

Čuječnost pri starejših odraslih: učinki programov čuječnosti na duševno zdravje starejših ter uspešno staranje

Nuša Zadravec Šedivy

Slovenski center za raziskovanje samomora

Inštitut Andrej Marušič Univerze na Primorskem

Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije

Univerze na Primorskem

nusa.sedivy@iam.upr.si

Vita Poštuvan

Slovenski center za raziskovanje samomora

Inštitut Andrej Marušič Univerze na Primorskem

Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije

Univerze na Primorskem

vita.postuvan@upr.si

Praksa čuječnosti postaja razširjen pristop za izboljšanje psihičnega blagostanja in vzdrževanje duševnega zdravja. Vključuje razvoj sposobnosti namenskega in sočutnega usmerjanja pozornosti na izkušnjo sedanjega trenutka, ne da bi se na to izkušnjo odzvali ali jo interpretirali. Gre torej za prilagoditveni psihološki proces za doseganje čustvene samoregulacije in zmanjšanje stresa. V zadnjih desetletjih je vse več zanimanja za preučevanje potenciala na čuječnosti temelječih intervencij kot podpornih pri uspešnem staranju. Starejši odrasli namreč pogosteje kot v drugih življenjskih obdobjih doživljajo določene vrste stresa, osamljenost, izgube, žalovanje, upad telesnih funkcij in druge zdravstvene težave. Pretekle raziskave kot tudi evalvacija programov čuječnosti NARA, ki jo predstavljamo v tem poglavju in je bila izvedena z namenom preverjanja učinkov tovrstnih intervencij na psihično blagostanje ter duševno zdravje starejših odraslih v Sloveniji, kažejo, da praksa čuječnosti ponuja pomembne pozitivne spremembe na področju duševnega zdravja in psihičnega blagostanja kot tudi številne koristi na področju telesnega zdravja starejših odraslih.

Ključne besede: čuječnost, starejši odrasli, duševno zdravje, na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (MBCT), na čuječnosti temelječi program za zmanjšanje stresa (MBSR)

Opredelitev čuječnosti

Čuječnost pomeni biti pozoren na poseben način: z namenom, v sedanjem trenutku in brez obsojanja (Kabat-Zinn 1994). Čuječnost je opredeljena kot

usmerjanje posameznikove celotne pozornosti v doživljanje izkušenj vsakega posameznega trenutka, pri čemer posameznik izkušnjo sprejema takšno, kot je, in je ne ocenjuje ali obsoja (Baer idr. 2006; Brown in Ryan 2003). Avtorji izpostavljajo, da je čuječnost subtilen in kompleksen pojem, ki ga težko enoznačno definiramo (Baer idr. 2009), a lahko njegovo razumevanje razširimo in jasneje opredelimo s pomočjo sedmih temeljev oz. kvalitet čuječega odnosa, ki vključujejo vse vidike našega doživljanja, kot jih opisuje Kabat-Zinn (1990): neobsojanja, potrpežljivosti, otroške radovednosti, zaupanja, neprizadevanja, sprejemanja in nenavezanosti.

Programi čuječnosti

Kabat-Zinn (1990) je prvotno razvil na čuječnosti temelječ program za zmanjšanje stresa (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) in sicer za obvladovanje bolečine za kronično telesno bolne posameznike. Poudarek tega programa je na razvoju veščin čuječnosti s pomočjo meditacije in čuječe joge, pri čemer se posameznik uči izkušnje fizične ali čustvene bolečine, ki jih doživlja med temi dejavnostmi, povezati v zavedanje sedanjega trenutka in jih sprejeti. Te veščine se nato izvajajo tudi izven treningov. Pri »vaji opazovanja telesa« posameznik s kronično bolečino tako vadi zavedanje in sprejemanje bolečine ter skozi tovrstne meditativne izkušnje razvija sposobnost preusmeritve pozornosti na druge dele telesa. Usposabljanje po programu MBSR vključuje osem tedenskih dve uri in pol trajajočih srečanj ter 40 minut dnevne domače naloge. Ruth A. Baer (2003) je ugotovila, da lahko program MBSR pomaga ublažiti vrsto duševnih in telesnih težav, kot so anksioznost, stres, depresija, prenašanje, kronične bolečine, fibromialgija in luskavica, ter izboljša psihološko delovanje.

Kot kombinacija programa MBSR in kognitivne terapije se je nadalje razvila tudi na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT) (Segal, Williams in Teasdale 2002). Gre za program, ki v osnovi združuje filozofijo čuječnosti, ki ima svoje korenine v budizmu (Kabat-Zinn 1994), ter elemente kognitivne terapije (Beck idr. 1979). Oblikovan je tako, da omogoča prepoznavanje lastnega doživljanja in sprejemanje le-tega. V prvi vrsti je bil omenjen program zasnovan za posameznike s ponavljajočo se depresivno motnjo (Kuyken idr. 2008; Segal, Williams in Teasdale 2002; Teasdale idr. 2000; Williams idr. 2007), a je zaradi svoje usmerjenosti v izboljšanje kvalitete življenja primeren za uporabo tudi v skupinah ljudi z različnimi drugimi težavami (Ledesma in Kumano 2009; Morone idr. 2009). V osnovi program temelji na preprostih praksah meditacije in usmerjanja pozornosti v sedanji trenutek (Williams idr. 2007). Njegov bistveni element je

vnašanje večjega zavedanja misli, čustev in telesnih občutkov v vsakdanje življenje, rezultati pa se kažejo v izboljšanem razumevanju lastnega doživljanja in dolgoročno višji kвалiteti življenja, kar potrjujejo številne empirične raziskave. Kljub temu da MBCT vsebuje določene elemente kognitivne terapije, pa udeležencem ne nudi terapevtske pomoči niti ne trenutnih rešitev za akutne duševne težave. Zato tudi ni primeren za posameznike, ki trenutno trpijo zaradi hude duševne motnje.

MBCT ponuja niz preprostih in učinkovitih strategij samouravnavanja, ki jih lahko udeleženci uporabljajo za izboljšanje svojega duševnega in telesnega zdravja kot tudi za pomoč pri preprečevanju depresivnih epizod, v kolikor so vanj vključeni udeleženci s ponavljajočo se depresivno motnjo, za katere je bil program prvotno oblikovan. Udeleženci tekom programa dobijo možnost, da se naučijo in prakticirajo nove tehnike, ki ljudem pomagajo, da se naučijo praktičnih strategij za upravljanje svojih misli in telesa. Tehnike temeljijo na preprostih praksah meditacije in se poučujejo v manjših skupinah. Tečaj navadno traja od šest do osem tednov (šest do osem srečanj), in sicer po dve ali dve uri in pol na teden, ter eno razširjeno celodnevno srečanje. To srečanje je t. i. tiho srečanje in običajno poteka v soboto po šestem tednu. Poleg tega se od udeležencev pričakuje, da bodo vsak dan doma opravljali vaje (približno 45 minut). Jedro oz. cilj tečaja je udeležence naučiti, kako se začeti zavedati zgodnjih opozorilnih znakov poslabšanja razpoloženja, tekom tečaja pa so predstavljeni tudi načini, s katerimi lahko posameznik prepreči negativne misli od samega začetka pojava misli in s tem preprečuje pojavnost stisk ali depresivnih epizod. Program vključuje tehnike in vaje iz kognitivno-vedenjske terapije ter obsega tehnike usmerjanja pozornosti v dihanje, telo in druga sidra pozornosti ter s tem udeležencem pomaga uza-vestiti spremembe v njihovih mislih in telesu. Poleg tega program vključuje tudi osnovno izobraževanje o naravi duševne stiske, v okviru katerega je poudarjen pomen povezave med mišljenjem in občutki.

Na podlagi številnih raziskav je bilo potrjeno, da MBCT statistično pomembno zniža stopnjo ponovitve depresije (Michalak idr. 2008), in sicer za več kot polovico v 12 mesecih (Ma in Teasdale 2004; Teasdale idr. 2000). Raziskovalci ugotavljajo, da je program MBCT učinkovitejši pri preprečevanju ponovitve depresije kot samo zdravljenje z antidepressivi ter da izboljšuje kakovost življenja (Kuyken idr. 2008). Program je priporočljiv za ljudi, ki trenutno niso depresivni, kot način za preprečevanje pojava ponovnih epizod, ne pa tudi za bolnike s trenutno epizodo depresije, saj program ne nudi terapevtske pomoči (Barnhofer idr. 2009; Kenny in Williams 2007). V zadnjem času pa se v literaturi pojavlja vse več izsledkov raziskav, ki kažejo na učinkovitost

programa tudi za širok spekter udeležencev z različnimi drugimi težavami (Baer 2003; Hayes idr. 2004; Robins in Chapman 2004).

Čuječnost pri starejših odraslih

V zadnjih dveh desetletjih je vse več zanimanja za preučevanje potenciala na čuječnosti temelječih intervencij kot podpornih pri uspešnem staranju, ki je po klasičnem konceptu Rowa in Kahna (1997) opredeljeno kot visoko telesno, psihološko in socialno delovanje v starosti brez večjih zdravstvenih težav. Čeprav je proces staranja povezan z veliko heterogenostjo, za katero je značilna variabilnost v fizičnem in duševnem zdravju, delovanju, spretnostih za soočanje s težavami in dostopu do virov, je ne glede na heterogenost populacije staranje pogosto povezano z upadom kognitivnega delovanja (Geiger idr. 2016; Tucker-Drob 2011) in razvojem različnih kroničnih bolezni, kot so diabetes, demenca, bolezni srca in ožilja ter bolezni dihal.

Slednje so pogosto povezane tudi s povečanim tveganjem za razvoj komorbidnih duševnih motenj (McBee 2009). Michele J. Karel, Margaret Gatz in Smyer (2012) so tako poročali, da je v ZDA približno 20,4 % posameznikov, starih 65 let in več, v zadnjih 12 mesecih izpolnjevalo diagnostična merila za duševno motnjo, poleg tega pa pregledna članka s področja poročata, da več kot 30 % starejših v domovih starejših občanov kaže klinično pomembne simptome depresije (Seitz, Purandare in Conn 2010), približno 10 % starejših odraslih pa da ima klinično pomembne simptome anksioznosti (Geiger idr. 2016). Ker pa duševne motnje v pozni odraslosti pogosto obstajajo sočasno z drugimi dolgotrajnimi zdravstvenimi stanji, kot je srčno-žilna bolezen (Bohlmeijer idr. 2010), so duševne motnje pri starejših odraslih pogosto spregledane, kar povzroča zamude pri zdravljenju (Ciechanowski, Katon in Russo 2000) kot tudi zmanjšanje fizičnih, kognitivnih in socialnih vidikov delovanja (Fiocco in Mallya 2015).

Starejši odrasli pogosteje kot v drugih življenjskih obdobjih doživljajo tudi določene vrste stresa, ki je lahko povezan z različnimi spremembami in življenjskimi dogodki v tem obdobju. Starejši odrasli se namreč pogosto srečujejo z različnimi oblikami izgube (npr. izguba doma, družine, prijateljev) (McBee 2009), žalovanjem, osamljenostjo, nizkim samospoštovanjem in s splošnim iskanjem življenjskega smisla (Fiocco in Mallya 2015). Stres in negativni življenjski dogodki so povezani s škodljivimi učinki na fizično ter duševno zdravje v pozni odraslosti in prispevajo k negativnim zdravstvenim izidom. Glede na visoko stopnjo komorbidnosti telesnih in/ali duševnih težav med starejšimi odraslimi je nujen celosten pristop k oskrbi, ki obravnava splošno zdravje in dobro počutje starejših odraslih.

Učinki programov čuječnosti na zdravje

Blazer (2002) navaja, da lahko starejši odrasli razvijejo veščine za prilagajanje na izzive staranja, kar zmanjša tveganje za razvoj duševnih težav. Trening čuječnosti (MBSR/MBCT) poudarja razvoj tovrstnih veščin, pri čemer se posebej osredotoča na razvijanje veščin za sprejemanje sprememb. Te veščine so lahko še posebej pomembne pri starejših, ki doživljajo številne neizogibne izgube in se bodo verjetneje zanašali na pasivne strategije uravnavanja čustev, kot so npr. potlačevanje čustev, neukvarjanje s težavo, izogibanje (Blanchard-Fields, Stein in Watson 2004). Razvoj veščin čuječnosti je ena od metod za zagotavljanje preventive pri razvoju duševnih težav pri starejših odraslih, tudi zato, ker ti pogosto neradi iščejo storitve s področja duševnega zdravja zaradi stigme, nepoznavanja ali zanikanja težav ali ovir pri dostopu (Gellis 2006), veščine čuječnosti pa so jim olajšale ponovno povezavo s »pozitivno duhovnostjo«, ki je bila identificirana kot dejavnik uspešnega staranja (Crowther idr. 2002). Tudi Lucia McBee (2008) je poročala, da so starejši odrasli, s katerimi je izvajala program MBSR, poročali o ponovni povezavi s svojimi duhovnimi koreninami kot rezultatu meditativnih vaj. Poleg tega so udeleženci poročali o zmanjšanju občutkov žalosti in tudi zmanjšanju bolečine.

Pretekle raziskave navajajo tudi številne druge koristi programov čuječnosti tako na področju duševnega kot tudi telesnega zdravja starejših odraslih. Dolgoročna praksa čuječnosti se je pokazala kot potencialno učinkovita nefarmakološka terapevtska intervencija, saj je na njeni podlagi prišlo do kognitivnega in funkcionalnega izboljšanja pri starejših odraslih z blagim kognitivnim upadom (Wong idr. 2017). Podobno so tudi Holly Hazlett-Stevens, Singer in Adrienne Chong (2019) program MBSR prepoznali kot obetavno intervencijo za starejše odrasle, ki se soočajo z različnimi zdravstvenimi težavami in morda celo s kognitivnim upadom. Raziskave, ki so preučevale učinkovitost programa MBCT pri zdravljenju anksioznosti in depresije pri starejših odraslih, so prav tako pokazale posamezne pozitivne učinke tovrstnih programov (Hazlett-Stevens, Singer in Chong 2018; Li in Bressington 2019; Thomas, Chur-Hansen in Turner 2020), program MBSR pa se je pokazal kot potencialno učinkovit tudi pri zmanjšanju osamljenosti starejših odraslih (Creswell idr. 2012) in kot obetavna skupinska intervencija za zmanjševanje psihološke stiske v tej populaciji (Young in Baime 2010). Prav tako so se programi čuječnosti izkazali kot pozitivno sprejeti s strani starejših odraslih (Foulk idr. 2014).

Spodbujanje pozitivnega samozaznavanja staranja skozi čuječnost

Serija raziskav (Levy 1996; Levy idr. 2000; Levy idr. 2002) o dožemanju lastnega staranja in vplivu samozaznavanja staranja na zdravje, delovanje ter prežive-

tje starejših odraslih kaže, da prepričanja starejših odraslih o starajoči se populaciji vplivajo na njihovo kognitivno in fizično delovanje. Starejši odrasli, ki so bili pod vplivom pozitivnih stereotipov o starajoči se populaciji, so imeli boljši spomin, bolj nadzorovano pisavo, hitrejšo hojo, močnejšo voljo do življenja in nižji kardiovaskularni odziv na stres v primerjavi s tistimi, ki so bili pod vplivom negativnih stereotipov. Ti izsledki kažejo na potrebo po obravnavi ponotranjenega implicitnega staranja in naslavljanju negativnih stereotipov o starajoči se populaciji. Becca R. Levy idr. (2002) navajajo, da je eden od pristopov za izboljšanje negativnih stereotipov pri starejših odraslih spodbujanje zavedanja o samostigmatizaciji, pri čemer je lahko učinkovit trening veščin čuječnosti, ki spodbuja samozavedanje misli in občutkov, prav tako pa vpliva na vzdrževanje in usmerjanje pozornosti (Bishop idr. 2004; Jha, Krompinger in Baime 2007). Trening čuječnosti lahko starejšim odraslim pomaga uzavestiti in opaziti, kdaj imajo samodejne, družbeno pogojene negativne misli in občutke glede staranja, veščine, pridobljene v programu čuječnosti, pa so jim lahko v pomoč pri tem, da tovrstne predsodke opustijo. Poleg tega meditativne tradicije uravnavajo zavedanje s spodbujanjem samosprejemanja in neobsojanja. Prakse, ki spodbujajo sprejemanje, lahko zmanjšajo nagnjenost starejših odraslih k samostigmatizaciji.

Čuječnost kot podpora žalovanju

Čeprav se z žalovanjem ob izgubi soočamo v vseh življenjskih obdobjih, pa je žalovanje v pozni odraslosti pogostejše prisotno, saj je to obdobje, ko se posamezniki pogostejše kot v drugih starostnih obdobjih soočajo z različnimi izgubami. Akutno žalovanje se običajno sčasoma razvije v integrirano žalovanje, a vendar lahko pri nekaterih pride do podaljšanega žalovanja, ki je dolgotrajnejše in intenzivnejše. Podaljšano žalovanje je lahko povezano tudi z večjim tveganjem za razvoj depresije in samomorilnih misli (Poštuvan 2022).

V tujini in v Sloveniji so se že uveljavile tudi na čuječnosti temelječe intervencije za podporo pri žalovanju, še posebej namenjene posameznikom s podaljšanim žalovanjem, kot je npr. NARA – na čuječnosti temelječa podpora žalovanju (Cacciatore in Flint 2012; Cacciatore idr. 2014; UP IAM, Slovenski center za raziskovanje samomora b. l.). Proces žalovanja v določenih fazah vsebuje številne čustvene, kognitivne in vedenjske vzorce, ki so skladni z depresijo – občutke žalosti, trpljenja, potrnosti, nespečnost, izgubo volje, anhedonijo. Na čuječnosti utemeljeni programi podpore žalujočim temeljijo na zavedanju in sprejemanju posameznikovega odziva na smrt. Tako krepijo čustveno toleranco ter posameznika učijo biti z bolečino in s trpljenjem, ki ju prinaša izguba. Prav tako žalujočim odpirajo polje zavedanja in ponujajo

izbor zavestnih psiholoških odgovorov na dano situacijo, v nasprotju z manj zavestnimi, avtomatskimi odzivi, ki lahko povzročijo dodatne zaplete v procesu žalovanja (Cacciatore idr. 2014). Vsi ti elementi so lahko v pomoč pri oblikovanju načinov spoprijemanja z občutki, ki jih prinese smrt bližnjega. Programi so v svoji osnovi fleksibilni in se lahko prilagajajo potrebam udeležencev. Iz tega razloga lahko v svoji izvedbi upoštevajo kulturne specifike ter dopuščajo, da udeleženci v svojo individualno prakso vnesejo elemente duhovnosti, v kolikor jim ti pomagajo pri soočanju z izgubo. Raziskave kažejo, da lahko na čuječnosti utemeljeni programi podpore, ki temeljijo na sočutju in čuječi prisotnosti, tudi v primeru travmatskih izgub preprečujejo razvoj negativnih psihiatričnih posledic za žalujoče (Rushton idr. 2009; Walsh 2007).

Programi čuječnosti NARA v Sloveniji

V Slovenskem centru za raziskovanje samomora, ki deluje v okviru Inštituta Andrej Marušič Univerze na Primorskem, smo leta 2011 začeli z delom na področju razvijanja programov čuječnosti zaradi obetajočih možnosti preprečevanja samomora pri nas (Poštuvan in Tančič Grum 2015). Sprva smo razvili osemtedenski *Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost*, predvsem za ljudi v stiski, ki smo ga z leti nadgrajevali in razvijali nove programe, kot sta *Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom*, ki je v spletni obliki namenjen najširši publiki za osebno rast, in *Program NARA – Na čuječnosti temelječa podpora žalovanju*, ki je namenjen svojem po smrti bližnje osebe (UP IAM, Slovenski center za raziskovanje samomora b. l.).

Programi NARA so zasnovani za boljše soočanje s stresnimi življenjskimi situacijami in za preprečevanje ter obvladovanje stresa, depresije in drugih neprijetnih občutij (Poštuvan in Tančič Grum 2015). Ponujajo niz preprostih in učinkovitih strategij, ki jih lahko uporabljamo za izboljšanje svojega duševnega in telesnega zdravja. Temelj programov predstavlja na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (MBCT).

Učinki programa NARA pri starejših odraslih

Starejše odrasle, stare nad 65 let, smo v preteklih letih vključili v osnovni osemtedenski Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost, v obdobju pandemije covida-19 pa tudi v spletni osemtedenski Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom. Z namenom preverjanja učinkov obeh omenjenih programov čuječnosti na duševno zdravje in psihično blagostanje starejših odraslih, in sicer ločeno za posamezni način izvedbe (v živo, preko spleta), smo izvedli evalvacijo dosedanjih

izvedb programov. Na podlagi izsledkov predhodnih raziskav (Blazer 2002; Crowther idr. 2002; McBee 2008), ki potrjujejo pozitivne učinke programov čuječnosti na duševno zdravje starejših odraslih, smo predpostavili, da bodo udeleženci obeh programov poročali o boljšem duševnem zdravju in večjem psihičnem blagostanju po zaključku programa v primerjavi z obdobjem pred vključitvijo v program. Namen raziskave je evalvacija učinkov programov NARA na duševno zdravje starejših odraslih.

Metoda

Udeleženci

V programe NARA, na katerih temelji evalvacija, smo vključili skupno 39 starejših odraslih (od tega 83,8 % žensk). 23 udeležencev je sodelovalo v Programu NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost, ki je potekal v živo (od tega 91,3 % žensk), pri čemer so bili razdeljeni v tri starostno homogene skupine. V vsaki skupini je bilo od šest do devet oseb. 16 udeležencev pa je sodelovalo v dveh starostno heterogenih spletnih izvedbah Programa NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom (od tega 71,4 % žensk). Povprečna starost udeležencev je bila 69,4 leta ($SD = 3,88$).

Pripomočki

Med udeležene starejše odrasle smo pred in po izvedbi osem tedenskega programa aplicirali baterijo vprašalnikov, s čimer smo dobili vpogled v spremembo stanja na področju psihičnega blagostanja in duševnega zdravja, pri čemer smo se osredotočili na spremembe v simptomih depresivnosti, anksioznosti in stresa.

- Psihično blagostanje smo preverjali s *Kazalcem blaginje* (WHO5) (World Health Organization 1998). Lestvica predstavlja samooceno kakovosti življenja. Vključuje pet postavk, na katere posameznik odgovarja na šeststopenjski Likertovi lestvici v razponu od 0, ki pomeni, da opisano počutje v zadnjih dveh tednih pri osebi ni bilo prisotno, do 5, ki pomeni, da je bilo opisano počutje v zadnjih dveh tednih pri osebi prisotno ves čas. Skupno število točk se pretvori v odstotke, kjer 0 odstotkov predstavlja najslabšo možno, 100 odstotkov pa najboljšo možno kakovost življenja. Vrednost Cronbachove α za naš vzorec je bila 0,88 ter 0,91, kar kaže na dobro notranjo zanesljivost.
- Simptome depresivnosti, anksioznosti in stresa smo preverjali z *Lestvico depresivnosti, anksioznosti in stresa* (DASS21) (Lovibond in Lovibond 1995). Lestvica meri samooceno občutenja negativnih čustev in

občutkov depresije, anksioznosti in stresa v preteklem tednu. Vključuje 21 postavk, na katere posameznik odgovarja na štiristopenjski Likertovi lestvici v razponu od 0 (zame ne velja) do 3 (zame povsem velja). Višja vrednost na posameznih podlestvicah pomeni negativnejše občutke. Koeficienti zanesljivosti Cronbachove α za podlestvico DASS-21 so bili predhodno izračunani na kliničnih in nekliničnih vzorcih, kjer so avtorji poročali o Cronbachovi α 0,94 za podlestvico depresije, 0,87 za podlestvico anksioznosti in 0,91 za podlestvico stresa (Antony idr. 1998). Vrednost Cronbachove α za naš vzorec je bila 0,86 in 0,88 na podlestvici depresivnosti, 0,85 na podlestvici anksioznosti ter 0,88 in 0,82 na podlestvici stresa.

Postopek

Starejše odrasle smo vključili v osnovni osemtedenski Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost, ki je potekal v živo v letih 2012 in 2013, ter v spletni osemtedenski Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom v letih 2021 in 2022 v obdobju pandemije covid-19. Udeleženci so bili o izvedbi programa Programa NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost obveščeni preko obvestil v okviru domov starejših občanov ter preko spletne strani Živ? Živ!, o izvedbi Programa NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom pa preko elektronske pošte, družabnih omrežij in spletne strani Živ? Živ!. Posamezniki, ki so se odločili za sodelovanje v programu, so se na Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost prijavili pri odgovorni osebi v domu starejših občanov, na Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom pa preko spletnega obrazca. Pred izvedbo so vsi prijavljeni prejeli natančne informacije o izvedbi programa kot tudi informacije o vključitvenih oz. izključitvenih kriterijih za udeležbo, kar je vključevalo tudi težje oblike duševnih motenj v času izvajanja programa. V primeru akutnih duševnih motenj jim je bila udeležba v programu odsvetovana. Oba programa sta obsegala osem tednov, s po enim tedenskim srečanjem v živo oz. preko spleta. Udeleženci obeh programov so prejeli tudi gradiva za izvajanje vaj čuječnosti doma. Vseh 39 udeležencev je izpolnilo baterijo vprašalnikov pred izvedbo programa, medtem ko je po koncu osemtedenskega programa baterijo vprašalnikov ponovno izpolnilo 26 udeležencev.

Analiza podatkov

Podatke smo analizirali s programom IBM SPSS Statistics. Za opis vzorca smo uporabili deskriptivno statistiko (M , SD in f). Primerjavo parametrov psihič-

Preglednica 1 Primerjava psihičnega blagostanja in simptomov depresivnosti, anksioznosti ter stresa pred in po izvedbi programov NARA v živo ter preko spleta

Skupina	Vprašalnik	Pred izvedbo		Po izvedbi					
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
V živo	WHO5	46,35	16,13	64,00	12,65	-5,07	16	<0,001	1,23
	DASS21								
	Depresija	6,75	3,86	4,44	2,94	3,42	15	0,004	0,86
	Aksioznost	5,24	3,44	3,94	3,61	1,57	16	0,137	0,38
Splet	Stres	8,85	4,02	6,85	3,46	1,87	12	0,086	0,52
	WHO5	60,44	20,73	79,11	21,33	-2,84	8	0,022	0,95
	DASS21								
	Depresija	13,11	2,20	9,22	2,39	4,38	8	0,002	1,46
	Aksioznost	10,56	3,13	9,33	3,00	0,92	8	0,385	0,31
	Stres	13,67	2,78	10,56	1,67	3,63	8	0,007	1,21

nega blagostanja in duševnega zdravja pred ter po izvedbi programov NARA smo izvedli z uporabo *t*-testa za odvisne vzorce, za mero velikosti učinka pa smo uporabili Cohenov *d*.

Rezultati

Podatke, zbrane z zgoraj opisanimi vprašalniki pred in po izvedbi programa NARA, smo primerjali med sabo, pri čemer smo ločeno analizirali podatke za vsakega od programov: Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost (v živo) ter Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom (preko spleta).

V preglednici 1 vidimo, da se je pri starejših odraslih, ki so bili vključeni v Program NARA – obvladovanje stresa in depresije skozi čuječnost (v živo), po udeležbi v programu pomembno zvišala raven psihičnega blagostanja ($t(16) = -5,07, p < 0,05$), kar predstavlja visoko velikost učinka ($d = 1,23$), pomembno znižala pa se je raven simptomov depresije ($t(15) = 3,42, p < 0,05$), kar prav tako predstavlja visoko velikost učinka ($d = 0,86$). Podobno se je tudi pri starejših odraslih, ki so bili vključeni v Program NARA – Na čuječnosti temelječe soočanje z vsakdanjikom (preko spleta), po udeležbi v programu pomembno zvišala raven psihičnega blagostanja ($t(8) = -2,84, p < 0,05$), kar predstavlja visoko velikost učinka ($d = 0,95$), pomembno znižali pa sta se ravni simptomov depresije ($t(8) = 4,38, p < 0,05$) in stresa ($t(8) = 3,63, p < 0,05$), kar pri obeh predstavlja visoko velikost učinka ($d = 1,46; d = 1,21$).

Razprava

Programi čuječnosti NARA so pokazali pomembne učinke ne glede na izvedbeno obliko programa, saj so se pomembne pozitivne spremembe na pod-

ročju duševnega zdravja kot tudi psihičnega blagostanja pokazale tako pri posameznikih, ki so se udeležili programa v živo, kot tudi tistih, ki so se udeležili programa v spletni obliki. Oboji so namreč poročali o pomembno višjem psihičnem blagostanju kot tudi šibkejših občutkih depresije in stresa, kar je v skladu s predhodnimi raziskavami (Blazer 2002; Crowther idr. 2002; McBee 2008). Pa vendar rezultati za nobenega od navedenih programov NARA niso pokazali statistično pomembnih razlik pri udeležencih na podlestvici anksioznosti. Razlog za to je morda lahko povezan s samo vsebino programov, ki so v osnovi oblikovani z namenom zmanjševanja stresa (MBSR) oz. preprečevanja ponavljajoče depresije (MBCT), manj pa so vsebine neposredno vezane na področje anksioznosti. Ob tem je treba izpostaviti, da smo v naši evalvaciji učinke programa merili neposredno po koncu programa, zato bi bilo v prihodnje koristno preveriti tudi, kakšni so dolgoročni učinki programa.

Čeprav se v programu izpostavlja pomen nadaljevanja prakticiranja prakse čuječnosti tudi po koncu programa, kar bi lahko prispevalo k pozitivnim učinkom programa na duševno zdravje tudi na daljši rok, bi bilo dolgoročno pomembno spremljati tudi, kolikšen delež posameznikov, ki so zaključili s programom, s prakticiranjem prakse čuječnosti tudi nadaljuje in po kolikšnem času učinki programa niso več opazni pri posameznikih, ki s prakticiranjem prakse čuječnosti po zaključku programa niso nadaljevali. Ne glede na možne pomisleke in potrebo no nadaljnjem raziskovanju področja nam izsledki naše evalvacije dajejo pomemben vpogled v učinkovitost tovrstnih intervencij ter glede na primerljivost učinkov izvedbe v živo in izvedbe preko spleta tudi pomembne informacije pri snovanju na čuječnosti temelječih programov, namenjenih starejšim odraslim.

Zaključek

Izsledki raziskav učinkov na čuječnosti temelječih programov tako v tujini kot v Sloveniji kažejo, da imajo lahko tovrstne intervencije številne pozitivne učinke na telesno in duševno zdravje starejših odraslih ter lahko predstavljajo pomembno podporo uspešnemu staranju. Programi čuječnosti pa lahko dodatno predstavljajo tudi učinkovito podporo v procesu žalovanja.

Na čuječnosti temelječi programi so hkrati v veliki meri fleksibilni, tako da se lahko dobro prilagodijo starajoči se populaciji, tako preko prilagoditev dolžine posameznih srečanj, dolžine meditacij kot preko prilagoditev vaj glede na potrebe posameznika. Nenazadnje je sama praksa čuječnosti usmerjena v zaznavanje lastnih potreb in gojenje prijaznosti, ki v tem procesu pomenita tudi, da posameznik prilagodi izvajanje vaj čuječnosti svojim zmožnostim in omejitvam. Vaje čuječnosti sicer tudi v osnovi niso fizično zahtevne in so kot

take lahko primerne za širok spekter posameznikov, ne glede na fizično pripravljenost in telesne omejitve. Prav tako se lahko programi čuječnosti izvajajo v različnih skupinah ali individualno, pozitivni učinki programa na izboljšanje duševnega zdravja pa so se pokazali tako pri izvedbi programov v živo kot pri tisti preko spleta.

Slednje ugotovitve odpirajo možnosti dostopa do učinkovitih intervencij za izboljšanje (duševnega) zdravja, uspešno staranje pa tudi zmanjšanje osamljenosti starejših odraslih, ki se zaradi različnih omejitev težje udeležujejo skupinskih aktivnosti, ki potekajo v živo na določenih lokacijah. Prav tako pa način izvajanja programov čuječnosti temelji na individualnem delu in prenosu znanj ter veščin v vsakdanje življenje, kar predstavlja še en vidik fleksibilnosti, ki starejšim omogoča, da prakso čuječnosti prilagodijo svojim potrebam in svojemu življenjskemu slogu. Na čuječnosti temelječi programi so tako lahko široko uporabni in učinkoviti v obdobju pozne odraslosti ne glede na heterogenost te starostne skupine ter njeno variabilnost v fizičnem in duševnem zdravju, delovanju, spretnostih za soočanje s težavami in dostopu do virov.

Opomba

Predstavljena raziskava je bila izvedena v okviru projektov Z5-2661 in J5-3113, sofinanciranih s strani Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Literatura

- Antony, M. M., B. J. Cox, M. W. Enns, P. J. Bieling in R. P. Swinson. 1998. »Psychometric Properties of the 42-Item and 21-Item Versions of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample.« *Psychological Assessment* 10 (2): 176–181.
- Baer, R. A. 2003. »Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review.« *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2): 125–143.
- Baer, R. A., E. Walsh in E. L. B. Lykins. 2009. »Assessment of Mindfulness.« V *Clinical Handbook of Mindfulness*, uredil F. Didonna, 153–168. New York: Springer.
- Baer, R. A., G. T. Smith, J. Hopkins, J. Krietemeyer in L. Toney. 2006. »Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness.« *Assessment* 13 (1): 27–45.
- Barnhofer, T., C. Crane, E. Hargus, M. Amarasinghe, R. Winder in J. M. Williams. 2009. »Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Treatment for Chronic Depression: A Preliminary Study.« *Behaviour Research and Therapy* 47 (5): 366–373.

- Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw in G. Emery. 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Bishop, S. R., M. Lau, S. Shapiro, L. Carlson, N. D. Anderson, J. Carmody, G. Devins idr. 2004. »Mindfulness: A Proposed Operational Definition.« *Clinical Psychology: Science and Practice* 11 (3): 230–241.
- Blanchard-Fields, F., R. Stein in T. L. Watson. 2004. »Age Differences in Emotion-Regulation Strategies in Handling Everyday Problems.« *Journal of Gerontology* 59 (6): 261–269.
- Blazer, D. G. 2002. »Self-Efficacy and Depression in Late Life: A Primary Prevention Proposal.« *Aging and Mental Health* 6 (4): 315–324.
- Bohlmeijer, E., R. Prenger, E. Taal in P. Cuijpers. 2010. »The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Health of Adults with a Chronic Medical Disease: A Meta-Analysis.« *Journal of Psychosomatic Research* 68 (6): 539–544.
- Brown, K. W., in R. M. Ryan. 2003. »The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being.« *Journal of Personality and Social Psychology* 84 (4): 822–848.
- Cacciatore, J., in M. Flint. 2012. »ATTEND: Toward a Mindfulness-Based Bereavement Care Model.« *Death Studies* 36 (1): 61–82.
- Cacciatore, J., K. Thielemann, J. Osborn in K. Orlowski. 2014. »Of the Soul and Suffering: Mindfulness-Based Interventions and Bereavement.« *Clinical Social Work Journal* 42 (3): 269–281.
- Ciechanowski, P. S., W. J. Katon in J. E. Russo. 2000. »Depression and Diabetes: Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs.« *Archives of Internal Medicine* 160 (21): 3278–3285.
- Creswell, J. D., M. R. Irwin, L. J. Burkund, M. D. Lieberman, J. M. Arevalo, J. Ma, S. W. Cole idr. 2012. »Mindfulness-Based Stress Reduction Training Reduces Loneliness and Pro-Inflammatory Gene Expression in Older Adults: A Small Randomized Controlled Trial.« *Brain, Behavior, and Immunity* 26 (7): 1095–1101.
- Crowther, M. R., M. W. Parker, W. A. Achenbaum, W. L. Larimore in H. G. Koenig. 2002. »Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality; The Forgotten Factor.« *Gerontologist* 42 (5): 613–620.
- Fiocco, A. J., in S. Mallya. 2015. »The Importance of Cultivating Mindfulness for Cognitive and Emotional Well-Being in Late Life.« *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 20 (1): 35–40.
- Foulk, M. A., B. Ingersoll-Dayton, J. Kavanagh, E. Robinson in H. C. Kales. 2014. »Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: An Exploratory Study.« *Journal of Gerontological Social Work* 57 (5): 498–520.
- Geiger, P. J., I. A. Boggero, C. A. Brake, C. A. Caldera, H. L. Combs, J. R. Peters in R. Baer. A. 2016. »Mindfulness-Based Interventions for Older Adults.« *Mindfulness* 7 (2): 296–307.

- Gellis, Z. D. 2006. »Mental and Emotional Problems in Older Adults.« V *Handbook of Social Work in Health and Aging*, uredila B. Berkman, 129–139. New York: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., K. D. Strosahl, K. G. Wilson, R. T. Bissett, J. Pistorello, D. Toarmino, M. A. Polusny idr. 2004. »Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model.« *Psychological Record* 54 (4): 553–578.
- Hazlett-Stevens, H., J. Singer in A. Chong. 2019. »Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research.« *Clinical Gerontologist* 42 (4): 347–358.
- Jha, A. P., J. Krompinger in M. J. Baime. 2007. »Mindfulness Training Modifies Subsystems of Attention.« *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience* 7 (2): 109–119.
- Kabat-Zinn, J. 1990. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Mind and Body to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.
- . 1994. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion.
- . 2003. »Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future.« *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2): 144–156.
- Karel, M. J., M. Gatz in M. A. Smyer. 2012. »Aging and Mental Health in the Decade Ahead: What Psychologists Need to Know.« *American Psychologist* 67 (3): 184–198.
- Kenny, M. A., in J. M. G. Williams. 2007. »Treatment-Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy.« *Behaviour Research and Therapy* 45 (3): 617–625.
- Kuyken, W., S. Byford, R. S. Taylor, E. Watkins, E. Holden, K. White, B. Barrett idr. 2008. »Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression.« *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (6): 966–978.
- Ledesma, D., in H. Kumano. 2009. »Mindfulness-Based Stress Reduction and Cancer: A Meta-Analysis.« *Psycho-Oncology* 18 (6): 571–579.
- Levy, B. R. 1996. »Improving Memory in Old Age by Implicit Self-Stereotyping.« *Journal of Personality and Social Psychology* 71 (6): 1092–1107.
- Levy, B. R., M. D. Slade in S. V. Kasl. 2002. »Longitudinal Benefits of Positive Perceptions of Aging of Functional Health.« *Journal of Gerontology* 57 (5): 409–417.
- Levy, B. R., J. Hausdorff, R. Hencke in J. Y. Wei. 2000. »Reducing Cardiovascular Stress with Positive Self-Stereotypes of Aging.« *Journal of Gerontology* 55 (4): 205–213.
- Li, S. Y. H., in D. Bressington. 2019. »The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression, Anxiety, and Stress in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis.« *International Journal of Mental Health Nursing* 28 (3): 635–656.

- Lovibond, S. H., in P. F. Lovibond. 1995. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Ma, S. H., in J. D. Teasdale. 2004. »Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects.« *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (1): 31–40.
- McBee, L. 2008. *Mindfulness-Based Elder Care: A CAM Model for Frail Elders and Their Caregivers*. New York: Springer.
- . 2009. »Mindfulness-Based Elder Care: Communicating Mindfulness to Frail Elders and Their Caregivers.« V *Clinical Handbook of Mindfulness*, uredil F. Didonna, 431–445. New York: Springer.
- Michalak, J., T. Heidenreich, P. Meibert in D. Schulte. 2008. »Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder after Mindfulness-Based Cognitive Therapy.« *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (8): 630–633.
- Morone, N. E., B. L. Rollman, C. G. Moore, Q. Li in D. K. Weiner. 2009. »A Mind-Body Program for Older Adults with Chronic Low Back Pain: Results of a Pilot Study.« *Pain Medicine* 10 (8): 1395–1407.
- Poštuvan, V. 2022. *Po koncu: žalovanje in reintegracija bližnjih po samomoru*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Poštuvan, V., in A. Tančič Grum. 2015. *Program NARA: moč strokovnjakom skozi čuječnost*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Robins, C. J., in A. L. Chapman. 2004. »Dialectical Behavior Therapy: Current Status, Recent Developments, and Future Directions.« *Journal of Personality Disorders* 18 (1): 73–89.
- Rowe, J. W., in R. L. Kahn. 1997. »Successful Aging.« *Gerontologist* 37 (4): 433–440.
- Rushton, C. H., D. E. Sellers, K. S. Heller, B. Spring in B. M. Dossey. 2009. »Impact of a Contemplative End-of-Life Training Program: Being with Dying.« *Palliative and Supportive Care* 7 (4): 405–414.
- Segal, Z. V., J. M. G. Williams in J. D. Teasdale. 2002. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford.
- Seitz, D., N. Purandare in D. Conn. 2010. »Prevalence of Psychiatric Disorders among Older Adults in Long-Term Care Homes: A Systematic Review.« *International Psychogeriatrics* 22 (7): 1025–1039.
- Teasdale, J. D., Z. V. Segal, J. M. Williams, V. A. Ridgeway, J. M. Soulsby in M. A. Lau. 2000. »Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy.« *Journal of consulting and Clinical Psychology* 68 (4): 615–623.
- Thomas, R., A. Chur-Hansen in M. Turner. 2020. »A Systematic Review of Studies on the Use of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the Treatment of Anxiety and Depression in Older People.« *Mindfulness* 11 (7): 1599–1609.
- Tucker-Drob, E. M. 2011. »Neurocognitive Functions and Everyday Functions Change Together in Old Age.« *Neuropsychology* 25 (3): 368–377.

- UP IAM Slovenski center za raziskovanje samomora. B. l. »Programi NARA.« Živ? Živ! <https://zivziv.si/nara/>.
- Walsh, F. 2007. »Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience.« *Family Process* 46 (2): 207–227.
- Williams, J. M. G., J. D. Teasdale, Z. V. Segal in J. Kabat-Zinn. 2007. *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. New York: Guilford.
- World Health Organization. 1998. *Wellbeing Measures in Primary Health Care: The Depcare Project; Report on a WHO Meeting*. Stockholm: World Health Organization.
- Wong, W. P., J. Coles, R. Chambers, D. B. C. Wu in C. Hassed. 2017. »The Effects of Mindfulness on Older Adults with Mild Cognitive Impairment.« *Journal of Alzheimer's Disease Reports* 1 (1): 181–193.
- Young, L. A., in M. J. Baime. 2010. »Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on Emotional Distress in Older Adults.« *Complementary Health Practice Review* 15 (2): 59–64.

Mindfulness in Older Adults: Effects of Mindfulness Programmes on Mental Health and Successful Ageing

Mindfulness is becoming a widely used approach to improving psychological well-being. It involves developing the ability to purposefully direct attention to the experience of the present moment without reacting to or interpreting that experience. It is thus an adaptive psychological process to achieve emotional self-regulation and reduce stress. In recent decades, the study of the potential of mindfulness-based interventions to support successful ageing has gained interest. Older adults experience certain types of stress, loneliness, loss, grief, decline in body functions and other health problems more frequently than others. Previous research, as well as the evaluation of NARA mindfulness programmes that we present in this chapter, conducted with the aim of reviewing the impact of such interventions on the psychological well-being and mental health of older adults in Slovenia, shows that the practise of mindfulness offers significant positive changes in mental health and psychological well-being, as well as many benefits for the physical health of older adults.

Keywords: mindfulness, older adults, mental health, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), mindfulness-based stress reduction (MBSR)