

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Lina Radvilaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio sąsajos

Darbo vadovas: Doc. dr. Rytis Stanikūnas

Vilnius
2022

TURINYS

| | |
|---|----|
| SANTRAUKA..... | 4 |
| SUMMARY..... | 5 |
| SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS..... | 6 |
| PRATARMĖ..... | 7 |
| 1. ĮVADAS..... | 8 |
| 1.1. Dėmesingas įsisąmoninimas..... | 8 |
| 1.1.1. Dėmesingo įsisąmoninimo apibrėžimas..... | 8 |
| 1.1.2. Dėmesingo įsisąmoninimo ugdymo praktikos..... | 11 |
| 1.1.3. Dėmesingo įsisąmoninimo intervencijų poveikis..... | 14 |
| 1.2. Sveikatai palankus elgesys..... | 16 |
| 1.2.1. Sveikatos ir elgesio sąsajos..... | 16 |
| 1.2.2. Sveikatai palankaus elgesio pokyčius lemiantys veiksniai..... | 18 |
| 1.3. Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio ryšys..... | 19 |
| 1.3.1. Dėmesingo įsisąmoninimo sąsajos su sveikata..... | 19 |
| 1.3.2. Dėmesingo įsisąmoninimo ir elgesio pokyčių teorinės sąsajos..... | 21 |
| 1.3.3. Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio sąsajos..... | 22 |
| 1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai..... | 24 |
| 2. TYRIMO METODIKA..... | 25 |
| 2.1. Tyrimo instrumentai..... | 25 |
| 2.2. Tyrimo eiga..... | 28 |
| 2.3. Tyrimo dalyviai..... | 29 |
| 2.4. Duomenų analizė..... | 31 |
| 3. REZULTATAI..... | 33 |
| 3.1. Dėmesingo įsisąmoninimo praktikų poveikis dėmesingo įsisąmoninimo bruožui..... | 33 |
| 3.2. Dėmesingo įsisąmoninimo praktikų poveikis sveikatai palankiam elgesiui..... | 37 |
| 3.3. Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio ir jų pokyčių sąsajos..... | 38 |
| 3.4. Meditacinių praktikų dažnio ir dėmesingo įsisąmoninimo mokymų lankomumo įtaka..... | 40 |
| 3.5. Demografinių kintamųjų reikšmė..... | 43 |
| 4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS..... | 46 |
| Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys..... | 49 |
| 5. IŠVADOS..... | 51 |
| LITERATŪRA..... | 52 |
| PRIEDAI..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 1 priedas. Tyrimo anketos įvadinė dalis..... | 58 |
| 2 priedas. Penkių aspektų dėmesingo įsisąmoninimo klausimynas (FFMQ) | 60 |
| 3 priedas. Rūpinimosi savimi ir gyvenimo būdo pusiausvyros klausimynas (SCLBI)..... | 63 |
| 4 priedas. Skelbimas..... | 65 |
| 5 priedas. Dėmesingo įsisąmoninimo aspektų pokyčiai tyrimo etapuose. | 66 |
| 6 priedas. Tyrimo dalyvių sveikatos būklės ir meditacinės patirties palyginimas tyrimo etapuose, tarp grupių..... | 69 |

SANTRAUKA

Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio sąsajos

Lina Radvilaitė

Vilniaus Universitetas

Vilnius, 2022

57 puslapiai

Šiame kiekybiniame tyrime kvazieksperto, pakartotinių matavimų metodu siekiama iširti dėmesingo įsisąmoninimo intervencijų poveikį sveikatai palankiam elgesiui, dėmesingo įsisąmoninimo bruožui ir išsiaiškinti šių kintamųjų sąsajas. Tyrime dalyvavo 49 moterys, beveik visos turinčios aukštąjį išsilavinimą, jų amžius svyravo nuo 23 iki 68 metų. Tiriamieji ($n = 24$) dalyvavo 6 savaičių trukmės nuotoliniuose dėmesingo įsisąmoninimo mokymuose (MBCT), kontrolinė grupė neturėjo jokios intervencijos ($n = 25$). Naudota neatsitiktinė imtis. Susidomėję asmenys registravosi į mokymus, o surinkus tiriamuosius buvo formuota demografiškai ekvivalentiška kontrolinė grupė. Klausimynais tyrimo pradžioje, praėjus 6 savaitėms (po intervencijos) ir dar po dviejų mėnesių buvo matuojamas dalyvių dėmesingo įsisąmoninimo bruožas (FFMQ) ir sveikatai palankus elgesys (SCLBI). Ilgalaikio poveikio statistinėje analizėje buvo naudojami 46 asmenų duomenys. Tyrimo rezultatai parodė, kad labiau išreikštas dėmesingas įsisąmoninimas prognozuoja sveikatai palankesnę elgesį, bei šis bruožas veikia kaip mediacinis veiksnys paaiškiniantis pozityvų dėmesingo įsisąmoninimo intervencijos poveikį dalyvių su sveikata susijusiam elgesiui.

Raktiniai žodžiai: dėmesingas įsisąmoninimas, sveikatai palankus elgesys, MBCT, dėmesingu įsisąmoninimu grįsta kognityvinė terapija

SUMMARY

Mindfulness links to health behaviors

Lina Radvilaitė
Vilnius University
Vilnius, 2022
57 pages

This quantitative study, using quasi-experimental, re-measurement method, aimed to investigate the effects of mindfulness interventions on health behaviors, mindfulness trait and to study the relationships between these variables. The study included 49 women, almost all of whom had higher education, age ranging from 23 to 68 years. Subjects ($n = 24$) participated in 6-week online mindfulness training (MBCT), the control group had no intervention ($n = 25$). A non-random sample was used. After individuals interested in training registered a demographically equivalent control group was formed. Questionnaires were used to measure participants' mindfulness trait (FFMQ) and health behaviors (SCLBI) in the beginning of the research, 6 weeks after (post-intervention) and again two months later. Data from 46 subjects was used in the statistical analysis for long-term effects. The results of the study showed that higher score in mindfulness predicts better health behaviors, and that this trait works as a mediator explaining the positive effects of mindfulness training on health behaviors.

Keywords: mindfulness, health behaviors, MBCT, mindfulness based cognitive therapy

SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS

Dėmesingas įsisąmoninimas (angl. mindfulness, tekste naudojamas trumpinys **DI**) – asmens gebėjimas neutraliai stebėti ir nevertinant priimti visa tai, kas tęstiniu esamuojų momentu vyksta aplinkoje ir jo viduje (Jon Kabat-Zinn, 2004).

Sveikatai palankus elgesys (angl. health behaviors, tekste naudojamas trumpinys **SPE**) - tai bet koks elgesys prisidedantis prie asmens sveikatos palaikymo ir gerinimo (Loef & Walach, 2012).

Dėmesingu įsisąmoninimu grįsta kognityvinė terapija (angl. mindfulness based cognitive therapy, tekste naudojamas trumpinys **MBCT**) – tai dėmesingo įsisąmoninimo intervencija, kuri remiasi kognityvinės terapijos teoriniu modeliu (Creswell, 2017).

PRATARMĖ

Dėmesingas įsisaugojimas (toliau tekste - DĮ) psichologijoje dar yra gana nauja sąvoka ir nepaisant DĮ praktikų staigaus populiarumo augimo mes vis dar neturime nežinome, koku būdu DĮ prisideda prie mūsų sveikatos stiprinimo. Šiuo metu jau yra atlikta daug tyrimų įrodančių DĮ ryšį su geresniais sveikatos rodikliais ir sveikatai palankiu elgesiu (toliau tekste – SPE). Tačiau dar neturime įrodymų ar tai yra priežastinis ryšys ir ar stiprėjant DĮ bruožui galimi ir SPE pokyčiai (Sala, Rochefort, Lui ir Baldwin, 2020). Šiuo moksliniu darbu siekiame prisidėti prie šios aktualios temos tyrinėjimo ir eksperimentiniu metodu iširti DĮ praktikų poveikį SPE, DĮ bruožui ir jų tarpusavio sąsajas.

Pasaulyje per pastarąjį dešimtmetį DĮ mokymai patyrė didelį populiarumo šuolį ne tik psichologų ir medicinos darbuotojų tarpe, bet ir viešojoje erdvėje. Meditacinės DĮ praktikos tapo plačiau prieinamos ir dažniau taikomos organizacijose, medicinos įstaigose ir individualios saviugdos tikslais. Šis populiarumo bumai tiesiogiai atsispindi ir tyrimų šia tema gausoje. Tačiau tai, kad šis konstruktas yra kilęs iš rytų ir yra glaudžiai susijęs su budizmu apsunkina jo supratimą sekularioje vakarų mokslinėje bendruomenėje (Wylie, 2015). Šiuo metu jau yra daug tyrimų įrodančių DĮ intervencijų naudą, tačiau trūksta eksperimentinių tyrimų skirtų iširti moderacinius ir mediacinius veiksnius, kurie daro įtaką pozityviam intervencijų poveikiui paaiškinti (Shapiro, Carlson & Astin, 2005). Taip pat reikalingi longitudinaliniai tyrimai, kurie galėtų suteikti daugiau informacijos apie DĮ ir SPE sąsajas (Sala, Rochefort, Lui & Baldwin, 2020), bei trūksta informacijos apie tai, kokios trukmės ir dažnio DĮ intervencijos reikalingos tam, kad pasiektume norimus elgesio pokyčius (Schuman-Olivier, Trombka, Lovas, Brewer, Vago, Gawande, Dunne, Lazar, Loucks & Fulwiler, 2020).

Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos strateginis tikslas yra pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni, gyventų ilgiau ir sumažėtų sveikatos netolygumai (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas. 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964). Nepaisant esamų įrodymų patvirtinančių DĮ praktikų efektyvumą, šios praktikos Lietuvos sveikatos sistemoje dar nėra plačiai naudojamos. Matome potencialą, jog DĮ mokymai galėtų tapti vienu iš įrankių su sveikata susijusio elgesio keitime ir taip prisidėti prie Lietuvos gyventojų sveikatos stiprinimo tikslo. Tikimės, kad šio tyrimo rezultatai prisidės prie efektyvesnio DĮ mokymų taikymo Lietuvoje sveikatos gerinimo tikslais.

1. ĮVADAS

1.1. Dėmesingas įsisąmoninimas

1.1.1. Dėmesingo įsisąmoninimo apibrėžimas

Deja lietuvių kalboje neturime tikslios DĮ sąvokos atitikmens, tad svarbu paminėti, kad literatūroje randame ir kitų šio termino vertimų: įsisąmoninimas, atida, sąmoningumas, pilnaprotavimas, sąmoningas dėmesingumas. „Aiškinamajame psichologijos terminų žodyne“ (31p., Bagdonas ir Bliumas, 2019) naudojamas terminas atida, apibūdinant tai, kaip asmens patirties ir išminties lydimą, visišką dėmesio ir sąmonės susitelkimą į tai, kas vyksta kūne, psichikoje ir aplinkoje „čia ir dabar“. Šiame darbe naudosime Jon Kabat-Zinn DĮ apibrėžimą, jog tai yra žmogaus gebėjimas neutraliai stebėti ir nevertinant priimti visa tai, kas tęstiniu esamuoju momentu vyksta aplinkoje ir jo viduje (Kabat-Zinn, cit. iš Baer, 2003).

Nors ir vakarų pasaulyje DĮ dar gana naujas konstruktas, jis yra šiuo metu labai populiarus ir plačiai tyrinėjamas. Rytų šalyse DĮ šaknis galime atrasti budizmo tradicijoje. Meditacijos, kaip kasdieninės praktikos yra praktikuojamos daugelyje Azijos kultūrų. Budizmo tradicija remiasi septyniais nušvitimo žingsniais, kurių pirmasis yra *Sati*, kas išvertus iš sanskrito kalbos reiškia sąmoningumą arba kitaip DĮ. Į vakarų pasaulį ši sąvoka pradėjo asimiliuotis, kartu su rytų filosofijos ir religijų populiarėjimu. John Kabat-Zinn vienas pirmųjų pažvelgęs į DĮ atskirus jį nuo religinio konteksto. Jis atpažino budistinių praktikų pozityvų poveikį psichologinei sveikatai ir adaptavo jas vakarų visuomenei. 1979 m. J. Kabat-Zinn atidarė DĮ streso mažinimo kliniką Masačiuceco medicinos universitete (UMASS). Tai galime laikyti oficialia DĮ mokslinių tyrinėjimų pradžia. Buvo imtos kurti naujos metodikos, plėtojamas jų praktinis taikymas ir pastebėjus teigiamą poveikį atsirado vis daugiau mokslinių tyrimų šia tema (Creswell, 2017).

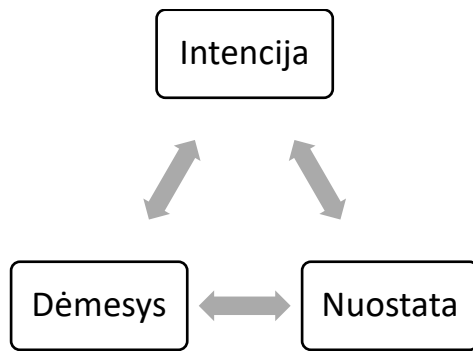
Vienas didžiausių iššūkių tiems, kurie dirba dėmesingumo tyrimų srityje yra empiriškai pagrįstų teorinių modelių plėtojimas, krypties ryšių tarp DĮ sąlygų nagrinėjimas, kurios palaiko DĮ augimą ir išraišką. Taip pat sudėtinga paaiškinti ir patį DĮ, suprasti procesus lemiančius jo pozityvų poveikį ir trūksta žinių apie DĮ intervencijų rezultatų sąsajas su asmenybės bruožais. Nemaža dalis DĮ aspektų dar yra neišnagrinėti, tačiau turimi įrodymai rodo, kad šis tyrinėjimas yra naudingas, nepaisant sudėtingumo. Ši sritis tyrinėja sąmonę apie kurią iki šiol dar trūksta žinių. Tirdami DĮ galime padėti išplėsti mūsų langą į sąmonės suvokimą ir jos vaidmenį žmogui funkcionavime, bei kaip jį galima pagerinti (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

DĮ teorijos skiriasi savo požiūriu ir tyrinėjimo kampu: vieni linkę žvelgti į DĮ, kaip asmenybės bruožą, kiti kaip į tuo metu patiriamą sąmonės būseną (Schuman-Olivier et al., 2020). Šiame darbe remsimės požiūriu, jog DĮ yra asmenybės bruožas, kurį galime stiprinti, kuo daugiau patiriame DĮ būseną, formalių ir neformalių praktikų dėka. DĮ kaip būseną gali būti apibrėžtas, kaip tai neutralus tęstinis esamojo laiko momento įsisąmoninimas, padedantis atpažinti savo mintis, jausmus ir elgesį tuo pat metu kai jis atsiranda, nepereinant į įprastas automatines reakcijas. DĮ praktikų tikslas yra sugebėti nuolat atsigręžti į dabartinį momentą ir jame būti, kad ir kas tuo metu vyksta. Tai atskiria DĮ metodą nuo kitų meditacijų, kur siekiama transcendentinių tikslų, taip pat čia nėra siekiama atsipalaidavimo, transo būsenos. Tai skiria šį metodą nuo relaksacijų, autogeninės treniruotės, savitaigos ir kitų iš šalies panašiai atrodančių pratimų. Nėra siekiama nieko keisti, tiesiog siekiama pastebėti tai kas yra ir su tuo išbūti (Creswell, 2017).

Dėl šio konstrukto sudėtingumo ir naujumo egzistuoja įvairių teorijų išskiriančių sudedamuosius šio bruožo aspektus. John Kabat-Zinn išskiria šias pagrindines DĮ nuostatas:

- Vertinimo atsisakymas – buvimas nešališku savo išgyvenimų liudininku.
- Kantrybė – supratimas, kad viskam turi ateiti savas laikas.
- Smalsumas – pasirengimas viską matyti tarsi pirmą kartą, žvelgti į savo išgyvenimus nesiremiant praeitimi.
- Pasitikėjimas – tikėjimas savo minčių, jausmų ir intuicijos pagrįstumu.
- Siekimo atsisakymas – pasiryžimas leisti dabarčiai būti tokiai, kokia ji yra, neturėjimas kito tikslo kaip tik leisti sau būti tokiam, koks šiuo metu esi.
- Susitaikymas – atvirumas ir noras matyti viską taip, kaip šiuo metu yra.
- Neprisirišimas – sugebėjimo pripažinti tai, kad išgyvenimai ir potyriai prasideda ir baigiasi, bei neįsitraukimas į jų turinį (Kabat-Zinn, 1994, cit. iš Baer, 2003).

Sh. L. Shapiro, L. E. Carlson ir J. A. Astin (2005) pateikė teorinį modelį, kuriuo siekiama paaiškinti DĮ veikimo mechanizmą. Jie teigia, jog DĮ sudaro trys pagrindinės sudedamosios dalys, kurios cikliška veikia vienu metu, tai: intencija, dėmesys ir nuostata (1 paveikslas). Intencija, šiame modelyje, tai - asmens vizija, motyvas kodėl asmuo nori stiprinti DĮ bruožą. Budistiniu požiūriu, tai būtų nušvitimo ir atjautos visoms būtybėms siekimas. Tuo tarpu vakarų kultūros žmogui, tai būtų jo vidinis individualus tikslas, kuris su laiku ir gyvenimo patirtimis kinta. Dažnai pradinis tikslas yra savireguliacija, vėliau jis gali tapti savęs pažinimo tikslu ir išsivystyti iki vidinio išsilaisvinimo siekio. Autoriai teigia, jog dažnai šiuolaikiniuose teoriniuose modeliuose į šį komponentą yra krepiama nepakankamai dėmesio. Dėmesys šiame modelyje - kognityvinis komponentas, tiek jo valdymas, tiek išlaikymas stebint asmens viduje ir išorėje vykstančius procesus. Nuostata autorių teigimu, tai yra DĮ kokybinė išraiška.



1 paveikslas. *DĮ komponentai*.

Šaltinis: Sh. L. Shapiro, L. E. Carlson ir J. A. Astin (2005).

Šio modelio autoriai teigia jog visi trys komponentai yra atsakingi už visas pozityvias transformacijas kurios vyksta DĮ praktikų dėka. DĮ – kaip sąmoningas, nevertinančio ir atviro požiūrio dėmesingumas, veda į perspektyvos pasikeitimą, kurį autoriai vadina persuvokimu (angl. *reperceiving*). Šiuo meta-procesu asmuo atskiria save nuo jo sąmonės turinio. Tai kitoje literatūroje dar vadinama deautomatizavimu, atskyrimu, decentravimu (angl. *deautomation, detachment, decentering*). Persuvokimas gali būti suprantamas kaip persivertimas sąmonėje, procesas kurio metu subjektas tampa objektu. Autoriai teigia, jog DĮ praktikos padeda asmenybei vystytis toliau visą gyvenimą. Taip kaip vaikystėje kūdikis išmoksta atskirti save nuo mamos, DĮ leidžia žmogui toliau plėsti savo suvokimą atskiriant save nuo vidinių vertinimų ir apie save susikurtos istorijos. Tai galime pavadinti procesu nuo „savęs kaip turinio“ iki „savęs kaip konteksto“ suvokimo (Shapiro Sh. L et al., 2005). Šis modelis ne tik atkreipia dėmesį į dažnai pamirštamą intencijos ir nuostatos svarbą, bet ir teorinį pagrindą DĮ poveikiui paaiškinti.

Kitas įdomus požiūris, kurį verta paminėti yra Haakan Nilsson (2014) teorija nagrinėjanti DĮ, kaip galintį atsiverti per keturias dimensijas: fizinį kūną, protą, socialinę plotmę ir egzistencinėje (dvasinėje) plotmėje. Šis holistinis požiūris įdomus tuo, kad išplečia mūsų požiūrį į DĮ kaip į individo bruožą ir atskleidžia, kaip jis veikia ir gali būti suprantamas kolektyviniu požiūriu ir gyvenimo prasmės suvokime.

Mokslininkai pripažįsta, jog neturime visuotinai sutarto būdo matuoti DĮ. Turime pripažinti, jog esame nutolę nuo rytietiško DĮ supratimo ir svarbu ištirti, ką jis reiškia vakarietiškos kultūros kontekste. Ruth A. Baer su kolegomis savo tyrimais siekė atpažinti ką žmonės išmoksta per DĮ mokymus tam, kad atpažintume pagrindinius aspektus, kurie veikia gydančiai (Baer, 2011). Hierarchinės analizės tyrimas parodė, kad yra penki komponentai, kurie sudaro DĮ konstrukta: stebėjimas (angl. *observation*), apibūdinimas (angl. *description*), sąmoningi veiksmai (angl. *aware actions*), nevertinimas (angl. *non-judging*) ir nereaktyvumas (angl. *non-reactivity*). Šių faktorių reikšmingumas gali kisti priklausomai nuo asmens meditacinės patirties - stebėjimas ir nevertinimas

stipriau išreikšti pas medituojančius. Taip pat tyrimo rezultatai rodo, jog DĮ aspektai diferenciškai koreliuoja su kai kuriuos psichologiniais konstruktais ir gali nuspėti psichologinius sunkumus (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Kitu tyrimu šis penkių aspektų modelis buvo patvirtintas. Taip pat pastebėta, jog DĮ sudedamasis bruožas – stebėjimas, stipriau išsiskiria medituojančiųjų asmenų imtyje. Rezultatai parodė jog visi DĮ aspektai išskyrus stebėjimą yra nepriklausomai teigiamai susiję su psichologine sveikata (Baer, Smith, Lykins, Button, Krietemeyer, Sauer, Walsh, Duggan & Williams, 2008). Tyrėjai teigia, kad konceptualizuojant DĮ kaip daugialypį konstrukta galime jį geriau suprasti, bei palengvina jo sąsajų su kitais psichologiniais konstruktais tyrimą. Apžvelkime kiekvieną aspektą atskirai:

- Stebėjimas - atspindi asmens gebėjimą pastebėti ir domėtis vidiniais pojūčiais, mintimis ir išoriniais stimulais.
- Apibūdinimas – tai DĮ aspektas, kuris parodo, kaip asmuo geba įvardinti savo jausmus, mintis ir patirtis žodžiais.
- Sąmoningi veiksmai – tai aspektas atspindintis asmens gebėjimą įsisąmoninti tai, kas su juo vyksta ir sąmoningai, apskaičiuotai rinktis elgesį tinkamą esamai situacijai.
- Nevertinimas – nusako tai, kaip asmuo geba stebėti vidines ir išorines patirtis nešališkai, atsisakydamas vertinti (pvz. kaip geras ar blogas, teisingas - neteisingas ir pan.).
- Nereaktyvumas - parodo kaip asmuo geba leisti savo mintims ir emocijoms keistis, nereaguojant į jas.

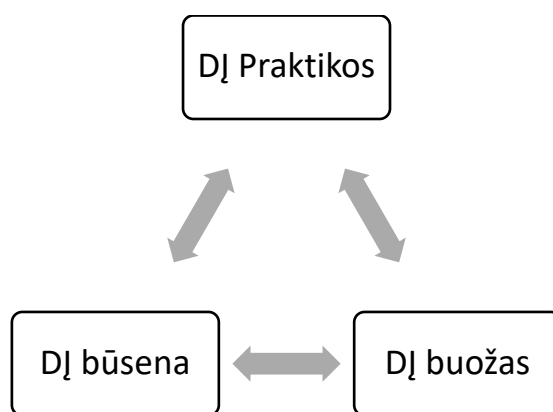
Matome jog yra įvairių požiūrio kampų per kuriuos mokslininkai bando paaiškinti DĮ. Kiekvienas požiūris duoda naudingų įžvalgų apie šio konstrukto pritaikymo ir tyrinėjimo galimybes. Iš rytų atėjęs DĮ pamažu randa savo vietą vakarietišrame pasaulyje. Penkių faktorių modelis, tai tyrimais pagrįstas požiūris, geriausiai paaškina tai, ką mes vakaruose vadiname DĮ. Jis ypač vertingas tiriant DĮ sąsajas su kitais psichologiniais konstruktais, nes duoda galimybę pamatyti atskirų aspektų sąsajas (Baer, 2011).

1.1.2. Dėmesingo įsisąmoninimo ugdymo praktikos

DĮ ugdyti galima naudojant įvairias technikas. Mokslo pasaulyje pastebėjus DĮ praktikų naudą ši sritis įgijo pagreitį ir kasmet yra sukuriama vis naujų metodikų. Apžvelsime kas yra taikoma šiuo metu Lietuvoje ir pasaulyje, bei aptarsime populiarėjančias DĮ praktikų vystymo kryptis ir pritaikymo galimybes.

Taigi, kaip vyksta pats DĮ ugdymas? Kadangi šiame darbe į DĮ žiūrime, kaip į asmenybės bruožą, tai reiškia, kad keisti ir ugdyti šią savybę reikia nuolatinių kasdieninių praktikų, kurios padėtų išjudinti jau susiformavusius įpročius ir asmens savybes. Tyrimai rodo, kad DĮ praktikos veikia

žmonės individualiai ir tai, kaip kinta DĮ, kaip būsenos ir kaip bruožas, skiriasi tarp tiriamųjų. Tačiau bendrai yra pastebima, kad asmenys patiriantys daugiau DĮ būsenos, eigoje labiau sustiprina ir DĮ bruožą. Atliekant praktikas yra išgyvenama DĮ būsenos, ir kuo daugiau šios būsenos yra išgyvenama, tuo labiau stiprinamas asmens DĮ asmenybės bruožas. Individui, kurio DĮ bruožas yra labiau išreikštas, tikėtina yra lengviau atlikti meditacines praktikas, tad jis gali būti labiau linkęs dažniau jas atlikti ir taip toliau stiprinti šį bruožą (Kiken, Garland, Bluth, Palsson, Gaylord, 2015). Ryšys tarp DĮ praktikų, būsenos ir bruožo yra įvairiapusis ir dar nėra pilnai paaiškintas mokslinėje bendruomenėje (2 paveikslas).



2 paveikslas. *DĮ praktikų, būsenos ir asmenybės bruožo ryšiai.*

Praktikos skirtos DĮ būsenai patirti yra meditacinio pobūdžio ir jų yra labai įvairių. Visas šias praktikas jungia vienas aspektas. Jų metu yra pasirenkamas stebėjimo objektas ir dėmesingumas yra išlaikomas ties juo, o dėmesiui nukrypus vėl ir vėl sugražinamas ties pasirinktu objektu. Objektu gali būti pasirinkta praktiškai bet kas, bet dažniausiai tai būna: kūno pojūčiai, vaizdas, garsai, vaizduotės kuriami vaizdiniai, mintys ar emocijos. Dėmesingumas išlaikomas remiantis šiais principais:

- a) Tikslingas dėmesingumo valdymas (valingai susikoncentruojama į tam tikrus patyrimo aspektus).
- b) Dėmesys nuolat sugražinamas į esamo momento patirtį (dėmesingumo atnaujinimas).
- c) Renkamasi nevertinti ir neteisti esamų patirčių (vyksta tik neutralus stebėjimas ir dėmesingo įsisąmoninimo procesas pripažįstant/priimant tai kas vyksta) (Shapiro et al. 2006).

Tam, kad geriau suprastume, kaip atrodo DĮ praktikos pateiksiu keletą praktikų pavyzdžių. Vienos populiariausių ir dažniausiai naudojamų praktikų yra: kūno skenavimas, kvėpavimo meditacija, ėjimo meditacija, žiūrėjimo ir garsų meditacija bei kitos. Pavyzdžiui, kūno skenavimo praktikos metu yra stebimi kūno pojūčiai pereinant nuo vienos kūno dalies prie kitos, kvėpavimo meditacijos metu dėmesys yra išlaikomas ties kvėpavimu ir su juo susijusiais pojūčiais. Paprastai praktikos pradedantiesiems yra vedamos duodant nurodymus gyvai balsu ar garso įrašų pagalba. Įgudę asmenys geba praktikuoti savarankiškai ir dažnai renkasi tai daryti be balso įrašo.

Iš išorės gali atrodyti, kad šias praktikas yra atlikti labai lengva, nes stebėdami žmogų iš šalies matysime tiesiog ramiai sėdintį ir nieko nedarantį žmogų. Tačiau tie, kas yra bandę medituoti neabejotinai patvirtins, jog tai daryti iš tiesų sudėtinga. Jon Kabat-Zinn kalbėdamas apie DĮ praktikas pastebi labai svarbų aspektą, kad iš esmės meditacinės praktikos yra ėjimas prieš savo natūralią proto prigimtį. Žmogus nuolat yra veikiamas automatinių reakcijų, kurios pasireiškia per impulsus, mintis ir sąmoningai stebėti tai, ką mes patiriame, nėra natūrali žmogaus būseną. Svarbu tai suprasti, nes dėl šios priežasties DĮ praktikos reikalauja stiprios žmogaus motyvacijos (Williams & Kabat-Zinn, 2011). Norint stiprinti DĮ bruožą reikia nuolatinių praktikų ir viena laikės DĮ būsenos patirtys yra naudingos, tačiau jų nepakanka DĮ bruožo stiprinimui. Paprastai DĮ programos, kurios moksliskai rodo galinčios prisidėti tiek prie šios bruožo stiprinimo, tiek prie kitų psichologinės ir fizinės sveikatos stiprinimo pokyčių, yra gan ilgos, 6-12 savaičių trukmės (Creswel, 2017).

Pirmąją oficialią DĮ paremtą programą skirtą streso valdymui sukūrė Jon Kabat-Zinn (angl. Mindfulness based Stress reduction, toliau tekste MBSR). Tai 8 savaičių programa, kurios metu dalyviai mokosi įvairių meditacinių praktikų ir taip pat mokomi apie streso įveikimą, bei DĮ taikymą kasdieninėse veiklose. Šis metodas davė pradžią kitiems pasiekėjams, kurie ėmė kurti naujas programas, remdamiesi šios programos formatu (Williams & Kabat-Zinn, 2011).

Kita labai populiari programa, kurią sukūrė Zindel Segal ir Mark William yra DĮ paremta kognityvinė terapija (angl. Mindfulness based cognitive therapy, toliau tekste MBCT). Ši 8 savaičių programa yra orientuota į depresijos ir nerimo sunkumus patiriančius asmenis. Programos dalyviai kaip ir streso valdymo programoje susitinka kartą į savaitę teoriniam ir praktiniam mokymui, o kitomis savaitės dienomis tęsia savarankiškas praktikas ir taiko išmoktas žinias (Creswel, 2017).

MBCT ir MBSR tai pagrindinės DĮ intervencijos, tačiau kasmet kuriamos naujos metodikos. Šiuo metu yra specialistų, kurie veda į specifines asmenų grupes orientuotus mokymus, tai "Sąmoningo valgymo", "Sąmoningos tėvystės" ir vis labiau populiarėjanti "Dėmesingos atjautos sau" programa (angl. MSC - Mindful self-compassion). Visos šios DĮ intervencijos turi aiškias metodikas, kiekvienai savaitei iškirtas atskiras temas psichoedukacijai, praktikas atliekamas susitikimų metu ir skiriamas atlikti namuose. Standartai, kaip rengiami šių programų vedėjai, t.y. DĮ mokytojai, skiriasi priklausomai nuo šalies. Lietuvoje, kaip ir daugumoje Europos valstybių šie mokymai yra 160 ak. val. trukmės podiplominės studijos skirtos medicinos ar psichologinį išsilavinimą turintiems asmenims (<https://mindfulness.lt/Veikla-ir-mokymai/>).

Šiuo metu DĮ praktikos tampa vis lengviau prieinamos. Pastebima tendencija praktikuoti DĮ naudojant išmaniųjų technologijų pagalbą, naudojant įvairius priminimus, įtraukiančius įrašus, palengvinančius įsitraukimą ir išbuvimą DĮ būsenoje. Galima rasti įvairių telefono programėlių, internetinių video-audio pamokų. Jų gausa neatsilieka ir Lietuva. Taip pat, dėl greitėjančio gyvenimo

tempo daugėja sutrumpintų DĮ mokymų programų. Galime tikėtis, kad ateityje DĮ praktikos trumpės ir vis labiau prisitaikys prie šiuolaikinio pasaulio žmogaus poreikių (Creswel, 2017).

Apibendrinant, DĮ mokymai prasidėjo, kaip į streso valdymą orientuota programa skirta klinicinei imčiai, tačiau dabar turime gausybę įvairių, į plačiąją visuomenę orientuotų programų ir jų kasmet daugėja. Populiariausios DĮ intervencijos šiuo metu yra MBSR ir MBCT programos, kurių veiksmingumas jau yra patvirtintas moksliniais tyrimais. Matomos tendencijos trumpinti DĮ intervencijas, daryti mokymus nuotoliu, bei naudoti išmaniąsias technologijas.

1.1.3. Dėmesingo įsisąmoninimo intervencijų poveikis

Šiuo metu DĮ išgyvena populiarumo sprogimą, tad tyrimų šia tema yra ypač daug. Esamų tyrimų rezultatai džiugina, nes matome, kad ši metodika gali būti taikoma labai plačiai (Wylie, 2015). Tyrimai patvirtina, jog tiek MBCT tiek MBSR prisideda prie DĮ bruožo stiprinimo, psichologinės gerovės ir siejasi su geresne sveikata. Šie pokyčiai matomi tiek klinikinėse imtyse, tiek sveikų asmenų tarpe. MBCT palyginus su MBSR randama efektyvesniu įrankiu depresijos ir nerimo simptomams mažinti (Querstret, Morison, Dickinson, Cople & John, 2020). Be to žinome, kad DĮ prisideda prie darbinės atminties stiprinimo (Van Vugt & Jha, 2011), gali apsaugoti nuo depresijos simptomų, kylančių patiriant diskriminaciją (Brown-Iannuzzi, Adair, Payne, Richman & Fredrickson, 2014), didina aktyvumą kairiajame pusrutulyje ir yra susijęs su aukštesniu laimės pojūčiu (Davidson et al., 2003). Randomos reikšmingos koreliacijos su didesniu pasitenkinimu gyvenimu ir bendra gerove (Seear & Vella-Brodrick, 2012; Sin & Lyubomirsky, 2009). Taigi, mokslinių tyrimų rezultatai rodo įvairiapusišką DĮ praktikų poveikį.

Neuropsichologiniai tyrimai rodo, kad DĮ veikia įvairias smegenų sritis ir DĮ praktikos gerina savireguliaciją, dėmesio koncentraciją, emocijų reguliaciją ir savęs suvokimą (Tang, Hölzel & Posner, 2015). Žinome, kad kuo daugiau praktikuojama, tuo šie pokyčiai yra reikšmingesni. Rasta, kad ilgai praktikuojančių asmenų migdolinis kūnas, atsakingas už atsaką į stresą, sumažėjo. Tai rodo jų gebėjimą sąmoningai reaguoti į stesorius (Taren et al., 2013). Daniel J. Siegel (2009) savo straipsnyje pastebi, kaip siejasi DĮ ir smegenų funkcijos. Vidurinioji prefrontalinės smegenų srities dalis, kuri suaktyvėja mums sąmoningai valdant dėmesį yra svarbi tuo, kad siejasi tiek su limbine sistema tiek su kitomis prefrontalinėmis smegenų sritimis. Dėl šios priežasties galimai DĮ praktikos pozityviai veikia tiek skirtingų aspektų. Ši DĮ praktikų metu aktyvinama smegenų sritis veikia tarsi integracinė ir jungianti kitas sritis vieną su kita. Šie duomenys leidžia geriau suprasti koks yra DĮ veikimo mechanizmas ir kodėl praktikų poveikis yra universaliai pozityvus.

DĮ neatsiejamas nuo atjautos, t.y. gebėjimo empatiškai pastebėti ir išbūti su savo ar kitų žmonių jausmais. Šių praktikų kilmė tampriai siejasi su budizmu, tačiau sekuliaros DĮ praktikos taip

pat skiria dėmesį atjautos tiek sau, tiek kitiems ugdymu. Empatija - pagrindinis atjautos elementas, kurį galime paaiškinti per veidrodinių neuronų veikimą, DĮ praktikose veikia kaip įrankis padedantis priimti su gerumu visa, kas išskyla esamoje patirtyje. Naujausi DĮ tyrimai šiam aspektui skiria vis daugiau dėmesio ir pastebi gydančias šio bruožo galimybes (Germer, 2018).

Kitas tyrimas atliktas su Vipasanoje (intesyvioje 10 dienų meditacijos stovykloje) dalyvavusiais asmenimis. Rezultatai parodė, kad po šios meditacijos stovyklos asmenys pasižymėjo ženkliai pagerėjusia psichologine sveikata, aukštesniu psichologinės gerovės įverčiu, didesniu pasitenkinimu gyvenimu ir sustiprėjusiu DĮ bruožu. Taip pat pastebimai sumažėjo depresija, stresas ir neigiami nussikundimai, tačiau nepakito nerimo skalės įverčiai. Tai autoriai aiškina, dėl specifinių klausimų buvusių naudotame klausimyne, nes atsakymai gali tiesiog reikšti sustiprėjusį dalyvių gebėjimą atskirti ir pastebėti nerimo simptomus (Krygier, Heathers, Shahrestani, Abbott, Gross & Kemp, 2013).

Lietuvoje buvo atliktas kokybinis MBSR programos poveikio tyrimas. Šios DĮ programos dalyvių vertinimu ji didina veiklos efektyvumą: sustiprina savidiscipliną ir valią, didina dėmesio koncentraciją ir darbo našumą, palengvina planavimą, pagerina psichologinę gerovę, sužadina teigiamas emocijas, bei geranoriškumas sau, didina stabilumo jausmą, mažina emocinį jautrumą, suteikia naudingų įžvalgų apie asmeninius streso šaltinius ir skatina pozityvesnį požiūrį į stresą, padeda įsisąmoninti savo patirtį ir dėmesingai bendrauti, mažina streso lygį gyvenime, tačiau nepakeičia buvusių reakcijų į stresą (Vasionytė ir Dovydaitienė, 2015).

Tyrimai rodo, kad DĮ intervencijų poveikis priklauso nuo to, kaip dažnai yra daromos praktikos (Taren et al., 2013), bei to koks yra dalyvių lankomumas DĮ intervencijoje (Karing & Beelmann, 2021). Randamas pozityvus ryšys tarp geresnio lankomumo, dažniau daromų praktikų ir to koks vėliau stebimas pozityvus poveikis DĮ bruožui ir psichologinei gerovei. Svarbu pastebėti, kad pozityvus poveikis pastebimas net mažo intensyvumo DĮ intervencijose. Tačiau vis dar reikalingi tolimesni tyrimai, kurie galėtų suteikti daugiau informacijos apie tai, kokiems asmenims šios praktikos tinka labiausiai, bei koks yra efektyviausias DĮ praktikų dažnis ir trukmė, tam kad pasiektume norimus pokyčius (Schuman-Olivier et al., 2020).

Šiuo metu neturime daug duomenų apie galimas DĮ intervencijų kontraindikacijas. Vienas tyrimas parodė, kad aukšti DĮ įverčiai koreliavo su lėtesniu reakcijos atsaku (Collier & Xinyan, 2020). Tai būtų galima paaiškinti tuo, kad DĮ informacija nėra perdirbama automatiškai, tad dėl geresnės įsisąmoninimo kokybės, nukenčia reakcijos laikas. Kitas svarbus aspektas, kuris tampa vis aktualesnis DĮ praktikoms populiarėjant organizacijose. Pastebėta, kad “privestinai” įdiegus DĮ praktikas darbuotojams, jos gali būti žalingos ir ypač jei tai darbas, kur yra reikalingas kritinis mąstymas (Brendel, 2015).

Apibendrinant, galime teigti kad DĮ intervencijos gali būti taikomos labai plačiai. Tyrimai rodo naudą psichologinei sveikatai tiek klinikinėse, tiek sveikų asmenų imtyse. Turimi neuromokslo įrodymai, leidžia geriau suprasti kodėl DĮ praktikų poveikis yra toks įvairiapusis. Tačiau dar trūksta žinių apie tai, kada ir kam šios intervencijos nėra naudingos, bei tai, koks yra efektyviausias būdas jas taikyti.

1.2. Sveikatai palankus elgesys

1.2.1. Sveikatos ir elgesio sąsajos

Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. World Health Organization, toliau tekste PSO) ekspertai teigia, jog sveikata didžiaja dalimi priklauso nuo gyvenamosios, t.y. net 50 proc. mūsų sveikatos lemia mūsų elgesys. 20 proc. sveikatai daro įtaką genetika, dar 20 proc. aplinkos įtaka ir likę 10 proc. yra medicinos ir sveikatos apsaugos poveikis (cit. iš Žemaitienė, Bulotaitė, Jusienė, Veryga, 2011). Šiuolaikinis mokslas vieningai sutinka jog siekiant geresnės sveikatos, visų pirma turime keisti elgesį. Su sveikata susijęs elgesys – tai bet koks elgesys, kuris prisideda prie sveikatos pokyčių. Sveikatai kenksmingas elgesys, tai: rūkymas, alkoholio vartojimas, kaloringo maisto vartojimas, aukštas streso lygis, darbas kenksmingomis sąlygomis, žemas fizinis aktyvumas. Žinome, kad visi šie veiksniai stipriai prisideda prie lėtinių ligų, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos, antro tipo diabetas atsiradimo ir vystymosi. Taip pat gyvenama yra stipriai susijusi su bendrai daugumos ligų gydymo sėkme ir valdymu. Ekspertai teigia, kad sveikatai palankus elgesys stipriai prisideda prie sergamumo, mirtingumo ir gyvenimo trukmės prailginimo (Loef & Walach, 2012).

Jungtinėse Amerikos Valstijose darytame 34 metus trukusiame dideliame tyrime buvo siekta atpažinti kokie gyvenamosios faktoriai labiausiai veikia gyventojų sveikatą. Tyrimas parodė, jog nerūkymas, sveikas svoris, reguliarus fizinis aktyvumas, sveika mityba ir saikingas svaigalų vartojimas 50 metų asmenims gali prailginti gyvenimo trukmės tikimybę nuo 12 iki 14 metų (Li, Pan, Wang, Liu, Dhana, Franco, Kaptoge, Di Angelantonio, Stampfer, Willett & Hu, 2018). Šie duomenys nuteikia optimistiškai, nes tai reiškia, jog vien keisdami savo elgseną galime ženkliai prailginti gyvenimo trukmę.

Kokia situacija yra Lietuvoje? 2014 metais atliktas Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimas atskleidė, jog Lietuvių gyvenamosios įpročiai keičiasi sveikatai palankia linkme. Nors ir lėtai, bet mažėjo rūkymo paplitimas ir dažnis. Šiek tiek sumažėjo dažnai stiprius alkoholinius gėrimus vartojančių vyrų dalis ir stabilizavosi alaus vartojimo dažnis. Gerėja mitybos įpročiai: vartojama mažiau riebaus pieno produktų, daugėja gyventojų, kasdien valgančių šviežias daržoves. Daugiau žmonių laisvalaikiu mankština, tamsiu paros metu naudoja šviesos atšvaitus, važiuodami

automobiliu segasi saugos diržus. Pagerėjo gyventojų sveikatos vertinimas, dažniau dalyvaujama prevencinėse patikrų programose. Deja, nesveikų gyvensenos įpročių paplitimas vis dar išlieka didelis. Didėja antsvorio ir nutukimo paplitimas tarp vyrų. Tyrimas parodė, kad skirtingų socialinių grupių gyvensenos pokyčiai yra nevienodi. Tarp aukštojo išsilavinimo žmonių palyginti su vidurinio ir žemesnio išsilavinimo gyventojais SPE pokyčiai yra stipresni. (Grabauskas, Klumbienė, Petkevičienė, Šakytė, Kriaučionienė ir Veryga, 2014). 2018 m. Lietuvoje Higienos instituto atlikto suaugusiųjų gyvensenos tyrimą, kuriame apklausos būdu buvo ištirti visų savivaldybių gyventojų elgsenos įpročiai. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad sveikatai palankus ir rizikingas elgesys skiriasi priklausomai nuo gyvenamosios vietos ir lyties. Įdomu, kad buvo pastebėti ryškūs skirtumai tarp savivaldybių asmens gyvensenos pokyčių rodiklių, taip pat rasta, kad moterys dažniau linkusios keisti savo gyvenimą nei vyrai (Liuima ir Valentienė, 2018). Apibendrinus galime teigti jog Lietuvoje SPE situacija gerėja, tačiau socialiniai gyvensenos netolygumai išlieka. Sveikesne gyvenimu statistiškai labiau pasižymi moterys, aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys, gyvenantys miestuose.

Sveikatos raštingumas taip pat yra svarbus faktorius įtakojantis žmonių sveikatą. PSO atkreipia į tai dėmesį ir pateikė rekomendacijas, kad sveikatos institucijų veikla turi būti pritaikyta prie gyventojų poreikių ir taip pat turi būti ugdomi žmonių įgūdžiai tam, kad juos pasiektų reikiama teisinga informacija ir pagalbos priemonės. Siekiama, kad pasaulio sveikatos sistemos pereitų nuo į ligas orientuoto, prie į sveikatą orientuoto požiūrio. Svarbiausi sveikatos ugdymo uždaviniai šiuolaikinėje visuomenėje yra gyventojų supratimo apie sveikatą (raštingumo) didinimas, kritinio mąstymo ugdymas atsispiriant socialiniam spaudimui bei sugebėjimas atsirinkti naudingą informaciją (Sørensen, Trezona, Levin-Zamir Kosir, Nutbeam, 2019).

Gyvensena – tai įpročių visuma, kuri kinta visą žmogaus gyvenimą. Sveikatos elgsena susiejusi su tuo kaip asmuo reaguoja į aplinką, dėl įgimtų ir įgytų savybių. Keičiant gyvensenos įpročius, galima pagerinti žmonių sveikatą ir sumažinti pavojų susirgti bei pailginti gyvenimo trukmę. PSO duomenimis vien sveikai maitinantis galima būtų išvengti 90 proc. antrojo tipo diabeto ir širdies ir kraujagyslių ligų bei 30 proc. vėžinių susirgimų. Vadovaujantis įvairia mokslinė literatūra apibendrinant galime išskirti šiuos pagrindinius elgesius darančius poveikį sveikatai:

- Mityba
- Fizinis aktyvumas
- Tabako vartojimas
- Alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimas
- Teisingas medikamentų vartojimas
- Darbo ir poilsio balansas
- Miego trukmė ir kokybė
- Seksualinė elgsena

- Patiriamas stresas ir gebėjimas jį įveikti
- Kita elgsena, galinti turėti įtakos sveikatai, pvz. deginimasis saulėje (Urbonienė, 2020).

Šiame moksliniame darbe remsimės SPE apibrėžimu, jog tai yra bet koks elgesys prisidedantis prie asmens sveikatos palaikymo ir gerinimo. Apibendrinant galime teigti, jog nėra abejonių, jog mūsų elgsena tiesiogiai veikia sveikatą. Šiuo metu vis daugiau dėmesio yra skiriama ligų prevencijai skatinant SPE, tačiau tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje žalingas sveikatai elgesys tebėra didelė problema, turinti stiprų ryšį su socioekonominiais veiksniais.

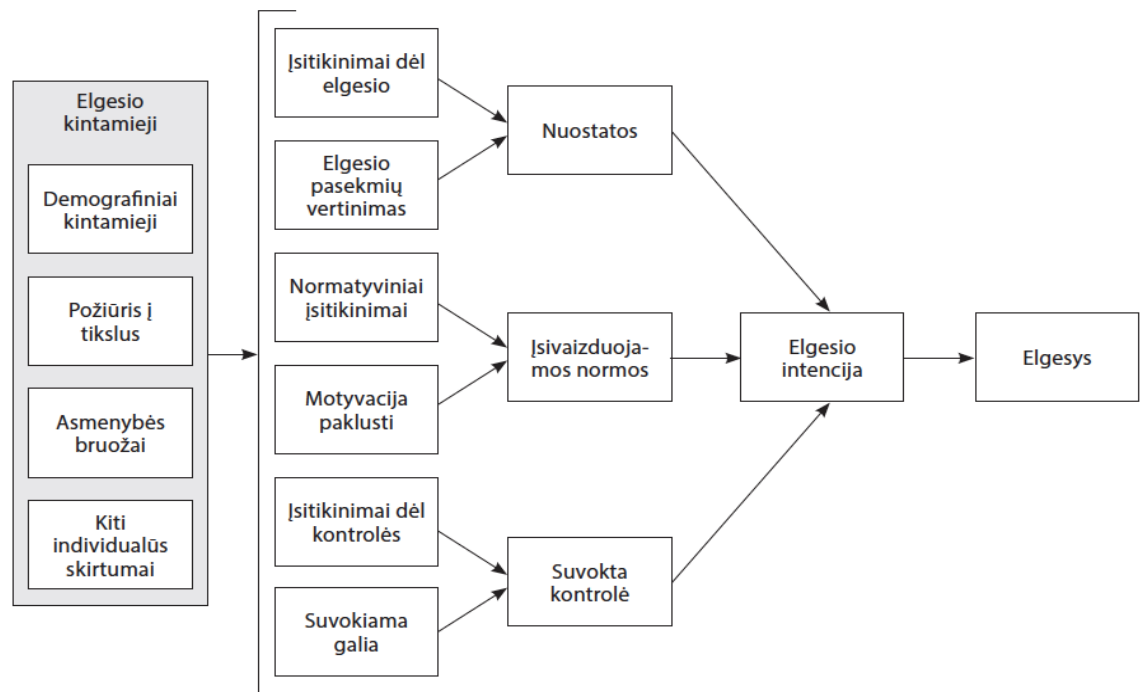
1.2.2. Sveikatai palankaus elgesio pokyčius lemiantys veiksniai

Egzistuoja daug teorijų aiškinančių, kas veikia žmogaus elgesį. Suplanuoto elgesio teorija teigia, jog elgesys yra veikiamas elgesio intencijos, kurią veikia trys pagrindiniai kintamieji: nuostatos, įsivaizduojamos normos ir suvokta kontrolė (saviveiksmingumas). Visi šie kintamieji yra išskiriami į smulkesnius kintamuosius ir netiesiogiai veikiami elgesio kintamųjų, tarp kurių atsiranda ir asmenybės bruožai (3 paveikslas). Remiantis šiuo modeliu, DĮ, kaip asmenybės bruožas galėtų būti netiesiogiai elgesį veikiančiu veiksmu. Šiuo metu nėra daug tyrimų apie asmenybės įtaką remiantis šiuo modeliu ir reikalingas išsamesnis tyrimas. (Ajzen, 2011). Yra dar daug kitų sveikatos elgesį aiškinančių modelių, kurių šiame darbe neapžvelgsime, tačiau svarbu paminėti, kad vis labiau populiarėja požiūris į elgesį ne kaip į veiksmą, bet kaip į procesą. Taip pat kreipiamas didelis dėmesys į motyvacijos ir suvokiamą naujo elgesio naudą ir „kainos“ santykį. Labiau tikėtina, kad asmuo ryšis pokyčiams jei SPE jo suvokimu bus naudingas ir kainuos mažiau pastangų (Brannon & Feist, 2007).

Didžioji su sveikata susiejusių elgesio tyrimų dalis orientuojasi į pirminį elgesio pokytį (pvz. metimą rūkyti, dietos pokytį ir pan.) bei jį sąlygojančius veiksnius, tačiau turime mažiau informacijos apie tai, kas padeda šį pokytį palaikyti, t.y. įgyti ilgalaikius SPE įpročius. Svarbu suprasti, kad motyvai lemiantys pirminį elgesio pokytį gali būti nepakankami tam elgesiui palaikyti. Tyrimai rodo, kad pradžioje svarbesnį vaidmenį atlieka asmens pasitikėjimas savo gebėjimu atlikti naują elgesį, bei įsitikinimas, jog tas elgesys pozityviai veiks jų gyvenimą. Tai iš dalies siejasi su asmens optimizmu ir vilties jausmu naujo elgesio atžvilgiu. Žengus pirmąjį žingsnį ir jau praktikuojant SPE reikšmingu tampa nebe žmogaus lūkesčiai, bet patirtis, t.y. kokias realias to elgesio pasekmes asmuo patiria (Rothman, Baldwin, Hertel & Fuglestad, 2011).

Elgesio teorijose daug dėmesio skiriama savireguliacijos terminui. Tai asmens elgesio ir veiklos kontroliavimas ir valdymas stebėjimu, bei per savivertę ir savęs pastiprinimą (263p., Bagdonas ir Bliumas, 2019). Tai kaip žmogus elgiasi parodo, kas tuo metu jam yra svarbu, t.y. savireguliacijos pagalba žmogus tenkina tuo metu svarbiausius savo poreikius. Tad savireguliacija priklauso nuo to asmens prioritetų ir tikslų. Emocijos šiame procese atlieka labai svarbų vaidmenį,

jos veikia tiek veiksmų prioretizavimą, tiek dedamų pastangų lygį. Stipresnė savireguliacija reikštų asmens geresnį gebėjimą kontroliuoti savo atsakus į kylančius impulsus (Carver & Scheirer, 2011).



3 paveikslas. *Suplanuoto elgesio teorija.*

Šaltinis: Bulotaitė ir Vičaitė, 2016.

Šiuo metu turime daug teorijų skirtingai aiškinančių su sveikata susijusio elgesio pokyčius. Norint sukurti efektyvią sveikatos stiprinimo ar prevencinę programą turime remtis daugiau nei vienu elgesį aiškinančiu modeliu. Svarbu atpažinti veiksnius darančius didžiausią įtaką ir atitinkamai pasirinkti modelius, kurie leistų geriausiai suprasti problemą ir tuomet parinkti tinkamas strategijas (Bulotaitė ir Vičaitė, 2016).

1.3. Dėmesingo įsisąmoninimo ir sveikatai palankaus elgesio ryšys

1.3.1. Dėmesingo įsisąmoninimo praktikų poveikis sveikatai

Kalbant apie DĮ intervencijų poveikį sveikatai, svarbu prisiminti, jog DĮ praktikos vakarų pasaulyje iš pradžių buvo pradėtos naudoti, kaip įrankis streso įveikai. John Kabat-Zinn sukūrė DĮ intervenciją - MBSR programą, kurios pozityvūs atgarsiai padėjo šiai DĮ praktikoms išpopuliarėti visame pasaulyje. Kadangi streso valdymas buvo pirminė DĮ intervencijų funkcija, šiuo metu turime daug duomenų leidžiančių suprasti kaip DĮ praktikos veikia streso reakcijose. Neretai naudojama streso buferio sąvoka – reiškianti, kad DĮ tarsi sušvelnina streso poveikį. Dėl šios priežasties DĮ

padaro didžiausią įtaką tose gyvenimo srityse, kur asmenys išgyvena daugiausia streso. Tad ir poveikis yra stipresnis tiems asmenims, kurie patiria daugiau streso. Tai atsispindi tiriant biologines streso reakcijas ir matome, jog tiek dispozicinis DĮ bruožas tiek DĮ praktikos siejasi su sustiprėjusiu aktyvumu prefrontalinėje smegenų žievėje ir labiau balansuota centrinės ir periferinės smegenų dalies veikla ir žemesniu streso hormonono (kortizolio) lygiu. Kadangi stresas yra svarbus daugelio ligų atsiradimo ir palaikymo faktorius, DĮ taip galimai netiesiogiai prisideda prie geresnės tiek psichologinės, tiek fizinės sveikatos. DĮ praktikos dėl šios priežasties yra ypač naudingos aukštą streso lygį patiriančiose populiacijose ir asmenims kurių sveikatos sutrikimai yra išprovokuoti streso reakcijų (Creswell & Lindsay, 2014; Creswell, 2018).

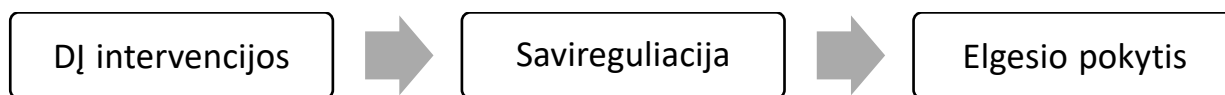
Meditacijų tyrimų metaanalizė atskleidė jog nepriklausomai nuo meditacijos rūšies plačiojoje populiacijoje yra pastebimas fiziologinio streso markerių sumažėjimas (sistolinio kraujospūdžio, kortizolio lygio pokyčiai). Analizuojant visas meditacijos rūšis kartu randama, kad meditacija mažina kortizolio lygį, kraujo spaudimą, širdies ritmą, C – reaktyviojo baltymo, trigliceridų ir naviko nekrozės faktoriaus alfa lygį. Meditacijų kuriuose koncentruojamas dėmesys reikšmingiau žemėja kortizolio lygis, atviro dėmesingumo meditacijos labiau lėtina širdies ritmą. Apibendrinant galime teigti, kad meditacinės praktikos siejasi su sumažėjusiais fiziologinio streso žymenimis nepriklausomai nuo tirtos imties (Pascoe, Thompson, Jenkins & Ski, 2017). Tai patvirtina ir Lietuvoje daryti tyrimai. K. Bartnikienė (2018) savo magistro darbo tyrime rado, jog subjektyviai suvokiamo streso lygis rastas žemesnis pas tuos asmenis, kurie praktikuoja DĮ praktikas.

Šiuo metu tiriant asmenų sveikatą, populiariau naudoti širdies ritmo variabilumo matavimus (angl. heart rate variability, toliau tekste ŠRV). Tai laiko intervalų tarp gretimų širdies dūžių svyravimai. Optimalus ŠRV lygis siejamas su sveikata ir savireguliaciniais gebėjimais ir prisitaikymu ar atsparumu. Aukštesni ŠRV lygiai ramybės būsenoje yra susiję su vykdomosios prefrontalinės žievės funkcijomis, tokiomis kaip dėmesys ir emocinis apdorojimas (Shaffer & Ginsberg, 2017). ŠRV matavimai neretai naudojami ir DĮ poveikiui matuoti. Vieno Lietuvoje atlikto tyrimo metu, ištirti tris savaites ĮD praktikas atlikę pacientai. DĮ pacientų grupėje depresijos simptomų lygis mažėjo labiau lyginant su kontroline grupe. ŠRV pokyčiai eksperimentinėje grupėje buvo didesni nei kontrolineje grupėje. Rezultatai parodė, kad tik grupėje atlikusioje DĮ praktikas pastebėta sąsaja tarp ŠRV ir depresijos simptomų stiprumo (Burkauskas, Muranovaitė, Norman, 2017). Kitame tyrime rasta, jog ramybės būsenoje nustatytas aukštesnis ŠRV tiek DĮ praktikas atlikusioje, tiek muziką klausiusioje kontrolineje grupėje, kas rodo, jog abi intervencijos veiksmingai mažina ūminį fiziologinį stresą. Ilgalaikio matavimo metu padidėjęs ŠRV tiek dieną, tiek naktį. O tai rodo pagerėjusią miego kokybę, ypač DĮ grupėje (Kirk & Axelsen, 2020). Tuo tarpu ŠRV rodmenys prieš ir po Vipasanos mokymų buvai sveikatai palankesni, tačiau šie pokyčiai nebuvo dideli (Krygier et al., 2013).

Apibendrinus, DĮ siejasi su geresniais sveikatos rodikliais. Daugiausia dėmesio yra skiriama su stresu susiejusio poveikio matavimui. Gausėja tyrimų naudojančių ŠRV rodiklius. Kadangi stresas yra svarbus daugelio ligų atsiradimo ir palaikymo faktorius, DĮ mokslinių tyrimų įrodymai kelia vilčių jog DĮ intervencijos gali prisidėti tiek prie ligų prevencijos, tiek sveikimo procese.

1.3.2. Dėmesingo įsisąmoninimo ir elgesio pokyčių teorinės sąsajos

Vis didėjanti mokslinių tyrimų bazė patvirtina DĮ naudą keičiant elgesį. Manoma, kad tai veikia per savireguliacijos stiprėjimą, kuris leidžia atsirasti pozityviam elgesio pokyčiui. Savireguliacija šiuo atveju yra apibrėžiama, kaip adaptyvus ir efektyvus gebėjimas reguliuoti savo dėmesį, emocijas, mąstymą ir elgesį priklausomai nuo vidinių ir išorinių poreikių. Neuromoksliniais atradimais pagrįstu modeliu siekiama paaiškinti kaip DĮ praktikos veikia asmens savireguliaciją, kuri susideda iš dėmesio /kognityvinės kontrolės, emocijų reguliavimo ir su asmeniu susijusių procesų (4 paveikslas). Čia taip pat reikšmingą vaidmenį turi motyvacinės ir su mokymusi susiejusios nervinės sistemos. Rezultate šis sudėtingas ir sinergetiškai veikiantis savireguliacijos procesas veda link tvaraus elgesio pokyčių (Schuman-Olivier, Trombka, Lovas, Brewer, Vago, Gawande, Dunne, Lazar, Loucks, Fulwiler, 2020).



4 paveikslas. *DĮ įtaką savireguliacijai ir elgesio pokyčiams.*

Šaltinis: Schuman-Olivier et al., 2020.

Shapiro Sh. L. ir kiti (2005) išskiria keturias DĮ praktikų pozityvių rezultatų šakas: a) savireguliacija ir savęs valdymas, b) emocinis, kognityvinis ir elgesio lankstumas, c) vertybių aiškumas, ir d) ekspozicija. Autoriai savireguliaciją ir savęs valdymą aiškina naudodamiesi 5 paveiksle pavaizduota schema. Čia grįžtamojo ryšio kilpomis yra daromas poveikis: su intencija kultyvuojamas nevertinantis dėmesingumas veda į ryšio, sąsajų pastebėjimą, kas padeda sustiprinti reguliaciją, kuri stiprina tvarką ir to pasekoje geresnę sveikatą. DĮ sukeliamas perspektyvos pokytis, atskiriant save nuo savo patirčių padeda asmeniui sąmoningai rinktis norimą elgesį, o ne automatiškai reaguoti ir būti veikiamiems savo įpročių. Tai suteikia laisvę nuo savo impulsų. Taip pat DĮ praktikos padeda žmogui pajauti tai, kas jam asmeniškai yra svarbu, išsilaisvinant nuo šeimos, aplinkos jam priskirtų vertybių. Kitas svarbus aspektas, jog DĮ požiūris lemia tai, kad asmuo ima adaptiviau ir

lanksčiau reaguoti dėl to, kad geriau pastebi besikeičiantį vidinį ir išorinį kontekstą. Ekspozija autorių požiūriu DĮ praktikų metu padeda asmenims išbūti su sunkiomis emocijomis ir mintimis ir taip plėsti savo ribas. Tai veikia terapiškai, kaip visuminė desensibilizacija praktikų metu išskylančioms patirtims.



5 paveikslas. *DĮ poveikis savireguliacijos ir savęs valdymui.*

Šaltinis: Shapiro Sh. L. et al., 2005.

Apibendrinus, teorijos DĮ poveikį elgesiui aiškina remiantis savireguliacijos stiprėjimu. Tačiau, Sh. L. Shapiro ir kolegų siūlomas teorinis modelis atskleidžia kitų kintamųjų, kurie yra mažiau tyrinėti, tačiau taip pat gali reikšmingai prisidėti prie elgesio pokyčio.

1.3.3. Dėmesingo įsisąmoninimo ir su sveikata susijusio elgesio sąsajos

Išsamioje DĮ tyrimų metaanalizėje teigiama, jog šios praktikos padeda keisti automatines reakcijas ir auginti gebėjimą sąmoningai reaguoti ir taip keisti savo kenksmingus įpročius, susijusius su mityba ar fizine veikla. DĮ praktikos skatina savistabą ir savęs priėmimą ir tai, kaip rodo tyrimai padeda:

- Susidoroti su stresu;
- Nerimu ir nerimo sutrikimais;
- Su chronišku skausmu, fibromalgija;
- Išvengti depresijos atkryčio;
- Švelninti asmenybinius sutrikimus;
- Su savižudybe susijusiu elgesiu;
- Su valgymo sutrikimais;
- Tam tikromis onkologinėmis ligomis;
- Širdies arterijų ligoms;
- Atkryčiui nuo priklausomybių (alkoholis, narkotinės medžiagos) valdyti;
- Diabeto kontrolei; (Dutton, 2008).

Kitame tyrimų cikle išryškėjo, kad DĮ reikšmingai siejasi su įvairiais gerovės aspektais ir geresne savireguliacija. Šie skirtumai ypač ryškūs tiriant ilgai praktikuojančius asmenis. Tai reiškia, kad dėka DĮ praktikų stiprėja žmogaus savęs suvokimas ir galimybės reguliuoti savo elgseną (Brown ir Ryan, 2003).

Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad didesnis gebėjimas įsisąmoninti patirtį reikšmingai prognozavo tiek sveikatingumu besidominčių moterų sveikatai palankesnę gyvenimą bendrai, tiek vertinant visus jos komponentus, išskyrus miego higieną. Be to, daugelyje sveikos gyvenimo prognostinių modelių šalia DĮ reikšmingi buvo tiriamųjų amžius, santykių statusas ir ypač išsilavinimas, kuris pateko į daugelį sudarytų prognostinių modelių. Kita vertus, daugelio prognostinių modelių aiškinamoji galia nebuvo itin didelė. Taigi apibendrinus tyrimo autoriai teigia, kad DĮ yra svarbus sveiką gyvenimą bendrai ir atskirus jos aspektus galintis paaiškinti veiksnys, tačiau jis nėra vienintelis ar pagrindinis veiksnys. Todėl svarbu tęsti kitų šalia ar kartu veikiančių veiksnių tyrimą, siekiant labiau praplėsti supratimą apie sveikatai palankios gyvenimo formavimą ir palaikymą (Sladkevičiūtė ir Pakrošnis, 2020).

Tyrimė, kur buvo tirti atskiri DĮ komponentai, rastas teigiamas ryšys tarp sąmoningų veiksmų ir didesnio fizinio aktyvumo, vaisių ir daržovių vartojimo, riebalų suvartojimo (tik tarp vyrų) ir saviveiksmingumo. Rasta, kad DĮ stebėjimo komponentas prognozuoja vyrų geresnius su sveikata susijusius elgesius. Moterų su sveikata susijusį elgesį geriau prognozuoja apibūdinimo komponentas – t.y. gebėjimas žodžiais įvardinti patirtis (Gilbert, Waltz, 2010).

Nesenai buvo atlikta 122 tyrimų metaanalizė, kurioje autoriai apibendrina gautų duomenų apie DĮ ir SPE sąsajas. Jie atskleidė, jog DĮ yra teigiamai susijęs su fiziniu aktyvumu, sveika mityba ir miegu, bei neigiamai susijęs su alkoholio vartojimu. Tačiau nerasta sąsajų su narkotinių medžiagų vartojimu ir rūkymu. SPE pokyčiai buvo stipresni psichiatrinių pacientų imtyse ir didžiausias ryšys pastebėtas būtent su sąmoningų veiksmų DĮ aspektu. Autorių išvados nurodo, kad individualūs DĮ bruožų skirtumai patikimai nenuspėja sveikatai palankesnio elgesio, tačiau tam tikromis sąlygomis šis bruožas yra stipriai susijęs su sveika gyvenimu. Taip pat autoriai atkreipia dėmesį į tai, kad asmenybė (ypač tokie bruožai kaip neurotiškumas ir sąmoningumas) yra susijusi tiek su SPE, tiek su DĮ, tad galimai veikia šį santykį. Ateities tyrimai reikalingi mediaciniams kintamiesiems tirti. Taip pat reikalingi longitudinaliniai tyrimai, kurie galėtų geriau paaiškinti SPE ir DĮ sąsajas (Sala, Rochefort, Lui & Baldwin, 2020).

Taigi, tyrimai patvirtina DĮ sąsajas su SPE, tačiau nėra vieningos nuomonės ar stipriau išreikštas DĮ gali nuspėti sveikatai palankesnę elgseną, bei nėra aiškus atskirų DĮ aspektų poveikis. Matome, jog rezultatai skiriasi priklausomai nuo tiriamųjų imties, bei netolygiai veikia atskirus su sveikata susijusius elgesius. Reikalingi tolimesni tyrimai, tam kad galėtume geriau suprasti

DĮ intervencijų panaudojimo galimybes. Trūksta longitudinalių ir eksperimentinių tyrimų duomenų, kurie padėtų geriau suprasti mediacinius veiksnius, bei paaiškintų pozityvų DĮ intervencijų poveikį.

1.4. Tyrimo tikslas ir hipotezės

Šio tyrimo tikslas - ištirti DĮ praktikų poveikį SPE, DĮ bruožui ir jų tarpusavio sąsajas. Šiam tikslui pasiekti išsikėlėme uždavinius:

1. Ištirti DĮ praktikų poveikį DĮ bruožui ir jo atskiriems aspektams.
2. Ištirti DĮ praktikų poveikį SPE.
3. Ištirti DĮ bruožo ir jo atskirų aspektų poveikį SPE, bei jų pokyčių sąsajas.
4. Ištirti meditacinių praktikų dažnio ir DĮ mokymų lankomumo sąsajas su DĮ, SPE įverčiais ir jų pokyčiais.
5. Ištirti demografinių kintamųjų reikšmę šiame tyrime.

2. DĖMESINGO ĮSISĄMONINIMO IR SVEIKATAI PALANKAUS ELGESIO SĄSAJŲ TYRIMAS

2.1. Tyrimo instrumentai

Tyrimo eksperimentinės grupės dalyviai dalyvavo šešių savaitių dėmesingu įsisąmoninimu grįstos kognityvinės terapijos (toliau tekste - MBCT) mokymų grupėje. Ši programa yra viena populiariausių DĮ intervencijų naudojamų formaliam DĮ įgūdžių mokymui. Šios programos autoriai yra Zindel Segal, Mark Williams ir John Teasdale. Jie sukūrė šią programą remdamiesi originalia John Kabat-Zinn MBSR programa, papildžius ją kognityvinės terapijos elementais. Čia daugiau dėmesio yra skiriama savo minčių įsisąmoninimui, ruminavimo (atrajojančio mąstymo) ir savo mąstymo klaidų atpažinimui (Williams & Kabat-Zinn, 2011). Prisitaikant prie šiuolaikinių tendencijų trumpinti intervencijas šiam tyrimui nuspręsta naudoti ne originalią 8 savaitių, bet sutrumpintą 6 savaitių programą. Šioje versijoje buvo išlaikyta programos struktūra, labiau koncentruotai pateikta teorija, palaikant praktiniais DĮ užsiėmimais pagrįstą mokymų pobūdį (žr. į 1 lentelę). Programą sudaro šeši kassavaitiniai susitikimai (2 - 2,5 val. trukmės), kurių metu atliekamos DĮ praktikos, psichoedukacija ir vyksta dalyvių dalinimasis patirtimi grupėje. Taip pat šios programos dalis yra ir papildomas susitikimas, tarp ketvirtos ir šeštos mokymų savaitės, kurio metu dalyviai turi patyriminę dieną, kuomet penkias valandas praleidžia tyloje atlikdami įvairias DĮ praktikas vieną po kitos ir dienos pabaigoje dalinasi patirtimi tarpusavyje. Visi mokymai vyko nuotoliu, ZOOM platformoje. Sprendimas grupes vesti nuotoliu buvo padarytas dėl COVID - 19 pandeminės situacijos. Dalyviai gavo paštu atsiųstą knygą ir meditacijų garso įrašus. Tarp kassavaitinių susitikimų dalyviai savarankiškai praktikuoja DĮ praktikas pagal programoje užduodamus namų darbus.

Kadangi sunku kontroliuoti dalyvių įsitraukimą į mokymus ir nuo to gali priklausyti tyrimo rezultatai, nuspręsta išmatuoti DĮ praktikavimą dviem būdais. Visų pirma anketose buvo likerto skalės klausimas skirtas tiriamųjų savarankiškų praktikų dažniui įvertinti ir taip pat buvo žymimas dalyvių lankomumas nuotoliniuose mokymuose. Negalėjusiems gyvai prisijungti prie nuotoliu vykusių užsiėmimų ir pranešusiems iš anksto buvo siunčiamas susitikimo įrašas. Tačiau negalint užtikrinti ar dalyviai išklausė įrašą ir ar jie tuo metu būna įsitraukę, dalyvių tikrasis įsitraukimas į mokymus matuotas realiu dalyvavimo nuotoliniuose užsiėmimuose lankomumu.

1 lentelė. *DĮ intervencijos (MBCT) programa*

| Savaitė | Mokymų tema | Savarankiškos DĮ praktikos |
|---------|-----------------------|--|
| Pirma | „Automatinis pilotas“ | Kūno skenavimas šešis kartus per savaitę |

| | | |
|----------|---|---|
| Antra | „Dėmesingas kvėpavimo ir kūno įsisąmoninimas“ | Dėmesingi judesiai arba kvėpavimo meditacija ir trijų minučių kvėpavimo pauzė kasdien |
| Trečia | „Buvimas dabartyje“ | Sėdėjimo meditacija ir trijų minučių kvėpavimo pauzė kasdien |
| Ketvirta | „Pripažinimas/priėmimas ir išbuvimas/paleidimas arba leidimas dalykams būti tokiems kokie jie yra“ | Sėdėjimo meditacija arba kūno skenavimas ar dėmesingų judesių praktika kasdien bei 3 minučių kvėpavimo pauzės |
| Penkta | „Mintys nėra faktai (emocijų priėmimas ir įsisąmoninimas“) | Sėdėjimo meditacija arba kūno skenavimas ar dėmesingų judesių praktika kasdien bei 3 minučių kvėpavimo pauzės |
| Šešta | „Pasirūpinimas savimi ir įsisavintų žinių ir įgūdžių naudojimas ateityje susiduriant su iššūkiais ir problemomis“ | Sėdėjimo meditacija arba kūno skenavimas ar dėmesingų judesių praktika kasdien bei 3 minučių kvėpavimo pauzės |

Svarbu paminėti paties tyrėjo vaidmenį šiame tyrime. MBCT mokymus vedė šio tyrimo autorė, kuri yra sertifikuota ir praktikos turinti DĮ trenerė. Ji 2020 metais baigė 1,5 metų LSMU "Įsisąmoninimu grįstos kognityvinės ir elgesio terapijos pagrindų" podiplomines studijas. Vedant grupes buvo laikytasi programos standartų.

Tyrimo duomenys buvo renkami anketų pagalba. Tiriamieji tiek kontrolinėje, tiek eksperimentinėje grupėje buvo paprašyti užpildyti internete pateiktus klausimynus (Google forms formate). Septynių klausimų pagalba buvo renkami demografiniai duomenys apie lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę ir darbinę padėtį, taip pat pateikti likerto skalės pobūdžio klausimai apie dalyvių sveikatos būklę ir meditacinių praktikų dažnį (ši anketos dalis pateikta Priede Nr. 1). Kadangi vienas iš tyrimo tikslų yra palyginti tų pačių asmenų rezultatų pokyčius laike, buvo prašoma nurodyti vardą ir pavardę. Tačiau siekiant užtikrinti konfidencialumą, pradėjus nagrinėti tyrimo duomenis, jų vardai buvo pakeisti kodiniu pavadinimu ir ištrinta visa informacija leidžianti atpažinti tiriamuosius. Klausimai apie sveikatos būklę ir tai, kaip dažnai asmenys medituoja buvo pakartotinai pateikti visuose tyrimo etapuose, siekiant įvertinti įvykusius pokyčius.

Tyrimo DĮ matavome penkių dėmesingo įsisąmoninimo aspektų klausimynu (angl. five facet mindfulness Questionnaire, toliau tekste FFMQ), kurį sudaro 39 likerto skalės klausimai (žiūrėti Priede Nr. 2). Šiuo klausimynu matuojami penki dėmesingo įsisąmoninimo komponentai:

stebėjimas/atida (angl. observation), apibūdinimas (angl. description), sąmoningi veiksmai (angl. aware actions), vidinių patirčių nevertinimas (angl. non-judgmental inner experience) ir nereaktyvumas (angl. non-reactivity). Originalus angliškasis klausimynas (Baer, Smith & Allen, 2004) yra viešai prieinamas ir jo kūrėjai leidžia jį naudoti. Šiuo metu lietuviška šio klausimyno versija yra peržiūrima (Lietuvos įsisąmoninimo grįstos psichologijos asociacijos psichologų Dr. J. Burkausko ir Dr. T. Stumbrio) ir planuojama jau greitai turėti Lietuvoje adaptuotą versiją. Susisiekti su autoriais ir gautas leidimas naudoti šiuo metu jau patobulinta vertimo versija, pažadėjus pasidalinti mūsų gautais duomenimis. Šis klausimynas jau buvo naudotas Lietuvoje atliktame tyrime. Pastarajame tyrime rasta, jog šio klausimyno psichometrinės charakteristikos yra geros, skalės *Cronbach'o alfa* - 0,82. Subskalių įverčiai taip pat patikimi: stebėjimas: $\alpha = 0,75$, apibūdinimas: $\alpha = 0,87$, sąmoningas veikimas: $\alpha = 0,84$, nevertinimas: $\alpha = 0,82$, nereagavimas: $\alpha = 0,74$ (Muranovaitė, Burkauskas, Norman, 2017).

Sveikatai palankų elgesį matavome Rūpinimosi savimi ir gyvenimo būdo pusiausvyros klausimynu (angl. self care and lifestyle balance inventory, toliau tekste SCLBI), kurį sudaro 25 likerto skalės klausimai, vertinami balais, kurie yra sumuojami. Šis klausimynas yra pateiktas Priede Nr. 3. Asmens surinktas aukštesnis balas rodo sveikatai palankesnę elgesį. Originalus klausimynas (McKay, 2004) yra prieinamas viešai ir gautas Headington Instituto patvirtinimas, kad galime jį naudoti šiame tyrime. Lietuviška dvigubo vertimo versija gauta iš psichologės Rasos Aukštinaitytės. Ji naudojo šią skalę, savo magistriniame darbe ir gavo gerą skalės patikimumo rodiklį: *Cronbach'o alfa* - 0,758 (Aukštinaitytė, 2010).

Šiame tyrime, prieš pradėdant duomenų analizę, taip pat buvo patikrintas skalių ir subskalių vidinis patikimumas ir rasti geri rodikliai (žr. 2 lentelę), t.y. *Cronbach'o alfa* koeficientai yra aukštesni nei optimaliai reikalaujamas $\alpha > 0,7$ (Pakalniškienė, 2012).

2 lentelė. Skalių vidinio suderinamumo koeficientai

| Skalė | Subskalės | Vidinio suderinamumo koeficientas (<i>Cronbach'o alfa</i>) |
|----------------------------|---------------------|--|
| Dėmesingas įsisąmoninimas | | 0,721 |
| | Stebėjimas | 0,818 |
| | Apibūdinimas | 0,845 |
| | Sąmoningas veikimas | 0,829 |
| | Nevertinimas | 0,814 |
| | Nereagavimas | 0,805 |
| Sveikatai palankus elgesys | | 0,824 |

2.2. Tyrimo eiga

Tyrimo tikslams pasiekti pasirinktas kvazieksperto metodas, daugkartinių laiko serijų eksperimento potipis. Tai tyrimo būdas, kuomet yra naudojama eksperimentinė ir kontrolinė grupės, imtis yra neatsitiktinė, o priklausomas kintamasis yra matuojamas kelis kartus tam tikrais laiko tarpais abiejose grupėse. Priklausomu kintamuoju šio tipo eksperimente yra manipuluojama matavimo proceso viduryje (Rupšienė ir Rutkienė, 2016). Šis tyrimo būdas buvo pasirinktas siekiant įvertinti realius kintamųjų pokyčius esant DĮ intervencijai, atmetant galimybę jog pokyčiai yra savaiminiai. Duomenys tyrimui buvo renkama anketų pagalba. Siekiant iširti ar kintamųjų pokyčiai yra ilgalaikiai pasirinkta iširti ne tik kintamuosius prieš ir po intervencijos, bet ir padaryti pakartotinį įvertinimą po dviejų mėnesių.

Tai kiekybinis tyrimas, kuriuo tiriama statistiniai kintamųjų pokyčiai. Pagrindiniai priklausomi kintamieji, kurių sąsajas tiriamame šiame moksliniame darbe tiriamame yra DĮ ir SPE. Tuo tarpu nepriklausomas kintamasis, kuriuo manipuluojame yra DĮ praktikos, kurį matuojame vertindami dalyvių įsitraukimą, t.y. dalyvavimo nuotoliniuose DĮ mokymuose, bei savarankiškai atliekamų meditacijų dažnį. Visi šie kintamieji buvo matuojame trimis laiko etapais. Taip pat buvo tirtos sąsajos su demografiniais kintamaisiais.

Šiam tyrimui visų pirma buvo ieškota asmenų, kurie sutiktų dalyvauti eksperimentinėje tyrimo grupėje. Tiriamieji buvo kviečiami dalyvauti MBCT mokymuose ir taip prisidėti prie tyrimo. Skelbimas apie mokymus buvo paskelbtas įvairiose socialinių tinklų grupėse, renginių puslapiuose (žr. Priede Nr. 4). Skelbimas buvo orientuotas į visus suaugusius asmenis, nenurodant amžiaus ar lyties ribotumo. Kadangi eksperimentinei grupei reikėjo, kad asmenys būtų motyvuoti, nes jiems reikėjo išklausti 6 savaitių mokymus bei grupėje ir savarankiškai praktikuoti meditacinius pratimus, orientuotasi į savanoriškai DĮ metodu susidomėjusius asmenis. Skelbimas nurodė, kad tyrime sutikusiems dalyvauti dalyviams, bus suteikiama galimybė dalyvauti mokymuose už simbolinę kainą. Iš pradžių buvo surinkti tyrimo dalyviai ir po to surinkta demografiškai ekvivalentiška kontrolinė grupė. Kontrolinės grupės tiriamiesiems surinkti pasinaudota patogiąja imtimi ir per pažystramus, socialinės medijos pagalba ieškoti asmenys, kurie atitiktų eksperimentinės grupės dalyvius savo lytimi, amžiumi ir išsilavinimu.

Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes, tad tyrimo duomenys buvo rinkti per du kartus. Taip padaryta dėl to, nes standartiškai psichologinių mokymų grupėje rekomenduojama turėti ne daugiau 15 dalyvių (Kočiūnas, 1998). Analogiškai tuo pačiu metu buvo renkami ir kontrolinės grupės duomenys.

3 lentelė. Tyrimo duomenų rinkimo etapai

| | Prieš DĮ mokymus | Po 6 savaičių DĮ mokymų | 2 mėnesiai po mokymų |
|---------|------------------------------|---|---------------------------------|
| 1 grupė | 2020 m. spalio 10 - 14 d. | 2020 m. lapkričio 20 - 24 d. | 2021m. sausio 20 - 24 d. |
| 2 grupė | 2020 m. lapkričio 20 - 24 d. | 2020 m. gruodžio 30 d. - 2021 m. sausio 3 d. | 2021m. vasario 30 - kovo 3d. |

Iš viso tyrimo dalyviai buvo paprašyti užpildyti tyrimo anketą su klausimynais tris kartus. Gavus asmens sutikimą dalyvauti tyrime jie buvo paprašyti užpildyti pirmąją tyrimo anketą. Tuomet į MBCT grupę užsiregistravę asmenys pradėjo mokymus. Kontrolinės grupės dalyviai negavo jokios intervencijos ir tiesiog buvo informuoti apie tai, kad ateityje jų bus prašoma dar porą kartų užpildyti anketas. Visos anketos buvo pildomos nuotoliu, dalyviams į el. paštą atsiunčiama nuoroda į Google Forms. Anketos tą pačią dieną buvo siunčiamos tiek kontrolinės, tiek tiriamųjų grupės dalyviams ir duodamos 5 dienos jai užpildyti (3 lentelėje galime matyti kada buvo pildomos anketos). Likus dienai iki anketų užpildymo termino dar neužpildžiusiems anketos buvo siunčiamas priminimas el. paštu paskubėti tai padaryti. Praėjus 6 savaitės po pirmos anketos visi tyrimo dalyviai nepriklausomai ar buvo ar nebuvo MBCT mokymuose buvo paprašyti pakartotinai užpildyti anketą su tais pačiais klausimynais. Ir paskutinis prašymas pakartotinai jas užpildyti buvo siųstas praėjus dviems mėnesiams po antrosios anketos, kartu su padėka už dalyvavimą tyrime.

2.3. Tyrimo dalyviai

Tyrimu susidomėjo ir užpildydami pirmąją anketą sutiko dalyvauti 53 asmenys. Iš kurių 25 turėjo priklausyti eksperimentinei tiriamųjų grupei ir 28 kontrolinei grupei. Tačiau viena dalyvė dėl asmeninių priežasčių nusprendė nebedalyvauti DĮ mokymuose, tad abiejuose DĮ intervencijose grupėse buvo po 12 asmenų ir visi 24 dalyviai užpildė antrąją tyrimo anketą. Sėkmingai tyrime dalyvavusiais laikome tuos asmenis, kurie laiku ir pilnai užpildė pirmąją ir antrąją anketą, t.y. 49 dalyviai, iš kurių 24 priklauso tiriamųjų ir 25 kontrolinei grupei. Tad toliau tiriamųjų aprašyme matysime šių asmenų duomenis. Trečioji anketa, kuri skirta ilgalaikiam intervencijos poveikiui tirti buvo iš viso užpildyta 46 asmenų. 4 lentelėje galime matyti išsamesnius tyrimo dalyvių skaičiaus pokyčius visuose tyrimo etapuose. Į anketas neatsakę dalyviai nesuteikė grįžtamojo ryšio, tad nežinome kodėl jie nusprendė nebetęsti dalyvavimo tyrime. Iš viso nuo tyrimo pradžios iki paskutinio etapo atkrito 7 asmenys.

4 lentelė. Tyrimo dalyvių skaičiaus pokyčiai tyrimo etapuose

| Dalyvių skaičius užpildęs | Tiriamieji | | | Kontrolinė grupė | | | Iš viso dalyvių |
|---------------------------------|------------|---------|----------------------|------------------|---------|------------------------------------|--------------------|
| | 1 grupė | 2 grupė | Iš viso tiriamųjų | 1 grupė | 2 grupė | Iš viso kontrolinėje grupėje | |
| 1 anketą | 13 | 12 | 25 | 13 | 15 | 28 | 53 |
| 2 anketą | 12 | 12 | 24 | 12 | 13 | 25 | 49 |
| 3 anketą | 10 | 12 | 22 | 12 | 12 | 24 | 46 |

Tiriamųjų amžius svyruoja nuo 23 iki 56 metų, kontrolinėje grupėje nuo 26 iki 68 metų. Kadangi tyrimas buvo daromas nuotoliu, dalyvavo asmenys iš įvairių Lietuvos miestų, tačiau didžioji dalis asmenų iš Vilniaus. Visi MBCT mokymais susidomėję asmenys ir sutikę dalyvauti tyrime buvo moterys. Dėl šios priežasties siekiant sukurti homogenišką kontrolinę grupę į ją buvo taip pat renkamos tik moterys. Nepaisant to, kad skelbimas nebuvo skirtas tam tikrai lyčiai, tačiau neužsiregistravo nei vienas vyras. Tai galima paaiškinti didesniu asmeninio tobulėjimo praktikų populiarumu tarp moteriškosios lyties atstovių nei vyrų, o galbūt skelbimas tiesiog nepasiekė pakankamai vyrų, dėl jų skelbimo socialinėse medijose. 5 lentelėje pateikiami išsamūs dalyvių demografiniai duomenys, kur galime matyti tiriamųjų ir kontrolinės grupės dalyvių palyginimą. Surinktos grupės yra demografiškai panašios. Beveik visos tyrimo dalyvės yra moterys, dirbančios, turinčios aukštąjį išsilavinimą, pusė jų susituokusios/gyvenančios poroje, kita pusė gyvena vienos arba su kitais šeimos nariais. Visų tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis $M = 40,33$, $SD = 10,74$.

5 lentelė. Tyrimo dalyvių demografinis palyginimas

| | | Tiriamieji | Kontrolinė grupė |
|---------------------|---|------------|------------------|
| Amžiaus | Vidurkis | 41,25 | 39,44 |
| | Standartinis nuokrypis | 8,8 | 12,4 |
| Lytis | Moteris | 100 % | 100 % |
| Šeimyninis statusas | Susituokęs/ gyvena poroje | 54,2 % | 64 % |
| | Išsituokęs/arba gyvena vienas | 29,2 % | 32 % |
| | Gyvena ne poroje, bet su kitais šeimos nariais | 16,7 % | 4 % |
| Išsilavinimas | Aukštasis | 100 % | 92 % |

| | | | |
|----------------|--|--------|------|
| | Vidurinis | | 4 % |
| | Profesinis | | 4 % |
| Darbo statusas | Dirbantis (-i) | 87,5 % | 84 % |
| | Bedarbis (-ė)/ ieškosi darbo/ pertrauka tarp darbų | 12,5 % | 16 % |

2.5. Duomenų analizė

Tyrime anketomis surinkti duomenys buvo analizuoti naudojantis statistinės analizės programa programa IBM SPSS Statistics 28.0. Duomenys adaptuoti šiai programai, užkoduojant atsakymus skaitinėmis reikšmėmis. Buvo peržiūrėta tiriamųjų ir skalių aprašomoji statistika: vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, maksimalūs ir minimalūs skalių įverčiai. Duomenų pasiskirstymo normalumui tikrinti naudotas Shapiro - Wilk kriterijus ir asimetrijos koeficiento (angl. skewness) įverčiai, bei peržiūrėtas duomenų vizualus pasiskirstymas (histograma, atsakymų išsibarstymas). Kaip matome 6 lentėje didžioji dalis tyrimo duomenų, visose 3 tyrimo fazėse yra pasiskirstę normaliai. Beveik visų skalių Shapiro -wilk kriterijaus randamas $p > 0,05$ ir asimetrijos koficientas patvirtina duomenų pasiskirstymą pagal normalųjų pasiskirstymą, nes koficientai yra tarpe nuo 0,8 – iki -0.8. Iš DĮ subskalių, tik sąmoningo veikimo skalės duomenys trečiajame matavimų etape Shapiro - Wilk kriterijus ($p = 0,042$) indikuoja, kad duomenys gali atrodyti nutolę nuo normaliojo skirstinio, tačiau turime gerą asimetrijos koficientą (0,370), bei vizualiai duomenų grafike nesimato didelio nuokrypio, tad nuspręsta ir šios skalės duomenis laikyti normaliai pasiskirsčiusiais. Tačiau meditacinių praktikų dažnio ir subjektyvus sveikatos būklės vertinimo skalių Shapiro-wilk kriterijai (p) indikuoja duomenų nenormalumą ir nepaisant dalies gerų asimetrijos koeficientų, vizualiai patikrinus duomenis, nuspręsta šių skalių nelaikyti normaliai pasiskirsčiusiomis.

Šiame tyrime daugiausia buvo naudojami parametriniai statistiniai metodai. Tų pačių tiriamųjų duomenys skirtinguose tyrimo fazėse lyginti naudojant pasikartojančių matavimų ANOVA, bei Porinių imčių t-testas, koreliacijos tarp kintamųjų skaičiuotos naudojant Pearson kriterijų, kontrolinės ir eksperimentės grupės lyginamos naudojant nepriklausomų imčių Stjudent t-testą. Kuomet buvo atliekama analizė pagal atsakymus į demografinius klausimus, naudojami dalyvių lankomumo mokymuose duomenys, bei atsakymai apie sveikatą, bei meditacinių praktikų dažnį buvo naudojami neparametrinės statistikos metodai (Friedman testas, Mann Whitney U-testas, Spearman koreliacinis kriterijus). Statistinis pasikliautinumo lygmuo p šiame tyrime yra 95 proc. arba statistiškai reikšminga laikyta, kai $p < 0,05$. Regresijų rezultatams aprašyti naudotas standartizuotas β koeficientas.

6 lentelė. Skalų duomenų pasiskirstymo rodmenys

| Skalė | Subskalės | Shapiro -Wilk kriterijus (<i>p</i>) | | | Asimetrijos koeficientas | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------|---------|
| | | 1 fazė | 2 fazė | 3 fazė | 1 fazė | 2 fazė | 3 fazė |
| Dėmesingas įsisąmoninimas | | 0,119 | 0,728 | 0,916 | - 0,745 | 0,014 | - 0,047 |
| | Stebėjimas | 0,368 | 0,212 | 0,422 | - 0,509 | - 0,436 | - 0,374 |
| | Apibūdinimas | 0,148 | 0,288 | 0,787 | - 0,438 | - 0,195 | - 0,152 |
| | Sąmoningas veikimas | 0,902 | 0,052 | 0,042 | 0,116 | 0,170 | 0,370 |
| | Nevertinimas | 0,645 | 1,88 | 0,079 | 0,111 | - 0,261 | - 0,466 |
| | Nereagavimas | 0,687 | 0,712 | 0,240 | - 0,218 | - 0,029 | 0,034 |
| Dėmesingo įsisąmoninimo pokytis | | 0,290 | 0,242 | 0,346 | 0,324 | - 0,521 | 0,667 |
| Sveikatai palankus elgesys | | 0,674 | 0,528 | 0,247 | - 0,248 | - 0,362 | - 0,470 |
| Sveikatai palankaus elgesio pokytis | | 0,659 | 0,831 | 0,908 | 0,273 | - 0,363 | - 0,018 |
| Meditacinių praktikų dažnis | | <0,001 | 0,001 | <0,001 | 0,665 | 0,184 | 0,156 |
| Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas | | <0,001 | 0,001 | <0,001 | 0,761 | 0,843 | 0,746 |

Pastaba: Paryškintu šriftu pažymėti rodikliai indikuojantys, skalės duomenų pasiskirstymą ne pagal normalųjį skirstinį.

3. REZULTATAI

3.1. Dėmesingo įsisąmoninimo praktikų poveikis dėmesingo įsisąmoninimo bruožui

Šio tyrimo statistinę analizę pradėjome DĮ intervencijos poveikio tyrimu. 7 lentelėje galime matyti FFMQ skalės pagalba surinktų duomenų apie dalyvių DĮ aprašomąją statistiką. Matome, kad gan stipriai skiriasi pirminiai tiriamųjų ir kontrolinės grupės DĮ įverčiai. Atlikus nepriklausomų imčių Student t-testą pasitvirtino, jog grupės reikšmingai skiriasi: tiriamųjų $M = 116,75$ $SD = 21,24$, kontrolinės grupės DĮ $M = 133,52$, $SD = 14,29$, gavome $t(47) = -3,26$, $p = 0,002$. Tai rodo, kad į DĮ mokymus registravosi asmenys, kurių DĮ bruožas yra mažiau išreikštas. Tačiau ištyrus antrojo tyrimo etapo DĮ įverčius randame, jog tyrimo dalyvių grupės supanašėjo: tiriamųjų $M = 136,75$ $SD = 19,89$, kontrolinės grupės DĮ $M = 133,48$ $SD = 16,75$ gavome $t(47) = 0,623$, $p = 0,263$. Šis rezultatas rodo, kad po intervencijos tiriamieji reikšmingai nesiskyrė savo DĮ įverčiu nuo kontrolinės grupės.

7 lentelė. DĮ įverčių grupėse aprašomoji statistika

| | Dalyvių skaičius | Tyrimo etapas* | Įverčio vidurkis | Standartinis nuokrypis | Minimalus įvertis | Maksimalus įvertis |
|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| Tiriamieji | 24 | 1 | 116,75 | 21,24 | 64 | 155 |
| | | 2 | 136,75 | 19,89 | 94 | 172 |
| | 22 | 3 | 136,41 | 21,37 | 91 | 175 |
| Kontrolinė grupė | 25 | 1 | 133,52 | 14,29 | 111 | 161 |
| | | 2 | 133,48 | 16,75 | 109 | 166 |
| | 24 | 3 | 137,13 | 15,54 | 108 | 167 |

Pastaba: *1 etapas - tyrimo pradžioje (iki intervencijos), 2 etapas – po 6 savaičių ir/ar po DĮ intervencijos, 3 etapas – praėjus dar dviems mėnesiams.

Kitu žingsniu, porinių imčių t-testu tikrinome ar įvyko reikšmingi DĮ įverčių pokyčiai laike, lyginant pirmo ir antro etapo dalyvių duomenis. Matome, kad tiriamųjų tarpe $t(23) = -5,46$, $p < 0,001$, o kontrolinėje grupėje $t(24) = 0,18$, $p = 0,99$. Tai rodo, kad pokyčiai intervenciją turėjusiems dalyviams buvo reikšmingi, t.y. jog reikšmingai padidėjo jų DĮ įverčiai. Tuo tarpu kontrolinėje grupėje neįvyko reikšmingų DĮ pokyčių. Lyginant antrąjį ir trečiąjį įverčius matome jog reikšmingų pokyčių neįvyko nei tiriamųjų grupėje ($t(21) = -0,72$, $p = 0,482$), nei kontrolinėje grupėje ($t(23) = -1,66$, $p = 0,111$). Tai rodo, kad 2 mėnesių laikotarpyje, be intervencijos šie įverčiai išliko pastovūs.

Pokyčiams visuose trijuose tyrimo etapuose įvertinti naudojome pasikartojančių matavimų ANOVA metodą. Čia buvo naudoti tik visos trys anketas užpildžiusių asmenų duomenys ($N = 46$).

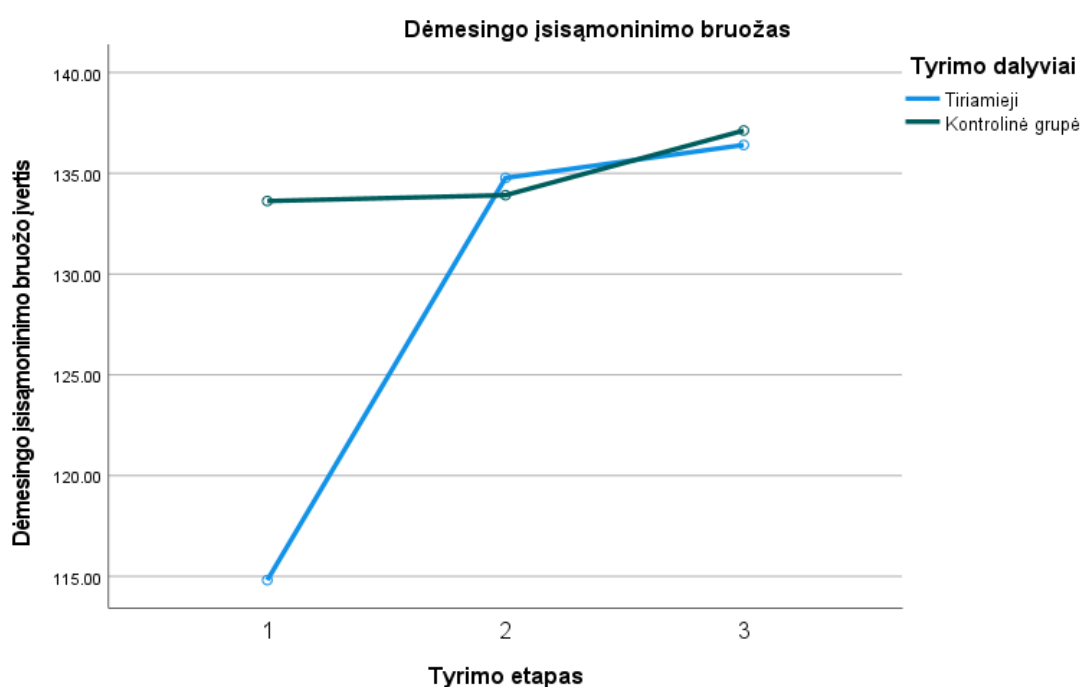
Gauta, kad tiriamųjų grupėje ($n = 22$) $F = 13,63$, $p < 0,001$, o kontrolinėje grupėje ($n = 24$) $F = 1,69$, $p = 0,2$. Vėlgi, reikšmingi pokyčiai rasti tik tiriamųjų grupėje.

DĮ pokyčiams visuose tyrimo etapuose ištirti lyginant juos tarpusavyje *Post Hoc* metodu. rezultatai pateikti 8 lentelėje ir grafiškai pavaizduoti 6 paveiksle. Kaip matome DĮ įvertis tyrimųjų grupėje reikšmingai pakilo lyginant ją su pradiniu įverčiu, taip pat pokytis išliko reikšmingai pakilęs ir 3 etape, t.y. praėjus dviems mėnesiais po DĮ intervencijos. Tačiau nėra reikšmingo skirtumo tarp antrojo ir trečiojo matavimų, kas rodo jog savarankiškai praktikuojant DĮ bruožas daugiau reikšmingai nebestiprėjo.

8 lentelė. DĮ įverčių vidurkių skirtumai visuose tyrimo etapuose

| | Tyrimo etapas | Įverčių vidurkiai | Standartinis nuokrypis | Skirtumas su 1 etapo įverčiu | Skirtumas su 2 etapo įverčiu | Skirtumas su 3 etapo įverčiu |
|------------------|---------------|-------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Tiriamieji | 1 | 114,82 | 21,15 | X | - 19,96** | 21,59** |
| | 2 | 134,77 | 19,15 | 19,96** | X | 1,64 |
| | 3 | 136,41 | 21,37 | - 21,59** | - 1,64 | X |
| Kontrolinė grupė | 1 | 133,63 | 14,59 | X | 0,29 | 3,50 |
| | 2 | 133,92 | 16,97 | - 0,29 | X | 3,21 |
| | 3 | 137,13 | 15,54 | - 3,50 | - 3,21 | X |

Pastaba: ** $p < 0,001$, paryškintu šriftu pažymėti statistškai reikšmingi skirtumai.



6 paveikslas. DĮ vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.

Sekančiu žingsniu tyrinėjome DĮ pokytį. Pirminis pokytis – tai antrojo ir pirmojo įverčio skirtumas, ilgalaikis pokytis – tai skirtumas tarp trečiojo ir pirmojo įverčio. Kadangi pokytis tarp antrojo ir trečiojo etapų rastas nereikšmingas, jo daugiau nebetyrinėjome. Analizuojant duomenis pastebėjome, kad vienos tiriamosios DĮ įverčių pokyčio rezultatas buvo stipriai nukrypęs nuo normaliojo skirstinio (išskirtinai aukštas), dėl šios priežasties nuspręsta jo neįtraukti, tad kuomet tiriamieji DĮ pokyčių įverčius visame tyrime yra naudojama vienu asmeniu mažesnė imtis ($N = 48$). Tyrinėjant šios moters duomenis, matome, jog jos pirminis DĮ įvertis buvo labai žemas, net dukart žemesnis nei imties vidurkis (64 balai). Po intervencijos jis pakilo daugiau nei du kartus (143 balai), dar po dviejų mėnesių išliko panašiu (146 balai). Šios tiriamosios SPE pokytis nenukrypsta nuo imties normaliojo skirstinio. Siekiant suprasti kodėl įvyko šis kardinalus pokytis, pažvelgėme į jos meditacinių praktikų dažnį. Matome, jog iki intervencijos moteris niekada nemeditavo ir po mokymų teigė praktikuojanti kasdien, dar po dviejų mėnesių teigė praktikuojanti reguliariai, nuo 2 iki 5 kartų per savaitę. Taip pat ši moteris buvo įsipareigojusi mokymams - dalyvavo 6 iš 7 susitikimų. Visa tai galėtų paaiškinti šį išskirtinį poveikį.

Po to naudojant tiesinės regresijos metodą apskaičiavome ar pirminis DĮ bruožo pokytis priklauso nuo to ar dalyviai turėjo DĮ mokymų intervenciją. Rezultatai parodė, kad šis modelis gerai paaiškina DĮ bruožo augimą ($R^2 = 0,35$, $F = 25,06$, $p < 0,001$). Tai reiškia, jog DĮ intervencija nuspėja DĮ bruožo stiprėjimą ($\beta = -0,594$, $p < 0,001$). Ištyrėme ilgalaikį pokytį ir gavome, jog ($R^2 = 0,27$, $F = 15,52$, $p < 0,001$). Tai reiškia, jog DĮ intervencija nuspėja ir DĮ ilgalaikį poveikį, t.y. jog šis bruožas išliks stipriau išreikštu praėjus dar 2 mėnesiams ($\beta = -0,515$, $p < 0,001$).

9 lentelė. DĮ aspektų aprašomoji statistika trejuose tyrimo etapuose

| | | Stebėjimas | | Apibūdinimas | | Sąmoningas veikimas | | Nevertinimas | | Nereagavimas | |
|------------------|---|------------|------|--------------|------|---------------------|------|--------------|------|--------------|------|
| | | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Tiriamieji | 1 | 23,41 | 5,62 | 27,00 | 5,99 | 22,19 | 5,70 | 25,73 | 6,41 | 16,5 | 5,33 |
| | 2 | 28,31 | 4,56 | 29,59 | 5,96 | 26,82 | 4,94 | 29,68 | 6,71 | 20,36 | 3,70 |
| | 3 | 28,64 | 5,54 | 29,27 | 5,20 | 26,55 | 5,57 | 30,77 | 6,53 | 21,18 | 4,57 |
| Kontrolinė grupė | 1 | 29,50 | 4,98 | 31,17 | 4,54 | 26,42 | 5,74 | 25,75 | 5,07 | 20,79 | 4,01 |
| | 2 | 28,72 | 5,78 | 30,58 | 5,09 | 27,71 | 5,90 | 26,50 | 5,33 | 20,41 | 4,99 |
| | 3 | 30,58 | 4,63 | 31,46 | 4,57 | 26,58 | 7,26 | 27,83 | 5,24 | 20,67 | 5,54 |

Pastaba: M - Vidurkiai, SD - standartiniai nuokrypiai.

Pasikartojančių matavimų ANOVA metodo pagalba ištyrėme atskirų DĮ aspektų pokyčius (9 lentelėje pateikti įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai). Kaip matome 10 lentelėje reikšmingi

pokyčiai įvyko tik tiriamųjų grupėje, kontrolinėje grupėje reikšmingų pokyčių nerasta. 11 lentelėje galime matyti palyginimą tarp kiekvieno etapo įverčių vidurkių atskirai (*Post hoc* analizė). Rezultatai rodo, jog tiriamųjų tarpe visi DĮ aspektai statistiškai reikšmingai sustiprėjo, lyginant pirmo etapo įvertį su antru, bei pirmą su trečiuoju. Tai reiškia jog tiriamųjų grupėje visų DĮ aspektų įverčiai padidėjo po intervencijos ir šie pokyčiai yra ilgalaikiai, nes išliko reikšmingai pakilę praėjus dar 2 mėnesiams po intervencijos. Tačiau nėra reikšmingo skirtumo tarp antrojo ir trečiojo matavimų, kas rodo jog savarankiškai praktikuojant šie bruožai toliau reikšmingai nebekito. 5 priede pridėjome grafinį DĮ aspektų vidurkinių įverčių pavaizdavimą. Matome, jog visi 4 iš 5 DĮ aspektai iki intervencijos tiriamųjų tarpe lyginant su kontroline grupe buvo mažiau išreikšti. Tuo tarpu nevertinimo aspekto atžvilgiu pradiniam tyrimo etape grupės yra tolygios. Po intervencijos tarp grupių subskalių įverčiai suvienodėja, išskyrus apibūdinimo aspektą, čia kontrolinė grupė ir toliau lenkia tiriamuosius, o nevertinimo aspektu tiriamieji aplenkia kontrolinę grupę.

10 lentelė. DĮ aspektų įverčių skirtumų tyrimo etapuose reikšmingumo rodikliai

| Subskalė | Grupė* | F | p |
|---------------------|--------|--------------|------------------|
| Stebėjimas | 1 | 6,33 | 0,007 |
| | 2 | 2,83 | 0,081 |
| Apibūdinimas | 1 | 4,05 | 0,033 |
| | 2 | 1,03 | 0,373 |
| Sąmoningas veikimas | 1 | 6,62 | 0,006 |
| | 2 | 1,49 | 0,247 |
| Nevertinimas | 1 | 10,38 | <0,001 |
| | 2 | 2,77 | 0,085 |
| Nereagavimas | 1 | 5,73 | 0,011 |
| | 2 | 0,13 | 0,875 |

Pastaba: *Grupės: 1 - tiriamieji, 2 - kontrolinė grupė. Paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai.

11 lentelė. Tiriamųjų DĮ aspektų įverčių skirtumų tyrimo etapuose palyginimas

| Etapai | Stebėjimas | Apibūdinimas | Sąmoningas veikimas | Nevertinimas | Nereagavimas |
|--------|------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|
| 1 | 2 | - 4,91** | - 2,59** | - 4,64*** | - 3,96** |
| | 3 | - 5,23** | - 2,27* | - 4,36** | - 5,05*** |
| 2 | 1 | 4,91** | 2,59** | 4,64*** | 3,96* |

| | | | | | | |
|---|---|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| | 3 | - 0,32 | 0,32 | 0,27 | - 1,09 | -0,82 |
| 3 | 1 | 5,23** | 2,27* | 4,36** | 5,05*** | 4,68** |
| | 2 | 0,32 | - 0,32 | - 0,27 | 1,09 | 0,82 |

Pastaba: Paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai.

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p \leq 0,00$.*

3.2. Dėmesingo įsisąmoninimo praktikų poveikis sveikatai palankiam elgesiui

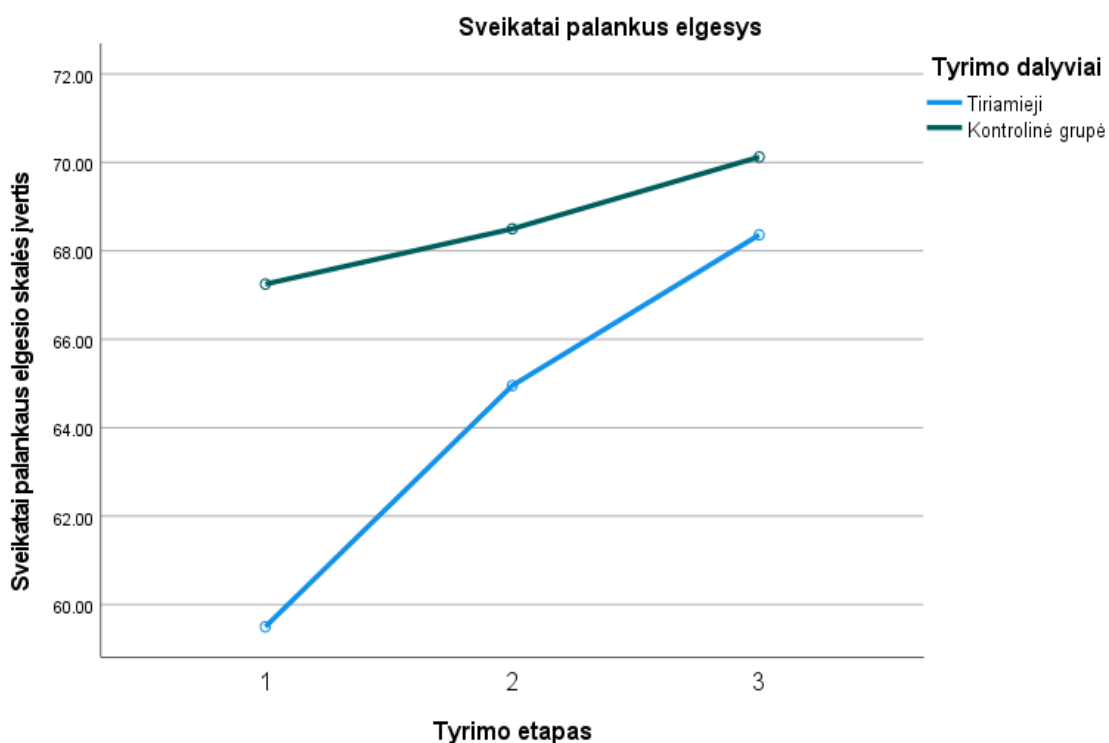
Iš pradžių nepriklausomų imčių Stjudent t-testu patikrinome ar tiriamųjų ir kontrolinės grupės SPE pirminių įverčių vidurkiai reikšmingais skiriasi. Gavome $t(47) = -1,86$, $p = 0,069$. Tai rodo abi grupės reikšmingai nesiskyrė tyrimo pradžioje SPE aspektu. Tuomet, pasikartojančių matavimų ANOVA metodu ištyrėme sveikatai palankaus elgesio pokyčius tyrimo eigoje atskirai abiejose grupėse. 12 lentelėje galime matyti įverčių vidurkius, minimalią ir maksimalią reikšmes, bei standartinius nuokrypius. Gauta, kad tiriamųjų grupėje ($n = 22$) $F = 12,66$, $p < 0,01$, kontrolinėje grupėje ($n = 24$) $F = 1,93$, $p = 0,169$. Tad pokyčiai rasti reikšmingi tik tiriamųjų grupėje. Palyginus skirtumus tarp matavimų tiriamųjų tarpe, matome, kad yra reikšmingas skirtumas tarp pirmojo ir antrojo matavimo ($-5,46$, $p = 0,005$) bei skirtumas tarp pirmojo ir trečiojo SPE įverčio vidurkių ($-8,86$, $p < 0,001$). Tai reiškia, kad tiriamųjų SPE įverčiai reikšmingai pakilo po DĮ intervencijos, bei išliko reikšmingai aukštesni praėjus dar dviems mėnesiams. Rezultatai pavaizduoti grafiškai 7 paveiksle.

12 lentelė. *Sveikatai palankaus elgesio aprašomoji statistika*

| | Tyrimo etapas | Įverčio vidurkis | Standartinis nuokrypis | Minimalus įvertis | Maksimalus įvertis |
|------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Tiriamieji | 1 | 59,50 | 11,28 | 39 | 84 |
| | 2 | 64,95 | 10,30 | 40 | 85 |
| | 3 | 68,36 | 11,83 | 42 | 83 |
| Kontrolinė grupė | 1 | 67,25 | 10,25 | 44 | 87 |
| | 2 | 68,50 | 11,16 | 46 | 88 |
| | 3 | 70,13 | 11,37 | 49 | 88 |

Tuomet naudojant tiesinės regresijos metodą apskaičiavome ar pirminis SPE pokytis priklauso nuo to ar dalyviai turėjo DĮ mokymų intervenciją. Rezultatai rodo, kad DĮ intervencija nuspėja SPE pokytį $R^2 = 0,09$, $F = 4,56$, $p = 0,038$. Tai reiškia, jog DĮ intervencija nuspėja SPE

augimą ($\beta = -0,297$, $p = 0,038$). Ištyrus ilgalaikį SPE pokytį gavome, kad $R^2 = 0,14$, $F = 7$, $p = 0,011$. Tai reiškia, jog DĮ intervencija nuspėja, kad pozityvus SPE pokytis išliks praėjus 2 mėnesiams po intervencijos ($\beta = -0,371$, $p = 0,011$).



7 paveikslas. Sveikatai palankaus elgesio vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.

3.3. Dėmesingo įsisąmoninimo sąsajos su sveikatai palankiu elgesiu

Visų pirma ištyrėme DĮ ir SPE koreliacinius ryšius. Naudojome Pearson koreliacinį kriterijų. Gavome, jog DĮ reikšmingai siejasi su SPE visuose tyrimo etapuose (1 etape: $r = 0,57$, $p < 0,001$; 2 etape $r = 0,62$, $p < 0,001$; 3 etape: $r = 0,59$, $p < 0,001$). Tai rodo, jog labiau išreikštas DĮ siejasi su sveikatai palankesniu elgesiu. Taip pat randame, jog reikšmingai siejasi tiek pirminiai šių įverčių pokyčiai ($r = 0,47$, $p < 0,001$), tiek ilgalaikiai ($r = 0,47$, $p < 0,001$), tiek pokytis įvykęs tarp antrojo ir trečiojo etapų ($r = 0,48$, $p < 0,001$). Tai reiškia, jog šių kintamųjų pokyčiai reikšmingai susiję: susitiprėjęs DĮ bruožas siejasi su pagerėjusiu su sveikata susijusiu elgesiu. Šie rezultatai leidžia mums toliau tyrinėti ir priežastinius SPE ir DĮ ryšius.

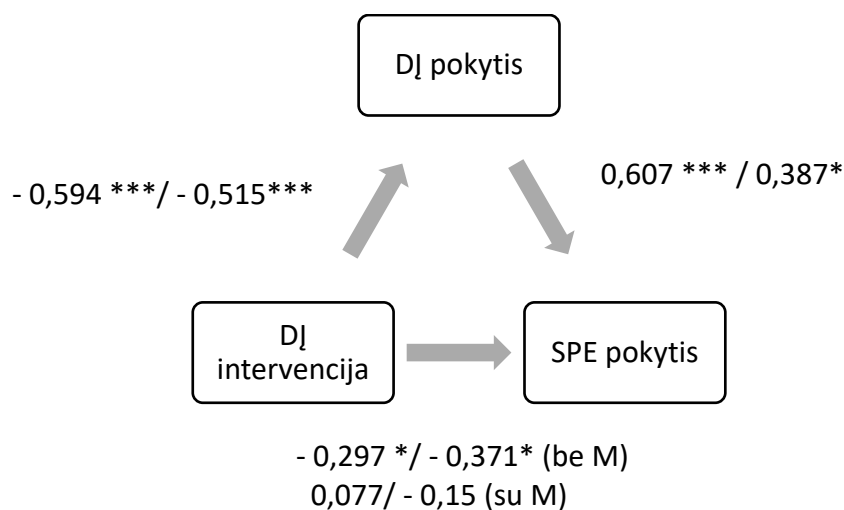
Kitu žingsniu tyrėme ar DĮ bruožas gali nuspėti SPE. Šiam klausimui atsakyti panaudojome paprastosios tiesinės regresijos metodą. Pirmajame etape: $R^2 = 0,33$, $F = 22,72$, $p < 0,001$. Tai reiškia, jog stipriau išreikštas DĮ bruožas nuspėja geresnį SPE ($\beta = 0,571$, $p < 0,001$). Antrojo etapo duomenys, tai patvirtina: $R^2 = 0,38$, $F = 28,78$, $p < 0,001$, DĮ bruožas nuspėja geresnį SPE ($\beta = 0,616$, $p < 0,001$). Trečiajame etape: $R^2 = 0,34$, $F = 23,02$, $p < 0,001$, vėlgi randame, jog DĮ bruožas nuspėja geresnį SPE ($\beta = 0,586$, $p < 0,001$).

Tuomet daugialypės tiesinės regresijos pagalba ištyrėme kaip atskiri DĮ komponentai nuspėja SPE. Gavome, jog visuose etapuose visi DĮ aspektai kartu gerai nuspėja SPE. Pirmajame etape: $R^2 = 0,37$, $F = 5,09$, $p < 0,001$. Antrajame: $R^2 = 0,41$, $F = 5,92$, $p < 0,00$. Trečiajame: $R^2 = 0,36$, $F = 4,56$, $p = 0,002$. 13 lentelėje pateikti atskirų komponentų standartizuoti beta ir reikšmingumo (p) koeficientai. Kaip matome pirmajame etape stipriau išreikštas stebėjimo bruožas reikšmingai nuspėja geresnį SPE. Antrajame etape SPE reikšmingai nuspėja sąmoningas veikimas. Tuo tarpu paskutiniame tyrimo etape jau nei vienas atskiras DĮ aspektas nebenuspėja SPE.

13 lentelė. DĮ bruožų įtaka SPE

| DĮ bruožas | 1 etapas | | 2 etapas | | 3 etapas | |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|-------|
| | β | p | β | p | β | p |
| Stebėjimas | 0,379 | 0,023 | 0,233 | 0,109 | 0,067 | 0,689 |
| Apibūdinimas | 0,213 | 0,163 | 0,005 | 0,989 | 0,338 | 0,067 |
| Sąmoningas veikimas | 0,115 | 0,463 | 0,342 | 0,025 | 0,167 | 0,252 |
| Nevertinimas | 0,058 | 0,683 | 0,163 | 0,250 | 0,067 | 0,664 |
| Nereagavimas | 0,034 | 0,813 | 0,207 | 0,204 | 0,191 | 0,225 |

Pastaba: Paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi poveikiai.



8 paveikslas. DĮ intervencijos, SPE ir DĮ poveikio mediacinis modelis.

Pastaba: Pateikti standartizuoti β koeficientai: pirminis pokytis/ilgalaikis pokytis; $***p < 0,001$, $*p < 0,05$.

Kitu žingsniu tyrėme ar DĮ bruožo augimas veikia kaip mediatorius DĮ intervencijos poveikiui SPE. Tam apskaičiuoti atlikome daugialypę tiesinę regresiją ir kaip nepriklausomą kintamąjį šalia dalyvavimo DĮ intervencijoje pridėjome ir pirminį DĮ pokytį. Matome, kad tuomet $R^2 = 0,32$, $F = 10,49$, $p < 0,001$. Čia DĮ pokytis reikšmingai nuspėja pirminį SPE pokytį ($\beta = 0,607$, $p < 0,001$). Tuo tarpu dalyvavimas DĮ intervencijoje tapo nebereikšmingas ($\beta = 0,077$, $p = 0,615$). Analogišką skaičiavimą atlikome ir ilgalaikiam poveikiui iširti. Gavome $R^2 = 0,24$, $F = 6,44$, $p = 0,004$. Čia taip pat ilgalaikis DĮ pokytis reikšmingai nuspėja ilgalaikį SPE pokytį ($\beta = 0,387$, $p = 0,018$). Tuo tarpu dalyvavimas DĮ intervencijoje tapo nebereikšmingas ($\beta = -0,15$, $p = 0,333$). Taigi, tiek iš karto po intervencijos, tiek praėjus dviems mėnesiams, DĮ bruožo sustiprėjimas veikia kaip pilnas mediatorius paaiškinantis dalyvavimo DĮ intervencijoje daromą naudą SPE. Tam, kad galėtume palyginti gautus ryšius duomenis pateikėme grafiškai 8 paveiksle.

3.4. Meditacinių praktikų dažnio ir dėmesingo įsisąmoninimo mokymų lankomumo įtaka

Tyrimo dalyviai visuose trijuose etapuose buvo klausiami apie jų meditacijų dažnį. 6 priede galite matyti tiriamųjų ir kontrolinės grupės atsakymų palyginimą. Abiejose grupėse buvo įvairių patirtį turinčių asmenų. Atlikus Mann Whitney U-testą matome, jog ($n = 24$, Vidurkinis rangas = 24,5) ir kontrolinė grupė ($n = 25$, Vidurkinis rangas = 25,48) reikšmingai nesiskiria $Z = -0,25$, $p = 0,802$. Ištyrėme ar tyrimo eigoje įvyko meditacijų dažnio pokyčiai. Tam naudojome Friedman testo metodą. 14 lentelėse galime matyti duomenų vidurkius, standartinius, nuokrypius, vidutinius rangus, minimalias ir maksimalias reikšmes kontrolinėje grupėje ir tiriamųjų tarpe visuose tyrimo etapuose. Rezultatai rodo, kad kontrolinėje grupėje jokių reikšmingų pokyčių neįvyko: $\chi^2 = 0,283$, $df = 2$, $p = 0,867$. Didžioji grupės dalis ir toliau teigė neturintys meditacinės patirties (36 – 37,5 %).

14 lentelė. *Meditacinių praktikų dažnio aprašomoji statistika*

| | Tyrimo etapas | Įverčio vidurkis | Standartinis nuokrypis | Vidutiniai rangai | Minimalus įvertis | Maksimalus įvertis |
|------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Tiriamieji | 1 | 2,14 | 1,13 | 1,3 | 1 | 4 |
| | 2 | 3,91 | 1,48 | 2,32 | 2 | 5 |
| | 3 | 3,89 | 1,32 | 2,39 | 2 | 6 |
| Kontrolinė grupė | 1 | 2,25 | 1,52 | 2,02 | 1 | 5 |
| | 2 | 2,21 | 1,14 | 1,96 | 1 | 6 |
| | 3 | 2,29 | 1,33 | 2,02 | 1 | 5 |

Tuo tarpu tiriamųjų tarpe matome, jog meditaciniai įpročiai reikšmingai pasikeitė: $\chi^2 = 21,91$, $df = 2$, $p < 0,001$. Dalis tiriamųjų nepaisant DĮ mokymų teigė savarankiškai nepraktikuojantys, nei iškart po intervencijos (25 %), nei praėjus 2 mėnesiams po jos (22,7 %), tačiau didesnė dalis teigė medituojantys reguliariai, nuo 2 iki 5 kartų į savaitę (41,7 - 40,9 %). Tai reiškia, jog DĮ mokymus baigę asmenys ėmė reikšmingai dažniau praktikuoti meditaciją savarankiškai ir šis pokytis išliko reikšmingas praėjus dviems mėnesiams.

Toliau tyrinėjome meditacinių praktikų dažnio, dalyvavimo DĮ mokymuose, SPE ir DĮ sąsajas. Rezultatai pateikti 15 lentelėje. Čia naudojome Spearman koreliacinį kriterijų. Matome reikšmingą sąsają tarp dalyvavimo mokymuose, lankomumo ir meditacijų dažnio. Šis ryšys reiškia, jog dalyvavę mokymuose ir geriau šiuos mokymus lankę asmenys medituoja dažniau. Tačiau tai kaip asmuo medituoja iki intervencijos neturi sąsajų su jo apsisprendimu dalyvauti DĮ mokymuose.

15 lentelė. *Dalyvavimo DĮ mokymuose, savarankiškų meditacinių praktikų dažnio, SPE ir DĮ koreliaciniai ryšiai (r)*

| | | Dalyvavimas DĮ mokymuose | Meditacinių praktikų dažnis | SPE | DĮ | | |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------|---------|-----------|-----------|
| Visi dalyviai | Dalyvavimas DĮ mokymuose | X | - 0,58** | 0,09 | - 0,12 | | |
| Tiriamieji | Mokymų lankomumas | X | 0,55** | 0,63** | 0,70** | | |
| | | Visi | | Grupė | Visi | Grupė | Visi |
| Tiriamieji | Meditacinių praktikų dažnis | 1. 0,04 | X | 1. 0,02 | 1. 0,16 | 1. 0,03 | 1. 0,06 |
| | | 2. - 0,60** | | 2. 0,50* | 2. 0,28 | 2. 0,67** | 2. 0,45** |
| | | 3. - 0,60** | | 3. 0,32 | 3. 0,20 | 3. 0,65** | 3. 0,31** |
| Kontrolinė grupė | | 3. - 0,52** | | 1. 0,28 | | 1. 0,06 | |
| | | | | 2. 0,28 | | 2. 0,15 | |
| | | | | 3. 0,36 | | 3. 0,18 | |

*Pastaba: Šalia meditacijų dažnio koreliacinio koeficiento skaičiumi parašyta, kuriame tyrimo etape yra šis ryšys; *p < 0,05, **p < 0,001, paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi ryšiai.*

Taip pat po intervencijos (2 ir 3 etape) matome reikšmingas sąsajas su DĮ įverčiu. Tačiau atskyrus tiriamuosius nuo kontrolinės grupės išryškėja, jog šis ryšys reikšmingas yra tik tarp asmenų dalyvavusių DĮ mokymuose. SPE įvertis pozityviai koreliuoja su meditacinių praktikų dažniu, tik

antrajame etape ir tik tiriamųjų grupės tarpe. Iki intervencijos tiriamųjų tarpe taip pat šių sąsajų nerandame. Šie rezultatai rodo, jog asmenys nebaigę formalių DĮ mokymų, teigdami jog medituoja, nebūtinai naudoja efektyvias praktikas. Jų meditacijų dažnis neturi ryšio nei SPE, nei DĮ. Po formalus DĮ praktikų mokymo matome, kad dažniau savarankiškai praktikuojama DĮ meditacija yra susiejusi su labiau išreikštu DĮ bruožu ir labiau sveikatai palankiu elgesiu iš karto po intervencijos, bet po dviejų mėnesių šių sąsajų neberandame. Taip pat svarbu paminėti, kad stipriai siejasi ($r = 0,839, p < 0,001$) tai, kaip dažnai asmenys meditavo po intervencijos ir jų meditacijų dažniu praėjus 2 mėnesiams, tai rodo jog meditaciniai įpročiai įsitvirtina ir reikšmingai nekinta.

18 lentelė. Pirminio ir ilgalaikio SVE bei DĮ pokyčių sąsajos su meditacijų dažniu (r)

| | Pirminis DĮ pokytis | Ilgalaikis DĮ pokytis | Pirminis SPE pokytis | Ilgalaikis SPE pokytis |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Meditacinių praktikų dažnis | 0,56*** | 0,50*** | 0,37** | 0,40** |

*Pastaba: Pirminiam pokyčiui koreliacijoje naudotas 2 etapo meditacijų dažnis, ilgalaikiame – 3 etapo; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi ryšiai.*

Tuomet ištyrėme SPE ir DĮ įverčių pirminio ir ilgalaikio pokyčio sąsajas su meditacinių praktikų dažniu (žr. į 18 lentelę). Rezultatai rodo, jog dažniau daromos meditacinės praktikos reikšmingai siejasi tiek su pirminiu, tiek su ilgalaikiu SPE ir DĮ bruožo pozityviais pokyčiais.

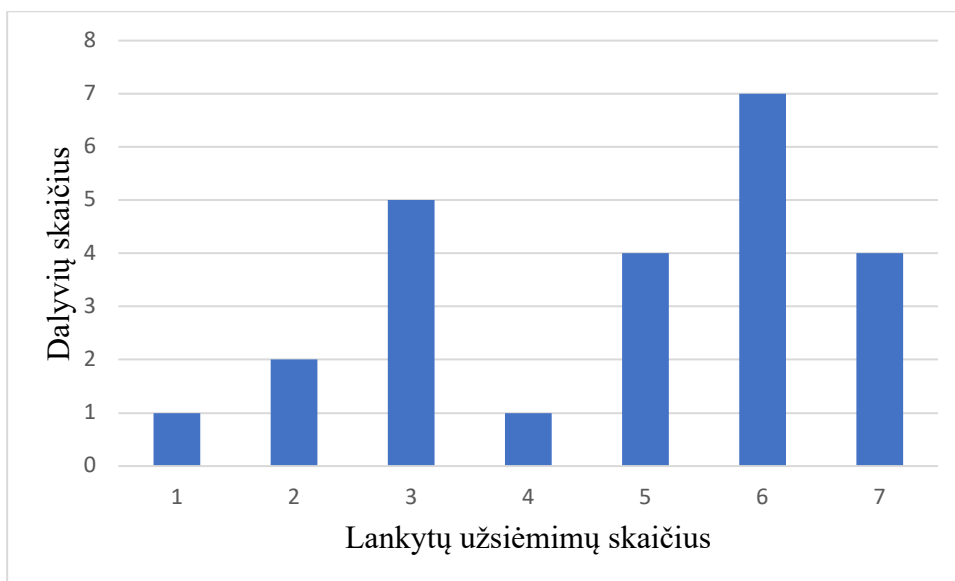
Kitas svarbus klausimas, kurį siekiame atsakyti, t.y. kokią įtaką daro dalyvių išitraukimas DĮ mokymus tam, kaip keičiasi jų DĮ bruožas ir SPE. 19 lentelėje pateikėme aprašomąją tyrimo dalyvių lankomumo mokymuose statistiką ir 9 paveiksle galime vizualiai pamatyti kaip atrodė dalyvių lankomumas. Kaip matome, didžioji tiriamųjų dalis dalyvavo bent 4 iš 7 užsiėmimų, tačiau lankomumas tarp dalyvių svyravo, tad svarbu į tai atsižvelgti suprantant intervencijos poveikį.

19 lentelė. Tiriamųjų lankomumo DĮGKT aprašomoji statistika

| Lankytojų vidurkis | užsiėmimų Standartinis nuokrypis | Minimalus įvertis | Maksimalus įvertis |
|-----------------------|--|----------------------|-----------------------|
| 4,47 | 1,82 | 1 | 7 |

Tiriamųjų grupėje ($n = 22$) apžvelgėme lankomumo sąsajas su DĮ bruožu visais tyrimo etapais ir jo pokyčiu, tam naudojome Spearman kriterijų. Kaip matome 20 lentelėje pateiktuose rezultatuose, dalyvių lankomumas iš savęs nėra susijęs su pirminiu DĮ įverčiu, t.y. nuo to, koks yra dalyvio DĮ

bruožas negalime daryti prielaidų, koks bus dalyvio įsitraukimas. Tačiau tai, kaip gerai dalyvis lanko mokymus siejasi su tuo, koks yra DĮ bruožas po mokymų, bei 2 mėnesiai po jų. Taip pat žiūrėjome ar yra sąsajų su įverčių pirminiu ir ilgalaikiu pokyčiu. Matome, kad čia taip pat yra reikšmingas pozityvus ryšys, tad geresnis lankomumas siejasi su didesniu DĮ bruožo pozityviu pokyčiu. Sekančiu žingsniu ištyrėme lankomumo sąsajas su SPE įverčiais. Kaip matome rastas pozityvus ryšys tarp tiriamųjų lankomumo ir sveikatai palankaus elgesio iš karto po intervencijos, tačiau ryšio neberasta praėjus dviems mėnesiams, bei ryšio nėra nei su SPE pirminiu, nei ilgalaikiu pokyčiu.



9 paveikslas. Tiriamųjų lankomumas

Pastaba: Stulpelių aukštis parodo, kiek tiriamųjų lankė nurodytą susitikimų skaičių.

20 lentelė. Tiriamųjų lankomumo DĮ mokymuose sąsajos su DĮ ir SPE įverčiais (r)

| | | Pirminis įvertis | Įvertis po intervencijos | Įvertis 2 mėnesiai po intervencijos | Pirminis pokytis | Ilgalaikis pokytis |
|-----------------------|-----|---------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Dalyvių lankomumas | DĮ | 0,14 | 0,70** | 0,60** | 0,65** | 0,63** |
| | SPE | 0,39 | 0,63** | 0,38 | 0,24 | 0,2 |

Pastaba: ** $p < 0,001$, paryškintu šriftu pažymėti statistiškai reikšmingi ryšiai.

3.5. Demografinių kintamųjų reikšmė

Kadangi yra tyrimų kurie randa DĮ ir SPE sąsajas su demografiniai kintamaisias (Sladkevičiūtė ir Pakrošnis, 2020), nuspręsta tai patikrinti ir šiame darbe. Statistinėms sąsajoms iširti naudojome Spearman koreliacinį koeficientą. 21 lentelėje pateiktuose rezultatuose naudojami antrojo

etapo duomenys, tačiau analogiški rezultatai gaunami visuose etapuose. Nebuvo rasta reikšmingų amžiaus, darbinės padėties ir šeimyninio statuso ir subjektyvaus sveikatos vertinimo sąsajų nei su SPE, nei DĮ bruožu. Taip pat nėra ryšių ir lyginant įverčių pokyčius su šiais demografiniais kintamaisiais. Tai rodo, jog mūsų tyrimo duomenyse DĮ ir SPE nepriklauso nuo amžiaus, šeimyninės, darbinės padėties ir subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo.

21 lentelė. Demografinių kintamųjų su DĮ ir SPE koreliaciniai koeficientai (r)

| | Amžius | Darbo statusas | Šeimyninis statusas | Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas |
|----------------------|--------|----------------|---------------------|---|
| DĮ | 0,06 | 0,01 | - 0,25 | - 0,06 |
| SPE | - 0,14 | - 0,16 | - 0,04 | - 0,19 |
| DĮ pirminis pokytis | 0,01 | 0,04 | - 0,17 | 0,07 |
| SPE pirminis pokytis | - 0,29 | - 0,21 | 0,2 | 0,03 |

Tyrimo dalyviai visuose trijuose etapuose buvo klausiami apie jų sveikatos būklę. 6 priede galite matyti tiriamųjų ir kontrolinės grupės atsakymų palyginimą. Visų pirma svarbu pastebėti, kad iki intervencijos procentaliai tiriamųjų grupėje lyginant su kontroline, buvo daugiau asmenų, kurie teigia turintys lengvų sveikatos sunkumų (50 %). Kontrolinėje grupėje dauguma teigė sveikatos problemomis nesikundžiantys (72 %). Palyginus grupes, naudojant Mann Whitney U-testą, matome, jog tiriamieji ($n = 24$, Vidurkinis rangas = 29,42) ir kontrolinė grupė ($n = 25$, Vidurkinis rangas = 20,76) reikšmingai skiriasi $Z = - 2,35$, $p = 0,019$. Tai galima paaiškinti tuo, kad dalyvavimas DĮ mokymuose, kaip šio tyrimo intervencijoje, buvo savanoriškas. Tad tikėtina registravosi tie asmenys, kurie buvo asmeniškai motyvuoti savipagalbai. Galimai vienas iš motyvų dalyvauti mokymuose ir yra tiriamųjų išgyvenamos sveikatos problemos iš to kylantis noras sau padėti.

Ištyrėme ar tyrimo eigoje įvyko sveikatos būklės subjektyvų vertinimų pokyčiai. Tam naudojome Friedman testo metodą. 22 lentelėse galime matyti duomenų vidurkius, standartinius nuokrypius, vidutinius rangus, minimalias ir maksimalias reikšmes kontrolinėje grupėje ir tiriamųjų tarpe visuose tyrimo etapuose. Kalbant apie subjektyvų sveikatos vertinimą, Friedman testo rezultatai rodo, jog reikšmingi pokyčiai neįvyko: $\chi^2 = 4,22$, $df = 2$, $p = 0,121$. Tačiau tyrinėjant procentines išraiškas, matome jog po intervencijos daugiau tiriamųjų nebesiskundė sveikatos problemomis (50 – 40,9 %), tačiau šis procentas vis dar išlieka mažesnis nei kontrolinėje grupėje (60 – 62,5 %). Po

intervencijos vis dar didelė tiriamųjų dalis teigė turintis lengvų sveikatos problemų (37,5 % - 40,9 %).

22 lentelė. *Subjektyvaus sveikatos vertinimo aprašomoji statistika*

| | Tyrimo etapas | Įverčio vidurkis | Standartinis nuokrypis | Vidutiniai rangai | Minimalus įvertis | Maksimalus įvertis |
|------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Tiriamieji | 1 | 1,86 | 0,71 | 2,16 | 1 | 3 |
| | 2 | 1,64 | 0,73 | 1,82 | 1 | 3 |
| | 3 | 1,77 | 0,75 | 2,02 | 1 | 3 |
| Kontrolinė grupė | 1 | 1,38 | 0,71 | 1,9 | 1 | 3 |
| | 2 | 1,5 | 0,72 | 2,08 | 1 | 3 |
| | 3 | 1,46 | 0,66 | 2,02 | 1 | 3 |

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo rezultatai patvirtino jog DĮ bruožas yra glaudžiai susijęs su SPE. Eksperimentiniu tyrimu įrodėme, jog DĮ intervencija gali ne tik sustiprinti DĮ bruožą, bet ir SPE. Šiame tyrime taikyta 6 savaitių nuotoliu vykdyta MBCT programa įrodė esanti veiksmingu įrankiu reikšmingiems pozityviems pokyčiams pasiekti. Kadangi daugumoje mokslinių tyrimų yra naudojamos 8 savaitių, gyvai dėstomos intervencijos, o praktikoje dėl COVID-19 pandeminės situacijos išpopuliarėjo darbas nuotoliu, taip pat šiuolaikinės tendencijos reikalauja laiko ir resursų taupymo, tad mokymai tampa vis trumpesni. Šis tyrimas suteikia vilčių ir prisideda prie kitų tyrimų (Creswell, 2017) įrodančių, jog DĮ intervencijomis galima pasiekti gerų rezultatų tiek dirbant nuotoliu, tiek sutrumpinus mokymus.

Gauti duomenys rodo, jog stipriau išreikštas DĮ bruožas nuspėja geresnį SPE. Panašūs rezultatai gaunami ir kituose tyrimuose (Sala et al., 2020). Ši įtaka rąsta reikšminga visuose tyrimo etapuose, visų tyrimo dalyvių tarpe, nepaisant to ar jie turėjo DĮ mokymus ar ne. Tačiau svarbu pastebėti, kad DĮ intervencijose dalyvauti sutikę asmenys iki intervencijos reikšmingai skyrėsi DĮ bruožu nuo kontrolinės grupės. Kas gali reikšti, jog DĮ mokymais domisi ir juose labiau motyvuoti dalyvauti yra asmenys, kurių DĮ bruožas silpniau išreikštas. Tačiau po DĮ intervencijos šių asmenų DĮ įverčiai susilygino su kontroline grupe. Tuo tarpu SPE įverčiai nuo tyrimo pradžios reikšmingai tarp grupių nesiskyrė. Taigi, labiau išreikštas DĮ gali nuspėti geresnį SPE, o DĮ intervencija gali padėti, silpniau išreikštą DĮ turintiems asmenims, šį bruožą sustiprinti.

Mūsų tyrimo rezultatai patvirtino kitų tyrimų duomenis, jog dalyvavimas DĮ mokymuose ir tiriamųjų lankomumas siejasi su tuo, kaip dažnai asmenys savarankiškai praktikuoja meditaciją (Creswell, 2017). Matome, kad DĮ mokymuose dalyvavusioje grupėje reikšmingai pakilo meditacijų dažnis ir šis pokytis išliko praėjus 2 mėnesiams, t.y. rezultatas ilgalaikis – tiriamieji išvystė įprotį medituoti dažniau. Tuo tarpu kontrolinėje grupėje meditacijų dažnis nepakito. Tai rodo, jog šiame tyrime naudota DĮ intervencija yra veiksmingas būdas asmenims išmokti medituoti ir įgyti įgūdį tai daryti savarankiškai. Taip pat matome, jog tiriamųjų tarpe fiksuotas mokymų grupės lankomumas taip pat reikšmingai siejasi su savarankiškai daromų meditacijų dažniu, t.y. geresnis lankomumas yra susijęs su dažniau savarankiškai praktikuojama meditacija. Apibendrinus, galime teigti, jog dalyvavimas DĮ mokymuose ir tai, kaip asmuo aktyviai dalyvauja mokymuose, prognozuoja savarankiškų meditacinių praktikų dažnį, bei to įpročio įsitvirtinimą, t.y., kad jis išliks po dviejų mėnesių.

Tyrimo rezultatai patvirtino, jog dalyvavimas DĮ mokymuose nuspėja DĮ bruožo (bei visų jo aspektų) ir SPE stiprėjimą. Apibendrinant gautus duomenis galime teigti, kad tiriamųjų DĮ bruožas po intervencijos tapo stipriau išreikštas, bei elgesys susijęs su sveikata tapo palankesnis. Matome jog poveikis yra visiems DĮ aspektams: stebėjimui, apibūdinimui, sąmoningiems veiksams, nevertinimui ir nereaktyvumui. Tai reiškia jog po DĮ mokymų asmenys geba geriau neutraliai stebėti

ir nevertinant priimti visa tai, kas esamuju momentu vyksta aplinkoje ir jų viduje. Tuo tarpu kontrolinėje grupėje, kuri neturėjo intervencijos jokie reikšmingi pokyčiai neįvyko. Tai patvirtina kitų tyrimų rezultatus, jog baigus DĮ mokymus dalyvių elgesys tapo palankesnis jų sveikatai, t.y. jie ėmė dažniau rinktis tuos elgesius, kurie prisideda prie jų sveikatos gerovės (Sala et al., 2020), bei sustiprėjo tiek bendras DĮ bruožas, tiek visi jo atskiri aspektai (Querstret et al., 2020; Kiken et al., 2015). Šis pozityvus pokytis randamas kaip ilgalaikis, nes išliko reikšmingai pakilęs praėjus dviems mėnesiams.

Svarbu pastebėti, kad lyginant pačius įverčius, tiriamųjų grupės rezultatai po intervencijos susilygino su kontroline grupe. Taigi, matome, kad į DĮ mokymus registruojasi asmenys silpniau išreikštu DĮ ir mažiau sveikatai palankiu elgesiu ir šios intervencijos dėka jie įveikia šį trūkumą. Tyrimai rodo, jog DĮ intervencijos padaro didžiausią įtaką tose gyvenimo srityse, kur asmenys išgyvena daugiausia streso. Tad ir poveikis yra stipresnis tiems asmenims, kurie jo patiria daugiau (Creswell & Lindsay, 2014; Creswell, 2018). Vienos iš tiriamųjų DĮ bruožas išskirtinai sustiprėjo, išskirdamas ją iš kitų tiriamųjų. Išnagrinėjus jos duomenis atsiskleidė, jog iki intervencijos jos DĮ bruožas buvo vienas žemiausių, beveik dvigubai žemesnis nei vidurkinis įvertis ir visai neapraktikavo meditacijos. Tačiau po mokymų ji ėmė praktikuoti kasdien ir po dviejų mėnesių teigė praktikuojanti reguliariai (2 - 5 kartus savaitėje). Ji taip pat aktyviai dalyvavo beveik visuose mokymų susitikimuose. Žemas pirminis įvertis, didelis išitraukimas į mokymus, bei pastovus savarankiškas meditacijos praktikavimas gali paaiškinti šios tyrimo dalyvės patirtą sėkmę.

Kitas svarbus rezultatas, kurį gavome tai, kad DĮ bruožo stiprėjimas veikia kaip mediacinis veiksnys paaiškinantis DĮ intervencijos poveikį SPE stiprėjimui. Apibendrinant galime teigti, jog dalyvavimas DĮ mokymuose nuspėja, jog asmens elgesys taps palankesnis jų sveikatai ir šį pokytį paaiškina sustiprėjęs DĮ bruožas. Tai reiškia, jog nesvarbu, koku būdu bus stiprinamas DĮ bruožas, tai nuspės pozityvų SPE pokytį. Šiuo metu nėra pakankamai longitudinalių, eksperimentinio pobūdžio tyrimų (Sala et al., 2020), tad mūsų gauti duomenys yra reikšmingi.

Tyrėme, ar aukštesni DĮ ir SPE įverčiai, bei šių įverčių pozityvūs pokyčiai siejasi su tuo, kaip dažnai yra daromos meditacinės praktikos ir tiriamųjų DĮ mokymų lankomumu. Šį uždavinį išsikėlėme remdamiesi kitų tyrimų randamais įrodymais, jog kuo daugiau praktikuojama, tuo šie pokyčiai yra reikšmingesni (Taren et al., 2013). Taip pat tyrimai rodo, jog intervencijų poveikio stiprumas siejasi ir su lankomumu (Karing & Beermann, 2021). Mūsų rezultatai rodo, kad tiriamųjų geresnis lankomumas siejasi su geresniu SPE iškart po intervencijos, tačiau po dviejų mėnesių šios sąsajos jau neberandame ir SPE gerėja nepriklausomai nuo lankomumo. Taip pat nebuvo rasta ryšio tarp lankomumo ir SPE pokyčio stiprumo. Tačiau DĮ bruožo atžvilgiu, geresnis dalyvių lankomumas siejasi su stipriau išreikštu bruožu tiek iš karto po mokymų, tiek praėjus dviems mėnesiams, bei šio šio bruožo pirminio ir ilgalaikio pokyčio stiprumu. Tai rodo, jog esant geresniam lankomumui galime

tikėtis didesnio DĮ bruožo stiprėjimo, bei to, kad šis pokytis yra ilgalaikis. Tačiau SPE atžvilgiu, geresnis lankomumas siejasi tik su geresniu SPE iš karto po mokymų.

Kalbant apie meditacinių praktikų dažnį rezultatai rodo, jog dažniau atliekamos meditacijos siejasi su labiau išreikštu DĮ, bei tiek pirminiu, tiek ilgalaikiu bruožo stiprėjimu, tačiau šios sąsajos reikšmingos tik tarp DĮ mokymuose dalyvavusių asmenų. Tai galime paaiškinti tuo, jog kontrolinėje grupėje asmenys teigdami, jog medituoja iš tiesų gali nežinoti kaip tai atlikti teisingai. Kadangi jie nėra turėję formalių DĮ mokymų galime abejoti jų atliekamų praktikų kokybe, tad nėra stiprinamas DĮ bruožas. Kalbant apie elgesį, matome, jog dažnesnės meditacijos siejasi tik DĮ mokymuose dalyvavusių asmenų sveikatai palankesniu elgesiu, bet tik iš karto po mokymų. Taip pat randamas ryšys tarp meditacijų dažnio ir SPE pirminio ir ilgalaikio pozityvaus pokyčio.

Apibendrinant galime teigti jog meditacinių praktikų dažnis turi reikšmingas sąsajas tik tarp asmenų turėjusių formalius DĮ mokymus. Geriau išreikštas DĮ, bei didesnis šio bruožo stiprėjimas siejasi tiek su meditacinių praktikų dažniu, tiek geresniu DĮ mokymų lankomumu. Ir šis DĮ ryšys ilgalaikis, t. y. išlieka reišmingu laikui bėgant. Kalbant apie SPE, meditacinių praktikų dažnis siejasi su geresniu sveikatos elgesiu iš karto po mokymų, bei pozityviu pokyčiu, tai yra dažniau atliekamos praktikos turi ryšį su didesniu progresu gerinant su sveikata susijusį elgesį. Lankomumas neturi įtakos tam, kiek stiprus bus SPE pokytis, bet siejasi su labiau sveikatai palankiu elgesiu iš karto po mokymų.

Šiame tyrime naudota DĮ skalė, leido patyrinti ir atskirų DĮ aspektų įtaką SPE. Kai kurie tyrimai rodo, jog moterų sveikatai palankesnę elgesį geriausiai prognozuoja apibūdinimo komponentas – t.y. gebėjimas žodžiais įvardinti patirtis (Gilbert, Waltz, 2010), klinikinėse imtyse – sąmoningas veikimas. Mūsų tyrime gavome skirtingus rezultatus priklausomai nuo tyrimo etapo. Pirmajame etape labiau sveikatai palankų elgesį nuspėjo stipriau išreikštas stebėjimo bruožas, kitaip atida. Antrajame etape - sąmoningas veikimas. Tuo tarpu paskutiniame tyrimo etape jau nei vienas atskiras DĮ aspektas nebenuspėja SPE. Šiuos gautus rezultatus gali paaiškinti tyrimų duomenys, kurie parodė, jog FFMQ klausimyno subskalių patikimumas skiriasi priklausomai nuo imties. Rasta, kad nemedituojančių asmenų grupėms tikslesnis 4 faktorių matavimas (t.y. išimant stebėjimo komponentą). Medituojantiems asmenims 5 faktorių skalė yra tinkama. (Williams, Dalgleish, Karl & Kuyken, 2017). Kadangi pirmajame etape, iki intervencijos, didžioji dalis dalyvių neturėjo meditacinės patirties visų 5 DĮ komponentų naudojimas šioje imtyje gali duoti klaidinančius rezultatus. Taigi, atskirų DĮ aspektų išreikštumas negali visada tiksliai prognozuoti SPE.

Vizualiai tyrinėjant tiek DĮ, tiek SPE vidurkinių balų grafikus matome, kad kontrolinėje grupėje, nors ir statistiškai nereikšmingai, bet įverčiai tyrimo etapuose turi tendenciją kilti. Tai galėtų reikšti, jog pats pakartotinis atsakymas į anketą, priverčia tyrimo dalyvius labiau atkreipti savo dėmesį į DĮ gebėjimus ir SPE ir tai daro pozityvų, bet statistiškai nereikšmingą poveikį.

Tai, kad dalyvavimas DĮ mokymuose buvo savanoriškas ir tyrime galėjo registruotis visi reklama susidomėję asmenys, mums davė galimybę patyrinti ar yra bendrumų tarp asmenų, kurie nusprendė įsipareigoti 6 savaitių DĮ mokymams. Visos 24 užsiregistravusios dalyvės buvo moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą ir pasižyminčios mažiau išreikštu DĮ bruožu ir prasčiau vertinančios savo sveikatos būklę. Kiti tyrimai taip pat rodo, jog gyvenseną yra labiau linkę keisti moterys ir aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys (Liuima ir Valentienė, 2018). Apibendrinant, galime teigti jog mūsų tyrimo duomenys rodo, jog labiau tikėtina, kad DĮ mokymuose savanoriškai rinksis dalyvauti daugiau moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, silpniau išreikštą DĮ bruožą, bei prasčiau vertinančios savo sveikatos būklę, kas padaro jas labiau motyvuotas savipagalbai.

Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys

Šiame tyrime nebuvo rasta sąsajų su demografiniais kintamaisiais, tačiau negalime atmesti galimybių, jog esant didesnei imčiai šie kintamieji taptų reikšmingesni, taip pat svarbu atsižvelgti į tyrimo imties specifiškumą. Šio tyrimo rezultatų pritaikymas visuomenei yra apribotas to, kad į DĮ mokymus šiame tyrime registravosi tik moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą. Sladkevičiūtės ir Pakrosnio (2020) tyrime buvo rasta jog moterų DĮ siejasi su SPE, tačiau svarbūs prognostiniai veiksniai yra ir tiriamųjų amžius, santykių statusas ir ypač išsilavinimas. Lietuvos gyventojų sveikatos įpročių tyrimai rodo jog moteriška lytis ir aukštesnis išsilavinimas siejasi su sveikatai palankesniais gyvenamosios įpročiais (Grabauskas ir kiti, 2014). Taigi, kadangi tyrimo imtis nėra atsitiktinė ir palyginus maža negalime atmesti demografinių kintamųjų poveikio.

Nepaisant to, tyrimo stiprybė yra pasirinktas metodas – kvaziekperimentas, kas duoda patikimesnius rezultatus vertinant intervencijos poveikį. Atrinkta kontrolinė grupė yra homogeniška ir leidžia patikimai lyginti rezultatus tarp grupių. Tad kalbant apie pokyčius įvykusius tiriamųjų grupėje, galime drąsiai vertinti juos kaip ne savaiminius, bet dalyvavimo DĮ grupėse pasekmę. Tačiau tuo pačiu svarbu atsižvelgti ir į tai, jog mokymus vedė pati tyrimo autorė. Nepaisant pastangų profesionaliai ir nešališkai vesti mokymus, turime suprasti, jog vedančiojo vaidmuo yra svarbus ir gali prisidėti prie poveikio rezultatams (Rupšienė ir Rutkienė, 2016).

Ateities tyrimams būtų verta plačiau ištirti DĮ intervencijose dalyvaujančių asmenų įsitraukimo į mokymus įtaką poveikiui. Šiame tyrime naudotas lankomumo matas pilnai neatspindi dalyvių įsitraukimo. Prastas lankomumas gali tiesiog atspindėti asmens gyvenimo aplinkybes tuo metu, situacijas, kurios lėmė dalyvauti viename ar kitame susitikime, bet likusių susitikimų metu dalyvis gali būti labai įsitraukęs ir aktyviai atlikti savarankiškas praktikas. Taip pat visuose susitikimuose dalyvavęs asmuo, gali visai nepraktikuoti savarankiškai. Būtų vertinga ateities tyrimuose papildomais matais, pvz. užduodamų savarankiškų užduočių atlikimą, įvertinti dalyvių įsitraukimą į

mokymus ir kaip tai veikia gautus rezultatus. Tai galėtų padėti susidaryti aiškesnį vaizdą, kaip dalyvių įsitraukimas lemia pozityvius pokyčius.

Taip pat tyrime matuotų kintamųjų skaičius yra ribotas, galimai yra kitų sąlygų, kurios nebuvo tiriamos, bet daro įtaką SPE. Galbūt DĮ mokymų dėka vyksta didžiojo penketo asmenybės bruožų pokyčiai, kurie geriau paaiškintų įtaką su sveikata susiejusiu elgesiu (Sala et al., 2020). Kitas svarbus kintamasis į kurį šiame tyrime neatsižvelgėme yra stresas. Tyrimai rodo tiek DĮ praktikų naudą streso įveikai, tiek sąsajas su geresniais sveikatos rodikliais (Creswell & Lindsay, 2014; Pascoe et al., 2017). Būtų naudinga iširti, kaip DĮ praktikų poveikis stresui siejasi su sveikatos elgesiu.

Šio tyrimo rezultatai, teikia viltį, jog DĮ intervencijos gali sėkmingai būti naudojamos sveikatos palaikymo ir gerinimo tikslais. Būtų vertinga šį tyrimą pakartoti kontroliuojant DĮ mokymų vedančiojo poveikį, bei su didesne ir atsitiktinai atrinkta tyrimo imtimi įtraukiant abi lytis. Taip pat būtų naudinga plėsti mūsų siūlomą mediacinį modelį įtraukiant savireguliacijos mechanizmą (Shapiro et al., 2005) ir patiriamą stresą (Creswell, 2018), bei tyrinėti poveikį atskiriems sveikatos elgesiams: miegu, mityba, fizine veikla, rūkymu ir kita (Sala et al., 2020).

IŠVADOS

1. Stipriau išreikštas DĮ bruožas nuspėja geresnį SPE.
2. Dalyvavimas DĮ mokymuose nuspėja DĮ bruožo (bei visų jo aspektų) ir SPE pozityvų pokytį.
3. DĮ bruožo stiprėjimas veikia kaip mediacinis veiksnys paaiškinantis DĮ intervencijos poveikį SPE stiprėjimui.
4. Atskiri DĮ aspektų (stebėjimo ir sąmoningo veikimo) išreikštumas prognozuoja SPE tik esant tam tikroms sąlygoms, bet negali visada prognozuoti SPE.
5. Asmenų baigusių DĮ mokymus stipriau išreikštas DĮ ir sveikatai palankesnis elgesys, bei įvykę pozityvūs pokyčiai yra susiję su dažniau atliekamomis meditacijomis.
6. Geresnis DĮ mokymų lankomumas yra susijęs su DĮ ir SPE aukštesniais įverčiais po mokymų, tačiau yra ryšys tik su DĮ pozityviu pokyčiu.
7. Dalyvauti DĮ mokymuose dažniau renkasi moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą, pasižyminčios mažiau išreikštu DĮ bruožu ir prasčiau vertinančios savo sveikatos būklę.

LITERATŪRA

1. Aukštinaitytė R., Zajančauskaitė-Staskevičienė L. (2010). Psichologų išgyvenamo gailėsčio pasekmių, pervargimo ir sveikatai palankaus elgesio sąsajos. (Magistro baigiamasis darbas) Kaunas: VDU. Paimta iš: <https://psycnet.apa.org/record/2011-19711-003>
2. Ajzen I. (2011) The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology & Health*. 26(9), 1113-1127.
3. Baer R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review, *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10 (2): 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015.
4. Baer R. A. (2011). Measuring Mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 241-261.
5. Baer R., Smith G. T., Lykins E., Button D., Krietemeyer J., Sauer S., Walsh E., Duggan D., Williams J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness, questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
6. Baer, R., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
7. Bagdonas A. ir Bliumas R. (2019). Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
8. Bartnikienė K. (2018). Mindfulness koncepto implikacija žmonių išteklių psichikos sveikatos atkūrimo. (Magistro darbas) Kaunas: KTU. Paimta iš: <https://publ.ktu.edu/object/elaba:28358821/>
9. Bulotaitė L., Vičaitė S. (2016). Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: Kas skatina keisti elgesį. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 9-19.
10. Brannon L., Feist J. (2007). *Health Psychology: An introduction to behavior and Health*, Sixth Edition. USA: Thomson Wadsworth.

11. Brendel D. (2015). There Are Risks to Mindfulness at Work. *Harvard Business Review Digital Articles*: 2/11/2015, 2-4.
12. Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D. (2007) Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.
13. Burkauskas J., Muranovaitė R., Norman W. D. (2017). Mažo intensyvumo įsisąmoninimu grįstų praktikų efektyvumas pacientams sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos somatoformine autonomine disfunkcija. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 19(1-2), 3-8.
14. Carvel Ch. S, Scheier M. F. (2011) Self-Regulation of action and affect. *Handbook of self-regulation* (2nd edition), The Guilford press, 3-21.
15. Collier W. G. ir Xinyan S. (2020). Mindfulness, meditation, and belief in free will/determinism. *Psychological Reports*, 123(5), 1724-1752.
16. Creswell J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516. doi: 10.1146/annurev-psych-042716-051139.
17. Creswell J. D., Lindsay E. K. (2014). How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness Stress Buffering Account. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 401–407.
18. Creswell, J. D. (2018). Biological Pathways Linking Mindfulness with Health. *Journal contribution*. <https://doi.org/10.1184/R1/6613724.v1>
19. Dutton, G. R. (2008). The role of mindfulness in health behavior change. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 12, 7–12.
20. Gilbert D., Waltz J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Springer Science + Business Media: Mindfulness* (1), 227–234.
21. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A. (2014). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimas. Prieiga per internetą: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Suaugusiu_gyvensenos_tyrimas2014.pdf

22. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
23. Horan K. A., Taylor M. B. (2018). Mindfulness and self-compassion as tools in health behavior change: An evaluation of a workplace intervention pilot study. *Journal of contextual behavioral science*, 8, 8-16.
24. Karing, C., Beelmann, A. (2021). Evaluating the Implementation and Effectiveness of a Low-Dose Mindfulness-Based Intervention in a Student Sample: a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* 12, 1438–1450. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01613-9>
25. Kiken L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and individual differences*, 81, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>
26. Kirk U, Axelsen J. L. (2020). Heart rate variability is enhanced during mindfulness practice: A randomized controlled trial involving a 10-day online-based mindfulness intervention. *PLoS ONE* 15(12): e0243488. doi:10.1371/journal.pone.0243488
27. Kočiūnas R. (1998). *Psichoterapinės grupės: teorija ir praktika*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
28. Krygier J. R., Heathers J. A. J. Shahrestani S., Abbott M., Gross J. J., Kemp A. H. (2013). Mindfulness meditation, well-being, and heart rate variability: A preliminary investigation into the impact of intensive Vipassana meditation. *International Journal of Psychophysiology*, 89(3), 305-313.
29. Li Y., Pan A., Wang D.D., Liu X., Dhana K., Franco O.H., Kaptoge S., Di Angelantonio E., Stampfer M., Willett W.C., Hu F.B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*: 138(4), 345–355. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
30. Liuima V., Valentienė J. (2018). Suaugusiųjų gyvenamos tyrimas. 2018 m. rodiklių suvestinė-ataskaita. Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centro visuomenės

- sveikatos tyrimų skyrius: Vilnius. Prieiga per internetą:
https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/GYVENSENA/2018_m._gyvensenos_suvestine-ataskaita.pdf
31. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Prieiga per internetą:
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=476073&p_tr2=2
 32. Loef M., Walach H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*: 55(3), 163-170. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
 33. Nilsson H. (2014). A Four-Dimensional Model of Mindfulness and Its Implications for Health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(2), 162–174.
 34. Rupšienė, L., Rutkienė, A. (2016). *Edukacinis eksperimentas*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
 35. Pakalniškienė V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. Metodinė priemonė*. Vilnius: VU leidykla.
 36. Pascoe M. C., Thompson D. R., Jenkins Z. M., Ski SH. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* (95), 156-178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
 37. Querstret D., Morison L., Dickinson S., Copley M. & John M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
 38. Roberts K. C., Danoff-Burg S. (2010). Mindfulness and Health Behaviors: Is Paying Attention Good for You?, *Journal of American College Health*, 59:3, 165-173, DOI: 10.1080/07448481.2010.484452

39. Rothman A. J., Baldwin A. S., Hertel A. W. Fuglestad P. T. (2011). Self-regulation and behavioral change: Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. *Handbook of self-regulation* (2nd edition), The Guilford press, 106-124.
40. Sala M., Rochefort C., Lui R. P., Baldwin A. S. (2020). Trait mindfulness and health behaviours: a meta-analysis, *Health Psychology Review*, 14(3), 345-393, DOI: 10.1080/17437199.2019.1650290
41. Schuman-Olivier Z., Trombka M., Lovas D. A., Brewer J. A., Vago D. R., Gawande R., Dunne J. P., Lazar S. W., Loucks E. B., Fulwiler C. (2020). Mindfulness and Behavior Change. *Harv Rev Psychiatry*. 28(6): 371–394. Prieiga online doi: 10.1097/HRP.0000000000000277
42. Shapiro Sh. L.; Carlson L. E.; Astin J. A.; Freedman B. (2005). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386, doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
43. Shaffer F., Ginsberg J. P. (2017). An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. *Front Public Health*. 5(258). doi: 10.3389/fpubh.2017.00258
44. Siegel D. J. (2009). Mindfulness Awareness, Minddight, and neural integration. *The humanistic Psychologist*, 37, 137-158.
45. Sladkevičiūtė D., Pakrošnis R. (2020). Sveikatingumu besidominčių moterų sveikos gyvensenos ryšys su gebėjimu dėmesingai įsisąmoninti patirtį. *Visuomenės sveikata*, 2(89), 96-104.
46. Sørensen K., Trezona A., Levin-Zamir D., Kosir U., Nutbeam D. (2019). Policy and practice: Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. *Public health panorama*: 5(2-3), 123–329.
47. Tang, Y.Y., Hölzel B., Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
48. Urbonienė L. (2020). Sveikos gyvensenos pagrindai arba ką žinome apie sveiką gyvenseną. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro metodinės pagalbos ir strategijos formavimo skyrius. [žiūrėta 2020 06 14] Prieiga per internetą:

http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Sveikatos_mokymas/Patarimai/Str.%20sveikos%20gyvensenos%20pagrindai.pdf

49. Vasionytė I., Dovydaitienė M. (2015). Dėmesingu įsisąmoninimu pagrįstos streso mažinimo programos dalyvių subjektyvus efektyvumo vertinimas. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 17(1), 28-33.
50. Williams J. M. G., Kabat-Zinn J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on it's meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, Vol 12, doi : 10.1080/14639947.2011.564811.
51. Williams M. J., Dalgleish T., Karl A., Kuyken W. (2017). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion Scale. *Psychological Assessment*, 26(2), 407–418.
52. Wylie M. S. (2015). The mindfulness explosion. The Perils of mainstream acceptance. *Psychoteraphynetworker*: 2015 Jan/FEB issue, 19-45. [žiūrėta 2021 gegužės 1d.] Prieiga per internetą: <https://www.psychoteraphynetworker.org/magazine/article/66/the-mindfulness-explosion>
53. Žemaitienė N., Bulotaitė L., Jusienė R., Veryga A. (2011) *Sveikatos psichologija*. Vilnius: Tyto alba.

PRIEDAI

1 Priedas. Tyrimo anketos įvadinė dalis

Sutinku dalyvauti tyrime ir kad mano anketos duomenys anonimiškai (nenurodant vardo ir pavardės) būtų naudojami VU Sveikatos Psichologijos magistrantės Linos Radvilaitės moksliniame darbe.

- Taip
- Ne

Prašysime jūsų užpildyti panašias anketas po 6 savaitių (2 fazė) ir dar kartą praėjus 2 mėnesiams (3 fazė). Nurodykite el. pašta, kur atėjus laikui galėsime jums atsiųsti kitas tyrimo anketas:

Demografinė informacija

Vardas ir Pavardė (SVARBU: naudojama tik tam, kad būtų galima atskirti ir sugrupuoti to paties tiriamojo atsakymus)

Amžius (parašykite savo amžių metais):

Lytis:

- Moteris
- Vyras
- Kita

Išsilavinimas

- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis
- Profesinis
- Aukštasis

Šeimyninis statusas

- Susituokęs (-usi)/arba gyvenu poroje
- Išsituokęs (-usi)/arba gyvenu vienas (-a)
- Gyvenu ne poroje, bet su kitais šeimos nariais/ su tėvais

Darbo statusas

- Esu dirbantis (-i)
- Esu studentas (-ė)
- Esu bedarbis (-ė)/ ieškausi darbo/ pertrauka tarp darbų

Sveikatos būklė

- Sveikatos problemomis nesiskundžiu/ esu geros sveikatos
- Turiu sveikatos lengvų problemų (pvz. peršalimas, alergija ir pan.)
- Turiu rimtų sveikatos problemų (pvz. lėtinės ligos, nuolat reikia gerti vaistus ir pan.)
- Mano sveikata yra labai bloga

Meditacinė patirtis

- Neesu meditavęs (-usi)
- Esu susipažinęs su meditacija, bet neįpraktikuoju
- Medituoju retai (kartą į mėnesį)
- Medituoju kartais/ nereguliariai (iki 4 kartų į mėnesį)
- Medituoju nuo 2 iki 5 kartų per savaitę
- Medituoju kasdien/ beveik kasdien

2 Priedas. Penkių aspektų dėmesingo įsisąmoninimo klausimynas

Instrukcija: Naudodami pateiktą skalę, įvertinkite kiekvieną iš žemiau esančių teiginių. Pažymėkite geriausiai Jūsų nuomonę atspindintį atsakymą apie tai, kas Jums paprastai tinka.

| | Niekada arba labai retai | Retai | Kartais | Dažnai | Labai dažnai arba visada |
|---|-----------------------------------|-------|---------|--------|-----------------------------------|
| 1. Kai vaikštau, aš sąmoningai atkreipiu dėmesį į savo judančio kūno pojūčius | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Man gerai sekasi rasti žodžių, kurie apibūdina mano jausmus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Aš kritikuoju save dėl neprotingų ar netinkamų emocijų | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Aš suvokių savo emocijas ir jausmus, bet galiu nereaguoti į juos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kai užsiimu kažkokia veikla, mano protas nuklęsta ir aš esu nesunkiai išblaškomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Kai aš prausiuosi po dušu arba guli vonioje, aš išlieku sąmoningas vandens pojūčiams ant mano kūno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Aš lengvai galiu išreikšti žodžiais savo įsitikinimus, nuomonę ir lūkesčius | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Aš nekreipiu dėmesio į tai, ką darau, nes aš tuo metu svajoju, nerimauju arba esu kitaip išblaškętas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Aš stebiu savo jausmus, nepasimesdamas juose | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Aš sakau sau, kad neturėčiau jaustis taip, kaip jaučiuosi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Aš pastebiu, kaip maistas ir gėrimai veikia mano mintis, kūno pojūčius ir emocijas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Man yra sunku rasti žodžių, kurie apibūdina tai, ką galvoju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Esu lengvai išblaškomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Aš manau, kad kai kurios mano mintys yra nenormalios arba blogos ir aš neturėčiau taip galvoti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Aš kreipiu dėmesį į pojūčius, tokius kaip vėjas mano plaukuose ar saulės spinduliai ant mano veido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Man nesiseka sugalvoti teisingų žodžių, kurie išreikštų tai, kaip jaučiuosi apie tam tikrus dalykus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Aš įvertinu tai, ar mano mintys yra geros ar blogos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Man sunku išlikti susitelkusi į tai, kas vyksta dabartiniu momentu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Kai turiu neraminančių minčių ar vaizdinių, aš „atsitraukiu“ ir suvokiu tą mintį ar vaizdinį, nepasinerdamas į jį | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Aš kreipiu dėmesį į garsus, tokius kaip laikrodžių tiksėjimas, paukščių čiulbėjimas ar pravažiuojančios mašinos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sudėtingose situacijose aš galiu stabtelėti, nereaguodamas iš karto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Kai savo kūne patiriu pojūtį, man sunku jį apibūdinti, nes negaliu rasti tam tinkamų žodžių | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Atrodo, kad aš veikiu „automatiniu režimu“, mažai įsisąmonindamas, ką veikiu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Kai turiu nerimą keliančių minčių ar vaizdinių, greitai po to aš jaučiuosi ramus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Aš sakau sau, kad neturėčiau galvoti tai, ką galvoju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Aš pastebiu daiktų kvapus ir aromata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Net tada, kai jaučiuosi baisiai nuliūdęs, galiu rasti būdą išreikšti tai žodžiais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Aš paskubomis atlieku veiklas, nebūdamas pakankamai dėmesingas joms | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kai turiu liūdinančių minčių ar vaizdinių, aš galiu juos tiesiog pastebėti, nereaguodamas į juos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Aš manau, kad kai kurios mano emocijos yra blogos ar nepriimtinos ir aš neturėčiau jų jausti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Aš pastebiu vaizdinius elementus mene ar gamtoje, tokius kaip spalvos, figūros, tekstūra, šviesos ir šešėlių raštai | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 32. Mano įgimtas polinkis - perteikti patirtį žodžiais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Kai aš turiu nerimą keliančių minčių ar vaizdinių, aš tiesiog pastebiu juos ir paleidžiu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Aš atlieku darbus ar užduotis automatiškai, neįsisąmonindamas, ką darau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Kai turiu nerimą keliančių minčių ar vaizdinių, aš vertinu save kaip blogą ar gerą, priklausomai nuo to, kokia yra ta mintis ar vaizdinys | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Aš kreipiu dėmesį į tai, kaip mano emocijos veikia mano mintis ir elgesį | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Aš paprastai galiu labai detaliai apibūdinti, kaip jaučiuosi dabartiniu momentu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Aš pastebiu, kad atlieku dalykus, nekreipdamas į juos dėmesio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Aš nepalankiai žiūriu į save, kai turiu neprotingų idėjų | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3 Priedas. Rūpinimosi savimi ir gyvenimo būdo pusiausvyros klausimynas

Instrukcija: Pažymėkite kiekvieno klausimo **vieną** pasirinktą atsakymą, kuris Jums labiausiai tiko **paskutinio mėnesio bėgyje**, apibraudami skaičiuką (0) (1) (2) (3) arba (4).

1. Aš turiu mažiausiai vieną laisvą dieną kiekvieną savaitę.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Visada

2. Aš turiu laiko sau pabūti ramiai, pamąstyti, pamedituoti, rašyti ar melstis.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

3. Aš dirbu mažiau nei dešimt valandų per dieną.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

4. Aš atlieku sportinius pratimus (vaikštau, bėgioju, plaukiuju, šoku ir pan.) mažiausiai 25 minutes per dieną.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartą į savaitę / (3) Du kartus į savaitę / (4) Tris ar daugiau kartų į savaitę

5. Aš darau kažką, kas man teikia džiaugsmą (pvz., žaidžiu žaidimus, einu į kiną, skaitau knygą ir pan.).

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

6. Aš praktikuoju raumenų relaksaciją, pilatesą, jogą, raumenų tempimą, meditaciją ar kvėpavimo technikas.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

7. Aš galiu papasakoti ,kaip jaučiuosi, mažiausiai vienam draugui arba savo partneriui.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

8. Aš miegu gerai ir mažiausiai 7 valandas per naktį.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

9. Aš rūpinuosi savo mityba ir man svarbu, ką aš valgau.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Kasdien

10. Aš išgeriu mažiausiai 1,5 litro vandens per dieną.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Visada

11. Aš juokiuosi be pagiežos ar cinizmo.

(0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Mažiausiai kartą per dieną

12. Kai darbo dienos pabaigoje palieku savo darbo vietą, aš sugebu darbinių rūpesčių ir įtampos „nesinešti į namus“.
- (0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Visada
13. Kreipiu dėmesį į savo kūno signalus ir pripažįstu, kai tampa pervargęs, pažeidžiamas ar galiu susirgti.
- (0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai / (4) Visada
14. Mano aplinkoje yra žmonių, kuriems aš rūpiu ir su kuriais galiu pasikalbėti, jei tik noriu.
- (0) Niekada/ (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai/ (4) Visada
15. Aš išreiškiu save veikloje, kuri man yra kūrybinga arba išraiškinga (pvz., rašymas, valgio gaminimas, sodininkystė ir pan.)
- (0) Niekada/ (1) Retai / (2) Kartais/ (3) Dažnai / (4) Kasdien
16. Aš jaučiu, kad man reikia tobulinti įgūdžius, jeigu noriu savo darbą atlikti gerai.
- (0) Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai/ (4) Visada
17. Aš nustatau ir išlaikau sveikas ribas, kad apginčiau savo pozicijas, ir moku pasakyti “ne“, kai to reikia, bei atsilaukau prieš kitų spaudimą.
- (0) Niekada / (1) Retai/ (2) Kartais/ (3) Dažnai/ (4) Visada
18. Darbe aš darau trumpas pertraukėles maždaug kas dvi valandas, po ko lengvai grįžtu prie užduočių ir toliau jas sėkmingai tęsiu.
- (0) Niekada / (1) Retai/ (2) Kartais/ (3) Dažnai/ (4) Visada
19. Aš leidžiu laiką su žmonėmis, kuriais pasitikiu ir kuriems jaučiuosi artimas bei kurie yra bendruomenės dalis, siejama panašių tikslų (pvz., bažnyčios bendruomenė, savanoriai, bendradarbiai ir pan.).
- (0)Niekada / (1) Retai/ (2) Kartais / (3) 1 kartą į savaitę / (4) Daugiau nei 2 kartus į savaitę.
20. Mano gebėjimai bendrauti su kitais yra...
- (0) Labai prasti / (1) Prasti / (2) Patenkinami / (3) Geri/ (4) Puikūs
21. Jaučiuosi gerai dėl to, kaip paskirstau laiką ir energiją dalykams, kurie yra svarbūs mano gyvenime.
- (0)Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai/ (4) Visada
22. Aš tikiu savimi ir savo galimybėmis įvykdyti savo tikslus, net jeigu susiduriu su sunkumais.
- (0)Niekada / (1) Retai / (2) Kartais/ (3) Dažnai/ (4) Visada
23. Aš nusistatau realius ilgalaikius ar/ir trumpalaikius tikslus ir nuosekliai dirbu, kad juos pasiekčiau.
- (0)Niekada / (1) Retai / (2) Kartais / (3) Dažnai/ (4) Visada
24. Aš atostogauju ne mažiau vieną ar dvi savaites kiekvienais metais.
- (0) Niekada / (1) Retai/ (2) Kartais/ (3) Dažnai / (4) Kiekvienais metais
25. Aš geriu alkoholį, rūkau arba vartoju kitas psichoaktyvias medžiagas.
- (0) 3 ir daugiau kartų į dieną / (1) Bent kartą į dieną / (2) Nuo 3 iki 6 kartų per savaitę / (3) Mažiau nei 3 kartus per savaitę/ (4) Niekada

4 Priedas. Skelbimas

RENKAMA NAUJA MINDFULNESS GRUPĖ. (Pradžia/Spalio 14d. – Pabaiga/Lapkričio 16d.)

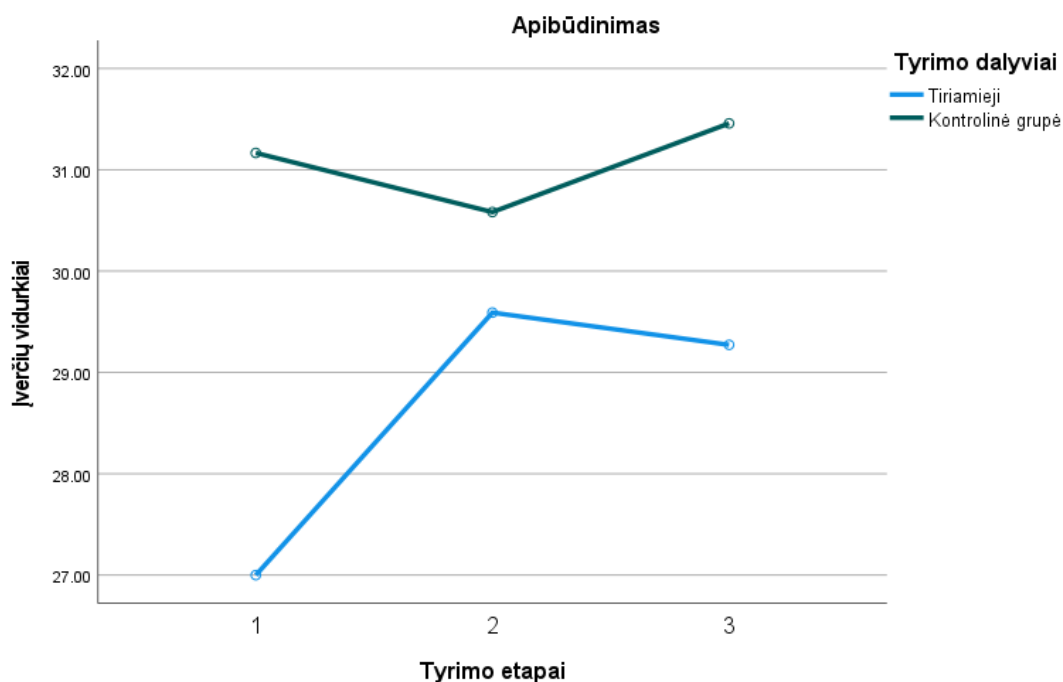
Dalyvių skaičius ribojamas (12 asmenų).

Kviečiu dalyvauti 6 savaičių trukmės Mindfulness mokymuose. Mindfulness (dėmesingo įsisąmoninimo) praktikų tikslas – tikras savęs pažinimas, gebėjimas matyti save tokį, koks esi, be iliuzijų, vertinimų ar pasipriešinimo. Tai ne tik nėra bėgimas nuo realybės, bet atvirkščiai – atsigręžimas į ją, priimant realybę tokią kokia ji yra, be vertinimo ir su atjauta sau.

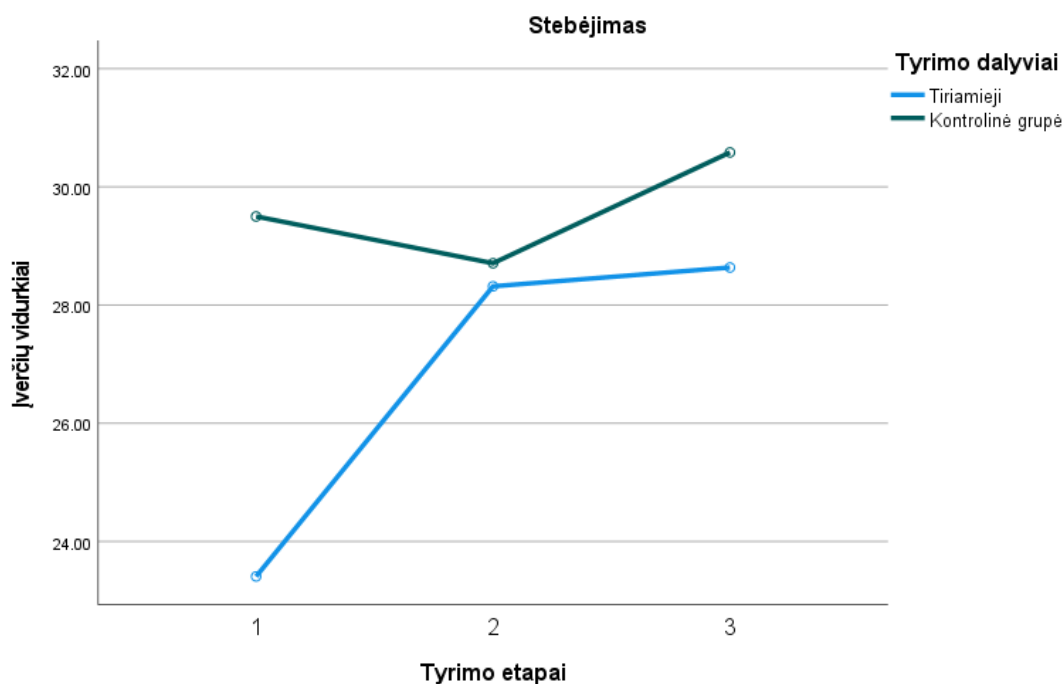
DALYVAUKITE TYRIME IR MOKĖKITE MAŽIAU! Kurso kaina 145 eurai, tačiau sutikusiems dalyvauti mokslinio darbo tyrime (dalyvavimas – tai anoniminis anketų prieš ir po kurso pildymas), kurso kaina tik 55 eurai. Į tai įeina : Įvadinė individuali konsultacija, kurso medžiaga/meditacijų garso įrašai, paštu atsiųsta atspausdinta kurso knyga, 6 grupiniai online užsiėmimai ir Mindfulness diena. Kviečiu pasinaudoti šia proga!

Užsiėmimai vyks nuotoliniu būdu, ZOOM platformoje. Tai 6 kas savaitiniai susitikimai ketvirtadienio vakarais, nuo 18.30 iki 20:30/21.00 val. ir Mindfulness diena (visos dienos patyriminė patirtis).

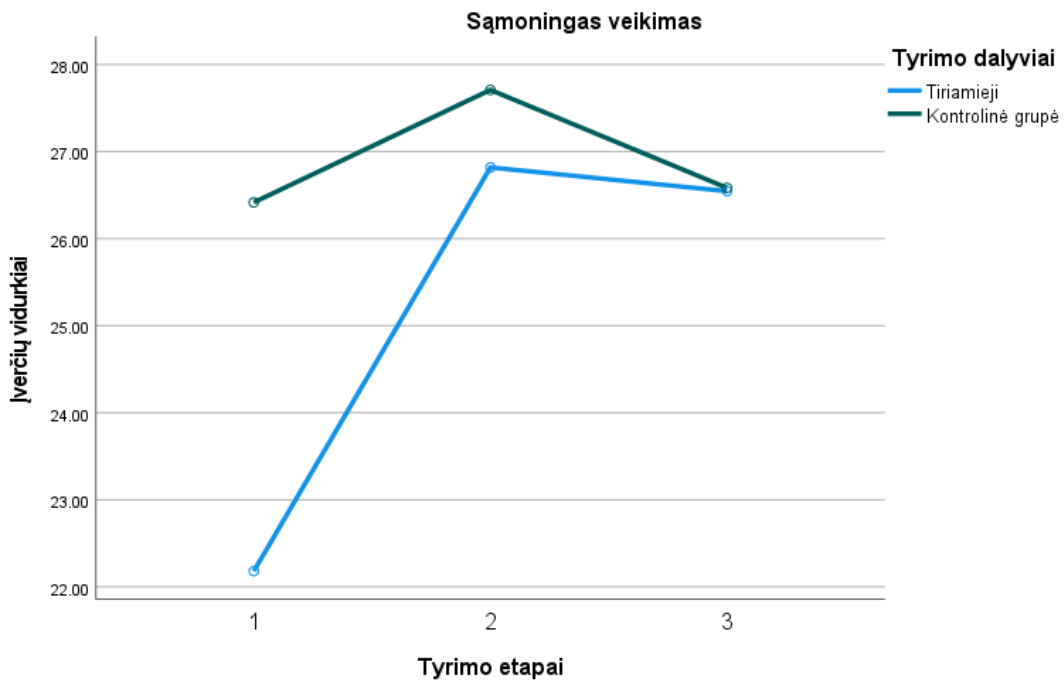
5 priedas. Dėmesingo įsisąmoninimo aspektų pokyčiai tyrimo etapuose



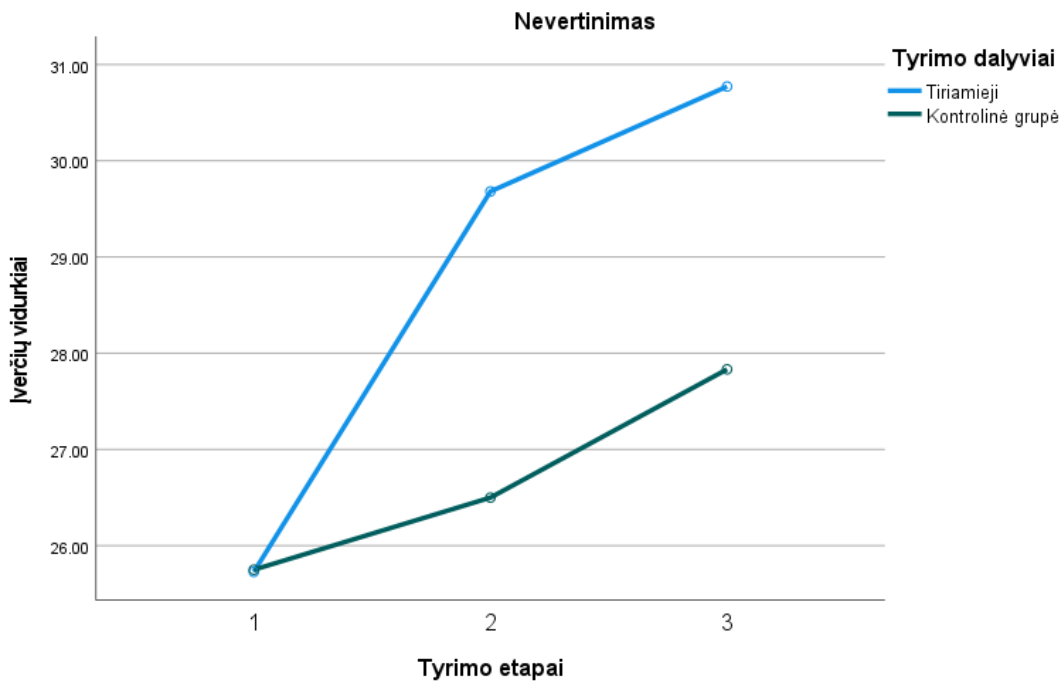
10 paveikslas. Apibūdinimo subskalės vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.



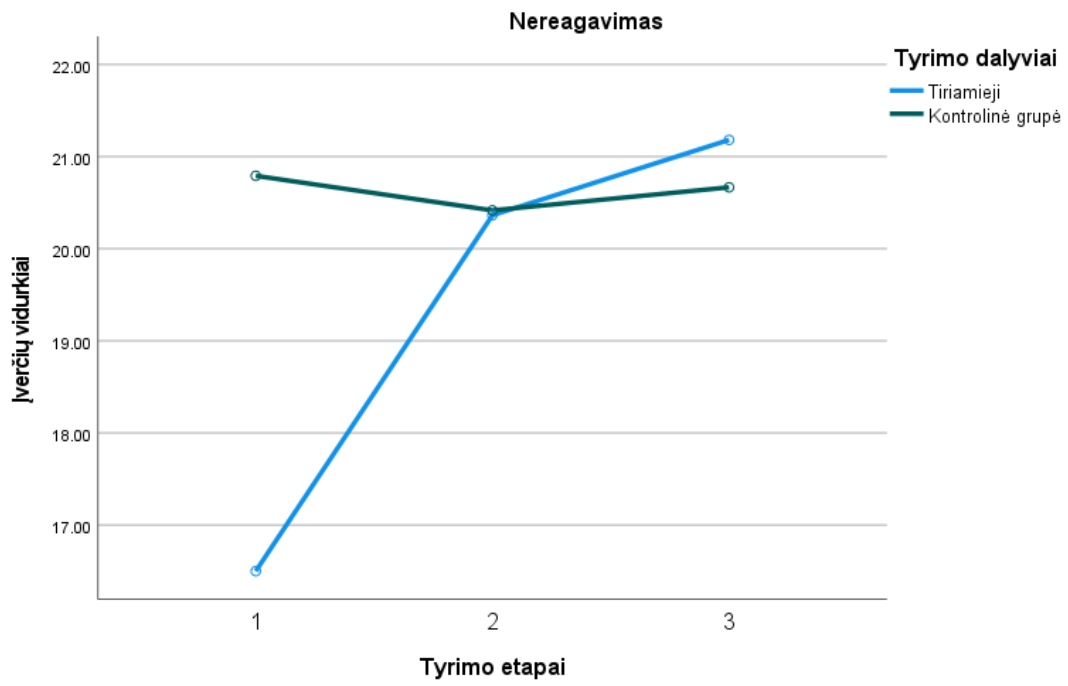
11 paveikslas. Stebėjimo subskalės vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.



12 paveikslas. *Sąmoningo veikimo subskalės vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.*



13 paveikslas. *Nevertinimo subskalės vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.*



14 paveikslas. Nereagavimo subskalės vidurkinių įverčių tyrimo etapuose grafinis pavaizdavimas.

6 priedas. Tyrimo dalyvių sveikatos būklės ir meditacinės patirties palyginimas tyrimo etapuose, tarp grupių

| | | Tiriamieji | | | Kontrolinė grupė | | |
|---|---|---------------|---------------|---------------|------------------|-------------|--------------|
| Tyrimo etapas | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas | Sveikatos problemomis nesiskundžia | 33,3 % | 50 % | 40,9 % | 72 % | 60 % | 62,5% |
| | Turi lengvų sveikatos problemų | 50 % | 37,5 % | 40,9 % | 16 % | 28 % | 29,2 % |
| | Turi rimtų sveikatos problemų | 16,7 % | 12,5 % | 18,2 % | 12 % | 12 % | 8,3 % |
| Meditacinė patirtis/ meditacijų dažnis | Nėra meditavęs/usi | 29,2 % | 0 % | 0 % | 32 % | 36 % | 37,5% |
| | Susipažinęs su meditacija, bet neapraktikuoja | 45,8 % | 25 % | 22,7 % | 28 % | 24 % | 25 % |
| | Medituoja retai (kartą į mėnesį) | 4,2 % | 4,2 % | 18,2 % | 28 % | 24 % | 16,7 % |
| | Medituoja kartais (iki 4 kartų į mėnesį) | 20,8 % | 20,8 % | 13,6 % | 8 % | 16 % | 12,5 % |
| | Medituoja reguliariai (nuo 2 iki 5 kartų į savaitę) | 0 % | 41,7 % | 40,9 % | 4 % | 0 % | 8,3 % |
| | Medituoja kasdien/ beveik kasdien | 0 % | 8,3 % | 4,5 % | 0 % | 0 % | 0 % |

Pastaba: Paryškintu šriftu pažymėti populiariausi atsakymai tarp tyrimo dalyvių.