

Suosjećajnost prema sebi i psihološka dobrobit roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima

Babić Franjkić, Tanja

Postgraduate specialist thesis / Završni specijalistički

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:158:733531>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij

Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji

Tanja Babić Franjkić

**SUOSJEĆAJNOST PREMA SEBI I
PSIHOLOŠKA DOBROBIT RODITELJA
DJECE S KOMUNIKACIJSKIM
ODSTUPANJIMA**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Josipa Mihić

Zagreb, rujan, 2022.

SAŽETAK

Najčešći komunikacijski poremećaj, poremećaj iz spektra autizma (PSA) neurorazvojni je poremećaj s izraženim odstupanjima u socijalnoj komunikaciji i interakciji te atipičnostima u obilježjima općeg ponašanja i interesa. Mnogobrojna istraživanja ustanovila su značajno višu razinu stresa kod roditelja djece s PSA u odnosu na roditelje djece bez teškoća, kao i u odnosu na roditelje djece s drugim razvojnim poremećajima. Kliničke intervencije zasnovane na razvoju usredotočene svjesnosti u svrhu jačanja psihološke dobrobiti postale su sve popularnije u zadnjih tridesetak godina na populaciji roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Koncept srodan usredotočenoj svjesnosti, ali još uvijek nedovoljno istražen na navedenoj populaciji jest koncept suosjećajnosti, a posebice suosjećajnosti prema sebi. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati odnos suosjećajnosti prema sebi i psihološke dobrobiti roditelja djece predškolskog uzrasta s komunikacijskim odstupanjima. Istraživanje je provedeno elektronskim putem, a sudjelovalo je 39 sudionika (37 žena i 2 muškarca), raspona dobi od 29 do 51 godine. Svi sudionici ispunili su Upitnik demografskih podataka, Achenbachovu skalu za procjenu dječjeg ponašanja za roditelje (CBCL), Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa (UIIRS), Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja; subskala Suosjećajnost prema sebi (CEAS), Skalu depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) i Warwick-Edinburgh skalu pozitivnog mentalnog zdravlja (WEMWBS). Rezultati istraživanja pokazali su kako roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima iskazuju više razine suosjećajnosti prema sebi u odnosu na razine ustanovljene inozemnim istraživanjima na općoj populaciji. Ustanovljena je umjerena razina pozitivnog mentalnog zdravlja, ali i povišene razine problema mentalnog zdravlja sudionika. Potvrđena je i negativna povezanost problema u ponašanju djece s psihološkom dobrobiti roditelja. Suosjećajnost prema sebi pozitivno je povezana s pozitivnim mentalnim zdravljem te je značajan samostalni prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja. Ovim istraživanjem nije pronađena značajna povezanost suosjećajnosti prema sebi s problemima mentalnog zdravlja roditelja. Dobiveni rezultati sugeriraju kako suosjećajnost prema sebi ima bitnu ulogu u psihološkoj dobrobiti roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima te ukazuju na važnost daljnjeg istraživanja navedenog koncepta.

Ključne riječi: *suosjećajnost prema sebi, psihološka dobrobit, roditeljski stres, komunikacijska odstupanja, poremećaj iz spektra autizma*

ABSTRACT

Communication disorders are most commonly diagnosed in childhood. The most common communication disorder, autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder with difficulties in social communication and interaction and atypicalities in the characteristics of general behavior and interests. Numerous studies have established a significantly higher level of stress in parents of children with PSA compared to parents of children without developmental difficulties, as well as in comparison to parents of children with other developmental disorders. Mindfulness based clinical interventions have become increasingly popular in the last thirty years among the population of parents of children with communication disorders. A concept closely related to mindfulness, but still insufficiently researched on the mentioned population is the concept of compassion, especially self-compassion. Hence, the purpose of this research was to examine the relationship between self-compassion and psychological well-being of parents of preschool children with communication disorders. The research was conducted electronically, and 39 participants (37 women and 2 men), aged 29 to 51, took part. The questionnaire package included questionnaire about general informations, Children Behaviour Checklist (CBCL), Questionnaire for measuring stressors and intensity of parental stress (UIIRS), Compassionate Engagement and Action Scale; subscale Self-Compassion (CEAS), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) and Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales (WEMWBS). The results of the research indicate that parents of children with communication disorders show higher levels of self-compassion compared to the levels established by foreign research on the general population. A moderate level of positive mental health was established, as well as an elevated level of mental health problems. The negative association between children's behavioral problems and parents' psychological well-being was also confirmed. Self-compassion is positively related to positive mental health and is a significant independent predictor of positive mental health. This research found no significant association of self-compassion with mental health problems. The obtained results suggest that self-compassion plays an important role in the psychological well-being of parents of children with communication disorders, and point to the importance of further research into this concept.

Keywords: *self-compassion, psychological well-being, parental stress, communication disorders, autism spectrum disorder*

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Rana komunikacija	1
1.2. Poremećaj(i) iz spektra autizma	3
1.3. Roditeljski stres roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima	5
1.4. Suočavanje s roditeljskim stresom	7
1.5. Suosjećajnost prema sebi	10
1.6. Cilj istraživanja	13
2. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	14
3. METODA	15
3.1. Sudionici	15
3.2. Mjerni instrumenti	17
3.2.1. <i>Upitnik demografskih značajki</i>	17
3.2.2. <i>Achenbachova skala za procjenu dječjeg ponašanja za roditelje</i>	17
3.2.3. <i>Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa</i>	18
3.2.4. <i>Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja;</i> <i>podljestvica Suosjećajnost prema sebi</i>	19
3.2.5. <i>Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa</i>	19
3.2.6. <i>Warwick-Edinburgh skala pozitivnog mentalnog zdravlja</i>	19
3.3. Postupak	20
3.4. Analiza rezultata	20
4. REZULTATI	21
4.1. Deskriptivna statistika	21
4.2. Pojavnost suosjećajnosti prema sebi, roditeljskog stresa, depresivnosti, anksioznosti i pozitivnog mentalnog zdravlja kod roditelja te ponašajnih problema djece s komunikacijskim odstupanjima	22
4.2.1. <i>Suosjećajnost prema sebi</i>	22

4.2.2. Roditeljski stres	24
4.2.3. Problemi mentalnog zdravlja	25
4.2.4. Pozitivno mentalno zdravlje	25
4.2.5. Problematična ponašanja djece s komunikacijskim odstupanjima	26
4.3. Povezanost suosjećajnosti prema sebi s roditeljskim stresom, razinom negativnog i pozitivnog mentalnog zdravlja kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima i problematičnim ponašanjima djeteta	27
4.4. Uloga suosjećajnosti prema sebi u psihološkoj dobrobiti roditelja s obzirom na prisutnost ponašajnih problema kod djece s komunikacijskim odstupanjima	29
5. RASPRAVA	31
5.1. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja	37
5.2. Doprinosi istraživanja i praktična primjena	38
6. ZAKLJUČAK	41
7. LITERATURA	43

1. UVOD

Najpoznatiji komunikacijski poremećaj, poremećaj iz spektra autizma (PSA), obuhvaća kliničke slike s izraženim odstupanjima u socijalnoj komunikaciji i interakciji te atipičnostima u obilježjima općeg ponašanja i interesa. Prevalencija komunikacijskih poremećaja je u stalnom snažnom porastu, kako u svijetu, tako i u našoj državi. Uzevši u obzir brojnost mogućih simptoma poremećaja iz spektra autizma (i pridruženih komorbidnih stanja), ne iznenađuje činjenica da je u nizu istraživanja ustanovljena značajno viša razina stresa kod roditelja djece s PSA u odnosu na roditelje djece bez teškoća, kao i u odnosu na roditelje djece s drugim razvojnim poremećajima poput Down sindroma, cerebralne paralize, intelektualnih teškoća, razvojnog kašnjenja i cistične fibroze (Baker-Ericzen, Brookman-Frazer i Stahmer, 2005; Blacher i McIntyre, 2006; Dabrowska i Pisula, 2010; Zablotsky, Bradshaw i Stuart, 2013). Roditeljski stres definira se kao odbijajuća psihološka reakcija na zahtjeve roditeljstva. Ta reakcija je kompleksna i povezuje zahtjeve roditeljstva, ponašanje i psihološko stanje roditelja, kvalitetu odnosa roditelj-dijete te djetetovu psihosocijalnu prilagođenost. Roditeljski stres je negativan osjećaj prema sebi i djetetu/djeci i izravno je povezan sa zahtjevima roditeljstva (Deater-Deckard, 1998, prema Profaca i Arambašić, 2004). Unatoč tome, jasno je kako se mnoge obitelji uspješno prilagode zahtjevima odgoja djeteta s komunikacijskim odstupanjima. Roditelji se mogu razlikovati u procjeni značenja zahtjeva svoje roditeljske uloge, u procjeni mogućnosti utjecaja na te zahtjeve te u strategijama suočavanja (Profaca i Arambašić, 2004). Jedna od psiholoških varijabli koja može pozitivno utjecati na način nošenja s roditeljskim zahtjevima jest suosjećajnost prema sebi. Suosjećajnost se definira kao osjetljivost na svoju i tuđu patnju s namjerom da se ta patnja umanjí i/ili prevenira. Jedna vrsta suosjećajnosti jest ona prema samima sebi i odnosi se na sposobnost da samima sebi budemo podrška i ohrabrenje (Gilbert, 2009).

Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos suosjećajnosti prema sebi i psihološke dobrobiti (razina roditeljskog stresa, prisutnosti depresivnosti i anksioznosti te pozitivnog mentalnog zdravlja) roditelja djece predškolskog uzrasta s komunikacijskim odstupanjima.

1.1. Rana komunikacija

Na pitanje što je komunikacija, većina ljudi bi intuitivno dala barem približno točan odgovor, iako ne postoji jedinstvena i općeprihvaćena definicija. Ono što je zajedničko većini

definicija jest da komunikacijom osobe utječu jedne na drugu na mentalnoj razini, odnosno izmjenjuju poruke koje mijenjaju njihovu svijest i ponašanje (Ljubešić i Capanec, 2012). Kako bi se ostvarila uspješna komunikacija, nužan je razvoj temeljne vještine za razmjenu poruke, a zatim odabir modaliteta kojim ćemo tu poruku prenijeti. Modalitet je jezik okoline s kojom razmjenjujemo poruke, a može biti verbalni ili neverbalni. Ovisno o odabiru modaliteta, upotrebljavamo govor kao zvučnu realizaciju jezika, a slova ili znakove kao neverbalnu realizaciju jezične djelatnosti (Blaži, 2016). Razdoblje u kojem se usvajaju vještine koje omogućavaju proces razmjene poruka naziva se razdobljem rane komunikacije. Ono obuhvaća predjezično razdoblje (0-2 godine) i razdoblje rane jezične komunikacije (2-6 godina). U tom periodu usvajaju se vještine koje su rezultat djetetova sazrijevanja u kognitivnoj, jezičnoj i socijalnoj domeni te u socijalnoj kogniciji (Ljubešić i Capanec, 2012). Tijekom razdoblja predjezične komunikacije stvaraju se temeljni preduvjeti komunikacijskih obilježja (recipročnost, intencionalnost i svjesnost o drugima kao zasebnima), a na njih se zatim nadograđuju sve složenije komunikacijske i jezične kompetencije (Ivšac, 2003). Međutim, bez usvojenosti navedenih temeljnih preduvjeta, komunikacija se neće moći ostvariti i tada govorimo o komunikacijskim poremećajima, odnosno odstupanjima.

Prema posljednjem, petom izdanju, Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti (DSM-V) komunikacijski poremećaji uključuju deficite jezika, govora i komunikacije. Pritom se deficiti govora odnose na deficite u ekspresivnoj produkciji glasova i uključuju artikulaciju, fluentnost, glas i kvalitetu rezonancije osobe. Jezik uključuje oblik, funkciju i korištenje konvencionalnog sustava simbola (govorne riječi, pisane riječi, slike, jezik znakova) u načinu komunikacije koji je određen pravilima, dok komunikacija uključuje svako verbalno i neverbalno ponašanje koje utječe na ponašanje, ideje ili stavove druge osobe. Ova dijagnostička kategorija uključuje: jezični poremećaj, poremećaj govornih glasova, poremećaj fluentnosti govora s početkom u djetinjstvu (mucanje), socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj i druge specificirane i nespecificirane komunikacijske poremećaje (American Psychiatric Association, 2013). Pod domenu komunikacijskih deficita spadaju posljednja dva navedena poremećaja. Socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj definira se prisustvom teškoća u području pragmatike ili socijalne uporabe jezika i komunikacije. Nespecificirani komunikacijski poremećaj odnosi se na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za komunikacijski poremećaj i uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenje u svakodnevnom funkcioniranju, ali ne ispunjavaju potpuno kriterije za komunikacijski poremećaj (American Psychiatric Association, 2013).

Najpoznatiji komunikacijski poremećaj, poremećaj iz spektra autizma, predstavlja zasebnu dijagnostičku kategoriju u DSM-V te je opisan u narednom poglavlju.

1.2. Poremećaj(i) iz spektra autizma

Poremećaji iz spektra autizma (PSA) predstavljaju doživotne neurorazvojne poremećaje koji se uglavnom dijagnosticiraju u dječjoj dobi. Njih označavaju izražena odstupanja u socijalnoj komunikaciji i interakciji te atipičnosti u obilježjima općeg ponašanja i interesa. Ono što ove razvojne poremećaje čini drugačijima od ostalih jest njihovo prožimanje kroz veći broj razvojnih područja što u konačnici rezultira velikom raznolikošću kliničkih slika (Cepanec i sur., 2015). Prema DSM-V stvorena je jedinstvena dijagnoza „poremećaj iz spektra autizma“ za srodne, prethodno zasebne dijagnoze: autistični poremećaj, Aspergerov sindrom, dječji dezintegrativni poremećaj te pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran. Osim što su se navedeni poremećaji stavili pod jednu „krovnu“ dijagnozu, DSM-V je također donio promjene u dijagnostičkim kriterijima. Umjesto tri nužna kriterija za postavljanje dijagnoze (teškoće u socijalnoj komunikaciji, interakciji i ponavljajući obrasci ponašanja), prema DSM-V osoba treba pokazivati barem tri simptoma u domeni socijalne komunikacije te barem dva simptoma ponavljajućih i ograničenih obrazaca ponašanja, interesa i aktivnosti. Osim toga, uključeni su i dodatni kriteriji – senzorna hiper/hipoosjetljivost i atipični interesi po intenzitetu ili fokusu (American Psychiatric Association, 2013). Također, DSM-V definirao je i razlike u težini poremećaja s obzirom na količinu potrebne podrške (stupanj 1, stupanj 2 i stupanj 3). Uz navedene promjene, definirana je i već opisana dijagnoza „socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj“, za djecu koja ne ispunjavaju kriterije za PSA jer ne pokazuju ponavljajuće obrasce ponašanja, ali iskazuju teškoće u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji koje posljedično negativno utječu na njihovu socijalizaciju (Halfon i Kuo, 2013). Upravo zbog značajnih razlika u manifestaciji kliničkih značajki poremećaja, ovisno o težini simptoma, koristi se izraz „spektar“.

Trend rasta prevalencije poremećaja iz spektra autizma zabilježen je u posljednjih nekoliko desetljeća. Prema posljednjim podacima Centra za kontrolu i prevenciju bolesti, prevalencija autizma u Sjedinjenim Američkim Državama iznosi 1 na 54 osobe (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). U Republici Hrvatskoj podaci o osobama s poremećajem iz spektra autizma nalaze se u okviru Hrvatskog registra osoba s invaliditetom. Od 2016.g., kada je u navedenom registru bilo 1925 osoba s dijagnosticiranim poremećajem iz

spektra autizma, do 2017.g. broj je porastao za 20%. Prema posljednjim podacima, zabilježeno je 2508 osoba koje imaju dijagnozu poremećaja iz spektra autizma (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2019). Konstantno povećanje prevalencije djelomično se objašnjava promjenama u dijagnostičkim kriterijima (Hansen, Schendel i Parner, 2015; Sharma, Gonda i Tarazi, 2018), kao i sve većoj osvještenosti stručnjaka i javnosti o samom poremećaju i njegovim obilježjima (King i Bearman, 2011).

Jedinstveni uzrok autizma nije utvrđen. Međutim, mnogobrojna istraživanja utvrdila su niz rizičnih čimbenika za razvoj PSA. Utvrđena je značajna genetska podloga pojavnosti poremećaja iz spektra autizma. Studije s jednojajčanim blizancima utvrdile su da, ukoliko jedan blizanac ima poremećaj iz spektra autizma, postoji 36%-95% mogućnosti da i drugi blizanac ima navedeni poremećaj. Kod dvojajčanih blizanaca, ukoliko jedan blizanac ima PSA, mogućnost da i drugi ima pada na 0-30% (Hallmayer i sur., 2011; Rosenberg i sur., 2009). Braća i sestre djece s utvrđenim PSA imaju rizik 2-8% veći za razvoj poremećaja, a rizik se povećava i do 20% ukoliko dijete s utvrđenim PSA iskazuje težu kliničku sliku (Bolton i sur., 1994). Rizični čimbenik predstavlja i dob roditelja – starija dob roditelja prilikom dobivanja djeteta pozitivno je povezana s pojavnošću PSA (Durkin i sur., 2008). Prematurusi (rođeni s manje od 33 gestacijska tjedna) te novorođenčad s niskom porođajnom težinom (manje od 2500 g) imaju dvostruko veću mogućnost za razvoj PSA (Schendel i Bhasin, 2008). Nadalje, fetalna izloženost insekticidima (Landrigan, 2010), majčina izloženost bakterijskim i virusnim infekcijama (Estes i McAllister, 2016), kao i majčina izloženost određenim lijekovima (Gardener, Spiegelman i Buka, 2009) su također povezani s većim rizikom za razvoj PSA.

Što se tiče dobi postavljanja dijagnoze PSA, ne postoji usuglašenost. Iako se odstupanja i atipičnosti specifične za kliničku sliku PSA mogu primijetiti i kod djece mlađe od 18 mjeseci, postavljanje dijagnoze prije te dobi nije preporučljivo (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015). Osim što je stabilnost dijagnoze prije 18 mjeseci života snižena, nedostaju i mjerni instrumenti kojima bi se jasno mogla ustanoviti prisutnost PSA te provesti kvalitetna diferencijalna dijagnostika. Istraživanja pokazuju kako se dijagnoza PSA može donekle pouzdano ustanoviti tijekom druge godine života te da je ta dijagnoza relativno stabilna tijekom vremena (Chawarska, Klin, Paul, Macari i Volkmar, 2009). Međutim, važno je naglasiti kako dob postavljanja dijagnoze ne mora i nije izjednačena s dobi kada roditelji primijete odstupanje. Osim toga, od trenutka kada roditelji postanu zabrinuti do trenutka kada se provede prva procjena također postoji vremenski raskorak. Stoga je prosječna dob dobivanja dijagnoze PSA u Republici Hrvatskoj u periodu 2008.-2012. iznosila 3 godine i 8 mjeseci (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015). Sam dijagnostički

postupak je vrlo kompleksan i otežan, upravo zbog brojnosti različitih simptoma te preklapanja s drugim poremećajima (Sharma, Gonda i Tarazi, 2018). „Zlatni standard“ u dijagnostici PSA predstavlja korištenje instrumenta ADOS (eng. *Autism Diagnostic Observation Schedule*) kao standardizirani obrazac promatranja ponašanja i ADI-R (eng. *Autism Diagnostic Interview-Revised*) koji predstavlja standardizirani strukturirani intervju s roditeljem i skrbnikom (Sharma, Gonda i Tarazi, 2018). Osim ovih instrumenata, u praksi se još koriste i: CARS (eng. *Childhood Autism Rating Scale*; Schopler, Reichler, Devellis i Daly, 1980) – kratka upitnička mjera usmjerena na diferencijalnu dijagnostiku PSA od drugih razvojnih poremećaja; DISCO (eng. *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders*) – semistrukturirani intervju za roditelje. Uz korištenje instrumenata usmjerenih na simptomatologiju PSA, dijagnostički postupak uvijek uključuje i instrumente za procjenu kognitivnih, komunikacijskih i jezično-govornih sposobnosti te adaptivnih vještina (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015).

Skoro tri četvrtine djece s PSA imaju pridruženu medicinsku, psihijatrijsku ili neurološku dijagnozu koja dodatno otežava kliničku sliku (Sharma, Gonda i Tarazi, 2018). Neki od najčešćih komorbidnih poremećaja su; poremećaj deficita pažnje/hiperaktivnosti, anksioznost, bipolarni poremećaj, shizofrenija, Touretov sindrom i tikovi (Bauman, 2010). Oko 68% osoba s poremećajem iz spektra autizma ima određeni stupanj intelektualnih teškoća, a čak 75% njih zahtijeva cjeloživotnu društvenu i obrazovnu potporu (Pendergrass, Girirajan i Selleck, 2013). Međutim, čak i kod osoba s prosječnim ili visokim intelektualnim sposobnostima primjećuje se raskorak između intelektualnih i adaptivnih funkcionalnih vještina (American Psychiatric Association, 2013).

1.3. Roditeljski stres roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima

Uzevši u obzir brojnost mogućih simptoma poremećaja iz spektra autizma (i pridruženih komorbidnih stanja), ne iznenađuje činjenica da je u nizu istraživanja ustanovljena značajno viša razina stresa kod roditelja djece s PSA u odnosu na roditelje djece bez teškoća, kao i u odnosu na roditelje djece s drugim razvojnim poremećajima poput Down sindroma, cerebralne paralize, intelektualnih teškoća, razvojnog kašnjenja i cistične fibroze (Baker-Ericzen, Brookman-Frazer i Stahmer, 2005; Blacher i McIntyre, 2006; Dabrowska i Pisula, 2010; Zablotsky, Bradshaw i Stuart, 2013). Stres se definira kao tjelesna ili mentalna napetost koji izazivaju faktori koji mijenjaju postojeću ravnotežu (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Dugotrajne posljedice stresa narušavaju mentalno, a zatim i tjelesno zdravlje osobe. Specifična

vrsta stresa predstavlja onu vezanu uz roditeljsku ulogu. Roditeljski stres definira se kao odbijajuća psihološka reakcija na zahtjeve roditeljstva. Ta reakcija je kompleksna i povezuje zahtjeve roditeljstva, ponašanje i psihološko stanje roditelja, kvalitetu odnosa roditelj-dijete te djetetovu psihosocijalnu prilagođenost. Roditeljski stres definira se kao negativan osjećaj prema sebi i djetetu/djeci i izravno je povezan sa zahtjevima roditeljstva (Deater-Deckard, 1998., prema Profaca i Arambašić, 2004). Iako je roditeljski stres prvenstveno vezan uz roditeljsku ulogu, stresori iz drugih područja života i uloga također doprinose njegovoj izraženosti, primjerice, financijske teškoće (de Maat i sur., 2021). Također, važno je naglasiti razliku između roditelja koji je pod stresom i onog s doživljenim roditeljskim stresom. Roditelj može biti pod stresom zbog niza razloga koji su van obiteljskog konteksta (primjerice, stres na poslu), dok roditeljski stres uključuje specifične stresore vezane uz skrb, odnos roditelj-dijete i širu roditeljsku ulogu (Crnic i Ross, 2017).

Osim što u globalu roditelji djece s PSA doživljavaju viši stres u odnosu na ostale roditelje, istraživanja su ustanovila i niz značajnih prediktora roditeljskog stresa unutar navedenog uzorka roditelja. Schieve, Blumberg, Rice, Visser i Boyle (2007) utvrdili su značajan efekt dobi djeteta – roditelji djece predškolskog uzrasta s PSA doživljavaju znatno viši stres u odnosu na roditelje starije djece (školske i adolescentske dobi). Utvrđena je i značajna pozitivna povezanost između izraženosti simptoma autizma (Hastings i Johnson, 2001; Osborne i Reed, 2009), intelektualnih sposobnosti i adaptivnih vještina (Rivard i sur., 2014) s roditeljskim stresom. Međutim, da situacija nije tako jednostavna pokazalo je istraživanje Hastingsa i sur. (2005). Njihovo istraživanje ustanovilo je kako snažan prediktor stresa predstavljaju upravo ponašajni problemi djeteta, dok simptomi autizma ili adaptivne vještine nisu bile značajni prediktori. Neki od ponašajnih problema koji se često javljaju kod djece s PSA su problemi sa spavanjem, nepažnja, hiperaktivnost, samoozljeđivanje i agresivnost (Giovagnoli i sur., 2015). Također, kao izraženo stresne ponašajne probleme roditelji navode dvije glavne karakteristike kliničke slike PSA – teškoće socijalne komunikacije (Davis i Carter, 2008) i repetitivna ponašanja (Gabriels i sur., 2005). Ova disfunkcionalna ponašanja negativno utječu na dobrobit cijele obitelji te se, prema dosadašnjim istraživanjima, doima kako su ona značajniji prediktor roditeljskog stresa nego ključni simptomi autizma (teškoće u socijalnoj komunikaciji, interakciji i ponavljajući obrasci ponašanja). Međutim, prilikom identificiranja ponašajnih poremećaja na dječjem uzrastu stručnjaci nailaze na problem razlikovanja problema u ponašanju od različitih oblika ponašanja koja mogu biti izazovna za okolinu, ali su još uvijek dobno prikladna. Drugim riječima, teško je odrediti je li

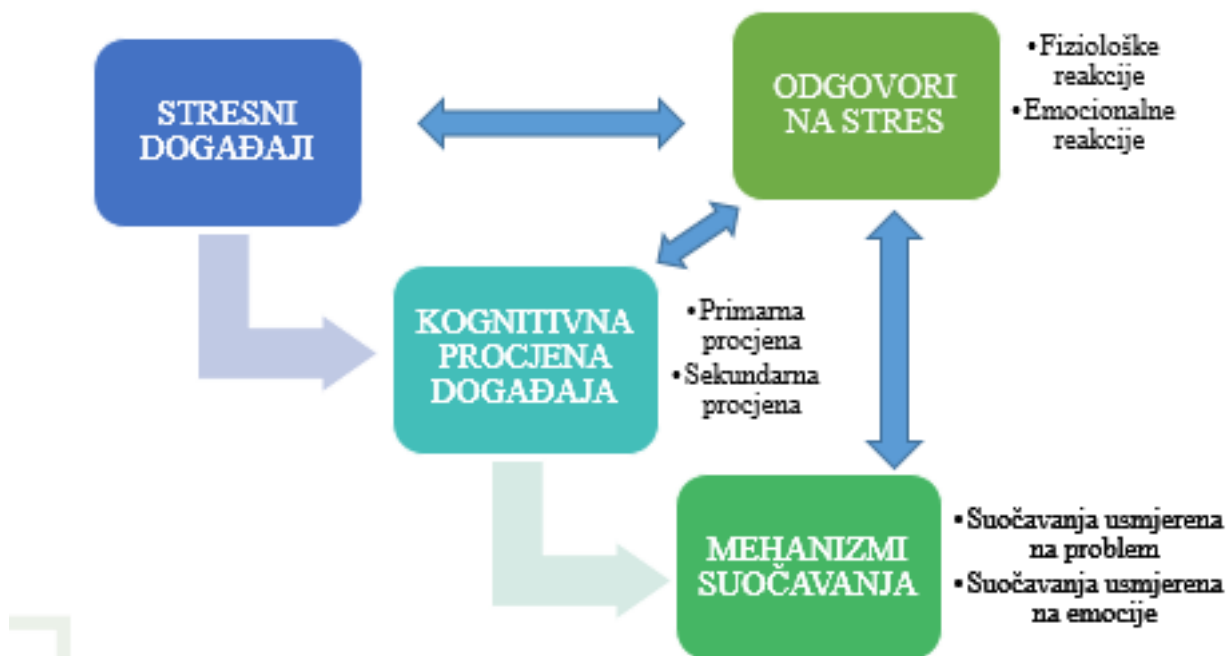
neki problem u ponašanju znak pojave poremećaja ili samo karakteristika teške, ali prolazne razvojne faze (Campbell, 1995; prema Živčić-Bećirević, Smojver-Ažić i Miščenić, 2003). Ponašajni poremećaji u djetinjstvu definiraju se na osnovi utvrđivanja odstupanja od normalnog razvoja, a kao mjera normalnosti koristi se ono što je prisutno kod većine djece određene dobi (Campbell, 1986; prema Živčić-Bećirević, Smojver-Ažić i Miščenić, 2003).

Osim što je izraženost ponašajnih problema jedan od najjačih prediktora roditeljskog stresa, još jedan utjecajni čimbenik na roditeljski stres predstavlja i osjećaj srama roditelja djece s PSA (Neff i Faso, 2014). Upravo zbog prisutnosti ponašajnih problema (uz simptome PSA), roditelji mogu doživljavati negodovanje nepoznatih osoba jer ne znaju „kontrolirati“ svoje dijete (Mak i Kwon, 2010). Budući da poremećaji iz spektra autizma sa sobom ne nose nikakvo fizičko obilježje, mnogi ljudi zaključuju da je djetetovo ponašanje rezultat neodgojenosti i neposlušnosti. Osuđivanje drugih roditelji često internaliziraju u samookrivljavanje jer nisu bolji i sposobniji roditelji (Fernandez i Arcia, 2004). Roditelji postaju nesigurni, osjećaju da njihovi odgojni postupci nisu dobri, a osim toga osjećaju i krivnju što ne čine dovoljno za svoje dijete s PSA (kao i da ne čine dovoljno za svoju djecu urednog razvoja, ukoliko ih imaju). Ovaj splet neugodnih osjećaja srama, krivnje i samookrivljavanja velik je uzročnik roditeljskog stresa, depresije i anksioznosti (Mak i Kwon, 2010).

1.4. Suočavanje s roditeljskim stresom

S druge strane, jasno je kako se mnoge obitelji uspješno prilagode zahtjevima odgoja djeteta s PSA. Dok dio roditelja doživljava izražene mentalne teškoće, drugi dio roditelja se nosi sa situacijom relativno dobro i bez značajnih teškoća (Hastings i Taunt, 2002). Prema trenutno najprihvaćenijoj, dorađenoj Lazarusovoj teoriji stresa i suočavanja sa stresom (Lazarus i Folkman, 2004), obitelji se uspješno prilagode barem djelomično zbog razvoja individualnih i/ili obiteljskih strategija suočavanja. Prema ovoj teoriji, stres se opisuje u kontekstu interakcije pojedinca i okoline. Stoga autori smatraju da se stresni proces (Slika 1.) sastoji od četiri komponente: vanjski uzročnik (u roditeljskom stresu to su specifična obilježja djeteta i događaji vezani uz odgoj i razvoj djeteta), kognitivna procjena događaja (procjena roditelja da je ponašanje djeteta ili događaj vezan uz roditeljstvo stresan), mehanizmi suočavanja i stresna reakcija. Vanjski uzročnici će kod nekih ljudi izazvati stres, ali izražene su individualne i grupne razlike u vrsti i stupnju stresne reakcije. Kognitivna procjena stresne situacije je komponenta koja čini razliku u doživljenom stresu. Glavni oblici kognitivne procjene su primarna i

sekundarna procjena. Pritom se pod primarnom procjenom smatra procjena značenja odnosa između osobe i okoline, odnosno zahtjevnosti i važnosti događaja (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Nakon što osoba procijeni stresnost situacije, dolazi do sekundarne procjene – na koji način pristupiti stresnoj situaciji, odnosno, koji su raspoloživi mehanizmi suočavanja (Lazarus i Folkman, 2004). Mehanizmi suočavanja definiraju se kao promjenjivo kognitivno i ponašajno nastojanje da se osoba nosi sa specifičnim vanjskim (ili unutarnjim) zahtjevima koji su procijenjeni kao opterećujući jer nadilaze vlastite kapacitete (Lazarus i Folkman, 2004). Najčešće se razlikuju dvije glavne kategorije mehanizama suočavanja: suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).



Slika 1. Model stresa i suočavanja sa stresom (Lazarus i Folkman, 2004)

Upravo zbog individualnih razlika u kognitivnoj procjeni, postoje i individualne razlike u doživljavanju roditeljskog stresa. Roditelji se mogu razlikovati u procjeni značenja zahtjeva svoje roditeljske uloge, u procjeni mogućnosti utjecaja na te zahtjeve te u strategijama suočavanja (Profaca i Arambašić, 2004). Međutim, istraživanja strategija suočavanja sa stresom kod roditelja djece s PSA nisu mnogobrojna. Postoji vrlo jasna teoretska podloga za hipotezu da su strategije suočavanja sa stresom ove skupine roditelja drugačije od onih koje usvoje

roditelji djece s drugim teškoćama. Budući da je suočavanje sa stresom usko vezano za kontekst u kojem se događa, u obzir se moraju uzeti specifičnosti konteksta roditelja djece s PSA, primjerice manja socijalna podrška te promjene u kliničkoj slici s dobi (Hastings i sur., 2005). Hastings i Johnson (2001) svojim su istraživanjem utvrdili kako roditelji djece s PSA najčešće usvajaju strategije aktivnog izbjegavanja i strategije usmjerene na problem. Roditelji koji usvoje strategije izbjegavanja doživljavaju više razine stresa u odnosu na one koji usvoje strategije pozitivne reinterpretacije.

Osim što je roditeljski stres poguban za mentalno zdravlje roditelja, on također ima negativan utjecaj na učinkovitost ranointerventnih programa za djecu s PSA. Robbins i sur. (1991) ustanovili su snažnu povezanost između majčinog stresa (samoprocjenjenog) i napretka djece tijekom godine dana uključenosti u ranointerventne programe usmjerene na rad u obitelji. Slične nalaze dobili su i Osborne i suradnici (2007) koji su ustanovili značajne napretke u više razvojnih domena kod djece koja su bila uključena u intenzivnije ranointerventne programe (više sati dnevno). Međutim, ukoliko je roditeljski stres bio povišen, tada se značajnost napretka zbog intenzivnijeg programa smanjila. Stoga je pružanje podrške i kreiranje programa za promoviranje i održavanje psihološke dobrobiti roditelja nužno ne samo radi njih samih, već i zbog razvojnih ishoda djece s PSA.

Jedan od psiholoških konstrukata koji se istražuje u temi roditeljskog stresa i autizma jest usredotočena svjesnost (eng. *mindfulness*). Definira se kao neprocjenjujuća kvaliteta svjesnosti i pažnje „usmjerene“ k mentalnim stanjima i procesima, što uključuje misli, osjećaje i percepciju (Grossman, Niemann, Schmidt i Walach, 2004). U pokušajima bolje operacionalizacije usredotočene svjesnosti, Bishop i sur. (2004) konstruirali su definiciju koja naglašava *regulaciju pažnje* („samoregulacija pažnje na način da se ona zadržava na trenutnom iskustvu uz prepoznavanje popratnih mentalnih događaja“) i *orijentaciju prema iskustvu* („orijentacija koju karakterizira znatiželja, otvorenost i prihvaćanje“). Komponente koje su zajedničke svim definicijama usredotočene svjesnosti su (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson i Laurenceau, 2007): (1) sposobnost reguliranja pažnje; (2) orijentiranost na trenutno iskustvo; (3) svjesnost iskustva i (4) neprocjenjujući stav prihvaćanja iskustva. Glavni cilj intervencija zasnovanih na usredotočenoj svjesnosti jest sposobnost trenutnog doživljavanja događaja i njegovo pomno registriranje bez ometajućih automatskih i distorziranih misli (Kabat-Zinn, Lipworth i Burney, 1985). Pretpostavka na kojoj se temelje jest da neprocjenjujuće i otvoreno doživljavanje sadašnjeg trenutka dovodi do smanjenja efekta stresora, što je u skladu s nalazom

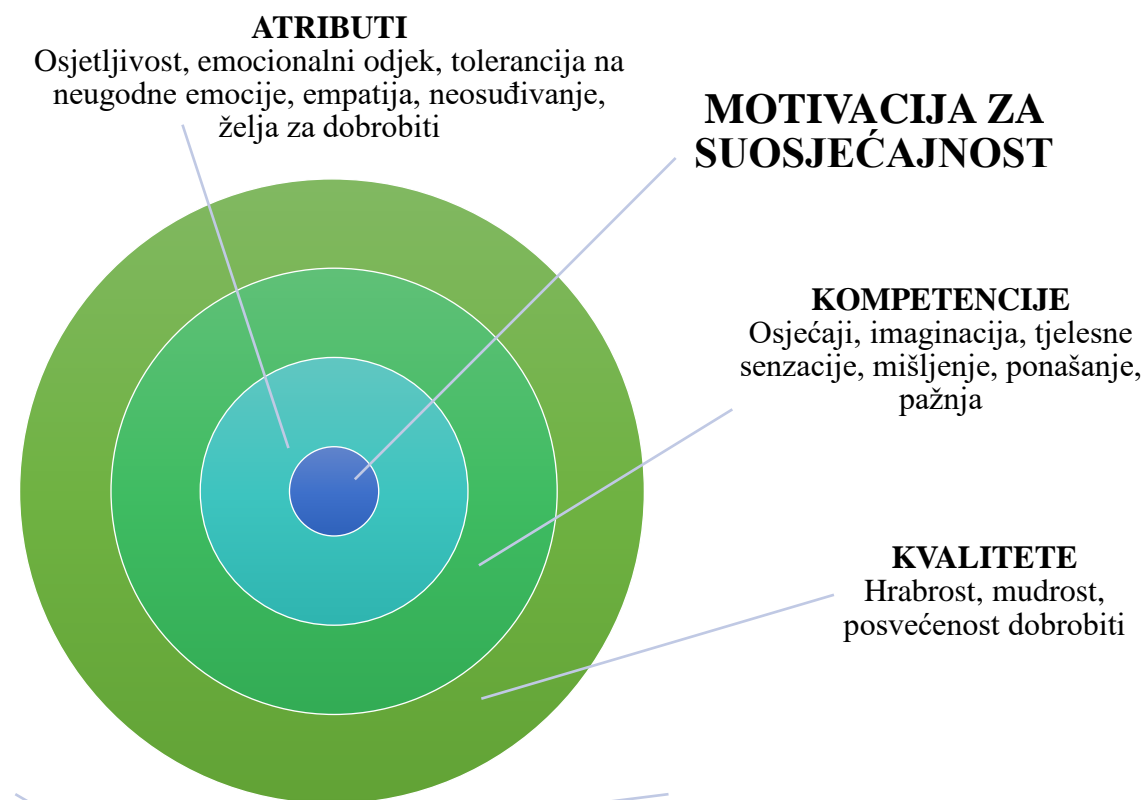
kako zaokupiranost prošlošću ili budućnošću može dovesti do porasta simptoma anksioznosti i depresivnosti (de Bruin, Topper, Muskens, Bogels i Kamphuis, 2012).

Dvije najpoznatije i najčešće korištene intervencije temeljene na ovom konstrukt su „smanjenje stresa putem usredotočene svjesnosti“ (MBSR – „*Mindfulness-Based Stress Reduction*“) i „kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti“ (MBCT – „*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*“) (Mars i Abbey, 2010). Ove intervencije su pokazale značajnu efikasnost u umanjenju stresa kod roditelja djece s razvojnim odstupanjima (Myers i sur., 2014), kao i kod roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma (Jones i sur., 2014).

1.5. Suosjećajnost prema sebi

Konstrukt koji je usko vezan uz usredotočenu svjesnost, ali dosad nije toliko istraživan u odnosu s roditeljskim stresom i autizmom, jest suosjećajnost prema sebi. Paul Gilbert začetnik je terapije usredotočene na suosjećajnost. Kao kognitivno-bihevioralni terapeut u svojem je radu uočio kako značajne prepreke za psihološko zdravlje njegovih pacijenata predstavljaju izražena samokritičnost, nedostatak razumijevanja za sebe i vlastiti problem te pomanjkanje ohrabrujućeg i toplog odnosa prema sebi. U svojem radu primjenjivao je niz kognitivnih i bihevioralnih psihoterapijskih tehnika, ali one nisu polučile uspjeh i pacijenti su i dalje navodili kako „sve sada bolje razumiju, ali se i dalje ne osjećaju bolje“ (Gilbert, 2014). Stoga je Gilbert kreirao terapiju usredotočenu na suosjećajnost, a njeno izvorište nalazi se u evolucijskoj psihologiji, teoriji privrženosti, socijalnoj psihologiji i psihofiziologiji emocija. Gilbert definira suosjećajnost kao osjetljivost na svoju i tuđu patnju s namjerom da se ta patnja umanj i/ili prevenira. Prema Gilbertu, u srži suosjećajnosti nalazi se altruizam, brižna ponašanja te istinska svijest o svojoj i tuđoj patnji koja je motivirana za uklanjanje ili umanjivanje te patnje. Stoga je cilj terapije izgradnja „suosjećajnog uma“, koji primjećuje, osjeća i razumije vlastitu i tuđu patnju, bez osuđivanja i s dovoljnom tolerancijom na neugodne osjećaje, a sve kako bi mogao poduzeti nužne korake za otklanjanje patnje i izgradnju poželjnog života (Gilbert, 2009). U samom središtu Gilbertovog modela suosjećajnog uma (Slika 2.) nalazi se motivacija za suosjećajnost. Gilbert smatra da bez motivacije za suosjećajnost nije moguće razviti suosjećajnost. U sljedećem prstenu nalaze se atributi suosjećajnosti: 1) *osjetljivost* (na primjećivanje patnje); 2) *emocionalni odjek* (patnja izaziva pojavu emocije koja ne mora biti identična s emocijom onog koji pati); 3) *želja za dobrobiti* (želja za umanjenjem patnje); 4) *tolerancija na neugodne emocije* (podnošenje neugodnih emocija koje se pojavljuju dok se

patnja istražuje ili se čini nešto kako bi se patnja umanjila); 5) *neosuđivanje* (zaustavljanje osuđivanja kako bi se potaknuo proces znatiželjnog i otvorenog istraživanja); 6) *empatija* (razumijevanje i uživljavanje u emociju onoga koji pati). U vanjskom prstenu nalaze se načini realizacije suosjećajnosti. Prema Gilbertu, suosjećajnost se realizira kroz naše osjećaje, imaginaciju, tijelo (tjelesne senzacije), misli, ponašanje i pažnja. U konačnici, u zadnjem, najširem prstenu navedene su tri kvalitete suosjećajnosti – hrabrost, mudrost i posvećenost dobrobiti.



Slika 2. Model suosjećajnog uma (prema Gilbert, 2009)

Nadalje, u terapiji usredotočenoj na suosjećajnost razlikuju se tri struje ili kanala suosjećajnosti: 1) suosjećajnost nas prema drugima; 2) drugih prema nama i 3) nas prema samima sebi. Prvi kanal suosjećajnosti uključuje naše suosjećanje prema drugim ljudima (ali i prema svim živim bićima i prirodi). Drugi kanal podrazumijeva da mi možemo biti i primatelji suosjećajnosti, što može biti vrlo teško ukoliko je osoba doživjela odbijanje i povredu od drugih. Treći kanal odnosi se na sposobnost ljudskog uma da može sam sebe promatrati i zamjećivati vlastite porive i osjete, odnosno, sposobnost da sami sebi budemo podrška i ohrabrenje (Gilbert, 2009). Neff (2003) predlaže da se suosjećajnost prema sebi sastoji od tri povezane komponente

te njihove polarne suprotnosti (Slika 3.): ljubaznost prema sebi (eng. *self-kindness*) naspram samoosude (eng. *self judgement*), zajednička čovječnost (eng. *common humanity*) naspram izolacije, te usredotočena svjesnost naspram pretjerane identifikacije.



Slika 3. Model suosjećajnosti prema sebi (prema Neff, 2003)

Ljubaznost prema sebi pritom označava nježan, podržavajući stav i brigu prema sebi u trenucima stresa, umjesto napadanja i ponižavanja samog sebe zbog neuspjeha. S druge strane kontinuuma nalazi se samoosuda koja označava hladan i strog pogled na samoga sebe prilikom doživljenog neuspjeha.

Zajednička čovječnost uključuje svijest o tome da svi ljudi čine greške i doživljavaju neuspjehe i loše trenutke u svojim životima, umjesto uvjerenja da se loše stvari događaju samo nama (Neff, 2016). Takvo uvjerenje da se jedino nama događaju loše stvari i neuspjesi stvara osjećaj izolacije.

Usredotočena svjesnost unutar konstrukta suosjećajnosti prema sebi se odnosi na svjesnost o bolnim mislima i osjećajima s jasnoćom, bez da se te misli i osjećaje ignorira, niti da se o njima ruminira (Neff, 2003). Ignoriranje ili ruminacija neugodnih misli i osjećaja dovodi do pretjerane identifikacije koja dodatno pojačava osjećaj patnje (Neff, 2005).

Sve tri komponente predstavljaju zasebne konstrukte, ali su sve tri nužne i isprepletene prilikom razvijanja suosjećajnog odnosa prema sebi. Neff (2016) navodi kako je određena razina usredotočene svjesnosti nužna kako bi se razvili osjećaji ljubaznosti prema sebi i zajedničke čovječnosti. Ukoliko osoba nema razvijenu usredotočenu svjesnost, nije sposobna

stvoriti odmak od vlastitog negativnog iskustva što dalje vodi u jačanje samokritičnosti i negativnog stava prema samome sebi.

Iako suosjećajnost prema sebi nije ni približno istraživana kao usredotočena svjesnost, u posljednjem desetljeću ipak se proveo niz istraživanja kojima je opetovano potvrđivana pozitivna veza s mentalnim zdravljem. Meta-analiza MacBeth i Gumleyja (2012) utvrdila je visoku veličinu efekta za odnos suosjećajnosti prema sebi i depresije, anksioznosti i stresa. Osim toga, suosjećajnost prema sebi povezana je s pozitivnim psihološkim ishodima poput sreće, optimizma i zadovoljstva životom (Neff i sur., 2008). Istraživanja suosjećajnosti prema sebi na populaciji roditelja djece urednog razvoja također su ustanovila negativnu povezanost sa stresom (Moreira i sur., 2014). Što se tiče populacije roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma, istraživanja konstrukta suosjećajnosti prema sebi na ovoj populaciji iznimno su rijetka. Neff i Faso (2014) svojim su istraživanjem (provedeno elektronskim putem u SAD-u) na uzorku 51 roditelja djece s PSA ustanovile pozitivnu vezu suosjećajnosti prema sebi i zadovoljstva životom i nade, kao i negativnu povezanost s depresijom i roditeljskim stresom. Nadalje, suosjećajnost prema sebi bila je značajan pozitivni prediktor roditeljskog mentalnog zdravlja i prediktor nižih razina depresije, bez obzira na izraženost problematičnih ponašanja djece. Wong i sur. (2016) svojim su istraživanjem obuhvatili uzorak 180 roditelja djece s PSA kroz više specijaliziranih škola u Hong Kongu. Autori su ustanovili kako je suosjećajnost prema sebi zaštitni čimbenik od društvene stigme koju osjećaju roditelji djece s PSA. Suosjećajnost prema sebi moderirala je vezu između osjećaja stigme i stresa na način da je stres bio niži kod roditelja koji su imali razvijeniju suosjećajnost prema sebi. Budući da je suosjećajnost prema sebi osobina koja se može razviti i mijenjati unutar osobe, ovakvi nalazi upućuju na važnost kreiranja programa temeljenih upravo na jačanju ove osobine kod roditelja djece s komunikacijskim (ali i općenito razvojnim) odstupanjima.

1.6. Cilj istraživanja

Istraživanja psihološke dobrobiti na populaciji roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima u našoj su državi vrlo rijetka. Ukoliko se tome pridoda i konstrukt suosjećajnosti prema sebi, istraživanja su nepostojeća. Stoga je cilj ovog istraživanja ispitati odnos suosjećajnosti prema sebi i psihološke dobrobiti (razina roditeljskog stresa, prisutnosti depresivnosti i anksioznosti te pozitivnog mentalnog zdravlja) roditelja djece predškolskog uzrasta s komunikacijskim odstupanjima.

2. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

1. 1.1. Istražiti pojavnost suosjećajnosti prema sebi, simptoma roditeljskog stresa, depresivnosti i anksioznosti te pozitivnog mentalnog zdravlja kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima.
- 1.2. Istražiti pojavnost problematičnih ponašanja kod djece s komunikacijskim odstupanjima.

S obzirom na to da se radi o eksplorativnim istraživačkim problemima, hipoteze neće biti postavljene za ove istraživačke probleme.

2. Ispitati povezanost suosjećajnosti prema sebi s razinom roditeljskog stresa kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima.
 - H1. Suosjećajnost prema sebi biti će značajno negativno povezana s razinom roditeljskog stresa. Sudionici koji iskazuju veću sklonost suosjećajnosti prema sebi imati će nižu razinu roditeljskog stresa.
3. Ispitati povezanost suosjećajnosti prema sebi s razinom anksioznosti i depresivnosti kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima.
 - H2. Suosjećajnost prema sebi biti će značajno negativno povezana s razinom anksioznosti i depresivnosti. Sudionici koji iskazuju veću sklonost suosjećajnosti prema sebi imat će niže razine anksioznosti i depresivnosti.
4. Ispitati povezanost suosjećajnosti prema sebi s pozitivnim mentalnim zdravljem kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima.
 - H3. Suosjećajnost prema sebi biti će značajno pozitivno povezana s pozitivnim mentalnim zdravljem. Sudionici koji iskazuju veću sklonost suosjećajnosti prema sebi imat će veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.
5. Ispitati doprinos suosjećajnosti prema sebi psihološkoj dobrobiti roditelja s obzirom na prisutnost ponašajnih problema kod djece s ustanovljenim komunikacijskim odstupanjima.
 - H4. Odnos psihološke dobrobiti roditelja i izraženosti ponašajnih problema neće ostati statistički značajan nakon kontroliranja utjecaja suosjećajnosti prema sebi.

3. METODA

3.1. Sudionici

U istraživanju je korišten prigodan uzorak od 39 sudionika (37 žena i 2 muškarca), raspona dobi od 29 do 51 godine ($M=37,05$; $SD=5,51$). Svi sudionici roditelji su djece s komunikacijskim odstupanjima, odnosno, sa sljedećim dijagnozama: Poremećaj iz spektra autizma, Teškoće socijalne komunikacije, Nespecificirani poremećaj razumijevanja i izražavanja, Poremećaj senzorne integracije, Kašnjenje komunikacijskog razvoja, Poremećaj komunikacije. U narednim tablicama (Tablica 1.-5.) prikazane su demografske varijable sudionika (dob, status zaposlenosti, prihodi) i djeteta za koje su ispunjavali upitnički obrazac (postavljena dijagnoza/sumnja na dijagnozu i dob).

Tablica 1. Prikaz sudionika s obzirom na dijagnozu ili sumnju na dijagnozu djeteta

Dijagnoza/Sumnja na dijagnozu	N
Poremećaji iz spektra autizma	20
Nespecificirani poremećaj razumijevanja i izražavanja	11
Kašnjenje komunikacijskog razvoja	7
Pragmatički komunikacijski poremećaj	1
<i>Ukupno</i>	39

U Tablici 1. primjećuje se kako gotovo pola uzorka roditelja ima dijete s ustanovljenom dijagnozom (ili sumnjom na dijagnozu) poremećaja iz spektra autizma. Česte zamjenske ili privremene dijagnoze u ranoj dobi su kašnjenje komunikacijskog razvoja i nespecificirani poremećaj razumijevanja i izražavanja, koje zajedno čine 46% uzorka. Dijete jednog sudionika istraživanja ima dijagnostificiran pragmatički komunikacijski poremećaj. Vezano za spol djeteta, nešto manje od dvije trećine djece sudionika je muškog spola (69%). Polovina uzorka ima dijete koje ima navršeno 6 godina i više, zatim skoro četvrtinu uzorka (23%) ima dijete koje ima između navršene 2 do 3 godine, dok dijete u dobi 3-4 i 4-5 godina zajedno sačinjavaju četvrtinu uzorka.

Tablica 2. *Prikaz sudionika s obzirom na dob djeteta*

Dob djeteta	N
2-3	9
3-4	5
4-5	5
6-7	20
Ukupno	39

Tablica 3. *Prikaz sudionika s obzirom na dob*

Dob roditelja	N
29-34	15
35-40	13
41-45	9
46-51	2
Ukupno	39

Uvidom u Tablice 3.-5. mogu se očitati demografske karakteristike koje se odnose na dob i socioekonomski status sudionika. Najveći dio uzorka, gotovo 40%, nalazi se u dobnoj skupini 29-34 godine, dok se nešto više od 30% sudionika nalazi u dobnoj skupini 35-40 godina. Iznad 40 godina (do maksimalno 51 koliko ima najstariji sudionik) ima ostatak sudionika, odnosno nešto manje od 30% njih. Većina sudionika je zaposlena na puno radno vrijeme (preko 50%). Na pola radnog vremena zaposleno je oko 10% sudionika, na porodičnom/roditeljskom dopustu je njih 15%, dok status roditelj/njegovatelj ima njih 10%. Nezaposlenih sudionika u uzorku je također 10%.

Tablica 4. *Prikaz sudionika s obzirom na status zaposlenosti*

Status zaposlenosti	N
Zaposlen/a (puno radno vrijeme)	20
Zaposlen/a (pola radnog vremena)	5
Na porodičnom dopustu	6
Status roditelj/njegovatelj	4
Nezaposlen/a	4
Ukupno	39

Vežano za prihode kućanstva, dvije trećine sudionika ima više od 11,000 kuna mjesečnih prihoda. Između 6,000 i 11,000 kuna ima 28% sudionika, dok je jedan sudionik u kategoriji mjesečnih prihoda u iznosu manjem od 6,000 kuna.

Tablica 5. *Prikaz sudionika s obzirom na mjesečne prihode kućanstva*

Prihodi	N
3,000-6,000kn	1
6,000-9,000kn	7
9,000-11,000kn	4
11,000-14,000kn	13
Više od 14,000kn	14
<i>Ukupno</i>	39

3.2. Mjerni instrumenti

Sudionici su ispunili sljedeće mjerne instrumente:

- Upitnik demografskih podataka
- Achenbachovu skalu za procjenu dječjeg ponašanja za roditelje
- Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa
- Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja; subskala Suosjećajnost prema sebi
- Skalu depresivnosti, anksioznosti i stresa
- Warwick-Edinburgh skalu pozitivnog mentalnog zdravlja.

3.2.1. Upitnik demografskih podataka

Ovim mjernim instrumentom konstruiranim za potrebe ovog istraživanja prikupljeni su podaci o spolu, dobi, stručnoj spremi i socioekonomskom statusu (zaposlenost, ukupni prihodi kućanstva) sudionika. Osim toga, sudionici su ispunili niz specifičnih pitanja koja su se odnosila na dijete s ustanovljenim komunikacijskim odstupanjima (primjerice, poremećaji iz spektra autizma, pragmatički komunikacijski poremećaj i sl.).

3.2.2. Achenbachova skala za procjenu dječjeg ponašanja za roditelje

Primijenjena je najnovija prevedena verzija skale za procjenu ponašanja predškolske djece namijenjene roditeljima (engl. *Child Behaviour Checklist - CBCL*, Achenbach i Rescorla, 2000). Skala se sastoji od 100 tvrdnji. Od roditelja se traži da na skali od 3 stupnja (0=netočno; 1=djelomično/ponekad točno; 2=potpuno/često točno) procijeni koliko svaka tvrdnja opisuje djetetovo ponašanje tijekom proteklih šest mjeseci. Skala za roditelje sadrži šest sindromnih skala: emocionalna reaktivnost, anksioznost/depresivnost, tjelesne poteškoće, povučенost, problemi spavanja, problemi pažnje i agresivno ponašanje. Prve četiri sindromne skale

uključene su u širu kategoriju internaliziranih problema, posljednje dvije skale u kategoriju eksternaliziranih problema, a problemi spavanja nisu uključeni u dimenzije drugog reda. Osim internaliziranih i eksternaliziranih problema, zbrojem svih čestica dobiva se i ukupan rezultat problema u ponašanju. Iako navedena struktura skale ima uglavnom zadovoljavajuće pouzdanosti, u ovome radu primijenjeni su faktori drugoga reda (internalizirani i eksternalizirani problemi) te ukupni problemi u ponašanju koji na predškolskom uzrastu ipak pokazuju najveću stabilnost. Živčić-Bećirević i sur. (2003) svojim su istraživanjem ustanovile unutarnju pouzdanost internaliziranih problema na uzorku hrvatskih predškolaca ,84, dok je koeficijent pouzdanosti eksternaliziranih problema iznosio ,87. Pouzdanost cijele skale iznosila je ,93.

3.2.3. Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa

Autorice Profaca i Arambašić (2004) konstruirale su ovaj mjerni instrument za identifikaciju izvora i intenziteta roditeljskog stresa. Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa (UIIRS) se sastoji od 65 tvrdnji koje se odnose na različite izvore stresa koji se mogu kategorizirati u tri šire skupine: 1) karakteristike djeteta (zahtjevnost djeteta, neprilagođenost djeteta, zdravlje djeteta); 2) interakciju roditelja i djeteta (neispunjena očekivanja, vezanost za dijete, discipliniranje djeteta, komunikacija s djetetom) i 3) karakteristike roditelja i njegovu socijalnu mrežu (nedostatak podrške, nekompetencija, ograničenja roditeljske uloge, odnosi sa supružnikom, materijalna situacija i zahtjevi drugih uloga). Svaka od navedenih 13 subskala ima 5 tvrdnji. Sudionik na skali Likertova tipa procjenjuje u kojoj mjeri smatra da su opisane situacije za njega teške, uznemirujuće ili stresne. Odgovori variraju u rasponu od 0 do 3, gdje 0 označava „situacija mi nije teška, uznemirujuća, stresna“, a 3 „situacija je za mene jako uznemirujuća, teška, stresna“. Na temelju procjene sudionika na navedenom rasponu dobiva se podatak o intenzitetu stresa. Ukupan rezultat predstavlja zbroj skalnih vrijednosti (raspon 0-195), a viši rezultat upućuje na veći intenzitet roditeljskog stresa. Profaca i Arambašić (2004) izvještavaju o zadovoljavajućim metrijskim karakteristikama upitnika (sve subskale postigle su koeficijent pouzdanosti iznad ,67). Koeficijent unutarnje konzistencije za upitnik u cjelini iznosio je ,96.

3.2.4. Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja; podljestvica Suosjećajnost prema sebi

Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja (engl. *Compassionate Engagement and Action Scale* - CEAS; Gilbert i sur., 2017). predstavljaju tri ljestvice koje mjere suosjećajnost prema sebi, suosjećajnost prema drugima i suosjećajnost od drugih ljudi. U prvom odjeljku svake ljestvice formulirano je 6 tvrdnji na način da ispituju šest atributa suosjećajnosti: osjetljivost na patnju, emocionalni odjek, želja za dobrobiti, podnošenje neugodnih emocija, neosuđivanje i empatija. U drugom odjeljku nalaze se još 4 tvrdnje koje ispituju specifične načine suosjećajnog djelovanja prilikom suočavanja s nelagodom. Dakle, svaka ljestvica se sastoji od ukupno 10 tvrdnji za koje ispitanici procjenjuju koliko im se često opisana situacija događa na skali raspona 1-10 (1 - nikad; 10 - uvijek). Za potrebe ovog istraživanja korištena je samo jedna ljestvica – Suosjećajnost prema sebi. Koeficijent unutarnje konzistencije za korištenu ljestvicu iznosio je ,77 za odjeljak suosjećajnog suočavanja i ,90 za odjeljak suosjećajnog djelovanja.

3.2.5. *Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa*

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (engl. *Depression Anxiety Stress Scales* - DASS-21) predstavlja kraću verziju originalnog DASS-42 upitnika (Lovibond i Lovibond, 1995a). Sastoji se od 21 tvrdnje koje ispituju razinu depresivnosti, anksioznosti i stresa. Navedene tri subskale opisane su sa sedam tvrdnji, a viši rezultat na svakoj subskali označava više razne anksioznosti, depresivnosti i/ili stresa. Sudionici procjenjuju na skali Likertovog tipa koliko su često u proteklih tjedan dana doživjeli opisano stanje. Raspon skale kreće se od 0 („uopće se nije odnosilo na mene“) do 3 („gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene“). U originalnom upitniku autori predlažu granične vrijednosti za nekoliko razina ozbiljnosti simptoma (od normalnih do ekstremno ozbiljnih razina), a u skraćenoj verziji se rezultati mogu udvostručiti te se kao takvi mogu usporediti s normama originalne skale (Lovibond i Lovibond, 1995b). Autorica Lazanski (2015) provela je istraživanje na hrvatskom uzorku te izvještava da Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije za subskalu depresivnosti iznos ,91, anksioznosti ,82, a za subskalu stresa $\alpha=,89$.

3.2.6. *Warwick-Edinburgh skala pozitivnog mentalnog zdravlja*

Ovim mjernim instrumentom ispitivalo se pozitivno mentalno zdravlje. Warwick-Edinburgh skala pozitivnog mentalnog zdravlja (engl. *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales* - WEMWBS; Stewart-Brown i sur., 2007) sastoji se od 14 tvrdnji na kojima sudionici procjenjuju stupanj slaganja na Likertovoj skali raspona 1-5 (1-nikad; 5-uvijek). Tvrdnje ispituju ključne aspekte psihološkog funkcioniranja i subjektivne dobrobiti (optimizam,

autonomiju, znatiželju, jasnoću misli, pozitivne odnose i pozitivne afekte). Raspon rezultata kreće se od 14 do 70, gdje viši rezultat označava višu razinu psihološke dobrobiti. Autori izvještavaju o zadovoljavajućim metrijskim karakteristikama skale – test-retest pouzdanost iznosila je ,83, dok je koeficijent unutarnje konzistencije iznosio ,94.

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno u skladu s odredbama Etičkog kodeksa istraživanja s djecom (Ajduković i Kolesarić, 2020), a za njegovo provođenje dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. U potpunosti je provedeno elektronskim putem na prigodnom uzorku roditelja djece predškolskog uzrasta s komunikacijskim odstupanjima. Podaci su prikupljeni putem upitničkog obrasca kreiranog u programu Google Forms koji služi za izradu anketa i upitnika. Poziv za sudjelovanje u istraživanju podijeljen je u razne virtualne grupe podrške roditeljima i logopedskih kabineta i centara na društvenoj mreži Facebook te na web stranici Centra za ranu intervenciju pri ERF-u. Podaci su se prikupljali u razdoblju od 04. veljače do 30. ožujka 2022. godine. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno maksimalno 30 minuta. Kako bi se sudionike potaknulo na sudjelovanje, svi sudionici koji ispune cijeli upitnički obrazac sudjelovali su u nagradnom izvlačenju na način da su ostavili svoju e-mail adresu u odvojeni obrazac. Sve zaprimljene e-mail adrese stavile su se u program nasumičnog izvlačenja 01. travnja 2022.g. te su tri dobitna sudionika bila naknadno kontaktirana i dostavljena im je nagrada (knjiga).

3.4. Analiza rezultata

Cjelokupna statistička analiza podataka provedena je računalnim programom SPSS Statistics 22.0. U svrhu ispitivanja postavljenih istraživačkih problema i hipoteza u obradi podataka koristile su se metode deskriptivnih pokazatelja (mjere centralne tendencije), Pearsonov koeficijent korelacije te hijerarhijske regresijske analize.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivna statistika

Za sve mjerene varijable provjerena je prisutnost ekstremnih i nedostajućih vrijednosti. Nedostajućih vrijednosti nije bilo. Distribucije rezultata provjerene su mjerama centralne tendencije, indeksom simetričnosti i Kolmogorov-Smirnovljevim testom te je utvrđeno kako su sve ispitane varijable simetrične, odnosno ne odstupaju značajno od Gaussove distribucije, što je obuhvaćeno Tablicom 6.

Tablica 6. *Aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponi rezultata, indeksi simetričnosti i značajnosti Kolmogorov-Smirnov testa kontinuiranih varijabli*

	M	SD	Raspon	Indeks simetričnosti	K-S test
Suosjećajnost prema sebi	89,43	2,71	51-122	-,13	,096
Razina stresa	13,49	0,75	2-21	-,45	,088
Razina anksioznosti	10,15	0,83	0-20	-,19	,105
Razina depresivnosti	10,74	0,87	0-21	-,41	,091
Problemi mentalnog zdravlja (ukupni rezultat na upitniku DASS)	34,38	2,28	3-62	-,45	,112
Pozitivno mentalno zdravlje	46,54	1,95	19-70	-,19	,118
Roditeljski stres (ukupni rezultat na upitniku UIIRS)	80,49	5,99	10-152	-,15	,085
Problematična ponašanja djeteta (ukupni rezultat na upitniku CBCL)	57,54	5,60	9-129	,53	,130

4.2. Pojavnost suosjećajnosti prema sebi, roditeljskog stresa, depresivnosti, anksioznosti i pozitivnog mentalnog zdravlja kod roditelja te ponašajnih problema djece s komunikacijskim odstupanjima

4.2.1. *Suosjećajnost prema sebi*

Za ispitivanje razine suosjećajnosti prema sebi korištena je podljestvica Suosjećajnost prema sebi unutar Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja (CEAS; Gilbert i sur., 2017).

Podljestvica se sastoji od 13 čestica na skali od 10 stupnjeva. Kao što se može vidjeti u Tablici 6., Kolmogorov-Smirnovljevim testom utvrđeno je kako distribucija ove varijable ne odstupa značajno od Gaussove distribucije, te se stoga kao središnja vrijednost koristi aritmetička sredina, a kao mjera raspršenja standardna devijacija. Navedeni pokazatelji (uz raspon rezultata), također su prikazani u Tablici 6. Aritmetička sredina subskale pritom iznosi $M=89,43$, a standardna devijacija $SD=2,71$. Najmanji rezultat kojeg sudionici postižu je 51, a najveći 122. Prema navedenim mjerama, uočava se kako roditelji iskazuju umjerene prema visokim razinama suosjećajnosti prema sebi, odnosno, često provođenje aktivnosti suosjećajnog suočavanja i djelovanja.

Iz Tablice 7 vidljivo je kako veliki postotak roditelja iskazuje umjerene prema visokim razinama suosjećajnosti prema sebi u situacijama uznemirenosti ili uzrujanosti. Kada bi se pribrojali stupnjevi od procjene 5 na više, vidljivo je kako više od 80 % (okvirno kroz pojedine čestice) roditelja tijekom situacija teškoća provodi razne aktivnosti suosjećajnog suočavanja i djelovanja.

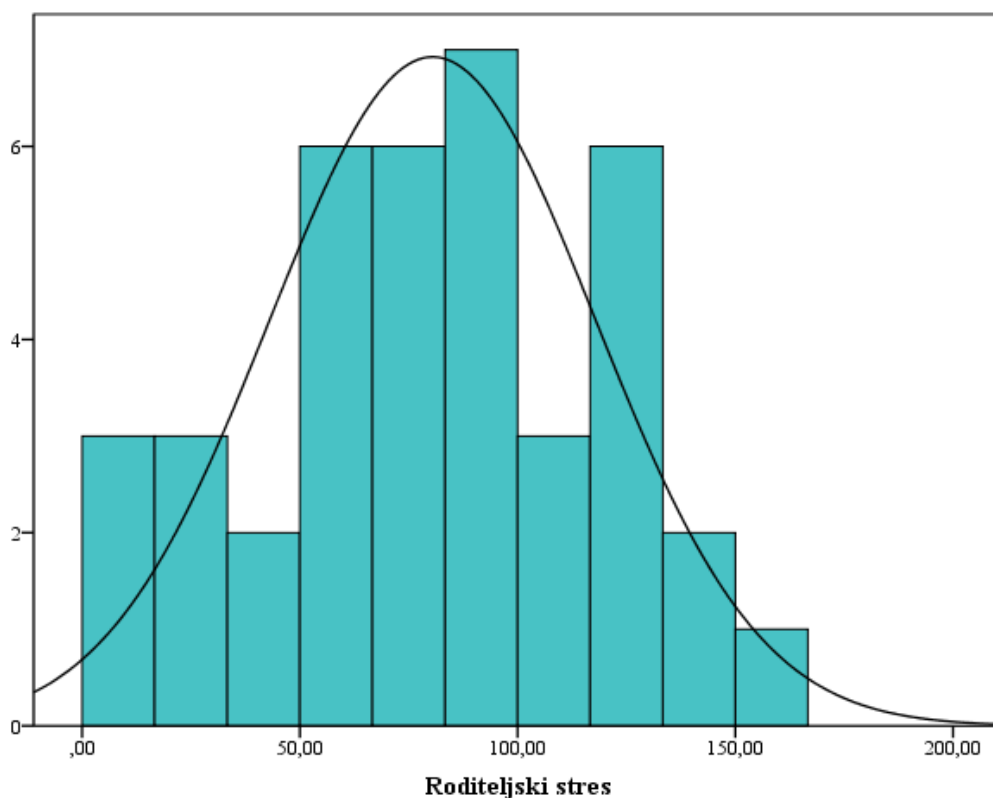
Tablica 7. Prikaz frekvencija rezultata (%) za čestice na podljestvici Suosjećajnost prema sebi (postoci slaganja s česticama; 1 - nikad; 10 – uvijek)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Kad sam uznemiren/a ili uzrujan/a...</u>										
1. ... <i>motiviran/a</i> sam suočiti se i raditi na svojoj uznemirenosti.	0	0	2,6	7,7	12,8	12,8	15,4	10,3	7,7	30,8
2. ... <i>primjećujem je i osjetljiv/a</i> sam na svoju uznemirenost.	2,6	0	0	2,6	10,3	5,1	17,9	20,5	10,3	30,8

3. ... izbjegavam razmišljati o svojoj uznemirenosti te pokušavam odvratiti pozornost od nje i izbaciti je iz uma.	7,7	5,1	10,3	2,6	15,4	10,3	15,4	5,1	12,8	15,4
4. ... <i>emocionalno me diraju</i> vlastita uznemirenost ili uznemirujuće situacije.	5,1	0	2,6	2,6	7,7	12,8	17,9	10,3	10,3	30,8
5. ... <i>toleriram</i> razne osjećaje koji su dio moje uznemirenosti.	0	0	10,3	5,1	10,3	17,9	7,7	15,4	7,7	25,6
6. ... <i>razmišljam i pokušavam shvatiti</i> svoju uznemirenost.	0	7,7	0	0	10,3	7,7	10,3	15,4	10,3	38,5
7. ... ne podnosim biti uznemiren/a.	0	5,1	2,6	5,1	15,4	7,7	12,8	12,8	15,4	23,1
8. ... prema svojoj uznemirenosti zauzimam <i>prihvatajuće, nekritičko i neosuđujuće</i> stajalište.	0	7,7	10,3	2,6	17,9	12,8	10,3	12,8	2,6	23,1
9. ... <i>usmjeravam svoju pozornost</i> na ono što bi mi moglo biti od pomoći.	0	2,6	0	0	7,7	10,3	20,5	15,4	15,4	28,2
10. ... <i>razmišljam i pronalazim</i> korisne načine kako se nositi sa svojom uznemirenošću.	0	5,1	2,6	2,6	15,4	10,3	5,1	15,4	15,4	28,2
11. ... ne znam kako si pomoći.	15,4	5,1	10,3	15,4	12,8	7,7	10,3	2,6	12,8	7,7
12. ... <i>poduzimam radnje i činim stvari</i> koje će mi biti od pomoći.	0	0	2,6	5,1	12,8	7,7	12,8	20,5	12,8	25,6
13. ... <i>stvaram</i> unutarnje osjećaje <i>podrške, pomaganja i ohrabrenja</i> .	0	2,6	2,6	2,6	10,3	15,4	12,8	7,7	12,8	33,3

4.2.2. Roditeljski stres

Razina roditeljskog stresa ispitana je pomoću Upitnika izvora i intenziteta roditeljskog stresa (UIIRS) koji se sastoji od 65 tvrdnji na skali raspona 0-3. S ciljem određivanja ukupnog prosječnog rezultata roditeljskog stresa sudionika, pojedinačni rezultati na svih 65 tvrdnji su zbrojeni. S obzirom da je Kolmogorov-Smirnovljevim testom utvrđeno kako distribucija ove varijable (prikazana na Slici 4.) ne odstupa značajno od Gaussove distribucije, kao središnja vrijednost koristi se aritmetička sredina, a kao mjera raspršenja standardna devijacija.



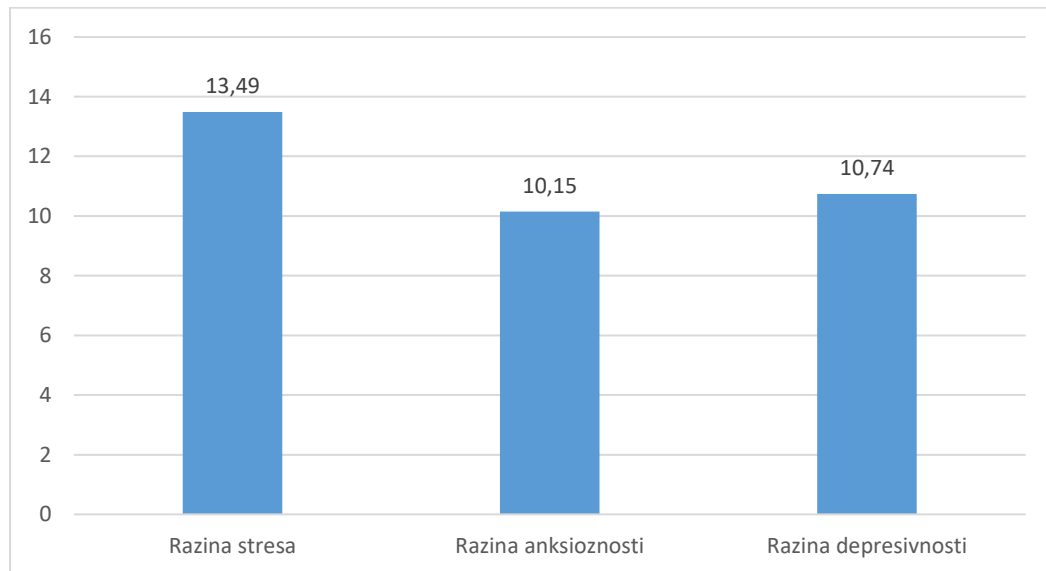
Slika 4. *Grafički prikaz distribucije frekvencije ukupnih rezultata na varijabli Roditeljski stres*

Navedene deskriptivne mjere prikazane su u Tablici 6. Rezultati su se kretali u rasponu 10-152, prosječna vrijednost iznosila je $M = 80,49$, a standardna devijacija $SD = 5,99$ što upućuje na umjereno visoke vrijednosti roditeljskog stresa s obzirom na maksimalni mogući rezultat.

4.2.3. Problemi mentalnog zdravlja

Problemi mentalnog zdravlja ispitani su korištenjem Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21). Pritom su dobiveni odvojeni rezultati za razine depresivnosti, anksioznosti i stresa, dok se zbrojem svih tvrdnji dobiva prosječni rezultat problema mentalnog zdravlja. Niti na pojedinačnim varijablama (razina stresa, razina anksioznosti, razina depresivnosti) niti na varijabli ukupnog rezultata (problemi mentalnog zdravlja) nije utvrđeno značajno odstupanje od Gaussove distribucije. Zbog navedenog, u Tablici 6 prikazane su aritmetička sredina,

standardna devijacija i raspon rezultata kao deskriptivne mjere. Analizom deskriptivnih mjera pojedinačnih varijabli uočava se kako sudionici postižu povišene rezultate (iznad 95. percentila prema normama hrvatske verzije instrumenta; Ivaković, 2019) na sve tri pojedinačne varijable te posljedično i na varijabli ukupnog rezultata. Sukladno rečenom, u nastavku slijedi grafički prikaz (Slika 5.) u kojoj će biti prikazana središnja vrijednost rezultata, odnosno aritmetička sredina (M) za pojedinačne varijable problema mentalnog zdravlja.



Slika 5. *Aritmetičke sredine za pojedinačne varijable problema mentalnog zdravlja*

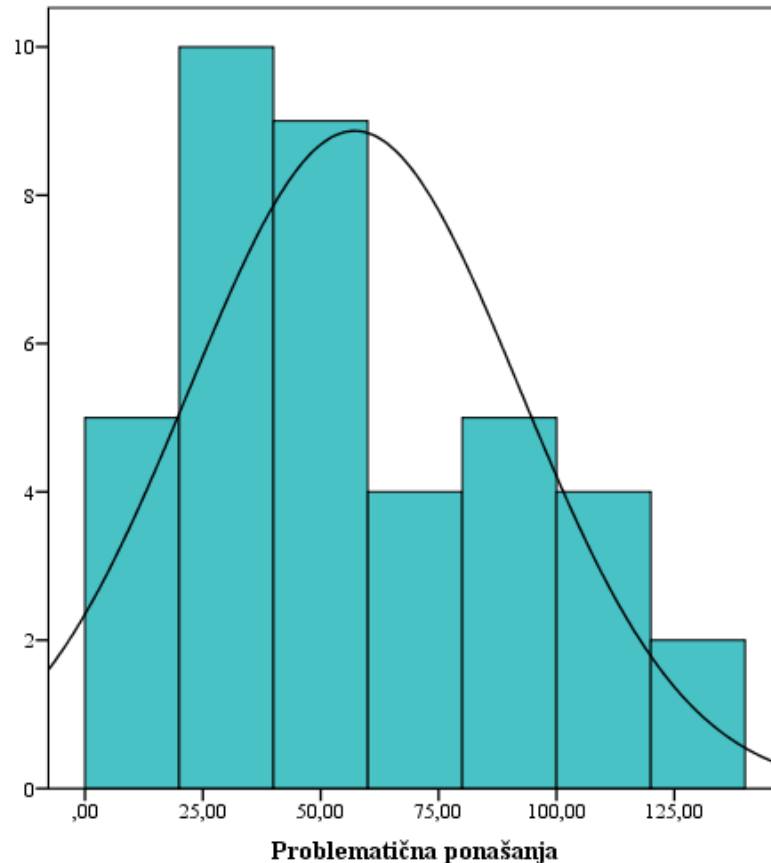
4.2.4. *Pozitivno mentalno zdravlje*

Za ispitivanje razine pozitivnog mentalnog zdravlja korištena je Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Skala (WEMWS) koja iskazuje psihološku dobrobit osobe u posljednja dva tjedna. Kao i na prethodno opisanim varijablama, Kolmogorov-Smirnovljevim testom nije ustanovljeno značajno odstupanje od Gaussove distribucije. Kao što je prikazano u Tablici 6, aritmetička sredina iznosi $M = 46,54$, standardna devijacija $SD = 1,95$, a raspon rezultata kretao se 19-70. Budući da svaki sudionik može ukupno postići najmanje 14 bodova, a najviše 70, navedena aritmetička sredina upućuje na umjereno visok rezultat.

4.2.5. *Problematična ponašanja djece s komunikacijskim odstupanjima*

Problematična ponašanja u istraživanju su bila ispitana Achenbachovom skalom za procjenu dječjeg ponašanja za roditelje (CBCL). Iako skala omogućuje razlikovanje specifičnih

problematičnih ponašanja (tzv. sindromne skale) te na temelju toga i razlikovanje prisutnosti eksternaliziranih i internaliziranih problematičnih ponašanja, za potrebe ovog istraživanja korišten je ukupni rezultat kao pokazatelj općenitog prisustva problematičnih ponašanja (varijabla Problematična ponašanja). U Tablici 6 prikazani su deskriptivni pokazatelji i rezultat Kolmogorov-Smirnovljevog testa za navedenu varijablu.



Slika 6. Grafički prikaz distribucije frekvencije ukupnih rezultata na varijabli *Problematična ponašanja*

Analizom prikazanih podataka uočava se kako K-S test nije ustanovio statistički značajno odstupanje od Gaussove krivulje, iako je evidentno (Slika 6.) kako se kod ove varijable radi o asimetričnijoj distribuciji u odnosu na ostale varijable. Međutim, budući da nije dostignuta statistička značajnost, kao mjere centralne tendencije korištene su aritmetička sredina, standardna devijacija i raspon rezultata. Raspon rezultata na ovoj varijabli kretao se od 9 do 129, aritmetička sredina iznosila je $M=57,54$, a standardna devijacija iznosila je $SD=5,60$. Navedeno upućuje na umjereno izražena problematična ponašanja djece prema procjeni roditelja.

4.3. Povezanost suosjećajnosti prema sebi s roditeljskim stresom, razinom negativnog i pozitivnog mentalnog zdravlja kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima i problematičnim ponašanjima djeteta

S obzirom da distribucije svih relevantnih varijabli ne odstupaju značajno od normalne Gaussove krivulje, u izračunavanju povezanosti varijabli korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Interkorelacije svih relevantnih varijabli i sociodemografskih varijabli prikazane su u Tablici 8.

Iz navedene tablice može se uočiti kako od uključenih sociodemografskih varijabli jedina koja je pokazala značajnu povezanost s intervalnim varijablama jest broj djece s komunikacijskim odstupanjima. Ustanovljena je značajna negativna povezanost broja djece s komunikacijskim odstupanjima u obitelji s razinom pozitivnog mentalnog zdravlja te značajna pozitivna povezanost s problematičnim ponašanjima djeteta. Opisnim riječima, sudionici koji imaju više djece s komunikacijskim odstupanjima imaju nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja (ukupni rezultat upitničke mjere) te prijavljuju veću izraženost problematičnih ponašanja djeteta (za koje su odlučili popuniti upitnik).

Tablica 8. Pearsonovi koeficijenti korelacija svih varijabli na ukupnom uzorku (N=39)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Dob													
2. Prihodi kućanstva	,11												
3. Broj djece	,36*	-,14											
4. Broj djece s kom. odstup.	,39*	,12	,36*										
5. Spol djeteta	-,10	,34*	-,04	-,09									
6. Dob djeteta	,32*	,10	-,01	,28	-,15								
7. Suosjećajnost prema sebi	-,08	,07	,01	-,21	,18	-,01							
8. Razina stresa	,10	-,03	,06	,22	-,08	,09	-,16						
9. Razina anksioznosti	-,01	-,14	,03	,09	-,15	,10	,14	,75**					
10. Razina depresivnosti	,03	-,05	,08	,13	-,09	-,03	-,01	,85**	,80**				
11. Problemi mentalnog zdravlje	,04	-,08	,06	,16	-,12	,05	-,01	,93**	,92**	,95**			
12. Poz. mentalno zdravlje	-,23	,02	-,07	-,37*	,08	-,19	,36*	-,68**	-,40*	-,58**	-,59**		
13. Roditeljski stres	,31	-,18	,07	,22	-,18	,21	-,08	,62**	,55**	,64**	,65**	-,52**	
14. Problematična ponašanja djeteta	,26	-,12	,11	,38*	-,18	,32*	,12	,53**	,56**	,54**	,58**	-,57**	,60**

** p<0,01

* p<0,05

Što se tiče međusobnih povezanosti intervalnih varijabli, suosjećajnost prema sebi značajno je pozitivno povezana s varijablom pozitivno mentalno zdravlje – sudionici koji imaju višu razinu suosjećajnosti prema sebi pokazuju i višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. S ostalim varijablama suosjećajnost prema sebi nije statistički značajno povezana.

Faceta razina stresa pokazuje očekivane visoke pozitivne povezanosti s facetama razina anksioznosti, razina depresivnosti i negativnim mentalnim zdravljem (ukupni rezultat sve tri facete upitnika). Također, razina stresa je značajno negativno povezana s pozitivnim mentalnim zdravljem te značajno pozitivno povezana s roditeljskim stresom i problematičnim ponašanjima djeteta. Sudionici koji iskazuju više razine stresa također prijavljuju više razine anksioznosti i depresivnosti, više razine roditeljskog stresa, niže razine pozitivnog mentalnog zdravlja te izraženija problematična ponašanja djeteta. Ista situacija značajnih povezanosti uočava se s varijablama razina anksioznosti i razina depresivnosti.

Varijabla roditeljski stres također je značajno povezana s problematičnim ponašanjima djeteta – sudionici koji prijavljuju više razine roditeljskog stresa navode i izraženija problematična ponašanja djeteta.

4.4. Uloga suosjećajnosti prema sebi u psihološkoj dobrobiti roditelja s obzirom na prisutnost ponašajnih problema kod djece s komunikacijskim odstupanjima

Kako bi se ispitao doprinos suosjećajnosti prema sebi u objašnjenju varijance psihološke dobrobiti roditelja s obzirom na prisutnost ponašajnih problema kod djece s ustanovljenim komunikacijskim odstupanjima, provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize. Prilikom provjere VIF i Tolerance pokazatelja nije utvrđeno postojanje značajne multikolinearnosti među prediktorima. Iz Tablice 9, u kojoj se nalaze koeficijenti korelacija varijabli uključenih u hijerarhijske regresijske analize, može se primijetiti visoka negativna povezanost pozitivnih aspekata mentalnog zdravlja s negativnim aspektima mentalnog zdravlja i izraženosti problematičnih ponašanja djeteta te umjerena pozitivna povezanost s višim razinama suosjećajnosti prema sebi. Problemi mentalnog zdravlja visoko pozitivno koreliraju s problematičnim ponašanjima djeteta.

Tablica 9. Pearsonovi koeficijenti korelacija varijabli uključenih u hijerarhijsku regresijsku analizu (N=39)

	1.	2.	3.
1. Pozitivno mentalno zdravlje			
2. Problemi mentalnog zdravlja	-,59**		
3. Problematična ponašanja djeteta	-,57**	,58**	
4. Suosjećajnost prema sebi	,36*	-,01	,12

** p<0,01
* p<0,05

Kako bi se ustanovilo jesu li uz kontrolu suosjećajnosti prema sebi problematična ponašanja djeteta značajni prediktori psihološke dobrobiti, provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize. U prvoj regresijskoj analizi željelo se ustanoviti jesu li problematična ponašanja djeteta značajan prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja kada se kontrolira efekt suosjećajnosti prema sebi. Drugom regresijskom analizom provjerila se značajnost istog prediktora (uz kontrolu istog čimbenika) za probleme mentalnog zdravlja. Rezultati regresijskih analiza prikazani su u Tablici 10.

Tablica 10. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za varijable koje predviđaju psihološku dobrobit roditelja

	Pozitivno mentalno zdravlje		Problemi mentalnog zdravlja	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
ΔR^2	,33**	,19**	,34**	,01
ΔF	17,88**	13,81**	19,29**	,334
	B	B	B	B
Problematična ponašanja djeteta	-,57**	-,62**	,58**	,59**
Suosjećajnost prema sebi		,44**		-,01

** p<0,01

* p<0,05

ΔR^2 – proporcija objašnjene varijance kriterija

ΔF – F omjer

B – standardizirani regresijski koeficijent

Iz Tablice 10 može se vidjeti kako je varijabla uključena u prvom koraku (Model 1 – Problematična ponašanja djeteta) statistički značajna pri objašnjavanju pozitivnog mentalnog zdravlja roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima ($F_{(1,37)} = ,06, p < 0,01$) te samostalno objašnjava 33% varijance pozitivnog mentalnog zdravlja. Problematična ponašanja djeteta značajan su samostalni prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja – roditelji koji procjenjuju izraženija problematična ponašanja djeteta imaju nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Model 2, koji uključuje Suosjećajnost prema sebi dodatno je objasnio 19% varijance pozitivnog mentalnog zdravlja ($F_{(1,36)} = 13,81, p < 0,01$). Kao značajni prediktori u Modelu 2 pokazale su se obje uključene varijable pri čemu roditelji koji imaju više razine suosjećajnosti prema sebi iskazuju i više razine pozitivnog mentalnog zdravlja, a oni koji iskazuju izraženija problematična ponašanja djeteta imaju niže razine pozitivnog mentalnog zdravlja.

Što se tiče hijerarhijske regresijske analize vezane za objašnjavanje problema mentalnog zdravlja, u Modelu 1 ponovno je uključena varijabla problematična ponašanja djeteta te se ponovno ustanovljuje statistička značajnost pri objašnjavanju problema mentalnog zdravlja ($F_{(1,37)} = 19,29, p < 0,01$). Problematična ponašanja djeteta predstavljaju značajan samostalni prediktor problema mentalnog zdravlja – roditelji koji procjenjuju izraženija problematična ponašanja imaju i izraženije probleme mentalnog zdravlja. U drugom koraku (Model 2) uključena je suosjećajnost prema sebi, no nije ustanovljena statistička značajnost pri objašnjavanju problema mentalnog zdravlja ($F_{(1,36)} = ,33, p < 0,01$).

5. RASPRAVA

Iako je suosjećajnost prema sebi kao konstrukt sve češći predmet istraživanja (Neff i sur., 2008; MacBeth i Gumley, 2012), mali je broj onih koja su ispitivala utjecaj razine suosjećajnosti prema sebi na mentalno zdravlje roditelja, a posebice na mentalno zdravlje roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Budući da su u ovom istraživanju sudjelovali isključivo roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima u Republici Hrvatskoj, a sličnih istraživanja na ovu temu nije bilo tijekom pisanja rada, **nisu postavljene specifične hipoteze** o razinama suosjećajnosti prema sebi, roditeljskog stresa, negativnog i pozitivnog mentalnog zdravlja.

Što se tiče razine **suosjećajnosti prema sebi**, Gilbert i sur. (2017) su prikazali rezultate podljestvice korištene u ovom istraživanju, Suosjećajnost prema sebi (unutar engl.

Compassionate Engagement and Action Scale CEAS; Gilbert i sur., 2017) na britanskom, portugalskom i američkom uzorku studenata. Srednje vrijednosti podljestvice Suosjećajnost prema sebi na navedenim uzorcima kretale su se od 58,19 (britanski) do 64,62 (portugalski), dok je srednja vrijednost podljestvice za sudionike ovog istraživanja iznosila 89,43. Navedeni rezultat upućuje na više razine suosjećajnosti prema sebi na uzorku roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima u odnosu na uzorke studenata iz Velike Britanije, Portugala i SAD-a. Postoji nekoliko objašnjenja za navedene podatke. Inozemna istraživanja upućuju na zaključak da je suosjećajnost prema sebi niža u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi zbog čestih negativnih samoevaluacija i socijalne usporedbe koji su dio razvojne faze kreiranja vlastitog identiteta i socijalnog statusa (Brown i Lohr, 1987). Srednja vrijednost dobi roditelja u ovom istraživanju iznosila je 37,05 što upućuje na srednju odraslu dob koja sa sobom nosi i određenu zrelost. Također, moguće je kako je upravo činjenica da su bili suočeni s izazovima djeteta s komunikacijskim odstupanjima dovela do pojačanog razvoja suosjećajnosti prema sebi kao strategije suočavanja sa stresom. Stoga se u ovom trenutku može samo nagađati o efektu dobi, efektu samog roditeljstva kao i o efektu roditeljstva djeteta s komunikacijskim odstupanjima na razinu suosjećajnosti prema sebi. Provođenje budućih istraživanja na populacijama roditelja djece tipičnog razvoja i roditelja djece s razvojnim odstupanjima moglo bi dodatno pojasniti prirodu pojavnosti suosjećajnosti prema sebi.

Profaca i Arambašić (2004) istraživale su razine **roditeljskog stresa** na roditeljima djece tipičnog razvoja. U navedenom istraživanju srednja vrijednost ukupnog rezultata na Upitniku izvora i intenziteta roditeljskog stresa iznosila je 55,81. Srednja vrijednost ukupnog rezultata na istom upitniku u ovdje prikazanom istraživanju iznosila je 80,49 što upućuje na značajno veći intenzitet roditeljskog stresa kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja. Navedena razlika u skladu je s inozemnim istraživanjima koja opetovano potvrđuju povišene razine roditeljskog stresa kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima (Mak i Kwok, 2010; Hayes i Watson, 2013). Mak i Kwok (2010) svojim su istraživanjem zaključili kako na povišeni roditeljski stres specifično kod ove populacije roditelja utječe socijalna stigma koja je prisutna oko djece s komunikacijskim odstupanjima (prvenstveno poremećaj iz spektra autizma).

Problemi mentalnog zdravlja predstavljali su ukupni zbroj rezultata na sve tri podljestvice (depresivnost, anksioznost i stres) upitnika DASS-21. Srednja vrijednost ukupnog rezultata na uzorku roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima iznosila je 34,38. Lauri Korajlija, Mihaljević i Jokić-Begić (2019) u svojem su istraživanju ispitivale zadovoljstvo

životom te su koristile upitnik DASS-21 kao mjeru problema mentalnog zdravlja. Na uzorku opće populacije (uzorak 219 ispitanika odrasle dobi, 95% ženskih ispitanika) srednja vrijednost ukupnog rezultata iznosila je 25,5, što je primjetno niže u odnosu na uzorak ovog istraživanja. Prema službenim normama hrvatske verzije instrumenta (Ivaković, 2019), rezultat dobiven ovim istraživanjem predstavlja povišen rezultat (iznad 95. percentila), dok rezultat dobiven istraživanjem Lauri Korajlije, Mihaljević i Jokić-Begić (2019) spada u umjereno povišen rezultat. Ovi podaci ponovno ne iznenađuju i u potpunosti su u skladu s već navedenim istraživanjima. Problemi mentalnog zdravlja sami po sebi sadrže i doživljaj stresa za koji je također ustanovljeno povišen kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Iako su u ovom istraživanju sudjelovali samo roditelji djece do navršenih 7 godina (a komunikacijska odstupanja uglavnom postaju očita oko djetetove druge godine), očito postaje kako je to sasvim dovoljno vremena za razvoj perzistirajućeg psihičkog distresa.

Pozitivno mentalno zdravlje predstavljalo je ukupni zbroj rezultata upitnika WEMWS. Srednja vrijednost ukupnog rezultata na uzorku uključenom u ovo istraživanje iznosila je 46,54. Warwick Medical School (2021) svojim je istraživanjem ustanovilo kritične vrijednosti za tri kategorije mentalnog zdravlja – rezultati ispod 45 bodova upućuju na nižu razinu (pozitivnog) mentalnog zdravlja; rezultati od 45 do 59 upućuju na umjerenu razinu, a rezultati iznad 60 predstavljaju visoku razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Srednja vrijednost roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima stoga spada u kategoriju umjerene razine mentalnog zdravlja, iako je evidentno kako se radi o nižim vrijednostima navedene kategorije. Dakle, unatoč zabilježenim višim razinama roditeljskog stresa i negativnog mentalnog zdravlja, roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima također imaju i zadovoljavajuću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Uzevši u obzir ranije navedeni rezultat povišene razine suosjećajnosti prema sebi, može se spekulirati o utjecaju suosjećajnosti prema sebi na više razine pozitivnog mentalnog zdravlja što će se kasnije detaljnije opisati u poglavlju o povezanosti promatranih varijabli.

Osim analiziranja pojavnosti suosjećajnosti prema sebi, roditeljskog stresa i pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja, u ovom istraživanju ispitala se i prisutnost **problema u ponašanju** kod djece s komunikacijskim odstupanjima (samoprocjena roditelja), prvenstveno iz razloga ispitivanja utjecaja navedene varijable na psihološku dobrobit roditelja. Stoga se nisu promatrale pojedine sindromne skale niti su se razlikovala problematična ponašanja na eksternalizirana i internalizirana, već se promatrao ukupni rezultat. U ovom istraživanju srednja vrijednost ukupnog rezultata na CBCL skali iznosila je 57,54. Živčić-Bećirević, Smojver-Ažić i Mišćenić (2003) svojim su istraživanjem obuhvatile roditelje djece predškolske dobi koja

pohađaju vrtić. U navedenom istraživanju, ukupan rezultat na CBCL skali iznosio je 29,5, odnosno značajno niži rezultat u odnosu na uzorak korišten u ovom istraživanju. Podaci sami po sebi ne iznenađuju – inozemna istraživanja potvrđuju značajno veću prisutnost problematičnih ponašanja kod djece s komunikacijskim odstupanjima (Giovagnoli i sur., 2015) – no, izraženost razlike između ova dva uzorka roditelja upućuje na važnost stručne pomoći roditeljima djece s komunikacijskim odstupanjima. Moguće je kako su roditelji djece s razvojnim odstupanjima osjetljiviji na prisutnost problematičnih ponašanja djeteta (češće ih primjećuju, prepoznaju manje promjene u emocionalnoj reaktivnosti djeteta) u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja, jer su od djetetove rane dobi uključeni u različite oblike procjena i stručnih praćenja. Također je moguće da su roditelji djece tipičnog razvoja tolerantniji na pojedine probleme ili ih ne promatraju toliko detaljno kao roditelji djece čiji razvoj nije tekao glatko. U svakom slučaju, razlike između procjena dva uzorka su do te mjere izražene da je evidentno kako dijagnoze komunikacijskih odstupanja sa sobom nose i probleme u ponašanju, što je važna informacija za planiranje pravovremenih intervencija. Rane intervencije problema u ponašanju na predškolskom uzrastu su značajno efikasnije jer se nepoželjna/ometajuća ponašanja još nisu stabilizirala, a upravo u tom periodu se razvija kontrola ponašanja i izražavanja negativnih emocija (Keenan i Wakschlag, 2000).

Korelacijska istraživanja na općoj populaciji ukazuju na povezanost suosjećajnosti prema sebi s višim razinama pozitivnog afekta, sreće i zadovoljstva životom te nižom razinom negativnog afekta, depresije i anksioznosti (Neff, 2003; Neff i sur., 2007). Što se tiče istraživanja na populaciji roditelja (djece tipičnog razvoja), Moreira i sur. (2014) svojim su istraživanjem ustanovili negativnu povezanost suosjećajnosti prema sebi i roditeljskog stresa. Jedno od rijetkih istraživanja upravo na populaciji roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima provele su Neff i Faso (2014). U svojem istraživanju autorice su kao mjeru suosjećajnosti prema sebi koristile engl. *Self-Compassion Scale* (SCS; Neff 2003). Navedeni mjerni instrument sastoji se od 26 čestica koje tvore 6 subskala – ljubaznost prema sebi, samoosušivanje, zajednička čovječnost, izolacija, usredotočena svjesnost i pretjerana identifikacija. Zbroj svih čestica čini ukupni rezultat razine suosjećajnosti prema sebi. Suosjećajnost prema sebi u njihovom je istraživanju bila pozitivno povezana sa zadovoljstvom životom i negativno povezana s depresijom i roditeljskim stresom. U ovom istraživanju suosjećajnost prema sebi po prvi put je na hrvatskom uzorku mjerena ljestvicom Suosjećajnost prema sebi koja je podljestvica unutar Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja. Za

razliku od istraživanja autorica Neff i Faso, čiji je mjerni instrument više bio usmjeren na glavne attribute suosjećajnosti, u ovom istraživanju korišten je mjerni instrument koji je usmjeren na aktivni aspekt suosjećajnosti, odnosno na aspekte suočavanja i suosjećajnog djelovanja prema sebi. Suosjećajnost prema sebi u ovom istraživanju bila je statistički značajno jedino povezana s pozitivnim mentalnim zdravljem. Navedeni nalaz u skladu je s očekivanim te **potvrđuje postavljenu hipotezu (H3)**. Potvrđena je statistički značajna umjereno visoka pozitivna povezanost između razine suosjećajnosti prema sebi i razine pozitivnog mentalnog zdravlja. Dakle, rezultati sugeriraju kako su više razine suosjećajnosti prema sebi povezane s višom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja. Drugim riječima, roditelji koji imaju višu razinu suosjećajnosti prema sebi, imaju višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

S varijablama problema mentalnog zdravlja (anksioznost, depresivnost, stres) i roditeljskog stresa nisu pronađene značajne povezanosti što **nije u skladu s očekivanim (H1 i H2)**. Suosjećajnost prema sebi nije statistički značajno povezana s razinom stresa, anksioznosti i depresivnosti. Odnosno, razina suosjećajnosti prema sebi nije povezana s razlikama u doživljenoj razini stresa, anksioznosti ni depresivnosti. Varijable suosjećajnost prema sebi i roditeljski stres u ovom istraživanju nisu pokazale značajnu povezanost. Razina suosjećajnosti prema sebi nije povezana s razlikama u doživljaju roditeljskog stresa. Kao što je već navedeno, u usporedbi s inozemnim uzorcima studenata, roditelji u ovom istraživanju iskazuju značajno veće razine suosjećajnosti prema sebi te prosječnu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja (iako granično). Moguće je kako upravo roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima, koji su vrlo često socijalno izolirani i stigmatizirani (Mak i Kwok, 2010), tijekom vremena razvijaju suosjećajnost prema sebi kao strategiju nošenja sa stresom koja je intimna, osobna i ne uključuje nužnu prisutnost drugih ljudi. Vezano uz nepovezanost s pokazateljima negativnog mentalnog zdravlja, moguće je kako roditelji u ovom istraživanju psihički distres doživljavaju konstantno već godinama te trenutno iskazuju kronične slike anksioznosti i depresivnosti, na što razina suosjećajnosti prema sebi više nema efekta. Dakle, iako imaju razvijenu suosjećajnost prema sebi i koriste određene aktivnosti suosjećajnog suočavanja i djelovanja, razine distresa su toliko visoke da te aktivnosti ne dovode do njihovog značajnog smanjenja. U prilog tome ide i činjenica da je roditeljski stres, kao specifična vrsta stresa, također visoko pozitivno povezan s pokazateljima negativnog mentalnog zdravlja, ali nije povezan s razinom suosjećajnosti prema sebi.

S druge strane, problemi u ponašanju kod djece pokazali su se značajno povezani sa svim varijablama mentalnog zdravlja. Visoke pozitivne korelacije pronađene su između

izraženosti problema u ponašanju i razina anksioznosti, depresivnosti i stresa te razine roditeljskog stresa. Visoka negativna korelacija pronađena je između izraženosti problema u ponašanju i pozitivnog mentalnog zdravlja. Ovim istraživanjem sugerira se kako je upravo izraženost problematičnih ponašanja djeteta ta koja je rizični faktor za razvoj ozbiljnijih psihičkih teškoća roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Ukoliko još uzmemo u obzir izraženost razlike srednje vrijednosti procjena roditelja djece tipičnog razvoja i roditelja u ovom istraživanju, postaje jasno kako su roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima pod velikim rizikom od razvoja ozbiljnih psihičkih teškoća.

Posljednji problem istraživanja odnosio se na ispitivanje doprinosa suosjećajnosti prema sebi psihološkoj dobrobiti roditelja s obzirom na prisutnost ponašajnih problema djece. Istraživanje uloge suosjećajnosti prema sebi u kontekstu roditeljstva djece s komunikacijskim odstupanjima (i njihovim možebitnim problemima u ponašanju) je novo područje te se dosad uglavnom nije istraživalo. Ovim istraživanjem uočene su značajne povezanosti suosjećajnosti prema sebi s pozitivnim mentalnim zdravljem, te značajnu povezanost problematičnih ponašanja i s pozitivnim mentalnim zdravljem kao i s problemima mentalnog zdravlja (Tablica 9). Problemi u ponašanju pokazali su se kao značajan samostalni prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja i problema mentalnog zdravlja. Navedeni rezultat je očekivan, odnosno potvrđuje rezultate brojnih ranije navedenih istraživanja o utjecaju problema u ponašanju na psihološku dobrobit roditelja (kako djece tipičnog razvoja, tako i onih s razvojnim odstupanjima). Upravo je istraživanje Hastingsa i sur. (2005) ustanovilo kako je glavni prediktor stresa roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma izraženost problematičnih ponašanja, a ne simptomi specifični za kliničku sliku autizma. Što se tiče suosjećajnosti prema sebi, ono se u našem istraživanju pokazalo kao značajan samostalni prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja, dok se prediktivna značajnost nije ustanovila za probleme mentalnog zdravlja. Dobiveni rezultat **nije u skladu s postavljenom hipotezom (H4)**, odnosno očekivala se značajna prediktivna značajnost za obje varijable psihološke dobrobiti te da odnos psihološke dobrobiti roditelja i izraženosti ponašajnih problema neće ostati statistički značajan nakon kontroliranja utjecaja suosjećajnosti prema sebi. Jedno objašnjenje neznačajnosti veze je metodološke prirode, odnosno, vezano je za veličinu uzorka i mali broj čestica kojom se ispitivala suosjećajnost prema sebi. No, ako se metodološki nedostaci stave po strani, može se tražiti teorijsko objašnjenje dobivenog nalaza. Kao što je već prethodno pruženo objašnjenje o utjecaju suosjećajnosti prema sebi na pozitivno mentalno zdravlje, ovdje se treba dodatno objasniti promjena u veličini povezanosti pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja i

problematičnih ponašanja djeteta. Naime, rezultat sugerira da nakon što je suosjećajnost prema sebi stavljena kao prediktor u korak hijerarhijske analize, povezanost problematičnih ponašanja i psihološke dobrobiti postala je još izraženija. Odnosno, ukoliko se kontrolira utjecaj suosjećajnosti prema sebi, tada roditelji doživljavaju još niže razine pozitivnog mentalnog zdravlja (negativna povezanost) i još izraženije simptome psihičkog distresa (pozitivna povezanost) ako su problematična ponašanja kod djeteta izraženija. Iako su razlike u visini povezanost malene, ipak sugeriraju važnost daljnjeg istraživanja suosjećajnosti u kontekstu moderatorskog efekta između stresa i problema u ponašanju djece.

5.1. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja

Najveće ograničenje ovog istraživanja odnosi se na mali broj roditelja u uzorku te bi bilo dobro proširiti uzorak sudionika kroz provođenje istraživanja u više navrata online putem te uživo u različitim centrima, kabinetima i udrugama u koje dolaze roditelji i djeca s komunikacijskim odstupanjima. Uzevši u obzir važnost ispitivane tematike, potrebno je provoditi podrobna istraživanja na što većem uzorku roditelja. Mali uzorak uključen u ovo istraživanje nameće ograničenje i oprez u interpretaciji dobivenih rezultata. Također, u ovom uzorku roditelja velika većina su majke. Stoga bi bilo važno uključiti i što veći broj očeva kako bi se dobila jasnija predodžba psihološke dobrobiti kod roditelja oba spola.

Nadalje, u buduća istraživanja preporuča se uključivanje više mjera procjene suosjećajnosti kao konstrukta. Iako se u ovom istraživanju nisu ustanovile značajne povezanosti sa svim varijablama, ustanovljena je povezanost s pozitivnim mentalnim zdravljem što je ipak važni pokazatelj njegovog pozitivnog efekta na mentalno zdravlje roditelja. Budući da suosjećajnost kao konstrukt obuhvaća tri kanala (1) nas prema drugima; 2) drugih prema nama i 3) nas prema samima sebi), moguće je kako na ovoj specifičnoj skupini roditelja veću važnost ima neki drugi kanal suosjećajnosti.

Ovim istraživanjem uočila se važnost istraživanja problema u ponašanju kod djece s komunikacijskim odstupanjima. Stoga se za buduća istraživanja preporuča i uključivanje procjene problemskih ponašanja od strane djetetovih vrtićkih odgojitelja ili terapeuta, kako bi psihološka procjena djece bila što preciznija.

Osim što bi u budućim istraživanjima bilo korisno uključiti veći broj roditelja oba spola, više mjera procjene suosjećajnosti i podrobnije proučavanje problema u ponašanju, važno je

uključiti i roditelje djece s drugim oblicima razvojnih odstupanja. Ovo istraživanje usmjerilo se specifično na roditelje djece s komunikacijskim odstupanjima, što ostavlja otvorenu mogućnost za postojanje razlika između ove skupine roditelja i skupine roditelja djece s, primjerice, kognitivnim odstupanjima.

Konačno, postoji i potreba za kvalitativnim istraživanjima ovog područja upravo zbog specifičnosti i individualnih razlika vezanih uz svakodnevno funkcioniranje cjelokupne obitelji. Kvalitativna istraživanja mogla bi dodatno pojašniti procese koja možda nisu uopće istraživana kvantitativnim pristupima.

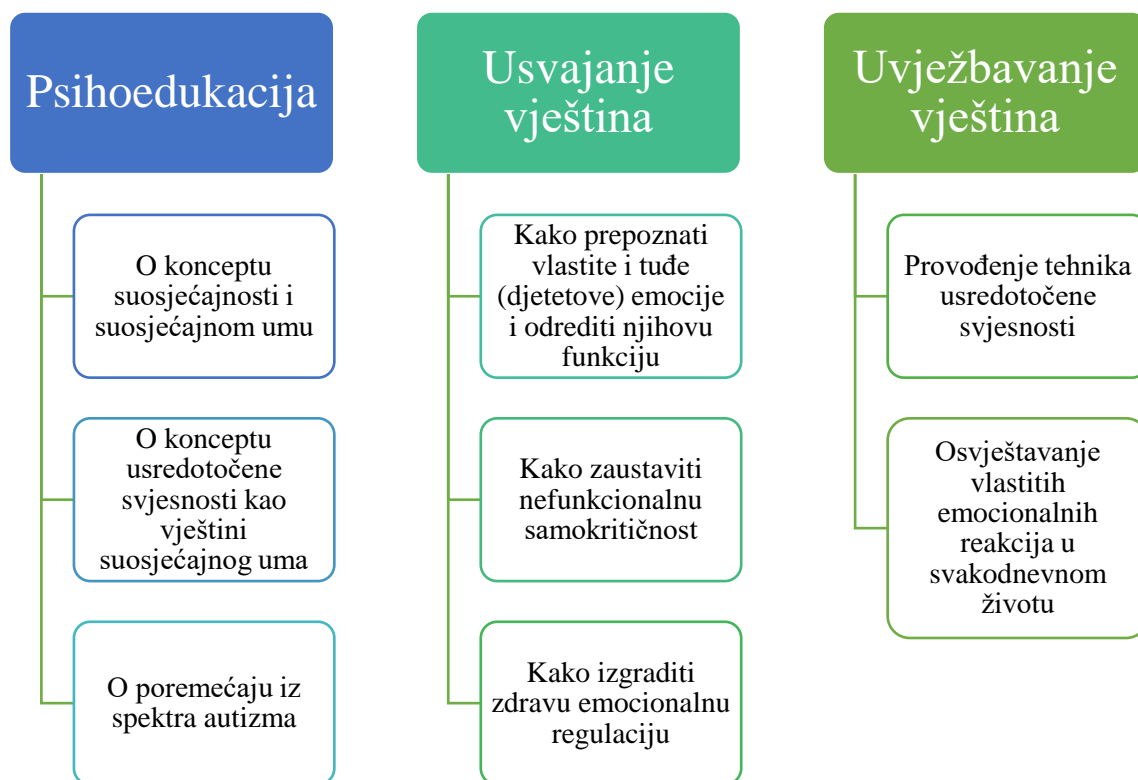
5.2. Doprinosi istraživanja i praktična primjena

Istraživanja vezana uz psihološku dobrobit roditelja nisu rijetkost, ali se ona prvenstveno izvode s roditeljima djece tipičnog razvoja, dok se istraživanja s roditeljima djece s komunikacijskim odstupanjima rjeđe provode. Novitet uveden ovim istraživanjem jest konstrukt suosjećajnosti prema sebi koji se tek u posljednje vrijeme podrobnije proučava. Osim toga, neki instrumenti korišteni u ovom istraživanju po prvi puta su prevedeni i primjenjivani u Hrvatskoj. Ljestvice suosjećajnog suočavanja i djelovanja prvi puta su prevedene na hrvatski jezik te je podljestvica Suosjećajnost prema sebi korištena u ovom istraživanju što predstavlja veliki doprinos s obzirom na vrlo mali broj upitničkih mjera suosjećajnosti na našem jeziku.

Iz istraživačke perspektive može se reći kako ovi rezultati ukazuju na potrebu daljnjeg istraživanja prirode odnosa suosjećajnosti i psihološke dobrobiti roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Stoga je potreban što veći broj istraživanja i uključivanja što većeg broja roditelja s djecom različitih razvojnih odstupanja u ispitivanje procesa mentalnog zdravlja.

Iz kliničke perspektive, pronađena pozitivna povezanost suosjećajnosti prema sebi s pozitivnim mentalnim zdravljem vrlo je ohrabrujuća i upućuje na mogućnosti razvoja programa psihološke podrške za ovu skupinu roditelja. Dobiveni nalazi sugeriraju važnost promoviranja suosjećajnosti i uvođenja edukacija o ovom konstrukt. Također, vrlo važan nalaz dobiven ovim istraživanjem vezan je za izraženost problema u ponašanju kod djece. U ovom istraživanju upravo se izraženost problema u ponašanju pokazala kao vrlo važan segment u izraženosti psihičkog distresa (bilo da se govori o anksioznosti, depresivnosti, stresu ili specifično roditeljskom stresu). Budući da djeca s komunikacijskim odstupanjima češće i snažnije iskazuju

različite oblike problema u ponašanju, njihovi roditelji su pod povećanim rizikom od razvoja psihičkih teškoća. Stoga ovi nalazi sugeriraju na važnost rane intervencije u dva smjera: 1) uključivanja roditelja i djece u savjetodavni tretman usmjeren na ublažavanje i umanjivanje problema u ponašanju djeteta; te 2) uključivanja roditelja u intervencije psihološke podrške usmjerene na ublažavanje i umanjivanje psihičkog distresa zbog prisutnosti problema u ponašanju djeteta. Sve se češće susreću programi usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*) za roditelje djece s razvojnim odstupanjima, a suosjećajnost prema sebi predstavlja koncept sličan usredotočenoj svjesnosti (stav prihvatanja i svjesnosti) koji dodatno uključuje i elemente ljubaznosti prema sebi i zajedničke čovječnosti (Neff i Faso, 2014). Upravo navedeni elementi mogu biti od iznimne važnosti za roditelje djece s komunikacijskim odstupanjima. Najpoznatije intervencije/programi usmjereni na razvoj usredotočene svjesnosti (engl. MBSR – „*Mindfulness-Based Stress Reduction*“ i engl. MBCT – „*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*“) uglavnom se sastoje od 8 grupnih susreta. Rojas Torres, Alonso-Esteban, Lopez-Ramon i Alcantud-Marin (2021) kreirali su trening usredotočene svjesnosti i suosjećajnosti prema sebi za roditelje djece s ustanovljenim poremećajem iz spektra autizma. Navedeni trening uglavnom su bazirali na MBSR programu u koji su dodatno implementirali koncept suosjećajnosti prema sebi. Susreti su bili organizirani jednom tjedno u trajanju od 90 minuta, a sudionici nakon svakog susreta imaju zadatak svakodnevnog izvođenja vježbi i proučavanja različitih edukativnih materijala (okvirno 30 minuta dnevno). Svaki susret bio je podijeljen u dva dijela – u prvom dijelu usvajale su se i uvježbavale tehnike usredotočene svjesnosti, dok je drugi dio susreta bio usmjeren na psihoedukaciju o poremećaju o spektru autizma. Međutim, iako su u svoj program uveli i suosjećajnost prema sebi, opisani program je uglavnom bio baziran na usvajanju tehnika usredotočene svjesnosti, a manjim dijelom na razvoju suosjećajnosti prema sebi. Prema Gilbertu (2009), trening izgradnje suosjećajnog uma traje 12 tjedana te također uključuje kombinaciju psihoedukacije i praktičnih vježbi, grupnog rada i obavljanja samostalnih zadataka. U trenutku pisanja ovog rada nije pronađen niti jedan provedeni i validirani program razvijanja suosjećajnosti prema sebi specifično usmjeren populaciji roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima, stoga će se prikazati moguća shema potencijalne intervencije. Uzevši u obzir opisane programe i treninge, osnovne komponente koje bi trebala sadržavati intervencija usmjerena na izgradnju suosjećajnosti prema sebi roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima prikazane su na Slici 7. Intervenciju bi svakako trebao provoditi stručnjak educiran u području psihološkog savjetovanja (prvenstveno u području koncepata suosjećajnosti i usredotočene svjesnosti) te komunikacijskih odstupanja kod djece.



Slika 7. *Moguće komponente intervencije usmjerene na izgradnju suosjećajnosti prema sebi roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima*

S obzirom na kompleksnost koncepta suosjećajnosti prema sebi, važnosti dugotrajnijeg uvježbavanja vještina te postojeće uspješne programe razvoja suosjećajnosti prema sebi, autorica rada smatra da bi osnovna intervencija trebala trajati 12 tjedana, a svaki susret bi trajao 90 minuta. Period od 3 mjeseca bio bi dovoljan za usvajanje glavnih koncepata i uspostavljanje rutine provođenje usvojenih tehnika, a nakon provedene intervencije potrebno je provoditi redovne *follow up* susrete (jednom mjesečno tijekom narednih 6 mjeseci) kako bi se usvojeno i zadržalo u svakodnevnom životu. Osim što bi ovakva intervencija pružila znanstveno utemeljene vještine i koncepte za poboljšanje psihološke dobrobiti roditelja, ona bi također pružila mjesto međusobne podrške homogenoj skupini roditelja.

6. ZAKLJUČAK

S rastućom prevalencijom komunikacijskih poremećaja kod djece (prvenstveno poremećaja iz spektra autizma) raste i značajnost teme psihološkog stanja njihovih roditelja. Ova specifična populacija roditelja opetovano kroz istraživanja izražava pojačani roditeljski stres te njegov negativni utjecaj na njihovo mentalno zdravlje (Baker-Ericzen, Brookman-Fraze i Stahmer, 2005; Blacher i McIntyre, 2006; Dabrowska i Pisula, 2010; Zablotzky, Bradshaw i Stuart, 2013). Uzevši u obzir specifičnosti kliničke slike komunikacijskih odstupanja (primjerice, manjak odgovorljivosti na interakciju), ne iznenađuje da je upravo ova populacija roditelja pod pojačanim rizikom od razvoja psihičkih teškoća. Uz to, kod djece s komunikacijskim odstupanjima prisutni su češći i izraženiji problemi u ponašanju koji najčešće ne proizlaze iz potrebe za opozicionalnošću i prkošenjem, već manjkom socijalne kognicije i sociokognitivnih vještina. Zbog svega navedenog, roditelji djece s komunikacijskim odstupanjima doživljavaju više razine stresa u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja, kao i u odnosu na one s drugačijim razvojnim odstupanjima (npr. Down sindrom). Kao moguće rješenje za nošenje s roditeljskim stresom u ovom istraživanju istraživao se koncept suosjećajnosti prema sebi.

Ovim istraživanjem ustanovljene su više razine suosjećajnosti prema sebi kod roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima u odnosu na razine ustanovljene inozemnim istraživanjima na općoj populaciji. Navedeno upućuje na korištenje suosjećajnosti kao strategije nošenja sa stresom. Ustanovljena je umjerena razina pozitivnog mentalnog zdravlja, ali i povišene razine negativnog mentalnog zdravlja. Budući da za ove nalaze nisu postavljene hipoteze, već se radilo o eksploratornim problemima istraživanjima, ne može se reći da su očekivani rezultati, ali su uglavnom u skladu s prijašnjim istraživanjima.

Rezultati istraživanja zatim potvrđuju izraženu povezanost problema u ponašanju s psihološkom dobrobiti roditelja. Problemi u ponašanju iskazali su značajnu povezanost sa svim varijablama psihološke dobrobiti (facete negativnog mentalnog zdravlja, pozitivno mentalno zdravlje, roditeljski stres). Navedeni rezultat je također u skladu s prijašnjim istraživanjima.

Što se tiče suosjećajnosti prema sebi, pronađena je značajna pozitivna povezanost s pozitivnim mentalnim zdravljem. Također, suosjećajnost prema sebi bila je značajan samostalni

prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja što upućuje na važnost provođenja programa razvoja suosjećajnosti za roditelje djece s komunikacijskim odstupanjima. Ovaj nalaz u skladu je s postavljenom hipotezom. Nije pronađena značajna negativna povezanost s negativnim mentalnim zdravljem, čime se ta hipoteza nije potvrdila. Možebitni razlozi za navedeni nalaz su prvenstveno metodološke prirode.

Bez obzira na metodološka ograničenja, rezultati sugeriraju na važnost daljnjeg istraživanja koncepta suosjećajnosti prema sebi kod populacije roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima. Osim toga, rezultati alarmantno upućuju na veliku potrebu za psihološkom podrškom i savjetovanjem roditelja. Stoga je iznimno važno početi glasnije progovarati o važnosti psihološke dobrobiti roditelja djece s komunikacijskim odstupanjima, a ne samo o terapijskim postupcima usmjerenim na razvojna područja djeteta. U konačnici, rana intervencija uključuje cijelu obitelj, a ne samo dijete, ali pritom moramo osvijestiti da to znači rad na psihološkoj dobrobiti roditelja, a ne samo na educiranju roditelja za poticanje djetetova razvoja. Suosjećajnost (kako prema sebi tako i prema drugima) može postati važan saveznik rane intervencije, na nama stručnjacima je da ga implementiramo.

7. LITERATURA

- Ajduković, M., Kolesarić, V. (2020). *Etički kodeks istraživanja s djecom; drugo, revidirano izdanje*. Zagreb: Vijeće za djecu Vlade Republike Hrvatske. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/NEPID/Eti%C4%8Dki%20kodeks%20istra%C5%BEivanja%20s%20djecom%20revidirana%20verzija%202020.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bauman, M.L. (2010). Medical Comorbidities in Autism: Challenges to Diagnosis and Treatment. *Neurotherapeutics*, 7, 320-327.
- Baker-Ericzen, M.J., Brookman-Fraze, L. i Stahmer, A. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(4), 194–204.
- 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, 230-240.
- Blacher, J. i McIntyre, L.L. (2006). Syndrome specificity and behavioral disorders in young adults with intellectual disability: Cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 50(3), 184–198.
- Blaži, D. (2016). Komunikacijski poremećaji – iskustva i mogućnosti. *Paediatr Croat.* 60, 160-166.
- Bolton, P., Macdonald, H., Pickles, A., Rios, P., Goode, S., Crowson, M. i sur. (1994). A case-control family history study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(5), 877–900.
- Brown, B. B. i Lohr, M. J. (1987). Peer-group affiliation and adolescent self-esteem: An integration of ego-identity and symbolic-interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 47–55.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016. *Surveillance Summaries*, 69(4), 1-12.
- Cepanec, M., Šimleša, S. i Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 2, 203-224.

- Crnic, K. i Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. U K. Deater-Deckard i R. Panneton (Ur.), *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes* (str. 263–284). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_11
- Chawarska, K., Klin, A., Paul, R. i Volkmar, F. (2007). Autism Spectrum Disorder in the Second Year: Stability and Change in Syndrome Expression. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 48, 128-138.
- Dabrowska, A. i Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266–280.
- De Bruin, E.I., Topper, M., Muskens, J.G.A.M., Bogels, S.M. i Kamphuis, J.H. (2012). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19, 187-197.
- De Maat, D. A., Jansen, P. W., Prinzie, P., Keizer, R., Franken, I. H. A. i Lucassen, N. (2021). Examining longitudinal relations between mothers' and fathers' parenting stress, parenting behaviors, and adolescents' behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 771–783. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01885-0>
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Newschaffer, C. J., Lee, L. C., Cunniff, C. M., Daniels, J. L. i sur. (2008). Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American Journal of Epidemiology* 168(11), 1268–1276.
- Estes, M. L. i McAllister, A. K. (2016). Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. *Science* 353(6301), 772–777.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. i Laurencau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation; The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Fernandez, M. C. i Arcia, E. (2004). Disruptive behaviors and maternal responsibility: a complex portrait of stigma, self-blame, and other reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 356-372.
- Gardener, H., Spiegelman, D. i Buka, S. L. (2009). Prenatal risk factors for autism: Comprehensive meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 195, 7–14.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Robinson.

- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J. i sur. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4.
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L.M., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena, L. i sur. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 411-421.
- 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, 35 – 43.
- Halfon, N. i Kuo, A.A. (2013). What DSM-5 Could Mean to Children With Autism and Their Families. *JAMA Pediatrics*, 167 (7), 608-613.
- Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T. i sur. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry* 68(11), 1095–1102.
- Hansen, S.N., Schendel, D.E. i Parner, E.T. (2015). Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders – The Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices. *JAMA Pediatrics*, 169(1), 56-62.
- Hastings, R.P. i Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.
- Hastings, R. P. i Taunt, H.M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107(2), 116–127.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J. i Degli Espinosa, F. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za osobe s invaliditetom [Internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-o-osobama-s-invaliditetom-u-republici-hrvatskoj-stanje-05-2019/>.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: 1. Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ivakočić F. (2019). Skale depresije, anksioznosti i stresa DASS-S i DASS-O Priručnik. [Internet]. Dostupno na:

<http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Croatian/Selekcija%20DASS/Priru%C4%8Dnik%20DASS%20Ivakovi%C4%87.pdf>

- Ivšac, J. (2003). Rani komunikacijski razvoj. U M. Ljubešić (Ur.), *Biti roditelj: Model dijagnostičko savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom* (str. 85–104). Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L. i Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American Journal on and Developmental Disabilities*, *119*(2), 171–185.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. i Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *8*, 163–190.
- Keenan, K. i Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(1), 33–46.
- King, M.D. i Bearman, P.S. (2011). Socioeconomic Status and the Increased Prevalence of Autism in California. *American Sociological Review*, *76*(2), 320–346.
- Landrigan, P. J. (2010). What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Current Opinion in Pediatrics*, *22*, 219–225.
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (2004). *Stres, procjena i suočavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lazanski, S. (2015). *Usredotočena svjesnost i samosuosjećanje kao prediktori psihičkog zdravlja i uznemirenosti*. Diplomski rad. Zagreb: Hrvatski studiji.
- Ljubešić, M. i Capanec, M. (2012). Rana komunikacija – u čemu je tajna?. *Logopedija*, *3*(1), 35–45.
- Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335–343.
- Lovibond, S. H. i Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales, Second Edition*. Sydney: Psychology Foundation.
- MacBeth, A. i Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*, 545–552.

- Mak, W. i Kwok, Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 70, 2045–2051.
- Mars, T.S. i Abbey, H. (2010). Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13, 56–66.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N. i Canavarro, M. C. (2014). Maternal attachment and children's quality of life: the mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-014-0036-z.
- Myers, B. J., Mackintosh, V. H. i Goin-Kochel, R. P. (2009). "My greatest joy and my greatest heart ache:" parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670–684.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K.D. i Faso, D.J. (2014). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 1-10.
- Neff, K. D., Pititsungkarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Osborne, L.A., McHugh, L., Saunders, J. i Reed, P. (2007). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1092-1103.
- Osborne, L.A. i Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autistic spectrum disorders. *Exceptional Children*, 76(1), 54-73.
- Pendergrass, S., Girirajan, S. i Selleck, S. (2015). Uncovering the etiology of autism spectrum disorders: genomics, bioinformatics, environment, data collection and exploration, and future possibilities. *Pac Symp Biocomput*, 422-426.
- Popčević, K., Ivšac Pavliša, J., Bohaček A., Šimleša S. i Bašić, B. (2016). Znanstveno utemeljene intervencije kod poremećaja iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 100-113.
- Profaca, B. i Arambašić, L. (2004). Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa. *Suvremena psihologija* 7(2), 243-260.

- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C. i Mercier, C. (2014). Determinants od stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609-1620.
- Robbins, F.R., Dunlap, G. i Plienis, A.J. (1991). Family characteristics, family training, and the progress of young children with autism. *Journal of Early Intervention*, 15, 173-184.
- Rojas-Torres, L.P., Alonso-Esteban, Y., Lopez-Ramon, M.L. i Alcantud-Marin, F. (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Self Compassion (SC) Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Trial in Community Services in Spain. *Children* 2021, 8, 316-334.
- Rosenberg, R. E., Law, J. K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W. E., i Law, P. A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163(10), 907–914.
- Schendel, D. i Bhasin, T. K. (2008). Birth weight and gestational age characteristics of children with autism, including a comparison with other developmental disabilities. *Pediatrics* 121(6), 1155–1164.
- Schieve, L.A., Blumberg, S.J., Rice, C., Visser, S.N. i Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119, 114-121.
- Sharma, S.R., Gonda, X. i Tarazi, F.I. (2018). Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & Therapeutics*, 190, 91-104.
- Stewart-Brown, S., Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J. i Secker, J. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1-13.
- Wong, C. C., Mak, W. W. i Liao, K. Y. H. (2016). Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, 7(6), 1385–1395.
- Zablotsky, B., Bradshaw, C.P. i Stuart, E. (2013). The association between mental health, stress and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1380–1393.
- Živčić-Bećirević, I., Smojver-Ažić, S. i Mišćenić, G. (2003), Problemi u ponašanju predškolske djece prema procjeni roditelja i odgojitelja, *Psihologijske teme*, 12, 63-76.