

RAZLIKE IZMEĐU MAJKI I OČEVA DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM U RIZIČNIM I ZAŠTITNIM FAKTORIMA TE PRILAGODBI

TAMARA MARTINAC DORČIĆ

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Primljeno: 25. 03.2008.

Prihvaćeno: 17.06.2008.

Izvorni znanstveni rad

UDK:376.2

Sažetak: Cilj je ovog istraživanja ispitati razlikuju li se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom u faktorima koje ističe Wallanderov i Varnijev (1998) model prilagodbe na kronično stanje djeteta: rizičnim faktorima (izvori i intenzitet roditeljskog stresa), zaštitnim faktorima (crte ličnosti, suočavanje sa stresom, kvaliteta braka) te prilagodbi (izraženost psihičkih i zdravstvenih simptoma te ugodno i neugodno raspoloženje).

U istraživanju je sudjelovalo 58 bračnih parova, roditelja djece s cerebralnom paralizom koja pohađaju redovne vrtiće ili škole, a u manjoj mjeri posebne ustanove i to iz osam hrvatskih gradova. Primijenjen je niz mjernih instrumenata kojima su se nastojale obaviti relevantne varijable koje po modelu spadaju u rizične i zaštitne faktore te prilagodbu.

Dobiveni rezultati pokazuju da se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju u ukupnom intenzitetu roditeljskog stresa (rizičan faktor), ali se razlikuju u pojedinim izvorima stresa. Tako majke doživljavaju veći stres uslijed nedostatka podrške i ograničenja roditeljske uloge (majke su više opterećene zahtjevima roditeljske uloge), dok očevi veće razine stresa doživljavaju uslijed opterećenja drugim (npr. poslovnim) životnim ulogama. U pogledu zaštitnih faktora, majke djece s cerebralnom paralizom postižu više rezultate na ugodnosti i u većoj mjeri koriste emocijama usmjereno suočavanje. S obzirom na mjere prilagodbe, majke i očevi djece s cerebralnom paralizom razlikuju se samo u uobičajenom neugodnom raspoloženju (kod majki je ono izraženije), ali ne i u ugodnom raspoloženju te izraženosti psihičkih simptoma i zdravstvenih tegoba. Nepostojanje značajnih razlika između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom u većini promatranih aspekata prilagodbe upućuje na zaključak da su oba roditelja podjednako izložena riziku problema u prilagodbi na kronično stanje djeteta.

Ključne riječi: cerebralna paraliza, rizični faktori, zaštitni faktori, prilagodba roditelja

UVOD

Briga za dijete i odgoj djeteta podrazumijevaju znatne kapacitete koji uključuju ne samo emocionalni angažman već i vrijeme i određena financijska sredstva. U situaciji brige za dijete s nekim kroničnim stanjem, zahtjevi prema tim izvorima su znatno povećani. Iako se mnogi roditelji dobro suočavaju s tim pojačanim zahtjevima, zahtjevi mogu imati implikacije na njihovo psihološko i tjelesno zdravlje (Brehaut i dr., 2004). Jedan primjer takvog stanja djeteta koje postavlja pojačane zahtjeve prema roditeljima je cerebralna paraliza.

Prema paradigmi obiteljskog sistema/socijalno-ekološke perspektive (Kazak, 1989) djetetova kronična bolest ili stanje utječe na sve članove djetetove obitelji, time i oca, kao i na odnose među članovima obitelji. Iako se povećao broj empirijskih istraživanja koja uključuju podatke od strane različitih članova obitelji (Kazak, Simms i Rourke, 2002), istraživanja na području pedijatrijske psihologije još uvijek ne uključuju u dovoljnoj mjeri očeve (Seagull, 2000; Phares i dr., 2005). Phares i dr. (2005) u pregledu 726 članaka iz područja pedijatrijske psihologije navode

Korespondencija: Dr.sc. Tamara Martinac Dorčić, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Omladinska 14, Rijeka. E-mail: tamaram@ffri.hr

da se većina istraživanja temelji na uzorku majki (50,6 %). Samo 10,5 % istraživanja kao sudionike ima i majke i očeve i odvojeno ih analizira, a 38,2 % radova unatoč sudjelovanju majki i očeva, njihove odgovore ne tretira odvojeno. Razlozi nedovoljnog uključivanja očeva u istraživanja na području pedijatrijske psihologije su višestruki. Majke su one koje nose glavni teret praktičnog (npr. Anderson i dr., 1990; prema Wysocki i Gavin, 2006) i emocionalnog (npr. Goldbeck, 2001) bremena djetetova stanja. Osim toga razlozi uključuju i teorijske koncepcije koje su marginalizirale ulogu očeva, a centralizirale ulogu majke, ali i manju sklonost očeva za sudjelovanje u istraživanjima (Silverstein, 2002; Costigan i Cox, 2001; sve prema Phares i dr., 2005).

Unatoč maloj zastupljenosti, određen broj istraživanja ipak se usmjerava na razlike između majki i očeva u prilagodbi na kronično stanje djeteta.

Pretpostavka istraživanja koja uspoređuju prilagodbu majki i očeva je da su majke izložene većem riziku za određene teškoće od očeva (Gerhardt i dr., 2003). Razlog takvoj pretpostavci treba tražiti u već spomenutom gledištu da su majke te koje većinom preuzimaju teret brige za dijete s kroničnim stanjem. Međutim, rezultati provedenih istraživanja o razlikama u prilagodbi majki i očeva na kronično stanje djeteta nisu konzistentni.

Neka istraživanja koja ispituju prilagodbu očeva i majki ukazuju na to da očevi djece s kroničnim stanjima doživljavaju manje depresije i ostalih uz stres vezanih psihopatoloških simptoma te manje teškoća vezanih uz stanje djeteta u usporedbi s majkama (Bristol, Gallagher i Schopler, 1988; Eiser i Havermans, 1992; prema Chaney i dr., 1997; Lord, Wastell i Ungerer, 2005; Olsson i Hwang, 2002). Rezultati istraživanja upućuju i na važnost promatranja specifičnih izvora stresa u uvjetima roditeljstva djece s posebnim potrebama budući da očevi navode veći stres vezan uz financije i privrženost djetetu, a majke uz dnevnu brigu i medicinski tretman (Quittner i dr., 1992; Keller i Honig, 2004). Razlike između majki i očeva su utvrđene i u prediktorima stresa i prilagodbe (npr. McCarthy i dr., 2006) te u percepciji pozitivnog,

ali ne i negativnog utjecaja djetetovog kroničnog stanja na obitelj (Trute i Hiebert-Murphy, 2002). Zanimljivo je osvrnuti se na istraživanje prediktora emocionalnih stanja očeva i majki djece s cerebralnom paralizom koje je provela Denona (2000) budući da je to istraživanje provedeno na našem uzorku. Dobiveni rezultati ukazuju na to da se očevi i majke razlikuju s obzirom na emocionalna stanja - majke iskazuju više razine depresivnosti i neugodnih emocija, a koriste i više suočavanja izbjegavanjem koje se u tom istraživanju pokazalo manje efikasnom strategijom. Majke i očevi bili su podjednako opterećeni brigom o djetetu i iskazivali su istu razinu ugodnih emocija.

S druge strane, stanovit broj istraživanja ne upućuje na postojanje takvih razlika. U longitudinalnom istraživanju o prilagodbi majki i očeva djece sa šećernom bolešću, Chaney i dr. (1997) nisu pronašli značajne razlike u stupnju prilagodbe majki i očeva niti u prvom ispitivanju niti u ispitivanju provedenom godinu dana kasnije. Gerhardt i dr. (2003) uspoređujući prilagodbu majki i očeva djece s mladenačkim reumatoidnim artritisom nisu dobili razlike u rezultatima na ljestvici psiholoških simptoma. Nema značajnih razlika između majki i očeva u razini iskazanih psiholoških simptoma kod roditelja djece sa sindromom fragilnog X kromosoma (McCarthy i dr., 2006), niti u razini stresa i depresivnosti kod roditelja djece polaznika specijalnog obrazovanja (Keller i Honig, 2004). U istraživanju Wanamakerove i Glenwicka (1998) nisu dobivene značajne razlike u depresivnosti i razini stresa između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom.

Ovakva nedosljednost rezultata u pogledu razlika (ili sličnosti) prilagodbe majki i očeva djece s kroničnim bolestima i stanjima može se dijelom objasniti razlozima kao što su različite vrste kroničnih bolesti i stanja, pretežito mali uzorci istraživanja te pitanje snage efekta. Osim toga, moguće je da u nekim slučajevima kada su razlike između majki i očeva i dobivene, rezultati i majki i očeva ulaze u okvire tipičnog, a ne odstupajućeg, kliničkog raspona.

U interpretaciji uporedbe rezultata očeva i majki također treba voditi računa o spolnim razli-

kama u emocionalnom doživljavanju (npr. Brody i Hall, 2000) jer je moguće da u nekim istraživanjima dobivene razlike u prilagodbi odražavaju samo postojeće razlike u emocionalnom doživljavanju muškaraca i žena. Kao ilustracija može se navesti istraživanje Olssona i Hwanga (2002) u kojem je uspoređivana izraženost depresivnih simptoma između majki i očeva djece s intelektualnim teškoćama, autizmom i zdrave djece. Rezultati su pokazali da majke djece s intelektualnim teškoćama postižu veći rezultat na Beckovoj ljestvici depresivnosti od očeva djece s intelektualnim teškoćama, ali da razlika u istom smjeru postoji i između majki i očeva zdrave djece. Slični rezultati dobiveni su i usporedbom bračnih parova, roditelja djece s cističnom fibrozom i roditelja zdrave djece (Quitner i dr., 1998).

U istraživanjima prilagodbe na kroničnu bolest ili stanje osobito je važno respektirati teorijske modele, a što se odražava na odabir varijabli i postavljanje hipoteza. Kao jedan od konceptualnih modela koji nastoji organizirati sistematska istraživanja korelata prilagodbe na kronična stanja je model rizičnih i zaštitnih faktora autora Wallandera i Varnija (1992; 1995; sve prema Wallander i Varni, 1998). Model je prvotno zamišljen kao model prilagodbe djece s kroničnim tjelesnim poremećajima, ali je adaptiran pa uključuje i prilagodbu roditelja. Prilagodba se ovdje definira višedimenzionalno i uključuje psihičko i tjelesno zdravlje i socijalno funkcioniranje (Wallander i Varni, 1998).

Ovaj je model općenit i potencijalno primjenjiv na širi raspon pedijatrijskih kroničnih bolesti ili stanja. Unutar teorijskog okvira stresa i suočavanja pedijatrijski kronični tjelesni poremećaj navedeni autori konceptualiziraju kao trajni kronični pritisak i za djecu i za roditelje (Wallander i Varni, 1998). Kronični pritisak se definira kao trajno objektivno stanje koje zahtijeva kontinuiranu prilagodbu te opetovano interferira s adekvatnom izvedbom uobičajenih aktivnosti određenih uloga (Pearlin, Lieberman, Menaghan i Mullan, 1981; prema Wallander i Varni, 1998). Unutar ovog modela se ne pretpostavlja da kronična bolest ili stanje djeteta predstavlja nužno negativan događaj već da se obitelji koje imaju dijete s kroničnom bolešću ili stanjem susreću s povećanim brojem potencijalno

stresnih situacija koje onda mogu dovesti do poteškoća u prilagodbi (Bradford, 1997).

Ovaj teorijski model identificira glavne rizične i zaštitne faktore prilagodbe djece i roditelja. Ispituje kako su ti faktori međusobno povezani kao i njihove izravne i kombinirane efekte na adaptaciju roditelja i djece u uvjetima kronične bolesti ili stanja kod djeteta. Wallander i Varni (1998) ističu da je glavna karakteristika ovog modela da se različiti rizični i zaštitni faktori mogu empirijski identificirati što može pomoći u razvoju intervencijskih programa. U rizične faktore po originalnom modelu spadaju parametri stanja/poremećaja, funkcionalna zavisnost u dnevnim aktivnostima te psihosocijalni stresori. Utjecaj rizičnih faktora na adaptaciju je moderiran djelovanjem zaštitnih faktora iako zaštitni faktori mogu imati i izravne efekte na prilagodbu. Zaštitni faktori u originalnom modelu su podijeljeni u tri skupine: intrapersonalni faktori, socijalno-ekološki faktori i faktori vezani uz procesiranje stresa.

Model je provjeravan na različitim oboljenjima i stanjima npr. spini bifidi (Lemanek, Jones i Lieberman, 2000), srpastoj anemiji (Casey, Brown i Bakeman, 2000; Lutz i dr., 2004), cerebralnoj paralizi (Florian i Findler, 2001) te opstetričkim povredama brahijalnog pleksusa (McLean i dr., 2004). Za razliku od takvog pristupa usmjerenog na specifičnu kategoriju poremećaja, druga su istraživanja koristila heterogen uzorak sastavljen od djece s različitim kroničnim stanjima i oštećenjima (npr. Horton i Wallander, 2001).

CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

S obzirom na slabiju zastupljenost istraživanja konceptualiziranih unutar određenih teorijskih okvira kao i nedovoljnu uključenost očeva u istraživanja prilagodbe na kroničnu bolest ili stanje djeteta, cilj je ovog istraživanja ispitati razlikuju li se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom u prilagodbi te rizičnim i zaštitnim faktorima koje ističe model Wallandera i Varnija (1998).

U tom kontekstu željelo se:

Ispitati razlikuju li se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom u izvorima i intenzitetu roditeljskog stresa (rizičan faktor)

Ispitati razlikuju li se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom u crtama ličnosti, suočavanju sa stresom te kvaliteti braka (zaštitni faktori)

Ispitati razlikuju li se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom u izraženosti psihičkih i zdravstvenih simptoma te ugodnom i neugodnom raspoloženju (prilagodba).

HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

U skladu s problemima istraživanja postavljene su sljedeće hipoteze:

Majke djece s cerebralnom paralizom doživljavaju intenzivniji roditeljski stres u odnosu na očeve.

Majke i očevi djece s cerebralnom paralizom se ne razlikuju u crtama ličnosti, suočavanju sa stresom te kvaliteti braka.

Majke djece s cerebralnom paralizom pokazuju veći broj psihičkih i zdravstvenih simptoma, više neugodnog i manje ugodnog raspoloženja od očeva.

METODE RADA

Uzorak ispitanika

U istraživanju je sudjelovao prigodan uzorak roditelja djece s cerebralnom paralizom koja pohađaju redovne vrtiće ili škole, a u manjoj mjeri posebne ustanove i to iz Rijeke, Opatije, Crikvenice, Pule, Zadra, Zagreba, Osijeka i Bjelovara. Iako su kontaktirani roditelji 77 djece, konačni uzorak je činilo 58 bračnih parova - roditelja djece s cerebralnom paralizom jer je 19 djece imalo ispunjene upitnike samo jednog roditelja. Prosječna dob majki u uzorku je 37.45 godina (SD=6.66), a očeva 40.19 godina (SD=7.11). Većina majki i očeva ima završenu srednju školu (66.7 % majki i 72.6 % očeva), a u manjoj mjeri višu školu i fakultet (21.4% majki i 19.4% očeva) te osnovnu školu (12 % majki i 8.1 % očeva). U uzorku je zaposleno 66.3 % majki i 79.1 % očeva.

Prosječna dob djece s cerebralnom paralizom je 96.69 mjeseci (SD=38.80). Od 58 djece, 58.6% je dječaka, a 41.4% djevojčica. Većina djece ima neki od spastičnih oblika cerebralne paralize a najzastupljeniji oblik je tetraparesa spastica što

je u skladu s podacima u literaturi (Berrin i dr., 2006; Denona, 2002; Pellegrino, 2002). Određen vid samostalnosti kretanja ima nešto više od 60 % djece u uzorku, dok 39.3 % djece s cerebralnom paralizom uopće nema mogućnost samostalnog kretanja. Najzastupljenije su smetnje u području jezično-govornog razvoja koje ima 57.9 % djece s cerebralnom paralizom i smetnje vida koje ima 44 % djece. Po učestalosti zatim slijede epilepsija i mentalna retradacija, a najmanja je učestalost smetnji sluha.

Postupak provođenja istraživanja

Ovisno u uvjetima suradnje na koje je ustanova bila voljna pristati kao i udaljenosti, razlikovao se i način ispitivanja roditelja djece s cerebralnom paralizom. Tako je s nekim roditeljima ispitivanje bilo ostvareno kroz individualne susrete (većinom s roditeljima djece predškolskog uzrasta). Ostale je roditelje kontaktirao psiholog ili pedagog ustanove koju pohađa njihove dijete. Roditelji su tada ukratko usmeno upoznati s istraživanjem i uručeni su im pripremljeni materijali. U materijalima se nalazio dopis s osnovnim podacima o istraživanju i molbom za suradnju te upitnicima za roditelje s detaljnim opisom načina njihovog ispunjavanja. Roditelji su zamoljeni da, ukoliko su voljni sudjelovati u istraživanju, ispunjene upitnike vrate u razdoblju od tjedan dana. Ispitivanje roditelja provedeno je u razdoblju od ožujka do prosinca 2006. godine.

Majke i očevi ispunjavali su niz mjernih instrumenta kojima su se nastale obuhvatiti relevantne varijable koje po modelu spadaju u rizične i zaštitne faktore te prilagodbu.

Uzorak varijabli i mjerni instrumenti

U skladu s modelom rizičnih i zaštitnih faktora prilagodbe roditelja na kroničnu bolest ili stanje djeteta (Wallander i Varni, 1998) operacionalno su definirane varijable koje spadaju u rizične faktore (roditeljski stres putem Upitnika izvora i intenziteta roditeljskog stresa), varijable koje spadaju u zaštitne faktore (crte ličnosti kroz Upitnik petofaktorskog modela ličnosti, suočavanje kroz Upitnik suočavanja sa stresom te kvaliteta braka kroz Indeks bračne kvalitete) i konačno varijable

ishoda odnosno prilagodbe (ugodno i neugodno raspoloženje kroz Ljestvicu raspoloženja, te psihički i tjelesni simptomi kroz Ljestvicu simptoma i Ljestvicu subjektivnih zdravstvenih tegoba).

Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa

Za procjenu roditeljskog stresa korišten je Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa kojeg su konstruirale Profaca i Arambašić (Profaca, 2002; Profaca i Arambašić, 2004). Upitnik se sastoji od 65 tvrdnji koje se odnose na različite situacije koje roditeljima mogu biti stresne, a zadatak je roditelja procijeniti na ljestvici od 0 do 3 koliko je navedena situacija u tvrdnji za njih uznemirujuća, teška odnosno stresna.

Tvrdnje se grupiraju prema izvorima stresa i na taj se način dobiva 13 podljestvica i to su: zahtjevnost djeteta, neadaptiranost djeteta, zdravlje djeteta, neispunjena očekivanja, vezanost za dijete, discipliniranje djeteta, komunikacija s djetetom, nekompetencija, nedostatak podrške, ograničenja roditeljske uloge, odnosi sa supružnikom, materijalna situacija te zahtjevi drugih uloga. Autorice sugeriraju i formiranje jedinstvenog rezultata intenziteta roditeljskog stresa, kao zbroja procjena roditelja na 65 tvrdnji.

Ovaj je upitnik konstruiran za roditelje djece predškolske dobi i na njima je primjenjen, ali autori upućuju na mogućnost njegove upotrebe i na drugim skupinama. U ovom je istraživanju Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa upotrebljen kod roditelja djece predškolske, ali i školske dobi. Metrijske karakteristike Upitnika primijenjenog na sudionicima ovog istraživanja provjerene su u sklopu većeg istraživanja (Martinac Dorčić, 2007) i upućuju na njegovu primjenjivost ne samo kod roditelja djece predškolske dobi već i kod djece školske dobi, ali i kod roditelja djece s cerebralnom paralizom.

Dobiveni koeficijenti pouzdanosti (Cronbach alpha) na uzorku ovog istraživanja kreću se u rasponu sličnom rasponu dobivenom u originalnom radu - od .62 (podljestvica zahtjevnosti djeteta) do .93 (materijalna situacija) dok je pouzdanost Upitnika izvora i intenziteta roditeljskog stresa u cjelini vrlo visoka (.96).

Ukupni se rezultat na Upitniku izvora i intenziteta roditeljskog stresa može kretati od 0 do 195. Mogući rezultat na svakoj od 13 podljestvica je od 0 do 15. Veći rezultat upućuje na veći intenzitet roditeljskog stresa.

Upitnik petofaktorskog modela ličnosti

Podaci o temeljnim crtama ličnosti roditelja dobiveni su primjenom Upitnika petofaktorskog modela ličnosti (*Big Five Inventory*) autora Johna, Donahuea i Kentlea (1991; prema John i Srivastava, 1999). Sastoji se od 44 čestice u obliku kratkih verbalnih fraza. Svaka fraza sadrži prototipski pridjev odnosno marker crta petofaktorskog modela kojem je nadodana kratka elaboracija, objašnjenje ili kontekstualna informacija što olakšava razumjevanje i smanjuje višeznačnost (John i Srivastava, 1999). Zadatak je sudionika da procjene vide li sebe kao osobu koja ima svaku od navedenih osobina. Odgovori sudionika boduju se na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (0-uopće se ne slažem do 4 - u potpunosti se slažem).

Struktura ovog upitnika na hrvatskom jeziku provjerena je korištenjem konfirmatorne faktor-ske analize, a dobiveni indeksi pogodnosti ukazuju na zadovoljavajuću adekvatnost predviđene petofaktorske strukture kao i na zadovoljavajuću pouzdanosti (Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević, 2006).

Koeficijenti unutarnje konzistencije svake ljestvice Upitnika petofaktorskog modela ličnosti dobiveni u ovom istraživanju su zadovoljavajući i kreću se u rasponu od 0.61 za ekstraverziju do 0.79 za neuroticizam.

Upitnik suočavanja sa stresom

Autori upitnika za ispitivanje suočavanja sa stresnim situacijama (*Coping Orientation to Problems Experienced - COPE*) su Carver, Scheier i Weintraub, a ovdje je primijenjena adaptirana verzija upitnika (Hudek-Knežević i Kardum, 1993).

U istraživanju je korišten situacijski oblik upitnika suočavanja sa stresom, koji je ujedno i kraći, ali uz upute za dispozicijski oblik (naglasak

se daje na uobičajene tendencije reagiranja u stresnim situacijama). Situacijski se oblik upitnika sastoji od 17 tvrdnji preuzetih iz dispozicijskog oblika od kojih svaka tvrdnja reprezentira jednu empirijski definiranu ljestvicu. Odgovori sudionika boduju se na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (od 0 - nikada se ne ponašam tako do 4 - uvijek se tako ponašam).

Faktorske analize situacijskog oblika ukazuju na istu trofaktorsku strukturu koju ima i dispozicijski oblik upitnika uz manje razlike (Hudek-Knežević i Kardum, 1993). Dosadašnja primjena ovog upitnika u dispozicijskoj i situacijskoj verziji na hrvatskom jeziku pokazala je da faktori upitnika imaju zadovoljavajuće pouzdanosti (Hudek-Knežević i Kardum, 1993; Kardum, Hudek-Knežević i Martinac, 1998; Martinac Dorčić, 2002).

Metrijske karakteristike Upitnika primijenjenog na sudionicima ovog istraživanja provjerene su u sklopu opsežnijeg istraživanja (Martinac Dorčić, 2007), pa su kompozitni bodovi izračunati na temelju rezultata faktorske analize iz tog istraživanja. Tako je problemu usmjereno suočavanje mjereno je sa šest čestica, emocijama usmjereno suočavanje sa tri čestice, a suočavanje izbjegavanjem sa četiri čestice. Koeficijenti pouzdanosti dobiveni na uzorku ovog istraživanja su za problemu usmjereno suočavanje i emocijama usmjereno suočavanja zadovoljavajući (Cronbach alpha .83 i .79) dok je pouzdanost faktora suočavanje izbjegavanjem niža (Cronbach alpha .57).

Indeks bračne kvalitete

Za procjenu kvalitete braka korišten je Indeks bračne kvalitete (*Quality of Marriage Index*; Norton, 1983). Indeks bračne kvalitete sastoji se od šest čestica s ponuđenih pet stupnjeva slaganja (0-uopće se ne slažem do 4-u potpunosti se slažem). Viši rezultat predstavlja veću kvalitetu braka u percepciji partnera. Ova je mjera već korištena na našem uzorku bračnih parova (Obradović i Čudina-Obradović, 2001a; 2001b; Martinac Dorčić, 2007), a faktorskom je analizom, metodom glavnih komponenata, utvrđeno da je ljestvica jednodimenzionalna i pokazuje visoku pouzdanost ($\alpha=.96$). Identični

koeficijenti unutarnje pouzdanosti dobivene su i na ovom uzorku.

Ljestvica raspoloženja

Ljestvica raspoloženja korištena u ovom ispitivanju predstavlja skraćenu verziju ljestvice koja je već korištena i validirana (Kardum i Bezinović, 1992). Ova je ljestvica pridjevskog tipa i sadrži 40 čestica. Procjenjivanje se vrši na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva (0 - uopće se ne osjećam tako, 4 - u potpunosti se osjećam tako). Sudionici su procjenjivali kako se uobičajeno osjećaju.

Faktorska struktura ove ljestvice ukazuje na postojanje dvaju faktora višeg reda -ugodno i neugodno raspoloženje. Ukupni rezultat određuje se jednostavnim zbrajanjem procjena na odgovarajućim česticama (za faktore ugodnog i neugodnog raspoloženja). Sve dimenzije imaju relativno visoku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije i zadovoljavajuću unutarnju i vanjsku valjanost (Kardum i Bezinović, 1992; Kardum, 1993; 1994; Martinac Dorčić, 2005).

U ovom istraživanju ljestvica je rabljena na razini faktora višeg reda, ugodnog i neugodnog raspoloženja. Tako su ugodno i neugodno raspoloženje mjereni svaki sa po 20 čestica. Primjenom ljestvice na uzorku ovog istraživanja dobijaju se visoke pouzdanosti oba faktora (Cronbach alpha .91 za ugodno raspoloženje i .92 za neugodno raspoloženje).

Ljestvica izraženosti psihičkih simptoma

U ovom je istraživanju kao jedna od mjera prilagodbe korištena Ljestvica simptoma (*Symptom Checklist - SCL-90-R*; Derogatis, 1983). SCL-90-R je konstruiran kako bi se putem samoprocjene utvrdila izraženost većeg broja psihičkih problema i simptoma psihopatologije. Koristi se u kliničkom (Pedersen i Karterud, 2004) i istraživačkom radu (npr. Johnston i dr., 2003; King i dr., 1999; Lemanek, Jones i Lieberman, 2000).

Ljestvica se sastoji od liste problema - ukupno 90 čestica, a zadatak je sudionika procijeniti koliko ga je svaki od navedenih problema uznemiravao u proteklih tjedan dana. Procjena se vrši

na ljestvici Likertova tipa (0 - uopće ne, 4 - jako). Ova ljestvica mjeri izraženost psihičkih i tjelesnih simptoma na devet dimenzija (somatizacija, opsesivnost-kompulzivnost, međuljudska osjetljivost, depresija, anksioznost, hostilnost, fobična anksioznost, paranoidna ideacija, psihoticizam), a broj čestica na svakoj dimenziji varira od 6 do 13. Osim rezultata na svakoj od pojedinih dimenzija, ova ljestvica nudi i tri opća pokazatelja izraženosti simptoma. To su Opći indeks težine (*Global Severity Index - GSI*), Indeks težine prisutnih simptoma (*Positive Symptom Distress Index - PSDI*) i Broj prisutnih simptoma (*Positive Symptom Total - PST*).

Opći indeks težine (GSI) je opća mjera izraženosti simptoma. Predstavlja zbroj procjena na svim česticama podjeljen s ukupnim brojem čestica (90). Indeks težine prisutnih simptoma (PSDI) je mjera intenziteta prisutnih simptoma. Dobiva se djeljenjem zbroja procjena na svim česticama sa brojem prisutnih simptoma (PST). Broj prisutnih simptoma (PST) predstavlja broj čestica na kojima je sudionik dao pozitivan odgovor odnosno broj simptoma o kojem sudionik izvještava.

Koeficijent pouzdanosti (Cronbach alpha) za ljestvicu u cjelini dobiven na ovom uzorku istraživanja je vrlo visok (.98).

Ljestvica subjektivnih zdravstvenih tegoba

Ljestvica subjektivnih zdravstvenih tegoba (*Subjective Health Complaints, SHC*, Eriksen, Ihlebaek i Ursin, 1999) sastoji se od 29 čestica koje se odnose na subjektivne tjelesne i psihičke simptome. Sudionici imaju zadatak procijeniti intenzitet javljanja navedenih simptoma u posljednjih sedam dana na ljestvici Likertovog tipa od 5 stupnjeva (0 - uopće ne, 4 - jako).

Faktorska analiza ove ljestvice rezultira petofaktorskim rješenjem (Eriksen, Ihlebaek i Ursin, 1999) pa se u izvornoj verziji upitnik sastoji od 5 ljestvica odnosno grupa simptoma: muskuloskeletalni simptomi, pseudoneurološki simptomi, gastrointestinalni simptomi, simptomi alergije i gripe. Rezultat je moguće izraziti i kao ukupne tjelesne simptome pri čemu se ova vrijednost dobiva zbrajanjem odgovora na svim česticama upitnika. Pouzdanosti ljestvica (Cronbach alpha)

kreću se između .58 (alergije) do .74 (muskuloskeletalni simptomi) (Eriksen, Ihlebaek i Ursin, 1999), a primjenom na hrvatskom jeziku također su dobivene zadovoljavajuće pouzdanosti (Kračić, Čoso i Sušan, 2006).

U skladu s jednofaktorskim rješenjem kojeg sugerira istraživanje u sklopu kojeg je provedeno i ovo ispitivanje (Martinac Dorčić, 2007), kao i od autora upitnika predloženom mogućnošću korištenja ukupnog rezultata na cijeloj ljestvici, odlučeno je da se za potrebe ovog istraživanja koristi samo ukupan rezultat na Ljestvici zdravstvenih tegoba kao mjera izraženosti različitih simptoma. Analiza pouzdanosti Ljestvice subjektivnih zdravstvenih tegoba kod sudionika ovog istraživanja ukazuje na visoku pouzdanost ljestvice u cjelini ($\alpha=.93$).

METODE OBRADE PODATAKA

Analize podataka dobivenih primijenom instrumentarija izvršene su pomoću SPSS for Windows (verzija 14.0, 2005) paketa namijenjenog statističkoj obradi podataka. Za ispitivanje povezanosti među promatranim varijablama kod majki i očeva korištene su korelacijske analize. Za ispitivanje razlika između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom rizičnim i zaštitnim faktorima te prilagodbi korišteni su t-testovi za zavisne uzorke. Iako se u situacijama u kojima se želi ispitati efekt neke nezavisne varijable na više zavisnih kao metoda statističke obrade podataka nameće upotreba multivarijatne analize varijance, ovdje su korišteni t-testovi. Razlog je u činjenici što u statističkom paketu SPSS-a ne postoji odgovarajuća opcija za ispitivanje ponovljenih mjerenja na više zavisnih varijabli odjednom čime se gubi osnovni razlog korištenja MANOVE u ovom slučaju.

REZULTATI I RASPRAVA

Kao jedna od čestih kritika istraživanja o razlikama u prilagodbi majki i očeva djece s posebnim potrebama, navodi se tretiranje majki i očeva istog djeteta kao nezavisnih uzoraka iako oni to u svojoj osnovi nisu (Berge i Patterson, 2004). Stoga se u ovom istraživanju nastojao uvažiti taj nedostatak. U Tablici 1. navedeni su koeficijenti korelacija između rezultata majki i očeva u svim

promatranim varijablama. Velik broj značajnih korelacija (npr. u izvorima roditeljskog stresa,

Tablica 1. *Korelacije između rezultata bračnih partnera (majki i očeva djece s cerebralnom paralizom) u varijablama rizičnih i zaštitnih faktora te prilagodbe*

Varijable	r
Rizični faktori	
Psihosocijalni stres	
Ukupni intenzitet stresa	.23
Zahtjevnost djeteta	.27*
Neadaptiranost djeteta	.33*
Zdravlje djeteta	.55**
Očekivanja	.14
Vežanost za dijete	.40**
Discipliniranje	.18
Komunikacija	.18
Nekompetencija	.08
Nedostatak podrške	.31*
Roditeljska uloga	.28*
Odnosi sa supružnikom	.29*
Materijalna situacija	.64**
Druge uloge	.15
Zaštitni faktori	
Otvorenost	.01
Savjesnost	-.02
Neuroticizam	.28*
Ekstraverzija	-.06
Ugodnost	.33*
Kvaliteta braka	.71**
Problemu usmjereno suočavanje	.26*
Emocijama usmjereno suočavanje	.19
Suočavanje izbjegavanjem	.56**
Prilagodba	
Ugodno raspoloženje	.36**
Neugodno raspoloženje	.38**
Opći indeks težine (GSI)	.22
Indeks težine prisutnih simptoma (PSDI)	.40**
Broj prisutnih simptoma (PST)	.23
Zdravstvene tegobe	.21

* $p < .05$ ** $p < .01$

nekim crtama ličnosti, procjeni kvalitete braka te prilagodbi) ukazuje na opravdanost tretiranja majki i očeva kao zavisnih uzoraka.

U Tablicama 2., 3. i 4. prikazane su razlike između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom u rizičnim faktorima (izvor i intenzitet roditeljskog stresa), zaštitnim faktorima (crte ličnosti, suočavanje sa stresom, kvaliteta braka) i mjerama prilagodbe (ugodno i neugodno raspoloženje, izraženost psihičkih simptoma i zdravstvenih tegoba).

Iz podataka u Tablici 2. može se vidjeti da se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju značajno u ukupnom intenzitetu stresa. Statistički značajne razlike utvrđene su samo u tri pojedinačna izvora stresa: nedostatku podrške, ograničenjima roditeljske uloge i zahtjevima drugih uloga. Uvidom u aritmetičke sredine može se zaključiti da majke doživljavaju veći stres uslijed nedostatka podrške i ograničenja roditeljske uloge (majke su opterećene zahtjevima roditeljske uloge), dok očevi veće razine stresa doživljavaju uslijed opterećenja drugim (npr. poslovnim) životnim ulogama. Razlike u navedenim izvorima stresa, kao i podatak o osnovnim socio-ekonomskim karakteristikama uzorka roditelja djece s cerebralnom paralizom (veći postotak nezaposlenih majki u odnosu na očeve), upućuju na ono što sugeriraju i druga istraživanja (npr. Brehaut i sur., 2004): majka je ona koja najčešće preuzima brigu za dijete dok otac preuzima ulogu hranitelja obitelji. U takvoj situaciji s isključivom podjelom uloga svaki se od roditelja osjeća pritisnut zahtjevima uloge koju nosi jer je nema s kim podijeliti, a bavljenje njome ne ostavlja prostor za zadovoljavanje drugih potreba i aktivnosti. U istraživanju koje su proveli Quittner i sur. (1998) o ograničenju uloga kod majki i očeva djece sa i bez cistične fibroze, između ostalog je dobiveno da žene, bez obzira na to imaju li zdravo dijete ili dijete oboljelo od cistične fibroze, izvještavaju o većem broju zadataka koji se odnose na brigu za dijete te većem nezadovoljstvu zbog podjele poslova među bračnim partnerima, u odnosu na muškarce.

I neka druga istraživanja su pokazala da majke i očevi djece s kroničnim bolestima i stanjima pokazuju iste razine stresa, ali razlike postoje s

Tablica 2. Razlike u izvorima i intenzitetu roditeljskog stresa između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom

	OČEVI		MAJKE		df	t-test
	M	SD	M	SD		
Ukupni intenzitet stresa	51.78	30.83	53.40	33.02	55	-.30
Zahtjevnost djeteta	3.96	2.30	4.51	3.17	54	-1.19
Neadaptiranost djeteta	2.78	2.90	2.64	2.72	54	.33
Zdravlje djeteta	4.71	4.24	3.91	3.80	54	1.55
Neispunjena očekivanja	4.44	2.99	4.36	3.03	54	.14
Vežanost za dijete	4.67	2.87	5.31	3.58	54	-1.32
Discipliniranje	3.65	2.40	4.11	3.10	54	-.95
Komunikacija s djetetom	3.89	2.80	4.22	3.46	54	-.60
Nekompetencija	3.44	2.97	3.04	2.96	54	.74
Nedostatak podrške	2.45	3.24	3.96	3.48	54	-2.82**
Roditeljska uloga	3.44	3.05	5.07	3.67	54	-2.98**
Odnosi sa supružnikom	3.91	3.03	3.93	3.38	54	-.03
Materijalna situacija	5.14	4.76	5.33	5.21	54	-.32
Druge uloge	5.29	3.99	3.02	3.44	54	3.46**

** $p < .01$

obzirom na specifične kategorije izvora stresa (npr. Keller i Honig, 2004). U tom su istraživanju očevi izvještavali o većem stresu na ljestvici privrženosti što znači da su izvještavali o manjoj bliskosti s djetetom u odnosu na majke - majke, brinući se svakodnevno za dijete, imaju više mogućnosti za stvaranjem bliske emocionalne veze s djetetom.

Ovi podaci upućuju na važnost procjene ne samo ukupnog intenziteta stresa već i pojedinih

stresora jer se zbog različitih socijalnih uloga i očekivanja okoline majke i očevi mogu razlikovati u procjenama pojedinačnih izvora stresa. Osim toga, treba naglasiti da su ovakvi rezultati dobiveni primjenom Upitnika izvora i intenziteta stresa (Profaca i Arambašić, 2004) što upućuje na njegovu primjenjivost ne samo kod roditelja djece predškolske dobi već i kod djece školske dobi, ali i kod roditelja specifičnih skupina djece - u ovom slučaju roditelja djece s cerebralnom paralizom.

Tablica 3. Razlike u zaštitnim faktorima između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom

	OČEVI		MAJKE		df	t-test
	M	SD	M	SD		
Otvorenost	24.09	5.06	25.70	5.14	56	-1.68
Savjesnost	25.72	4.24	26.96	4.64	56	-1.47
Neuroticizam	12.57	5.43	14.27	5.30	56	-1.97
Ekstraverzija	19.30	4.25	20.41	3.82	56	-1.40
Ugodnost	24.30	4.74	26.28	4.51	56	-2.78**
Kvaliteta braka	20.22	3.61	19.39	4.62	53	1.88
Problemu usmjereno suočavanje	16.60	4.12	17.19	4.00	57	-.90
Emocijama usmjereno suočavanje	5.00	2.68	6.84	2.99	57	-3.90**
Suočavanje izbjegavanjem	4.24	3.11	4.59	2.81	57	-.94

** $p < .01$

No, treba napomenuti da kod roditelja djece s cerebralnom paralizom, ali i roditelja djece s drugim ozbiljnim teškoćama, vjerojatno postoji i niz specifičnih izvora roditeljskog stresa koji u ovom istraživanju nisu obuhvaćeni, poput neizvjesnosti i straha od budućnosti, želje za promjenom djetetovog stanja i sl.

Kao što se iz Tablice 3. vidi, s obzirom na crte ličnosti majke i očevi djece s cerebralnom paralizom značajno se razlikuju samo u dimenziji ugodnosti pri čemu majke postižu više rezultate na toj dimenziji. Majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju se značajno po procjeni kvalitete braka. Promatrajući stilove suočavanja sa stresom može se uočiti da se majke i očevi razlikuju samo u emocijama usmjerenom suočavanju, ali ne i u suočavanju usmjerenom na problem i suočavanju izbjegavanjem. Majke u većoj mjeri koriste emocije usmjereno suočavanje u usporedbi s očevima.

Dobivene razlike u crti ugodnosti mogu se pripisati uobičajenim spolnim razlikama. Uobičajen je nalaz da žene osim na dimenziji neuroticizma postižu više rezultate i na dimenziji ugodnosti (Costa, Terraciano i McCrae, 2001; Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević, 2006). No, zanimljivo je da uobičajene spolne razlike u neuroticizmu nisu dobivene na uzorku roditelja djece s cerebralnom paralizom. Iako crte ličnosti po svojoj definiciji predstavljaju relativno trajna obilježja osobe, ličnost se razvija i u odrasloj dobi, a životna su iskustva povezana s individualnim razlikama u promjenama u ličnosti (Caspi i Roberts, 1999). Životna iskustva, posebice ona koja se odnose na obiteljske i radne uloge,

imaju mogućnosti potaknuti promjenu u ličnosti (Van Manen i Whitbourne, 1997). Tijekom životnog vijeka, i stabilnost i promjena opisuju ličnost, a u kojoj mjeri ovisi o tome o kojoj se osobini ličnosti radi, ali i stupnju u kojem situacija potiskuje ili potencira izražavanje neke osobine (Caprara, Caprara i Steca, 2003). Kako je roditeljstvo djece s kroničnim stanjima obilježeno većim intenzitetom stresa (što pokazuju i rezultati ovog istraživanja), a vjerojatno i većim brojem stresnih događaja (npr. hospitalizacije), moguće je da takva situacija potiče izraženost neuroticizma. Tako se nalaz o podjednakoj izraženosti neuroticizma kod majki i očeva djece s cerebralnom paralizom može objasniti time što neuroticizam predstavlja crtu ličnosti koja je relevantna upravo u kontekstu stresnih životnih situacija.

Razlike u emocijama usmjerenom suočavanju se također mogu pripisati uobičajenim spolnim razlikama - rezultati o spolnim razlikama u korištenju emocijama usmjerenog suočavanja su prilično konzistentni: žene u većoj mjeri koriste emocijama usmjerene oblike suočavanja (Kalebić, Krapić, Lončarić, 2001). Nalazi brojnih autora osobito naglašavaju veće korištenje socijalne podrške kod žena u odnosu na muške sudionike (npr. Belle, 1991; Burke i Weir, 1978; Carver i dr., 1989; Frydenberg i Lewis, 1991; 1993; Seiffge-Krenke, 1990; sve prema Kalebić, Krapić i Lončarić, 2001), a traženje socijalne podrške iz emocionalnih i instrumentalnih razloga, uz ventiliranje emocija, predstavljaju operacionalizaciju emocijama usmjerenog suočavanja u ovom istraživanju.

Tablica 4. Razlike u mjerama prilagodbe između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom

	OČEVI		MAJKE		df	t-test
	M	SD	M	SD		
Ugodno raspoloženje	52.19	9.40	53.72	9.69	56	-1.07
Neugodno raspoloženje	15.79	10.65	19.60	11.11	56	-2.37*
Opći indeks težine (GSI)	.56	.48	.61	.53	53	-.58
Indeks težine prisutnih simptoma (PSDI)	1.49	.45	1.53	.48	52	-.60
Broj prisutnih simptoma (PST)	30.87	20.60	31.57	18.33	53	-.21
Zdravstvene tegobe	19.70	14.61	20.36	18.66	55	-.23

* $p < .05$

Iz Tablice 4. može se zaključiti da se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom razlikuju samo u neugodnom raspoloženju pri čemu majke imaju izraženije neugodno raspoloženje od očeva. Nisu utvrđene statistički značajne razlike u izraženosti psihičkih simptoma između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom. Tako majke i očevi imaju podjednak opći indeks težine simptoma, podjednak broj simptoma o kojima izvještavaju kao i podjednaku težinu prisutnih simptoma. U prethodnoj tablici izostavljeni su podaci o razlikama u svakoj pojedinoj dimenziji Ljestvice simptoma (somatizacija, opsesivnost-kompulzivnost, međuljudska osjetljivost, depresija, anksioznost, hostilnost, fobična anksioznost, paranoidna ideacija i psihoticizam) budući da nisu dobivene statistički značajne razlike niti na jednoj od dimenzija. Također je vidljivo da majke i očevi djece s cerebralnom paralizom imaju podjednako izražene zdravstvene tegobe.

Ovakvi su rezultati neuobičajeni pogotovo kad se u obzir uzme prilično konzistentan nalaz mnogih istraživanja da žene redovito iskazuju značajno više psiholoških simptoma od muškaraca (prema Štibić, 2005). Također i rezultati primjene Kratkog inventara simptoma (Derogatis, 1993) na sudionicima iz opće populacije iz Hrvatske (Štibić, 2005) pokazuju da žene postižu statistički značajno više rezultate od muškaraca na svim dimenzijama i globalnim indeksima osim dimenzija hostilnosti, paranoidne ideacije i psihoticizma. Vodeći računa o postojanju spolnih razlika u izraženosti simptoma kod opće populacije i rezultatima ovog istraživanja koji ne upućuju na postojanje spolnih razlika kod roditelja djece s cerebralnom paralizom, može se pretpostaviti postojanje interakcijskog efekta spola roditelja i prisustva/ neprisustva cerebralne paralize kod djeteta na izraženost psihičkih simptoma kod roditelja: uobičajene spolne razlike kod opće populacije nestaju u uvjetima roditeljstva djece s cerebralnom paralizom. No, ostaje otvorena i mogućnost da roditeljstvo općenito (a ne samo roditeljstvo djece s teškoćama u razvoju) modera odnos između spola roditelja i izraženosti psihičkih simptoma.

Ovdje dobiveni podaci tako opovrgavaju i uobičajeno mišljenje da majke djece s kroničnim

bolestima i stanjima pokazuju izraženije probleme prilagodbe od očeva iako istraživanja koja se bave tom problematikom nisu konzistentna. Određen broj istraživanja upućuje na lošiju prilagodbu kod majki (npr. Denona, 2000; Florian i Findler, 2001; Olsson i Hwang, 2002), dok druga ne nalaze razlike između majki i očeva (Chaney i sur., 1997; Gerhardt i sur., 2003; McCarthy i sur., 2006). Uz podatak da majke i očevi djece s cerebralnom paralizom pokazuju više problema prilagodbe u odnosu na majke i očeve zdrave djece (Martinac Dorčić, 2007), činjenica da se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju u većini promatranih aspekata prilagodbe, upućuje na to da su zapravo oba bračna partnera jednako „pogođena“ stanjem djeteta. Kako ovdje nisu dobivene i neke razlike koje su inače uobičajene (npr. u većoj depresivnosti žena, Olsson i Hwang, 2002; Quittner i sur., 1998), moguće je postaviti i hipotezu da su očevi čak i jače pogođeni stanjem djeteta. I rezultati nekih drugih istraživanja pokazali su da očevi djece s kroničnim stanjima, a ne majke, iskazuju više razine problema u prilagodbi (Holmbeck i sur., 1997; Lemanek, Jones i Lieberman, 2000). Međutim, kako ne postoje aposlutni kriteriji za mjere prilagodbe korištene u ovom istraživanju (nema odgovarajućih normi za npr. Ljestvicu simptoma), o tome možemo tek nagađati. Kao određena referentna vrijednost može nam jedino poslužiti granična vrijednost za pozitivan nalaz koju navodi sam autor Ljestvice simptoma (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Tamo se kao granična vrijednost za pozitivnu identifikaciju problema u psihičkom funkcioniranju navodi T vrijednost 63 što odgovara bruto rezultatu .78 kod ženskih sudionika te .58 za muške ispitanike. Kako aritmetička sredina za Opći indeks težine kod majki djece s cerebralnom paralizom iznosi .61 (SD=.53), a kod očeva .56 (SD=.48) može se zaključiti da je prosječna vrijednost očeva iz ovog uzorka, ali ne i majki, vrlo blizu graničnoj vrijednosti za identifikaciju problema u psihičkom funkcioniranju.

Navedeni podaci upućuju na važnost uključivanja ne samo majki već i očeva djece s cerebralnom paralizom u razne oblike rada s roditeljima poput radionica i grupa za podršku.

Pitanje generalizacije ovdje dobivenih rezultata je ipak još otvoreno jer u obzir treba uzeti i

karakteristike uzorka ovog istraživanja (u istraživanje je uključen prigodan uzorak roditelja djece s cerebralnom paralizom), ali i mogućnost da su dobiveni rezultati odraz kulturalnih specifičnosti. No, ovdje dobiveni rezultati imaju određenu težinu stoga što su uzorci majki i očeva tretirani kao zavisni - što povećava kontrolu - jer se vodi računa o činjenici da su bračni partneri roditelji istog djeteta čime dijele sve njegove karakteristike, ali i ostale uvjete zajedničkog života.

ZAKLJUČAK

S obzirom na rezultate prijašnjih istraživanja, očekivalo se da će se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom razlikovati u rizičnim faktorima i prilagodbi, a ne i u zaštitnim faktorima. Hipoteze su samo djelomično potvrđene. Naime, rezultati pokazuju da se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju značajno u ukupnom intenzitetu roditeljskog stresa kao niti u

većini pojedinačnih izvora stresa. Također, dobiveni podaci upućuju na to da su zaštitni faktori podjednako izraženi kod oba roditelja. Tako su u skupini intrapersonalnih faktora značajne razlike samo u crti ugodnosti (majke imaju više rezultate na dimenziji ugodnosti), u faktorima procesiranja stresa značajna je samo razlika u emocijama usmjerenom suočavanju (majke u većoj mjeri koriste emocijama usmjereno suočavanje) dok razlike u bračnoj kvaliteti kao indikatoru socijalno-ekoloških faktora nisu bile značajne. Što se tiče razlika u mjerama prilagodbe, jedino je dobiveno da majke imaju izraženije neugodno raspoloženje od očeva djece s cerebralnom paralizom. Razlike u ostalim mjerama prilagodbe (izraženost psihičkih simptoma te subjektivne zdravstvene tegobe) nisu se pokazale značajnima. Sve navedeno upućuje na zaključak da su oba roditelja podjednako izložena riziku problema u prilagodbi na kronično stanje djeteta.

LITERATURA

- Berge, J.M., Patterson, J.M. (2004). Cystic fibrosis and the family: A review and critique of the literature. *Families, Systems, and Health*, 22, 74-100.
- Berrin, S.J., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Burwinkle, T.M., Sherman, S.A., Artavia, K., Chambers, H.G. 3. July (2006). Pain, fatigue, and school functioning in children with cerebral palsy: A path-analytic model. *Journal of Pediatric Psychology*. doi: 10/1093/jpepsy/jsl017.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease*. London: Routledge.
- Brehaut, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J., Swinton, M., O'Donnell, M., Rosenbaum, P. (2004). The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: How does it compare with that of other canadian caregivers? *Pediatrics*, 114, 182-191.
- Bristol, M.M., Gallagher, J.J., Schopler, E. (1988). Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: adaptation and spousal support. *Developmental Psychology*, 24, 441-451.
- Brody, L.R., Hall, J.A. (2000). Gender, emotion and expression. U: M.Lewis, J.M. Haviland-Jones (Ur.), *Handbook of emotions* (str. 338-349). New York: The Guilford Press.
- Caprara, G.V., Caprara, M., Steca, P. (2003). Personality correlates of adult development and aging. *European Psychologist*, 8, 131-147.
- Casey, R., Brown, R.T., Bakeman, R. (2000). Predicting adjustment in children and adolescents with sickle cell disease: A test of the risk-resistance-adaptation model. *Rehabilitation Psychology*, 45, 155-178.
- Caspi, A., Roberts, B.W. (1999). Personality continuity and change across the life course. U: L.A. Pervin, O.P. John (Ur.), *Handbook of personality* (str. 300-326). New York: The Guilford Press.
- Chaney, J.M., Mullins, L.L., Frank, R.G., Peterson, L., Mace, L.D., Kashani, J.H., Goldstein, D.L. (1997). Transactional patterns of child, mother, and father adjustment in insulin-dependent diabetes mellitus: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 229-244.
- Costa, P.T., Terracciano, A., McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.
- Denona, I. (2000). Provjera nekih prediktora emocionalnih stanja očeva i majki djece s cerebralnom paralizom. Specijalistički rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc.
- Eriksen, H.R., Ihlebaek, C., Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian University Press*, 27, 63-72.
- Florian, V., Findler, L. (2001). Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 358-367.
- Gerhardt, C.A., Vannatta, K., McKellop, J.M., Zeller, M., Taylor, J., Passo, M., Noll, R.B. (2003). Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 5-15.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: Gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho-Oncology*, 10, 325-335.
- Holmbeck, G.N., Gorey-Ferguson, L., Hudson, T., Seefeldt, T., Shapera, W., Turner, T., Uhler, J. (1997). Maternal, paternal, and marital functioning in families of preadolescents with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 167-181.

- Horton, T.V., Wallander, J.L. (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46, 382-399.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (1993). Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njegove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 3, 43-62.
- John, O.P., Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: L.A. Pervin, O.P. John (Ur.), *Handbook of personality* (str.102-138). New York: The Guilford Press.
- Johnston, C., Hessel, D., Blasey, C., Eliez, S., Erba, H., Dyer-Friedman, J., Glaser, B., Reiss, A.L. (2003). Factors associated with parenting stress in mothers of children with fragile X syndrome. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 267-275.
- Kalebić, B., Krapić, N., Lončarić, D. (2001). Suočavanje sa stresom kod djece i adolescenata. *Psihologijske teme*, 10, 3-34.
- Kardum, I. (1993). Mjerenje i struktura raspoloženja. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 2, 63-80.
- Kardum, I. (1994). Osobine ličnosti i intraindividualne promjene u raspoloženju. *Doktorska disertacija*. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Kardum, I., Bezinović, P. (1992). Metodološke i teorijske implikacije pri konstrukciji skale za mjerenje dimenzija emocionalnog doživljavanja. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 1, 43-52.
- Kardum, I., Gračanin, A., Hudek-Knežević, J. (2006). Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme*, 15, 101-128.
- Kardum, I., Hudek-Knežević, J., Martinac, T. (1998). Odnos između strategija suočavanja i raspoloženja tijekom stresne transakcije. *Društvena istraživanja*, 36-37, 559-579.
- Kazak, A.E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.
- Kazak, A.E., Simms, S., Rourke, M.T. (2002). Family systems practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 133-143.
- Keller, D., Honig, A.S. (2004) Maternal and paternal stress in families with school-aged children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 337-348.
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., Goffin, R. (1999). Family-centred caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 41-53.
- Krapić, N., Čoso, B., Sušanj, Z. (2006). Crte ličnosti i stavovi prema radu i organizaciji kao prediktori tjelesnih simptoma zaposlenika. *Psihologijske teme*, 15, 81-100.
- Lemanek, K.L., Jones, M.L., Lieberman, B. (2000). Mothers of children with spina bifida: adaptational and stress processing. *Children's Health Care*, 29, 19-35.
- Lord, B., Wastell, C., Ungerer, J. (2005). Parent reactions to childhood phenylketonuria. *Families, Systems, and Health*, 23, 204-219.
- Lutz, M.J., Barakat, L.P., Smith-Whitley, K., Ohene-Frempong, K. (2004). Psychological adjustment of children with sickle cell disease: family functioning and coping. *Rehabilitation Psychology*, 49, 224-232.
- Martinac Dorčić, T. (2002). Odnos suočavanja sa stresom i raspoloženja - dispozicijski i situacijski definirano suočavanje i raspoloženje. *Psihologijske teme*, 11, 49-70.
- Martinac Dorčić, T. (2005). Odnos represivnog stila suočavanja s raspoloženjem i pamćenjem raspoloženja. *Psihologijske teme*, 14, 3-18.
- Martinac Dorčić, T. (2007). Prilagodba roditelja djece oboljele od cerebralne paralize. *Doktorska disertacija*. Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu.

- McCarthy, A., Cuskelly, M., van Kraayenoord, C.E., Cohen, J. (2006). Predictors of stress in mothers and fathers of children with fragile X syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 688-704.
- McLean, L.A., Harvey, D.H.P., Pallant, J.F., Bartlett, J.R., Mutimer, K.L.A. (2004). Adjustment of mothers of children with obstetrical brachial plexus injuries: testing a risk and resistance model. *Rehabilitation Psychology*, 49, 233-240.
- Obradović, J., Čudina-Obradović, M. (2001a). Korelati i odrednice broja djece u obitelji. *Društvena istraživanja*, 4-5, 655-683.
- Obradović, J., Čudina - Obradović, M. (2001b). Broj djece u obitelji i spol bračnog partnera kao prediktori bračne kvalitete. *Društvena istraživanja*, 4-5, 709-730.
- Olson, M.B., Hwang, C.P. (2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 548-559.
- Pedersen, G., Karterud, S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 215-224.
- Pellegrino, L. (2002). *Cerebral palsy*. U: M.L. Batshaw (Ur.), *Children with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., Duhig, A.M. (2005). Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 631-643.
- Profaca, B. (2002). *Roditeljski stres i neke karakteristike emocionalnog i socijalnog razvoja djeteta predškolske dobi*. Magistarski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Profaca, B., Arambašić, L. (2004). Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa. *Suvremena psihologija*, 7, 243-260.
- Quittner, A.L., DiGirolomo, A.M., Michel, M., Eigen, H. (1992). Parental response to CF: A contextual analysis of the diagnosis phase. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 683-674.
- Quittner, A.L., Espelage, D.L., Pipari, L.C., Carter, B., Eid, N., Eigen, H. (1998). Role strain in couples with and without a child with a chronic illness: Associations with marital satisfaction, intimacy and daily mood. *Health Psychology*, 17, 112-124.
- Seagull, E.A. (2000). Beyond mothers and children: Finding the family in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 161-169.
- Štibrić, M. (2005). *Psihometrijska validacija Derogatisovog Kratkog inventara simptoma (BSI)*. Diplomski rad. Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
- Trute, B., Hiebert-Murphy, D. (2002). Family adjustment to childhood developmental disability: A measure of parent appraisal of family impacts. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 271-280.
- Van Manen, K.J., Whitbourne S.K. (1997). Psychosocial development and life experiences in adulthood: A 22-year sequential study. *Psychology and Aging*, 12, 239-246.
- Wallander, J.L., Varni, J.W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 29-46.
- Wanamaker, C.E., Glenwick, D.S. (1998). Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy. *Rehabilitation Psychology*, 43, 297-312.
- Wysocki, T., Gavin, L. (2006). Paternal involvement in the management of pediatric chronic diseases: Associations with adherence, quality of life, and health status. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 501-511.

DIFFERENCES BETWEEN MOTHERS AND FATHERS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN RISK FACTORS, RESISTANCE FACTORS AND ADJUSTMENT

Abstract: *The aim of this study was to explore differences between mothers and fathers of children with cerebral palsy in factors which are pronounced in model of adjustment to chronic disorders (Wallander and Varni, 1998): risk factors (sources and intensity of parental stress), resistance factors (personality traits, coping with stress, marital quality) and adjustment (psychical symptoms and subjective health complaints, pleasant and unpleasant mood).*

The results were obtained on sample of 58 married couples, parents of children with cerebral palsy who attend regular kindergartens and schools, and in some instances special institutions, from eight Croatian cities. Participants completed a range of questionnaires which are intended to measure relevant risk and resistance factors and various aspects of parental adjustment.

Mothers and fathers of children with cerebral palsy do not differ from each other in intensity of parental stress in total (risk factor), but they do differ in particular sources of stress. Mothers experience greater stress from lack of social support and parental role strains. Fathers experience greater stress from other role strains. In respect to resistance factors, mothers of children with cerebral palsy score higher on agreeableness and are more prone to use emotion focused coping. Mothers and fathers of children with cerebral palsy differ only in unpleasant mood (mothers have higher unpleasant mood), but they do not differ in pleasant mood, in psychical symptoms and subjective health complaints. Equality between mothers and fathers of children with cerebral palsy in most adjustment aspects implies conclusion that mothers and fathers are nearly in the same risk of problems in adjustment to chronic childhood disorder.

Key words: *cerebral palsy, risk factors, resistance factors, parental adjustment*