

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Jogailė Jurkutė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro baigiamasis darbas

Kūno ir savasties vienovė bei atjauta sau prisitaikant prie atopinio dermatito

Darbo vadovė: Doc. dr. Miglė Dovydaitienė

Vilnius
2020

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	9
1.1 Prisitaikymo prie atopinio dermatito problema	9
1.1.1 Ligos etiologija ir klinikinis profilis	9
1.1.2 Sergančiųjų patiriami biopsichosocialiniai sunkumai	10
1.1.3 Prisitaikymas prie atopinio dermatito	13
1.2 Kūno ir savasties vienovės problema sergant	15
1.3 Kūno ir savasties vienovė bei prisitaikymas sergant	18
1.4 Atjauta sau ir prisitaikymas sergant	20
1.5 Tyrimo tikslas ir hipotezės	23
2. TYRIMO METODIKA	26
2.1 Tyrimo dalyviai	26
2.2 Tyrimo instrumentai	26
2.2.1 Kūno patyrimo klausimynas (BEQ)	26
2.2.2 Atjautos sau skalės trumpoji forma (SCS–SF)	28
2.2.3 Prisitaikymo prie lėtinių odos ligų klausimynas (ACS)	30
2.2.4 Demografinių duomenų anketa	32
2.3 Tyrimo eiga	33
2.4 Statistinė duomenų analizė	34
3. TYRIMO REZULTATAI	35
3.1 Tyrime naudotų instrumentų validumo vertinimas	35
3.2 Sergančiųjų atopiniu dermatitu prisitaikymo sunkumų tarpusavio sąsajos	38
3.3 Ligos trukmės, subjektyvaus ligos sunkumo, atjautos sau, atšiaurumo sau, kūno ir savasties vienovės aspektų bei prisitaikymo kintamųjų sąsajos	38
3.4 Turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje subjektyvaus ligos sunkumo, kūno ir savasties vienovės bei prisitaikymo sunkumų ypatumai	40
3.5 Prognostiniai prisitaikymo sunkumų veiksniai bei jų tarpusavio sąsajos	40
4. REZULTATŲ APTARIMAS	44
IŠVADOS	54

LITERATŪRA	55
PRIEDAI	64
1 priedas. Pažeistų odos sričių procentinis pasiskirstymas tarp tiriamųjų (N= 81)	64
2 priedas. Demografinių duomenų anketa	65
3 priedas. Konceptiniai harmonijos ir susvetimėjimo su savo kūnu patyrimo modeliai	66
4 priedas. Patvirtinančiosios faktorinės analizės galutinių modelių tinkamumo kriterijai	66
5 priedas. Harmonijos skalės teiginių koreliacijos koeficientai	67
6 priedas. Susvetimėjimo skalės teiginių koreliacijos koeficientai	67
7 priedas. 3 atskiri konceptiniai Atjautos sau modeliai.....	67
8 priedas. 6 faktorių, sudarančių Atjautos sau trumpąją formą, koreliacijos.....	68
9 priedas. Atjautos sau subskalės teiginių koreliacijos.....	68
10 priedas. Atšiaurumo sau subskalės teiginių koreliacijos	68
11 priedas. Konceptinis prisitaikymo prie lėtinės odos ligos modelis	69
12 priedas. Socialinio nerimo/ vengimo skalės teiginių koreliacijos.....	69
13 priedas. Niežulio – draskymosi ciklo skalės teiginių koreliacijos	70
14 priedas. Bejėgiškumo skalės teiginių koreliacijos	70
15 priedas. Nerimastingumo – depresiškumo skalės teiginių koreliacijos	71
16 priedas. Poveikio gyvenimo kokybei skalės teiginių koreliacijos	71
17 priedas. Su liga susijusių, psichologinių bei prisitaikymo kintamųjų tarpusavio sąsajos	72
18 priedas. Turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje skalių skirstinių skirtumai	72

SANTRAUKA

Kūno ir savasties vienovė bei atjauta sau prisitaikant prie atopinio dermatito. Jogailė Jurkutė. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2020, 72 p.

Kaip ir kitos lėtinės būklės, atopinis dermatitas (AD) kelia grėsmę geram sergančiojo psichosocialiniam funkcionavimui. Kita vertus, galbūt dėl ilgai vyravusio odos ligų keliamų sunkumų nuvertinimo nėra aišku, kokie veiksniai svarbūs prognozuojant prisitaikymą prie AD. Šio skerspjūvio tyrimo tikslas – įvertinti sergančiųjų kūno ir savasties vienovės aspektus bei atjautą sau ir atskleisti, kurie su liga susiję bei psichologiniai veiksniai svarbūs prognozuojant prisitaikymą prie AD. Remiantis prisitaikymo prie įvairių lėtinių būklių tyrimų duomenimis, šiame darbe kelta prielaida, kad sėkmingam prisitaikymui prie AD svarbus vienovės su savo sergančiu kūnu patyrimas bei atjauta sau. Tikslinę imtį sudarė 81 AD sergantis asmuo (19 – 60 m.), iš kurių 71 moteris, 10 vyrų. Internetinio anketavimo būdu tiriamieji pildė Atjautos sau skalės trumpąją formą, Kūno patyrimo ir Prisitaikymo prie lėtinių odos ligų klausimynus. Kelių analizės modelis atskleidė, kad iširusi kūno ir savasties vienovė, kitaip – susvetimėjimas su kūnu, reikšmingai didina sergančiųjų patiriamą socialinį nerimą, vengimą, niežulio – draskymosi ciklo keliamus sunkumus, bejėgiškumą bei neigiamą ligos poveikį gyvenimo kokybei. Nors atjautos sau patyrimas neleidžia patikimai prognozuoti prisitaikymo, daugiau nei atjautos sau nebuvimą apimantis neigiamo santykio su savimi pobūdis – atšiaurumas sau – reikšmingai didina sergančiųjų patiriamą nerimastingumą ir depresiškumą.

Raktiniai žodžiai: prisitaikymas prie atopinio dermatito, kūno ir savasties vienovė, atjauta sau.

SUMMARY

Body–self unity and self–compassion in adapting to atopic dermatitis. Jogailė Jurkutė. Vilnius: Vilnius University, 2020, 72 p.

Like other chronic conditions, atopic dermatitis (AD) is a threat to the afflicted person's good psychosocial functioning. On the other hand, perhaps due to the long–standing underappreciation of the hardships caused by skin disease, it is not clear which factors are relevant in prognosticating adaptation to AD. The aim of this cross–sectional study is to evaluate the aspects of body–self unity and self–compassion of people with AD and to reveal which disease–related and psychological factors are important in predicting adaptation to AD. Based on studies of adaptation to various chronic conditions, this study raised a hypothesis that body–self unity and self–compassion are important to successful adjustment to AD. The sample was comprised of 81 persons with AD (aged 19–60 years), 71 female and 10 males, who were asked to fill out the short form Self–compassion scale, Body Experience and Adjustment to Chronic Skin Diseases questionnaires online. Path analysis results showed that disrupted body–self unity or bodily alienation significantly increases social anxiety, avoidance, itch–scratch cycle–induced adversity, helplessness and negative impact on quality of life. Even though self–compassion does not permit a reliable prognosis of adaptation, self–coldness, a type of negative relation–to–self containing more than the absence of self–compassion significantly increases the anxious – depressive mood of the sick.

Key words: adaptation to atopic dermatitis, body – self unity, self – compassion.

SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS

Atopinis dermatitas – paveldima lėtinė uždegiminė odos liga, dažniausiai prasidedanti ankstyvoje kūdikystėje ir vaikystėje, bet galinti išlikti ar prasidėti ir suaugusiame amžiuje (Kudzytė, Rudzevičienė, Vaidelienė ir Valiulis, 2014).

Kūno ir savasties vienovė (angl. Body – self unity) – kūno ir savasties integracijos arba įsikūnijimo patyrimas, paprastai būdingas esant gerai sveikatos būklei: kūno funkcionavimas yra sklandus ir priimamas kaip savaime suprantama duotybė, o pats kūnas yra tam tikru mastu kontroliuojamas ir nuspėjamas, tad įgalina individą siekti savo tikslų (Gadow, 1980).

Atjauta sau (angl. Self – compassion) – tai psichinė būseną, apimanti įvairius būdus, kuriais individai linkę įvertinti patiriamą kančią kognityviniame lygmenyje ir į ją emociškai reaguoti bei nurodo kančios patyrimui skiriamo sąmoningo dėmesingumo lygį (Neff, 2016).

PRATARMĖ

Oficialios Lietuvos statistikos duomenimis, 2018 metais Lietuvoje dermatitu ar egzema sirgo 65 569 suaugę asmenys, kai sergančių moterų skaičius daugiau nei pusantrą karto didesnis nei vyrų. Taigi, šie skaičiai rodo, jog bendras sergančiųjų procentas populiacijoje 2,8 procento: vyrų nežymiai viršija 2 procentus, o moterų – kiek virš 3 procentų. Atskiros sergamumo atopiniu dermatitu (toliau – AD) Lietuvoje statistikos nėra, tačiau tikėtina, kad jis svyruoja tarp 1 ir 2 procentų (Kudzytė ir kiti, 2014).

Nors dermatito ir egzemos ligų grupės, į kurią įeina ir AD, paplitimas Lietuvoje išlieka pakankamai pastovus mažiausiai dešimtmetį, o panašios tendencijos būdingos ir kitose pasaulio šalyse, efektyviausio AD gydymo dar vis ieškoma, o naujausi pažangūs metodai Lietuvoje dėl savo aukštos kainos bei apsunkintos finansavimo tvarkos prieinami toli gražu ne visiems sergantiesiems. Brangų AD gydymą galima sieti su itin sudėtinga ir ne iki galo aiškia etiologija, o ypatingai mažai žinoma apie tai, kas sukelia suaugusiems dažniausiai būdingą vėlyvojo tipo AD. Kita vertus, sergančiųjų patiriami sunkumai neapsiriboja nemaža finansine ligos našta ir vis daugėja duomenų apie tai, kokius biopsichosocialinius sunkumus patiria sergantieji AD.

Jau kurį laiką sveikatos specialistų bendruomenėje vyraujantis požiūris į lėtines odos ligas atskleidžia kad AD keliami sunkumai neapsiriboja vien estetinėmis išvaizdos problemomis. AD priskiriamas specifinei susirgimų grupei, pasižyminčiai ne tik sunkiai užmaskuojamais odos išvaizdą darkančiais pažeidimais bei nemaloniais odos skausmo ir niežulio pojūčiais, bet ir ilga trukme, paprastai apimančia visą gyvenimą nuo ankstyvos kūdikystės. Atsižvelgiant į ilgą AD trukmę, ligai būdingus varginančius atkryčius, kuomet odos būklė stipriai pablogėja bei ilgalaikio ir sistemingo gydymosi poreikį, AD vis dažniau įvardinamas lėtine liga, kurios keliami sunkumai prilyginami kitų sudėtingų lėtinių būklių, tokių kaip cukrinis diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos (Gollnick, Finlay & Shear, 2008) keliamiems sunkumams. Kita vertus, galbūt dėl ilgus metus vyravusio AD keliamų sunkumų nuvertinimo, stebimas mažesnis psichikos sveikatos specialistų bei prisitaikymu prie lėtinių ligų besidominčių tyrėjų įsitraukimas į neigiamų gyvenimo su AD pasekmių tyrinėjimus.

AD išskiriamas iš visų lėtinių odos ligų kaip keliantis didžiausią psichologinį distresą (Stangier, Ehlers & Gieler, 2003; Evers et al., 2005; Mizara, Papadopoulou & McBride, 2012), o didesnį dalis nors ir negausių prisitaikymo prie AD tyrimų rodo, kad sergantys AD patiria emocinio funkcionavimo sunkumų (Linnet & Jemec, 1999; Ponarovsky, Amital, Lazarov, Kotler & Amital, 2011; Mizara et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014; Picardi, Mazzotti & Pasquini, 2006; Hong, Koo & Koo, 2008, Gupta & Gupta, 2013, Picardi et al., 2013) ir pasižymi žemesne bendra gyvenimo kokybe (Gollnick et al., 2008; Maksimović et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014). Tai bendra ir kitomis lėtinėmis

ligomis sergantiems asmenims. Kita vertus, yra įrodymų, kad sergantieji AD patiria ir labai specifinių fizinio, tarpasmeninio bei psichologinio asmens funkcionavimo sunkumų (Stangier et al., 2003). Taigi, vis labiau plėtojamame naujame požiūryje į prisitaikymą prie lėtinių odos ligų akcentuojama, kad prisitaikymas yra daugiamatis ir tai, kaip sergantieji tvarkosi su ligos keliamomis grėsmėmis skirtingose gyvenimo sferose, nurodo sergantiesiems kylančias prisitaikymo problemas (Stangier et al., 2003). Prisitaikymas prie lėtinės odos ligos, tokios kaip AD, svarbus bendrai asmens psichologinei gerovei bei normaliam psichosocialiniam funkcionavimui kaip ir bet kokios kitos lėtinės ligos atveju, o kadangi AD nėra išgydomas, tikėtina, kad prisitaikymas tam tikra prasme yra ligos ir sergančio kūno priėmimas. Tai rodo, kad reikalingos tam tikros kognityvinės, emocinės ar dar kitokios įveikos strategijos, padedančios priimti ligą ir patirti mažiau sunkumų gyvenant su AD. Veiksnių, geriausiai prognozuojančių prisitaikymo sunkumą, išskyrimas gali būti naudingas siekiant tobulinti pagalbos sergantiesiems AD būdus, kurti efektyvias intervencijas, mažinančias ligos sąlygojamų sunkumų patyrimą. Deja, nepaisant potencialios naudos pagalbos sergantiems AD proceso tobulinimui, nėra pakankamai duomenų apie tai, kokie psichologiniai veiksniai svarbiausi prognozuojant prisitaikymo sunkumus sergant AD liga.

1. ĮVADAS

1.1 Prisitaikymo prie atopinio dermatito problema

1.1.1 Ligos etiologija ir klinikinis profilis

Atopinis dermatitas (toliau – AD) yra lėtinė uždegiminė odos liga, kurios klinikinis profilis, eiga ir jautrumo alergenams lygis stipriai varijuoja tarp sergančiųjų. Įprastai liga pasirodo pirmaisiais gyvenimo metais ir vėliau pereina į remisiją ar kitos formos alerginę ligą (Garmhausen et al., 2013), tačiau sunkiais AD atvejais liga gali tęstis nuo ankstyvos kūdikystės iki suaugusiojo amžiaus. Kita vertus, neretai liga išsivysto jau suaugusiame amžiuje ir yra įvardijama vėlyvojo tipo AD (Raap, Gieler & Schmid–Ott, 2004). Nors rašytiniuose šaltiniuose AD ligos apibūdinimas minimas nuo XIX a. pr., AD patvirtinimui skirtų laboratorinių testų nėra net ir šiandien, tad ligos diagnozė remiasi klinikinio įvertinimo metu gautu tipinių simptomų rinkiniu (Leung, Boguniewicz, Howell, Nomura & Hamid, 2004) bei kai kuriais atvejais alergenams specifinių imunoglobulinų E (toliau – IgE) koncentracijos kraujyje nustatymu (Kudzytė ir kiti, 2014). AD diagnozė nustatoma, jei būklė pasižymi trimis bruožais: 1) sausa, dažnai paraudusi ir niežtinti oda; 2) egzeminiai odos pažeidimai kūdikių ir mažų vaikų veido ir/ ar tiesiamųjų paviršių vietose, paauglių ir suaugusiųjų – veido ir/ ar galūnių bei plaštakų lenkiamųjų paviršių vietose; 3) lėtinė eiga su atkryčiais (Leung et al., 2004; Raap et al., 2004).

Ilgus metus gyvavusi prielaida, kad AD išsivystymas yra sutrikusio motinos ir vaiko santykio pasekmė, nebuvo patvirtinta daugeliu tyrimų. Kita vertus, tyrimai rodo, kad sergant AD sutrinka komunikacinė funkcija, kuri yra ypač svarbi sveikai vaiko ir mamos santykio raidai (Raap et al., 2004), taigi, tikėtina, kad ankstyvoje kūdikystėje turimas AD gali neigiamai paveikti prieraišumo formavimąsi. Klinikinį ligos fenotipą įprasta apibrėžti trijų veiksnių – dėl genetinio polinkio sutrikusios barjerinės odos funkcijos, aplinkos bei specifinio imunologinio atsako – sąveikos rezultatu (Leung et al., 2004; Leibovici et al., 2010). Manoma, kad būtent odoje esančio baltymo filagrino geno mutacija sąlygoja lengvesnę aplinkos alergenų skverbimąsi per apsauginius odos sluoksnius, didesnę transepiderinį vandens netekimą bei uždegimą (Leibovici et al., 2010) – kas, manoma, ir sukelia pagrindinius AD simptomus. Kita vertus, suaugusiųjų tarpe dažno vėlyvojo tipo AD etiologija nėra iki galo aiški.

Apart alergenų, odą dirginančių medžiagų ir infekcijų, būklės paūmėjimą gali skatinti odai nepalankūs klimato pokyčiai ar aplinkos tarša, hormoniniai pokyčiai organizme, vitamino D3 stygius ir psichologiniai veiksniai, ypač – emocinis stresas (Garmhausen et al., 2013). Mokslinėje

literatūroje akcentuojama, kad nors psichologinis stresas vargiai gali būti savarankiška AD atsiradimo priežastis, psichologinių veiksnių poveikiu ligos eigai nėra abejojama (Gupta, Gupta, Schork & Ellis, 1994; Raap et al., 2004; Wittkowski, Richards, Griffiths & Main, 2007; Senra & Wollenberg, 2014). Leung ir kiti (2004) psichologinių veiksnių įtaką aiškina tuo, kad stresas sergančiųjų AD organizme kelia kitokius imunologinius pokyčius nei sveikų asmenų organizmuose. Yan (2016) praplečia šį aiškinimą ir išskiria du pagrindinius kelius, kuriais neigiama emocinė būseną galimai sąlygoja ligos paūmėjimą: tiesiogiai per psichoneuroimunologinius kelius arba per elgesio reakcijas, kurios gali užvesti neigiamą streso ir sutrikusios odos funkcijos ciklą. Viena hipotezių, aiškinančių emocijų ir dermatologinių pacientų odos būklės pokyčių sąsajas, pabrėžia bendrą gemalinę centrinės nervų sistemos ir odos kilmę – centrinė nervų sistema ir oda formuojasi iš to paties gemalinio lapelio, vadinamo ektoderma. Šią hipotezę remia įrodymai, jog nervinis audinys ir odą sudarantys audiniai sąveikauja su panašiais hormoniniais, imuniniais bei neurotransmitiniais pernešimo faktoriais („pasiuntiniais“), tokiais kaip: neuropeptidai, citokinai, P substancija, nervų augimo faktorius ir smegenų neurotrofinis faktorius (BDNF) (Raap et al., 2005). Tyrimai rodo, kad lėtinis stresas išreguliuoja pagumburio – hipofizės – antinksčių (HPA) ašį, todėl organizmas tampa atsparesnis gliukokortikoidams (Bierhaus et al., 2003). Padidėjęs atsparumas gliukokortikoidams, remiantis Pariante ir Miller (2001) teigimu, moduliuoja imuninę sistemą – t. y. sukelia imuninės sistemos hiperaktyvumą bei uždegimines reakcijas. Kitas galimas neigiamos emocinės ir sunkesnės odos būklės ryšio aiškinimas remiasi įrodymais, kad nerimas aktyvuoja simpatinę autonominę nervų sistemą ir taip skatina neurovegetacinius pokyčius odoje, prakaitavimą bei žemesnį niežulio toleravimo slenkstį (Seiffert, Hilbert, Schaechinger, Zouboulis & Deter, 2005). Apibendrinant, svarbu pažymėti, kad dideliu skaičiumi tyrimų įrodyta streso ir sergančiųjų AD odos būklės sąsaja neabejotinai išskiria šią ligą iš lėtinių ligų grupės ir kartu pastato sergančiuosius į itin sudėtingą poziciją. Lėtinė liga pati savaime kelia nemažai kasdienių iššūkių ir sąlygoja distreso patyrimą, tačiau panašu, kad AD atveju, patiriamas distresas ne tik kelia sergantiesiems didelę psichologinę naštą, bet ir apsunkina odos būklę.

1.1.2 Sergančiųjų patiriami biopsichosocialiniai sunkumai

Atopinis dermatitas priklauso ypatingai odos ligų grupei, keliančiai sergantiesiems platų spektrą biopsichosocialinių sunkumų: ligos simptomai apsunkina fizinį, tarpasmeninį bei psichologinį asmens funkcionavimą (Stangier et al., 2003; Thompson, 2005). Niežulys ir skausmas – vieni pagrindinių jutiminių simptomų, keliančių grėsmę fiziniam asmens funkcionavimui (Wittkowski et al., 2007), o niežulį kaip vieną labiausiai varginančių AD simptomų įvardina didžioji dalis sergančiųjų (Stangier et al., 2003; Senra & Wollenberg, 2014). Lėtiniam niežuliui paaiškinti

vien tik ligos patofiziologijos nepakanka (Verhoeven, Kraaimaat, Duller, van de Kerkhof & Evers, 2006), tačiau gausūs tyrimai pagrindžia biopsichosocialiniam modeliui, lėtinį niežulio patyrimą aiškinančiam fiziologiniais, asmenybiniais, kognityviniais, elgesio, socialiniais bei aplinkos kintamaisiais (Verhoeven et al., 2008; Schut et al., 2018). Teigiama, kad padidėjęs fiziologinis reaktyvumas kartu su asmens neurotiškumu, depresiška nuotaika, bejėgiškumu, niežulio katastrofizavimu bei didesniu dėmesio sutelkimu ties fiziniais pojūčiais prognozuoja stipresnį niežulį bei dažnesnį draskymąsi (Gupta et al., 1994; Verhoeven et al., 2006; Verhoeven et al., 2008; van Laarhoven, Kraaimaat, Wilder-Smith & Evers, 2010), Schut ir kitų (2018) tyrimas, parodė, kad eksperimentinėmis sąlygomis sukėlus niežulio pojūtį sergantiems AD, stipriau draskytis buvo linkę mažiau sutarūs, t. y. mažiau atjautūs, emociškai šaltesni, labiau užsispyrę ir mažiau bendradarbiaujantys, asmenys. Niežulio išprovokuotas draskymasis siejasi su labai skirtingomis trumpalaikėmis ir ilgalaikėmis pasekmėmis. Nors trumpalaikėje perspektyvoje jis nutraukia niežulio pojūtį, ilgalaikėje perspektyvoje odos uždegiminis procesas dėl draskymosi stiprėja, niežulys tampa vis intensyvesnis ir asmuo patenka į užburtą niežulio – draskymosi ciklą (Schut et al., 2018). Niežulio – draskymosi ciklas ypatingai apsunkina sergančiųjų būklę, kadangi to pasekmės ne tik fizinės, tokios kaip sunkiai gyjančios žaizdos ir randai, bet ir psichologinės – savikontrolės praradimas, bejėgiškumo, gėdos ir kaltės jausmai (Stangier et al., 2003). Keleto tyrimų duomenimis (Bender, Leung & Leung, 2003; Wittkowski et al., 2007; Picardi, Lega & Tarolla, 2013), neramus miegas su dažnesniais prabudimais naktį, trumpesnė miego trukmė ir nuovargis dienos metu – neretai sergančiųjų AD patiriami sunkumai yra aiškinami būtent stipriu odos niežuliu (Bender et al., 2003).

Kaip ir dauguma kitų odos ligų, AD iš lėtinių susirgimų grupės išsiskiria tuo, kad gerokai dažniau pasižymi ne tik nemaloniais pojūčiais, bet taip pat ir aplinkiniams gerai matomais fizinės išvaizdos trūkumais (Thompson, 2005; Fox, Rumsey & Morris, 2007). AD charakterizuojantys pleiskanojantys, paraudę ir niežintys odos plotai, juos nukasius pasidengiantys žaizdomis ir šašais, sergančiųjų vertinami kaip daugiausiai psichologinio distreso keliantys simptomai, pranokstantys net giluminių odos sluoksnių pažeidimų keliamus nemalonus ar net skausmingus pojūčius. Dėl simptomų matomumo, AD kelia grėsmę psichologiniam asmens funkcionavimui: liga neigiamai veikia asmens savivaizdį ir kelia emocinio funkcionavimo sunkumų. Dalis AD pacientų antraeilus psichikos sutrikimus sieja būtent su pakitusia odos išvaizda (Senra & Wollenberg, 2014). Holm, Agner, Clausen ir Thomsen (2016) tyrimas atskleidė, kad sergantieji AD, turintys pažeidimų veido srityje, pasižymėjo statistiškai reikšmingai didesniu nerimo lygiu ir gėdos jausmu, nei jų neturintys. Nors pažeidimų lokacijos ir savigarbos ryšys sergančiųjų AD imtyje, mūsų žiniomis, nebuvo tirtas, sergančiųjų akne ar rožine imtyje pagrindinis žemą savigarbą prognozuojantis veiksnys yra pažeidimai veido srityje (Kellet & Gawkrödger, 1999; Papadopoulos, Walker, Aitken & Bor, 2000; Lindow, Shelestak & Lappin, 2005). Autoriai, tyrę pažeidimų vietas ir savivaizdžio sąsajas, tai

aiškina stipria veido ir asmens tapatumo sąsaja. Taigi, pažeidimai veido srityje gali ne tik prisidėti prie neigiamų kūno vaizdo pokyčių, bet taip pat ir prie žemesnio bendro savęs vertinimo (Papadopoulos et al., 2000; Lindow et al., 2005). Walker (2005), aiškindamas fizinių trūkumų ir neigiamo savivaizdžio sąsajas, akcentuoja galimą neigiamą silogizmų įtaką. Neigiamas pažeistos odos vertinimas, ko gero, apibendrinamas ir pritaikomas mąstant apie save bei save vertinant, pavyzdžiui: odos pažeidimai yra bjauru, o aš jų turiu, taigi, aš irgi esu bjaurus. Kaip teigia Pruzinsky ir Doctor (1994) fizinės išvaizdos trūkumai, o ypač pažeidimai veido srityje, susiję su didžiaja dalimi „socialinio neįgalumo“ atvejų. Turint omenyje simbolinę veido reikšmę šiuolaikinėje vizualumo ir tobulą odos išvaizdą išaukštinančioje kultūroje, šie tyrimų rezultatai stebina mažiau. Moderniose vakarų visuomenėse, veidas yra viešiausia kūno dalis ir vis dar svarbiausias savasties simbolis – dėl išskirtinio veido unikalumo, atpažindami save pačius ir kitus, pirmiausia, remiamės būtent veido išvaizda (Walker, 2005). Pasak Lafrance ir Carey (2018), kadangi veidas yra svarbiausia išraiškų priemonė bendraujant, pagrindinė tapatybės vieta, įvaizdžio formavimo ir valdymo įrankis, jis tampa daugiausiai prasmės turinti matoma mūsų kūno vieta.

Taip pat, neigiamos pasekmės emociniam asmens funkcionavimui siejamos ir su AD ligai būdinga nenuspėjama bei sunkiai kontroliuojama eiga, skatinančia nerimastingai laukti būklės paūmėjimo. Atkryčio laukimą lydi padidėjęs savikontrolės poreikis, dažnas kūno apžiūrinėjimas, įkyrios mintys apie odos būklę (Stangier et al., 2003), nerimastingumas (Linnet & Jemec, 1999) ir bejėgiškumo jausmas (Ponarovsky et al., 2011; Mizara et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014), o kai kuriais subjektyviai sunkesnės ligos atvejais – sergantiesiems gali kilti ir suicidinių minčių (Picardi et al., 2006; Hong et al., 2008, Gupta & Gupta, 2013, Picardi et al., 2013).

Dar viena AD pacientų suvokiama ligos keliamo grėsmė yra matomų odos pažeidimų sąlygota grėsmė tarpasmeniniam funkcionavimui. Gerai matomi odos pažeidimai lengvai atkreipia aplinkinių dėmesį (Walker, 2005), ypač tais atvejais, kai odos pažeidimai patenka į centrinį veido trikampį (akis – burna – akis) (Hudak, McKeever & Wright, 2007; Bradbury, 2012). Neigiama aplinkinių reakcija gali svyruoti nuo perdėtai reiškiamo smalsumo ir užuojautos iki diskriminacijos darbinėje aplinkoje ar atstūmimo artimuose santykiuose (Stangier et al., 2003; Picardi et al., 2013). Kita vertus, sunkiausia sergantiesiems yra tai, kad dažni ir įkyrūs aplinkinių žvilgsniai bei neigiamos replikos (Thompson, 2005) nurodo, kad jų sveikatos problema iš privačios tapo vieša (Walker, 2005). Neretu atveju, nors nėra susiduriama su realiu atstūmimu ar neigiamomis aplinkinių replikomis, turintys matomų odos pažeidimų asmenys jaučia nerimą socialinių sąveikų metu ar net tikisi tai patirti, tampa jautresni įvairioms užuominoms apie aplinkinių neigiamą reakciją ar atstūmimą (Kent, 2000). Taigi, jaučia subjektyvią stigmą. Kartu, atsiskleidimo ir neigiamos aplinkinių reakcijos baimė (Thompson & Kent, 2001) skatina atsitraukimą iš socialinės aplinkos, dėl to jaučiamą socialinę izoliaciją bei vienišumo jausmą (Mizara et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014). Nors dalis autorių teigia, kad

dažnesnis atsitraukimas iš socialinės aplinkos susijęs su sergančiųjų patiriamomis neigiamomis emocinėmis ligos pasekmėmis, kiti autoriai akcentuoja, kad tai gali būti susiję ir su aplinkinių neigiamu požiūriu į sergančiuosius. Nuo senovės graikų laikų žmonėms būdingas polinkis sieti veido išvaizdos trūkumus su plačiu spektru patologizuojančių bruožų, pavyzdžiui: ligotumu, neigiamais asmenybės bruožais ar net amoralumu, deja, gali būti jaučiamas dar ir šiandien (Timms, 2013; Lafrance & Carey, 2018). Dion, Berscheid ir Walster (1972) teigia, kad neigiamos išankstinės nuostatos ir aplinkinių reakcija į asmenis, sergančius fizine išvaizda darkančiomis ligomis, gali būti sąlygotos ne tik žinių apie ligas trūkumo, bet ir didelėje dalyje kultūrų giliai įsišaknijusiu mąstymo šablonu „kas yra gražu, tas yra gerai“. Taigi, tarpasmeninių santykių sunkumai, socialinė izoliacija ar subjektyviai jaučiama stigma gali būti aiškinama tiek ligos apsunkintu sergančiojo emociniu funkcionavimu, tiek aplinkinių neigiamomis reakcijomis ar išankstinėmis nuostatomis, paremtomis ne tik žinių apie odos ligas stokos, bet ir mąstymo klaidomis.

1.1.3 Prisitaikymas prie atopinio dermatito

Atsižvelgiant į lėtinę ligos pobūdį, eigai būdingus atkryčius bei ilgalaikio ir sistemingo gydymo poreikį, odos ligos priskiriamos prie lėtinių būklių, keliančių rimtų psichosocialinių sunkumų bei prisidedančių prie žemesnės pacientų gyvenimo kokybės (Gollnick et al., 2008). Galbūt dėl ilgą laiką vyravusio odos ligų keliamų sunkumų nuvertinimo ir nepakankamo tyrėjų dėmesio dermatologiniams pacientams, šiuo metu, deja, nėra pakankamai žinoma apie tai, kokie veiksniai yra svarbūs sėkmingam prisitaikymui prie AD. Tokių veiksnių išaiškinimas ypač prasmingas buriant su dermatologiniais pacientais dirbančias tarpdisciplinines specialistų komandas ir kuriant tikslingas intervencijas, padedančias sergantiesiems sėkmingiau prisitaikyti prie lėtinės ligos. Iš dalies, tokių žinių trūkumą galėjo lemti vis dar vykstančios diskusijos apie tai, ką reiškia prisitaikyti prie lėtinės ligos ir kaip tai matuoti. Kadangi dalis sunkumų, su kuriais sergantieji lėtinėmis ligomis susiduria, persidengia nepriklausomai nuo susirgimo tipo (Felton & Revenson, 1984), toliau apžvelgiami ne tik itin negausūs prisitaikymo prie AD tyrimai, bet ir gausesni tyrimai, nagrinėję prisitaikymą prie išvaizdą darkančių lėtinių būklių ar lėtinių būklių bendresne prasme.

Dalis autorių, apibrėždami prisitaikymą, nurodo, kad geresnis prisitaikymas – tai silpnesnis lėtinės ligos sąlygotų psichoemocinių sunkumų patyrimas. Dažniausiai į psichoemocinių sunkumų kategoriją patenka psichologinis distresas (Evers et al., 2005; Mizara et al., 2012), nerimastingumas, depresiškumas (Thompson & Kent, 2001; Stangier et al., 2003) bei emocinė ligos našta (Schut et al., 2014). Kita dalis autorių minėtus kintamuosius vertina ne kaip bendrą prisitaikymo matą, o kaip tarpinius veiksnius, reikšmingus prisitaikant prie lėtinės odos ligos. Yra teigiančių, kad geriausiai prisitaikymą prie AD (Maksimović et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014) ar, apskritai, lėtinės odos

ligos (Evers et al., 2005; Hong et al., 2008) atspindi gyvenimo kokybė ar psichologinė gerovė. Tai, kad prisitaikymo tyrimuose vertinama tiek gyvenimo kokybė, tiek psichologinė gerovė, leidžia dar kartą įsitikinti, kad šie du konstruktai yra konceptualiai skirtingi prisitaikymo aspektai, turintys atskirus prognozinis veiksnis. Teigiama, kad gyvenimo kokybė yra mažiau stabilus prisitaikymo matas, kadangi įprastai kinta kartu su kintančia odos būkle, o psichologinė gerovė bei jos mažėjimą sąlygojantys plataus spektro sergančiųjų patiriami psichosocialiniai sunkumai, tokie kaip nerimas, depresija bei suicidinės mintys, yra stabilesni (Evers et al., 2005; Maksimović et al., 2012; Senra & Wollenberg, 2014). Dėl šios priežasties, Linnet ir Jamec (1999) manymu, vertinant AD pacientų patiriamus prisitaikymo sunkumus, nėra prasminga apsiriboti vien tik odos būklės vertinimu. Asmens gyvenimo kontekstas ir individualūs skirtumai gali būti kur kas svarbesni veiksniai. Tokią poziciją remia ir tyrimai, rodantys, kad pažeidimai veido srityje (Holm et al., 2016), stiprus nuovargis, suvoktas bejėgiškumas ir mažesnė ligos kontrolė (Wittkowski et al., 2007) – geriau prognozuoja AD pacientų patiriamą psichologinį distresą nei gydytojų įvertinta odos būklė (Wittkowski et al., 2007; Schut et al., 2014; Holm et al., 2016).

Prisitaikymą prie įvairių lėtinių odos ligų tyrė Stangier ir bendraautorai (2003) apjungia skirtingus požiūrius į prisitaikymą ir teigia, kad vertinant prisitaikymą svarbu tai, kaip sergantieji tvarkosi su ligos keliamomis biopsichosocialinėmis problemomis, nes būtent tai ir nusako prisitaikymo prie lėtinės odos ligos sunkumus. Stangier ir kitų (2003) teigimu, prisitaikymo sunkumai atsiranda tada, kai siekdami įveikti subjektyvias lėtinės odos ligos keliamas grėsmes fiziniam, tarpasmeniniam ir psichologiniam funkcionavimui sergantieji pasirenka neadaptivias elgesio strategijas, vedančias prie emocinio neprisitaikymo. Pavyzdžiui, nerimaudamas, kad socialinių sąveikų metu kiti pastebės jo pažeistą odą ir dėl to neigiamai reaguos ar net atstums, sergantysis, tikėtina, ims vengti tam tikrų socialinių situacijų, taigi, taikys neadaptivią elgesio strategiją. Nors trumpalaikėje perspektyvoje tai gali apsaugoti nuo įsivaizduojamų neigiamų ligos atskleidimo pasekmių, ilgalaikėje perspektyvoje asmuo jausis vis labiau socialiai izoliuotas ir kontroliuojamas savo ligos, kas gali vesti prie emocinio neprisitaikymo – depresiskumo ir nerimastingumo (Stangier et al., 2003). Taip pat, neadaptivių įveikos strategijų, tokių kaip vengimas ar fizinių trūkumų maskavimas, naudojimas kenkia adaptivesnių strategijų vystymuisi (Thompson & Kent, 2001). Taigi, vertinant prisitaikymą, pasak Stangier ir kitų (2003), svarbu atsižvelgti tiek į emocinio funkcionavimo sunkumus, tiek į sergantiejiems būdingas elgesio strategijas. Schut ir kiti (2015) papildė šį požiūrį teigdami, kad svarbų vaidmenį prisitaikymo prie AD procese vaidina ne tik adaptivios elgesio strategijos, padedančios įveikti subjektyviai sudėtingas socialines patirtis, bet ir kognityvinės, padedančios įveikti sunkiai pakeičiamas situacijas. Neigiamos aplinkinių reakcijos ne visada išvengiamos, tačiau tyrimai rodo, kad sergantieji pasižymi ne vienodu prisitaikymo lygiu, kas neabejotinai susiję su individualiais sergančiųjų skirtumais. Thompson (2005) kelia prielaidą, kad

individualūs skirtumai galėtų glūdėti individui įprastuose mąstymo būduose bei reakcijos į ligos keliamas grėsmes. Tikėtina, kad sudėtingos sąveikos tarp kognityvinių faktorių ir reakcijų į socialines situacijas didžiąja dalimi lemia sergančiųjų lėtinėmis odos ligomis jaučiamą distresą (Thompson, 2005). Linnet ir Jamec (1999), Schut ir kitų (2015) bei Thompson (2005) darbuose iškeltos prielaidos, kad prisitaikymo prie AD procese svarbų vaidmenį gali vaidinti individualūs sergančiųjų skirtumai, tokie kaip naudojamos adaptyvios kognityvinės strategijos, padedančios priimti situacijas, kurių pakeisti neįmanoma, dar nėra pakankamai empiriškai tikrintos. Turint omenyje ligos reaktyvumą į stresą ir neigiamas streso pasekmes odos būklei, tikėtina, kad prisitaikymo prie AD procese svarbų vaidmenį gali vaidinti emocijų reguliacijos strategijos.

Dar vienas tyrinėtinas klausimas, nagrinėjant prisitaikymui prie AD svarbius veiksnius, yra matomų fizinių trūkumų bei pakitusio kūno aspektas. Nors tyrimai rodo, kad odos ligos gali neigiamai veikti kūno vaizdą ir bendrąjį savivaizdį bei kelti emocinio ir socialinio funkcionavimo sunkumų (Pruzinsky & Doctor, 1994; Papadopoulos et al., 2000; Lindow et al., 2005; Holm et al., 2016), o ir patys sergantieji antraeilus psichikos sutrikimus neretai sieja su AD sudarkyta fizine išvaizda (Senra & Wollenberg, 2014), nėra aišku, kokie su kūno vaizdu susiję kintamieji svarbūs priimant ligą ir jos sąlygotas netektis. Priklausomai nuo lėtinės ligos sergančiųjų patiriami praradimai skiriasi, tačiau visais atvejais neabejotinai jaučiama subjektyvi netektis. Kadangi ligos vienaip ar kitaip pažeidžia kūną ar jo galimybes, labiausiai tikėtinos fizinės netektys. Tyrimai rodo, kad teigiamo santykio su savo kūnu išlaikymo ar atkūrimo aspektas yra itin svarbus siekiant sėkmingo prisitaikymo prie įvairių lėtinių būklių (Gadow, 1980; Bloom, 1992; Charmaz, 1995; Corbin, 2003; Delmar et al., 2005; Bode, van der Heij, Taal & van de Laar, 2010). Taigi, atsižvelgiant į duomenų apie prisitaikymą prie AD prognozuojančius veiksnius trūkumą, tolimesniuose šio darbo skyriuose pristatomi du kintamieji, kurių svarba prisitaikant prie kitų lėtinių būklių mokslinėje literatūroje akcentuojama. Galimai, tai yra svarbūs kintamieji ir AD ligos atveju.

Apibendrinant, nors ir negausūs, prisitaikymo prie AD tyrimai didžiąja dalimi orientuoti tik į neigiamas ligos pasekmes emociniam asmens funkcionavimui arba į gyvenimo kokybę. Taip pat, nors tyrimai rodo, kad vien objektyviai specialistų ar subjektyviai pačių sergančiųjų vertinama odos būklė nėra geras veiksnys siekiant paaiškinti asmens patiriamą psichologinį distresą ir prognozuoti prisitaikymą prie AD, trūksta žinių apie tai, kokie veiksniai apsunkina prisitaikymo procesą, o kurie jį palengvina.

1.2 Kūno ir savasties vienovės problema sergant

Fizinis skausmas ir medicininės intervencijos neabejotinai kelia kančią sergantiems lėtinėmis ligomis. Kita vertus, siauras medikalizuotas požiūris į kančią ją supaprastinant iki fizinio diskomforto ignoruoja žymiai platesnį kančios patyrimą. Charmaz (1983) tokios kančios esmę mato ne tik fizinėje

plotmėje, bet ir savęs praradime. Iki ligos vyravęs savivaizdis pradeda nykti, o didžiausia netektis išgyvenama suvokus, kad tai, kas savyje atrodė vertingiausia, dabar apribota ar sunaikinta ligos. Remiantis įkūnijimo požiūriu, liga, sutrikimas ar fizinė trauma yra tai, kas labiausiai trukdo individui gyventi įprastu būdu (Ellis–Hill, Payne & Ward, 2000; Hudak et al., 2007), o šio požiūrio indėlis į medicinos priežiūros sistemą – kokybinių tyrimų, skirtų suprasti, ką reiškia sirgti fizinėmis ligomis, radimasis. Anksčiausiai kūno ir savasties vienovė pradėta nagrinėti fenomenologiniuose tyrimuose, kurių pagrindinis nagrinėjimo objektas – ne kūnas plačiąja prasme, o įsikūnijimo patirtis. Tai patyrimas, kai tuo pat metu asmuo suvokia save ir kaip turintį fizinį kūną, ir kaip esantį kūniška būtybę (Hudak et al., 2007). Bode ir kiti (2010) teigia, kad bėgant metams kaupiasi įvairi su kūnu susijusi patirtis, tad kūnas tampa nuspėjamas, patikimas ir tam tikru mastu kontroliuojamas. Kadangi sklandus kūno funkcionavimas priimamas kaip savaime suprantama duotybė, kūnas yra tarsi asmens įgalintojas, apie kurį net nesusimąstoma (Charmaz, 1995; Ellis–Hill et al., 2000; Hudak et al., 2007). Bode ir bendraautorių (2010) teigimu, esant geros sveikatos būklės, savastis ir kūnas yra vienovėje. Susirgus ar patyrus fizinę traumą, kūnas pradeda reaguoti neįprastu būdu: siunčia skausmo signalus bei kitus nemalonius pojūčius, o sergantysis nebežino, ko iš jo tikėtis. Tyrimai rodo, kad mažesnis pasitikėjimas savo kūnu siejamas su mažesniu pasitikėjimu savimi bei žemesne savigarba (Delmar et al., 2005; Bode et al., 2010). Iš įgalintojo kūnas tampa luošintoju (*angl. disabler*) ir asmuo įsisąmonina kūno ir savasties skirtumą (Charmaz, 1983). Pakitęs kūno funkcionavimas patiriamas kaip išdavystė, tad su kūnu susvetimėjama (Charmaz, 1995; Ellis–Hill et al., 2000; Charmaz & Rosenfeld, 2006, p. 42), o toks procesas vadinamas kūno ir savasties vienovės skilimu (Bode et al., 2010). Tam, kad suprastume prigimtines kūno ir savasties vienovės netektį, pirmiausia, svarbu suprasti įsikūnijimo svarbą sergančiajam bei socialinį kontekstą, kuriame kūno ir savasties vienovė bei liga yra subjektyviai patiriama (Charmaz, 1995). Simbolinio interakcionizmo paradigma leidžia tyrinėti būdus, kuriais gyvenimo eigoje asmens savivaizdis kinta. Šiuo požiūriu remdamasi Charmaz (1983; 1995) ir nagrinėja kaip lėtinės ligos patyrimas skatina asmens socialinio tapatumo pokyčius. Teigiama, kad daugiausiai sergantiesiems kančių kelia kasdienio gyvenimo suvaržymas, socialinė atskirtis, savinieka, pakitę santykiai ar net tapimas našta kitiems, o ligos sąlygota kančia neigiamai veikia asmens savivaizdį.

Kadangi savivaizdis yra sudėtinga, hierarchinė savęs apibrėžimų sistema, kurios kūrimas ir palaikymas priklauso nuo socialinių sąveikų, norint išlaikyti teigiamą savivaizdį reikia kasdienio empirinio patvirtinimo iš aplinkos (Charmaz, 1983), kuris ligos atveju ir tampa apsunkintas. Ligai paveikus kūną asmens pasirinkimas su kuo dalintis itin asmeniškai informacija apie save, tokia kaip turimos ligos, tampa labai suvaržytas (Charmaz, 1995). Charmaz ir Rosenfeld (2006, p. 36–37) teigimu, turintys sunkiai paslepiamų fizinių trūkumų patiria didesnę ligos keliamą įtampą dėl nuolatinio susirūpinimo, kaip socialinių sąveikų metu kontroliuoti kūno teikiamą informaciją, o

suvokimas, kad sergantį kūną pastebėjo kiti, nukreipia ir sergančiojo dėmesį į savo kūną. Ligos matomumo patvirtinimas priverčia įsivertinti fizinę netektį ir dėl to atsiradusį skirtingumą nuo kitų. Ligos atveju, suvokus neatitikimą tarp savo kūno išvaizdos ir kultūroje gyvuojančių idealaus kūno standartų tikėtini sumišimo, gėdos ir kaltės jausmai (Charmaz, 1983; Charmaz & Rosenfeld, 2006, p. 42). Nors ne visi lėtinėmis ligomis sergantys asmenys turi matomų fizinių trūkumų, žymiai dažniau vedančių į stigmatizuotą tapatumą, dauguma sergančiųjų jaučia neigiamus savivaizdžio pokyčius dėl pakitusio įprasto gyvenimo (Charmaz, 1983). Mažiau funkciškai pavaldus ar net paralyžuotas kūnas gali trukdyti užsiimti įprastomis veiklomis. Taigi, net jei asmuo nėra internalizavęs kultūroje gajų išvaizdos standartų, didelę kančią gali kelti ne fiziniai kūno trūkumai, o kūno funkcionavimo suvaržymas. Dėl šiuolaikinėje kultūroje akcentuojamų individualumo ir nepriklausomybės vertybių bei su jomis susijusio asmens veiklumo išaukštinimo, dėl ligos negalintys atlikti visiems įprastų veiklų sergantieji susiduria su sunkumais stengdamiesi išlaikyti prasmingą savivaizdį. Kūnas gali veikti sergančiųjų socialinį tapatumą ir dėl pakitusios ar suprastėjusios socialinių vaidmenų atlikties: sergantis kūnas gali tiesiogiai kliudyti atlikti turėtus socialinius vaidmenis (Kelly & Fields, 1996), tačiau kai kuriais atvejais vaidmenų atlikimui trukdo ne realūs fiziniai suvaržymai, o sergančiųjų tendencija vertinti savo kūno galimybes labai atsargiai arba jas nuvertinti (Charmaz, 1995). Vis tik labiausiai neapibrėžtumo jausmą ir ateities baimę kelia nenuspėjama lėtinės ligos eiga, o šie jausmai skatina didesnę, nei yra sąlygota sveikatos būklės ypatumų, savanorišką savęs apribojimą. Taigi, nors apribojimu siekiama apsaugoti save, už tai sumokama neigiamais savivaizdžio pokyčiais.

Paprastai, sergantieji yra susirūpinę tuo, ką praranda savyje vertingiausio, o didesnis susirūpinimas savimi turi keletą neigiamų pasekmių. Pirma, anot Charmaz (1983), bendraudami su kitais sergantieji tampa itin jautrūs užuominoms apie jų nuvertinimą, o kartais neutralius kitų pasisakymus ar poelgius priima kaip nuvertinimą. Subjektyviai socialinėje aplinkoje jaučiamas menkinimas gali skatinti tam tikrus įprasto gyvenimo būdo apribojimus bei socialinę atskirtį, kas mažina galimybes išlaikyti ar formuoti naują vertingą savivaizdį (Charmaz, 1983). Antra, liga taip pat kelia nemenkų iššūkių ir siekiant palaikyti turimus santykius, kas yra ypatingai svarbu, idant asmens socialinis tapatumas kistų kuo mažiau. Vis labiau įtrauktiems savo ligos sergantiesiems tampa sunkiau palaikyti tokius santykius, kokie jie buvo. Ligos patirtis pati savaime yra atskirianti asmenį nuo kitų: gydymasis paprastai vyksta privačioje namų aplinkoje ar ligoninėje, kas sutelkia asmens dėmesį ties pačiu savimi, kelia atsietumo ir vienišumo jausmus. Taip pat, dėl ligos sąlygoto darbo ar laisvalaikio veiklų apribojimo ar netekimo, asmuo gali nutolti nuo įprastos socialinės aplinkos, artimi ryšiai gali silpnėti. Kartais pasitraukimą iš santykių inicijuoja ir pats sergantis, ko priežastis, pasak Charmaz (1995), yra gydymo režimo sąlygotas laiko, energijos ir dėmesio resursų, reikalingų santykių palaikymui, trūkumas.

1.3 Kūno ir savasties vienovė bei prisitaikymas sergant

Gadow (1980), viena pirmųjų kūno ir savasties vienovę nagrinėjusių autorių, aprašo fenomenologinių tyrimų duomenimis grįstas išvalgas apie savasties ir kūno santykio kismą sergant fizine liga. Remdamasi interviu metu gauta medžiaga ji skiria keturis kūno ir savasties santykio lygmenis. Pirmas santykio lygmuo įvardinamas pirminiu betarpiškumu ir paprastai yra būdingas tuomet, kai kūnas yra sveikas (Gadow, 1980). Būdamas betarpiškame, tiesioginiame santykyje asmuo suvokia galintis daryti poveikį pasauliui ir kartu būti pažeidžiamas išorinio pasaulio poveikio. Asmuo jaučia, kad veikia sąmoningai, o atliekami veiksmai patiriami kaip kylantys iš vidaus. Kūnas yra savasties dalis, tarp jų nėra jokio atitolimo. Vietoj to, patiriamas atitolimas nuo likusio pasaulio (Hudak et al., 2007). Taigi, savastis ir kūnas sudaro vienovę ir yra priešpriešoje išoriniam pasauliui.

Kai dėmesys nukrypsta nuo priešpriešos pasauliui į vidų, t. y. asmuo patiria, kad yra veikiamas savo paties vidinės dalies, iškyla kūno ir savasties skirtingumas, skatinantis pirminės vienovės skilimą (Gadow, 1980). Suskilus vienovei kinta subjektyvus įsikūnijimo jausmas. Imama suvokti, kad nebegali veikti taip, kaip nori, ar net esi veikiamas prieš savo valią. Antrąjį, pakitusio santykio lygmenį, Gadow (1980) vadina objektyviu kūnu. Šiame etape kūniškoji savasties dalis suvokiama kaip sunkumų, suvaržymų ir skausmo šaltinis ar svetima jėga, kurią reikia suvaldyti, kadangi kūnas ne tik praneša apie savo egzistavimą skausmu ar kitais nemaloniais pojūčiais, bet ir apriboja savasties laisvę (Hudak et al., 2007). Kūnas iš abstraktaus objekto tampa konkrečiu, svetimu išorinio pasaulio objektu, o betarpiškumo patyrimą keičia susipriešinimas su kūnu (Gadow, 1980). Apibendrinant, santykis su kūnu kaip su objektu iškyla tada, kai asmuo jaučiasi apsunktas savo paties kūno.

Atkurtas betarpiškumas – trečiasis kūno ir savasties santykio lygmuo. Tai santykis, būdingas asmenims, naujai atkūrusiems vienovę su savo kūnu. Nauja vienovė apima patirtą traumą ar ligą bei su šiais procesais susijusius pokyčius. Pakitęs kūnas ir savastis išlieka atitolę, bet nebe priešpriešoje, o atkurtas betarpiškumas nurodo, kad abu aspektai matomi kaip vienas kitą įgalinantys. Distresas ir įtampa – buvusio objektyvaus kūno lygmens bruožai – nebėra jaučiami (Hudak et al., 2007), taigi, įveikus sunkumus savastis ir kūnas apjungiami pakartotinai. Vienas iš galimų naujos vienovės pavyzdžių – per sunkumus įgytas naujas įgūdis, kurio atlikimas nebereikalauja papildomų pastangų. Gadow (1980) teigia, kad meistriškumo patyrimas padeda atkurti kūno ir savasties vienovę, o nauji gebėjimai kompensuoja patirtus sunkumus.

Ketvirtas, subjektyvaus kūno, lygmuo pasiekiamas asmeniui atpažinus, kad kūnas ar konkreti kūno dalis yra reikšminga ir vertinga (Hudak et al., 2007). Objektyvaus kūno stadijoje sergantis kūnas tarsi reikalauja pripažinti vertę, o subjektyvaus kūno stadijoje – jis pripažįstamas kaip reikšminga savasties dalis, turinti tokius pačius svarbius reikalavimus, kaip ir kitos savasties dalys. Kitaip tariant, kūnas pripažįstamas subjektu.

Nepaisant augančio tyrėjų susidomėjimo prisitaikymu prie lėtinės ligos, išlieka nemažai klausimų apie tai, kas padeda pacientams atgauti prarastą savo gyvenimo kontrolę ir gyventi harmoningame santykiyje su savo sergančiu kūnu. Lėtinė liga neabejotinai griauna kūno ir savasties vienvė bei skatina asmens tapatumo pokyčius, tad prisitaikymas prie ligos reiškia prarastos kūno ir savasties vienvės atkūrimą pripažįstant ligą ir keičiant savo gyvenimą pagal tai, kokius fizinius praradimus ar apribojimus liga sąlygoja. Taigi, sergantys žmonės prisitaiko tada, kai priima visas ligos teikiamas patirtis ir pakitusį savo kūną, o ne stoja prieš ligą (Charmaz, 1995; Delmar et al., 2005). Susirgus kūnas tampa svetimas, kelia nepatirtus suvaržymus, reikalauja atsargumo ir papildomų jėgų stengiantis gyventi tokį gyvenimą, koks jis buvo iki ligos (Charmaz, 1995), tad mokymasis priimti sergantį kūną yra pilnas iššūkių. Delmar ir kitų (2005) teigimu, prisitaikymas lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims gali būti suprantamas kaip kelionė ieškant naujos savasties, kartu, iš naujo kaip dalį savęs atrandant ir savo kūną.

Reagavimas į sergantį kūną, anot Gadow (1980), gali vykti dviem kryptim: atnaujinant dichotomiją arba sukuriant naują vienvę. Pirmiausia, susidūrus su liga ar sutrikimu, kūnas matomas kaip besipriešinantis, ar net aktyviai priešiškas objektas, atsisakantis atlikti savo funkcijas. Vienas iš galimų sprendimų kilusiai priešpriešai įveikti yra atsitraukimas. Siekiant atsiskirti nuo nenorimo, „engiančio“ kūno, jis yra atsiejamas nuo savasties ir priskiriamas išoriniam pasauliui (Gadow, 1980). Nors supaprastinus savo kūną iki mokslinio objekto galima jį tyrinėti ir taip bandyti atgauti prarastą kontrolę, visa tai skatina susvetimėjimą. Anot Gadow (1980), kūno kaip objekto įvaldymas yra reikšmingas kūno ir savasties vienvės atkūrimui, tačiau to nepakanka. Antra kryptis – atkurti naują kūno ir savasties vienvę (Gadow, 1980). Charmaz (1995) teigia, kad mažiau sudaiktindami savo kūną žmonės yra jautresni jo siunčiamoms žinutėms, išmoksta tinkamai pasirūpinti savo kūnu tam, kad apsisaugotų nuo nemalonių pojūčių, ir geba pastebėti, ką sergantis kūnas gali, kuo yra naudingas, vertingas ir gražus. Nors kūnui skiriama daugiau dėmesio, priešingai nei objektyvaus kūno lygmenyje, šis dėmesio sutelkimas ties kūnu leidžia tinkamai atsižvelgti į jo poreikius. Taigi, gydymosi režimo laikymasis suvokiamas ne kaip prievolė, o kaip dovana sau (Bloom, 1992), kas, savo ruožtu, skatina kontrolės jausmą. Taip pat, vėl pripažinus kūną kaip dalį savęs nustojama lyginti jį su turėtais fizinio tobulumo standartais ir pradama tiesiog gyventi su savo kūnu, kuris pamažu vėl tampa pažįstamas, nuspėjamas ir kontroliuojamas (Corbin, 2003).

Nors kiekybiniai kūno ir savasties tyrimai nėra gausūs, jų rezultatai teikia vertingų duomenų, leidžiančių geriau suprasti santykio su savo kūnu reikšmę sergančio individo psichologinei būsenai. Bode ir kiti (2010) nurodo, kad kūno ir savasties harmonijos patyrimas yra esminis teigiamam savęs vertinimui, kas sergant lėtinėmis ligomis yra didelis iššūkis. Nepaisant akivaizdžių funkcinių apribojimų sergantys reumatoidiniu artritu, jaučiantys didesnę harmoniją tarp savo pažeisto kūno ir savasties, buvo linkę vertinti geriau ir, priešingai, jaučiantys didesnę susvetimėjimą su savo kūnu,

pasižymėjo žemesne bendrąja savigarba (Bode et al., 2010). Taip pat, reabilitaciją po stuburo traumos lankančių asmenų tyrimas parodė, kad susvetimėjimas su savo kūnu teigiamai siejasi su depresijos ir nerimo simptomais, o harmonijos su savo kūnu patyrimas – neigiamai su abiem kintamaisiais (van Diemen, van Leeuwen, van Nes, Geertzen & Post, 2017). Taip pat, abu santykio su savo kūnu aspektai paaiškino apie 15 % šių simptomų, kontroliuojant demografinius bei su trauma susijusius kintamuosius. Taigi, gausesni kokybiniai ir ne tokie gausūs kiekybiniai tyrimai rodo, kad paciento savo kūno patyrimas vienas svarbiausių kintamųjų kalbant apie prisitaikymo prie lėtinės ligos sėkmingumą.

1.4 Atjauta sau ir prisitaikymas sergant

Atjauta yra gebėjimas, apimantis jautrumą kančios patyrimui kartu su giliu troškimu ją nutraukti ar bent sumažinti, o atjauta sau – šios psichinės būsenos nukreipimas į save, suvokus, kad kenčiantis ir reikalingas paramos šiuo metu esi pats (Neff & Dahm, 2015). Paradoksalu tai, kad kupinas gerumo, gilaus susirūpinimo ir paramos reagavimas dažnesnis į nesėkmę ar nelaimę patyrusį artimą žmogų, o ne į save (Neff & Dahm, 2015). Apibrėždama atjautos sau konstrukta Neff (2003a) pateikia tris santykio su savimi priešpriešų poras. Gerumas sau priešpriešinamas savikritikai, bendražmogiškumas – atsietumo nuo kitų jausmui, o dėmesingas įsisąmoninimas – per dideliu susitapatinimui su neigiamu emociniu patyrimu. Gerumas sau – tai švelnus, raminantis, palaikantis ir padrąsinantis vidinis dialogas, užuot menkinus ir kritikavus save bei baudus už buvimą nepakankamai geru (Neff, 2003a; 2003b; Neff & Dahm, 2015). Nors nesėkmės nėra retos, jų patyrimą įprastai lydi nusivylimas savimi, atsietumo nuo kitų jausmas, o kančia suprantama kaip unikali ir išskirtinai asmeniui skirta patirtis. Priešingai, bendražmogiškumas nusako supratimą, kad visiems žmonėms būdinga klysti ir kartas nuo karto patirti nesėkmes. Tai įsisąmoninimas, kad nesame vieni su savo trūkumais ir sunkumais, kadangi visa tai, ką patiriame, patiria ir kiti žmonės (Neff & Dahm, 2015). Paskutinis atjautos sau komponentas – dėmesingas sąmoningumas savo neigiamoms mintims ir emocijoms – leidžia patiriant neigiamus išgyvenimus išlaikyti pusiausvyrą, t. y. nei kritikuoti savo patyrimą, nei susitapatinti su neigiama emocine būsena į ją panyrant (Neff, 2003b). Taigi, gebėjimui atjausti save, pirmiausia, itin svarbus patiriamas skausmas, sunkių minčių ir emocijų pripažinimas (Neff & Dahm, 2015). Nors ir susiję, šeši atjautos sau komponentai yra konceptualiai skirtingi ir apima įvairius būdus, kuriais individai linkę įvertinti patiriamą kančią kognityviniame lygmenyje, į ją emociškai reaguoti bei nurodo kančios patyrimui skiriamo sąmoningo dėmesio lygį (Neff, 2016), o visi kartu suformuoja tam tikrą mąstymo ir santykio su savimi būdą, ypatingai svarbų sveikam psichologiniam funkcionavimui.

Teigiama, kad gebėjimas atjausti save yra išsivystęs iš tokių santykių sistemų, kaip prierašumas, afiliacija. Artumo su kitais bei nusiramino siekimas, idant būtų patirtas saugumas – viena iš esminių žinduolių prisitaikymo išgyventi pasaulyje prielaidų. Manoma kad dėl šios priežasties individai, užaugę saugioje aplinkoje, jautę paramą, meilę ir įvertinimą, yra linkę į save reaguoti su atjauta. Priešingai, individai, užaugę nesaugioje, stresą ar pavojų keliančioje aplinkoje, tikėtina, nebus išsiugdę pakankamų gebėjimų nuraminti save stresą keliančios situacijos metu. Kitaip tariant, jų atjautos sau mechanizmas nėra internalizuotas (Gilbert & Procter, 2006). Vis daugiau tyrimų, skirtų santykio tarp atjautos sau, ankstyvųjų patirčių šeimoje bei prierašumo supratimui (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Breines & Chen, 2013; Pepping, Davis, O'Donovan & Pal, 2015; Hermanto & Zuroff, 2016; Peter & Gazelle, 2017; Wu, Chi, Lin & Du, 2018) patvirtina šias teorines atjautos sau kilmės prielaidas.

Didėjanti atjautos sau tyrimų gausa rodo, kad atjautus santykis su savimi gali būti suprantamas kaip asmens psichologinis atsparumas. Tai, kad daugiau atjautos sau puoselėjantys asmenys pasižymi mažesniu nerimastingumu bei depresiškumu, yra viena nuoseklesnių atjautos sau ir psichikos sveikatos sąsajų tyrusių autorių išvadų (MacBeth & Gumley, 2012; Stutts, Leary, Zeveney & Hufnagle, 2018). Ši sąsaja aiškinama iš kelių skirtingų perspektyvų. Pirma, atjauta sau pasižymi savikritikos nebuvimu, kas yra vienas svarbiausių nerimo ir depresijos prognozinių veiksnių. Neff (2003a; 2016) teigia, kad net ir kontroliuojant savikritiškumo tendencijas, atjauta sau išlieka svarbus apsauginis veiksnys nuo nerimo ir depresijos. Tai rodo, kad atjauta sau apima daugiau nei savikritikos nebuvimą. Antra, atjauta sau sumažina savęs vertinimo metu kylantį nerimą, kadangi suvokto bendražmogiškumo kontekste turimi trūkumai suvokiami kaip mažiau gąsdinantys (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Trečia, labiau linkę save atjausti asmenys rečiau kamuojami įkyrių neigiamų minčių (Neff, 2003a), kurios Raes (2010) teigimu, medijuoja santykį tarp atjautos sau ir nerimo bei depresiškumo. Apibendrinant, silpnai išreikštas savikritiškumas, rečiau aplankančios įkyrios neigiamos mintys, mažesnis nerimas ir depresiškumas – vieni svarbiausių atjautos sau teikiamų privalumų psichikos sveikatos kontekste.

Kiti autoriai papildė atjautos sau kaip psichologinio atsparumo paveikslą teigdami, kad labiau sau atjautūs asmenys pasižymi silpnesnėmis reakcijomis į stresą (Terry & Leary, 2011; Breines & Chen, 2013; Sirois, 2014; Krieger, Hermann, Zimmermann & Grosse Holtforth, 2015; Stutts et al., 2018). Dauguma atjautos sau ir streso ryšio tyrėjų sutaria, kad labiau linkę save atjausti asmenys geriau tvarkosi su neigiamais įvykiais nei mažiau atjautūs dėl dviejų priežasčių. Pirma, užuot kritikavę ir identifikavęsi su nesėkme bei neigiamomis emocijomis, atjautūs žmonės geba priimti savo sunkius emocinius patyrimus, nusiraminti ir pasirūpinti savimi, tad kelia sau mažiau papildomo streso nesėkmės situacijoje (Neff et al., 2005; Allen & Leary, 2010). Antra, gilesniame lygmenyje tyrinėję streso įveikos mechanizmus autoriai teigia, kad daugiau atjautos sau puoselėjantys asmenys

naudoja specifines adaptyvias streso įveikos strategijas (Neff, 2003b; Allen & Leary, 2010; Stutts et al., 2018). Pasak, Terry ir Leary (2011), adaptyvios įveikos strategijos yra tos, kurios padeda sėkmingai panaikinti ar bent sumažinti stresorių kognityviniame lygmenyje, t. y. padeda pakeisti stresoriaus vertinimą ir/ ar į situaciją reaguoti prie jos pritaikytu tiesioginiu elgesio atsaku. Kita vertus, ne visi tyrimai patvirtina ryšio tarp atjautos sau ir į problemos sprendimą orientuotos įveikos egzistavimą (Allen & Leary, 2010). Taigi, didesnė atjauta sau nebūtinai nurodo, kad asmuo stresinės situacijos metu bus labiau linkęs aktyviai keisti esamą situaciją ar ieškoti pagalbos ir paramos savo socialinėje aplinkoje. Kita vertus, viena dažniausių didesnės atjautos sau asmenų naudojamų streso įveikos strategijų – teigiamas kognityvinis perstruktūravimas (Allen & Leary, 2010; Sirois, Molnar & Hirsch, 2015; Chishima, Mizuno, Sugawara & Miyagawa, 2018). Tikėtina, kad stresinės situacijos metu, labiau aujaučiantys save žmonės įvertina stresorių kaip mažiau gąsdinantį (Chishima et al., 2018), kas leidžia sumažinti patiriamą įtampą (Allen & Leary, 2010). Anot Terry ir Leary (2011), tokiu būdu reaguoti atjaučius žmones įgalina jų savireguliacijos ištekliai: atjauta sau apsaugo nuo visaapimančio neigiamo savęs vertinimo bei pasinėrimo į neigiamą emocinę būseną, kas, apskritai, gana įprasta stresinės situacijos metu.

Kita vertus, tyrimų, vertinančių atjautos sau vaidmenį lėtinių stresorių atveju, pavyzdžiui, sergant lėtine ar funkciškai ribojančia liga, skaičius auga lėtai (Sirois et al., 2015). Atlikti tyrimai rodo teigiamą, tačiau labai skirtingą atjautos sau poveikį susidūrus su įvairiomis sunkiomis medicininėmis būklėmis. Pirma, teigiama, kad atjauta sau siejasi su geresne sergančiųjų psichologine būkle keletu aspektų: mažesniu gėdos patyrimu sergant sunkios formos akne (Kelly, Zuroff & Shapira, 2009), silpnesne depresijos ir nerimo simptomatika lėtinio skausmo atveju (Costa & Pinto-Gouveia, 2013; Wren et al., 2012) bei subjektyviai žemesniu dėl ligos patiriamo streso lygiu vėžinių susirgimų atveju (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas, 2014). Antra, Sirois ir bendraautoriių (2015) tyrime nurodoma, kad prie geresnio psichologinio funkcionavimo sudėtingų medicininių būklių atveju atjauta sau prisideda suteikdama asmenims platesnį streso įveikos strategijų repertuarą. Ypatinga streso valdymo reikšmė pažymima lėtinių uždegiminių ligų, tokių kaip uždegiminė žarnyno liga, artritas, AD, atveju, kadangi stresas apsunkina uždegiminius procesus (Cohen et al., 2012) ir taip prisideda prie prastėjančios būklės. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis kasdieniai susidūrimai su nuolatiniais stresoriais, tokiais kaip skausmas bei funkciniai apribojimai, reikalauja skirtingų įveikos strategijų, priklausomai nuo situacijos. Kaip nurodo Sirois ir kiti (2015), atjauta sau siejasi su dažnesniu adaptyvių ir retesniu neadaptyvių įveikos strategijų naudojimu, kas, savo ruožtu, siejasi su saviefektyvumo jausmu – jausmu, kad su liga tvarkomasi sėkmingai – bei mažesniu suvokiamu ligos keliamu distresu. Kita vertus, naudojamos streso įveikos strategijos pilnai nepaaiškina atjautos sau ryšio su patiriamu distresu, tad yra pagrindo manyti, kad yra dar kiti keliai, kuriais atjauta sau dalyvauja streso valdymo procese. Tame pačiame tyrime taip pat pabrėžiamas atjautos sau vaidmuo

priimant ligą. Manoma, kad atjauta sau padeda priimti sunkius ligos sąlygojamus patyrimus, kas ne tik siejama su mažesniu ligos keliamo distreso patyrimu, bet ir prisideda prie sėkmingo prisitaikymo prie lėtinės ligos. Taigi, atjauta sau gali būti naudinga sėkmingam prisitaikymui prie ligos, kadangi padeda performuluoti ligos bei jos keliamų sunkumų vaizdą, pasirinkti adaptyvią sunkumų sprendimo strategiją bei priimti sunkius ligos keliamus patyrimus.

Nors įprasta atjautą sau konceptualizuoti kaip bruožą, t. y. kaip pakankamai stabilią mąstymo ir santykio su savimi tendenciją (Stutts et al., 2018), tyrimai rodo, kad į atjautos sau ugdymą nukreiptos intervencijos gali prisidėti prie atjautos sau lygio pokyčių lėtinėmis odos ligomis sergančių asmenų imtyje (Sherman et al., 2019). Tai teikia įrodymų, kad atjautos sau lygis gali būti keičiamas pritaikius tinkamas intervencijas. Stutts ir bendraautoriai (2018) teigia, kad vienkartinė, tačiau intensyvi ekspresyvaus rašymo intervencija, nukreipta į atjautos sau ugdymą (*MyCB, My Changed Body*), turėjo teigiamų rezultatų asmenims, turintiems matomų odos pažeidimų dėl aknės, žvynelinės ar AD. Palyginus su kontroline grupe, vos po vieno užsiėmimo statistiškai reikšmingai pakilo sergančiųjų atjautos sau lygis bei sumažėjo neigiamas emocingumas.

Apibendrinus, daugėja duomenų, kad atjauta sau gali būti vienas iš svarbių veiksnių prisitaikant prie sudėtingų patirčių, tokių kaip lėtinė liga ar sudėtinga fizinė būklė (Pinto–Gouveia et al., 2014). Kadangi atjautos sau ugdymas veikia kaip adaptyvios emocijų reguliacijos strategijos bei sunkių patirčių įveikos ugdymas (Allen & Leary, 2010), į atjautos sau ugdymą nukreiptos intervencijos galėtų būti naudingos lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims, norintiems išmokti priimti ligos sąlygotą netektį ir to akivaizdoje patiriamas sunkias emocijas. Mokymasis su atjauta sau priimti distresą keliančias patirtis ypač svarbus sergančiųjų, kurių ligoms būdingi atkryčiai, grupėse.

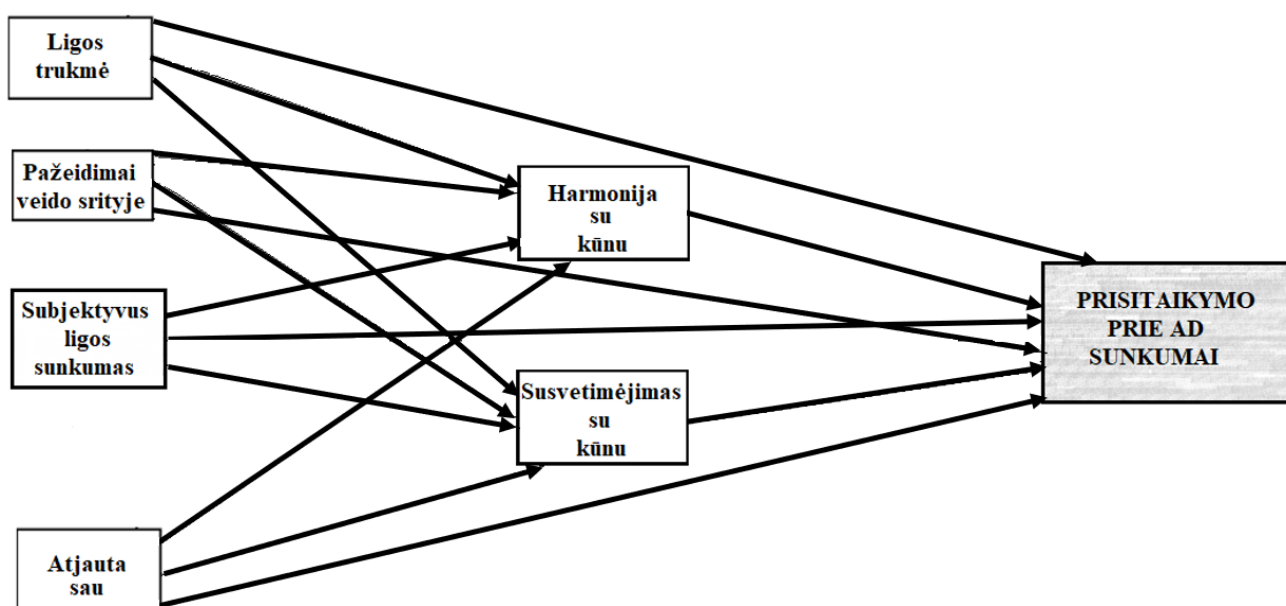
1.5 Tyrimo tikslas ir hipotezės

Šiame darbe daroma prielaida kad sėkmingas prisitaikymas prie AD nurodo mažiau lėtinės odos ligos sąlygotų fizinio, psichologinio bei socialinio funkcionavimo sunkumų, t. y. mažiau socialinio nerimo ir vengimo tendencijų, bejėgiškumo, silpniau išreikštos problemos, susijusios su niežulio – draskymosi ciklu, mažiau patiriamo nerimastingumo ir depresiškumo bei mažesnis poveikis gyvenimo kokybei. Taip pat, atsižvelgiant į fenomenologiniuose ir kiekybiniuose tyrimuose akcentuojamą paciento savo kūno ir savasties vienovės patyrimo svarbą prisitaikant prie įvairių lėtinių būklių ar funkcinių sutrikimų, keliamo prielaida, jog sėkmingas prisitaikymas prie AD taip pat bus apsunkintas, jei sergantis kūnas nebus iš naujo pripažįstamas kaip reikšminga savasties dalis. AD ligos sąlygotas diskomfortas, pasireiškiantis skausmu, niežuliu bei kitais nemaloniais jutimais, daug laiko ir nuoseklumo reikalaujantis bei paciento kasdienį gyvenimą apsunkinantis medikamentinis gydymas gresia kūno ir savasties vienovės suskilimu, o naujo harmoningo santykio su savu kūnu

sukūrimas, tikėtina, labai svarbus siekiant gyventi pilnavertį gyvenimą. Galiausiai, teorinėje darbo dalyje pristatyta rūpestingo santykio su savimi tendencija, įvardinama atjauta sau, dėl jai būdingų savybių taip pat galėtų pasitarnauti tiek kaip adaptyvi emocijų reguliacijos strategija, padedanti tvarkytis su kasdieniu ligos keliamu distresu, tiek kaip mąstymo ir reagavimo į nesėkmes ir patiriamus sunkumus būdas, padedantis priimti savo sergantį kūną, ypač AD ligai būdingų atkryčių metu.

Taigi, šio *tyrimo tikslas* yra įvertinti sergančiųjų kūno ir savasties vienovės aspektus bei atjautą sau ir atskleisti, kurie su liga susiję bei psichologiniai veiksniai svarbūs prognozuojant prisitaikymo prie atopinio dermatito sunkumus.

Apibendrinus šio darbo įvade pristatytus kitų autorių gautus duomenis, siūlomas prisitaikymo prie AD ligos sunkumų prognostinis modelis (1 pav.), kuriame su liga susiję kintamieji – ligos trukmė, subjektyviai vertinamas ligos sunkumas, pažeidimai veido srityje – bei psichologiniai kintamieji – atjauta sau, susvetimėjimas su savo kūnu, kūno ir savasties harmonija – veikia prisitaikymo sunkumus.



1 pav. Hipotetinis modelis: ligos kintamųjų, santykių su savimi ir savo kūnu bei prisitaikymo prie AD sunkumų ryšiai

Tyrimo hipotezės:

- 1) Kūno ir savasties vienovė prognozuos geresnį prisitaikymą prie atopinio dermatito: kūno ir savasties harmonija prognozuos mažiau patiriamų prisitaikymo problemų, o kūno ir savasties susvetimėjimas – daugiau patiriamų prisitaikymo problemų;
- 2) Subjektyviai sunkesnė liga, t. y. didesnis patiriamas skausmas, niežulys ir didesni miego sunkumai, kartu su ilgesne ligos trukme ir pažeidimais veido srityje prognozuos stipresnį kūno ir savasties susvetimėjimą bei jaučiamą mažesnę kūno ir savasties harmoniją;

- 3) Subjektyviai sunkesnė liga, ilgesnė jos trukmė bei pažeidimai veido srityje prognozuos prastesnį prisitaikymą prie atopinio dermatito, t. y. daugiau patiriamų prisitaikymo sunkumų;
- 4) Atjauta sau prognozuos didesnę kūno ir savasties harmoniją, mažesnę susvetimėjimą su kūnu bei geresnį prisitaikymą prie atopinio dermatito, t. y. mažiau patiriamų prisitaikymo sunkumų.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvių atrankai naudotas netikimybinės atrankos būdas. Rinkta tikslinė imtis pagal išsikeltus kriterijus. Tyrimo dalyvių tinkamumo kriterijai: 18 ir daugiau metų, atopinio dermatito (AD) diagnozė, sutikimas dalyvauti tyrime bei gebėjimas užpildyti elektronines instrumentų versijas internetinėje apklausų platformoje. Kadangi imtis nėra reprezentatyvi ne tik bendrosios, bet ir sergančiųjų AD populiacijos atžvilgiu, tyrimo rezultatai apibendrinami tik šio tyrimo dalyvių imčiai. Tyrimo dalyvių paieška bei atranka plačiau aptarta šio darbo 2.3 skyrelyje „Tyrimo eiga“.

Iš viso tyrime dalyvavo 81 AD sergantis asmuo, iš kurių 71 moteris (87,7 %) ir 10 vyrų (12,3 %). Dėl mažo vyrų procento imtyje, respondentai nebuvo skirstomi į grupes pagal lytį. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis – 29,57 m. ($SD = 7,78$; ribos: 19 – 60). Sirgimo trukmės vidurkis – 17,29 m. ($SD = 11,83$), tačiau trukmės ribos labai plačios: nuo 9 mėnesių iki 47 metų, matuojant nuo ligos diagnozavimo pradžios.

Nurodydami pažeistas kūno vietas, tyrimo dalyviai rinkosi iš pateiktų ir/ arba įrašė sau tinkamas alternatyvas. Tiriamieji, prie alternatyvos „kita“ nurodę, jog pažeista jų viso kūno oda ir/ ar pažymėję visas šešias pateiktas alternatyvas, priskiriami grupei „pažeistas visas kūnas“, o į pažymėtas atskiras alternatyvas skaičiuojant procentinį pasiskirstymą nebeatsižvelgiama. Pažeistų odos sričių bei bendro jų skaičiaus procentinis pasiskirstymas imtyje pateiktas 1 priede. Didžiajai daliai šio tyrimo dalyvių AD pažeidęs rankas ($N = 69$; 85,2 %), veidą ($N = 53$; 65,4 %) bei kojas ($N = 41$; 50,6 %). Rečiausiai tiriamieji nurodė pažeistus sėdmenis, genitalijas bei pilvą (kiekvienos srities $N = 1$; 1,2 %). Vertinant pažeidimo išplitimą siritimis, paaiškėjo, kad didžiausiai daliai tiriamųjų pažeistos trys kūno sritys ($N = 17$; 21 %).

2.2 Tyrimo instrumentai

2.2.1 Kūno patyrimo klausimynas (BEQ)

Šiame darbe **kūno ir savasties vienovės** patyrimas matuotas *Kūno patyrimo klausimynu* (*Body Experience Questionnaire, BEQ*, van der Heij, 2007). Savistatos būdu pildomas klausimynas matuoja subjektyviai patiriamą vienovę tarp savo kūno ir savasties. Instrumento teorinis pagrindas – S. Gadow 4 lygmenų santykio tarp savasties ir kūno samprata. Šio santykio dinamika ryškiausiai atsiskleidžia patyrus fizinį kūno pažeidimą ar sergant somatine liga. Nors originali instrumento versija buvo

sukurta tiriant sergančiųjų reumatoidiniu artritu imtį, instrumento teiginiai parinkti taip, kad būtų tinkami ir kitomis lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims.

Kūno ir savasties vienovės patyrimas apibūdinamas dviem skirtingomis ir pakankamai stabiliomis santykio su savo kūnu formomis. Pirmoji santykio forma – tai harmonijos tarp savo kūno ir savasties patyrimas, kai kūnas yra suvokiamas kaip savasties dalis – asmenį aktyviai veikti pasaulyje ir įgyvendinti savo norus įgalinantis partneris. Antroji santykio forma – susvetimėjimas su savo kūnu ar atitolimas nuo jo, kai fizinis kūnas matomas kaip priešininkas su kuriuo reikia kovoti (Bode et al., 2010). Šias subjektyviai patiriamo santykio formas matuoja dvi atskiros *BEQ* klausimyną sudarančios skalės. **Harmonijos skalė** (4 teiginiai) apima teiginius, matuojančius kūno ir savasties vienovės lygmenį (pvz. „*Aš apmaštau, kas mano kūnui yra naudinga*“), tad didesnis skalės įvertis (svyruoja intervale nuo 4 iki 16) nurodo didesnę jaučiamą kūno ir savasties vienovę, harmoningą ir subalansuotą santykį su savo kūnu – t. y. jis nėra nei ignoruojamas ar priimamas kaip savaime suprantama duotybė, nei reikalauja didelio asmens dėmesio ar kelia nuolatinį susirūpinimą. **Susvetimėjimo skalė** (6 teiginiai) apima teiginius, matuojančius atitolimą nuo savo kūno, savasties ir kūno susvetimėjimą (pvz. „*Mano kūnas man yra našta*“). Aukštesnis susvetimėjimo skalės įvertis (6 – 24) nurodo jaučiamą stipresnę kūno ir savasties atskirtį, kitaip tariant, kūno ir savasties skilimą.

Pildydami klausimyną respondentai vertina, kaip stipriai sutinka su kiekvienu iš 10 klausimyno teiginių (1 – visiškai nesutinku, 4 – visiškai sutinku). Atskirų skalių įverčiai gaunami susumavus jas sudarančių teiginių balus.

Originalaus *BEQ* klausimyno psichometrinės charakteristikos, aprašomos vidiniu skalių suderintumu ir konstrukto bei konvergentiniu validumais, yra geros. Skalių vidinis suderintumas yra geras ar net aukštas, *Cronbach α* nuo 0,76 iki 0,84, atitinkamai *harmonijos* ir *susvetimėjimo skalėms* (N = 168, sergantys reumatoidiniu artritu). Konstrukto validumas užtikrintas atlikus pagrindinių komponentų analizę. *BEQ* klausimyno teiginiai sudaro du faktorius, kai faktorių svoriai patenka į intervalą nuo 0,62 iki 0,82. Gerą konvergentinį *BEQ* validumą rodo stataistiškai reikšmingi koreliacijos koeficientai tarp *BEQ* skalių ir *Rosenberg Savigarbos skalės* (*Self-Esteem Scale, RSES*, Rosenberg, 1965): instrumento autorių gauti rezultatai atskleidė stiprų neigiamą ryšį tarp susvetimėjimo ir savigarbos bei vidutinio stiprumo teigiamą ryšį tarp harmonijos ir savigarbos (Bode et al., 2010). Kiti autoriai, reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje *BEQ* klausimynu ištyrę 134 asmenis po stuburo traumos, nurodo, kad jų tyrimo imtyje *susvetimėjimo skalės Cronbach α* siekia 0,81 – 0,84, *harmonijos skalės* – 0,63 – 0,64, o atlikta tiriamoji faktorinė analizė atskleidžia beveik identišką *BEQ* autorių nurodytai klausimyno struktūrą, kur visi faktorių svoriai > 0,55 (van Diemen et al., 2017). Mūsų žiniomis, *BEQ* klausimynas į lietuvių kalbą dar nebuvo verstas, tad gavus autorių sutikimą versti ir naudoti instrumentą šiame darbe, atlikta dviejų vertėjų vertimo procedūra.

Šiame tyrime naudotų instrumentų patikimumas vertinamas skalių vidiniu suderintumu ir aprašomas *Cronbach α* koeficientu. Analizuojant skalių patikimumą remiamasi tokia klasifikacija: *Cronbach $\alpha \geq 0,8$* – aukštas patikimumas, *Cronbach $\alpha \geq 0,7$* – geras patikimumas, $> 0,5$ – priimtinas patikimumas, jei tyrime nedarome diferencijavimo tarp grupių.

Nustatyta, kad lietuviškos *BEQ* versijos **harmonijos skalės** *Cronbach $\alpha = 0,56$* , koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,11 iki 0,53. Tai nėra geros psichometrinės charakteristikos, tačiau jos pakankamos statistiniams skaičiavimams atlikti ir išvados daryti tyrimuose, kuriuose remiantis skalės įverčiais nebus atliekama tiriamųjų diferenciacija. Patikimumo analizė atskleidė, kad skalėje yra vienas teiginys („*Esu jautrus (-i) savo kūnui*“), kurį pašalinus, skalės vidinis suderintumas būtų aukštesnis, t. y. *Cronbach α* pakiltų iki 0,67, o koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu būtų 0,37 – 0,53. Atlikta patvirtinančioji faktorių analizė (žr. skyrelį „3. TYRIMO REZULTATAI“) atskleidė, kad šio teiginio faktoriaus svoris nėra pakankamas ($> 0,4$), t. y. siekia tik 0,12. Palyginus du modelius (be ir su šiuo kintamuoju), statistiškai reikšmingas skirtumas negautas, tad priimtas sprendimas skaičiuojant bendrą harmonijos skalės įvertį šį teiginį įtraukti. Taip pat, sprendžiant klausimo neįtraukimo į skalę klausimą buvo atsižvelgta ir į tai, kad šio tyrimo rezultatai bus lyginami su kitų autorių rezultatais, gautais naudojant 4 teiginių harmonijos skalę. **Susvetimėjimo skalės** *Cronbach $\alpha = 0,90$* , koreguota teiginio ir suminio įverčio koreliacija nuo 0,58 iki 0,83. Patikimumo analizės rezultatai rodo, kad lietuviško *BEQ* susvetimėjimo skalė pasižymi aukštu patikimumu. Atlikta patvirtinančioji faktorių analizė patvirtino susvetimėjimo skalės konstrukto validumą (plačiau žr. skyrelį „3. TYRIMO REZULTATAI“).

2.2.2 Atjautos sau skalės trumpoji forma (SCS–SF)

Atjauta sau matuota *Atjautos sau skalės trumpąja forma* (*Self-Compassion Scale – Short Form, SCS – SF*). Įprastai moksliniuose tyrimuose atjauta sau matuojama *Atjautos sau skale* (*Self-Compassion Scale, SCS*; Neff, 2003a), tačiau šiame tyrime, remiantis autorių pateiktomis rekomendacijomis, pasirinkta naudoti trumpąją formą. Pasak Raes, Pommier, Neff ir Van Gucht (2011), trumposios formos bendras įvertis pasižymi stipria koreliacija su ilgosios versijos suminiu įverčiu ($r = 0,97$), tad abiejų skalių autoriai sutaria, kad *SCS–SF* yra tinkama alternatyva vertinant atjautą sau tais atvejais, kai metodikų pildymo laikas ribotas, norima pakartotinai įvertinti atjautos sau lygį psichoterapijos ar kitų intervencijų proceso metu ar kai mokslinio tyrimo tikslas yra išmatuoti bendrąjį atjautos sau lygį, neskiriant dėmesio šešioms atskiriems ją apibūdinantiems elementams.

Tiek ilgoji (26 teiginiai), tiek trumpoji (12 teiginių) skalės sudarytos iš 6 subskalių, matuojančių 6 atjautos sau komponentus: **geranoriškumą sau** (pvz. „*Itin sunkiu man metu, stengiuosi švelniai pasirūpinti savimi*“), **savikritiką** (pvz. „*Aš nepritariu ir kritikuoju savo ydas ir trūkumus*“),

bendražmogiškumą (pvz. „Savo nesėkmės stengiuosi vertinti kaip dalį žmogaus prigimties“), **izoliaciją** (pvz. „Kai man nepasiseka kažkas svarbaus, esu linkęs (–usi) jaustis vienas (–a) su savo nesėkme“), **dėmesingą įsisąmoninimą** (pvz. „Kai nutinka kažkas skaudaus, stengiuosi pamatyti situaciją iš įvairių pusių“) ir **per didelį susitapatinimą** (pvz. „Kai aš jaučiuosi prislėgtas (–a), man lenda įkyrios, nesitraukiančios mintys apie viską, kas negerai“). Apibendrintai, klausimai matuoja, kaip susidūręs su sunkumais asmuo yra linkęs elgtis su savimi: ar nesėkmės akivaizdoje kritikuoja save taip sukeldamas sau dar didesnę kančią, ar sugeba švelniai priimti save netobulą, patyrusį nesėkmę bei pažvelgti į savo situaciją plačiau, nesėkmę suvokiant kaip buvimo žmogumi patirties dalį.

Visi teiginiai vertinami skalėje nuo 1 (beveik niekada) iki 5 (beveik visada). Subskalių įverčiai gaunami suskaičiavus subkalę sudarančių teiginių aritmetinį vidurkį. Norint suskaičiuoti bendrą atjautos sau įvertį, pirmiausia, reikia perkoduoti neigiamų *savikritikos, izoliacijos ir per didelio susitapatinimo subskalių* teiginių (1, 4, 8, 9, 11 ir 12) balus (pvz., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) ir tik tuomet išvesti visų 12 skalės teiginių balų aritmetinį vidurkį. Taigi, aukštesnis bendras skalės įvertis nurodo didesnę atjautą sau.

Originalios pirminės *SCS–SF* versijos psichometrinės charakteristikos vertintos olandiškai kalbančioje imtyje ($N = 271$), skalės konstrukto validumas patvirtintas angliškai kalbančioje imtyje ($N = 415$). Tyrimai atskleidė, kad *SCS–SF* subskalės pasižymi priimtiniu ar aukštu vidiniu suderintumu (atskirų subskalių *Cronbach α* 0,67 – 0,83, o visos skalės 0,90 – 0,93). Patvirtinančioji faktorinė analizė parodė, kad trumposios formos subskalės yra stipriai tarpusavyje susijusios ir reprezentuoja 6 žemesnio lygmens faktorius bei vieną aukštesnio lygmens bendrąjį atjautos sau faktorių (Raes et al., 2011). *SCS–SF* skalės patikimumo rodikliai skirtinguose tyrimuose dera tarpusavyje ir kartu nurodo aukštą instrumento patikimumą: gerą vidinį suderintumą rodo *Cronbach α* 0,84 – 0,87 (Raes, 2011; Ferrari, Dal Cin & Steele, 2017; Johannsen, O’Connor, O’Toole, Jensen & Zachariae, 2018; Babenko & Guo, 2019), o Raes (2011) nurodo ir gerą pakartotinio testavimo metodu patvirtintą skalės patikimumą ($r = 0.71$).

Prieštaringi duomenys gaunami vertinant skalės konstrukto validumą. Kadangi trumpoji *SCS* forma kurta remiantis originalia ilgąja versija, svarbu paminėti, kad tiek tarp ilgosios, tiek tarp trumposios formų validumą tikrusių tyrėjų yra tų, kuriems nepavyko patvirtinti originalios *SCS* skalės autorės siūlomos struktūros – vieno aukštesnio lygmens latentinio faktoriaus – atjautos sau – bei 6 žemesnio lygmens faktorių. Yra tyrimų, patvirtinančių 6 faktorių struktūrą, bet ne bendrą aukštesnio lygmens faktorių nespecifinėse bendruomenės imtyse (Petrocchi, Ottaviani & Couyoumdjian, 2013), kas dera su autorės aprašyta atjautos sau skalės struktūra. Kiti tyrimai patvirtina dviejų atskirų faktorių tiek ilgosios (*SCS*), tiek trumposios skalių (*SCS–SF*) struktūrą, kas kelia abejonių dėl bendro atjautos sau įverčio naudojimo moksliniuose tyrimuose (Gilbert, McEwan,

Matos & Ravis, 2011; Costa, Marôco, Pinto–Gouveia, Ferreira & Castilho, 2015; López et al., 2015; Babenko & Guo, 2019). Iš atjautą sau atspindinčių trijų *SCS–SF* teiginių suformuotą faktorių autoriai įvardina atjauta sau, o faktorių, sudarytą iš neigiamą santykį su savimi nurodančių likusių teiginių – skirtingai: savikritika (López et al., 2015; Babenko & Guo, 2019) arba atšiaurumu sau (*angl. Self–coldness*; Gilbert et al., 2011).

Autorių leidimas naudoti *Atjautos sau skalės* ilgąją ir trumpąją versijas nėra reikalingas, instrumentas yra laisvai prieinamas ilgosios skalės autorės internetiniame tinklalapyje, kur raštiškai pateiktas leidimas naudoti instrumentus tyrimuose, nurodomos instrumentų naudojimo sąlygos ir rekomendacijos. Tinklalapyje šalia originalių skalės versijų anglų kalba pateiktos visos šiuo metu paruoštos naudoti *SCS* ir *SCS–SF* versijos kitomis kalbomis. Kadangi šio tyrimo vykdymo metu lietuviškos versijos nebuvo, trumpoji skalės forma anglų kalba buvo išversta į lietuvių kalbą dviejų vertėjų metodu.

Patvirtinančioji faktorių analizė (plačiau žr. skyrelį „3. TYRIMO REZULTATAI“) patvirtino dviejų faktorių – atjautos sau ir atšiaurumo sau – lietuviškos *SCS–SF* versijos struktūrą. Gauti duomenys dera su kitų autorių pateiktais patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatais, verčiančiais abejoti vieno bendro aukštesnio lygmens faktoriaus, taigi, ir vieno bendro skalės įverčio naudojimo pagrįstumu (Gilbert et al., 2011; López et al., 2015; Babenko & Guo, 2019). Šiame darbe analizuojant duomenis skaičiuotas ne bendras *SCS–SF* teiginių vidurkis (neigiamai suformuluotus teiginius prieš tai perkodavus), o du atskiri įverčiai – atjautos sau bei atšiaurumo sau. **Atjautos sau subskalės** (*SCS2, SCS3, SCS5, SCS6, SCS7, SCS10*) *Cronbach α* = 0,84, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,52 iki 0,66. Antrosios, iš neigiamai suformuluotų teiginių (*SCS1, SCS4, SCS8, SCS9, SCS11, SCS12*) sudarytos **atšiaurumo sau subskalės**, *Cronbach α* = 0,85, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,40 iki 0,80. Taigi, abi subskalės pasižymi geru patikimumu, įvertintu vidiniu suderintumu.

2.2.3 Prisitaikymo prie lėtinių odos ligų klausimynas (ACS)

Prisitaikymas prie lėtinės odos ligos vertintas ***Prisitaikymo prie lėtinių odos ligų klausimynu*** (*Adjustment To Chronic Skin Disease Questionnaire, ACS*; Stangier et al., 2003). *ACS* – skirtas išsamiai įvertinti asmens prisitaikymo prie lėtinės odos ligos sunkumus. Instrumento teorinis pagrindas – Leventhal savireguliacijos koncepcija bei McGrath (1982) pasiūlyta odos ligos keliamų grėsmių klasifikacija, nurodanti, kad odos liga apsunkina asmens fizinį, tarpasmeninį ir psichologinį funkcionavimą. Teigiama, kad neįveikti ligos keliami sunkumai veda prie prisitaikymo sunkumų. Stangier ir kiti (2003) teigia, kad sergantysis atsižvelgdamas į subjektyvią ligos keliamą grėsmę, pasirenka tam tikras adaptyvias ar neadaptyvias elgesio strategijas, skirtas kontroliuoti ligos grėsmes.

Jei pasirinktos strategijos nepadeda sergančiajam įveikti grėsmės, emocinio prisitaikymo sunkumai gali pasireikšti nerimo ir depresijos pavidalu. Schut ir kiti (2015) papildo, kad įveiką apibrėžia ne tik adaptatyvios elgesio strategijos, skirtos suvaldyti subjektyviai sudėtingą patirtį, bet ir mintys – adaptatyvios kognityvinės strategijos.

Klausimynas nėra specifinis odos ligai, t. y. tinkamas vertinti įvairiomis odos ligomis sergančius asmenis, kas leidžia palyginti skirtingomis ligomis sergančiųjų patiriamus prisitaikymo problemų ypatumus. Kita vertus, ACS nėra tinkamas tirti sveikus, t. y. nesergančius odos ligomis asmenis, dėl ko sergančiųjų įverčių palyginimas su prisitaikymo sunkumų neturinčiais asmenimis nėra įmanomas (Schneider, Heuft & Hockmann, 2013). Palyginus su instrumentais, matuojančiais depresijos ir nerimo simptomus, ACS skalės pasižymi didesniu efekto dydžiu vertinant gydymo sąlygotus teigiamus pokyčius, taigi, ACS gali būti naudingesnis matuojant psichologinius sergančiųjų odos ligomis pokyčius, nei nespecifiniai psichologinių simptomų instrumentai. 51 klausimyno teiginiai yra vertinami skalėje nuo 1 (visiškai netinka) iki 5 (labai tinka). Suminiai 5 skalių įverčiai gaunami sudėjus visus skalei priklausančių teiginių balus.

Socialinio nerimo/ vengimo skalė (15 teiginių) skirta įvertinti asmens patiriamą socialinių situacijų, kuriose tikimasi sulaukti neigiamų reakcijų į odos ligą, baimę bei tai sekantį situacijų, kuriose odos liga gali būti labiau matoma, vengimą. Skalė apima teiginius apie emocijas, kognityvines ir elgesio reakcijas į situacijas, kuriose odos liga geriau matoma (pvz. „*Aš vengiu tam tikrų situacijų dėl savo odos ligos*“) ir neigiamo savęs suvokimo aspektus (savęs kaip nepatrauklaus vertinimą) bei jaučiamą stigmatizavimą. Aukšti balai socialinio nerimo/ vengimo skalėje nurodo stipresnę patiriamą socialinį nerimą, atstūmimo baimės sąlygotą dažnesnę tam tikrų situacijų vengimą bei labiau neigiamą savęs suvokimą. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 15 iki 75.

Niežulio – draskymosi ciklo skalė (9 teiginiai) matuoja suvoktą negebėjimą dorotis su niežuliu bei bejėgiškumo jausmą bandant nesidraskyti (pvz. „*Reikia labai daug jėgų, kad nedraskyčiau savo odos*“). Aukštesni balai šioje skalėje nurodo stipresnes neigiamas reakcijas į niežulį bei savikontrolės praradimo jausmą, kalbant apie draskymąsi. Iš dalies, skalė apima ir psichofiziologinio jautrumo stresui dimensiją. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 15 iki 45.

Bejėgiškumo skalės 9 teiginiai orientuoti į bejėgiškumo jausmo patyrimą, kurį sąlygoja jausmas, kad negali kontroliuoti ligos eigos bei susirūpinimas, kad ligos eiga tik sunkės, o pažeistos odos plotai vis didės (pvz. „*Bijau, kad mano odos liga vis sunkės ir sunkės*“). Aukštesni balai nurodo didesnę bejėgiškumą bei ligos eigos kontrolės praradimo jausmą. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 15 iki 45.

Nerimastingumo – depresiškumo skalė (8 teiginiai) matuoja bendruosius emocinius ir fizinius simptomus, kurie nurodo apsunkintą prisitaikymą prie ligos (pvz. „*Aš dažnai jaučiuosi nervingas (-a)*“). Aukštesni balai rodo, kad asmens emocinis funkcionavimas yra neigiamai paveiktas ligos –

patiriama daugiau nerimo ir depresijos simptomų. Taip pat, iš dalies skalė matuoja ir psichofiziologinį jautrumą stresui. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 15 iki 40.

Poveikio gyvenimo kokybei skalė (6 teiginiai) matuoja ligos sąlygotus patiriamus sunkumus ar suvaržymus įvairiose asmeninio ir socialinio gyvenimo srityse: profesinėje, asmeninių santykių ir pan. (pvz. „*Sirgti lėtine liga yra labai brangu*“). Aukštesni balai nurodo daugiau jaučiamų gyvenimo kokybės apribojimų. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 15 iki 30.

ACS klausimyno autoriai nurodo, kad klausimyno skalės pasižymi geru patikimumu: vidiniu suderintumu (*Cronbach α* 0,71 – 0,93) mišrioje dermatologinių pacientų grupėje ($N = 442$), bei geru ar puikiu stabilumu laike. Pagrindinių komponentų analizės rezultatai parodė, kad 47 klausimyno teiginius galima suklasifikuoti į 5 faktorius, kurie atspindi 5 klausimyną sudančias skales. Faktorių svoriai pasiskirsto tarp 0,36 ir 0,80. Homogeniškoje sergančiųjų atopiniu dermatitu imtyje ($N = 165$) 5 skalių patikimumas, įvertintas vidiniu suderintumu, yra priimtinas ar geras (*Cronbach α* varijuoja nuo 0,69 iki 0,92).

Mūsų žiniomis, iki šiol ACS klausimynas nebuvo verstas į lietuvių kalbą ir naudotas lietuvių populiacijoje, tad gavus autorių leidimą versti į lietuvių kalbą ir naudoti ACS klausimyną šiame tyrime, buvo taikyta dviejų vertėjų į lietuvių kalbą ir nepriklausomo vertėjo atgalinio instrumento vertimo procedūra. Taigi, galutinė ACS klausimyno lietuviškoji versija parengta bendradarbiaujant su originalios metodikos kūrėjais.

Nustatyta, kad lietuviškos ACS klausimyno versijos skalės pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis. **Socialinio nerimo/ vengimo skalės** *Cronbach α* = 0,93, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,47 iki 0,77; **niežulio – draskymosi ciklo skalės** *Cronbach α* = 0,86, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,35 iki 0,77; **bejėgiškumo skalė** *Cronbach α* = 0,91, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,43 iki 0,82; **nerimastingumo – depresiškumo skalės** *Cronbach α* = 0,89, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,54 iki 0,77; **poveikio gyvenimo kokybei skalės** *Cronbach α* = 0,78, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,35 iki 0,63. Taigi, visos skalės pasižymi geru ar aukštu patikimumu, remiantis patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatais, užtikrintas skalių konstrukto validumas (plačiau žr. skyrelį „3. TYRIMO REZULTATAI“).

2.2.4 Demografinių duomenų anketa

Šio darbo autorės sukurtą **Demografinių duomenų anketa** (žr. 2 priedą) sudaro 5 klausimai. Jie apima demografinę informaciją apie tyrimo dalyvius (**amžių ir lytį**) bei informaciją apie **ligos ypatumus**, taigi, kartu matuoja ir su liga susijusius kintamuosius: ligos trukmę, pažeistos odos sritis ir subjektyviai vertinamą ligos sunkumą. Su liga susiję kintamieji – AD sergančiųjų tyrimuose

dažniausiai įvardijami simptomai, kurie pačių sergančiųjų vertinami kaip labiausiai varginantys ir sukeltantys daugiausiai sunkumų kasdieniame gyvenime. Nemalonūs jutimai odoje (skausmas, niežulys), miego problemos (paprastai sąlygotos stipraus kūno niežulio) ir matomi fiziniai odos trūkumai/ pažeistos odos sritys. Su liga susiję kintamieji įprastai matuojami savistatos būdu – pateikiant subjektyvų ligos keliamų sunkumų vertinimą. Tyrimuose matoma tendencija, kad asmens pateikiamas ligos simptomų vertinimas stipriau siejasi ir geriau prognozuoja ligos keliamus psichosocialinius sunkumus, nei objektyvus (gydytojo nustatomas) ligos sunkumas, tad yra naudingesnis matas vertinant prisitaikymą prie ligos. Šiame tyrime, remiantis Sherman ir bendraautoriais (2019), subjektyviai vertinamas ligos sunkumas matuotas 5 balų skalėje (1 – visai nevargina, 5 – stipriai vargina) vertinant tris aspektus: kiek stipriai asmenį vargina su atopiniu dermatitu susiję sunkumai – skausmas, niežulys, miego problemos atskirai.

Siekiant įvertinti kelis konstruktus sudaro trys subjektyvų ligos sunkumą atskleidžiantys teiginiai, atlikta principinių komponentų faktorių analizė su *Varimax* sukiniu. Rezultatai parodė, kad duomenys tinka faktorių analizei: $KMO = 0,71$, o Bartleto sferiškumo testo $p < 0,001$ ($KMO > 0,6$ bei reikšmingas Bartleto sferiškumo testas ($p < 0,05$) nurodo gerą duomenų tinkamumą faktorių analizei). Faktorių analizės rezultatai leidžia teigti, kad trys subjektyvų ligos sunkumą vertinantys teiginiai sudaro vieną faktorių ir paaiškina 74 % duomenų sklaidos. Faktorių svoriai svyruoja nuo 0,84 iki 0,88. Teiginių tarpusavio koreliacijos koeficientai – nuo 0,57 iki 0,65, visi statistiškai reikšmingi ($p < 0,01$). Remiantis tiriamosios analizės rezultatais bei statistiškai reikšmingomis teiginių tarpusavio koreliacijomis, tris klausimus apie subjektyvų ligos sunkumą nuspręsta apjungti į vieną skalę. Patikimumo analizė atskleidė, kad tokios skalės patikimumas yra aukštas: *Cronbach* $\alpha = 0,83$, koreguota teiginio koreliacija su suminiu įverčiu yra nuo 0,66 iki 0,72. Bendras subjektyvaus ligos sunkumo įvertis gautas suskaičiavus trijų teiginių, vertinančių kiek asmenį vargina su liga susiję simptomai, balų vidurkį. Tik bendras subjektyvaus sunkumo įvertis naudotas tolimesnėje analizėje.

2.3 Tyrimo eiga

Šiame skerspjūvio tyrime buvo naudojama internetinio anketavimo strategija, rinkta patogiausi specifinė imtis. Duomenys rinkti 2020 metų sausio mėnesį. Pirmiausia, norint pasiekti sergančius atopiniu dermatitu, elektroniniais laiškais buvo susisiekiama su įvairiomis pacientus vienijančiomis organizacijomis, švietėjišką darbą atliekančių projektų kontaktiniais asmenimis bei privačiais dermatologijos centrais („*Odos akademija*“, „*Egzemos mokykla*“, Bendrosios ir estetiškos dermatologijos klinika „*Clinic In*“, *Atopinio dermatito pacientų asociacija*). Į kvietimą bendradarbiauti atsiliepė trys kontaktiniai asmenys, tačiau pagalba, kurią galėjo suteikti, apsiribojo pasiūlymais kreiptis į socialinio tinklo „*Facebook*“ grupių, vienijančių sergančius, narius. Taigi, šiose

grupėse ir buvo dalinamasi kvietimu prisijungti prie vykdomo tyrimo. Kvietimas dalyvauti, informacija apie tyrimą ir nuoroda į anketą paskelbti šiose grupėse: „*Atopinio dermatito pacientų asociacijos nariai*“, „*Atopinis dermatitas*“, „*Šnekamės apie odos ligas*“, „*Problematiška veido oda*“, „*Pokalbiai apie odos priežiūrą*“, „*Pokalbiai apie veido priežiūrą*“. Taip pat, sergančiųjų, norinčių dalyvauti tyrime, buvo ieškota dalinantis kvietimu bei nuoroda į internetinę anketą tyrėjos socialiniuose tinkluose. Tyrimo metu iškilusius klausimus tyrimo dalyviai galėjo išsiaiškinti susisiekę su tyrėja elektroniniu paštu, kuris buvo pateiktas kartu su kvietimu dalyvauti tyrime.

2.4 Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programinius statistikos paketus socialiniams mokslams *IBM SPSS Statistics 21* bei *Amos Graphics 21*. *IBM SPSS Statistics 21* programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentinė kintamųjų sudėtis), vidinio suderintumo būdu (*Cronbach α*) vertintas skalių patikimumas, duomenų normalinis pasiskirstymas įvertintas pagal 5 kriterijus: asimetriškumo koeficientą (normaliai pasiskirsčiusiems duomenims turi būti nuo $-0,8$ iki $0,8$); Šapiro ir Vilko testą (jei $p > 0,05$, tai pasiskirstę normaliai); histogramos formą (varpas, atspindintis Gauso skirstinį, reiškia normalų pasiskirstymą) bei kvantilinių grafikų pobūdį (*Normal Q-Q Plot*, *Detrended Q-Q Plot*). Duomenų normalumo analizė atskleidė, kad ne visų kintamųjų duomenys pasiskirstę pagal normalų skirstinį, todėl statistiniai kriterijai duomenų apdorojimui parinkti pagal jų sklaidos pobūdį. Turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje sergančiųjų grupių skirstinių palyginimui taikytas Mann – Whitney U testas. Remiantis Spearman koreliacijos koeficientu vertinti ryšiai tarp kintamųjų.

Siekiant įvertinti darbe naudotų instrumentų lietuviškų versijų konstrukto validumus *Amos Graphics 21* programa atliktos patvirtinančiosios faktorinės analizės. *IBM SPSS Statistics 21* – programa atlikta tiriančioji faktorinė analizė, skirta įvertinti ar trijų demografinių duomenų anketoje esančių klausimų įverčiai apie subjektyvų ligos sunkumą gali būti naudojami vieno bendro įverčio skaičiavimui. Hipotetinis kintamųjų tarpusavio sąveikų modelis tikrintas taikant kelių analizę *Amos Graphics 21* programa. Visų modelyje esančių kintamųjų duomenys, išskyrus atjautos sau, transformuoti, kadangi neatitinka normalumo sąlygos.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1 Tyrime naudotų instrumentų validumo vertinimas

Siekiant įvertinti, ar lietuviško *Kūno patyrimo klausimyno* 10 klausimų gali sudaryti originalaus instrumento autorių nurodytus du atskirus faktorius, naudotas struktūrinių lygčių modeliavimo *Amos Graphics 21* programinis paketas. Šiame darbe tikrinti du atskiri patvirtinančiosios faktorių analizės (toliau – *PFA*) koncepciniai modeliai (žr. 3 priedą). Modeliuose kintamieji BEQ1, BEQ5, BEQ9 ir BEQ10 sudaro latentinį harmonijos faktorių, o BEQ2 – BEQ4 ir BEQ6 – BEQ8) – susvetimėjimo. Modeliai įvertinti trimis tinkamumo kriterijais: sąlyginio suderinamumo kriterijumi (*CFI*), Takerio ir Liuiso indeksu (*TLI*) bei aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida (*RMSEA*). Didesnės kaip 0,90 *CFI* ir *TLI* indeksų reikšmės rodo, kad modelis tinka duomenims; didesnės nei 0,95 – gerą tinkamumą. Mažesnės kaip 0,08 *RMSEA* reikšmės nurodo priimtina, o mažesnės nei 0,05 – gerą modelio tinkamumą. Taip pat, modeliai vertinti pagal Chi kvadrato kriterijaus (χ^2) ir laisvės laipsnių (*df*) santykį bei reikšmingumo lygmenį, kai $\chi^2 < [2 \times df]$ ir $p > 0,05$ – nurodo gerą modelio tinkamumą. Remiantis tais pačiais kriterijais įvertinta ir daugiau *PFA* modelių, skirtų darbe naudojamų skalių konstrukto validumo vertinimui. Galutinių modelių tinkamumo kriterijai pateikti 4 priede.

Pirmų dviejų modelių tinkamumo kriterijai patvirtina dviejų faktorių **Kūno patyrimo klausimyno** struktūrą. **Harmonijos skalės** teiginių faktorių svoriai svyruoja nuo 0,41 iki 0,85, tik BEQ9 – 0,12. BEQ9 faktoriaus svoris nesiekia žemiausios reikalaujamos ribos ($\geq 0,4$), o teiginių koreliacijos koeficientai (žr. 5 priedą) rodo, kad šis teiginys nesusijęs su likusiais skalės teigianiais. Iš 5 priedo lentelės matyti, kad BEQ10 ir BEQ1 koreliacijos koeficientas lygus 0,29 – kiek žemiau priimtinos ribos ($r \geq 0,3$), tačiau šis trūkumas priimamas, kadangi abiejų kintamųjų faktorių svoriai pakankami, o koreliacija tarp dviejų teiginių kad ir nesiekia žemiausios ribos, yra statistiškai reikšminga. Dėl nepakankamo BEQ9 faktoriaus svorio ir reikšmingų koreliacijų su kitais teiginiais stokos, įvertintas modelis, kuriame latentinį harmonijos kintamąjį sudarytų trys teiginiai. Ar modeliai statistiškai skiriasi, parodo modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą), kuris, pagal chi kvadrato lentelę, esant 2 laisvės laipsniams turėtų būti $\geq 5,99$, kad galėtume teigti, jog modeliai statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) skiriasi. Mūsų atveju jis tik 1,98, tad modeliai nėra besiskiriantys ir tolesnei analizei pasirinkta naudoti harmonijos skalę iš 4 teiginių, kaip nurodo ir originalaus instrumento autoriai. **Susvetimėjimo skalės** faktorių svoriai pasiskirsto tarp 0,62 ir 0,88. Teiginių koreliacijos koeficientai, pateikti 6 priede esančioje lentelėje, statistiškai reikšmingi ir svyruoja nuo 0,38 iki 0,74.

Siekiant įvertinti kokią struktūrą geriausiai atitinka lietuviškoji **Atjautos sau skalės trumpoji forma**, atsižvelgta į kitų autorių pateiktus prieštarigus *PFA* duomenis. Naudojantis *Amos Graphics*

21 programa, tikrintas kelių modelių tinkamumas duomenims. Pirmiausia, tikrinta, ar 12 skalės klausimų gali sudaryti autorių nurodytą 6 žemesnio lygmens bei vieno aukštesnio lygmens – atjautos sau – faktorių modelį. Antrasis tikrintas modelis – šešių tarpusavyje susijusių faktorių modelis ir, galiausiai, tikrinta, ar skalės klausimai gali sudaryti du atskirus tarpusavyje susijusius faktorius – atjautos sau ir atšiaurumo sau (žr. 7 priedą). Analizė parodė, kad pirmojo modelio tinkamumo duomenims nėra įmanoma įvertinti. Vienas iš galimų to paaiškinimų – silpnos ar nereikšmingos koreliacijos tarp kai kurių iš 6 faktorių porų (žr. 8 priedą). Taigi, vieno aukštesnio lygmens latentinio faktoriaus 6 kintamieji sudaryti neturėtų. Šešių tarpusavyje susijusių latentinių faktorių modelis pagal modelio tinkamumo indeksus nėra tinkamas, tik *CFI* rodė tinkamą modelio tinkamumą duomenims. Dviejų faktorių – atjautos ir atšiaurumo sau – modelis, kuriame du latentiniai kintamieji tarpusavyje susiję, taip pat netiko duomenims pagal visus tris modelio tinkamumo kriterijus. Taip pat, modelis atskleidė, kad atjauta ir atšiaurumas sau nėra statistiškai reikšmingai susiję ($r = 0,24$, $p = 0,057$). Remiantis ankstesnių modelių analize, galiausiai, patikrintas dviejų atskirų faktorių – atjautos ir atšiaurumo sau – modelių tinkamumas duomenims. Tuo siekta išsiaiškinti, ar tokių dviejų skalių naudojimas būtų pagrįstas konstrukto validumu. Gauta, kad vieno faktoriaus **atjautos sau** modelis, tik pagal vieną modelio tinkamumo kriterijų ($CFI > 0,9$) yra tinkamas duomenims, tačiau atlikus nežymią modelio modifikaciją (koreliaciją tarp SCS7 ir SCS10 liekamųjų paklaidų, rodančią, kad tai, kas buvo nepaaiškinta vieno kintamojo, susiję su tuo, kas liko nepaaiškinta kito kintamojo), modelio tinkamumo kriterijai pagerėjo, visi faktorių svoriai padidėjo ir išsidėsto nuo 0,62 iki 0,81. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys. Teiginių koreliacijos koeficientai statistiškai reikšmingi, svyruoja nuo 0,29 iki 0,65 (žr. 9 priedą). Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp SCS7 ir SCS10 ($r = 0,29$), tačiau jis labai arti siūlomos ribos. Taigi, pasirinktas antrasis, geriau tinkantis duomenims modelis, kuriame atliktos modifikacijos neprieštarauja teorinei modelio koncepcijai. Vieno faktoriaus **atšiaurumo sau** modelis tinkamas duomenims, faktorių svoriai yra nuo 0,46 iki 0,91. Koreliacijos koeficientai statistiškai reikšmingi ir svyruoja nuo 0,23 iki 0,75 (žr. 10 priedą). Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp SCS1 ir SCS8 ($r = 0,23$), tačiau jis arti siūlomos ribos 0,30, tad šis trūkumas priimamas.

Galiausiai, įvertinta ar lietuviško **Prisitaikymo prie lėtinių odos ligų klausimyno** 51 klausimai sudaro autorių nurodytus penkis faktorius (žr. 11 priedą), vertinančius skirtingus asmens patiriamus prisitaikymo prie lėtinės odos ligos sunkumus. Tam naudota *Amos Graphics 21* programa. Remiantis klausimyno autoriais, socialinio nerimo/ vengimo latentinį faktorių sudaro: 1, 3 – 5, 7, 8, 11, 16, 19, 22 – 24, 31, 37 ir 42 teiginiai; niežulio – draskymosi ciklo: 2, 12, 17, 20, 27, 38, 44, 45, 50; bejėgiškumo: 9, 10, 30, 34, 36, 39 – 41, 48; nerimastingumo – depresiškumo: 6, 13, 21, 32, 43, 46, 47, 49 ir poveikio gyvenimo kokybei: 25, 28, 29, 33, 35 ir 51. Gauta, kad **socialinio nerimo/ vengimo** vieno faktoriaus modelis nėra tinkamas duomenims, tačiau atlikus kelias modifikacijas – koreliacijas

tarp liekamųjų paklaidų (sn31 su sn1 ir sn3; sn42 su sn3 ir sn19; sn7 su sn11 ir sn24) – modelio tinkamumo kriterijai pagerėjo. Faktorių svoriai kito nežymiai, patenka į intervale nuo 0,44 iki 0,87, tik sn11 yra vos žemiau rekomenduojamos ribos – 0,37. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys. Teiginių koreliacijos koeficientai (žr. 12 priedą) yra nuo 0,10 iki 0,73. Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp sn1 ir sn16 ($r = 0,10$), ši ir dar dvi koreliacijos (sn1 su sn11 ir sn11 su sn24) nėra reikšmingos. Remiantis nereikšmingomis koreliacijomis su kai kuriais iš skalės teiginių bei žemesniu sn11 faktoriaus svoriu, įvertintas modelis, kuriame į socialinio nerimo/ vengimo skalę šis teiginys neįtraukiamas. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra nėra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys, tad pasirinktas modelis, kuriame esančios modifikacijos neprieštarauja teorinei modelio koncepcijai bei išlaikomas originalus teiginių skaičius skalėje. Modelio tinkamumo kriterijai patvirtino vieno faktoriaus **niežulio – draskymosi ciklo skalės** struktūrą, kur faktorių svoriai išsidėsto nuo 0,36 iki 0,83, o teiginių koreliacijos koeficientai yra nuo 0,15 iki 0,67 (žr. 13 priedą). Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp nz12 ir nz38 ($r = 0,15$), ši ir dar dvi koreliacijos (nz12 su nz27 ir nz2 su nz50) nėra reikšmingos. Remiantis tuo bei žemesniu nz12 faktoriaus svoriu, įvertintas modelis, kuriame į skalę teiginys nz12 nebūtų įtraukiamas. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra nėra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys. Pasirinktas modelis, kuriame išlaikomas originalus teiginių skaičius. **Bejėgiškumo** skalės vieno faktoriaus modelio tinkamumas duomenims adekvatus tik pagal vieną iš kriterijų, tačiau atlikus kelias modifikacijas – koreliacijas tarp liekamųjų paklaidų (bj30 su bj10 ir bj40; bj40 su bj48) – modelio tinkamumo kriterijai pagerėjo. Faktorių svoriai kito nežymiai, antrojo modelio faktorių svoriai pasiskirstę tarp 0,43 ir 0,89. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys, tad pasirinktas antrasis, geriau duomenims tinkantis modelis, kuriame esančios modifikacijos neprieštarauja teorinei modelio koncepcijai. Teiginių koreliacijos koeficientai (žr. 14 priedą) svyruoja nuo 0,22 iki 0,76. Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp bj10 ir bj41 ($r = 0,22$), ši koreliacija nėra reikšminga. Nors ne visi teiginiai tarpusavyje susiję pakankamai, šis trūkumas priimamas, kadangi koreliacija labai arti rekomenduojamos ribos, o faktorių svoriai – pakankami. **Nerimastingumo – depresiškumo** skalės vieno faktoriaus modelis nėra tinkamas duomenims, tačiau atlikus kelias modifikacijas – koreliacijas tarp modelio kintamųjų liekamųjų paklaidų (nd21 su nd13 ir nd32) – modelio tinkamumo kriterijai tapo geresni. Faktorių svoriai kito nežymiai, išsidėsto nuo 0,53 iki 0,89. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys, tad pasirinktas geriau duomenims tinkantis modelis, kuriame esančios modifikacijos neprieštarauja teorinei modelio koncepcijai. Teiginių koreliacijos koeficientai statistiškai reikšmingi, svyruoja nuo 0,31 iki 0,83 (žr. 15 priedą). Modelio tinkamumo kriterijai patvirtino vieno faktoriaus **poveikio**

gyvenimo kokybei skalės struktūrą. Faktorių svoriai išsidėstę tarp 0,39 ir 0,76. Teiginių koreliacijos koeficientai svyruoja nuo 0,17 iki 0,56 (žr. 16 priedą). Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp p28 ir p51 ($r = 0,17$), ši ir dar viena koreliacija (p51 su p35) nėra reikšmingos. Remiantis keliomis nereikšmingomis koreliacijomis tarp skalės teiginių bei p51 žemesniu faktoriaus svoriumi, įvertintas modelis, kuriame į poveikio gyvenimo kokybei skalę teiginys p51 nebūtų įtraukiamas. Modelių chi kvadratų skirtumas (žr. 4 priedą) rodo, kad modeliai yra nėra statistiškai reikšmingai ($p = 0,05$) besiskiriantys, tad pasirinktas modelis, su visais autorių nurodytais teiginiais.

3.2 Sergančiųjų atopiniu dermatitu prisitaikymo sunkumų tarpusavio sąsajos

Tyrime vertinti penki prisitaikymo prie AD sunkumai: socialinis nerimas ir vengimas, niežulio – draskymosi ciklas, bejėgiškumas, nerimastingumas ir depresiškumas bei neigiamas ligos poveikis gyvenimo kokybei. Tiriant prisitaikymą šie kintamieji vertinami kaip atskiri aspektai neapjungiant jų į vieną bendrą prisitaikymo matą. Kita vertus, siekiant geriau suprasti sergančiųjų AD patirtį gyvenant su lėtine odos liga, svarbu išanalizuoti kaip šie kintamieji susiję.

Iš Spearman koreliacijos koeficientų (žr. 17 priedą) matyti, kad visi prisitaikymo aspektai yra statistiškai reikšmingai susiję, taigi, patirdami didesnius sunkumus vienoje srityje, asmenys patiria didesnius sunkumus ir kitose srityse. Stiprios sąsajos sieja socialinį nerimą ir vengimą su bejėgiškumu ir poveikiu gyvenimo kokybei bei bejėgiškumą su poveikiu gyvenimo kokybei (atitinkamai: $r_s = 0.83^{**}$; 0.73^{**} ; 0.78^{**}). Silpnai susiję nerimastingumas – depresiškumas su poveikiu gyvenimo kokybei ($r_s = 0.47^{**}$), o visi kiti aspektai tarpusavyje siejasi vidutiniškai stipriai. Taigi, nors visi vertinti sunkumai siejasi, jie nėra susiję taip stipriai, kad galėtume juos laikyti persidengiančiais.

3.3 Ligos trukmės, subjektyvaus ligos sunkumo, atjautos sau, atšiaurumo sau, kūno ir savasties vienovės aspektų bei prisitaikymo kintamųjų sąsajos

Siekiant ištirti su liga susijusių ir psichologinių kintamųjų tarpusavio sąsajas bei šių dviejų kintamųjų grupių sąsajas su prisitaikymo prie AD sunkumais, taikytas *Spearman koreliacijos koeficientas* (žr. 17 priedą). Rasta, kad tik vienas su liga susijęs kintamasis statistiškai reikšmingai siejasi su kai kuriais psichologiniais bei prisitaikymo kintamaisiais. Subjektyvus ligos sunkumas silpnai siejasi su: kūno ir savasties susvetimėjimu ($r_s = 0.34^{**}$), socialiniu nerimu ir vengimu ($r_s = 0.44^{**}$), niežulio – draskymosi ciklu ($r_s = 0.43^{**}$), bejėgiškumu ($r_s = 0.36^{**}$) bei poveikiu gyvenimo kokybei ($r_s = 0.43^{**}$). Tai rodo, kad labiau varginami savo ligos simptomų asmenys jaučiasi labiau nutolę nuo savo fizinio kūno ir patiria daugiau prisitaikymo prie AD sunkumų, kurie pasireiškia stipresniu socialiniu nerimu, dažnesniu socialinių situacijų, kuriose odos liga gali būti labiau matoma

aplinkiniams žmonėms, vengimu, jaučiama mažesne niežėjimo – draskymosi ciklo kontrole, bejėgiškumu dėl nenuspėjus ligos eigos ir stipresniu neigiamu AD poveikiu gyvenimo kokybei. Kita vertus, subjektyvus ligos sunkumas nėra susijęs su tuo, kiek nerimastingumo – depresiškumo AD sergantis asmuo patiria. Taip pat, nerasta įrodymų, kad tai, kiek laiko asmuo serga būtų susiję su jo turimu santykiu su savu kūnu bei patiriamais prisitaikymo sunkumais.

Psichologinių kintamųjų tarpusavio sąsajų analizė rodo, kad atjauta sau statistiškai reikšmingai, nors labai silpnai, siejasi su kūno ir savasties harmonija ($rs = 0.25^*$). Taigi, daugiau atjautos sau puoselėjantys sergantieji patiria harmoningesnį santykį su savo kūnu, kas nurodo teigiamo santykio su savimi ir teigiamo santykio su savo sergančiu kūnu ryšį. Kita vertus, atšiaurumas sau vidutiniškai stipriai siejasi su kūno ir savasties susvetimėjimu ($rs = 0.51^{**}$) ir nurodo, kad atšiauresni sau sergantieji jaučiasi labiau atitolę nuo kūno.

Taip pat, rasta kad visi tyrime vertinti psichologiniai kintamieji statistiškai reikšmingai siejasi su patiriamais prisitaikymo sunkumais. Harmonija su savo kūnu labai silpnai teigiamai siejasi su neigiamu poveikiu gyvenimo kokybei ($rs = 0.24^*$), kas rodo, kad harmoningesnį santykį su savo kūnu turintys asmenys patiria stipresnį neigiamą ligos poveikį gyvenimo kokybei. Šis, iš pažiūros netikėtas, radinys išsamiai aiškinamas rezultatų aptarimo skyrelyje. Susvetimėjimas su sergančiu kūnu, priešingai nei harmoningas kūno ir savasties santykis, siejasi su visais prisitaikymo sunkumais: stipriai su socialiniu nerimu ir vengimu bei bejėgiškumu (atitinkamai $rs = 0.80^{**}$ ir 0.77^{**}) ir vidutiniškai stipriai su niežulio – draskymosi ciklu, nerimastingumu ir depresiškumu bei poveikiu gyvenimo kokybei (atitinkamai $rs = 0.59^{**}$; 0.52^{**} ; 0.69^{**}). Tai rodo, jog sergantieji, jaučiantys didesnę atitolį nuo kūno bei suvokiantys kūną kaip priešą, su kuriuo reikia kovoti, patiria daugiau biopsichosocialinių sunkumų sirgdami AD.

Tyrime vertinti skirtingi santykio su savimi būdai siejasi su skirtingais prisitaikymo kintamaisiais. Atjauta sau, nors labai silpnai, bet statistiškai reikšmingai, siejasi su niežulio – draskymosi ciklu ir silpnai su nerimastingumu – depresiškumu (atitinkamai $rs = -0.27^*$ ir -0.34^{**}). Taigi, labiau atjautūs sau sergantieji patiria mažiau neigiamų emocinių ligos pasekmių – nerimastingumo ir depresiškumo – ir mažiau sunkumų, kylančių dėl niežulio – draskymosi ciklo. Atšiaurumas sau silpnai siejasi su socialiniu nerimu ir vengimu, bejėgiškumu bei nerimastingumu ir depresiškumu ($rs = 0.45^{**}$; 0.37^{**} ; 0.35^{**}). Tai rodo, kad atšiauresni sau sergantieji patiria daugiau socialinio nerimo, yra stipriau linkę vengti socialinių situacijų, kuriose labiau tikėtina, kad odos liga bus geriau matoma aplinkiniams ir taip pat patiria daugiau bejėgiškumo, nerimastingumo ir depresiškumo sirgdami AD.

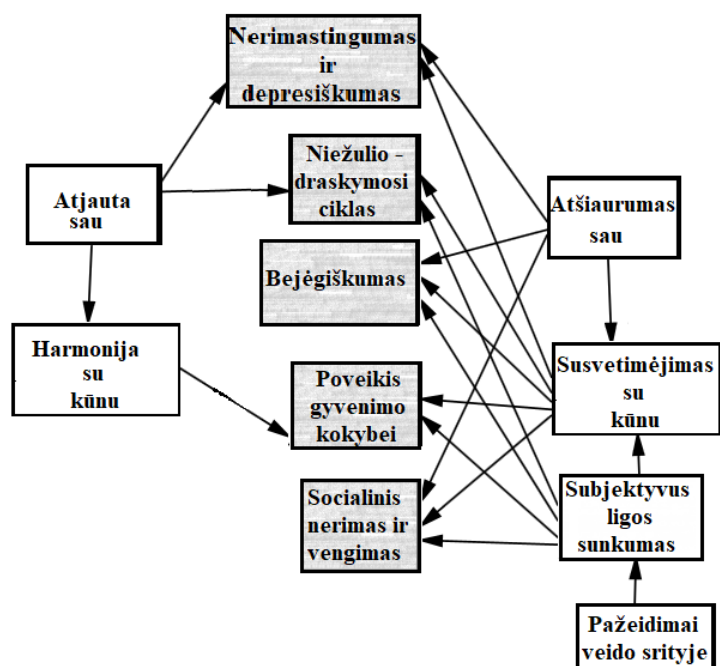
3.4 Turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje subjektyvaus ligos sunkumo, kūno ir savasties vienovės bei prisitaikymo sunkumų ypatumai

Taikant *Mann – Whitney U* testą palygintas subjektyvaus ligos sunkumo, susvetimėjimo ir harmonijos su savo kūnu bei visų prisitaikymo sunkumų lygis tarp turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje grupių (žr. 18 priedą).

Gauta, kad statistiškai reikmingai tarp grupių skiriasi tik subjektyviai vertinamas ligos sunkumas: turintys pažeidimų veido srityje savo ligą vertina kaip subjektyviai sunkesnę, t. y. ligos simptomai juos vargina stipriau. Kita vertus, šių sergančiųjų grupių susvetimėjimas su kūnu bei kūno ir savasties harmonija patiriami panašiai. Prisitaikymo prie AD sunkumų patyrimu grupės taip pat nesiskiria.

3.5 Prognostiniai prisitaikymo sunkumų veiksniai bei jų tarpusavio sąsajos

Vien tik koreliaciniai ryšiai neatskleidžia kurie su liga susiję bei psichologiniai kintamieji yra svarbūs prognozuojant prisitaikymo prie AD sunkumus. Taigi, norint patikrinti hipotetinį prisitaikymo prie AD modelį, pristatytą darbo įvade (1 pav.), *Amos Graphics 21* programa atlikta kelių analizė. Darbe remiamasi biopsichosocialinio prisitaikymo prie lėtinės odos ligos koncepcija, nurodančia, kad prisitaikymo problemų sergančiajam gali kilti skirtingose srityse. Taigi, darbe pristatytas hipotetinis modelis taikytas ir tikrintas Stangier ir kitų (2003) išskirtiems prisitaikymo prie lėtinės odos ligos sunkumams. Prieš tikrinant hipotetinio modelio tinkamumą duomenims, atsižvelgta į šio darbo 3.3 skyrelyje pristatytus kintamųjų tarpusavio sąsajų analizės rezultatus bei 3.4 skyrelyje pristatytus sergančiųjų, turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje, grupių ypatumus. Sudarytas hipotetinis modelis (kitame puslapyje esantis 2 pav.) aprašo su liga susijusių, psichologinių ir sergančiųjų AD patiriamų prisitaikymo sunkumų ryšius. Modelyje tikrinamos prielaidos: 1) pažeidimai veido srityje prognozuoja subjektyvų ligos sunkumą; 2) subjektyvus ligos sunkumas – susvetimėjimą su kūnu, niežulio – draskymosi ciklą, bejėgiškumą, poveikį gyvenimo kokybei bei socialinį nerimą ir vengimą; 3) atjauta sau – harmoniją su savo kūnu, nerimastingumą ir depresiškumą bei niežulio – draskymosi ciklą; 4) savikritika – susvetimėjimą su kūnu, nerimastingumą ir depresiškumą, bejėgiškumą bei socialinį nerimą ir vengimą; 5) harmonija su savo kūnu – poveikį gyvenimo kokybei; 6) o susvetimėjimas su savo kūnu visus penktis prisitaikymo sunkumus.



2 pav. Hipotetinis pakoreguotas ligos kintamųjų, santykių su savimi ir savo kūnu bei prisitaikymo prie AD sunkumų sąveikos modelis

Modelio tikimas duomenims vertintas trimis tinkamumo kriterijais: *CFI*, *TLI* ($> 0,90$ – tinka; $> 0,95$ – gerai tinka) bei *RMSEA* ($< 0,08$ – priimtina tinka, $> 0,05$ – gerai tinka). Taip pat, modeliai vertinti pagal χ^2 ir *df* santykį bei reikšmingumo lygmenį, kai $\chi^2 < [2 \times df]$ ir $p > 0,05$ – nurodo gerą modelio tinkamumą. Gauta, kad hipotetinis modelis nepasižymėjo geru suderinamumu su tyrimo duomenimis: $\chi^2 = 142,218$; $df = 36$; $p < 0,001$; *CFI* = 0,698; *TLI* = 0,53; *RMSEA* = 0,19. Taip pat, ne visi standartizuoti kelių koeficientai buvo statistiškai reikšmingi. Taigi, modelis transformuotas remiantis šio darbo įvade pristatytu teoriniu modelio pagrindu, 3.2 bei 3.3 skyreliuose pristatyta koreliacijų matrica bei modifikacijos indeksais. Transformuojant modelį po vieną šalinti nereikšmingi keliai, o tai reiškia, kad ir hipotetiniai prognoziniai veiksniai bei atsižvelgiant į teorinį pagrindą bei šio tyrimo koreliacinės analizės rezultatus po vieną atliktos modelio modifikacijos.

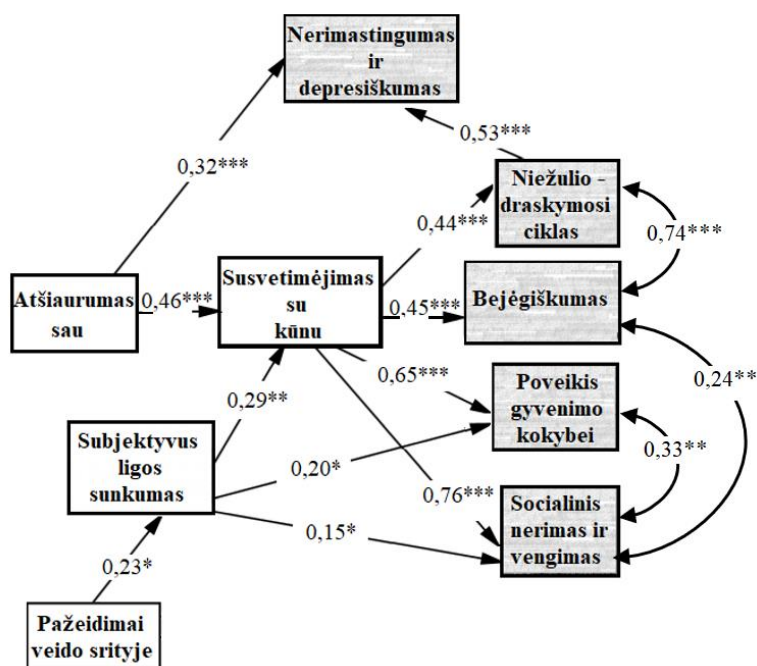
Geriausiais duomenis paaiškina 3 paveiksle pateiktas modelis, kuriame: poveikį gyvenimo kokybei bei socialinį nerimą ir vengimą prognozuoja subjektyvus ligos sunkumas ir susvetimėjimas su savo kūnu, niežulio – draskymosi ciklo keliamus sunkumus ir bejėgiškumą prognozuoja susvetimėjimas su savo kūnu, o nerimastingumą ir depresiškumą – atšiaurumas sau bei niežulio – draskymosi ciklo keliami sunkumai; taip pat, susvetimėjimą su savo kūnu prognozuoja ir subjektyvus ligos sunkumas, ir atšiaurumas sau, o pažeidimai veido srityje prognozuoja subjektyvų ligos sunkumą. Pagal išsikeltus tinkamumo kriterijus šis modelis gerai tinka duomenims ($\chi^2 = 27,2$; $df = 22$; $p = 0,204$; *CFI* = 0,98; *TLI* = 0,97; *RMSEA* = 0,05) ir visi jame esantys standartizuoti kelių koeficientai bei koreliacijų koeficientai yra statistiškai reikšmingi. Siekiant nustatyti, kuris modelis geriau paaiškina šio tyrimo duomenis, remtasi lyginamų modelių χ^2 ir laisvės laipsnių skirtumu, kai

gautasis $\Delta\chi^2$ lyginamas su kritine reikšme (reikšmingumo lygmuo $p = 0,05$). Jei gautoji χ^2 skirtumų reikšmė didesnė už kritinę – priimama, kad modeliai statistiškai reikšmingai skiriasi. Taigi, remiantis modelių χ^2 skirtumu (1 lentelė), pakoreguotas modelis statistiškai reikšmingai geriau nei hipotetinis modelis paaiškina šio tyrimo duomenis (kai $p < 0,05$, χ^2 kritinė reikšmė yra 23,68 ($df = 14$), o mūsų modelių χ^2 skirtumas lygus 115,01).

1 lentelė. Hipotetinio ir pakoreguoto modelių tinkamumo duomenims palyginimas

Modelis	χ^2	<i>Df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	$\Delta\chi^2$	Δdf
Hipotetinis	142,21	36	< 0,001	0,69	0,53	0,19	115,01	14
Pakoreguotas	27,20	22	0,204	0,98	0,97	0,05		

Iš žemiau pavaizduoto galutinio modelio (3 pav.) matyti, kad prisitaikymo prie AD ligos sunkumus prognozuoja tiek su liga susiję, tiek psichologiniai kintamieji, o kai kurių sunkumų atveju – net ir sergančiųjų patiriami tam tikri prisitaikymo sunkumai.



Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

3 pav. Galutinis pakoreguotas kelių analizės modelis su nurodytais kelių koeficientais

Socialinį nerimą, vengimo tendencijas ir neigiamą ligos poveikį gyvenimo kokybei prognozuoja susvetimėjimas su sergančiu kūnu bei subjektyvus ligos sunkumas. Taigi, kuo labiau atitolęs nuo savo kūno ir labiau varginamas ligos simptomų asmuo jaučiasi, tuo sunkesnis

prisitaikymas prie AD yra: asmuo patiria daugiau socialinio nerimo, yra linkęs dažniau vengti tam tikrų situacijų, kuriose odos liga gali būti labiau pastebima bei, aspkritai, jaučia, kad liga turi didesnę neigiamą poveikį gyvenimo kokybei. Modelis paaiškina svarią šių dviejų prisitaikymo sunkumų variacijos dalį: 66,9 % socialinio nerimo ir vengimo bei 53,8 % poveikio gyvenimo kokybei ir rodo, kad šiuos sunkumus prognozuoja tie patys veiksniai, be to jie yra silpnai tarpusavyje susiję. Taip pat, nors labai silpnai, bet reikšmingai, šiame modelyje siejasi socialinis nerimas ir vengimas su bejėgiškumo patyrimu.

Taikant modelį išryškėjo įdomūs sergančiųjų emocinio funkcionavimo sunkumų prognoziniai veiksniai. **Nerimastingumą ir depresiškumą** prognozuoja neigiamas santykis su savimi – atšiaurumas sau – ir niežulio – draskymosi ciklo keliami sunkumai, t. y., vieni iš šiame tyrime tirtų prisitaikymo sunkumų. Taigi, kuo sunkumų akivaizdoje atšiauresni sau sergantieji yra ir kuo labiau niežulio – draskymosi ciklo varginami – tuo nerimastingesni ir depresiški jie jaučiasi. Modelis paaiškina 44,9 % nerimastingumo ir depresiškumo duomenų sklaidos.

Sergančiųjų AD patiriamą **bejėgiškumo jausmą** bei **su niežulio – draskymosi ciklu susijusius sunkumus** statistiškai reikšmingai prognozuoja tai, kiek asmuo jaučiasi nutolęs nuo savo fizinio kūno, o šie du prisitaikymo sunkumai yra susiję stipriais koreliaciniais ryšiais. Taigi, kuo didesnę atitolį nuo savo kūno AD sergantieji patiria, tuo labiau niežulio – draskymosi ciklo varginami bei bejėgiškesni jie jaučiasi. Šių dviejų prisitaikymo sunkumų variacijos paaiškinamumo procentai yra mažiausi iš visų penkių: 20,3 % bejėgiškumo ir 19,2 % niežėjimo – draskymosi ciklo keliamų sunkumų.

Galiausiai, kelių analizė leido įvertinti ir jau aprašytų prognozinį prisitaikymo sunkumų veiksmų variacijos dalį, paaiškinamą šiuo modeliu. Galutinis modelis paaiškina 29,8 % **susvetimėjimo su savo kūnu** duomenų sklaidos, o iš 3 paveikslo matyti, kad kūno ir savasties susvetimėjimą prognozuoja neigiamas asmens santykis su savimi – atšiaurumas sau – bei subjektyvus ligos sunkumas, kas rodo, kad kuo sergantis jaučiasi labiau varginamas AD ir kuo atšiauresnis jo santykis su savimi, tuo labiau atitolęs nuo savo fizinio kūno jaučiasi. Taip pat, subjektyvų ligos sunkumą, nusakantį, kiek varginamas ar apsunkintas savo ligos simptomų asmuo jaučiasi, prognozuoja pažeidimai veido srityje – vienintelis modelyje likęs statistiškai reikšmingas objektyvus ligos kintamasis. Modelis paaiškina nors nežymią, tačiau statistiškai reikšmingą, subjektyvaus ligos sunkumo variacijos dalį – 5,5 %.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šiame darbe, siekiant praplėsti ir pagilinti prisitaikymo prie atopinio dermatitio sampratą, analizuota, kokie veiksniai leidžia prognozuoti sergančiųjų atopiniu dermatitu (toliau – AD) biopsichosocialinius prisitaikymo sunkumus. Tyrimo rezultatai iš dalies patvirtino hipotetinį modelį, teigiantį, kad su liga susiję kintamieji – subjektyviai vertinamas ligos sunkumas, pažeidimai veide – bei psichologiniai kintamieji – atjauta sau, atšiaurumas sau, susvetimėjimo su kūnu bei harmonijos tarp kūno ir savasties patyrimas – veikia sergančiųjų patiriamus prisitaikymo prie AD sunkumus. Kelių analizės metodu analizuotas išsamus prognostinių veiksnių rinkinys atskleidė, kad šiame tyrime vertintus penkis skirtingus prisitaikymo sunkumus nuspėja skirtingi veiksniai. Tiesiogiai prisitaikymo sunkumus prognozavo subjektyviai paties sergančiojo vertinamas ligos sunkumas, neigiamas santykis su savimi, įvardinamas atšiaurumu sau, ir susvetimėjimas su savo kūnu, o sergančiojo nerimastingumu ir depresiškumu vertinamas apsunkintas emocinis funkcionavimas tiesiogiai prognozuojamas ne tik psichologinių veiksnių, bet ir niežulio – draskymosi ciklo keliamų problemų, t. y. vieno iš penkių vertintų prisitaikymo sunkumų. Nors kai kurie tyrime vertinti su liga susiję bei psichologiniai veiksniai tiesiogiai neprognozuoja kai kurių vertintų prisitaikymo sunkumų, jų buvimas modelyje yra reikšmingas ir suteikia papildomos informacijos apie tai, kas prisideda prie subjektyvaus ligos sunkumo ir susvetimėjimo su savo kūnu paaiškinimo. Pažeidimai veido srityje tiesiogiai svarbūs prognozuojant subjektyvų ligos sunkumą, o subjektyvus ligos sunkumas ir atšiaurumas sau – susvetimėjimą su savo kūnu. Taigi, tikėtina, kad sergančiojo santykis su savimi bei ligos kintamieji prognozuoja prisitaikymą ne tik tiesiogiai, bet ir per susvetimėjimą su savo sergančiu kūnu.

Antroji hipotezė, kad subjektyviai sunkesnė liga, t. y. didesnis patiriamas skausmas, niežulys ir didesni miego sunkumai, kartu su ilgesne ligos trukme ir pažeidimais veido srityje prognozuos stipresnį kūno ir savasties susvetimėjimą bei jaučiamą mažesnę harmoniją tarp kūno ir savasties, patvirtino iš dalies. Labiausiai sergančiųjų susvetimėjimą su kūnu arba kitaip – kūno ir savasties vienovės skilimą – paaiškina atšiaurus santykis su savimi ir tai, kaip stipriai sergantysis jaučiasi varginamas fizinį ligos simptomų bei su jais siejamų miego problemų. Tai, kad varginantys lėtinės ligos simptomai nuspėja kūno ir savasties susvetimėjimą, dera su Bode ir kitų (2010) tyrimo rezultatais, nurodančiais ryšius tarp susvetimėjimo ir skausmo intensyvumo bei funkcinių apribojimų sergančiųjų reumatoidiniu artritu imtyje. Keturių lygmenų santykio tarp kūno ir savasties teorija, konstruota remiantis fenomenologinių tyrimų, nagrinėjusių lėtinių būklių bei senėjimo patyrimą, duomenimis, atskleidžia kad kūnas ir savastis atitolsta tuomet, kai asmuo suvokia savo kūno sukeltą sunkumą (Gadow, 1980). AD sergančiųjų patiriamas odos skausmas ir niežulys, neretai

sipriai prisidedantis ir prie miego problemų, nors ir nevaržo sergančiojo judėjimo laisvės, neabejotinai apsunkina fizinį asmens funkcionavimą. Taigi, šio tyrimo rezultatai teikia preliminarių kiekybinių įrodymų, leidžiančių paremti kūno ir savasties vienvės teoriją: pirminės vienvės tarp kūno ir savasties skilimui gali būti svarbūs ne tik skausmas ir judėjimo suvaržymai, būdingi sergantiesiems reumatoidiniu artritu, bet ir nemalonūs fiziologiniai jutimai, tokie kaip AD ligos keliamas odos skausmas ir niežulys bei jų sąlygotos mažesnės kokybiško miego galimybės. Taip pat, nors pažeidimai veido srityje tiesiogiai neprognozuoja kūno ir savasties santykio, tikėtina, kad jie gali veikti vienvę per subjektyviai vertinimą ligos sunkumą. Bloom (1992) teigia, kad aplinkinių dėmesys ir neigiamas požiūris, nesvarbu realus ar sergančiojo subjektyviai suvokiamas, gali skatinti didesnę sąmoningumą savo sutrikusiam kūnui bei savęs kaip neatitinkančio normos patyrimą, kas, ko gero, ir gali netiesiogiai paveikti susvetimėjimą su savo kūnu. Kita vertus, priešingai nei susvetimėjimo, harmonijos su savo kūnu patyrimas nėra susijęs su AD ligos kintamaisiais, kas taip pat dera su jau minėto sergančiųjų reumatoidiniu artritu tyrimo rezultatais. Taigi, negausūs kiekybiniai sergančiųjų kūno ir savasties vienvės tyrimai kartu grindžia keturių lygmenų santykio tarp kūno ir savasties teoriją, atskleidžiančią, jog sergant lėtinėmis ligomis harmonija su savo kūnu gali būti atkurta, nors objektyvūs ligos simptomai ir jų keliami sunkumai neišnyksta.

Svarbus šio tyrimo radinys yra tai, kad sirgimo AD trukmė nėra susijusi su sergančiojo kūno ir savasties santykiu. Viena vertus, tai prieštarauja tyrimų duomenims (Bode et al., 2010), rodantiems, kad ilgesnė liga siejasi su kūno ir savasties susvetimėjimu, kita vertus, lyginant šiuos duomenis svarbu atsižvelgti į tirtų sergančiųjų ligų ypatumus. Bode ir bendraautorių (2010) rastas teigiamas ryšys tarp sirgimo trukmės ir reumatoidiniu artritu sergančių asmenų susvetimėjimo su savo kūnu gali būti paaiškinamas ligos klinikiu profiliu: reumatoidiniam artritui būdinga progresuojanti būklė, taigi, sirgimo trukmės ir susvetimėjimo sąsaja gali būti medijuojama progresuojančios būklės sunkumo. Kitaip nei artrito atveju, AD ligai būdinga ne progresuojanti būklė, o jos svyravimai, pasireiškiantys nuo aplinkos, fiziologinių bei psichologinių veiksnių priklausančiais atkryčiais bei ligos remisijos etapais (Garmhausen et al., 2013).

Iš dalies pasitvirtino ir trečioji hipotezė: subjektyviai sunkesnė liga, ilgesnė jos trukmė bei pažeidimai veido srityje prognozuos prastesnę prisitaikymą prie atopinio dermatito, t. y. daugiau patiriamų prisitaikymo sunkumų. Šis tyrimas atskleidė, kad tik subjektyviai pačių sergančiųjų vertinamas ligos sunkumas tiesiogiai prognozavo prisitaikymo sunkumus: socialinį nerimą ir vengimą bei neigiamą ligos poveikį asmens gyvenimo kokybei, o tokie rezultatai dera su kituose AD sergančiųjų tyrimuose rastomis būklės sunkumo ir gyvenimo kokybės (Stangier et al., 2003; Holm et al., 2016) bei psichikos būklės (Evers et al., 2005; Panarovsky et al., 2011) sąsajomis.

Kiek netikėta tai, kad pažeidimai veido srityje, kurių reikšmė psichologiniam sergančiųjų funkcionavimui bei gyvenimo kokybei akcentuojama įvairiomis odos ligomis sergančių asmenų

tyrimuose (Senra & Wollenberg, 2014; Holms et al., 2016), šiame tyrime tiesiogiai neprognozavo prisitaikymo sunkumų. Kita vertus, rasta, kad pažeidimai veido srityje tiesiogiai veikia subjektyviai vertinimą ligos sunkumą, kuris, savo ruožtu – socialinį nerimą ir vengimą bei neigiamą ligos poveikį asmens gyvenimo kokybei. Taigi, gali būti, kad pažeidimai veido srityje veikia prisitaikymo sunkumus per tai, kaip subjektyviai stipriai varginami savo ligos sergantieji jaučiasi. Pagal šio tyrimo rezultatus galima spėti, kad gerai matomi pažeidimai veide lengvai atkreipia aplinkinių dėmesį, kuris ne tik kelia didesnę įtampą socialinių sąveikų metu, bet ir primena sergantiems apie jų turimą ligą, t. y. sugrąžina dėmesį ties fiziniais kūno trūkumais (Charmaz & Rosenfeld, 2006). Dažnesnis dėmesio sugrąžinimas ties ligos paveiktu kūnu bei susirūpinimas tuo, kad liga nebėra privati (Walker, 2005), tikėtina, gali neigiamai paveikti ir subjektyvų ligos vertinimą. Kita vertus, nors pažeidimų veide svarba psichologiniam sergančiųjų funkcionavimui yra akcentuojama dielėje dalyje tyrimų, svarbu įvertinti tai, kad odos pažeidimų pobūdis skirtingų odos ligų atveju stipriai varijuoja – nuo pūlingų aknės sukeltų spuogų ar suragėjusiais žvyneliais padengtos odos sergant žvyneline iki uždegiminių procesų sąlygotų paraudusių ir pleiskanojančių odos plėmų AD atveju. Taigi, galima kelti prielaidą, kad prisitaikymo prie AD atveju, svarbiau nei pažeidimų vieta gali būti pažeidimo sunkumo laipsnis, paslėpamumas ar odos išvaizdos psichologinė reikšmė sergančiajam.

Galiausiai, gauta, kad tai, kiek laiko asmuo serga, nėra susiję su prisitaikymo prie AD ligos sunkumais, nors Stangier ir kiti (2003) teigia, kad sirgimo trukmė yra susijusi su niežulio – draskymosi ciklo keliamais sunkumais, kas rodo, jog ilgiau sergantys jaučiasi mažiau kontroliuojantys niežulio – draskysmosi ciklą bei labiau jo varginami. Kita vertus, kadangi minėtų autorių tyrimo imtį sudarė įvairiomis lėtinėmis odos ligos sergantys asmenys, rezultatų skirtingumo paaiškinimą apsunkina žymus klinikinių odos ligų profilių skirtingumas. Apibendrinant, rasti silpni subjektyvaus ligos sunkumo ir prisitaikymo sunkumų ryšiai rodo, kad nors tai, kaip stipriai asmuo jaučiasi apsunkintas AD ligos simptomų, yra svarbu prognozuojant neigiamas ligos pasekmes, plataus spektro biopsichosocialinių prisitaikymo sunkumų vien ligos kintamaisiais paaiškinti negalime. Tyrimas atskleidė, kad svarbų vaidmenį prisitaikant prie AD vaidina ir psichologiniai mechanizmai.

Ketvirtoji kelta hipotezė, teigianti, kad atjauta sau prognozuos didesnę harmoniją tarp kūno ir savasties, mažesnę susvetimėjimą su kūnu bei geresnę prisitaikymą prie atopinio dermatito, t. y. mažiau patiriamų prisitaikymo sunkumų, pasitvirtino taip pat tik iš dalies. Pirmiausia, atjautos sau skalės trumposios formos konstrukto validumo vertinimas suteikė svarbių įžvalgų apie atjautos sau konstrukta bei pakoregavo hipotetinį prognostinį prisitaikymo sunkumų modelį. Šio darbo tyrimo metodikos dalyje (2.2.2.) trumpai paminėta, kad atjautą sau vertinę tyrėjai teikia prieštarigus duomenis apie instrumento struktūrą, kas rodo, kad atjautos sau kiekybinis vertinimas atjautos sau skalių ilgąja ir trumpąja formomis turi savo trūkumų. Šiame darbe atlikta patvirtinančioji faktorinė

analizė atskleidė, kad geriausiai duomenims tinka dviejų faktorių – atjautos sau ir atšiaurumo sau – modelis, kurį skelbia ir kiti tyrėjai (Gilbert et al., 2011; López et al., 2015; Babenko & Guo, 2019). Nors tai, kad atjautos sau skalė apjungia teigiamai ir neigiamai formuluotus teiginius rodo, kad teorijoje atjauta sau yra konceptualizuojama kaip dipolis konstruktas, svyruojantis nuo aukštos atjautos sau iki aukšto atšiaurumo sau, Longe ir bendraautorių (2010) atlikti smegenų funkcinio magnetinio rezonanso (fMRI) tyrimai rodo, kad atjauta sau ir atšiaurumas sau yra skirtingi ir vienas nuo kito nepriklausantys santykio su savimi būdai, siejami su skirtingomis afektinėmis ir fiziologinėmis sistemomis bei skirtingais procesais smegenyse. Teigiama, kad savikritiškas mąstymas siejasi su smegenų sritimis, atsakingomis už klaidų ar klaidingų sprendimų apdorojimą bei elgesio slopinimą, o savęs raminimas siejasi su sritimis, taip pat aktyvuojamomis reiškiant atjautą ir empatiją kitiems. Apibendrinant, šio tyrimo rezultatai papildė vis gausėjančius įrodymus, kad atskirti atjautos sau skalės teigiamą ir neigiamą aspektus yra tikslinga, kadangi atjautos sau ir atšiaurumo sau turinys atskleidžia du skirtingus reagavimo į save būdus susidūrus su sunkumais ar nesėkmėmis.

Taip pat, pagrįstų abejonių dėl bendro atjautos sau skalės įverčio naudojimo kelia ir šiame tyrime nerasta sąsaja tarp atšiaurumo sau ir atjautos sau ir skirtingi jų ryšiai su kūno ir savasties santykiu bei prisitaikymo sunkumais. Kelių analizės modelis atskleidė, kad būtent neigiamas santykio su savimi pobūdis, t. y. atšiaurumas sau, bet ne atjauta sau, prognozuoja kūno ir savasties vienovę. Gauti rezultatai leidžia teigti, kad kuo sergantieji yra labiau sau atšiaurūs, tuo stipriau jie yra atitolę nuo ligos pažeisto kūno, kas rodo kūno ir savasties vienovės skilimą. Vienas iš galimų tokio rezultato sergančiųjų AD imtyje paaiškinimų remiasi atšauriems asmenims ypač būdingu savikritiškumu nesėkmės ar savo trūkumų įsisąmoninimo atveju (Neff, 2003a; 2003b). Sergant lėtine liga, tokia kaip AD, nesėkmės jausmas didele dalimi yra neišvengiamas. Pačia paprasčiausia prasme, „nesėkmingas“ sergantis asmuo gali jaustis dėl negalėjimo kontroliuoti savo kūno: dalis to, ką dėl ligos tenka patirti, nepriklauso nuo asmens pasirinkimo. Taip pat, AD sergantieji yra pažeidžiamesni dažnesniam nesėkmės patyrimui ir dėl to, kad ligai būdingi atkryčiai, tad išauga nesėkmės tikimybė siekiant suvaldyti ligą, mažėja saviefektyvumo jausmas (Sirois et al., 2015), jog gali kontroliuoti savo kūną ir ligą. Kitas galimas ryšio tarp atšiaurumo sau ir susvetimėjimo su savo kūnu paaiškinimas remiasi tyrimų duomenimis, rodančiais, jog savikritiškumas skatina patiriamos kančios neigimą (Ryes, 2012), kas gali užkirsti kelią pastangoms ją sumažinti švelniai pasirūpinant savimi. Taigi, atsižvelgiant į tai, kad atšiauresniu santykiu su savimi pasižymintys asmenys yra linkę būti labiau savikritiški, t. y. dažniau kaltinti save dėl padarytų klaidų, patiriamų sunkumų ir savo netobulumo, neigti patiriamą kančią, tikėtina, kad ir susidurdami su savo sergančio kūno trūkumais bei keliamais sunkumais prasčiau geba ligos keliamą kančią matyti kaip dalį bendražmogiškų sunkumų, o sergantį kūną, nepaisant akivaizdžių trūkumų, priimti kaip vertingą savo dalį.

Atšiaurumas sau tiesiogiai prognozavo ne tik susvetimėjimą su savo kūnu, bet, kartu su niežulio – draskymosi ciklo keliamomis problemomis, ir sergančiųjų patiriamus emocinio funkcionavimo sunkumus – nerimastingumą ir depresiškumą. Šie rezultatai dera su Gilbert ir kitų (2011) tyrime rastomis vidutiniškai stipriomis atšiaurumo sau ir depresijos simptomatikos, įkyraus mintijimo ir neurotiškumo sąsajomis bei papildo teiginį, kad savikritika didina psichologinį pažeidžiamumą (Neff, 2003a; 2016; Raes, 2010). Atšiaurumas sau yra siejamas su savęs kaltinimu (Reyes, 2012), o stipriai išreiškta kaltės jausmas neabejotinai priskiriamas depresijos simptomatikai. Taip pat, svarbus radinys ir tai, kad sergančiųjų nerimastingumą ir depresiškumą tiesiogiai prognozavo su niežulio – draskymosi ciklu susiję sunkumai. Tyrimai rodo, kad AD ligų atveju niežulys ne tik išskiriamas kaip labiausiai varginantis ligos simptomas, tačiau taip pat kelia sunkias emocines pasekmes, tokias kaip gėda, bejėgiškumo ir kaltės jausmai (Stangier et al., 2003), kas galimai paaiškina ir tai, kad vienas specifiskiausių šiame tyrime vertintų prisitaikymo sunkumų, siejamų su savo kūno ir ligos kontrolės praradimo jausmu prognozavo emocinius sergančiųjų sunkumus. Taigi, savikritiškiems asmenims būdingos savęs kaltinimo tendencijos kartu su AD ligai būdingais ypatumais kartu gali iš dalies paaiškinti, kodėl labiau atšiaurūs sau sergantieji AD, patiriantys daugiau sunkumų, susijusių su nesėkminga draskymosi kontrole, patiria daugiau nerimastingumo ir depresiškumo. Gebėjimas atleisti sau ir nepasiduoti perdėtai savikritikai yra išties prasmingas šioje sergančiųjų grupėje, kurioje ligos atkryčius gali skatinti ne tik jau minėti aplinkos faktoriai, bet ir netinkamas ir sunkiai sukontroliuojamas sergančiųjų elgesys – niežinčios odos draskymas.

Remiantis kūno ir savasties vienovės teorija, atskleidusia, jog gyvendamas su lėtine liga ar sutrikimu asmuo išmoksta atkurti ligos nutrauktą santykį tarp kūno ir savasties iš naujo priimdamas sergantį kūną kaip vertingą savo dalį (Gadow, 1980), kelta prielaida, kad AD ligos kontekste atjauta sau gali būti apsauginis veiksnys, mažinantis susvetimėjimą su savo kūnu, o dėl su atjauta sau siejamo gebėjimo priimti sunkias patirtis, jausmus bei savo trūkumus – didinti harmonijos su savo sergančiu kūnu patyrimą. Nors koreliacinė analizė atskleidė, kad daugiau atjautos sau puoselėjantys asmenys jaučia harmoningesnį santykį su AD ligos pažeistu kūnu, atjauta sau nėra harmoningą santykį su savo kūnu nuspėjantis veiksnys. Taigi, panašu, kad buvimas atjaučiu sau negali paaiškinti asmens santykio su sergančiu kūnu. Gali būti ir taip, kad šiame tyrime matuota atjauta sau atspindi bendras teigiamo santykio su savimi tendencijas, o prognozuojant specifinį kūno ir savasties santykį sergant tai gali būti ne pats tinkamiausias vertinimo aspektas. Tikėtina, kad siekiant įvertinti asmens santykį su fiziškuoju arba kūniškuoju *Aš*, naudingesnis yra specifinio santykio su savo kūnu – įvardinamo atjauta savo kūnui – vertinimas. Altman, Linfield, Salmon ir Beacham (2017) siūlomas naujas atjautos savo kūnui konstruktas, besiremiantis atjautos sau (Neff, 2003a; 2003b) bei daugiamačio kūno vaizdo koncepcijomis (Cash, 2002), yra specifiskesnis, tad galimai, būtų ir naudingesnis siekiant suprasti, kaip santykio su savo kūnu pobūdis siejasi su kūno ir savasties vienovės problema sergant. Atjautos

savo kūnui koncepcijoje teigiama, kad tai yra asmens nuostatos ir įsitikinimai apie kūniškąjį *Aš*, kuris apima fizinę išvaizdą, galimybes bei sveikatos būklę (Altman et al., 2017). Ypatingai svarbūs AD sergančiųjų kontekste gali būti bendražmogiškų patirčių atpažinimas per visus žmones jungiantį kūniškumo aspektą bei kūno priėmimas. Leidimas būti daugybei savo bei kitų žmonių kūniškumo apraiškų kelia palengvėjimo jausmą bei skatina bendražmogiškumo atpažinimą, o kūno priėmimo aspektas nurodo sąmoningą tokios savo išvaizdos, sveikatos būklės bei kūno funkcionavimo priėmimą, kokie šiuo metu jie yra (Altman et al., 2017).

Kaip ir jau pristatytos trys, paskutginė kelta hipotezė, teigianti, kad kūno ir savasties vienovė prognozuos geresnę prisitaikymą prie atopinio dermatito: harmonija tarp kūno ir savasties prognozuos mažiau patiriamų prisitaikymo problemų, o susvetimėjimas tarp kūno ir savasties – daugiau patiriamų prisitaikymo problemų, taip pat pasitvirtino iš dalies. Šis tyrimas parodė, kad tik kūno ir savasties vienovės nebuvimas, įvardinamas susvetimėjimu tarp kūno ir savasties, yra svarbus prognozuojant sergančiųjų prisitaikymą prie lėtinės AD ligos. Sirgimas AD reikalauja iš sergančiojo nuosekliai ir imlaus laikui gydymosi režimo laikymosi, o susvetimėjimas su savo kūnu arba kitaip, siekis nuo jo atsiskirti, tikėtina, mažina asmens pasirengimą rūpintis savo ligos pažeistu kūnu, jaučiant jog jis reikalauja ar apriboja per daug. Taigi, susvetimėjimas su savo kūnu daro sergančiuosius pažeidžiamesnius patirti plataus spektro biopsichosocialinius prisitaikymo sunkumus, tokius kaip socialinis nerimas ir socialinių santykių ribojimas, sunkumai kontroliuojant niežėjimo – draskymosi ciklą, bejėgiškumo jausmas bei neigiamas ligos poveikis gyvenimo kokybei. Anot Bode ir kitų (2010), jausmas, jog kūnas išdavė ir nebėra asmens dalis, kuria galima pasitikėti, taip pat stipriai siejasi su bejėgiškumo patyrimu sergant funkciškai varžančiu reumatoidiniu artritu, o moterų, sergančių endometrioze atveju, apsunkina ligos priėmimą (Lewandowska, 2014). Taip pat, reabilitaciją po stuburo traumos lankančių asmenų tyrimas parodė, kad susvetimėjimas su savo kūnu siejasi su depresijos ir nerimo simptomais (van Diemen et al., 2017) ir nors šiame tyrime susvetimėjimas su savo kūnu tiesiogiai neprognozavo sergančiųjų emocinio funkcionavimo sunkumų, tikėtina, kad susvetimėjimas su kūnu sergant AD veikia nerimastingumą ir depresiskumą per didesnius sunkumus, stengiantis sukontroliuoti niežulio keliamą norą draskytis. Šie duomenys ne tik dera tarpusavyje, bet kartu ir atskleidžia skirtingomis ligomis sergančių asmenų ligos patyrimo panašumus, tokius kaip susvetimėjimas su savo kūnu ir bejėgiškumo jausmas susidūrus su kūno nekontroliuojamumu.

Svarbu pažymėti tai, kad, priešingai šiame darbe keltoms prielaidoms, harmonijos tarp kūno ir savasties patyrimas ne tik prognozavo prisitaikymo. Viena vertus, tai nedera su tyrimų rezultatais, rodančiais, jog didesnę harmoniją patiriantys sergantieji yra linkę į didesnę ligos priėmimą (Bode et al., 2010; Lewandowska, 2014), pasižymi mažesniu ligos sąlygotu bejėgiškumo jausmu, išvelgia daugiau ligos teikiamų privalumų bei pasižymi didesne bendrąja savigarba, ką kai kurie tyrėjai linkę

laikyti pagrindiniu sėkmingo prisitaikymo prie lėtinės ligos matu (Bode et al., 2010). Kita vertus, susiduriama su sunkumais lyginant mūsų rezultatus su kitų tyrėjų gautais rezultatais, kadangi tyrimų imtis sudaro labai skirtingomis lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip reumatoidinis artritas ir endometriozė, sergantys asmenys, o ir sėkmingas prisitaikymas tyrimuose apibrėžiamas skirtingai.

Vienas iš galimų paaiškinimų, kodėl tik susvetimėjimas su savo kūnu, bet ne harmonija tarp jų šiame tyrime siejosi su prisitaikymo sunkumais ir juos prognozavo, gali būti ne tik šiame, bet ir kitų autorių tyrimuose, išryškėję susvetimėjimo ir harmonijos su savo kūnu konstrukto skirtumai. Susvetimėjimo su savo kūnu patyrimas, kylantis iš jausmo, jog kūnas išdavė ir nebėra asmens dalis, kuria galima pasitikėti, nurodo sutrikusį santykį su savo kūnu arba kitaip – vienovės tarp kūno ir savasties nebuvimą (Gadow, 1980). Kaip rodo šis ir kitų autorių tyrimai (Bode et al., 2010; Lewandowska, 2014), susvetimėjimas su kūnu siejasi su nemaža dalimi ne tik ligos aspektų, tokių kaip skausmas, nemalonūs fiziologiniai jutimai, funkciniai suvaržymai, subjektyvus jausmas, jog sergantis kūnas vargina, bet ir su įvairių sveikatos sutrikimų turinčių asmenų patiriamais psichosocialiniais sunkumais. Taip pat, suvetimėjimas su kūnu yra ir svarbus prognozinis minėtų sunkumų veiksnys, kai harmonijos tarp kūno ir savasties patyrimas, apimantis jausmą, jog kūnas yra pažįstamas, tam tikru mastu kontroliuojamas bei vertingas (Gadow, 1980), nėra susijęs su ligos aspektais, silpniau siejasi ar nėra prasmingai susijęs su specifiniais sergančiųjų patiriamais prisitaikymo prie lėtinės ligos sunkumais, tačiau gali prognozuoti bendresnio lygmens psichologinę sergančiųjų gerovę nurodančius aspektus, pavyzdžiui, savigarbą (Bode et al., 2010). Taip pat, van Diemen ir bendraautorių (2017) tyrimas atskleidė, kad stuburo traumas patyrusiems asmenims skirta reabilitacijos programa buvo pakankama, kad sumažintų funkcinį kūno sutrikimą ir jausmą, jog kūnas ir savastis yra atskiri, tačiau nepakankama, kad padėtų patirti harmoningesnį santykį su savo kūnu. Šie duomenys taip pat rodo, jog harmonijos su savo kūnu patyrimas apima kur kas daugiau nei ligos sąlygotų sunkumų nebuvimas. Remiantis santykio tarp kūno ir savasties teorija (Gadow, 1980), betarpiškas santykis su savo kūnu yra jaučiamas iki pirmų ligos ar sutrikimo simptomų pasirodymo, o atkurta naujoji vienovė prisitaikant prie fizinės netekties yra kokybiškai kitokia, nei pirminė. Ji apima ir ligos patyrimą, ir pakitusio kūno priėmimą, nepaisant to, kad lėtinė būklė ir toliau išlieka individo gyvenimo palydovė. Taigi, tikėtina, kad susvetimėjimas su savo kūnu, atsirandantis kaip viena anksčiausių reakcijų į fizinio sutrikimo ar ligos simptomų atsiradimą, yra vienas iš svarbiausių veiksnių, nurodančių fizinės sveikatos sutrikimo keliamą įtampą tarp asmens ir jo kūno, bei prognozuojančių prisitaikymo prie lėtinių būklių sunkumus, o harmonijos tarp kūno ir savasties patyrimas – nurodo sudėtingą psichologinės asmens sveikatos konstrukto, o ne tiesioginį santykį tarp kūno ir savasties, nurodantį, jog asmuo prisitaikymo prie lėtinės ligos keliamus iššūkius įveikė sėkmingai.

Šiame tyrime, nors ir silpnai, harmonijos su savo kūnu patyrimas siejosi su neigiamu ligos poveikiu gyvenimo kokybei. Nors iš pažiūros rezultatai atrodo labai netikėti, tokius juos gali padėti paaiškinti kūno ir savasties vienovę fenomenologiniuose tyrimuose nagrinėjusių autorių duomenys. Charmaz (1995) teigia, kad mažiau sudaiktindami savo kūną sergantys žmonės yra atidesni ir dėmesingesni savo kūnui, jautriau reaguoja į jo siunčiamus signalus. Visa tai padeda geriau pasirūpinti savo kūnu ir apsisaugoti ar bent sumažinti ligos keliamus nemalonius pojūčius. Tokiu atveju net ir gydymosi režimo laikymasis suvokiamas nebe kaip prievolė, o kaip rūpestis savimi (Bloom, 1992), taigi, ko gero, teigiamą silpną sąsają galima paaiškinti tuo, kad šiame tyrime vertintas poveikis gyvenimo kokybei, apimantis ir tokius aspektus, kaip jausmas, jog liga kontroliuoja asmens gyvenimą per stipriai, riboja asmens pasirinkimus ir veiklas bei kelia finansinę naštą, gali būti didesnis, ir sergantieji tai suvokia, tačiau nepakeičia emocinio santykio. Pavyzdžiui, asmuo gali suvokti, kad sirgti yra brangu, tačiau jausdamas gydymo vertę ir reikalingumą savo kūnui gali nejausti emocinės ligos sukeltos naštos.

Kitas galimas paaiškinimas, kodėl susvetimėjimas su savo kūnu prognozavo prisitaikymą, o kūno ir savasties harmonija neprognozavo, remiasi harmonijos skalės psichometrinėmis charakteristikomis. Šioje imtyje skalės patikimumas, nors ir pakankamas statistiniams skaičiavimams atlikti ir tyrimų išvadoms daryti, nebuvo aukštas. Tai galėjo lemti mažas teiginių kiekis ir kai kurios nepakankamos teiginių tarpusavio koreliacijos.

Vienas svarbiausių šio tyrimo ribotumų yra tai, kad patiogiosios imties būdu sudaryta sergančiųjų AD imtis nėra reprezentatyvi. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių yra moterys, tad nėra galimybės įvertinti kaip lytis prisideda prie tam tikrų veiksmų paaiškinamumo modelyje. Tyrimų duomenys rodo, kad lytis galėtų būti svarbus veiksnys prognozuojant tiek santykio su sergančiu savo kūnu pobūdį, tiek prisitaikymo prie AD ligos sunkumus. Bolognini, Plancherel, Bettschart ir Halfon (1996) teigia, kad moterys patiria globalesnę savigarbą, nei vyrai – t. y. jos labiau linkusios į bendrą savęs vertinimą įtraukti ir savo kūno vertinimą. Vyrai, priešingai – labiau linkę kūno vertinimą nuo bendro savęs vertinimo atskirti. Taigi, fizinių ligos sąlygotų trūkumų atveju, tikėtina, kad būtent moterys patirs didesnius pokyčius abiejuose vertinimo lygmenyse, o fizinių trūkumų poveikis bendram savęs vertinimui bus ženklesnis. Šiuos skirtumus bandoma aiškinti objektyvizacijos teorija, teigiančia, kad nuolatinis moters kūno sudaiktinimas žiniasklaidoje ir socialinėje aplinkoje vyraujantys sunkiai pasiekiami grožio idealai veikia moters kūno vaizdą neigiamai, t. y. skatina jo sudaiktinimą, kas, savo ruožtu, ne tik veda prie didesnio poreikio kontroliuoti savo kūną, kelia neigiamas pasekmes moters psichologiniam ir emociniam funkcionavimui (Cologero & Thompson, 2009), bet taip pat gali skatinti kūno ir savasties vienovės skilimą. Remiantis Bode ir kitų (2010) kiekybinio tyrimo duomenimis, sirgdami vyrai ir moterys kūno ir savasties vienovę patiria skirtingai: moterys, sergančios reumatoidiniu artritu, pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniu susvetimėjimu

su savo sergančiu kūnu, nei ta pačia liga sergantys vyrai. Taip pat, turint omenyje šio tyrimo rezultatus, rodančius, jog susvetimėjimas su savo kūnu tiesiogiai prognozavo sergančiųjų AD bejėgiškumą, socialinį nerimą ir vengimą bei netiesiogiai nerimastingumą ir depresiškumą, Stangier ir kitų (2003) gauti tyrimo rezultatai, nurodantys jog moterys, turinčios matomų odos pažeidimų, dažniau nei vyrai, patiria daugiau socialinio nerimo, bejėgiškumo, nerimastingumo ir depresiškumo simptomų, nei vyrai. Tokie rezultatai skatina kelti naujas prielaidas apie lyties vaidmenį prisitaikant prie AD: moteriška lytis gali pranašinti kūno ir savasties susvetimėjimą, o tai, savo ruožtu, gali apsunkinti prisitaikymą.

Taip pat, kadangi tai skerspjūvio tyrimas ir visi veiksniai buvo analizuoti tam tikru vienu laiko momentu, rezultatų interpretacija turi tam tikrų ribotumų. Gadow (1980) teigimu, bet kokia įsikūnijimo būseną nėra statiška (Gadow, 1980), t. y. kūno ir savasties santykis gali kisti gana lengvai, kadangi perėjimą iš vienos būsenos į kitą gali veikti ne tik asmens fiziologinė būseną, bet ir socialinis kontekstas (Ellis–Hill et al., 2000). Dėl šios priežasties prisitaikymas prie fizinės netekties taip pat, tikėtina, yra kintantis. Priklausomai nuo fizinės būklės ir turimų asmeninių bei socialinių resursų, perėjimas per keturias prisitaikymo stadijas gali būti labai greitas arba lėtas, vis pakartojant stadijas, o kitais atvejais galimas ir kelerius metus trunkantis sustojimas ties viena stadija, iki bus pereita į aukštesnę stadiją (Charmaz, 1995). Charmaz (1995) teigimu, stadijų kartojimas ypač būdingas tiems, kurių ligos pobūdis epizodinis, t. y. būdingi atkryčiai. Taigi, atsižvelgiant į tai, kad kūno ir savasties vienovė yra labiau kintanti, nei statiška būseną, ją vertinant skerspjūvio tyrime galimas dalies svarbios informacijos praradimas.

Remiantis šio tyrimo duomenimis, tolesniuose tyrimuose vertėtų daugiau dėmesio skirti lietuviškosios atjautos sau skalės trumposios formos (SCS–SF) konstrukto validumui. Ypatingai svarbus jo tikrinimas kuo įvairesnėse tiriamųjų imtyse, siekiant gauti daugiau duomenų apie tinkamiausią skalės struktūrą ir bendro atjautos sau įverčio naudojimo pagrįstumą. Taip pat, tęsiant sergančiųjų AD prisitaikymo tyrimus vertėtų toliau gilintis ne tik į tai, kokie veiksniai gali prisidėti prie susvetimėjimo su savo kūnu sergant, bet ir aiškintis, kokie veiksniai padeda patirti mažesnę susvetimėjimą, taigi, kokie galėtų būti apsauginiai susvetimėjimo veiksniai. Panašu, kad visiškai išvengti įtampos tarp kūno ir savasties sergantiesiems gali būti išties sunku, tačiau veiksmų, padedančių ją sumažinti išskyrimas galėtų būti prasmingas siekiant padėti individams gyventi mažiau psichologinių ir socialinių sunkumų bei suvaržymų keliantį gyvenimą sergant lėtine odos liga.

Galiausiai, nors šis tyrimas teikia tik pirmuosius preliminarius duomenis apie kūno ir savasties santykio svarbą prisitaikant prie lėtinės AD ligos, specialistams, dirbantiems su šia lėtine odos liga sergančiais asmenimis, pravartu atkreipti dėmesį ne tik į objektyviai įvertinamos būklės sunkumą, bet ir į tai, kiek subjektyviai varginamas ligos simptomų bei savo kūno asmuo jaučiasi, kadangi tai tiesiogiai prognozuoja jų patiriamus prisitaikymo sunkumus. Tai, kaip turintys fizinių trūkumų

asmenys mąsto apie save ir kaip yra linkę su savimi elgtis susidūrę su sunkumais taip pat yra vertinga informacija apie tai, kaip jiems seksis įveikti ligos keliamus iššūkius ir priimti sunkumų šaltinį – savo sergantį kūną. Taigi, intervencijos, jei jau taikomos, turėtų apimti ir taikytis į specifinius kognityvinius ir elgesio aspektus, prognozuojančius didesnius prisitaikymo sunkumus. Tokio pobūdžio intervencijas, skirtas palengvinti prisitaikymo prie AD sunkumus, vertėtų orientuoti į sergančiojo savikritiškumo tendencijų mažinimą bei savikontrolės praradimo jausmą. Nors atjauta sau šiame tyrime neprognozavo mažesnio susvetimėjimo su savo kūnu ir mažesnių prisitaikymo sunkumų, atjautus santykis su savimi yra nesuderinamas su savikritika (Neff, 2003a), tad intervencijos, orientuotos į atjautos sau ugdymą, galėtų padėti mažinti savikritišką sergančiųjų tendencijas, būdingas atšiauriems sau individams. Santykyje su savimi būdami atjautūs, asmenys suteikia sau emocinį saugumą, kurio fone gali matyti save aiškiai nesmerkdami savęs, leisdami sau tiksliai suvokti ir atitaisyti kenksmingus mąstymo, jausmų ir elgesio modelius (Neff, 2003b).

Taip pat, kadangi AD liga nėra išgydoma, tikėtina, kad didžiąja dalimi prisitaikymas prie jos reiškia ligos ir savo sergančio kūno priėmimą, tad į prisitaikymą prie AD nukreiptos intervencijos galėtų turėti teigiamą rezultatą, jei įtrauktų tam tikras kognityvines įveikos strategijas, orientuotas į susvetimėjimo tarp kūno ir savasties mažinimą. Žmonės, pasižymintys probleminiu kūno vaizdu, t. y. susvetimėję su juo, potencialiai galėtų pasinaudoti KET programomis, kurių efektyvumas įrodytas tyrimais ir kurios skirtos dirbti su kūno vaizdu (Fingeret, Teo & Epner, 2014). Siekiant padėti sergantiesiems AD atkurti teigiamą santykį su savo sergančiu kūnu vertėtų apsvarstyti pagalbos teikimą grupėse – Delmar et al., 2005 teigia, kad ligos ir pakitusio kūno kaip savo dalies pripažinimas gali būti palengvintas suvokimo, kad yra kitų žmonių, susiduriančių su labai panašiais sunkumais, taigi, sergančiųjų tarpusavio palaikymas mažinant susvetimėjimą su savo kūnu gali būti svarbus veiksnys.

IŠVADOS

1. Kūno ir savasties vienovė, t. y. asmens patiriama santykio su savo sergančiu kūnu pobūdis, iš dalies leidžia patikimai prognozuoti sergančiųjų prisitaikymą prie atopinio dermatito.
 - 1.1. Suskilusi kūno ir savasties vienovė reikšmingai didina sergančiųjų patiriamus niežulio – draskymosi ciklo keliamus sunkumus ir bejėgiškumą, o kartu su subjektyviai sunkesne liga leidžia patikimai prognozuoti sergančiųjų patiriamą socialinį nerimą ir vengimą bei neigiamą ligos poveikį gyvenimo kokybei.
 - 1.2. Kūno ir savasties harmonijos patyrimas neleidžia patikimai prognozuoti prisitaikymo sunkumų.
2. Atjautos sau patyrimas neleidžia patikimai prognozuoti sergančiųjų prisitaikymo prie atopinio dermatito, tačiau neigiamo santykio su savimi pobūdis – atšiaurumas sau, apimantis daugiau nei atjautos sau nebuvimą, kartu su draskymosi ciklo keliamais sunkumais, reikšmingai didina sergančiųjų patiriamą nerimastingumą ir depresiškumą.
3. Atšiaurumas sau ir subjektyvus ligos sunkumas leidžia patikimai prognozuoti suskilusią kūno ir savasties vienovę: kuo sergantieji yra atšiauresni sau ir jaučiasi stipriau varginami savo ligos, tuo didesnę atitolimą nuo savo kūno jie patiria.
4. Pažeidimai veido srityje leidžia patikimai prognozuoti sergančiųjų atopiniu dermatitu subjektyviai vertinamą ligos sunkumą: turintys pažeidimų veide jaučiasi labiau varginami ligos simptomų.

LITERATŪRA

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107–118.
- Altman, J. K., Linfield, K., Salmon, P. G., & Beacham, A. O. (2017). The body compassion scale: Development and initial validation. *Journal of Health Psychology* 00(0).
- Babenko, O., & Guo, Q. (2019). Measuring Self-Compassion in Medical Students: Factorial Validation of the Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF). *Academic Psychiatry*, 43(6), 590–594.
- Bender, B. G., Leung, S. B., & Leung, D. Y. (2003). Actigraphy Assessment of Sleep Disturbance in Patients with Atopic Dermatitis: an Objective Life Quality Measure. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 111(3), 598–602.
- Bierhaus, A., Wolf, J., Andrassy, M., Rohleder, N., Humpert, P. M., Petrov, D., ... & Joswig, M. (2003). A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(4), 1920–1925.
- Bloom, L. R. (1992). “How Can We Know the Dancer From the Dance?”: Discourses of the Self-Body. *Human Studies*, 15(4), 313–334.
- Bode, C., van der Heij, A., Taal, E., & van de Laar, M. A. (2010). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, health & medicine*, 15(6), 672–684.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19, 233–245.
- Bradbury, E. (2012). Meeting the Psychological Needs of Patients with Facial Disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50(3), 193–196.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 58–64.
- Calogero, R. M., & Thompson, J. K. (2009). Potential implications of the objectification of women's bodies for women's sexual satisfaction. *Body image*, 6(2), 145–148.
- Charmaz, K. (1983). Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195.
- Charmaz, K. (1995). The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680.
- Charmaz, K., & Rosenfeld, D. (2006). *Reflections of the Body, Images of Self: Visibility and Invisibility in Chronic Illness and Disability*. In Waskul, D., & Vannini, P., (Eds.), *Body/*

- Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, pp. 35–50. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Chishima, Y., Mizuno, M., Sugawara, D., & Miyagawa, Y. (2018). The Influence of Self-Compassion on Cognitive Appraisals and Coping with Stressful Events. *Mindfulness*, 9(6), 1907–1915.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., & Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(16), 5995–5999.
- Corbin, J. M. (2003). The body in health and illness. *Qualitative health research*, 13(2), 256–267.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578–1591.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2015). Validation of the Psychometric Properties of the Self – Compassion Scale. Testing the Factorial Validity and Factorial Invariance of the Measure among Borderline Personality Disorder, Anxiety Disorder, Eating Disorder and General Populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 460–468.
- Čekanavičius, V., Murauskas, G. (2009). *Statistika ir jos taikymai III*. Vilnius: TEV.
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., ... & Pedersen, B. D. (2005). Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 204–212.
- Dion, K., Berscheid, E., & Walster, E. (1972). What is Beautiful is Good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(3), 285–290.
- Ellis-Hill, C. S., Payne, S., & Ward, C. (2000). Self-Body Split: Issues of Identity in Physical Recovery Following a Stroke. *Disability and Rehabilitation*, 22(16), 725–733.
- Evers, A. W. M., Lu, Y., Duller, P., Van Der Valk, P. G. M., Kraaimaat, F. W., & Van De Kerkhof, P. C. M. (2005). Common Burden of Chronic Skin Diseases? Contributors to Psychological Distress in Adults with Psoriasis and Atopic Dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152(6), 1275–1281.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(3), 343.
- Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1546–1553.

- Fingeret, M. C., Teo, I. & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633–641.
- Fox, F. E., Rumsey, N., & Morris, M. (2007). “Ur Skin is the Thing That Everyone Sees and You Can’t Change It!”: Exploring the Appearance Related Concerns of Young People with Psoriasis. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(2), 133–141.
- Gadow, S. (1980). Body and Self: a Dialectic. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 5(3), 172–185.
- Garmhausen, D., Hagemann, T., Bieber, T., Dimitriou, I., Fimmers, R., Diepgen, T., & Novak, N. (2013). Characterization of Different Courses of Atopic Dermatitis in Adolescent and Adult Patients. *Allergy*, 68(4), 498–506.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353–379.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84(3), 239–255.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2013). Cutaneous Body Image Dissatisfaction and Suicidal Ideation: Mediation by Interpersonal Sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(1), 55–59.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., & Ellis, C. N. (1994). Depression Modulates Pruritus Perception: a Study of Pruritus in Psoriasis, Atopic Dermatitis, and Chronic Idiopathic Urticaria. *Psychosomatic Medicine*.
- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The Journal of social psychology*, 156(5), 523–535.
- Holm, J. G., Agner, T., Clausen, M. L., & Thomsen, S. F. (2016). Quality of life and disease severity in patients with atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(10), 1760–1767.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The Psychosocial and Occupational Impact of Chronic Skin Disease. *Dermatologic therapy*, 21(1), 54–59.
- Hudak, P. L., McKeever, P., & Wright, J. G. (2007). Unstable Embodiments: a Phenomenological Interpretation of Patient Satisfaction with Treatment Outcome. *Journal of Medical Humanities*, 28(1), 31–44.

- Yan, Q. (2016). Psychoneuroimmunology of Skin Diseases. In *Psychoneuroimmunology*. Springer, Cham, 109–120.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297–308.
- Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., & Zachariae, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy and persistent pain in women treated for primary breast cancer. *The Clinical journal of pain*, 34(1), 59–67.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301.
- Kelly, M. P., & Field, D. (1996). Medical Sociology, Chronic Illness and the Body. *Sociology of Health & Illness*, 18(2), 241–257.
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, health & medicine*, 5(2), 117–129.
- Krieger, T., Hermann, H., Zimmermann, J., & Grosse Holtforth, M. (2015). Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life: findings from a smartphone study. *Personality and individual differences*, 87, 288–292.
- Krüger, C., Smythe, J. W., Spencer, J. D., Hasse, S., Panske, A., Chiuchiarelli, G., & Schallreuter, K. U. (2011). Significant immediate and long-term improvement in quality of life and disease coping in patients with vitiligo after group climatotherapy at the Dead Sea. *Acta dermatovenereologica*, 91(2), 152–159.
- Kudzytė, J., Rudzevičienė, O., Vaidelienė, L., & Valiulis, A. (2014). Lietuvos atopinio dermatito diagnostikos ir gydymo protokolas. *Vaikų pulmonologija ir alergologija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, t. 17, Nr. 2, 69–84.
- Lafrance, M., & Carey, R. S. (2018). Skin work: Understanding the embodied experience of acne. *Body & Society*, 24(1–2), 55–87.
- Leibovici, V., Canetti, L., Yahalomi, S., Cooper-Kazaz, R., Bonne, O., Ingber, A., & Bachar, E. (2010). Well-Being, Psychopathology And Coping Strategies In Psoriasis Compared With Atopic Dermatitis: A Controlled Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(8), 897–903.
- Leung, D. Y., Boguniewicz, M., Howell, M. D., Nomura, I., & Hamid, Q. A. (2004). New Insights Into Atopic Dermatitis. *The Journal of Clinical Investigation*, 113(5), 651–657.

- Lewandowska, B. (2014). Selected conditions for endometrial acceptance and preferred forms of psychological assistance. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12(1), 9–25.
- Lindow, K. B., Shelestak, D., & Lappin, J. (2005). Perceptions of Self in Persons with Rosacea. *Dermatology Nursing*, 17(4), 249–314.
- Linnet, J., & Jemec, G. B. (1999). An Assessment of Anxiety and Dermatology Life Quality in Patients with Atopic Dermatitis. *The British Journal of Dermatology*, 140(2), 268–272.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., Van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PloS one*, 10(7).
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552.
- Maksimović, N., Janković, S., Marinković, J., Sekulović, L. K., Živković, Z., & Spirić, V. T. (2012). Health-Related Quality of Life in Patients with Atopic Dermatitis. *The Journal of Dermatology*, 39(1), 42–47.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: A Phenomenological Inquiry Into the Common Ground of Mind-Body Therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 6.
- Mizara, A., Papadopoulos, L., & McBride, S. R. (2012). Core Beliefs and Psychological Distress in Patients with Psoriasis and Atopic Eczema Attending Secondary Care: the Role of Schemas in Chronic Skin Disease. *British Journal of Dermatology*, 166(5), 986–993.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (pp. 121–137). New York: Springer.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), 263–287.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139–154.
- Papadopoulos, L., Walker, C., Aitken, D., & Bor, R. (2000). The Relationship Between Body Location and Psychological Morbidity in Individuals with Acne Vulgaris. *Psychology, Health & Medicine*, 5(4), 431–438.
- Pariante, C. M., & Miller, A. H. (2001). Glucocorticoid receptors in major depression: relevance to pathophysiology and treatment. *Biological psychiatry*, 49(5), 391–404.
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104–117.
- Peter, D., & Gazelle, H. (2017). Anxious Solitude and Self-Compassion and Self-Criticism Trajectories in Early Adolescence: Attachment Security as a Moderator. *Child development*, 88(6), 1834–1848.
- Petrocchi N, Ottaviani C, Couyoumdjian A. (2013). Dimensionality of self-compassion: translation and construct validation of the self-compassion scale in an Italian sample. *J Ment Health*. 23: 72–77.
- Picardi, A., Lega, I., & Tarolla, E. (2013). Suicide Risk in Skin Disorders. *Clinics in Dermatology*, 31(1), 47–56.
- Picardi, A., Mazzotti, E., & Pasquini, P. (2006). Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(3), 420–426.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 311–323.
- Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M., & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *International journal of dermatology*, 50(10), 1217–1222.
- Pruzinsky T., Doctor M. (1994) Body Images and Pediatric Burn Injury. In: Tarnowski K.J. (eds) *Behavioral Aspects of Pediatric Burns. Issues in Clinical Child Psychology*. Springer, Boston, MA.
- Raap, U., Gieler, U., & Schmid-Ott, G. (2004). Atopic Dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics*, 5, 147–149.
- Raap, U., Goltz, C., Deneka, N., Bruder, M., Renz, H., Kapp, A., & Wedi, B. (2005). Brain-derived neurotrophic factor is increased in atopic dermatitis and modulates eosinophil functions compared with that seen in nonatopic subjects. *Journal of allergy and clinical immunology*, 115(6), 1268–1275.

- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33–36.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250–255.
- Sawant, N. S., Vanjari, N. A., & Khopkar, U. (2019). Gender differences in depression, coping, stigma, and quality of life in patients of Vitiligo. *Dermatology research and practice*.
- Schneider, G., Heuft, G., & Hockmann, J. (2013). Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), 383–386.
- Schut, C., Felsch, A., Zick, C., Hinsch, K. D., Gieler, U., & Kupfer, J. (2014). Role of Illness Representations and Coping in Patients with Atopic Dermatitis: a Cross-Sectional Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(11), 1566–1571.
- Schut, C., Reinisch, K., Classen, A., Andres, S., Gieler, U., & Kupfer, J. (2018). Agreeableness as Predictor of Induced Scratching in Patients with Atopic Dermatitis: A Replication Study. *Acta dermato-venereologica*, 98(1–2), 32–37.
- Schut, C., Weik, U., Tews, N., Gieler, U., Deinzer, R., & Kupfer, J. (2015). Coping as mediator of the relationship between stress and itch in patients with atopic dermatitis: a regression and mediation analysis. *Experimental dermatology*, 24(2), 148–150.
- Seiffert, K., Hilbert, E., Schaechinger, H., Zouboulis, C. C., & Deter, H. C. (2005). Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology*, 210(4), 286–293.
- Senra, M. S., & Wollenberg, A. (2014). Psychodermatological Aspects of Atopic Dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 170, 38–43.
- Sherman, K. A., Roper, T., & Kilby, C. J. (2019). Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: randomised pilot of the ‘My Changed Body’ self-compassion writing intervention. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 7(1), 62–77.
- Sirois, F. M. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(2), 128–145.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-Compassion, Stress, and Coping in the Context of Chronic Illness. *Self and Identity*, 14(3), 334–347.
- Stangier, U., Ehlers, A., & Gieler, U. (2003). Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychological assessment*, 15(4), 532.

- Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., & Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609–626.
- Šidlauskaitė, R. (2010). Tiriančiosios ir patvirtinančiosios faktorinės analizės taikymas medicinoje (Magistro darbas, Vytauto Didžiojo universitetas).
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352–362.
- Thompson, A. R., & Kent, G. (2001). Adjusting to Disfigurement: Processes Involved in Dealing with Being Visibly Different. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 663–682.
- Thompson, A. R., (2005). Coping with chronic skin conditions: Factors important in explaining individual variation in adjustment. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds.), *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 57–71.
- Timms, R. M. (2013). Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? *Psychology, Health & Medicine*, 18(3), 310–320.
- van Diemen, T., van Leeuwen, C., van Nes, I., Geertzen, J., & Post, M. (2017). Body image in patients with spinal cord injury during inpatient rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(6), 1126–1131.
- van Laarhoven, A. I., Kraaimaat, F. W., Wilder-Smith, O. H., & Evers, A. W. (2010). Role of Attentional Focus on Bodily Sensations in Sensitivity to Itch and Pain. *Acta Dermato-Venereologica*, 90(1), 46–51.
- Verhoeven, E. W., De Klerk, S., Kraaimaat, F. W., Van De Kerkhof, P., De Jong, E. M., & Evers, A. W. (2008). Biopsychosocial Mechanisms of Chronic Itch in Patients with Skin Diseases: a Review. *Acta Dermato-Venereologica*, 88(3), 211–218.
- Verhoeven, L., Kraaimaat, F., Duller, P., Van De Kerkhof, P., & Evers, A. (2006). Cognitive, Behavioral, and Physiological Reactivity to Chronic Itching: Analogies to Chronic Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 237–243.
- Walker, C., (2005). Introduction. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds.), *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1–9.
- Wittkowski, A., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2007). Illness Perception in Individuals with Atopic Dermatitis. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 433–444.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., ... & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*, 43(4), 759–770.

Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child abuse & neglect*, 80, 62–69.

Žiūrėta [2020 – 04 – 21] per interneto prieigą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R0037#/>

PRIEDAI

1 priedas. Pažeistų odos sričių procentinis pasiskirstymas tarp tiriamųjų (N= 81)

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Ligos pažeistos odos sritys:</i>		
Rankos (apima plaštakas)	69	85,2
Veidas	53	65,4
Kojos (apima pėdas)	41	50,6
Kaklas	34	42
Krūtinė/ dekoltė	21	25,9
Nugara, pečiai	23	28,4
Galva (apima plaukuotą galvos dalį, sritis už ausų)	6	7,4
Pilvas	1	1,2
Sėdmenys	1	1,2
Genitalijos	1	1,2
<i>Bendras pažeistų sričių skaičius:</i>		
3	17	21
1	16	19,8
2	15	18,5
4	13	16
5	8	9,9
6	7	8,6
7	1	1,2
Visas kūnas	4	4,9

2 priedas. Demografinių duomenų anketa

Prašome atsakyti į keletą klausimų apie save:

Jūsų lytis (pažymėkite „x“):

O Moteris

O Vyras

Jūsų amžius (įrašykite amžių metų tikslumu):

Kiek laiko sergate atopiniu dermatitu (AD)? (įrašykite bendrą trukmę savaitėmis, mėnesiais ar metais nuo diagnozavimo pradžios, neatsižvelgdami į pagerėjimo etapus)

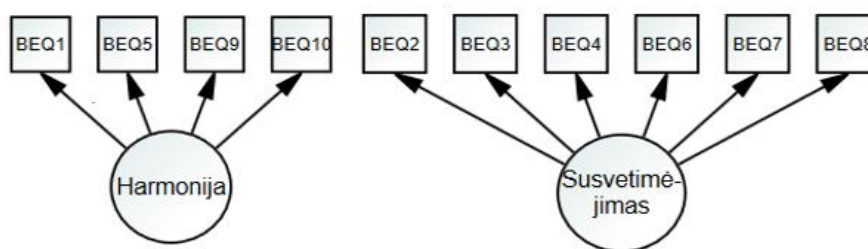
Kurios kūno srities odą liga yra pažeidusi? (pažymėkite visas Jums tinkančias alternatyvas ir/ ar įrašykite Jums trūkstamą)

- Veido
- Kaklo
- Krūtinės/ dekolte
- Nugaros ir pečių
- Rankų
- Kojų
- Kita (įrašykite) _____

Kaip stipriai Jus vargina šie su Jūsų odos būkle susiję simptomai (pažymėkite „x“):

	<i>Visai nevargina</i>			<i>Stipriai vargina</i>	
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Skausmas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niežulys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miego problemos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 priedas. Konceptiniai harmonijos ir susvetimėjimo su savo kūnu patyrimo modeliai



4 priedas. Patvirtinančiosios faktorinės analizės galutinių modelių tinkamumo kriterijai

Skalė	χ^2	Df	P	CFI	TLI	RMSEA	$\Delta\chi^2$	Δdf
Harmonijos	1,98	2	0,370	1,00	1,00	< 0,001	1,98	2
Harmonijos (be BEQ9)	0,00	0	–	1,00	1,00	0,41		
Susvetimėjimo	15,79	9	0,070	0,98	0,96	0,09	10,61	1
Atjautos sau	20,59	9	0,015	0,92	0,88	0,127		
Atjautos sau (galutinis)	9,98	8	0,266	0,98	0,97	0,05		
Atšiaurumo sau	13,98	9	0,120	0,98	0,96	0,08		
Socialinio nerimo/ vengimo	201,67	90	< 0,001	0,84	0,81	0,13	73,79	6
Socialinio nerimo/ vengimo (galutinis)	127,88	84	0,001	0,99	0,98	0,06		
Socialinio nerimo/ vengimo (be sn11)	124,19	74	< 0,001	0,93	0,91	0,09	3,69	10
Niežulio – draskymosi ciklo	37,86	27	0,080	0,96	0,95	0,07	6,83	7
Niežulio – draskymosi ciklo (be nz12)	31,03	20	0,055	0,96	0,94	0,08		
Bejėgiškumo	61,48	27	< 0,001	0,91	0,89	0,13	26,99	3
Bejėgiškumo (galutinis)	35,19	24	0,066	0,97	0,96	0,08		
Nerimastingumo – depresiškumo	96,64	20	< 0,001	0,779	0,70	0,22	67,02	2
Nerimastingumo – depresiškumo (galutinis)	29,62	18	0,041	0,97	0,95	0,09		
Poveikio gyvenimo kokybei	11,71	9	0,230	0,98	0,96	0,06	5,06	4
Poveikio gyvenimo kokybei (be p51)	6,65	5	0,248	0,98	0,97	0,6		

Pastaba. χ^2 : Chi kvadratas, df: laisvės laipsniai, p: reikšmingumo lygmuo; CFI: sąlyginis suderintumo kriterijus; TLI: Takerio ir Liuiso indeksas; RMSEA: vidutinės aproksimacijos paklaidos kvadratinė šaknis.

5 priedas. Harmonijos skalės teiginių koreliacijos koeficientai

	BEQ1	BEQ5	BEQ9	BEQ10
BEQ1	1	0.34**	0.14	0.29**
BEQ5		1	0.12	0.58**
BEQ9			1	0.00
BEQ10				1

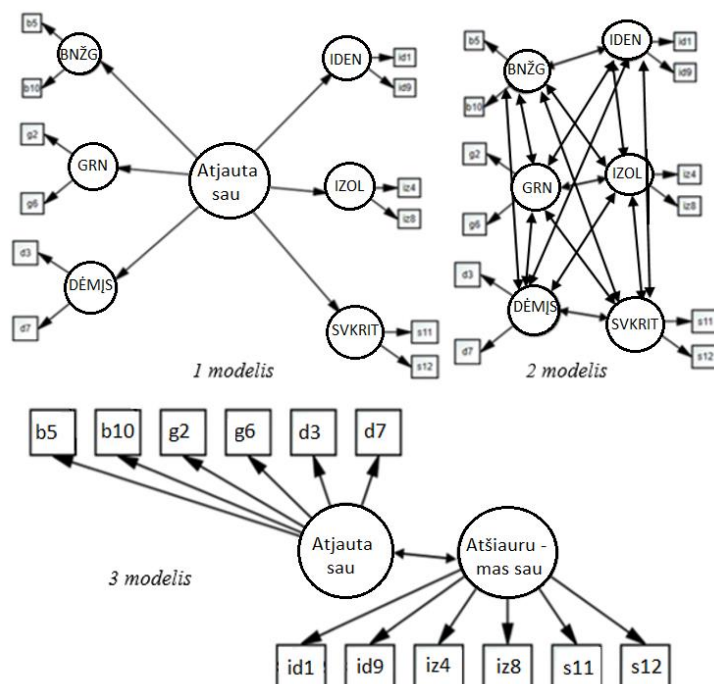
Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

6 priedas. Susvetimėjimo skalės teiginių koreliacijos koeficientai

	BEQ2	BEQ3	BEQ4	BEQ6	BEQ7	BEQ8
BEQ2	1	0.69**	0.53**	0.58**	0.74**	0.74**
BEQ3		1	0.63**	0.47**	0.70**	0.59**
BEQ4			1	0.38**	0.65**	0.44**
BEQ6				1	0.53**	0.49**
BEQ7					1	0.72**
BEQ8						1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

7 priedas. 3 atskiri koncepciniai Atjautos sau modeliai



8 priedas. 6 faktorių, sudarančių Atjautos sau trumpąją formą, koreliacijos

	1	2	3	4	5	6
1. Per didelė identifikacija	1	0.14	0.17	0.56**	0.23*	0.61**
2. Geranoriškumas		1	0.74**	0.06	0.59**	-0.01
3. Dėmesingas įsisąmoninimas			1	0.31**	0.56**	0.23*
4. Izoliacija				1	0.13	0.69**
5. Bendražmogiškumas					1	0.20
6. Savikritika						1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

9 priedas. Atjautos sau subskalės teiginių koreliacijos

	SCS2	SCS3	SCS5	SCS6	SCS7	SCS10
SCS2	1	0.53**	0.40**	0.40**	0.53**	0.33**
SCS3		1	0.49**	0.44**	0.51**	0.44**
SCS5			1	0.48**	0.46**	0.46**
SCS6				1	0.65**	0.49**
SCS7					1	0.29**
SCS10						1

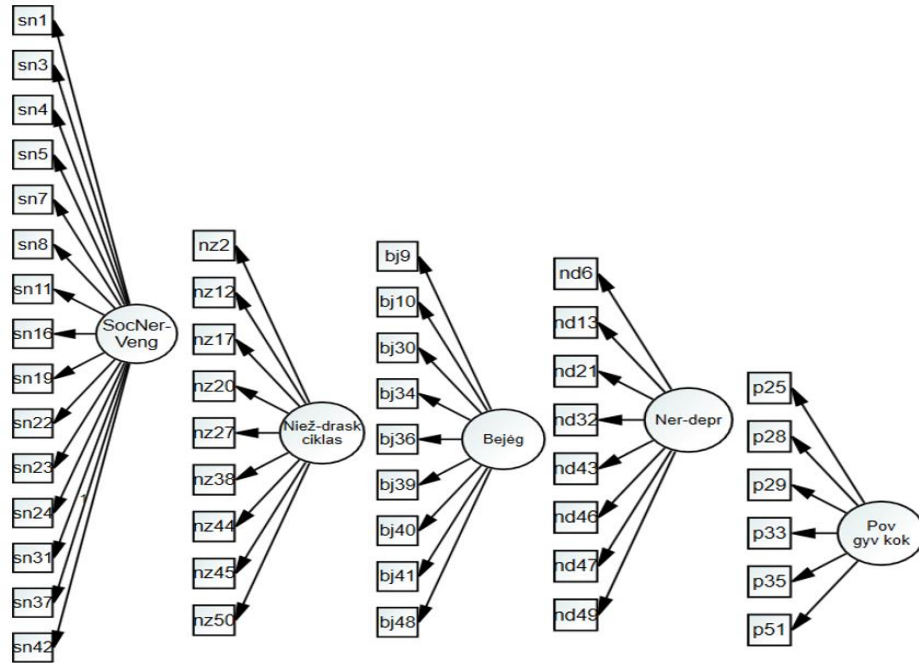
Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

10 priedas. Atšiaurumo sau subskalės teiginių koreliacijos

	SCS1	SCS4	SCS8	SCS9	SCS11	SCS12
SCS1	1	0.25*	0.23*	0.34**	0.45**	0.34**
SCS4		1	0.47**	0.49**	0.57**	0.52**
SCS8			1	0.57**	0.57**	0.56**
SCS9				1	0.62**	0.45**
SCS11					1	0.75**
SCS12						1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

11 priedas. Konceptinis prisitaikymo prie lėtinės odos ligos modelis



12 priedas. Socialinio nerimo/ vengimo skalės teiginių koreliacijos

	sn1	sn3	sn4	sn5	sn7	sn8	sn11	sn16	sn19	sn22	sn23	sn24	sn31	sn37	sn42
sn1	1	0.43**	0.24*	0.33**	0.41**	0.39**	0.23	0.10	0.36**	0.24*	0.31**	0.31**	0.49**	0.38**	0.45**
sn3		1	0.64**	0.43**	0.64**	0.51**	0.38**	0.25*	0.63**	0.41**	0.68**	0.63**	0.67**	0.52**	0.65**
sn4			1	0.39**	0.51**	0.58**	0.28*	0.30**	0.54**	0.51**	0.67**	0.73**	0.46**	0.61**	0.46**
sn5				1	0.34**	0.48**	0.27*	0.30**	0.35**	0.36**	0.47**	0.42**	0.49**	0.47**	0.28*
sn7					1	0.55**	0.63**	0.45**	0.63**	0.39**	0.52**	0.41**	0.56**	0.54**	0.64**
sn8						1	0.31**	0.41**	0.60**	0.50**	0.66**	0.71**	0.52**	0.69**	0.33**
sn11							1	0.27*	0.36**	0.31**	0.22*	0.18	0.42**	0.33**	0.41**
sn16								1	0.43**	0.34**	0.29**	0.30**	0.34**	0.45**	0.32**
sn19									1	0.45**	0.61**	0.59**	0.55**	0.56**	0.65**
sn22										1	0.43**	0.52**	0.54**	0.59**	0.39**
sn23											1	0.78**	0.52**	0.60**	0.45**
sn24												1	0.49**	0.70**	0.35**
sn31													1	0.49**	0.52**
sn37														1	0.40**
sn42															1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

13 priedas. Niežulio – draskymosi ciklo skalės teiginių koreliacijos

	nz2	nz12	nz17	nz20	nz27	nz38	nz44	nz45	nz50
nz2	1	0.27*	0.50**	0.39**	0.23*	0.26*	0.43**	0.32**	0.17
nz12		1	0.33**	0.28*	0.18	0.15	0.26*	0.26*	0.28*
nz17			1	0.57**	0.62**	0.56**	0.67**	0.62**	0.23*
nz20				1	0.48**	0.43**	0.53**	0.64**	0.31**
nz27					1	0.37**	0.42**	0.51**	0.23*
nz38						1	0.55**	0.54**	0.35**
nz44							1	0.67**	0.30**
nz45								1	0.42**
nz50									1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

14 priedas. Bejėgiškumo skalės teiginių koreliacijos

	bj9	bj10	bj30	bj34	bj34	bj36	bj39	bj40	bj41
bj9	1	0.47**	0.51**	0.64**	0.59**	0.57**	0.52**	0.69**	0.34**
bj10		1	0.61**	0.57**	0.38**	0.43**	0.51**	0.56**	0.22
bj30			1	0.62**	0.45**	0.52**	0.71**	0.55**	0.28*
bj34				1	0.53**	0.64**	0.54**	0.70**	0.31**
bj36					1	0.61**	0.44**	0.50**	0.31**
bj39						1	0.61**	0.76**	0.36**
bj40							1	0.69**	0.47**
bj41								1	0.41**
bj41									1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

15 priedas. Nerimastingumo – depresiškumo skalės teiginių koreliacijos

	nd6	nd13	nd21	nd32	nd43	nd46	nd47	nd49
nd6	1	0.63**	0.52**	0.54**	0.67**	0.38**	0.42**	0.61**
nd13		1	0.34**	0.42**	0.72**	0.40**	0.31**	0.58**
nd21			1	0.83**	0.45**	0.41**	0.56**	0.46**
nd32				1	0.47**	0.32**	0.55**	0.44**
nd43					1	0.52**	0.45**	0.72**
nd46						1	0.40**	0.51**
nd47							1	0.41**
nd49								1

*Pastaba. *p < 0,05; ** p < 0,01.*

16 priedas. Poveikio gyvenimo kokybei skalės teiginių koreliacijos

	p25	p28	p29	p33	p35	p51
p25	1	0.34**	0.56**	0.54**	0.37**	0.25*
p28		1	0.34**	0.38**	0.43**	0.17
p29			1	0.38**	0.39**	0.24*
p33				1	0.42**	0.41**
p35					1	0.19
p51						1

*Pastaba. *p < 0,05; ** p < 0,01.*

17 priedas. Su liga susijusių, psichologinių bei prisitaikymo kintamųjų tarpusavio sąsajos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. TRUK	1	0.13	0.10	0.12	-0.13	-0.05	0.18	0.05	0.08	-0.07	0.13
2. SLS		1	0.04	0.34**	-0.04	0.11	0.44**	0.43**	0.36**	0.20	0.43**
3. HAR			1	0.19	0.25*	-0.02	0.18	0.09	0.20	0.15	0.24*
4. SUSV				1	-0.09	0.51**	0.80**	0.59**	0.77**	0.52**	0.69**
5. ATS					1	0.13	-0.06	-0.27*	-0.07	-0.34**	-0.09
6. ATŠ						1	0.45**	0.18	0.37**	0.35**	0.18
7. SN-V							1	0.54**	0.83**	0.52**	0.73**
8. ND-C								1	0.67**	0.54**	0.64**
9. B									1	0.55**	0.78**
10. N-D										1	0.47**
11. PGK											1

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. TRUK: sirgimo trukmė metais, VEID: odos pažeidimai veido srityje, ATS: atjauta sau, ATŠ: atšiaurumas sau, SLS: subjektyvus ligos sunkumas, SUSV: susvetimėjimas su savo kūnu, HARM: harmonija tarp kūno ir savasties, SN-V – socialinis nerimas/ vengimas, N-DC – niežėjimo –draskymosi ciklas, B – bejėgiškumas, N-D – nerimastingumas – depresiškumas, PGK – poveikis gyvenimo kokybei.

18 priedas. Turinčių ir neturinčių pažeidimų veido srityje skalių skirstinių skirtumai

Skalė	Turintys (n = 53)	Neturintys (n = 28)	U	p
	Vidurkinis rangas	Vidurkinis rangas		
Subjektyvus ligos sunkumas	45,18	33,09	520,50	0,027
Harmonija tarp kūno ir savasties	40,26	42,39	703,00	0,695
Susvetimėjimas tarp kūno ir savasties	43,10	37,02	630,50	0,267
Socialinis nerimas ir vengimas	44,69	34,02	546,50	0,052
Niežulio – draskymosi ciklas	43,20	36,84	625,50	0,247
Bejėgiškumas	42,70	37,79	652,00	0,371
Nerimastingumas – depresiškumas	42,65	37,88	654,50	0,384
Poveikis gyvenimo kokybei	43,62	36,04	603,000	0,167

Pastabos: U – Mann – Whitney U testo koeficientas, p – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.