

# Primjena Mindfulnessa u području edukacijske rehabilitacije

---

**Domić, Dora**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:841872>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-13**



*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

**Diplomski rad**

Primjena *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije

Dora Domić

Zagreb, lipanj 2023.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

**Diplomski rad**

Primjena *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije

Ime i prezime studentice:

Dora Domić

Ime i prezime mentorice:

Prof. dr. sc. Renata Martinec

Zagreb, lipanj 2023.

### **Izjava o autorstvu rada**

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „*Primjena mindfulnessa u području edukacijske rehabilitacije*” i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Dora Domić

Mjesto i datum: Zagreb, 8. lipnja 2023.

**Naslov rada:** Primjena *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije

**Ime i prezime studentice:** Dora Domić

**Ime i prezime mentorice:** Prof. dr. sc. Renata Martinec

**Program/modul:** Edukacijska rehabilitacija/Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

### Sažetak

Posljednjih je godina interes za *mindfulness* (usredotočena svjesnost) i intervencije koje se na njemu temelje u porastu. *Mindfulness* podrazumijeva obraćanje pažnje, odnosno svijest o i prihvaćanje onoga što se u sadašnjem trenutku događa u umu, tijelu i vanjskoj okolini, bez prosuđivanja. Dosadašnja istraživanja iz područja neuroznanosti, psihologije, medicine, edukacije, rehabilitacije i dr. pokazuju da *mindfulness* ima brojne dobrobiti u različitim populacijama korisnika te da može pomoći u podržavanju pažnje, prihvatljivog ponašanja, socijalnih vještina, samoregulacije te pozitivnog emocionalnog stanja. Iz tog razloga sve veću primjenu nalazi i u populaciji djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Također, i roditelji djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom svakodnevno se suočavaju s brojnim stresorima i izazovima, među kojima su specifični zahtjevi koje pred njih postavlja dijagnoza te briga za budućnost djeteta. Roditeljski stres može negativno utjecati na psihofizički status roditelja, učinkovitost roditeljstva, interakcije s djetetom i njegov razvoj, stoga je neophodno provoditi različite intervencije za smanjenje roditeljskog stresa, među kojima se mogu primijeniti i neke od *mindfulness* tehnika kako bi se optimizirali ishodi djece s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji. Nadalje, i edukacijski rehabilitatori u svakodnevnom se radu susreću s različitim zahtjevima i potrebama svojih korisnika koje mogu utjecati na pojavu profesionalnog stresa. Naime, osim specifičnih potreba i karakteristika korisnika, profesionalnom stresu doprinose i organizacijski uvjeti rada, odnosi s kolegama i roditeljima, potreba za kontinuiranim usavršavanjima i sl. U tom smislu, kao jedna od negativnih posljedica profesionalnog stresa je sindrom sagorijevanja na poslu (burnout sindrom) koji se manifestira kao smanjen osjećaj postignuća, depersonalizacija i emocionalna iscrpljenost. Da bi se to spriječilo, u zadnje se vrijeme posebno naglašava važnost provedbe različitih strategija i tehnika suočavanja sa stresom na radnom mjestu. Na temelju navedenog definiran je cilj ovoga

preglednog rada koji se odnosio na razmatranje mogućnosti i učinkovitosti primjene *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije, u trijadi koju čine: 1) djeca s teškoćama u razvoju/osobe s invaliditetom, 2) roditelji, 3) edukacijski rehabilitatori i stručnjaci srodnih disciplina uključeni u edukacijsko-rehabilitacijski proces. U tu svrhu, proveden je pregled literature dostupne u različitim bazama kao što su EBSCO, SpringerLink, Scopus, Hrčak, Google Scholar i drugi. Rezultati istraživanja koja su obuhvaćena ovim pregledom pokazuju mnoge dobrobiti *mindfulnessa* za različite sudionike edukacijsko-rehabilitacijskog procesa, koje se očituju u pozitivnijim kognitivnim, afektivnim i interpersonalnim ishodima te u poboljšanju fizičkog i mentalnog zdravlja. Također, naglašena je potreba provedbe daljnjih istraživanja, posebice u našoj zemlji, koja bi doprinijela učinkovitijoj i brojnijoj primjeni *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije.

**Ključne riječi:** *mindfulness*, edukacija, rehabilitacija, dobrobiti

**Title:** The application of *mindfulness* in the field of educational rehabilitation

**Student:** Dora Domić

**Mentor:** Renata Martinec, PhD

**Program/module:** Educational rehabilitation/Rehabilitation, Sophrology, Creative and Art/Expressive Therapies

### **Abstract**

In recent years, interest in *mindfulness* (focused awareness) and interventions based on it has been on the rise. *Mindfulness* means paying attention, that is, being aware of and accepting what is happening in the mind, body and external environment in the present moment, without judgment. Previous research in the fields of neuroscience, psychology, medicine, education, rehabilitation, etc. shows that *mindfulness* has numerous benefits in different populations of users and that it can help support attention, acceptable behavior, social skills, self-regulation and a positive emotional state. For this reason, it is increasingly used in the population of children with developmental disabilities and people with disabilities. Moreover, parents of children with developmental disabilities and people with disabilities face numerous stressors and challenges every day, among which are the specific demands placed on them by the diagnosis and concern for the child's future. Parental stress can negatively affect the psychophysical status of parents, the effectiveness of parenting, interactions with the child and child's development, therefore it is necessary to implement various interventions to reduce parental stress, among which some of the *mindfulness* techniques can be applied in order to optimize the outcomes of children with developmental disabilities and their families. Furthermore, educational rehabilitators in their daily work are faced with different demands and needs of their users, which can cause professional stress. Namely, in addition to the specific needs and characteristics of users, work organization conditions, relationships with colleagues and parents, the need for continuous training, etc. also contribute to professional stress. In this sense, one of the negative consequences of professional stress is burnout syndrome, which is manifested as a reduced sense of achievement, depersonalization and emotional exhaustion. In order to prevent this, recently the importance of implementing different strategies and techniques for dealing with stress in the workplace has been particularly emphasized. On the

basis of the above, the aim of this review was defined, which related to the consideration of the possibility and effectiveness of applying *mindfulness* in the field of educational rehabilitation, in the triad consisting of: 1) children with developmental disabilities/persons with disabilities, 2) parents, 3) educational rehabilitators and experts from related disciplines involved in the educational rehabilitation process. For this purpose, a review of the literature available in various databases such as EBSCO, SpringerLink, Scopus, Hrčak, Google Scholar and others was conducted. The results of the research included in this review show many benefits of *mindfulness* for various participants in the educational rehabilitation process, which are manifested in more positive cognitive, affective and interpersonal outcomes and in the improvement of physical and mental health. In addition, the need to carry out further research, especially in our country, was emphasized, which would contribute to a more effective and numerous application of *mindfulness* in the field of educational rehabilitation.

**Key words:** *mindfulness*, education, rehabilitation, benefits



# Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Povijesni razvoj <i>mindfulness</i> intervencija .....	3
1.2. <i>Mindfulness</i> intervencije .....	3
1.2.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) .....	4
1.2.2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) .....	5
1.2.3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .....	6
1.2.4. Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) .....	8
1.3. Pozitivni učinci <i>mindfulnessa</i> .....	9
2. PRIMJENA MINDFULNESSA U PODRUČJU EDUKACIJSKE REHABILITACIJE .....	12
2.1. Primjena <i>mindfulnessa</i> kod djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom .....	12
2.1.1. Intelektualne teškoće .....	12
2.1.2. Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti .....	16
2.1.3. Poremećaj iz spektra autizma .....	18
2.1.4. Teškoće učenja .....	21
2.1.5. Cerebralna paraliza .....	22
2.1.6. Kronične bolesti .....	24
2.2. Primjena <i>mindfulnessa</i> kod roditelja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom .....	25
2.2.1. Roditeljstvo i roditeljski stres kod roditelja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom .....	25
2.2.2. <i>Mindful</i> roditeljstvo .....	27
2.2.3. Pregled istraživanja .....	28
2.3. Primjena <i>mindfulnessa</i> kod edukacijskih rehabilitatora i stručnjaka srodnih disciplina .....	35
2.3.1. Profesionalni stres i sindrom sagorijevanja (burn-out) .....	35
2.3.2. Pregled istraživanja .....	38
3. ZAKLJUČAK .....	46
4. LITERATURA .....	49

## 1. UVOD

Posljednjih je godina interes za *mindfulness* (usredotočena svjesnost) i intervencije koje su usmjerene na podučavanje vještina *mindfulnessa* u porastu, zahvaljujući sve većem broju istraživanja i dokaza o potencijalnim dobitima i primjenjivosti *mindfulnessa* u različitim područjima kao što su edukacija, rehabilitacija, neuroznanost, psihologija, medicina i dr.

*Mindfulness* podrazumijeva obraćanje pozornosti na sadašnji trenutak, sa stavom otvorenosti, neprosuđivanja i prihvaćanja (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2015). *Mindfulness* je stanje svijesti, pri čemu je pažnja osobe fokusirana na vlastite misli, osjećaje i senzacije u tijelu te na okolinu u sadašnjem trenutku (Bishop i sur., 2004; Kabat-Zinn, 2003).

Za ljudska bića karakteristično je da provode veliku količinu vremena razmišljajući o događajima iz prošlosti, o onome što se može dogoditi u budućnosti i o nečemu što se nikada neće dogoditi. „Lutanje uma“ može dovesti do negativnih emocionalnih posljedica i smanjene kvalitete života (Killingsworth i Gillbert, 2010). *Mindfulness* smanjuje „lutanje uma“ i omogućava kvalitetnije iskustvo sadašnjeg trenutka te tako može pozitivno utjecati na psihofizičko blagostanje (Brown i Ryan, 2003). Bit *mindfulnessa* jest naučiti fokusirati pažnju na sadašnji trenutak, bez prosuđivanja, što je u suprotnosti s kontinuiranom brigom o događajima iz prošlosti i budućnosti (Salmon, Sephton, Weissbecker, Hoover, Ulmer i Studts, 2004).

Dobrobiti *mindfulnessa* manifestiraju se kroz pozitivnije psihičke, fizičke, kognitivne, afektivne i interpersonalne ishode (Creswell, 2017). Sve je više dokaza da je njegova primjena učinkovita kod različitih populacija, što također uključuje populaciju djece i odraslih s teškoćama u razvoju i invaliditetom, njihove roditelje i stručnjake uključene u terapijski proces, odnosno edukacijske rehabilitatore. *Mindfulness* može pozitivno utjecati na različita stanja te na sposobnosti koje su u djece s teškoćama u razvoju i odraslih osoba s invaliditetom slabije razvijene, kao što su samoregulacija (Kim i Kwon, 2017; Singh, Lancioni, Karazsia, Myers, Hwang i Analayo, 2019), pažnja (Kim i Kwon, 2017) i socijalne vještine (Seif i Jabbari, 2020). Poznato je da se roditelji čija djeca imaju teškoće u razvoju i edukacijski rehabilitatori moraju suočiti sa specifičnim izazovima u svakodnevnom životu i na radnom mjestu, što rezultira

visokim razinama stresa. Važno je istaknuti ulogu *mindfulnessa* u poboljšanju upravljanja stresom i unapređenju vještina suočavanja sa stresnim podražajima (Creswell, 2017).

Na temelju opisanog problemskog područja, definiran je cilj ovoga preglednog rada koji se odnosio na razmatranje mogućnosti i učinkovitosti primjene *mindfulnessa* i intervencija koje se na njemu temelje u području edukacijske rehabilitacije, u trijadi koju čine: 1) djeca s teškoćama u razvoju/osobe s invaliditetom, 2) njihovi roditelji, 3) edukacijski rehabilitatori i stručnjaci srodnih disciplina uključeni u edukacijsko-rehabilitacijski proces. U tu svrhu proveden je pregled literature i istraživanja dostupnih u različitim bazama kao što su EBSCO, SpringerLink, Scopus, Hrčak, Google Scholar i drugi. Dobiveni rezultati obrađeni su deskriptivno uz navedene osnovne smjernice i preporuke u kontekstu primjene *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije.

## 1.1. Povijesni razvoj *mindfulness* intervencija

Koncept *mindfulnessa* u Budizmu je prisutan preko 2500 godina (Ditrich, 2016). Korijeni *mindfulnessa* potječu iz budističke filozofije i prakse te su povezani s praksom različitih specifičnih tehnika meditacije (Rapgay i Bystrisky, 2009). Unatoč podrijetlu koje je utemeljeno u Budizmu, dobrobiti *mindfulnessa* dostupne su za sve osobe, bez obzira na sustav vjerovanja, ideologije ili vjersku pripadnost. Bit *mindfulnessa* je univerzalna jer podrazumijeva specifičan način fokusiranja pažnje kojim se postiže razumijevanje sebe (Kabat-Zinn, 2005).

Integracija *mindfulnessa* u zapadnu psihologiju i medicinu započela je razvojem zen-budizma u Americi 1950-ih i 1960-ih godina (Keng, Smoski i Robins, 2011). *Mindfulness* meditacija ušla je u psihologiju i medicinu zapada kao rezultat potrage za načinima pomoću kojih bi se umanjila subjektivna patnja osobe uzrokovana bolešću i psihološkim distresom. U zdravstvenu skrb zapada *mindfulness* filozofija integrirana je u smislu psihoterapije i upravljanja stresom (Salmon i sur., 2004). Jedan od prvih koji je primijenio *mindfulness* u zdravstvenoj skrbi bio je Jon Kabat-Zinn, koji je zajedno s kolegama 1979. godine na Sveučilištu Massachusetts razvio Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) program namijenjen oboljelim pacijentima (Kabat-Zinn, 1982; Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn i Bratt, 2007). Tijekom posljednjih godina, na temelju sve šire primjene ovog pristupa, koncipirane su i druge različite *mindfulness* intervencije koje se razlikuju s obzirom na specifične tehnike koje primjenjuju, način njihovog korištenja i problemska područja na koja su usmjerene.

## 1.2. *Mindfulness* intervencije

Primjena *mindfulnessa* može biti formalna, koja uključuje meditacije i prakse naučene tijekom *mindfulness* programa te neformalna, koja uključuje primjenu *mindfulnessa* tijekom svakodnevnih aktivnosti (Hindman, Glass, Arnkoff i Maron, 2015). Drugim riječima, formalnim *mindfulnessom* podrazumijeva se kada osoba prakticira *mindfulness* meditacije kao

što su body scan<sup>1</sup> ili sjedeća meditacija<sup>2</sup>, dok neformalni *mindfulness* podrazumijeva generalizaciju vještina mindfulnessa u svakodnevnim aktivnostima (Birtwell, Williams, Van Marwijk, Armitage i Sheffield, 2019). Neformalni mindfulness moguće je prakticirati tijekom različitih aktivnosti kao što su razgovor, jedenje i pranje posuđa (Kabat-Zinn, 2005; Birtwell i sur., 2019).

Potrebno je naglasiti razliku između *mindfulness* stanja i *mindfulness* osobine. *Mindfulness* kao stanje odnosi se na stanje koje se postiže mindfulness meditacijom (Lau i sur., 2006). *Mindfulness* osobina definira se kao predispozicija osobe da bude *mindful* u svojoj svakodnevici (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer i Toney, 2006). Istraživanjem koje su proveli Kiken, Garland, Bluth, Palsson i Gaylord (2015) utvrđeno je veće povećanje *mindfulness* osobine kod osoba kod kojih je nakon *mindfulness* intervencije utvrđeno i veće povećanje *mindfulness* stanja.

### **1.2.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)**

Mindfulness-Based Stress Reduction program (MBSR) je program koji traje 8 tjedana, a razvio ga je Jon Kabat-Zinn 1979. godine na Sveučilištu Massachusetts. Ovaj program podrazumijeva intenzivni *mindfulness* trening i integraciju *mindfulnessa* u svakodnevni život (Samuelson i sur., 2007). Program je u početku bio namijenjen pacijentima koji se suočavaju s kroničnim medicinskim stanjima, fizičkom boli i zahtjevnim emocionalnim stanjima (Kabat-Zinn, 1994 prema Samuelson i sur., 2007). Seanse se provode na tjednoj bazi i traju oko dva i pol sata, a u program je uključena i jedna cjelodnevna seansa. Veličina grupa u kojima kojima se provodi program obično varira od 10 do 40 polaznika (Grossman, Niemann, Schmidt i Walach, 2004).

---

<sup>1</sup> Body scan je *mindfulness* meditacija u kojoj pojedinac uzastopno i bez prosuđivanja fokusira svoju pažnju na različite dijelove tijela i senzacije u tim dijelovima tijela (Sauer-Zavala, Walsh, Eisenlohr-Moul i Lykins, 2013)

<sup>2</sup> Sjedeća meditacija obuhvaća fokusiranje pažnje na disanje, zvukove u okolini, tjelesne senzacije te protok misli i emocija (Sauer-Zavala i sur., 2013)

Seanse uključuju tri vježbe meditacije temeljene na usredotočenoj svjesnosti: body scan, meditaciju u sjedećem položaju i yogu<sup>3</sup>. Ove tri vježbe potiču promatranje i prihvaćanje tjelesnih osjeta, spoznaja, emocionalnih stanja, poriva i podražaja iz okoline onako kako se javljaju, bez prosuđivanja. Sudionike se potiče da prakticiraju ove vježbe 45 minuta dnevno te da integriraju vještine *mindfulnessa* u svakodnevne aktivnosti (Baer, Carmody i Hunsinger, 2012).

Ovaj program pokazuje pozitivne učinke kod različitih populacija, uključujući pacijente s kroničnim bolestima, osobe koje pate od depresije i anksioznosti, ali i kod zdravih osoba kod kojih je prisutan pojačani privatni ili profesionalni stres (Chiesa i Seretti, 2011; Hofmann, Sawyer, Witt i Oh, 2010; Irving, Dobkin i Park, 2009; Ledesma i Kumano, 2009).

### **1.2.2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)**

Mindfulness-Based Cognitive Therapy program (MBCT) je osmotjedni program koji kombinira elemente MBSR programa i kognitivno-bihevioralne terapije (Creswell, 2017). MBCT je nastao u 1990-im godinama, kada su Segal, Williams i Teasdale integrirali MBSR i tehnike kognitivno-bihevioralne terapije kao tretman za depresiju (Segal, Williams i Teasdale, 2002).

Ovaj grupni program izvorno je razvijen kako bi se kod pacijenata u remisiji od rekurentne depresije povećala svjesnost o vlastitim mislima, osjećajima i senzacijama u tijelu te kako bi se prema istima drugačije odnosili. Naime, pacijenti u ovom programu uče prepoznati da su osjećaji i misli prolazni događaji u umu, a ne istinit odraz realnosti. Vještine naučene u programu omogućavaju pacijentima da se prestanu uključivati u uobičajene, automatske i disfunkcionalne kognitivne rutine, odnosno da se prekine ruminacija. Na taj se način smanjuje rizik od relapsa depresije (Segal i sur., 2002). Osim kao tretman za depresiju, MBCT program može se primjenjivati kao tretman za bipolarni poremećaj, anksiozni poremećaj i druge mentalne poremećaje (Kim i sur., 2009; Williams i sur., 2008).

---

<sup>3</sup> *Mindful* yoga podrazumijeva kultiviranje *mindful* svjesnosti o tijelu tijekom pokreta, zadržavanja položaja i istežanja (Sauer-Zavala i sur., 2013)

U ovom se programu koriste različite vježbe kao što su body scan, sjedeća i hodajuća meditacija, svjesni pokreti yoge, trominutni prostor za disanje te fokusirana svjesnost tijekom svakodnevnih aktivnosti. Program također uključuje elemente kognitivne terapije. Bihevioralni elementi uključuju podržavanje osoba da svjesno izvršavaju aktivnosti koje povećavaju njihovo blagostanje, kao što su kupanje, slušanje ugodne glazbe ili odlazak u šetnju (Sipe i Eisendrath, 2012).

### **1.2.3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**

Cilj terapije prihvaćanjem i posvećenošću jest poticanje prihvaćanja neugodnih misli, osjećaja i senzacija, poticaje svjesnog kontakta sa sadašnjim trenutkom, razjašnjavanje vlastitih vrijednosti i poduzimanje radnji u skladu s tim vrijednostima (Biglan, Layton, Jones, Hankins i Rusby, 2013). Osim toga, ova terapija fokusirana je na povećanje psihološke fleksibilnosti (Keng i sur., 2011). ACT terapija obuhvaća *mindfulness* i procese promjene ponašanja te potiče volju osobe za uključivanjem u situacije koje je prethodno izbjegavala (Biglan i Hayes, 1996). ACT se može primjenjivati individualno ili grupno, a samo trajanje terapije može biti od jednog dana do 16 tjedana (Keng i sur., 2011).

Psihološka fleksibilnost podrazumijeva sposobnost potpunog kontakta s onime što se događa u sadašnjem trenutku te ponašanje u skladu s vlastitim vrijednostima (Biglan, Hayes i Pistorello, 2008). Ona omogućava da osoba promijeni ili ustraje u svom ponašanju u sadašnjem trenutku kako bi služila vlastitim vrijednim ciljevima (Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis, 2006). Rast fleksibilnosti događa se zahvaljujući jasnoći o vlastitim vrijednostima te prihvaćanju ili odvajanju od vlastitih misli i osjećaja. Kad osoba prihvati i odvoji se od vlastitih misli i osjećaja, spremna je djelovati u skladu sa svojim vrijednostima, unatoč tome što joj um govori da ne može ili da ne treba pokušati djelovati na taj način (Biglan, Layton, Jones, Hankins i Rusby, 2011).

Psihološka fleksibilnost temelji se na šest procesa koji su međusobno povezani: prihvaćanje, kognitivna defuzija, prisutnost u sadašnjem trenutku, self kao kontekst, vrijednosti i posvećeno djelovanje (Hayes i sur., 2006).

- Prihvaćanje se odnosi na aktivno prihvaćanje unutarnjih iskustava kako se pojavljuju i konteksta u kojem se pojavljuju. Prihvaćanjem se smanjuju napori potrebni za kontroliranje i reguliranje unutarnjih iskustava. Njime se posebno cilja na unutarnja iskustva koja potiču iskustveno izbjegavanje. Tako se smanjuje izbjegavanje neželjenih unutarnjih iskustava koje negativno utječe na funkcioniranje osobe (Hayes, Wilson, Gifford, Follette i Stroshal, 1996). Kao primjer iskustvenog izbjegavanja može poslužiti osoba s anksioznim poremećajem koja izbjegava situacije koje uzrokuju anksioznost. U ovome primjeru, prihvaćanje bi se odnosilo na aktivnu i potpunu prisutnost u situaciji koja uzrokuje anksioznost, bez pokušaja osobe da se od toga zaštiti (Twohig, 2012; Hayes i sur., 2006).
- Kognitivna defuzija smanjuje doslovno značenje unutarnjih iskustava, za razliku od kognitivne fuzije koja se odnosi na doslovno shvaćanje unutarnjih iskustava i koja ima veliku moć nad postupcima koje osoba poduzima. Misli se pritom doživljavaju samo kao misli, osjećaji samo kao osjećaji, a tjelesne senzacije samo kao tjelesne senzacije. Primjerice, ako osoba pomisli da je bezvrijedna, kognitivna defuzija omogućuje da se se ta misao doživi samo kao misao te osoba tada ima mogućnost odabrati da ta misao neće utjecati na njezine postupke (Twohig, 2012).
- Prisutnost u sadašnjem trenutku podrazumijeva fokusiranje na unutarnja iskustva i događaje u okolini onako kako se pojavljuju u sadašnjem trenutku, bez evaluiranja i prosuđivanja. Prisutnost u sadašnjem trenutku u suprotnosti je s fokusiranjem na događaje iz prošlosti i budućnosti koje se javlja kada osoba brine i ruminira. Tri su vještine potrebne za potpunu prisutnost u sadašnjem trenutku. Ove vještine obuhvaćaju fokusiranje pažnje na sadašnji trenutak, otvoreno i potpuno doživljavanje onoga što se događa te opisivanje događaja bez prosuđivanja i označavanja (Twohig, 2012).
- Self kao kontekst stavlja naglasak na doživljavanje unutarnjih i vanjskih iskustava u sadašnjem trenutku na način da ta iskustva ne definiraju osobu. Primjerice, ako osoba sebe označi kao depresivnu, postoji vjerojatnost da će se ponašati na način koji će održavati ovakav opis sebe kako bi zaštitila self. Kognitivna defuzija i vježbe mindfulnessa olakšavaju osobi doživljavanje iskustava ovdje i sada, bez da je ta iskustva definiraju (Twohig, 2012).
- Uloga vrijednosti je motivirati osobu da se uključi u određene aktivnosti. Vrijednosti daju smjernice za djelovanje te svrhu našem djelovanju. Razjašnjavanje individualnih



vrijednosti povećava vjerojatnost da će osoba pristupiti iskustvima koje je do tada izbjegavala (Twohig, 2012).

- Posvećeno djelovanje odnosi se na preusmjeravanje ponašanja prema postupcima koji su povezani s definiranim vrijednostima te istovremeno prakticiranje preostalih pet procesa (Twohig, 2012).

Tijekom seansi primjenjuju se metafore, priče, igre uloga i primjeri iz života kako bi se potaknula psihološka fleksibilnost. Terapeut u seansi može potaknuti ciljano unutarnje iskustvo kako bi klijenti uvježbali korištenje šest procesa za vrijeme prisutnosti tog iskustva. Osim toga, terapeut tijekom seanse modelira šest procesa kao odgovor na vlastita unutarnja iskustva (Twohig, 2012).

Rezultati istraživanja pokazuju da je ACT intervencija učinkovita kao tretman za širok spektar poremećaja, kao što su anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja, poremećaji hranjenja i poremećaji osobnosti (Codd, Twohig, Crosby i Enno, 2011; Zettle i Rains, 1989, Jurascio, Forman i Herbert, 2010; Gratz i Gunderson, 2006). Osim toga, ova se intervencija pokazala učinkovitom u reduciraju roditeljskog stresa kod roditelja djece s teškoćama u razvoju (Blackledge i Hayes, 2006).

#### **1.2.4. Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS)**

Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) program sadrži dvije komponente koje se isprepliću: prakse temeljene na *mindfulnessu* te podršku pozitivnom ponašanju. Formalne i neformalne *mindfulness* prakse roditelji primjenjuju u svrhu osobne transformacije, Osim toga, tijekom programa, roditelji dobivaju upute kako učinkovito upravljati djetetovim ponašanjem (Singh, Lancioni, Medvedev, Hwang i Myers, 2021).

Programi podrške za roditelje djece s teškoćama u razvoju uobičajeno obuhvaćaju bihevioralni roditeljski trening i psihoedukaciju, fokusirajući se na pomaganje roditeljima da smanje probleme u ponašanju kod djece (McIntyre i Neece, 2016). Međutim, pritom su često zanemarene psihološke potrebe samih roditelja (Yu, McGrew i Bolor, 2019).

*Mindfulness* komponenta u MBPBS programu reducira roditeljski stres i anksioznost. Komponenta podrške pozitivnom ponašanju umanjuje učestalost, trajanje, intenzitet i ozbiljnost

problematičnih ponašanja kod djece i osoba koja imaju teškoće u razvoju (Singh i sur., 2021). Podrška pozitivnom ponašanju namijenjena je smanjenju problematičnih ponašanja i povećanju kvalitete života, na način da se osobu podučava novim vještinama ili da se stvaraju promjene u okolini u kojoj se ponašanje javlja (Singh, Lancioni, Karazsia i Myers, 2016). Cilj MBPBS programa nije samo promjena ponašanja djeteta, nego reduciranje problema s kojima se suočavaju djeca s teškoćama u razvoju i njihovi roditelji, primjenom meditacija i *mindful* korištenjem podrške pozitivnom ponašanju tijekom interakcije s djetetom (Singh i sur., 2021).

Ovaj program može biti učinkovit u smanjenju roditeljskog stresa, povećanju roditeljskog zadovoljstva roditeljstvom te poboljšanju interakcija između roditelja i djeteta. Zahvaljujući roditeljskom *mindfulnessu*, dolazi do promjene ponašanja djece s teškoćama u razvoju (Singh i sur., 2021).

Tijekom programa, sudionici uče različite meditacije i *mindfulness* prakse i upoznaju se s različitim konceptima kao što su *početnički um*<sup>4</sup> (eng. beginner's mind) i koncept *tri otrova*<sup>5</sup> (eng. three poisons). Vezano za komponentu podrške pozitivnom ponašanju, sudionici uče o strategijama prevencije nepoželjnih ponašanja, strategijama intervencije te kako primjenjivati *mindfulness* tijekom opservacije ponašanja, komunikacije, pauze između davanja zahtjeva i pružanja podrške te tijekom pružanja pojačanja za ponašanje (Singh, Lancioni, Karazsia, Chan i Winton, 2016). Podrška pozitivnom ponašanju omogućava roditeljima i stručnjacima da podrže djecu, adolescente i odrasle koji pokazuju problematična ponašanja, kao što su agresija i ometajuća ponašanja (MacDonald, 2016; Morris i Horner, 2016).

### 1.3. Pozitivni učinci *mindfulnessa*

Meta-analiza autora McClintock, Rodriguez i Zerubavel (2019) pokazala je da je *mindfulness* trening povezan s poboljšanjem mentalnog zdravlja kod nekliničke populacije. Ova meta-analiza pokazala je da je *mindfulness* trening povezan s povećanjem *mindfulnessa* i blagostanja te smanjenjem stresa, anksioznosti i depresivnih simptoma. Rezultati istraživanja obuhvaćenih ovom meta-analizom pokazuju da *mindfulness* trening može biti učinkovit u unapređenju psihološkog zdravlja i u smanjenju rizika za nastanak problema mentalnog

---

<sup>4</sup> Koncept početničkog uma podrazumijeva da pojedinac sve što gleda vidi kao da mu je prvi put (Kabat-Zinn, 1991 prema Childs, 2007)

<sup>5</sup> Tri otrova ili tri negativne kvalitete uma u Budizmu se smatraju glavnim uzrocima ljudske patnje, a uključuju pohlepu, gnjev i neznanje (Leifer, 1999)

zdravlja kod odraslih osoba iz opće populacije. Istraživanje provedeno kod zdravih adolescenata pokazalo je značajnu pozitivnu povezanost *mindfulnessa* sa samopoštovanjem i otpornošću te negativnu povezanost sa stresom, anksioznošću, depresijom i psihološkom nefleksibilnošću (Tan i Martin, 2016).

U istraživanju koje su proveli Moore i Malinowski (2009) pokazalo se da su sudionici uključeni u budistički centar u kojem se prakticiraju *mindfulness* meditacije postizali bolje rezultate u zadacima koji su ispitivali pažnju i kognitivnu fleksibilnost u usporedbi s kontrolnom skupinom. Istraživanje provedeno sa studentima na sveučilištu u Sjevernoj Karolini pokazalo je da je nakon četverodnevno treninga *mindfulness* meditacije koji je trajao 20 minuta dnevno došlo do značajnog poboljšanja vizuo-spacijalnog procesiranja, radne memorije, izvršnih funkcija i sposobnosti zadržavanja pažnje (Zeidan, Johnson, Diamond, David i Goolkasian, 2010). Istraživanje o primjeni MBSR programa na sveučilištu u Kopenhagenu pokazalo je da se u skupini koja je sudjelovala u programu značajno poboljšala selektivna pažnja. Osim toga, utvrđeno je i poboljšanje kapaciteta radne memorije (Jensen, Vangkilde, Frokjaer i Hasselbalch, 2012).

Primjena osmotjednog MBCT programa kod odraslih pokazala se učinkovitom u smanjenju negativnog afekta, povećanju pozitivnog afekta te unapređenju stava prihvatanja iskustava (Schroevers i Brandsma, 2010). U istraživanju provedenom sa studentima, više razine *mindfulnessa* pokazale su se povezanima s manje teškoća emocionalne regulacije, nižim razinama emocionalne reaktivnosti i nižim razinama emocionalne labilnosti. Osim toga, pronađena je povezanost *mindfulnessa* i svjesnosti o emocijama. Više razine *mindfulnessa* bile su povezane s višim razinama emocionalne diferencijacije pozitivnih i negativnih emocija (Hill i Updegraff, 2012).

Istraživanje o primjeni MBSR programa kod zdravstvenog osoblja zaposlenog u dvije bolnice u Kanadi pokazalo je značajno povećanje empatije i smanjenje pokazatelja burnout sindroma nakon provedbe programa. Osim toga, po završetku programa utvrđeno je poboljšanje sposobnosti *mindful* slušanja drugih ljudi, povećanje tolerancije i suosjećanja, poboljšanje vještina upravljanja konfliktima te smanjenje emocionalne reaktivnosti. Godinu dana nakon završetka programa, provedene su dvije fokus grupe u kojima su sudionici izvijestili da su implementirali *mindfulness* tijekom svakodnevne komunikacije na poslu i izvan posla, što je unaprijedilo njihovu komunikaciju i odnose s pacijentima i s članovima vlastite obitelji (Moll, Frolic i Key, 2015). *Mindful* komunikacija u zdravstvenoj skrbi podrazumijeva prisutnost u sadašnjem trenutku uz stav neprosuđivanja prema pacijentima i sposobnost brze prilagodbe na

promjene u interakcijama između zdravstvenog osoblja i pacijenta ili njegove obitelji. *Mindful* komunikacija uključuje i *mindful* slušanje. Tijekom *mindful* slušanja, pažnja slušatelja nije ometena već postojećim predodžbama koje slušatelj ima o drugoj osobi. Tišina koja se javlja za vrijeme *mindful* slušanja može biti vrlo snažna i potaknuti pacijente i obitelj da postanu otvoreniji prema zdravstvenim djelatnicima (Prince-Paul i Kelley, 2017). Ona stvara prostor za uspostavu povjerenja i pojavu emocija (Wittenberg-Lyes, Goldsmith, Ferrell i Ragan, 2013). *Mindful* prisutnost zdravstvenih djelatnika smatra se iscjeljujućom, suosjećajnom prisutnošću (Prince-Paul i Kelley, 2017).

Rezultati istraživanja koje su proveli Hölzel i sur. (2011) pokazuju da je nakon provedbe MBSR programa kod odraslih osoba koje su u njemu sudjelovale došlo do povećanja gustoće sive tvari u lijevom hipokampusu, posteriornom cingularnom korteksu, temporo-parijetalnoj spojnici i malom mozgu, odnosno u regijama mozga koje imaju važnu ulogu u učenju i pamćenju, emocionalnoj regulaciji, samoreferencijalnim procesima i razumijevanju perspektive druge osobe. Hölzel i sur. (2010) proveli su istraživanje u kojemu je kod sudionika koji su sudjelovali u MBSR programu nakon provedbe programa utvrđeno smanjenje percipiranog stresa. Smanjenje percipiranog stresa bilo je pozitivno povezano sa smanjenjem gustoće sive tvari u desnoj bazolateralnoj amigdali, koja ima bitnu ulogu u otkrivanju stresnog podražaja i pokretanju adaptivnog suočavanja (LeDoux, 2000; Hasler i sur., 2007). Kod *mindful* osoba razina aktivnosti amigdale je niža (Way, Creswell, Eisenberger i Lieberman, 2010). Tomasino i Fabbro (2016) utvrdili su da je nakon osmotjednog programa koji je uključivao prakticiranje *mindfulness* meditacija došlo do povećanja aktivacije dorzolateralnog prefrontalnog korteksa koji ima ulogu u fokusiranju pažnje te lijeve insule koja je važna za svjesnost o tijelu. Kod osoba koje su *mindful* dokazana je povećana aktivacija u prefrontalnom korteksu koji ima bitnu ulogu za svjesno doživljavanje emocija. Kod istih osoba utvrđena je smanjena emocionalna reaktivnost (Creswell, Way, Eisenberger i Lieberman, 2007).

## **2. PRIMJENA MINDFULNESSA U PODRUČJU EDUKACIJSKE REHABILITACIJE**

### **2.1. Primjena *mindfulnessa* kod djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom**

Primjena *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije može biti praktičan i siguran način za unapređenje vještina i ishoda djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Naime, *mindfulness* alati kao što su disanje, pokret, prihvaćanje, vizualizacija i refleksija nalaze se unutar osobe te tako osoba ima mogućnost generalizirati *mindfulness* vještine u različitim okruženjima. Osim toga, prostorni zahtjevi za provedbu *mindfulness* intervencije nisu veliki pa se tako mogu provoditi i u učionici. *Mindfulness* prakse ne zahtijevaju mnogo vremena te se lako mogu implementirati tijekom nastave ili rehabilitacije uz prilagodbu različitim potrebama i sposobnostima korisnika s različitim vrstama teškoća ili invaliditeta (Magaldi i Park-Taylor, 2016).

#### **2.1.1. Intelektualne teškoće**

Intelektualne teškoće podrazumijevaju značajno ograničeno intelektualno funkcioniranje i adaptivno ponašanje, a nastaju prije 18. godine života (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2015 prema Kim i Kwon, 2017). Za osobe s intelektualnim teškoćama karakteristični su deficiti u socio-emocionalnom i jezičnom razvoju, deficit u samoregulaciji i problemi u ponašanju (Borowski, Carothers, Howard, Schatz i Farris, 2007; Cooper, Smiley, Allan i Jackson, 2009)

U osoba koje imaju intelektualne teškoće, prevalencija problema mentalnog zdravlja koji uključuju probleme u ponašanju i psihičke poremećaje veća je u usporedbi s prevalencijom u općoj populaciji (Sekušak-Galešev, Kramarić i Galešev, 2014). Višoj prevalenciji problema mentalnog zdravlja kod osoba s intelektualnim teškoćama doprinose rizični faktori koji uključuju izloženost okolinskim stresorima i traumatskim životnim iskustvima (fizičko i seksualno zlostavljanje) (Reiter, Bryen i Shachar, 2007), život u siromaštvu (Emerson, 2004),

zdravstveni problemi, nezaposlenost, zanemarivanje, zlostavljanje (Hastings, Hatton, Taylor i Maddison, 2004), nedostatak socijalnih odnosa i podrške drugih ljudi (Walsh, Kerr i van Schrojenstein Lantmann-De Valk, 2003) i stigmatizacija (Paterson, McKenzie i Lindsay, 2012).

Primjena intervencija temeljenih na *mindfulnessu* kod osoba s teškoćama u razvoju uglavnom je usmjerena na poboljšanje kapaciteta za samoregulaciju (Meiklejohn i sur., 2012). Intervencije temeljene na *mindfulnessu* koje potiču samoregulaciju, neovisno funkcioniranje i izvedbu zadataka korisne su ne samo za osobe s intelektualnim teškoćama nego i za druge osobe iz njihovog okruženja. Naime, povećanjem samostalnosti osoba s intelektualnim teškoćama smanjuje se potreba za nadzorom od strane osoba iz njihovog okruženja (Kim i Kwon, 2017). Brown, Duff, Karatzias i Horsburg (2011) ističu da, u usporedbi s intervencijama temeljenim na *mindfulnessu*, ostale psihoterapijske intervencije zahtijevaju vještine kao što su iznošenje vlastitih misli i osjećaja te verbalne vještine, te da zbog toga možda nisu pogodne za osobe s intelektualnim teškoćama. S druge strane, intervencije temeljene na *mindfulnessu* usmjerene su na sposobnost promjene fokusa pažnje te na taj način osobe imaju vrijeme da se umire i da odaberu na koji će način reagirati na neugodnu misao ili događaj (Adkins, Singh, Winton, McKeegan i Singh, 2010). Iz tog bi razloga intervencije temeljene na *mindfulnessu* mogle biti pogodnije za osobe s intelektualnim teškoćama od ostalih psihoterapijskih intervencija (Griffith i sur., 2016).

Rezultati istraživanja pokazuju učinkovitost primjene *mindfulness* intervencija kod osoba s intelektualnim teškoćama. Singh i sur. (2013) u svom su istraživanju utvrdili da je primjena *mindfulness* meditacije pomogla osobama s lakim intelektualnim teškoćama u kontroliranju vlastite fizičke i verbalne agresivnosti. Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle i Albany (2013) proveli su istraživanje o primjeni MBCT programa kod osoba s graničnim, lakim i umjerenim teškoćama. MBCT program pokazao se učinkovit u smanjenju depresije i anksioznosti te u povećanju samosuosjećanja i suosjećanja prema drugima.

U osoba s intelektualnim teškoćama mogu se javiti ponašanja čija je funkcija izbjegavanje zadatka, što posljedično ometa njihov obrazovni napredak i razvoj vještina (Georgiou i sur., 2010, Valentine i sur., 2010, Aunola i sur., 2006, Hirvonen i sur., 2010 prema Kim i Kwon, 2017). Faktori koji doprinose izbjegavanju zadatka uključuju slabo razvijene vještine, iskustvo ponavljanih neuspjeha, osjećaj niske samoučinkovitosti te očekivanje neuspjeha u budućim zadacima (Aunola i sur., 2006, Hirvonen i sur., 2010, Bandura, 1997, Berglas i Jones, 1978 prema Kim i Kwon, 2017). Uzimajući navedeno u obzir, u radu s osobama s intelektualnim teškoćama potrebno je poticati samostalnost u zadacima i izvođenje aktivnosti

koje potiču učenje. Upravo izvođenje i dovršavanje aktivnosti i zadataka temelj su neovisnog života u odrasloj dobi (Kim i Kwon, 2017).

Kim i Kwon (2017) proveli su istraživanje čiji je cilj bio istražiti hoće li intervencija temeljena na *mindfulnessu* smanjiti ponašanja koja imaju funkciju izbjegavanja zadatka i povećati ponašanja usmjerena na zadatak te hoće li se moguća poboljšanja zadržati kada se intervencija završi. U istraživanju je sudjelovalo troje djece s lakim intelektualnim teškoćama u dobi od 10 do 12 godina. Djeca koja su sudjelovala u istraživanju pokazuju ponašanja koja imaju funkciju izbjegavanja zadatka. Prije početka intervencije, podaci o ponašanjima usmjerenima na zadatak i ponašanjima čija je funkcija izbjegavanje zadatka su prikupljeni za sva tri ispitanika tijekom 45-minutne kreativne aktivnosti. Sudionici su dobili dva do tri zadatka napisana na papir i potrebne materijale za izvršenje zadatka. Zadaci su uključivali crtanje i bojanje, izradu skulpture od plastelina i izradu kolaža. Osim toga, sudionici su dobili aritmetičke zadatke kojima se mjerila točnost i trajanje izvedbe zadatka. Svaki je sudionik sudjelovao u 25 seansi *mindfulness* programa. Svaka seansa trajala je 45 minuta, a provodile su se dva puta tjedno u domu sudionika. Seanse je provodio kvalificirani terapeut koji ima iskustva u *mindfulness* meditaciji kao i iskustvo pružanja usluga osobama s intelektualnim teškoćama. Protokol intervencije bio je usmjeren na razumijevanje *mindfulness* koncepta, vježbu svjesnosti i pažnje usmjerene na tijelo i um, vježbu *mindful* ponašanja (misli, osjećaji, postupci i disanje) prilikom suočavanja sa zadatkom i vježbu verbalnog samopotvrđivanja. U intervenciji su korišteni materijali kao što su vizualne brošure vezane za temu koja se obrađuje, fotografije i glazbeni instrumenti kako bi potaknuli motivaciju i razumijevanje zadataka. Intervencija je bila prilagođena potrebama svakog sudionika. Po završetku programa, podaci su prikupljeni svakih pet dana kroz period od mjesec dana na jednak način kao i prije intervencije. Kod sva tri sudionika, nakon primjene *mindfulness* intervencije, utvrđeno je povećanje ponašanja usmjerenih na zadatak, poboljšanje točnosti i smanjenje potrebnog vremena za rješavanje aritmetičkih zadataka te smanjenje ponašanja koja nisu usmjerena na zadatak. Po završetku intervencije, majke su u intervjuima izvijestile o različitim dobrobitima koje je intervencija imala za njihovu djecu, kao što su poboljšanje ponašanja i vještina svakodnevnog života, povećanje samopoštovanja, poboljšanje upravljanja vlastitim ponašanjem te poboljšanje pažnje i sposobnosti umirivanja u stresnim situacijama (Kim i Kwon, 2017).

Currie, McKenzie i Noone (2019) proveli su kvalitativno istraživanje s ciljem dobivanja uvida u iskustvo osoba s intelektualnim teškoćama koje su bile uključene u MBSR program. U istraživanju je sudjelovalo 7 sudionika iz organizacije za osobe s intelektualnim teškoćama, a podaci su analizirani za 6 sudionika zbog teškoća koje je jedan sudionik imao u izražavanju

iskustva sudjelovanja u MBSR programu. Dob sudionika bila je u rasponu 18-53 godine. Podaci su prikupljeni metodom polustrukturiranog intervjua sa svakim od sudionika. Intervjui su provedeni unutar perioda od 6 tjedana nakon završetka MBSR programa. Program je nosio naziv ‘Mindfulness za život’, a uključivao je prilagođeni MBSR program koji se provodio grupno. Dva dana nakon svake tjedne seanse, organiziran je susret za uvježbavanje, odnosno seansa koju su vodili sudionici programa uz podršku člana osoblja zaposlenog u organizaciji. Svrha ove prilagodbe bila je da sudionici generaliziraju *mindfulness* prakse koje vode različiti voditelji te da internaliziraju *mindfulness* prakse kada oni sami vode seansu. Druga prilagodba bila je produljenje klasičnog osmotjednog programa za dodatna tri tjedna kako bi se sudionici što bolje upoznali s glavnim idejama i *mindfulness* praksama. Svaki tjedan provedena je jedna seansa u trajanju od dva sata. Seanse su sadržavale *mindfulness* prakse jednake kao i u MBSR programu: *mindful* jedenje, *mindful* disanje, *mindful* hodanje, sjedeću meditaciju, body scan i yogu. Seanse i vježbe bile su prilagođene potrebama i sposobnostima sudionika. Vježbe istezanja uključivale su kratke i fokusirane pokrete zbog toga sudionicima bilo teško dugo stajati. *Mindful* pranje ruku olakšano je korištenjem mirisnog sapuna kako bi se potaknula fokusiranost sudionika na to iskustvo. Osim toga, korištene su različite metafore, kao što je ‘vlak misli’, kako bi sudionici lakše razumjeli procese koji im se događaju. Sudionici su u intervjuima izvijestili o različitim psihološkim dobrobitima koje im je omogućilo sudjelovanje u prilagođenom MBSR programu, koje uključuju veće samopoštovanje i samopouzdanje, samokontrolu, staloženost i suosjećanje prema sebi i drugim ljudima. Sudionici su u programu stekli sposobnost obraćanja pažnje na disanje i kontroliranja vlastitog disanja te su izvijestili da im je to najkorisnija i najpristupačnija vještina koja im omogućava smirenost u stresnim trenucima. Također, sudionici su izvijestili o boljem razumijevanju drugih osoba i empatiji prema drugim ljudima te o većem prihvaćanju sebe i boljoj sposobnosti opraštanja sebi. Premda neki sudionici nisu razumjeli mehanizme i svrhu *mindfulnessa*, izvijestili su o dobrobitima koje im je omogućilo sudjelovanje u programu (Currie i sur., 2019). Ovakvi rezultati ukazuju da razumijevanje *mindfulnessa* nije neophodno kako bi osobe iskusile njegove dobrobiti (Mason i Hargreaves, 2001). Osim toga, budući da se program provodio grupno, sudionici su izvijestili o iskustvu međusobne podrške, okruženi ostalim sudionicima s kojima imaju sličnosti (Currie i sur., 2019). Na taj način provedba intervencije u grupi može pozitivno djelovati na smanjenje osjećaja izolacije te na poboljšanje samopoštovanja i socijalnih vještina (Mishna i Muskat, 2004). *Mindfulness* pri tome može pomoći jer promiče otvorenost, neprosuđivanje i prihvaćanje (Kabat-Zinn, 2015).



### 2.1.2. Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti

Kao simptomi poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) ističu se deficit u pažnji te prisutnost hiperaktivnosti i impulzivnosti. Simptomi se mogu javiti u nekoliko kombinacija: sva tri simptoma zajedno, kombinacija hiperaktivnosti i impulzivnosti te nepažnja kao pojedinačni simptom (DSM-IV, 1996 prema Delić, 2001).

Odnosi između djece s ADHD-om i roditelja nerijetko su narušeni (Deault, 2010; Seipp i Johnston, 2005). Suočavajući se s ponašanjima djeteta, roditelji mogu postati sve manje strpljivi te reagirati impulzivnije (van der Oord, Bögels i Peijnenburg, 2012). Može se javiti automatsko reagiranje koje je potaknuto roditeljskom prosudbom djetetovog neprimjerenog ponašanja (Dumas, 2005). Osim toga, roditeljskoj reaktivnosti doprinosi roditeljski stres koji je povišen kod roditelja djece s ADHD-om (Bögels, Lehtonen i Restifo, 2010). Navedeni roditeljski problemi mogu se posljedično odraziti na ponašanje djeteta. Nadalje, kod nekih pojedinaca je ADHD nasljedan što znači da se simptomi mogu javljati istovremeno i kod roditelja i kod djece (Thapar, Langley, Owen i O'Donovan, 2007). Iz ovih navedenih razloga potrebno je u tretman uključiti i djecu i roditelje (van der Oord i sur., 2012).

Pilot studija koju su proveli van der Oord i sur. (2012) ispitala je učinkovitost *mindfulness* treninga za djecu s ADHD-om i njihove roditelje. U istraživanju je sudjelovalo 22 djece s ADHD-om (16 dječaka, 6 djevojčica) te 22 roditelja (21 majka i 1 otac). Trening se provodio u grupama od 4-6 roditelja i 4-6 djece. Trajanje treninga bilo je 8 tjedana, a svaka seansa trajala je 90 minuta. Treninzi za roditelje i za djecu provodili su se paralelno tijekom 8 tjedana, a bili su temeljeni na *mindfulness* praksama iz MBCT i MBSR programa. Kako bi se potaknula motivacija djece za sudjelovanje u seansama i izvršavanje zadaće, korišten je token sustav nagrađivanja. Djeci su tokeni dodijeljeni za izvršavanje vježbi tijekom seansi i zadaće za kod kuće. Za skupljenih 10 tokena, roditelji su nagradili djecu. Skupinu djece i skupinu roditelja vodila su dva psihoterapeuta specijalizirana za kognitivno-bihevioralnu terapiju, koji imaju iskustvo i educirani su za primjenu *mindfulnessa*. Cilj treninga za roditelje bio je naučiti roditelje potpunoj prisutnosti bez prosuđivanja kada su sa svojim djetetom, naučiti ih da brinu o sebi, da prihvate djetetove teškoće te kako da se suoče sa stresom i djetetovim ponašanjima. Tijekom treninga roditelji su dobili upute kako potaknuti dijete na meditaciju te kako da zajedno s djetetom prakticiraju *mindfulness*. Trening za djecu imao je cilj da djeca nauče fokusirati pažnju te da se poboljša njihova svjesnost i samokontrola. Nakon provedbe treninga, prema procjenama roditelja kod djece je došlo do značajnog smanjenja ADHD simptoma. Osim toga,

i kod roditelja kod kojih su prisutni simptomi ADHD-a je došlo do smanjenja hiperaktivnosti i nepažnje. Smanjenje simptoma ADHD-a kod roditelja i djece održalo se i u follow-up mjerenju 8 tjedana nakon završetka treninga. Međutim, prema procjenama učitelja koji nisu sudjelovali u *mindfulness* treningu, kod djece nije došlo do značajnog smanjenja ADHD simptoma (van der Oord i sur., 2012).

Gabriely, Tarrasch, Velicki i Ovadia-Blechman (2020) proveli su istraživanje s ciljem procjene učinkovitosti *mindfulness* meditacije i korištenja uređaja za vođeno disanje provedenih sa studentima na Fakultetu inženjerstva u Tel Avivu u Izraelu koji imaju teškoće učenja i/ili ADHD. U istraživanju je sudjelovao 71 student (54 muškaraca i 17 žena) u dobi između 18 i 40 godina. Sudionici su nasumično podijeljeni u skupinu koja je sudjelovala u *mindfulness* programu, skupinu koja je koristila uređaj za vođeno disanje te u kontrolnu skupinu. *Mindfulness* program uključivao je prilagođeni MBSR program te se sastojao od 8 seansi, jednom tjedno u trajanju od dva i pol sata, uz jednu jednodnevnu seansu dužeg trajanja. Sudionici su tijekom seansi prakticirali sjedeću meditaciju, *mindful* hodanje i jedenje, yogu i body scan. Naglasak je bio na praksama koje uključuju pokret (*mindful* hodanje i yoga), pa je trajanje sjedeće meditacije tijekom seansi skraćeno. Nakon svake vježbe tijekom seanse, sudionici su dijelili svoja iskustva. Osim toga, potaknuti su na implementaciju *mindfulness* praksi tijekom svakodnevnih aktivnosti te na vježbu *mindfulness* praksi kod kuće. Sudionici u skupini koja je sudjelovala u disanju koje je vođeno pomoću uređaja dobili su RESPeRATE uređaj kako bi ga koristili tijekom tri tjedna, 15 minuta dnevno. Svrha korištenja uređaja jest da sudionici uspore svoje disanje. Ovaj uređaj sastoji se od pojasa na kojemu je senzor, a koji se postavlja na abdomen ili na prsa kako bi analizirao trajanje udisaja i izdisaja. Pojas je povezan s kontrolnim uređajem koji generira dva tona, jedan za udisaj i jedan za izdisaj. Ciljani tempo disanja postignut je kada osoba uskladi svoje disanje s tonovima koje proizvodi kontrolni uređaj. Mjerenja su provedena prije početka intervencija i nakon završetka intervencija. Korišteni mjerni instrumenti obuhvaćali su The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) i The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) koje su sudionici ispunili kod kuće. Osim toga, mjerene su fiziološke varijable koje su pokazatelji stresa, odnosno brzina disanja, brzina otkucaja srca te galvanska reakcija kože. Fiziološke varijable mjerene su prije i nakon gledanja videa o automobilskim nesrećama čiji je cilj bio uzrokovati stres i anksioznost kod sudionika. Nakon provedbe programa, pronađeno je značajno povećanje *mindfulnessa* te značajno smanjenje hiperaktivnosti i nepažnje u skupini koja je sudjelovala u *mindfulness* programu u usporedbi s ostale dvije skupine. Osim toga, ovim istraživanjem utvrđeno je da i *mindfulness*, ali i disanje vođeno uređajem smanjuju fiziološku reaktivnost na stres (Gabriely i sur., 2020).

### 2.1.3. Poremećaj iz spektra autizma

Nekoliko obilježja karakteristično je za poremećaj iz spektra autizma. Ova obilježja obuhvaćaju deficite prisutne u socijalnoj interakciji i komunikaciji uz atipičnost interesa i ponašanja (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015). Poremećaj iz spektra autizma često prate nepoželjna ponašanja. Nepoželjnim se ponašanjima smatraju agresija i autoagresija, destruktivno ponašanje, nepažnja te samostimulacija. Nepoželjna ponašanja doprinose izoliranosti iz zajednice i smanjuju mogućnost stvaranja socijalnih veza (Horner i sur., 2002 prema Stošić, 2009).

Singh i sur. (2006, 2011, 2014 prema Hartley, Dorstyn i Due, 2019) u svojim su istraživanjima s djecom i adolescentima koji imaju visokofunkcionirajući autizam pronašli da su intervencije temeljene na *mindfulnessu* učinkovite u smanjenju agresivnog i neposlušnog ponašanja te u unapređenju socijalne komunikacije. Rezultati istraživanja provedenih s odraslim sudionicima koji imaju visokofunkcionirajući autizam pokazuju da intervencije temeljene na *mindfulnessu* pomažu u upravljanju psihološkim distresom (Sizoo i Kuiper, 2017; Spek, van Ham i Nyklicek, 2013) te unapređuju emocionalnu regulaciju (Conner i White, 2018; Kiep, Spek i Hoeben, 2015).

Kod osoba i djece s poremećajem iz spektra autizma prisutne su više razine psiholoških simptoma i distresa nego kod osoba iz opće populacije. Osim toga, učestalo je prisutna depresija i anksioznost. Prevalencija psihijatrijskih problema kod osoba s poremećajem iz spektra autizma manja je u starijoj dobi (Lever i Geurts, 2016). Ovi problemi negativno utječu na svakodnevno funkcioniranje osoba s poremećajem iz spektra autizma (Mazzone i sur., 2013). Iz tog je razloga neophodno pronaći metode koje će doprinijeti osjećaju subjektivnog blagostanja kod ove populacije. Subjektivno blagostanje podrazumijeva pozitivnu evaluaciju vlastitog života, zadovoljstvo životom i sreću. Više razine subjektivnog blagostanja povezane su s boljim zdravljem i socijalnim odnosima, većom kreativnošću i boljom radnom izvedbom (Diener, Oishi i Tay, 2018).

Hartley i sur., (2019) proveli su meta-analizu 10 studija koje evaluiraju intervencije temeljene na *mindfulnessu* za djecu i odrasle s poremećajem iz spektra autizma i njihove skrbnike. *Mindfulness* programi bili su temeljeni na MBSR i MBCT programima te su prilagođeni potrebama osoba s poremećajem iz spektra autizma. Trajanje intervencija variralo je od pet tjedana do dvanaest mjeseci. Seanse su se provodile svaki tjedan, a svaka je seansa trajala 1.5 do 2.5 sati. Prilagodbe programa uključivale su smanjenje korištenja metafora i

elemenata kognitivne terapije (Conner i White, 2018, Kiep i sur., 2015, Spek i sur., 2013 prema Hartley i sur., 2019). Osim toga, seanse su po potrebi skraćene, a uvažena je i preferencija sudionika za individualnim umjesto grupnim sudjelovanjem u programu (Conner i White, 2018 prema Hartley i sur., 2019). Na početku programa, djeca su dobila pregled programa kako bi se smanjio osjećaj nesigurnosti (de Bruin i sur., 2015 prema Hartley i sur., 2019). Intervencije su provodili stručnjaci za mentalno zdravlje dodatno educirani u području *mindfulnessa*. Kod djece i odraslih osoba koje imaju poremećaj iz spektra autizma te kod njihovih skrbnika nakon *mindfulness* intervencija došlo je do značajnog unapređenja subjektivnog blagostanja (Hartley i sur., 2019). Rezultati kvazi-eksperimentalnih studija pokazuju da su intervencije temeljene na *mindfulnessu* imale najmanji učinak u unapređenju subjektivnog blagostanja kod djece s poremećajem iz spektra autizma (deBruin i sur., 2015, Ridderinkhof i sur., 2018, Hwang i sur., 2015 prema Hartley i sur., 2019). Srednji pozitivan učinak intervencije pronađen je u follow-up mjerenjima dva mjeseca nakon završetka programa. Ovaj rezultat mogao bi biti posljedica indirektnog utjecaja *mindful* roditeljstva u follow-up mjerenju (Hartley i sur., 2019). Mali do srednji pozitivan učinak intervencije pronađen je kod odraslih s poremećajem iz spektra autizma, uz neznatno povećanje učinka u follow-up mjerenju (Hartley i sur., 2019). Kod skrbnika je pronađen srednji do veliki pozitivan učinak *mindfulness* intervencije u unapređenju subjektivnog blagostanja (Hartley i sur., 2019). Ipak, postoje razlike u veličinama učinka među studijama. Kiep i sur. (2015 prema Hartley i sur., 2019) u svom su istraživanju pronašli veliki pozitivan učinak *mindfulness* intervencije kod odraslih s poremećajem iz spektra autizma.

Hwang, Kearney, Klieve, Lang i Roberts (2015) proveli su pilot studiju koja je obuhvaćala provedbu *mindfulness* intervencije u dvije faze. Prva faza intervencije bila je namijenjena majkama djece s poremećajem iz spektra autizma, a druga faza obuhvaćala je podučavanje *mindfulnessa* za djecu od strane majki i zajedničko prakticiranje *mindfulnessa*. U ovu pilot studiju bilo je uključeno je šest dijada majka-dijete s poremećajem iz spektra autizma. Dob majki bila je u rasponu 34-48 godina, a dob djece bila je u rasponu 8-15 godina. U istraživanju je sudjelovalo 5 dječaka i jedna djevojčica. Kod djece su bili prisutni problemi u ponašanju, kao što su verbalna i fizička agresija i samoozljeđivanje. Sve su majke sudjelovale u prvoj fazi, a pet od šest dijada majka-dijete završile su drugu fazu intervencije. Prva faza intervencije uključivala je osmotjedni *mindfulness* trening za majke djece s poremećajem iz spektra autizma. Seanse su se održavale svaki tjedan u trajanju od dva i pol sata. Između sedmog i osmog tjedna treninga majke su imale 4 tjedna za samostalno prakticiranje *mindfulnessa*. Po završetku treninga, majke su ponovno imale period predodređen za samostalno prakticiranje *mindfulnessa* koji je trajao dva mjeseca. Trening je uključivao teorijska objašnjenja, vođene

meditacije, grupne rasprave i fizičke vježbe. Nakon završetka treninga za majke, započeo je trening za djecu. Tijekom tri tjedna dva autora istraživanja posjećivala su majke i djecu u njihovim domovima kako bi majkama pomogli u podučavanju djece primjeni *mindfulnessa*. Autori su postepeno radili na povećanju samostalnosti majki u podučavanju *mindfulnessa*. Nakon svakog posjeta majkama i djeci od strane autora, održana je online susret kako bi se raspravilo o potrebnim promjenama treninga. Tijekom 12 mjeseci majke su sa djecom prakticirale *mindfulness*, a podršku su u tom periodu dobivale na online susretima i društvenim mrežama. Za djecu je osmišljeno pet aktivnosti koje su uključivale pokrete tijela, disanje i zvukove. Naknadno su osmišljene još dvije aktivnosti, svjesnost uma i obiteljska vježba ljubavnosti i dobrote. Majke su samostalno izabirale koju će aktivnost i kada provoditi te su potaknute da što češće prakticiraju *mindfulness* zajedno sa svojom djecom. U istraživanju su korištena četiri mjerna instrumenta. Freiburg Mindfulness Inventory (Walach, Buchheld, Buittenmuller, Kleinknecht i Schmidt, 2006) korišten je za mjerenje razina *mindfulnessa* kod majki. The Parenting Stress Scale (Berry i Jones, 1995) korišten je za mjerenje percepcije majki o roditeljskom stresu. Beach Family Quality of Life (Hoffman, Marquis, Poston, Summers i Turnbull, 2006) korišten je za mjerenje obiteljske kvalitete života u obiteljima djece koja imaju teškoće u razvoju. The Child Behaviour Checklist (Achenbach i Rescorla, 2001 prema Hwang i sur., 2015) primijenjen je za ispitivanje roditeljske percepcije o dječjim problemima u ponašanju. Nakon završetka *mindfulness* treninga za majke, kod pet od šest majki došlo je do povećanja razina *mindfulnessa*. Kod tri je majke došlo do daljnjeg povećanja razina *mindfulnessa* nakon završetka *mindfulness* treninga za djecu. Kada je riječ o roditeljskom stresu, nakon *mindfulness* treninga za majke došlo je do smanjenja roditeljskog stresa i do daljnjeg smanjenja nakon treninga za djecu kod pet majki. Kod tri majke nakon treninga je došlo do poboljšanja obiteljske kvalitete života, a daljnje poboljšanje utvrđeno je nakon treninga za djecu. Nakon završetka treninga za majke, utvrđeno je značajno smanjenje ukupnih problema kod djece na Children Behavior Checklist mjernom instrumentu te smanjenje anksioznosti i problema mišljenja na subskalama ovog mjernog instrumenta, unatoč tome što djeca do tada još nisu sudjelovala u *mindfulness* treningu. Po završetku treninga za djecu koji su provodile majke, utvrđeno je daljnje smanjenje dječje anksioznosti i problema mišljenja u usporedbi s razinama anksioznosti i problema mišljenja prije treninga (Hwang i sur., 2015).

#### 2.1.4. Teškoće učenja

Teškoće učenja odnose se na probleme čitanja, pisanja i matematike koje se ne mogu objasniti uzrocima kao što su intelektualne i senzoričke teškoće, nedovoljna motivacija i poduka i nezadovoljavajući okolinski uvjeti (Fletcher i sur., 2007 prema Lenček, Usorac i Ivšac Pavliša, 2017). Postoji veća vjerojatnost da će djeca koja imaju teškoće u učenju, u usporedbi s učenicima bez teškoća, biti odbačena i neprihvaćena od strane vršnjaka te da imaju slabije razvijene socijalne vještine. Primjerene socijalne vještine obuhvaćaju suradnju i pomaganje drugima, iniciranje i reagiranje na društvene interakcije te samokontrolu (Vaughn i Haager, 1994).

Teškoće u socijalnim interakcijama kod djece s teškoćama učenja mogu biti posljedica slabije sposobnosti percipiranja i interpretiranja socijalnih informacija i izabiranja neučinkovitih rješenja za socijalne probleme (Greenham, 1999). Također, socijalne teškoće mogu biti posljedica teškoća u zauzimanju perspektive drugih ljudi (Kavale i Forness, 1996, Wong, 1996 prema Greenham, 1999). Osim toga, kod djece s teškoćama učenja mogu biti prisutne nešto više razine anksioznosti i depresije nego kod djece bez teškoća (Greenham, 1999).

Neki autori (Swanson i Howell, 1996; Wine, 1971, 1972 prema Beauchemin, Hutchins i Patterson, 2008) predlažu da je slabija akademska izvedba u anksioznih osoba posljedica poteškoća u fokusiranju pažnje, zabrinutosti o vlastitoj kompetenciji te zaokupljenosti negativnim mislima usmjerenima prema sebi.

Beauchemin i sur. (2008) proveli su pilot studiju kako bi utvrdili ishode intervencije koja je uključivala *mindfulness* meditaciju i trajala je pet tjedana. Sudjelovala su 34 učenika s dijagnozom teškoća učenja iz četiri private srednje škole u Vermontu i dva učitelja. Dob sudionika bila je u rasponu 13-18 godina. Korišteni mjerni instrumenti su Social Skills Rating System kojim se prikupljaju podaci od djece, učitelja i roditelja (Gresham i Elliot, 1990) i The State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch i Lushene, 1970). Prije primjene intervencije u razredu, učitelji su sudjelovali u dvosatnom treningu koji je proveo instruktorka *mindfulness* meditacije kako bi se pripremili za provedbu intervencije s učenicima. Tijekom pet tjedana, na početku svakog nastavnog sata učitelji su vodili seansu *mindfulness* meditacije u trajanju od 5 do 10 minuta. Za vrijeme meditacije, učenici su fokusirali pažnju na disanje i zamjećivali misli i emocije koje su im se javljale, bez prosudbe. Po završetku intervencije,

utvrđena su značajna poboljšanja socijalnih vještina i akademske izvedbe te smanjenje anksioznosti (Beauchemin i sur., 2008).

Esmmaeelbeygi, Almdarloo, Seif i Jabbari (2020) autori su istraživanja čiji je cilj bio ispitati utjecaj *mindfulness* intervencije na socijalne vještine kod učenika s teškoćama učenja. U istraživanju je sudjelovalo troje učenika trećeg razreda osnovne škole, dvije djevojčice i jedan dječak. *Mindfulness* intervencija provodila se individualno sa svakim od sudionika. Svaki je sudionik sudjelovao u osam seansi koje su trajale po 45 minuta (Esmmaeelbeygi i sur., 2020). Za prikupljanje podataka korišten je Social Skill Rating System (Gresham i Elliot, 1990). Intervencija je obuhvaćala rasprave o i objašnjenja pojmova vezanih za *mindfulness*, meditaciju i vježbe koje su bile usmjerene na osvještavanje disanja, zvukova i emocija, svjesnost o tijelu i tjelesnim senzacijama, emocijama i mislima. Program je bio prilagođen za djecu korištenjem igara, glazbe, figura koje prikazuju različite emocije i elastične gumice koju su nosili kao podsjetnik da budu ljubazni prema drugima. Tijekom *mindfulness* intervencije, utvrđeno je poboljšanje socijalnih vještina kod sudionika s teškoćama učenja i to se poboljšanje zadržalo u follow-up mjerenju tri tjedna nakon završetka intervencije (Esmmaeelbeygi i sur., 2020).

### **2.1.5. Cerebralna paraliza**

Cerebralna paraliza podrazumijeva skupinu trajnih i promjenjivih motoričkih poremećaja, što uključuje poremećaje u pokretima i/ili posturi te poremećaje u motoričkim funkcijama. Uzrok poremećaja jest neprogresivni poremećaj ili oštećenje mozga tijekom ranog razvoja (Bax i sur., 2005; Mutch, Alberman i Hagberg, 1992). Osim motoričkih poremećaja, kod osoba s cerebralnom paralizom prisutni su i poremećaji koji pogađaju osjete, percepciju, komunikaciju, kogniciju i ponašanja. Nadalje, mogu biti prisutni epilepsija i sekundarni mišićno koštani problemi (Bax i sur., 2005). Kod mnogih osoba koje imaju cerebralnu paralizu s godinama nastaju sekundarni problemi poput kronične boli, umora i slabljenja funkcija (Hollung, Vik, Wiik, Bakken i Andersen, 2017; Jensen, Engel i Schwartz, 2006; Rosenbaum i sur., 2007; Stavsky i sur., 2017). U radu s osobama s cerebralnom paralizom naglasak je uobičajeno na razvoju i zadržavanju motoričkih vještina, pri čemu su često somatski i psihosocijalni faktori zanemareni (Jahnsen, Villien, Stanghelle i Holm, 2002).

Cilj pilot-studije koju su proveli Høye i sur. (2020) u Norveškoj bio je istražiti dobrobiti grupnog MBSR programa koji se provodio putem videokonferencije za odrasle osobe s cerebralnom paralizom, s naglaskom na vlastito iskustvo boli, emocionalni distress, kvalitetu života i suočavanje. U istraživanju je sudjelovalo 6 punoljetnih osoba s unilateralnom i bilateralnom cerebralnom paralizom. Podaci o katastrofiziranju boli, stresu, zamoru, emocionalnom distressu, afektivnom stanju i kvaliteti života prikupljeni su prije početka intervencije, neposredno nakon i 4 mjeseca nakon intervencije. Od prve do posljednje točke mjerenja svaki se tjedan na isti dan procjenjivao intenzitet boli. Četiri mjeseca nakon intervencije provedeni su intervjui sa sudionicima u fokus grupi. MBSR program za sudionike s cerebralnom paralizom održavao se na tjednoj bazi tijekom osam tjedana putem videokonferencije, koja im je omogućila da sudjeluju u programu od kuće te da i dalje čuju, vide i komuniciraju s instruktorom i ostalim sudionicima. Prilagodbe programa obuhvaćale su skraćeno trajanje seansi na jedan i pol sat, isključivanje cjelodnevnih seansi iz programa te izvođenje yoge u sjedećoj poziciji. Nakon provedbe programa, u drugom i trećem mjerenju, nisu pronađene statistički značajne razlike u intenzitetu boli. Kod nekih je sudionika došlo do povećanja intenziteta boli tijekom intervencije. Ovakvi se rezultati objašnjavaju procjenama intenziteta boli na tjednoj bazi te postoji mogućnost da su takve procjene potaknule svjesnost usmjerenu na iskustvo boli. Osim toga, utvrđeno je statistički značajno smanjenje katastrofiziranja boli i negativnog afektiviteta. U fokus grupi sudionici su izvijestili da su u programu stekli i unaprijedili znanje o cerebralnoj paralizi i izazovima koji su povezani sa spazmom, boli i zamorom učeći jedni od drugih i od instruktora koji je vodio program. Osim toga, izvijestili su da se zahvaljujući programu povećala njihova svjesnost o tijelu i tjelesnim senzacijama te prihvaćanje situacije i svojih kapaciteta. Sudionici su izvijestili i o poboljšanju emocionalne regulacije, odnosno o zaustavljanju negativnih misli i ruminacije te o smirenosti u stresnim situacijama. Nadalje, zahvaljujući programu, sudionici su postali svjesniji potrebe za odmorom i da ne trebaju svu energiju potrošiti odjednom na određeni zadatak. Također, povećala se svjesnost i sposobnost razgovora o vlastitim ograničenjima, potrebama i sposobnostima u komunikaciji s prijateljima, zdravstvenim osobljem i poslodavcima. Provedba *mindfulness* programa putem videokonferencije može smanjiti utrošak energije osoba s cerebralnom paralizom te povećati pristupačnost programa (Høye i sur., 2020).



## 2.1.6. Kronične bolesti

Mnoge kronične bolesti kao što su dijabetes, maligna oboljenja i bolesti krvožilnog sustava mogu nastati ili pogoršati se kao posljedica djelovanja promjenjivih faktora vezanih za životni stil oboljele osobe. Cilj primjene praksi *mindfulnessa* kod oboljelih jest potaknuti veću odgovornost za vlastite životne izbore. Meditativne tehnike koje povećavaju svjesnost osobe mogu pozitivno utjecati na sposobnost suočavanja s bolešću (Ludwig i Kabat-Zinn, 2008). Budući da su mnoge kronične bolesti povezane s višim razinama stresa, potrebno je pronaći metode upravljanja stresom kako bi se prevenirali zdravstveni simptomi povezani sa stresom i pogoršanje već prisutne bolesti. Primjena *mindfulnessa* može pomoći oboljelima u liječenju i preveniranju fizičkih simptoma povezanih sa stresom (Greeson i Chin, 2019).

U istraživanju koje su proveli Reibel, Greeson, Brainard i Rosenzweig (2001) pokazalo se da je osmotjedni MBSR program u heterogenom uzorku pacijenata kod kojih su prisutna različita medicinska stanja (dijabetes, maligna oboljenja, hipertenzija, astma, poremećaji spavanja i dr.) bio učinkovit u smislu poboljšanja kvalitete života povezane sa zdravljem, smanjenja fizičkih simptoma te smanjenja psihološkog distresa.

Rezultati istraživanja na uzorku sudionika s različitim kroničnim medicinskim stanjima (kronična bol, maligna oboljenja, dijabetes, hemipareza i dr.) pokazali su da je primjena osmotjednog MBSR programa bila učinkovita u pogledu smanjenja boli i glavobolja te poboljšanja sna (Thompson, 2009). Ludwig i Kabat-Zinn (2008) navode nekoliko mehanizama putem kojih *mindfulness* može doprinijeti oporavku od bolesti:

- Smanjena percepcija boli
- Povećanje tolerancije boli
- Smanjenje stresa, depresije i anksioznosti
- Smanjena upotreba analgetika, anksiolitika i antidepresiva te posljedično i njihovih štetnih učinaka
- Poboljšanje sposobnosti vršenja izbora vezanih za medicinske tretmane
- Poboljšano pridržavanje medicinskih tretmana
- Rast motivacije za promjenu životnog stila (promjena prehrane, prestanak pušenja i dr.)
- Poboljšane socijalne veze i povezanost s drugima
- Pozitivne promjene u imunološkom, neuroendokrinom i autonomnom živčanom sustavu

## **2.2. Primjena *mindfulnessa* kod roditelja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom**

### **2.2.1. Roditeljstvo i roditeljski stres kod roditelja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom**

Od njegove najranije dobi obitelj djetetu omogućava doživljavanje prvih iskustava, oblikovanje stavova te razvoj vlastitih potencijala i međuljudskih odnosa koji su drugačiji od odnosa koje će dijete tijekom života ostvarivati s drugim osobama u društvenoj zajednici (Lacković-Grgin, 1982 prema Sremić i Rijavec, 2010). Roditeljske kompetencije i vještine usvajaju se, formiraju i unaprjeđuju učenjem. Roditeljstvo je moguće sagledati kao proces koji iziskuje neprestanu prilagodbu roditelja na sazrijevanje djeteta te kontinuirano usvajanje vještina koje uključuju rješavanje problema, asertivnost, komunikacijske vještine, upravljanje i vođenje (Sremić i Rijavec, 2010). Percipirane teškoće roditeljstva glavni su izvor stresa za roditelje. Stresu doprinosi i percipiranje djeteta kao zahtjevnog te percipiranje interakcija s djetetom teškima. Osim toga, roditeljski stres proizlazi iz percepcije roditelja o vlastitim roditeljskim kompetencijama te percepcije ponašanja njihovog djeteta. Stres koji roditelji doživljavaju može se negativno odraziti na njihovo ponašanje (Bloomfield i Kendall, 2012). Postoji poveznica negativnog roditeljskog ponašanja s višim razinama roditeljskog stresa, ali i s više problema u ponašanju kod djece (Deater-Deckard i Scarr, 1996 prema Bloomfield i Kendall, 2012).

Potrebno je naglasiti da ne utječe samo dijete na obitelj, već i obitelj može imati pozitivan ili negativan utjecaj na razvoj djeteta (Dervishalija, 2013). Važno je uzeti u obzir utjecaj roditeljskog stresa na učinkovitost roditeljstva. Visoke razine roditeljskog stresa i zaokupljenost vlastitim stresom mogu smanjiti učinkovitost roditeljstva (Hsiao, 2017).

Prije rođenja djeteta, roditelji imaju imaginarnu sliku svog nerođenog djeteta i određena očekivanja. Oni zamišljaju kako će dijete izgledati i kakva će biti njegova ličnost. Osim toga, često zamišljaju i očekuju da dijete ispuni ambicije koje nisu sami ispunili. S porastom očekivanja koja roditelji imaju od djeteta prije njegovog rođenja, može rasti i njihovo razočaranje kada se rodi dijete s teškoćama u razvoju (Leutar i Starčić, 2007).

Roditelji djece s teškoćama u razvoju susreću se s različitim izazovima koji doprinose višim razinama stresa te povećavaju rizik za nastanak problema mentalnog zdravlja. Osim problema mentalnog zdravlja, mogu nastati i drugi zdravstveni problem kao što su glavobolje, nesаница, visok krvni tlak, bolovi u mišićima (Chua i Shorey, 2021). Istraživanja pokazuju da su dijagnoza, djetetove karakteristike i ponašanja koja su povezana s dijagnozom izvori roditeljskog stresa te imaju snažan utjecaj na osjećaj psihološkog blagostanja (Minnes, 1988, Simmerman i sur., 2001 prema Dervishaliaj, 2013). Kao snažni prediktori roditeljskog stresa navode se i strategije suočavanja koje roditelji koriste te podrška koju primaju od drugih (Hsiao, 2017). Stresu doprinosi i zabrinutost roditelja za dugoročno blagostanje djeteta (Singh i sur., 2019). Osim toga, do nastanka roditeljskog stresa mogu dovesti i nezadovoljavajući odnosi sa školom koju njihovo dijete pohađa, nezadovoljstvo uslugama koje dijete dobiva te potreba da roditelji zagovaraju svoje dijete. Stres se kod roditelja može javiti i prilikom sudjelovanja u izradi individualiziranog edukacijskog programa (IEP) za dijete. Nejednakost uloga koje imaju zaposlenici škole i roditelji prilikom kreiranja IEP-a često dovodi do osjećaja roditelja da su degradirani i da je njihova uloga pasivna. Osim toga, zagovaranje vlastitog djeteta može dovesti do konflikata sa školskim osobljem. Uzimajući navedeno u obzir, potrebne su intervencije koje bi smanjile roditeljski stres povezan sa školskim sustavom (Burke, Chan i Neece, 2017).

Posljedice roditeljskog stresa roditelja koji imaju dijete s teškoćama u razvoju očituju se u pretjeranim roditeljskim reakcijama na ponašanje djeteta, smanjenoj učinkovitosti primjene strategija suočavanja i smanjenoj sposobnosti pronalaska adekvatne podrške za dijete što negativno utječe na fizičko i mentalno zdravlje djeteta (Ben-Sasson i sur., 2013, Osborne i sur., 2013, Zablotsky i sur., 2013 prema Hsiao, 2017). Osim toga, roditeljski stres negativno se odražava na brigu o djetetu, ishode intervencije te na fizičko i mentalno zdravlje roditelja (Singh i sur., 2019).

S obzirom na to da roditeljski stres može utjecati na učinkovitost roditeljstva i razvoj djeteta, važno je identificirati izvore stresa i strategije koje će doprinijeti smanjenju roditeljskog stresa kod roditelja djece s teškoćama u razvoju (Hsiao, 2017).

### 2.2.2. *Mindful* roditeljstvo

Jednim od modernih pristupa odgoju djece smatra se *mindful* roditeljstvo. Ovaj pristup pomaže roditeljima da smanje vlastitu reaktivnost na djetetova ponašanja i roditeljski stres (Behbahani i sur., 2018).

Primjena *mindfulnessa* u roditeljstvu i interakcijama s djetetom pruža mogućnost roditeljima da budu svjesni roditeljskog iskustva u sadašnjem trenutku. Također, *mindfulness* potiče samoregulaciju i donošenje boljih izbora u postupanju roditelja, pa će tako roditelji koji prakticiraju *mindfulness* vjerojatnije izbjegavati maladaptivna i automatska roditeljska ponašanja te će razviti kvalitetnije odnose sa svojom djecom (Duncan, Coatsworth i Greenberg, 2009). Tako roditelji mogu potaknuti pozitivniji psihosocijalni razvoj djeteta (Duncan i sur., 2009).

Duncan i sur. (2009) navode pet dimenzija koje karakteriziraju *mindful* roditeljstvo:

- Slušanje s punom pažnjom
- Prihvatanje sebe i svog djeteta bez prosuđivanja
- Svjesnost o vlastitim emocijama i emocijama djeteta
- Samoregulacija u odnosu s djetetom
- Suojećanje usmjereno prema sebi i prema djetetu

Prema Kabat-Zinn i Kabat-Zinn (2021) *mindful* roditeljstvo obuhvaća veću svjesnost o djetetovim potrebama i osjećajima, veću sposobnost roditelja da pažljivo slušaju i da budu u potpunosti prisutni u sadašnjem trenutku, prihvatanje onoga što se događa u svakom trenutku onakvim kakvo je, bez obzira je li ugodno ili neugodno, sposobnost prepoznavanja svojih reaktivnih impulsa te primjerenijeg odgovaranja na ono što se događa.

Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer i van der Meulen (2014) navode nekoliko mehanizama putem kojih *mindfulness* može unaprijediti samoregulaciju roditelja i odgoj djeteta:

- Smanjenje roditeljskog stresa i reaktivnosti u stresnim situacijama zahvaljujući primjeni *mindfulness* praksi u svakodnevnom životu
- Smanjenje zaokupljenosti vlastitom ili djetetovom bolešću ili teškoćom

- Svjesnost i otvorenost prema različitim iskustvima
- Pобољшanje izvršnih funkcija u stresnim situacijama
- Prekidanje međugeneracijskog prijenosa disfunkcionalnih roditeljskih obrazaca i navika koje su roditelji usvojili tijekom vlastitog ranog razvoja
- Poticanje pažnje prema brizi o sebi i samosuosjećanja
- Pобољшanje bračnog funkcioniranja te odnosa i suradnje s partnerom

*Mindful* roditeljstvo doprinosi pozitivnijem odnosu između roditelja i djeteta, boljoj primjeni roditeljskih strategija i reduciranju roditeljskog stresa. Osim toga, povećava se fleksibilnost i responzivnost u odnosu roditelja i djeteta te blagostanje roditelja i djeteta (Duncan i sur., 2009).

### 2.2.3. Pregled istraživanja

Singh i sur. (2019) proveli su istraživanje čiji je cilj bio istražiti hoće li MBPBS trening imati različit učinak na majke i njihovu djecu s poremećajem iz spektra autizma te majke i djecu s intelektualnim teškoćama, u pogledu razina stresa kod majki te agresivnosti djece, ometajućih ponašanja i odgovaranja na zahtjeve roditelja. U istraživanju su sudjelovale 92 majke adolescenata s poremećajem iz spektra autizma ili s intelektualnim teškoćama. Istraživanje je trajalo 40 tjedana. Prvih 10 tjedana istraživanja trajala je kontrolna faza u kojoj su majke nastavljale svoje uobičajene prakse odgoja djece i brige o vlastitom fizičkom i mentalnom zdravlju. Faza intervencije trajala je 3 dana i uključivala je trodnevni MBPBS program. Prvi dan provodio se *mindfulness* trening koji je uključivao različite *mindfulness* vježbe i meditacije te upoznavanje s konceptima kao što su koncept početničkog uma (eng. beginner's mind) i koncept tri otrova (eng. three poisons). Drugi dan treninga radilo se na razvijanju plana intervencije i podrške pozitivnom ponašanju te na određivanju ciljeva za majku i za dijete. Treći dan treninga bio je posvećen vježbama meditacije i temama kao što su svakodnevna primjena pozitivnih bihevioralnih intervencija temeljenih na *mindfulnessu* s djecom, *mindfulness* u svakodnevnom životu obitelji i neformalne *mindfulness* prakse. Nakon trodnevnog treninga, majke su implementirale MBPBS prakse u svakodnevnom životu tijekom 30 tjedana,

uključujući praksu meditacije i implementaciju plana podrške pozitivnom ponašanju. Prvi i posljednji dan kontrolne faze te posljednji dan faze implementacije sudionice su ispunile Skalu percipiranog stresa (eng. Perceived Stress Scale) (Cohen i sur., 1983 prema Singh i sur., 2019). Nadalje, prikupljali su se podaci o pojavi agresivnih ponašanja kao što su udaranje, grebanje i uništavanje imovine i ometajućih ponašanja kao što su repetitivna ponašanja tijekom socijalnih interakcija, stvaranje buke, uvredljivi komentari i neprimjereno zahtijevanje pažnje. Tijekom 40 tjedana istraživanja, majke su prikupljale podatke o broju agresivnih i ometajućih ponašanja adolescenata koja se događaju u jednom tjednu. Osim toga, prikupljale su podatke o primjerenom odgovaranju adolescenata na njihove zahtjeve. Rezultati ovoga istraživanja ukazuju da je MBPBS program podjednako učinkovit u smanjenju stresa majki adolescenata s poremećajem iz spektra autizma i majki adolescenata s intelektualnim teškoćama. Kod obje skupine majki, po završetku faze implementacije, pronađeno je značajno smanjenje percipiranog stresa. Osim toga, kod adolescenata s poremećajem iz spektra autizma i kod adolescenata s intelektualnim teškoćama pronađeno je smanjenje agresivnih i ometajućih ponašanja te povećanje primjerenog odgovaranja na zahtjeve majki. Primjena *mindfulness* praksi zajedno sa strategijama upravljanja ponašanjem djece omogućava majkama da učinkovito upravljaju ponašanjem djece, ali i vlastitim stresom. Ovakva intervencija pruža mogućnost majkama da nauče spriječiti vlastite automatske reakcije na ponašanje djeteta i preusmjeriti vlastitu pozornost s negativnih emocija uzrokovanih ponašanjem djeteta na interakciju s djetetom u sadašnjem trenutku (Singh i sur., 2019).

Chua i Shorey (2021) proveli su sustavni pregled i meta-analizu istraživanja s ciljem utvrđivanja dokaza o učinkovitosti *mindfulness* intervencija u pogledu smanjenja stresa, anksioznosti, depresije i *mindfulnessa* kod roditelja djece s teškoćama u razvoju. Rezultati provedene meta-analize pokazuju da su različite *mindfulness* intervencije učinkovite u smanjenju stresa, anksioznosti i depresivnosti roditelja djece s teškoćama u razvoju. Međutim, meta-analizom istraživanja koja su ispitivala razine interpersonalnog *mindfulnessa* u roditeljstvu i roditeljske *mindful* svjesnosti nakon *mindfulness* intervencije nisu pronađena značajna poboljšanja u navedenim ishodima. Kao moguće objašnjenje za izostanak poboljšanja u roditeljskom *mindfulnessu* u obzir se uzima neadekvatno razumijevanje *mindfulnessa* i davanje socijalno poželjnih odgovora koje je moglo dovesti do viših samoprocjena *mindfulnessa* prije intervencije te točnija i niža samoprocjena nakon provedene intervencije (Chua i Shorey, 2021).

Barog, Younesi, Sedaghati i Sedaghati (2015) proveli su istraživanje s ciljem ispitivanja učinkovitosti MBCT programa u poboljšanju kvalitete života majki djece s cerebralnom

paralizom. Prisutnost djeteta s cerebralnom paralizom u obitelji može predstavljati veliki stres za roditelje. Veliki zahtjevi koje pred njih postavlja briga o djetetu s cerebralnom paralizom mogu utjecati na psihološko i fizičko zdravlje roditelja. Obično je majka član obitelji koji je pod najvećim utjecajem djetetove dijagnoze, uz više razine stresa u usporedbi s majkama djece bez teškoća u razvoju. Kontinuirano nastojanje da unaprijede djetetov razvoj i zdravlje, uz osjećaje kao što su krivnja i sram, mogu doprinijeti smanjenju kvalitete života majki djece s teškoćama u razvoju (Barog i sur., 2015). U istraživanju su sudjelovale tri majke dječaka sa spastičnom cerebralnom paralizom čija je dob u rasponu od četiri do šest godina. Program je trajao osam tjedana, a seanse su se održavale individualno po jedan sat tjedno. Mjerni instrument WHOQOL-BREF (The World Health Organization QOL Assessment-Brief) korišten je za mjerenje kvalitete života prije intervencije te na kraju druge, četvrte, šeste i osme seanse. Rezultati istraživanja pokazuju da se kod majki djece s cerebralnom paralizom nakon sudjelovanja u MBCT program poboljšala kvaliteta života u četiri domene koje uključuju fizičko i psihološko zdravlje, socijalne odnose i okolinu (Barog i sur., 2015).

Istraživanja pokazuju da roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma imaju nisku kvalitetu života (Malhotra, Khan i Bhatia, 2012; Mugno, Ruta, Arrigo i Mazzona, 2007). Postojeći dokazi upućuju da intervencije temeljene na *mindfulnessu* mogu poboljšati kvalitetu života različitih populacija (Baer, 2003; Grossman, 2004). Moguće objašnjenje za poboljšanje kvalitete života nakon sudjelovanja u intervencijama temeljenim na *mindfulnessu* jest da prihvaćanje trenutne situacije bez emocionalne reaktivnosti može potaknuti pozitivnu procjenu situacije (Rayan i Ahmad, 2016). Roditeljima djece s poremećajem iz spektra autizma *mindfulness* može pomoći da ne prosuđuju i da prihvate dijete onakvo kakvo je (de Bruin, Blom, Smit, van Steensel i Bögels, 2015). Rayan i Ahmad (2016) kvazi-eksperimentalnim istraživanjem ispitali su učinkovitost intervencije temeljene na *mindfulnessu* u unapređenju percipirane kvalitete života i pozitivne ponovne procjene stresa kod roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma. U istraživanju je sudjelovalo 104 roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma, do kojih se došlo putem centara za pružanje usluga djeci s poremećajem iz spektra autizma. *Mindfulness* intervencija trajala je pet tjedana. Tijekom prva dva tjedna održale su se dvije seanse koje su uključivale psihoedukaciju o teškoćama s kojima se roditelji susreću, informacije o dobrobitima *mindfulnessa* i temeljnim *mindfulness* vještinama, kao što su prihvaćanje bez osuđivanja i prisutnost u trenutku, te upute kako integrirati *mindfulness* u situacijama svakodnevnog života koje uključuju brigu o djetetu, hodanje, jedenje i slično. Osim toga, tijekom seansi provodile su se *mindfulness* vježbe kao što su jednogminutni prostor za disanje i body scan. Nakon svake seanse sudionici su dobili zadatak

implementirati naučeno u svakodnevnom životu. Treći i četvrti tjedan intervencije obuhvaćali su samostalne zadatke, odnosno čitanje o *mindful* igri s djetetom, *mindful* hodanju, *mindful* jedenju i *mindful* promatranju djeteta. Sudionici su također samostalno prakticirali vještine stečene u prethodnim seansama. U petom tjednu održala se telefonska seansa tijekom koje se raspravljalo o prakticiranju *mindfulness* vještina (Rayan i Ahmad, 2016). Mjerni instrumenti korišteni u istraživanju obuhvaćaju The World Health Organization QOL Assessment-Brief upitnik (WHOQOL-BREF) koji pokriva četiri domene kvalitete života (fizička, psihološka, okolinska i socijalna) (WHOQOL Group, 1998), The positive stress reappraisal subskalu mjernog instrumenta The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), koji mjeri strategije suočavanja koje osoba koristi kada se suoči s negativnim situacijama u životu (Garnefski i sur., 2002 prema Rayan i Ahmad) i The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) koja mjeri *mindfulness* osobinu (Brown i Ryan, 2003). Kada je riječ o domenama kvalitete života, nije pronađena značajna razlika u rezultatima mjerenja prije i nakon intervencije u domenama fizičkog zdravlja i okoline (primanja, stambeni uvjeti, zdravstvene usluge koje njihova djeca primaju). S druge strane, pronađeno je značajno poboljšanje u domenama psihološko zdravlje i socijalni odnosi te u ukupnoj kvaliteti života. Mjerenje nakon provedbe intervencije pokazalo je i značajno povećanje rezultata *mindfulnessa* i pozitivne ponovne procjene situacije (Rayan i Ahmad, 2016).

Bazzano, Wolfe, Zylowska, Wang, Schuster, Barrett i Lehrer (2013) proveli su istraživanje o učinkovitosti osmotjednog MBSR programa kod roditelja i skrbnika djece s teškoćama u razvoju (intelektualne teškoće, poremećaj iz spektra autizma, Down sindrom, cerebralna paraliza, epilepsija). 66 sudionika (51 žena i 15 muškaraca) sudjelovalo je u mjerenju prije i nakon provedbe programa, a 39 ih je sudjelovalo u follow-up mjerenju. Kvantitativni podaci prikupljeni su neposredno prije i nakon provedbe programa te dva mjeseca nakon završetka programa. Kvalitativni podaci prikupljeni su po završetku MBSR programa. Korišteni su sljedeći mjerni instrumenti: *Mindful Attention Awareness Scale* (Brown i Ryan, 2003), *Perceived Stress Scale* (Cohen i sur., 1983 prema Bazzano i sur., 2013), *Parental Stress Scale* (Berry i Jones, 1995), *Psychological Well-Being Scales* (Ryff i Keyes, 1995), *Self Compassion Scale* (Neff, 2003) i *Short-Form 12* (Bazzano i sur., 2013). Kvalitativni podaci prikupljeni su kao izjave sudionika o tome što su za sebe vrijedno i važno dobili sudjelovanjem u MBSR program. Osmotjedni program održao se u neprofitnoj organizaciji u lokalnoj zajednici koja pruža usluge za djecu i osobe s invaliditetom. Program je proveo educirani MBSR učitelj. Seanse su se održavale jednom tjedno u trajanju od dva sata, a uključivale su podučavanje *mindfulness* meditacije, yogu, body scan, svjesno disanje i druge *mindfulness*



prakse primjenjive u svakodnevnom životu. Osim toga, seanse su uključivale i grupne rasprave o temama kao što su izvori stresa kod roditelja i skrbnika, strah za djetetovu budućnost i vježbanje *mindfulnessa* s djetetom. Nakon seanse, sudionici su dobivali zadaću koja je uključivala meditaciju i primjenu *mindfulnessa* u svakodnevnim aktivnostima. Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da je nakon provedbe osmotjednog MBSR programa kod svih sudionika došlo do značajnog smanjenja percipiranog općeg stresa i roditeljskog stresa. Osim toga, mjerenje nakon provedbe programa pokazalo je značajno povećanje *mindfulnessa*, samosuosjećanja i blagostanja. Ovakvi rezultati dobiveni su i u follow-up mjerenju dva mjeseca nakon završetka programa. Kada je riječ o kvalitativnim podacima, sudionici su izjavili da im je MBSR pomogao u uspješnijem suočavanju sa stresom, većoj usredotočenosti na sadašnji trenutak te u poboljšanju odnosa s djetetom (Bazzano i sur., 2013).

Cilj istraživanja koje su proveli Lo, Chan, Szeto, Chan i Choi (2017) bio je evaluirati učinkovitost kratke intervencije temeljene na *mindfulnessu* kod roditelja djece s teškoćama u razvoju predškolske dobi. U istraživanju je sudjelovalo 180 roditelja djece s teškoćama u razvoju (ADHD, poremećaj iz spektra autizma, kašnjenje u razvoju i sl.), 169 žena i 11 muškaraca. Sudionici su nasumično podijeljeni u intervencijsku i kontrolnu skupinu. Program je trajao 6 tjedana. Svaka seansa trajala je 1.5 sat. Program se provodio u šest grupa, a vodila su ga dva instruktora educirana za provođenje MBSR i MBCT programa. Seanse su se sastojale od *mindfulness* praksi (body scan, *mindful* istežanje, *mindful* sjedenje, *mindful* jedenje i hodanje) i psihoedukacije o upravljanju stresom. Roditeljski stres mjeren je instrumentom Parenting Stress Index-Short Form (Abidin, 1990 prema Lo i sur., 2017). Za mjerenje depresije korištena je Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977 prema Lo i sur., 2017). Problemi u ponašanju kod djece mjereni su pomoću instrumenta Eyberg Child Behavior Inventory (Robinson i sur., 1980 prema Lo i sur., 2017). Interpersonalni *mindfulness* u roditeljstvu mjeren je korištenjem instrumenta Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (Duncan i sur., 2009 prema Lo i sur., 2017). Za mjerenje bračnog zadovoljstva primijenjen je instrument Kansas Marital Satisfaction Scale (Schumm i sur., 1986 prema Lo i sur., 2017). Nakon provedbe programa, utvrđeno je značajno smanjenje depresije, roditeljskog stresa i stresa koji proizlazi iz disfunkcionalnih interakcija s djetetom. Kod roditelja koji doživljavaju više razine stresa i depresije pronađene su značajnije pozitivne promjene u razinama stresa i depresije nego kod roditelja s nižim početnim razinama stresa i depresije. Međutim, nisu pronađene značajne promjene u problemima u ponašanju kod djece i u bračnom zadovoljstvu. Moguće objašnjenje za izostanak promjena jest da aktivnosti u ovome kratkom *mindfulness* program nisu bile direktno usmjerene na upravljanje djetetovim ponašanjem i na bračne odnose.

Kada je riječ o *mindfulnessu* u roditeljstvu, i u kontrolnoj i u skupini koja je sudjelovala u intervenciji pronađene su promjene u interpersonalnom *mindfulnessu* u roditeljstvu. Kao moguće objašnjenje navodi se da različite intervencije u kojima roditelji sudjeluju (kognitivno-bihevioralni pristup, intervencije temeljene na *mindfulnessu*, podrška centara koji pružaju usluge za djecu s teškoćama u razvoju) mogu potaknuti interpersonalni *mindfulness* (Lo i sur., 2017).

Behbahani, Zargar, Assarian i Akbari (2018) svojim su istraživanjem ispitali učinkovitost treninga *mindful* roditeljstva u smanjenju roditeljskog stresa kod majki djece s ADHD-om i smanjenju simptoma ADHD-a kod djece. Smatra se da je veza između roditeljskog stresa i problema u ponašanju kod djece dvosmjerna. Djeca koja imaju ADHD mogu izražavati različita ponašanja kao što su neposluh, negativne interakcije s roditeljima, smanjena prilagodljivost i destruktivno ponašanje (Heath i sur., 2015). Upravljanje ponašanjem djeteta za roditelje djece s ADHD-om predstavlja izazov i stres te zbog toga često pribjegavaju pretjeranim reakcijama i kažnjavanju (Pakdaman, 2014, Gordon i Hinshaw, 2017 prema Behbahani i sur., 2018). Djeca zatim mogu izražavati još više neodobravanja i negativnih ponašanja (Maniadaki i sur., 2005 prema Behbahani i sur., 2018). Nadalje, roditelji mogu početi osjećati nedostatak vlastite roditeljske učinkovitosti te zbog toga doživljavaju još veći stres (Heath i sur., 2015 prema Behbahani i sur., 2018). U istraživanju je sudjelovalo 60 majki djece s ADHD-om. Dob djece je bila između 7 i 12 godina. Sudionice su nasumično podijeljene u kontrolnu i intervencijsku skupinu. Za prikupljanje podataka u istraživanju korišteni su sljedeći mjerni instrumenti: Parenting Stress Index – Short Form (Abidin, 1995 prema Behbahani i sur., 2018) za mjerenje razina i izvora stresa povezanih s brigom o djetetu te Swanson, Nolan and Pelham Parent and Teacher Rating Scale za dijagnostiku i klasifikaciju ADHD-a. Seanse su se održavale jednom tjedno u trajanju od 90 minuta, tijekom 8 tjedana. Trening je obuhvaćao različite *mindfulness* vježbe: svjesno jedenje, body scan, yogu, zahvalnost, trominutni prostor za disanje, sjedeću meditaciju, hodajuću meditaciju, meditaciju ljubavi i ljubaznosti. Osim toga, sudionici su imali priliku raspravljati o stresnim događajima u roditeljstvu te su dobili sugestije za svakodnevnu primjenu *mindfulnessa* u roditeljstvu (Behbahani i sur., 2018). Ciljevi treninga *mindful* roditeljstva su: naučiti roditelje da budu potpuno prisutni u trenutku sa svojim djetetom bez prosuđivanja, da brinu o sebi jer je briga o sebi temelj roditeljstva, da prihvate teškoće svoga djeteta te da smanje reaktivnost na djetetova ponašanja (van der Oord i sur., 2012). Nakon sudjelovanja u treningu, pronađeno je smanjenje roditeljskog stresa te negativnih interakcija između majki i djece. Osim toga, pronađena su poboljšanja u mjerama pažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti kod djece s ADHD-om. Naime, niske razine stresa omogućavaju smirenost

roditelja te stav prihvaćanja prema djetetu. Navedeno rezultira pozitivnijom roditeljskom procjenom djetetovih ponašanja i simptoma ADHD-a (Behbahani i sur., 2018).

Burke i sur. (2017) proveli su kvalitativno istraživanje čija je svrha bila utvrditi izvještavaju li roditelji o roditeljskom stresu koji je povezan sa školom, primjenjuju li i na koji način *mindfulness* strategije tijekom rehabilitacijskog procesa te utvrditi percipirani stupanj učinkovitosti *mindfulness* strategija. U istraživanju je sudjelovalo 26 roditelja čija djeca imaju teškoće u razvoju (24 žene i 2 muškarca). Roditelji su sudjelovali u osmotjednom MBSR programu. Seanse su se provodile u trajanju od dva sata tjedno. Osim toga, organizirana je i jedna seansa u trajanju od šest sati namijenjena meditiranju. Sudionici su dobili i CD na kojemu su se nalazile audio upute za primjenu *mindfulnessa* kod kuće. Nakon završetka MBSR programa, provedeni su intervjui sa sudionicima. Većina sudionika u istraživanju izvijestila je da su pod stresom tijekom susreta za kreiranje individualiziranog edukacijskog programa (IEP) jer su se na susretima isticali deficiti koje imaju njihova djeca te zbog roditeljske odgovornosti da zagovaraju i donose odluke za svoju djecu. Osim toga, roditelji su izvijestili o stresu uzrokovanom zanemarivanjem njihovih mišljenja od strane zaposlenika škole koji roditelje postavljaju u poziciju slušatelja umjesto u poziciju ravnopravnih partnera. Kada je riječ o primjeni *mindfulness* strategija tijekom IEP susreta, većina sudionika izvijestila je da doista primjenjuju *mindfulness* strategije. Više od polovice sudionika izjavilo je da su tijekom IEP susreta smireni i nereaktivni. Nešto manje od polovice sudionika izjavilo je da su prisutni u trenutku tijekom IEP susreta zbog čega su bolje koncentrirani na komunikaciju s osobljem škole. Nadalje, nešto manje od polovice sudionika izjavilo je da koriste *mindfulness* disanje tijekom IEP susreta. Nekoliko roditelja izjavilo je da se tijekom IEP susreta udaljavaju od problema fokusirajući se na cjelokupnu sliku umjesto na ono što je negativno. Tri sudionika izjavila su da su, kada su osjetili da postaju anksiozni tijekom IEP susreta, zatražili pauzu. Također, prema izjavama roditelja, primjena *mindfulness* strategija pozitivno je utjecala na njih same, njihovu djecu s teškoćama u razvoju te na odnose sa zaposlenicima u školi. Primjena *mindfulness* strategija poboljšala je blagostanje roditelja, uključujući i veće strpljenje, smanjenje stresa, smanjenu emotivnost, jasnije razmišljanje te povećanje pozitivnih i smanjenje negativnih emocija. Tijekom IEP susreta, roditeljska primjena *mindfulness* strategija poboljšala je vještine zagovaranja te jasnije i smirenije komuniciranje djetetovih potreba. Sudionici su izvijestili i o poboljšanju i pozitivnijim odnosima sa zaposlenicima škole te o uspješnijem osiguravanju boljih usluga za svoje dijete. Zahvaljujući smirenosti roditelja, zaposlenici škole bili su otvoreniji za ispunjavanje roditeljskih zahtjeva (Burke i sur., 2017).

## **2.3. Primjena *mindfulnessa* kod edukacijskih rehabilitatora i stručnjaka srodnih disciplina**

### **2.3.1. Profesionalni stres i sindrom sagorijevanja (burn-out)**

Edukacijski rehabilitatori svoju djelatnost obavljaju u različitim kontekstima, koji obuhvaćaju odgoj i obrazovanje, socijalnu skrb, zdravlje, profesionalnu rehabilitaciju, zapošljavanje, civilno društvo i znanost (Zakon o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti (NN, 18/22)). Kao stručnjaci pomagačkog zanimanja, edukacijski rehabilitatori doživljavaju visoke razine stresa i sagorijevanja (Škrinjar, 1994 prema Cvitković i Majdak, 2022). Ajduković i Ajduković (1996) definiraju profesionalni stres kao razilaženje zahtjeva koje pred osobu postavlja radno mjesto te njezinih mogućnosti, očekivanja i želja da te zahtjeve ispuni.

Hester, Bridges i Rollins (2020) istražili su čimbenike koji doprinose stresu i napuštanju zanimanja kod učitelja djece s teškoćama u razvoju. Kao stresne komponente posla sudionici su naveli: nedostatak podrške i znanja administrativnog osoblja o karakteristikama i zahtjevima radnog mjesta učitelja djece s teškoćama u razvoju, nedostatak potrebnih materijala, tehnologija i mogućnosti za osobni razvoj, papirologiju, prevelik broj učenika, suradnju s ostalim učiteljima, pomoćnicima u nastavi i roditeljima, upravljanje vremenom, ponašanja i potrebe učenika. Osim toga, stresu doprinose i nedostatak vremena za obitelj i zdravstvene teškoće uzrokovane zahtjevima posla. Kao glavni razlozi zbog kojih sudionici razmatraju napuštanje zanimanja istaknuli su se narušeno fizičko i emocionalno zdravlje, manjak podrške i resursa na radnom mjestu, zahtjevi posla i radno opterećenje, potreba za dodatnom edukacijom, promjena zanimanja i želja za odlaskom u mirovinu (Hester i sur., 2020).

Kontinuirana izloženost stresu na radnom mjestu može uzrokovati sindrom sagorijevanja (*eng. burn-out syndrome*) (Jeleč-Kaker, 2009). Nastanku sindroma sagorijevanja podložnije su osobe koje su perfekcionista, idealiziraju vlastito zanimanje, imaju previsoka očekivanja te osobe koje nisu vješte u postavljanju granica u svezi s poslom (Ajduković, 1996) Sindrom sagorijevanja karakteriziraju tri komponente: iscrpljenost, cinizam ili depersonalizacija te osjećaj neučinkovitosti ili smanjenog postignuća. Iscrpljenost se odnosi na osjećaj preopterećenosti i iscrpljenosti vlastitih fizičkih i emocionalnih resursa. Cinizam ili depersonalizacija jest interpersonalna komponenta burnout sindroma, a odnosi se na negativan,

bezosjećajan prema poslu i ljudima. Komponenta smanjene učinkovitosti ili postignuća podrazumijeva osjećaj nekompetentnosti te manjka produktivnosti i postignuća na poslu (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001).

Sindrom sagorijevanja u pomagačkim profesijama razvija se u okviru nekoliko faza (Ajduković, 1996):

- Faza entuzijazma, u kojoj osoba ima previsoka očekivanja vezana za vlastita postignuća, pretjerano je predana poslu i mnogo ulaže u posao.
- Faza stagnacije, u kojoj osoba osvještava da se posao ne podudara s onim što je zamislila i očekivala. U ovoj fazi dolazi do frustracije, razočaranja, negativizma i sumnje u vlastitu stručnu kompetenciju. Nastaju problemi u komunikaciji s korisnicima i kolegama.
- Faza emocionalnog povlačenja i izolacije, koju karakterizira udaljavanje osobe od korisnika te izoliranje od kolega. U ovoj se fazi javljaju i tjelesni problemi kao što su kronični umor i nesanica, glavobolja i dr.
- Faza apatije, u kojoj nastaju cinizam i ravnodušnost prema korisnicima te vidljivi znakovi depresije. U ovoj su fazi resursi osobe i njezina motivacija za posao iscrpljeni.

Ajduković (1996) razlikuje unutarnje i vanjske faktore koji doprinose sindromu sagorijevanja kod stručnjaka u pomagačkim profesijama. Unutarnji faktori obuhvaćaju nerealna očekivanja pomagača, osjećaj nekompetencije, snažnu vezanost za vlastiti posao, identificiranje s korisnicima, neučinkovito upravljanje vremenom i sl. U vanjske faktore pripadaju radni uvjeti i organizacija rada, psihosocijalno ozračje na radnom mjestu, obilježja korisnika i drugi čimbenici koji se nalaze izvan pomagača.

Osim sindroma sagorijevanja, mogu nastati i druge psihičke posljedice rada u pomagačkim zanimanjima. Kontratransfer se odnosi na pojavu osjećaja i misli kod radnika u pomažućim profesijama koja je potaknuta iskustvom korisnika, odnosno na prijenos osjećaja s pomagača na korisnika. Posredna traumatizacija podrazumijeva posredno traumatiziranje pomagača iskustvima koja korisnik opisuje (Ajduković i Ajduković, 1996).

Profesionalni stres i sagorijevanje mogu utjecati na kvalitetu usluga koje pružaju edukacijski rehabilitatori. Osim toga, može doći do promjena u interakcijama s korisnicima i drugim kolegama. U interakcijama s kolegama i roditeljima dolazi do cinizma, smanjene fleksibilnosti i učestalijih konflikata (Wisniewski i Garguilo, 1997). Sindrom sagorijevanja

može negativno utjecati na razvoj djece s teškoćama u razvoju. Učitelji djece s teškoćama u razvoju koji doživljavaju sindrom sagorijevanja manje su učinkoviti u implementaciji IEP-a (Ruble i McGrew, 2013 prema Sun, Wang, Wang, Du i Zhang, 2019). Osim toga, povećana je vjerojatnost da će postati ravnodušni i nestrpljivi u odnosu s djecom s teškoćama u razvoju (Irvin i sur., 2013 prema Sun i sur., 2019). Stres može smanjiti učinkovitost održavanja discipline u razredu koji pohađaju učenici s teškoćama i osjetljivost edukacijskih rehabilitatora na potrebe učenika (Wisniewski i Garguilo, 1997).

Dugotrajni stres može uzrokovati nepovoljne fiziološke i psihološke odgovore kod pomagača. Neke od brojnih fizioloških posljedica stresa uključuju povišeni krvni tlak, glavobolje, gubitak težine i energije. U psihološke posljedice stresa ubrajaju se depresija, anksioznost, nervoza, psihosomatske teškoće i dr. (Wisniewski i Garguilo, 1997).

Kvaliteta skrbi koju, osim roditelja, pružaju i edukacijski rehabilitatori ključan je faktor koji osigurava blagostanje i obrazovni uspjeh djece s teškoćama u razvoju. Obrazovanje djece s teškoćama u razvoju postavlja pred edukacijske rehabilitatore znatne profesionalne i emocionalne brige. Svoj svakodnevni rad edukacijski rehabilitatori primorani su prilagoditi razvojnim potrebama svakog pojedinog djeteta, uz kontinuirano održavanje otvorene komunikacije s roditeljima djeteta. Nužno je identificirati intervencije koje mogu pomoći edukacijskim rehabilitatorima u smanjenju stresa i održavanju blagostanja kako bi bili učinkovitiji u pružanju skrbi i kako bi se optimizirali obrazovni ishodi i vještine djece s teškoćama u razvoju (Benn, Akiva, Arel i Roeser, 2012).

Prikladno odgovaranje na potrebe djece s teškoćama u razvoju iziskuje različite sposobnosti koje uključuju fokusiranu pažnju, emocionalnu regulaciju te kognitivnu fleksibilnost, stoga su intervencije usmjerene na razvoj ovih sposobnosti od velike važnosti. Kao jedna od mogućih intervencija koja bi se mogla primijeniti u tu svrhu jest *mindfulness* trening. *Mindfulness* trening pruža edukacijskim rehabilitatorima mogućnost da unaprijede emocionalnu regulaciju i vještine rješavanja problema. Nadalje, ovakav im trening može omogućiti da postanu osjetljiviji na komunikaciju djeteta, da budu usklađeni s vlastitim unutarnjim reakcijama te da se s emocionalno teškim situacijama suoče s većom smirenošću (Benn i sur., 2012).

*Mindful* poučavanje zahtijeva od edukacijskih rehabilitatora prihvaćanje vlastitih snaga i ograničenja te ponašanja djece bez prosuđivanja. Kao važan zahtjev *mindful* poučavanja ističe se i empatično odgovaranje na potrebe i zahtjeve djeteta (Benn i sur., 2012).

U nastojanju da pomognu drugima, stručnjaci pomagačkih zanimanja često zanemaruju sebe i svoje potrebe, što može smanjiti kvalitetu obavljanja posla pomagača (Ajduković i

Ajduković, 1996). Kako bi se optimizirali ishodi djece s teškoćama u razvoju, nužno je razmišljati ne samo o intervencijama za dijete, već i o intervencijama za roditelje i edukacijske rehabilitatore (Benn i sur., 2012). *Mindfulness* može biti važan resurs za edukacijske rehabilitatore, omogućavajući im adaptivnije suočavanje s emocionalno nabijenim situacijama, smanjenje stresa, poboljšanje psihološkog blagostanja te unapređenje interakcija i odnosa (Benn i sur., 2012).

### 2.3.2. Pregled istraživanja

Kako je vidljivo iz provedenog pregleda istraživanja, u Hrvatskoj nedostaju istraživanja o *mindfulness* intervencijama provedenim u populaciji edukacijskih rehabilitatora. U skladu s tim, u ovaj su pregled uključena inozemna istraživanja koja obuhvaćaju populaciju stručnjaka srodnih disciplina.

Suočeni s problematičnim ponašanjima djece s teškoćama u razvoju, njihovi odgojitelji mogu razviti negativne misli i emocije. Nefleksibilni načini kontroliranja ovih negativnih osjećaja, kao što su izbjegavanje komunikacije i kažnjavanje djece, mogu dovesti do povlačenja odgojitelja od djece i propuštanja prilike da djeluju u skladu s vrijednošću da učine pozitivne promjene u njihovim životima. Psihološka fleksibilnost omogućava odvajanje od misli i osjećaja te fokusiranje na vlastite vrijednosti, kao što je ostvarivanje pozitivnih promjena u dječjim životima. Na taj način odgojitelji su spremni poduzimati radnje koje će pomoći djeci u postizanju njihovih bitnih ishoda (Biglan i sur., 2013). Biglan i sur (2013) proveli su pilot studiju kako bi procijenili hoće li radionice ACT terapije za odgojitelje djece s teškoćama u razvoju predškolske dobi poboljšati razine stresa i depresije i povećati kolegijalnu podršku u ustanovi. U istraživanju je sudjelovalo 30 članova osoblja predškolskog programa za djecu s teškoćama u razvoju i 12 obiteljskih savjetnika koji rade s obiteljima djece s teškoćama u razvoju uključene u predškolski program. Sudionici su nasumično podijeljeni u skupinu koja će odmah sudjelovati u ACT radionicama i kontrolnu skupinu koja će u radionicama sudjelovati tri mjeseca nakon prve skupine. Održane su dvije ACT radionice koje su trajale tri i pol sata, u razmaku od dva tjedna kod skupine koja je prva sudjelovala u radionicama te u razmaku od tri tjedna kod skupine koja je u radionicama sudjelovala tri mjeseca nakon prve skupine. Radionice

su uključivale iskustvene vježbe i korištenje metafora s ciljem poboljšanja psiholoških procesa (svjesno djelovanje, opisivanje unutarnjeg iskustva, opažanje unutarnjeg iskustva, neprosuđivanje iskustva, nereaktivnost na unutarnje iskustvo) koji dovode do smanjenja iskustvenog izbjegavanja neugodnih misli i emocija i potiču psihološku fleksibilnost. Rezultati ove pilot studije ukazuju da ACT radionice mogu povećati prihvaćanje unutarnjeg iskustva i osjećaj učinkovitosti te smanjiti stres kod odgojitelja djece s teškoćama u razvoju. Prema izjavama sudionika, radionice su unutar ustanove potaknule poštovanje, suradnju, pružanje podrške te davanje i primanje povratnih informacija. Niže razine iskustvenog izbjegavanja i život u skladu s vlastitim vrijednostima pokazali su se povezanima s nižim razinama stresa i depresije i višim razinama osobnog postignuća. Osim toga, pronađena je povezanost *mindfulnessa* s nižim razinama depresije i višim razinama osobnog postignuća. Ova intervencija smanjila je iskustveno izbjegavanje, povećala svjesnost i život u skladu s osobnim vrijednostima te poboljšala osjećaj učinkovitosti kod osoblja zaposlenog u predškolskom program za djecu s teškoćama u razvoju (Biglan i sur., 2013).

Benn i sur. (2012) proveli su istraživanje o primjeni *mindfulness* treninga kod učitelja i roditelja djece s teškoćama u razvoju. U istraživanju je sudjelovalo 25 roditelja i 35 učitelja. Sudionici su podijeljeni u tretmansku grupu i kontrolnu grupu (sudionici s liste čekanja). U procjeni i prije i nakon završetka intervencije sudjelovalo je 52 sudionika. U follow-up mjerenju sudjelovalo je 43 sudionika. Mjerenja su provedena u tri vremenske točke: jedan tjedan prije početka treninga, jedan tjedan nakon završetka treninga i follow-up mjerenje 2 mjeseca nakon treninga. Seanse *mindfulness* treninga za roditelje i učitelje provodile su se dva puta tjedno u periodu od pet tjedana. Trening se provodio odvojeno za grupu roditelja i za grupu učitelja, a vodili su ga instruktori koji su završili formalnu obuku za provođenje MBSR programa ili MBCT programa. Seanse su trajale dva i pol sata, a održale su se i dvije cjelodnevne seanse. Trening je uključivao komponente i prakse MBSR programa. Osim toga, sudionici su dobili zadatke za rad kod kuće. Tijekom treninga provodile su se različite vježbe poput koncentracije na disanje, koncentracije na misli, sjedenja i promatranja vlastitih emocionalnih i bihevioralnih odgovora. Seanse su strukturirane tako da uključuju aktivnosti koje obuhvaćaju postavljanje pitanja, didaktičko predavanje, grupnu raspravu, modeliranje *mindfulness* vježbi i prakticiranje *mindfulnessa* u grupi. Nakon pet tjedana *mindfulness* treninga, utvrđeno je povećanje svjesnosti ispitanika o vlastitoj okolini, fizičkim senzacijama i unutarnjim mentalnim procesima. Nadalje, smanjilo se prosuđivanje, a sudionici su detaljnije opisivali svoja iskustva iz trenutka u trenutak. Ove kompetencije, stečene tijekom *mindfulness* treninga, utjecale su na smanjenje stresa i distresa kod sudionika. Također, pozitivan utjecaj treninga očitovao se i u pozitivnijem



psihološkom funkcioniranju, koje obuhvaća povećanje samosuosjećanja, osobni rast te poboljšanje kompetencija vezanih za odnose, kao što su empatija i opraštanje. Osim toga, utvrđena je povezanost *mindfulness* treninga s poboljšanjem samopercepcije empatije. Povećana svjesnost omogućava promatranje drugih osoba bez prosuđivanja te tako potiče povećanje osjetljivosti na tuđe potrebe. Kada je riječ o učiteljima djece s teškoćama u razvoju, utvrđen je pozitivan utjecaj *mindfulness* treninga na osjećaj samoučinkovitosti. Zahvaljujući povećanoj svjesnosti, učitelji su percipirali učinkovitiju sposobnost regulacije stresnih situacija u učionici te veću učinkovitost vlastitih kompetencija poučavanja. Međutim, nije utvrđen značajan utjecaj *mindfulness* treninga na uvjerenja roditelja o vlastitim roditeljskim kompetencijama. Ovakav rezultat može biti posljedica prekratkog trajanja *mindfulness* treninga te postoji mogućnost da roditelji nisu stigli dosljedno implementirati *mindfulness* u roditeljske postupke, stoga nisu osjetili promjene u roditeljskim kompetencijama. Po završetku treninga, roditelji su izvijestili o povećanju strpljenja i emocionalne regulacije. Tijekom istraživanja, roditelji su izvijestili o višim razinama stresa i depresije, manje pozitivnih osjećaja i samosuosjećanja u usporedbi s učiteljima. Unatoč ovim razlikama, *mindfulness* trening utjecao je na smanjenje stresa i anksioznosti, povećanje samosuosjećanja i smanjenje negativnih raspoloženja i kod roditelja i kod učitelja. Pozitivni učinci *mindfulness* treninga održali su se i u follow-up mjerenju koje je provedeno 2 mjeseca nakon završetka treninga (Benn i sur., 2012).

Sharp Donahoo, Siegrist i Garrett-Wright (2018) proveli su kvazi-eksperimentalnu pilot studiju s ciljem procjene učinkovitosti primjene *mindfulnessa* i molitve u smanjenju stresa i zamora suosjećanja kod učitelja i osoblja koje radi s učenicima s teškoćama u razvoju. Osim toga, istraživanjem se napravila usporedba korištenja elektroničkih podsjetnika za implementaciju *mindfulnessa* i molitve te grupa podrške s namjerom povećanja učinkovitosti intervencije. Uz *mindfulness*, istraživanja pokazuju da je molitva još jedna alternativna metoda koja se može koristiti za smanjenje stresa i koja može pomoći u poboljšanju duhovnog, emocionalnog i mentalnog zdravlja (Sajjad, 2011 prema Sharp Donahoo i sur., 2018). U ovome istraživanju sudjelovalo je 27 učitelja i drugog stručnog osoblja koje radi s učenicima s teškoćama u razvoju. Sudionici su podijeljeni u dvije skupine, od kojih je jedna primala elektroničke podsjetnike za primjenu *mindfulnessa* i molitve, a druga nije. Trosatna edukacija za sudionike održana je s ciljem da ih se educira o stresu i primjeni *mindfulnessa* i/ili molitve za smanjenje stresa i zamora suosjećanja. Sudionike se potaknulo na sudjelovanje u grupama podrške koje su održavane na tjednoj bazi. Jedan dio ispitanika primao je elektroničke podsjetnike u obliku tekstualnih poruka koji su poticali korištenje *mindfulnessa* ili molitve. Sudionici su birali *mindfulness*, molitvu, grupe podrške ili kombinaciju ovih intervencija u

kojima će sudjelovati. Nakon 4-5 tjedana primjene, kod ispitanika koji su izvijestili o visokoj učestalosti korištenja primjene *mindfulnessa* pronađena su značajna poboljšanja percipiranog stresa. Učestalo korištenje *mindfulnessa* i molitve u kombinaciji pokazalo se učinkovitim u poboljšanju rezultata percipiranog stresa te u povećanju zadovoljstva suosjećanjem. Međutim, utvrđeno je i povećanje sindroma sagorijevanja, što se pripisuje odabiru trenutka za provođenje početnog mjerenja i mjerenja nakon nekoliko tjedana implementacije. Naime, početno mjerenje provedeno je odmah po povratku sudionika s ljetnih praznika, a drugo mjerenje provedeno je mjesec dana nakon početka školske godine, što je trenutak kada obično nastaje zamor učitelja i stručnog osoblja. Nadalje, nije pronađena statistički značajna razlika između učinkovitosti elektroničkih podsjetnika i sudjelovanja u grupama podrške koji potiču korištenje *mindfulnessa* i molitve (Sharp Donahoo i sur., 2018).

Singh, Lancioni, Medvedev, Hwang, Myers i Townshend (2020) proveli su istraživanjem s ciljem usporedbe utjecaja *mindfulness* programa, psihoedukacijskog programa te programa stručnog usavršavanja na kvalitetu života stručnog osoblja koje pruža usluge adolescentima i odraslima s intelektualnim teškoćama i poremećajem iz spektra autizma. Sudionici su bili članovi stručnog osoblja (216) koje radi u organiziranom stanovanju za adolescente i odrasle s intelektualnim teškoćama i poremećajem iz spektra autizma. Sudionici su postupkom randomizacije podijeljeni u *mindfulness* program, psihoedukacijski program i u program stručnog usavršavanja. U svakom je programu sudjelovalo 72 člana stručnog osoblja. Svaki program trajao je tri dana, a provodio se u malim grupama. Period za implementaciju stečenih vještina nakon trodnevnog treninga trajao je 32 tjedna. Sudionici su ispunili tri skale (Perceived Stress Scale, Professional Quality of Life, Beck Depression Inventory-II) prije prvog dana treninga te tijekom posljednjeg tjedna perioda za implementaciju. *Mindfulness* program sadržavao je *mindfulness* komponentu iz programa podrške pozitivnom ponašanju temeljenom na *mindfulnessu* (eng. MBPBS - Mindfulness-Based Positive Behavior Support). U ovom su programu sudionici učili osnovne meditacije i kontemplativne prakse. Sudionici su potaknuti na svakodnevnu 20-minutnu praksu meditacije. U psihoedukacijskom programu sudionici su učili o aspektima stresa na radnom mjestu te kako isti prepoznati i smanjiti. Osim toga, sudionici su educirani kako zadovoljiti potrebe osoba s intelektualnim teškoćama i poremećajem iz spektra autizma. Program stručnog usavršavanja uključivao je standardnu obuku osoblja o brizi za osobe s intelektualnim teškoćama i poremećajem iz spektra autizma. U skupini koja je sudjelovala u *mindfulness* programu, drugim mjerenjem utvrđeno je najviše povećanje zadovoljstva suosjećanjem te smanjenje percipiranog stresa, sekundarnog traumatskog stresa, depresivnih simptoma i razina sagorijevanja u usporedbi s druge dvije skupine koje su

sudjelovale u psihoedukacijskom programu i u programu stručnog usavršavanja. Autori istraživanja zaključuju da je *mindfulness* komponenta MBPBS programa značajno učinkovitija u usporedbi sa psihoedukacijom i stručnim usavršavanjem u poboljšanju aspekata profesionalne kvalitete života (percipirani stres, sagorijevanje, zadovoljstvo suosjećanjem, sekundarni traumatski stres, simptomi depresije) (Singh i sur., 2020).

Važnu ulogu u životima osoba s invaliditetom ima stručno osoblje koje o njima skrbi. Istraživanja su pokazala da su interakcije koje stručno osoblje ostvaruje s korisnicima važan faktor koji može povećati kvalitetu života korisnika s invaliditetom (Jones i sur., 1999, Kissel i sur., 1983 prema Chancey i sur., 2019). Ponekad su interakcije između stručnog osoblja i korisnika otežane zbog problematičnih ponašanja korisnika. Prethodno iskustvo s agresivnim ponašanjem korisnika može kod stručnog osoblja dovesti do izbjegavanja i ograničenih interakcija s korisnicima. Osim toga, stručno osoblje može početi evaluirati i verbalno označavati klijenta o tome kakav je on, što posljedično može dovesti do rigidnosti u interakcijama s korisnicima. Učestalije interakcije između osoblja i korisnika mogu imati različite dobrobiti za korisnike, uključujući više razine sreće, smanjenje problematičnih ponašanja te povećanu neovisnost u vještinama svakodnevnog života (Chancey i sur., 2019). Istraživanje o učinkovitosti ACT terapije i *mindfulness* tehnika u poboljšanju interakcija stručnog osoblja s odraslim osobama s invaliditetom proveli su Chancey i sur. (2019). U istraživanju su sudjelovale tri stručne osobe iz ustanove za osobe s invaliditetom (intelektualne teškoće, poremećaj iz spektra autizma, oštećenja sluha i sl.). Tri ispitanice su odabrane na temelju opservacije njihovog ponašanja prema korisnicima te na temelju niskog broja pozitivnih interakcija s korisnicima (Chancey i sur., 2019). Nakon početne opservacije učestalosti interakcija s korisnicima, svaka je sudionica sudjelovala u pet 15-minutnih radionica koje su uključivale definiranje *mindfulnessa* i raspravu o svrsi *mindfulnessa*. Na svakoj se radionici primjenjivala po jedna *mindfulness* tehnika, uključujući tehnike ‘‘Notice Five Things’’, ‘‘Mindfulness of the Body’’, ‘‘Eating Raisins’’, ‘‘Mindfulness of Your Hand’’ te ‘‘Mindfulness of Domestic Chores’’ tehniku. Po završetku radionica, ponovno je provedena opservacija interakcija sudionica s korisnicima. Rezultati istraživanja pokazuju da je nakon provedbe *mindfulness* radionica došlo do povećanja interakcija s korisnicima koje je iniciralo stručno osoblje. *Mindfulness* trening, zahvaljujući prihvaćanju i svijesti o onome što se događa sada i ovdje, omogućava stručnom osoblju da bude u kontaktu s ponašanjima korisnika u trenutnom kontekstu (ovdje) te s ponašanjima kakva su ona trenutačno (sada), umjesto s ponašanjima kakva su ona bila u prošlosti. Osim toga, sudjelovanje u *mindfulness* treningu može omogućiti stručnom osoblju da zamijeti pozitivna pojačanja u svom poslu, kao što su

osmijeh korisnika tijekom interakcije ili pohvala okoline za kvalitetan rad (Chancey i sur., 2019).

Problematična ponašanja osoba s intelektualnim teškoćama i drugim poremećajima u razvoju dovode do visokih razina stresa osoblja koje s njima radi (Hastings, 200, Hensel i sur., 2012 prema Singh i sur., 2016). Singh i sur. (2016) proveli su kvazi-eksperimentalno istraživanje s ciljem procjene učinkovitosti treninga podrške pozitivnom ponašanju temeljene na *mindfulnessu* (MBPBS) u smanjenju fizičkog ograničavanja korisnika od strane osoblja te smanjenju ozljeda osoblja i vršnjaka od strane korisnika. Osim toga, cilj istraživanja jest procijeniti učinkovitost treninga u smanjenju stresa i fluktuacije stručnog osoblja. U istraživanju su sudjelovala 33 člana osoblja zaposlenog u organiziranom stanovanju za osobe s invaliditetom. Tijekom 40 tjedana prije početka treninga, osoblje je prikupljalo podatke i bilježilo svaku uporabu fizičkih ograničenja za kontrolu ponašanja korisnika te ozljede ostalih korisnika i osoblja od strane korisnika u organiziranom stanovanju. Nakon početka treninga, ponovno su se prikupljali podaci tijekom 40 tjedana, uključujući i 10 tjedana tijekom kojih se provodio trening. Skala percipiranog stresa (eng. Perceived Stress Scale-10) (Cohen i sur., 1983 prema Singh i sur., 2016) primjenjivala se za mjerenje percepcije osoblja o vlastitom stresu neposredno prije početka MBPBS treninga te u desetom i četrdesetom tjednu od početka treninga. Osim toga, od kadrovske službe prikupljeni su podaci o fluktuaciji osoblja, uzrokovanoj stresom i ozljedama od strane korisnika, 40 tjedana prije i 40 tjedana od početka treninga (Singh i sur., 2016). Sedmodnevni MBPBS trening provodio se grupno tijekom deset tjedana, izmjenjujući se s periodima za implementaciju znanja i vještina stečenih u treningu. Tijekom prvog dana treninga sudionici su naučili tri vrste meditacije. *Samatha* meditacija uključuje svijest osobe o i fokus na ono što se događa u umu, bez prosuđivanja i pokušaja potiskivanja misli i emocija, s ciljem uspostavljanja stabilnosti uma (Singh i sur., 2016). Hodajuća ili *Kinhin* meditacija uključuje svjestan i polagan hod uz prisutnost u sadašnjem trenutku. *Vipassana* meditacija ili meditacija uvida primjenjuje se s ciljem dobivanja uvida u istinsku prirodu stvarnosti pomoću svijesti o mislima, osjećajima, djelima i disanju (Shonin i sur., 2015 prema Singh i sur., 2016). Tijekom četiri tjedna, osoblje je u svoju svakodnevnicu implementiralo meditaciju. U petom tjednu, proveden je intenzivan petodnevni MBPBS trening. Trening je uključivao primjenu "Soles of the Feet" meditacije i koncepata kao što su *četiri nemjerljive vrline* (eng. Four Immeasurables), koje podrazumijevaju ljubaznost, suosjećanje, radost i staloženost te *tri otrova* ili tri negativne kvalitete uma (eng. Three Poisons) koji uključuju pohlepu, gnjev i neznanje (Kyabgon, 2004, Chödrön, 2007, 2010 prema Singh i sur., 2016). Osim toga, osoblje je dobilo upute kako primjenjivati pozitivnu podršku ponašanju

zajedno s mindfulness vještinama, kao što su svjesno opažanje ponašanja korisnika te svjesna pauza između zahtjeva i pružanja podrške korisniku. Period za implementaciju stečenih MBPBS vještina zajedno s meditacijama naučenim na prvom danu treninga trajao je od šestog do desetog tjedna. U desetom tjednu održao se jednodnevni trening tijekom kojega su sudionici dobili odgovore na pitanja te ponavljali vještine i meditacije naučene tijekom treninga. Tijekom 40 tjedana od početka MBPBS treninga pronađeno je statistički značajno smanjenje primjene fizičkih ograničenja u kontroliranju agresivnih ponašanja korisnika. Nadalje, pronađeno je statistički značajno smanjenje učestalosti ozljeđivanja ostalih korisnika i osoblja od strane korisnika s intelektualnim teškoćama i drugim razvojnim poremećajima. Kada je riječ o osoblju, utvrđeno je statistički značajno smanjenje percipiranog stresa te statistički značajno smanjenje fluktuacije osoblja. Cost-benefit analiza pokazala je da se sudjelovanjem osoblja u MBPBS treningu ostvaruje financijska ušteda, tako što se smanjuje broj ozljeda osoblja i zbog ozljeda izgubljenih radnih dana. Posljedično se smanjuju troškovi liječenja ozlijeđenih zaposlenika i zapošljavanja zamjenskog osoblja (Singh i sur., 2016).

Postoje dokazi da je percipirana podrška od strane prijatelja, obitelji, kolega, ravnatelja i drugog administrativnog osoblja negativno povezana sa sindromom sagorijevanja kod učitelja djece s teškoćama u razvoju, što upućuje na važnost percipirane socijalne podrške u prevenciji istoga (Sun i sur., 2019). Važnost socijalne podrške očituje se u jačanju sposobnosti rješavanja problema i nošenja sa stresom te poticanju pozitivnih osjećaja, što je nužno za smanjenje negativnih utjecaja nepovoljnih iskustava (Sun i sur., 2014). *Mindfulness* može pozitivno utjecati na percepciju socijalne podrške jer omogućava usredotočenost na sadašnje iskustvo i, na taj način, svijest o podršci koju osoba prima od vlastitog socijalnog okruženja (Sun i sur., 2019). Sun i sur. (2019) proveli su istraživanje s ciljem procjene povezanosti između mindfulnessa, percipirane socijalne podrške i sindroma sagorijevanja kod učitelja djece s teškoćama u razvoju te s ciljem da se istraži postoji li medijacijski utjecaj percipirane socijalne podrške na odnos između *mindfulnessa* i sindroma sagorijevanja. U istraživanju je sudjelovalo 307 učitelja koji rade s djecom koja imaju različite vrste teškoća u razvoju (autizam, Down sindrom, cerebralna paraliza, intelektualne teškoće) u specijaliziranim centrima i školama. Primijenjeni su sljedeći mjerni instrumenti: Five-Facet Mindfulness Questionnaire (Baer i sur., 2006), Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Powell, Farley, Werkman i Berkoff, 1990) i Teacher Burnout Inventory (Xu, Ji i Chao, 2004). Istraživanjem je utvrđena negativna povezanost sindroma sagorijevanja s *mindfulnessom* i socijalnom podrškom. Utvrđeno je da je percepcija socijalne podrške pozitivno povezana s *mindfulnessom*, a negativno povezana sa sindromom sagorijevanja. Učitelji djece s teškoćama u razvoju kod kojih

je razina *mindfulnessa* viša percipiraju više socijalne podrške iz tri izvora koji uključuju obitelj, prijatelje i značajne druge osobe. Osim toga, utvrđena je negativna povezanost percipirane socijalne podrške iz tri izvora (obitelj, prijatelji, značajni drugi) i sindroma sagorijevanja. Ovim je istraživanjem utvrđeno da percipirana socijalna podrška djelomično posreduje utjecaj *mindfulnessa* na sindrom sagorijevanja kod učitelja djece s teškoćama u razvoju. Oni učitelji koji su izvijestili o višim razinama *mindfulnessa*, također su izvijestili i o većoj percipiranoj socijalnoj podršci, a ove rezultate pratile su niže razine sagorijevanja. Temeljem rezultata ovoga istraživanja, autori zaključuju da je povećanje percipirane socijalne podrške djelotvoran način za povećanje utjecaja *mindfulnessa* na sagorijevanje učitelja te ističu važnost socijalne podrške od strane okoline. S naglaskom na prihvaćanje vlastitih misli i emocija bez prosudbe, *mindfulness* potiče otvorenost prema dijeljenju emocija s drugim ljudima. Nadalje, *mindfulness* potiče učitelje da pružaju podršku drugima te da se i sami osjećaju podržano. Pridavanje suosjećajne pažnje drugim ljudima potiče zahvalnost za iste, dolazi do smanjenja osjećaja usamljenosti, jačaju odnosi s drugima te tako dolazi i do povećanja percipirane socijalne podrške. Na ove načine *mindfulness* može podržati psihološko blagostanje te pomoći u prevenciji i ublažavanju sindroma sagorijevanja (Sun i sur., 2019).

### 3. ZAKLJUČAK

Pojam *mindfulness* odnosi se na obraćanje pozornosti na sadašnji trenutak, pri čemu osoba otvoreno prihvaća i ne prosuđuje iskustvo u sadašnjem trenutku (Kabat-Zinn, 2015; Baer, 2003). Danas *mindfulness* pronalazi primjenu u brojnim područjima, pa tako i u području edukacije i rehabilitacije.

Programi temeljeni na *mindfulnessu* čija je primjena najzastupljenija u području edukacije i rehabilitacije su Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness-Based Cognitive therapy (MBCT), Acceptance and Commitment therapy (ACT) i Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS).

Kada su u pitanju djeca s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom, postoje brojna inozemna istraživanja o primjeni programa temeljenih na *mindfulnessu* kod ovih populacija. Primjena *mindfulness* meditacije može pomoći osobama s intelektualnim teškoćama u kontroliranju verbalne i fizičke agresivnosti (Singh i sur., 2013). Programi temeljeni na *mindfulnessu* kod djece i osoba s intelektualnim teškoćama pokazali su se učinkoviti u reduciranju depresije i anksioznosti te u unapređenju samosuosjećanja i suosjećanja prema drugim osobama (Idusohan-Moizer i sur., 2013), povećanju ponašanja usmjerenih na zadatak, poboljšanju točnosti i smanjenju vremena potrebnog za izvršavanje zadatka (Kim i Kwon, 2017). Osim toga, osobe s intelektualnim teškoćama izvijestile su o brojnim psihološkim dobrobitima koje im je omogućilo sudjelovanje u MBSR programu, većem prihvaćanju sebe, boljoj sposobnosti opraštanja sebi te boljem razumijevanju drugih i većoj empatiji. Također, naglasile su iskustvo međusobne podrške s ostalim sudionicima s intelektualnim teškoćama (Currie i sur., 2019). *Mindfulness* trening temeljen na praksama iz MBSR i MBCT programa pokazao se učinkovit u smanjenju simptoma ADHD-a kod djece i njihovih roditelja koji imaju ADHD (van der Oord i sur., 2012). Singh i sur. (2006, 2011, 2014 prema Hartley i sur., 2019) proveli su istraživanja čiji su rezultati pokazali da su intervencije temeljene na *mindfulnessu* učinkovite u smanjenju agresivnog i neposlušnog ponašanja te unapređenju socijalne komunikacije kod djece i adolescenata s visokofunkcionirajućim autizmom. Nakon *mindfulness* intervencija kod djece i odraslih s poremećajem iz spektra autizma te njihovih skrbnika utvrđeno je značajno unapređenje subjektivnog blagostanja (Hartley i sur., 2019). Intervencija koja obuhvaća *mindfulness* meditaciju pokazala se učinkovitom u poboljšanju socijalnih vještina, akademske izvedbe i smanjenju anksioznosti kod adolescenata s teškoćama učenja

(Beauchemin i sur., 2008). Kod osoba s kroničnim bolestima i stanjima utvrđena je učinkovitost MBSR programa u poboljšanju kvalitete života povezane sa zdravljem, smanjenju fizičkih simptoma i smanjenju psihološkog distresa (Reibel i sur., 2001). Osim toga, primjena MBSR programa pokazala se učinkovitom u smanjenju boli, glavobolja i poboljšanju sna (Thompson, 2009). MBSR program pokazao se učinkovit i kod osoba s cerebralnom paralizom, u pogledu smanjenja katastrofiziranja boli i negativnog afektiviteta te povećanju svjesnosti o tijelu i vlastitim kapacitetima (Høye i sur., 2020).

Roditelji djece s teškoćama u razvoju doživljavaju visoke razine stresa, što može negativno utjecati na fizičko i mentalno zdravlje djeteta (Hsiao, 2017). Sve je popularniji *mindful* pristup roditeljstvu. Primjena programa temeljenih na *mindfulnessu* za roditelje djece s teškoćama u razvoju pokazala se učinkovitom u smanjenju nepoželjnih ponašanja djece i roditeljskog stresa (Singh i sur., 2019), poboljšanju kvalitete života (Barog i sur., 2015) i poboljšanju odnosa s djetetom (Bazzano i sur., 2013; Behbahani i sur., 2018). Osim toga, roditelji u istraživanju koje su proveli Burke i sur. (2017) izvijestili su o dobrobitima primjene *mindfulness* vještina tijekom susreta u školi namijenjenih kreiranju IEP-a za dijete.

Edukacijski rehabilitatori na svom su radnom mjestu izloženi brojnim izvorima stresa. Dugotrajni stres može uzrokovati sindrom sagorijevanja (Jeleč-Kaker, 2009). Profesionalni stres i sindrom sagorijevanja mogu smanjiti kvalitetu usluga koje pružaju edukacijski rehabilitatori (Wisniewski i Garguilo, 1997). *Mindfulness* može pomoći edukacijskim rehabilitatorima u suočavanju i smanjenju stresa, poboljšanju psihološkog blagostanja te unapređenju interakcija i odnosa (Benn i sur., 2012).

Uzimajući u obzir navedene dobrobiti koje intervencije temeljene na *mindfulnessu* imaju za različite sudionike edukacijsko-rehabilitacijskog procesa, može se zaključiti da su ovakve intervencije primjenjive u području edukacijske rehabilitacije, uz odgovarajuće prilagodbe za korisnike, te da je u iste potrebno uključiti djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom, ali i njihove roditelje i edukacijske rehabilitatore kako bi se unaprijedili ishodi svih sudionika ove trijade. U dosadašnjim istraživanjima uglavnom su sudjelovale majke djece s teškoćama u razvoju, stoga je potrebno uključiti i očeve u *mindfulness* intervencije te da se istraživanjima obuhvate i njihova iskustva u *mindfulness* programima. *Mindfulness* vještine i intervencije mogu se primjenjivati u svim okruženjima te su praktične i sigurne za provedbu, stoga je potrebno da se i u Hrvatskoj intervencije temeljene na *mindfulnessu* uvedu u edukacijsko-rehabilitacijsku praksu kao podrška korisnicima, roditeljima, edukacijskim



rehabilitatorima i stručnjacima srodnih disciplina. U Hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja o primjeni ovih intervencija u području edukacijske rehabilitacije, to jest u populacijama djece s teškoćama u razvoju, osoba s invaliditetom, njihovih roditelja i edukacijskih rehabilitatora. Uzimajući u obzir mnoge dobrobiti intervencija temeljenih na *mindfulnessu* navedene u ovome radu potrebno je i u našoj zemlji započeti provedbu istraživanja u ovom području što bi doprinijelo učinkovitijoj i brojnijoj primjeni *mindfulnessa* u području edukacijske rehabilitacije.

#### 4. LITERATURA

1. Adkins, A. D., Singh, A. N., Winton, A. S., McKeegan, G. F. i Singh, J. (2010). Using a mindfulness-based procedure in the community: Translating research to practice. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 175–183.
2. Ajduković, D. (1996). Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača. U: Ajduković, D. i Ajduković, M. (Ur.), *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača* (str. 29-37). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Ajduković, M. (1996). Sindrom sagorijevanja na poslu. U: Ajduković, M. i Ajduković, D. (Ur.): *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. (str. 21-27). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Ajduković, M. i Ajduković, D. (1996). Zašto je ugroženo mentalno zdravlje pomagača. U: Ajduković, M. i Ajduković, D. (Ur.): *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. (str. 3-10). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
5. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
6. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., i Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
7. Baer, R. A., Carmody, J., i Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 755-765.
8. Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B. i Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8), 571-576.
9. Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C. i Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 298-308.
10. Beauchemin, J., Hutchins, T. L., i Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34-45.

11. Behbahani, M., Zargar, F., Assarian, F. i Akbari, H. (2018). Effects of mindful parenting training on clinical symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder and parenting stress: Randomized controlled trial. *Iranian journal of medical sciences*, 43(6), 596-604.
12. Benn, R., Akiva, T., Arel, S. i Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental psychology*, 48(5), 1476-1487.
13. Berry, J. D. i Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463–472.
14. Biglan, A. i Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47–57.
15. Biglan, A., Hayes, S. C. i Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention science*, 9, 139-152.
16. Biglan, A., Layton, G. L., Jones, L. B., Hankins, M. i Rusby, J. C. (2013). The value of workshops on psychological flexibility for early childhood special education staff. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32(4), 196-210.
17. Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J. i Sheffield, D. (2019). An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. *Mindfulness*, 10, 89-99.
18. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. i Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
19. Blackledge, J. T. i Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
20. Bloomfield, L. i Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, 13(4), 364-372.
21. Bogels, S. M., Lehtonen, A. i Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107–120.
22. Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M. i van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology,

- parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551.
23. Borkowski, J. G., Carothers, S. S., Howard, K., Schatz, J. i Farris, J. R. (2007). Intellectual assessment and intellectual disability. *Handbook of intellectual and developmental disabilities*, 261-277.
  24. Brown, K. W. i Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848.
  25. Brown, M., Duff, H., Karatzias, T. i Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: Issues for research, policy, education and clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 31–45.
  26. Burke, M. M., Chan, N. i Neece, C. L. (2017). Parent perspectives of applying mindfulness-based stress reduction strategies to special education. *Intellectual and developmental disabilities*, 55(3), 167-180.
  27. Cepanec, M., Šimleša, S. i Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra-Teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8(2), 203-224.
  28. Chancey, C., Weihl, C., Root, W. B., Rehfeldt, R. A., McCauley, D., Takeguchi, K. i Pritchard, J. (2019). The impact of mindfulness skills on interactions between direct care staff and adults with developmental disabilities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 160-169.
  29. Chiesa, A., i Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
  30. Childs, D. (2007). Mindfulness and the psychology of presence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 367-376.
  31. Chua, J. Y. X. i Shorey, S. (2021). The Effect of Mindfulness-Based and Acceptance Commitment Therapy-Based Interventions to Improve the Mental Well-Being Among Parents of Children with Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-14.
  32. Codd III, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M. i Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 203-217.

33. Conner, C. M. i White, S. W. (2018). Brief report: Feasibility and preliminary efficacy of individual mindfulness therapy for adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 290–300.
34. Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L. M. i Jackson, A. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200–216.
35. Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. i Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560-565.
36. Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491-516.
37. Currie, T. L., McKenzie, K. i Noone, S. (2019). The experiences of people with an intellectual disability of a mindfulness-based program. *Mindfulness*, 10, 1304-1314.
38. Cvitković, D. i Majdak, N. (2022). Prediktori procjene potrebe za supervizijom edukacijskih rehabilitatora. *Društvene i humanističke studije*, 7(1 (18)), 571-586.
39. Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168–192.
40. de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J. i Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914.
41. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija & socijalna integracija*, 9 (1-2), 1-10.
42. Dervishalijaj, E. (2013). Parental Stress in Families of Children with Disabilities: A Literature Review. *Journal of Educational and Social Research*, 3(7), 579-584.
43. Diener, E., Oishi, S. i Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
44. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV) (1996). Jastrebarsko: Naklada Slap.
45. Ditrich, T. (2016). Buddhism between Asia and Europe: The concept of mindfulness through a historical lens. *Asian Studies*, 4(1), 197-213.

46. Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to Lessen the Grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 779–791.
47. Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. i Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12, 255-270.
48. Emerson, E. (2004). Poverty and children with intellectual disabilities in the world’s richer countries. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(4), 319–338.
49. Esmmaeelbeygi, H. M., Alamdarloo, G. H., Seif, D. i Jabbari, F. S. (2020). The Effects of Mindfulness Intervention on the Social Skills of Students with Specific Learning Disability. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 12(2).
50. Gabriely, R., Tarrasch, R., Velicki, M. i Ovadia-Blechman, Z. (2020). The influence of mindfulness meditation on inattention and physiological markers of stress on students with learning disabilities and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 100, 103630.
51. Gratz, K. L. i Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35.
52. Greenham, S. L. (1999). Learning disabilities and psychosocial adjustment: A critical review. *Child Neuropsychology*, 5(3), 171-196.
53. Greeson, J. M. i Chin, G. R. (2019). Mindfulness and physical disease: a concise review. *Current opinion in psychology*, 28, 204-210.
54. Gresham, F. M. i Elliott, S. N. (1990). *Social skills rating system manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service
55. Griffith, G. M., Jones, R., Hastings, R. P., Crane, R. S., Roberts, J., Williams, J. i sur. (2016). Can a mindfulness-informed intervention reduce aggressive behaviour in people with intellectual disabilities? Protocol for a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 58
56. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., i Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
57. Hartley, M., Dorstyn, D. i Due, C. (2019). Mindfulness for children and adults with autism spectrum disorder and their caregivers: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4306-4319.

58. Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor, J. i Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(1), 42–46.
59. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. i Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
60. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. i Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
61. Hasler, G., Fromm, S., Alvarez, R.P., Luckenbaugh, D.A., Drevets, W.C. i Grillon, C. (2007). Cerebral blood flow in immediate and sustained anxiety. *Journal of Neuroscience*, 27(23), 6313–9.
62. Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W. i McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 118-129.
63. Hester, O. R., Bridges, S. A. i Rollins, L. H. (2020). ‘Overworked and underappreciated’: special education teachers describe stress and attrition. *Teacher Development*, 24(3), 348-365.
64. Hill, C. L. i Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
65. Hindman, R. K., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., i Maron, D. D. (2015). A comparison of formal and informal mindfulness programs for stress reduction in university students. *Mindfulness*, 6, 873-884.
66. Hoffman, L., Marquis, J. G., Poston, D. J., Summers, J. A. i Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, 68, 1069–1083.
67. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. i Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183.
68. Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., Pitman, R. K. i Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(1), 11-17.

69. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. i Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research: neuroimaging*, 191(1), 36-43.
70. Hollung, S. J., Vik, T., Wiik, R., Bakken, I. J. i Andersen, G. L. (2017). Completeness and correctness of cerebral palsy diagnoses in two health registers: implications for estimating prevalence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(4), 402-406.
71. Høye, H., Jahnsen, R. B., Løvstad, M., Hartveit, J. F., Sørli, H., Tornås, S. i Månnum, G. (2020). A Mindfulness-Based Stress Reduction Program via Group Video Conferencing for Adults With Cerebral Palsy—A Pilot Study. *Frontiers in Neurology*, 11, 195.
72. Hsiao, Y.-J. (2017). Parental Stress in Families of Children With Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4), 201–205.
73. Hwang, Y. S., Kearney, P., Klieve, H., Lang, W. i Roberts, J. (2015). Cultivating mind: Mindfulness interventions for children with autism spectrum disorder and problem behaviours, and their mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3093-3106.
74. Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., i Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 93-104.
75. Irving, J. A., Dobkin, P. L. i Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice*, 15(2), 61-66.
76. Jahnsen, R., Villien, L., Stanghelle, J. K. i Holm, I. (2002). Coping potential and disability--sense of coherence in adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 24(10), 511-518.
77. Jeleč Kaker, D. (2009). Izvori profesionalnog stresa i sindrom sagorijevanja socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (1), 133-151.
78. Jensen, M. P., Engel, J. M. i Schwartz, L. (2006). Coping with cerebral palsy pain: a preliminary longitudinal study. *Pain Medicine*, 7(1), 30-37.
79. Jensen, C. G., Vangkilde, S., Frokjaer, V. i Hasselbalch, S. G. (2012). Mindfulness training affects attention - or is it attentional effort?. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 106.
80. Juarascio, A. S., Forman, E. M. i Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior modification*, 34(2), 175-190.



81. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary- results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
82. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
83. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
84. Kabat-Zinn J. (2005). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness (Fifteenth anniversary edition)*. New York: Delta.
85. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
86. Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
87. Kabat-Zinn, J. i Kabat-Zinn, M. (2021). Mindful parenting: perspectives on the heart of the matter. *Mindfulness*, 12(2), 266-268.
88. Kavale, K. A. i Forness, S. R. (1996). Social skills deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-237.
89. Keng, S. L., Smoski, M. J. i Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
90. Kiep, M., Spek, A. A. i Hoeben, L. (2015). Mindfulness-based therapy in adults with an Autism Spectrum Disorder: Do treatment effects last? *Mindfulness*, 6(3), 637–644.
91. Killingsworth, M. A. i Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
92. Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. i Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual differences*, 81, 41-46.
93. Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Cho, S.J., Kim, M.J., Yook, K., Ryu, M., Song, S.K. i Yook, K.H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601-606.
94. Kim, J. i Kwon, M. (2017). Effects of mindfulness-based intervention to improve task performance for children with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 31(1), 87-97.

95. Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S. i Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1445-1467.
96. Ledesma, D. i Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(6), 571-579.
97. LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*, 23(1), 155-184.
98. Leifer, R. (1999). Buddhist conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 339-351.
99. Lenček, M., Usorac, M. i Ivšac Pavliša, J. (2017). Specifične teškoće učenja i cerebelarna teorija - uvid u zadatke ravnoteže i motorike. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53 (1), 101-114.
100. Lever, A. G. i Geurts, H. M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 1916-1930.
101. Leutar, Z. i Starčić, T. (2007). Partnerski odnosi i dijete s poteškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 14(1), 27-58.
102. Lo, H. H. M., Chan, S. K. C., Szeto, M. P., Chan, C. Y. H., i Choi, C. W. (2017). A feasibility study of a brief mindfulness-based program for parents of preschool children with developmental disabilities. *Mindfulness*, 8(6), 1665-1673.
103. Ludwig, D. S. i Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Jama*, 300(11), 1350-1352.
104. MacDonald, A. (2016). Staff training in positive behavior support. *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities*, 443-466.
105. Magaldi, D., i Park-Taylor, J. (2016). Our students' minds matter: integrating mindfulness practices into special education classrooms. *The Journal of Special Education Apprenticeship*, 5(2), 4.
106. Malhotra, S., Khan, W. i Bhatia, M. S. (2012). Quality of life of parents having children with developmental disabilities. *Delhi psychiatry journal*, 15(1), 171-176.
107. Maslach, C., Schaufeli, W. B. i Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

108. Mason, O. i Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulnessbased cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 74(2), 197–212.
109. Mazzone, L., Postorino, V., De Peppo, L., Fatta, L., Lucarelli, V., Reale, L., Giovagnoli, G. i Vicari, S. (2013). Mood symptoms in children and adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3699–3708.
110. McClintock, A. S., Rodriguez, M. A. i Zerubavel, N. (2019). The effects of mindfulness retreats on the psychological health of non-clinical adults: A meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 1443-1454.
111. Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M. L., Griffin, M. L., Biegel, G., Roach, A., Frank, J., Burke, C., Pinger, L., Soloway, G., Isberg, R., Sibinga, E., Grossman, L. i Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into K-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3, 291-307.
112. Milić Babić, M. (2012). Neke odrednice roditeljskog stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2), 66-75.
113. Mishna, F. i Muskat, B. (2004). "I'm not the only one!" Group therapy with older children and adolescents who have learning disabilities. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(4), 455–476.
114. Moll, S., Frolic, A. i Key, B. (2015). Investing in compassion: Exploring mindfulness as a strategy to enhance interpersonal relationships in healthcare practice. *Journal of Hospital Administration*, 4(6), 36-45.
115. Moore, A. i Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176-186.
116. Morris, K. R. i Horner, R. H. (2016). Positive behavior support. *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities*, 415-441.
117. Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. i Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 1-9.
118. Mutch, L., Alberman, E., Hagberg, B., Kodama, K. i Perat, M. V. (1992). Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going?. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 34(6), 547-551.
119. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

120. Paterson, L., McKenzie, K. i Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166–176
121. Pleić, M. i Leutar, Z. (2019). Mindfulness u socijalnom radu. *Socijalne teme*, 1 (6), 27-50.
122. Prince-Paul, M. i Kelley, C. (2017). Mindful communication: Being present. *Seminars in Oncology Nursing* 33(5), 475-482.
123. Rapgay, L. i Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 148-162.
124. Rayan, A. i Ahmad, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 55, 185-196.
125. Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. i Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*, 23(4), 183-192.
126. Reiter, S., Bryen, D. N. i Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 371–387.
127. Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. i Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109, 8-14.
128. Ryff, C. D. i Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
129. Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C. i Studts, J. L. (2004). Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and behavioral practice*, 11(4), 434-446.
130. Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J. i Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87(2), 254-268.
131. Sauer-Zavala, S. E., Walsh, E. C., Eisenlohr-Moul, T. A. i Lykins, E. L. (2013). Comparing mindfulness-based intervention strategies: Differential effects of sitting meditation, body scan, and mindful yoga. *Mindfulness*, 4, 383-388.

- 132.Schroevers, M. J. i Brandsma, R. (2010). Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy?. *British Journal of Psychology*, 101(1), 95-107.
- 133.Segal, Z. V., Williams, J. M. G. i Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach for preventing relapse*. New York, NY: Guildford Press.
- 134.Seipp, C. M. i Johnston, C. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 87–98.
- 135.Sekušak-Galešev, S., Kramarić, M., i Galešev, V. (2014). Mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*, 42(1), 3-20.
- 136.Sen, E. i Yurtsever, S. (2007). Difficulties Experienced by Families With Disabled Children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 238–252.
- 137.Sharp Donahoo, L. M., Siegrist, B. i Garrett-Wright, D. (2018). Addressing compassion fatigue and stress of special education teachers and professional staff using mindfulness and prayer. *The Journal of School Nursing*, 34(6), 442-448.
- 138.Sipe, W. E. i Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- 139.Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. W., Myers, R. E., Singh, A. N. A., Singh, A. D. A. i Singh, J. (2013). Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: A waiting list control study. *Mindfulness*, 4(2), 158–167.
- 140.Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Chan, J. i Winton, A. S. (2016). Effectiveness of caregiver training in mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) vs. training-as-usual (TAU): a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 7, 1549.
- 141.Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., i Myers, R. E. (2016). Caregiver training in mindfulness-based positive behavior supports (MBPBS): Effects on caregivers and adults with intellectual and developmental disabilities. *Frontiers in psychology*, 7, 98.
- 142.Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Myers, R. E., Hwang, Y. S. i Anālayo, B. (2019). Effects of mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) training are equally beneficial for mothers and their children with autism spectrum disorder or with intellectual disabilities. *Frontiers in psychology*, 10, 385.

143. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S., Myers, R. E. i Townshend, K. (2020). Using mindfulness to improve quality of life in caregivers of individuals with intellectual disabilities and autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 66(5), 370-380.
144. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S. i Myers, R. E. (2021). A component analysis of the mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) program for mindful parenting by mothers of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 12, 463-475.
145. Sizoo, B. B. i Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 64, 47-55.
146. Spek, A. A., van Ham, N. C. i Nyklicek, I. (2013). Mindfulnessbased therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 246–253
147. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. i Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.
148. Sremić, I. i Rijavec, M. (2010). Povezanost percepcije majčinog i očevog roditeljskog ponašanja i školskog uspjeha kod učenika osnovne škole. *Odgojne znanosti*, 12 (2 (20)), 347-360.
149. Stavsky, M., Mor, O., Mastrolia, S. A., Greenbaum, S., Than, N. G. i Erez, O. (2017). Cerebral palsy—trends in epidemiology and recent development in prenatal mechanisms of disease, treatment, and prevention. *Frontiers in pediatrics*, 5, 21.
150. Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45 (2), 69-80.
151. Sun, J., Wang, X., Wang, Y., Du, X. i Zhang, C. (2019). The mediating effect of perceived social support on the relationship between mindfulness and burnout in special education teachers. *Journal of community psychology*, 47(7), 1799-1809.
152. Tan, L. B. i Martin, G. (2016). Mind full or mindful: A report on mindfulness and psychological health in healthy adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(1), 64-74.
153. Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J. i O'Donovan, M. C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological medicine*, 37(12), 1681-1692.

154. Thompson, B. (2009). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic conditions. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(9), 405-410.
155. Tomasino, B. i Fabbro, F. (2016). Increases in the right dorsolateral prefrontal cortex and decreases the rostral prefrontal cortex activation after-8 weeks of focused attention based mindfulness meditation. *Brain and cognition*, 102, 46-54.
156. Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
157. Van der Oord, S., Bögels, S. M. i Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21, 139-147.
158. Vaughn, S. i Haager, D. (1994). Social competence as a multifaceted construct: How do students with learning disabilities fare? *Learning Disabilities Quarterly*, 17, 253-266.
159. Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N. i Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555.
160. Walsh, P. N., Kerr, M. i van Schroyen Lantman-De Valk, H. (2003). Health indicators for people with intellectual disabilities: a European perspective. *The European Journal of Public Health*, 13, 47–50.
161. Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I. i Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion*, 10(1), 12.
162. WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
163. Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J., Duggan, D.S., Hepburn, S. i Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275-279.
164. Wisniewski, L. i Gargiulo, R. M. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of special education*, 31(3), 325-346.
165. Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B. i Ragan, S. L. (2013). *Communication in palliative nursing*. Oxford, UK: Oxford University Press.
166. Xu, F., Ji, F. i Chao, Q. (2004). The development of job burnout questionnaire in primary and secondary teachers. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 13–14.

167. Yu, Y., McGrew, J. H. i Bolor, J. (2019). Effects of caregiver-focused programs on psychosocial outcomes in caregivers of individuals with ASD: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4761-4779.
168. Zakon o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti (2022). Narodne novine 18/2022.
169. Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z. i Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605.
170. Zettle, R. D. i Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 436-445.
171. Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. i Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617.