

UNIVERZITET U SARAJEVU

FILOZOFSKI FAKULTET

Odsjek: Psihologija

Smjer: Psihologija

**ZAŠTITA I UNAPREĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA RODITELJA DJECE S
INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA**

Završni magistarski rad

Student: Aida Sandžaktarević

Mentor: prof.dr. Amela Dautbegović

Broj indexa: 3685/2021

Sarajevo, 2023.

Sadržaj:

1. UVOD	4
2. DEFINIRANJE POJMA “MENTALNO ZDRAVLJE”	5
3. INTELEKTUALNE POTEŠKOĆE	7
4. PRILAGODBA RODITELJA.....	9
5. IZAZOVI SA KOJIMA SA SUOČAVAJU RODITELJI DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA.....	10
5.1. <i>Stres</i>	11
5.2. <i>Finansijski izazovi</i>	12
5.3. <i>Ponašajni problemi djeteta</i>	12
5.4. <i>Socijalna podrška i uloga kulturološkog konteksta</i>	13
6. RIZIČNI I PROTEKTIVNI FAKTORI MENTALNOG ZDRAVLJA RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA	15
6.1. <i>Spol roditelja</i>	15
6.2. <i>Sociodemografski faktori</i>	16
6.3. <i>Individualne karakteristike roditelja</i>	18
6.3.1. <i>Atribucije</i>	18
6.3.2. <i>Lokus kontrole</i>	19
6.3.3. <i>Samoefikasnost</i>	20
6.3.4. <i>Optimizam i nada</i>	21
6.3.5. <i>Rezilijencija</i>	21
7. PREVENTIVNE I INTERVENCIJSKE MJERE USMJERENE NA ZAŠTITU I UNAPREĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA.....	23
7.1. <i>Terapija “interakcija roditelj- dijete” (Parent – Child Interaction Therapy)</i>	23
7.2 <i>Odskočna daska za trostruki P – pozitivni obiteljski program (The Stepping stones triple P – positive parenting program)</i>	24
7.3. <i>Bihevioralne intervencije</i>	25
7.4. <i>Trening roditeljskog ponašanja (Behavioral parent training)</i>	26
7.5. <i>Suočavanje usmjereno na emocije vs suočavanje usmjereno na problem</i>	27
7.6. <i>Suočavanje usmjereno na značanje</i>	28
7.7. <i>Kognitivno-bihevioralna terapija</i>	29
7.8. <i>Svjesnost u roditeljstvu (Mindful parenting)</i>	30
7.9. <i>Program za smanjivanje stresa temeljen na usredotočnoj svjesnosti (mindfulness-based stress reduction)</i>	31
8. ZAKLJUČAK	32
9. LITERATURA:.....	34

Sažetak

Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja roditelja djece s intelektualnim poteškoćama

Aida Sandžaktarević

Djeca s intelektualnim poteškoćama često imaju jedinstvene potrebe u odnosu na djecu bez razvojnih odstupanja. Ove jedinstvene potrebe za roditelje mogu biti dodatni izazovi koji se vezuju za samo roditeljstvo i posljedično mogu povećavati roditeljski stres. Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja roditelja je od velike važnosti. Roditeljska podrška je ključna u psihosocijalnom razvoju djeteta. Prve reakcije roditelja pri saznanju da dijete ima intelektualnu poteškoću su često kombinacija neprijatnih emocija poput brige i straha. Stres, depresivni simptomi i anksioznost su česti pokazatelji narušenog mentalnog zdravlja roditelja, a nastaju kao posljedica specifičnih izazova sa kojima se roditelji suočavaju. Dugoročni i netretirani roditeljski stres utiče na roditeljski stil, te može narušiti odnose između roditelja i djeteta, a također je povezan i s većim brojem ponašajnih problemima kod djece (Hastings, Daley, Burns i Beck, 2006). Zbog roditeljskog stresa i proširenih roditeljskih izazova, proteklih godina interes stručnjaka i znanstvenika se usmjerava na mentalno zdravlje roditelja djece s intelektualnim poteškoćama. Rezultati brojnih istraživanja ukazuju na rizične i protektivne faktore mentalnog zdravlja roditelja/staratelja što je rezultiralo i mnogim preventivnim i intervencijskim mjerama kada je u pitanju zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja. U ovom radu će biti prikazani pojedini pristupi u radu s roditeljima koji imaju za cilj reduciranje roditeljskog stresa i jačanje protektivnih faktora mentalnog zdravlja.

Ključne riječi: mentalno zdravlje roditelja/staratelja, djeca s intelektualnim poteškoćama, programi prevencije, strategije suočavanja sa stresom

1. UVOD

Intelektualna poteškoća je neurorazvojni poremećaj za koji je karakteristična ograničenost u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju (Sheikh, Ashraf, Imran, Hussain i Azeem, 2018). Intelektualna poteškoća povećava osjetljivost pojedinca za pojavu komorbiditeta, konkretno kroz medicinske i psihijatrijske poteškoće.

Roditelji djece s intelektualnim poteškoćama su suočeni s visokim razinama stresa, a stres proizlazi iz višestrukih zahtjeva roditeljske uloge (Baker, Blacher i Olsson, 2005). Postoje različiti razlozi za percipirani roditeljski stres, a vezuju se za financijske faktore, dodatnu skrb, ponašajne probleme djeteta, nedostatak socijalne podrške i djelimičan izazov predstavlja kulturološki kontekst. Stalna izloženost izvorima stresa dugoročno narušava mentalno zdravlje roditelja, što se odražava i na psihosocijalni razvoj djeteta.

Uprkos izazovima sa kojima su roditelji djece s intelektualnim poteškoćama suočeni, mnogi roditelji izvještavaju o uspješnoj prilagodbi na roditeljsku ulogu. Uskladu s tim, pozitivne percepcije roditelja su motivirali istraživače da ustanove koji su to individualni i okolinski faktori koji djeluju preventivno na mentalno zdravlje roditelja djece s intelektualnim poteškoćama.

Prema rezultatima istraživanja roditelji djece s intelektualnim poteškoćama su lošijeg mentalnog zdravlja u odnosu na tipičnu populaciju, iz tog razloga je vrlo važno predstaviti preventivne i intervencijske mjere koje mogu pomoći roditeljima u unapređenju mentalnog zdravlja, jer njihova psihološka dobrobit može biti pogoršana tijekom vremena (Neece i Baker, 2008). Stoga će se u okviru ovog preglednog rada nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Sa kojim izazovima se suočavaju roditelji djece s intelektualnim poteškoćama?
2. Koji su rizični i protektivni faktori mentalnog zdravlja roditelja djece s intelektualnim poteškoćama?
3. Koje su preventivne i intervencijske mjere usmjerene na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja roditelja djece s intelektualnim poteškoćama?

2. DEFINIRANJE POJMA “MENTALNO ZDRAVLJE”

Izazov je ponuditi jedinstvenu definiciju mentalnog zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija mentalno zdravlje opisuje kao: *“blagostanje u kojem pojedinac ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi s normalnim životnim stresorima, raditi produktivno i u stanju je dati doprinos svojoj zajednici”* (World Health Organization, 2004; str. 12). Pri definiranju mentalnog zdravlja često se navode termini “pozitivni osjećaji” i “pozitivno funkcioniranje” (Waterman, 1993; Diener, 1999; Lamers, 2001; prema Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold i Sartorius, 2015), međutim svakodnevne živote pojedinaca ne sačinjavaju samo pozitivni afekti niti pozitivna djelovanja, život predstavlja spektar pozitivnih/negativnih iskustava i emocija. Sljedeća poteškoća u određivanju mentalnog zdravlja uključuje termin *“raditi produktivno”*, takav termin stvara predispoziciju za pogrešan zaključak da pojedinac s invaliditetom koji onemogućuje efikasan rad, po definiciji nije u dobrom mentalnom zdravlju (Galderisi i suradnici, 2015).

Neizbježna smetnja u definiranju mentalnog zdravlja proizlazi iz kulturološkog okvira. Određena ponašanja ovisno o kulturi, sredini i vremenu se tumače kao opravdana ili neopravdana (Vidanović i Kolar, 2003), s toga su Galderisi i suradnici (2015) ponudili vlastitu definiciju mentalnog zdravlja s ciljem otklanjanja nedoumica pri definiraju istog, *“Mentalno zdravlje je dinamično stanje unutarnje ravnoteže koje pojedincima omogućuje da koriste vlastite sposobnosti u skladu s univerzalnim vrijednostima društva. Osnovne kognitivne i socijalne vještine; sposobnost prepoznavanja i moduliranja vlastitih emocija, kao i suosjećanja s drugima; fleksibilnost i sposobnost suočavanja s nepovoljnim životinim događajima i funkcioniranje u skladu s društvenim ulogama; skladan odnos tijela i uma predstavljaju važne komponente mentalnog zdravlja koje u različitoj mjeri doprinose stanju unutarnje ravnoteže”* (Galderisi i suradnici, 2015; str. 231 i 232). Kulturološke i antropološke odrednice ljudskog ponašanja objašnjavaju kroz koncept *“univerzalne vrijednosti društva”*, a vrijednosti se odnose na: *“poštovanje i briga za sebe i druga živa bića; prepoznavanje povezanosti među ljudima; poštenje prema okolini; poštovanje vlastite i tuđe slobode”* (Galderisi i suradnici, 2015; str. 232). Autori naglašavaju važnost *“dinamičkog stanja unutarnje ravnoteže”* s naglaskom na životne stadije koji zahtijevaju ponovnu prilagodbu, poput ulaska u pubertet, rođenje djeteta, odlazak u penziju i slično (Galderisi i suradnici, 2015). Prethodno navedena definicija mentalnog zdravlja ističe važnost kompenzacijskih odrednica. Oštećenje u jednom stanju ravnoteže se nadoknađuje drugom razvijenom funkcijom (Galderisi i suradnici, 2015).

Pojedinac koji nije fleksibilan, ali je pri tome sposoban prepoznati i izraziti vlastite emocije može uspostaviti zadovoljavajuću ravnotežu i biti mentalno zdrav.

Problemi mentalnog zdravlja i mentalnih bolesti su se u davnoj historiji pripisivali demonskim silama ili “božijim kaznama”, te se prema psihijatrijskim pacijentima postupalo amoravno (Vidanović i Kolar, 2003). U historiji mentalnog zdravlja nailazi se na dva važna preokreta glede tretmana psihijatrijskih bolesnika. Vidanović i Kolar (2003) ističu da je najznačajniji preokret izvršen od strane Adolfa Majera koji je smatrao da se čovjek treba doživljavati kao: “organizovano živo biće u akciji” (Vidanović i Kolar, 2003; str 2). Njegovo shvatanje čovjeka nije samo uticalo na način posmatranja psihopatologije, nego ide korak dalje i stvara temelje za: “*prevenciju, zaštitu, očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja*” (Vidanović i Kolar, 2003; str 2).

Mentalna higijena je znanstvena grana koja je orijentirana prema zaštiti i poboljšanju mentalnog zdravlja, a koristi se saznanjima iz psihologije, psihijatrije, sociologije, biologije i antropologije (Vidanović i Kolar, 2003). U skladu s tim u literaturi se često navode tri preventivne grane tj, tri zaštitne domene koje su orijentirane prema očuvanju mentalnog zdravlja. Vidanović i Kolar (2003) ističu primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju koje su okarakterizirane kroz specifične svrhe i sadržaje. Primarna prevencija za cilj ima da svede pojavu poremećaja na najniži mogući nivo, koriste se tehnike mijenjanja okoline ili tehnike jačanja pojedinca. Primarna prevencija je usmjerena prema zadatku da se ukinu efekti rizičnih faktora, a da se pri tome podstaknu zaštitni faktori (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure i Long, 1993). Preventivna prevencija koristi pet temeljnih edukativnih programa pri ostvarivanju primarnog cilja (Nietzel, Bernstein, i Milich, 2001)

1. “Poticanje sigurne privrženosti i smanjivanje obiteljskog nasilja;
2. Podučavanje kognitivnim i socijalnim vještinama;
3. Mijenjanje okoline;
4. Povećanje vještina suočavanja sa stresom;
5. Unapređivanje osnaživanja” (Nietzel i suradnici, 2001; str 275-277)

Primarna prevencija je od velikog značaja za unapređenje mentalnog zdravlja populacije. Polazak u vrtić, prvi razred osnovne škole, promjena posla, rastava mogu biti vremenska razdoblja u kojima pojedinac doživljava velike količine stresa. Vidanović i Kolar (2003) stresna vremenska razdoblja tumače kao periodom krize, a takav stadij ugrožava mentalno zdravlje

pojedinaца. Sekundarna prevencija je usmjerena na populacije koje su pod rizikom za razvoj psiholoških teškoća (Nitzel i suradnici, 2001). Sekundarna prevencija se u velikoj mjeri oslanja na riziko faktore, te prepoznaje njihovu povezanost sa određenim poremećajima (Nitzel i suradnici, 2001). U programima sekundarne prevencije od velikog značaja su stručnjaci za mentalno zdravlje, programi edukacije građana te je vrlo važna involviranost porodice (Vidanović i Kolar, 2003). U konačnici, tercijarna prevencija je finalni korak koji teži ka smanjenu regresije poremećaja i za cilj ima ponovno uspostavljanje izgubljene funkcije (Vidanović i Kolar, 2003). Psihosocijalna rehabilitacija spada pod tercijarnu prevenciju u kojoj se osobe sa teškim mentalnim poremećajima podučavaju strategijama nošenja sa krizama koje su posljedice istog, te je orijentirana prema optimalnom funkcioniranju pojedinca i njegovoj uključenosti u zajednicu (Nitzel i suradnici, 2001). Nitzel i suradnici (2001) izvještavaju da se programi tercijarne prevencije baziraju na četiri sastavnice: “pomoć pojedincima u razumijevanju njihova poremećaja; sticanje vještina potrebnih za življenje u zajednici; upravljanje slučajem u kojoj netko od stručnog osoblja pomaže klijentu u dobivanju usluga vezanih za zapošljavanje, stanovanje..; unapređuje i primjenu tretmana jer održava vezu između stručnjaka za mentalno zdravlje, članova obitelji i bolesnika” (Nitzel i suradnici, 2001; str 274).

3. INTELEKTUALNE POTEŠKOĆE

Intelektualna poteškoća je neurorazvojni poremećaj kojeg karakterizira značajno oštećenje intelektualnih i adaptivnih funkcija (Merla i Kumar, 2021). U skladu s tim, pri dijagnosticiranju intelektualnih poteškoća stručnjaci fokus stavljaju upravo na intelektualne i adaptivne vještine koje su prisutne ili ne tijekom razvojnog perioda (Matson, 2019). Težina intelektualne onesposobljenosti se kreće od lake, umjerene, teže do teške razine, u 3 različita područja: konceptualna domena, socijalna domena i praktična domena (American Psychiatric Association, 2014). Američka Psihijatrijska Udruga (2013) prilagođenost pojedinca promatra kroz prethodno navedene domene, koje se očituju u efikasnosti nošenja sa svakodnevnim zadacima: “

- *Konceptualna domena uključuje vještine poput jezika, čitanja, pisanja, matematika, rezoniranje, znanje i memorija;*
- *Socijalna domena se odnosi na empatiju, socijalnu prosudbu, interpersonalne komunikacije*

vještine, sposobnost sticanja prijateljstva;

• *Praktična domena se fokusira na samoupravljenje u područjima kao što su osobna njega, posao, odgovornosti, upravljanje novcem, rekreacija i organizacija školskih i radnih zadataka”*

(American Psychiatric Association, 2013).

Na osnovu statističkih podataka procjenjuje se da je intelektualna onesposobljenost prisutna kod 1% populacije (Witwer, Lawton i Aman, 2014; prema Matson, 2019), pri čemu je umjerena razina intelektualne onesposobljenosti sa postotkom od 85% najzastupljenija unutar populacije (Van Bokhoven, 2011). Intelektualne poteškoće se mogu očitovati kod dječaka i djevojčica različitih sociodemografskih obilježja, iako je prevalencija intelektualne onesposobljenosti zastupljenija kod dječaka i populacije sa nižim finansijskim sredstvima (Witmer i suradnici., 2014; prema Matson, 2019). Disproporcija u prisutnosti intelektualne poteškoće kod dječaka i djevojčica se najčešće prepisuje spolnim genetskim aspektima (Harris, 2006; prema Matson, 2019) i osjetljivosti mozga na komplikacije kod dječaka (American Psychiatric Association, 2014). Kada je riječ o višoj prisutnosti intelektualne poteškoće kod populacije sa nižim finansijskim mogućnostima, istraživači rezultate između ostalog prepisuju nasljednim bolestima koje su rezultat nedostatka adekvatne prenatalne dijagnostike, izloženosti toksinima tijekom trudnoće ili okolini koja ima za karakteristiku smanjenu stimulaciju (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua i Saxena, 2011).

Osobe sa intelektualnim poteškoćama su pod rizikom za pojavu komorbiditeta kroz zdravstvena i psihijatrijska stanja, pri čemu se mogu manifestirati i ponašajni problemi. Zdravstveni problemi koji se mogu ispoljiti vezuju se za slušna i vidna čula, motornu koordinaciju te za stomačno funkcioniranje, kardijalne probleme kao i poremećaje imunološkog sistema (van Schroyensteen Lantman-de Valk, Metsemakers, Haveman i Crebolder, 1997; prema Matson, 2019). Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje je najčešće komorbidno stanje koje može zahvatiti osobe sa intelektualnim poteškoćama (Neece, Baker, Crnić i Blacher, 2013; prema Matson, 2019), a pored ADHD-a postoji i rizik za nastanak depresije i anksioznosti (Matson, 2019). Prisutnost ponašajnih problema je važan faktor u evaluaciji i tretmanu intelektualnih poteškoća te je također značajan segment koji utiče na kvalitetu života roditelja/staratelja kao i osoba sa intelektualnim poteškoćama (Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin i Roy, 2006). U literaturi se nailazi na problem pri operacionalizaciji ponašajnih

problema gdje istraživači često ponašajne probleme promatraju kao spektar ponašajnih manifestacija koje mogu varirati od maladaptivnog ponašanja, disruptivnih ponašanja, samoozljeđujuća ponašanja, stereotipije ili pojava pike (Crocker i suradnici, 2006).

4. PRILAGODBA RODITELJA

Rođenje djeteta unosi mnogobrojne promjene u svakodnevni život porodice. Roditeljstvo izaziva snažne emocije, pozitivne i negativne, poput sreće, zadovoljstva, straha ili tuge (Čudina - Obradović i Obradović, 2006). Roditeljstvo uključuje nedoumice koje mogu proizlaziti iz nedovoljnog znanja o brizi za dijete i njegovom odgoju, te je s toga roditeljima potrebno pružiti pomoć, savjet i edukaciju (ovisnosti o izazovima sa kojima se roditelj suočava) (Petani i Krstić, 2012). Roditelji se suočavaju sa mnogim preprekama, a tranzicija u roditeljstvo je zahtijevnija nakon informacije o narušenom razvoju vlastitog djeteta.

Emocionalna reakcija roditelja na rođenje djeteta s intelektualnim poteškoćama i uvid da će njihovo dijete biti drugačije je često kombinacija beznađa, gubitka i srdžbe (Aldosari i Pufpaff, 2014). Roditelji prolaze kroz nekoliko faza pri suočavanju sa dijagnozom:

1. "Faza šoka;
2. Odbijanje činjenice da dijete ima intelektualne poteškoće;
3. Osjećanje krivice, samooptuživanje i međusobna optuživanja roditelja;
4. Visoka ambivalencija prema djetetu i okolini;
5. Osjećaj sramote i zavist u odnosu na drugu zdravu djecu;
6. Odbacujući stav prema detetu;
7. Osjećaj tuge" (Vidanović i Kolar, 2003; str 64).

Početne reakcije izazivaju krizno stanje unutar porodice, pri čemu se kriza može reflektirati na bračne i socijalne odnose, finansijsko stanje i mentalno zdravlje, kako roditelja tako i uže porodice (Vidanović i Kolar, 2003). Prvobitne negativne emocionalne reakcije se mogu preobraziti u pozitivni stav i efikasnu prilagodbu "*prihvatanja deteta onakvog kakvo jeste*" (Vidanović i Kolar, 2003; str 64.) i takva transformacija poboljšava porodične odnose, pri čemu porodica dijeli zajednički cilj, briga i njega o djetetu (Vidanović i Kolar, 2003).

Pored početnih emocionalnih reakcija i krize, roditelji se ili fleksibilno prilagođavaju i mobiliziraju učinkovite reakcije ili stagniraju pri čemu se koriste neučinkovitim strategijama suočavanja poput odupiranja ili negiranja dijagnoze (Falik, 1995; prema Heiman, 2002). Negiranje dijagnoze i nedostatak rezolucije glede iste je visoko povezano sa razvojem nesigurne privrženosti između roditelja i djeteta (Marvin i Pianta, 1996; prema Sheeran i Pianta, 1997). Nadalje, reakcija roditelja može otići i u suprotnom smjeru koja se često manifestuje kroz prezaštićivanje djeteta i na taj način se dodatno reducira napredak djeteta kao i njegova autonomija i razvoj samoinicijative (Vidanović i Kolar, 2003). Kiš-Glavaš i suradnici, 2002; prema Leutar i Štambuk, 2007) smatraju da se učinkovita prilagodba sastoji od: *“prihvatanja dijagnoze, razumijevanja razvoja djeteta, odnosi u obitelji koji pružaju toplinu i sigurnost, poticanje samopomoći, inicijative na planu tretmana i vjerovanja stručnjacima”* (Leutar i suradnici, 2007; str 48).

Djelotvorna prilagodba kao i kratkoročne i dugoročne reakcije roditelja ovise o nizu faktora, poput crta ličnosti roditelja, obrazovanja, spola roditelja, karakteristikama djeteta, međusobnim odnosima unutar porodice, dostupnosti i kvaliteti stručne podrške, te ekonomsko i socijalno stanje kao i druge varijable (Leutar i suradnici, 2007).

5. IZAZOVI SA KOJIMA SA SUOČAVAJU RODITELJI DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA

Briga i njega za dijete je cjeloživotni proces za roditelja. Dijete ispred roditelja postavlja nove izazove, pri čemu dolazi do promjene unutar porodične dinamike. Roditelji su izloženi racionalnim količinama stresa, a briga za budućnost djeteta su česte misli koje ih okupiraju. Izazovi, stres, promjene unutar porodice su dodatno zahtjevni kada je riječ o djetetu sa intelektualnim poteškoćama. Odgajanje djeteta sa intelektualnim poteškoćama može biti složen i iscrpljujući emocionalni zadatak za roditelja. Dodatna skrb koja je potrebna djetetu može otežati proces suočavanja (Plant i Sanders, 2007). Djeca sa intelektualnim poteškoćama često ovise o svojim roditeljima i ova dodatna skrb može biti veliki izvor stresa za roditelja (Plant i Sanders, 2007). Kada stres postane preveliko opterećenje za roditelja, mogu se pojaviti nepoželjne konzekvence za dijete, porodicu i bračne odnose (Plant i Sanders, 2007). Visoka razina stresa kod roditelja se povezuje sa prisilnim odnosima između djeteta i roditelja (Moes i Frea 2000; Bor i suradnici, 2002; prema Plant i Sanders, 2007), te predviđa odustajanje od roditeljskih programa za pomoć (Schreibman, 2000). Rezultati istraživanja često potvrđuju da

su roditelji djece s intelektualnim poteškoćama lošijeg mentalnog zdravlja, izvještavaju o prekomjernim razinama anksioznosti, stresa i depresije (Herring i suradnici, 2006; Singer, 2006; prema Matson, 2019). Naredna opterećenja za roditelja predstavljaju finansijski izazovi, koji se vezuju za nemogućnost zadržavanja stalnog posla, te dodatni terapijski i edukacijski troškovi (Parish, Seltzer, Greenberg i Floyd, 2004).

Djeca sa intelektualnim poteškoćama mogu pripadati rizičnoj skupini za razvoj fizičkih ili senzornih oštećenja, što postupno otežava roditeljstvo (Orellove, Sobsey i Silberman, 2004; prema Matson, 2019). Prilagodba roditelja može biti reducirana i ukoliko dijete manifestira ponašajne probleme. Disruptivna ponašanja narušavaju blagostanje roditelja i djeteta, te otežavaju zadatak roditelja da efikasno ovladavaju roditeljskom ulogom (Blacher, 1994; Borthwick-Duffy i Eyman, 1990; Bromley i Blacher, 1989; McIntyre, Blacher i Baker, 2001; prema Baker, Blacher, Crnic i Edelbrock, 2002).

5.1. Stres

Stres kao jedan od najznačajnijih negativnih manifestacija narušenog mentalnog zdravlja je često prisutan kod roditelja djece s intelektualnim poteškoćama. “Stres je skup emocionalnih, misaonih, tjelesnih i ponašajnih reakcija (do kojih dolazi zbog procjene događaja kao opasnog ili uznemirujućeg, odnosno zbog zahtjeva iz okoline kojima ne možemo udovoljiti)” (Arambašić, 2000; str 15). Dugotrajna izloženost stresorima može djelovati nepovoljno na mentalno zdravlje roditelja djece s intelektualnim poteškoćama. Roditelji često izvještavaju o višim razinama depresije, anksioznosti kao i o slabijoj kvaliteti života. Briga koja je povezana sa neizvjesnom prognozom, kao i tjeskobom koja je pojavljuje kao posljedica razmišljanja o budućnosti, osjećaj krivnje i srama, te često socijalno odbijanje kao i stigmatizacija od strane društva predstavljaju česte roditeljske osjećaje (Azar i Badr, 2006). Veza između stresa i roditeljske uloge je uočena u različitim kulturama. Irske, Jordanske i Tajvanske majke izvještavaju o slabijoj kvaliteti života, višim razinama stresa u odnosu na majke djece uobičajenog razvoja (McConkey, Truesdale-Kennedy, Chang, Jarrah, and Shukri, 2008). Na uzorku Iranskih majki je pronađeno šest glavnih ishoda koji su povezani sa majčinim stresom: “Otežan proces prihvatanja, bolne emocionalne reakcije, međusobna povezanost majčinog zdravlja i dobrobiti djeteta, poteškoće majki da se sa ulogom ili djetetom, neadekvatna podrška obitelji i zajednice i tjeskoba povezana s neizvjesnom budućnošću djeteta” (Kermanshahi, Vanaki, Ahmadi, Kazemnejad, Mordoch, i Azadfalah 2008; str. 319).

5.2. *Finansijski izazovi*

Postoji veliki raspon potreba koji su povezani s brigom o djetetu s intelektualnim poteškoćama. Finansijski izazovi roditelja djece s intelektualnim poteškoćama su direktni i indirektni troškovi. Direktni troškovi se odnose na dodatna sredstva, a indirektni troškovi su nemogućnost zaposlenja (Emerson i Hatton, 2009). Djeci s intelektualnim poteškoćama mogu biti potrebne specijalizirane terapije, dodatne edukacijske usluge, određeni lijekovi ili dodatna oprema (Parish i suradnici, 2004). Dodatni izazov se vezuje za nemogućnost pronalaska stalnog posla ili nemogućnost roditelja da obave radnu normu (Parish i suradnici, 2004). Mnoga istraživanja ekonomskih posljedica odgajanja djeteta s intelektualnim poteškoćama su se fokusirali na majke djece jer se čini da očevi djece s intelektualnim poteškoćama nemaju odstupanja od stope zaposlenosti (Seltzer, Greenberg, Floyd, Pettee i Hong, 2001). Vrijeme koje je potrebno da bi se pružila adekvatna skrb djetetu često ograničava mogućnost majki da pronađu adekvatno zaposlenje, pored vremena majke također ističu da su ustanove za skrb o djetetu s intelektualnim poteškoćama nepristupačne (Shearn i Todd, 2000).

5.3. *Ponašajni problemi djeteta*

U okviru istraživanja u ovom području se posebno ističe važnost ponašajnih problema kod djece, jer ukoliko dijete manifestira problematična ponašanja, takva ponašanja mogu ograničiti daljni razvoj djeteta (Baker, McIntyre, Blacher, Crnic, Edelbrock i Low, 2003). Ukoliko dijete ispoljava problematične ponašajne manifestacije one su značajniji prediktor roditeljskog stresa u usporedbi sa intelektualnom poteškoćom. Baker, Blacher, Crnic i Edelbrock (2002) u svom longitudinalnom istraživanju potvrđuju prethodno navedeno. Naime, istraživači su željeli utvrditi da li je roditeljski izvor stresa više povezan sa kognitivnim oštećenjima ili ponašajnim problemima. Roditelji izvještavaju da su ponašajni problemi imali više negativnog uticaja na njih, nego intelektualne poteškoće. Nadalje, Baker i suradnici (2003) na istom uzorku dolaze do važnih rezultata. Ponašajni problemi djeteta povećavaju stres kod roditelja, ali povećani roditeljski stres dovodi do pogoršanja ponašajnih problema kod djeteta tijekom vremena.

Istraživanje provedeno u Kanadi, u kojem je učestvovalo 100 Kanadski roditelja utvrđuje rezultate da roditelji djece s intelektualnim poteškoćama koji manifestiraju ponašajne probleme izvještavaju o velikim količinama stresa, nedostatku zadovoljstva, također su česta izvješća da im nedostaje socijalna podrška (Nachshen, Garcin i Minnes, 2005; prema Aldosari i suradnici,

2014). Hodgetts, Nicholas i Zwaigenbaum (2013) u okviru studije su posmatrali iskustva roditelja djece s autizmom koja ispoljavaju agresivna ponašanja. Netretirana agresivna ponašanja imaju mnogo negativnih posljedica za roditelja i dijete, poput narušenih interpersonalnih odnosa, povećane hospitalizacije, te također otežavaju proces učenja (Hodgetts i suradnici, 2013). Nekontrolirana agresivna ponašanja djeteta dovode do osjećaja izolacije kod roditelja, velike količine umora, te roditelji izvještavaju o brizi za vlastitu kao i porodičnu sigurnost, ali faktor koji je značajan unutar samog istraživanja je nedostatak profesionalnog znanja i usluga (Hodgetts i suradnici, 2013). Istraživači također ističu da je izvor roditeljskog stresa agresivno ponašanje, a ne dijagnoza.

5.4. Socijalna podrška i uloga kulturološkog konteksta

Pored dodatnih finansijskih troškova i ponašajnih problema djeteta kao nepovoljnih situacija, također se u literaturi često nailazi da roditeljima nedostaje adekvatna socijalna podrška. Odgovarajuća socijalna podrška je značajan faktor mentalne prilagodbe roditelja (Llewellyn, McConnell i Bye, 1998; Mc-Conachie 1994; prema Shin, 2002), međutim kada socijalna podrška nije dostupna na adekvatan način ili kada postoji diskriminacija i stigma roditeljski stres je značajno uvećan. Dodatni izazov poput diskriminacije i stigme je pod snažnim uticajem kulture. Unutar Kineske i Korejske kulture smatra se da je onesposobljenost posljedica koja nastaje zbog loših djela ili grijeha pretka (Hunt, 2005; prema Shin, Nhan, Crittenden, Hong, Flory i Ladinsky, 2006) i takav pogled diktira etiologiju poremećaja unutar Kineske i Korejske kulture (Kim-Rupnow, 2005; prema Shin i suradnici, 2006). Kultura koja snažno njeguje tradiciju narušava mentalno zdravlje Azijskih roditelja. Sram kao i kajanje Azijskih roditelja su česte emocije (Lam 1992; Kim-Rupnow, 2001; Liu, 2005; prema Shin i suradnici, 2006). Nadalje, (Pearson i Chan, 1993; prema Shin i suradnici, 2006) razmatraju povezanost između roditeljskog stresa i socijalne podrške na uzorku Kineskih majki. Istraživanje je potvrdilo da su Kineske majke doživljavale više razina stresa, te da nisu imali dovoljno afektivne podrške. Izostanak socijalne podrške, kao i diskriminacija narušava njihovo mentalno zdravlje, međutim (Cheng i Tang 1997; prema Shin i suradnici, 2006) nalažu da se s toga Azijske majke češće orijentiraju prema internaliziranim načinima suočavanja.

Jasno je da tradicija i kulturološke vrijednosti utiču na mentalno zdravlje roditelja, ali istraživači pronalaze još jedan faktor koji može prouzrokovati razlike između kultura, a spada pod granu socijalne psihologije. Azijske kulture, poput Kine, Japana ili Koreje su

kolektivističke kulture. Unutar Korejske kulture, kada se porodica suoči sa poteškoćama norma je da podršku i pomoć traže unutar obitelji (Hurh i Kim, 1988; prema Shin, 2002), dok je kod zapadnih kultura, poput Amerike norma da se izazovi rješavaju uz podršku i pomoć stručnjaka (Shin, 2002). S ciljem provjere efekta kulture na socijalnu podršku i mentalno zdravlje majki, Shin (2002) sprovodi istraživanje na uzorku Američkih i Korejskih majki. Korejske majke se nalaze u nepovoljnoj situaciji. Korejsko društvo prate negativni stavovi glede onesposobljenosti, a takvi stavovi su prepreka za majke da uopšte i izraze vlastita iskustva (Shin, 2002). Korejske majke izvještavaju o nedostatku kako formalne tako i neformalne podrške. Kada je riječ o neformalnoj podršci, Korejske majke izvještavaju o negativnim iskustvima od strane porodice, prijatelja ili komsija, takva negativna iskustva dodatno obeshrabruju Korejske majke da podršku stručnjaka percipiraju kao korisnu (Shin, 2002). Nadalje, istraživač pronalazi vrlo važan nalaz koji ukazuje na tendenciju da je mnogo važnija percipirana kvaliteta same podrške, te da će percipirana kvaliteta podrške determinirati psihološki efekat socijalne podrške (Stanley, Beck i Zebb, 1998; prema Shin, 2002). U skladu s tim, Korejske majke percipiraju socijalnu kao nedostatnom pri čemu izvještavaju o višim razinama stresa u odnosu na majke Amerikanke.

Nadalje, kada je riječi o državama Balkana, balkanski roditelji imaju nešto drugačija iskustva u odnosu na Azijske roditelje. Istraživanje realizirano od strane Fehratović, Dautbegović i Tiosavljević (2021) potvrđuje navedeno. Roditelji iz Srbije naglašavaju da im je najznačajniji protektivni faktor neformalna socijalna podrška, koju imaju od strane svojih obitelji i prijatelja. Neformalna podrška od strane obitelji i prijatelja je također značajan faktor u očuvanju mentalnog zdravlja i za Hrvatske roditelje. Hrvatski roditelji naglašavaju da obitelj pozitivno doprinosi mentalnom zdravlju, te također ističu da su proširili socijalnu mrežu i razvili prijateljske odnose sa drugim roditeljima, koji se također suočavaju sa sličnim izazovima (Podvezanec, 2020). Neformalna podrška jača individualna svojstva roditelja, a formalna podrška pruža potrebne informacije o intelektualnoj poteškoći djeteta i također pruža roditeljima osjećaj sigurnosti o tome da se mogu obratiti stručnom kadru kada im je potrebna pomoć (Cohen, Gottlieb, i Underwood, 2000; Sivberg, 2002; prema Azar i Badr, 2010). Međutim, kada je riječ o negativnim učincima na mentalno zdravlje, Hrvatski roditelji ističu nedostatak formalne podrške i također su nezadovoljni funkcioniranjem države (Podvezanec, 2020). Podvezanec (2020) u svojoj doktorskoj disertaciji uočava 4 nedaće sa kojima se roditelji suočavaju, a spadaju pod formalnu podršku i funkcioniranje države. Nepovoljne situacije su

sljedeće: “neostvaranje prava, niske naknade za roditelje/njegovatelje, nedostatak stručne podrške i manjak informacija od strane stručnjaka”. (Podvezanec, 2020; str 25).

Balkanski roditelji u odnosu na Azijske roditelje imaju potrebnu neformalnu podršku, a balkanskim roditeljima nedostaje formalna podrška od strane stručnjaka. Zajedničko Azijskim i Balkanskim roditeljima je prisustvo stigmatizacije i diskriminacije od strane društva. Stigmatizacija roditelja, ali i njihove djece unutar balkanskog društva je uočena u istraživanju sprovedenog od strane Fehratovića i suradnika (2021).

6. RIZIČNI I PROTEKTIVNI FAKTORI MENTALNOG ZDRAVLJA RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA

Iskustva roditelja i razine stresa koji oni doživljavaju u velikoj mjeri ovise o rizičnim i protektivnim faktorima. Međutim, kada je riječi o protektivnim i rizičnim faktorima važan je uvid Ruttera (1987) koji nalaže da rizični faktor u jednoj situaciji može biti protektivni faktor u drugoj situaciji. Jedan od takvih primjera je spol roditelja. Istraživači su se u mnogim istraživanjima fokusirali na individualna svojstva roditelja koji djeluju kao protektivni faktori mentalnog zdravlja, uprkos prisutnosti rizičnih faktora.

6.1. Spol roditelja

Kada je riječ o spolu roditelja i načinu na koji isti utiče na mentalno zdravlje istraživanja pronalaze da se roditelji razlikuju u količinama stresa koji doživljavaju. Smatra se da razlike između spolova proizlaze iz različitih uloga koje su postavljene ispred majki i očeva. Razlike između spolova, duži životni vijek žena te vjerovatnoća da će žena preuzeti odgovornost za pružanje primarne skrbi o djetetu (Chou, 2000) su odrednice koje mogu uticati na psihološko zdravlje majki. U skladu s tim sprovedeno je mnogo istraživanja koja ukazuju na nalaze da intelektualna onesposobljenost djeteta različito utiče na mentalno zdravlje majki i očeva. Rezultati istraživanja spovedeni od strane Goldberga i suradnika (1986; prema Aldosari i Pufpaff, 2014) pronalaze da očevi djece sa Down sindromom i neurološkim problemima izvještavaju o umanjenim simptomima koji su posljedice stresa kao i o većem samopouzdanju u odnosu na majke. Aldosari i suradnici (2014) dolaze do sličnih rezultata, majke doživljavaju znatno više razina stresa u odnosu na očeve. U ovom istraživanju majka je primarni skrbnik te ima bolji uvid u stvarno stanje vlastitog djeteta, poput edukacijskih ili bihevioralnih poteškoća koje dijete manifestira (Aldosari i suradnici, 2014). Pored primarne brige o djetetu, majke

održavaju dom, te su u kontaktu sa školom i medicinskim osobljem, a i briga o generalnim odgovornostima unutar obitelji može biti objašnjenje zašto majke doživljavaju više razina stresa u odnosu na očeve (Shin i suradnici, 2006).

U prethodno navedenim istraživanjima majke izvještavaju o narušenom mentalnom zdravlju koji se dijelom može pripisati rodnoj ulozi, ali određeni istraživači nalažu da rodne uloge mogu nepovoljno djelovati i na očeve. Krauss, (1993; prema Shin i suradnici, 2006), objašnjavaju da su i očevi suočeni sa stesorima, ali da su izvori stresa različiti. Očevi smatraju da je izvor stresa povezan sa odnosima koji oni imaju sa svojom djecom dok majke smatraju da je izvor stresa društveno prihvaćanje njihovog djeteta (Saloviita i suradnici, 2003; prema Shin i suradnici, 2006). Nadalje, izvori stresa za očeve su finansijske i društvene prirode, konkretno niži ekonomski status, te ograničena socijalna mreža. Nalazi sugeriraju da je izvor stresa za očeve nemogućnost da adekvatno odreaguju na tradicionalnu ulogu oca. Otac je taj koji obitelj povezuje sa vanjskim svijetom, a kada je socijalna mreža ograničena očevi izvještavaju o povećanim razinama stresa. Pored manjka socijalne mreže, očev izvor stresa može biti i nedostatak znanja i manjak kompetentnosti. Studija sprovedena u Švedskoj od strane Dellve, Samuelssona, Tallborna, Fastha i Hallberga, (2006) pronalaze da je očev izvor stresa osjećaj nekompetentnosti i nedostatak znanja, ali nakon intervencije i objašnjenja, očevi izvještavaju o smanjenju stresa koji je izvor nekompetentnosti (Dellve i suradnici, 2006).

Neusmijivo je da intelektualna poteškoća djeteta djeluje nepovoljno na majke i očeve, s tim da su majke više pogođene dijagnozom nego očevi. Majke se generalno osjećaju slobodnije da izraze tjeskobu i neizvjesnost glede života vlastitog djeteta, u odnosu na očeve, ali ova razlika može biti očiglednija kada se posmatraju kulture i vrijednosti koje se njeguju unutar iste (Zahr i Hattar-Pollara, 1998; prema Azar i Badr, 2010). Pored učinka kulture, povišene razine stresa kod majki se također mogu objasniti pomoću procesa socijalizacije kao i razlikama koje se vezuju za rodne uloge.

6.2. *Sociodemografski faktori*

Sociodemografski faktori, poput obrazovanja i finansijskih mogućnosti mogu djelovati kao riziko faktor, ali i kao zaštitni faktor mentalnog zdravlja. Da li će sociodemografske karakteristike roditelja djelovati povoljno ili nepovoljno na mentalno zdravlje je determinirano sociokulturalnim očekivanjima.

Zaštitni faktor koji pridonosi boljoj prilagodbi i smanjenju stresnih doživljaja je visok socio-ekonomski status roditelja. Preciznije, Emerson (2003) pronalazi da je socio-ekonomski status moderator. Visok socioekonomski status roditelja moderira roditeljski stres, ali ukoliko je izvor stresa ponašajni problem djeteta. Autor također ističe da socioekonomski status može djelovati kao protektivni faktor, s tim da je najsnažnija povezanost pronađena u izrazito imućnim obiteljima (Emerson, 2003; Hatton & Emerson, 2009). Međutim Hatton i Emerson (2009) idu korak dalje i kroz detaljnije analize pronalaze zanimljiv podatak. Poznato je da su ponašajni problemi djeteta jedan od glavnih izvora stresa i anksioznosti za majke, međutim u istraživanju je pronađeno da je nizak socioekonomski status moderator, konkretnije majke ne doživljavaju stres, anksioznost i depresiju kao posljedicu ponašajnih problema djeteta, nego je izvor stresa nizak socioekonomski status (Hatton i Emerson, 2009). Postavlja se pitanje zašto u porodicama niskog socioekonomskog statusa ponašajni problemi djeteta nisu u tolikoj mjeri izraženi kao izvori stresa, autori su uskladu s tim ponudili nekoliko objašnjenja. Nedostatak resursa, siromaštvo, nemogućnost adekvatne zdravstvene skrbi i slični nepovoljni uvjeti snažnije utiču na psihološko i mentalno zdravlje (Nazroo, 1997;1998; prema Hatton i Emerson, 2009), te s toga ponašajni problemi djeteta u sličnim uvjetima imaju relativno nizak uticaj na zdravlje majki. Sljedeće objašnjenje se vezuje za socioekonomske nejednakosti i socijalnu hijerarhiju. Ukoliko unutar društva postoje snažne razlike u socijalnoj hijerarhiji, a socioekonomske nejednakosti su jasno vidljive, takva nepovoljna situacija može uzrokovati negativne stavove prema članovima društva, narušava koheziju zajednice i u konačnici djeluje na pojedince (Wilkinson, 2005; prema Hatton i Emerson, 2009). Socioekonomska neujednačenost unutar društva i nedostatak podrške od strane zajednice, snažnije će utiče na mentalno zdravlje roditelja, nego ponašajni problemi djeteta (Hatton i Emerson, 2009). Kada je riječ o porodicama koje imaju više socioekonomskih prilika ponašajni problemi djeteta mogu biti veliki izvor stresa za roditelje i narušiti blagostanje i zdravlje roditelja, autori smatraju da viši socioekonomski status i uticaj lokalne zajednice u kojoj porodice borave diktira prihvatljiva i neprihvatljiva ponašanja (Hatton i Emerson, 2009).

Istraživanja naglašavaju da je edukacija roditelja povezana za nižim razinama stresa (Azar i Badr, 2006). Autori smatraju da viša obrazovna razina djeluje kao protektivni faktor jer roditelji imaju više znanja o efikasnim strategijama suočavanja. A visok socioekonomski status djeluje povoljno na mentalno zdravlje je roditelji imaju mogućnost da pruže djetetu kvalitetno obrazovanje.

6.3. Individualne karakteristike roditelja

Prije 1980 - ih se smatralo da dijete sa intelektualnim poteškoćama može dovesti do obiteljske psihopatologije (Hassal i Rose, 2005), a od 1980 - ih istraživanja ističu osobne karakteristike roditelja i stilove suočavanja (Hassal i suradnici, 2005) kao važne determinante prilagodbe roditelja/staratelja. U stručnoj literaturi se mogu pronaći rezultati i naznake da individualna svojstva roditelja mogu ublažiti stres, ali ga isto tako mogu i ojačati. Individualne karakteristike roditelja su njihove crte ličnosti, lokus kontrole, njihove atribucije, samopouzdanje, koje strategije suočavanja koriste i mnoge druge karakteristike koje pospješuju suočavanje sa stresom ili narušavaju blagostanje.

6.3.1. Atribucije

Za početak važno je znati da način na koji osoba reagira zapravo definira situaciju, a ne situacija *per se*. Način na koji roditelj reagira kada dijete manifestira ponašajne probleme je značajan prediktor adekvatnog funkcioniranja kako roditelja tako i djeteta (Chavira, Lopez, Blacher i Shapiro, 2000). Negativne reakcije roditelja, poput agresije često previđaju problematične odnose između roditelja i djeteta (Kendziora i O'Leary, 1993; prema Chavira, 2000). Reakcije koje roditelji iskazuju variraju od pozitivnih do negativnih, a koja će se reakcija manifestirati ovisi o tome da li će roditelj ponašajne probleme djeteta tumačiti kao nenamjerne ili namjerne (Chavira, 2000). Prethodno navedeno je uskladu sa atribucijskom teorijom postignuća motivacije i emocija. Istraživanje sprovedeno u Sjedinjenim Američkim državama na uzorku Latino majki, ide u prilog atribucijskoj teoriji. Lopez i suradnici (2000) su ponašajne probleme djece definirali na dva načina, bihevioralni deficit i bihevioralni višak (bihevioral excess). Bihevioralni nedostatak se odnosi na deficit u govoru, a bihevioralni višak se odnosi na pretjerani bihevioralni odgovor, poput tantruma ili agresivnog ponašanja (Chavira, 2000). Rezultati idu u prilog atribucijskoj teoriji, majke koje svoje dijete smatraju odgovornim kada manifestira ponašajni višak u odnosu kada manifestiraju deficit u ponašanju, te posljedično i iskazuju negativnije emocije. Također pronađena je korelacija između percepcije odgovornosti i bihevioralne reakcije majki, konkretno majke koje se češće koriste atribucijama odgovornosti izvještavaju da su njihove reakcije na ponašajne probleme djeteta agresivnije (Chavira, 2000).

Kauzalna atribucijska teorija polazi od uzroka ponašanja, a uzroci ponašanja se promatraju kroz tri dimenzije: dimenzija lokusa, stabilnosti i kontrole i dimenzije su te koje su povezane sa bihevioralnim i afektivnim reakcijama (Heider, 1944; prema Jacobs, Woolfson i Huter, 2016). Roditelji koji imaju za tendenciju da problematična ponašanja djece tipičnog razvoja tumače kroz internalizirani lokus, smatraju da su ponašanja stabilna i da su problematična ponašanja pod kontrolom djeteta, takva atribucija je povezana sa štetnim emocionalnim reakcijama, poput negativnog afekta (Johnston i Leung, 2001; prema Jacobs i suradnici, 2016).

Kauzalna atribucijska teorija ide korak dalje i razmatra konkretno intelektualnu teškoću i da su ponašajni problemi samo simptom iste, međutim takvo tumačenje može imati loše posljedice. Kada roditelji ponašajne probleme djeteta pripisuju isključivo intelektualnoj poteškoći takva atribucija za roditelja može djelovati pozitivno tako što umanjuje osjećaj krivnje i anksioznosti, ali istovremeno atribucija može proizvesti negativne osjećaje poput pesimizma jer se roditelji ne angažiraju u tretmanima ponašajnih problema (Mah i Johnston, 2008; prema Jacobs i suradnici, 2016). Roditelji koji koriste unutrašnje, stabilne i nekontrolirane faktore pri objašnjavanju ponašajnih problema djeteta može dovesti do manje djelotvornih odgojnih metoda. Sljedeća poteškoća se vezuje za percepciju o kontroli. Ukoliko roditelji smatraju da dijete ima visoku kontrolu nad svojim ponašanjem takva atribucija je povezana sa negativnim afektima (Woolfson, 2005; prema Jacobs i suradnici 2016), a kada roditelji percipiraju da dijete imaju vrlo nisku kontrolu nad svojim ponašanjem, takva atribucija ima pozitivne efekte za roditelja, poput očuvanog samopoštovanja, ali atribucija umanjuje motivaciju roditelja da koriguju ponašanje (Morrisey-Kane i Prinz, 1999; prema Jacobs i suradnici, 2016).

6.3.2. *Lokus kontrole*

Lokus kontrole predstavlja percepciju događaja, odnosno čemu osoba pripisuje odgovornost (Larsen i Buss, 2008). U literaturi postoje dvije vrste lokusa kontrole: internalizirani i eksternalizirani. Internalizirani lokus kontrole se odnosi na percepciju vlastite odgovornosti za određeni događaj, dok eksternalizirani lokus kontrole predstavlja faktor sudbine ili sreće. Generalno posmatrajući pojedinci koji imaju internalizirani lokus kontrole su otporniji na nepovoljne događaje i ova relativno stabilna karakteristika ličnosti umanjuje šanse da će nepovoljni životni događaj djelovati na mentalno zdravlje pojedinca u budućnosti (Lawler i Schmied, 1992, prema Wiggs i Stores, 2001). S obzirom da se internalizirani ili eksternalizirani lokus kontrole smatra stabilnom crtom ličnosti, Wiggs i suradnici (2001) ukazuju na nalaze da

se lokus kontrole može mijenjati kroz bihevioralne intervencije. U provedenom istraživanju na uzorku od 15 roditelja djece s intelektualnim poteškoćama koji manifestiraju probleme spavanja, nakon bihevioralnog programa majke djece su izvještavale o poboljšanoj kontroli. Majke koje su bile u grupi bihevioralnog tretmana su razvijale internaliziranu kontrolu.

6.3.3. *Samoeфикаsnost*

Ponašajni problemi djeteta kao i nepredvidljiva ponašanja su snažne karakteristike koje utiču na mentalno zdravlje roditelja, međutim postoje određene varijable koje predviđaju način na koji će ponašajni problemi djeteta uticati na roditelje (Hastings i Brown, 2002). Osjećaj samoeфикаsnosti je jedna od varijabli koja može djelovati izuzetno povoljno ili negativno na mentalno zdravlje roditelja pri suočavanju sa ponašajnim problemima djeteta. Samoeфикаsnost se odnosi na način na koji pojedinci percipiraju vlastite vještine u različitim domenama života (Bandura, 1989). Na primjer, pojedinac sebe može percipirati izuzetno sposobnim u radnom okruženju, dok s druge strane osjećaj samoeфикаsnosti može biti umanjen kada je u pitanju porodični život. Roditeljski osjećaj samoeфикаsnosti predstavlja vlastitu predodžbu roditelja o kompetentnosti i učinkovitosti unutar roditeljske uloge (Teti i Gelfand, 1991; prema Pandžić, Vrselja i Merkaš, 2017).

U znanstvenoj literaturi postoji jasna poveznica između čvrstog osjećaja samoeфикаsnosti i korištenja stimulaturnih odgojnih metoda (Donovan, 1981; Donovan i Leavitt, 1985; Unger i Waudersman, 1985; prema Coleman i Karraker, 1998). Majke koje izvještavaju o visokim razinama samoeфикаsnosti djelotvornije razumiju komunikaciju trogodišnjeg djeteta, interakcije između majke i djeteta su češće i direktne, osjetljivije su na potrebe djeteta i u konačnici majke imaju za tendenciju da stimuliraju razvoj djeteta (Coleman i suradnici, 1998). Međutim, oskudan osjećaj samoeфикаsnosti je povezan sa roditeljskom depresijom i povišenim razinama stresa. Donovan, Leavitt i Walsh (1990; prema Coleman i suradnici, 1998) dolaze do rezultata koji nalažu da majke sa sniženim osjećajem samoeфикаsnosti imaju težnju da koriste neefikasne odgojne metode, poput pretjerane kontrole nad djetetom.

6.3.4. Optimizam i nada

Optimizam i nada su konstrukti koji pripadaju području pozitivne psihologije i protektivni su faktori mentalnog zdravlja. Konstrukti se čine visoko povezani, međutim njihova povezanost je mjestimična (Ekas, Pruitt i McKay, 2016). Sastavnica ličnosti, optimizam se definira kao usmjerenje pomoću kojeg pojedinac ima za tendenciju da očekuje pozitivna dešavanja u životu (Scheier and Carver, 1985; prema Ekas, Lickenbrock i Whitman, 2010), te optimizam nije pod uticajem specifične situacije. Optimizam kao vrlo važna crta ličnosti doprinosi boljem psihosocijalnom funkcioniranju, te povoljno djeluje na različite populacije (Ekas i suradnici, 2010). Istraživanje sprovedeno na majkama djece s autizmom potvrđuje nalaze da majke djece s autizmom izvještavaju o umanjenoj depresiji, negativni afekat je također umanjen kao i stres koje majke doživljavaju (Ekas i suradnici, 2010). Jones, Forehand, Brody i Armistead (2002) na uzorku od 141 samohranih majki Afro-Američkog porijekla koje žive u područjima u kojima je kriminal česta pojava, pronalaze da optimizam majke povoljno djeluje na odnose između roditelja i djeteta, tako što majke za tendenciju imaju korištenje odgojnih metoda koje će stvoriti povoljne uvjete za psihosocijalni razvoj djeteta. Nada je s druge strane kognitivni koncept i mijenja se pod uticajem situacije (Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak i Higgins, 1996; prema Ekas i suradnici, 2016). Nada je kompleksnija komponenta koja se sastoji od razmišljanja koje je usmjereno prema cilju, te sadrži dva koraka. Prvi korak jeste uspostavljanje smjernica koje vode do željenog cilja, a drugi korak se vezuje za samoreferentne misli koje su povezane sa traženjem puteva do cilja (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, i Harney, 1991). Ekas i suradnici (2016) utvrđuju nalaze da majke djece s autizmom izvještavaju o indirektnoj povezanosti između samoreferentnih misli i depresivnih simptoma, također izvještavaju o smanjenom osjećaju samoće. Nalazi sugeriraju da majke koje su visoko pozicionirane glede komponente nade također informiraju o pozitivnim odnosima unutar obitelji i boljom socijalnom podrškom (Ekas i suradnici, 2016). Nada kao složena kognitivna komponenta predstavlja stabilizirajući faktor mentalnog zdravlja roditelja.

6.3.5. Rezilijencija

Unutar znanstvene literature postoje mnogobrojne definicije rezilijencije te također postoje nedoumice o tome da li rezilijenciju treba posmatrati kao crtu ličnosti, kao proces ili uspješnu adaptaciju na stresan događaj. Gordonov (1995; prema Zvizdić, 2015) pruža jednu vrlo značajnu definiciju koncepta rezilijencije. Autor definicije smatra da je rezilijencija:

“sposobnost za napredovanje, sazrijevanje i povećanje kompetentnosti u susretu s nepovoljnim okolnostima, u koje su uključene kako biološke abnormalnosti tako i razne prepreke iz okruženja koje mogu biti ozbiljne i nefrekventne ili pak hronične i konzistentne. Posezanjem za svojim resursima (biološkim, psihološkim te resursima iz okruženja) osoba može napredovati, sazrijevati i povećati vlasitu kompetentnost” (Zvizdić, 2015; str 11-12). Masten (2001) tvrdi da se rezilijencija ne treba tumačiti kao crta ličnosti, nego kao “proces adaptacije” koji može biti otežan ili pospješen ovisnosti od životnih događaja koji se mijenjaju kako pojedinac odrasta ili proces adaptacije može biti promijenjen kada se pojave novi zaštitni ili riziko faktori. U skladu s prethodno navedenim Olsson (2008) ističe teorijski model u kontekstu roditelja djece s intelektualnim poteškoćama. Model naglašava rizične i protektivne faktore koji se odražavaju na roditeljsku rezilijenciju. Rizični i protektivni faktori se razmatraju na relaciji djeteta - intelektualna poteškoća, socioekološki i interpersonalni faktori. Relacija djeteta - intelektualna poteškoća i način na koji roditelji evaluiraju izazove intelektualne onesposobljenosti je direktno ispitana u istraživanju od strane Rajana i Johna (2017). Razlog za prethodno navedeno istraživačko pitanje predstavljaju mnoga istraživanja koji ukazuju na rezultate da je roditeljska percepcija intelektualne poteškoće djeteta važna karakteristika koja utiče na roditeljski način suočavanja sa stresom kao i na prilagodbu (Hassal i Rose, 2005; Plant i Sanders, 2007). Rezultati istraživanja idu u prilog pozitivnim evaluacijama intelektualne poteškoće. Roditelji doživljavaju mnogo više stresa kada intelektualnu poteškoću djeteta percipiraju kroz negativan okvir, pri čemu je i otežan proces rezilijencije (Rajan, 2017). Nadalje, način na koji roditelj percipira intelektualnu poteškoću djeteta može djelovati kao rizični faktor, pri čemu može doći do pojave da edukacija roditelja i visok socioekonomski status obitelji ne djeluje kao protektivni (Kishore, 2011). Odgajanje djeteta sa intelektualnom poteškoćom za roditelja ima pozitivna i negativna iskustva, ali jedan o primarnih elemenata rezilijencije predstavlja procjena tih iskustava. Gardner i Harmon (2002) su došli do nalaza da su majke djece sa intelektualnim poteškoćama visoko rezilijentne, pri čemu se njihova rezilijencija ogleda u pozitivnim stavovima i majke su na efikasan način koristile resurse koji su im bili dostupni, uprkos stalnim izazovima. Pored pozitivnih roditeljskih procjena, u stručnoj literaturi se često ističu dodatni faktori koji mogu pridonijeti razvoju rezilijencije kod roditelja. Faktori koji su povezani sa rezilijencijom su nada (Lloyd i Hastings, 2009), visok osjećaj roditeljske samoeфикаsnosti (Hastings i Brown, 2002), socijalna podrška, lokus kontrole i religijska stajališta (Bekhet, Johnson, i Zauszniewski, 2012). Kada je u pitanju socijalna podrška, kao vrlo važan faktor za očuvanje mentalnog zdravlja i rezilijencije, rezultati

istraživanja ukazuju da je za roditelje najvažnija neformalna podrška i postojanje osjećaja pripadanja (Peer i Hillman, 2014). Prethodno navedeno se može proširiti i na kolektivističke kulture. Nadalje, rezilijencija također može biti pospješujuća s obzirom na stil suočavanja koji roditelji koriste. Istraživanje sprovedeno od strane Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenbaerg i Carter (2007) ukazuju na pozitivnu korelaciju između čestog korištenja metode suočavanja koja je usmjerena na problem i mentalnog zdravlja, te da sama metoda potiče rezilijenciju, a kao najvažniji nalaz izdvajaju da je mentalno zdravlje majki poboljšano bez obzira na stepen dječijeg autizma.

7. PREVENTIVNE I INTERVENCIJSKE MJERE USMJERENE NA ZAŠTITU I UNAPREĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA

Velike količine stresa neće nužno dovesti do nedostatka adaptacijske sposobnosti roditelja (Weiss, 2002). Objektivni životni događaji mogu pojedinca dovesti u stanje stresa, međutim da li će specifični događaj djelovati kao stresor ili ne, u velikoj mjeri ovisi o tome kako će pojedinac promatrati sami događaj (Arambašić, 2000). Uskladu s tim, načini suočavanja sa stresom su suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje usmjereno na značenje, pri čemu je važno naglasiti da je potrebno strategiju suočavanja uskladiti sa situacijom.

Hsiao (2018) utvrđuje tri faktora koja su najčešće povezana sa roditeljskim stresom, a to su: ponašajni problemi djeteta, neadekvatne strategije suočavanja i nedostatak neformalne podrške. U daljnjem tekstu će biti predstavljene temeljne tehnike i intervencije koje su usmjerene prema reduciraju ponašajnih problema djeteta, zatim terapije koje unapređuju mentalno zdravlje roditelja i u konačnici preventivne metode koje mogu pomoći roditeljima pri smanjivanju impulsivnih reakcija.

7.1. Terapija “interakcija roditelj- djetete” (Parent – Child Interaction Therapy)

Jedan od prevladavajućih izazova za roditelja djeteta s intelektualnom poteškoćama su ponašajni problemi djeteta, pri čemu se unutar literature mogu pronaći nalazi koji ukazuju na tendenciju da su roditeljska prisilna ponašanja, poput udaranja, vikanja ili grđenja, zapravo povezana sa ponašajnim problemima (Eyberg, 1988; prema Matson 2019).

Terapija interakcija roditelj – dijete predstavlja bihevioralni pristup čiji je fokus populacija djece od 2-7 godina koji manifestiraju ponašajne probleme (Eyberg, 1988; prema Matson, 2019). Sama terapija za cilj ima da učvrsti odnose između roditelja i djeteta, a da pri tome otkloni neadekvatne relacije, ukoliko one postoje i na taj način reducira ponašajne probleme djeteta (Matson, 2019). Poboljšanje odnosa između roditelja i djeteta se odvija kroz igru. Terapeut se unutar terapije koristi psihoedukacijom, kao i metodom igranja uloga s naglaskom na prijatne reakcije i također odmah na licu mjesta ispravlja roditeljske reakcije kao i njihovu komunikaciju sa djetetom (McNeil i Hembree-Kigin, 2010; prema Matson, 2019). Roditelji se uče da ne koriste naredbe, niti da kritiziraju vlastito dijete, nego da razvijaju vještinu komunikacije koja je staložena i jasna te da na adekvatan način ukažu djetetu da ponašanje nije uredu, pri čemu je potrebno korisiti uputu o neadekvatnom ponašanju koje dijete može da razumije (Eyberg, 1988; prema Matson, 2019). S ciljem utvrđivanja efikasnosti same terapije Bagner i Eyberg (2007) u svom naručnom istraživanju postavljaju 4 hipoteze: “a) veća usklađenost između roditelja i djeteta tijekom interakcija, b) očekuje se da će roditelji izvještavati o umanjenim disruptivnim ponašanjima c) više pozitivnih i efektivnih roditeljskih ponašanja tijekom interakcija d) smanjenje roditeljskog stresa” (Bagner i Eyberg, 2007; str 419). Prve tri hipoteze su potvrđene, te s toga rezultati idu u prilog terapiji. Roditeljske interakcije poprimaju pozitivnu komponentu, djeca su se pridržavala uputa i majke izvještavaju o smanjenu disruptivnih ponašanja (Bagner i Eyberg, 2007). Što se tiče četvrte hipoteze i smanjenju stresa kod roditelja, istraživači ne dolaze do statistički značajnih razlika prije tretmana i poslije tretmana, istraživači ovaj rezultat prepisuju specifičnim stresorima koji su povezani sa intelektualnom poteškoćom djeteta. Nadalje, terapija ima svoje pozitivne implikacije koje se mogu očitovati u različitim okruženjima. Poboľjšano bihevioralno ponašanje se manifestira u školi, u vlasitom domu kao i u široj okolini, te se također pokazuje značajnom za komorbidna stanja (Armstrong, DeLoatche, Preece i Agazzi, 2015).

7.2 Odskočna daska za trostruki P – pozitivni obiteljski program (The Stepping stones triple P – positive parenting program)

U pitanju je program koji spada pod primarnu i sekundarnu prevenciju, odnosno namjenjen je za spriječavanje razvoja ponašajnih problema, ali istovremeno ima mogućnost intervencije za postojeće probleme. Orijentiran je prema roditeljima djece s razvojim odstupanjima i to kroz razvijanje optimalnog potencijala djeteta kroz poboljšanje roditeljskih kompetencija, poput usvajanja novih znanja i vještina (Mazzucchelli i Sanders, 2012). Program je utemeljen na

principima socijalnog učenja, a teži ka tome da istakne protektivne faktore i minimizira rizične koji su povezani sa ponašajnim i emocionalnim problemima djece (Mazzucchelli i suradnici, 2012).

Ovaj program je sačinjen od 5 levela, a pri tome je svaka razina programa orijentirana prema pojedinačnim izazovima sa kojima se roditelji suočavaju. Sanders i Mazzucchelli (2011) zaključuju da je razvoj roditeljske samoregulacije temeljna vještina svake razine. Autori smatraju da se kroz razvoj roditeljske samoregulacije razvijaju i dodatne vještine koje su zaštitne osobine mentalnog zdravlja, poput samoeфикаsnosti, neovisnosti, samoupravljanja i sposobnosti rješavanja problema. Osnovni zadatak programa je obučavanje roditelja da samostalno rješavaju probleme (Mazzucchelli i suradnici, 2012).

Unutar programa se također nalazi i 7 načela pozitivnog roditeljstva koji su usmjereni prema rizičnim i zaštitnim faktorima za koje je primjećeno da mogu uticati na razvojni tok djeteta (Mazzucchelli i suradnici, 2012). Principi su sljedeći: “Sigurna i atraktivna okolina, pozitivno okruženje za učenje, asertivna disciplina, prilagodba na dječiji nedostatak, realistična očekivanja, biti dio zajednice i briga o sebi kao roditelju” (Mazzucchelli i suradnici, 2012; str, 10-11). Svaki princip pospešuje razvoj roditeljskih vještina.

7.3. Bihevioralne intervencije

Terapije i metode koje su usmjerene na ublažavanje ponašajnih problema djeteta, mogu povoljno djelovati i na mentalno zdravlje roditelja (Hastings i Beck, 2004). Jedan od čestih problema sa kojima se susreću roditelji djece s intelektualnim poteškoćama su problemi spavanja. Procjenjuje se da su problemi spavanja prisutni kod 50% do 86% djece (Bartlett, Rooney i Spedding, 1985; Pahl i Quine, 1985, Wiggs i Stores, 1996; prema Wiggs i suradnici, 2001). Ako dijete manifestira poteškoće spavanja, nedostatak sna utiče na porodičnu dinamiku, te istraživanja ističu da problemi spavanja imaju mnogo negativnih učinaka, kako na roditelja tako i na dijete. Problemi spavanja dovode do povećanja stresa kod majki (Sloper, Knussen, Turner i Cunningham, 1991; prema Wiggs i suradnici, 2001), a često se događa da djeca iskazuju i više ponašajnih problema (Wiggs i Stores, 1996a; prema Wiggs i suradnici, 2001) te u konačnici nedostatak sna utiče i na bračne odnose (Richman, 1981; prema Wiggs i suradnici, 2001). Problemi spavanja, ponašajni problemi kao i količina stresa koju roditelji doživljaju mogu se korigirati kroz bihevioralne intervencije. Na uzorku od 16 roditelja u tretmanskoj grupi i 15 roditelja u kontrolnoj grupi Wiggs i suradnici, impliciraju pozitivne značajke

bihevioralnog tretmana. Nakon intervencije, majke u tretmanskoj grupi izvještavaju da se njihov i dječiji san poboljšao te smatraju da se mnogo bolje suočavaju sa dječijim problemima spavanja (Wiggs i suradnici, 2001). Istraživači potvrđuju da se majčin stres smanjio u odnosu na prvo mjerenje. Ovaj nalaz je od posebnog značaja, jer je početni stres u tretmanskoj skupi bio izrazito visok, a uzorak unutar istraživanja su roditelji djece koji manifestiraju i ponašajne probleme. Wiggs i suradnici (2001) nalaze pripisuju lokusu kontrole koji je postao internaliziran, a preuzimanje vlastite odgovornosti za nepovoljne događaje dovodi do redukcije stresa.

7.4. Trening roditeljskog ponašanja (Behavioral parent training)

U okviru ovog programa roditelji se uče da oni budu terapeuti i učitelji vlastitoj djeci (Dangel, Yu, Slot i Fashimpar, 1994; prema Feldman i Werner, 2002). Studije koje su analizirale “bihevioralni roditeljskih trening” ukazuju na nalaze da su intervencijske strategije efikasne u reduciranju ponašajnih problema djece (Drew, Baird, Baron-Cohen, Cox, Slonims, Wheelwright i Charman, 2002), međutim postavlja se pitanje da li bihevioralni roditeljski trening može povoljno djelovati i na roditeljski stres? S ciljem pronalaženja odgovara na prethodno pitanje Feldman i Werner (2002) procjenjuju da će roditelji koji uspješno završe ove treninge izvještavati da su se ponašajni problemi djece umanjili, također da će doći do regulacije roditeljskog stresa, te da će doći do smanjenja depresivnih simptoma kod roditelja i u konačnici do poboljšanja samoefikasnosti kao i generalne kvalitete života. Ovaj trening se bazira na 3 komponente. Prva komponenta ima za cilj da izmijeni ili otkloni neadekvatno ponašanje, druga se fokusira na komunikaciju koja je funkcionalna i osposobljavajuća, a koja uključuje nekontigentno i diferencijalno pojačanje. Nekontigentno pojačanje se koristi pri redukciji ponašajnih problema, a odvija se tako što će pojedinac dobiti potkrepljenje (može se tumačiti kao nagrada), a da pri tome nije izvršio željeno ponašanje. Logika samog pristupa se bazira na intervalima, te se često koristi kod djece s autizmom. Diferencijalno pojačanje se bazira na strategiji potkrepljenja, ali samo za željena ponašanja, pri čemu se neadekvatna ponašanja ignoriraju.

Trening roditeljskog ponašanja djeluje vrlo pozitivno na roditelje i porodičnu dinamiku, te da su pozitivni učinci tretmana uočeni čak i 5 godina nakon intervencija (Feldman i Werner, 2002). Intervencije su djelovale i na socijalne odnose porodice, te roditelji izvještavaju da su mnogo više socijalno uključeni jer su problemi ponašanja umanjeni. Izuzetno obećavajući nalaz jesu

izvješća roditelja koji su se vratili na poslove jer su se osjećali ugodno da dijete pošalju u vrtić ili predškolsku ustanovu. Nadalje, izvanredan nalaz predstavljaju povišeni roditeljski osjećaji samoeфикаsnosti, pri čemu su roditelji naučili da suzbijaju problematična ponašanja i da uče djecu odgovarajućim ponašanjima (Feldman i Werner, 2002).

7.5. Suočavanje usmjereno na emocije vs suočavanje usmjereno na problem

Kognitivno-bihevioralni model nalaže da se strategije suočavanja ne trebaju posmatrati prema njihovoj učinkovitosti, nego da strategije treba uskladiti prema situaciji (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis i Gruen, 1986). Kada se pojedinac suoči sa situacijom koja je promjenljiva, a koristi se strategijom usmjernom na problem razina depresije opada, u odnosu kad se nađe u situaciji koja je također promjenljiva, a koristi se strategijom suočavanja na emocije razina depresije se povećava (Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo, and Katon, 1990; prema Miller, Gordon, Daniele i Diller, 1992). Dok s druge strane, situacija je nepromjenljiva, a osoba se koristi strategiju koja je usmjerena na problem, dolazi do povećanja razina stresa jer pojedinac ne može mijenjati situaciju, ali može promijeniti afektivno tumačenje situacije. Kognitivno-bihevioralni model predstavlja vrlo važnu tehniku razumijevanja stresa i suočavanja sa istim. Strategije suočavanja, procjena situacije i stresni roditeljski događaji djeluju povoljno ili nepovoljno na mentalno zdravlje roditelja (Miller i suradnici, 1992). Suočavanje usmjereno na emocije između ostalog obuhvata izbjegavanje situacije i preuzimanje odgovornosti, kada se majke koriste ovom strategijom suočavanja može se pojaviti tendencija da majke sebe krive za nepovoljnu situaciju, a pri tome može doći do internalizirane frustracije (Miller i suradnici, 1992). A suočavanje usmjereno na problem djeluje povoljno na osjećaj kompetentnosti i povećava osjećaj kontrole nad situacijom, a najznačajniji pokazatelj efikanosti suočavanja usmjernog na problem jeste taj da djeluje pozitivno na mentalno zdravlje bez obzira na izvor frustracije (Miller i suradnici, 1992).

Strategija suočavanja usmjerena na problem djeluje povoljno na mentalno zdravlje roditelja djece sa Down sindromom. Unutar istraživanja sprovednog od strane Pourmohamadreza-Tajrishi, Azadfallah, Garakani i Bakhshi (2015) majke prolaze kroz 2 stadija treninga koji je baziran na strategiji usmjenoj na problem, pri čemu su strategije suočavanja usmjerene prema pojedincu i van pojedinca (internalizirane i eksternalizirani). Unutar prvog stadija majke prolaze kroz psihoedukaciju, a edukacija je bazirana na učincima stresa na mentalno zdravlje. Drugi stadij se vezuje za vještine koje su potrebne za mobilizaciju resursa suočavanja

(Pourmohamadreza-Tajrishis i suradnici, 2015). Internalizirane strategije usmjernosti na problem se fokusiraju na unutrašnje varijable pojedinca, poput humora, sposobnost rješavanja problema i korištenje internaliziranog lokusa kontrole, a eksternalizirane strategije akcentiraju na komunikacijske vještine, razvijanje asertivnosti i između ostalog majke usvajaju vještine adekvatnog načina nošenja sa ljutnjom (Pourmohamadreza-Tajrishis i suradnici, 2015). Sveukupni psihološki stres se nakon treninga smanjuje, a istraživači pronalaze da dolazi do pada psiholoških simptoma poput depresije, anksioznosti, agresije (Pourmohamadreza-Tajrishis i suradnici, 2015). Autori smatraju da je došlo do smanjenja depresivnih simptoma kod majki jer je suočavanje usmjerno na problem orijentirano prema unutrašnjem lokusu kontrole, u odnosu na vanjski lokus, a istraživanja često ukazuju na nalaze da je unutrašnji lokus kontrole povezan sa adekvatnom socijalnom podrškom (Beresford, 1994) konkretno, internalizirani lokus kontrole čini osobu spremnijom da potraži pomoć. Što se tiče redukcije u agresivnom ponašanju, istraživači pozitivne rezultate pripisuju komunikacijskim vještinama, odnosno prednostima i nedostacima različitih stilova ponašanja (Pourmohamadreza-Tajrishis i suradnici, 2015).

7.6. Suočavanje usmjereno na značenje

Suočavanje usmjereno na značenje nema za cilj da promijeni problematičnu situaciju, niti da umanji pritisak čiji su uzroci stres i negativne emocije (Guo, Gan i Tong, 2013), umjesto toga model uključuje “pozitivna psihološka stanja” koji su rezultat suočavanja usmjerenog na značenje, a uključuju strategije koje se odnose na potragu za “povoljnijim razumijevanjem situacije i njenih implikacija” (Park, 2013; str. 40). Proces suočavanja s evaluacijom značenja se odvija tako što osoba detaljnije evaluira pozitivna značenja događaja (Thompson, 1985; prema Guo i suradnici, 2013), pri čemu se koristi strategijom pozitivnog kognitivnog restrukturiranja (Beighton i Wills, 2017). Strategija je bazirana na tome da se ideje, mišljenja ili emocije tumače na način koji dovodi do pozitivnih alternativa, na primjer: “odluke da ima važnijih stvari u životu”, “moglo se dogovoriti nešto mnogo gore” (Hill Rice, 2012; Troy i suradnici 2010; prema Beighton i Wills, 2013). Traženje značenja je univerzalna motivacija čovječanstva (Davis i Nolen-Hoeksema, 2001; Frankl, 1963; prema Wang, Lippke, Miao, i Gan, 2019), a naročito je motivacija za traženjem značenja narušena nakon što osoba doživi stres (Park, 2013). Značenje ima dva nivoa: situacijski i globalni (Park i Folkman, 1997; prema Park, 2013). Globalno značenje obuhvata vjerovanja, poput samopoimanja, kontrole, pravde, a situacijsko značenje predstavlja značenje o specifičnim događajima. Model naglašava da

osobe doživljavaju stres kada postoji diskrepanca između situacijskog značenja i globalnog značenja, te mobiliziraju psihičku energiju da umanje diskrepancu (Park, 2013). Roditelji žele i pretpostavljaju da će njihovo dijete imati odgovarajući razvojni tok, a dijagnoza intelektualne poteškoće (situacijskog značenje) će ugroziti njihova vjerovanja o pravednosti (globalno značenje) i stvoriti neusaglašenost (Beighton i Wills, 2017). Takva situacija traži od roditelja da ponovno analiziraju ciljeve, uvjerenja i budućnost, s ciljem reduciranja nedosljednosti (Park, 2013).

Beighton i Wills (2017) pronalaze da suočavanje usmjereno na značenje poboljšava mentalno zdravlje roditelja. Roditelji smatraju da je intelektualna poteškoća djeteta pozitivno uticala na njih. Izvještavaju o tome da su postali bolji ljudi jer su promijeniti vlastita vjerovanja i vrijednosti (Kearney and Griffin, 2001; prema Beighton i Wills, 2017). Roditelji su uskladili globalno i situacijsko značenje. Odluka da ima važnijih stvari u životu se pokazala kao značajna alternativna koja poboljšava aspekte selfa. Korištenje metode usmjerene na značenje smanjuje stres jer roditelji pronalaze pozitivna značenja. Pri opisivanju vlastitog djeteta roditelji dijete smatraju njihovom radošću, ponosom i nadom (Beighton i Wills, 2017). Korišteći se tim terminima roditelji naglašavaju pozitivne emocije pri čemu na diskretan način suzbijaju negativne što posljedično dovodi do efikasnog suočavanja (Folkman i Moskowitz, 2004; prema Beighton i Wills, 2017) i podstiče rezilijenciju (Fredrickson, 2001; prema Beighton i Wills, 2017).

7.7. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija je efikasna u poboljšanju mentalnog zdravlja roditelja djece s intelektualnim poteškoćama (Beighton i Wills, 2017), s tim da postoji razlika između kognitivno-bihevioralne terapije i suočavanja usmjerenog na značenje. Kognitivno-bihevioralna terapija nema za tendenciju da se striktno fokusira na pozitivne segmente situacije nego teži prema tehnikama pomoću kojih individua negativne misli transformira u racionalne (Moskowitz, 2011; prema Beighton i suradnici, 2017).

Kognitivno-bihevioralna terapija je usmjerena prema roditeljskim emocijama, ali također i prema ublažavanju depresivnih i anksioznih simptoma (Wong, Poon i Kwok, 2011). Kognitivno-bihevioralna terapija se može sporovoditi i u grupnom kontekstu, te s toga Wong i suradnici (2011) razmatraju efikasnosti kognitivno-bihevioralne grupne terapije i njen učinak na mentalno zdravlje roditelja djece s intelektualnim poteškoćama. Uzorak istraživanja čine 4

grupe, a unutar svake grupe po 9-10 roditelja. Korišten je protokol za grupnu kognitivno-bihevioralnu terapiju za pojedince koji manifestiraju depresivne simptome (Wong, 2005; prema Wong i suradnici, 2011). Svaka grupa je prošla kroz 10 sesija, a svaka sesija ima zasebne ciljeve. Prve dvije sesije su bile usmjerene na uočavanje i shvatanje kognitivnih i afektivnih reakcija na stresne situacije, te sticanje uvida u negativne automatizirane misli i načine na koji oni upravljaju emocijama (Wong i suradnici, 2011). U trećoj, četvrtoj i petoj sesiji fokus je na adaptivnim i bihevioralnim metodama, koje su umjerene na adekvatne načine suočavanja sa stresorima i negativnim mislima (Wong i suradnici, 2011). Sljedeće sesije veliki fokus stavljaju na kognitivne procese, poput vrijednosti pretpostavki i pravila, te se pojedinci unutar grupe podstiču da koriguju pretpostavke ili pravila i to kroz kognitivnu analizu prednosti i nedostataka istih (Wong i suradnici, 2011). U završnim sesijama terapeuti podstiču roditelje da redefinišu interese, kao i da temeljno protumače životne ciljeve. Rezultati ukazuju da grupna kognitivna-terapija djeluje povoljno na roditelje, tako što dolazi do značajnog pada roditeljskog stresa, dolazi do poboljšanja nestabilnih stavova kao i unapređenja mentalnog zdravlja.

Grupna kognitivna-terapija je pogodna za reduciranje osjećaja krivice, može biti djelotvorna pri korigovanju internalnih atribucija, minimizira automatske negativne misli i u konačnici utiče na depresivne simptome (Nixon i Singer, 1993; prema Hastings i Beck, 2004).

7.8. Svjesnost u roditeljstvu (Mindful parenting)

Pristupi temeljeni na svjesnosti su važni za očuvanje mentalnog zdravlja roditelja djece s intelektualnim poteškoćama iz dva razloga. MacDonald, Hastings i Fitzsimons (2010; prema Beer, Ward i Moar, 2013) ističu da će za roditelje djece autističnog spektra biti korisniji pristupi svjesnosti u odnosu na kognitivno-bihevioralne prakse, jer smatraju da su negativni afekti ili negativna razmišljanja zapravo odraz njihovih stvarnih iskustava, a ne kognicije (Beer i suradnici, 2013). Sljedeći razlog se vezuje za socijalnu podršku. Relativno česta pojava predstavlja izoliranost roditelja djece s intelektualnim poteškoćama, naročito ukoliko dijete manifestira ponašajne probleme, a pristupni temeljeni na svjesnosti imaju za doktrinu da pojedince uče strategijama koje ga usmjeravaju na sadašnji trenutak, kao i na njihov vlastiti potencijal da uvažava negativne emocije, a ne da ih negiraju ili izbjegavaju (Hastings, 2002a; prema MacDonald i Hastings, 2010).

Svjesnost u roditeljstvu obuhvata pet temeljnih dimenzija u odnosu roditelj-dijete, pri čemu svaka dimenzija pozitivno djeluje na atribucije, vještine i njihova važnost se ogleda u

praktičnim implikacijama, dimenzije su sljedeće: “a) slušanje s punom pažnjom; b) prihvatanje sebe i djeteta bez predrasuda; c) emocionalna svijest o sebi i djetetu; d) samoregulacija roditeljskog odnosa; e) suosjećanje prema sebi i djetetu”. (Duncan, Coatsworth i Greenberg, 2009; str, 258). Pretpostavka je da su više razine svjesnog roditeljstva povezane s nižim razinama negativnog afekta kod roditelja djece autističnog spektra (Beer i suradnici, 2013), rezultati istraživanja djelimično idu u prilog prethodno navedenim dimenzijama. Suosjećanje prema sebi i djetetu je relativno povezano sa mentalnim zdravljem roditelja. Roditelji navode da imaju suosjećanja prema vlastitom djetetu, ali imaju poteškoća da prema sebi budu empatični i ljubazni, međutim nakon detaljnijih statističkih analiza kada se samo roditeljsko suosjećanje uzima u statističku obradu, vlastito suosjećanje djeluje pozitivno na psihološku dobrobit roditelja (Beer i suradnici, 2013). Nadalje, svjesnost u roditeljstvu također može mijenjati roditeljske stilove. Poznatno je da velike količine roditeljskog stresa mogu determinirati njihov roditeljski stil, te posljedično može doći do neželjenih ponašajnih reakcija, poput odbijanja ili pretjerane emocionalne reaktivnosti (Belsky, 1984; prema de Bruin, Blom, Smit, van Steensel i Bögels, 2015). Svjesnost u roditeljstvu smanjuje roditeljsko zanemarivanje, a roditelji također izvještavaju o padu neadekvatnih komunikacijskih obrazaca (de Bruin i suradnici, 2015). Velike količine stresa narušavaju sposobnost pojedinca da na racionalan način pristupi situaciji, a često se može pojaviti evolucijska perspektiva “boriti se, bježati ili zaustaviti se”, a svjesnost u roditeljstvu uči roditelje strategijama koje unapređuju blage i racionalne ponašajne manifestacije (de Bruin i suradnici, 2015).

7.9. Program za smanjivanje stresa temeljen na usredotočnoj svjesnosti (mindfulness-based stress reduction)

Svjesnost (mindfulness) se može definirati kao: “svjesnost iz trenutka u trenutak ili kao sistematski pristup koji razvija nove načine kontrole i mudrosti u našim životima, koji je baziran na unutrašnjim mogućnostima za opuštanje, obraćanje pažnje, svijesti i uvida” (Kabat-Zinn, 1990; prema Bazzano, Wolfe, Zylowska, Wang, Schuster, Barrett i Lehrer, 2015; str, 299). Strukturirani program za smanjivanje stresa temeljen na usredotočnoj svjesnosti sadrži instrukcije za meditaciju kao i učenje kako da se svjesnost (mindfulness) integrira u svakodnevni život, pri čemu za cilj ima da poveća sposobnost pojedinca da se suočava sa izazovima i da se umanjuje afektivna reaktivnost na fizičke ili emocionalne poteškoće (Bazzano i suradnici, 2015). S obzirom da su roditelji djece s intelektualnim poteškoćama izloženi dugotrajnim količinama stresa, vrlo je važno predstaviti program za smanjivanje stresa koji se

temelji na usredotočnoj svjesnosti, pri čemu program može biti djelotvoran pri redukciji ponašajnih problema djeteta. Istraživanja ističu rezultate da pojedinci koji uspješno završe program za smanjivanje stresa temeljnog na usredotočnoj svjesnosti izvještavaju o unapređenim vještinama nošenja sa stresom, bez obzira da li se radi o kratkoročnim ili dugoročnim stresnim situacijama (Neece, 2014). Roditelji koji su prošli kroz treninge svjesnosti i stekli temeljne tehnike majdfulnesa su razvili sposobnost da na racionalan i svjestan način pristupe vlastitoj djeci kada se pojave problematična ponašanja, također izvještavaju da su unaprijedili roditeljske vještine te smatraju da su interakcije mnogo kvalitetnije (Singh, Lancioni, Winston, Singh, Curtis, Wahler i McAleavey, 2007). Program za smanjivanje stresa temeljenog na usredotočnoj svjesnosti uključuje meditacijske prakse, poput joge, a unutar grupne diskusije meditacijske prakse uključuju svijest o disanju. Kada je riječ o grupnim diskusijama, teme unutar diskusija se vezuju da česte roditeljske stresore kao i razlike između percepcije i realnosti roditeljstva. Nakon 8 sedmica programa, roditelji izvještaju o umanjenim razinama stresa, dolazi do generalnog poboljšanja psihološkog zdravlja (Bazzano i suradnici, 2015). Jedan od važnih nalaza predstavlja poboljšanje samoosjećanja roditelja, roditelji su usvojili vještine koje im mogu biti od velike pomoći pri suočavanju sa negativnim osjećajima. Sljedeći ključan nalaz ukazuje na praksu da je program za smanjivanje stresa temeljnog na usredotočnoj svjesnosti važan za jačanje intrapsihičkih osobina (Bazzano i suradnici, 2015), u konačnici program može pomoći roditeljima da prihvate sadašnji trenutak, te da na taj način otklone ruminirajuće misli o budućnosti (Bazzano i suradnici, 2015).

8. ZAKLJUČAK

Rođenje djeteta s intelektualnim poteškoćama ili kasnije saznanje da je razvojni tok djeteta drugačiji je nesumnjivo posebno iskustvo za roditelja. Iskustvo nerijetko prate neprijatne emocije, poput tuge ili osjećaja krivnje. Roditelji ili uspješno savladaju period krize ili se zaustave i negiraju dijagnozu. Takav način suočavanja neposredno onemogućuje da se stvore zdravi odnosi između roditelja i djeteta. Pored početnih emocionalnih reakcija ili nemogućnosti da roditelj prihvati intelektualnu poteškoću djeteta, roditelji su također izloženi stalnim i često dugoročnim izazovima koji ugrožavaju mentalno zdravlje. Izazovi su povezani sa dodatnim troškovima, diskriminacijom i stigmom i nedovoljnom podrškom, a najznačajniji izazov istaknut u literaturi su ponašajni problemi djeteta, koji mogu ugroziti i dijete i okolinu. Rezultati istraživanja ukazuju da ukoliko roditeljski stres perzistira tijekom vremena, dolazi do pogoršanja u ponašajnim problemima djeteta. Uprkos nedaćama sa kojima su roditelji suočeni,

mnogi od njih smatraju da su se vrlo efikasno prilagodili roditeljskoj ulozi i da se uspješno nose sa izazovima.

Da li će se roditelji kompetentno prilagoditi ulozi ovisi o spolu roditelja, socioekonomskim prilikama, njihovim osobnim obilježjima i okolini. Roditeljski optimizam ili pesimizam, lokus kontrole (internalizirani ili eksternalizirani), kao i roditeljska sposobnost da prividno negativnu situaciju promatraju kroz pozitivan okvir su neke od determinanti pozitivne prilagodbe.

Strategije, tehnike i intervencije koje su prikazane u radu su većinskim dijelom usmjerene ka unapređenju roditeljskih kompetencija kroz usvajanje strategija koje će im omogućiti preveniranje ponašajnih problema djeteta. I u konačnici metode predložene u ovom preglednom radu mogu biti od velike pomoći stručnjacima i roditeljima pri reduciraju stresnih reakcija, prepoznavanju riziko i protektivnih faktora te načina za unapređenje kvalitete odnosa sa djetetom.

9. LITERATURA:

1. Aldosari, M. S., & Pufpaff, L. A. (2014). Sources of Stress among Parents of Children with Intellectual Disabilities: A Preliminary Investigation in Saudi Arabia. *Journal of Special Education Apprenticeship*, 3(1), n1.
2. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
3. Arambašić, L. (2000). Psihološke krizne intervencije. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Armstrong, K., DeLoatche, K. J., Preece, K. K., & Agazzi, H. (2015). Combining parent–child interaction therapy and visual supports for the treatment of challenging behavior in a child with autism and intellectual disabilities and comorbid epilepsy. *Clinical Case Studies*, 14(1), 3-14.
5. Azar, M., & Badr, L. K. (2006). The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 375-380.
6. Azar, M., & Badr, L. K. (2010). Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of pediatric nursing*, 25(1), 46-56.
7. Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent–child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429.
8. Baker, B. L., Blacher, J., & Olsson, M. B. (2005). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(8), 575–590. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00691.x
9. Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-Year-Old Children With and Without Developmental Delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 433
10. Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of intellectual disability research*, 47(4-5), 217-230.
11. Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*

12. Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 298-308.
13. Beer, M., Ward, L., & Moar, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 4, 102-112.
14. Beighton, C., & Wills, J. (2017). Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative exploration. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(4), 325-345.
15. Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Effects on resilience of caregivers of persons with autism spectrum disorder: The role of positive cognitions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(6), 337-344.
16. Beresford, B. A. (1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171–209. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01136.x
17. Chavira, V., López, S. R., Blacher, J., & Shapiro, J. (2000). Latina mothers' attributions, emotions, and reactions to the problem behaviors of their children with developmental disabilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(2), 245-252.
18. Chou, K.-R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398–407. doi:10.1053/jpdn.2000.16709
19. Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., . & Long, B. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American psychologist*, 48(10), 1013.
20. Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental review*, 18(1), 47-85.
21. Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(9), 652-661.
22. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb:Golden marketing - Tehnička knjiga

23. de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914.
24. Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fasth, A., & Hallberg, L. R. M. (2006). Stress and well-being among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 392-402.
25. Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., ... & Charman, T. (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism: Preliminary findings and methodological challenges. *European child & adolescent psychiatry*, 11, 266-272.
26. Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3
27. Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40, 1274-1284.
28. Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 29, 8-18.
29. Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 385–399. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00498.x
30. Emerson, E., & Hatton, C. (2009). Socioeconomic position, poverty, and family research. *International review of research in mental retardation*, 37, 97-129.
31. Fehratović, M., Dautbegović, A., & Tiosavljević, M. (2021). Protektivni faktori mentalnog zdravlja roditelja djece sa teškoćama u razvoju.
32. Feldman, M. A., & Werner, S. E. (2002). Collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, 17(2), 75-83.

33. Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
34. Galderisi, Silvana & Heinz, Andreas & Kastrup, Marianne & Beezhold, Julian & Sartorius, Norman. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*.
35. Gardner, J., & Harmon, T. (2002). Exploring resilience from a parent's perspective: A qualitative study of six resilient mothers of children with an intellectual disability. *Australian Social Work*, 55(1), 60–68. doi:10.1046/j.0312-407x.2002.00007.x
36. Guo, M., Gan, Y., & Tong, J. (2013). The role of meaning-focused coping in significant loss. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(1), 87-102.
37. Hastings, R. P., & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(8), 1338-1349.
38. Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American journal on mental retardation*, 107(3), 222-232.
39. Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(1), 48-61.
40. Hatton, C., & Emerson, E. (2009). Does socioeconomic position moderate the impact of child behaviour problems on maternal health in South Asian families with a child with intellectual disabilities?. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(1), 10-16.
41. Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14, 159-171.
42. Hodgetts, S., Nicholas, D., & Zwaigenbaum, L. (2013). Home sweet home? Families' experiences with aggression in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 28(3), 166-174.
43. Hsiao, Y. J. (2018). Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in school and clinic*, 53(4), 201-205.
44. Jacobs, M., Woolfson, L. M., & Hunter, S. C. (2016). Attributions of stability, control and responsibility: How parents of children with intellectual disabilities view their child's problematic behaviour and its causes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 58-70.

45. Johnny L. Matson (2019). *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. Los Angeles: Springer.
46. Jones, D. J., Forehand, R., Brody, G. H., & Armistead, L. (2002). Positive parenting and child psychosocial adjustment in inner-city single-parent African American families: The role of maternal optimism. *Behavior Modification*, 26(4), 464-481.
47. Kermanshahi, S. M., Vanaki, Z., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., Mordoch, E., & Azadfalah, P. (2008). Iranian Mothers' Perceptions of Their Lives with Children with Mental Retardation: A Preliminary Phenomenological Investigation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(4), 317–326. doi:10.1007/s10882-008-9099-3
48. Kishore, M. T. (2011). Disability impact and coping in mothers of children with intellectual disabilities and multiple disabilities. *Journal of intellectual disabilities*, 15(4), 241-251.
49. Larsen, R. J., Buss, D. M. (2008). *Psihologija ličnosti: domene znanja o ljudskoj prirodi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
50. Leutar, Z. i Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43 (1), 47-61. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/22099>
51. Lloyd, T. J., & Hastings, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(12), 957-968.
52. MacDonald, E. E., & Hastings, R. P. (2010). Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 236-240.
53. Mailick Seltzer, M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life Course Impacts of Parenting a Child With a Disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3), 265. doi:10.1352/0895-8017(2001)106<0265:lciopa>2.0.co;2
54. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. doi:10.1037/0003-066x.56.3.227
55. Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 419-436.
56. Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2011). Preventing behavioural and emotional problems in children who have a developmental disability: A public health approach. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2148–2156. doi:10.1016/j.ridd.2011.07.022

57. Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2012). Stepping Stones Triple P: a population approach to the promotion of competent parenting of children with disability. *Parenting Research and Practice Monograph*, 2(2).
58. McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M.-Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 65–74. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.007
59. Merla S.& Kumar S. N. (2021). A study on the levels of depression, stress and anxiety of parents having children with intellectual disability. *International Journal of Indian Psychology*
60. Miller, A. C., Gordon, R. M., Daniele, R. J., & Diller, L. (1992). Stress, appraisal, and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *Journal of pediatric psychology*, 17(5), 587-605.
61. Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.
62. Neece, C., & Baker, B. (2008). Predicting maternal parenting stress in middle childhood: The roles of child intellectual status, behaviour problems and social skills. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1114-1128.
63. Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., Milich A. (2001). Uvod u kliničku psihologiju.
64. Olsson MB (2008) Understanding individual differences in adaptation in parents of children with intellectual disabilities: a risk and resilience perspective. In: Glidden LM (ed.) *International Review of Research in Mental Retardation*, Vol 36. Burlington: Academic Press, pp. 281–315.
65. Pandžić, M., Vrselja, I. i Merkaš, M. (2017). Roditeljska samoefikasnost i rizično i antisocijalno ponašanje adolescenata: posredujuća uloga roditeljskog kažnjavanja i školske uključenosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*
66. Parish, S. L., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Floyd, F. (2004). Economic implications of caregiving at midlife: Comparing parents with and without children who have developmental disabilities. *Mental retardation*, 42(6), 413-426.
67. Park CL (2013) The meaning making model: a framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology
68. Peer, J. W., & Hillman, S. B. (2014). Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: A review of key factors and recommendations for practitioners. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 11(2), 92-98.

69. Petani, R., & Kristić, K. (2012). Komparativni pristup programima osposobljavanja obitelji i potpori roditeljima. *Pedagogijska istraživanja*, 9(1/2), 117-128.
70. Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 51(2), 109-124.
71. Podvezanec, D. (2020). *Mentalno zdravlje roditelja djece s intelektualnim teškoćama* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
72. Pourmohamadreza-Tajrishi, M., Azadfallah, P., Garakani, S. H., & Bakhshi, E. (2015). The effect of problem-focused coping strategy training on psychological symptoms of mothers of children with down syndrome. *Iranian journal of public health*, 44(2), 254.
73. Rajan, A. M., & John, R. (2017). Resilience and impact of children's intellectual disability on Indian parents. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(4), 315-324.
74. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
75. Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral/psychoeducational treatments for autism: research needs and future directions. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 30(5).
76. Shearn, J., & Todd, S. (2000). Maternal Employment and Family Responsibilities: the Perspectives of Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13(3), 109–131. doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00021.x
77. Sheeran, T., Marvin, R. S., & Pianta, R. (1997). Mothers' resolution of their child's diagnosis and self-reported measures of parenting stress, marital relations, and social support. *Journal of pediatric psychology*, 22(2), 197-212.
78. Sheikh, M. H., Ashraf, S., Imran, N., Hussain, S., & Azeem, M. W. (2018). Psychiatric morbidity, perceived stress and ways of coping among parents of children with intellectual disability in Lahore, Pakistan. *Cureus*, 10(2).
79. Shin, J. Y. (2002). Social support for families of children with mental retardation: Comparison between Korea and the United States. *Mental Retardation*, 40(2), 103-118.
80. Shin, J., Nhan, N. V., Crittenden, K. S., Hong, H. T. D., Flory, M., & Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(10), 748-760.
81. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & McAleavey, K. M. (2007). Mindful Parenting Decreases Aggression and Increases Social

- Behavior in Children With Developmental Disabilities. *Behavior Modification*, 31(6), 749–771. doi:10.1177/0145445507300924
82. Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2007). A Comparative Analysis of Well-Being and Coping among Mothers of Toddlers and Mothers of Adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 876–889. doi:10.1007/s10803-007-0461-6
83. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*.
84. Van Bokhoven, H. (2011). Genetic and epigenetic networks in intellectual disabilities. *Annual review of genetics*, 45, 81-104
85. Vidanović, I. I Kolar, D. (2003). *Mentalna higijena*. Beograd: Krug centar.
86. Wang, Y., Lippke, S., Miao, M., & Gan, Y. (2019). Restoring meaning in life by meaning-focused coping: The role of self-distancing. *PsyCh journal*, 8(3), 386-396.
87. Wiggs, L., & Stores, G. (2001). Behavioural treatment for sleep problems in children with severe intellectual disabilities and daytime challenging behaviour: effect on mothers and fathers. *British journal of health psychology*, 6(3), 257-269.
88. Wong, D. F. K., Poon, A., & Kwok, Y. L. (2011). The maintenance effect of cognitive-behavioural treatment groups for the Chinese parents of children with intellectual disabilities in Melbourne, Australia: a 6-month follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1043-1053.
89. World Health Organization. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* Geneva: World Health Organization; 2004.
90. Zvizdić, S. (2015). *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*. Sarajevo: Sarajevo. Filozofski fakultet.