

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

DOŽIVLJANJE PROGRAMA ČUJEČNOSTI PRI  
PREŽIVELIH BOLNICAH RAKA DOJKE IN RODIL

TINA ČERNE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Doživljanje programa čuječnosti pri preživelih bolnicah raka  
dojke in rodil**

(Cancer survivors experience of a mindfulness-based program)

Ime in priimek: Tina Černe

Študijski program: Uporabna psihologija, 2. stopnja

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: asist. Špela Miroševič

Koper, april 2019



## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Tina ČERNE

Naslov magistrskega dela: Doživljanje programa čuječnosti pri preživelih bolnicah raka dojke in rodil

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 59

Število slik: 2

Število tabel: 3

Število referenc: 114

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: asist. Špela Miroševič

UDK: 159.9:616-006(043.2)

Ključne besede: preživele onkološke bolnice, program čuječnosti, učinki čuječnosti, doživljanje programa

Izvleček:

V magistrskem delu smo proučili doživljanja posameznic z izkušnjo boleznimi raka dojke in rodil, ki so sodelovale v osem tedenskem programu čuječnosti. Zanimalo nas je, kakšne učinke programa čuječnosti zaznavajo in kako doživljajo program čuječnosti. S pristopom po poskusni teoriji smo analizirali sedem polstrukturiranih intervjujev. Rezultati so pokazali, da udeleženske programa zaznavajo sedem učinkov programa in štiri dejavnike, pomembne pri doživljanju programa. Zaznani učinki programa so: večja prisotnost v sedanjem trenutku, večje zavedanje, boljša samoregulacija, boljša skrb zase, večje sočutje do sebe, izboljšanje počutja in boljše spanje. Pomembni dejavniki pri raziskovanju doživljanja programa so: izvedba programa, doživljanje skupine, izzivi z izvajanjem in neizpolnjena pričakovanja. Kategorije, dobljene pri učinkih programa, smo povezali v model učinkov programa čuječnosti, ki predpostavlja, da večje zavedanje in večja prisotnost v sedanjem trenutku vplivata na večjo skrb zase in boljšo samoregulacijo ter krepita sočutje do sebe, kar nato vpliva na izboljšanje počutja in boljše spanje. Učinki se med seboj prepletajo in sovplivajo drug na drugega. Sklepamo, da je program čuječnosti lahko učinkovit način za spodbujanje dobrobiti in boljšega spoprijemanja. Magistrsko delo omogoča razumevanje, kako program čuječnosti vpliva na preživele onkološke bolnice, prav tako pa nakazuje na potrebo po dodatnih raziskavah področja.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Tina ČERNE

Title of the thesis: Cancer survivors experience of a mindfulness-based program

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 59

Number of figures: 2

Number of tables: 3

Number of references: 114

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Co-Mentor: Assist. Špela Miroševič

UDK: 159.9:616-006(043.2)

Keywords: cancer survivors, mindulness program, mindfulness effects, program experience

Abstract:

In the master's thesis, we studied the experiences of individuals with a history of breast and ovarian cancer, who participated in the eight-week mindfulness program. We were interested in how the participants experienced the mindfulness program and what were the perceived effects of the mindfulness program. With the grounded theory approach, we analyzed seven semi-structured interviews. The results showed that program participants perceive seven effects of the mindfulness program and four factors important in experiencing the program. The perceived effects of the program are: greater presence in the present moment, enhanced awareness, better self-regulation, greater self-care, enhanced self-compassion, improved well-being, and better sleep. The important factors which play a role in the experience of the program are program execution, group experience, implementation challenges, and unfulfilled expectations. Categories identified when researching perceived program effects were integrated into a model of program effects. The model suggests that enhanced awareness and a greater presence in the present moment affect greater self-regulation, self-care and enhance self-compassion, which then affect improved well-being and sleep. Perceived effects are intertwined and influence each other. we conclude that the mindfulness program is an efficient way of promoting coping and well-being. this master thesis provides the understanding of how mindfulness program affects cancer survivors and indicates the need for further research.

## KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	RAK DOJK IN RODIL.....	2
1.1.1	Kdo so preživele bolnice raka.....	2
1.1.2	Poročane potrebe žensk po zdravljenju raka dojke in rodil.....	3
1.1.2.1	Fizične in z zdravljenjem povezane potrebe.....	3
1.1.2.2	Psihosocialne potrebe.....	4
1.1.2.3	Informacijske in podporne potrebe.....	5
1.2	ČUJEČNOST.....	5
1.2.1	Model čuječnosti: aksiomi.....	6
1.2.1.1	Aksiom I: namera.....	7
1.2.1.2	Aksiom II – pozornost.....	7
1.2.1.3	Aksiom III – odnos.....	8
1.2.2	Mehanizmi čuječnosti.....	8
1.2.2.1	Vnovično zaznavanje.....	8
1.2.2.2	Samoregulacija in samoupravljanje.....	9
1.2.2.3	Jasnost vrednot.....	10
1.2.2.4	Kognitivna, čustvena in vedenjska fleksibilnost.....	10
1.2.2.5	Izpostavljanje.....	11
1.2.3	Čuječnost in duševno zdravje.....	11
1.2.4	Zgodovina čuječnosti v zahodni medicini in program čuječnosti.....	12
1.2.5	Mindfulness based cancer recovery (MBCR).....	13
1.2.6	Ugotovitve dosedanjih študij programov MBCR in MBSR.....	14
1.2.7	Čuječnost ter rak dojke in rodil na Slovenskem.....	17
1.2.8	Namen in cilji magistrskega dela.....	17
2	METODA.....	19
2.1	UDELEŽENCI.....	19
2.2	PRIPOMOČKI.....	19
2.3	POSTOPEK.....	20
2.3.1	Nabor udeleženk.....	20
2.3.2	Potek programa.....	20
2.3.3	Obveščeno soglasje za sodelovanje v raziskavi.....	23
2.3.4	Priprava, izvajanje intervjujev, snemanje in transkripcija.....	23
	<i>Analiza podatkov s programom Atlas.ti.....</i>	<i>24</i>
3	REZULTATI.....	25
3.1	UČINKI ČUJEČNOSTI.....	25
3.2	DOŽIVLJANJE PROGRAMA.....	36
4	RAZPRAVA.....	40

---

4.1	UČINKI ČUJEČNOSTI .....	40
4.2	DOŽIVLJANJE PROGRAMA .....	48
4.3	OMEJITVE RAZISKAVE IN PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZISKOVANJE	50
5	ZAKLJUČEK.....	52
6	VIRI.....	53

## **KAZALO TABEL**

Tabela 2.1. <i>Vsebina osem-tedenskega programa razporejena po srečanjih programa.....</i>	21
Tabela 3.1. <i>Učinki čuječnosti kot jih zaznavajo udeleženke programa.....</i>	25
Tabela 3.2. <i>Dejavniki, pomembni pri doživljanju programa čuječnosti .....</i>	36



## **KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV**

<i>Slika 1.1.</i> Trije aksiomi čuječnosti: namera, pozornost in odnos (Shapiro idr., 2006).....	7
<i>Slika 4.1.</i> Model odnosa med zaznanimi učinki čuječnosti .....	48

## **SEZNAM KRATIC**

MBSR - »Mindfulness based stress reduction«

MBCR - »Mindfulness based cancer recovery«

MBCT-C - »Mindfulness based cognitive therapy - Cancer«

## ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila mentorju izr. prof. dr. Gregorju Žvelcu in somentorici asist. Špeli Miroševič za ves namenjen čas, vso pozornost, usmerjanje in pomoč, s čimer sta prispevala k dvigu kakovosti magistrskega dela. Najbolj pa sem cenila vajino strokovnost, toplino in radovednost. Bilo mi je v veselje in čast učiti se od vaju.

Rada bi se zahvalila svoji sestri, ki me je v tekmovalnem duhu s sloganom »katera bo prej zaključila« dodatno motivirala za pisanje. Premagala sem te! Hvala ti za vse spodbudne besede. Rada bi se zahvalila tudi staršema, ki sta mi omogočila brezskrben študij, ter vsem svojim prijateljicam, ki so mi polepšale manj resni del življenja. Ne nazadnje hvala Petri Tekavec za vso podporo, skrb in razumevanje. Brez vas mi ne bi uspelo.



## 1 UVOD

V večini držav se število preživelih bolnic raka dojke in rodil veča, kar je predvsem rezultat učinkovitejšega zdravljenja, napredka zgodnjega odkrivanja raka in staranja prebivalstva (Miller idr., 2016; Edwards idr., 2014). Preživele bolnice raka dojk in rodil se v času zdravljenja soočajo z mnogimi stresorji, kot so invazivni zdravstveni postopki, negativni stranski učinki zdravljenja ter spremembe v osebnem, psihološkem in fizičnem delovanju (Spiegel in Giese-Davis, 2003). Že samo primarno zdravljenje raka dojke in rodil namreč vključuje raznolike kombinacije kirurških posegov, kemoterapije in/ali hormonske terapije (Harris, Lippman, Veronesi in Willett, 1992). Primernemu zdravljenju pri bolnicah s hormonsko odvisnimi tumorji pogosto sledi dolgotrajna hormonska terapija, ki pa povzroča nemalo stranskih učinkov in je pogosto vzrok prezgodnje menopavze. Pojavijo se lahko tudi drugi stranski učinki oziroma pozni učinki zdravljenja, na primer bolečine v telesu in splošna utrujenost, ki lahko vztraja več mesecev in celo leta po končanem zdravljenju (Leedham in Ganz, 1999). Poleg omenjenih poznih učinkov zdravljenja pa so mnogokrat bolnice v dvomih glede diagnoze in strahu pred ponovitvijo bolezni (Andrykowski, Cordova, Studts in Miller, 1998; Vickberg, 2003). Podobno so ugotovili pri bolnicah raka rodil, in sicer, da bolnice pogosto doživljajo višje stopnje stresa v primerjavi z zdravo populacijo (Andersen, Kiecolt-Glaser in Glaser, 1994). Podobno kot pri bolnicah raka dojke so tudi pri bolnicah raka rodil avtorji poročali o pogostem pojavu strahu pred ponovitvijo bolezni (Maheu, Lebel, Tomei, Singh in Esplen, 2015). Preživeti raka torej pomeni soočati se z življenjskimi spremembami. Preživele bolnice se morajo soočati s čustvenimi in fizičnimi posledicami diagnoze in življenjsko ogrožajočo boleznijo. Biti resno bolan pa vzbuja strah, ki je glede na bolezen popolnoma realističen. Petletno preživetje pri bolnicah z zgodnjo obliko bolezni je sicer 80–90 %, a pri kasnejših oblikah bolezni pade na 24 %. Zato lahko mnoge preživele bolnice doživljajo visoke stopnje stresa in tesnobe, povezane s strahom ponovitve raka. To kronično življenjsko ogroženost avtorji opišejo kot »strah pred ponovitvijo« bolezni (Lee-Jones, Humphris, Dixon in Bebbington Hatcher, 1997). Negotovost pri interpretaciji in spoprijemanju s simptomi, ki so posledica zdravljenja, zato pogosto vodi v pretirano skrb, izogibanje simptomom ali somatično opreznost (Gray idr., 1998). Vivar in McQueen (2005) sta ugotovila, da kljub odsotnosti raka preživele bolnice poročajo o spremljajoči tesnobi in potrebi po podpori tudi 2–10 let po diagnozi raka dojke. Odsotnost raka torej ne pomeni tudi odsotnosti potreb, povezanih z boleznijo (Hodgkinson idr., 2007). Kljub temu da ugotovitve več študij poročajo o fizičnih in psihosocialnih posledicah preživelih bolnic raka ter potrebah po dodatni podpori tudi več let po končanem uradnem zdravljenju, jim zdravstvo te podpore ne zagotavlja (Vivar in McQueen, 2005). Zdravstvo namreč preživele bolnice obravnava kot ozdravljene in zato njihovemu čustvenemu stanju ne namenja več pozornosti (Holzner idr., 2001). Mnoge preživele bolnice zato podpora iščejo zunaj zdravstvenih sistemov, kar ustvarja novo potrebo po alternativnih

podpornih oblikah, ki segajo dlje od akutne faze zdravljenja raka. Tako obliko komplementarne podpore predstavlja čuječnost. Čuječnost in programi čuječnosti so v zadnjem desetletju v zdravstvu, vedenjski medicini in med mnogimi bolniki raka vse bolj sprejeti (Baer, 2003). Avtorji empiričnih študij, ki so proučevali učinek programa čuječnosti, so ugotovili, da vadba čuječnosti pomaga pri zmanjšanju različnih problematičnih stanj, kot so bolečina, stres, tesnoba, in pri zmanjšanju ponavljanja depresivnih epizod in motenj prehranjevanja (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn idr., 1992; Kristeller in Hallet, 1999; Shapiro, Schwartz in Bonner, 1998). Bolniki s kronično boleznijo, ki sodelujejo v programih čuječnosti, so zmožni pozitivno vplivati na spremembe v fizičnem in duševnem zdravju (Bishop, 2002). Izkazalo se je, da učinki programa čuječnosti na področju zdravja dobro dopolnjujejo konvencionalno biomedicinsko zdravljenje s celovitim pristopom, usmerjeno v zdravljenje bolnika in zmanjšanje trpljenja (Reibel, Greeson, Brainard in Rosenzweig, 2001).

## 1.1 RAK DOJK IN RODIL

Rak dojk je najpogostejši rak pri ženskah (prizadene približno 1 % moških) in v razvitem svetu predstavlja pomemben javnozdravstveni problem (Onkološki inštitut, b. d.). V letih od 2010 do 2014 je bilo v Sloveniji zabeleženih 1263 novih primerov raka dojk. To predstavlja kar 20,4 % vseh oblik raka (SLORA, 2017).

Rak rodil se pojavlja v obliki raka materničnega telesa, materničnega vratu, jajčnikov in jajcevodov, zunanega spolovila in nožnice (Onkološki inštitut, b. d.). V Sloveniji je bilo leta 2002 zabeleženih 715 novih primerov raka rodil, med njimi so bili najpogosteje zabeleženi rak materničnega telesa (299 zabeleženih primerov), rak materničnega vratu (187 zabeleženih primerov) in rak jajčnikov (169 zabeleženih primerov) (Bider idr., 2005).

### 1.1.1 Kdo so preživele bolnice raka

Marzorati, Riva in Pravettoni (2017) so s pomočjo sistematičnega pregleda literature z namenom ocenjevanja objavljenih in predlaganih definicij termina »preživel bolnik raka« prišli do sklepa, da se do danes še ni izoblikovala enotna definicija termina, vendar pa je najpogosteje uporabljena definicija ta, da je preživel bolnik raka kdorkoli od trenutka diagnoze vse do konca njegovega življenja. Ne glede na široko definicijo pa je treba omeniti, da se preživel bolniki raka po zdravljenju nedvomno razlikujejo od tistih, ki so v procesu zdravljenju (Merluzzi, Philip, Yang in Heitzmann, 2016).

### 1.1.2 Poročane potrebe žensk po zdravljenju raka dojk in rodil

Preživele onkološke bolnice pogosto poročajo o specifičnih zdravstvenih in nezdravstvenih potrebah, ki se navezujejo na njihovo izkušnjo raka. Izkušnja soočanja z boleznijo raka označuje prelomnico v življenju bolnic. Spremeni se njihov pogled na življenje, preoblikujejo se odnosi, vrednote in prioritete (Marzorati idr., 2017). Večina obolelih bolnic v času od postavitve diagnoze in med zdravljenjem bolezni doživlja vsaj nekolikšno mero psihološkega stresa. Stopnja stresa se razlikuje od ženske do ženske in znotraj posameznic ob diagnozi in med zdravljenjem. Sčasoma se sicer pričakuje znižanje doživljanja stresa, povezanega z rakom, pri večini diagnosticiranih posameznic, vendar lahko kljub temu vpliva na raven zadovoljstva in kakovost življenja (Irvine, Brown, Crooks, Roberts in Browne, 1991). Psihosocialni stres lahko povežemo s fizičnimi težavami, kot sta bolezen ali invalidnost, psihološkimi težavami, težavami v družini in socialnimi skrbmi, povezanimi z zaposlitvijo, zavarovanjem in dostopom do podporne nege. Preživele bolnice raka dojk najpogosteje poročajo o naslednjih težavah (National Research Council, 2004):

- strahu pred ponovitvijo bolezni,
- fizičnih simptomih, kot so utrujenost, težave s spanjem ali bolečina,
- težavah s svojo telesno podobo,
- spolni disfunkciji,
- tesnobi, povezani z zdravljenjem,
- vsiljivih mislih o bolezni/neprestani tesnobi,
- slabi komunikaciji s partnerjem,
- doživljanju ranljivosti in
- eksistencialnih skrbeh, povezanih s smrtnostjo.

V grobem bi lahko njihove potrebe razdelili na fizične in z zdravjem povezane potrebe ter psihosocialne in informacijske potrebe. Potrebe bolnic raka dojke in rodil se ne razlikujejo, zato v nadaljnjem pregledu združujemo potrebe obeh.

#### 1.1.2.1 Fizične in z zdravljenjem povezane potrebe

Več kot 60 % dolgoročnih preživelih bolnic poroča, da je bolezen vplivala na njihovo splošno zdravje (Schultz, Klein, Beck, Stava in Sellin, 2005). Več študij opisuje utrujenost in pomanjkanje energije kot pogosti težavi preživelih bolnic raka dojk tako med aktivnim zdravljenjem kot tudi več let po zdravljenju (Girgis, Boyes, Sanson-Fisher in Burrows, 2000; Hanson Frost idr., 2000; Schultz idr., 2005; Schmid-Büchi, Halfens, Dassen in Van Den Borne, 2008). Pogosto navedene težave so tudi težave z menopavzo (vročinsko obilvanje, nočno potenje), zmanjšano zanimanje za spolni odnos, spremenjeno spolno delovanje kot tudi motnje spanja in zmanjšana zmožnost vzdrževanja pozornosti (Schultz

idr., 2005). Specifične fizične težave, povezane z rakom in njegovim zdravljenjem, so lahko posledica nastanka določenih psiholoških težav, na primer težave s telesno samopodobo, zmanjšanim občutkom privlačnosti, ženskosti in seksualnosti (Schultz idr., 2005).

#### 1.1.2.2 Psihosocialne potrebe

Marlow, Cartmill, Cieplucha in Lowrie (2003) poročajo, da je ena najpogosteje izraženih potreb preživelih bolnic raka priznavanje sorodnikov in bližnjih, da je izkušnja življenja z rakom izčrpavajoča. Želijo si torej odnos, v katerem bodo lahko drug drugemu pristno izražali svoje potrebe in skrbi. Enako relevantna potreba je ohranjanje občutka nadzora. Občutek uspešnega nadzora so ženske doživljale, ko so jih spodbujali pri izbiri stopnje vključenosti in sprejemanja odločitev glede zdravljenja in ko so čutile, da so zmožne raziskovati svoja pričakovanja glede vzroka in poteka raka dojk (Marlow idr., 2003). Preživele bolnice, ki doživljajo visoko stopnjo tesnobe in depresije, večkrat poročajo o nezadovoljenih potrebah (Hodgkinson idr., 2007). Novodiagnosticirane bolnice in bolnice, ki jih vnovič zdravijo, doživljajo več omejitev ter socialno delujejo slabše kot ženske, ki imajo bolj stabilen potek bolezni (Hanson Frost idr., 2000).

Sekse, Raaheim, Blaaka in Gjengedal (2010) navajajo, da so preživele bolnice pogosto izrazile potrebo po čustveni podpori in svetovanju v obdobju po zdravljenju. Podobne ugotovitve navajajo Olesen idr. (2015), ki pravijo, da preživele bolnice poročajo o potrebi po podporni in psihološki negi v upravljanju z novimi življenjskih okoliščinami. Ob omembi psiholoških vidikov svojih težav svojemu zdravniku so pogosto naletele na oviro, saj to ni bila zdravnikova domena. Težko so spregovorile o občutkih krivde zaradi svoje bolezni, strahu pred spolnim odnosom ali občutku spremenjenega libida po operaciji. Nekatere so po zdravljenju zaznale občutek drugačnosti in opisale občutek izgube samozavesti in kaosa, zlasti v prvem letu po zdravljenju. Čutile so negotovost glede razločevanja simptomov, ki so se pojavili zaradi operacije, in simptomov, ki bi lahko pomenili ponovitev raka. Primanjkovanje znanja o teh simptomih je povezano z občutkom izgube nadzora (Olesen idr., 2015).

Ženske, ki so bile čustveno bolj pod stresom in bolj depresivne, so želele več informacij o psiholoških vidikih raka in strategijah spoprijemanja. Skrb zase in opolnomočenje so ženske navajale kot pomembne prioritete, najverjetneje zaradi občutka nadzora nad pogosto zastrašujočo in nenadzirljivo boleznijo (Sontag, 1979).



### 1.1.2.3 Informacijske in podporne potrebe

Preživele bolnice raka poročajo o stalni potrebi po informacijah. Več kot 80 % preživelih bolnic si želi pridobiti čim več informacij, medtem ko jih le 16 % želi omejene informacije (Lobb, Kenny, Butow in Tattersall, 2001). Želijo si biti obveščene o zdravljenju in stranskih učinkih, remisiji raka, dolžini življenja, aktivnostih, s katerimi si lahko same pomagajo, ter možnih tveganjih za razvoj raka pri družinskih članih (Raupach in Hiller, 2002). Analiza v študiji Stewarta idr. (2000) je pokazala tri kategorije informacijskih potreb, o katerih poročajo preživele bolnice raka rodil:

- stanje in značilnosti raka,
- skrbi glede zdravljenja,
- skrb zase in načini okrepitve.

Način predajanja informacij ima prav tako pomembno vlogo. Omenjajo tudi potrebo po dodatnih informacijah, o podpornih skupinah in komplementarnem zdravljenju (Lobb idr., 2001). Ženske, ki so doživljale ovire pri pridobivanju zdravstvenih informacij, so zaznavale nižjo stopnjo čustvenega, socialnega in družinskega blagostanja in so nižje zaznavale svojo zdravstveno kompetentnost (Arora idr., 2002).

Preživele bolnice izražajo željo po individualiziranih informacijah, ki bi jim omogočale upravljanje s svojo boleznijo, stranskimi učinki zdravljenja in občutkom nadzora izidov v prihodnosti (Olesen idr., 2015). Onkologija in zdravstveni timi morajo biti pripravljene na širok razpon psiholoških težav, ki se lahko pojavijo pri bolnicah v različnih stadijih zdravljenja bolezni. Psihosocialni vpliv raka dojke je treba razumeti v kontekstu drugih težav, ki vplivajo na spoprijemanje, kakovost življenja, blagostanje preživelih bolnic, kot so na primer socioekonomski in kulturni dejavniki, dostopnost socialne podpore, dostop do zdravstvene nege in prisotnost druge kronične bolezni ali življenjske krize (National Research Council, 2004).

## 1.2 ČUJEČNOST

Čuječnost je najpogosteje definirana kot »usmerjanje pozornosti na poseben način: namenoma, v sedanjem trenutku in nepresojajoče« (Kabat-Zinn, 1994, str. 4). Zavedanje obsega notranje doživljanje (misli, čustva) kot tudi zunanje dogajanje (vonjave, zvoki ...) (Kabat-Zinn, 1990). Opisi čuječnosti, ki ji navajajo drugi avtorji, so podobni. Baerjeva (2003) na primer opiše čuječnost kot »nepresojajoče opazovanje nenehnega toka notranjih in zunanjih dražljajev, kot se pojavljajo«. Čeprav se nekateri avtorji skoraj izključno osredotočajo na vidik pozornosti v čuječnosti (Brown in Ryan, 2003), jih večina sledi modelu Bishopa idr. (2004), ki predlagajo, da čuječnost združuje dve komponenti:

samoregulacijo pozornosti in usvajanje specifične perspektive do svojega doživljanja. Samoregulacija pozornosti se nanaša na opazovanje svojih občutkov, misli ali čustev od trenutka do trenutka. Za regulacijo pozornosti sta potrebni sposobnost za usmerjanje pozornosti na to, kar se dogaja, in sposobnost namenskega spreminjanja pozornosti od enega spektra doživljanja k drugemu. Za privzemanje določenega pristopa do svojega doživljanja, ki ga ima posameznik do svoje izkušnje, pa je značilen odnos radovednosti, odprtosti in sprejemanja. Pomembno je omeniti, da »odprtost« v kontekstu čuječnosti ni enačena s pasivnostjo in odmikom (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra in Farrow, 2008). V tem kontekstu se čuječnost nanaša na sposobnost polnega doživljanja, brez zatekanja v ekstremne preokupacije ali potlačevanja izkušnje. Če povzamemo trenutna pojmovanja čuječnosti v klinični psihologiji, nam ta nakazujejo na dva ključna elementa čuječnosti: zavedanje svojega doživljanja od trenutka do trenutka, in to nepresojačo in s sprejemanjem (Keng, Smoski in Robins, 2011).

Koncept čuječnosti ima dolgo tradicijo budističnega izvora, vendar jo je mogoče prakticirati neodvisno od njenega izvora. Kapaciteta za izvajanje čuječnosti je splošna, inherentna zmožnost človeškega organizma, saj v svojem bistvu predstavlja način usmerjanja pozornosti (Kabat-Zinn, 1990). Čuječnost kot neobsojajoče zavedanje je pogosto v nasprotju s tipično izkušnjo ruminiranja o preteklih dogodkih, načrtovanja, skrbi glede prihodnosti, analiziranja ali ocenjevanja trenutne izkušnje. Je način bivanja v svetu in hkrati diskretna vadba. Lahko je torej v obliki formalne (izvajanje vaj) ali neformalne vadbe (na primer vadba čuječe prisotnosti pri vsakodnevnih opravilih). S prakso čuječnosti prek formalne in neformalne vadbe idealno stremimo k bolj čuječemu načinu bivanja. Izostren občutek prisotnosti vodi do kaskade koristnih učinkov, ki se prenesejo na vsa življenjska področja (Kabat-Zinn, 1990).

### 1.2.1 Model čuječnosti: aksiomi

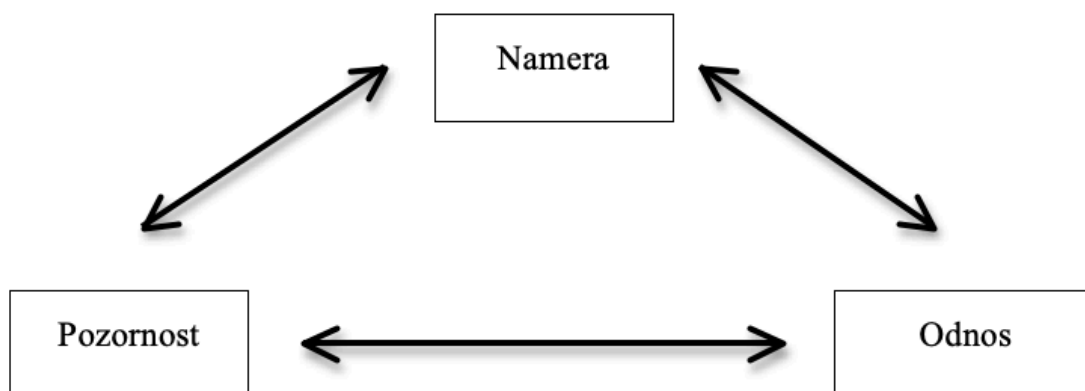
Definicija Kabat-Zinna (1990), da je čuječnost usmerjanje pozornosti na poseben način: z namero, v sedanjem trenutku in nepresojačo, vključuje tri aksiome čuječnosti:

- »z namero« (namera),
- »usmerjanje pozornosti« (pozornost) in
- »na poseben način« (odnos).

Aksiomi so temeljni gradniki čuječnosti in z razumevanjem namere, pozornosti in odnosa lahko sklepamo, kako ta deluje. Namera, pozornost in odnos niso ločeni procesi, ampak so prepleteni vidiki cikličnega procesa, ki se pojavijo hkrati (Shapiro, Carlson, Astin in Freedman, 2006). Slika 1.1 prikazuje ciklični odnos namere, pozornosti in odnosa.

### 1.2.1.1 Aksiom I: namera

Kabat-Zinn (1990) opiše, da si z namero zastavimo to, kar je mogoče doseči in da nas namera od trenutka do trenutka opominja, kaj sploh počnemo. Pogosto se zgodi, da v dolgoročnem prakticanju meditacije pride do spremembe v usmerjanju namere. Vloga namere v prakticanju meditacije je prikazana v študiji Shapiro (1992), ki je raziskovala spremembo v nameri na kontinuumu od samoregulacije do samoraziskovanja in ne nazadnje do samoosvoboditve. Bishop idr. (2004) pa so pokazali, da so učinki čuječnosti povezani z namero. Namera je torej dinamična in se razvija, kar omogoča spreminjanje in razvoj s poglobljanjem prakse, zavedanja in vpogleda. Vključevanje namere (zakaj prakticiramo čuječnost) kot osrednje komponente čuječnosti je ključno za razumevanje procesa kot celote (Bishop idr., 2004).



Slika 1.1. Trije aksiomi čuječnosti: namera, pozornost in odnos (Shapiro idr., 2006)

### 1.2.1.2 Aksiom II – pozornost

Druga temeljna komponenta čuječnosti je pozornost. V kontekstu prakticanja čuječnosti usmerjanje pozornosti vključuje opazovanje dejanj od trenutka do trenutka, notranje in zunanje izkušnje. Pozornost pomeni začasno izključiti vse načine interpretiranja izkušnje in osredotočanje na izkušnjo samo, kot se kaže v tistem trenutku. Na tak način se posameznik nauči biti navzoč za vsebino zavedanja od trenutka do trenutka. Psihološka stroka poroča, da je ohranjanje pozornosti ključno za izboljšanje psihološkega zdravja (Parasuraman, 1998). V samem središču čuječnosti torej najdemo prakso usmerjanja pozornosti. Kognitivna psihologija je zarisala več različnih vidikov sposobnosti pozornosti, vključno z zmožnostjo za opazovanje enega objekta daljše časovno obdobje (Parasuraman, 1998), zmožnost namernega premikanja fokusa med objekti ali mentalnimi stanji (Posner, 1980) in zmožnost zaviranja sekundarnega elaborativnega procesiranja misli, čustev ali občutkov (kognitivna inhibicija; Williams, Mathews in MacLeod, 1996). Samoregulacija pozornosti, kot je

opisana v tem aksiomu čuječnosti, naj bi pozitivno okrepila vse tri spretnosti (namero, pozornost, odnos) (Shapiro idr., 2006).

### 1.2.1.3 Aksiom III – odnos

Kako opazujemo oziroma smo navzoči, je prav tako pomembno. Značilnostim, ki jih posameznik prinaša k pozornosti, pravimo odnosi temelji čuječnosti (Kabat-Zinn, 1990). Ta aksiom zatrjuje, da je odnos, ki ga posameznik prinaša k pozornosti, bistven. Pogosto je čuječnost povezana z »golim« zavedanjem, vendar značilnost tega zavedanja ni izrecno obravnavana, temveč je ključen odnos, ki ga prinašamo v usmerjanje pozornosti. Na primer način usmerjanja pozornosti oziroma odnos, ki ga imamo do vsebine pozornosti, je lahko hladen, kritičen ali pa naklonjen, sočuten, prijateljski (Kabat-Zinn, 2003). Z namernim prakticiranjem čuječnosti se večja sposobnost prinašanja interesa, radovednosti k vsebinam, ki prihajajo v doživljanje, in hkrati krepi dopuščanje, da grejo iz zavedanja (brez oklepanja). Prek namernega vnašanja odnosa potrpežljivosti, sočutja in neprizadevanja v prakticiranje pozornosti se razvija kapaciteta, ki omogoča, da ne odrivamo neprijetnih izkušenj in ne stremimo le k prijetnim (Shapiro idr., 2006).

## 1.2.2 Mehanizmi čuječnosti

### 1.2.2.1 Vnovično zaznavanje

Vnovično zaznavanje je ključen element mehanizma čuječnosti. Razumemo ga lahko kot metamehanizem in kot razvojni proces. Skozi proces čuječnosti posameznik dobi zmožnost neidentificiranja z vsebino zavedanja (na primer s svojimi mislimi) in dobi večjo jasnost in objektivnost videnja svojega doživljanja od trenutka do trenutka. Ta proces se imenuje vnovično zaznavanje, saj vključuje odločilen premik perspektive. Namesto da smo zlit z dramo svoje življenjske zgodbe, smo zmožni stopiti korak nazaj in preprosto biti opazovalci. Kot predlaga Goleman (1980), je prvo spoznanje pri prakticiranju meditacije, da so pojavi, o katerih razmišljamo, ločeni od uma, ki o njih razmišlja. Vnovično zaznavanje je sorodno z zahodnimi psihološkimi koncepti decentriranja (Safran in Segal, 1996), deavtomatizacije (Safran in Segal, 1996) in odcepitve (angl. detachment) (Shapiro idr., 2006). Safran in Segal (1996) na primer definirata decentriranje kot zmožnost stopiti izven svoje neposredne izkušnje. Tako naj bi prišlo do spreminjanja narave te izkušnje. Deikman (v Safran in Segal, 1996) opiše deavtomatizacijo kot razveljavljanje avtomatskih procesov, ki nadzorujejo naše zaznavanje in kognicijo. Bohart (v Shapiro idr., 2006) odcepitev opiše kot proces pridobivanja distance in širitev prostora pozornosti. Vsem konceptom je v svojem bistvu skupen premik v perspektivi (Shapiro idr., 2006).

Vnovično zaznavanje lahko opišemo kot rotacijo zavedanja, v kateri prej obstajajoči »subjekt« postane »objekt«. Ta premik v perspektivi (iz subjekta v objekt) je v razvojni psihologiji prepoznan kot bistven za razvoj in rast v življenju posameznika (Kegan, 1982). Če je torej vnovično zaznavanje metamehanizem, ki sestavlja čuječnost, je tako praksa čuječnosti naravno nadaljevanje procesa človeškega razvoja, s katero posameznik dobi povečano kapaciteto za objektivnost lastne notranje izkušnje (Shapiro idr., 2006). Shapiro idr. (2006) trdijo, da prakticiranje čuječnosti pospeši ta premik v perspektivi. V procesu namernega osredotočanja nepresojajoče pozornosti na vsebino zavedanja posameznik, ki prakticira čuječnost, začne krepiti to, kar Deikman (1982) poimenuje »opazujoči self« (angl. observing self). Ko je posameznik zmožen opazovati vsebino zavedanja, ni več popolnoma vpleten ali zlit s to vsebino. Ne glede na to, ali je vsebina zavedanja bolečina, depresija ali strah, nam vnovično zaznavanje omogoča, da se ne identificiramo z mislimi, čustvi ali telesnimi občutki in tako nas ti ne definirajo, temveč smo zmožni samo biti z njimi. Prek vnovičnega zaznavanja se posameznik začne zavedati, da »bolečina nisem jaz«, »depresija nisem jaz«, »moje misli niso jaz«, kar omogoči opazovanje doživljanja iz metaperspektive (Shapiro idr., 2006). S tem korenitim premikom v odnosu do svojih misli in čustev pride do večje jasnosti, perspektive, objektivnosti in ne nazadnje umirjenosti. Ta proces je podoben konceptu kognitivne defuzije avtorjev Hayes, Strosahl in Wilson (1999), v katerem poudarjajo spremembo v odnosu do misli namesto spremembe same vsebine misli. S tem, ko pride do okrepljene kapacitete za čuječe opazovanje mentalne aktivnosti, pogosto pride do korespondenčnega premika v samozaznavanju. Posameznik tako lahko vidi svoj »self« oziroma ga dekonstruira, se začne zavedati, da je »self« vedno spreminjajoči se sistem konceptov, slik, občutkov in prepričanj. Ti konstrukti, ki so nekoč sestavljali stabilen »self«, so sčasoma videni kot začasni in minljivi. Z vnovičnim zaznavanjem se ne le naučimo, da stopimo korak nazaj in opazujemo svoje notranje komentarje o življenju in izkušnjah, ampak prav tako začnemo zavračati svoje »zgodbe« o tem, kdo in kaj v končni fazi smo. Prek tega premika v perspektivi se začne identiteta premikati od vsebine zavedanja k zavedanju samemu, ki je delno zaslužno za preobrazbo, ki pride s prakticiranjem čuječnosti (Shapiro idr., 2006).

#### 1.2.2.2 Samoregulacija in samoupravljanje

Samoregulacija je proces, pri katerem se vzdržuje stabilnost delovanja in prilagajanja na spremembe. Samoregulacija temelji na krožnih zankah povratnih informacij. Kot pravita Shapiro in Schwartz (2000), namerna in pozornost delujeta pri izboljšanju povratnih zank informacij in posledično zdravja. Namerno razvijanje nepresojajoče pozornosti vodi do povezav, ki vodijo k samoregulaciji. S procesom vnovičnega zaznavanja smo se zmožni usmeriti na informacije, ki so prisotne in se zbirajo v vsakem trenutku. S tem pridobimo dostop do novih informacij, ki so bile prej morda preveč neugodne za procesiranje, in tako

izogibanje postane manj avtomatično in potrebno. Poleg tega vnovično zaznavanje moti neprimerne avtomatske navade. Manj nas nadzorujejo določena čustva in misli, zaradi česar je manj verjetno, da bomo izbrali isti vedenjski vzorec. Na primer, če v naše zavedanje pride tesnoba in se z njo identificiramo, bo večja verjetnost, da se bomo nanjo odzvali nespretno in jo posledično regulirali z vedenjem, kot je pitje, kajenje ali prenašanje. Vnovično zaznavanje omogoča, da stopimo korak stran od tesnobe, jo vidimo zgolj kot čustveno stanje, ki se pojavi in sčasoma mine. Zavedanje minljivosti vseh duševnih pojavov tako omogoča višjo stopnjo tolerance za neprijetna notranja stanja. Z razvijanjem te kapacitete in opazovanjem čustvenih stanj, kot je tesnoba, povečujemo svojo »stopnjo svobode« v odzivu na tovrstna stanja in se učinkovitejše osvobodimo avtomatskih vedenjskih vzorcev ter jih uporabimo kot koristne informacije. Omogočena je izbira samoregulacije na način, ki spodbuja zdravje, blagostanje. Prek zavestnega (namerna) usmerjanja pozornosti (pozornost) in sprejemanja (odnos) izkušnje v sedanjem trenutku je posameznik zmožen zbirati iz širšega bolj prilagojenega spektra veščin spoprijemanja (Shapiro idr., 2006).

### 1.2.2.3 Jasnost vrednot

Vnovično zaznavanje ljudem omogoča lažje prepoznavanje, kaj jim je pomembno in kaj resnično cenijo. Pogosto so vrednote pogojene z družino, kulturo in družbo, zato se lahko niti ne zavedamo, katere imajo zares vpliv na naše odločitve. Pogosto smo pod vplivom tega, čemur verjamemo (glede na kulturno ali družinsko pogojevanje), in se zato niti ne vprašamo, ali je to resnično pomembno v kontekstu našega življenja. Ko pa smo se zmožni ločiti in opazovati svoje vrednote ter se ozreti nanje z večjo objektivnostjo, dobimo priložnost, da znova odkrijemo in izberemo vrednote, ki so za nas bolj resnične. Odprto namerno zavedanje nam pomaga izbirati vedenja, ki so bolj skladna z našimi potrebami, interesi in vrednotami (Brown in Ryan, 2003).

### 1.2.2.4 Kognitivna, čustvena in vedenjska fleksibilnost

Vnovično zaznavanje lahko spodbuja tudi bolj prilagojene, fleksibilne odzive na okolje v nasprotju z bolj rigidnimi, refleksnimi vzorci odzivanja, ki so posledica pretirane identificiranosti s svojo trenutno izkušnjo. Če smo zmožni videti situacijo in svoje notranje odzive z večjo jasnostjo, se bomo lahko odzvali z večjo svobodo izbire (Shapiro idr., 2006). Kot poudarja Borkovec (2002), raziskave kognitivne in socialne psihologije kažejo, da obstoječa pričakovanja ali prepričanja lahko izkrivljajo predelovanje novih dostopnih informacij. Vnovično zaznavanje torej omogoča razvoj kapacitete za opazovanje vedno spreminjajoče se notranje izkušnje in s tem bolj jasno videnje naše notranje vsebine, kar posledično spodbuja večjo kognitivno-vedenjsko fleksibilnost in manj avtomatizmov (Shapiro idr., 2006).

### 1.2.2.5 Izpostavljanje

Literatura je polna raziskav, ki kažejo na učinkovitost izpostavljanja pri zdravljenju različnih motenj (Barlow in Craske, 2007; Shapiro idr., 2006). Vnovično zaznavanje omogoča, da objektivno opazujemo vsebino zavedanja, kar posamezniku omogoča, da bolj objektivno in z manjšo reaktivnostjo doživi močna čustva. S tem se zmanjša nagnjenost k izogibanju ali zanikanju težjih čustvenih stanj in v zameno poveča toleranca izpostavljenosti tovrstnim stanjem. Z neposredno izpostavljenostjo se posameznik nauči, da njegova čustva, misli ali telesni občutki niso preplavljajoči ali zastrašujoči. S čuječim pristopom do negativnih čustvenih stanj se tako posameznik izkustveno in fenomenološko uči, da bodo stanja sčasoma minila (Segal, Williams in Teasdale, 2018).

### 1.2.3 Čuječnost in duševno zdravje

Za boljše razumevanje nadaljnjega besedila je pomembno omeniti, da beseda čuječnost lahko opiše: psihološko značilnost, prakso razvijanja čuječnosti (na primer formalna vadba meditacije), stanje zavedanja ali psihološki proces (Germer, Siegel in Fulton, 2016). V nadaljnjem besedilu bomo zaradi zmanjšanja zmede jasno opisali kontekst in navedeni pomen besede. Dokazano je bilo, da vadba čuječnosti izboljša duševno zdravje tako s samoocenjevalnimi lestvicami kot tudi s tehniko nevrološkega preslikavanja (angl. neuroimaging; Creswell, Way, Eisenberger in Lieberman, 2007). Creswell idr. (2007) so ugotovili, da je psihološka značilnost čuječnosti med nalogo poimenovanja čustev povezana z zmanjšano aktivacijo bilateralne amigdale in razširjeno aktivacijo prefrontalne kortikalne možganske skorje. Pokazala se je tudi močna negativna povezava med prefrontalnim korteksom in odzivi desne amigdale pri udeležencih, ki so imeli visoke rezultate pri merjenju psihološke značilnosti čuječnosti, kar pa se ni izkazalo pri posameznikih z nizkimi rezultati, kar kaže na to, da posamezniki, ki dosegajo višje rezultate za to značilnost, bolje regulirajo čustvene odzive prek zmanjšanja prefrontalne kortikalne amigdale. Psihološka značilnost čuječnost je bila prav tako negativno povezana z aktivnostjo mirovanja v amigdali ter z večjo aktivacijo v medialnih prefrontalnih in parietalnih možganskih regijah, ki so povezane s samonanašajočim procesiranjem (angl. self-referential processing), medtem ko so bile stopnje depresivnih simptomov pozitivno povezane z aktivnostjo mirovanja navedenih regij (Way, Creswell, Eisenberger in Lieberman, 2010). Te ugotovitve se ujemajo z rezultati študije avtorjev Frewen, Evans, Maraj, Dozois in Partridge (2008), da je čuječnost kot psihološka značilnost po poročanju udeležencev povezana z zmanjšanjem negativnih misli.

Avtorici Lykins in Baer (2009) sta z različnimi merskimi instrumenti primerjali psihološko blagostanje oseb, ki ne prakticirajo čuječnosti, z osebami, ki redno vadijo meditacijo čuječnosti. Ugotovili sta, da osebe, ki redno vadijo meditacijo čuječnosti, poročajo o statistično značilnih višjih stopnjah čuječnosti (psihološka značilnost), sočutja do sebe in splošnem občutku blagostanja. Poročajo tudi o nižjih stopnjah psiholoških simptomov, ruminacije, potlačevanja misli, strahu pred čustvi in težav z regulacijo čustev v primerjavi z osebami, ki ne meditirajo. Stopnja teh spremenljivk je linearno povezana s pogostostjo vadbe meditacije čuječnosti. Poleg tega so se rezultati ujemali z modelom, v katerem je psihološka značilnost čuječnosti povezovala odnos med pogostostjo vadbe meditacije čuječnosti in številnimi spremenljivkami izida, vključno s strahom pred čustvi, ruminacijo in vedenjsko samoregulacijo. Poleg povezav s samoocenjevalnimi lestvicami so raziskovalci proučevali vedenjsko in nevrobiološko povezanost meditacije čuječnosti (Ortner, Kilner in Zelazo, 2007). Ugotovili so, da vadba meditacije čuječnosti lahko poveča psihološko blagostanje in zmanjša pretirano identifikacijo s čustvenimi dražljaji. Vedno več dokazov najdemo tudi v študijah storilnosti, ki primerjajo osebe, ki redno vadijo meditacijo čuječnosti, in osebe, ki tega ne prakticirajo. Rezultati kažejo, da je redna vadba meditacije čuječnosti povezana s povišano kognitivno fleksibilnostjo in boljšim delovanjem pozornosti (Hodgins in Adair, 2010; Moore in Malinowski, 2009). Oba izida, kognitivna fleksibilnost in boljše delovanje pozornosti, imata pomembne aplikacije za psihološko blagostanje.

#### **1.2.4 Zgodovina čuječnosti v zahodni medicini in program čuječnosti**

Začetek integracije čuječnosti v zahodni medicini in psihologiji lahko pripišemo rasti priljubljenosti zen budizma v Ameriki v letih od 1950 do 1960. V šestdesetih letih prejšnjega stoletja je med zdravniki in zlasti med psihoanalitiki začel rasti interes za rabo meditativnih tehnik v psihoterapiji (Watts, 1961). V času šestdesetih in sedemdesetih let je interes vzknil tudi v eksperimentalni psihologiji pri proučevanju izostrenega zavedanja in širjenja meja zavesti, vključno z meditacijo. Zgodnje elektroencefalogramске (EEG) študije o meditaciji so pokazale, da posamezniki, ki meditirajo, kažejo dolgotrajno alfa aktivnost z zmanjšanim metabolizmom (Wallace, 1970) kot tudi povečanje theta valovanja, ki kaže na nižjo stopnjo vzburjenja, povezano s spanjem (Kasamatsu in Hirai, 1966). Kljub temu da so meditacijo čuječnosti začeli raziskovati že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, so meditacijo čuječnosti šele v poznih sedemdesetih začeli raziskovati kot intervenco za krepitev psihološkega blagostanja. Jon Kabat-Zinn, ki je raziskoval učinke meditacije čuječnosti pri bolnikih s kronično bolečino, je prvi apliciral meditacijo čuječnosti kot obliko vedenjske intervence v kliničnih programih (Kabat-Zinn, 1982). Zasnoval je sekularni bolnišnični program, ki je združeval trening čuječnosti s principi zmanjševanja stresa. Danes ta program poznamo pod imenom »obvladovanje stresa s čuječnostjo« oziroma »Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)«. V zadnjih 30 letih so ta program



proučevali, nadgrajevali in prilagajali za različne zdravstvene in psihiatrične populacije (Carlson, 2013). Program MBSR traja osem tednov, približno dve uri in pol in se izvaja v skupini do 30 udeležencev z enim ali dvema izvajalcema. Med šestim in sedmim tednom se običajno izvede šesturni odmik. Z vsakim novim tednom se uvedejo nove oblike meditacije, začenši s pregledom telesa, nato sedeča meditacija in meditativna hoja. Hatha joga je vseskozi vključena kot oblika gibalne meditacije. Vsem različnim vajam je skupna rdeča nit izostrenega zavedanja in sprejemanja vseh elementov v trenutnem doživljanju. Poučna navodila, skupinska razprava, refleksija in izkušeno povpraševanje so pogosto uporabljena orodja učenja. Raziskave so pokazale korist programa MBSR v spektru različnih psihiatričnih (Chiesa in Serretti, 2011) in fizičnih stanj (Carlson, 2012). Narejene so bile tudi specifične adaptacije za naslavljanje depresivnega zdrsa (Segal idr., 2018, po Carlson, 2013), zasvojenosti (Chiesa in Serretti, 2011) in specifičnih zdravstvenih stanj. Adaptacija za bolnike z rakom je poimenovana »na čuječnosti temelječe okrevanje po raku« (angl. Mindfulness-Based Cancer Recovery – MBCR) (Carlson in Speca, 2011). Slikanje možganov in študije mehanizmov so pokazale učinek treninga čuječnosti na možganske regije in psihološke procese, povezane z izboljšanjem v regulaciji čustev, pozornosti in medosebnih odnosov (Carlson, 2013).

### **1.2.5 Mindfulness based cancer recovery (MBCR)**

Obstaja več težjih vidikov izkušnje z rakom, ki dobro sovpadajo s pristopom MBSR. Izguba nadzora, negotovost in stalna sprememba so tri, ki izstopajo in so pogosto najtežji vidiki soočanja z rakom. Tipično v psihološki literaturi na temo soočanja z življenjskimi stresorji razlikujemo med strategijo spoprijemanja, ki se osredotoča na problem, in strategijami spoprijemanja, osredotočenimi na čustva. Strategije, ki se osredotočajo na problem, so koristne, ko obstaja jasen, obvladljiv in rešljiv problem. Vendar pa je tak pristop pri težje obvladljivih problemih lahko nesmiseln. Pogosto so najtežji elementi soočanja z rakom tisti, ki nosijo eksistencialno noto boleznin in jih spremlja dvomljiva prihodnost. Te težave ne potrebujejo na problem osredotočene strategije, temveč strategijo, osredotočeno na čustva, kot jo ima pristop čuječnosti. Čuječe sprejemanje stvari, na primer usmerjanje pozornosti k boleči čustveni izkušnji (raje kot stran od nje) in sprejemanje sprememb kot stalnico, je dobro sredstvo za spoprijemanje s težko resničnostjo. V okviru na čuječnosti temelječih intervenc se prakticirajo strategije čustvene regulacije, ki pomagajo pri preprečevanju skrbi o prihodnosti in ruminaciji glede preteklosti ter omogočajo ljudem, da živijo bolj polno v sedanjem trenutku. Neizogibnost izgub, sprememb in morebitna smrt so zahtevni in močni dejavniki za vse ljudi, zlasti pa za osebe, ki se soočajo z rakom. Sprejemanje pomeni priznavanje situacije, omogoča korak stran od očitanja samemu sebi ter pomaga pri sprejemanju resničnosti izgube in žalovanja. Zagotavlja tudi energijo in motivacijo za napredovanje v življenju ne glede na prihodnost (Carlson, 2013). Program MBCR so razvili

Micheal Speca, Maureen Angen in Eilileen Goodey (Carlson, 2013). Osnovali so pilotni sedemtedenski program, ki je združeval meditacijo in jogo in temeljil na principih čuječnosti in obvladovanja stresa (MBSR). Kasneje so program spremenili in mu dodali en teden, v katerem se izvaja šesturni odmik. Srečanja trajajo 90 minut, domačemu izvajanju vaj pa je namenjeno 45 minut (15 minut joge in 30 minut meditacije). Speca, Carlson, Goodey in Angen (2000) so nato izvedli randomiziran nadzorovan poskus, s katerim so želeli preveriti učinke zasnovanega sedemtedenskega pilotnega programa. Osredotočili so se na spremembe v simptomih stresa in spremembe v razpoloženju. V sedemtedenskem programu je sodelovalo 89 bolnikov z različnimi diagnozami raka. Bolniki v programu MBCR so poročali o 65 % izboljšanju razpoloženja in 35 % izboljšanju simptomov stresa v primerjavi s kontrolno skupino. Natančneje, poročali so o manj težavah z napetostjo, depresijo, jezo in pozornostjo ter manj izrazitih in pogostih fizičnih izrazih stresa (na primer ščemenje v rokah in nogah), manj kardiopulmonalnih simptomih vzburjenja (npr. bitje srca, hiperventilacija), manj simptomih motenj centralnega živčevja (npr. omotica, omedlevica), gastrointestinalnih simptomih (npr. bolečine v želodcu, driska), manj vedenjskih vzorcev, povezanih s kroničnim stresom (npr. kajenje, stiskanje čeljusti, prenajedanje, nespečnost), manj tesnobe/strahu in manj čustvene nestabilnosti v primerjavi z osebami, ki so še čakale na sodelovanje v programu (Speca idr., 2000). Ko so vsi udeleženci zaključili program, so raziskovalci ugotovili, da njegove pozitivne koristi vztrajajo tudi šest mesecev kasneje (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen in Speca, 2001). Največje izboljšanje so pokazali rezultati glede tesnobe, depresije in razdražljivosti (Carlson, idr., 2001).

### 1.2.6 Ugotovitve dosedanjih študij programov MBCR in MBSR

V nasprotju s kvantitativnimi študijami je bilo na temo doživljanja programov MBSR ali MBCR v onkološkem okolju narejenih malo kvalitativnih študij. V kvalitativnih študijah pa najdemo sorodne teme o osebni rasti, duhovnosti, novih veščin spoprijemanja in spremenjenem zavedanju.

Mackenzie, Carlson, Munoz in Speca (2007) so v svoji študiji odkrili pet glavnih tem, ki jih udeleženci navajajo po osemtedenskem programu MBCR: 1) odprtost za spremembe, 2) samokontrola, 3) deljenje izkušnje, 4) osebna rast in 5) duhovnost. Nekateri izmed udeležencev so po zaključku programa MBCR nadaljevali z obiskovanjem tedenskih srečanj za izvajanje čuječnosti. Analiza je pokazala, da so začetno udeležbo v osemtedenskem programu doživeli kot začetek tekočega procesa samoodkrivanja in kot korak k procesu rasti. V času diagnoze so doživljali izoliranost, prestrašenost in negotovost glede naslednjega koraka. Program MBCR je udeležencem pomagal pri zmanjšanju občutkov izoliranosti, jim dal konkretna orodja za samoregulacijo in predstavil nov način doživljanja sveta in svoje bolezni. Zanje se je to odražalo v znižanju doživljanja simptomov stresa in v

nižjih stopnjah motenj razpoloženja. Z nadgrajevanjem svoje prakse v skupini, ki se je srečevala po zaključku osemtedenskega programa, se je socialna podpora poglobila zaradi razvoja odnosov. Posledično so se udeleženci naučili biti manj reaktivni in začeli uporabljati bolj razpršeno samoregulacijo v različnih življenjskih situacijah. Rdeča nit procesa sta bili temi osebne preobrazbe in občutek pripadanja večji celoti. S tem je prišlo do razvoja pozitivnih lastnosti osebnega razvoja in pozitivnega zdravja, ki je več kot zgolj zmanjšanje simptomov. Rast duhovnosti v iskanju pomena in smisla svojega življenja ter povečanje občutka medsebojne povezanosti z drugimi sta bila del te osebne preobrazbe (Mackenzie idr., 2007).

Nekaj vzporednic z ugotovitvami študije Mackenzie idr. (2007) lahko najdemo v japonski študiji Ando, Morita, Akechi in Ifuku (2011). Ando idr. (2011) so primarno želeli ugotoviti, kako čuječnost deluje pri japonskih onkoloških bolnikih, in sekundarno, ali obstajajo razlike med japonskimi preživelimi onkološkimi bolniki v primerjavi z zahodnimi preživelimi onkološkimi bolniki. Uporabili so modificirano obliko programa obvladovanja stresa s čuječnostjo ter uporabili ciklično meditacijo, ki vključuje dihanje in meditacijo. Izvedli so polstrukturirani intervju pred izvajanjem in po izvajanju programa. Z intervjujem so želeli ugotoviti, kako udeleženci zaznavajo pomen svoje bolezni (Ando idr., 2011). Glavne teme, ki so jih razbrali iz pridobljenih podatkov o pomenu svoje bolezni pred izvajanjem programa, so bile trud za spoprijemanje, pogled nazaj, duhovnost, osebna rast in trpljenje. Nekateri udeleženci, ki so prejeli aktivno zdravljenje (kemoterapija, obsevanje in druga zdravila), so prepoznali pomen zdravja in so nato začeli temu posvečati več pozornosti (osebna rast, duhovnost). Bolj so cenili svojo družino in druge bližnje (osebna rast). Prepoznali so tudi pomen minljivosti življenja in časa v odnosu do družine in drugih bližnjih (duhovnost). Pred izvajanjem programa so udeleženci doživljali neprijetna čustva, kot sta tesnoba in strah, ter čutili breme ali trpljenje glede svojih otrok ali svojega dela (trpljenje). Želeli so poiskati pozitivno sprejemanje svoje bolezni in najti konkretne strategije spoprijemanja (trud za spoprijemanje). Z izvajanjem na čuječnosti temelječe meditacije so uspeli pridobiti pozitivno sprejemanje svoje bolezni in najti strategije spoprijemanja, kot so spanje, poslušanje glasbe, uživanje v kuhanju ali telovadba (prilagojeno spoprijemanje). Ugotovitve študije kažejo, da so udeleženci lahko pozitivno prepoznali svojo bolezen in spremenili svoj življenjski slog ter razvili svoj način spoprijemanja (Ando idr., 2011).

Doživljanje po programu čuječnosti so v raziskavi Hoffman, Ersser in Hopkinson (2012) udeleženke opisale kot zaznavanje večjega občutka mirnosti, povezanosti in samozavesti. Udeleženke so poročale o večji zmožnosti povezovanja s seboj, z delom sebe, ki je miren, spokojen, in lažje opuščanje pozornosti, usmerjene na moteče zunanje dejavnike. Udeleženke so pogosto navajale tudi vrednosti in izzive izvajanja čuječnosti. Terminska določenost programa je motivirala udeleženke za izvajanje čuječnosti in jim dala priložnost

doživeti meditacijo na globlji način, kar je vodilo do cenjenja vrednosti meditacije in izvajanje nemotene meditacije. Posebna hvaležnost je bila izražena za vire (predvsem zgoščenke), pridobljene v času programa, ki so omogočali redno izvajanje čuječnosti med programom in po njem (Hoffman idr., 2012).

S procesom razvijanja čuječnosti in večjega zavedanja so udeleženke torej razvile veščine, ki so jim pomagale, da sprejemajo stvari takšne, kot so, da manj presojujejo, so mirnejše, bolj osredotočene in imajo večji občutek povezanosti in samozavesti. Pomemben del razvijanja čuječnosti, ki smo ga spoznali že v prejšnji študiji, je bil ustvarjanje časa in prostora zase, ki je pomagal udeleženkam pri spoprijemanju s stresom, tesnobo in paniko. Izboljšana komunikacija in medosebni odnosi, spoprijemanje s fizičnimi in psihičnimi simptomi, vključno z bolečino, prav tako predstavljajo koristi prakticiranja čuječnosti, vendar so navedeni manj pogosto. Mnoge so poročale o koristih čuječnosti, hkrati pa je za mnoge udeleženke izvajanje formalnih vaj doma predstavljalo izziv. Vrednost in izzivi prakticiranja čuječnosti so dali nove veščine in vire, da z izvajanjem nadaljujejo tudi v prihodnje. Kvalitativni rezultati kažejo, da program MBSR in prakticiranje čuječnosti lahko povišata kakovost življenja pri preživelih bolnicah raka z učenjem novih načinov bivanja in spoprijemanja, ki jih lahko uporabijo pri različnih vidikih svojega življenja. Ključna nova ugotovitev je, da program MBSR udeleženkam omogoča, da posvečajo čas sebi in da večkrat poskrbijo zase ter izboljšajo samoupravljanje (Hoffman idr., 2012).

Avtorica Dobkin (2008) je v svoji študiji s fokusno skupino udeleženk prišla do podobnih ugotovitev. Udeleženke fokusne skupine so podobno, kot lahko opazimo v rezultatih prejšnjih študij, navajale novo pot k večjemu samosprejetanju (sprejetanju). Udeleženke so poročale o tem, kako jim je učenje čuječnosti pomagalo pri vnovičnem pridobivanju in vzdrževanju čuječega nadzora v svojem življenju. Nekatere udeleženke so pridobljene veščine uporabile za spremembo vedenja, drugim pa je program omogočil večjo osredotočenost in zavedanje o potencialni izgube nadzora. Omenjale so tudi prakticiranje čuječnosti med hranjenjem in vadbo joge. Poročale so o zaznanih novih možnostih za spremembe in navajale primere, ko je prevzemanje odgovornosti vodilo do boljšega počutja. Opazile so, da se bolj čuječe zavedajo tega, kar je v njihovem lokusu nadzora, in svojih omejitev, zaradi česar so čutile manj krivde, ko je situacija ostala nespremenjena. Opisovale so boljši pregled nad stvarmi in življenjem v sedanjem trenutku, kar jim je olajšalo spoprijemanje s stresorji. Omenjale so neposredno vlogo čuječnosti v njihovem trenutnem življenju in o tem, kako se je njen učinek razširil na različna področja. Ne glede na to, ali so bile zmožne točno določiti njen učinek ali ne, so izražale duha odprtosti v smislu, da so vzdrževale zavedanje med vsakodnevnimi dogodki. Med udeleženkami, ki so opisale vlogo širjenja čuječnosti, je bilo jasno, da so si prizadevale biti opazujoče pri tem, kako dogodki in okoliščine vplivajo na njihova življenja. Čuječnost jih je na splošno navdajala s pogumom.

Pomembna omemba je tudi, da so udeleženke čutile izkušnjo skupine kot pomemben vidik programa. Imele so občutek kolektivne celote, deljenja povezanosti, ki je presegal individualno trpljenje (Dobkin, 2008).

Analiza kvalitativnega dela študije Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig in Walach (2002) je pokazala, da so udeleženci poročali o zmanjšanem trpljenju zaradi zmanjšanja simptomov ali izboljšanih veččin spoprijemanja. Udeleženci so poročali o izboljšanju občutku lastne odgovornosti in koristnih vedenjskih modifikacijah glede svoje bolezni. Udeleženci so poročali o višji združljivosti z drugimi prejetimi metodami zdravljenja, zlasti s psihoterapijo. Poleg tega so udeleženci v svojih odgovorih poudarjali komplementarne učinke čuječnosti, ki so jih opazili na ravni preventive, rehabilitacije in promoviranja zdravja (Majumdar idr., 2002).

### **1.2.7 Čuječnost ter rak dojk in rodil na Slovenskem**

V Sloveniji je preživelim bolnicam raka dojk in rodil trenutno na voljo brezplačen program Na čuječnosti temelječi program za preživele bolnice raka dojk in rodil. Program poteka v okviru projekta ROZA, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje RS pod okriljem Europe Donne in Društva za razvijanje čuječnosti. Program je sestavljen iz osmih zaporednih tedenskih srečanj, ki trajajo dve uri, pri čemer je izjema sedmo srečanje, ki traja šest ur in poteka v soboto. Udeleženke programa tako v osmih tednih opravijo 18 ur formalne vadbe v okviru izvajanja programa in okoli 42 ur samostojne vadbe čuječnosti. Vsebina programa je zastavljena po principih programa Obvladovanje stresa s čuječnostjo z elementi na sočutju osnovane terapije (angl. Compassion Focused Therapy).

V okviru Onkološkega inštituta preživelim bolnicam raka dojk in rodil na čuječnosti osnovane intervencije niso na voljo (Murko, Miroševič, Bajt in Kukec, 2018). Kot pravijo avtorice Murko idr. (2018), bi bilo smiselno ob primerni kadrovski zasedbi znanstveno dokazane na čuječnosti temelječe intervencije vpeljati tudi na slovenska onkološka tla in stremeti h konceptu integrativne onkologije.

### **1.2.8 Namen in cilji magistrskega dela**

Namen te magistrske naloge je prek polstrukturiranega intervjuja pridobiti vpogled v doživljanje preživelih bolnic raka dojke in rodil, ki so sodelovale v osemtedenskem programu čuječnosti. Cilj magistrskega dela je s pomočjo poskusne teorije raziskati, kako tovrstna skupina doživlja program čuječnosti in kakšne spremembe doživljajo udeleženke v povezavi s programom čuječnosti.

Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kako preživele bolnice raka doživljajo program čuječnosti?
- Kako preživele bolnice raka dojk doživljajo vpliv programa čuječnosti na njihovo življenje?

## 2 METODA

### 2.1 UDELEŽENCI

Udeleženke v raziskavi so bile preživele bolnice raka dojke in raka rodil, ki so sodelovale v osemtedenskem programu čuječnosti, prilagojenem za tovrstno populacijo. Vzorec sestavlja sedem udeleženk, njihova povprečna starost je bila 49,72 leta. Najstarejša udeleženka je bila stara 63, najmlajša udeleženka pa 41 let. Štiri udeleženke so poročene in tri so samske. Vse udeleženke so zaključile določeno vrsto izobraževanja. Ena udeleženka ima pridobljeno splošno srednjo izobrazbo, ena višjo izobrazbo, ena visokošolsko in tri univerzitetno izobrazbo. Štiri so zaposlene, ena upokojena, ena invalidsko upokojena in ena trenutno nezaposlena. Šestim udeleženkam so v preteklosti diagnosticirali rak dojke in eni udeleženki rak materničnega vratu. Povprečna starost ob diagnozi je bila 43,52 leta. Šest udeleženk je bilo operiranih, šest obsevanih in tri so prejele kemoterapijo.

### 2.2 PRIPOMOČKI

Za preverjanje kontraindikacij pred vključitvijo v raziskavo so udeleženke programa izpolnile vprašalnik CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure; Evans, idr., 2000). Vprašalnik CORE-OM je sestavljen iz 34 vprašanj in pokriva štiri dimenzije: subjektivno blagostanje, težave/simptome, življenjsko funkcioniranje in tveganje/poškodovanje (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure; Evans, idr., 2000).

Pred začetkom programa čuječnosti so udeleženke izpolnile demografski vprašalnik. Po zaključku programa smo uporabili polstrukturirani intervju, saj z zadostno strukturo omogoča naslavljanje specifičnih tem, povezanih z raziskavo, hkrati pa daje prostor udeležencem, da delijo svojo izkušnjo in dodajo nov pomen fokusu raziskave (Galleta, 2013).

Raziskovalna vprašanja smo oblikovali po modelu vprašalnika Intervju spremembe v terapiji (angl. The Change Interview; Elliot, Slatick in Urman, 2001). Ustreznost vprašanj smo preverili po prvem pilotskem intervjuju, na podlagi katerega smo nato prilagodili nadaljnje povpraševanje. Končna oblika uporabljenega intervjuja je bila tako sestavljena iz dveh sklopov odprtih vprašanj. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na doživljanje programa čuječnosti. Udeleženke smo najprej povprašali po njihovi izkušnji s programom, o spremembah, ki so jih doživele na ravni kakovosti življenja, ali opažajo spremembe v zvezi mislimi in čustvenim doživljanjem. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na doživljanje bolezni pred programom čuječnosti in po njem. Povprašali smo jih po doživljanju strahu v povezavi

z boleznijo, po spoprijemanju z boleznijo in drugih vidikih, ki so jih morda udeleženke doživljale kot pomembne v povezavi s svojo boleznijo. Udeleženke smo na primer povprašali:

- Kako je program vplival na vas?
- Kakšne spremembe pri sebi opazate?
- Kakšne spremembe opazate glede doživljanja čustev?
- Mnogo ljudi doživlja strahove, da bi se bolezen ponovila. Kakšna je vaša izkušnja?
- Ljudje, ki so preživeli raka, poročajo še o drugih vidikih, na katere sta bolezen in zdravljenje vplivala. Kako je bilo s tem pri vas?

Med intervjuji z udeleženkami so se odpirale in razvijale različne teme, ki jih v načrtovanju intervjuja nismo predvideli, zato smo med intervjujem smiselno dodajali in razvijali vprašanja.

## 2.3 POSTOPEK

### 2.3.1 Nabor udeleženk

Udeleženke programa čuječnosti so se prostovoljno prijavile na program čuječnosti, ki je bil objavljen na spletni strani Društva za razvijanje čuječnosti, spletni strani Europa Donne in v tiskani reviji Europa Donna. Nekatere udeleženke smo v program povabili tudi prek elektronske pošte. S takim pristopom smo želeli pridobiti čim večjo reprezentativnost vzorca in udeleženke, ki ustrezajo kriterijem raziskave. Pogoji za vključitev v program so bili končano primarno zdravljenje in bolezen raka dojke ali rodil v preteklosti, a ne pred 18. letom starosti. Udeleženke so lahko prejemale hormonsko zdravljenje. Za zagotovitev pogoja so udeleženke, ki so se na program prijavile, pred začetkom programa opravile uvodni intervju z vodjo programa, ki jim je program čuječnosti predstavila ter jih seznanila z opisom študije. Intervju je služil tudi kot preverjanje pripravljenosti za sodelovanje v raziskavi. Pred začetkom programa so podpisale soglasje, v katerem so bile seznanjene z raziskavo in njenim potekom.

### 2.3.2 Potek programa

Program je bil zastavljen po modelu MBCT-C (angl. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer) in vseboval elemente na sočutje usmerjene terapije (angl. Compassion Focused Therapy, CFT). To pomeni, da je izvajalka programa ves čas programa udeleženke usmerjala k razvoju in delu z izkušnjo notranje topline in varnosti. Nekaj tega sicer že splošen program čuječnosti MBCT in MSBR vsebujeta, a je bil pri tem programu še večji poudarek na sočutju do sebe. Tako je na primer pri izvedbi vaj kot je Pregled telesa,



izvajalka med vajo večkrat poudarila, da naj poskrbijo za sebe, da naj telesu, ki potrebuje dodatno skrb, ali je bilo v preteklosti ranjeno ali kako drugače poškodovano, namenijo nežnost, naj ga pobožajo ali mu zgolj namenijo dodatno skrb. Izvajalka je bila še posebej previdna pri delu z bolečimi vsebinami in udeleženke vabila, da jim namenijo skrb na sočuten način.

Program čuječnosti je sicer potekal osem tednov, enkrat tedensko dve polni uri. Izjema je bilo celodnevno srečanje, ki je potekalo cel dan. Izvajalka programa je bila izobrazena biopsihologinja z opravljeno prvo stopnjo izobraževanja učitelja čuječnosti.

V času osmih srečanj so udeleženke prek pogovora, vaj in razprave obravnavale naslednje teme: prisotnost v sedanjem trenutku, avtomatski pilot, povezava med mislimi in počutjem, odzivanje na neprijetna čustva, strah pred ponovitvijo bolezni, skrb zase in sočutje do sebe. Predstavljene so jim bile različne vaje, na primer vzdrževanje fokusa v sedanjem trenutku, pregled telesa, čuječe gibanje, beleženje misli, ponavljanje ljubečih fraz, čuječa hoja, meditacija gore, sedeča meditacija itd. Udeleženke smo spodbudili k rednemu opravljanju formalnih in neformalnih vaj tudi doma. V tabeli 2.1 je opisana vsebina osemtedenskega programa čuječnosti, razporejena po srečanjih.

Tabela 2.1.

*Vsebina osem-tedenskega programa razporejena po srečanjih programa*

Srečanje	Vsebina
1. srečanje	Izvajalka predstavi glavna pravila in izvede kratko vajo prizemljitve. Zastavi se namera programa. Izvede se vaja z rozino. Prvi teden je namenjen učenju čuječnosti, vaji pregled telesa. Udeleženke se povabi k vsakodnevnu izvajanju pregleda telesa, da na čuječ način jedo obroke in se večkrat na dan ustavijo. Povabi se jih, da izberejo aktivnost, ki jo bodo vsak dan počele na čuječ način.
2. srečanje	Tema drugega srečanja je soočanje z ovirami. Udeleženkam je predstavljeno opazovanje svojega uma, predvsem njegove značilnosti, da odtava. Učijo se vaditi vračanje pozornosti na sedanji trenutek ter gojenja prijaznosti, radovednosti in nežnosti do svoje izkušnje. Povabi se jih k vsakodnevnu izvajanju pregleda telesa, vračanju pozornosti na dihanje, ustavljanju ter izboru nove aktivnosti, ki jo bodo izvajale na čuječ način.

3. srečanje
- Tretje srečanje je namenjeno spoprijateljstvu z dihanjem in čuječim gibanjem. Učijo se triminutnega časa za dihanje. Udeleženke se povabi k vsakodnevnomu izvajanju pregleda telesa ali čuječe hoje in triminutnemu času za dihanje ter k ustavljanju in osredotočanju na dihanje. Povabi se jih k beleženju neprijetnih vsakodnevnih izkušenj.
4. srečanje
- Tema četrtega srečanja je biti dobro tudi, ko je težko. Udeleženke se uči o strahu pred ponovitvijo bolezni, o tesnobni preokupaciji in odzivanju na neprijetna občutja. Udeleženke se povabi k pregledu svoje izkušnje na polovici programa. Učijo se sedeče meditacije. Povabi se jih k vsakodnevnomu izvajanju sedeče meditacije ali čuječega gibanja ali čuječe hoje ter triminutnega časa za dihanje in vračanja k dihanju.
5. srečanje
- Osredno temo 5. srečanja predstavlja zaznavanje svojih misli. Vaje so usmerjene v zaznavanje, opazovanje misli, učijo se, da misli niso dejstva. Udeleženke se uči podaljšanja meditacije dihanja. Povabi se jih k vsakodnevnomu izvajanju pregleda telesa ali sedeče meditacije ali čuječega gibanja ali čuječe hoje ter k izvajanju triminutnega časa za dihanje in vračanja k dihanju.
6. srečanje
- Šesto srečanje je namenjeno učenju sočutja do sebe in razpravi o skrbi zase. Učijo se meditacijo gore. Povabi se jih k vsakodnevnomu izvajanju pregleda telesa ali sedeče meditacije ali čuječega gibanja ali čuječe hoje ter k izvajanju triminutnega časa za dihanje, vračanja k dihanju in ponavljanju sočutnih fraz.
7. srečanje
- Sedmo srečanje je namenjeno celodnevni meditaciji v tišini. Vse aktivnosti potekajo v tišini. Aktivnosti so individualne ali skupinske, udeleženkam dajejo možnost, da so same s seboj in da razmislijo, kakšen je njihov namen udeležbe na tem srečanju. Izvaja se branje pesmi, zgodb, sedeča

## 8. srečanje

meditacija, pregled telesa (vodeno), čuječa hoja, osredotočanje na dihanje, vaja ljubeče naklonjenosti. Ob koncu srečanja se postopoma prekine tišina, najprej v parih, nato skupinah, nato v celotni skupini.

Na osmem srečanju se izvede pregled vseh vsebin, programa. Udeleženkam se podajo nasveti za nadaljnje individualno prakticiranje čuječnosti, dobijo predloge za dodatne vaje.

### 2.3.3 Obveščeno soglasje za sodelovanje v raziskavi

Udeleženke so pred začetkom programa podpisale soglasje za sodelovanje v raziskavi. V soglasju so soglašale, da so z raziskavo seznanjene, da se vanjo vključujejo prostovoljno in da se zavedajo, da imajo v vsakem trenutku pravico z raziskavo zaključiti. Seznanjene so bile, da bodo intervjuji posneti in njihovi zapisi prepisani.

### 2.3.4 Priprava, izvajanje intervjujev, snemanje in transkripcija

Na podlagi prebiranja literature in zbiranja podatkov smo udeleženkam zastavili sklop odprtih vprašanj, ki smo jih pilotno testirali in nato preoblikovali, da so boljše zajela to, kar nas je zanimalo. V dogovoru z udeleženkami smo intervjuje izvedli le enkrat, približno 10 dni po zaključenem osemtedenskem programu čuječnosti.

Pridobljene podatke je avtorica raziskave pridobila z intervjuji v aprilu 2017. Intervjuje je izvajala v prostorih Medicinske fakultete na katedri za družinsko medicino in v prostorih društva Cordis, centra za psihoterapijo in svetovanje. V obeh primerih smo za izvajanje intervjujev zagotovili zasebnost. Intervjuji so trajali med 16 in 90 minut (v ta čas nista vključena neformalni uvod in zaključek). Vse intervjuje smo posneli z diktafonom in jih prepisali, za kar smo dobili soglasje udeleženk. Prepisano besedilo intervjujev je dobesedno in zapisano v zbornem knjižnem jeziku.

Varovanje osebnih podatkov smo zagotovili s šifriranjem udeleženk s šiframi U1, U2, U3. Šifre udeleženk so bile ločene od dejanskih podatkov. Vse informacije, ki bi lahko razkrivale identiteto udeleženk smo spremenili ali izbrisali. Posnetke intervjujev in njihove prepise hrani avtorica raziskave, ki jih bo po objavi magistrske naloge uničila. Zaradi varovanja osebnih podatkov prepisi ne bodo objavljeni. Za prikaz vsebin bodo v rezultatih navedeni citati udeležencev, vendar je v njih ustrezno prikrita njihova identiteta oziroma osebni podatki.

### *Analiza podatkov s programom Atlas.ti*

Po koncu prepisa intervjujev smo začeli z analiziranjem v programu Atlas po načelih utemeljene teorije. Utemeljeno teorijo sestavljajo štiri faze kodiranja: začetno kodiranje, fokusirano in osno kodiranje ter teoretično kodiranje (Charmaz, 2014).

Začetno kodiranje je predstavljajo začetek analize podatkov. S primerjanjem pridobljenih podatkov smo dobili vpogled v področja, ki so za udeleženske ključna, in jih obravnavali analitsko. V fazi začetnega kodiranja smo kodirali podatke kar se da opisno, tako da smo čim bolj povzeli izkušnje udeleženk. Podatke smo kodirali z opisi vedenja in glagoli. Na tak način so kode temeljile na izkušnji udeležencev. Na podlagi pridobljenih kod smo dobili skelet za analizo. V nadaljnjih korakih smo kode glede na podobnost združevali v bolj splošne in abstraktne kategorije. Med analiziranjem novih prepisov intervjujev smo sproti ustvarjali nove kode in spreminjali že obstoječe zato, da so čim bolj povzele izkušnje udeleženk. Na tak način smo odkrivali nove teme v podatkih.

Sledilo je fokusirano in osno kodiranje. V tej fazi kodiranja smo zbrali najpogostejše in pomembne kode ter jih medsebojno povezali. Pridobljene kode smo na podlagi podobnega pomena povezovali in združevali v širše kategorije, ki so predmet raziskovanja opisale bolj celostno.

Teoretično kodiranje je predstavljalo zadnjo fazo analize. V tej fazi smo iskali odnose med kategorijami in podkategorijami. Te smo na podlagi medsebojnega primerjanja in na osnovi pridobljenih kod poskušali čim bolj opisati in jih povezati v smiseln teoretični model.

Med analizo smo se kljub postopnemu sledenju fazam analize večkrat vračali v prejšnje faze in jih tako medsebojno prepletali. S spreminjanjem kod in večkratnim kodiranjem ter sprotno refleksijo smo poskušali pridobljene koncepte čim bolj prilagoditi izkušnjam udeleženk in s tem zagotoviti veljavnost rezultatov. Avtorica raziskave je v vseh fazah analize sodelovala z mentorjem in somentorico raziskave, ki sta jo usmerjala in podajala povratne informacije na pridobljene kode in kategorije.

### 3 REZULTATI

V magistrskem delu smo proučevali, kako preživele bolnice raka dojke in rodil doživljajo program čuječnosti in kakšne učinke programa zaznavajo. Zanimalo nas je, kateri dejavniki programa so bili za udeleženske pomembni, kakšne učinke programa opažajo pri zavedanju, skrbi zase, doživljanju čustev in doživljanju svoje bolezni, in nato v skladu s tem kodirali. Z analizo sedmih intervjujev (približno 54 strani formata A4) smo dobili 232 kodiranih citatov (KC), ki so se nanašali bodisi na doživljanje bodisi na učinek programa. Tekst smo označili s kodo, ki je najbolje predstavljala vsebino citata. Citate izjav smo združili v kategorije na podlagi njihovega pomena. Odkrili smo sedem kategorij, ki se nanašajo na temo učinkov programa (predstavljeni v tabeli 3.1), in štiri kategorije, ki se nanašajo na temo doživljanja programa (predstavljene v tabeli 3.2).

#### 3.1 UČINKI ČUJEČNOSTI

Tabela 3.1.

*Učinki čuječnosti, kot jih zaznavajo udeleženske programa*

Učinki čuječnosti	KC <sup>a</sup>	KT <sup>b</sup>
1. Večja prisotnost v sedanjem trenutku	18	5
2. Večje zavedanje		
2.1 Večje zavedanje misli	16	4
2.2 Večje zavedanje vedenja	6	3
2.3 Večje zavedanje sebe	4	3
2.3.1 Večje zavedanje sebe v odnosu z drugimi	4	1
2.4 Večje zavedanje čustev	5	1
3. Boljša samoregulacija		
3.1 Boljša samoregulacija vedenja	8	3
3.2 Boljša samoregulacija pozornosti	15	6
3.3 Boljša samoregulacija čustev	6	4
3.3.1 Regulacija strahu pred ponovitvijo bolezni	4	2
4. Večja skrb zase	42	7
5. Večje sočutje do sebe	10	3
6. Izboljšanje počutja	6	3
6.1 Umirjenost	16	5
7. Boljše spanje	4	3

*Opombi:* <sup>a</sup> število kodiranih citatov, <sup>b</sup> število kodiranih transkriptov.

## 1. Večja prisotnost v sedanjem trenutku

Udeleženke opisujejo, da so postale bolj pozorne in bolj prisotne v sedanjem trenutku. Opisujejo zavedanje svoje prisotnosti iz trenutka v trenutek. Zavedanje sedanjega trenutka opisujejo kot trenutek, v katerem se izmenjujeta sprejemanje in opuščanje (tega trenutka).

**U 3:49:** *»Ko voziš, ampak ali pa če voziš, razmišljaš tristo in eno stvar, ne vem bit zraven, k voziš, ne. Se dostikrat spomnim, mislit na vožnjo, skoncentrirat se na vožnjo, ne pa da ne vem, kako si prišel iz Ljubljane do Maribora, k ne veš, a si kakšen semafor prevozu ali ne, tudi to se je dogajal.«*

**U 5:5:** *»Se osredotočam na to, se spomnim tega, pa pol sem prisotna pa imam to v zavesti, aha, okay, zdaj sem tukaj in poslušam in vidim, kaj bo ratal, tako je. V redu je.«*

**U 6:10:** *»Da pač pride, da sprejmeš pa spustiš.«*

Udeleženke opažajo, da se ob osredotočanju na sedanji trenutek spremeni njihovo doživljanje. Opisujejo, da ob sedanjem trenutku doživljajo prijetno počutje ter doživljajo osvoboditev, prizemljenost in mir.

**U 5:10:** *»... in v bistvu mene to res tako zdaj fajn, ko sem prišla do tistega nečesa, ko je lepo, ko si v tem trenutku.«*

**U 5:23:** *»V resnici pa, ko sem začela zavestno početi, da sem poslušala telo pa bila prisotna zdaj, tukaj, sem pa čutila osvoboditev. Ful zanimiva izkušnja. Ravno kontra se mi je v bistvu potrdilo kakor tista moja predstava, saj zato sem pa rekla, da sem mela predsodek. Da če se bom jaz preveč s telesom ukvarjala, da če bom jaz preveč na telo mislila skoz, da to pomen, da jaz samo sebe materialistično determiniram v času in prostoru, v resnici mi pa, še zdaj čutim, da mi to daje svobodo, duha.«*

**U 5:21:** *»V bistvu mi je dala neko potrditev, da je meni, kaj jaz vem, koncept tukaj in zdaj, ta trenutek, zelo fajn, in da je po mojem vedno bolj to.«*

## 2. Večje zavedanje

Udeleženke opisujejo večje zavedanje na področju misli, čustev, vedenja, sebe in sebe v odnosu z drugimi. Z osredotočanjem na sedanji trenutek in z usmerjanjem pozornosti na drugačen način so pridobile nove informacije o sebi, svojem načinu delovanja in o drugih. Usmerjanje pozornosti na drugačen način opisujejo kot nepresojajoče opazovanje, distanciranje in nepoistovetenje z vsebinami zavedanja.

## 2.1 Večje zavedanje misli

Udeleženke zavedanje misli opišejo kot dinamičen proces, ki vsebuje komponente prepoznavanja, sprejemanja in opuščanja. Njihove miselne vsebine so bolj jasne in se jih hitreje zavejo. Zavedajo se tudi ponavljanja miselnih vsebin. Opisujejo, da manjkrat delujejo na avtomatski način in se lahko distancirajo od svojega miselnega toka oziroma se z njim ne poistovetijo.

**U 5:40:** *»Recimo bolj preprosto vidim stvari, tako kar ven se potegnem iz tam kar nekje.«*

**U 5:50:** *»Ko sem se poslušala, sem si rekla, kok mi glava dela: Koliko sem zdaj tukaj? Koliko imam jaz te misli? Kaj naj zdaj jaz odgovorim? A naj mu kaj odgovorim?...«*

**U 4:29:** *»Misli, bolj se jih zaveš. Da jih sam prikličesh na nek način in da jih lahko ustaviš. Oziroma sprejmeš, da so pač kle, zdaj, in jih spustiš, ne pa da se zaciklaš, a ne.«*

S čuječnostjo se je spremenil njihov odnos do svojih misli. Sedaj poskušajo svoje miselne vsebine opazovati brez presojanja ter nepresojajoče opazovati tudi zunanji svet.

**U 4:22:** *»Mogoče poskušam ne več toliko presojati vsega, da ne vem, ko hodiš na sprehodu, tudi vidiš vsa ta cvetoča lepa drevesa, da ne presojaš, kako so lepa.«*

**U 7:11:** *»Ampak to, da ne presojaš, da ne ocenjuješ.«*

**U 1:121:** *»Zagotovo pa ta del, pa na to nisem bila nikoli pozorna, nisem prej nikoli meditirala, tako nisem imela nobenih izkušenj s tem, to se mi je zdelo tako pomembno, da ne obsojamo, da res samo opazujemo, no. Ta del se mi je zdel zame mogoče najbolj tak, da mi je dal neko vedenje ali znanje o tem, kako zdej naprej.«*

## 2.2 Večje zavedanje vedenja

Podkategorija opisuje večje zavedanje svojega delovanja. Opisujejo, da so z izvajanjem čuječnosti dobile uvid v svoj tempo delovanja, predvsem v svojo nemirnost in način, kako delujejo. Postale so bolj pozorne na to, kar počnejo, in se svojega vedenja hitreje zavejo.

**U 3:44:** *»Zame je bil pravzaprav zanimiv to, da sem ugotovila, kok sem drugače hitra, naspidirana in da skoz ksks gor-dol.«*

**U 5:94:** *»Pa se spet zaznam, da imam tri papirje, pa tri stvari naenkrat, pa tri korake levo pa desno delam tako in prej to vidim, prej se ustavim.«*

**U 7:48:** *»Naprej sem začela biti bolj pozorna na to, kaj delam.«*

### **2.3 Večje zavedanje sebe**

Udeleženke opisujejo, da je program čuječnosti vplival na spremenjeno zavedanje sebe. Nepresojajoče opazovanje sebe jim je pomagalo izstopiti iz poistovetenja s trenutnim doživljanjem v bolj objektivno dojemanje sebe. Drugačno zavedanje sebe jim je omogočilo, da življenje doživljajo bolj polno.

**U 6:64:** *»Da se tudi sebe bolj zavedam.«*

**U 1:106:** *»Šele na ta način lahko verjetno res sebe bolj opazujem zdaj z drugimi očmi. Mogoče malo bolj tako, kot bi se od uzgori videla, ne.«*

**U 5:89:** *»Ampak če čist izoliram zdaj, se mi zdi, da s tem čuječnost, če bi prej začela to pa če mladi začnejo to, se mi zdi, da res lahko pomaga bit ti, ti. Ker ko se ustaviš pa si zdaj tukaj pa k poslušaj pa ko uvidiš stvar ... Ker zdi se mi največja kvaliteta tega, da če sem jaz prisotna v trenutku, pol vidim, pol slišim, pol zaznavam.«*

#### **2.3.1 Večje zavedanje sebe v odnosu z drugimi**

Program čuječnosti je prispeval k spremembi zaznavanja sebe v odnosu do drugih ljudi. Čuječnost je pripomogla k polnejšemu zaznavanju drugih prek osredotočanja na tukaj in zdaj, hkrati pa omogočila, da je bilo izražanje v odnosih do drugih pristnejše.

**U 5:6:** *»Ja, to, ustavit se pa poslušat pa recimo, a ne. Zdaj recimo – to sem že prej tudi, ampak še bolj zdaj – ta pozornost. Vidim, kok ljudi me poslušajo, koliko so odsotni, kdo gleda mimo. Se pogovarjam pa gleda mimo. Odgovarja nekaj drugega. Ne odgovori na vprašanje. Res, ta odsotnost stalna, misli nekje druge pa tako, ...«*

**U 5:56:** *»Jaz temu rečem eleganten način, ko poveš resnico, pa je drugim všeč ali ne, je meni vseeno. Sem jo tako povedala, da ne prileti, da ne zareže niti mene niti drugih. In da je izražena jasno pa čisto. In to si želim in men ta praksa to pomaga. In jaz mislim, da če bi se tukaj angažirala s to čuječnostjo, bi bila lahko tukaj še bližje temu.«*

**U 5:24:** *»Kvaliteta v odnosu je drugačna, ker zdaj se hitro spomnim: kle poslušaj. V bistvu dostikrat se tako v situacijah, ki so tako zoprne, ali pa ko se najdem v njih, ko se ne bi hotela, ali pa ko imam človeka pred sabo.«*



## 2.4 Večje zavedanje čustev

Udeleženke opisujejo, da se bolj zavedajo svojih čustvih in da so pridobile nove informacije o svojem čustvenem svetu med in po izvajanju čuječnosti.

**U 2:48:** *»Sem prov razmišljala pol še par dni potem, da ja, kaj je zdej s tem veseljem?«*

**U 2:45:** *»Zdaj pri čustvih, kaj pa vem, se mi zdi, da je pri meni celo problem, da sem čustva po nekih letih pa izkušnjah celo malo odrinila na stran in da sem v bistvu ugotovila, tudi ko sem razmišljala na meditacijah in tud po njih, da dosti manj čustvujem.«*

**U 2:100:** *»... da mi je malo radosti šlo in to je blo blazno pomembno, kar je meni priletelo skozi te meditacije. In to precej po tisti zadnji. Prov res tako na koncu po težavah s tisto tadolgo (meditacijo) in tisto zadnjo.«*

## 3. Boljša samoregulacija

Povečano zavedanje sebe je udeleženkam omogočilo, da so spremenile način odzivanja na različne dražljaje. Boljšo samoregulacijo opišejo najprej kot zavedanje sebe in svojega delovanja in nato kot večji nadzor nad svojim delovanjem prek možnosti izbiranja svojega odziva na različne dražljaje. Boljšo samoregulacijo opažajo na področjih vedenja, usmerjanja pozornosti in odzivanja na čustvene dražljaje. Pomembni veščini samoregulacije sta zavedanje dihanja in sprememba v notranjem dialogu.

### 3.1 Boljša samoregulacija vedenja

Udeleženke poročajo, da je čuječnost vplivala na boljšo samoregulacijo vedenja, da so zmožne svoje vedenje bolj in hitreje regulirati. Poročajo, da svoje vedenje uravnavajo z usmerjanjem pozornosti v zavedanje svojega telesa in vedenja, ki ga nato regulirajo z notranjim dialogom in upočasnitvijo tempa.

**U 7:3:** *»Da se ustavim in da ne hitim.«*

**U 6:28:** *»Pa rečem, vse se bo uredilo.«*

**U 3:16:** *»Ali pa ko se zapazim, da grem spet malo na obrate ali pa nekam tako, da si rečem: glej, ustavi se.«*

Svoje vedenje najpogosteje uravnajo z notranjim dialogom, ki jim omogoča, da se ustavijo, upočasnijo in osredotočijo samo na tisto, za kar menijo, da je pomembno.

**U 3:39:** *»Rečeš, lej, tukaj sem, zdaj sem, tole je pomembno zdele, ostalo bo pomembno čez pet minut, ko pride na vrsto.«*

**U 5:95:** *»Ta izkušnja mi je pomagala, doprinesla mi je, pomagala k temu, da se zdaj zelo pogosto spomnim pa ustavim pa rečem: ne, zdaj spet bezlaš. Vzami eno stvar, naredi eno po eno, ker nič ne profitiraš. Tako se samo pod stres spravljaš, ko delaš tri stvari naenkrat.«*

**U 3:63:** *»Mogoče se včasih mal ustavim pa rečem: glej, sej, kam se ti mudi? Glej zdele tukaj. Glej, zdele so kle določene stvari, zdele to naredi, pa boš šla pol naprej.«*

### **3.2 Boljša samoregulacija pozornosti**

Udeleženke opisujejo, da so s programom čuječnosti pridobile večšine vračanja pozornosti v sedanji trenutek, večšine sprejemanja, neobsojanja, opuščanja misli in samopomirjajoč notranji dialog. Pri samoregulaciji pozornosti si pomagajo z opazovanjem dihanja in triminutno meditacijo, s katero z usmerjanjem pozornosti naredijo hiter pregled telesa ter ga zaključijo z opazovanjem dihanja.

**U 7:56:** *»Razglabljaš pa včasih o kakšni stvari kar naprej, ko si nekaj doživel, pa ti ni bilo ugodno, in pri takih stvareh je fajn, da se ustaviš, da se ne obsojaš, ne, pač to je bilo, ne moraš nič narediti, zdaj je važno.«*

**U 2:44:** *»Samo rečem si: fuuf, a ne, tako kot smo tam rekli, umiri se, dihaj, kadar je česa preveč, tako kot smo tam rekli.«*

**U 1:89:** *»Zdaj v tem trenutku pol vsakič poskušam s tem triminutnim dihanjem in mi je pol lažje.«*

Za samoregulacijo pozornosti oziroma usmerjanje svoje pozornosti uporabljajo zavedanje dihanja kot večšino, s katero si pomagajo pri opuščanju neprijetnih misli, za vračanje pozornosti na sedanji trenutek in za spoprijemanje z neprijetnimi situacijami.

**U 6:30:** *»Da imam zdaj to dihanje, ta vdih in izdih, ki gre skozi telo, ven in notri.«*

**U 7:27:** *»Če sem pa zelo zašla z mislimi, sem si pa z dihanjem pomagala. To mi je fajn nekak, da se oprimeš. Ker misli ne moraš čisto ustaviti, to bega skoz, ampak da se znaš pol malo stabilizirati, je pa to fino, to dihanje.«*

**U 5:25:** *»Sicer tudi sem se jaz zelo na dihanje opirala. Tudi se mi zdi, da je dihanje ena taka stvar, tako nekak kot čuječnost. Zelo veliko v dihanju nekak vzamem za oporo ali pa za*

*escape. Neki, da se lahko ven potegneš, rešiš in tako. In to mi je tudi tako fajn, da se mi je poklopil, no, da sem si jaz tudi velikokrat z dihanjem pomagala. Ne greš tja, ampak si tam, ampak si tukaj. Tako nekako je pol to na nek način, da se s tem potegneš ven, si pomagaš. Da se umakneš iz tiste situacije, ki te obremenjuje v resnici.»*

### **3.3 Boljša samoregulacija čustev**

Udeleženske opisujejo povečan vpogled v zavedanje doživljanja čustev, s katerim so si pomagale pri izbiri odziva na notranje ali zunanje situacije. Opisujejo tudi zmanjšano odzivanje na čustvene dražljaje. Hkrati pa so prek povečanega zavedanja doživljanja in z opazovanjem zmožne ostati s svojim doživljanjem, ne da bi glede njega kaj ukrenile.

**U 2:118:** *»Se mi zdi, da kar je fajn, kar sem se naučila, pa zdaj uporabljam. Pa zdaj, ko se spomnim ali pa ko pride taka situacija, da zdaj točno vem, da je in da vem, da jo je treba poslat mimo. Oziroma ustavit tisto toliko. Naučila sem se biti pozorna na stvari, ki bi jih pravzaprav morala znati ustavit, pa jih ne znam, ne.»*

**U 6:61:** *»Zdaj kar ... Kaj je že bilo enkrat? Sem rekla: ne, tole mi pa res ne bo pritisk dvignilo, da bi glas povzdignila. Sem čisto tako, niti mi ni bilo treba tistih vdihov.»*

**U 5:80:** *»In sem se več čas trudila, ker sem vedela, da je kočljiva situacija. Mislim, zoprna predvsem, da jaz nisem hotla iztrčiti, zato, a ne. In sem se pol v bistvu spraševala, sem si čas kupovala in sem pustila tiste tri minute in potem sem rekla: zdaj pa dovolj, moja minuta, povem svoje.»*

#### **3.3.1 Regulacija strahu pred ponovitvijo bolezni**

Podkategorija opisuje nov način regulacije strahu pred ponovitvijo bolezni. Način reguliranja strahu pred ponovitvijo bolezni predstavlja zavedanje misli, dihanja in sposobnost opuščanja misli na bolezen.

**U 4:24:** *»Sej pravim, da men je res zelo fajn bilo zdaj, da mi je pomagalo, v bistvu pravzaprav, a ne, da se ne ukvarjaš tako samo z boleznijo, ampak se posvetiš temu, a ne. Enostavno te vaje izvajaš in probaš tudi te slabe misli, da jih spustiš, da se ustaviš in tako.»*

**U 1:113:** *»To sem si v bistvu želela, da bom znala te trenutke predihat, da me ne bojo odnesl takoj, a ne. Pa da se mi ne bo zdelo, da morm lih nujno na urgenco zdaj. Tega sem si želela in to se mi zdi, da so se delno ta pričakovanja že izpolnila.»*

**U 1:123:** *»Ne vem, zdi se mi, da bo to zagotovo ena izmed stvari, ki jo bom lahko preizkušala na prvi moji onkokuontroli. Tja mi je vsakič znova iti groza, da vidm, kako bom tam zmogla s tem dihanjem ali pa sploh do takrat.«*

#### **4. Večja skrb zase**

Kategorija večje skrbi zase opisuje nove načine in spremenjen odnos do skrbi zase. Spremembe v odnosu do skrbi zase, posvečanje časa sebi, dovoljenje za skrb zase, spremembe v odnosu do telesa, izvajanje čuječnosti kot vir skrbi za sebe in boljše spoprijemanje s stresom predstavljajo različne vidike večje skrbi zase, ki jih udeleženske zaznavajo kot učinke programa čuječnosti. Opisujejo, da si namenijo več pozornosti in poročajo o spremembah v načinu preverjanja svojega počutja. Boljša skrb zase se kaže tudi v večjem stiku s seboj in spremenjenem načinu preverjanja počutja. Spremembo v načinu preverjanja počutja predstavlja notranji dialog, ki odraža dajanje prednosti sebi pred drugimi dejavniki.

**U 5:32:** *»Zdaj definitivno bolj dosledno počnem, da se povprašujem, kadar mi kaj ne štima. Prej sem se jaz spraševala, kaj je bilo narobe, tako, tako, kaj se dogaja. Zdaj pa si rečem, kje sem, kako se počutim.«*

**U 3:34:** *»Da se vprašam, kako se jaz počutim zdaj in kaj mi zdaj telo govori.«*

**U 5:79:** *»Mislim, da ja, je program dal to pozornost do same sebe.«*

Pomembno spremembo v odnosu do skrbi zase je predstavljalo opolnomočenje v skrbi do sebe. Temelji na dovoljenju, ki si ga dajo v odnosu do sebe in drugih ter na sprejemanju odločitev, ki odražajo večjo skrb zase. Zaradi opolnomočenja v skrbi do sebe so zmožne izpolnjevati svoje potrebe, želje in so manj požrtvovalne do drugih. Lažje postavljajo meje in se postavijo zase.

**U 7:39:** *»... da moraš mal vase pogledat, da se imaš rad, da nisi zdaj samo na razpolago za druge, pa da sam drugim zadovoljuješ njihove potrebe pa želje, da se ustaviš, da se umiriš.«*

**U 1:88:** *»... ampak še vseeno, da sem si jaz lahko rekla, da jaz pač grem v spalnico, da si želim mir.«*

**U 5:87:** *»Tako da pri teh stvareh bi jaz rada bila tako, znala počakat, se poslušat, ne zaštarat. In pol, ko bi povedala, bi bila sama s sabo rada toliko content. Ker potem se jaz po tistem okay počutim. To je men pomembno, da mam jaz pri sebi tisti filing, občutek, da sem lepo povedala, da sem pa povedala. Ne počutim se dobro, če pa ne povem stvari. Mislim*

*tako, da kar ignoriraš ali pa da ne izraziš ali pa da ne daš svojega mnenja ali pa da ne opozoriš, če neki ni v redu recimo, tako. Se mi zdi, da ta, ravno ta, mislim, da ravno ta čuječnost kot taka, ravno to, kar se tukaj učiš, da ful pomaga pri tem. Vsaj jaz sem to tako doživela.»*

Sodelovanje v programu je udeleženkam predstavljalo dovoljenje, da si lahko vzamejo čas zase. S posvečanjem več časa sebi so doživljale višjo kakovost življenja. Tak način delovanja si želijo ohranjati tudi v prihodnje.

**U 1:60:** *»Pa se mi zdaj zdi, da sem si vzela tako dve stvari. Naprej čas za počitek, ker sem vnaprej vedla, če bom šla, ne vem, naprej na pregled telesa, bom zagotovo zaspala, če ne bom js prej vsaj mal spočita. Tako da se mi je to zdelo, ja, fajn, v redu. Zagotovo je to pozitivno vplivalo na to skrb zame.»*

**U 7:16:** *»Vsak dan si vzamem ene četrte ure in bi bilo fino, če bi tako tudi naprej delala.»*

**U 1:122:** *»Seveda je kakovost življenja povezana z boljšo kakovostjo spanja, s trenutkom, ko si lahko vzameš čas zase.»*

Začele so tudi spreminjati odnos do svojega telesa oziroma še natančneje, spremenila se je vrednostna ocena pomembnosti svojega telesa. Udeleženke bolj resno doživljajo svoje telo, mu posvečajo več pozornosti, bolje skrbijo zanj in bolj upoštevajo telesne omejitve.

**U 5:29:** *»Jaz sem bila prej tako, da sem šla zelo preko sebe. V smislu, da nikoli nisem veliko pozornosti posvečala hrani pa utrujenosti pa telesu pa tako. To presežeš, to ni važno, moraš zdržat, oziroma pozornost sem imela tako zelo zunaj. In me je cela ta moja izkušnja me je v bistvu postavila notri. To je sigurno bila zame izkušnja, da sem resno začela jemati telo.»*

**U 5:30:** *»To je sigurno bila zame izkušnja, da sem resno začela jemati telo, ker sem morala to resno vzeti.»*

**U 5:76:** *»Tako se nisem spraševala prej. Prej sem se vprašala recimo: Ali mi je to okay ali mi ni? Ali mi je to všeč ali mi ni? Ali to sprejemamo kle bolj (pokaže na glavo)? Zdaj se pa bolj telesa lotim, a ne, telo ti govori.»*

Spremembe v skrbi zase so vodile k novim načinom skrbi zase. Čuječnost je predstavljala enega virov skrbi za sebe. Udeleženke skrbijo zase tako, da čuječnost izvajajo formalno in neformalno, in je način skrbi, ki si ga želijo uporabljati tudi v prihodnje.

**U 4:15:** *»Si vzamem vsak dan, pač, neki časa, a ne, za to in v bistvu naredim zdej kar vaje še po CD-jih.«*

**U 6:47:** *»Jaz se to vsak dan spomnim, ko si zobe umivam, ko jem, ko hodim, ko ne moram zaspati. Bom to še vse izvajala, sigurno, da bom, ne bom pustila, ker bi bilo škoda.«*

Udeleženke so tudi hitreje prepoznale stresne situacije, zmanjšale nalaganje bremen in razvile zavedanje, kako poskrbeti zase v stresnih situacijah. Doživljajo zmanjšanje stresa.

**U 5:17:** *»Definitivno se zdaj manj pod stres spravljam.«*

**U 2:32:** *»Tako da v bistvu, če nisem niti tolikokrat meditirala, me je pa ogromnokrat rešil ta občutek, pa povedanega in prebranega nazaj, da sem lahko locirala, kdaj začne stres, kako se začenja biti stres.«*

**U 2:106:** *»Zdaj k se spomnim ali pa ko pride taka situacija, da zdaj točno vem, da je, in da vem, da jo je treba poslat mimo oziroma ustavit tisto toliko.«*

## **5. Večje sočutje do sebe**

Podkategorija opisuje spremembo v odnosu do sebe. S čuječnostjo so udeleženke ozavestile in začele razvijati bolj sočuten odnos do sebe na kognitivni in telesni ravni. Razvijanje sočutja do sebe je omogočalo, da so si dale prednost pred zunanjimi zahtevami. Sočutje do sebe se kaže v obliki pohvale, manj kritiziranja, obsojanja in dovoljenja za počitek ter v uresničevanju želja.

**U 6:43:** *»Ja pa, da si bolj ljubeč, ko se tuširaš, ko si, ne vem, karkoli, mažeš obraz, da ne narediš to čisto tako na hitro. Pa tudi pri hranjenju včasih, sej pravim.«*

**U 6:14:** *»Tako da se pač pohvališ za tist, kar narediš.«*

**U 6:12:** *»Sej pravim, da to se še učim, bolj ljubeč odnos do sebe, da se ne pokritiziram.«*

Z izvajanjem čuječnosti so udeleženke razvile novo razumevanje in odnos sebe. Čuječnost jim omogoča, da se vidijo bolj pozitivno in da pozornost usmerjajo v svojo izkušnjo.

**U 7:12:** *»Da vase malo bolj pogledaš.«*

**U 6:23:** *»Da sem pač samo človek z vsem tem, kar se mi dogaja.«*

**U 5:42:** *»Pa ja sigurno sem boljša kot sem bila, tako bom rekla, sej se mi zdi da tako itak vidim stvari, da mi gre fajn. Da tako imam zdaj res občutek, da sem res v redu stvari zastavila čist sama pri sebi. S tem kako zdaj v bistvu hendlam s stvarmi.«*

## **6. Izboljšanje počutja**

Kategorija opisuje učinek progama čuječnosti na zaznavanje izboljšanja počutja. Doživljanje prijetnega počutja je posledica izvajanja meditacij. Največkrat so meditacije omogočile doživljanje več mirnosti, zmanjšano čutenje bolečine in telesno sprostitvev. Izboljšanje počutja je vplivalo tudi na zaznavanje višje kakovosti življenja.

**U 4:32:** *»Mi je lažje, ker me je na začetku zelo bolelo, tu med lopaticam. Pa tako pri tej sedeči meditaciji, kar me zdej ne več oziroma manj. Je še vedno, ampak velik manj.«*

**U 1:73:** *»Ampak še zmeri verjamem, ker mi je do sedaj še vedno ali po pregledu telesa ali po sedeči meditaciji bilo prijetno.«*

**U 3:30:** *»... absolutno se pa drugače boljše počutim.«*

### **6.1 Umirjenost**

Udeleženske opažajo, da so na splošno bolj mirne. Opisujejo, da jih izvajanje meditacije čuječnosti sprošča in umirja, dobijo občutek, da bo vse v redu. Nekatere tudi izvajajo meditacijo čuječnosti z namenom pomirjanja.

**U 3:25:** *»Dejstvo pa je, da absolutno sem zdaj bistveno bolj mirna kot prej, mirna, umirjena, vse bo, a ne.«*

**U 3:65:** *»Kako se lahko na en prav poseben način umiriš ali pa prideš v en čist drug svet. Tako wau svet. Tako wau: A tudi kle sem lahko? Mir, tišina, odmik. Tako neki posebnega, no.«*

## **7. Boljše spanje**

Kategorija opisuje učinek čuječnosti na boljše spanje. Boljšo kakovost spanja povezujejo z manjšo pogostostjo zbujanja sredi noči in hitrejšo zmožnostjo vračanja k spancu. Izboljšana kakovost spanja je nato vplivala na doživljanje boljše kakovosti življenja.

**U 1:82:** *»No, tud če sem se ponoč zbujala, sem zelo zelo hitr lahko nazaj zaspala. Večinoma s tem, da sem se lahko osredotočila na dihanje in se mi zdi, da so misli nekak šle. No, to se mi zdi taka na prvo žogo, tko najbolj konkretna stvar, da se mi zdi pomembna in da je zagotovo prišlo do izboljšanja.«*

**U 1:114:** »Seveda je kakovost življenja povezana z boljšo kakovostjo spanja, s trenutkom, ko si lahko vzameš čas zase.«

Hitrejšo zmožnost vračanja k spancu pripisujejo s programom pridobljenima veččinama čuječnosti. To sta večini uravnavanja dihanja in preusmerjanja pozornosti.

**U 6:33:** »To, ko ne spim, da imam zdaj to dihanje, ta vdih in izdih, k ga tudi skozi telo ven in notri, da preusmerim misli, pa to, stik s podlago.«

**U 6:45:** »Ponoči, ko se zbudim ob treh, pol štirih, diham, zvoke poslušam, tole, stik s podlago ...«

## 3.2 DOŽIVLJANJE PROGRAMA

Tabela 3.2.

*Dejavniki, pomembni pri doživljanju programa čuječnosti*

Doživljanje programa	KC <sup>a</sup>	KT <sup>b</sup>
1. Izvedba programa	6	4
1.1 Zadovoljstvo s programom	17	6
1.2 Deljenje povratnih informacij	5	3
2. Doživljanje skupine	5	4
3. Izzivi z izvajanjem	8	3
4. Neizpolnjena pričakovanja	5	2

*Opombi:* <sup>a</sup> število kodiranih citatov, <sup>b</sup> število kodiranih transkriptov.

### 1. Izvedba programa

Kategorija opisuje dejavnike izvedbe programa, ki jih udeleženke opisujejo kot pomembne. Kot pomemben dejavnik v programu udeleženke navajajo strukturiranost vsake delavnice, za katero pravijo, da jih pomirja. Omenjajo tudi možnost izbire izvajanja vaj. Udeleženke so same odločale, kako in koliko bodo čuječnost vključile v svoje življenje. Program je bil za udeleženke privlačen, saj so bile v skupini izključno ženske.

**U 1:52:** »Je pa Špela zelo hitr razblinla vse te moje dvome, ki sem jih imela. Prvič s tem, da je bilo vse tako jasno strukturirano, da nam je vsakič na tablo vnaprej napisala okvirni program in da se je vedl, da se bo temu sledil. Tko da me je to tko zelo zelo pomirilo, ker ne glede na to, da sem takrat rekla, da bom hodila, če bi se to v te vode zašlo, me zagotovo ne bi blo več, ker nisem bila v stanju poslušat zgodb o boleznih drugih žensk.«



**U 5:96:** *»Lahko bi šla v en splošen tečaj, ta pa se mi je zdel nekak privlačen in všeč mi je bil tudi pristop, da so to samo ženske.«*

**U 2:104:** *»... da se mi je zdelo dosti odprto, kako je bilo podano, da si sam tu neki vzpostaviš in skozi to pač poskušaš izboljšat kakovost lajfa.«*

### **1.1 Zadovoljstvo s programom**

V podkategoriji so opisani primeri zadovoljstva z izvedbo programa. Udeležnost v programu je bila za udeležence prijetna izkušnja. Sodelovanje v programu je prineslo občutke izpolnjenosti, rasti in nadgrajevanja znanja. Udeležence so poročale, da so več časa posvetile sebi, program pa doživljale kot pomembno podporo po koncu zdravljenja. Udeležence kot pomemben dejavnik pri izvedbi programa omenjajo vodjo. Opisujejo prijetno izkušnjo z njo, z njenim načinom vodenja meditacij in z vsebino meditacij.

**U 5:69:** *»Sama meditacija je bila pa men zelo fajn, mi je bilo lepš, ko smo delali na vajah, ko je Špela vodila, kot tisto doma.«*

**U 5:22:** *»Jaz bi absolutno pozitivno ocenila. Se mi zdi, da mi je zelo lepo doprideral, k čemur se trudim in čemur sledim, ker jaz imam eno sliko, kako bi si želela, in mislim, da mi gre dobro v to smer. In mi je potrdil vse te neke in vse, kar smo počeli, in mi je doprineslo k temu in je fajn čist vse, v redu. Vse, kar smo delali, vse vaje, vsi te poskusi ali hoja.«*

**U 4:13:** *»Ker sem trenutno na bolniški in je to zelo zelo lepo zapolnjen čas, in to z nečim pozitivnim. Tako da sem tudi lahko zelo redno delala vaje. In sem jih res tudi vsak dan delala in mi je v bistvu to kar pomagalo. Ker imela sem namreč ravno zdaj obsevanja in je v bistvu bila to zelo fajn podpora.«*

### **1.2 Deljenje povratnih informacij**

Podkategorija opisuje doživljanje deljenja povratnih informacij v skupini. Udeležence opisujejo, da pogosto niso imele potrebe oziroma želje po deljenju svoje izkušnje, ampak so raje ostale same s svojo izkušnjo. Deljenja povratne informacije v skupini niso doživele prisiljeno, marveč kot priložnost za izražanje svojih misli, občutkov.

**U 2:85:** *»Je res, da sem na dolgi meditaciji želela, da bi jo končali brez pogovora. Se nisem čutila po tistih šestih urah v stanju, da bi dala feedback.«*

**U 5:20:** *»Večinokrat se jaz nisem nekak počutila v tistem zadnjem delu, da bi imela potrebo po tistem sharingu na koncu, tisti feedback pa tisto deliti svoje občutke, misli, izkušnje pa to.«*

**U 7:43:** *»To mi je bilo tudi všeč, da nimaš tisti občutek, da moraš zdej neki se pogovarjat, ampak sej je vsaka nekaj povedala, kar smo doživljale.«*

## **2. Doživljanje skupine**

Pomemben dejavnik v doživljanju programa predstavlja skupina udeleženk v programu. Udeleženkam je pomembno, kdo je član skupine, saj so vsebino programa doživljale intimno. Opisujejo prijetno izkušnjo s skupino. Skupina je predstavljala prostor, kjer so lahko delile svojo izkušnjo bolezni.

**U 2:115:** *»Mi je bilo pa pomembno, kdo je prišel, ker je to dosti intimna zadeva in v malem krogu je pač pomembno. Ampak ni bilo pol z ekipo nobeno frke.«*

**U 5:78:** *»Punce so bile v redu.«*

**U 4:43:** *»Moram rečt, da men je bilo to sploh všeč, ker so bile to ženske, ki so dale to že pred leti skozi. In recimo ti, ko si pa zdej v tem procesu, je kar fajn poslušat te ženske, ki so dale to skozi že štiri leta nazaj ali pa še več, no.«*

## **3. Izzivi z izvajanjem**

Kategorija opisuje ovire, s katerimi so se udeleženke soočale med programom. Ovire predstavljajo izzive z vključevanjem vaj čuječnosti v vsakdanjik, težave z motivacijo za izvajanje vaj, soočanje s telesnimi omejitvami med meditacijo in neprijetno doživljanje prostora, kjer je program potekal.

**U 3:46:** *»Je pa dobro, a ne. Je pa tudi kar dosti naporno. Vzame kar veliko časa. In da pol tud sam o tem razmišljaš, pa še služba, pa doma, pa kašni hobiji. V bistvu je kar dosti zahteven.«*

**U 2:110:** *»Men je bilo pa grozno in zakaj mi je bilo grozno in ni tu noben kriv. Ampak je to zaradi mene in moje situacije. In ravno skozi to sem se soočila s temi nasprotji čuječnosti in v poskusu prakticiranja to doživela. Tako da, ko smo ves čas govorili o tem, da si čestitaš pa da zmagaš, ko mi je šlo malo na živce si čestitat pa zmagat, a ne. In sem si na koncu pa res rekla: evo, bejbi, čestitam ti. Sami sebi. Kljub temu sem pa zdržala šest ur.«*

**U 5:74:** *»Drugače bi jaz to vsak dan delala, samo, ja, to je pa tudi samodisciplina pa vse te zgodbe.«*

#### 4. Neizpolnjena pričakovanja

Udeleženke opisujejo, da se v nekaterih situacijah odzivajo na dražljaje enako kot pred vstopom v program. Motivacija za sprejemanje nekaterih sprememb ostaja enaka in doživljajo, da je to področje, kjer čuječnost ni imela vpliva. Na enak način doživljajo čustva in strah pred ponovitvijo bolezni. Čutijo, da je intenzivnost čustev po programu ostala enaka. Navajajo pa, da imajo sedaj nova znanja spoprijemanja, s katerimi si lahko pomagajo.

**U 1:54:** *»Mogoče me je še zmeraj tako presenetl. Spomnim se, da sem, ko sem domov prišla od enega od teh srečanj, ko se mi je zdel, pa mislim, da smo lih o tem govoril, o tej stresni komunikaciji. Mislim, da je bilo to tisto srečanje, ko se mi je nekako zdelo, da imam neke mehanizme pa da mi bo to šlo pa, da bo to zdaj lahko šlo pa da bom drugače pa lažje odreagirala. Pa tam sem skoraj preigrala situacijo, pa kako bo to šlo, in samo da sem domov prišla, me je lahko ta moja najstnica tako iz tira spravila, da kot da ne bi sploh slišala pol ure nazaj vseh možnosti. Od tega, da bi se umaknila pa da so me čustva še vedno preplavila z uno svojo maksimalno jezo, besom nad njo. Ampak to zdaj, ko ste me vprašala, ne vem. Pomislim na take situacije, zdaj tukaj bi težko rekla, da sem kej drugač doživljala svoja čustva. Ne vem, še zmeraj sem tako koleričen tip in še zmeri tako hitro odreagiram.«*

**U 1:66:** *»Ne vem zdaj, da bi recimo rekla, da je zaradi tega v tem trenutku kaj boljše, da je že izzvenel ta strah, ali pa ko se na telesu pojav kakšno nelagodje, kakšna bolečina ali pa zbadljaj ali pa kaj tazga. Ne bom rekla, da mi je v mišljenju kaj lažje. Še vedno jaz žal pomislim: Shit! Kaj, če se je ponovil rak, a ne. To se pravi, ta del tukaj, jaz ne morm rečt, da vidm kšno silno izboljšanje, ampak bolj pol v tem, kaj od tega trenutka naprej lahko nardim, a ne. Pa tako, no, v mišljenju, tako da sem nekako resnično dojela, da je bla to stvar, ki mi je res manjkala.«*

**U 2:97:** *»Ampak to je pa nekaj, kar sama meditacija ne more dat. Kar je pa moja močna volja, da bi se vsaj malo znormalizirala.«*

## 4 RAZPRAVA

V nadaljevanju bomo pojasnili pridobljene rezultate in svoje ugotovitve primerjali z drugimi študijami programov čuječnosti, ki so raziskovali preživele onkološke bolnike in bolnice.

Kvalitativna analiza je razkrila sedem vidikov zaznanih učinkov programa (večja prisotnost v sedanjem trenutku, večje zavedanje, boljša samoregulacija, večja skrb zase, večje sočutje do sebe, izboljšanje počutja, boljše spanje) in štiri vidike doživljanja programa (izvedba programa, doživljanje skupine, izzivi z izvajanjem, neizpolnjena pričakovanja).

### 4.1 UČINKI ČUJEČNOSTI

Odgovori udeleženk so pokazali, da udeleženke zaznavajo, da učinki programa vplivajo drug na drugega in so medsebojno povezani, prepleteni. Večje zavedanje svojih misli in vedenja je omogočilo večjo jasnost in boljši vpogled vase. Pridobljeni vpogled v svoje delovanje in odnos, ki ga vzpostavljajo do sebe in drugih, pa je imel učinek na boljšo samoregulacijo in večjo skrb zase. Udeleženke so poročale, da so se poleg večje skrbi zase naučile bolje regulirati svoja čustva, da to počnejo na drugačen način in vzpostavljajo drugačen odnos do sebe. Poročajo, da nov odnos vsebuje več dovoljenj za skrb zase in opolnomočenje v skrbi zase. Najbolj razvidno spremembo v odnosu do sebe pa predstavlja večje sočutje do sebe, ki jim omogoča, da se vidijo na pozitiven način. Prej omenjene spremembe v zavedanju, regulaciji in skrbi zase pa so vplivale na doživljanje izboljšanega počutja, doživljanje mirnosti in doživljanje boljše kakovosti življenja.

Zaznane učinke čuječnosti, ki jih navajajo udeleženke, bi lahko povezali s tremi aksiomi čuječnosti, ki jih predpostavljajo Shapiro idr. (2006), to so *pozornost*, *namera* in *odnos*. Udeleženke so v kategorijah večje zavedanje in večja prisotnost v sedanjem trenutku opisovale svoje izkušnje kot usmerjanje pozornosti v sedanji trenutek, na notranje in zunanje dražljaje, brez interpretiranja, le z opazovanjem, ki ga Shapiro idr. (2006) poimenujejo kot enega od treh aksiomov čuječnosti – *pozornost*. Drugi aksiom čuječnosti predstavlja *namera*, s katero si zastavimo, kar je mogoče doseči, in nas od trenutka do trenutka opominja na to, kar počnemo. V rezultatih ta temeljni gradnik čuječnosti lahko povežemo s kategorijo boljše samoregulacije. Kategorija večje sočutje do sebe pa bi lahko znotraj modela Shapira idr. (2006) predstavljala tretji aksiom – *odnos*, ki predstavlja način usmerjanja pozornosti do vsebine. Z namernim prakticiranjem čuječnosti in namernim vnašanjem odnosa potrpežljivosti in sočutja se razvije sposobnost, ki omogoča, da ne odrivamo neprijetnih izkušenj in hkrati ne stremimo le k pozitivnim. Večja skrb zase, kot opisujejo udeleženke, predstavlja preplet aksiomov *namere* in *odnosa*. Kot neposreden

učinek prepleta večjega zavedanja (pozornosti), *namere* (samoregulacija) in *odnosa* (večja skrb zase, večje sočutje do sebe) udeleženke navajajo izboljšano počutje in boljše spanje.

#### *Večja prisotnost v sedanjem trenutku*

Pomemben učinek programa čuječnosti sta po navedbah udeleženk večja prisotnost in bogatejše zavedanje v sedanjem trenutku. Opisale so, da svojo pozornost večkrat vračajo v sedanji trenutek, pogosto pa je zavedanje spremljalo prijetno doživljanje. Kabat-Zinn (1990) na podoben način opiše zavedanje sedanjega trenutka in pravi, da je značilno vračanje naše pozornosti k zavedanju trenutka vsakič, ko naš um odtava in ga zamotijo dražljaji, kot so diskurzivne misli, preokupacije s spominom ali načrti za prihodnost. Doživljanje ob zavedanju sedanjega trenutka so udeleženke opisale s prijetnimi občutki, občutki prizemljenosti, osvoboditve in miru. Kot ugotavljajo Brown, Ryan in Creswell (2007), so ravno takšni občutki lahko odraz sprejemanja sedanjega trenutka, nenavezovanja in dovoljenja, da je izkušnja taka, kot je.

#### *Večje zavedanje*

Vnovično zaznavanje v modelu Shapira idr. (2006) predstavlja osrednjo spremembo, ki se pojavi s prakticiranjem čuječnosti. Na podoben način tudi naše udeleženke opišejo nov način zavedanja. Skladno z modelom vnovičnega zaznavanja pri zavedanju opišejo zmožnost gledanja na stvari iz drugačne perspektive, iz perspektive nepresojanja, brez interpretacije in z distanco. Tudi pri udeleženkah v naši raziskavi lahko podobno, kot opisuje Kegan (1982), opazimo rotacijo v zavedanju, ko zaradi nepoistovetnja, neinterpretiranja vsebina opazovanja postane objekt namesto subjekt. Hayes in Feldman (2004) tovrsten način čuječega zavedanja povezujeta s kognitivno fleksibilnostjo, sprejemanjem notranjega doživljanja, večjo zmožnostjo regulacije in zdravim pristopom k težavam.

Pomemben vidik zavedanja svojih misli je za udeleženke predstavljal zmožnost distanciranja od miselnih vsebin, nepoistovetenje z njimi. Tak način zavedanja pa, kot opiše Ryan (2005), zmanjša impulzivne in obrambne odzive na neprijetne izkušnje in promovira še večji vpogled vase, v druge in svojo človeškost. Bolj jasno zaznavanje svojega uma in zaznavanje miselnega toka kot dva ločena elementa v sebi omogoča posamezniku, da loči različne tokove zavedanja. S to novo sposobnostjo, kapaciteto za namerno spreminjanje smeri toka informacij za uporabljanje fokusirane pozornosti, nam je nato omogočena krepitev določenih možganskih poti in zaviranje drugih (Siegel, 2007).

S posvečanjem pozornosti zavedanju svojih misli so se udeleženke začele zavedati tudi odnosa, ki ga vzpostavljajo do opazovanja misli in miselnih vsebin. Opisujejo, da zdaj poskušajo v zavedanje vnesti komponento nepresojanja. Samo presojanje vsebine zavedanja pogosto pomeni tudi, da objektov opazovanja ne vidimo celostno oziroma takih, so kot v

resnici, ampak skozi filter nase usmerjenih misli in prejšnjega pogojevanja, kar pomeni, da s tem dobimo nepopolne, izkrivljene slike resničnosti (Leary, Adams in Tate, 2006). Ravno nasprotna nepresojajoča, sprejemajoča drža do notranjega doživljanja pa je po mnenju Baerove (2003) temeljni vidik čuječnostnih oblik pomoči.

Z usmerjanjem pozornosti vase so udeleženke poročale o povečanju zavedanja svojega vedenja, predvsem svojega tempa delovanja. Novo zavedanje vedenja je omogočilo, da so lahko vedenje bolje regulirale in bolj skrbele zase. Enako ugotavljajo Leary idr. (2006), in sicer, da s povečanjem zavedanja vedenja ustvarimo prekinitev v odnosu dražljaj-odziv (značilen za avtomatske odzive) tako, da se vedenjska komponenta (odziv) loči od običajnih vzrokov (dražljajev). V tem smislu lahko čuječnost spodbuja načine, s katerimi posameznik bolje služi svojim vrednotam, ciljem ali potrebam in se ne odziva v skladu z naučenimi odzivi ali iz navade (Leary idr., 2006).

Z vnašanjem nepresojanja v zavedanje so bile udeleženke sposobne nase pogledati bolj objektivno. Učenje decentriranja perspektive in prakticiranja opazovanja jim je tako omogočilo večje zavedanje sebe. Podobno ugotavljata Brown in Ryan (2003), ki pravita, da vnovično zaznavanje sebe ljudem omogoča lažje prepoznavanje sebe in svojih vrednot. Jasnost vrednot in povečanje zavedanja sta posledično vplivala tudi na spremembe v odnosu do drugih, saj sta udeleženkam omogočila izražanje v skladu z novimi informacijami o sebi in drugih.

### *Boljša samoregulacija*

Tretja kategorija, ki smo jo prepoznali v rezultatih pri temi učinki programa, je boljša samoregulacija, ki je ključen mehanizem, ki prispeva k spremembam v psihološkem in fizičnem zdravju, kot so ugotovile študije programov MBSR (Shapiro, Schwartz idr., 1998). Shapiro idr. (2006) predpostavljajo, da je boljša samoregulacija posledica prej omenjenega modela vnovičnega zaznavanja. To se neposredno povezuje z izkušnjo udeleženk, ko opisujejo večjo sposobnost videnja različnih možnosti in svojih reakcij ter nato izbiro odziva na koristnejši način. Poglobljeno znanje in razumevanje misli, čustev in vedenja je tako vodilo k večji jasnosti in nadzoru. Povečan lokus kontrole, kot ugotavlja Tacónova (2003), predstavlja pomemben napovedni dejavnik poteka bolezni in zmanjšuje zanikanje ter potlačevanje neprijetnih čustev, kar naj bi bilo precej povezano z doživljanjem raka.

Boljšo samoregulacijo so udeleženke opažale na področju kontrole vedenja. Predvsem so razvile občutek vedenja, kdaj naj določeno vedênje, ki jim ne koristi, opustijo. Tudi raziskava avtorjev Lakey, Campbell, Brown in Goddie (2007) podobno ugotavlja, da prakticiranje čuječnosti ne spodbuja le samoregulacije maladaptivnega vedenja, temveč spodbuja tudi regulacijo vedenja, ki optimizira boljše počutje. Tudi rezultati naše raziskave

kažejo, da so udeleženke večkrat izbrale vedenje, ki je odražalo večjo skrb zase. Udeleženke so pri regulaciji pogosto navajale notranji dialog kot način reguliranja. Med programom čuječnosti se je udeleženke večkrat spodbudilo, da opazujejo svoj notranji dialog in njegove značilnosti (presojanje) in nato samoreflektirajo svoje ugotovitve. S tem se je podzavestni tok notranjih dialogov prekinil in hkrati ozavestil, kar naj bi udeleženci preprečilo, da bi ta notranji dialog aktivno poslušala. Kot ugotavlja Tsang (2005) ravno to omogoča, da oseba skozi take vpoglede vase začne spreminjati prej neopažene notranje dialoge in jih nato spremeni v svojo korist.

Z rednim izvajanjem meditacije čuječnosti, ki zahteva usmerjanje pozornosti (na dihanje ali pregled telesnih občutkov) in vračanje pozornosti, kadarkoli um odtava od predmeta opazovanja, so udeleženke krepile sposobnost samoregulacije pozornosti. Podobne učinke o večji sposobnosti regulacije pozornosti opisujejo tudi van den Hurk, Giommi, Gielen, Speckens in Barendtregt (2010). Van den Hurk idr. (2010) pravijo, da je boljša samoregulacija pozornosti lahko posledica boljše sposobnosti usmerjanja pozornosti ter izboljšane inhibicije avtomatskih odzivov, na primer zaviranje premika pozornosti k drugim dražljajem (misli, zvoki, telesni občutki) zavoljo želenega odziva (ohranjanje osredotočenosti na predmet opazovanja ali nalogo).

Pri reguliranju svoje pozornosti so se udeleženke pogosto opirale na večšino zavedanja dihanja. Kot opiše Kabat-Zinn (1990), opazovanje dihanja služi kot sidro naši pozornosti in tudi viša splošno krepost našega uma ter nam je dostopno v vsakem trenutku. Menimo, da je ravno dostopnost zavedanja dihanja v vsakem trenutku tista spretnost, ki kaže največjo prednost prakticiranja čuječnosti.

S prakticiranjem čuječnosti so udeleženke pridobile načine, s katerimi so lahko spremljale in nadzorovale svoje čustveno vznurjenje. Frijda in Sundararajan (2007) opisujeta, da doživljanje boljše samoregulacije čustev posamezniku omogoča izboljšanje presoje, doživljanje polnosti čustev, zaviranje impulzivnih odzivov in odgovorno izbiro odziva.

Kot preživele onkološke bolnice se nekatere udeleženke poročale o soočanju s strahom pred ponovitvijo bolezni. Pri doživljanju svoje pretekle izkušnje oziroma soočanju s svojo trenutno boleznijo jim je s čuječnostjo pridobljena decentrirana perspektiva omogočala, da so lažje zdržale s svojim doživljanjem. Podobno so Teasdale idr. (2000) mnenja, da je ravno sposobnost zavzemanja decentrirane perspektive do svojih misli in čustev ključna za preprečevanje stopnjevanja disfunkcionalnih misli in zmanjšanje izogibanja čustvom. Poleg tega Broderick (2005) ugotavlja, da se s prakticiranjem čuječnosti zmanjša reaktivnost in pospeši okrevanje po neprijetnih čustvenih izkušnjah, saj omogoči spoprijemanje z doživljanjem težkih čustev.

### *Večja skrb zase*

Pomemben učinek čuječnosti, ki so ga udeleženke zaznale, predstavlja povečanje skrbi zase. Sodelovanje v programu jim je omogočilo, da so pridobile večji vpogled v svoje počutje in na podlagi tega spreminjale način skrbi. Samo izvajanje čuječnosti je tudi predstavljalo enega pomembnih pridobljenih načinov skrbi zase.

Kot že omenjeno, čuječnost promovira boljšo regulacijo vedenja, ki izboljša počutje z reguliranjem vedenja, ki nam ne koristi, ter z regulacijo vedenja, ki nam koristi (Lakey idr., 2007). Brown idr. (2007) pa poudarjajo, da sprejemajoče opazovanje procesiranja notranjih in zunanjih informacij, značilno za čuječnost, spodbuja zdravo izbiro vedenja s tem, da daje informacije o potrebah, vrednotah in čustvih ter s tem zagotovi nove izbire ter preverja njihovo ustreznost glede na možnosti in zahteve. Torej prek polnejšega zavedanja prakticiranje čuječnosti spodbuja bolj fleksibilne in prilagojene odzive na dogodke ter pomaga zmanjšati avtomatske, običajne ali impulzivne odzive (Bishop idr., 2004).

Spremembe v odnosu do skrbi zase sta predstavljala dovoljenje za posvečanje časa sebi in opolnomočenje v skrbi zase tako, da so bile udeleženke zmožne bolje in večkrat skrbeti za svoje potrebe. Če to povežemo s Collinsovo (2005) definicijo skrbi zase, ki jo opiše kot posameznikovo zmožnost uravnovešenja osebne, poklicne, čustvene, fizične in duševne komponente svojega življenja, lahko sklepamo, da so bile udeleženke bolj zmožne uravnovesiti različne komponente svojega življenja.

Z večanjem zavedanja in večjim stikom s seboj so udeleženke pridobile pomembne informacije o svojem telesu. Pomembno spremembo je predstavljal spremenjen odnos do telesa. Hölzel idr. (2011) navajajo, da posamezniki, ki prakticirajo čuječnost, pogosto poročajo, da prisluhnejo telesnim občutkom, kar vodi v večje zavedanje telesnih stanj in večjo jasnost interoceptije.

Skladno z raziskavami učinkov drugih programov MBSR (npr. Keng idr., 2011; Lykins, 2009; Mackenzie idr., 2007) so udeleženke navajale, da so s prakticiranjem čuječnosti izboljšale tudi svoje odzivanje na stresne dražljaje.

### *Večje sočutje do sebe*

Udeleženke so poročale, da so s čuječnostjo razvijale večje sočutje do sebe. Zaznavanje večjega sočutja do sebe je verjetno posledica šeste delavnice programa čuječnost, ki je bila v celoti posvečena boljši skrbi zase in sočutju do sebe. Udeleženke so na delavnici spoznale ljubečo prijaznost in zakaj je pomembno, da jo gojijo do sebe. Tudi Mackenzie idr. (2007) ugotavljajo, da udeleženci v programih MBSR poročajo o večjem sočutju do sebe in drugih. Študije, ki so raziskovale odnos med sočutjem so sebe in čuječnostjo, so predlagale, da je



čuječnost potrebna za razvoj sočutja do sebe, saj posamezniku omogoča jasnost vpogleda v svoje misli in čustvovanje (Neff, 2003b). V skladu s to ugotovitvijo so Birnie, Speca in Carlson (2010) ugotovili, da prakticiranje čuječnosti napoveduje spremembe v sočutju do sebe. Neffova (2003a) predlaga definicijo sočutja do sebe, ki vključuje tri komponente: prijaznost do sebe (razvijanje prijaznosti in razumevajočega odnosa do sebe med čutenjem nezadostnosti namesto samokritike), skupno človeškost (zaznavanje svojih izkušenj kot del večje človeške izkušnje namesto izolacije in separacije) in »čuječnost« (v tem kontekstu definirana kot zmožnost ostajanja z bolečimi mislimi in čustvi v uravnoteženem zavedanju namesto pretirane identifikacije z njimi). V skladu z definicijo Neffove tudi naše udeleženke navajajo, da so v odnosu do sebe manj kritične, se bolj zavedajo svoje človeškosti ter gojijo prijaznost do sebe. Gilbert (2005) pa ugotavlja, da razvijanje sočutja do sebe krepi možganske procese, ki zavirajo razvoj depresije in samokritičnosti.

### *Izboljšanje počutja*

Izboljšanje počutja udeleženke zaznavajo kot doživljanje splošnega blagostanja oziroma ga občutijo kot zmanjšanje bolečine in telesno sprostitev. Podobno ugotavljajo tudi Hoffman idr. (2012), da sodelovanje v programu MBSR poviša splošno doživljanje izboljšanja počutja in to povezujejo z večjo jasnostjo v zaznavanju življenja, ki je nato povezana z višjo kakovostjo življenja. Collins (2005) pa pravi, da je doživljanje izboljšanja počutja posledica osredotočenosti na skrb zase in večje uravnoteženosti osebne, poklicne, čustvene, fizične in duhovne komponente sebe. Meni, da ravno vpeljevanje zdravih načinov skrbi zase v življenje nato vpliva na spremembe v doživljanju izboljšanja počutja.

Pomemben vidik izboljšanja počutja za udeleženke pomeni doživljanje večje umirjenosti. Hölzel idr. (2011) doživljanje umirjenosti pripisujejo spremembi v perspektivi (decentriranje), ki nato viša splošni občutek blagostanja. Udeleženke poročajo tudi, da čuječnost izvajajo z namenom umiritve. Chambers, Gullone in Allen (2009) predpostavljajo, da umirjenost vodi k nereaktivnosti, ki preprečuje avtomatske manj prilagojene vedenjske odzive. Umirjenost lahko tudi posredno promovira kognitivno fleksibilnost v odzivu na nova in nepričakovana stanja. To je omogočeno s tem, da umirjenost omogoča izbiro odziva, ki je najprimernejši v trenutni situaciji, namesto da se oseba ujame v avtomatske miselne vzorce, ki morda ne predstavljajo najbolj prilagojenega odziva (Chambers idr., 2009).

### *Boljše spanje*

Višjo kakovost življenja so udeleženke pripisale tudi učinku čuječnosti na boljšo kakovost spanja. Z zavedanjem dihanja in drugimi veščinami čuječnosti so pridobile pomembne spretnosti, s katerimi so si lahko pomagale. Ta odnos, kot predpostavljajo Brown idr. (2007), deluje dvosmerno. Ugotavljajo, da ima čuječnost najverjetneje dvosmerni odnos z zdravo

samoregulacijo, in sicer, da izboljšana kakovost spanca lahko vpliva na ojačitev čuječnosti (kot načina zavedanja stanja biti) in obratno.

### *Model učinkov programa čuječnosti*

S kvalitativno analizo podatkov smo ustvarili model, ki poskuša razložiti odnos med zaznamimi učinki programa čuječnosti (Slika 4.1). Pri oblikovanju modela smo izhajali iz citatov udeleženk. Model prikazuje vpliv povečanega zavedanja in večje prisotnosti v sedanjem trenutku na večje sočutje, skrb zase, samoregulacijo in nato na izboljšanje počutja ter boljše spanje. Model predpostavlja, da sta večje zavedanje in prisotnost v sedanjem trenutku pomembna, če želimo spremeniti odnos do sebe, bolje regulirati svoje vedenje in skrbeti zase, s čimer nato izboljšamo svojo dobrobit.

Povezavo med večjim zavedanjem in boljšo skrbjo zase prikazuje citat udeleženke, ki pravi: »Pa se mi zdaj zdi, da sem si vzela tako dve stvari, a ne, in naprej čas za počitek, ker sem vnaprej vedla, če bom šla, ne vem, naprej na pregled telesa, bom zagotovo zaspala, če ne bom prej vsaj mal spočita. Tako da se mi je to zdelo, ja, fajn, v redu. Zagotovo je to pozitivno vplivalo na to skrb zame.« Večje zavedanje sebe oziroma svojega počutja v tistem trenutku je torej udeleženci omogočilo, da si je dala dovoljenje za počitek in si vzela čas za izvajanje meditacije.

V modelu predpostavimo vpliv notranje plasti na srednjo plast, torej v prikazanem primeru vpliv večjega zavedanja in večje prisotnosti v sedanjem trenutku na boljšo samoregulacijo: »Mislim tako, sej v bistvu sam ta koncept prisotnosti v tistem trenutku, a ne, pa da delaš eno stvar naenkrat. Sem hotela rečt hkrati. Ker jaz sem tudi en tak multitasking tip, pa tud imam tako delo, da imam zelo veliko prekinitev. Nimam neki meditativno službo, ampak neko tako, da se moram zelo disciplinirat, da delam po eno stvar.« Zavedanje sebe v sedanjem trenutku je omogočalo, da so boljše regulirale svojo pozornost in vedenje.

Večje zavedanje sebe v sedanjem trenutku torej vpliva na več vidikov boljšega samoupravljanja. Zmožnost opazovanja svojega doživljanja je omogočila tudi izbiro odziva v čustveno vznemirjajoči situaciji ter dajanje dovoljenja samemu sebi za postavljanje zase in postavljanje mej v odnosu do drugih: »Tako da sem zdržala neki časa in sem čutila, da sem bila tako malo vznemirjena, poslušam, sva bila na sreči po starosti, pa po hierarhiji obratno, čeprav je bil on višji od mene in se mu dala pet minut in potem sem mu rekla čas je potekel, ne bova se več tako pogovarjala, mu vrata odprla /.../, ampak ne pa, da nisem bila niti malo vznemirjena, /.../ ko sem se poslušala, sem si rekla, kok mi glava dela, kok sem zdaj tukaj, kok mam jaz te misli, kaj naj zdaj jaz odgovorim, a naj mu kaj odgovorim,/.../ tako je bilo nekaj tega, a ne. In sem se več čas trudila, ker sem vedela, da je kočljiva situacija, mislim, zoprna predvsem, da jaz nisem hotla iztrčt zato, a ne. In sem pol v bistvu se spraševala, sem

si čas kupovala in sem pustila tiste tri minute in potem se rekla, zdaj pa dovolj, moja minuta, da povem svoje.«

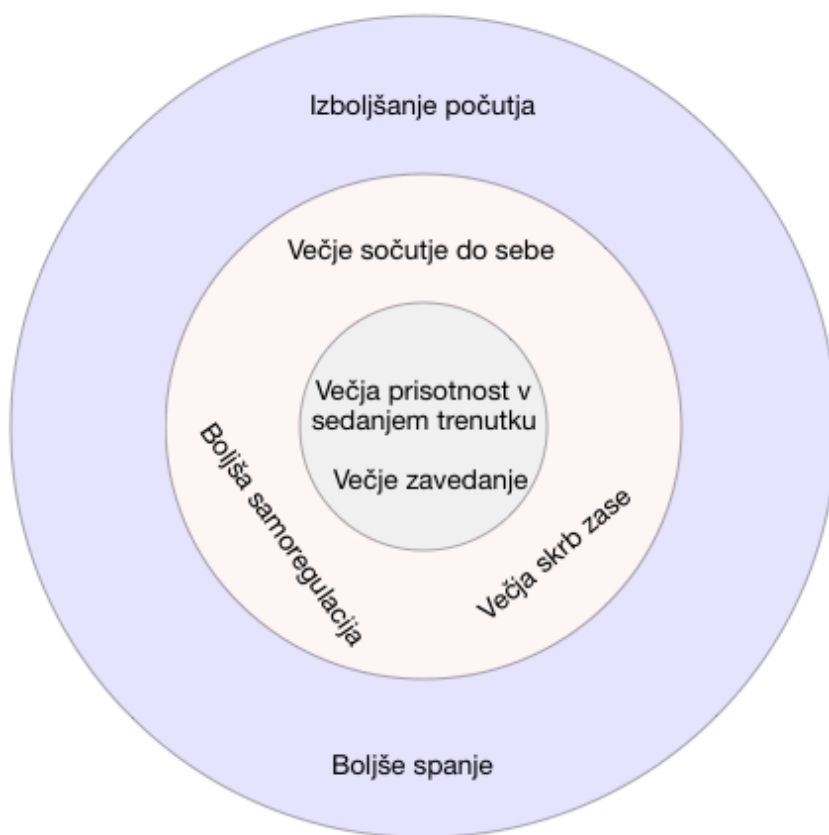
Izvajanje čuječnosti, ki je udeleženkam predstavljalo nov način skrbi zase, je pogosto spremenilo njihovo doživljanje. Poročale so, da so se po meditaciji pogosto prijetno počutile in so občutile občutke umirjenosti: »Jaz sem v glavnem, me je to ful umirilo, sem šla pač čez telo, sem si zamišljala sprostitev tistega dela telesa.« Podobno opiše tudi druga udeleženka: »Ampak še zmeri verjamem, ker mi je do sedaj še vedno ali po pregledu telesa ali po sedeči meditaciji bilo prijetno.«

Opažale so tudi, da so s programom pridobile večšine oziroma načine regulacije (veščine usmerjanja pozornosti in zavedanja dihanja), ki so vplivale na boljšo kakovost spanca: »To, ko ne spim, da imam zdaj to dihanje, ta vdih in izdih, k ga tudi skozi telo ven in notri, da preusmerim misli, pa ta stik s podlago.« Podobno opiše tudi udeleženka, ki pravi: »Mislim, zagotovo sem opazila to, da sem se manjkrat ponoč zbudila. No, tud če sem se ponoč zbudila, sem zelo zelo hitr lahko nazaj zaspala večinoma s tem, da sem se lahko osredotočila na dihanje, in se mi zdi, da so misli nekak šle. No, to se mi zdi taka na prvo žogo, tko najbolj konkretna stvar, da se mi zdi pomembna in da je zagotovo prišlo do izboljšanja.«

Kljub temu pa so vse tri plasti modela med seboj povezane in sovplivajo druga na drugo. Boljša skrb zase in boljša regulacija svoje pozornosti lahko vplivata na večjo prisotnost v sedanjem trenutku in povečanje zavedanja. Posvečanje časa sebi, dovoljenje za skrb zase, izkazovanje sočutja do sebe, kot pravi Kabat-Zinn (1990), pomagajo posamezniku, da se bolj zaveda sebe in dogajanja okoli sebe.

Prepletenost plasti modela zaznanih učinkov programa čuječnosti prikazuje udeleženka, ki pravi: »Da moraš mal vase pogledat, da se imaš rad, da nisi zdaj samo na razpolago za druge, pa da sam drugim zadovoljuješ njihove potrebe pa želje. Da se ustaviš, da se umiriš. V bistvu meditacija in tud joga, to jo je super kombinacija, da se telo umirja in aktivira. Pa še umiriš se nasploh, ne, čeprav najbrž čist ni namen tega, da se umiriš, ampak pač nepresojanje, da živiš, no, tukaj pa zdaj.« Udeleženka v citatu opisuje, kako z večjim zavedanjem, s sočutjem do sebe in skrbjo zase poskrbi za umirjanje. S telesno umiritvijo pa nato vpliva na zaznano večjo prisotnost v sedanjem trenutku.

Z reguliranjem pozornosti in uporabo notranjega dialoga so prav tako lahko vplivale na večjo prisotnost v sedanjem trenutku. Ta vpliv prikazuje citat udeleženke, ki pravi: »Rečeš, lej, tukaj sem, zdaj sem, tole je pomembno zdele, ostalo bo pomembno čez 5 minut, ko pride na vrsto.«



Slika 4.1. Model odnosa med zaznanimi učinki čuječnosti

## 4.2 DOŽIVLJANJE PROGRAMA

### *Izvedba programa*

Za udeleženske so pomembni vidiki programa: strukturiranost vsake delavnice, možnost izbire, na kakšen način bodo integrirale program čuječnosti v svoje življenje, ter zaprtost skupine za preživele onkološke bolnice. Te ugotovitve morda kažejo na specifične potrebe preživelih onkoloških bolnic, saj te pogosto poročajo o potrebi po dodatnih informacijah, podpornih skupinah in komplementarnem zdravljenju (Lobb idr., 2001). Podobno ugotavljajo Olesen idr. (2015), ki pravijo, da si preživele bolnice pogosto želijo individualiziranih informacij, ki bi jim omogočile boljše upravljanje s svojo boleznijo, saj s tem pridobijo večji občutek nadzora izidov v prihodnosti. Pomen deljenja izkušnje bolezni so prikazale že nekatere prejšnje raziskave. Deljenje bolezni igra vlogo v ustvarjanju skupnosti, ki lajša občutke izolacije, ki jih preživele onkološki bolniki pogosto navajajo (Spiegel, Bloom in Yalom, 1981). Možnost izbire, na kakšen način si želijo integrirati čuječnost v svoje življenje, lahko služi kot odgovor na potrebe po občutku nadzora nad svojim življenjem, ki ga mnoge bolnice s pridobljeno diagnozo izgubijo (Carlson, 2013).

Udeleženke so poročale o splošnem zadovoljstvu z udeležbo v programu, saj so pridobile novo znanje, nove načine skrbi zase in so s sodelovanjem občutile osebno rast. Podobne ugotovitve navajajo tudi udeleženci raziskave Mackenzie idr. (2007), in sicer, da so s programom v svoje življenje doprinesli nekaj pozitivnega.

Udeleženke poročajo tudi o zadovoljstvu z vodjo skupine, z njenim načinom vodenja meditacij in programa. To ugotovitev si lahko razložimo z opisom vodje programa čuječnosti po Baer (2015). Baerjeva pravi, da vodja programa čuječnosti udeležencem služi kot model za radoveden, zanimanja poln, odprt, nepresojajoč in sprejemajoč odnos ne glede na to, kakšno izkušnjo predstavlja. Tak odnos omogoči za udeležence varen prostor, da razkrijejo svoja opažanja in tudi sami privzamejo odnos radovednosti in odprtosti (Baer, 2015).

Deljenje povratnih informacij v skupini udeleženke opisujejo kot priložnosti za izražanje svojih misli, vendar pogosto niso čutile potrebe po tem. Treba je opisati specifičnost te skupine, saj je večina udeleženk pred programom vodji izrazila željo, da o bolezni ne želijo govoriti. To je verjetno tudi sovpadalo z večjo željo po vnaprej določeni strukturi vsake delavnice. Deljenje povratnih informacij v skupini sicer mnogim preživelim onkološkim bolnikom služi kot prej omenjeni občutek skupnosti prek deljenja izkušnje (Spiegel idr., 1981). Deljenje izkušnje in občutek skupnosti opolnomoči bolnike in bolnice s tem, ko omogoča občutek povezanosti in deljenja pomena (Fobair, 1997).

### *Doživljanje skupine*

Udeleženke so kot pomemben dejavnik doživljanja programa opisale doživljanje skupine. Dejstvo, da je bila skupina namenjena le preživelim onkološkim bolnicam, je bil pomemben vidik programa. Deljenje izkušnje bolezni med udeleženci, kot ugotavlja Spiegel (2001), predstavlja pomemben proces med udeleženci programa, saj pripomore k občutku skupinske kohezivnosti in ima podoben učinek kot podporna skupinska terapija. Ta podatek je zanimiv, saj programi MBSR primarno niso usmerjeni v doživljanje skupine in ne namenjajo veliko časa govorjenju in deljenju izkušnje (Spiegel, 2001).

### *Izzivi z izvajanjem*

Udeleženke so izpostavile, da so se med izvajanjem programa soočale s telesnimi omejitvami in doživljale neprijetnost prostora, kjer se je program izvajal. Poudarile so tudi, da so se pri izvajanju čuječnosti spopadale s svojo motivacijo za prakticiranje. Kot ugotavljata Levesque in Brown (2007), čuječnost lahko poveča zavestno zavedanje sebe, ki ni nujno, da bo neposredno vplivalo na implicitno motivacijsko naravnost za spremembo vsakdanjega vedenja.

### *Neizpolnjena pričakovanja*

Glede ne odgovore udeleženk smo v rezultatih odkrili tudi vidik, ki se nanaša na pričakovanja glede učinkov programa čuječnosti. Udeleženke opisujejo enako intenzivnost doživljanja čustev in enako raven motivacije. Kot že opisano, čuječnost poveča oziroma poglobi zavedanje, kar pa ne vpliva neposredno tudi na samo motivacijsko naravnost za spremembo vedenja. Z izvajanjem čuječnosti tudi vadimo neposredno izpostavljenost svojim čustvom, mislim in telesnim občutkom, s čimer nato telesni občutki niso več tako preplavljajoči ali zastrašujoči. Izvajanje čuječnosti si lahko razlagamo kot postopno izkustveno učenje, da bodo ta stanja sčasoma minila (Segal idr., 2018). Kot pa sta ugotovili že Lynkinsonova in Baerjeva (2009), ljudje, ki prakticirajo čuječnost več let, manj potlačujejo misli in strah pred čustvi v primerjavi z ljudmi, ki teh izkušenj nimajo.

## 4.3 OMEJITVE RAZISKAVE IN PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZISKOVANJE

Izbrana metoda raziskovanja in analiziranja naše raziskave je kvalitativna metoda, ki temelji na poglobljenem raziskovanju doživljanja. Zaradi kvalitativne narave analize so pridobljeni rezultati kontekstualni in niso posplošljivi. Pridobljeni teoretični model tako temelji na poglobljenem raziskovanju izkušenj udeleženk naše raziskave. Napake so se lahko pojavile že v sami fazi kodiranja in oblikovanju kategorij in konceptov za utemeljeno teorijo. Kljub temu da smo pri analiziranju podatkov poskušali izhajati čim bolj iz vsebine besedila, je pri tem lahko prišlo do napake prevelike posplošitve. Temu smo se težko izognili, saj je za oblikovanje poskusne teorije potrebno povezovanje primerov in oblikovanje modela na njihovi osnovi.

Raziskavo bi lahko nadgradili s tem, da bi večkratno pridobivali podatke in zastavili spiralni potek, torej da bi izvedli hermenevtični krog. Izvedli bi vrsto kratkih oziroma zaporednih raziskovalnih ciklov ali sekvenc, v katerih bi si sledili formuliranje problema oziroma hipoteze, zbiranje gradiva in analiza, vnovično oblikovanje problema ali oblikovanje novega problema, vnovično zbiranje gradiva itd. Torej bi raziskavo izboljšali, če bi pridobivanje podatkov ponovili z namenom pridobivanja podatkov, ki bi jih potrebovali za natančnejšo analizo.

Posebnost skupine udeleženk je predstavljalo dejstvo, da je nekaj udeleženk pred začetkom izrazilo željo po tem, da bi se skupina čim manj osredotočala na deljenje izkušnje bolezni. To so na različne načine izrazile tudi v intervjujih, ki smo jih izvedli po programu. Zanimivo bi bilo preveriti, ali je bil ta pojav posledica izogibanja čustveno vzburljajočim vsebinam in neprijetnim mislim ter ali je s programom zmožnost izpostavljanja takim vsebinam narasla in s tem tudi želja po deljenju svoje izkušnje. Udeleženke so bile s sodelovanjem v

programu zadovoljne, kar pomeni, da lahko tovrstni programi nudijo pomembno podporo predvsem tistim bolnicam, ki ne želijo sodelovati v drugih podpornih skupinah, ki večinoma temeljijo na deljenju izkušnje. Deljenje izkušnje v programu čuječnosti namreč pomeni deljenje svoje izkušnje s prakticiranjem čuječnosti in ne le izkušnje svoje bolezni.

Kljub navedenim pomanjkljivostim ugotovitve raziskave predstavljajo pomembno znanstveno vrednost, saj študija predstavlja kvalitativno analizo prvega programa čuječnosti v Sloveniji, ki je bil zasnovan za to specifično populacijo.

## 5 ZAKLJUČEK

Magistrsko delo Doživljanje programa čuječnosti pri preživelih bolnicah raka dojke in rodil proučuje, kako udeleženke z izkušnjo boleznimi raka dojke in rodil doživljajo program čuječnosti. Poskušali smo odgovoriti na vprašanja, kakšne učinke udeleženke programa čuječnosti zaznavajo in kako doživljajo program čuječnosti. S kvalitativno analizo smo pridobili podatke, ki omogočajo poglobljeno razumevanje izkušnje udeleženk, vendar ta ni posplošljiva. Naše ugotovitve predstavljajo glas te skupine posameznic z izkušnjo boleznimi raka, kar predstavlja vrednost in pomembnost proučevanja preživelih onkoloških bolnikov.

Udeleženke po osemtedenskem programu poročajo o zaznavanju pozitivnega vpliva programa na več vidikov življenja, in sicer z učenjem novega načina zavedanja in spoprijemanja, ki ju lahko uporabijo na različnih področjih svojega življenja. Ugotovili smo, da so se s prakticiranjem čuječnosti začele zavedati, kako se običajno odzivajo na različne dražljaje. Dobile so večji vpogled v svoje misli, čustva, vedenje in sebe v odnosu z drugimi in začele v odnos, ki ga vzpostavljajo do sebe in okolja vnašati nepresojanje, opazovanje z distance, sprejemanje in opuščanje. Pridobljeno zavedanje je omogočilo boljše reguliranje pozornosti, vedenja in čustev. Osemtedenski program čuječnosti je udeleženkam dal prostor in čas zase, jih opolnomočil v skrbi zase in predstavljal nov način skrbi zase. V odnosu do sebe so postale bolj sočutne, manj se kritizirajo in se večkrat pohvalijo. Razvile so zavedanje, da lahko spremenijo vzorce, ki jim ne ustrezajo in zanje niso koristni. Prakticiranje čuječnosti je vplivalo tudi na izboljšanje počutja, doživljanje umirjenosti in boljše spanje. Program čuječnosti je za skupino udeleženk predstavljal prijetno izkušnjo, saj je sodelovanje v njem vplivalo na občutke rasti in nadgrajevanja znanja ter predstavljal način posvečanja časa sebi. Na doživljanje zadovoljstva s programom vpliva tudi vodja programa z načinom vodenja. Pomemben dejavnik v programu predstavlja skupina udeleženk. Udeleženke so doživljanje neizpolnjena pričakovanja v zvezi z vplivom na motivacijo in znižanjem intenzivnosti čustev.

Sklepamo, da udeleženke programa čuječnosti doživljajo program kot način izboljšanja spoprijemanja in počutja ter zanje lahko predstavlja način podpore pri upravljanju s svojo boleznijo in drugimi vidiki svojega življenja. Mnoge preživele onkološke bolnice namreč poročajo o doživljanju psihološkega stresa, povezanega s svojo diagnozo, in potrebi po podpori, ki presega konvencionalno zdravljenje (Irvine idr., 1991). V prvi vrsti si želimo, da bi z raziskavo prispevali k blagostanju obolelih. Ugotovitve te študije naj bodo uporabljene za podrobnejše raziskovanje in razvijanje čuječnostnih programov, ki bodo lahko še boljše podprli preživele onkološke bolnike.



## 6 VIRI

- Andersen, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K. in Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American psychologist*, 49(5), 389.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T. in Ifuku, Y. (2011). A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(7), 929–933.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L. in Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist – Civilian Version (PCL – C) as a screening instrument. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 586.
- Arora, N. K., Johnson, P., Gustafson, D. H., McTavish, F., Hawkins, R. P. in Pingree, S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient education and counseling*, 47(1), 37–46.
- 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. (Ed.). (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. London: Elsevier.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. in Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Barlow, D. H. in Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide (Vol. 2)*. New York: Oxford University Press.
- Bider, D., Bradeško, B., Dobovšek, D., Erak, S., Gruden, U., Papler, T., Savšek, L., Škornik, S., Tomaževič, P., Tripar, M., Verdinek, M., Vittori, A. in Žvab, A. (2005). *Ginekološki raki*. Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta. Pridobljeno na [www.medenosrce.net/component/attachments/download/4555](http://www.medenosrce.net/component/attachments/download/4555)
- Birnie, K., Speca, M. in Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359–371.

- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71–83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... in Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 76–80.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501–510.
- Brown, K. W. in Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. in Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211–237.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. in Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204–223.
- Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-based interventions for physical conditions: a narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN psychiatry*, 2012.
- Carlson, L. E. (2013). Mindfulness-based cancer recovery The development of an evidence-based psychosocial oncology intervention. *Oncology Exchange*, 12(2).
- Carlson, L. in Speca, M. (2011). *Mindfulness-based cancer recovery: A step-by-step MBSR approach to help you cope with treatment and reclaim your life*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. in Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive care in Cancer*, 9(2), 112–123.

Chambers, R., Gullone, E. in Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560–572.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: Sage.

Chiesa, A in Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441–453.

Collins, W. L. (2005). Embracing spirituality as an element of professional self-care. *Social Work & Christianity*, 32(3).

Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. in Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560–565.

Deikman, A. J. (1982). *The observing self: Mysticism and psychotherapy*. Massachusetts: Beacon Press.

Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work?. *Complementary therapies in clinical practice*, 14(1), 8–16.

Edwards, B. K., Noone, A. M., Mariotto, A. B., Simard, E. P., Boscoe, F. P., Henley, S. J., ... in Ehemann, C. R. (2014). Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer*, 120(9), 1290–1314.

Elliott, R., Slatick, E. in Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.

Evans, J. Mellor-Clark, F., Margison, M., Barkham, K., Audin, J., Connell, G., in McGrath, C. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255.

Fobair, P. (1997). Cancer support groups and group therapies: Part I. Historical and theoretical background and research on effectiveness. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(1), 63–81.

- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. in Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive therapy and research*, 32(6), 758–774.
- Frijda, N. H. in Sundararajan, L. (2007). Emotion refinement: A theory inspired by Chinese poetics. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 227–241.
- Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: NYU Press.
- Girgis, A., Boyes, A., Sanson-Fisher, R. W. in Burrows, S. (2000). Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2), 166-173.
- Gray, R. E., Fitch, M., Greenberg, M., Hampson, A., Doherty, M. in Labrecque, M. (1998). The information needs of well, longer-term survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 33(3), 245–255.
- Hanson Frost, M., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., ... in Evans, R. E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 221–231.
- Harris, J. R., Lippman, M. E., Veronesi, U. in Willett, W. (1992). Breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 327(5), 319–328.
- Hayes, A. M. in Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255–262.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. in Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hodgins, H. S. in Adair, K. C. (2010). Attentional processes and meditation. *Consciousness and cognition*, 19(4), 872–878.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M. in Wain, G. (2007). Breast cancer survivors' supportive care needs 2–10 years after diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), 515–523.

Hoffman, C. J., Ersner, S. J. in Hopkinson, J. B. (2012). Mindfulness-based stress reduction in breast cancer: a qualitative analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, 18(4), 221–226.

Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H. R., Du Nser, M., ... in Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors?. *Psychosomatics*, 42(2), 117–123.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. in Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. in Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537–559.

Germer, C., Siegel, R. D. in Fulton, P. R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Publications.

Gilbert, P. (ur.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. East Sussex: Routledge.

Goleman, D. (1980). *A map for inner space*. V Walsh, R.N. in Vaughan, F. *Beyond ego*. Los Angeles: J.P. Tarcher. 141–150.

Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., in Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67(4), 1097–1117.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. *Pain, and Illness*. New York: Delta.

Kabat-Zinn, J., Massion, M. D., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Lenderking, W. R., in Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936–943.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144–156.
- Kasamatsu, A. in Hirai, T. (1966). An electroencephalographic study on the Zen meditation (Zazen). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(4), 315–336.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Keng, S. L., Smoski, M. J. in Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041–1056.
- Kristeller, J. L. in Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357–363.
- Lakey, C. E., Campbell, W. K., Brown, K. W. in Goodie, A. S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1698–1710.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... in Rauch, S. L. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893.
- Leary, M. R., Adams, C. E. in Tate, E. B. (2006). Hypo-egoic self-regulation: Exercising self-control by diminishing the influence of the self. *Journal of personality*, 74(6), 1803–1832.
- Leedham, B. in Ganz, P. A. (1999). Psychosocial concerns and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer investigation*, 17(5), 342–348.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. in Bebbington Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(2), 95–105.

- Levesque, C. in Brown, K. W. (2007). Mindfulness as a moderator of the effect of implicit motivational self-concept on day-to-day behavioral motivation. *Motivation and Emotion*, 31(4), 284–299.
- Lobb, E. A., Kenny, D. T., Butow, P. N. in Tattersall, M. H. (2001). Women's preferences for discussion of prognosis in early breast cancer. *Health Expectations*, 4(1), 48–57.
- Lykins, E. L. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226.
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M. in Speca, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(1), 59–69.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. in Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 8(6), 719–730.
- Marlow, B., Cartmill, T., Cieplucha, H. in Lowrie, S. (2003). An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(4), 319–330.
- Marzorati, C., Riva, S. in Pravettoni, G. (2017). Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 228–237.
- Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Yang, M. in Heitzmann, C. A. (2016). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *Psycho-oncology*, 25(6), 684–690.
- Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., ... in Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271–289.
- Moore, A. in Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176–186.

- Murko, E., Mirošević, Š., Bajt, M. in Kukec, A. (2018) Vpliv na čuječnosti osnovanih intervencij na kakovost življenja pri bolnicah z rakom dojke. *Javno zdravje*, 2(1): 40–48.
- National Research Council. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: National Academies Press.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85–101.
- Olesen, M. L., Hansson, H., Ottesen, B., Thranov, I. R., Thisted, L. B. in Zoffmann, V. (2015). The psychosocial needs of gynaecological cancer survivors: a framework for the development of a complex intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 349–358.
- Onkološki inštitut Ljubljana. (b. d.). Pridobljeno 24. 7. 2018 s:  
[https://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/vrste\\_raka/rak\\_dojk/](https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_dojk/)
- Onkološki inštitut Ljubljana. (b. d.). Pridobljeno 28. 7. 2018 s:  
[https://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/vrste\\_raka/rak\\_rodil/](https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_rodil/)
- Ortner, C. N., Kilner, S. J. in Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and emotion*, 31(4), 271–283.
- Parasuraman, V.R. (1998). *The attentive brain*. Cambridge, MA: Mit Press. 461–487.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly journal of experimental psychology*, 32(1), 3–25.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. in Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*, 23(4), 183–192.
- Raupach, J. C. in Hiller, J. E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations*, 5(4), 289–301.



- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and psychopathology*, 17(4), 987–1006.
- Safran, J. in Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Maryland: Jason Aronson, Incorporated.
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Dassen, T. in Van Den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of clinical nursing*, 17(21), 2895–2909.
- Schultz, P. N., Klein, M. J., Beck, M. L., Stava, C. in Sellin, R. V. (2005). Breast cancer: relationship between menopausal symptoms, physiologic health effects of cancer treatment and physical constraints on quality of life in long-term survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 204–211.
- Segal, Z. V., Williams, M. in Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Publications.
- Sekse, R. J. T., Raaheim, M., Blaaka, G. in Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), 799–807.
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23–39.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. in Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386.
- Shapiro, S. L. in Schwartz, G. E. (2000). Intentional systemic mindfulness: an integrative model for self-regulation and health. *Advances in mind-body medicine*.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. in Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581–599.
- SLORA. (2018). *Osnovni epidemiološki podatki o raku*. Dojka (C 50). Pridobljeno na <http://www.slora.si/documents/11561/20218/Dojka.pdf>

Sontag, S. (1979). *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books.

Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. in Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 613–622.

Spiegel, D. (2001). Mind matters—group therapy and survival in breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1767-1768.

Spiegel, D., Bloom, J. R. in Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of general psychiatry*, 38(5), 527–533.

Spiegel, D. in Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 269–282.

Stewart, D. E., Wong, F., Cheung, A. M., Dancey, J., Meana, M., Cameron, J. I., ... in Rosen, B. (2000). Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 77(3), 357–361.

Tacón, A. M. (2003). Meditation as a complementary therapy in cancer. *Family & Community Health*, 26(1), 64–73.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. in Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.

Tsang, N. M. (2005). Reflection as dialogue. *British Journal of Social Work*, 37(4), 681–694.

van den Hurk, P. A., Giommi, F., Gielen, S. C., Speckens, A. E. in Barendregt, H. P. (2010). Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63(6), 1168–1180.

Vickberg, S. M. J. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24.

Vivar, C. G. in McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 51(5), 520–528.

Wallace, R. K. (1970). Physiological effects of transcendental meditation. *Science*, 167(3926), 1751–1754.

Watts, A. (1961). *Psychotherapy east & west*. Novato: New World Library.

Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I., in Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion*, 10(1), 12.

Williams, J. M. G., Mathews, A. in MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological bulletin*, 120(1), 3.





**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**

UNIVERSITÀ DEL LITORALE / UNIVERSITY OF PRIMORSKA

**FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE**  
FACOLTÀ DI SCIENZE MATEMATICHE NATURALI E TECNOLOGIE INFORMATICHE  
FACULTY OF MATHEMATICS, NATURAL SCIENCES AND INFORMATION TECHNOLOGIES

Glagoljaška 8, SI – 6000 Koper

Tel.: (+386 5) 611 75 70

Fax: (+386 5) 611 75 71

[www.famnit.upr.si](http://www.famnit.upr.si)

[info@famnit.upr.si](mailto:info@famnit.upr.si)

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
UNIVERSITÀ DEL LITORALE  
UNIVERSITY OF PRIMORSKA

Titov trg 4, SI – 6000 Koper

Tel.: + 386 5 611 75 00

Fax.: + 386 5 611 75 30

E-mail: [info@upr.si](mailto:info@upr.si)

<http://www.upr.si>

## **IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA**

Spodaj podpisana Tina Černe, z vpisno številko 89162069, vpisana v študijski program Uporabna psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

*Doživljanje programa čuječnosti pri preživelih bolnicah raka dojke in rodil*

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Tina Černe