame tyrime taip pat yra apžvelgiami medicinos personalo patiriami stresoriai bei veiksniai, susiję su medicinos darbuotojų psichikos sveikata ir jos pokyčiais.

Toliau šiame skyriuje aptariame gautus rezultatus atitinkamai įvade išsikeltiems uždaviniams, ir apžvelgiame juos kitų mokslinių tyrimų kontekstas.

4.1. Medicinos personalo stresoriai

Kasdieniai stresoriai. Šiame tyrime nustatyta, jog 80,77 proc. ($n = 21$) stresą patiriančio medicinos personalo darbuotojų sunkumų kėlė darbo kiekis, o 69,23 proc. ($n = 18$) medicinos personalo patyrė sunkumų dėl riboto laiko ir / ar terminų spaudimo. Tuo tarpu, daugiau nei pusė medicinos darbuotojų susidūrė ir su sunkumais savo asmeniniame gyvenime – 65,39 proc. ($n = 17$) dėl konfliktų šeimoje bei 53,85 proc. ($n = 14$) dėl nutrūkusios laisvalaikio veiklos. Be to, darbe patiriamų stresorių kiekis nesiskyrė tarp skirtingų specializacijų medicinos personalo. Kituose tyrimuose nustatyta, jog didelis darbo krūvis bei laiko stoka yra stresoriai, kurie medicinos personalui buvo būdingi tiek priešpandeminiu laikotarpiu, tiek ir pandemijos metu, o mūsų tyrimo, atlikto pandemijai atslūgus, rezultatai su jais sutampa (Frenkel et al., 2022; Giga et al., 2018). Svarbu pabrėžti, jog Frenkel ir kiti (2022) atliko tyrimą 2020 m. pandemijos piko laikotarpiu ir kaip vieną daugiausiai sunkumų kėlusią stresorių nustatė išaugusio darbo krūvio ir asmeninio gyvenimo konfliktus. Nors mūsų tyrime nebuvo konkrečiai klausama apie darbo krūvio įtaką asmeniniam gyvenimui, tačiau daugiau nei pusė tyrimo dalyvių išgyveno sunkumus ir dėl darbo krūvio bei laiko stokos, ir dėl konfliktų šeimoje bei nutrūkusios laisvalaikio veiklos.

Susidūrimas su paciento mirtimi ir mintys apie karjeros pokyčius. Nagrinėjant medicinos personalo patiriamus stresorius taip pat nustatyta, jog beveik trečdalis ($n = 9$; 34,62 proc.) į intervenciją užsiregistravusių stresą patiriančių medicinos darbuotojų per mėnesį iki intervencijos darbe susidūrė su paciento mirtimi, o daugiau nei pusė tiriamųjų ($n = 14$; 53,85 proc.) per pastarąjį mėnesį svarstė apie karjeros sveikatos priežiūros srityje nutraukimą. Carton ir Hupcey (2014) apžvelgdami tyrimus apie medicinos darbuotojų susidūrimą su pacientų mirtimi pabrėžė, jog susidūrimą su paciento mirtimi išgyvenę medicinos darbuotojai nesulaukdami pagalbos ne tik išgyvena stresą, tačiau gali ir palikti savo darbą. Mūsų tyrime nustatyta, jog net 7 iš 9 (77,78 proc.) prieš intervenciją ir 3 iš 4 (75 proc.) intervencijos laikotarpiu su paciento mirtimi susidūrusių sveikatos priežiūros darbuotojų galvojo apie karjeros pokyčius. Galvojant ne tik apie mintis, bet ir

realius karjeros pokyčius, mūsų gauti rezultatai nurodo reikšmingą riziką sveikatos apsaugos sistemos Lietuvoje kokybei.

Apibendrinimas. Nors pandemija atslūgo, dauguma stresą patiriančių medicinos darbuotojų susiduria su sunkumais dėl darbo krūvio bei terminų. Tikėtina, jog darbe kylantys sunkumai paveikia ir medicinos darbuotojų asmeninį gyvenimą, kadangi daugumai medicinos personalo sunkumų kelia šeimoje kylantys konfliktai bei negalėjimas užsiimti norima laisvalaikio veikla. Kitaip sakant, gali būti, kad medicinos darbuotojai išgyvena profesinio ir asmeninio gyvenimo konfliktą. Svarbu paminėti ir tai, kad kas trečias stresą patiriantis medicinos darbuotojas savo darbe susidūrė su pacientų mirtimis ir dauguma turėjusių šią patirtį išsakė galvojančys apie karjeros sveikatos priežiūros srityje nutraukimą. Šie rezultatai nurodo į būtinybę užtikrinti kokybiškos psichologinės pagalbos teikimą medicinos personalui siekiant ne tik stiprinti jų streso įveikos įgūdžius, tačiau ir siekiant išlaikyti sveikatos apsaugos sistemos kokybę.

4.2. Medicinos personalo psichikos sveikatos sąsajos

Psichikos sveikatos sąsajos su amžiumi ir darbo stažu. Nustatyta neigiama sąsaja tarp medicinos darbuotojų amžiaus ir suvokto streso, depresiškumo ir nerimo bei teigiama sąsaja su psichologine gerove. Kitaip tariant, kuo vyresnio amžiaus medicinos darbuotojas, tuo jis išgyvena mažiau streso, depresijos simptomų, nerimo bei daugiau psichologinės gerovės lyginant su jaunesniais sveikatos priežiūros darbuotojais. Visgi, nepavyko nustatyti darbo stažo sąsajų su psichikos sveikata. Šie rezultatai tik dalinai sutampa su kitų tyrimų duomenimis, kuriuose nustatyta, kad didesne rizika išgyventi stresą, depresiškumą ir nerimą pasižymi jaunesni ir mažiau darbo patirties turintys medicinos darbuotojai (Claponea et al., 2022; Fernandez et al., 2021; Žutautienė et al., 2020). Tokius rezultatus galėtų paaiškinti nepatikslintas sociodemografinių duomenų anketos klausimas apie darbo stažą („Jūsų darbo stažas:“). Nors į darbo stažą įeina visas laikotarpis, kurį žmogus dirba tam tikrame sektoriuje, dalis tyrimo dalyvių galėjo klausimą interpretuoti kaip laiką, kurį jie dirba savo dabartinėje darbovietėje. Tai galėtų paaiškinti sąsają tarp amžiaus ir psichikos sveikatos bei jos išnykimą darbo stažo atveju.

Psichikos sveikatos sąsajos su darbo krūviu. Šiame tyrime nepavyko nustatyti suvokto streso, depresiškumo, nerimo ir psichologinės gerovės sąsajų nei su medicinos personalo subjektyviai vertinamu savo darbo krūviu, nei su jų darbo etatu. Gauti rezultatai nesutampa su kitais tyrimais, kuriuose nustatytas ryšys tarp intensyvėjančio darbo krūvio ir didesnių psichologinių sunkumų, mažesnės psichologinės gerovės (Izdebski et al., 2023; Pappa et al., 2020). Visgi, šiuos rezultatus gali paaiškinti tyrimo imties charakteristikos. Dalyvauti į intervenciją buvo kviečiami stresą patiriantys medicinos darbuotojai, kurių darbo krūvis, remiantis kitais tyrimais, turėtų būti aukštas (Izdebski et

al., 2023). Išties, subjektyviai vertinto darbo krūvio (nuo 1 iki 10, kur 1 – „Labai mažas“, o 10 – „Labai didelis“) vidurkis buvo aukštas ($M = 8,4$; $SD = 1,5$), o visą darbo dieną ir daugiau nei vienu etatu dirbančių tyrimo dalyvių buvo 84,62 proc. ($n = 22$). Tad tikėtina, kad statistinės sąsajos tarp darbo krūvio ir psichikos sveikatos nepavyko atrasti dėl mažo skaičiaus tyrimo dalyvių, dirbančių mažesniu krūviu.

Psichikos sveikatos sąsajos su mintimis apie karjeros pokyčius. Mūsų tyrime nepavyko nustatyti sąsajų tarp turimų minčių apie karjeros pokyčius bei psichikos sveikatos. Nustatyta statistinį reikšmingumą beveik siekianti sąsaja ($p = 0,074$): turėję minčių apie karjeros pokyčius medicinos darbuotojai išgyveno stipresnę suvoktą stresą nei tokių minčių neturintys. Vis dėlto kituose tyrimuose nustatyta, jog turintys minčių apie karjeros pokyčius medicinos darbuotojai išgyvena ir didesnę depresiškumą, nerimą, pasižymi žemesne psichologine gerove nei nesvarstantys nutraukti savo karjeros sveikatos priežiūros srityje (Norkiene et al., 2021). Tai, jog mums nepavyko nustatyti šių sąsajų kelia klausimų tolesniems tyrimams, kuriuose būtų galima nagrinėti, kas paskatina medicinos darbuotojus galvoti apie karjeros sveikatos priežiūros srityje nutraukimą. Gali būti, jog mintis apie karjeros pokyčius skatina tokie stresoriai, kurie yra mažiau susiję su psichologiniais sunkumais, pavyzdžiui, mažas finansinis atlygis.

Apibendrinimas. Mūsų tyrime nustatyta, jog vyresni medicinos darbuotojai susiduria su mažiau streso, depresijos simptomų, nerimo bei išgyvena aukštesnę psichologinę gerovę, tačiau šios sąsajos išnyko ieškant psichikos sveikatos sąsajų su darbo stažu. Sąsajos išnykimą galimai nulėmė nevienodas darbo stažo interpretavimas atsakant į klausimą tyrimo anketoje. Nenustatyta psichikos sveikatos sąsajų su darbo krūviu, tačiau tai gali būti nulemta itin aukšto intervencijoje dalyvavusių medicinos darbuotojų darbo krūvio ir mažo kiekio darbuotojų, susiduriančių su žemesniu krūviu. Galiausiai, nenustatėme medicinos personalo minčių apie karjeros pokyčius sąsajų su psichikos sveikata, o tai kelia klausimų tolesniems tyrimams apie veiksnius, susijusius su medicinos darbuotojų mintimis apie karjeros sveikatos priežiūros srityje nutraukimą.

4.3. Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčiai taikant KET paremtą internetinę intervenciją

Psichikos sveikatos pokyčiai. Mūsų tyrime nustatyta, jog po naudojimosi internetine KET paremta intervencija sumažėjo medicinos personalo suvoktas stresas ($p = 0,001$; $d = 0,72$), depresiškumas ($p = 0,008$; $d = 0,57$) ir nerimas ($p = 0,009$; $d = 0,56$). Psichologinių sunkumų pokyčiai buvo vidutiniai. Apžvelgdami individualius psichologinių sunkumų pokyčius nustatėme, kad suvoktas stresas reikšmingai sumažėjo 30,77 proc. ($n = 8$) medicinos darbuotojų, o depresiškumas ir nerimas reikšmingai sumažėjo 23,08 proc. ($n = 6$) medicinos darbuotojų. Taip pat nustatėme

depresiškumo pablogėjimą vienam medicinos darbuotojui ir nerimo suintensyvėjimą vienam medicinos darbuotojui. Visgi, nepavyko nustatyti psichologinės gerovės padidėjimo ($p = 0,65$) po naudojimosi intervencija, nors tendencija yra arti statistiniam reikšmingumui. Konkretizuojant psichologinės gerovės pokyčius po naudojimosi intervencija, penkiems medicinos personalo darbuotojams (19,23 proc.) psichologinė gerovė reikšmingai padidėjo, o dviems tyrimo dalyviams (7,69 proc.) ji reikšmingai sumažėjo.

Gauti rezultatai yra svarbūs kitų KET internetinių intervencijų tyrimų kontekste. Mūsų tyrime, skirtingai nei Kuribayashi ir kitų (2020) tyrime apie kognityvinę pertvarka paremtos internetinės intervencijos veiksmingumą medicinos personalui, pavyko nustatyti depresiškumo pokytį po naudojimosi intervencija. Mūsų taikytos intervencijos veiksmingumas galėjo pasireikšti dėl orientavimosi į medicinos personalo santykio su savo vidiniais išgyvenimais gerinimą, o ne pojūčių ir išgyvenimų koregavimą (Hayes & Hofmann, 2021). Tai patvirtina ir mūsų taikytos intervencijos panašumas su Trottier ir kitų (2022), kurie nustatė teigiamą kognityvinio apdorojimo terapija paremtos internetinės intervencijos poveikį medicinos personalo depresiškumui, nerimui ir potrauminio streso simptomams. FOREST intervencija ir Trottier ir kitų (2022) taikyta intervencija sutampa dėl skatinimo nevengti intensyvių vidinių išgyvenimų, kylančių dėl stresinių patirčių darbe, psichoedukacijos apie šiuos išgyvenimus bei santykį su išgyvenimais lengvinančių relaksacijų praktikavimo. Taip pat mūsų taikyta intervencija yra panaši su Gollwitzer ir kitų (2018) taikyta internetine intervencija medicinos personalui dėl skatinimo įsivardinti veiklas, galinčias padėti atgauti kontrolės jausmą ir suvaldyti darbe kylančių stresorių poveikį. Šiame tyrime, kaip ir mūsų, pavyko nustatyti po intervencijos sumažėjusį medicinos personalo suvoktą stresą (Gollwitzer et al., 2018). Taigi, gali būti, jog mūsų gautus rezultatus apie suvokto streso, depresiškumo ir nerimo sumažėjimą nulėmė FOREST intervencijos į santykio su savo išgyvenimais keitimą orientuoti pratimai bei skatinimas atrasti naujus būdus, padedančius atsitraukti nuo jaučiamo streso.

Svarbu aptarti ir tai, kad šiame tyrime nepavyko nustatyti reikšmingo medicinos darbuotojų psichologinės gerovės pakitimo po naudojimosi KET paremta internetine intervencija. Tai galima interpretuoti dvejopai. Tokie rezultatai iš dalies pagrindžia Keyes (2015) visapusišką psichikos sveikatos modelį, kuriame pozityvus funkcionavimas ir psichologiniai sunkumai yra apibrėžiami kaip susiję, tačiau atskirus konstruktus sudarantys psichikos sveikatos komponentai. Mūsų tyrime pavyko nustatyti psichologinių sunkumų pokyčius ir tai yra FOREST intervencijos stiprybė, tačiau psichologinių sunkumų sumažėjimas savaime nereiškia ir aukštesnio psichologinės gerovės išgyvenimo (Keyes, 2005). Kita vertus, statistinį reikšmingumą beveik pasiekusį psichologinės gerovės pokytį galėjo nulemti ir du tyrimo dalyviai, kuriems po intervencijos sumažėjo psichologinė gerovė. Nustatėme, jog šie tyrimo dalyviai prieš intervenciją ir jos metu darbe susidūrė su paciento mirtimi. Gali būti, jog psichologinės gerovės sumažėjimas yra susijęs būtent su šiomis patirtimis,

ypač turint omenyje, jog dalyvaujant internetinėse intervencijose gali kilti ir nemalonių pojūčių ir išgyvenimų (Johansson et al., 2015)

Apibendrinimas. Savo tyrimu nustatėme KET paremtos internetinės intervencijos veiksmingumą mažinant medicinos personalo suvoktą stresą, depresiškumą ir nerimą. Mūsų gauti rezultatai sutampa su kitomis į procesą orientuota KET paremtomis internetinės intervencijomis bei pabrėžia jų stiprybę pritaikant šias intervencijas medicinos personalui. Visgi, nenustatėme reikšmingo medicinos personalo psichologinės gerovės pokyčio po naudojimosi intervencija, nors pokytis buvo artimas statistiniam reikšmingumui. Bendro psichologinės gerovės pokyčio nebuvimą gali paaiškinti dviem medicinos darbuotojams reikšmingai sumažėjusi psichologinė gerovė. Vis dėlto gali būti, jog FOREST intervencija yra veiksmingesnė padedant su psichologiniais sunkumais, tačiau mažiau skatina pozityvų funkcionavimą.

4.4. Medicinos personalo psichikos sveikatos pokyčių taikant KET paremtą internetinę intervenciją ir patiriamų stresorių sąsajos

Psichikos sveikatos pokyčių ir stresorių sąsajos. Turint omenyje, jog medicinos personalas dirba itin įtemptomis sąlygomis, siekėme nustatyti sąsajas tarp medicinos darbuotojų patiriamų stresorių ir jų psichikos sveikatos pokyčių taikant KET paremtą internetinę intervenciją.

Mūsų gauti rezultatai rodo, kad susidūrimas su paciento mirtimi nėra susijęs su psichikos sveikatos pokyčiais. Kituose tyrimuose nustatyta, jog susidūrimas su paciento mirtimi yra susijęs su aukštesniu medicinos personalo suvoktu stresu, nerimu ir depresiškumu bei potrauminio streso reakcijomis (Mosheva et al., 2021). Morrison Wylde ir kitų (2017) dėmesingu įsisąmoninimu paremtos internetinės intervencijos tyrimo nustatyta, kad medicinos personalo, patiriančio potrauminio streso reakcijas dėl susidūrimo su pacientų kančia ir mirtimis, psichikos sveikata po intervencijos nepagerėjo. Visgi, mūsų rezultatuose nenustatyta, kad susidūrimas su paciento mirtimi būtų susijęs su mažesniu intervencijos veiksmingumu. Šiame tyrime nevertinome medicinos personalo potrauminio streso simptomų, tad gali būti, jog net ir susidūrę su pacientų mirtimis medicinos darbuotojai potrauminio streso simptomų neišgyveno, tad intervencija jiems buvo tiek pat veiksminga, kiek ir su mirtimis nesusidūrusiam medicinos personalui. Kita vertus, kaip jau buvo aptarta, FOREST intervencija turinio atžvilgiu yra panaši į Trotter ir kitų (2022) potrauminio streso simptomus išgyvenantiems medicinos darbuotojams pritaikytą internetinę intervenciją, tad gali būti, jog FOREST intervencija buvo veiksminga ne tik mažinant suvoktą stresą, depresiškumą ir nerimą, tačiau ir gerinant potrauminio streso simptomų įveikimą.

Šiame tyrime nustatėme, jog prieš intervenciją patiriamų stresorių kiekis yra susijęs su didesniu medicinos personalo suvokto streso sumažėjimu po intervencijos ($r = 0,47$; $p = 0,015$). Arti

statistinio reikšmingumo buvo ir psichologinės gerovės padidėjimas siejant jį su prieš intervenciją patiriamų stresorių kiekiu ($r = -0,35$; $p = 0,085$). Tokie rezultatai rodo, kad kuo daugiau stresą keliančių aplinkybių prieš intervenciją išgyveno medicinos personalas, tuo intervencija jiems buvo veiksmingesnė mažinant suvoktą stresą ir didinant psichologinę gerovę. Kiti tyrėjai kalba apie tai, kad siekiant padėti medicinos darbuotojams būtina suvaldyti stresorius ir gerinti darbo sąlygas organizacijos lygmenyje, tačiau šiame tyrime pademonstravome, kad net ir išgyvenant didelį stresorių kiekį į streso mažinimą orientuotą KET paremta internetinė intervencija gali būti veiksminga mažinant suvoktą stresą bei skatinant psichologinės gerovės patyrimą medicinos darbuotojams (Giga et al., 2018).

Apibendrinimas. Ieškodami sąsajų tarp medicinos darbuotojų susidūrimo su paciento mirtimi ir psichikos sveikatos pokyčių taikant KET paremtą internetinę intervenciją reikšmingų sąsajų neradome. Nors susidūrimas su paciento mirtimi gali būti potencialiai traumuojantis ir skatinantis potrauminio streso simptomų atsiradimą, gali būti, jog tokių simptomų tyrimo imties medicinos darbuotojai neišgyveno, todėl tai neveikė intervencijos veiksmingumo jų psichikos sveikatai. Visgi, gali būti, jog intervencija buvo veiksminga ir gerinant potrauminio streso simptomus. Nustatėme ir tai, jog didesnis medicinos darbuotojų patiriamų stresorių kiekis nebuvo susijęs su mažesniu intervencijos veiksmingumu jų psichikos sveikatai. Gavome priešingus rezultatus, dar labiau pagrindžiančius KET paremtos intervencijos veiksmingumą gerinant medicinos personalo psichikos sveikatą net ir didelio kiekio patiriamų stresorių kontekste.

4.5. Tyrimo ribotumai

Dėl kelių priežasčių mūsų tyrime gautus rezultatus reikėtų interpretuoti atsargiai. Visų pirma, maža šio tyrimo imtis ($N = 26$) bei tai, kad 92,31 proc. ($n = 24$). tyrimo dalyvių buvo moterys, kelia rezultatų validumo klausimų – nėra aišku, kaip didesnė imtis ir proporcingesnis lyčių pasiskirstymas paveiktų intervencijos rezultatus. Be to, į intervenciją dalyvauti buvo kviečiami stresą patiriantys medicinos darbuotojai, o tai nėra reprezentatyvi imtis Lietuvos medicinos personalo populiacijai, tad rezultatai neturėtų būti generalizuojami kalbant apie Lietuvos medicinos personalą. Tyrimo imties specifiškumas galėjo nulemti ir psichikos sveikatos sąsajų, nustatytų kituose tyrimuose, nebuvimą.

Taip pat, nors šiame tyrime yra aptariami KET paremtos internetinės intervencijos veiksmingumą galėję nulemti veiksniai, tokiai analizei atlikti reikalinga didesnė tyrimo dalyvių imtis ir tyrimo instrumentai, kuriais būtų įvertinami galimi psichikos sveikatos pokyčių mechanizmai. Pavyzdžiui, tolesniuose tyrimuose būtų galima įvertinti, ar viena FOREST intervencijos sesijų apie kontrolės jausmą padėjo tyrimo dalyviams geriau atskirti savo asmeninį ir profesinį gyvenimą ir kaip tai yra susiję su psichikos sveikatos pokyčiais taikant šią intervenciją. Kituose tyrimuose būtų galima

patikrinti, kaip internetinės intervencijos veiksmingumą paveikia tokie veiksniai kaip psichologo teikiamas grįžtamasis ryšys, realus laikas, praleistas naudojantis intervencija, intervencijoje mokomų pratimų praktikavimo dažnumas ir pan.

Galiausiai, šiame tyrime naudojamas vienos grupės prieš-po įvertinimo tyrimo dizainas. Šią tyrimo strategiją galima prilyginti eksperimentiniam tyrimui be palyginamosios grupės. Toks tyrimo dizainas yra neretai taikomas klinikiniuose tyrimuose, kuomet siekiama surinkti pirminius rezultatus apie intervencijos veiksmingumą ir turėti tvirtesnę argumentaciją tolesniems intervencijos veiksmingumo tyrimams su griežtesne metodologija ir didesnėmis imtimis (Barker et al., 2015). Visgi, reikia atkreipti dėmesį į tai, jog šio intervencinio tyrimo nepriklausomas kintamasis yra FOREST intervencija, kurios turinys susideda iš psichoedukacijos, užduočių, psichologų grįžtamojo ryšio ir pan. Todėl nors yra kalbama apie tyrimo dalyvių psichikos sveikatos pokyčius pasinaudojus FOREST intervencija, reikia turėti omenyje, kad intervencija nėra vientisas konstruktas, o tai kelia konstrukto validumo klausimų. Taip pat svarbu pabrėžti, kad šio tyrimo vidinį validumą reikia žiūrėti atsargiai dėl palyginamosios grupės nebuvimo.

IŠVADOS

1. Kognityvine elgesio terapija paremtoje internetinėje intervencijoje dalyvavusio medicinos personalo imtyje buvo labiausiai paplitę šie stresoriai: darbo kiekis (80,77 proc.), ribotas laikas ir / ar terminų spaudimas (69,23 proc.), konfliktai šeimoje (65,39 proc.) ir nutrūkusi laisvalaikio veikla (53,85 proc.).
2. Vyresnio amžiaus medicinos personalas išgyveno mažesnę suvoktą stresą, depresiškumą, nerimą bei didesnę psichologinę gerovę nei jaunesnio amžiaus medicinos personalas. Šiuo tyrimu nebuvo rasta suvokto streso, depresiškumo, nerimo ir psichologinės gerovės sąsajų su darbo stažu, krūviu ir mintimis apie karjeros pokyčius.
3. Po naudojimosi kognityvine elgesio terapija paremta internetine intervencija sumažėjo medicinos personalo suvoktas stresas, depresiškumas ir nerimas, tačiau reikšmingų psichologinės gerovės pokyčių nebuvo gauta.
4. Kognityvine elgesio terapija paremtos internetinės intervencijos veiksmingumas mažinant suvoktą stresą, depresiškumą, nerimą ir didinant psichologinę gerovę nesiskyrė tarp medicinos personalo, susidūrusio su paciento mirtimi mėnuo prieš intervenciją ar jos taikymo metu, ir medicinos personalo, kuris minėtų laikotarpiu nesusidūrė su paciento mirtimi.

LITERATŪRA

- Aminoff, V., Sellén, M., Sörliden, E., Ludvigsson, M., Berg, M., & Andersson, G. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Psychological Distress Associated With the COVID-19 Pandemic: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology, 12*, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684540>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and current status of ICBT. In N. Lindefors & G. Andersson (Eds.), *Guided internet-based treatments in psychiatry* (pp. 1–16). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5_1
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry, 13*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry, 18*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Arean, P. A., Hallgren, K. A., Jordan, J. T., Gazzaley, A., Atkins, D. C., Heagerty, P. J., & Anguera, J. A. (2016). The use and effectiveness of mobile apps for depression: Results from a fully remote clinical trial. *Journal of Medical Internet Research, 18*(12), 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.6482>
- Arslan, G., & Allen, K. A. (2022). Complete mental health in elementary school children: Understanding youth school functioning and adjustment. *Current Psychology, 41*(3), 1174–1183. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00628-0>
- Arslan, G., Yıldırım, M., Karataş, Z., Kabasakal, Z., & Kılınc, M. (2022). Meaningful Living to Promote Complete Mental Health Among University Students in the Context of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(2), 930–942. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00416-8>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bagdonas, A., & Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2015). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bech, P. (2004). Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter, 32*, 15–16.

- Burns, R. A., Windsor, T., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2022). The protective effects of wellbeing and flourishing on long-term mental health risk. *SSM - Mental Health*, 2, 100052. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100052>
- Butkutė-Šliuožienė, K. (2019). Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7. *Biologinė Psichiatrija Ir Psichofarmakologija*, 21(1), 21–22. <https://hdl.handle.net/20.500.12512/99097>
- Carton, E. R., & Hupcey, J. E. (2014). The forgotten mourners: Addressing health care provider grief—a systematic review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(5), 291–303. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000067>
- Claponea, R. M., Pop, L. M., Iorga, M., & Iurcov, R. (2022). Symptoms of Burnout Syndrome among Physicians during the Outbreak of COVID-19 Pandemic—A Systematic Literature Review. *Healthcare*, 10(6), 979. <https://doi.org/10.3390/healthcare10060979>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31–67). Sage.
- Corrigan, F. M., & Hull, A. M. (2015). Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bulletin*, 39(2), 86–89. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.046995>
- De Cieri, H., Shea, T., Cooper, B., & Oldenburg, B. (2019). Effects of Work-Related Stressors and Mindfulness on Mental and Physical Health Among Australian Nurses and Healthcare Workers. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 580–589. <https://doi.org/10.1111/jnu.12502>
- Demiris, G., Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E., & Washington, K. (2011). Use of videophones to deliver a cognitive-behavioural therapy to hospice caregivers. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(3), 142–145. <https://doi.org/10.1258/jtt.2010.100503>
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health and Medicine*, 15(5), 584–595. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- Fernandez, R., Sikhosana, N., Green, H., Halcomb, E. J., Middleton, R., Alananzeh, I., Trakis, S., & Moxham, L. (2021). Anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic umbrella review of the global evidence. *BMJ Open*, 11(9), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054528>
- Frenkel, M. O., Pollak, K. M., Schilling, O., Voigt, L., Fritzsching, B., Wrzus, C., Egger-Lampl, S., Merle, U., Weigand, M. A., & Mohr, S. (2022). Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PLoS ONE*,

- 17(1), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261502>
- Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
- Giga, S. I., Fletcher, I. J., Sgourakis, G., Mulvaney, C. A., & Vrkljan, B. H. (2018). Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013014>
- Gollwitzer, P. M., Mayer, D., Frick, C., & Oettingen, G. (2018). Promoting the self-regulation of stress in health care providers: An internet-based intervention. *Frontiers in Psychology, 9*, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00838>
- Graham, A. K., Greene, C. J., Kwasny, M. J., Kaiser, S. M., Lieponis, P., Powell, T., & Mohr, D. C. (2020). Coached mobile app platform for the treatment of depression and anxiety among primary care patients: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 77*(9), 906–914. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1011>
- Hassanie, S., Olugbade, O. A., Karadas, G., & Altun, Ö. (2022). The Impact of Workload on Workers' Traumatic Stress and Mental Health Mediated by Career Adaptability during COVID-19. *Sustainability, 14*(19), 1–18. <https://doi.org/10.3390/su141912010>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry, 20*(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of CBT: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research, 36*(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.The
- Iverson, G. L. (2019). Reliable Change Index. In J. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1–4). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_1242-3
- Izdebski, Z., Kozakiewicz, A., Białorudzki, M., Dec-Pietrowska, J., & Mazur, J. (2023). Occupational Burnout in Healthcare Workers, Stress and Other Symptoms of Work Overload during the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 1–19. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032428>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johansson, O., Michel, T., Andersson, G., & Paxling, B. (2015). Experiences of non-adherence to Internet-delivered cognitive behavior therapy: A qualitative study. *Internet Interventions, 2*(2),

- 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.006>
- Jovarauskaite, L., Dumarkaite, A., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Jovaisiene, I., Andersson, G., & Kazlauskas, E. (2021). Internet-based stress recovery intervention FOREST for healthcare staff amid COVID-19 pandemic: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05512-1>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krok, D., Zarzycka, B., & Telka, E. (2021). Risk of contracting covid-19, personal resources and subjective well-being among healthcare workers: The mediating role of stress and meaning-making. *Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 1–13. <https://doi.org/10.3390/jcm10010132>
- Kuribayashi, K., Imamura, K., Tokita, M., Shimazu, A., & Kawakami, N. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on depressive symptoms among new graduate nurses: a pilot study. *Environmental and Occupational Health Practice*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.1539/eohp.2019-0020-0a>
- Lagerlöf, E. H.-, Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). *supported Internet- - based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face- - face therapy for psychiatric and somatic disorders : an updated systematic review and meta- - analysis*. 9(June), 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Lau, N., O’Daffer, A., Colt, S., Yi-Frazier, J. P., Palermo, T. M., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2020). Android and iphone mobile apps for psychosocial wellness and stress management: Systematic search in app stores and literature review. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(5), 1–14. <https://doi.org/10.2196/17798>
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and posttraumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and

- meta-Analysis. *PLoS ONE*, *16*(3), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., Nolan, R. S., & Marlatt, G. A. (2009). Mindfulness meditation research: issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Advances in Mind-Body Medicine*, *24*(1), 20–30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20671334/>
- Marks, I., Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-Aided treatments of mental health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(2), 151–170. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00141.x>
- Martínez-Miranda, J., Martínez, A., Ramos, R., Aguilar, H., Jiménez, L., Arias, H., Rosales, G., & Valencia, E. (2019). Assessment of users' acceptability of a mobile-based embodied conversational agent for the prevention and detection of suicidal behaviour. *Journal of Medical Systems*, *43*(8), 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1387-1>
- Montvidas, J. (2018). Paciento sveikatos klausimynas-9. *Biologinė Psichiatrija Ir Psichofarmakologija*, *20*(2), 57–59. <https://hdl.handle.net/20.500.12512/98322>
- Morrison Wylde, C., Mahrer, N. E., Meyer, R. M. L., & Gold, J. I. (2017). Mindfulness for Novice Pediatric Nurses: Smartphone Application Versus Traditional Intervention. *Journal of Pediatric Nursing*, *36*, 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.008>
- Mosheva, M., Gross, R., Hertz-Palmor, N., Hasson-Ohayon, I., Kaplan, R., Cleper, R., Kreiss, Y., Gothelf, D., & Pessach, I. M. (2021). The association between witnessing patient death and mental health outcomes in frontline COVID-19 healthcare workers. *Depression and Anxiety*, *38*(4), 468–479. <https://doi.org/10.1002/da.23140>
- Nordin, M., & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, *54*(6), 502–507. <https://doi.org/10.1111/sjop.12071>
- Norkiene, I., Jovarauskaite, L., Kvedaraite, M., Uppal, E., Phull, M. K., Chander, H., Halford, K., & Kazlauskas, E. (2021). ‘Should I Stay, or Should I Go?’ Psychological Distress Predicts Career Change Ideation Among Intensive Care Staff in Lithuania and the UK Amid COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052660>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Payton, A. R. (2009). Erratum to “Mental Health, Mental Illness, and Psychological Distress: Same Continuum or Distinct Phenomena?” *Journal of Health and Social Behavior*, *50*(2), 213–227. <https://doi.org/10.1177/002214650905000207>

- Reis, D., Lehr, D., Heber, E., & Ebert, D. D. (2019). The German Version of the Perceived Stress Scale (PSS-10): Evaluation of Dimensionality, Validity, and Measurement Invariance With Exploratory and Confirmatory Bifactor Modeling. *Assessment, 26*(7), 1246–1259. <https://doi.org/10.1177/1073191117715731>
- Richardson, J. D., Lounsbury, J. W., Bhaskar, T., Gibson, L. W., & Drost, A. W. (2009). Personality Traits and Career Satisfaction of Health Care Professionals. *The Health Care Manager, 28*(3), 218–226. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181b3e9c7>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 45–65). The Guilford Press.
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health, 9*, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 45*, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry, 20*(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
- Trottier, K., Monson, C. M., Kaysen, D., Wagner, A. C., Liebman, R. E., & Abbey, S. E. (2022). Initial findings on RESTORE for healthcare workers: an internet-delivered intervention for COVID-19-related mental health symptoms. *Translational Psychiatry, 12*(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1038/s41398-022-01965-3>

- Trottier, K., Monson, C. M., Kaysen, D., Wagner, A. C., Pun, C., & Abbey, S. E. (2021). Development of RESTORE: an online intervention to improve mental health symptoms associated with COVID-19-related traumatic and extreme stressors. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1984049>
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, *6*, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- Wahbeh, H., Svalina, M. N., & Oken, B. S. (2014). Group, One-on-One, or Internet? Preferences for Mindfulness Meditation Delivery Format and their Predictors. *Open Medicine Journal*, *1*(1), 66–74. <https://doi.org/10.2174/1874220301401010066>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, *20*, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- World Health Organisation. (2013). Investing in mental health: evidence for action. In *Investing in mental health: evidence for action*. World Health Organisation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, *40*, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>
- Žutautienė, R., Radišauskas, R., Kaliniene, G., & Ustinaviciene, R. (2020). The prevalence of burnout and its associations with psychosocial work environment among kaunas region (Lithuania) hospitals’ physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103739>