

- MATĚJČEK, Z. 2008. Co děti nejvíc potřebují. Praha : Portál.
- MERTIN, V. 2011. Výchovné maličkosti. Praha : Portál.
- MILES, M. – HUBERMAN, A. 1984. Qualitative Data Analysis. London : Sage.
- MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha : Grada.
- PIOVARČIOVÁ, T. – HALAŠOVÁ, D. – MIHÁLIKOVÁ, J. – BAGALOVÁ, Ľ. – GOGOLOVÁ, D. 2010. Novo vynárajúce sa potreby detí na Slovensku. Prieskumná štúdia. Bratislava : IU-VENTA – Slovenský inštitút mládeže.
- REPLAY, M. 2003. Quality of life (A critical introduction). London : Sage.
- RYAN, R. M. – DECI, E. L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. American Psychologist, vol. 55, p. 68–78.
- SCHLIPPE, A. – SCHWEITZER, J. 2001. Systemická terapie a poradenství. Brno : Cesta.
- SILVERMAN, D. 2005. Ako robiť kvalitatívny výskum. Bratislava : Ikar.
- SMĚKAL, V. 2002. Pozvání do psychologie osobnosti. Brno : Barrister & Principal.
- STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. 1999. Základy kvalitatívneho výskumu. Postupy a techniky zakotvené teorie. Boskovice : Albert.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. Základy psychologie. Praha : Karolinum.
- WARSHAK, R. 1998. Revoluce v porozvodové péči o děti. Praha : Portál.
- WHO 1998. WHOQOL user manual. Programme on mental health.

Súhrn: Práca sa zaoberá pohľadom rodičov (matiek a otcov) na psychické potreby dieťaťa. Cieľom výskumu bolo zistiť, aký diskurz sa vedie medzi rodičmi na tému psychické potreby dieťaťa v súvislosti s opisovanou kvalitou života detí. Výskumný súbor tvorilo 11 respondentov (8 žien, 3 muži) vo veku od 25 do 39 rokov, ktorí boli rodičmi detí vo veku od 3 do 14 rokov. Použitou výskumnou metódou bolo pološtruktúrované interview. S kvalitou života detí bola spájaná prítomnosť nukleárnej rodiny (sociálne potreby) a záujem rodiča (citové potreby) a potreba sebarealizácie. Potreba poznávať svet a fyziologické potreby vo výskume neboli implicitne asociované s témou kvality života. Diskurzy rodičov o potrebách dieťaťa sa menili vzhľadom na jeho vek a rod. Predpoklad rozdielnosti vnímania potrieb dieťaťa mužmi a ženami sa v tomto výskume nepotvrdil.

Kľúčové slová: psychologické potreby, kvalita života, diskurzívna analýza, interview

PhDr. Gabriela MIKULÁŠKOVÁ, PhD. pracuje ako odborná asistentka v Inštitúte psychológie Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove. K jej odborným záujmom patrí kvalitatívna metodológia, diskurzívna analýza, rodová problematika a systemická psychoterapia.

Psychológia a patopsychológia
dieťaťa, 47, 2013, č. 2, s. 135–148.

ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE RODIČMI DETÍ S KOCHLEÁRNÝM IMPLANTÁTOM¹

MONIKA VAVRICOVÁ² – SILVIA KREMPASKÁ³ – JURAJ KOVAL³

²Katedra psychológie, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

³Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku, Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach

COPING WITH STRESS BY PARENTS OF CHILDREN WITH A COCHLEAR IMPLANT

Abstract: The paper is focused on mapping of the ways of coping by parents of children with a cochlear implant. Twenty-one families of such children who regularly attend the Department of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery UNLP in Košice participated in the research. The data were collected by the questionnaire of coping entitled Responses To Stress and by the Questionnaire of Emotional Regulation. The results showed that parents of children with a cochlear implant use both the controlled and automatic means of coping. They mostly opt for responses focused on problem solution and positive thinking. Mothers preferred more significantly the strategy of positive thinking. Parents of children with a cochlear implant seek out social support especially within their family, and they also turn to God. The findings showed a positive correlation between the emotional regulation and the secondary controlled coping, which is focused on coping with a problem, or on regulation of the emotions induced by stress.

Key words: coping, emotional regulation, cochlear implant

Počet detí s poruchou sluchu odhalenou v čoraz mladšom veku narastá. Je to prirodzený následok rozvoja moderných objektívnych vyšetrovacích metód sluchu a zavedenia povinného screeningu novorodencov na Slovensku. Porucha sluchu je vážny hendikep, od času a presnosti stanovenia diagnózy často závisí aj budúcnosť

¹Podporené projektom VEGA 1/1258/12 *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Prišlo 13. 8. 2012. M.V., Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika, Pezvalova 4, 040 11 Košice

takto postihnutého dieťaťa. Donedávna sa vnútroušná porucha sluchu korigovala iba konvenčnými načúvacími aparátmi. Dnes je vďaka zavedeniu kochleárnej implantácie možné pomôcť aj deťom s veľmi ťažkou poruchou sluchu, až praktickou hluchotou, u ktorých bol efekt načúvacích aparátov nedostatočný. Princípom kochleárnej implantácie je premena zvukovej energie na elektrickú v procesore a prenos elektrickej energie elektródou k nervových zakončeniam sluchového nervu.

Program kochleárnej implantácie sa na Slovensku rozvíja od roku 1986, najskôr v Bratislave a od roku 2009 už aj v Košiciach. V Centre kochleárnej implantácie Kliniky otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach bola k dnešnému dňu vykonaná kochleárna implantácia dvadsiatim šiestim detským pacientom. V prípade, že sa rodičia rozhodnú pre riešenie ťažkej poruchy sluchu metódou kochleárnej implantácie, dieťa absolvuje rad predoperačných vyšetrení. Nevyhnutné je opakované audiologické, očné, neurologické, logopedické vyšetrenie, vyšetrenie zobrazovacími metódami a aj psychologické vyšetrenie. Rodičia majú možnosť radiť sa s odborníkmi aj po kochleárnej implantácii, keď detský pacient potrebuje intenzívnu dlhodobú logopedickú rehabilitáciu a pravidelné nastavovanie rečového procesora. Psychológ sleduje ako napreduje psychomotorický vývin dieťaťa. Úspešnosť kochleárnej implantácie však závisí nielen od operácie a kvality odbornej postimplantačnej starostlivosti, ale aj od rodinného zázemia a zaškolenia dieťaťa.

Až deväťdesiat percent detí so sluchovým postihnutím sa rodí počujúcim rodičom (Kročanová, 2010). Preto je nevyhnutné, aby si rodina čo najskôr osvojila nové spôsoby komunikácie a výchovné postupy. Samotné rozhodnutie pre možnosť kochleárnej implantácie je napriek jej veľkým výhodám jedno z najťažších (Incesulu, Vural, Erkam, 2003). Preto rodičia často prežívajú zvýšený stres a napätie, ktoré pretrvávajú aj dlhšie obdobie (Kurtzer-White, Luterman, 2003). Bývajú vyčerpaní do takej miery, že až nemajú chuť sa s dieťaťom zhovárať, a tým ho primerane rozvíjať (Leigh, Anthony, 1999). Toto vyčerpanie môže byť prítomné aj po implantácii. Avšak, ako už bolo naznačené, úspešnosť kochleárnej implantácie závisí predovšetkým od samostatnej práce rodičov po operácii. Z týchto dôvodov je určite zaujímavé a prínosné zaoberať sa špecifikami zvládania v skupine rodičov detí s kochleárnym implantátom. D. Štěrbová (2005) potvrdzuje, že je potrebné poznať ako rodina zvláda postihnutie dieťaťa, pretože rodina a jej fungovanie sú v úzkom vzťahu so samotným postihnutím.

ZVLÁDANIE

Zvládanie a jeho anglický ekvivalent coping je v psychológii už niekoľko desaťročí skúmaným a diskutovaným fenoménom. Napriek tomu je jednou z tém, ktorá je stále v centre odborného záujmu. Najvýstižnejšiu a všeobecne rešpektovanú definíciu zvládania ponúkol R. S. Lazarus spolu so S. Folkmanovou už v roku 1984.

Charakterizovali zvládanie ako „kognitívne a behaviorálne úsilie človeka, ktoré je zamerané na prekonanie, redukovanie alebo tolerovanie vnútorných a vonkajších požiadaviek, ktoré sú ním hodnotené ako ohrozujúce alebo prevyšujúce jeho zdroje“ (Lazarus, Folkman, 1984, s. 178). To odzrkadľuje starostlivosť o seba, svoju pohodu a zdravie. Táto definícia je stále aktuálna, a aj u nás sa naďalej cituje (napr. Ficková, 2009; Hanžlová, Macek, 2008). Po roku 2000 zahraničná literatúra (napr. Folkman, Moskowitz, 2004; Skinner, Zimmer-Gembeck, 2007) upozorňuje na aktuálne trendy, ktorým sa u nás doposiaľ venuje len okrajová pozornosť. S. Folkmanová, J. T. Moskowitzová (2004) a E. A. Skinnerová s M. J. Zimmer-Gembeckovou (2007) k nim zaraďujú aj koncepciu zvládania ako duálneho procesu a zvládanie spojené s emočnou reguláciou, ktoré si bližšie rozoberieme.

Chápanie zvládania ako duálneho procesu inkorporuje najpoužívanejšie stratégie zvládania a duálne ponímanú reguláciu (Skinner, Zimmer-Gembeck, 2007), čím konfrontuje kontrolované a automatické stratégie zvládania. Na jednej strane odzrkadľuje, čo spraví stres s človekom (automatické zvládanie) a na druhej strane, ako na to človek vedome reaguje (kontrolované zvládanie). Jedným z autorov, ktorý využíva túto myšlienku, je B. E. Compas a jeho kolektív (napr. Compas et al., 2001). B. E. Compas reflektoval a kritizoval jednotlivé prístupy ku zvládaniu už od konca deväťdesiatych rokov, preto na začiatku dvadsiateho prvého storočia navrhol duálny model zvládania. Vychádzal z presvedčenia, že reakcie na stres sú nie len zámerné, ale aj mimovoľné či automatické (Compas et al., 1997). V roku 2000 J. K. Connor-Smith et al. ešte spresnili, že zvládanie tvorí podskupinu širších sebaregulačných procesov. Z tohto dôvodu vybral inými autormi navrhnuté najpoužívanejšie stratégie zvládania (primárne a sekundárne kontrolované zvládanie a zvládanie v podobne priblíženia a vyhýbania sa stresoru) a hierarchicky ich usporiadal na základe teórie duálnej sebaregulácie. V súčasnosti B. E. Compas definuje zvládanie ako „vedomé úsilie jedinca vynaložené na reguláciu emócií, kognícií, správania, fyziologických reakcií, ale aj prostredia zoči-voči konkrétnym okolnostiam“ (Compas et al., 2001, s. 89). Rozlišuje dva póly duálneho modelu zvládania stresových podmienok, a to vedomé (dobrovoľné, kontrolované, zámerné) zvládanie a automatické (nedobrovoľné, bezprostredné) reakcie (Compas et al., 2001). Na základe uvedeného preto môžeme konštatovať, že B. E. Compasom a jeho kolektívom prezentované duálne ponímanie zvládania aktuálne reprezentuje jeden z najkomplexnejších pohľadov na usporiadanie reakcií na stres.

Fakt, že zvládanie je v silnom vzťahu s emočnou reguláciou, nie je nový (pozri napr. Skinner, 1995; Eisenberg, Fabes, Guthrie, 1997), ale svoju pozornosť si opäť získava. Napríklad R. S. Lazarus a S. Folkmanová už v roku 1984 navrhli kategóriu zvládanie orientované na emócie (emotion-focused coping), ktorá zastrešuje práve tie stratégie, ktoré sú zamerané na vyrovnávanie sa s emočným stavom a reguláciu emócií pri strese. Avšak až v roku 2009 S. Folkmanová spresnila, že hlavne začiatok zvládania a procesy primárneho a sekundárneho hodnotenia sú sprevádzané inten-

zívnyimi, prevažne negatívnymi emóciami, ktoré sa jedinec síce snaží regulovať, ale sú v určitej intenzite prítomné počas celého procesu zvládania. Preto je nevyhnutné sa pri zvládaní podrobne zaoberať aj emočnou reguláciou (Folkman, 2009).

V našich podmienkach niektorí autori tiež aspoň okrajovo poukazujú na úlohu emócií v procese zvládania, hlavne v mimoriadne stresovej situácii rodiča, ako je napríklad informácia o postihnutí jeho dieťaťa. Oznamenie diagnózy býva sprevádzané hnevom, popretím skutočnosti alebo búrlivým prejavom emócií (Kübler-Rossová, 1992). Preto J. Vančura (2006) upozorňuje, že pri prvotnej konfrontácii rodičov s postihnutím dieťaťa je vyjadrenie emócií pre optimálne zvládanie priam nevyhnutné a uzdravujúce. Rodičia v snahe o zlepšenie zdravotného stavu svojho dieťaťa vyhľadávajú odbornú pomoc a práve vtedy, hlavne v styku s lekármi a iným zdravotným personálom je regulácia emócií očakávaná a často nevyhnutná. V tejto súvislosti I. Strnadová (2008) kvalitatívnou metódou zistila, že pre zvládanie mentálneho postihnutia rodičmi bola typická reakcia prehnanej emočnej regulácie smerujúca až k vyhoreniu. M. Binarová a I. Sobotková (2007) vysvetľujú, že viacerí rodičia reagujú na okolnosti postihnutia dieťaťa stiahnutím sa a mlčaním, čo vedie k vytrateniu emočného kontaktu a k porušeniu nielen širších sociálnych, ale aj osobných kontaktov.

ZVLÁDANIE STRESU RODIČMI DETÍ S KOCHLEÁRNÝM IMPLANTÁTOM

V odbornej literatúre nachádzame len zlomok, prevažne zahraničných, výskumných zistení poukazujúcich na charakter zvládania problémov rodičmi detí s kochleárnym implantátom. Podobne rodičovskému zvládaniu sluchového postihnutia sa stále nevenuje dostatočná pozornosť (Kurtzer-White, Luterman, 2003; Štěrbová, 2005). Výskumné zistenia síce ukazujú, že rodičia sluchovo postihnutých detí prežívajú zvýšený stres a záťaž, pri ktorých je zvládanie nevyhnutné (Incesulu, Vural, Erkam, 2003; Kurtzer-White, Luterman, 2003), avšak minimálne sa pojednáva o jeho konkrétnych podobách. Preto informácie o charaktere zvládania problémov rodičmi detí s kochleárnym implantátom doplníme svojimi zisteniami.

R. Calderon a M. T. Greenberg (1999) poukazujú na dôležitosť sociálnej opory v procese zvládania a dodávajú, že sociálna opora je podstatná hlavne pre matky. Okrem toho zdôrazňujú aj význam stratégií riešenia problému pre optimálnu adaptáciu na stres. Potvrzuje to aj A. Zaidman-Zait (2007). T. Feher-Proutová (1996) zistila, že rodičia detí s poruchou sluchu používajú naraz viacero stratégií zvládania. Na jednej strane vyhľadávajú nové informácie a možnosti liečby, čo reprezentuje zvládanie v podobe riešenia problému. Na druhej strane sa snažia vysporiadať s emóciami, ktoré prežívajú, čo odráža stratégie emočnej regulácie. Okrem toho u nich stále prebieha dlhodobý proces zmierovania s diagnózou dieťaťa, čo u viacerých rodičov môže viesť

k preferencii únikových a iných maladaptívnych stratégií zvládania (Feher-Prout, 1996; Lederberg, Golbach, 2002; Kurtzer-White, Luterman, 2003). J. A. Corcoran et al. (2000) na základe rozhovorov s rodičmi sluchovo postihnutých detí zistili, že najviac nápomocná im bola možnosť porozprávať sa s odborníkmi, ktorí im nielen rozumeli, ale podali aj potrebné informácie. L. Kročanová (2010) v tejto súvislosti objasňuje, že rodičia očakávajú jasné, zrozumiteľné a najmä pravdivé informácie, aby sa vedeli orientovať. Nedostatok spomenutých zistení však vidíme v tom, že viaceré mapovali charakter zvládania niekoľko rokov po kochleárnej implantácii (napr. Zaidman-Zait, 2007), alebo neuvádzali, v akom čase od zistenia poruchy sluchu dieťaťa boli dáta získané (napr. Feher-Prout, 1996).

CIEĽ VÝSKUMU

Cieľom nášho výskumu bolo identifikovať preferované spôsoby zvládania v skupine rodičov detí s kochleárnym implantátom na pozadí súčasných trendov v tematike zvládania. Preto sme sa zamerali aj na objasnenie charakteru vzťahu zvládania s emočnou reguláciou.

VÝSKUMNÝ SÚBOR

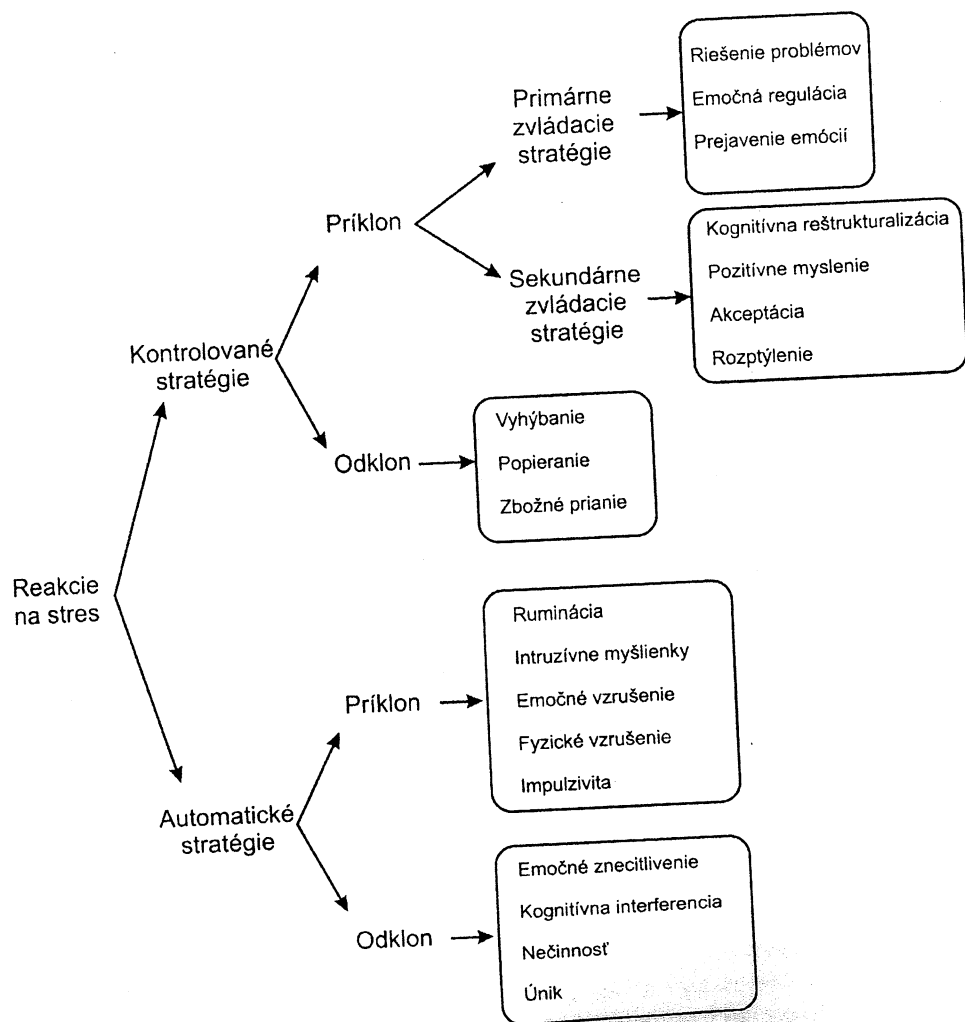
Výskumný súbor tvorilo dvadsaťjeden rodín detí s kochleárnym implantátom. Výskumu sa na základe dobrovoľnosti zúčastnilo dvadsaťjeden matiek a šesťnásť otcov. Ich priemerný vek bol 34,9 rokov, štandardná odchýlka 6,78 (najmladší respondent mal 23 a najstarší 46 rokov). Priemerný vek detí s kochleárnym implantátom bol 4,63 (SD = 3,32), pričom najmladšie dieťa malo v čase zbierania údajov 15 mesiacov a najstaršie 16 rokov a 10 mesiacov.

Oslovené rodiny pravidelne navštevujú Klinikú otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach z dôvodu postkochleárnej rehabilitácie. Všetky deti majú diagnostikovanú ťažkú poruchu sluchu (poškodenie sluchu sa pohybuje na úrovni 71–90 dB). Údaje boli zbierané v čase spustenia rečového procesora, teda mesiac po kochleárnej implantácii dieťaťa. Dotazníky rodičom na základe ich žiadosti zadával administrátor ústne. Administrácia dotazníkov bola doplnená aj krátkym voľným rozhovorom s rodičmi.

METÓDY

Na zachytenie preferovaných stratégií zvládania sme použili dotazník Odpovede na stres – *Responses to Stress Questionnaire (RSQ)* (Connor-Smith et al., 2000). Tento

dotazník reprezentuje sebaopisovú metódu kontrolovaného zvládania a automatických reakcií zoskupených do 57 položiek vychádzajúc z teoreticky navrhnutého duálneho modelu zvládania. Jednotlivé reakcie na stres rozdeľuje do piatich faktorov: primárne kontrolované zvládanie, sekundárne kontrolované zvládanie, kontrolovaný odklon, automatický príklon a automatický odklon (pozri obr. 1). Primárna úroveň metodiky RSQ teda diferencuje reakcie na stres na kontrolované a automatické, ktoré reprezentujú dva hlavné póly zvládania. Tie sú na sekundárnej úrovni sýtené kontinuumom



príklon a odklon od stresora. Kontrolované reakcie sú na terciálnej úrovni rozdelené ešte na primárne a sekundárne stratégie zvládania. Kvartálna, konečná úroveň, pozostáva z devätnástich subškál (obr. 1) sýtených vždy tromi položkami.

Pôvodná anglická verzia dotazníka bola so súhlasom autorov preložená do slovenského jazyka dvoma nezávislými slovenskými prekladateľmi. Diskrepancia alebo nejasnosť prekladu vybraných položiek bola následne prediskutovaná s rodeným Angličanom. Vnútna konzistencia piatich faktorov pôvodnej anglickej verzie dotazníka sa pohybovala od $\alpha = 0,70$ až po $0,92$ (Connor-Smith et al., 2000). V našom výskume bola Cronbachova alfa celého dotazníka $0,86$. Pre kontrolované reakcie dosiahla alfa hodnotu $0,74$ a pre automatické $\alpha = 0,86$. Vnútna konzistencia jednotlivých piatich faktorov sa pohybovala od $\alpha = 0,62$ po $0,85$. Cronbachova alfa devätnástich subškál tvorila kontinuum od $\alpha = 0,30$ po $0,73$. Nižšie hodnoty vnútornej konzistencie boli hlavne v subškálach patriacich medzi kontrolované reakcie.

Úlohou rodičov bolo zamyslieť sa nad ťažkosťou, ktorá ich trápila v poslednom období v súvislosti so sluchovým postihnutím ich dieťaťa. Následne mali na 4-bodovej škále vyjadriť, nakoľko si mysleli, robili alebo prežívali reakcie uvedené v päťdesiatich siedmich položkách. Z voľného rozhovoru počas administrácie vyplynulo, že sa rodičia vyjadrovali k problémom, ktoré súviseli s kochleárnou implantáciou (napr. strach z operácie, pooperačná bolesť, strach či sa dobre rozhodli, neistota čo bude ďalej).

Pre potreby snímania emočnej regulácie sme použili metódu Dotazník emočnej regulácie – *The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)* (Gross, John, 2003). Jej základom sú dve škály stratégií emočnej regulácie: Škálu kognitívne prehodnotenie tvorí šesť položiek (napr. „Keď sa dostanem do stresovej situácie, snažím sa myslieť tak, aby som ostal pokojný.“) a škálu emočného potlačenia tvoria štyri položky (napr. „Nechávam si svoje pocity pre seba.“). Respondenti mohli na ne reagovať prostredníctvom 5-bodovej škály. Dotazník ERQ bol preložený do slovenčiny metódou dvojitého prekladu. Nami nameraná vnútna konzistencia celého dotazníka bola $0,80$, pre faktor kognitívne prehodnotenie $\alpha = 0,75$ a pre emočné potlačenie $\alpha = 0,65$.

VÝSLEDKY

Pre naplnenie cieľa výskumu sme získané údaje analyzovali v dvoch krokoch. V prvom kroku sme sa zamerali na charakter kontrolovaného a automatického zvládania rodičmi detí s kochleárnym implantátom. V tabuľke 1 uvádzame priemerné hodnoty a poradie preferencií kontrolovaných stratégií zvládania. Tabuľka 2 ponúka informácie o automatických spôsoboch zvládania.

Priemerné hodnoty kontrolovaných a automatických reakcií na stres ukazujú, že rodičia používajú kontrolované aj automatické stratégie, avšak dominuje kontrolované

T a b u ľ k a 1

Priemerné hodnoty, štandardné odchýlky a poradie uvádzaných kontrolovaných stratégií zvládania stresu rodičmi podľa dotazníka RSQ

Faktory RSQ	Subškály RSQ	AM	SD	Poradie
Primárne zvládanie	Riešenie problému	9,45	2,11	1.
	Emočná regulácia	8,51	1,90	5.
	Prejavenie emócií	8,86	1,78	3.
Sekundárne zvládanie	Kognit. reštrukturalizácia	8,00	1,81	7.
	Pozitívne myslenie	9,00	1,77	2.
	Akceptácia	8,64	1,71	4.
	Rozptýlenie	7,67	1,84	8.
Kontrolovaný odklon	Vyhýbanie	7,37	1,56	9.
	Popieranie	6,43	2,04	10.
	Zbožné pranie	8,45	2,24	6.

T a b u ľ k a 2

Priemerné hodnoty, štandardné odchýlky a poradie uvádzaných automatických stratégií zvládania stresu rodičmi podľa dotazníka RSQ

Faktory RSQ	Subškály RSQ	AM	SD	Poradie
Automatický príklon	Ruminácia	7,91	2,11	3.
	Vtieravé myšlienky	8,72	2,15	1.
	Emočné vzrušenie	5,29	1,52	8.
	Fyzické vzrušenie	8,16	2,29	2.
	Impulzivita	6,13	2,08	7.
Automatický odklon	Emočné znečitlivenie	6,86	1,84	4.
	Kognitívna interferencia	6,13	1,79	7.
	Nečinnosť	6,43	1,77	6.
	Únik	6,48	1,88	5.

zvládanie. Ako môžeme vidieť v tabuľke 1, najviac uvádzané kontrolované reakcie na stres boli: riešenie problému, pozitívne myslenie a prejavenie emócií. Najviac uvádzané automatické stratégie boli: vtieravé myšlienky, fyzické vzrušenie a ruminácia (tab. 2).

Položky sociálnej opory nie sú v dotazníku RSQ vyčlenené do samostatnej subškály, ako je to zvyčajne v iných dotazníkoch zvládania. Avšak obsahová analýza konkrétnych trojíc položiek, ktoré tvoria subškály riešenie problému a prejavenie

emócií, ukazuje, že je v nich sociálna opora zahrnutá („Žiadam ostatných o pomoc alebo radu, ako zlepšiť moju problémovú situáciu“ v subškále riešenie problému; „Mám dostatočnú podporu a porozumenie zo svojho okolia“ a „Zdôverím sa niekomu s tým čo cítim“ v subškále prejavenie emócií).

Položky 7, 17, 21 a 32 dotazníka RSQ tiež snímajú, na koho konkrétne sa respondent v prípade problémov obracia. Položka 20 sa zasa pýta, ako respondent dostáva zo seba von svoje pocity. Výsledky ukázali, že až 90 percent rodičov hľadá sociálnu oporu najmä u partnera a 85 percent u Boha. Svoje pocity vyjadrujú navonok najmä plačom alebo pomocou sarkazmu/humoru.

Prostredníctvom t-testu sme sa bližšie pozreli aj na existenciu genderových rozdielov v reakciách na stres. Signifikantný rozdiel ($t = 2,19$; $p = 0,035$) sa preukázal len v subškále pozitívne myslenie. Konkrétne matky ($AM = 9,66$; $SD = 1,55$) signifikantne viac volili stratégie pozitívneho myslenia v porovnaní s otcami ($AM = 8,12$; $SD = 1,70$). Pri ostatných reakciách na stres sa štatisticky významný rozdiel nepreukázal.

V druhom kroku analýz sme sa zamerali na charakter vzťahu zvládania a emočnej regulácie.

Rodičia preferovali emočnú reguláciu v podobe kognitívneho prehodnotenia ($AM = 21,31$; $SD = 4,29$) pred stratégiami emočného potlačenia ($AM = 11,00$; $SD = 3,22$). Genderové rozdiely vo voľbe kognitívneho prehodnotenia a emočného potlačenia neboli signifikantné. Výsledky prezentované v tabuľke 3 ukazujú, že emočná regulácia pozitívne a signifikantne koreluje predovšetkým so sekundárnym kontrolovaným zvládaním ($r = 0,482$; $p = 0,01$). Konkrétne zvládanie v podobe kognitívnej reštrukturalizácie, pozitívneho myslenia a rozptýlenia sa stredne silno viaže s emočnou reguláciou ako celkom a kognitívnym prehodnotením. Naopak, faktor kontrolovaný odklon pozitívne (stredne silno) koreluje s emočnou reguláciou zastúpenou emočným potlačením ($r = 0,352$; $p = 0,03$).

DISKUSIA

Cieľom realizovaného výskumu bolo objasniť, akým spôsobom zvládajú rodičia detí s kochleárnym implantátom problémy, ktoré s touto skutočnosťou súvisia. Štúdie zaoberajúce sa zvládaním rodín so sluchovo postihnutým dieťaťom s kochleárnym implantátom nachádzame hlavne v zahraničí. Preto sme chceli realizovaným výskumom prispieť k obohateniu a objasneniu tejto problematiky u nás.

Výsledky ukázali, že skúmaní rodičia volia kontrolované aj automatické stratégie zvládania. Z kontrolovaných reakcií na stres dominovala predovšetkým snaha riešiť situáciu, teda subškála riešenie problému, a tiež pozitívne myslenie. To korešponduje so zisteniami R. Calderona a M. T. Greenberga (1999), ktorí dodávajú, že uvedené

Tabuľka 3

Korelácie medzi zvládaním stresu rodičmi a ich emočnou reguláciou

Faktory RSQ	Subškály RSQ	ERQ	ERQ-KP	ERQ-EP
Primárne zvládanie	Primárne zvládanie	,304	,284	,259
	Riešenie problému	,302	,284	,254
	Emočná regulácia	,333*	,271	,341*
	Prejavenie emócií	,104	,139	,032
Sekundárne zvládanie	Sekundárne zvládanie	,482**	,493**	,353*
	Kognit. reštrukturalizácia	,441**	,466**	,301
	Pozitívne myslenie	,520**	,581**	,311
	Akceptácia	,184	,172	,156
	Rozptýlenie	,414*	,375*	,371*
Kontrolovaný odklon	Kontrolovaný odklon	,304	,217	,352*
	Vyhýbanie	,339*	,257	,372*
	Popieranie	,249	,248	,249
	Zbožné prianie	,133	,020	,133
Automatický príklon	Automatický príklon	,101	,056	,140
	Ruminácia	,194	,200	,140
	Vtieravé myšlienky	,000	-,047	,065
	Emočné vzrušenie	-,109	-,120	-,057
	Fyzické vzrušenie	,178	,111	,229
	Impulzivita	,062	,021	,104
Automatický odklon	Automatický odklon	,080	,069	,088
	Emočné znečitlivenie	,170	,179	,117
	Kognitívna interferencia	-,090	-,096	-,061
	Nečinnosť	,216	,172	,227
	Únik	-,071	-,080	-,042

Vysvetlivky: RSQ – Dotazník odpovede na stres
 ERQ – Dotazník emočnej regulácie
 ERQ-KP – Kognitívne prehodnotenie
 ERQ-EP – Emočné potlačenie
 * – $p \leq 0,05$
 ** – $p \leq 0,01$

spôsoby zvládania umožňujú rodičom primerane sa adaptovať na stres. K podobným záverom dospela D. Štěrbová (2005), ktorá okrem toho poukazuje na význam otvorenej komunikácie rodičov s odborníkmi a lekármi. Zdôrazňovali a oceňovali to aj naši respondenti v priebehu zbierania údajov. Z automatických stratégií rodičia uvádzali

predovšetkým vtieravé myšlienky, fyzické vzrušenie a rumináciu. Najmä matky sa vo voľnom rozhovore sťažovali na to, že neustále myslia na zdravotné problémy svojich detí a naďalej si kladú otázku, či bolo rozhodnutie pre kochleárnu implantáciu správne. Únikové zvládanie bolo na rozdiel od zahraničných zistení (Feher-Prout, 1996; Lederberg, Golbach, 2002) našimi rodičmi menej preferované. Môžeme to vysvetliť tým, že zvládanie sme snímali mesiac po kochleárnej implantácii, ktorej predchádzalo niekoľkotýždňové obdobie od prvého oznámenia informácie o zdravotnom stave dieťaťa, kedy rodičia mali čas sa aspoň čiastočne s novou situáciou vyrovnáť. Potvrzuje to aj vyššia voľba akceptácie ako stratégie zvládania.

Sociálnu oporu vyhľadávali rodičia predovšetkým v kruhu najbližších, ale tiež u Boha. Mohlo to byť ovplyvnené aj tým, že rodičia pochádzali poväčšine z východného Slovenska, kde má viera v Boha stále silnú tradíciu. Rozdiely v zvládaní medzi otcami a matkami sa preukázali len v stratégii pozitívne myslenie, ktorú viac uvádzali matky.

Výsledky tiež ukázali na pozitívny vzťah medzi emočnou reguláciou a stratégiami duálneho modelu zvládania. Konkrétne emočná regulácia a jej škála kognitívne prehodnotenie sa pozitívne, stredne silno viažu so stratégiami zvládania ako je pozitívne myslenie, kognitívna reštrukturalizácia a rozptýlenie. V tejto súvislosti J. J. Gross a O. P. John (2003) uvádzajú, že voľba kognitívneho prehodnotenia vedie k pozitívnemu, optimistickému náhľadu na situáciu, a preto dáva lepšiu šancu na optimálne vyrovnanie sa s prežívaným stresom a záťažou. Naopak, emočné potlačenie signifikantne pozitívne korelovalo s emočnou reguláciou. S. Balzarottiová, O. P. John, J. J. Gross (2010) potvrdzujú, že ľudia, ktorí preferujú emočné potlačenie, skrývajú svoje pocity a vyhýbajú sa prejavu ich navonok.

Výsledky, ku ktorým sme dospeli v realizovanom výskume, majú svoje obmedzenia. Za hlavný nedostatok považujeme najmä veľkosť vzorky, s ktorou sme pracovali. Uvedomuje si aj to, že pomer otcov a matiek vo vzorke nebol vyvážený. V budúcnosti by bolo určite prínosné zamerať sa aj na hlbšiu kvalitatívnu analýzu problémov a spôsobov zvládania rodičov detí s kochleárnym implantátom, a tiež snímanie stratégií zvládania priamo v období oznámenia diagnózy dieťaťa rodičom. Zaujímavé by tiež bolo porovnať charakter zvládania v skupinách rodičov detí s kochleárnym implantátom a rodičov zdravých detí.

ZÁVER

Rodina zohráva najdôležitejšiu úlohu v živote dieťaťa. Býva oslabená viacerými vonkajšími, ale aj vnútornými činiteľmi, medzi ktoré môžeme zaradiť aj zmyslové postihnutie dieťaťa. Informácia o nepriaznivom zdravotnom stave potomka vedie rodičov často k pochybnostiam, zvýšeným konfliktom, k strate ideálov a dôvery

v seba. Z týchto dôvodov sme sa v našom výskume zamerali na objasnenie charakteru spôsobov zvládania v špecifickej skupine rodičov detí s kochleárnym implantátom. Tejto problematike sa podľa našich informácií venuje doposiaľ len úzky okruh odborníkov.

Naše zistenia preukázali, že oslovení rodičia detí s kochleárnym implantátom používajú kontrolované, adaptívne, ale aj automatické spôsoby zvládania stresu. Snažia sa nielen problémy riešiť, ale aj hľadať podporu na strane blízkych a tiež odborníkov. Napriek tomu sa v myšlienkach naďalej vracajú k ťažkostiam plynúcim z postihnutia svojho dieťaťa. Výsledky poukázali na dôležitosť informácií pre rodičov. Napriek tomu, že tieto zistenia boli získané na pomerne malej dostupnej vzorke rodičov detí s kochleárnym implantátom, sú pre nás podnetom na zriadenie podporných skupín pre rodiny s dieťaťom s kochleárnym implantátom, kde by si mohli rodičia vzájomne vymieňať pocity a skúsenosti na skvalitnenie starostlivosti nielen o dieťa, ale aj o seba.

LITERATÚRA

- BALZAROTTI, S. – JOHN, O. P. – GROSS, J. J. 2010. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 26, no. 1, p. 61-75.
- BINAROVÁ, M. – SOBOTKOVÁ, I. 2007. Životní spokojenost a fungování rodin s tělesně postiženým dítětem. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč. 42, č. 4, s. 307-332.
- CALDERON, R. – GREENBERG, M. T. 1999. Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss. *American Annals of the Deaf*, vol. 144, p. 7-18.
- COMPAS, B. E. et al. 1997. Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In: GOTTLIEB, B. H. (Ed.): *Coping with chronic stress*. New York : Plenum, p. 105-130.
- COMPAS, B. E. et al. 2001. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, vol. 127, no. 1, p. 87-127.
- CONNOR-SMITH, J. K. et al. 2000. Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary responses to stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, no. 6, p. 976-992.
- CORCORAN, J. A. et al. 2000. Stories of parents of children with hearing loss: A qualitative analysis of interview narratives. In: SEEWALD, R. C. (Ed.): *A sound foundation through early amplification: Proceedings of an international conference*. Switzerland : Phonak AG, p. 167-174.
- EISENBERG, N. – FABES, R. A. – GUTHRIE, I. K. 1997. Coping with stress. The roles of regulation and development. In: WOLCHIK, S. A. – SANDLER, I. N. (Eds.): *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention*. New York : Plenum, p. 41-70.
- FEHER-PROUT, T. 1996. Stress and coping in families with deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 1, p. 155-166.
- FICKOVÁ, E. 2009. Reactive and proactive coping with stress in relation to personality dimensions in adolescents. *Studia Psychologica*, vol. 51, no. 2-3, p. 149-160.
- FOLKMAN, S. – MOSKOWITZ, J. T. 2004. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of*

- FOLKMAN, S. 2009. Commentary on the special section "Theory-based approaches to stress and coping": Questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, vol. 14, no. 1, p. 72-79.
- GROSS, J. J. – JOHN, O. P. 2003. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 85, no. 2, p. 348-362.
- HANŽLOVÁ, M. – MACEK, P. 2008. Zvládací strategie a styly dospívajících. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč. 43, č. 1, s. 3-22.
- INCESULU, A. – VURAL, M. – ERKAM, U. 2003. Children with cochlear implants: Parental perspective. *Otology & Neurotology*, vol. 24, no. 4, p. 605-611.
- KROČANOVÁ, L. 2010. Rodina so sluchovo postihnutým dieťaťom z pohľadu psychologickéj poradenskej starostlivosti. In: IHNACÍK, J. (Ed.): *Psychologické poradenstvo po transformácii v školstve. Zborník referátov z odbornej konferencie pri príležitosti 50. výročia vzniku Psychologickej výchovnej kliniky v Košiciach*. Košice : Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, s. 266-271.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. 1992. *O smrti a umírání*. Hradec Králové : Signum Unitas, ISBN 8085878127.
- KURTZER-WHITE, E. – LUTERMAN, D. 2003. Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, vol. 9, no. 4, p. 232-235.
- LAZARUS, R. S. – FOLKMAN, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer, ISBN 0826141919.
- LEDERBERG, A. R. – GOLBACH, T. 2002. Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 7, no. 4, p. 330-345.
- LEIGH, I. W. – ANTHONY, S. 1999. Parent bonding in clinically depressed deaf and hard-of-hearing adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 4, no. 1, p. 28-36.
- SKINNER, E. A. 1995. *Perceived control, motivation, and coping*. Newbury Park, CA : Sage Publications, ISBN 9780803955615.
- SKINNER, E. A. – ZIMMER-GEMBECK, M. J. 2007. The development of coping. *Annual Review of Psychology*, vol. 58, no. 2, p. 119-144.
- STRNADOVÁ, I. 2008. Rodiče dětí s Downovým syndromem: vnímání postižení svého dítěte v kontextu vlastního života. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč. 43, č. 2, s. 118-128.
- ŠTĚRBOVÁ, D. 2005. Rodinný stres a copingové chování rodin se sluchově postiženými dětmi. *Psychológia patopsychológia dieťaťa*, roč. 40, č. 4, s. 325-346.
- VANČURA, J. 2006. Akceptace dítěte s postižením: prožitek zármutku a adaptace rodičů. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč. 41, č. 3, s. 221-229.
- ZAJDMAN-ZAIT, A. 2007. Parenting a child with a cochlear implant: A critical incident study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 12, no. 2, p. 221-241.

Súhrn: Príspevok je zameraný na mapovanie spôsobov zvládania, ktoré uplatňujú rodičia detí s kochleárnym implantátom. Výskumu sa zúčastnilo dvadsaťjeden rodín takýchto detí, ktoré pravidelne navštevujú Klinikú otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku UNLP v Košiciach. Údaje boli zhromaždené dotazníkom zvládania Odpovede na stres a Dotazníkom emočnej regulácie. Výsledky ukázali, že rodičia detí s kochleárnym implantátom používajú tak kontrolované, ako aj automatické spôsoby zvládania. Najviac volia reakcie zamerané na riešenie problému a pozitívne myslenie. Stratégiu pozitívne myslenie signifikantne viac preferovali matky. Rodičia detí s kochleárnym implantátom vyhľadávajú sociálnu oporu hlavne v okruhu rodiny, občas

sa tiež k Bohu. Zistenia ukázali pozitívnu koreláciu medzi emočnou reguláciou a sekundárnym kontrolovaným zvládaním, ktoré je zamerané na vyrovnanie sa s problémom alebo reguláciu stresom vyvolaných emócií.

Kľúčové slová: zvládanie, emočná regulácia, kochleárny implantát

Mgr. Monika VAVRICOVÁ pôsobí na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Výskumne sa dlhodobo zaoberá problematikou sebakontroly, zvládania a psychológiu zdravia.

MUDr. Silvia KREMPASKÁ, PhD. je lekárkou na Klinike otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košiciach. Špecializuje sa na oblasť audiológie, rehabilitácie porúch sluchu, otológie a neurootológie.

Prof. MUDr. Juraj KOVAL, CSc. je primárom Kliniky otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach a hlavným odborníkom Slovenska pre otorinolaryngológiu. Hlavným predmetom jeho práce a výskumu je otológia, neurootológia, chirurgia bázy lebky a rehabilitácia porúch sluchu.

Metodiky a konzultácie

Psychológia a patopsychológia
dieťaťa, 47, 2013, č. 2, s. 149–161.

KVALITA ŽIVOTA – PROBLÉMY A NEDOSTATKY MERANIA

MICHAELA HRABOVECKÁ

Inštitút psychológie Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity, Prešov

THE QUALITY OF LIFE – THE PROBLEMS AND WEAKNESSES OF MEASUREMENT

Abstract: The paper points to the current problem in the measurement of the quality of life, the crux of which lies in the ambiguous definition of the quality of life and in the large number of the tools used to its measurement. It informs about the problems encountered by researchers dealing with the measurement of the quality of life when comparing the tools for measurement of the quality of life and the studies dealing with the quality of life. The paper's conclusion summarizes the main problems associated with psychological measurement of the quality of life.

Key words: quality of life, tools for measurement of the quality of life, psychometric properties

Kvalita života sa stala často používaným pojmom v rôznych vedeckých odboroch a mnoho výskumníkov sústreďuje svoju pozornosť na jej meranie v rozličných súvislostiach, podmienkach a v rozličnej populácii. V diskotovaní o problematike kvality života nepanuje prijatá zhoda v definovaní základných pojmov. V množstve odborných publikácií zameraných na kvalitu života autori konštatujú problémy s definovaním tohto pojmu alebo ho nedefinujú vôbec. Jednou z možných príčin je multidisciplinárny charakter pojmu, ktorý rôzne vedné disciplíny uchopujú inak. Konsenzus však nepanuje ani v definovaní kvality života odborníkmi jedného zamerania (Babinčák, 2008).