

A kognitív érzelem-szabályozás szerepe a stresszre adott reakciókban

Doktori értekezés

Miklósi Mónika

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Perczel Forintos Dóra, Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Hámori Eszter, Ph.D. egyetemi docens

Dr. Szily Erika, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Bereczki Dániel, az MTA doktora

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Csukly Gábor, Ph.D., egyetemi adjunktus

Dr. Tárnok Zsanett, Ph.D., vezető pszichológus

Budapest

2015

TARTALOMJEGYZÉK

<i>TARTALOMJEGYZÉK</i>	2
<i>Rövidítések jegyzéke</i>	6
<i>Táblázatok és ábrák jegyzéke</i>	7
1. BEVEZETÉS	9
1.1. <i>A gyermekgyógyászati eseményekhez kapcsolódó stressz-reakciók</i>	10
1.1.1. <i>A poszttraumás stressz-modell alkalmazhatósága a gyermek-gyógyászatban</i>	10
1.1.2. <i>Poszttraumás stressz gyermekekben és serdülőkben</i>	11
1.1.3. <i>Poszttraumás stressz szülőkben</i>	12
1.1.4. <i>A patológiás stressz-reakciók rizikótényezői</i>	13
1.1.5. <i>A szülői stressz-reakciók jelentősége</i>	16
1.2. <i>A kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepe az alkalmazkodásban</i>	19
1.2.1. <i>Az érzelem-szabályozás elméletei</i>	19
1.2.2. <i>A kognitív érzelem-szabályozás meghatározása</i>	20
1.2.3. <i>Kognitív érzelem-szabályozás és mentális egészség</i>	21
1.2.4. <i>Kognitív érzelem-szabályozás és poszttraumás stressz</i>	22
1.2.5. <i>A kognitív érzelem-szabályozás szerepe a szülői stressz-reakcióban</i>	23
1.2.6. <i>A kognitív érzelem-szabályozást befolyásoló tényezők</i>	24
1.2.7. <i>A stressz, a végrehajtó működés és a kognitív érzelem-szabályozás összefüggései</i>	26
1.3. <i>A poszttraumás felépülés szociális-kognitív elmélete</i>	28
1.3.1. <i>Az én-hatékonyság fogalma</i>	28
1.3.3. <i>Az én-hatékonyság összefüggése a stresszre adott reakciókkal</i>	29
1.3.4. <i>Az én-hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozás kapcsolata</i>	29
1.3.5. <i>Az észlelt szülői hatékonyság</i>	30
1.3.6. <i>Észlelt szülői hatékonyság és hospitalizáció</i>	31

1.4.	Összefoglalás	33
2.	CÉLKITŰZÉSEK	34
2.1.	Az első kutatási szakasz céljai és hipotézisei.....	35
2.1.1.	A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának elkészítése.....	35
2.2.3.	A kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések, a kognitív érzelem-szabályozás, és a szorongás kapcsolatának vizsgálata.....	35
2.3.	A második vizsgálati szakasz céljai és hipotézisei	36
2.2.1.	Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változatának elkészítése.....	36
2.3.3.	Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepének vizsgálata a stresszre adott reakciókban, hospitalizált gyermekek szüleiben.....	36
2.4.	A harmadik vizsgálati szakasz céljai és hipotézisei: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggéseinek vizsgálata nem-klinikai mintán	37
3.	MÓDSZEREK	38
3.2.	Eljárás és minta	38
3.1.1.	Első kutatási szakasz	38
3.1.2.	Második kutatási szakasz.....	39
3.1.3.	A harmadik kutatási szakasz során bevont minta.....	41
3.2.	Mérőeszközök	42
3.2.1.	Az első kutatási szakasz mérőeszközei.....	42
3.2.2.	A második kutatási szakasz mérőeszközei	46
3.2.3.	A harmadik kutatási szakasz vizsgálóeszközei.....	49
3.3.	Statisztikai elemzés	50
3.3.1.	A többszörös mediátor modell	50
3.3.2.	Moderátor modellek	54

3.3.3. <i>A feltételes folyamat (moderált mediátor) modell</i>	56
3.3.4. <i>Az első kutatási szakaszban alkalmazott statisztikai eljárások</i>	57
3.3.5. <i>A második kutatási szakaszban alkalmazott statisztikai módszerek</i>	60
3.3.6. <i>A harmadik kutatási szakasz statisztikai módszerei</i>	63
4. <i>EREDMÉNYEK</i>	64
4.1. <i>Az első kutatási szakasz eredményei</i>	64
4.1.1. <i>A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változata pszichometriai jellemzőinek ismertetése</i>	64
4.1.2. <i>A stressz percepciója, a kognitív érzelemszabályozás és a szorongás összefüggéseire vonatkozó eredmények bemutatása</i>	82
4.2. <i>A második kutatási szakasz eredményei</i>	88
4.2.1. <i>Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változata pszichometriai mutatóinak bemutatása</i>	88
4.2.2. <i>A kognitív érzelem-szabályozás szerepe az észlelt szülői hatékonyság és a stresszre adott reakciók kapcsolatában: mediátor/moderátor elemzés</i>	93
4.3. <i>A harmadik kutatási szakasz eredményeinek bemutatása: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggései nem-klinikai mintán</i>	98
4.3.1. <i>Leíró statisztikák, reliabilitás mutatók</i>	98
4.3.2. <i>A feltételes folyamat elemzés eredménye</i>	100
5. <i>MEGBESZÉLÉS</i>	105
5.1. <i>Első kutatási szakasz</i>	105
5.1.1. <i>A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változata pszichometriai jellemzőinek értékelése</i>	105
5.1.2. <i>A stressz percepciója, a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás összefüggéseire vonatkozó eredmények értékelése</i>	106
5.2. <i>Második kutatási szakasz</i>	108

5.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változata pszichometriai mutatóinak értékelése	108
5.2.2. Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepe a stresszre adott reakciókra hospitalizált gyermekek szüleiben: eredmények értékelése	110
5.3. A harmadik kutatási szakasz: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem- szabályozás, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggéseire vonatkozó eredmények értékelése	111
5.4. Konvergenciák és diszkrepanciák értékelése	113
5.5. Limitációk	115
5.5.1. A mintavétel	115
5.5.2. Vizsgálóeszközök.....	116
5.5.3. Az elrendezés.....	117
5.6. Javaslatok a további kutatás számára	117
5.7. Klinikai implikációk.....	118
5.7.1. Stressz és érzelem-szabályozás	118
5.7.2. Hospitalizált gyermekek szüleit célzó intervenciók.....	119
6. KÖVETKEZTETÉSEK.....	120
7. ÖSSZEFOGLALÁS	122
SUMMARY.....	123
8. IRODALOMJEGYZÉK	124
9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	151
9.1. Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények:	146
9.2. Az értekezés témájától független közlemények:	146
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	149
11. MELLÉKLETEK.....	151

Rövidítések jegyzéke

BCa 95% CI: korrigált 95%-os bootstrap megbízhatósági tartomány

CBCL: Gyermekviselkedés kérdőív

CBCL Ext: Gyermekviselkedés kérdőív, Externalizáló tünetek alskála

CBCL Int: Gyermekviselkedés kérdőív, Internalizáló tünetek alskála

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív

CERQ-A: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, adaptív stratégiák alskála

CERQ-NA: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, nem-adaptív stratégiák alskála

DSM: Mentális Zavarok Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyve

Kor_{Gy}: gyermek életkora években

Kor_{Sz}: szülő életkora években

PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív

PSOC: Észlelt Szülői Hatékonyság Skála

PTSD: poszttraumás stressz zavar

R-BDI: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív

SD: Standard szóródási mutató

SE: standard hiba

SES: szocio-ökonómiai státusz

WBI-5: WHO Általános Jól-lét Skála

Táblázatok és ábrák jegyzéke

1. táblázat. A gyermek- és serdülőkori poszttraumás stressz zavart vizsgáló meta-analízisek jellemzői.....	18
2. táblázat. A kutatási lépések áttekintése.....	34
3. táblázat. A 2.2. minta demográfiai jellemzői.....	41
4. táblázat. A harmadik kutatási szakasz mintájának demográfiai jellemzői.....	42
5. táblázat. A CERQ, az R-BDI és a WBI-5 skálák statisztikai és reliabilitás-mutatói...65	
6. táblázat. A CERQ item-analízisének eredménye.....	66
7. táblázat. A CERQ időbeli stabilitása és korrelációi az életkorral.....	69
8/a. táblázat. A CERQ (36 tételes változat) skáláinak interkorrelációi.....	70
8/b. táblázat. A CERQ (18 tételes változat) skáláinak interkorrelációi.....	71
9. táblázat. A CERQ 36-tételes és 18-tételes változatainak interkorrelációi.....	72
10. táblázat. A CERQ konfirmatív faktoranalízisének eredménye.....	74
11. táblázat. A CERQ magyar változatán végzett feltáró faktoranalízis eredménye.....	77
12. táblázat. A CERQ korrelációi a depresszió, illetve a mentális jóllét mutatóival.....	81
13. táblázat. Az életkor, a CERQ, a PSS4 és a STAI-T leíró statisztikai és a mérő-eszközök reliabilitás-mutatói	82
14. táblázat. Az életkor, a CERQ, a PSS4 és a STAI-T interkorrelációi.....	83
15. táblázat. A többszörös mediátor elemzés eredménye.....	85
16. táblázat. A moderátor modellek interakciós tagjainak vizsgálata.....	87
17. táblázat. Az életkor, a PBS, a STAI-S, és a PSOC leíró statisztikai, interkorrelációi, és a mérőeszközök reliabilitás-mutatói.....	88
18. táblázat. A PBS item-analízisének eredménye.....	89
19. táblázat. A többszörös lineáris regresszió-elemzés eredménye.....	92
20. táblázat. A CERQ, a PBS és a STAI-S leíró statisztikai, reliabilitás-mutatói és interkorrelációi.....	93
21. táblázat. A többszörös hierarchikus regresszió-elemzés eredménye.....	95
22. táblázat. Az életkor, a CBCL, a CERQ, és a PSOC leíró statisztikai és a mérőeszközök reliabilitás-mutatói.....	98
23. táblázat. Az életkor, a CBCL, a CERQ, és a PSOC interkorrelációi.....	99
24/a. táblázat. A feltételes folyamat-elemzés (moderált mediáció) eredménye.....	102

24/b. táblázat. A feltételes folyamat-elemzés eredménye: feltételes indirekt hatások...	103
1/a. ábra. Mediátor modellek.....	53
1/b. ábra. Moderátor modellek.....	55
1/c. ábra. Feltételes folyamat (moderált mediátor) modell.....	57
2. ábra. A CERQ faktor-struktúrája.....	58
3/a. ábra. Az észlelt stressz, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: többszörös mediátor modell.....	59
3/b. ábra. Az észlelt stressz, mint moderátor a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás kapcsolatában.....	60
4/a. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: többszörös mediátor modell.....	62
4/b. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: moderált moderátor modell.....	62
5. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozás és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolata: feltételes folyamat (moderált mediátor) modell.....	63
6. ábra. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák, mint mediátorok, az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatában.....	86
7. ábra. A nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összefüggése a szorongással az észlelt szülői hatékonyság magas (+1 SD), illetve alacsony (-1 SD) szintje mellett.....	97
8. ábra. Az önvád összefüggése a szülői szereppel való elégedettséggel az észlelt szülői hatékonyság magas (+1 SD), illetve alacsony (-1 SD) szintje mellett.....	114

1. BEVEZETÉS

Az értekezésemben bemutatott vizsgálat-sorozat az érzelem-szabályozás kognitív folyamatainak a stresszre adott reakciókban betöltött szerepével foglalkozik. A kognitív stratégiák alkalmazása a negatív érzelmek szabályozására sajátosan emberi jelenség. Fejlett idegrendszerünk jóvoltából képesek vagyunk figyelmünket az élmény különböző aspektusaira irányítani, aktívan megkonstruálni a helyzet jelentését, ami azután (a kognitív elmélet szerint) meghatározza fiziológiai, érzelmi és viselkedéses reakcióinkat. A kognitív folyamatok azonban maladaptív módon is alkalmazhatók: idegrendszerünk adottságai azt is lehetővé teszik, hogy az élmény negatív aspektusait emeljük ki, nagyítsuk fel, vagy terméketlen gondolat-láncokba bonyolódjunk, ami a negatív érzések felerősödéséhez, fennmaradásához és mentális zavarok kialakulásához vezethet. Mi befolyásolja, hogy képesek vagyunk-e kognitív működésünket adaptív módon a negatív érzések szabályozásának szolgálatába állítani? Milyen külső és belső feltételek mellett fut zátonyra ez a próbálkozás? Vizsgálat-sorozatunkban ezekre a kérdésekre kerestük a választ.

Nem-klinikai mintán végzett kutatásunk mellet egy speciális mintán, hospitalizált gyermekek szüleiben vizsgáltuk a kognitív érzelem-szabályozás és a stresszre adott reakciók összefüggéseit. A gyermek alkalmazkodását a nehéz élethelyzetekhez nagyban meghatározza a szülő stresszre adott reakciója. A szülő mintát nyújt a helyzet értelmezésére és a megküzdésre. A szorongó szülő figyelme a veszélyre és önmagára irányul, ezért nem képes felismerni gyermeke szükségleteit, nem képes „tartalmazni” gyermeke negatív érzéseit, így kevésbé képes őt hatékonyan támogatni a nehéz élethelyzetben. A gyermekekért tehát sokat tehetünk azzal, ha gondozóikat segítjük érzelmeik szabályozásában és a megküzdésben. Vizsgálat sorozatunk eredményei, reményeink szerint, hozzájárulnak a hatékony szülői intervenciók hatásmechanizmusainak megértéséhez, melyekkel elősegíthetjük a gyermekek és hozzátartozóik alkalmazkodását a hospitalizációhoz.

1.1. A gyermekgyógyászati eseményekhez kapcsolódó stressz-reakciók

1.1.1. A poszttraumás stressz-modell alkalmazhatósága a gyermekgyógyászatban

A „gyermekgyógyászati eseményekhez kapcsolódó poszttraumás stressz” (*pediatric medical traumatic stress*) elnevezést azon pszichológiai és fiziológiai reakciók összességére vonatkozóan használja a szakirodalom, melyeket a gyermekek és hozzátartozóik a fájdalomra, sérülésre, súlyos megbetegedésre, illetve invazív vagy félelmet keltő orvosi beavatkozásokra válaszul adnak (National Child Traumatic Stress Network, 2003). Az elnevezés a poszttraumás stressz zavarra (PTSD), vagyis a trauma újraélésével, a traumával összefüggésbe hozható ingerek tartós kerülésével, illetve a fokozott készenlét tüneteivel jellemezhető, sajátos tünet-együttesre utal (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition; DSM5; APA, 2013), a legtöbb vizsgálat is erre vonatkozik. A szakirodalom azonban nem szűkíti a pediátriai eseményekhez kapcsolódó poszttraumás stressz fogalmát a PTSD diagnózisra, a szubklinikai PTSD tünetek (Le Brocque, Hendrikz, & Kenardy, 2010a), valamint más típusú kóros reakciók, pl. depresszió (Iseri és mtsai, 2006; Norberg, & Boman, 2008; Zatzick, és mtsai, 2006), szorongás (Fuemmeler és mtsai, 2001), hasonlóan hangsúlyosak.

Az enyhe, átmeneti stressz-tünetek normatívnak, sőt adaptívnak tekinthetők. Egyrészt, jelzik a környezet számára, hogy a személy segítségre szorul (Kazak és mtsai, 2006). Másrészt, a traumatikus eseménnyel való megküzdést is szolgálják: a gyors válaszreakciót lehetővé tévő fokozott készenlét adaptív, amíg a veszély fennáll; az elkerülés segít a distresszt elviselhető szinten tartani a legnehezebb időszakokban; a trauma újraélése pedig ismételten arra figyelmeztet, hogy a felépüléshez hosszabb távon elengedhetetlen a történetekkel való szembenézés, az élmények átdolgozása, a trauma-émlék integrálása az önéletrajzi emlékezetbe (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Brewin & Holmes, 2003; Dalgleish, 2004; Ehlers & Clark, 2000; Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand, & Winston, 2013). A súlyos és hosszantartó tünetek azonban rontják az alkalmazkodást: a PTSD, mint a szomatikus megbetegedéshez társuló, komorbid állapot, rontja a kezeléssel való együttműködést (*compliance*), az életminőséget, valamint növeli a rehospitalizáció valószínűségét, és az alapbetegség súlyosabb tüneteivel jár együtt (Cavalcanti-Ribeiro és mtsai, 2012).

1.1.2. Poszttraumás stressz gyermekekben és serdülőkben

A véletlen balesetek a szakirodalom szerint az egy évnél idősebb gyermekekben vezető helyet foglalnak el a megbetegedések és a halálozás okai között (Peden és mtsai, 2008). Évente mintegy 25 ezer kórházi felvételre kerül sor Magyarországon a 0–19 éves korcsoportban véletlen balesetek következményei miatt (Páll, 2009). A poszttraumás stressz zavar előfordulását leginkább ebben a betegcsoportban vizsgálták, 4-35%-ra becsülték (Coakley és mtsai, 2010; De Young, Hendrikz, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2014; De Vries és mtsai, 1999; Di Gallo, Barton, & Parry-Jones, 1997; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Kassam-Adams & Winston, 2004; Keppel-Benson, Ollendick, & Benson, 2002; Kolaitis és mtsai, 2011; Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm, & Sennhauser, 2005; Meiser-Stedman 2005; Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman, & Knudson, 2005). A lefolyást egy kétéves intervallumban vizsgálva, Le Brocque, Hendrikz, és Kenardy (2010b) 6-16 éves gyermekek 57%-át sorolták a reziliens (konzisztensen gyenge tüneteket mutató), 33%-át a „felépülő” csoportba (rövid idő alatt lecsengő, de kezdetben klinikailag szignifikáns stressz-tünetek), míg a gyermekek 10%-ában a poszttraumás stressz tünetei krónikussá váltak.

A krónikus betegségek közül a poszttraumás stressz tünetek előfordulását leginkább daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekekben vizsgálták (Ozono, és mtsai, 2007; Phipps, Larson, Long, & Rai, 2006; Yalug, és mtsai, 2008), de leírták többek között sarlósejtes vérszegénységben (Hofmann, De Montalembert, Beauquier-Maccotta, De Villartay, & Golse, 2007) és asztmatikus megbetegedésben (Kean, Kelsay, Wamboldt, & Wamboldt, 2006) szenvedő gyermekekben is.

A tervezett műtéti beavatkozások a relatíve alacsonyabb stresszel járó gyermekgyógyászati események közé tartoznak, mégis, az intervenciót megelőzően a gyermekek nagyjából 60%-a számol be intenzív szorongásról, és az akut stressz tünetei gyakoriak a beavatkozást követő egy hónapban (Ben-Amitay és mtsai 2006; Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, & McClain, 2006; Kain, Mayes, O'Connor, & Cicchetti, 1996).

Megjegyzendő, hogy a Mentális Zavarok Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyve IV. átdolgozott kiadásában (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised IV; DSM-IV-TR; APA, 2000) a PTSD kritériumai kevés fejlődési szempontot tartalmaztak, így a PTSD előfordulását gyermekekben a kutatások feltehetően

alulbecsülték (Blom, & Oberink, 2012); a DSM5-ben ezért szükségessé vált egy, a hat év alatti korosztály diagnosztizálására alkalmasabb szempontrendszer bevezetése.

1.1.3. Poszttraumás stressz szülőkből

Számos vizsgálat igazolta a poszttraumás stressz tünetek előfordulását balesetet szenvedett (Coakley és mtsai, 2010; Martin-Herz, Rivara, Wang, Russo, & Zatzick, 2012; Wallace, Puryear, & Cannada, 2013), ezen belül égési sérülésekkel hospitalizált gyermekek szüleiben (De Young, és mtsai, 2014; Hall és mtsai, 2006; Odar és mtsai, 2013; McGarry és mtsai, 2013). Le Brocque és munkatársai (2010a) véletlen balesetet szenvedett gyermekek szüleiben vizsgálta a poszttraumás stressz tüneteit egy kétéves időintervallumban: a szülők 78%-a volt reziliens, 8%-ukban a klinikailag szignifikáns akut tünetek 6 hónappal a trauma után már nem érték el a betegség-küszöböt („felépülők”), 14%-uk pedig krónikus szub-klinikai tüneteket mutatott.

A szülő poszttraumás stressz tüneteiről beszámoltak daganatos megbetegedésben (Alderfer, Cnaan, Annunziato, & Kazak, 2005; Best, Streisand, Catania, & Kazak, 2001; Davis, Parra, & Phipps, 2010; Fuemmeler, Mullins, & Marx, 2001; Fuemmeler, Mullins, Van Pelt, Carpentier, & Parkhurst, 2005; Jurbergs, Long, Ticona, & Phipps, 2009; Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang, & Reilly, 2005; Ozono és mtsai, 2007; Pöder, Ljungman, & von Essen, 2008; Yalug és mtsai, 2008; Yonemoto, Kamibeppu, Ishii, Iwata, & Tatzaki, 2012), cisztás fibrózisban (Cabizuca és mtsai, 2010), sarlósejtes vérszegénységben (Hofmann és mtsai, 2007), epilepsiában (Iseri, Ozten, & Aker, 2006), asztmatikus megbetegedésben (Kean és mtsai, 2006), I-es típusú diabetesben (Landolt és mtsai, 2002; Landolt, Vollrath, Laimbacher, Gnehm, & Sennhauser, 2005) szenvedő gyermekek szüleiben. Egy 16 tanulmányon alapuló meta-analízis a PTSD prevalenciáját krónikusan beteg gyermekek szüleiben 22,8%-osnak találta (Cabizuca, Marques-Portella, Mendlowicz, Coutinho, & Figueira, 2009).

A poszttraumás stressz a szülőkből a betegség lefolyásának és a kezelés folyamatának különböző szakaszaiban jelentkezhet, kiválthatja a diagnózis közlése, megismerése (Mccarthy, Ashley, Lee, & Anderson, 2012; Landolt és mtsai, 2002), különböző invazív beavatkozások (Lewis, Wray, O'Callaghan, & Wroe, 2014; Kazak és mtsai, 2005; Pöder és mtsai, 2008), intenzív osztályos kezelés (Bronner és mtsai, 2009; Bronner és mtsai, 2010; Bronner, Knoester, Bos, Last, & Grootenhuis, 2008; Lefkowitz,

Baxt, & Evans, 2010), műtéti beavatkozások (Helfricht, Latal, Fischer, Tomaske, & Landolt, 2008; Young és mtsai, 2003).

A tervezett sebészeti intervenciókkal kapcsolatban jelentkező szülői depresszív és szorongásos reakciókról is beszámol a szakirodalom (Ben-Amitay és mtsai, 2006; Helfricht és mtsai, 2008; Hug, Tönz, & Kaiser, 2005). Scrimin, Haynes, Alto, Bornstein, és Axia (2009) vizsgálatában például a szülők negyede számolt be klinikai figyelmet érdemlő szorongásról, illetve poszttraumás stressz tünetekről a beavatkozást követő 24 órában. Az orvostudomány fejlődése és az egészségügyi ellátás ésszerűsítése miatt a gyermeksebészetben is áthelyeződött a hangsúly a fekvőbeteg ellátásról az ambuláns, speciálisan az egy-napos sebészeti ellátásra. Ez a gyakorlat a gyermekek és hozzátartozóik számára is kedvező, hiszen kevesebb időre emeli ki a gyermeket megszokott környezetéből, így csökkenti a hospitalizációs ártalmakat, a családok számára pedig költségkímélő a rövid kórházi tartózkodás (Ireland & Rushforth, 1998). Másfelől, a kórházi kezelés idejének minimalizálása számos olyan tevékenységet, felelősséget delegál a hozzátartozókra mind a preoperatív, mind a posztoperatív fázisban, mely korábban az egészségügyi szakemberek feladatkörébe tartozott (Feasey, 2000), ami a szülői felelősség, és ezzel együtt a szülői stressz növekedésével járhat. Hug és munkatársai (2005) vizsgálatában, az egy-napos sebészeti beavatkozáson átesett gyermekek szüleinek jelentős hányada számolt be az ápolással, fájdalom-csillapítással, a gyermek viselkedésében észlelt változással kapcsolatos aggodalmakról, nehézségekről.

Fontos megjegyezni, hogy nem csak a poszttraumás stressz tünetek, hanem a traumára adott más kóros pszichológiai reakciók, például a depresszió (Iseri és mtsai, 2006; Norberg, & Boman, 2008; Zatzick, és mtsai, 2006), illetve szorongásos állapotok (Fuemmeler és mtsai, 2001) felismerése is fontos. Keveset tudunk a traumára adott reakciók individuális különbségeinek okairól, éppúgy, mint a rezilienciát (McGarry és mtsai, 2013), és a poszttraumás növekedést magyarázó tényezőkről (ld. Picoraro, Womer, Kazak, & Feudtner, 2014, összefoglalóját).

1.1.4. A patológiás stressz-reakciók rizikótényezői

A poszttraumás stressz rizikótényezőiről felnőttekben több meta-analízis is beszámol. Brewin, Andrews, és Valentine (2000) tizennégy rizikótényezőt vizsgáltak, 77 publikációt áttekintve. A legnagyobb hatásméretet a trauma körüli időszak rizikótényezői

tekintetében találtak, mint a trauma súlyossága ($r=0,23$), a szociális támogatás hiánya ($r=0,40$), és a fennálló környezeti stressz ($r=0,32$). Gyenge hatásméretű rizikótényezők bizonyultak ezen kívül egyes demográfiai tényezők (nem, SES, alacsony iskolai végzettség), valamint pretrauma változók, mint az egyénben vagy a családban előforduló pszichiátriai megbetegedés, és korábbi adverz életesemények.

Ozer, Best, Lipsey, és Weiss (2003) hatvannyolc vizsgálatot tekintettek át, és hét potenciális rizikótényezőt elemeztek. Szignifikáns, de gyenge összefüggést találtak a PTSD és a korábbi traumák, a családi pszichopatológia, a premorbid pszichés működés szintje között, gyenge-közepes hatásméretűről számoltak be a szociális támogatás, a traumára adott akut érzelmi reakciók, és az életveszély percepciója tekintetében. A legerősebb kapcsolatot a PTSD és a peritrauma időszakban jelentkező disszociatív tünetek között találták ($r=0,35$). Ez utóbbi eredményt egy, 59 további vizsgálatot elemző meta-analízis is megerősítette (Lensvelt-Mulders és mtsai, 2008).

Littleton, Horsley, John, és Nelson (2007) meta-analízise a megküzdés és a poszttraumás stressz összefüggéseire fókuszált. Harmincnégy publikáción alapuló elemzésükben közepes hatásméretet találtak az elkerülés tekintetében ($r=0,37$), de az aktív megküzdés egyik formája sem mutatott szignifikáns kapcsolatot a poszttraumás stressz tüneteivel.

A meta-analízisek tehát számos rizikótényezőt igazoltak, bár ezek hatásmérete gyenge/közepes volt. Másfelől, az elemzések arra is utalnak, hogy a PTSD rizikótényezőit célzó vizsgálatok heterogenitása igen nagy, a módszertani különbségek, a trauma típusa, a minta jellemzői jelentősen befolyásolják az eredményeket. Összességében úgy tűnik, hogy premorbid tényezők alapján nehéz azonosítani a fokozott rizikóval rendelkező személyeket; a trauma alatt, illetve az azt közvetlen követő időszakban fellépő faktorok, elsősorban a traumára adott akut (kognitív, emocionális, fiziológiai, és viselkedéses) reakciók, illetve az aktuális környezeti tényezők (szociális támasz, környezeti stressz) vizsgálata sokkal ígéretesebb (Brewin, 2005).

A gyermek- és serdülő mintákon végzett vizsgálatok összefoglaló elemzései kissé későbből származnak (*1. táblázat*). Egy 14 vizsgálaton alapuló tanulmány (Cox, Kenardy, & Hendrikz, 2008) balesetet szenvedett gyermekekben és serdülőkben a PTSD közepesen erős kapcsolatát igazolta a trauma, mint életet fenyegető veszély értékelésével, illetve a traumatikus eseményre adott szülői reakcióval; gyenge összefüggést találtak

továbbá a premorbid pszichopatológia és a női nem tekintetében. Után-követéses vizsgálatokban ezekhez járult hozzá a fiatalabb életkor, mint rizikótényező, szintén gyenge hatásmérettel. A sérülés objektív mértéke, a korábban elszenvedett traumák, illetve családtag/barát involváltsága nem bizonyultak szignifikáns rizikótényezőnek.

Kahana, Feeny, Youngstrom, és Drotar (2006) nyolc, különböző krónikus megbetegedésben szenvedő, serdülő mintán végzett vizsgálatot áttekintve azt találta, hogy a poszttraumás stressz tüneteit leginkább a szociális támogatás rendelkezésre állásával, és az életveszéllyel, illetve a betegség súlyosságával kapcsolatos vélekedések jelezték előre, a hatásméretet azonban kicsinek/közepesnek találták. Továbbá, tizennyolc, balesetet szenvedett fiatalokat vizsgáló tanulmány alapján, a szocio-ökonómiai státusz és a szociális deficit gyenge/közepes, míg a rövid-távon jelentkező depresszív, szorongásos és stressz-tünetek, valamint a trauma súlyosságára vonatkozó kogníciók nagy hatásméretű prediktornak bizonyultak.

Alisic, Jongmans, van Wesel, és Kleber (2011) longitudinális vizsgálatokat ($N=34$) elemezve azt találta, hogy gyermekekben és serdülőkben az akut, illetve rövid-távon jelentkező kóros pszichológiai reakciók (poszttraumás stressz tünetek, depresszió, szorongás), valamint a szülői stressz-reakció a poszttraumás stressz legfontosabb hosszú távú (közepes/nagy hatásméretű) prediktora. A nem, a sérülés súlyossága, a hospitalizáció időtartama, valamint a kórházi felvételnél mért pulzus gyenge hatásméretű prediktornak bizonyult. Az életkor, a szocio-ökonómiai státusz, az etnikum hosszú távon nem mutatott összefüggést a poszttraumás stressz tüneteivel.

Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, és Field (2011) meta-analízise 25 potenciális rizikótényezőt elemzett, 64 vizsgálat bevonásával. Közepes/nagy hatásméretűről számoltak be az alacsony társas támogatás, illetve az életveszély percepciója, a rövid-távon jelentkező súlyos szorongásos reakciók és komorbid pszichopatológiai problémák, a szociális visszahúzódás, a maladaptív kognitív stratégiák alkalmazása (elterelés, gondolat elnyomás), és a családi működészavar tekintetében.

Összességében tehát az elemzések azt mutatják, hogy a traumára adott kóros pszichológiai reakciók legfontosabb rizikótényezői gyermekekben és serdülőkben a trauma, mint életet fenyegető veszély szubjektív értékelése, a traumára adott akut érzelmi reakciók, valamint a szociális támogatással kapcsolatba hozható változók, elsősorban a szülő patológiás stressz-reakciója.

1.1.5. A szülői stressz-reakciók jelentősége

A meta-analízisek eredménye szerint tehát a gyermekek, illetve serdülők traumához való alkalmazkodásában kiemelt szerepe van annak, ahogyan a szülő reagál a gyermeket ért traumára. A vizsgálatok szerint a szülő stresszre adott reakciója befolyásolja a gyermeknek a balesetre, mint traumára adott biológiai és pszichológiai reakcióit (Nugent, Ostrowski, Christopher, & Delahanty, 2007), és előre jelzik a gyermek poszttraumás stressz-tüneteit (Landolt, Ystrom, Sennhauser, Gnehm, & Vollrath, 2012). Le Brocque és munkatársai (2010a) vizsgálatában a reziliens szülők gyermekei között szignifikánsan több volt a reziliens, míg a krónikus szub-klinikai tünetekkel jellemezhető szülők gyermekeinek több mint a fele a krónikus poszttraumás stressz tüneteit mutatta 6 hónappal a trauma után.

A szülő és a gyermek tüneteinek együtt-járásához a közös környezeti stressz mellett hozzájárulhat, hogy a súlyos szorongásos vagy depresszív tüneteket mutató szülő maladaptív mintát mutat a helyzet értelmezésére és a megküzdésre, kevésbé érzékeny a gyermek jelzéseire, szükségleteire, így kevésbé tudja őt támogatni ebben a nehéz élethelyzetben; éppen akkor, amikor a gyermeknek a leginkább szüksége van erre (Cox és mtsai, 2008; Kassam-Adams és mtsai, 2013). A vizsgálatok szerint például a szülői beszámoló a gyermek stressz-tüneteiről jellemző módon megbízhatatlan, torzít a szülői stressz-tünetekkel kongruens módon (Clawson, Jurbergs, Lindwall, & Phipps, 2013; Kassam-Adams, García-España, Miller, & Winston, 2006). A szülő közvetlen reakciója a traumára az interperszonális kapcsolatokat is érinti, Hall és mtsai (2006) vizsgálatában például a szülő akut szorongásos reakciója bejósolta a szülő-gyerek, illetve a családi konfliktusok előfordulását három hónappal a trauma után.

A szülő poszttraumás stressz tünetei ezenkívül befolyásolják a kezeléssel való együttműködését is (Streisand, Braniecki, Tercyak, & Kazak, 2001), a traumára emlékeztető ingerek elkerülése extrém esetben a kezelés elutasításához, az egészségügyi szolgáltatások késedelmes igénybevételéhez is vezethet, veszélyeztetve a gyermek szomatikus állapotát (Mowery, 2011). Az egészségügyben, az utóbbi időben, egyre lényegesebb szempont az ellátással való elégedettség, ezért fontos megemlíteni, hogy a szülői szorongás rontja azt (Mowery, 2011).

Mindezek miatt a gyermek-egészségügyben fontos a poszttraumás stressz modell ismerete, és szemléletének alkalmazása az ellátásban (*trauma-informed pediatric care*;

Ko és mtsai 2008); ezen belül a kóros szülői stressz-reakciók felismerése, rizikótényezők vizsgálat, valamint a szülők támogatása a gyermeküket ért traumatikus történésekhez való alkalmazkodásban (Melnik, 2000).

A rizikótényezőket vizsgáló, fentebb ismertetett meta-analízisek eredményei alapján a szülőnek a traumára adott azonnali reakciója kulcsfontosságú mind a gyermek, mind a szülő hosszú-távú alkalmazkodásában. A kognitív elmélet szerint a környezeti ingerekre adott reakcióinkban a kognitív jelentésadás folyamatai elsődlegesek; az érzelmi, fiziológiai és viselkedéses válasz a kognitív értékelés függvénye (Beck és Dozois, 2011). A kognitív elmélet (Brewin és mtsai, 1996; Brewin & Holmes, 2003; Dalglish, 2004; Ehlers & Clark, 2000) szerint a kóros stressz-reakciók kialakulásában és hosszú távú fennmaradásában is különösen nagy szerepe van annak, milyen jelentést ad a személy a potenciálisan traumatizáló történéseknek, hogyan vélekedik saját reakcióiról, és milyen kognitív stratégiákat alkalmaz a helyzettel való megküzdésben és saját (kognitív, érzelmi, fiziológiai és viselkedéses) reakcióinak szabályozásában. Mivel e tényezők pszichológiai eszközökkel befolyásolható változók, ismeretük kiemelten fontos a hatékony preventív és terápiás intervenciók tervezésében. A továbbiakban ezért a stressz-reakciókat potenciálisan befolyásoló kognitív tényezőkkel foglalkozunk.

1. táblázat. A gyermek- és serdülőkori poszttraumás stressz zavart vizsgáló meta-analízisek jellemzői.

	Alicic és mtsai (2011)	Cox és mtsai (2008)	Kahana és mtsai (2006)	Trickey és mtsai (2011)
Vizsgálatok jellemzői				
Trauma típusa	különféle	véletlen baleset	baleset/krónikus betegség	különféle
Életkor (év)	1–18	5–18	6–19	6–18
Elrendezés	longitudinális	keresztmetszeti/longitudinális	keresztmetszeti	keresztmetszeti
Meta-analízis jellemzői				
N	34	14	8+18	62
Modell	Random	Fix	Fix	Random
Prediktorok				
	nem	nem	nem	nem
	életkor	életkor	életkor	életkor
	etnikai kisebbség	súlyosság	SES	etnikai kisebbség
	SES	szülői stressz	akut stressz/	SES
	súlyosság		depresszió/szorongás	súlyosság
	kórházi napok			fenyegetettség
	pulzus felvételkor			eltelt idő
	akut			korábbi események
	stressz/depresszió/szorongás			akut stressz/depresszió
	szülői stressz			szülői stressz
				családi működészavar

N: a meta-analízisbe bevont vizsgálatok száma. SES: szocio-ökonomiai státusz

1.2. A kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepe az alkalmazkodásban

Az érzelmek Lazarus (1990) találó megfogalmazása szerint „az idők bölcsességét” képviselik, mivel olyan választ jelentenek az ismételt jelentkező környezeti kihívásokra, melyek „evolúciósan kipróbáltak”, azaz adaptív értékük magas. Ez az általános megállapítás valamennyi érzelemre, azaz a negatív érzelmekre is igaz. A negatív események indukálta érzelmek – például a szorongás, a harag, a szomorúság – nagy motivációs erővel bírnak, arra készítetik a személyt, hogy oly módon aktivizálja megküzdő potenciálját, hogy azt a negatív érzések redukciója kísérje (John & Gross, 2004). A negatív érzések ily módon – bár a személy számára átélésük zavaró, kellemetlen – adaptívak, segítik az alkalmazkodást a nehéz élethelyzetekben. Ha azonban túl erőteljesek, vagy túl hosszan fennmaradnak, rontják a sikeres megküzdés esélyét és pszichés zavarok kialakulásához vezethetnek. A mentális egészség megőrzéséhez elengedhetetlenül fontos az érzelmek – elsősorban a negatív minőségű emóciók – sikeres szabályozása.

1.2.1. Az érzelem-szabályozás elméletei

Érzelem-reguláció alatt azon tudatos és nem tudatos folyamatok összességét értjük, melyekkel a személy az érzelmi válasz kiváltódását, minőségét, intenzitását és időtartamát módosíthatja (Thompson, 1994; Gross, 2001). A szabályozás módja befolyásolja az érzelmek szubjektív megélését, az érzelmek kifejezését és az érzelmeket kísérő fiziológiai jelenségeket is. Az érzelem-reguláció fogalma alá számos fiziológiai, motivációs, viselkedéses és kognitív stratégia sorolható, amelyek az inger-szelekció, a szituáció módosítása, a figyelmi fókusz megválasztása, a helyzet kognitív értékelése és a válasz-szelekció révén látják el szabályozó funkciójukat (John & Gross, 2004).

Az érzelem-szabályozás kutatásának gyökerei a pszichoanalízis elhárító-mechanizmusokról szóló elméletéig (Freud, 1937), a megküzdési mechanizmusok Lazarus és Folkman (1984) nevével fémjelzett modelljéig, valamint az önszabályozással kapcsolatos fejlődés-lélektani vizsgálatokig (Mischel, Shoda, és Rodriguez 1989) nyúlnak vissza (Gross, 2001).

Az elmúlt tizenöt évben számos kísérlet született az érzelem-szabályozás bonyolult folyamatainak rendszerezésére. Gross (2001) folyamat-elmélete az érzelem-szabályozó

mechanizmusokat aszerint csoportosítja, hogy az érzelmi válasz kiváltódásának folyamatában mikor aktiválódnak, és az érzelem-szabályozás időzítésének és hatékonyságának összefüggéseit hangsúlyozza. Koole (2010) a motivációs-funkcionális dimenzió mentén osztályozza az érzelem-szabályozó mechanizmusokat. Egy másik kategorizáció a tudatos vs. automatikus folyamatok megkülönböztetése (Bargh és Williams, 2007), mely azután az explicit és implicit érzelem-szabályozás elkülönítéséhez vezetett (Greenberg, 2007; Gyurak, Gross és Atkins, 2011; magyar nyelven ld. Kökönyei, 2008 összefoglalóját).

1.2.2. A kognitív érzelem-szabályozás meghatározása

A kategorizáció egy további lehetséges formája a kognitív mechanizmusok elkülönítése a viselkedés szabályozástól. Az érzelem-reguláció céljából alkalmazott, tudatos figyelmi és gondolkodási folyamatokat kognitív érzelem-szabályozó stratégiáknak nevezzük (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001a). Az előbbiekhöz sorolandó például a szelektív figyelem (az emocionális ingerek figyelmen kívül hagyása), a tudatosan alkalmazott figyelem-elterelés, illetve az inger emocionálisan különböző aspektusaira való fókuszálás (Ochsner & Gross, 2008), utóbbiakhoz pedig azon stratégiák, melyek valamilyen módon megváltoztatják a helyzet jelentését, kognitív értékelését. Ilyen gondolkodási stratégiák például, a helyzet lehetséges jó oldalainak számbavétele (*pozitív átértékelés*, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), vagy a történetek tágabb értelmezési keretbe helyezése (*perspektívába helyezés*, Allen & Gilbert, 1995), de ezekkel ellentétes mechanizmusok is, mint a veszteség vagy a veszély felnagyítása (*katasztrófizálás*, Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995), a negatív gondolatokon, érzéseken való rágódás (*rumináció*, Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994), illetve önmagunk vagy mások hibáztatása a történetekért (Anderson, Miller, Riger, Dill, & Sedikides, 1994; Tennen & Affleck, 1990).

John és Gross (2004) az érzelem-szabályozás kognitív mechanizmusait *antecedens-fókuszú* stratégiáknak nevezik, mivel az érzelmi válasz teljes kibontakozása előtt látják el szabályozó-funkciójukat, és szembeállítják ezeket a *válasz-fókuszú* (*response focused*) érzelem-szabályozó stratégiákkal (például az érzelemkifejezés elnyomása), melyeket a vizsgálatok szerint kevésbé adaptívak. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák

pszichoterápiás eszközökkel módosítható kognitív tényezők, ezért vizsgálatuk kiemelten fontos lehet a pszichés zavarok megelőzésében és gyógyításában.

1.2.3. Kognitív érzelem-szabályozás és mentális egészség

A kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok affektív, fiziológiai, kognitív és interperszonális hatásukon keresztül jelentősen befolyásolják a személy mentális jól-létét (John & Gross, 2004). A nem-adaptív érzelem-szabályozó stratégiák alkalmazása az érzelmek szubjektív átélésében magasabb intenzitást, az érzelmeket kísérő fiziológiai reakciókban emelkedett választ eredményeznek, valamint a kognitív működés és az interperszonális folyamatok szabályozásának zavarával járnak együtt (John & Gross, 2004).

A kognitív érzelem-szabályozás és a mentális egészség kapcsolatát sok empirikus vizsgálatban igazolták. Regressziós modelleket alkalmazó kutatások eredményei szerint szoros összefüggés van a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák – elsősorban az önvád, a rumináció és a katasztrofizálás gyakori használata, illetve a pozitív átértékelés alacsony szintje – és a depresszív tünetek (Garnefski, Boon, & Kraaij, 2003; Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Van den Kommer, 2004; Garnefski & Kraaij, 2006a; 2006b; Garnefski & Kraaij, 2007; Jermann, Van Der Linden, D'Acromont, & Zermatten, 2006; Kraaij, Pruymboom, & Garnefski 2002; Kraaij és mtsai, 2004), az állapot-szorongás (Garnefski és mtsai, 2001a; Kraaij, Garnefski, & Van Gerwen, 2003), valamint a személyiséget jellemző harag mértéke (Martin & Dahlen, 2005) között. Garnefski és Kraaij (2007) egy éves időintervallumot átfogó, longitudinális vizsgálatában a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák egyéni mintázata a depresszió és a szorongás szignifikáns prediktorának bizonyult, a variancia figyelemreméltó részét (28%-át) magyarázva.

Egy 141 vizsgálatra támaszkodó meta-analízis (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010) a rumináció, az átértékelés és az elfogadás összefüggéseit vizsgálta négyféle pszichopatológiával (depresszió, szorongásos zavarok, evészavarok, pszichoaktív szer abúzus). Eredményeikben a rumináció erős pozitív összefüggést mutatott a szorongással, depresszióval, evészavarokkal és a szerhasználattal, míg az átértékelés gyenge negatív kapcsolatban állt a szorongással és depresszióval, de nem az evészavar tüneteivel. Az elfogadás nem mutatott szignifikáns összefüggést a meta-analízisbe bevont pszichopatológiákkal.

Hu és munkatársai (2014) meta-analízisében 48 vizsgálat alapján azt találta, hogy az átértékelés pozitív összefüggésben áll a mentális jóllét pozitív indikátoraival (az étellel való elégedettség, pozitív érzelmek), míg fordított irányú kapcsolatban a mentális egészség negatív indikátoraival (depresszió, szorongás, negatív affektus). A hatásméret azonban kicsinek/közepesnek mutatkozott.

1.2.4. Kognitív érzelem-szabályozás és poszttraumás stressz

A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepét a stresszre adott reakciókban számos traumatikus életeseménnyel összefüggésben vizsgálták.

A leginkább egybehangzó eredmények a rumináció és a poszttraumás stressz összefüggése tekintetében születtek. Háborús özvegyekben a rumináció az elhúzódó gyász, depresszió és poszttraumás stressz szignifikáns prediktorának bizonyult (Morina, 2011). A rumináció és a poszttraumás stressz tünetek közötti összefüggést igazolták továbbá interperszonális erőszakot (Hu, Koucky, Brown, Bruce, & Sheline, 2014; Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007), illetve balesetet szenvedett sérültekben (Meiser-Stedman és mtsai, 2014; Ehring, Frank, & Ehlers, 2008), és egészségügyi szakdolgozóknál is (Bennett, & Wells, 2010).

A katasztrofizáló gondolkodást is összefüggésbe hozták a poszttraumás stressz tünetek kialakulásával (Hyland, Shevlin, Adamson, & Boduszek, 2013), valamint a krónikus fájdalom és a PTSD komorbiditásával (Alschuler, & Otis, 2012). Egy, tűzoltók körében végzett — a témában módszertanilag ritka — prospektív vizsgálatban, a katasztrofizáló gondolkodás magasabb szintje a bevetés előtt, bejósolta a poszttraumás stressz tüneteit (Bryant, & Guthrie, 2005).

Az önvád és a PTSD egyenes irányú kapcsolatát interperszonális erőszak áldozataiban a vizsgálatok konzisztensen igazolták (*többek között*: Hassija, & Gray, 2012; Cantón-Cortés, Cantón, & Cortés, 2012), más traumatikus eseményekkel kapcsolatban azonban eltérő eredmények is születtek. Tűzoltókban az önvád pozitív összefüggést mutatott a poszttraumás stressz tüneteivel (Meyer, és mtsai, 2012), míg stroke-on átesett betegekben nem jelezte előre a komorbid PTSD-t (Field, Norman, & Barton, 2008). Egy korai vizsgálat eredményei szerint, közlekedési balesetet szenvedett egyéneknél csak akkor igazolható a fenti összefüggés, ha a személyek a balesetet saját felelősségük körébe sorolják (Delahanty és mtsai, 1997).

Összességében tehát a vizsgálatok azt mutatják, hogy a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok figyelmet érdemlő szerepet játszanak a stresszre adott kóros érzelmi reakciók kialakulásában és fennmaradásában.

Az adaptívnek tartott stratégiákról szóló adatok sokkal inkonzisztensebbek. Egy felnőtt mintán végzett, keresztmetszeti vizsgálatban a figyelemelterelés kevesebb poszttraumás stressz tünettől járt együtt, míg az átértékelés és a PTSD kapcsolata nem bizonyult szignifikánsnak (Bennett, Beck, & Clapp, 2009). Meiser-Stedman és munkatársai (2014) 10-16 éves, balesetet szenvedett serdülőkben, ennek ellentmondóan, azt találták, hogy a figyelemelterelés hatása nem volt szignifikáns, az átértékelés azonban mind keresztmetszetben, mind az után-követés fázisában pozitív összefüggést mutatott a poszttraumás stressz tüneteivel; hosszmetsetben azonban ezt a kapcsolatot teljes mértékben mediálta a rumináció. Eredményeik értelmezésében a szerzők feltételezik, hogy a serdülők átértékelésre tett kísérlete, kognitív készségeik fejletlensége miatt, eredménytelen marad, és terméketlen ruminációvá válik. Az életkor, mint elégséges magyarázó tényező ellen szól Hussain és Bhushan (2011) vizsgálta, melyben felnőtt mintán, menekültekben igazolták a poszttraumás stressz tünetei és az átértékelés egyik speciális formája, a perspektívába helyezés pozitív összefüggését. Továbbá, motorbalesetet szenvedett, poszttraumás stressz zavarral diagnosztizált betegekben az expozíciós terápia hatékonyságát vizsgálva, a várólistás csoportban az átértékelés két különböző formája, a pozitív átértékelés és a perspektívába helyezés a tünetek csökkenésével állt kapcsolatban, míg az intervenciós csoportban a pozitív átértékelés fordított irányú összefüggést mutatott a terápiás hatással (Wisco, Sloan, & Marx, 2013). A szerzők szerint lehetséges, hogy ezek a kognitív stratégiák adaptívak a spontán felépülésben, míg egyes terápiás formákkal interferálhatnak, felmérésük ezért fontos a terápiás tervezés szempontjából is. Összességében a vizsgálatok ellentmondásosak, további kutatás szükséges az adaptívnek tartott kognitív stratégiák, például az átértékelés különféle formái és a traumára adott reakciók kapcsolatának megértésére, eltérő életkori csoportokban és különböző traumatikus eseményekkel összefüggésben.

1.2.5. A kognitív érzelem-szabályozás szerepe a szülői stressz-reakcióban

Számos vizsgálat igazolta a szülői kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepét a gyermek megbetegedésére, illetve hospitalizációjára adott stressz-reakciókban

is. Down szindrómás gyermekek szüleiben az önvád és a rumináció egyenes irányú összefüggést mutatott a depresszív tünetekkel, míg az átértékelés a pozitív érzelmek magasabb szintjével járt együtt (van der Veek, Kraaij, & Garnefski, 2009). A pozitív átértékelés alkalmazásának gyakorisága előre jelezte a poszttraumás növekedést PIC-en kezelt csecsemők szüleiben (Barr, 2011). Továbbá, fejlődési rendellenességgel született gyermekek szüleiben a pozitív átértékelés a szubjektív jóllét magasabb szintjével járt együtt (Glidden, Billings, & Jobe, 2006). Krónikus fájdalomban szenvedő gyermekek szülei magasabb distresszről számoltak be, amennyiben katasztrofizáló gondolkodás jellemezte őket gyermekük fájdalmával kapcsolatban (Caes, Vervoort, Eccleston, Vandenhende, & Goubert, 2011). Krónikus betegséggel élő gyermekek szüleiben a rumináció az alacsonyabb érzelmi jól-léttel mutatott összefüggést (Goldbeck, 2001). Farkastorokkal született csecsemők szüleiben magasabb szorongás és emelkedett stressz jellemezte az önvádoló gondolatokról beszámoló szülőket, bár a depresszió tekintetében ez az összefüggés nem volt szignifikáns (Nelson, O'Leary, & Weinman, 2009). Cisztás fibrózisban szenvedő gyermekek szüleiben az önvád rosszabb alkalmazkodással járt együtt a gyermekben és a szülőben egyaránt (Wong & Heriot, 2008). Daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekek szüleiben az önvád a pszichopatológia magasabb, az átértékelés a mentális problémák alacsonyabb szintjével járt együtt (Greening & Stoppelbein, 2007). Az elfogadás hiánya előre jelezte a magasabb szülői stresszt Down szindrómában szenvedő gyermekek gondozóiban (Norizan & Shamsuddin, 2010).

1.2.6. A kognitív érzelem-szabályozást befolyásoló tényezők

Míg számos kutatás irányult a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok *konzekvenciáinak* vizsgálatára, kevesebbet tudunk azokról a tényezőkről, amelyek a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok alkalmazását (és adaptivitását) befolyásolják. Pszichoterápiás szempontból ezek vizsgálata lényeges, hiszen az ok-okozati összefüggések láncolatának megértése elengedhetetlen a terápiás terv kialakításánál.

Sheppes és Gross (2011) összefoglalójukban amellet érvelnek, hogy az időzítés az a kulcstényező, amely meghatározza, hogy a személy milyen kognitív stratégiát, és milyen hatékonysággal alkalmaz az érzelmek szabályozására (*process-specific timing hypothesis*). Feltételezésük szerint az információ-feldolgozás korai szakaszában operáló

kognitív stratégiák, például a figyelem-elterelés alkalmazása (melyben a kulcsingerrel összefüggésben nem álló neutrális tartalomra irányul a figyelmi fókusz) az érzelmek intenzitásától viszonylag függetlenül könnyű és sikeres lehet; az információ-feldolgozás kései szakaszában alkalmazott stratégiáknak viszont nagyobb mennyiségű és előrehaladottan feldolgozott mentális tartalmakkal kell versengeniük, így ezek alkalmazása függ az érzelmek intenzitásától. Sheppes és Gross (2011) szerint, például az átértékelés, melyben az eredeti ingerrel összefüggésben lévő, de más érzelmi minőségű jelentéssel ruházzuk fel az élményt, nehezebben és kevésbé hatékonyan alkalmazható erősebb intenzitású érzelmek esetében.

Vizsgálataikban (Sheppes és Meiran, 2007; Sheppes, Catran, & Meiran, 2009) szomorú tartalmú film nézését szakították meg különböző időpontokban, és kérték a vizsgálati személyeket, hogy alkalmazzák a megadott kognitív érzelem-szabályozó stratégiát (a figyelem-elterelést vagy az átértékelést). Eredményeik szerint a figyelem-elterelés könnyen és hatékonyan alkalmazható volt, az időzítéstől függetlenül, míg az átértékelés nehezebben alkalmazhatónak és kevésbé hatékonynak bizonyult, ha a vizsgálati személyek egy későbbi időpontban alkalmazták azt. Amikor azonban a vizsgálati személyeket arra kérték, tartsák fenn hosszabb ideig az átértékelésre tett erőfeszítést, akkor a hatékonyság növelhető volt.

Ezek a vizsgálatok azonban több kérdést is felvetnek. Egyfelől, a priori feltételezik, hogy az idő-tényező lineáris összefüggést mutat az érzelmek intenzitásával. Bár bizonyos vizsgálatokban van utalás arra, hogy például a szomorúság intenzitása az idő előrehaladtával nő (Mauss, McCarter, Levenson, Wilhelm, & Gross, 2005), az érzelmi intenzitás explicit mérésének hiánya kifogásolható. A másik kritika az eredmények generalizálhatóságát érinti. Kísérleti helyzetben az érzelmi-válasz kiváltásához alkalmazott inger a személyre nézve közvetlenül nem releváns, így feltehetően könnyebb és sikeresebb a figyelem-elterelés alkalmazása, mint egy valós, a személy életének fontos területeit befolyásoló esemény kapcsán. Harmadszor, a kognitív elmélet (Beck & Dozois, 2011) szerint a környezeti ingerekre adott válaszból nem az érzelmek kiváltódása az elsődleges, ezt megelőzi a kognitív értékelés, mely azután befolyásolja az érzelmi, fiziológiai és viselkedési reakciók megjelenését. Mindezek miatt, véleményünk szerint, helyesebb az érzelmi válasz *kognitív* antecedenseit vizsgálni, vagyis azt, hogy milyen

összefüggés van a helyzet jelentése, a kognitív szabályozó mechanizmusok és az emocionális reakció között.

1.2.7. A stressz, a végrehajtó működés és a kognitív érzelem-szabályozás összefüggései

A kontrollálhatatlansággal és a bejósolhatatlansággal kapcsolatos vélekedések, melyeket Cohen (1988) az “észlelt stressz” fogalmával azonosít, a fizikai és lelki egészséget negatívan befolyásoló hatásuk miatt a magatartástudományok egyik központi témáját képezik (Kopp, & Réthelyi, 2004). Bár a környezet kontrollálhatósága, illetve bejósolhatósága és az idegrendszer működése közötti kapcsolatot sokan vizsgálták, kevés adatunk van arról, miként befolyásolja ez az érzelmek szabályozásában szerepet játszó kognitív folyamatokat (Raio, Orederu, Palazzolo, Shurick, & Phelps, 2013).

A kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat csoportosíthatjuk aszerint, hogy mennyire involválják a végrehajtó funkciókat (Geisler, Vennewald, Kubiak, & Weber, 2010; Zelazo & Cunningham, 2007). Az exekutív kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, mint például a pozitív átértékelés, a végrehajtó funkciók — pl. szempontváltás, értékelés, tervezés, munkamemória, információ monitorizálás és frissítés — fokozott működését igénylik, míg a nem-exekutív érzelem-szabályozó mechanizmusok, mint például a rumináció, a végrehajtó funkciók alulműködésével járnak együtt (Geisler és mtsai 2010). Korábbi vizsgálatokban például, az átértékelés pozitív összefüggést mutatott az affektív flexibilitással (Malooly, Genet, & Siemer, 2013), és a munkamemória kapacitásával (McRae, Jacobs, Ray, John, & Gross, 2012), míg a rumináció csökkent kognitív flexibilitással (Davis, Nolen-Hoeksema, 2000), csökkent kognitív kontrollal (Pe és mtsai, 2013), és a munkamemóriában mutatkozó deficitekkel (De Lissnyder, Koster, & De Raedt, 2012) járt együtt.

A végrehajtó funkciók működése a prefrontális kéreg (PFC) strukturális és funkcionális integritását feltételezi (Goldman-Rakic, 1996), mely kiemelt szerepet játszik az érzelmek és a viselkedés szabályozásában (Shansky & Lipps, 2013). “Biztonságos feltételek” esetén az amygdala, melynek feladata többek között a potenciális veszély gyors detektálása, a PFC tónusos gátló hatása alatt áll. Veszély észlelése esetén a PFC kritikus területei hypoaktivitást mutatnak, ami az amygdala hiperaktivitásához vezet. Ez lehetővé teszi a stressz-válasz gyors akitválódását, de kontrollálhatatlan helyzetben

folyamatos veszély-jelzéshez és az erre adott negatív érzelmi válasz fennmaradásához vezethet (*ld.* Thayer, Åhs, Fredrikson, Sollers, & Wager, 2012, *összefoglalóját*).

Állatkísérletek igazolták, hogy a stressz a PFC alulműködésén keresztül a végrehajtó funkciók, mint például a munkamemória, a figyelmi fókusz-váltás, a kognitív flexibilitás deficitjéhez vezet (*ld.* Holmes & Wellman, 2009, *összefoglalóját*). Humán vizsgálatokban a stressz-indukció (Ossewaarde és mtsai, 2011), illetve a kontrollálhatatlanságra vonatkozó percepció (Treadway, Buckholtz, & Zald, 2013) a mediális PFC csökkent válaszkészségével járt együtt. Összhangban ezzel, a magas, illetve nagyon magas stressz-szint a hippocampusz és a PFC működéséhez kötött funkciók, mint az explicit memória és a flexibilis érvelés deficitjét eredményezte (Sandi, 2013).

Ésszerűnek látszik tehát a feltételezés, hogy az észlelt stressz, illetve a kontrollra és a bejósolhatóságra vonatkozó negatív hiedelmek — a PFC alacsonyabb aktivitásán keresztül — az exekutív érzelem-szabályozó mechanizmusok csökkent, illetve a nem-exekutív stratégiák fokozott működésével járnak együtt.

Egyetlen olyan vizsgálatot találtunk, mely a stressz közvetlen hatását vizsgálta a kognitív érzelem-szabályozásban. Raio és munkatársai (2013) azt találták, hogy a stressz-indukció az átértékelés — korábban elsajátított — stratégiájának alkalmazásában deficitet okozott. Eredményeik értékelése során a szerzők megjegyzik, hogy stressz-helyzetben — éppen akkor, amikor a legnagyobb szükség volna rá — a kognitív mechanizmusok kudarcot vallanak az érzelmi válasz megfelelő szabályozásában.

Egy másik tanulmányban (Geisler és mtsai, 2010) az exekutív érzelem-szabályozó mechanizmusok mediálták a nyugalmi szívfrekvencia-variabilitás (HRV) pozitív kapcsolatát a szubjektív jólléttel. Mivel a HRV korábbi vizsgálatok szerint összefüggést mutat a végrehajtó működéssel (Hovland és mtsai, 2012; Mathewson és mtsai, 2010) és a PFC aktivitásával (Duschek, Wörsching, Reyes Del Paso, 2013), másfelől pedig a stressz biomarkerének is tekinthető (Thayer és mtsai, 2012), ez az eredmény szintén alátámasztja Raio és munkatársai (2013) feltételezéseit.

1.3. A poszttraumás felépülés szociális-kognitív elmélete

1.3.1. Az én-hatékonyság fogalma

A kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések a külvilágra vonatkoznak; ezek én-nel kapcsolatos iker-fogalma — a szociális-kognitív elméletben központi helyet elfoglaló — *én-hatékonyság*, vagy *észlelt hatékonyság*, vagyis a személy vélekedései arról, hogy mennyire képes befolyásolni saját működését és azon környezeti tényezőket, melyek hatással vannak életére (Bandura, 2001; 2012).

A szociális-kognitív elmélet a személynek aktív szerepet tulajdonít a környezethez való adaptációban, nem csupán „elszenvedője” az őt érő eseményeknek, hanem kiindulópontja (*ágense*), alakítója, megkonstruálója a történéseknek (Bandura, 2012). Az elmélet szerint a kimenetel intra-perszonális tényezők, a viselkedés és a környezeti tényezők komplex egymásra-hatásának eredője. A környezeti tényezőknek csak kis része olyan, mellyel az individuum akarától függetlenül találkozik (*imposed environment*), nagyobb részét a személy aktívan szelektálja (*selected environment*), vagy alakítja (*constructed environment*). Ez az elképzelés rokonságot mutat a modern magatartásgenetika felfogásával (vö. *passzív, aktív, evokatív gén-környezet korreláció*; Rutter, Moffitt, & Caspi, 2006), valamint a Selye-féle stressz-konceptióval, az *allosztázis* fogalmával (Selye, 1936; 1976).

Az egyénnek a szociális-kognitív elmélet szerint proaktív szerepe van az alkalmazkodásban, vagyis aktívan alakítja azon rizikó és protektív tényezőket, melyek adaptációját előmozdítják, vagy éppen hátráltatják (Bandura, 2012). Benight és Bandura (2004) egy közismert protektív tényező, a szociális támasz példájával illusztrálja ezt: elméletük szerint a szociális támasz nem pusztán a *környezet* jellemzője, mely rendelkezésre áll, vagy sem; a személy adottságai, elsősorban önmagára vonatkozó vélekedései határozzák meg, mennyire képes adott helyzetben megtalálni, kiváltani és használni ezt az interperszonális erőforrást.

A szociális-kognitív elmélet szerint a megküzdés mozgatórugói az én hatékonyságával kapcsolatos vélekedések; ezek határozzák meg, milyen kognitív, motivációs, affektív és viselkedéses választ mobilizál a személy a környezeti kihívásokkal szembesülve. Az észlelt hatékonyság tehát Bandura (2012) szerint alapvetően befolyásolja a stresszre adott reakciókat is.

1.3.3. Az én-hatékonyság összefüggése a stresszre adott reakciókkal

Benight és Bandura (2004) a 2004-et megelőző vizsgálatokat áttekintve azt találta, hogy az én-hatékonyság fordított irányú kapcsolatot mutat a poszttraumás stressz tüneteivel háborús veteránokban, természeti katasztrófát átélt személyekben, terrortámadások, illetve interperszonális erőszak túlélőiben, özvegyekben. Az eredményeket elemezve a szerzők kiemelik, hogy a longitudinális vizsgálatok szerint a traumához közeli időpontban a trauma súlyossága (pl. elvesztett javak mértéke) még összefüggésben áll a stressz-reakcióval, de ez a tényező az idő múltával elveszíti szignifikáns hatását, míg az én-hatékonyság prediktív ereje nem csökken, inkább nő.

A 2004 utáni vizsgálatok hasonló eredményeket mutatnak. Az én-hatékonyság bejósolta a poszttraumás stressz tüneteit háborús eseményeket (Pat-Horenczyk, Kenan, Achituv, & Bachar, 2014), illetve természeti katasztrófát (Guerra, Cumsille, & Martínez, 2014) átélt serdülőkben, negatív összefüggést mutatott a poszttraumás stressz tüneteivel epilepsziás betegekben (Chung, Allen, & Dennis, 2013), daganatos megbetegedésben szenvedő betegekben (Han és mtsai, 2005), illetve autóbalesetet szenvedett sérültekben (Cieslak, Benight, Luszczynska, & Laudenslager, 2011). Az én-hatékonyság kapcsolatát nem csupán a poszttraumás stressz tünetekkel, hanem baleseti sérülés miatt hospitalizált személyekben például, a fájdalom mértékével (Archer, Castillo, Wegener, Abraham, & Obremeskey, 2012), földrengés sújtotta túlélőkben általános pszichológiai distressz szintjével (Sumer, Karanci, Berument, & Gunes, 2005) is igazolták.

1.3.4. Az én-hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozás kapcsolata

A poszttraumás felépülés szociális-kognitív elmélete (Benight & Bandura, 2004) szerint az én-hatékonysággal kapcsolatos vélekedések befolyásolják azt is, hogy milyen kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat alkalmaz a személy az adott szituációban, így kulcsszerepük van a traumára adott érzelmi reakcióban. A magas én-hatékonysággal jellemezhető személyek kedvezőbben értékelik az eseményeket, és adaptív kognitív stratégiákat mobilizálnak, melyek a helyzet megváltoztatásának, és a szituáció keltette negatív érzések csökkenésének irányában hatnak. Azok a személyek viszont, akik lehetőségeiket a környezet kontrollálására defícitesnek észlelik, maladaptív kognitív stratégiákat alkalmaznak, például a történések negatív aspektusaira, lehetséges negatív következményeire fókuszálnak, azokat felnagyítják (katasztrófizálás),

terméketlen, negatív tartalmú gondolat-láncokba bonyolódnak (rumináció), és elkerülik a helyzettel való konfrontációt.

Kevés kutatást találtunk, mely az én-hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok összefüggéseit vizsgálta. Az érzelmek szabályozására vonatkozó én-hatékonyság pozitív összefüggést mutatott az átértékeléssel, és fordított irányú kapcsolatban állt az érzelem-kifejezés kontrollálásával (Gunzenhauser és mtsai, 2013). Krónikus fájdalomban szenvedő betegekben a katasztrofizálás pozitív kapcsolatban állt a fájdalom szubjektív mértékével, míg az én-hatékonyság mindkettővel negatív együttjárást mutatott; az ok-okozati összefüggések értékelésében azonban nem egységes a szakirodalom (Perry, & Francis, 2013; Shelby és mtsai, 2008; Zafra-Polo, Pastor-Mira, & López-Roig, 2014). Az én-hatékonyság moderálta a kognitív elkerülés és a terápiás kimenetel közötti kapcsolatot alkoholbetegekben; az alacsony én-hatékonysággal jellemezhető csoportban a kognitív elkerülés alkalmazása rosszabb terápiás kimenetellel járt együtt, míg magas én-hatékonyság esetén ez az összefüggés nem volt szignifikáns (Levin, Ilgen, & Moos, 2007). Az átértékelés ebben a vizsgálatban nem mutatott összefüggést a kimenetellel. További vizsgálatok szükségesek tehát a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepének feltárására az én-hatékonyság és a stresszre adott reakciók kapcsolatában.

1.3.5. Az észlelt szülői hatékonyság

A szülői szerep sokrétű feladatkör, melyet a szülők többnyire örömtelnek élik meg. A legtöbb szülő többé-kevésbé magabiztosnak érzi magát a mindennapi gyermeknevelési feladatokban, úgy érzi, megvan a képessége arra, hogy a gyermekkel kapcsolatos problémákkal megküzdjön, és oly módon befolyásolja gyermekét és a környezetet, hogy azzal gyermeke fejlődését, sikeres alkalmazkodását előmozdítsa (Jones & Prinz, 2005). A szülőknek ezt a meggyőződését a szakirodalom *észlelt szülői hatékonyságnak* (De Montigny & Lacharité, 2005) vagy *szülői én-hatékonyságnak* (Coleman & Karraker, 1998; Johnston & Mash, 1989) nevezi, és az én-hatékonyság terület-specifikus formájának tekinti (Jones & Prinz, 2005).

A vizsgálatok szerint azokat a szülőket, akik hatékonyan észlelik magukat szülői szerepükben, jobb mentális egészség jellemez (Leahy-Warren, Mccarthy, & Corcoran, 2012; Whittaker, & Cowley, 2012), gyermekük jobb pszichológiai alkalmazkodásra

képes (Coleman & Karraker, 2003; Côté és mtsai, 2009; Verhage, Oosterman, & Schuengel, 2013). Az észlelt szülői hatékonyság ezen kívül hatással van a szülői bevonódásra (Giallo, Treyvaud, Cooklin, & Wade, 2013), a szülő-gyermek interakciók minőségére (Ercegovic, Ljubetić, & Pericic, 2013), és fontos szerepe van a gyermek betegségéhez való alkalmazkodásban (Benzies, Trute, & Worthington, 2013). Krónikus beteg gyermekek szüleiben az észlelt szülői hatékonyság negatív összefüggést mutatott a szülői stresszrel (Harper és mtsai, 2013; Streisand, Swift, Wickmark, Chen, & Holmes, 2005; Taft, Ballou, & Keefer, 2012), illetve a szülő szorongásos és depresszív tüneteivel (Fotiadou, Cullen, & Barlow, 2004).

1.3.6. Észlelt szülői hatékonyság és hospitalizáció

A hospitalizáció pszichológiai szempontú tematizálása kezdetekben a szeparációs ártalmak leírását jelentette (többek között Spitz, 1945). Az 1950-es évektől kezdve, annak felismerése, hogy a szülő jelenléte a kórházban beteg gyermeke mellett pozitív hatással van a gyermek szomatikus és mentális jóllétére, fontos szemléletváltást indított el, amely az ápoló, a gyermek és a családtagok mind szélesebb körű együttműködését eredményezte az ápolás folyamatában (Casey, 1995; Lee, 2007). A 70-es évektől kezdve számos hazai publikáció is megjelent a témában (pl. Alpár, 1975; Polz, 1975; Révész, Horváth, Polcz, és Schuler, 1980), melyeknek hatására a szülő folyamatos jelenléte a kórházban, illetve bevonása az ápolás folyamatába hazánkban is általánosan elfogadott gyakorlattá vált.

A gyermek megbetegedése azonban nem csak a szeparáció útján terhelheti meg a szülő-gyermek kapcsolatot. Már Anna Freud (1952) rámutatott arra, hogy a beteg gyermekkel szemben a szülők viszonyulása megváltozik. Anna Freud (1952) szerint ilyenkor, gyermeke állapotával kapcsolatos szorongása miatt, a legtöbb szülő minden nevelési elvét feladja, kialakult szokását elveti, és minden erejét a gyermek szükségleteinek kielégítésébe fekteti. Vagy, éppen ellenkezőleg, a gyermek alapvető biztonsága miatt érzett aggodalom annyira lefoglalja a szülőt, hogy a gyermek legalapvetőbb szükségleteinek kielégítéséről is megfeledkezik. A gyermek számára traumatikus élmény a szülői viselkedés hirtelen megváltozása és a korábban rendíthetetlen emocionális és morális standardok felbomlása.

A szülői szorongás és viselkedés-változás közötti kapcsolata azonban többirányú. Amikor egy gyermek kórházba kerül, a szülők gyakran szembesülnek azzal, hogy az a természetes megszokott mód, ahogy gyermeküknek gondját viselik a hétköznapi életben, nem alkalmazható ebben a speciális helyzetben (Melnik, 1995). Ez a diszkrépancia a megszokott szülői szerep és a kórházi körülmények által támasztott követelmények vagy lehetőségek között megrendítheti a szülőnek saját kompetenciájába vetett hitét. A csökkent hatékonyság-érzés a szülőben negatív érzelmi állapotokat generálhat, és a szülő-gyermek interakció zavarához vezethet. A vizsgálatok szerint a szülők szorongásának egyik legjelentősebb forrása a kórházban a szülői szereppel kapcsolatos zavar, ami összefügg a gyermek magatartásában észlelt változással is (Melnik, 1994). Ez megnehezíti, hogy a szülők megértsék és bejósolják gyermekük érzelmi és viselkedési reakcióit és támogassák a gyermeket ebben a félelemmel és fájdalommal terhes helyzetben.

A szülők szorongásának csökkentésében a szülői hatékonyság erősítését célzó intervenciók hatékonyak bizonyultak (Melnik, Crean, Feinstein, Fairbanks, & Alpert-Gillis, 2007). Melnik és munkatársai (2007) vizsgálatukban intenzív osztályon kezelt gyermekek szüleinek információt szolgáltatott arról, hogyan reagálnak általában a gyermekek a kórházi tartózkodásra és milyen módon tudják támogatni gyermeküket akkor, amikor fél, vagy fájdalmas beavatkozásnak van kitéve. Részletesen tájékoztatták őket arról is, hogyan tudnak szülőként részt venni az ápolás folyamatában. Eredményeik szerint az intervencióban részt vevő szülők kompetensebben vettek részt gyermekük gondozásában, jobban kezelték a gyermek stresszre adott reakcióit, kevésbé mutattak szorongásos és depresszív tüneteket, gyermekeikben pedig kevesebb érzelmi- és viselkedészavar alakult ki a kórházi tartózkodás alatt, illetve után.

1.4. Összefoglalás

Összességében tehát a vizsgálatok szerint — bár az eredmények nem mindenütt konvergensek — a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok vitathatatlanul fontos szerepet játszanak a mentális jól-létben, illetve a stresszre adott reakciókban. Kevesebbet tudunk azonban arról, mely tényezők befolyásolják alkalmazásukat.

A szakirodalmat áttekintve feltételezhetjük, hogy a kontrollálhatósággal, bejósolhatósággal, illetve az én-hatékonysággal kapcsolatos vélekedések hatással lehetnek arra, milyen kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat mobilizál a személy a környezeti kihívásokra válaszul. A kognitív tényezők e láncolatának feltérképezése fontos mind a preventív, mint a terápiás intervenciók tervezésében.

Összefoglalónkban ismertettük a gyermekgyógyászati eseményekhez kapcsolódó poszttraumás stressz fogalmát, mely aláhúzza a stresszre adott kóros reakciók felismerésének, megelőzésének jelentőségét gyermekekben és serdülőkben. A vizsgálatok szerint a gyermek alkalmazkodásának egyik legfontosabb prediktora a szülő stressz-reakciója, így kiemelten fontos ennek vizsgálata, valamint a szülő támogatása a gyermeket ért traumatikus eseményhez történő alkalmazkodásban.

A szakirodalom szerint mind a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, mint az észlelt szülői hatékonyság befolyásolja a pediátriai eseményekhez kapcsolódó stressz-reakciót a szülőben, de nem találtunk olyan vizsgálatot, mely e két kognitív tényező összefüggéseinek, együttes hatásának feltárását célozta volna.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Az értekezésben bemutatásra kerülő vizsgálat-sorozat célja a kognitív érzelmszabályozó mechanizmusok és a kontrollálhatósággal, bejósolhatósággal, illetve énhatékonysággal kapcsolatos vélekedések szerepének és összefüggéseiknek vizsgálata a stresszre adott reakciókban és a mentális jóllétben, nem-klinikai mintán és speciálisan, hospitalizált gyermekek szüleiben. A kutatási lépéseket a 2. táblázat foglalja össze.

2. táblázat. A kutatási lépések áttekintése

Kutatási			
szakasz	Minta	Elrendezés	Célkitűzés
1.			
1/a.	Kényelmi, nem-klinikai (N=261)	Kereszt- metszeti	A Kognitív Érzellem-Reguláció Kérdőív magyar változatának elkészítése
1/b.	Kényelmi, nem-klinikai (n=162)	Kereszt- metszeti	A kognitív érzelmszabályozó stratégiák szerepének vizsgálata az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatában
2.			
2/a.	Hospitalizált gyermekek szülei (N=100)	Kereszt- metszeti	Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változatának elkészítése
2/b.	Hospitalizált gyermekek szülei (N=157 és 114)	Prospektív	Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelmszabályozó stratégiák szerepének vizsgálata a stresszre adott reakciókban
3.	Nem-klinikai, édesanyák (N=407)	Kereszt- metszeti	Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelmszabályozó mechanizmusok, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggéseinek vizsgálata

2.1. Az első kutatási szakasz céljai és hipotézisei

2.1.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának elkészítése

Mivel magyar nyelven nem állt rendelkezésre megfelelő mérőeszköz, első célkitűzésünk a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (Garnefski és mtsai, 2001a) magyar változatának elkészítése volt.

H1) A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív megbízható és érvényes vizsgálóeszköz, melynek faktorstruktúrája illeszkedik az eredeti, kilenc-faktoros modellhez.

H1') Másfelől, alternatív hipotézisként feltételezhetjük, hogy két másodrendű faktor (adaptív/nem-adaptív stratégiák) hozzáadása a kilenc elsőrendű faktorhoz, javít az illeszkedésen.

2.2.3. A kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések, a kognitív érzelem-szabályozás, és a szorongás kapcsolatának vizsgálata

Következő célkitűzésünk a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepének vizsgálata volt a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések (észlelt stressz) és a szorongás kapcsolatában.

H2a) A szakirodalommal összhangban feltételeztük, hogy az észlelt stressz pozitív együtt-járást mutat a szorongással.

H2b) Feltételeztük, hogy az észlelt stressz alacsonyabb szintje a végrehajtó funkciók alulműködésével jellemezhető kognitív érzelem-szabályozó stratégiák (önvád, rumináció, katasztrofizálás) gyakoribb, a végrehajtó funkciók aktivitásával járó stratégiák (pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés) ritkább alkalmazásával jár együtt.

H2c) Korábbi vizsgálatok alapján feltételeztük továbbá, hogy a nem-adaptív stratégiák (önvád, rumináció, katasztrofizálás, mások hibáztatása) pozitív, míg az adaptív stratégiák (pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés, elfogadás) negatív összefüggést mutatnak a szorongással.

A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések szerepének vizsgálatára a szorongásban, két alternatív modellt teszteltünk.

H2d) Korábbi vizsgálatok alapján feltételeztük, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediálják az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatát (mediátor modell).

H2d') Másfelől lehetséges, hogy az észlelt stressz szintje befolyásolja a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és a szorongás közötti kapcsolatot (moderátor modell).

2.3. A második vizsgálati szakasz céljai és hipotézisei

2.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változatának elkészítése

Bár a nemzetközi szakirodalom számos vizsgálóeszközt említ (Črnčec, Barnett, & Matthey, 2010), tudomásunk szerint mindeddig nem állt rendelkezésre olyan magyar nyelvű kérdőív, amely az észlelt szülői hatékonyság mérését célozná hospitalizált gyermekek szüleinek körében. A második vizsgálati szakasz első célkitűzése ezért az „Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív” (*The Parental Belief Scale for Parents of Hospitalized Children; PBS; Melnyk, 1994*) magyar változata elkészítése volt.

H3) A Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív az észlelt szülői hatékonyság megbízható és érvényes vizsgálóeszköze kórházban kezelt gyermekek szüleiben.

2.3.3. Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepének vizsgálata a stresszre adott reakciókban, hospitalizált gyermekek szüleiben

Kutatásunk második, legfontosabb szakaszában a „gyermekgyógyászati eseményekkel összefüggő traumatikus stressz-reakciók” modelljében (Kazak és mtsai, 2006) vizsgáldtunk, hipotéziseinket a szociális-kognitív elmélet (Benight és Bandura, 2004) alapján fogalmaztuk meg.

H4a) Korábbi vizsgálatok alapján feltételeztük, hogy az észlelt szülői hatékonyság, hospitalizált gyermekek szüleiben, fordított irányú kapcsolatot mutat a szorongással.

H4b) Feltételeztük, hogy a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák alkalmazása a szorongás magasabb, az adaptív kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok használata a szorongás alacsonyabb szintjével jár együtt.

Az én-hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a stresszre adott reakciók összefüggéseinek vizsgálatára ismét két alternatív modellt teszteltünk.

H4e) A szociális-kognitív elmélet alapján feltételeztük, hogy a szülői hatékonysággal kapcsolatos vélekedések kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat aktiválnak, melyek azután hatással vannak a helyzetre adott érzelmi reakcióra (mediátor modell).

H4e') Másfelől lehetséges, hogy az észlelt szülői hatékonyság szintje befolyásolja a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és az érzelmi válasz közötti kapcsolatot (moderátor modell).

2.4. A harmadik vizsgálati szakasz céljai és hipotézisei: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggéseinek vizsgálata nem-klinikai mintán

Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok összefüggésének további elemzése, illetve tisztázása céljából, kutatásunk harmadik szakaszában e kognitív tényezők szerepét vizsgáltuk a szülői szereppel való elégedettségben.

H5a) A szakirodalommal összhangban feltételeztük, hogy az észlelt szülői hatékonyság pozitív együtt-járást mutat a szülői szereppel való elégedettséggel.

H5b) Feltételeztük, hogy az észlelt szülői hatékonyság magasabb szintje az adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák gyakoribb, a nem-adaptív stratégiák ritkább alkalmazásával jár együtt.

H5c) Feltételeztük továbbá, hogy a nem-adaptív stratégiák negatív, míg az adaptív stratégiák pozitív összefüggést mutatnak az elégedettséggel.

A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és az észlelt szülői hatékonyság szerepének pontosabb megismerésére a szülői szereppel való elégedettségben, három alternatív modellt teszteltünk.

H5d) A szociális-kognitív elmélet alapján feltételeztük, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediálják az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatát (mediátor modell).

H5d') Másfelől lehetséges, hogy az észlelt szülői hatékonyság szintje befolyásolja a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és a szülői szereppel való elégedettség közötti kapcsolatot (moderátor modell).

H5d'') Végül feltételezhetjük, hogy a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok mediátor-szerepe függ az észlelt szülői hatékonyság szintjétől (feltételes folyamat, vagy moderált mediátor modell).

3. MÓDSZEREK

3.2. Eljárás és minta

3.1.1. Első kutatási szakasz

3.1.1.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív Magyar változatának adaptációja céljából bevont minta

Az első kutatási szakaszban nem-klinikai, kényelmi mintán vizsgáldtunk. A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottságának engedélyével kezdtük meg. A vizsgálatba 261 graduális és posztgraduális képzésben (klinikai szakpszichológus szakképzés, általános orvosképzés, a Doktori Iskola és a Testnevelési és Sporttudományi Kar) résztvevő hallgatót vontunk be, akik a Semmelweis Egyetem különböző karainak előadásain csoportosan, illetve az egyetemi kollégiumokban egyénileg töltötték ki a kérdőívcsomagot, a vizsgálatról szóló tájékoztató meghallgatása és elolvasása, valamint írásos beleegyezésük aláírása után. Az életkori átlag 26,14 év ($SD=8,37$, a legfiatalabb résztvevő 18, a legidősebb 59 éves volt). A nemek aránya a mintában kiegyenlített volt, 134 férfi (51,3%) és 127 nő (48,7%) adatait dolgoztuk fel. A válaszadók 42,1%-a a fővárost, 11,6%-a megyeszékhelyet, 29,5%-a valamilyen várost, 16,5%-a kisebb települést nevezett meg állandó lakhelyeként. A vizsgálati személyek édesanyja 12,3%-ban alapfokú, 33,3%-ban középfokú, és 54,4%-ban felsőfokú végzettséggel rendelkezett. Anyagi helyzetét a válaszadók 6,1%-a ítélte kifejezetten rossznak, 38,7%-uk kielégítőnek, 48,3%-uk jónak, és 16,5% nyilatkozott úgy, hogy nagyon jó pénzügyi körülmények között él (egy személy adatai hiányoztak).

3.1.1.2. A kognitív érzelem-szabályozás, az észlelt stressz, valamint a szorongás összefüggéseire vonatkozó hipotézisek vizsgálatába bevont almintá

A kognitív érzelem-szabályozás, az észlelt stressz, valamint a szorongás összefüggéseire vonatkozó hipotéziseinket egy 162 főből álló almintán vizsgáltuk. Százkét férfi (63,6%) és 60 nő (36,4%) adatait elemeztük, az életkori átlag 25,78 év volt ($SD=9,43$; *terjedelem*: 18—55). A férfiak és a nők életkori átlaga nem különbözött ($M_{\text{férfiak}}=26,08$ $SD_{\text{férfiak}}=9,14$ és $M_{\text{nők}}=25,27$ $SD_{\text{nők}}=9,96$; $t(160)=0,53$ $p=0,600$). A válaszadók 41,4%-a a fővárost, 9,9%-a megyeszékhelyet, 29,6%-a valamilyen várost, 19,1%-a kisebb települést nevezett meg állandó lakhelyeként. A vizsgálati személyek

édesanyja 17,9%-ban alapfokú, 28,4%-ban középfokú, és 53,7%-ban felsőfokú végzettséggel rendelkezett. Anyagi helyzetét a válaszadók 67,4%-a ítélte kifejezetten rossznak, 35,2%-uk kielégítőnek, 50,6%-uk jónak, és 6,2% nyilatkozott úgy, hogy nagyon jó pénzügyi körülmények között él (1 személy adatai hiányoztak).

3.1.2. Második kutatási szakasz

3.1.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változatának adaptációja céljából bevont minta

Következő vizsgálatunkba olyan gyermekek szüleit vontuk be, akik a Heim Pál Gyermekkorház Sebészet és Traumatológia Osztályán feküdtek. A 40 ágyas sebészeti osztály — amely a hét minden napján felvételes, — évente kb. 2700 beteget vesz fel, körülbelül minden második beteget baleset miatt (www.heimpalkorhaz.hu/sebeszet).

Az adatfelvételt két hullámban, 2012 és 2013 tavaszán végeztük. A vizsgálatból kizártuk azokat, akiknél a szülő nem volt elérhető, vagy nem beszélt magyarul.

Vizsgálatunkat egy, a gyermekek és szülők stresszre adott reakcióit vizsgáló, nagyobb kutatás részeként végeztük, és az illetékes Etikai Bizottság engedélyével kezdtük meg. A szülőt az osztályon szólítottuk meg, jellemzően 6-8 órával a hospitalizációt követően. A szülő a vizsgálatról szóló részletes írásos és szóbeli tájékoztatás, valamint írásos beleegyezése után egy kérdőívcsomagot töltött ki, amely többek között demográfiai adatokat, a szocio-ökonómiai státuszt, a szülő stresszre adott reakcióját, valamint az általános és helyzet-specifikus észlelt szülői hatékonyságot mérte.

A beválasztási kritériumok a következők voltak: 18 évesnél fiatalabb gyermek, a szülő elérhető, beszámítható, magyar anyanyelvű. Kizáró kritérium volt mentális retardáció a gyermekben.

Összesen 100 szülő (88 édesanya, 11 édesapa és 1 nevelőszülő) töltötte ki a kérdőívcsomagot, 54 fiú és 46 lány gondozója. A szülők életkori átlaga 37,20 év ($SD=5,78$), a gyermekeké 8,94 év ($SD=4,33$) volt. Hatvankét esetben történt akut felvétel (jellemzően baleset vagy appendicitis miatt), 38 gyermeket tervezett műtéti beavatkozás miatt hospitalizáltak. A gondozók közül alsó-fokú végzettségről 7%, középfokú végzettségről 54%, felsőfokú iskolai végzettségről 39% számolt be. A kórházban töltött napok mediánja 3 ($min=1$; $max=14$; *interkvartilis félterjedelem*: 2—5) volt.

3.1.2.2. A kognitív érzelem-szabályozás, az észlelt szülői hatékonyság, valamint a stresszre adott reakciók összefüggéseire vonatkozó hipotézisek vizsgálatába bevont minta

Ebbe a vizsgálati szakaszba azon szülőket vontuk be, akik gyermekét a Heim Pál Gyermekkórházban tervezett műtéti beavatkozás indikációval vettek fel (Fül-Orr-Gége Osztály, Orthopédia Osztály, Sebészet és Traumatológia, Urológiai Sebészet). Egy háromhetes toborzási időszak alatt minden, a bevásztási kritériumokat teljesítő szülőt megpróbáltunk bevonni a vizsgálatba.

A bevásztási kritériumok a következők voltak: 18 évesnél fiatalabb gyermeknél tervezett műtéti beavatkozás az elkövetkező egy héten belül, a szülő elérhető, beszámítható, magyar anyanyelvű. Kizáró kritérium volt mentális retardáció a gyermekben.

Vizsgálatunkat az illetékes Etikai Bizottság engedélyének birtokában kezdtük meg. A szülőt a preoperatív aneszteziológiai vizsgálat kapcsán szólítottuk meg (T_1), melyre 1—7 nappal a beavatkozás előtt került sor. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után a szülők belegeyző nyilatkozatot írtak alá. Ezután kapták meg a T_1 kérdőív-csomagot, melynek kitöltése nagyjából 20 percet vett igénybe. A szülők nagyobb része a kérdőívcsomagot az asszisztensi szobában töltötte ki, az aneszteziológiai vizsgálatra várakozva. A szülők kisebbik hányada a kérdőívet otthoni kitöltésre elkérte. A sebészeti beavatkozás napján, az intervenciót követő 1—6 órában (T_2), a betegágy mellett kerestük fel a szülőket. A T_2 kérdőívcsomag kitöltése 5-10 percet vett igénybe. A vizsgálatban való részvételért kompenzációt nem adtunk.

A bevásztási kritériumoknak 206 szülő-gyermek páros felelt meg, ezek közül 199 (96,6%) egyezett bele a vizsgálatban való részvételbe. A visszautasítás oka a szülő fáradtsága ($n=4$), illetve időhiány ($n=3$) volt. A T_1 időpontban kiosztott kérdőívcsomagok közül 157 (78,9%) érkezett vissza. A T_1 időpontban részt vevő, illetve kieső eseteket összevetettük a rendelkezésre álló demográfiai adatok mentén: a két csoportban nem különbözött a gyermekek életkori átlaga ($t(204)=-0,25$ $p=0,800$) és nemi megoszlása ($\chi^2(1)=0,17$ $p=0,684$).

A beavatkozás napján 114 szülő (a teljes minta 57,3%-a) volt elérhető. A kiesés oka a beavatkozás elhalasztása ($n=23$), korábbi emissio ($n=8$), illetve a szülő távolléte ($n=12$) volt. A T_2 időpontban elérhető minta jellemzőit a 3. táblázat mutatja.

Összehasonlítottuk a T_2 időpontban elérhető, illetve kieső eseteket: a két csoport nem különbözött a gyermek életkora ($t(155)=-0,25$ $p=0,806$), neme ($\chi^2(1)=0,10$ $p=0,756$), illetve a szülő iskolai végzettsége ($\chi^2(2)=0,33$ $p=0,848$) tekintetében. A T_2 mintában a gyermekek életkori átlaga 7,02 év ($SD=4,36$ *terjedelem*: 6 hónap — 17 év) volt.

3. táblázat. A 2.2. minta demográfiai jellemzői ($N=114$).

	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)
<i>Gyermek neme</i>		<i>Kórházi osztály</i>	
<i>Fiú</i>	72 (63,2)	<i>Fül-Orr-Gége Osztály</i>	52 (45,6)
<i>Kórházi tartózkodás</i>		<i>Orthopédia</i>	12 (10,5)
≤ 24 óra	81 (71,1)	<i>Sebészet és Traumatológia</i>	27 (23,7)
>24 óra	33 (28,9)	<i>Urológiai Sebészet</i>	23 (20,2)
<i>A vizsgálatban részt vevő gondozó</i>		<i>A gondozó iskolai végzettsége</i>	
<i>Édesanya</i>	101 (88,6)	<i>Alsó fokú</i>	21 (18,4)
<i>Édesapa</i>	13 (11,4)	<i>Középfokú</i>	53 (46,5)
<i>Egyéb</i>	1 (0,9)	<i>Felsőfokú</i>	40 (35,1)

3.1.3. A harmadik kutatási szakasz során bevont minta

A harmadik kutatási szakaszban egy korábbi, Márkné Dr. Ribiczey Nóra adjunktus vezetésével, az Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszékén végzett vizsgálat adatbázisával dolgoztunk.

A vizsgálatba, melynek eredeti célja az Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív (Johnston & Mash, 1989) magyar változatának adaptációja volt, 417 édesanyát vontak be. A nem-klinikai mintában kizáró kritérium volt a gyermekben krónikus testi/pszichiátriai megbetegedés fennállásáról, illetve jelenlegi vagy múltbeli pszichológiai/pszichiátriai kezeléssel szülői beszámoló.

A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottság engedélyezte. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás, valamint a beleegyező nyilatkozat aláírása után az édesanyák egy kérdőív-csomagot töltöttek ki, mely többek között a Gyermekviselkedés Kérdőív rövidített, szülői változatát, az Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőívet, a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőívet, valamint egy demográfiai adatlapot tartalmazott. A vizsgálatban való részvételért a kitöltők kompenzációt nem kaptak.

Elemzésünkben kizártuk a 4 évesnél fiatalabb gyermekek gondozóit, így összességében 407 személy adatait elemeztük. Az édesanyák életkori átlaga a mintában 40,03 év ($SD=6,43$; *terjedelem*: 25—59 év), a gyermekeké 11,12 év ($SD=4,62$; *terjedelem*: 4—18 év) volt. A minta demográfiai jellemzését a 4. táblázat mutatja.

4. táblázat. A harmadik kutatási szakasz mintájának demográfiai jellemzői ($N=407$).

	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>
<i>Gyermek neme</i>		<i>Lakóhely</i>	
<i>Leány</i>	205 (49,6)	<i>Főváros</i>	125 (30,7)
<i>Fiú</i>	202 (50,4)	<i>Nagyváros</i>	93 (22,9)
<i>Saját tulajdonú ingatlan</i>	385 (94,6)		
<i>Családszerkezet</i>		<i>Testvérek száma</i>	
<i>Eredeti teljes család</i>	335 (82,3)	<i>Egyetlen gyermek</i>	77 (18,9)
<i>Egy-szülős család</i>	54 (13,3)	<i>Egy testvér</i>	128 (31,4)
<i>Teljes család nevelőszülővel</i>	15 (3,7)	<i>Több testvér</i>	202 (49,7)
<i>Egyéb</i>	3 (0,7)		
<i>Édesanya iskolai végzettsége</i>		<i>Édesanya gazdasági aktivitása</i>	
<i>Alsó fokú</i>	189 (46,4)	<i>Aktív kereső</i>	308 (75,7)
<i>Középfokú</i>	131 (32,2)	<i>Munkanélküli</i>	19 (4,7)
<i>Felsőfokú</i>	87 (21,4)	<i>Egyéb (pl. GYED)</i>	80 (19,6)

3.2. MÉRŐESZKÖZÖK

3.2.1. Az első kutatási szakasz mérőeszközei

3.2.1.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív Magyar változatának adaptációja során alkalmazott mérőeszközök

Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ; Garnefski és mtsai, 2001a). A CERQ egy 36 tételből álló önkitöltő kérdőív, mely a nehéz élethelyzetek által keltett negatív érzelmek szabályozására szolgáló kognitív folyamatok feltérképezését célozza (Garnefski és mtsai, 2001a). A kilenc, egyenként négy tételt tartalmazó, alsókála öt adaptív (*elfogadás, pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív*

átértékelés, *perspektívába helyezés*) és négy nem-adaptív (*önvád, rumináció, katasztrofizálás, mások hibáztatása*) kognitív érzelem-szabályozó mechanizmust vizsgál. A válaszadó egy ötfokú Likert-skálán értékeli, hogy milyen gyakran aktivizálja az adott gondolkodási folyamatokat érzelmeinek befolyásolása érdekében (*1=szinte soha, 5=szinte mindig*). A magasabb pontszámok az adott stratégia gyakoribb használatát jelzik. A kilenc alskála értékelése mellett az adaptívnak, illetve a kevésbé adaptívnek tartott stratégiákra adott pontszámok összegével, valamint az összpontszámmal jellemezzük a vizsgálati személy kognitív érzelem-szabályozását. Az alskálák:

- az *önvád* a személynek azon kognícióira vonatkozik, melyekben önmagát teszi felelőssé a negatív életesemény bekövetkezéséért (Anderson és mtsai, 1994) (*„Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt”*);
- a *rumináció* vagy örlődés az átéltekkel kapcsolatos érzéseinkkel, gondolatainkkal való állandó és terméketlen foglalatosság (Nolen-Hoeksema és mtsai, 1994) (*„Gyakran rágódom azon, mit is érzek azzal kapcsolatban, amit átéltem”*);
- a *katasztrofizálás* a történetek negatív aspektusainak, káros következményeinek felnagyítása (Sullivan és mtsai, 1995) (*Gyakran gondolok arra, hogy átéltem a legrosszabbat, ami egy emberrel megtörténhet*);
- *mások hibáztatása*, vagyis a felelősség kívülre helyezése (Tennen & Affleck, 1990) (*Úgy érzem, mások a felelősek azért, ami történt*);
- az *elfogadás* egyfajta rezignált attitűd a történésekkel kapcsolatban (Carver és mtsai, 1989) (*„Azt gondolom, el kell fogadnom, ami történt”*);
- a *pozitív fókuszváltás* a figyelem átirányítása a negatív eseményekről, azokkal összefüggésben nem álló, kellemes kogníciókra (Endler & Parker, 1990) (*„Kellemesebb dolgokra gondolok”*);
- *tervezés*, vagyis az azzal való foglalatosság, hogy milyen viselkedéses stratégiákat lehetne alkalmazni a helyzet megoldására (Carver és mtsai, 1989; Folkman & Lazarus, 1988) (*„Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb, amit tehetek”*);
- a *pozitív átértékelés* a helyzet pozitív jelentéssel való felruházása, akár a személyes növekedés terminusaiban is (Carver és mtsai, 1989; Spirito, Stark, & Williams, 1988) (*„Arra gondolok, hogy tanulhatok valamit a helyzetből”*);
- a *perspektívába helyezés* az áléltek negatív megítélésének redukciója oly módon, hogy más élményeinkkel vagy mások élményeivel vetjük össze azokat (Allen &

Gilbert, 1995) („*Arra gondolok, hogy mások sokkal rosszabb dolgokon mennek keresztül*”).

A CERQ-t serdülő és felnőtt mintán, időskorúakban, valamint pszichiátriai betegpopuláción is tanulmányozták, jó pszichometriai mutatókkal jellemezték (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002). A normatív adatok több mint 2500 személy vizsgálatán alapulnak. Az angol verzió mellett a kérdőív holland (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001b), francia (Jermann és mtsai, 2006), lengyel (Marszal-Wisniewska, 2006) és kínai (Zhu és mtsai, 2008) változata is elkészült. A kérdőívet angolszász nyelvterületen széles körben alkalmazzák a kutatásban és a klinikumban, az érzelmi- és hangulatzavarok kognitív háttértényezőinek feltérképezésére.

Az eredeti változat mellett egy rövidített, 18-tételes változat is elterjedt (Garnefski és Kraaij, 2006a), melyben az alsókálához tartozó itemek számát a reliabilitás-mutatók figyelembevételével kettőre csökkentették. Egy, több mint hatszáz főből álló, nem-klinikai mintán a rövid változat belső megbízhatósága az önvád alskála esetében elfogadható ($\alpha=0,67$), a többi alskála esetében jó, illetve nagyon jó volt ($\alpha=0,73—0,81$). A rövidített skála megfelelő stabilitással, faktoriális és prediktív validitással rendelkezett (Garnefski és Kraaij, 2006a). Vizsgálatunkban mind az eredeti, mind a rövidített változatot teszteltük.

A magyar változat elkészítése a szerzők engedélyével, a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően történt. Az angol verziót két, független fordító ültette át magyarra, a fordítások egybevetése alapján létrehozott változathoz hivatalos visszafordítás készült. A visszafordított változatot megküldtük az eredeti szerzőnek (N.G.), aki érdemi eltérést nem jelzett. A magyar változat az eredeti szerző tulajdona, aki a vizsgálóeszközt kutatási célokra díjmentesen rendelkezésre bocsátja.¹

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (R-BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített, 9 tételes változata az érdeklődés és az örömképesség csökkenését, a döntésképtelenséget, az alvászavart, a fáradékonyságot, a túlzott aggodást, gátoltságot, a reménytelenséget, közömbösséget,

¹ Az igényléshez szükséges formanyomtatvány elérhető a következő honlapon:

www.socialsciences.leiden.edu/psychology/organisation/chn/health/research/instruments

valamint az önvádat méri. A 4-fokú Likert-skálán adott magasabb pontszámok több depressziós tünetet jeleznek. A magyar változat pszichometriai elemzését Rózsa, Szádóczky, és Füredi (2001) végezték el. A kérdőív belső megbízhatósága mintánkon jónak bizonyult (Cronbach- $\alpha=0,81$).

WHO Általános Jól-lét Skála (Well-Being Index, WBI-5; Bech, Staehr-Johansen, & Gudex, 1996). A vizsgálati személyek egy 126 főből álló alcsoportja (50 férfi és 76 nő) az 5 tételes WHO Általános Jól-lét Skálát is kitöltötte az általános közérzet felmérésére. A kérdőív a szubjektív jóllét olyan jellemzőit vizsgálja, mint a pozitív hangulat, az ellazultság, aktivitás, frissesség és az érdeklődés. A magyar változat pszichometriai mutatóit Susánszky, Konkoly Thege, Stauder, és Kopp (2006) ismertetik. A kérdőív belső konzisztenciája mintánkon megfelelő volt (Cronbach- $\alpha=0,71$).

Demográfiai adatlap. Az általunk összeállított, rövid demográfiai adatlap a személy nemére, életkorára, lakóhelyére, szubjektív anyagi helyzetére, valamint édesanyja iskolai végzettségére kérdezett rá.

3.2.1.2. A kognitív érzelem-szabályozás, az észlelt stressz, valamint a szorongás összefüggéseire vonatkozó hipotézisek vizsgálata során alkalmazott mérőeszközök

Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (CERQ; Garnefski és mtsai, 2001a). A kérdőív ismertetését ld. a 3.2.1.1. fejezetben. Almintánkon a CERQ alskálák belső konzisztenciája az elfogadás alskála esetében elfogadható volt ($\alpha=0,67$), a többi alskála reliabilitás mutatói 0,70 és 0,88 közé estek, ami jó/nagyon jó belső megbízhatóságot jelez (ld. 13. táblázat).

Észlelt Stressz Skála, 4-tételes változat (PSS4; Cohen, 1988; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). A PSS arra kérdez rá, hogy a személy az elmúlt hónapra vonatkozóan milyen mértékben ítéli helyzetét általában kontrollálhatatlannak és bejósolhatatlannak ("Az elmúlt hónapban érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?"). Az eredeti skála (Cohen, 1988) 14 Likert-típusú kérdést tartalmaz (1=soha 5=nagyon gyakran). A négy-tételes változat (Cohen és mtsai, 1983) az eredeti skálához hasonlóan jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik. A magyar változatok pszichometriai elemzéséről Stauder és Konkoly Thege (2006) számolt be. A PSS4 erős korrelációt mutatott az eredeti változattal ($r=0,93$), valamint jó belső

konzisztenciával ($\alpha=0,79$) és kiváló stabilitással (teszt-reteszt $r=0,90$) volt jellemezhető. Vizsgálatunkban a PSS4 belső megbízhatósága nagyon jónak bizonyult ($\alpha=0,83$).

Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, vonás-szorongás alskála (STAI-T; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). A STAI a leggyakrabban használt önkitöltő kérdőív a szorongás mérésére, melynek reliabilitását és validitását számos kultúrában igazolták (Novy, Nelson, Goodwin, & Rowzee, 1993). A 20 Likert-típusú tételt (*I=szinte soha 4=szinte mindig*) tartalmazó állapot-szorongás alskála a személy aktuális szorongásos reakcióját vizsgálja, míg a szintén 20 tételes vonás-szorongás skála a szituációk széles skálájában jelentkező feszült, aggodalmas érzelmi állapotot méri. Vizsgálatunkban ez utóbbi alskálát alkalmaztuk. Magasabb pontérték a szorongás magasabb szintjére utal. A magyar változatról Sipos és Sipos (1983) számolt be. Mintánkon a STAI-T kiváló belső konzisztenciát mutatott ($\alpha=0,90$).

Demográfiai adatlap. (ld. 3.2.1.1. fejezet)

3.2.2. A második kutatási szakasz mérőeszközei

3.2.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív adaptációja során alkalmazott mérőeszközök

Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív (The Parental Belief Scale for Parents of Hospitalized Children; PBS; Melnyk, 1994). A húsz állítást tartalmazó kérdőív arra kérdez rá, mennyire érti és látja előre a szülő azt, hogy hogyan reagál gyermeke a kórházi környezetre („*Tudom, milyen érzelmi reakciói lesznek gyermekemnek a kórházban.*“), illetve hogyan látja saját szülői szerepét ebben a helyzetben („*Tudom, hogyan segítek gyermekemnek, hogy jól viselje a kórházi tartózkodást*”). A szülő egy 1-től („*egyáltalán nem ért egyet*”) 5-ig („*teljesen egyetért*”) terjedő skálán jelölheti meg, mennyire ért egyet az állításokkal. Az egyes tételekre adott pontszámot összeadjuk, magasabb pontszám magasabb észlelt szülői kompetenciát jelez.

Intenzív osztályon kezelt gyermekek szüleiben az eredeti kérdőív nagyon jó belső konzisztenciát ($\alpha=0,86$) mutatott, és közepesen erős pozitív kapcsolatban állt a szülő aktuális szorongásával, valamint a szülőnek a gyermek ápolásában, gondozásában való

aktív részvételével, a gyermekápolók értékelése alapján (Melnik, 1994; Melnik és mtsai, 2007).

A magyar változat elkészítése a szerző engedélyével, a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően történt. A kérdőívet két, független fordító ültette át magyar nyelvre, a két változatot összevetették, az eltéréseket megbeszélték. A kulturális adaptáció során egy, a kórházban kezelt gyermekek szüleinek vizsgálatában jártas szakember segítségével a kérdőívben bizonyos változtatásokat eszközöltünk. A jobb érthetőség kedvéért a fordított tételeket egyenes állításokká alakítottuk és az eredeti kérdőív harmadik állítását, amelyet a leginkább érthetőnek és általánosnak ítéltünk, az első helyre tettük. Egy további változtatást is végrehajtottunk, elméleti alapon: két, általános állítást a szülőtől való szeparációra vonatkoztattunk („Tudom, hogyan fog viselkedni a gyermekem a kórházban, *ha egy időre el kell mennem.*”; „Tudom, mit mondjak gyermekemnek, *ha egy időre egyedül kell hagynom a kórházban.*”; változtatásainkat dőlt betűvel jelöltük). Ezt azért tartottuk fontosnak, mert újabb kutatások szerint nem csak a fájdalom mértéke, hanem a szeparációs szorongás is mediátora a stresszre adott kóros reakcióknak hospitalizált gyermekekben (Saxe és mtsai, 2005). A magyar változathoz hivatalos visszafordítás készült, melyet független, kétnyelvű bíráló vetett össze az eredeti változattal.

Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC; Johnston & Mash, 1989). Ez a kérdőív az általános észlelt szülői hatékonyság mérésére szolgál. A kitöltőnek egy hatfokú Likert-skálán kell megítélnie, mennyire ért egyet egyenként a 16 állítással. Két alskálát tartalmaz: az elégedettség és a hatékonyság skálákat. Az elégedettség skála a szülő motiváltságát, frusztrációját, a szülői szereppel kapcsolatos érzéseit foglalja magában („*Az, hogy szülő vagyok, feszültté és idegessé tesz engem.*”). A hatékonyság skála olyan állításokat tartalmaz, melyek a szülő szubjektív ítéletei arról, mennyire érzi magát otthonosan a szülő-szerepben, mennyire érzi sikeresnek magát anyaként/apaként, hogyan gondolkodik saját készségeiről („*Őszintén hiszem, hogy minden képességem megvan ahhoz, hogy jó anyja/apja legyek a gyermekemnek.*”). A PSOC kérdőív pszichometriai tulajdonságaival kapcsolatban Johnston és Mash (1989) az elégedettség skála esetében 0,75-ös, a hatékonyság esetében pedig 0,76-os Cronbach alfaról számol be. A teljes kérdőív esetében 0,79-es alfát kaptak. Egy 417 édesanyából álló, nem-klinikai mintán a magyar változat megfelelő belső

konzisztenciát (Cronbach- α = 0,70—0,80), elfogadható faktorstruktúrát (NFI=0,988; CFI=0,993; RMSEA=0,056) és erős időbeli stabilitást (*teszt-reteszt* r = 0,55—0,69) mutatott (Ribiczey, Eszláry, Miklósi, nem publikált vizsgálat). Mintánkon a PSOC elégedettség és hatékonyság alskála jó/nagyon jó belső konzisztenciát mutatott (rendre, α =0,70 és 0,80).

Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála (STAI-S; Spielberger és mtsai, 1970; Sipos & Sipos, 1983). A kérdőív ismertetését ld. a 3.2.1.2. fejezetben. Az állapot-szorongás alskála a személy aktuális szorongásos reakcióját vizsgálja. Mintánkon a STAI-S belső konzisztenciája kiválóan (α =0,93) mutatkozott.

Demográfiai adatlap. Az általunk összeállított demográfiai adatlap kérdései a következőkre vonatkoznak: a gyermek neme, életkora, a kitöltő személye, életkora, iskolai végzettsége. Regisztráltuk a hospitalizáció indokát és időtartamát.

3.2.2.2. A kognitív érzélem-szabályozás, az észlelt szülői hatékonyság, valamint a stresszre adott reakciók összefüggéseire vonatkozó hipotézisek vizsgálata során alkalmazott mérőeszközök

Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív (PBS; Melnyk, 1994). A mérőeszköz ismertetését ld. a 3.2.2.1. fejezetben. Mintánkon a PBS belső konzisztenciája kiválóan (α =0,94) mutatkozott.

Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála (STAI-S; Spielberger és mtsai, 1970). A kérdőív ismertetését ld. a 3.2.1.2. fejezetben. Az állapot-szorongás alskála a személy aktuális szorongásos reakcióját vizsgálja. Mintánkon a STAI-S belső konzisztenciája kiválóan (α =0,92) mutatkozott.

A Kognitív Érzélem-Reguláció Kérdőív — rövidített változat (CERQ-short; Garnefski & Kraaij, 2006a). A kérdőív ismertetését ld. a 3.2.1.1. fejezetben. A kérdőívet adaptáltuk a vizsgálat céljainak megfelelően, az eredeti szerző ajánlásai alapján (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002): az instrukciót kissé megváltoztattuk a szülők figyelmét a gyermek hospitalizációjára irányítva ("*Sok szülő számára nehéz lehet, ha gyermeke kórházba kerül. Minden szülő másképp gondolkodhat ebben a helyzetben. Kérjük, jelölje meg, milyen gyakran gondol a következőkre gyermeke betegségével,*

kórházi tartózkodásával kapcsolatban!"). Elemzésünkben az adaptív (CERQ-A) és a nem-adaptív stratégiák (CERQ-NA) alskálát használtuk, melyek belső megbízhatósága mintánkon jónak bizonyult (rendre, $\alpha = 0,76$ és $0,78$).

Demográfiai kérdőív. A demográfiai kérdőív a gyermek nemére, életkorára, a szülő iskolai végzettségére, a megelőző kórházi tartózkodásokra kérdezett rá. A kórházi osztályt és a kórházi tartózkodás hosszát regisztráltuk.

3.2.3. A harmadik kutatási szakasz vizsgálóeszközei

Gyermekviselkedés Kérdőív, rövidített, szülői változat (CBCL-short; Achenbach, 1991; Gádoros, 1996). A mérőeszköz 47 Likert-típusú tételt tartalmaz a Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991) tételei közül, mely 4—18 éves gyermekek érzelmi- és viselkedéses problémáinak feltérképezésére szolgáló vizsgálóeszköz. A rövidített változat pszichometriai mutatóiról Gádoros (1996) számol be. Elemzésünkben az internalizáló és az externalizáló tünetek alskálát használtuk, melyek belső megbízhatósága mintánkon nagyon jó volt (rendre, $\alpha = 0,83$ és $\alpha = 0,86$).

Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (CERQ; Garnefski és mtsai, 2001a). A kérdőív ismertetését ld. a 3.2.1.1. fejezetben. A kérdőívet adaptáltuk a vizsgálat céljaihoz az eredeti szerzők útmutatója alapján (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002): az instrukciót kissé módosítottuk, a szülők figyelmét a Gyermekviselkedés Kérdőívben jelzett érzelmi- és viselkedéses problémákra irányítva. Mintánkon a CERQ alskálái elfogadható/nagyon jó belső reliabilitást mutattak (lásd 22. táblázat).

Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC; Johnston & Mash, 1989). A mérőeszköz bemutatását lásd a 3.2.2.1. fejezetben. Mintánkon a PSOC elégedettség és hatékonyság alskálája jó/nagyon jó belső konzisztenciával volt jellemezhető (Cronbach- α rendre, $0,70$ és $0,80$).

Demográfiai kérdőív. A demográfiai adatlap huszonöt kérdést tartalmazott, melyek az életkor és a nem mellett, többek között, a szülők végzettségét, gazdasági aktivitását, a családszerkezetet, és a lakáskörülményeket vizsgálták.

3.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzésekhez az SPSS 17.0, illetve a későbbiekben az IBM SPSS Statistics 20 programcsomagot használtuk. A hiányzó adatok pótlását – amennyiben arányuk skálánként nem érte el a 10%-ot – többszörös regressziós eljárással végeztük el. A szignifikancia szintet $\alpha=0,05$ -ben határoztuk meg, a többszörös próbák esetében Bonferroni korrekciót alkalmaztunk ($\alpha'=\alpha/k$, ahol k az elvégzett próbák száma).

Két csoport átlagának összehasonlítására a normalitás-vizsgálat eredményétől függően két-mintás t-próbát, illetve Mann-Whitney próbát használtunk. Folytonos változóink közötti kapcsolatot a normalitás-vizsgálat eredményétől függően Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. Nominális változók esetében χ^2 -próbát alkalmaztunk.

A mediátor/moderátor elemzéshez Preacher és Hayes (2008) többszörös mediátor modelljét (és az általuk készített „MEDIATE” SPSS makrót), a későbbiekben pedig a Hayes (2013) által ismertetett feltételes folyamat modellezés (*conditional process modelling*) módszerét, és az általa készített komputációs eszközt (PROCESS) használtuk. E többszörös lineáris regresszió-elemzésen alapuló módszerekről tudomásunk szerint magyar nyelvű szakirodalom nem áll rendelkezésre, ezért az alábbiakban röviden ismertetjük ezeket.

3.3.1. A többszörös mediátor modell

Mediátornak nevezzük a matematikai statisztikában azon köztes változót, mely közvetíti X hatását Y-ra. A klinikumban a mediátor-változók vizsgálata fontos, például a terápiás hatás mechanizmusainak megértésében: arra a kérdésre keresi a választ, hogy mely (kognitív, viselkedéses, fiziológiai, emocionális vagy egyéb) tényezők megváltoztatásán keresztül értünk el javulást. A mediátor modellt az 1/a ábra mutatja.

Hagyományosan, Baron és Kenny (1986) alapján, a mediátor-elemzést több lépésben végezzük. Ahhoz, hogy M mediálja X és Y kapcsolatát, Baron és Kenny szerint három feltételnek kell teljesülnie, melyeket lineáris regresszió-elemzéssel ellenőrizhetünk: X és Y szignifikánsan összefügg (*szignifikáns teljes hatás, ld. 1. egyenlet*), X és M szignifikánsan összefügg (*2. egyenlet*), valamint M és Y szignifikánsan összefügg, kontrollálva az elemzést X-re (*3. egyenlet*).

$$(1) Y=i_1 + cX + e_y$$

$$(2) M=i_2 + aX + e_m$$

$$(3) Y=i_3 + c'X + bM + e_y$$

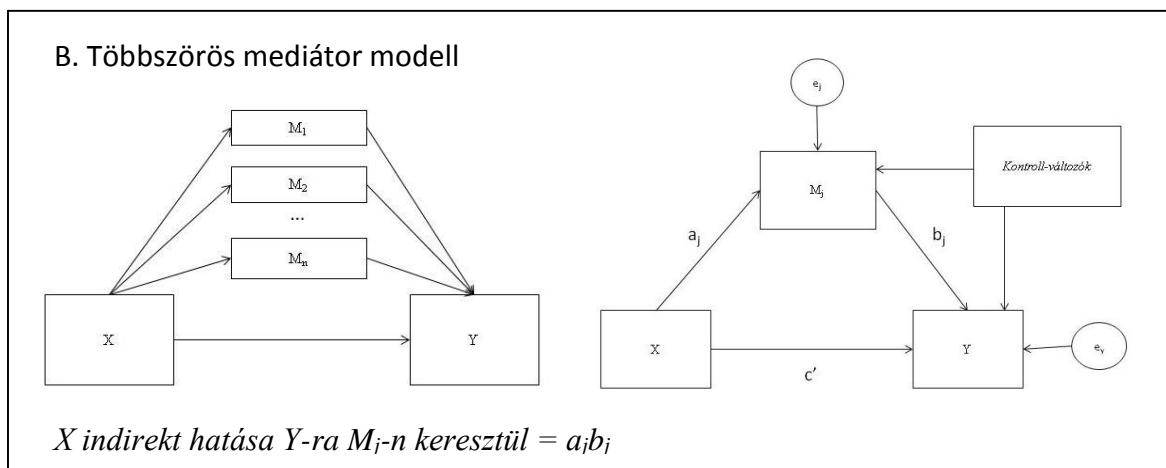
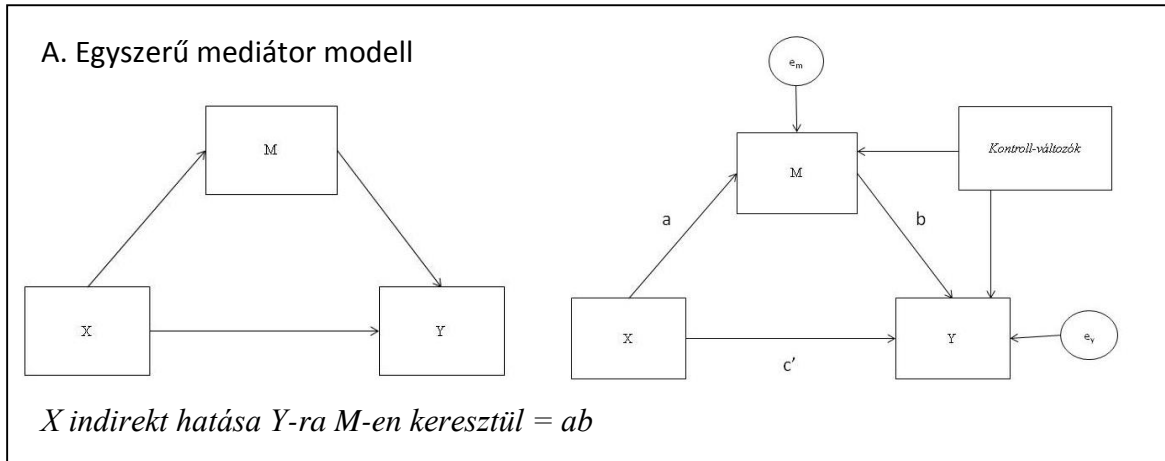
Ebből, c az X teljes hatása Y -ra, a az X hatása M -re, és b az M hatása Y -ra, kontrollálva X -re. Ha mindhárom feltétel teljesül (vagyis a $c=0$; $a=0$ és $b=0$ hipotéziseket elvethetjük), akkor mondhatjuk, hogy M mediálja X és Y kapcsolatát. Ebben az esetben, ha $|c'| < |c|$ és a $c'=0$ hipotézis nem elvethető, akkor Baron és Kenny (1986) szerint M *teljesen moderálja* X hatását Y -ra, ha a $c'=0$ hipotézis elvethető, akkor a mediátor-hatás *részleges*.

A modern matematikai statisztika elméletalkotói azonban számos kritikát fogalmaztak meg ezzel az algoritmussal kapcsolatban (Hayes, 2009; 2013). Egyfelől, a Baron és Kenny (1986) által megfogalmazott kritériumok csak indirekt módon vizsgálják a mediációt; helyesebb, ha olyan matematikai modellben gondolkodunk, amely explicit módon számszerűsíti a mediátor-hatást. Továbbá, Baron és Kenny (1986) több-lépcsős módszere háromszorosára növeli az elsőfajú hiba valószínűségét, amit kiküszöbölhetnénk, ha az indirekt feltételek helyett közvetlenül a mediátor-hatás szignifikanciáját vizsgálnánk. Harmadrészt, a Baron és Kenny (1986) féle algoritmus első lépése X teljes hatásának értékelése Y -ra (c , az 1. egyenletről), mely, ha nem szignifikáns, az a művelet befejezését jelenti. A teljes hatás azonban a modern elméletalkotók szerint nem szükséges feltétele a mediátor-hatás létezésének (Hayes, 2013). Például, ha két mediátor közvetíti X hatását Y -ra, melyek abszolút értéke megegyezik, előjelük azonban ellentétes, akkor könnyen belátható, hogy a teljes hatás nulla lesz. További példa erre, ha a populáció két alcsoportjában (például férfiakban és nőkben) X és Y ellentétes irányú összefüggést mutat. Ebben az esetben a minta összetétele (például a férfi/nő arány) fogja meghatározni, hogy a teljes hatásra pozitív, negatív, vagy nulla eredményt kapunk. Ezekben az esetekben a Baron és Kenny logika elveti a mediáció lehetőségét, míg egy pontosabb algoritmussal ezek a hatások is megtalálhatók. Végül, a Baron és Kenny logika dichotómiában gondolkodik a mediátor-hatásról, mely vagy létezik, vagy sem. A kvantitatív szemlélet azonban előnyösebb: ha explicit módon számszerűsítjük a mediátor-hatásokat, akkor például lehetővé válik, hogy a különböző mediátorokat összehasonlítsuk, vagy bonyolultabb elméleti modellekben gondolkodjunk (például mediált moderáció vagy moderált mediáció).

A „teljes” és „részleges” mediáció fogalma is kritika tárgya (Hayes, 2009; 2013). Egyfelől, ezeknek a fogalmaknak csak akkor van értelme, ha $c \neq 0$; fentebb azonban amellet érveltünk, hogy a szignifikáns teljes hatás nem szükséges feltétele a mediációnak. Másfelől, a „teljes mediáció” nem mond semmit más lehetséges mediátorok létezéséről. Az is előfordulhat, hogy két szeparált, egyszerű mediátor modellben két különböző mediátorról fogjuk megállapítani, hogy „teljesen mediálja” az X és az Y változók közötti kapcsolatot. Továbbá, a teljes/részleges mediációra vonatkozó hipotézis-tesztelés eredménye az elemszám függvénye. Könnyű belátni, hogy kisebb elemszám mellett nagyobb valószínűséggel fogjuk megtartani a $c = 0$ hipotézist, és ezzel „teljes” mediációra következtetni.

A Baron és Kenny féle feltételek ellenőrzése helyett tehát helyesebb, ha a 2. és 3. egyenletekből kiszámoljuk az indirekt hatást, mely egyszerűen ab lesz. Az ab szorzat szignifikanciáját többféle módszerrel vizsgálhatjuk. A hagyományos megoldás a Sobel-teszt alkalmazása (Sobel, 1982). Ez azonban feltételezi, hogy ab a populációban normális eloszlást követ, mely feltétel általában, a magatartástudományokban is használatos elemszámok mellett, nem teljesül (Stone & Sobel, 1990), ami ab standard hibájának becslését torzítja. Ezért javasolt olyan módszert választani melyhez nem szükséges ez a feltétel. Egy ilyen lehetőség a bootstrap módszer, mely az eredeti mintából ismételt, visszatevéses mintavétel révén ad aszimmetrikus intervallum-becslést az indirekt hatásra a populációban (Preacher & Hayes, 2008). Az intervallum-becslést korrigálni szokás azon bootstrap mintavételek számára, melyekben az indirekt-hatás pontbecslése kisebb ab -nél, az eredeti mintából származó pontbecslés értékénél (*bias-corrected bootstrap confidence interval*), illetve az indirekt hatásra vonatkozó bootstrap becslések eloszlásának ferdeségére (*bias-corrected and accelerated bootstrap confidence interval*). A bootstrap mintavételek száma általában több ezer, de 10000 felett nem várható érdemi javulás a becslés pontosságában (Hayes, 2013).

A valóságban feltételezhetően ritka eset, hogy két változó kapcsolatát csupán egyetlen mediátor közvetíti. A többszörös mediátor modell (1/a ábra B) az egyszerű mediátor modell kiterjesztése, mely több mediátor hatásának szimultán vizsgálatát teszi lehetővé (Preacher & Hayes, 2008).



1/a ábra. Mediátor modellek (elméleti és statisztikai diagram). Ekvivalensek a PROCESS (Hayes, 2013) 4. modelljével. a , b , c : regressziós koefficiensek.

Ebben a modellben a (2) és (3) egyenlet, n mediátor esetén, a következőképpen módosul:

$$(4) M = i_2 + a_j X + \epsilon_m$$

$$(5) Y = i_3 + c' X + \sum_{j=1}^n b_j M_j + \epsilon_y$$

Ebből, a_j az X hatása M_j -re, b_j az M_j hatása Y -ra, kontrollálva X -re és a többi mediátorra. Továbbá, X (specifikus) indirekt hatása Y -ra M_j -n keresztül = $a_j b_j$, X teljes indirekt hatása Y -ra az n mediátoron keresztül = $\sum_{j=1}^n a_j b_j$, és c' az X hatása Y -ra, kontrollálva az összes mediátorra. A specifikus indirekt hatások tesztelésére itt is a bootstrap módszer javasolt (Preacher & Hayes, 2008).

3.3.2. Moderátor modellek

Moderátornak nevezzük a matematikai statisztikában azt a változót, melynek szintje befolyásolja a független és a függő változó kapcsolatát (1/b ábra). A moderátor változók vizsgálata arra a kérdésre válaszol, hogy milyen feltételek mellett érvényesek az általunk feltételezett összefüggések, például milyen feltételek mellett hatékony egy terápiás eljárás, ugyanolyan hatékony-e például férfiakban és nőkben, vagy különböző életkorokban (Holmbeck, 2002).

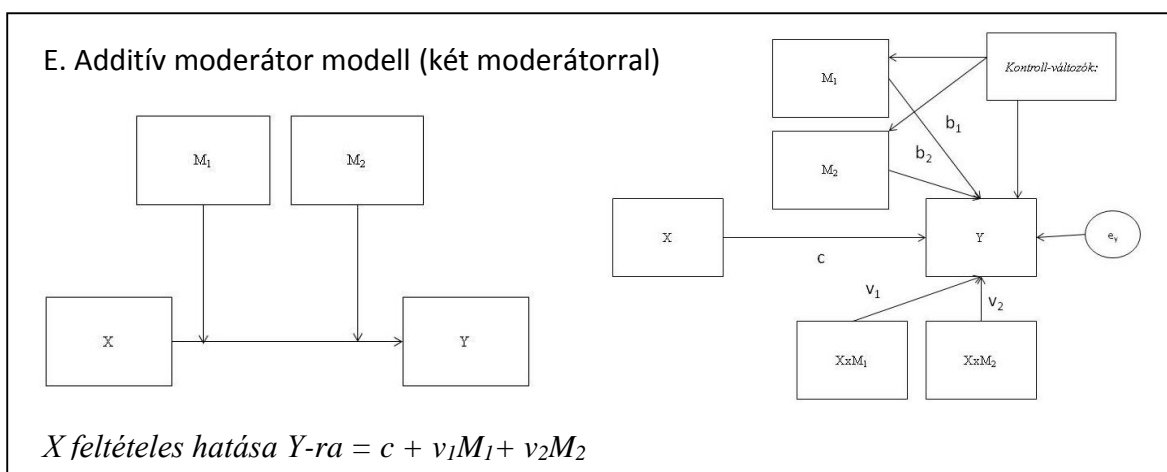
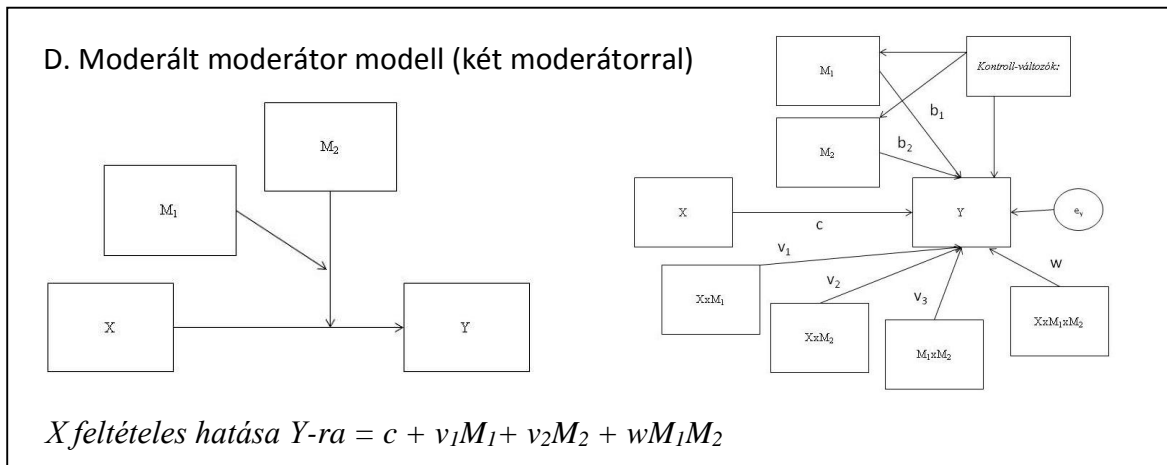
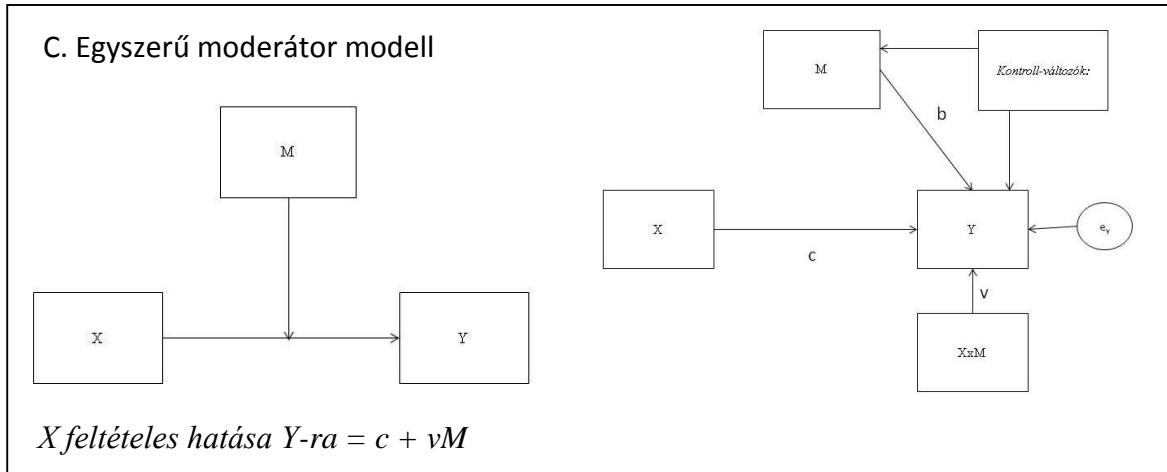
A moderátor elemzéshez vizsgálat-sorozatunkban nem tudtunk egységes módszert alkalmazni, a minta nagysága és a változók száma alapján kellett kiválasztanunk a leginkább megfelelő matematikai modellt.

Amennyiben a változók száma viszonylag alacsony volt, többszörös hierarchikus regresszió elemzést végeztünk, lépésenként bevonva az i -ed rendű interakciós tagokat (ahol n változóra $i=1 \dots n$). Ez a modell, például $n=3$ -ra, három lépésben, három elsőrendű, három másodrendű, és egy harmadrendű tagot tartalmaz, a szükséges kovariánsok mellett (*moderált moderátor modell*, 1/b ábra D). A szignifikáns másodrendű interakciós tag jelzi a moderációt, míg a szignifikáns harmadrendű interakciós tag *moderált moderációra* utal (Hayes, 2013). A változók számának növekedésével azonban ez a modell hamar túlzottan bonyolulttá, és ezért értelmezhetetlenné válik, így más megoldást kell választanunk.

Amennyiben a változók száma nagy, akkor egy lehetséges megoldás, ha csak a másodrendű interakciós tagok bevonása mellett döntünk. Amennyiben az elemszám is megfelelően nagy, akkor a másodrendű tagokat egyetlen modellben vizsgálhatjuk (*additív moderátor modell*, 1/b ábra E). Ennek a modellnek azonban az a megszorítása, hogy feltételezi a moderátor-hatások függetlenségét a többi moderátor értékétől (Hayes, 2013). Amennyiben azonban a minta nagysága a változók számához képest relatíve kicsi, nem célszerű ezt a módszert alkalmazni, helyesebb, ha a másodrendű tagokat külön modellekben vizsgáljuk, melyekbe kovariánsként bevonjuk a többi, az interakciós tagban nem szereplő változót. Ha így k szeparált modellt vizsgálunk, helyesen járunk el, ha a szignifikancia szintet, Bonferroni korrekcióval, $\alpha'=\alpha/k$ -ra csökkentjük.

Ezekben a modellekben a szignifikáns másodrendű interakciós tag utal (egyszerű) moderációra, mely esetén post-hoc elemzéssel (Holmbeck, 2002) meghatározhatjuk a függő és független változó összefüggését jellemző regressziós egyenes meredekségét (és

a regressziós együttható szignifikancia-szintjét) a moderátor tetszőleges (konvenció szerint az átlagtól +/-1 szórásnyira eső) értékei mellett.



1/b. ábra. Moderátor modellek (elméleti és statisztikai diagram). Ekvivalensek rendre a PROCESS (Hayes, 2013) 1., 2. és 3. modelljeivel. b , c , v , w : regressziós koefficiensek.

3.3.3. A feltételes folyamat (moderált mediátor) modell

A feltételes folyamatok elemzése annak vizsgálatát teszi lehetővé, hogy milyen feltételek mellett közvetíti X hatását Y-ra egy, vagy több mediátor. Például, elméletileg lehetséges, hogy egy terápiás módszer nőknél az én-hatékonyság növekedéséhez vezet, és ezen keresztül csökkenti a depresszió szintjét, de ugyanez a módszer férfiakban az ön-elfogadást erősíti, és ez által éri el ugyanazt a hatást. Tulajdonképpen arról van szó, hogy a mediátor-hatást valamilyen tényező moderálja, ezért a feltételes folyamat modelleket moderált mediátor modelleknek is nevezhetjük (Hayes, 2013).

Nagyon sokféle feltételes folyamat modellt alkothatunk, hiszen a (többszörös) mediátor modell minden útvonalára mutathat (nak) moderátor-változó(k) (*bővebben, ld. Hayes, 2013*). Összefoglalónkban egyetlen feltételes folyamat modellt ismertetünk, melyben X moderálja saját indirekt hatását Y-ra (1/c ábra). Például, Steffener, Barulli, Habeck és Stern (2014) azt a hipotézist vizsgálta, hogy az életkor, bizonyos agyi struktúrák aktivitásán keresztül, befolyásolja az exekutív kontrollt igénylő feladatokban nyújtott teljesítményt, de ez a mediátor-hatás az életkor függvénye. Eredményeik szerint, a frontális lebeny bizonyos területeinek, életkor-specifikus, fokozott aktivitása idősekben *rosszabb* teljesítménnyel járt együtt, míg fiatal felnőttekben ez az összefüggés nem volt igazolható.

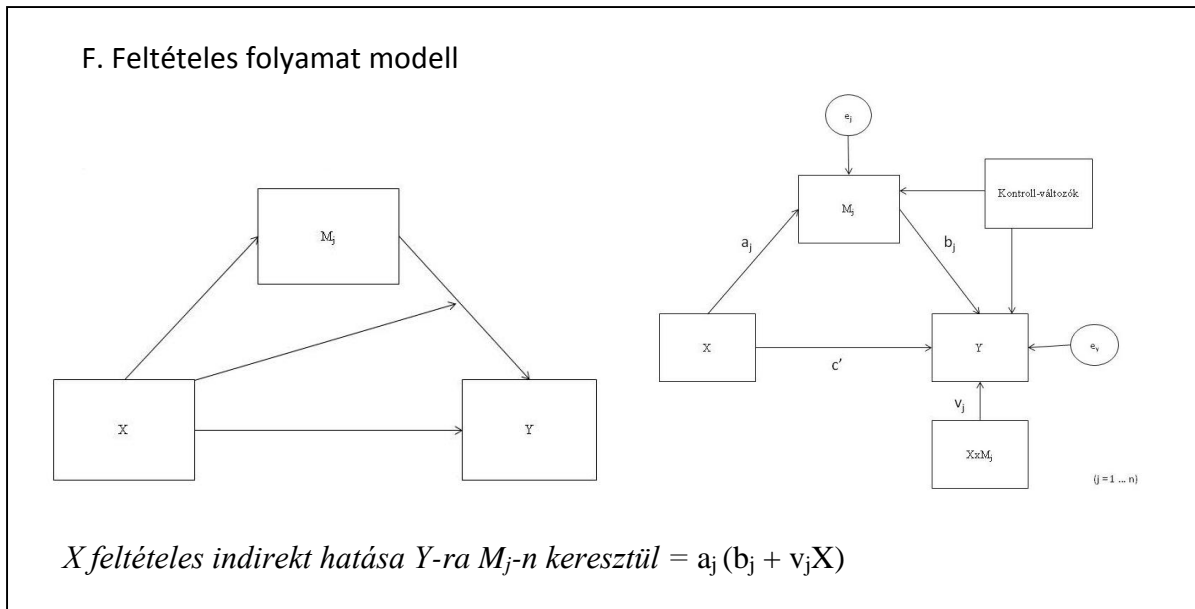
Ez a modell a következő egyenlet-rendszerrel írható le:

$$(6) M = i_2 + a_j X + e_m$$

$$(7) Y = i_3 + c' X + \sum_{j=1}^n b_j M_j + \sum_{j=1}^n v_j X M_j + e_y$$

Ebből, a_j az X hatása M_j -re, b_j az M_j feltételes hatása Y-ra, *feltéve, hogy $X=0$* , és kontrollálva a többi mediátorra. Továbbá, X feltételes (specifikus) indirekt hatása Y-ra M_j -n keresztül = $c' + a_j(b_j + v_j X)$, X feltételes, teljes indirekt hatása Y-ra az n mediátoron keresztül = $c' + \sum_{j=1}^n a_j(b_j + v_j X)$, és c' az X feltételes direkt hatása Y-ra, *feltéve, hogy $M=0$* , és kontrollálva az összes mediátorra. Amennyiben X és M skálázása olyan, hogy a 0 nem egy kiemelt érték, akkor a fenti regressziós együtthatók nehezen értelmezhetők. Ezen segít, ha X és M változókat az elemzés előtt centráljuk (így átlaguk nulla lesz). Természetesen a feltételes indirekt hatások minden X értékre megadhatók, és tesztelhetők. Hagyományosan a mediátor átlagától +/- 1 szórásnyira fekvő értékekre (a

mediátor „magas”, illetve „alacsony” szintje mellett) vizsgáljuk az indirekt hatás szignifikanciáját. A feltételes direkt és indirekt hatások tesztelésére itt is a bootstrap módszer javasolt (Hayes, 2013).

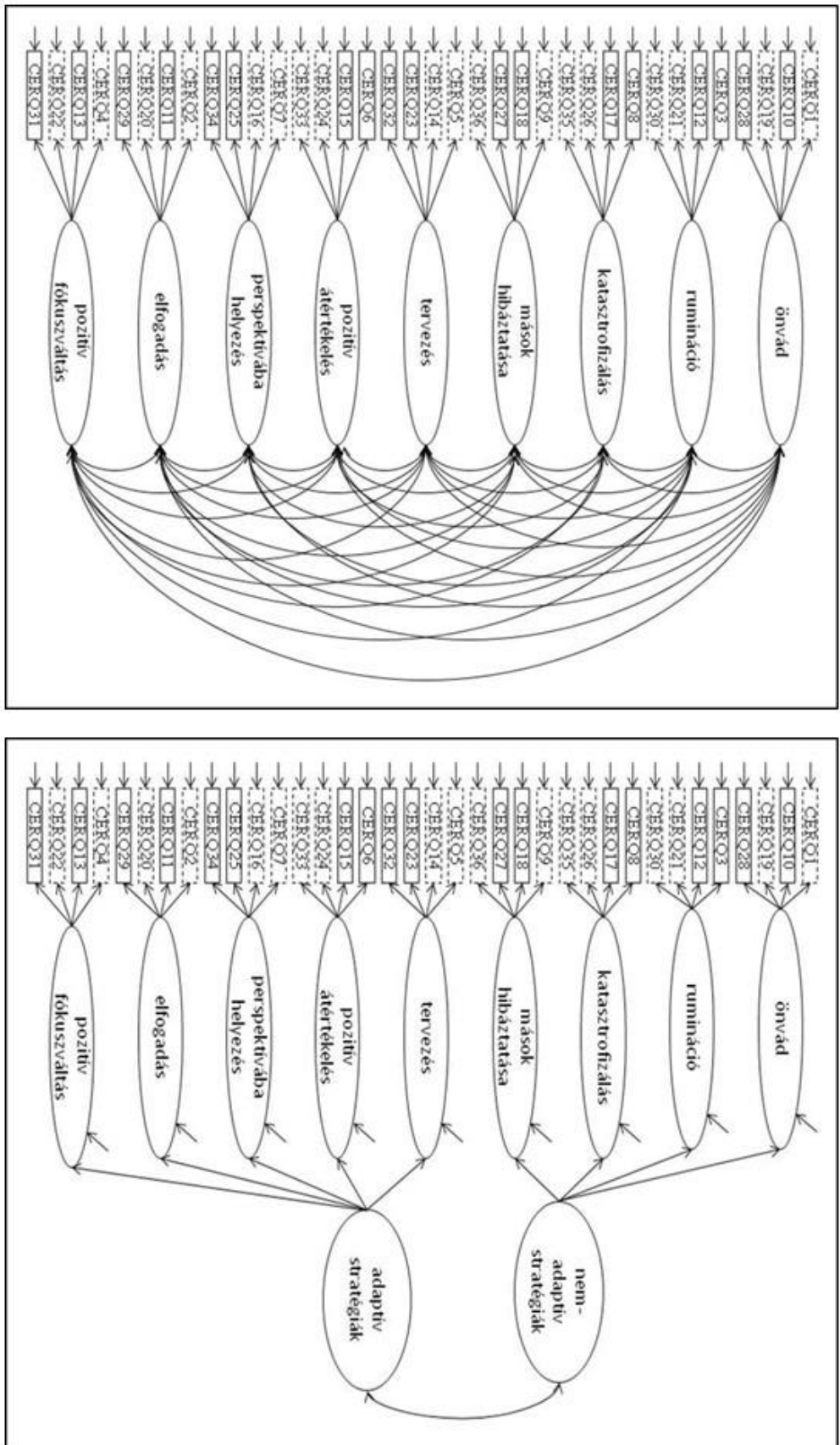


1/c. ábra. Feltételes folyamat (moderált mediátor) modell (elméleti és statisztikai diagram). Ekvivalens a PROCESS (Hayes, 2013) 74. modellel.

3.3.4. Az első kutatási szakaszban alkalmazott statisztikai eljárások

3.3.4.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai elemzése

A kérdőív reliabilitásának vizsgálatára item-analízist végeztünk, a belső konzisztenciát Cronbach- α -val jellemeztük. A kérdőív időbeli stabilitását egy 34 fős almintán vizsgáltuk, a két kitöltés között két hét telt el. Az eredeti szerzők által leírt modell mintánkon való érvényességének vizsgálatára konfirmatív faktoranalízist végeztünk a STATISTICA 9.0 program segítségével. A kilenc-faktoros modellt összevetettük a két másodrendű faktort (adaptív és nem-adaptív stratégiák) is tartalmazó változattal (2. ábra). Annak ellenőrzésére, hogy adatainkat egy, az eredeti szerkezettől eltérő mintázat jobban magyarázza-e, feltáró főkomponens-elemzést végeztünk.

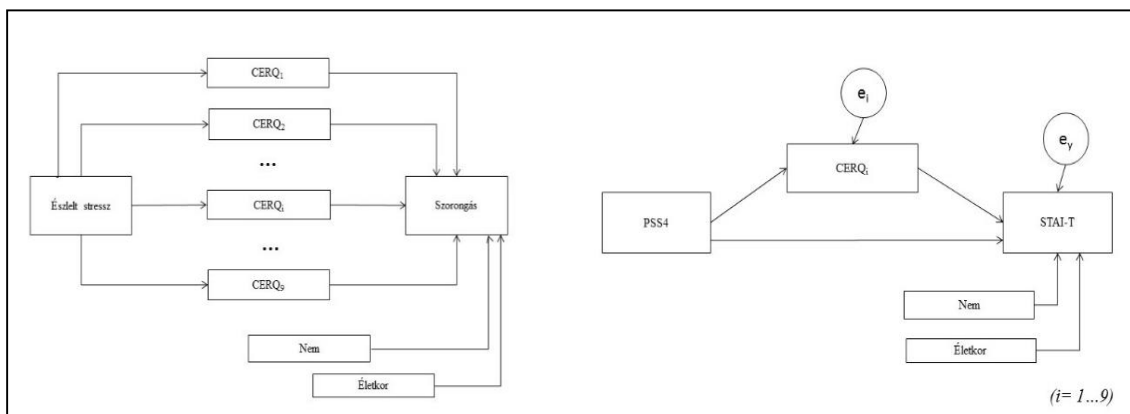


2. ábra. A CERQ faktor-strukturúja. A. A kiemc-faktoros modell. B. A kiemc-faktoros modell két másodrendű faktorral. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. A szaggatott vonallal jelölt tételek csak a 36 tétel változatban szerepelnek.

Vizsgáltuk a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összefüggését a demográfiai tényezőkkel. A szocio-ökonómiai jellemzők vizsgálatánál az egyenlőtlen és alacsony elemszámok miatt bizonyos csoportokat összevontunk. Az édesanya iskolai végzettsége alapján két csoportot képeztünk, a felsőfokú végzettségűeket (142 fő), illetve az alsó- és középfokú végzettségűeket (119 fő) hasonlítottuk össze. Hasonlóan, az állandó lakhely szerint a fővárosi (110 fő), valamint egyéb településtípust megjelölő (151 fő) válaszadók eredményeit vetettük egybe. Így alkotott csoportjainkat két-mintás t-próbával hasonlítottuk össze.

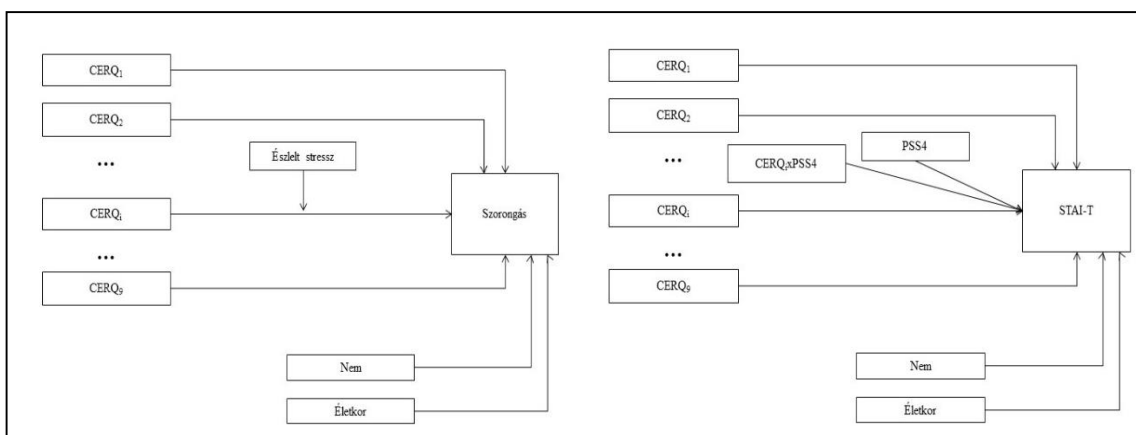
3.3.4.2. A kognitív érzelem-szabályozás, az észlelt stressz, valamint a szorongás összefüggéseire vonatkozó hipotézisek vizsgálata során alkalmazott statisztikai módszerek

A leíró statisztika és a demográfiai változók hatásának vizsgálatát követően, többszörös mediátor elemzést végeztünk. Box-cox és logaritmus transzformációt használtunk a normalitás feltételének biztosítására. A szignifikancia vizsgálata bootstrap módszert történt. Mivel korábbi vizsgálatok szerint a demográfiai tényezők hatással lehetnek az érzelem-szabályozó stratégiák alkalmazására (Zlomke, & Hahn, 2010; Opitz, Rauch, Terry, & Urry, 2012; Yeung, Wong, & Lok, 2011), a nemet és az életkort kovariánsként vontuk be az elemzésbe (3/a. ábra).



3/a. ábra. Az észlelt stressz, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: többszörös mediátor modell. Elméleti és statisztikai diagram. PSS4: Észlelt Stressz Kérdőív, 4-tételes változat. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Kérdőív, vonás-szorongás alskála.

Az észlelt stressz lehetséges moderátor szerepét a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás kapcsolatában, a változók nagy száma és a relatíve kis elemszám miatt, szeparáltan vizsgáltuk. Többszörös regresszió elemzést alkalmazva, függő változónak a STAI-T pontszámot választottuk. Az egyes modellekbe a vizsgált CERQ alskála, a PSS4 skála, valamint ezek interakciója szerepelt. A változókat centráltuk. A nemet, az életkort és az interakciós tagban nem szereplő CERQ alskálákat kovariánsként vontuk be a modellekbe (3/b. ábra). A szignifikancia szintet $\alpha'=\alpha/k=0,05/9=0,005$ -ben határoztuk meg.



3/b. ábra. Az észlelt stressz, mint moderátor a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás kapcsolatában. i -edik modell, melyre $1 \leq i \leq 9$. Elméleti és statisztikai diagram. PSS4: Észlelt Stressz Kérdőív, 4-tételes változat. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Kérdőív, vonás-szorongás alskála.

3.3.5. A második kutatási szakaszban alkalmazott statisztikai módszerek

3.3.5.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változata pszichometriai mutatóinak vizsgálata

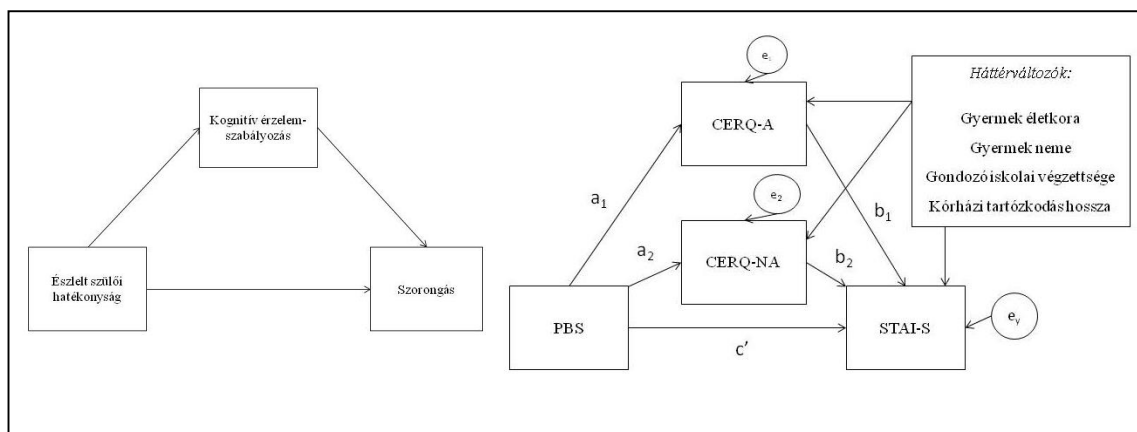
A kérdőív reliabilitásának vizsgálatára item-analízist végeztünk, a belső konzisztenciát Cronbach- α -val jellemeztük. A kérdőív időbeli stabilitását egy 34 fős almintán vizsgáltuk, ezek a szülők az emissio előtt ismét kitöltötték a kérdőívet. Két csoport összehasonlítását független mintás t-próbával végeztük. A kis elemszám miatt az alsó és középfokú végzettségű csoportokat összevontuk, így hasonlítottuk össze a felsőfokú végzettségű gondviselők csoportjával. Többszörös lineáris regresszió-

elemzéssel vizsgáltuk a szülő aktuális szorongása, mint függő változó kapcsolatát az észlelt szülői kompetenciával, korrigálva elemzéseinket a demográfiai adatokra és a hospitalizáció jellemzőire.

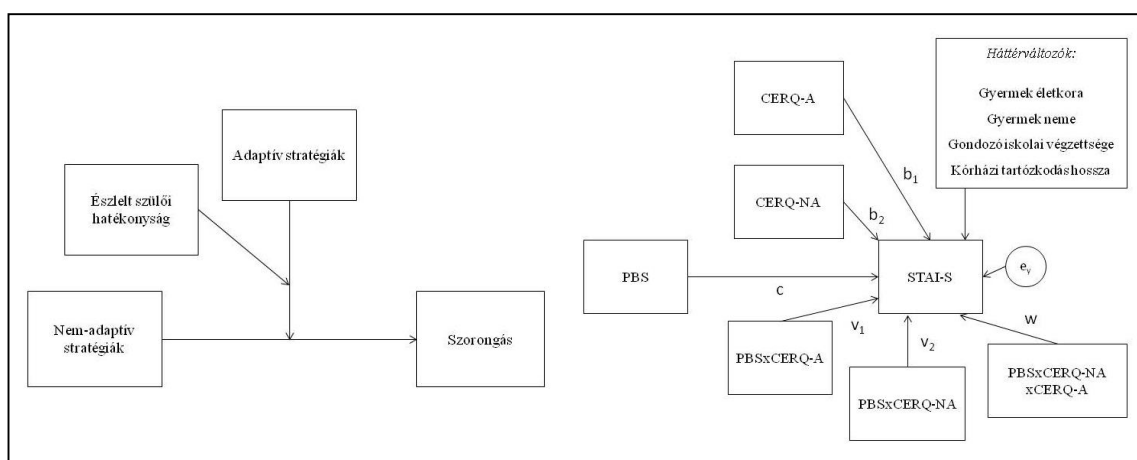
3.3.5.2. Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepének vizsgálata a stresszre adott reakciókra hospitalizált gyermekek szüleiben: statisztikai módszerek

A leíró statisztika és a demográfiai változók hatásának vizsgálatát követően, annak a hipotézisnek a tesztelésére, hogy az adaptív és nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok mediálják az észlelt szülői hatékonyság és a szorongás közötti kapcsolatot, többszörös mediátor-elemzést végeztünk a MEDIATE komputációs eszközt alkalmazva (Preacher & Hayes, 2008). A szignifikancia vizsgálatára bootstrap módszert használtunk, a bootstrap mintavételek száma 5000 volt. A gyermek életkorát, nemét, a szülő iskolai végzettségét (alsó fokú/középfokú/felsőfokú, referencia kategória: alsó fokú végzettség), valamint a kórházi tartózkodás hosszát kovariánsként vontuk be a modellbe. Ez utóbbi változót átkódoltuk, két dummy változót képezve, melyre 0:= ≤24 óra, mely egynapos sebészeti ellátást jelentett, illetve 1:= >24 óra, mely minor vagy major sebészeti beavatkozásra utalt, Welch, Randolph, Ravitch, O'Neill, és Rowe (1986) kategorizációját követve (4/a. ábra).

Annak vizsgálatára, hogy az észlelt szülői hatékonyság moderálja az adaptív és nem-adaptív érzelem-szabályozó stratégiák és a szorongás kapcsolatát, hierarchikus regresszió-elemzést végeztünk. Függő változónak a STAI-S pontszámot választottuk, és a PBS, CERQ-A és CERQ-NA változókat, és minden lehetséges két- és háromrendű interakciójukat léptettük be prediktorként. A változókat az elemzés előtt centráltuk. A mediátor-elemzésnél felsorolt kontroll-változókat ebbe a modellbe is bevontuk (4/b. ábra).



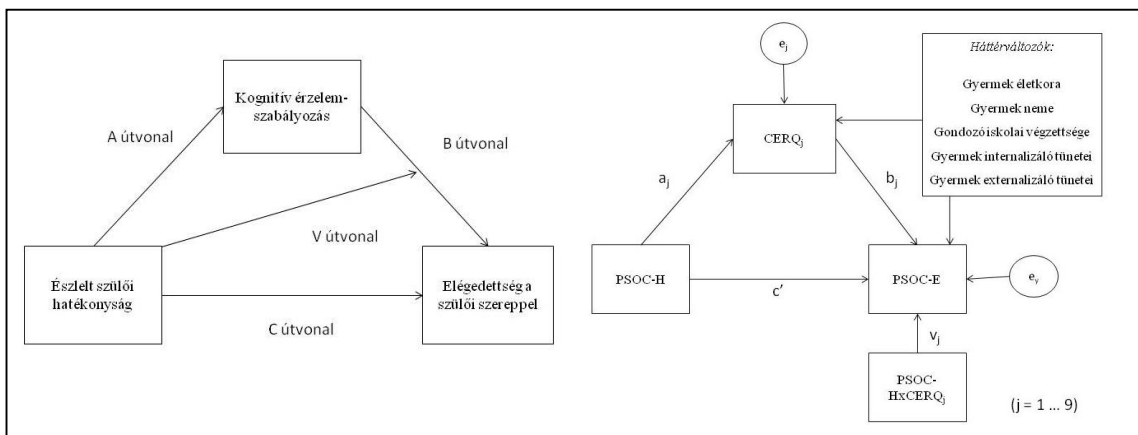
4/a. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: többszörös mediátor modell. Elméleti és statisztikai diagram. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála; CERQ-NA: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, nem-adaptív stratégiák alskála; CERQ-A: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, adaptív stratégiák alskála; PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív.



4/b. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolata: moderált moderátor modell. Elméleti és statisztikai diagram. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála; CERQ-NA: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, nem-adaptív stratégiák alskála; CERQ-A: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, adaptív stratégiák alskála; PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív.

3.3.6. A harmadik kutatási szakasz statisztikai módszerei

A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepének vizsgálatára az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatában, feltételes folyamat elemzést végeztünk, a PROCESS komputációs eszköz segítségével (Hayes, 2013). Box-cox transzformációt alkalmaztunk a normalitás feltételének biztosítására. A szignifikancia vizsgálatára bootstrap módszert használtunk, 5000 mintavétellel. A gyermek nemét, életkorát, valamint a CBCL externalizáció és internalizáció alskálán elért pontszámát kontroll-változóként vontuk be a modellbe (5. ábra).



5. ábra. Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozás és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolata: feltételes folyamat (moderált mediátor) modell. Elméleti és statisztikai diagram. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív; PSOC-H: Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív, hatékonyság alskála; PSOC-E: Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív, elégedettség alskála.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Az első kutatási szakasz eredményei

4.1.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változata pszichometriai jellemzőinek ismertetése

4.1.1.1. Reliabilitás-vizsgálat

A teljes CERQ (36 tétel) belső megbízhatósága mintánkon jónak bizonyult (Cronbach $\alpha=0,80$). Az alskálák belső konzisztenciája két alskála (*elfogadás* és *katasztrofizálás*) esetében elfogadható volt, a többi alskála jó/nagyon jó homogenitást mutatott (5. táblázat).

A tételenkénti vizsgálat a 20. tétel esetében mutatott feltűnően alacsony item-totál korrelációt ($r=0,20$), a többi tétel esetében az értékek 0,36 és 0,78 között változtak. Az item-analízis eredményét a 6. táblázat mutatja be.

A rövidített változat esetében a teljes skála ($\alpha=0,64$), illetve az *önvád* ($\alpha=0,64$) és a *tervezés* ($\alpha=0,69$) alskálák megbízhatósága elfogadható, a többi alskála reliabilitása jó, illetve nagyon jó volt (5. táblázat). Az item-totál korrelációk $>0,40$ értéket mutattak.

A kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága megfelelőnek bizonyult: a két kitöltés eredményeinek korrelációs együtthatója a kérdőív összpontszáma esetében 0,78 volt, az alskálákra 0,58 és 0,88 közé esett (mindegyikre $p<0,001$, az alskálák korrelációs együtthatóinak átlaga 0,76) (7. táblázat).

Az alskálák interkorrelációit a 8/a és 8/b táblázat mutatja. Az eredeti és a rövid változat megfelelő alskáláinak korrelációi 0,85 és 0,94 közé estek (9. táblázat).

5. táblázat. A CERQ, az R-BDI, és a WBI-5 skálák leíró statisztikái és reliabilitás-mutatói

	CERQ eredeti (36 tétel) változat			CERQ rövidített (18 tétel) változat		
	Átlag	Szórás	Cronbach- α	Átlag	Szórás	Cronbach- α
<i>CERQ Önvád</i>	11,17	2,77	0,75	5,21	1,57	0,61
<i>CERQ Elfogadás</i>	11,43	2,87	0,68	6,31	1,91	0,83
<i>CERQ Ruminação</i>	12,34	3,60	0,82	6,10	2,12	0,87
<i>CERQ Pozitív fókuszváltás</i>	11,02	3,75	0,88	5,16	1,93	0,79
<i>CERQ Tervezés</i>	16,00	2,73	0,81	7,81	1,52	0,69
<i>CERQ Pozitív átértékelés</i>	14,32	3,27	0,80	7,30	1,91	0,75
<i>CERQ Perspektívába helyezés</i>	11,81	3,53	0,79	6,14	1,93	0,70
<i>CERQ Katastrofizálás</i>	7,22	2,70	0,68	3,75	1,70	0,78
<i>CERQ Mások hibáztatása</i>	8,31	2,37	0,76	4,04	1,34	0,73
<i>CERQ Adaptív stratégiák</i>	64,57	10,33	0,85	32,72	5,48	0,72
<i>CERQ Non-adaptív stratégiák</i>	39,04	8,01	0,83	19,11	4,55	0,75
<i>CERQ Összpontszám</i>	103,62	12,73	0,80	51,82	6,70	0,64
<i>R-BDI</i>	2,52	3,03	0,81			
<i>WBI-5 (n=126)</i>	8,10	2,53	0,71			

N=261.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. R-BDI: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív. WBI-5: WHO Általános Jólét Skála.

6. táblázat. A CERQ item-analízisének eredménye

Alskála/Item	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korrelációk	
			Eredeti változat	Rövidített változat
<i>Örvény</i>				
1. Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt.	2,54	0,92	0,60	—
10. Úgy érzem, én vagyok felelős azért, ami történt.	2,82	0,89	0,61	0,44
19. Azon gondolkodom, miben hibáztam.	3,41	0,88	0,46	—
28. Arra gondolok, hogy alapvetően bennem van a hiba.	2,40	0,96	0,53	0,44
<i>Elyogadás</i>				
2. Azt gondolom, el kell fogadnom, ami történt.	3,18	1,06	0,56	0,72
11. Azt gondolom, hogy el kell fogadnom a helyzetet.	3,13	1,00	0,62	0,72
20. Arra gondolok, hogy semmit sem tudok változtatni a dologon.	2,07	0,97	0,20	—
29. Arra gondolok, hogy meg kell tanulnom együtt élni azzal, ami történt.	3,05	0,97	0,50	—
<i>Rumináció</i>				
3. Gyakran rágódom azon, mit is érzek azzal kapcsolatban, amit átéltem.	3,06	1,13	0,74	0,77
12. Sokat rágódom azon, hogy mit is gondolok és érzek a történetekkel kapcsolatban.	3,04	1,13	0,72	0,77
21. Meg akarom érteni, miért érzek éppen így azzal kapcsolatban, ami történt.	3,38	1,08	0,42	—
30. Azokon az érzéseken rágódom, amelyeket a helyzet keltett bennem.	2,87	1,13	0,70	—

6. táblázat. A CERQ item-analízisének eredménye (folytatás)

Alskála/Item	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korrelációk	
			Eredeti változat	Rövidített változat
<i>Pozitív fókuszváltás</i>				
4. Kellene több dolgotra gondolok.	3,01	1,13	0,73	—
13. Kellemes dolgokra gondolok, amelyeknek semmi köztük az egészhez.	2,61	1,09	0,71	0,65
22. Inkább valami kellemes dologra gondolok a helyett, ami történt.	2,55	1,04	0,77	0,65
31. Kellemes élményekre gondolok.	2,85	1,10	0,78	—
<i>Tervezés</i>				
5. Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb, amit tehetek.	4,17	0,82	0,64	—
14. Azon gondolkodom, hogyan lehetne a legjobban megbirkózni a helyzettel.	4,02	0,87	0,61	—
23. Azon gondolkodom, hogyan változtathatnám meg a helyzetet.	3,77	0,91	0,60	0,53
32. Eltervezem, hogy mi lenne a legjobb, amit tehetnék.	4,05	0,83	0,64	0,53
<i>Pozitív átértékelés</i>				
6. Arra gondolok, hogy tanulhatok valamit a helyzetből.	3,79	1,02	0,58	0,61
15. Arra gondolok, hogy lelkileg megerősödhetek, azáltal ami történt.	3,51	1,11	0,60	0,61
24. Arra gondolok, hogy vannak a helyzetnek jó oldalai is.	3,39	0,99	0,65	—
33. Keresem a dolog jó oldalait.	3,63	1,01	0,64	—

6. táblázat A CERQ item-analízisének eredménye (folytatás)

Alskála/Item	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korrelációk	
			Eredeti változat	Rövidített változat
<i>Perspektívába helyezés</i>				
7. Arra gondolok, hogy az egész sokkal rosszabb is lehetett volna.	2,95	1,17	0,52	—
16. Arra gondolok, hogy mások sokkal rosszabb dolgokon mennek keresztül.	2,73	1,16	0,64	—
25. Arra gondolok, hogy más dolgokhoz viszonyítva nem is olyan rossz a helyzet.	2,95	1,05	0,66	0,55
34. Azt mondom magamnak, hogy rosszabb dolgok is vannak az életben.	3,19	1,15	0,58	0,55
<i>Katasztrófizálás</i>				
8. Gyakran gondolok arra, hogy amit átéltem, sokkal rosszabb, mint amit mások átéltek.	2,00	1,09	0,36	—
17. Folyamatosan arra gondolok, milyen szörnyű is az, amit átéltem.	1,82	0,90	0,53	0,64
26. Gyakran gondolok arra, hogy átéltem a legrosszabbat, ami egy emberrel megtörténhet.	1,46	0,79	0,40	—
35. Folyamatosan arra gondolok, milyen borzalmas volt a helyzet.	1,93	0,98	0,60	0,64
<i>Mások hibáztatása</i>				
9. Úgy érzem, más a hibás azért, ami történt.	2,12	0,73	0,61	—
18. Úgy érzem, mások a felelősök azért, ami történt.	2,13	0,75	0,67	0,57
27. Azokra a hibákra gondolok, amelyeket mások követtek el azzal kapcsolatban, ami történt.	2,15	0,85	0,39	—
36. Úgy érzem, a hiba alapvetően másokban van.	1,91	0,76	0,61	0,57

7. táblázat: A CERQ időbeli stabilitása és korrelációi az életkorral

	Teszt-reteszt r ($n=34$)		Életkor	
	Eredeti változat	Eredeti változat	Rövidített változat	Rövidített változat
<i>CERQ Önvád</i>	0,86*	-0,18*	-0,10	
<i>CERQ Elfogadás</i>	0,76*	-0,13	-0,04	
<i>CERQ Rumináció</i>	0,85*	-0,20*	-0,19*	
<i>CERQ Pozitív fókuszváltás</i>	0,59*	0,07	-0,04	
<i>CERQ Tervezés</i>	0,82*	0,03	0,07	
<i>CERQ Pozitív átértékelés</i>	0,84*	0,02	0,05	
<i>CERQ Perspektívába helyezés</i>	0,73*	0,11	0,03	
<i>CERQ Katastróffizálás</i>	0,81*	-0,03	-0,06	
<i>CERQ Mások hibáztatása</i>	0,58*	-0,12	-0,17	
<i>CERQ Adaptív stratégiák</i>	0,81*	0,04	0,02	
<i>CERQ Non-adaptív stratégiák</i>	0,88*	-0,20*	-0,20*	
<i>CERQ Összpontszám</i>	0,78*	-0,09	-0,12	

N=261.

* $p < 0,004$.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív.

8/a táblázat. A CERQ (36 tételes változat) skáláinak interkorrelációi

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. CERQ Önvád	0,16	0,47*	-0,26*	0,01	-0,13	-0,14	0,38*	0,04	-0,13	0,70*	0,33*
2. CERQ Elfogadás	-	0,30*	0,02	-0,02	0,11*	0,14	0,11	0,01	0,40*	0,23*	0,47*
3. CERQ Rumináció	-	-	-0,19*	0,03	-0,02	0,02	0,43*	0,17	0,03	0,81*	0,53*
4. CERQ Pozitív fókuszváltás	-	-	-	0,25*	0,34*	0,34*	-0,13	0,05	0,66*	-0,20*	0,41*
5. CERQ Tervezés	-	-	-	-	0,46*	0,21*	-0,12	-0,01	0,57*	-0,02	0,45*
6. CERQ Pozitív átértékelés	-	-	-	-	-	0,53*	-0,15	-0,02	0,80*	-0,11	0,58*
7. CERQ Perspektívába helyezés	-	-	-	-	-	-	0,05	0,02	0,73*	-0,02	-0,58*
8. CERQ Katasztrofizálás	-	-	-	-	-	-	-	0,29*	-0,10	0,75*	0,41*
9. CERQ Mások hibáztatása	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,49*	0,33*
10. CERQ Adaptív stratégiák	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,05	0,78*
11. CERQ Non-adaptív stratégiák	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,59*
12. CERQ Összpontszám	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

N=261.

* $p < 0,004$.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív.

8/b táblázat. A CERQ (18 tételű változat) skáláinak interkorrelációi

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. CERQ Önvédelem	0,05	0,30*	-0,15	0,02	-0,04	-0,12	0,34*	-0,01	-0,10	0,59*	0,34*
2. CERQ Elfogadás	—	0,19	0,06	0,04	0,21*	0,15	-0,07	-0,09	0,48*	0,09	0,41*
3. CERQ Rumináció	—	—	-0,19*	0,02	-0,06	-0,01	0,41*	0,11	-0,05	0,80*	0,51*
4. CERQ Pozitív fókuszváltás	—	—	—	0,17	0,09	0,35*	-0,15	0,14	0,58*	-0,17	0,33*
5. CERQ Tervezés	—	—	—	—	0,35*	0,16	-0,06	-0,02	0,52*	-0,01	0,41*
6. CERQ Pozitív átértékelés	—	—	—	—	—	0,30*	-0,13	-0,09	0,64*	-0,09	0,44*
7. CERQ Perspektívába helyezés	—	—	—	—	—	—	-0,04	0,13	0,67*	-0,03	0,51*
8. CERQ Katasztrófizálás	—	—	—	—	—	—	—	0,21*	-0,17	0,72*	0,37*
9. CERQ Mások hibáztatása	—	—	—	—	—	—	—	—	0,03	0,40*	0,30*
10. CERQ Adaptív stratégiák	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-0,10	0,70*
11. CERQ Non-adaptív stratégiák	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,60*
12. CERQ Összpontszám	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

N=261.

* $p < 0,004$.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív.

9. táblázat. A CERQ 36-tételes és 18-tételes változatainak interkorrelációi

	CERQ 18-tételes változat											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. CERQ Önvád	0,90											
2. CERQ Elfogadás		0,87										
3. CERQ Rumindáció			0,92									
4. CERQ Pozitív fókuszváltás				0,94								
5. CERQ Tervezés					0,91							
6. CERQ Pozitív átértékelés						0,85						
7. CERQ Perspektívába helyezés							0,89					
8. CERQ Katasztrofizálás								0,86				
9. CERQ Mások hibáztatása									0,87			
10. CERQ Adaptív stratégiák										0,94		
11. CERQ Non-adaptív stratégiák											0,94	
12. CERQ Összpontszám												0,92

N=261.

Minden értékre $p < 0,001$.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív.

4.1.1.2. Megerősítő faktorelemzés

A 36 tételes változat esetében a konfirmatív faktorelemzés eredményei (10. táblázat) szerint adataink elfogadható illeszkedést mutattak az elméletileg feltételezett kilenc-faktoros struktúrával ($\chi^2=1102,25$ $df=558$ $p<0,001$; $\chi^2/df=1,98$; CFI=0,861; RMR=0,079; RMSEA=0,061; 90%-os CI: 0,056—0,067). A két másodrendű faktor hozzáadása a modellhez valamelyest javította az illeszkedést ($\chi^2=1042,72$ $df=561$ $p<0,001$; $\chi^2/df=1,86$; CFI=0,877; RMR=0,088; RMSEA=0,058; 90%-os CI: 0,052—0,063).

A rövidített változat esetében a kilenc-faktoros modell vizsgálata igen jó illeszkedési mutatókkal szolgált ($\chi^2=138,74$ $df=99$ $p=0,005$; $\chi^2/df=1,40$; CFI=0,973; RMR=0,038; RMSEA=0,039; 90%-os intervallumbecslés: 0,022—0,054); a másodrendű faktorok hozzáadása ezen nem javított ($\chi^2=216,57$ $df=125$ $p<0,001$; $\chi^2/df=1,47$; CFI=0,937; RMR=0,070; RMSEA=0,053; 90%-os CI: 0,041—0,065).

4.1.1.3. Feltáró faktoranalízis

A teljes skála feltáró főkomponens-elemzése kilenc olyan komponenst eredményezett, melynek sajátértéke nagyobb volt 1-nél. A lejtődiagram vizsgálata alátámasztotta a kilenckomponenses megoldást, ezért a továbbiakban csak ezt vizsgáltuk. Ferde forgatást alkalmaztunk, megengedve a faktorok közötti korrelációt. A kilenc komponens összességében a variancia 66,0%-át magyarázta.

A legnagyobb komponens-töltések 35 esetben az elvárt komponensen töltöttek, abszolút értékük 0,54 és 0,89 közé esett. Az egyetlen kivétel a 20. tétel volt („*Arra gondolok, hogy semmit sem tudok változtatni a dolgon.*”), mely az eredeti besorolás szerint az *elfogadás* alszákhoz tartozik, mintánkon azonban a *katasztrófizálás* komponensen szerepelt a legnagyobb töltéssel. A *pozitív átértékelés* és a *katasztrófizálás* komponenseken legnagyobb töltéssel szereplő itemek közül több 0,4-nél magasabb abszolút értékű keresztöltéssel is rendelkezett valamely más komponensen, jelezve, hogy e tételek esetében a besorolás kevésbé egyértelmű.

A 18-tételes változat esetében is a kilenc-faktoros megoldást vizsgáltuk. A kilenc komponens összességében a variancia 81,7%-át magyarázta. A faktorsúlyok abszolút értéke 0,76 és 0,94 közé esett, 0,4-nél magasabb keresztöltést adó tétel nem volt (11. táblázat).

10. táblázat. A CERQ konfirmatív faktoranalízisének eredménye (standardizált együttartók)

Alskála/Item	Elsőrendű faktorok	36-tételes változat		18-tételes változat	
		Másodrendű faktorok Adaptív stratégiaiák	Nem-adaptív stratégiaiák	Másodrendű faktorok Adaptív stratégiaiák	Nem-adaptív stratégiaiák
<i>Önvid</i>			0,67		0,60
CERQ 1	0,77			—	
CERQ10	0,71			0,54	
CERQ19	0,54			—	
CERQ28	0,63			0,82	
<i>Elfogadás</i>		0,31			0,27
CERQ 2	0,78			0,83	
CERQ 11	0,91			0,86	
CERQ 20	0,19			—	
CERQ 29	0,52			—	
<i>Rumináció</i>			0,74		0,60
CERQ 3	0,86			0,91	
CERQ 12	0,75			0,85	
CERQ 21	0,44			—	
CERQ 30	0,78			—	

10. táblázat. ACERQ konfirmatív faktoranalízisének eredménye (standardizált együtthatók) (folytatás)

Alskála/Item	36-tételes változat			18-tételes változat		
	Elsőrendű faktorok	Másodrendű faktorok		Elsőrendű faktorok	Másodrendű faktorok	
		Adaptív stratégiák	Nem-adaptív stratégiák		Adaptív stratégiák	Nem-adaptív stratégiák
<i>Pozitív</i>						
<i>fókuszváltás</i>			0,48			0,50
CERQ 4	0,78			—		
CERQ 13	0,75			0,83		
CERQ 22	0,84			0,78		
CERQ 31	0,88			—		
<i>Tervezés</i>			0,49			0,44
CERQ 5	0,72			—		
CERQ 14	0,70			—		
CERQ 23	0,68			0,55		
CERQ 32	0,76			0,96		
<i>Pozitív átértékelés</i>			1,02			0,61
CERQ 6	0,54			0,68		
CERQ 15	0,59			0,89		
CERQ 24	0,82			—		
CERQ 33	0,84			—		

10. táblázat. A CERQ konfirmatív faktoranalízisének eredménye (standardizált együttaróók) (folytatás)

Alskála/Item	36-tételes változat			18-tételes változat		
	Elsőrendű faktorok	Másodrendű faktorok Adaptív stratégiák	Nem-adaptív stratégiák	Elsőrendű faktorok	Adaptív stratégiák	Nem-adaptív stratégiák
<i>Perspektívába helyezés</i>		0,701			0,734	
CERQ 7	0,59			—		
CERQ 16	0,68			—		
CERQ 25	0,81			0,82		
CERQ 34	0,69			0,67		
<i>Katasztrófizálás</i>		0,82				0,95
CERQ 8	0,37			—		
CERQ 17	0,76			0,80		
CERQ 26	0,39			—		
CERQ 35	0,85			0,80		
<i>Mások hibáztatása</i>		0,23				0,21
CERQ 9	0,76			—		
CERQ 18	0,83			0,98		
CERQ 27	0,70			—		
CERQ 36	0,43			0,58		

N=261. CERQ: Kognitív Érzellem-Reguláció Kérdőív.

11. táblázat. A CERQ magyar változatán végzett feltáró faktoranalízis eredménye

	Eredeti (36 tétel) változat									Rövidített (18 tétel) változat								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Ö	0,79									—								
10. Ö	0,83									-0,91								
19. Ö	0,64									-0,76								
28. Ö	0,71						0,42			—								
2. E		0,84									-0,93							
11. E		0,87									-0,92							
20. E							0,56				—							
29. E		0,70									—							
3. R			0,89									-0,93						
12. R			0,89									-0,94						
21. R			0,54			-0,41						—						
30. R	0,45		0,81									—						
4. PF				0,84									—					
13. PF				0,81										0,91				
22. PF				0,87										0,90				
31. PF				0,88										—				

11. táblázat. A CERQ magyar változatán végzett feltáró faktoranalízis eredménye (folytatás)

	Eredeti (36 tételes) változat									Rövidített (18 tételes) változat								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
5. T					0,78									—				
14. T					0,80									—				
23. T					0,78									0,89				
32. T					0,80									0,85				
6. PÁ					-0,83									0,91				
15. PÁ					0,42	-0,71							0,87					
24. PÁ				0,42	-0,63	0,54							—					
33. PÁ				0,45	-0,65	0,47							—					
7. PH					0,68									—				
16. PH					0,84									—				
25. PH				0,40	0,76									-0,87				
34. PH					0,73									-0,88				
8. K					0,46									—				
17. K	0,44			0,47	0,63									-0,86				
26. K					0,71									—				
35. K			0,51		0,68									-0,89				

11. táblázat. A CERQ magyar változatán végzett feltáró faktoranalízis eredménye (folytatás)

	Eredeti (36 tétel) változat								Rövidített (18 tétel) változat									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
9. MH									0,82									—
18. MH									0,85									0,88
27. MH									0,57									—
36. MH									0,81									0,88
V (%)	3,4	5,3	13,6	5,1	6,6	3,0	17,7	3,6	8,2	4,6	9,1	5,6	7,1	4,1	14,6	6,3	19,2	11,1

N=261.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. Ö: Önvád, E: Elfogadás, R: Rumináció, PF: Pozitív fókuszváltás, T: Tervezés, PÁ:

Pozitív átértékelés, PH: Perspektívába helyezés, K: Katasztrófizálás, MH: Mások hibáztatása. V(%): Magyarázott variancia.

Módszer: Főkomponens elemzés. Direct oblimin forgatás (delta=0). A 0,4-nél nagyobb abszolút értékű faktor súlyok feltüntetésével.

A tételenkénti legmagasabb faktor súlyokat vastag kiemeléssel jelöltük.

4.1.1.4. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összefüggése a demográfiai változókkal

Sem az eredeti, sem a rövidített kérdőívet vizsgálva, nem találtunk szignifikáns különbséget a férfiak és nők válaszai között, sem a CERQ összpontszám, sem az egyes alskálák esetében. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és az életkor összefüggéseit vizsgálva (és az α értékét Bonferroni korrekcióval csökkentve) a *rumináció*, a non-adaptív stratégiák, valamint a 36-tételes változat esetében az *önvád* alskála pontszáma szignifikáns, de gyenge negatív összefüggést mutatott az életkorral a (7. táblázat).

4.1.1.5. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összefüggése a mentális jóllét mutatóival

A 36-tételes változat esetében közepes erősségű, pozitív összefüggést találtunk az *önvád*, a *rumináció*, valamint a *katasztrófizálás* alskálák pontszáma és az R-BDI pontszáma között. A depressziós tünetek szignifikáns, de gyenge negatív kapcsolatban álltak a *pozitív fókuszváltás*, a *tervezés* és a *pozitív átértékelés* alskálákkal. A WBI-5 pontszáma szignifikáns, negatív korrelációt mutatott az *önvád* és a *rumináció* alskálákkal, valamint a nem adaptív stratégiák összpontszámával. WBI-5 pontszáma emellett szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a *pozitív fókuszváltás*, a *pozitív átértékelés* alskálákkal, valamint az adaptív stratégiák összpontszámával (12. táblázat).

Hasonlóan, a 18-tételes változat esetében az R-BDI pontszáma közepes erősségű, pozitív korrelációt mutatott az *önvád*, a *rumináció*, valamint a *katasztrófizálás* alskálákkal. Az adaptív stratégiák közül azonban csupán a *pozitív átértékelés* alskála esetében találtunk szignifikáns, de gyenge negatív kapcsolatot. A WBI-5 pontszáma szignifikáns, negatív összefüggést mutatott a *rumináció* alskálával, valamint a nem adaptív stratégiák összpontszámával. Az eredeti skálával egyezően, a WBI-5 pontszáma szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a 18-tételes változat *pozitív fókuszváltás*, *pozitív átértékelés*, valamint adaptív stratégiák skáláinak pontszámával (12. táblázat).

12. táblázat. A CERQ korrelációi a depresszió, illetve a mentális jóllét mutatóival.

	Eredeti (36 tétel) változat		Rövidített (18 tétel) változat	
	R-BDI (N=261)	WBI-5 (N=126)	R-BDI (N=261)	WBI-5 (N=126)
1. CERQ Önvád	0,47*	-0,27*	0,36*	-0,18
2. CERQ Elfogadás	0,16	-0,06	0,05	0,04
3. CERQ Rumináció	0,38*	-0,31*	0,33*	-0,36*
4. CERQ Pozitív fókuszváltás	-0,26*	0,38*	-0,15	0,30*
5. CERQ Tervezés	-0,20*	0,23	-0,16	0,19
6. CERQ Pozitív átértékelés	-0,27*	0,33*	-0,20*	0,26*
7. CERQ Perspektívába helyezés	-0,15	0,20	-0,11	0,12
8. CERQ Katasztrofizálás	0,44*	-0,15	0,41*	-0,15
9. CERQ Mások hibáztatása	0,15	-0,10	0,13	-0,03
10. CERQ Adaptív stratégiák	-0,24*	0,35*	-0,22*	0,31*
11. CERQ Non-adaptív stratégiák	0,53*	-0,31*	0,46*	-0,32*
12. CERQ Összpontszám	0,13	0,08	0,16	0,05

N=261.

* $p < 0,004$.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. R-BDI: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív. WBI-5: WHO Általános Jóllét Skála.

4.1.2. A stressz percepciója, a kognitív érzelemszabályozás és a szorongás összefüggéseire vonatkozó eredmények bemutatása

4.1.2.1. Leíró statisztika. A demográfiai tényezők hatása a vizsgált változókra.

Az első kutatási szakasz második elemzését egy 162 fős almintán végeztük (ld. 38. old.). A leíró adatokat és a mérőeszközök reliabilitás-mutatóit mintánkon a 13. táblázat tartalmazza. Változóink összefüggéseit a 14. táblázat mutatja. Az életkor nem mutatott összefüggést a PSS4, illetve a STAI-T pontszámaival. A nők szignifikánsan magasabb értékeket mutattak mindkét skálán (a PSS4 esetében: $M_{nők}=8,40$ $SD_{nők}=3,17$ $M_{férfiak}=7,19$ $SD_{férfiak}=2,72$; $t(160)=2,57$ $p=0,011$; a STAI-T skálán: $M_{nők}=25,15$ $SD_{nők}=9,42$ $M_{férfiak}=21,86$ $SD_{férfiak}=8,09$ $t(160)=2,35$ $p=0,020$).

13. táblázat. Az életkor, a CERQ, a PSS4 és a STAI-T leíró statisztikai és a mérőeszközök reliabilitás-mutatói.

	Átlag	SD	Cronbach- α
1. CERQ Önvád	11,11	2,70	0,74
2. CERQ Rumináció	12,15	3,70	0,83
3. CERQ Katasztrófizálás	7,30	2,72	0,70
4. CERQ Mások hibáztatása	8,49	2,42	0,76
5. CERQ Tervezés	15,75	2,67	0,80
6. CERQ Pozitív átértékelés	14,14	3,18	0,79
7. CERQ Perspektívába helyezés	11,89	3,47	0,76
8. CERQ Elfogadás	11,42	2,85	0,67
9. CERQ Pozitív fókuszváltás	11,00	3,72	0,88
10. PSS4	7,64	2,95	0,83
11. STAI-T	23,08	8,72	0,90
12. Életkor	25,78	9,43	—

$N=162$.

SD: Standard szóródási mutató. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 36-tételes változat. PSS4: Észlelt Stressz Skála, 4-tételes változat. STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, vonás-szorongás alskála.

14. táblázat. Az életkor, a CERQ, a PSS4 és a STAI-T interkorrelációi.

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. CERQ Önvád	0,37*	0,34*	0,04	0,01	-0,12	0,18	0,14	-0,21	0,34*	0,40*	-0,20
2. CERQ Rumináció	—	0,42*	0,25*	0,00	0,03	0,01	0,32*	-0,13	0,33*	0,41*	-0,23
3. CERQ Katasztrófizálás	—	—	0,26*	-0,18	-0,16	0,04	0,06	-0,14	0,37*	0,43*	0,02
4. CERQ Mások hibáztatása	—	—	—	0,03	0,02	0,07	0,06	0,06	0,11	0,22	-0,06
5. CERQ Tervezés	—	—	—	—	0,35*	0,19	0,00	0,29*	-0,37*	-0,31*	-0,01
6. CERQ Pozitív átértékelés	—	—	—	—	—	0,51*	0,27*	0,29*	-0,26*	-0,37*	-0,03
7. CERQ Perspektívába helyezés	—	—	—	—	—	—	0,15	0,33*	-0,16	-0,08	0,15
8. CERQ Elfogadás	—	—	—	—	—	—	—	0,03	0,10	0,07	-0,16
9. CERQ Pozitív fókuszváltás	—	—	—	—	—	—	—	—	-0,22	-0,28*	0,13
10. PSS4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,75*	-0,14
11. STAI-T	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-0,08
12. Életkor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

N=162;

* $p < 0,004$ (=0,05/12 Bonferroni korrekcióval)

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 36-tételes változat. PSS4: Észlelt Stressz Skála, 4 tételes változat.

STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, vonás-szorongás alskála.

4.1.2.2. *A többszörös mediátor modell vizsgálata*

A többszörös mediátor elemzés eredményét a 15. táblázat és a 6. ábra mutatja. A nem és az életkor nem bizonyult szignifikáns prediktornak. Először a teljes, a közvetlen (direkt), és a teljes közvetett (indirekt) hatást vizsgáltuk annak tesztelésére, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák e halmaza mediálja-e az észlelt stressz és a szorongás közötti összefüggést. A teljes és a közvetlen hatás szignifikánsnak bizonyult (rende: 0,67 $p < 0,001$ és 0,52 $p < 0,001$), éppúgy, mint a teljes közvetett hatás (=0,15; 95% BCa bootstrap CI: 0,08 — 0,23).

A különböző kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediátor szerepét egyenként is vizsgáltuk. A specifikus indirekt hatásokat nézve eredményeink szerint a *pozitív ártértékelés* a legjelentősebb mediátora az észlelt stressz és a szorongás közötti összefüggésnek, mely a teljes indirekt hatás 44,3%-át magyarázza. Az *önvád*, a *rumináció* és a *perspektívába helyezés* szintén szignifikáns mediátornak bizonyult.

Ahogy az a 6. ábráról leolvasható, az észlelt stressz magasabb szintje az *önvád*, a *rumináció* gyakoribb, valamint a *pozitív ártértékelés* ritkább használatával járt együtt, és ez összefüggést mutatott a szorongás magasabb szintjével.

A negyedik szignifikáns mediátor esetében a kép egy kicsit bonyolultabb. Az észlelt stressz magasabb szintje a *perspektívába helyezés* kevésbé gyakori alkalmazásával mutatott összefüggést, amely alacsonyabb szorongás-szinttel járt együtt.

Az észlelt stressz pozitív összefüggést mutatott ezen kívül a *katasztrofizálással*, illetve szignifikáns negatív összefüggést a *tervezéssel* és a *pozitív fókuszváltással*. Ezek a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák azonban nem mediálták az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatát.

4.1.2.3. *A moderátor modellek vizsgálata*

A moderációra vonatkozó hipotézisek tesztelését a változók nagy száma és a relatíve alacsony elemszám miatt külön modellekben végeztük. A kilenc modell interakciós tagjainak vizsgálatát a 16. táblázat mutatja. Az interakciós tagokra az $\alpha' = 0,05/9 = 0,005$ szinten nem kaptunk szignifikáns eredményt.

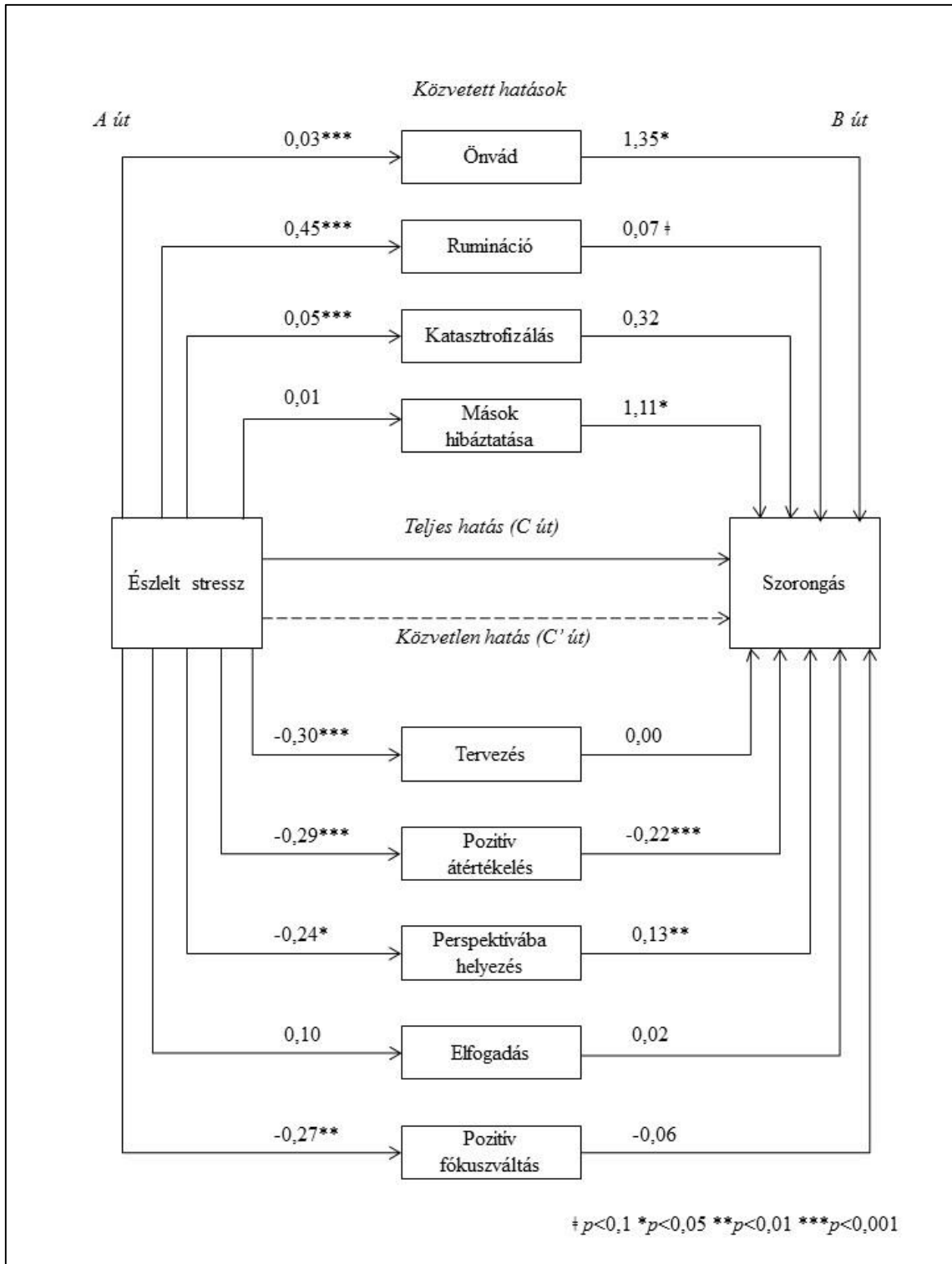
15. táblázat. A többszörös mediátor elemzés eredménye.

	<i>hatás</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>BCa 95% CI</i>
<i>Teljes hatás</i>	0,67	0,05	14,66	<0,001	
<i>Közvetlen (direkt) hatás</i>	0,52	0,05	10,55	<0,001	
<i>Kontrollált változók hatása</i>					
<i>Nem</i>	0,04	0,25	0,14	0,890	
<i>Életkor</i>	0,01	0,01	0,92	0,367	
<i>Teljes közvetett (indirekt) hatás</i>	0,15	0,04			0,08 — 0,23
<i>Egyedi közvetett hatások</i>					
<i>CERQ Önvád</i>	0,04	0,02			0,01 — 0,08
<i>CERQ Rumináció</i>	0,03	0,02			0,01 — 0,07
<i>CERQ Katasztrofizálás</i>	0,02	0,02			-0,01 — 0,06
<i>CERQ Mások hibáztatása</i>	0,01	0,01			0,00 — 0,04
<i>CERQ Tervezés</i>	0,00	0,02			-0,03 — 0,03
<i>CERQ Pozitív átértékelés</i>	0,07	0,03			0,03 — 0,13
<i>CERQ Perspektívába helyezés</i>	-0,03	0,02			-0,07 — -0,01
<i>CERQ Elfogadás</i>	0,00	0,01			-0,01 — 0,02
<i>CERQ Pozitív fókuszváltás</i>	0,01	0,01			0,00 — 0,05
<i>Modell</i>	$R^2=0,70$; Módosított $R^2=0,68$				
	$F(12,149)=29,30$ $p<0,001$				
<i>indirekt/teljes hányados</i>	0,22				

$N=162$.

Függő változó: STAI-T.

CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 36-tételes változat. *SE*: standard hiba. *BCa 95% CI*: korigált 95%-os bootstrap megbízhatósági tartomány. A bootstrap mintavételek száma: 1000. STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, vonás-szorongás alskála.



6. ábra. A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák, mint mediátorok, az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatában (regressziós együtthatók). Az életkor és a nem kovariánsként szerepeltek a modellben, de az áttekinthetőség kedvéért az ábrán nincsenek feltüntetve.

16. táblázat. A moderátor modellek interakciós tagjainak vizsgálata.

Modell	Interakciós tag	<i>b</i>	SE	AR ²	F(5,156)	<i>p</i>
1.	<i>CERQ</i> Önvád x <i>PSS4</i>	0,02	0,02	<0,01	1,46	0,229
2.	<i>CERQ</i> Rumináció x <i>PSS4</i>	0,01	0,01	<0,01	0,50	0,481
3.	<i>CERQ</i> Katasztrófizálás x <i>PSS4</i>	0,01	0,01	<0,01	0,21	0,646
4.	<i>CERQ</i> Mások hibáztatása x <i>PSS4</i>	-0,02	0,02	0,01	1,93	0,167
5.	<i>CERQ</i> Elfogadás x <i>PSS4</i>	-0,03	0,01	0,01	6,62	0,011
6.	<i>CERQ</i> Pozitív fókuszváltás x <i>PSS4</i>	-0,01	0,01	<0,01	1,45	0,231
7.	<i>CERQ</i> Tervezés x <i>PSS4</i>	-0,01	0,02	<0,01	0,38	0,538
8.	<i>CERQ</i> Pozitív átértékelés x <i>PSS4</i>	-0,23	0,05	<0,01	0,69	0,408
9.	<i>CERQ</i> Perspektívába helyezés x <i>PSS4</i>	-0,01	0,01	<0,01	1,12	0,292

N=162.

Függő változó: STAI-T. *PSS4:* Észlelt Stressz Skála, 4-tételes változat. *CERQ:* Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 36-tételes változat. STAI-T: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, vonás-szorongás alskála. *b:* regressziós együttható. *SE:* A regressziós együttható standard hibája. *Megjegyzés:* Az interakciós tagok képzéséhez a változókat centráltuk. A nemet, az életkort és az interakciós tagban nem szereplő *CERQ* alskálákat kontroll-változóként vontuk be a modellekbe.

4.2. A második kutatási szakasz eredményei

4.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változata pszichometriai mutatóinak bemutatása

4.2.1.1. Leíró adatok. A reliabilitás-vizsgálat eredményei

A második kutatási szakaszban 100 fős mintán, hospitalizált gyermekek szüleiben vizsgáltuk az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változatának pszichometriai mutatóit (ld. 39. old.). A leíró adatokat és a vizsgálatban szereplő változók reliabilitás-mutatóit, valamint interkorrelációit a 17. táblázat tartalmazza.

17. táblázat. Az életkor, a PBS, a STAI-S, és a PSOC skálák leíró statisztikái, interkorrelációi, és a mérőeszközök reliabilitás-mutatói.

	átlag	SD	Terjedelem	α	Pearson-féle r			
					Kors _{Sz}	PBS	STAI-S	PSOC
Kor _{Gy}	8,94	4,33	2 — 17	—	0,56***	0,12	-0,25*	0,20
Kors _{Sz}	37,20	5,78	25 — 58	—	—	0,19	-0,35**	-0,01
PBS	81,63	12,24	44 — 100	0,94	—	—	-0,45***	0,31*
STAI-S	22,40	10,40	1 — 46	0,93	—	—	—	-0,42**
PSOC [#]	61,25	9,53	36 — 76	0,79	—	—	—	—

$N=100$. [#] $n=55$.

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$.

SD: standard szórás. Kor_{Gy}: gyermek életkora években. Kors_{Sz}: szülő életkora években. PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála. PSOC: Észlelt Szülői Hatékonyság Skála.

A kérdőív belső megbízhatósága mintánkon kiválóan bizonyult (Cronbach $\alpha=0,94$), az item-totál korrelációk minden tétel esetében $>0,4$ értéket mutattak. Az item-analízis eredményét a 18. táblázat mutatja be.

A kérdőív teszt-reteszt megbízhatóságát megfelelőnek találtuk: a két kitöltés eredményeinek korrelációs együtthatója $0,85$ ($p<0,001$) volt.

18. táblázat. A PBS item-analízisének eredménye

Item	Átlag	SD	Korrigált item-totál korreláció
PBS1 Tudom, hogyan fog viselkedni gyermekem a kórházban.	3,63	1,22	0,56
PBS2 Tudom, milyen érzelmi reakciói lesznek gyermekemnek a kórházban.	4,10	0,91	0,71
PBS3 Tudom, hogyan segítek gyermekemnek, hogy jól viselje a kórházi tartózkodást.	3,75	1,09	0,68
PBS4 Tudom, hogyan fog a gyermekem viselkedni, ha fájdalmas beavatkozások érik.	3,96	1,02	0,60
PBS5 Tudom, hogyan fog viselkedni, amikor hazamegyünk a kórházból.	4,32	0,75	0,62
PBS6 Tudom, hogyan segíthetek a legjobban gyermekemnek, amikor a kórházban fájdalmas dolgokon megy keresztül.	4,03	0,86	0,70
PBS7 Tudom, hogyan fog viselkedni a gyermekem a kórházban, ha egy időre el kell mennem.	3,94	0,81	0,55
PBS8 Gyermekem minden érzelmi szükségletét ki tudom elégíteni a kórházi tartózkodás során.	4,06	0,92	0,57
PBS9 Tudom, hogy mit fog gondolni a gyermekem azokról a dolgokról, amelyek a kórházban történnék vele.	3,71	0,89	0,59
PBS10 Tudom, mit mondják gyermekemnek, ha egy időre egyedül kell hagynom a kórházban.	4,07	0,92	0,65
PBS11 Tudom, hogyan fog viselkedni velem szemben a gyermekem a kórházi tartózkodás során.	4,32	0,74	0,62

17. táblázat. A PBS item-analízisének eredménye (folytatás)

Item	Átlag	SD	Korrigált item-totál korreláció
PBS12 Tudom, hogy az én érzelmi állapotom hogyan hat gyermekemre a kórházi tartózkodás során.	4,21	0,80	0,76
PBS13 Tudom, hogyan bánjak gyermekemmel a kórházi tartózkodás során.	4,22	0,80	0,74
PBS14 Tudok segíteni gyermekemnek abban, hogy megbirkózzon a betegségével vagy a sérülésével.	4,35	0,74	0,75
PBS15 Tudom, hogy mit tehetek annak érdekében, hogy a gyermekem biztonságban érezze magát a kórházban.	4,14	0,83	0,71
PBS16 El tudom mondani a nővéreknek és orvosoknak, mivel lehet legjobban segíteni a gyermekemnek a kórházi tartózkodás során.	4,20	0,89	0,69
PBS17 Tudom, hogyan fog a gyermekem viselkedni, ha megjeds valamtól.	4,13	0,88	0,72
PBS18 Tudok segíteni a gyermekemnek abban, hogy a kórházban megbirkózzon a félelmet keltő dolgokkal.	4,23	0,81	0,55
PBS19 Bizalommal kérdezem az orvosokat és nővéreket gyermekemről.	4,04	0,81	0,73
PBS20 Tudom, hogyan készítem fel a gyermekemet a fájdalmas beavatkozásokra és azokra a dolgokra, amelyektől megijedhet.	4,22	0,84	0,73

N=100.

PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív. SD: standard szórás.

4.2.1.2. Az észlelt szülői hatékonyság összefüggése a demográfiai változókkal

A PBS pontszám nem különbözött sem a kitöltő ($M_{anya}=81,91$ $SD_{anya}=12,64$ $M_{apa}=79,91$ $SD_{apa}=9,63$ $t(98)=0,51$ $p=0,613$), sem a gyermek neme szerint képzett csoportokban ($M_{fiú}=80,39$ $SD_{fiú}=11,18$ $M_{lány}=83,09$ $SD_{lány}=13,36$ $t(98)=1,10$ $p=0,275$). Nem találtunk szignifikáns különbséget a felsőfokú, illetve a legfeljebb középfokú végzettségű gondviselők pontszáma között sem ($M_{alsó/közép}=81,85$ $SD_{alsó/közép}=11,93$ $M_{felső}=81,28$ $SD_{felső}=12,88$ $t(98)=0,23$ $p=0,821$). Az észlelt szülői hatékonyság és a szülő életkora szignifikáns, de gyenge pozitív kapcsolatot mutatott ($r=0,22$ $p=0,041$), a gyermek életkorával azonban nem találtunk összefüggést ($r=0,11$ $p=0,280$) (17. táblázat). Az akut felvételre került gyermekek szülei magasabbnak észlelték szülői kompetenciájukat, mint a tervezetten hospitalizált gyermekek szülei ($M_{akut}=84,00$ $SD_{akut}=11,51$ $M_{tervezett}=77,76$ $SD_{tervezett}=12,57$ $t(98)=2,54$ $p=0,013$). A kórházban töltött napok száma azonban nem mutatott szignifikáns összefüggést a kompetenciával kapcsolatos vélekedésekkel ($\rho=0,04$ $p=0,717$).

4.2.1.3. Validitás-vizsgálat

Közepes erősségű, pozitív összefüggést találtunk kérdőívünk összpontszáma és az általános észlelt szülői hatékonyságot mérő vizsgálóeszköz pontszáma között ($r=0,30$ $p=0,025$). A szülő aktuális szorongását mérő STAI-S pontszám szignifikáns, negatív korrelációt mutatott a kompetenciára vonatkozó szülői beszámolóval ($r=-0,48$ $p<0,001$) (17. táblázat).

A STAI-S pontszámot függő változónak választva, többszörös, hierarchikus, lineáris regresszió-elemzést végeztünk (19. táblázat). Elsőként a kórházi tartózkodás jellemzőit léptettük be, mely szignifikáns modellt eredményezett ($F(2,98)=3,31$ $p=0,041$ $R^2=0,06$). A hospitalizáció típusa ($tervezett=0$ $akut=1$) szignifikáns összefüggést mutatott a szülő szorongásával ($\beta=-0,24$ $p=0,016$), a kórházban töltött napok száma azonban nem volt szignifikáns prediktor. A második lépésben a demográfiai változók a variancia további 14,4%-át magyarázták ($F(6,96)=4,07$ $p=0,001$): a gyermek neme ($\beta=-0,21$ $p=0,031$) és életkora ($\beta=-0,34$ $p=0,001$) szignifikáns összefüggést mutatott a szülői szorongás mértékével. Az utolsó lépésben a PBS skála pontszáma szignifikáns negatív kapcsolatban állt a szülői szorongással ($\beta=-0,36$ $p<0,001$), a variancia 11,6%-át magyarázva

($F(7,93)=6,31$ $p<0,001$). A végső modellben a háttérváltozók közül a gyermek életkora maradt szignifikáns ($\beta=-0,27$ $p=0,004$).

19. táblázat. A többszörös lineáris regresszió-elemzés eredménye.

Függő változó: STAI-S	β	t	p	
1. lépés				$\Delta R^2=0,06$
Konstans	—	12,77	<0,001	
Felvétel (0=tervezett 1=akut)	-0,24	-2,47	0,016	
Kórházban töltött napok száma	-0,04	-0,39	0,699	
2. lépés				$\Delta R^2=0,14$
Konstans	—	4,36	<0,001	
Felvétel (0=tervezett 1=akut)	-0,28	-2,81	0,006	
Kórházban töltött napok száma	-0,03	-0,27	0,792	
Gondviselő neme (0=férfi 1=nő)	0,06	0,62	0,538	
Gondviselő iskolai végzettsége (0=alsó/középfokú 1=felsőfokú)	0,02	0,20	0,843	
Gyermek neme (0=fiú 1=lány)	-0,21	-2,19	0,031	
Gyermek életkora	-0,34	-3,54	0,001	
3. lépés				$\Delta R^2=0,12$
Konstans	—	6,09	<0,001	
Felvétel (0=tervezett 1=akut)	-0,12	-1,74	0,086	
Kórházban töltött napok száma	-0,03	-0,27	0,786	
Gondviselő neme (0=férfi 1=nő)	0,11	1,14	0,258	
Gondviselő iskolai végzettsége (0=alsó/középfokú 1=felsőfokú)	0,00	-0,03	0,976	
Gyermek neme (0=fiú 1=lány)	-0,17	-1,94	0,056	
Gyermek életkora	-0,27	-2,98	0,004	
PBS	-0,36	-3,98	<0,001	

$N=100$. Teljes modell: $R^2=0,33$; módosított $R^2=0,27$; $F(7,92)=6,31$ $p<0,001$.

β : standardizált regressziós együttható. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alszála. PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív.

4.2.2. A kognitív érzelem-szabályozás szerepe az észlelt szülői hatékonyság és a stresszre adott reakciók kapcsolatában: mediátor/moderátor elemzés

4.2.2.1. Leíró adatok. A háttérváltozók hatása.

A 2/2 kutatási fázisban, tervezett sebészeti beavatkozás miatt hospitalizált gyermekek szüleiben (ld. 40-41. old.), prospektív elrendezésben vizsgáltuk az észlelt szülői hatékonyság szerepét a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás kapcsolatában. A vizsgálatba bevont változók leíró adatait a 20. táblázat mutatja. A szülők közel negyede (24,6%) ért el olyan pontszámot a STAI-S skálán, mely a magyar normatív adatok átlagánál legalább egy *SD*-val magasabb, a pontszámok 4,4%-a legalább két szórásnyira esett e felett az érték felett.

20. táblázat. A CERQ, a PBS és a STAI-S leíró statisztikai, reliabilitás-mutatói és interkorrelációi az életkorral.

	Átlag	<i>SD</i>	α	Pearson-féle korrelációs együtthatók			
				2.	3.	4.	Gyermek életkora
1. CERQ-A	30,49	6,39	0,76	0,01	0,09	-0,04	0,04
2. CERQ-NA	15,04	4,45	0,78	—	-0,10	0,23*	0,03
3. PBS	67,26	9,65	0,94	—	—	-0,29**	0,11
4. STAI-S	21,67	9,93	0,92	—	—	—	-0,15

N=114.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

CERQ-NA: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, nem-adaptív stratégiák alskála. CERQ-A: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, adaptív stratégiák alskála. PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála. *SD*: standard szórás.

A STAI-S, CERQ-A, CERQ-NA, PBS pontszámok nem különböztek a gyermek neme (rendre: $t(112) = -0,74$ $p = 0,459$; $t(112) = 1,11$ $p = 0,269$; $t(112) = -1,79$ $p = 0,077$; $t(112) = 10,80$ $p = 0,075$), a szülő iskolai végzettsége (rendre, $F(2,112) = 2,09$ $p = 0,128$; $F(2,112) = 0,04$ $p = 0,959$; $F(2,112) = 0,78$ $p = 0,463$; $F(2,112) = 2,13$ $p = 0,124$), és a kórházi tartózkodás

hossza (rendre, $t(112)=0,68$ $p=0,500$; $t(112)=-0,37$ $p=0,709$; $t(112)=-0,13$ $p=0,894$; $t(112)=-0,33$ $p=0,743$) alapján képzett csoportokban.

A gyermek életkora nem mutatott összefüggést a STAI-S ($r=-0,15$ $p=0,115$), a PBS ($r=0,11$ $p=0,233$), és a CERQ alskálák pontszámaival ($r=0,04$ $p=0,698$ a CERQ-A, és $r=0,03$ $p=0,750$ a CERQ-NA esetében).

4.2.2.2. *A mediátor modell vizsgálata*

Többszörös mediátor elemzéssel vizsgáltuk az adaptív és a nem-adaptív kognitív stratégiák szerepét az észlelt szülői hatékonyság és a szorongás kapcsolatában. Eredményünk szerint ($R^2=0,16$ módosított $R^2=0,10$ $F(8,105)=2,50$ $p=0,016$) mind a teljes, mind a közvetlen hatás szignifikánsnak bizonyult (rendre: $c=-0,28$ $p=0,005$ és $c'=-0,26$ $p=0,007$). A teljes indirekt hatást azonban nem találtuk szignifikánsnak ($ab=-0,02$ 95% BCa bootstrap CI: -0,09—0,04). Ezzel egybehangzóan, sem az adaptív, sem a non-adaptív stratégiák nem bizonyultak szignifikáns mediátornak (rendre, 0,00 95% BCa bootstrap CI: -0,04—0,02; és -0,01 95% BCa bootstrap CI: -0,09—0,03).

4.2.2.3. *A moderátor modell vizsgálata*

A többszörös hierarchikus regresszió-elemzés eredményeit a 21. táblázat mutatja. A demográfiai tényezők és a kórházi tartózkodás jellemzői nem bizonyultak a szorongásos válasz szignifikáns prediktorának. A második lépésben a PBS és a CERQ-NA skálák szignifikáns fő-hatást mutattak (rendre, $\beta=-0,25$ $p=0,008$ és $\beta=0,19$ $p=0,044$), a variancia 10%-át magyarázva. A CERQ-A nem mutatott szignifikáns összefüggést a szorongás szintjével. A harmadik lépésben a PBS és a CERQ-NA skálák interakciója a szorongás szignifikáns prediktorának bizonyult ($\beta=0,26$ $p=0,007$ $\Delta R^2=0,06$). A negyedik lépésben a harmadrendű interakciós tag bevonása a modellbe nem növelte szignifikánsan a magyarázott variációt.

A szignifikáns interakciós tagra vonatkozó post-hoc elemzés (Holmbeck, 2002) szerint a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és a szorongás összefüggését ábrázoló egyenes meredeksége a PBS alacsony (-1 SD) szintje mellett -0,0001 ($p=0,927$), magas szintje mellett (+1 SD) 0,003 ($p<0,001$) volt, kontrollálva a modellben szereplő összes többi változóra (7. ábra).

21. táblázat. A többszörös hierarchikus regresszió-elemzés eredménye.

Függő változó: STAI-S	β	SE	95% CI	t	p
1. lépés					
Konstans	—	—	—	259,22	<0,001
Gyermek neme (0=füú, 1=lány)	-0,03	0,10	-0,22 — 0,16	-0,30	0,763
Hospitalizáció hossza (0= \leq 24 h, 1= $>$ 24 h)	0,05	0,10	-0,14 — 0,25	0,53	0,599
Gondozó iskolai végzettsége (0=alsó fokú, 1=középfokú)	-0,10	0,13	-0,37 — 0,16	0,78	0,437
Gondozó iskolai végzettsége (0=alsó fokú, 1=felsőfokú)	-0,21	0,13	-0,47 — 0,06	-1,57	0,122
Gyermek életkora	-0,12	0,10	-0,32 — 0,07	-1,25	0,215
2. lépés					
					$\Delta R^2=0,10$
CERQ-A	-0,03	0,09	-0,21 — 0,15	-0,35	0,730
CERQ-NA	0,19	0,09	0,01 — 0,37	2,04	0,044
PBS	-0,25	0,09	-0,44 — -0,07	-2,72	0,008
3. lépés					
					$\Delta R^2=0,06$
CERQ-A*CERQ-NA	0,00	0,10	0,19 — 0,20	0,04	0,967
CERQ-A*PBS	-0,07	0,10	-0,26 — 0,12	-0,74	0,459
CERQ-NA*PBS	0,26	0,09	0,07 — 0,44	2,77	0,007

21. táblázat. A többszörös hierarchikus regresszió-elemzés eredménye (folytatás)

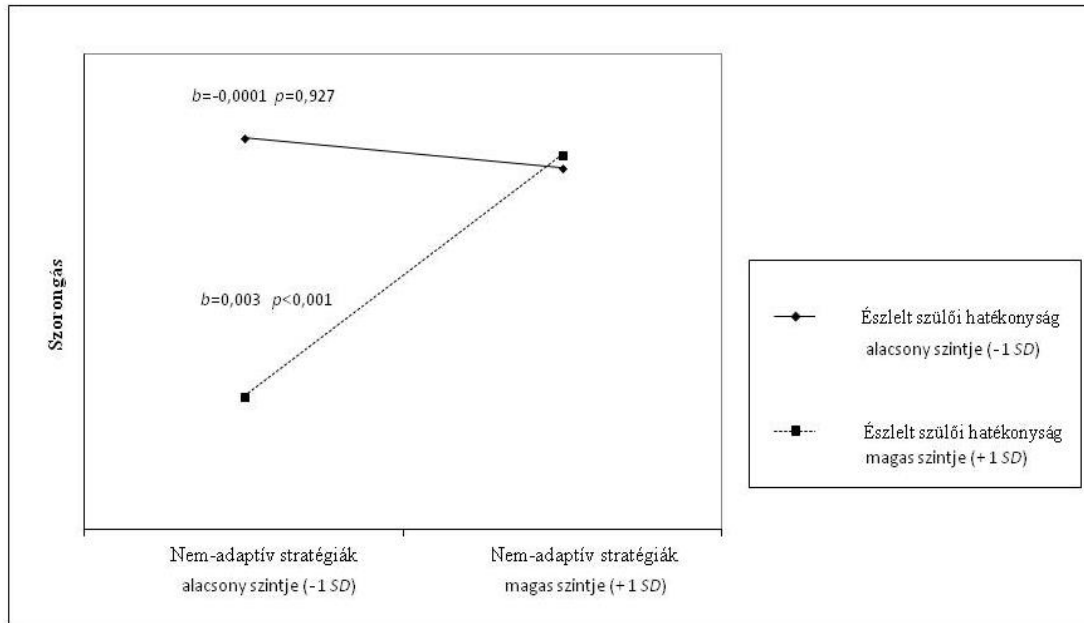
	β	SE	95% CI	t	p
4. lépés					$\Delta R^2=0,01$
CERQ-A*CERQ-NA*PBS	0,09	0,11	-0,13—0,32	0,82	0,412

N=114.

 $R^2=0,23$; módosított $R^2=0,13$; $F(12,100)=2,45$ $p=0,008$.

β : a végső modell standardizált regressziós együtthatói. SE: a standardizált regressziós együttható standard hibája. 95% CI: a standardizált regressziós együttható 95%-os megbízhatósági tartománya. STAI-S: Spielberger Állapot/Vonás Szorongás Skála, állapot-szorongás alskála. CERQ-NA: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, nem-adaptív stratégiák alskála.

CERQ-A: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, 18-tételes változat, adaptív stratégiák alskála. PBS: Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív



7. ábra. A nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összefüggése a szorongással az észlelt szülői hatékonyság magas (+1 SD), illetve alacsony (-1 SD) szintje mellett. b: regressziós együttható. SD: standard szórás.

4.3. A harmadik kutatási szakasz eredményeinek bemutatása: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggései nem-klinikai mintán

4.3.1. Leíró statisztikák, reliabilitás mutatók

A harmadik kutatási szakaszban szülői, nem-klinikai mintán (ld. 42. old.) vizsgáldtunk. A leíró statisztikákat és a vizsgálatban szereplő mérőeszközök reliabilitás-mutatóit és interkorrelációit a 22. és 23. táblázat mutatja.

22. táblázat. Az életkor, a CBCL, a CERQ, és a PSOC leíró statisztikai és a mérőeszközök reliabilitás-mutatói

	Átlag	SD	α
1. Gyermek életkora	11,13	4,63	—
2. Édesanya életkora	40,02	6,43	—
3. CBCL-S Internalizáló tünetek	3,62	4,11	0,82
4. CBCL-S Externalizáló tünetek	2,58	2,96	0,86
5. CERQ Önvád	10,20	2,82	0,74
6. CERQ Rumináció	11,16	3,54	0,78
7. CERQ Katasztrofizálás	6,59	2,37	0,66
8. CERQ Mások hibáztatása	6,41	1,97	0,71
9. CERQ Elfogadás	9,90	2,99	0,70
10. CERQ Pozitív fókuszváltás	8,17	3,56	0,86
11. CERQ Tervezés	16,14	2,85	0,77
12. CERQ Pozitív átértékelés	13,39	3,41	0,77
13. CERQ Perspektívába helyezés	11,22	3,55	0,79
14. PSOC Elégedettség	31,88	6,15	0,80
15. PSOC Hatékonyság	23,62	5,37	0,70

N=407.

SD: Standard szórás. CBCL: Gyermekviselkedés kérdőív, rövidített, szülői változat. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. PSOC: Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív.

23. táblázat. Az életkor, a CBCL, a CERQ, és a PSOC interkorrelációi (Pearson-féle korrelációs együtthatók).

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. <i>Kor_{Gy}</i>	0,68*	-0,04	-0,08	-0,03	0,02	0,04	0,07	0,05	-0,01	-0,03	-0,06	-0,01	-0,10	-0,07
2. <i>Kor_{Sz}</i>	—	-0,01	-0,02	-0,05	0,01	0,04	0,06	-0,01	-0,06	0,01	-0,06	-0,05	-0,07	-0,17*
3. <i>CBCL Int</i>	—	0,30*	0,21*	0,16*	0,22*	0,11	0,13	-0,01	0,01	0,01	0,01	-0,24*	-0,12	
4. <i>CBCL Ext</i>	—	0,19*	0,15	0,13	0,08	0,07	-0,07	-0,04	-0,04	-0,03	-0,34*	-0,21*		
5. <i>Önvád</i>	—	0,47*	0,19*	0,06	0,15	-0,08	0,26*	0,10	0,05	-0,26*	-0,16*			
6. <i>Rumináció</i>	—	0,24*	0,11	0,31*	-0,02	0,28*	0,18*	0,13	-0,23*	-0,12				
7. <i>Katasztrófizálás</i>	—	0,47*	0,16*	0,16*	-0,07	-0,06	-0,14	-0,34*	-0,12					
8. <i>Mások hibáztatása</i>	—	0,11	0,30*	-0,04	0,01	0,16*	-0,20*	0,03						
9. <i>Elfogadás</i>	—	0,24*	0,11	0,32*	0,39*	-0,10	0,10							
10. <i>Pozitív fókuszváltás</i>	—	-0,03	0,31*	0,41*	-0,01	0,18*								
11. <i>Tervezés</i>	—	0,42*	0,16*	0,19*	0,15									
12. <i>Pozitív átértékelés</i>	—	0,58*	0,17*	0,29*										
13. <i>Perspektívába helyezés</i>	—	-0,01	0,19*											
14. <i>PSOC Elégedettség</i>	—	0,35*												
15. <i>PSOC Hatékonyság</i>	—													

N=407.

* $p < 0,003$ ($\alpha = 0,05/15$, Bonferroni korrekcióval).Kor_{Gy}: Gyermek életkora években kifejezve. CERQ: Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív. Kor_{Sz}: Szülő életkora években kifejezve.

CBCL Int: Gyermekviselkedés kérdőív, rövidített, szülői változat. Internálizáló tünetek: CBCL Ext: Gyermekviselkedés kérdőív, rövidített, szülői változat. Externalizáló tünetek: PSOC: Észlelt Szülői Hatékonyság Kérdőív.

A kétváltozós elemzés szerint a gyermek életkora nem mutatott összefüggést változóinkkal, gyenge, de szignifikánsan pozitív kapcsolatot találtunk azonban a szülő életkora és az én-hatékonyság között. A fiúk és a lányok szülei nem különböztek a gyermek és a szülő életkora, a szülőségről, a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokról, illetve a gyermek internalizáló tüneteiről szóló beszámoló tekintetében, a fiúk azonban több externalizáló tünetet mutattak a szülő szerint ($t(405)=3,60$ $p<0,001$). Az anya iskolai végzettsége szerint képzett csoportok között szignifikáns különbséget találtunk a *tervezés* alskálán ($F(2)=3,79$ $p=0,023$). A post-hoc elemzés szerint a felsőfokú végzettségű szülők a *tervezés* gyakoribb alkalmazásáról számoltak be, mint az alsó fokú végzettségű szülők.

A kétváltozós elemzés alapján több internalizáló és externalizáló tünet a gyermekben alacsonyabb elégedettséggel és az *önvád* gyakoribb alkalmazásával járt együtt. A gyermek internalizáló tüneteiről szóló beszámoló ezen kívül a *rumináció* és a *katasztrófizálás* alkalmazásával is pozitív összefüggést mutatott. Több externalizáló tünet a gyermekben alacsonyabb észlelt szülői hatékonysággal járt együtt (23. táblázat).

Az észlelt szülői hatékonyság szignifikáns negatív kapcsolatban állt az *önvád*, és szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a *pozitív fókuszváltás*, az *átértékelés* és a *perspektívába helyezés* alkalmazásával. Továbbá, azok a szülők, akik elégedettebbek voltak szülői szerepükkel, a nem-adaptív stratégiák (*önvád*, *rumináció*, *katasztrófizálás*, *mások hibáztatása*) ritkább, és a *tervezés* és a pozitív átértékelés gyakoribb használatáról számoltak be (23. táblázat).

4.3.2. A feltételes folyamat elemzés eredménye

A többváltozós elemzésben a gyermek életkora nem mutatott szignifikáns összefüggést a szülői kognitív érzelem-szabályozó stratégiákkal. Az alsó fokú iskolai végzettséget referencia-kategóriának választva, a szülő közép-, illetve felsőfokú iskolai végzettsége pozitív összefüggést mutatott a *tervezés* (rendre, $b=0,52$ $p=0,025$ és $b=1,15$ $p=0,014$), illetve a *pozitív átértékelés* (rendre, $b=1,13$ $p=0,046$ és $b=1,16$ $p=0,033$) gyakoribb alkalmazásával. A felsőfokú végzettség emellett negatív összefüggést mutatott a *katasztrófizálás* használatával ($b=-0,05$ $p=0,006$).

Az internalizáló és externalizáló tünetek magasabb szintje együtt járt az *önvád* gyakoribb alkalmazásával (rendre, $b=0,06$ $p=0,003$ és $b=0,05$ $p=0,037$), az internalizáló

tünetek emellett pozitív összefüggést mutattak a *rumináció* ($b=0,67$ $p=0,008$), a *katasztrófizálás* ($b=0,02$ $p=0,010$) és az *elfogadás* ($b=0,10$ $p=0,024$) használatával.

Másfelől, kontrollálva a többi változóra, a gyermek életkora ($b=-0,15$ $p=0,009$), illetve az externalizáló tünetek ($b=-2,35$ $p<0,001$), szignifikáns negatív együtt-járást mutattak a szülői szereppel való elégedettséggel, míg ez az összefüggés az internalizáló problémák tekintetében nem volt szignifikáns.

Az észlelt szülői hatékonyság szignifikáns negatív összefüggést mutatott az *önvád* ($b=-0,01$ $p=0,003$), és tendenciaszerű negatív kapcsolatot a *rumináció* (rendre, $b=-0,07$ $p=0,050$) használatával. Továbbá, az én-hatékonyság magasabb szintje együtt járt az *elfogadás* ($b=0,01$ $p=0,016$), a *pozitív fókuszváltás* ($b=0,02$ $p=0,002$), a *tervezés* ($b=0,08$ $p=0,004$), a *pozitív átértékelés* ($b=0,18$ $p<0,001$) és a *perspektívába helyezés* ($b=0,05$ $p<0,001$) gyakoribb alkalmazásával (24/a. táblázat).

A szülői szereppel való elégedettség fordított irányú összefüggést mutatott az *önvád* ($b=-3,56$ $p=0,002$), a *rumináció* ($b=-0,19$ $p=0,033$), és a *katasztrófizálás* ($b=-9,73$ $p<0,001$), és szignifikáns pozitív kapcsolatot a *tervezés* ($b=0,41$ $p<0,001$) alkalmazásával. Az észlelt szülői hatékonyság ($b=0,23$ $p<0,001$), valamint az észlelt szülői hatékonyság és az *önvád* szorzatával képzett interakciós tag ($b=0,52$ $p=0,009$) szintén pozitív összefüggést mutatott a szereppel való elégedettséggel (24/b. táblázat).

24/a. táblázat. A feltételes folyamat-elemzés (moderált mediáció) eredménye.

	<i>a</i>	SE	<i>p</i>	<i>b</i>	SE	<i>p</i>	<i>v</i>	SE	<i>p</i>
<i>Önvád</i>	-0,02	<0,01	0,003	-3,56	1,13	0,002	0,52	0,20	0,009
<i>Rumináció</i>	-0,07	0,03	0,051	-0,19	0,09	0,033	-0,01	0,02	0,371
<i>Katasztrófizálás</i>	0,00	<0,01	0,069	-9,73	2,69	<0,001	0,43	0,50	0,388
<i>Mások hibáztatása</i>	0,00	<0,01	0,339	-1,84	1,39	0,188	-1,84	0,26	0,561
<i>Tervezés</i>	0,08	0,03	0,004	0,41	0,11	<0,001	0,00	0,02	0,837
<i>Pozitív értékelés</i>	0,18	0,03	<0,001	0,20	0,11	0,061	-0,01	0,02	0,489
<i>Perspektívába helyezés</i>	0,05	0,02	<0,001	-0,49	0,26	0,066	0,04	0,05	0,481
<i>Előfogadás</i>	0,01	0,01	0,016	0,06	0,49	0,909	-0,05	0,09	0,594
<i>Pozitív fókuszváltás</i>	0,02	0,01	0,002	-0,20	0,48	0,671	0,03	0,10	0,760

N=407.

a, *b*, *v*: regressziós együtthatók (nem standardizált) az 5. ábrán jelzett A, B és V útvonalakhoz tartozóan. SE: standard hiba. BCa 95%

CI: korrigált 95%-os bootstrap konfidencia intervallum. A bootstrap mintavételek száma: 5000.

24/b. táblázat. A feltételes folyamat-elemzés eredménye: feltételes indirekt hatások.

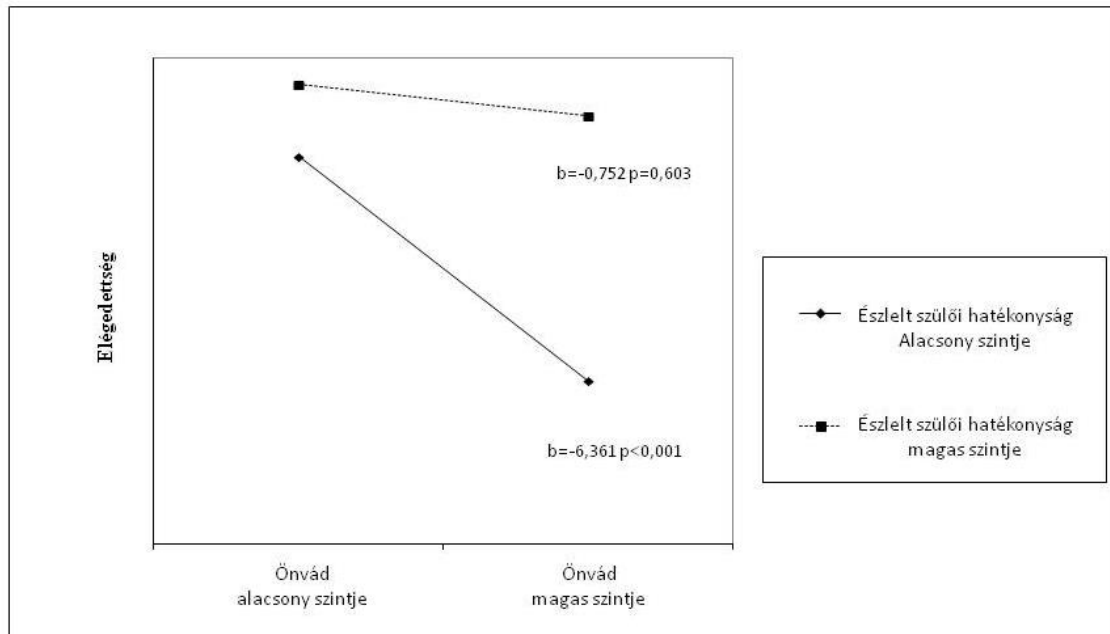
Potenciális mediátorok	Feltételes indirekt hatás			
	Alacsony (-1 SD) én-hatékonyság		Magas (+1 SD) én-hatékonyság	
	hatás	BCa 95% CI	hatás	BCa 95% CI
<i>Örvád</i>	0,05	0,01 — 0,10	0,01	-0,02 — 0,04
<i>Rumináció</i>	0,01	-0,01 — 0,04	0,02	0,00 — 0,05
<i>Katasztrófizálás</i>	0,02	0,00 — 0,06	0,01	0,00 — 0,05
<i>Mások hibáztatása</i>	0,00	-0,03 — 0,01	-0,01	-0,03 — 0,00
<i>Tervezés</i>	0,03	0,01 — 0,08	0,03	0,01 — 0,08
<i>Pozitív átértékelés</i>	0,05	0,00 — 0,12	0,03	-0,03 — 0,08
<i>Perspektívába helyezés</i>	-0,03	-0,10 — 0,00	-0,01	-0,05 — 0,02
<i>Elfogadás</i>	0,00	-0,01 — 0,03	0,00	-0,03 — 0,02
<i>Pozitív fókuszváltás</i>	-0,01	-0,04 — 0,03	0,00	-0,03 — 0,02

N=407.

Függő változó: Szülői szereppel való elégedettség.

SD: standard szóródási mutató. BCa 95% CI: korrigált 95%-os bootstrap konfidencia intervallum. A bootstrap mintavételek száma: 5000.

A post-hoc elemzés (Holmbeck, 2002) eredménye szerint az észlelt szülői hatékonyság alacsony ($-1 SD$) szintje mellett az *önvád* és az észlelt szülői hatékonyság összefüggését jellemző regressziós egyenes meredeksége $-0,75$ ($p=0,603$), míg az észlelt szülői hatékonyság magas ($+1 SD$) szintje mellett $-6,36$ ($p<0,001$) volt (8. ábra), számításainkat minden más, a modellben szereplő változóra kontrollálva.



8. ábra. Az *önvád* összefüggése a szülői szereppel való elégedettséggel az észlelt szülői hatékonyság magas ($+1 SD$), illetve alacsony ($-1 SD$) szintje mellett. b : regressziós együttható. SD : standard szórás.

A feltételes indirekt hatások elemzése szerint az *önvád* szignifikánsan mediálta az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség közötti kapcsolatot, az észlelt szülői hatékonyság alacsony ($=0,05$ BCa 95% CI: 0,01—0,10), de nem magas ($=0,01$ BCa 95% CI: -0,02—0,04) szintje mellett. Másfelől, az észlelt szülői hatékonyság szintjétől függetlenül mediálta a vizsgált kapcsolatot a *tervezés* (24/b. táblázat).

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. *Első kutatási szakasz*

5.1.1. A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változata pszichometriai jellemzőinek értékelése

Első vizsgálatunk célja a CERQ magyar változatának kialakítása és pszichometriai mutatóinak elemzése volt. Eredményeink szerint a mérőeszköz időbeli stabilitása megfelelő. A kérdőív belső konzisztenciája a 36 tételes változat esetében az *elfogadás* és a *katasztrófizálás*, a rövidített változat esetében az *önvád*, a *tervezés* alskálák, és az összpontszám tekintetében elfogadhatónak, a többi skála esetében jónak, illetve nagyon jónak bizonyult. A 36 tételes skála *elfogadás* alskálájának belső konzisztenciája a 20. tétel („*Arra gondolok, hogy semmit sem tudok változtatni a dolgon*”) elhagyásával valamelyest javítható (a Cronbach- α az item törlése előtt 0,68, míg az után 0,76 volt). A tétel feltűnően alacsony item-totál korrelációt mutatott, az exploratív faktoranalízisben pedig a *katasztrófizálás* faktoron szerepelt legnagyobb súllyal. Úgy tűnik tehát, hogy ez a tétel kevésbé illik az *elfogadás* alskála többi tétele közé, a további alkalmazás során érdemes megfontolni módosítását vagy elhagyását. A rövidített változatban, mivel ez a 20. tételt nem tartalmazza, a probléma nem jelentkezik.

A konfirmatív faktoranalízis eredménye szerint adataink elfogadható/jó illeszkedést mutatnak az eredeti, kilencfaktoros modellhez (Garnefski és mtsai, 2001a). A 36-tételes változat esetében a két másodrendű faktor hozzáadása az illeszkedést valamelyest javította, a rövid változat esetében ezt nem találtuk. Ez a belső struktúra továbbá exploratív faktoranalízissel is kimutatható volt. Ennek alapján a kérdőív mindkét változatának strukturális érvényessége megfelelőnek tekinthető.

Bár mások a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák használatában feltártak nemi különbségeket (Zlomke, & Hahn, 2010), mintánkon a nem és a szocio-ökonómiai jellemzők nem függték össze a CERQ skáláinak pontszámaival. Korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan (Opitz és mtsai, 2012; Yeung és mtsai, 2011), az életkor szignifikáns negatív összefüggést mutatott az *önvád* és a *rumináció* alskálákkal, valamint a non-adaptív stratégiák összpontszámával, a korreláció azonban gyenge volt.

A kérdőív prediktív validitását az R-BDI és a WBI5 összefüggésben igazoltuk. Más kutatócsoportok eredményeihez hasonlóan (Garnefski és mtsai, 2002; Garnefski és mtsai,

2003; Garnefski és mtsai, 2004; Garnefski & Kraaij, 2006b; Garnefski & Kraaij, 2007; Jermann és mtsai, 2006; Kraaij és mtsai, 2002; Kraaij és mtsai, 2003) azt találtuk, hogy az adaptív stratégiák gyakoribb használata, illetve a nem adaptív stratégiák hiánya szoros összefüggésben áll a mentális jól-léttel. Ez arra utal, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák jelentős tényezők lehetnek a mentális zavarok kialakulásában és fennmaradásában.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a CERQ magyar változata (mind a 36 tétéles, mind a rövidített verzió) megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető, és így alkalmas az érzelem-szabályozás kognitív stratégiáinak terén megmutatkozó egyéni különbségek vizsgálatára.

5.1.2. A stressz percepciója, a kognitív érzelem-szabályozás és a szorongás összefüggéseire vonatkozó eredmények értékelése

Következő célkitűzésünk a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepének vizsgálata volt a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések (*észlelt stressz*) és a szorongás kapcsolatában. Két alternatív modellt teszteltünk. Egyfelől, korábbi vizsgálatok alapján feltételeztük, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediálják a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések és a szorongás kapcsolatát (*vö. H2d hipotézis*). Alternatív hipotézisként feltételeztük, hogy a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések szintje befolyásolja a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és a szorongás közötti kapcsolatot (*vö. H2d' hipotézis*).

Tudomásunk szerint kutatásunk az első, mely a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepét vizsgálta a kontrollálhatósággal/bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések, és a szorongás jól ismert kapcsolatában.

A szakirodalommal egybehangzóan (*többek között: Cohen, & Janicki-Deverts, 2012; Sipos, & Sipos, 1983*), vizsgálatunkban a nők szignifikánsan magasabb észlelt stresszről és szorongásról számoltak be. Más kutatócsoportok a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák használatában is feltártak nemi különbségeket (Zlomke, & Hahn, 2010), mintánkon a férfiak és nők nem különböztek e változók mentén.

A szakirodalommal összhangban (*többek között*: Stauder, & Konkolj Thege, 2006) erős, pozitív kapcsolatot találtunk az észlelt stressz és a szorongás között (vö. *H2a hipotézis*).

Korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan (Garnefski és mtsai, 2002), a nem-exekutív kognitív stratégiák (*önvád, rumináció, katasztrofizálás*) közepes erősségű, szignifikáns pozitív összefüggést mutattak mind az észlelt stresszel, mind a szorongással. Másfelől, feltételezésünknek megfelelően, szignifikáns, fordított irányú összefüggést találtunk az exekutív stratégiák (*tervezés, pozitív átértékelés, pozitív fókuszváltás*) és az észlelt stressz, illetve a szorongás között (vö. *H2b és H2c hipotézis*).

A többszörös mediátor elemzés eredménye arra utalt, hogy a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediálják a kontrollálhatóságra és bejósolhatóságra vonatkozó vélekedések és a szorongás kapcsolatát (vö. *H2d hipotézis*). Másfelől, az észlelt stressz szintje mintánkon nem befolyásolta a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szorongás kapcsolatát, *H2d' hipotézisünket* tehát nem tudtuk igazolni.

Feltételezéseinknek megfelelően, az észlelt stressz magasabb szintje a nem-exekutív kognitív stratégiák (*önvád, rumináció és katasztrofizálás*) gyakoribb, míg és az exekutív funkciók aktivitását igénylő kognitív stratégiák (*pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, tervezés és perspektívába helyezés*) ritkább használatával járt együtt. Ezek az eredmények összhangban vannak a stressz és a kognitív érzelem-szabályozás kapcsolatát vizsgáló korábbi kutatások eredményeivel (Geisler és mtsai, 2010; Raio és mtsai, 2013) és kiegészítik azokat az egyes kognitív stratégiákra vonatkozó, részletesebb elemzéssel.

Eredményeink arra utalnak, hogy az *önvád* és a *rumináció* magasabb, illetve a *pozitív átértékelés* alacsonyabb szintje magyarázza részben az észlelt stressz és a szorongás pozitív összefüggését. Ezek az eredmények, korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan (Garnefski és mtsai, 2001a; Garnefski és mtsai, 2003; Garnefski, & Kraaij, 2006b; Jermann és mtsai, 2006), aláhúzzák a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepét a pszichopatológia kialakulásában, és a stressz károsító hatására utalnak az érzelem-szabályozás folyamataiban.

A negyedik szignifikáns mediátor hatás (*perspektívába helyezés*) egy kissé eltérő képet mutat. Eredményeink szerint az észlelt stressz magasabb szintje a *perspektívába helyezés* ritkább alkalmazásával jár együtt. A *perspektívába helyezés* és a szorongás kapcsolatára vonatkozó eredményeink azonban nem erősítik meg e kognitív stratégia

adaptív voltárol szóló korábbi feltételezéseket (Garnefski és mtsai, 2001a). Ellenkezőleg, vizsgálatunkban a *perspektívába helyezés* gyakoribb alkalmazása magasabb szorongással járt együtt. Eredményeink azokkal a korábbi vizsgálatokkal vannak összhangban, melyek a *perspektívába helyezés* és a pszichopatológia pozitív összefüggéseire utalnak (Garnefski és mtsai, 2003; Schroevers, Kraaij, & Garnefski, 2007). Eredményeik értékelésekor Schroevers és munkatársai (2007) felvetik, hogy a perspektívába helyezés a többváltozós elemzésben a vele összefüggésben álló, de magasabb adaptív értékkel bíró stratégiákkal együtt bevonva, és ezek hatására kontrollálva mutathat pozitív összefüggést a pszichopatológiával. Két- és többváltozós eredményeink összevetése hihetővé teszi ezt az érvelést. Elemzésünk egyértelműen arra utal, hogy az átértékelés két formája közül a *pozitív átértékelés* a nagyobb adaptív értékkel bíró stratégia. További vizsgálatok szükségesek azonban a *perspektívába helyezés* és a pszichopatológiai összefüggéseinek pontosabb megismerésére.

Mintánkon az észlelt stressz és két kognitív stratégia, az *elfogadás*, valamint a *mások hibáztatása* nem mutatott szignifikáns összefüggést, ami alátámasztja Geisler és munkatársai (2010) feltételezését arról, hogy e kognitív mechanizmusokat nem lehet az exekutív funkciók involváltsága alapján osztályozni.

Összességében, eredményeink arra utalnak, hogy a kontrollálhatatlanság és bejósolhatatlanság percepciója az exekutív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák csökkent, és a nem-exekutív mechanizmusok gyakoribb alkalmazásával járnak együtt, míg az észlelt stressz szintje ezek adaptivitását nem befolyásolja.

5.2. Második kutatási szakasz

5.2.1. Az Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív magyar változata pszichometriai mutatóinak értékelése

Vizsgálatunk célja az „Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív” (Melnik, 1994) magyar nyelvű változatának kialakítása és pszichometriai mutatóinak elemzése volt. Eredményeink szerint a kérdőív belső konzisztenciája kiváló, időbeli stabilitása megfelelő.

Mintánkban a nem és az iskolai végzettség nem befolyásolta a PBS pontszámot. A gondviselő életkora szignifikáns negatív összefüggést mutatott a kompetenciával

kapcsolatos szülői vélekedések erősségével, a korreláció azonban gyenge volt. A gyermek életkorával összefüggést nem találtunk.

Vizsgálatunk az első, amely az észlelt szülői hatékonyságot tervezetten és nem tervezetten hospitalizált gyermekek szüleit egyaránt bevonva elemezte. Meglepő eredmény, hogy az akut felvételre került gyermekek szülei magasabb szülői kompetenciáról számoltak be, mint a tervezetten hospitalizált gyermekek szülei. Úgy tűnik, hogy az „elővételezés”, illetve „felkészülési idő” nem javítja, inkább rontja a szülők biztonságérzetét abban, hogy a kórházi körülmények között is képesek hatékony szülőként működni. Ennek tükrében érdemes lenne a szülői intervenciókat e célcsoportra is kiterjeszteni. Mindemellett további vizsgálatok szükségesek azon tényezők feltérképezésére, melyek a hospitalizáció jellege és az észlelt szülői hatékonyság összefüggéseit magyarázhatják.

A hospitalizáció okának heterogenitása miatt a kórházban töltött napok számát választottuk a súlyosság indikátorának; az észlelt szülői hatékonyság ezzel nem mutatott összefüggést. Eredményünk arra utalhat, hogy az objektív egészségi állapot nem feltétlenül jó előrejelzője a pszichés alkalmazkodásnak, nagy szerepe lehet ebben a szubjektív tényezőknek, jelentésadási folyamatoknak, ahogy azt a kognitív elmélet is hangsúlyozza (Beck, & Dozois, 2011; Ehlers & Clark, 2000).

A kérdőív konvergens validitását az általános észlelt szülői hatékonysággal való összefüggésével vizsgáltuk: közepes erősségű pozitív összefüggést tapasztaltunk, ami arra utalhat, hogy kérdőívünk az általános szülői kompetenciával rokon konstruktumot ragad meg, de annak speciális aspektusát méri.

A PBS prediktív validitását a STAI-S összefüggésben igazoltuk. Korábbi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan (Melnik és mtsai, 2007) azt találtuk, hogy az észlelt szülői hatékonyság jelentősen összefügg a gyermek hospitalizációjára adott érzelmi reakcióval, és ily módon fontos szerepet játszhat a stressz-teli életeseményhez való pszichés alkalmazkodásban.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a PBS magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető, és így alkalmas a szülői hatékonyság mérésére hospitalizált gyermekek szüleinek körében. Vizsgálatunk mindemellett felhívja a figyelmet arra is, hogy az észlelt szülői hatékonyság növelését célzó pszicho-szociális intervenciók bevezetése mind akut, mind tervezett hospitalizáció esetén megfontolandó.

5.2.2. Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepe a stresszre adott reakciókra hospitalizált gyermekek szüleiben: eredmények értékelése

Következő vizsgálatunk célja a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és az észlelt szülői hatékonyság szerepének vizsgálata volt a stresszre adott reakciókban, tervezett sebészeti beavatkozás miatt hospitalizált gyermekek szüleiben. Tudomásunk szerint ez a vizsgálat volt az első, mely e kognitív tényezők együttes hatását vizsgálta a szülői stressz-reakciókban. Vizsgálatunk erőssége, hogy a toborzás időszakában minden, a bevásztási kritériumoknak megfelelő szülőt megpróbáltunk bevonni. A minta a gyermek életkorát és a hospitalizáció indikációját tekintve heterogén volt. Mindez növeli eredményeink általánosíthatóságát.

Ismét két alternatív modellt teszteltünk. Egyfelől, a szociális-kognitív elmélet (Benight és Bandura, 2004, Bandura, 2012) alapján azt vártuk, hogy a szülői hatékonysággal kapcsolatos vélekedések kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat aktiválnak, melyek azután hatással vannak a helyzetre adott érzelmi reakcióra (*H4e hipotézis*). Másfelől, alternatív hipotézisként feltételeztük, hogy az észlelt szülői hatékonyság szintje befolyásolja a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák és az érzelmi válasz közötti kapcsolatot (*H4e' hipotézis*).

Feltételezéseinknek megfelelően, mintánkon az észlelt szülői hatékonyság negatív összefüggést mutatott a szorongással (vö. *H4a hipotézis*). Ez az eredmény azon vizsgálatok sorába illeszkedik, melyek az észlelt szülői hatékonyság jelentőségére utalnak a szülői alkalmazkodásban (Fotiadou és mtsai, 2004; Harper és mtsai, 2013; Melnyk, 1995; Melnyk, és mtsai, 2007; Streisand és mtsai, 2005; Taft és mtsai, 2012), továbbá összhangban van a poszttraumás felépülés szociális-kognitív elméletével (Benight és Bandura, 2004; Bandura, 2001), mely az én-hatékonyság szerepét hangsúlyozza a stresszre adott reakciókban.

Másfelől, várakozásainknak megfelelően (vö. *H4b hipotézis*), és korábbi vizsgálatokkal (*többek között*, Garnefski & Kraaij, 2006b) összhangban, a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szignifikáns pozitív összefüggést mutattak a szorongással, kontrollálva az elemzést a demográfiai tényezőkre és a hospitalizáció jellemzőire. Az adaptív stratégiák azonban mintánkon nem jelezték előre a szorongást. Eredményeink a nem-adaptív stratégiák relatív nagyobb jelentőségét jelezhetik a stresszre

adott reakciókban. Másfelől, lehetséges az is, hogy az adaptívnek tartott kognitív érzelem-szabályozó stratégiák heterogenitása befolyásolta eredményeinket. Míg például, a vizsgálatok szerint, a *pozitív átértékelés* konzisztens módon fordított irányú összefüggést mutat a pszichopatológiával, más, a CERQ Adaptív Stratégiák alskálába bevont mechanizmusok, például az *elfogadás*, vagy a *perspektívába helyezés* adaptivitására vonatkozó eredmények ellentmondásosabbak (Jermann és mtsai, 2006; van der Veek, és mtsai, 2009). További kutatás szükséges e kognitív stratégiák szerepének differenciáltabb vizsgálatára.

A többszörös mediátor elemzés nem támasztotta alá feltételezésünket a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepéről az észlelt szülői hatékonyság és a szorongás kapcsolatában (*H4e hipotézis*): a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák alkalmazásának gyakorisága és a szülői én-hatékonyság függetlennek bizonyult. Másfelől, a nem-adaptív stratégiák és az észlelt szülői hatékonyság interakciója a stresszre adott reakciók szignifikáns prediktorának bizonyult; magas én-hatékonyság mellett a nem-adaptív stratégiák gyakoribb alkalmazása a szorongás magasabb szintjével függött össze, míg alacsony én-hatékonyság mellett ez az összefüggés nem volt szignifikáns (*H4e' hipotézis*).

Eredményeink tehát nem támasztották alá Benight és Bandura (2004) feltételezését a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák mediátor szerepéről, de arra utalnak, hogy mind az észlelt szülői hatékonyság, mind a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok fontos szerepet játszanak a stresszre adott reakciókban, hospitalizált gyermekek szüleiben. Komplex, több kognitív tényező együttes hatásának elemzését lehetővé tevő modellek vizsgálata szükséges tehát a pediátriai eseményekhez kapcsolódó poszttraumás stressz-reakciók megismeréséhez.

5.3. A harmadik kutatási szakasz: Az észlelt szülői hatékonyság, a kognitív érzelem-szabályozás, és a szülői szereppel való elégedettség összefüggéseire vonatkozó eredmények értékelése

A harmadik, utolsó kutatási szakaszban a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és az észlelt szülői hatékonyság, a szülői alkalmazkodásban betöltött, együttes szerepének részletesebb feltárására vállalkoztunk.

A minta mérete megengedte, hogy a moderációra és a mediációra vonatkozó hipotéziseket egyetlen modellben vizsgáljunk. A feltételes folyamat-elemzés (Hayes, 2013) lehetővé tette egy moderált mediátor hipotézis tesztelését is, mely szerint a kognitív mechanizmusok mediálják az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatát, de ez függ az észlelt szülői hatékonyság szintjétől.

A szakirodalommal összhangban (Coleman & Karraker, 2003; Gilmore & Cuskelly, 2009; Johnston & Mash, 1989), az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség között szignifikáns pozitív összefüggést találtunk, a hatásméret azonban közepes volt. Ez az összefüggés szignifikáns maradt a többváltozós elemzésben, számos fontos kontroll-változó bevonása után is (*vö. H5a hipotézis*).

A szociális-kognitív elmélettel összhangban (Bandura, 2012; Benight & Bandura, 2004), eredményeink azt mutatták, hogy azok az édesanyák, akik magabiztosabbak szülői szerepükben, több adaptívnek tartott (*pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés*), és kevesebb nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiát alkalmaznak (*vö. H5b hipotézis*). Vagyis, az ágencia-fogalommal (Bandura, 2012) egybehangzóan, az észlelt szülői hatékonyság, kognitív folyamatokon keresztül, fontos szerepet játszhat az érzelem-szabályozásban.

Várakozásainknak megfelelően, a szülői szereppel való elégedettség fordított irányú kapcsolatot mutatott a nem-adaptív stratégiák alkalmazásával, mint az *önvád*, a *rumináció*, a *katasztrofizálás*, és a *mások hibáztatása* alkálákkal, és pozitív összefüggést mutatott a *tervezés* és a *pozitív átértékelés* használatával (*vö. H5c hipotézis*). Ez összhangban van Geisler és munkatársai (2010) vizsgálataival, melyekben az exekutív érzelem-szabályozó stratégiák — melyek közé a *tervezés* is sorolandó — bejósolták az étellel való elégedettséget.

A feltételes folyamat elemzés eredménye részben támasztotta alá hipotéziseinket. A *tervezés* az észlelt szülői hatékonyság és a szereppel való elégedettség közötti kapcsolat szignifikáns mediátorának bizonyult, és ez független volt az észlelt szülői hatékonyság szintjétől (*vö. H5d hipotézis*). Nagyobb én-hatékonyság a *tervezés* gyakoribb alkalmazásával állt összefüggésben, amely viszont magasabb elégedettséggel járt együtt. Mivel a *tervezés* talán a leginkább proaktív kognitív stratégia, ez az eredmény jól illeszkedik a szociális-kognitív elméletbe (Bandura, 2012), mely azt hangsúlyozza, hogy

a magasabb én-hatékonysággal jellemezhető személyek hajlamosabbak nagyobb befolyást gyakorolni környezetükre.

Másfelől, az *önvád* csak az alacsony szülői hatékonysággal jellemezhető személyekben mediálta az én-hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatát (vö. *H5d'' hipotézis*), arra utalva, hogy alacsony én-hatékonyság esetén nagyobb szerepük van a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiáknak. Korábbi vizsgálatok szerint a stressz negatív hatással van az érzelem-szabályozás kognitív folyamataira (Raio és mtsai, 2013). Eredményeink arra utalnak, hogy az észlelt hatékonyság alacsony szintjének hasonló hatása lehet: éppen az alacsony én-hatékonysággal jellemezhető szülők, akiknek talán a legnagyobb szükségük lenne rá, kevésbé képesek kognitív mechanizmusok segítségével kontrollálni érzelmeiket.

Az észlelt szülői hatékonyság moderátor-szerepére vonatkozó hipotézisünk (*H5d'*) az *önvád* tekintetében igazolódott: az észlelt szülői hatékonyság szintje befolyásolta az *önvád* és az elégedettség kapcsolatát.

Bár nem ez állt elemzésünk középpontjában, érdemes megjegyezni, hogy eredményeink szerint a gyermek internalizáló és externalizáló tünetei eltérő kapcsolatot mutattak a szülői kognitív érzelem-szabályozással. Az internalizáló tünetek a szülői kognitív stratégiák széles skálájával mutattak összefüggést, míg az externalizáló tünetek egyedül az *önvád* gyakoribb alkalmazásával jártak együtt. Mivel a mentális zavarok nagy része erős családi halmozódást mutat, feltételezhetjük, hogy ezen összefüggések a szülői pszichopatológia szerepének vizsgálatával és a komplex gén-környezet korrelációk (Rutter és mtsai, 2006) ismeretének fényében érthetők meg; további vizsgálatok szükségesek ezek feltárására.

Összességében eredményeink felhívják a figyelmet a kognitív tényezők vizsgálatának jelentőségére a szülőségben, és rámutatnak a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepére az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatában.

5.4. Konvergenciák és diszkrepanciák értékelése

Összhangban feltételezéseinkkel és a szakirodalommal (*többek között*: Bandura, 2012; Benight & Bandura, 2004; Garnefski és mtsai, 2001a; Raio és mtsai, 2013), eredményeink szerint mind a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusoknak, mind a

kontrollal, bejósolhatósággal és én-hatékonysággal kapcsolatos vélekedéseknek fontos szerepe van az alkalmazkodásban, speciálisan a szülők stresszre adott reakcióiban.

Nem-klinikai mintákon végzett vizsgálataink eredményei arra utalnak, hogy a stressz, illetve az alacsony én-hatékonyság percepciója az érzelem-szabályozás kognitív folyamatainak kevésbé adaptív módjával függenek össze, ami azután rosszabb alkalmazkodáshoz vezet. Éppen akkor, amikor a legnagyobb szükség lenne rá (amikor kontrollálhatatlannak és bejósolhatatlannak érzékeljük a környezetet), és éppen azok, akiknek talán a legnagyobb szükségük lenne rá (az alacsony én-hatékonysággal jellemezhető szülők), képtelenek adaptív módon használni a kognitív mechanizmusokat az érzelmek szabályozására. Az életfeltételek gyors változása a modern korban, úgy tűnik, nem hagyott időt arra, hogy megfelelő szabályozási folyamatokat alakítsunk ki a pszichológiai stresszel való megküzdésben (Kopp, & Réthelyi, 2004), ami az érzelmek hatékony szabályozását is érinti (Raio és mtsai, 2013), és hosszú távon mentális zavarok kialakulásához vezethet.

Hospitalizált gyermekek szüleiben végzett vizsgálatunkban, ezzel ellentétesen a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és a szülői hatékonyságra vonatkozó önbeszámoló korrelálatlan volt. Az észlelt szülői hatékonyság összefüggése az egyes kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokkal különböző lehet, az összevont alkálák alkalmazása szerepet játszhatott eredményünk alakulásában. Másfelől, Bandura (2012), az én-hatékonyság és az alkalmazkodás összefüggéseit vizsgáló kutatások kritikai értékelése során amellet érvel, hogy a szignifikáns eredmények hiánya nagyrészt módszertani problémákból adódik. Bandura (2012) hangsúlyozza, hogy az én-hatékonyság terület-specifikus fogalom; lehetséges, hogy egy személy magas én-hatékonysággal jellemezhető például a munka területén, de alacsony én-hatékonysággal a szociális kapcsolatok terén. Még specifikusabban, az is előfordulhat, hogy egyetlen területen belül, annak különböző aspektusaiban eltérő én-hatékonyságot tapasztalunk. Esetünkben, a szülők gyermekkorházi jelenlétét vizsgáltuk; ez a helyzet azonban kellően komplex. Feltételezzük, hogy a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusokat vizsgáló kérdőívünk instrukciójában a helyzet más fontos aspektusára (a gyermek megbetegedésére és kórházba kerülésére) fókuszáltunk, mint a szülői én-hatékonyságot vizsgáló mérőeszköz esetében, melyben a szülői működéséről a kórházi környezetben, illetve a gyermek stresszre adott reakcióinak bejósolásáról kérdezősködtünk. Lehetséges,

hogy az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok csak akkor mutatnak összefüggést, ha a helyzet ugyanazon aspektusára vonatkoznak; további vizsgálatok szükségesek ennek igazolására.

5.5. Limitációk

Vizsgálat-sorozatunk néhány korlátját is érdemes figyelembe venni eredményeink értelmezésekor, melyek a mintavételt, a mérőeszközöket és az elrendezést érintik.

5.5.1. A mintavétel

Az első és harmadik kutatási szakaszban bevont, elérhetőségi minták nem-klinikai populációból származtak, így eredményeink érvényességét a továbbiakban reprezentatív mintán és különböző betegcsoportokon is érdemes lesz megvizsgálni.

Mivel a kognitív érzelem-szabályozással összefüggésben álló neurális struktúrák érése fiatal felnőttkorig folytatódik (Sowell, Thompson, Holmes, Jernagan, & Toga, 1999), az első vizsgálati szakasz, nagyrészt fiatal felnőttekből álló mintáján nyert eredmények nem feltétlenül általánosíthatók más életkori csoportokra. Ebben a mintában a segítő foglalkozású személyek felül-reprezentáltak szerepeltek, ami befolyásolhatta eredményeinket.

A szülői mintákba túlnyomó többségében édesanyákat tudtunk bevonni. A második vizsgálati szakaszban ennek egyszerű oka volt: őket találtuk a betegágyánál. Ez talán arra utal, hogy társadalmunkban még mindig az édesanyák a gyermekek elsődleges gondozói, így releváns a szülőség témájában körükben vizsgálandó. Az apák és az anyák azonban különbözhetnek az észlelt szülői hatékonyság tekintetében (Sevigny, & Loutzenhiser, 2010), a gyermek hospitalizációjára adott reakciójukban (Scrimin és mtsai 2009), a kognitív érzelem-szabályozásban pedig nemi különbségeket találtak (Zlomke, & Hahn, 2010), ezért eredményeink nem feltétlenül általánosíthatók más gondviselőkre.

A második kutatási szakasz prospektív vizsgálatába bevont mintában a szülők nagy része esetében a STAI-S pontszám a normál tartományba esett. A tervezett műtéti beavatkozás az alacsonyabb stresszel járó gyermekgyógyászati intervenciók közé tartoznak (Ben-Amitay és mtsai, 2006; Helfricht és mtsai, 2008; Hug és mtsai, 2005), mintánkban ráadásul az egy-napos sebészeti esetek felül-reprezentáltak szerepeltek (>70%). Továbbá, a szülők szorongását a beavatkozás után mértük, amikor az intervenció

komplikációival és a gyermektől való szeparációval kapcsolatos aggodalmak feltehetően már csökkentek. További vizsgálatok szükségesek eredményeink igazolására nagyobb stresszel jellemezhető helyzetekben, például akut felvétel vagy intenzív osztályos kezelés esetében.

5.5.2. Vizsgálóeszközök

Vizsgálataink során önbeszámoló kérdőívet alkalmaztunk; a válaszokat befolyásolhatták kontextuális tényezők, a szociális megfelelés igénye, a személy saját kognitív folyamataival kapcsolatos belátása és memóriefunkciói, és egyfajta válaszbeállítódás is. Egyetlen információ-forrást használtunk, ez befolyásolhatta a változóink között tapasztalt összefüggéseket. Mivel azonban a változók közötti kapcsolat nem volt egységesen magas, ez a torzítás feltehetően nem játszott jelentős szerepet eredményeinkben. Bár hisszük, hogy a személy belső történéseinek, például érzelmi állapotának és kognícióinak megismerésére a leginkább érvényes eszköz az önbeszámoló, többféle módszer és információ-forrás alkalmazása növelheti a vizsgálatok értékét.

Nehézséget okozott a kutatás során a megfelelően adaptált, magyar nyelvű kérdőívek hiánya, mind a kognitív tényezők, mint a pszichopatológia vizsgálatának tekintetében. Kutatásunkban két kérdőív magyar változatának elkészítésére vállalkoztunk, és egy további, adaptáció alatt álló kérdőívet alkalmaztunk. E kérdőívekről rendelkezésre álló csekély hazai tapasztalat szintén korlátja kutatásunknak.

A függő-változók megválasztásánál is beleütköztünk e módszertani nehézségbe, de ez esetben egy, hazánkban is széles körben elterjedt mérőeszköz alkalmazása mellett döntöttünk. A STAI-t azonban számos kritikával illeti a szakirodalom: az elkészítése óta eltelt negyven év alatt a szorongásról alkotott elképzelésünk sokat változott; a szorongás kognitív aspektusai kerültek előtérbe, elsősorban az aggodalmaskodás (*worry*) (Borkovec, 1994); helyesebb lett volna ezt kimenetelnek választani (Ruggiero és mtsai, 2012). Megfelelő magyar nyelvű mérőeszköz hiányában azonban ez nem volt lehetséges. A STAI-val szemben felmerülő másik kritika, hogy nem különíti el megfelelően a depressziót és a szorongást (Lovibond, 1998). Ez a korlát eredményeinket kevésbé érintette, mivel a stresszre adott reakciókon belül nem szándékoztunk tovább differenciálni. Az állapot-szorongás mérése helyett fókuszálhattunk volna a poszttraumás stressz speciális tüneteire; vizsgáladásunk időpontjában azonban nem állt rendelkezésre

ezek mérésére megbízhatóan adaptált magyar nyelvű kérdőív. Korábbi vizsgálatok szerint az állapot szorongás és a poszttraumás stressz tünetei szülőkből szoros együtt-járás mutatnak (Scrimin és mtsai 2009), így eredményeink érvényesnek tekinthetők a pediátriai eseményekhez kapcsolódó poszttraumás stressz modellben is.

5.5.3. Az elrendezés

Egyetlen vizsgálati szakasz kivételével keresztmetszeti elrendezést alkalmaztunk, melyekben csupán összefüggéseket tudtunk feltárni, ok-okozati kapcsolatok igazolására ez az elrendezés nem volt alkalmas. Erősen valószínű például, hogy az észlelt stressz és a szorongás közötti kapcsolat kétirányú; a stressz növekedése a szorongás felerősödéséhez vezet, mely azután befolyásolja a stressz-percepciót. Bár a feltételes folyamat modellek vizsgálatában a longitudinális elrendezés a leginkább megfelelő, Hayes (2013) hangsúlyozza, hogy keresztmetszeti vizsgálatok eredményei is értékes adalékokkal szolgálhatnak, amennyiben azokat a korlátok ismeretében, megfelelő mértéktartással értelmezzük.

Megemlíteném, hogy a második kutatási szakaszban folytatott vizsgálatunk prospektív, de nem longitudinális: nem mértük a szülők állapot-szorongását a T_1 időpontban, így nem tudtuk erre elemzéseinket kontrollálni. Továbbá, csak két időpontból származnak adataink, így mediátor modellünk nem prospektív. Három időpontban történő mintavétel lehetővé tette volna a változóink közötti pontos időrendi sorrend megállapítását. Gondosan tervezett, longitudinális vizsgálatokra van szükség a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, az észlelt szülői hatékonyság és a stresszre adott reakciók összefüggéseinek pontosabb megértésére.

5.6. Javaslatok a további kutatás számára

Tudomásunk szerint kutatásunk az első, mely a szülők alkalmazkodásában a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok és az észlelt szülői hatékonyság együttes szerepét vizsgálta. Eredményeink arra utalnak, hogy a szeparáltan már vizsgált kognitív tényezők hatását érdemes komplex modellekben tesztelni. A feltárt összefüggések igazolására és általánosíthatóságának vizsgálatára azonban további vizsgálatok szükségesek.

Mintáinkban túlnyomó részt édesanyák szerepeltek; érdemes lenne vizsgálatainkat édesapákra, valamint más gondviselőkre is kiterjeszteni.

Fontos lenne a továbbiakban új változókat bevonni az elemzésbe. Eredményeink alapján például feltételezzük, hogy érdemes a szülői pszichopatológia lehetséges moderátor-szerepét vizsgálni a gyermek érzelmi- és viselkedési tüneteire adott szülői reakciókban.

Bár az intra-perszonális tényezők vizsgálatában megkerülhetetlen az önbeszámoló alapuló kérdőívek használata, többféle mérési módszer alkalmazása (pl. viselkedés-megfigyelés, fiziológiai paraméterek mérése) hasznos adalékokkal szolgálhatna.

Végül, gondosan tervezett, longitudinális vizsgálatok szükségesek az oksági összefüggések igazolására.

5.7. Klinikai implikációk

5.7.1. Stressz és érzelem-szabályozás

Korábbi vizsgálatok szerint a stressz jelentős hatással van az idegrendszer működésére, a rugalmas, „kognitív” működésmód helyett merevebb, megszokáson alapuló” munkamód felé tolva el a hangsúlyt. Ez utóbbi működésmód fizikai fenyegetettség esetén adaptív, mert gyors veszély-észlelést és válaszreakciót tesz lehetővé akkor, amikor a késlekedés végzetes lehet, valamint kedvez a nagyon erős S-R emléknymok keletkezésének (Schwabe & Wolf, 2013). Ennek ára azonban a csökkent flexibilitás, előrelátás, és rosszul integrált emléknymok. A modern kort jellemző pszichológiai veszély esetén más működésmódra lenne szükség; az ősi, „üss vagy fuss” reflex maladaptív lehet, és pszichopatológiához vezethet (Kopp, & Réthelyi, 2004; Schwabe & Wolf, 2013). Például, a memória-rendszerek közötti váltás (a deklaratív memóriától a procedurális memória irányába) felelős a poszttraumás stressz zavarban leírt intruziókért, és az ezeket kísérő, jelen-idejű fenyegetettség-észlelésért (Brewin és mtsai, 1996). A pánik zavart jellemző erőteljes kontextuális tanulás, valamint a tapasztalati tanulás hiánya (a személy nem képes integrálni azt az információt, hogy a rettegett katasztrófa pánik-helyzetben sosem következett be) szintén az eltérő memória-rendszerek működésével magyarázható (Schwabe & Wolf, 2013).

Eredményeink arra utalnak, hogy a kognitív érzelem-szabályozásban is igazolható a stressz-függő eltolódás a flexibilis, exekutív stratégiák alkalmazása felől a rigidebb, nem-exekutív mechanizmusok használatának irányába, vagyis a hatékony érzelem-szabályozás éppen akkor mond csődöt, amikor arra a személynek a legnagyobb szüksége

lenne. A krónikus stressz hatása az exekutív funkciókra azonban a vizsgálatok szerint reverzibilis (Soares és mtsai, 2012). Szorongásos kórképekben például, pszichoterápiás eszközökkel módosítható volt a fronto-limbikus aktivitás (*többek között*: Sakai és mtsai, 2006); bár ennek mechanizmusáról keveset tudunk. Eredményeink alapján feltételezhetjük, hogy azok a pszichoterápiás intervenciók, melyek segítenek gátolni a nem-adaptív érzelem-szabályozó mechanizmusokat, és fenntartani az exekutív kognitív stratégiák alkalmazását ebben a „nehezített helyzetben”, fontosak lehetnek a krónikus stressz fizikai és pszichológiai konzekvenciáinak kivédésében. Ezek az intervenciók a PFC aktivitásán keresztül a „top-down” szabályozási folyamatok megerősödéséhez vezethetnek, ami csökkentheti a személy vulnerabilitását (Ochsner & Gross, 2008; Sheppes & Gross, 2011).

5.7.2. Hospitalizált gyermekek szüleit célzó intervenciók

Eredményeink felhívják a figyelmet a hospitalizált gyermekek szüleit célzó pszichológiai intervenciók fontosságára is.

Vizsgálatunkban az akut felvételre került gyermekek szülei magasabb szülői kompetenciáról számoltak be, mint a tervezetten hospitalizált gyermekek szülei. A szülői hatékonyságot célzó intervenciókkal kapcsolatos korábbi vizsgálatok a sürgősségi esetekre fókuszáltak (Melnik és mtsai, 2007); eredményünk felhívja a figyelmet a tervezetten hospitalizált gyermekek szüleinek problémáira is. Ennek tükrében érdemes lenne a szülői intervenciókat e célcsoportra is kiterjeszteni.

Továbbá, eredményeink arra utalnak, hogy, bár a szülői hatékonyságot célzó intervenciók hatékonyak lehetnek a szülői stressz csökkentésében hospitalizált gyermekek szüleiben, de szükség van a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák felmérésére, módosítására is. A szülőknek egy al csoportja, a maladaptív érzelem-szabályozó stratégiák magas szintjével jellemezhető személyek esetében a pusztán a szülői hatékonyságot célzó intervenciók elégtelennek bizonyulhatnak.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

Az értekezésben bemutatott vizsgálat-sorozat célja a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, és a kontrollálhatósággal, bejósolhatósággal, illetve én-hatékonysággal kapcsolatos vélekedések szerepének vizsgálata volt a stresszre adott reakciókban. A vizsgálat-sorozat legfontosabb eredményei a következők:

1. Vizsgálataink során két mérőeszköz magyar változatát készítettük el.

Magyar vonatkozású új eredmények

A CERQ magyar változata (mind a 36 tételes, mind a rövidített verzió) megbízható és érvényes mérőeszköz, mely alkalmas az érzelem-szabályozás kognitív stratégiáinak terén megmutatkozó egyéni különbségek vizsgálatára.

A PBS magyar változata a szülői hatékonyság megbízható és érvényes mérőeszköze hospitalizált gyermekek szüleinek körében.

2. Elsőként vizsgáltuk az észlelt stressz összefüggéseit a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák széles skálájával.

Új eredményeink:

Az észlelt stressz magasabb szintje a nem-exekutív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák (*önvád, katasztrofizálás, rumináció*) gyakoribb, és az exekutív kognitív érzelem-szabályozó stratégiákat (*pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, tervezés, perspektívába helyezés*) ritkább alkalmazásával jár együtt.

A kognitív érzelem-szabályozó stratégiák (*önvád, rumináció, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés*) mediálják az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatát.

A kognitív stratégiák adaptív értéke, a vizsgált tartományban, az észlelt stressz szintjétől független.

3. Elsőként vizsgáltuk az észlelt szülői hatékonyságot tervezetten hospitalizált gyermekek szüleiben, és hasonlítottuk össze az akut felvételre került csoporttal.

Új eredmények:

Az észlelt szülői hatékonyság alacsonyabb a tervezetten hospitalizált gyermekek szüleiben, mint az akut felvételre került gyermekek szüleiben.

4. Elsőként vizsgáltuk az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozás együttes szerepét hospitalizált gyermekek szüleiben.

Új eredmények:

Az észlelt szülői hatékonyság és a nem-adaptív kognitív mechanizmusok alkalmazása, egymás hatására korrigálva is, a szorongás szignifikáns prediktorai hospitalizált gyermekek szüleiben.

Az észlelt szülői hatékonyság szintje befolyásolja a nem-adaptív stratégiák és a szorongás kapcsolatát. Alacsony szülői én-hatékonyság mellett a szorongás magas, függetlenül az alkalmazott kognitív érzelem-szabályozó stratégiáktól; míg magas szülői én-hatékonyság mellett a nem-adaptív kognitív érzelem-szabályozó stratégiák gyakoribb alkalmazása magasabb szorongással jár együtt.

5. Elsőként vizsgáltuk a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák szerepét az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatában.

Új eredmények:

A *tervezés*, mint kognitív érzelem-szabályozó stratégia, mediálja az észlelt szülői hatékonyság és az elégedettség kapcsolatát, függetlenül az észlelt szülői hatékonyság szintjétől. Azok a szülők, akik magabiztosabbnak érzik magukat szülői szerepükben, gyakrabban alkalmazzák a tervezést, ami a szülői szereppel való elégedettség magasabb szintjével járt együtt.

Az *önvád* mediálja az észlelt szülői hatékonyság és az elégedettség kapcsolatát, amennyiben az észlelt szülői hatékonyság alacsony: Az alacsonyabb én-hatékonyság az önvád gyakoribb alkalmazásával járt együtt, ami viszont a szülői szereppel való elégedettség alacsonyabb szintjével mutat összefüggést. Magas észlelt szülői hatékonyság esetén ez az összefüggés nem áll fenn.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Az érzelmek szabályozásának céljából alkalmazott figyelmi és gondolkodási folyamatok a szakirodalom szerint fontos szerepet játszanak a mentális jól-létben, illetve a stresszre adott reakciókban. Kevesebbet tudunk azonban arról, mely tényezők befolyásolják alkalmazásukat. Az értekezésben bemutatott kutatás-sorozatban mediátor, moderátor és feltételes folyamat modellek elemzésével vizsgáltuk a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok, valamint a kontrollálhatósággal, bejósolhatósággal, illetve én-hatékonysággal kapcsolatos vélekedések összefüggéseit a stresszre adott reakciókkal. A vizsgált konstruktumokat önkitöltő kérdőívekkel mértük. Kényelmi, nem-klinikai mintán ($N=162$) végzett, keresztmetszeti vizsgálatunkban a kontrollálhatósággal és bejósolhatósággal kapcsolatos vélekedések alacsonyabb szintje az exekutív funkciók alulműködésével jellemezhető kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok gyakoribb, és az exekutív funkciókat involváló stratégiák ritkább alkalmazásával jártak együtt. Eredményeink a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák (*önvád, rumináció, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés*) mediátor szerepére utaltak a stressz percepciója és a szorongás kapcsolatában, míg a kognitív stratégiák adaptív értéke az észlelt stressz szintjétől függetlennek mutatkozott. Hospitalizált gyermekek szüleiben ($N=114$) végzett, prospektív vizsgálatunkban az alacsony észlelt szülői hatékonyság és a nem-adaptív kognitív mechanizmusok gyakoribb alkalmazása előre jelezte a szorongás magasabb szintjét a szülőben. Az észlelt szülői hatékonyság és a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák között szignifikáns korrelációt nem találtunk; az én-hatékonyság szintje azonban befolyásolta a nem-adaptív stratégiák és a szorongás kapcsolatát. Utolsó, keresztmetszeti vizsgálatunkban, nem-klinikai, anyákból álló mintán ($N=407$), a *tervezés* mediálta az észlelt szülői hatékonyság és a szülői szereppel való elégedettség kapcsolatát, függetlenül az én-hatékonyság szintjétől; az *önvád* azonban csak az alacsony szülői hatékonysággal jellemezhető személyekben bizonyult szignifikáns mediátornak. Továbbá, alacsony én-hatékonyság mellett az *önvád* az elégedettség alacsonyabb szintjével járt együtt, magas én-hatékonyság esetén ez az összefüggés nem volt szignifikáns. Eredményeink arra utalnak, hogy a kontrollálhatatlanság/ bejósolhatatlanság percepciója, illetve az alacsony én-hatékonyság az érzelem-szabályozás kognitív folyamatainak kevésbé adaptív módjával függenek össze, ami rosszabb alkalmazkodást eredményez. Komplex modellek vizsgálata szükséges a kognitív tényezők és stresszre adott reakciók összefüggéseinek megértésére. A kognitív tényezők e láncolatának feltérképezése fontos mind a preventív, mint a terápiás intervenciók tervezésében.

SUMMARY

Strong relationships were found in previous research between attentional and cognitive processes of emotion regulation and mental well-being, as well as traumatic stress. So far there has been little research on factors influencing the selection of cognitive emotion regulation strategies when facing environmental challenges. The aim of our research was to test multiple mediator, moderator and conditional process models about the relationships among cognitive emotion regulation, the perception of uncontrollable stress, self-efficacy beliefs and stress reactions. These constructs were assessed by self-report measures. In a convenience, non-clinical, cross-sectional sample ($N=162$), results revealed that the perception of uncontrollable stress was related to more frequent use of non-executive cognitive emotion regulation strategies and less use of cognitive strategies involving executive functions. Cognitive strategies (i.e. self-blame, rumination, positive reappraisal and putting into perspective) were found to mediate the relationship between perceived stress and anxiety; while the adaptive value of these strategies was independent of the level of perceived stress. In parents of hospitalized children ($N=114$), lower parental self-efficacy and the more frequent use of non-adaptive cognitive emotion regulation strategies predicted parental anxiety after surgical intervention of the child; however, cognitive emotion regulation and parental self-efficacy were unrelated. On the other hand, the relationship between the use of non-adaptive strategies and anxiety was dependent of the level of self-efficacy. According to our third study, in a cross-sectional sample of mothers of non-clinical children ($N=407$), self-blame mediated the relationship between parental self-efficacy and role satisfaction when self-efficacy was low, but not high. Planning was found to be a significant mediator independent of the level of self-efficacy. Furthermore, self-blame was related to lower levels of satisfaction with parental role in the low self-efficacy condition, but this relationship did not reach significance when parental self-efficacy was high. Our results seem to suggest that the perception of uncontrollable stress and low self-efficacy would be related to non-adaptive ways of cognitive emotion regulation resulting in failures of adaptation. Research on complex theoretical models is needed to understand the relationship between cognitive factors and pathological stress-reactions. Exploring chains of multiple cognitive processes might be crucial in planning effective prevention and therapeutic interventions.

8. IRODALOMJEGYZÉK

1. Achenbach T. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer, S. (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(2): 217-237.
3. Alderfer MA, Cnaan A, Annunziato RA, Kazak AE. (2005) Patterns of posttraumatic stress symptoms in parents of childhood cancer survivors. *J Fam Psychol*, 19(3): 430-440.
4. Alisic E, Jongmans M, van Wesel F, Kleber R. (2011) Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis *Clinical. Psychol Rev*, 31 (5): 736-747.
5. Allen S, Gilbert P. (1995) A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Pers Individ Dif*, 19: 293-299.
6. Alpár Zs (1975): A betegség és a kórház hatása a gyermekekre. *Egészségügyi Munka*, 1:5-11.
7. Alschuler KN, Otis JD. (2012) Coping strategies and beliefs about pain in veterans with comorbid chronic pain and significant levels of posttraumatic stress disorder symptoms. *Eur J Pain*, 16(2): 312-319.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn, text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
10. Anderson CA, Miller RS, Riger AL, Dill JC, Sedikides C. (1994) Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement, and test. *J Pers Soc Psychol*, 66: 549-558.
11. Archer KR, Castillo RC, Wegener ST, Abraham CM, Obremskey WT. (2012) Pain and satisfaction in hospitalized trauma patients: The importance of self-efficacy and psychological distress. *J Trauma Acute Care Surg*, 72(4): 1068-1077.
12. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*. Annual Reviews, Inc, Palo Alto, 2001: 1-26.

13. Bandura A. (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Management*, 38 (1): 9-44.
14. Bargh JA, Williams LE. (2007) The Nonconscious regulation of emotion. In: Gross JJ (szerk) *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press, New York, NY. 429–445.
15. Baron RM, Kenny DA. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*, 51: 1173-1182.
16. Barr P. (2011) Posttraumatic growth in parents of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *J Loss Trauma*, 16(2): 117-134.
17. Bech P, Staehr-Johansen K, Gudex C. (1996) The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom*, 65: 183-190.
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571.
19. Beck AT, Dozois DJA. (2011) Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annu Rev Med*, 62 (18): 397-409.
20. Ben-Amitay G, Kosov I, Reiss A, Toren P, Yoran-Hegesh R, Kotler M, Mozes T. (2006) Is elective surgery traumatic for children and their parents? *J Paediatr Child Health*, 42(10): 618-624.
21. Bennett H, Wells A. (2010) Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord*, 24(3): 318-325.
22. Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. (2009) Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behav Res Ther*, 47(12): 1018-1023.
23. Benight CC, Bandura A. (2004) Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther*, 42(10): 1129-1148.
24. Benzies KM, Trute B, Worthington C. (2013) Maternal self-efficacy and family adjustment in households with children with serious disability. *J Fam Stud*, 19(1): 35-43.
25. Berking M, Wupperman P. (2012) Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2): 128-134.

26. Best M, Streisand R, Catania L, Kazak AE. (2001) Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. *J Pediatr Psychol*, 26(5): 299-307.
27. Blom M, Oberink R. (2012) The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: A review. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 17(4): 571-601.
28. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In: Davey G, Tallis F (szerk.), *Worrying: perspectives on theory assessment and treatment*. Wiley & Sons, Sussex, England, 1994: 5-33.
29. Brewin CR. (2005) Risk factor effect sizes in PTSD: What this means for intervention. *J Trauma Dissoc*, 6(2): 123-130.
30. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68(5): 748-766.
31. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*, 103(4): 670-686.
32. Brewin CR, Holmes EA. (2003) Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*, 23(3): 339-376.
33. Bronner MB, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. (2008) Follow-up after paediatric intensive care treatment: Parental posttraumatic stress. *Acta Paediatr*, 97(2): 181-186.
34. Bronner MB, Kayser A, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. (2009) A pilot study on peritraumatic dissociation and coping styles as risk factors for posttraumatic stress, anxiety and depression in parents after their child's unexpected admission to a pediatric intensive care unit. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 3: 33.
35. Bronner MB, Peek N, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. (2010) Course and predictors of posttraumatic stress disorder in parents after pediatric intensive care treatment of their child. *J Pediatr Psychol*, 35(9): 966-974.
36. Bryant RA, Guthrie RM. (2005) Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychol Sci*, 16(10): 749-752.
37. Cabizuca M, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho ESF, Figueira I. (2009) Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: A meta-analysis. *Health Psychology*, 28(3): 379-388.

38. Cabizuca M, Mendlowicz M, Marques-Portella C, Ragoni C, Coutinho ESF, De Souza W, Mari JDJ, Figueira I. (2010) The invisible patients: Posttraumatic stress disorder in parents of individuals with cystic fibrosis. *Revista De Psiquiatria Clinica*, 37(1): 6-17.
39. Caes L, Vervoort T, Eccleston C, Vandenhende M, Goubert L. (2011) Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: The mediating role of parental distress. *Pain*, 152(1): 212-222.
40. Cantón-Cortés D, Cantón J, Cortés MR. (2012) The interactive effect of blame attribution with characteristics of child sexual abuse on posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 200(4): 329-335.
41. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56: 267-283.
42. Casey A. (1995) Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *J Adv Nurs*, 22:1058-1062.
43. Cavalcanti-Ribeiro P, Andrade-Nascimento M, Morais-De-Jesus M, De Medeiros GM, Daltro-Oliveira R, Conceição JO, Quarantini LC. (2012) Post-traumatic stress disorder as a comorbidity: Impact on disease outcomes. *Expert Rev Neurother*, 12(8): 1023-1037.
44. Chung MC, Allen RD, Dennis I. (2013) The impact of self-efficacy, alexithymia and multiple traumas on posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity following epileptic seizures: A moderated mediation analysis. *Psychiatry Res*, 210(3): 1033-1041.
45. Cieslak R, Benight CC, Luszczynska A, Laudenslager ML. (2011) Longitudinal relationships between self-efficacy, post-traumatic distress and salivary cortisol among motor vehicle accident survivors. *Stress Health*, 27(3): e261-e268.
46. Clawson AH, Jurbergs N, Lindwall J, Phipps S. (2013) Concordance of parent proxy report and child self-report of posttraumatic stress in children with cancer and healthy children: Influence of parental posttraumatic stress. *Psycho-Oncology*, 22(11): 2593-2600.
47. Coakley RM, Forbes PW, Kelley SD, LeBovidge J, Beasley P, DeMaso DR, Waber DP. (2010) Family functioning and posttraumatic stress symptoms in youth and their parents after unintentional pediatric injury. *J Trauma Stress*, 23(6): 807-810.

48. Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States The social psychology of health. Sage Publications Inc., Thousand Oaks, CA, USA, 1988.
49. Cohen S, Janicki-Deverts D. (2012) Who's stressed? distributions of psychological stress in the united states in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *J Appl Soc Psychol*, 42(6): 1320-1334.
50. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24: 385-396.
51. Coleman PK, Karraker KH. (1998) Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Develop Rev*, 18(1): 47-85.
52. Coleman PK, Karraker KH. (2003) Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Ment Health J*, 24(2): 126-148.
53. Côté SM, Boivin M, Liu X, Nagin DS, Zoccolillo M, Tremblay RE. (2009) Depression and anxiety symptoms: Onset, developmental course and risk factors during early childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(10): 1201-1208.
54. Cox C, Kenardy J, Hendrikz J. (2008) A Meta-Analysis of Risk Factors That Predict Psychopathology Following Accidental Trauma. *J Spec Pediat Nurs*, 13 (2): 98-110.
55. Črnčec R, Barnett B, Matthey S. (2010) Review of scales of parenting confidence. *J Nurs Meas*, 18(3): 210-240.
56. Dalglish T. (2004) Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychol Bull*, 130(2): 228-260.
57. Davis RN, Nolen-Hoeksema S. (2000) Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognit Ther Res*, 24: 699-711.
58. Davis GL, Parra GR, Phipps S. (2010) Parental posttraumatic stress symptoms due to childhood cancer and child outcomes: Investigation of the role of child anger regulation. *Children's Health Care*, 39(3): 173-184.
59. De Lissnyder E, Koster EHW, De Raedt R. (2012) Emotional interference in working memory is related to rumination. *Cognit Ther Res*, 36: 348-357.
60. De Montigny F, Lacharité C. (2005) Perceived parental efficacy: Concept analysis. *J Adv Nurs*, 49(4): 387-396.

61. De Vries APJ, Kassam-Adams N, Cnaan A, Sherman-Slate E, Gallagher PR, Winston FK. (1999) Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 104(6): 1293-1299.
62. De Young AC, Hendrikz J, Kenardy JA, Cobham VE, Kimble RM. (2014) Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 24(1): 9-17.
63. Delahanty DL, Herberman HB, Craig KJ, Hayward MC, Fullerton CS, Ursano RJ, Baum A. (1997) Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *J Consult Clin Psychol*, 65(4): 560-567.
64. Di Gallo A, Barton J, Parry-Jones WL. (1997) Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *Br J Psychiatry*, 170: 358-362.
65. Duschek S, Wörsching J, Reyes Del Paso GA. (2013) Interactions between autonomic cardiovascular regulation and cortical activity: A CNV study. *Psychophysiol*, 50: 388-397.
66. Ehlers A, Clark DM. (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38(4): 319-345. (*Magyarul: Ehlers A, Clark DM. (2000) A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Psych Hung 3:249-275.*)
67. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. (2003) Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behav Res Ther*, 41(1): 1-10.
68. Ehring T, Frank S, Ehlers A. (2008) The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognit Ther Res*, 32(4): 488-506.
69. Endler NS, Parker JDA. (1990) Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 58: 844-854.
70. Ercegovac IR, Ljubetić M, Pericic M. (2013) Maternal self-competence and mother-child interaction. *Hellenic Journal of Psychology*, 10(2): 102-119.

71. Erdwins CJ, Buffardi LC, Casper WJ, O'Brien AS. (2001) The relationship of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Fam Relat*, 50(3): 230-238.
72. Feasey S. (2000) Quality counts: auditing day-surgery services. *J Child Health Care*, 4(2): 73-77.
73. Field EL, Norman P, Barton J. (2008) Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behav Res Ther*, 46(1): 62-70.
74. Folkman S, Lazarus RS. *Manual of the Ways of Coping Questionnaire*. Consulting Psychology Press, Palo Alto, 1988.
75. Fotiadou M, Cullen L, Barlow J. (2004) Self-efficacy, anxiety and depression among parents of children with disabilities. *Psychol Health*, 19(SUPPL. 1): 56.
76. Freud A. (1952): The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7:69-81.
77. Freud A (1937) *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
78. Fuemmeler BF, Mullins LL, Marx, BP. (2001) Posttraumatic stress and general distress among parents of children surviving a brain tumor. *Children's Health Care*, 30(3): 169-182.
79. Fuemmeler BF, Mullins LL, Van Pelt J, Carpentier MY, Parkhurst J. (2005) Posttraumatic stress symptoms and distress among parents of children with cancer. *Children's Health Care*, 34(4): 289-303.
80. Gádoros J. (1996) Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata Gyermekviselkedési Kérdőív alkalmazásával. *Psychiatr Hung*, 2: 147-165.
81. Giallo R, Treyvaud K, Cooklin A, Wade C. (2013) Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: Psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Dev Care*, 183(3-4): 343-359.
82. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. (2003) Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc*, 32: 401-408.

83. Garnefski N, Kraaij V. (2006a) Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*, 41(6): 1045-1053.
84. Garnefski N, Kraaij V. (2006b) Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*, 40(8): 1659-1669.
85. Garnefski N, Kraaij V. (2007) The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess*, 23(3): 141-149.
86. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001a) Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*, 30(8): 1311-1327.
87. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001b) De relatie tussen cognitieve coping strategieën en symptomen van depressie, angst en suïcidaliteit. *Gedrag & Gezondheid*, 29: 148-158.
88. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. DATEC, Leiderdorp, 2002.
89. Garnefski N, van den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. (2002) The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *Eur J Pers*, 16: 403–420.
90. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. (2004) Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Dif*, 36: 267–276.
91. Geisler FCM, Vennewald N, Kubiak T, Weber H. (2010) The impact of heart rate variability on subjective well-being is mediated by emotion regulation. *Pers Individ Dif*, 49(7): 723-728.
92. Gilmore L, Cuskelly M. (2009) Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child Care Health Dev*, 35(1): 48-55.
93. Glidden LM, Billings FJ, Jobe BM. (2006) Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 50(12): 949-962.

94. Goldbeck L. (2001) Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: Gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho-Oncology*, 10(4): 325-335.
95. Goldman-Rakic PS. (1996) The pre-frontal landscape: implications of functional architecture for understanding human mentation and the central executive. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 351: 1445–1453.
96. Gondoli DM, Silverberg SB. (1997) Maternal emotional distress and diminished responsiveness: the mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Dev Psychol*, 33(5): 861-868.
97. Greenberg LS. (2007) Emotion Coming of Age. *Clin Psychol*, 14: 414-421.
98. Greening L, Stoppelbein L. (2007) Brief report: Pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *J Pediatr Psychol*, 32(10): 1272-1277.
99. Gross JJ. (2001) Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*, 10(6): 214-219.
- 100.** Guerra C, Cumsille P, Martínez ML. (2014) Post-traumatic stress symptoms in adolescents exposed to an earthquake: Association with self-efficacy, perceived magnitude, and fear. *Int J Clin Health Psychol*, 14(3): 202-207.
101. Gunzenhauser C, Heikamp T, Gerbino M, Alessandri G, Van Suchodoletz A, Di Giunta L, Trommsdorff G. (2013) Self-efficacy in regulating positive and negative emotions: A validation study in germany. *Eur J Psychol Assess*, 29(3): 197-204.
102. Gyurak A, Gross JJ, Etkin A. (2011) Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Dual-Process Framework. *Cogn Emot*, 25(3): 400-412.
103. Hall E, Saxe G, Stoddard F, Kaplow J, Koenen K, Chawla N, Lopez C, King L, King D. (2006) Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *J Pediatr Psychol*, 31(4): 403-412.
104. Han WT, Collie K, Koopman C, Azarow J, Classen C, Morrow GR, Spiegel D. (2005) Breast cancer and problems with medical interactions: Relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psycho-Oncology*, 14(4): 318-330.
105. Hassija CM, Gray MJ. (2012) Negative social reactions to assault disclosure as a mediator between self-blame and posttraumatic stress symptoms among survivors of interpersonal assault. *J Interpers Violence*, 27(17): 3425-3441.

106. Harper FWK, Peterson AM, Uphold H, Albrecht TL, Taub JW, Orom H, Penner LA. (2013). Longitudinal study of parent caregiving self-efficacy and parent stress reactions with pediatric cancer treatment procedures. *Psycho-Oncology*, 22(7): 1658-1664.
107. Hayes AF. (2009) Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Commun Monogr*, 76: 408-420.
108. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Press, New York, NY, 2013.
109. Helfricht S, Latal B, Fischer JE, Tomaske M, Landolt MA. (2008) Surgery-related posttraumatic stress disorder in parents of children undergoing cardiopulmonary bypass surgery: A prospective cohort study. *Pediat Crit Care Med*, 9(2): 217-223.
110. Hofmann M, De Montalembert M, Beauquier-Maccotta B, De Villartay P, Golse B. (2007) Posttraumatic stress disorder in children affected by sickle-cell disease and their parents. *Am J Hematol*, 82(2): 171-172.
111. Holmbeck GN. (2002) Post-hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *J Pediatr Psychol*, 27(1): 87-96.
112. Holmes A, Wellman CL. (2009) Stress-induced prefrontal reorganization and executive dysfunction in rodents. *Neurosci Biobehav Rev*, 33: 773-783.
113. Hovland A, Pallesen S, Hammar T, Hansen AL, Thayer JF, Sivertsen B. (2012) The relationships among heart rate variability, executive functions, and clinical variables in patients with panic disorder. *Int J Psychophysiol*, 86: 269-275.
114. Hug M, Tönz M, Kaiser G. (2005) Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatr Surg Int*, 21(2): 94-99.
115. Hu E, Koucky EM, Brown WJ, Bruce SE, Sheline YI. (2014) The role of rumination in elevating perceived stress in posttraumatic stress disorder. *J Interpers Violence*, 29(10): 1953-1962.
116. Hu T, Zhang D, Wang J, Mistry R, Ran G, Wang X. (2014) Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychol Rep*, 114(2): 341-362.
117. Hussain D, Bhushan B. (2011) Posttraumatic stress and growth among tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *J Clin Psychol*, 67(7): 720-735.

118. Hyland P, Shevlin M, Adamson G, Boduszek D. (2013) The role of trauma-specific irrational beliefs and sociodemographic risk factors in posttraumatic stress responses. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*, 31(3): 152-166.
119. Ireland L, Rushforth H. (1998) Day care--in whose best interest? *Paediatr Nurs*, 10(5): 15-19.
120. Iseri PK, Ozten E, Aker AT. (2006) Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder is common in parents of children with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 8(1): 250-255.
121. Jermann F, Van Der Linden M, D'Acromont M, Zermatten A. (2006) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *Eur J Psychol Assess*, 22(2): 126-131.
122. John OP, Gross JJ. (2004) Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers*, 72(6): 1301-1333.
123. Johnston C, Mash E. (1989) A measure of parenting satisfaction and efficacy. *J Clin Child Psychol*, 18(2): 167-175.
124. Jones TL, Prinz RJ. (2005) Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clin Psychol Rev*, 25(3): 341-363.
125. Jurbergs N, Long A, Ticona L, Phipps S. (2009) Symptoms of posttraumatic stress in parents of children with cancer: Are they elevated relative to parents of healthy children? *J Pediatr Psychol*, 34(1): 4-13.
126. Kahana S, Feeny N, Youngstrom E, Drotar D. (2006) Posttraumatic Stress in Youth Experiencing Illnesses and Injuries: An Exploratory Meta-Analysis. *Traumatology*, 12 (2): 148-161.
127. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. (2006) Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118(2): 651-658.
128. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. (1996) Preoperative anxiety in children: Predictors and outcomes. *Arch Pediatr and Adolesc Medicine*, 150(12): 1238-1245.

129. Kassam-Adams N, García-España JF, Miller VA, Winston F. (2006). Parent-child agreement regarding children's acute stress: the role of parent acute stress reactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(12): 1485-1493.
130. Kassam-Adams N, Marsac ML, Hildenbrand A, Winston F. (2013) Posttraumatic stress following pediatric injury update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatrics*, 167(12): 1158-1165.
131. Kassam-Adams N, Winston FK. (2004) Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(4): 403-411.
132. Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA, Hwang WT, Reilly A. (2005) Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *J Clin Oncol*, 23(30): 7405-7410.
133. Kazak AE, Kassam-Adams N, Schneider SMS, Zelikovsky N, Alderfer MA, Rourke M. (2006) An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *J Pediatr Psychol*, 31(4): 343-355.
134. Kean EM, Kelsay K, Wamboldt F, Wamboldt MZ. (2006) Posttraumatic stress in adolescents with asthma and their parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(1): 78-86.
135. Keppel-Benson JM, Ollendick TH, Benson MJ. (2002) Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *J Child Psychol Psychiatry*, 43(2): 203-212.
136. Ko SJ, Ford JD, Kassam-Adams N, Berkowitz SJ, Wilson C, Wong M, Layne CM. (2008) Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4): 396-404.
137. Kolaitis G, Giannakopoulos G, Liakopoulou M, Pervanidou P, Charitaki S, Mihas C, Tsiantis J. (2011) Predicting pediatric posttraumatic stress disorder after road traffic accidents: The role of parental psychopathology. *J Trauma Stress*, 24(4): 414-421.
138. Koole SL.(2010) The psychology of emotion regulation: An integrative review. In: De Houwer J, Hermans D (szerk) *Cognition and emotion: Reviews of current research and theories*. Psychology Press, New York, NY. 128-167.
139. Kopp M, Réthelyi J. (2004) Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality. The Central-Eastern European health paradox. *Brain Res Bull*, 62: 351-367.

140. Kökönyei Gy. (2008): Érzelemszabályozás krónikus féjdalomban. Doktori értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiatudomány Doktori Iskola.
141. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. (2002) Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health*, 6: 275–281.
142. Kraaij V, Garnefski N, de Wilde EJ, Dijkstra A, Gebhardt W, Maes S, Doest L. (2004) Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *J Youth Adolesc*, 32: 185–193.
143. Kraaij V, Garnefski N, Van Gerwen L. (2003) Cognitive coping and anxiety symptoms among people who seek help for fear of flying. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 74(3): 273-277.
144. Landolt MA, Ribbi K, Laimbacher J, Vollrath M, Gnehm HE, Sennhauser FH. (2002) Brief report: Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol*, 27(7): 647-652.
- 145.** Landolt MA, Vollrath M, Laimbacher J, Gnehm HE, Sennhauser FH. (2005) Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(7): 682-689.
146. Landolt MA, Vollrath M, Timm K, Gnehm HE, Sennhauser FH. (2005) Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(12): 1276-1283.
147. Landolt MA, Ystrom E, Sennhauser FH, Gnehm HE, Vollrath ME. (2012) The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(7): 767-774.
148. Lazarus RS. (1990) Emotion and adaptation. In: Pervin, LA. (szerk.), *Handbook of personality: Theory and Research*. Guilford, New York, 609-637.
149. Lazarus RS, Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
150. Le Brocque RM, Hendrikz J, Kenardy JA. (2010a) Parental response to child injury: Examination of parental posttraumatic stress symptom trajectories following child accidental injury. *J Pediatr Psychol*, 35(6): 646-655.
151. Le Brocque RM, Hendrikz J, Kenardy JA. (2010b) The course of posttraumatic stress in children: Examination of recovery trajectories following traumatic injury. *J Pediatr Psychol*, 35(6): 637-645.

152. Leahy-Warren P, Mccarthy G, Corcoran P. (2012) First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*, 21(3-4): 388-397.
153. Lee P. (2007) What does partnership in care mean for children's nurses? *J Clin Nurs*, 16: 518-526.
154. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. (2010) Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the neonatal intensive care unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*, 17(3): 230-237.
155. Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJM, Steele K, Breeman L. (2008) Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 28(7): 1138-1151.
156. Levin C, Ilgen M, Moos R. (2007) Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychol Addict Behav*, 21(1): 108-113.
157. Lewis AR, Wray J, O'Callaghan M, Wroe AL. (2014) Parental symptoms of posttraumatic stress after pediatric extracorporeal membrane oxygenation. *Pediatr Crit Care Med*, 15(2): e80-e88.
158. Littleton H, Horsley S, John S, Nelson DV. (2007) Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *J Trauma Stress*, 20(6): 977-988.
159. Lovibond PF. (1998) Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *J Abnorm Psychol*, 107(3): 520-526.
160. Malooly AM, Genet JJ, Siemer M. (2013) Individual differences in reappraisal effectiveness: The role of affective flexibility. *Emotion*, 13: 302-313.
161. Marszal-Wisniewska M. (2006) [Cognitive emotion regulation strategies in difficult life situations: The modifying role of temperamental and depressive properties]. *Przegląd Psychologiczny*, 49: 323-340.
162. Martin RC, Dahlen ER. (2005) Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif*, 39(7): 1249-1260.
163. Martin-Herz SP, Rivara FP, Wang J, Russo J, Zatzick DF. (2012) Predictors of parental posttraumatic stress disorder symptoms in the year after adolescent traumatic injury. *Academic Pediatrics*, 12(3): 198-204.

164. Mathewson KJ, Jetha MK, Drmic IE, Bryson SE, Goldberg JO, Hall GB. (2010) Autonomic predictors of stroop performance in young and middle-aged adults. *Int J Psychophysiol*, 76: 123-129
165. Mauss IB, McCarter L, Levenson RW, Wilhelm FH, Gross JJ. (2005) The tie that binds? coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2): 175-190.
166. Mccarthy MC, Ashley DM, Lee KJ, Anderson VA. (2012) Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *J Trauma Stress*, 25(5): 558-566.
- 167.** McGarry S, Girdler S, McDonald A, Valentine J, Wood F, Elliott C. (2013) Paediatric medical trauma: The impact on parents of burn survivors. *Burns*, 39(6): 1114-1121.
168. McRae K, Jacobs SE, Ray RD, John OP, Gross JJ. (2012) Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *J Res Pers*, 46: 2-7.
169. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. (2005) Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*, 162(7): 1381-1383.
170. Meiser-Stedman R, Shepperd A, Glucksman E, Dalgleish T, Yule W, Smith P. (2014) Thought control strategies and rumination in youth with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following single-event trauma. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 24(1): 47-51.
171. Melnyk BM. (1994) Coping with unplanned childhood hospitalization: effects of informational interventions on mothers and children. *Nurs Res*, 43(1): 50-55.
172. Melnyk BM. (1995) Coping with unplanned childhood hospitalization: The mediating functions of parental beliefs. *J Pediatr Psychol*, 20(3): 299-312.
173. Melnyk BM. (2000) Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. *J Pediatr Nurs*, 15(1): 4-13.
174. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E, Alpert-Gillis LJ. (2007) Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: An integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *J Pediatr Psychol*, 32(4): 463-474.

175. Meyer EC, Zimering R, Daly E, Knight J, Kamholz BW, Gulliver S. (2012) Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychol Serv*, 9(1): 1-15.
176. Michael T, Halligan SL, Clark DM, Ehlers A. (2007) Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depress and Anxiety*, 24(5): 307-317.
177. Mischel W, Shoda Y, Rodriguez MI. (1989) Delay of gratification in children. *Science* 244: 933–938
178. Morina N. (2011) Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *J Nerv Ment Dis*, 199(12): 921-927.
179. Mowery BD. (2011) Post-traumatic stress disorder (PTSD) in parents: Is this a significant problem? *Pediatr Nurs*, 37(2): 89-92.
180. National Child Traumatic Stress Network. (2003) Definition of medical traumatic Stress. Paper presented at the Medical Traumatic Stress Working Group meeting, Philadelphia, PA.
181. Nelson J, O'Leary C, Weinman J. (2009) Causal attributions in parents of babies with a cleft lip and/or palate and their association with psychological well-being. *Cleft Palate Craniofac J*, 46(4): 425-434.
182. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. (1994) Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol*, 67: 92-104.
183. Norizan A, Shamsuddin K. (2010) Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*, 54(11): 992-1003.
184. Norberg AL, Boman KK. (2008) Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncol*, 47(2): 267-274.
185. Novy DM, Nelson DV, Goodwin J, Rowzee RD. (1993) Psychometric Comparability of the State-Trait Anxiety Inventory for Different Ethnic Subpopulations. *Psychol Assess*, 5(3): 343-349.
186. Nugent NR, Ostrowski S, Christopher NC, Delahanty DL. (2007) Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in pediatric injury patients. *J Pediatr Psychol*, 32(3): 309-318.

187. Ochsner KN, Gross JJ. (2008) Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr Dir Psychol Sci*, 17(2): 153-158
188. Odar C, Kirschman KJB, Pelley TJ, Butz C, Besner GE, Fabia RB. (2013) Prevalence and correlates of posttraumatic stress in parents of young children postburn. *J Burn Care Res*, 34(3): 299-306.
189. Opitz PC, Rauch LC, Terry DP, Urry HL. (2012) Prefrontal mediation of age differences in cognitive reappraisal. *Neurobiol Aging*, 33: 645-655.
190. Ossewaarde L, Qin S, Van Marle HJF, van Wingen GA, Fernández G, Hermans EJ. (2011) Stress-induced reduction in reward-related prefrontal cortex function. *NeuroImage*, 55: 345-352.
191. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(1): 52-73.
192. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Yamawaki S. (2007) Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer*, 15(3): 309-317.
193. Páll G. Nemzeti Gyermek- és Ifjúságbiztonsági Akcióterv. 0-24 évesek véletlen baleseteinek megelőzési programja 2010-2019. OGYEI, Budapest, 2009.
194. Pat-Horenczyk R, Kenan AM, Achituv M, Bachar E. (2014) Protective factors based model for screening for posttraumatic distress in adolescents. *Child Youth Care Forum*, 43(3): 339-351.
195. Pe ML, Raes F, Koval P, Brans K, Verduyn P, Kuppens P. (2013) Interference resolution moderates the impact of rumination and reappraisal on affective experiences in daily life. *Cogn Emot*, 27: 492-501.
196. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith B, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. WHO, Geneva, Switzerland, 2008.
197. Perry EV, Francis AJP. (2013) Self-efficacy, pain-related fear, and disability in a heterogeneous pain sample. *Pain Manag Nurs*, 14(4): E124-E134.
198. Phipps S, Larson S, Long A, Rai SN. (2006) Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents. *J Pediatr Psychol*, 31(3): 298-309.

199. Picoraro JA, Womer JW, Kazak AE, Feudtner C. (2014) Posttraumatic growth in parents and pediatric patients. *J Palliat Med*, 17(2): 209-218.
200. Polcz A. (1975): Pszichés kapcsolatok és környezet kialakítása kórházi gyermekosztályon. *Egészségügyi Munka*, 2:33-40.
201. Pöder U, Ljungman G, von Essen L. (2008) Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 17(5): 430-437.
202. Preacher KJ, Hayes AF. (2008) Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods*, 40(3): 879-891.
203. Raio CM, Orederu TA, Palazzolo L, Shurick AA, Phelps EA. (2013) Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proc Natl Acad Sci U. S. A.*, 110(37): 15139-15144.
204. Révész T, Horváth Zs, Polcz A, Schuler D. (1980) Még egyszer a gyermekek kórházi látogatásáról. *Orvosi Hetilap*, 33: 1987-1989.
205. Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatr Hung*, 16(4): 384-402.
206. Ruggiero GM, Stapinski L, Caselli G, Fiore F, Gallucci M, Sassaroli S, Rapee RM. (2012) Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Pers Individ Dif*, 53(3): 224-230.
207. Rutter M, Moffitt TE, Caspi A. (2006) Gene–environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4): 226-261.
208. Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, Sakano Y, Kaiya H, Imabayashi E. (2006) Changes in cerebral glucose utilization in patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *NeuroImage*, 33: 218-226.
209. Sandi C. (2013) Stress and cognition. *Cogn Sci*, 4: 245-261.
210. Saxe G, Stoddard F, Hall E, Chawla N, Lopez C, Sheridan R, King D, King L, Yehuda R. (2005) Pathways to PTSD, part I: children with burns. *Am J Psychiatry*, 161: 1299–1304.
211. Schreier H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. (2005) Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A

- longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *J Trauma*, 58(2): 353-363.
212. Schwabe L, Wolf OT. (2013) Stress and multiple memory systems: From 'thinking' to 'doing'. *Trends Cogn Sci*, 17: 60-68.
 213. Scrimin S, Haynes M, Alto G, Bornstein MH, Axia G. (2009) Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child Care Health Dev*, 35(2): 227-233.
 214. Seigny PR, Loutzenhiser L. (2010) Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child Care Health Dev*, 36(2): 179-189.
 215. Selye H. (1936) A syndrome produced by diverse noxious agent. *Nature*, 138: 32-45.
 216. Selye H. *Stress in Health and Disease*. Betterworth, Boston, 1976.
 217. Shansky RM, Lipps J. (2013) Stress-induced cognitive dysfunction: Hormone-neurotransmitter interactions in the prefrontal cortex. *Front Hum Neurosci*, (MAR).
 218. Shelby RA, Somers TJ, Keefe FJ, Pells JJ, Dixon KE, Blumenthal JA. (2008) Domain specific self-efficacy mediates the impact of pain catastrophizing on pain and disability in overweight and obese osteoarthritis patients. *J Pain*, 9(10): 912-919.
 219. Sheppes G, Catran E, Meiran N. (2009) Reappraisal (but not distraction) is going to make you sweat: Physiological evidence for self-control effort. *Int J Psychophysiol*, 71(2): 91-96.
 220. Sheppes G, Gross JJ. (2011) Is timing everything? temporal considerations in emotion regulation. *Pers Soc Psychol Rev*, 15(4): 319-331.
 221. Sheppes G, Meiran N. (2007) Better late than never? on the dynamics of online regulation of sadness using distraction and cognitive reappraisal. *Pers Soc Psychol Bull*, 33(11): 1518-1532.
 222. Sipos K, Sipos M. The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Diaz-Guerrero R. (szerk.), *Cross-Cultural Anxiety*. Hemisphere, Washington, 1983: 27-39.
 223. Soares JM, Sampaio A, Ferreira LM, Santos NC, Marques F, Palha JA. (2012) Stress-induced changes in human decision-making are reversible. *Transl Psychiatry*, 2: 131.
 224. Sobel ME. Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In: Leinhardt S. (szerk), *Sociological methodology*. Jossey-Bass, San Francisco, 1982: 290-312.

225. Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, Jernigan TL, Toga AW. (1999) In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neurosci*, 2: 859–61.
226. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene, RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California, 1970.
227. Spirito A, Stark LJ, Williams C. (1988) Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *J Pediatr Psychol*, 13: 555-574.
228. Spitz, RA. (1945) Hospitalizm – An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74.
229. Stauder A, Konkoly Thege B. (2006) Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 203-216.
230. Steffener J, Barulli D, Habeck C, Stern Y. (2014) Neuroimaging explanations of age-related differences in task performance. *Front Aging Neurosci*, 6: 1-10.
231. Stone CA, Sobel ME. (1990) The robustness of estimates of total indirect effects in covariance structure models estimated by maximum likelihood. *Psychometrika*, 55: 337–352.
232. Streisand R, Braniecki S, Tercyak KP, Kazak AE. (2001) Childhood illness-related parenting stress: The pediatric inventory for parents. *J Pediatr Psychol*, 26(3): 155-162.
233. Streisand R, Swift E, Wickmark T, Chen R, Holmes CS. (2005) Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. *J Pediatr Psychol*, 30(6): 513-521.
234. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. (1995) The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess*, 7: 524-532.
235. Sumer N, Karanci AN, Berument SK, Gunes H. (2005) Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in turkey. *J Trauma Stress*, 18(4): 331-342.
236. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országod lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3): 247-255.

237. Taft TH, Ballou S, Keefer L. (2012) Preliminary evaluation of maternal caregiver stress in pediatric eosinophilic gastrointestinal disorders. *J Pediatr Psychol*, 37(5): 523-532.
238. Tennen H, Affleck G. (1990) Blaming others for threatening events. *Psychol Bull*, 108: 209-232.
239. Thayer JF, Åhs F, Fredrikson M, Sollers JJ, Wager TD. (2012) A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neurosci Biobehav Rev*, 36: 747-756.
240. Thompson RA. (1994) Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59(2-3): 25-52.
241. Treadway MT, Buckholtz JW, Zald DH. (2013) Perceived stress predicts altered reward and loss feedback processing in medial prefrontal cortex. *Front Hum Neurosci*, (APR).
242. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. (2011) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*, 32 (2): 122-138.
243. van der Veek SMC, Kraaij V, Garnefski N. (2009) Cognitive coping strategies and stress in parents of children with down syndrome: A prospective study. *Intellect Dev Disabil*, 47(4): 295-306.
244. Verhage ML, Oosterman M, Schuengel C. (2013) Parenting self-efficacy predicts perceptions of infant negative temperament characteristics, not vice versa. *J Fam Psychol*, 27(5): 844-849.
245. Wallace M, Puryear A, Cannada LK. (2013) An evaluation of posttraumatic stress disorder and parent stress in children with orthopaedic injuries. *J Orthop Trauma*, 27(2): e38-e41.
246. Whittaker KA, Cowley S. (2012) A survey of parental self-efficacy experiences: Maximising potential through health visiting and universal parenting support. *J Clin Nurs*, 21(21-22): 3276-3286.
247. Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI. *Paediatric Surgery* (4th ed.). Year Book Medical Publishers, Chicago, IL, USA, 1986.
248. Wong MG, Heriot SA. (2008) Parents of children with cystic fibrosis: How they hope, cope and despair. *Child Care Health Dev*, 34(3): 344-354.

249. Wisco BE, Sloan DM, Marx BP. (2013) Cognitive emotion regulation and written exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Sci*, 1(4): 435-442.
250. Yalug I, Corapcioglu F, Fayda M, Aksu G, Basar E, Yalug K, Aker T. (2008) Posttraumatic stress disorder and risk factors in parents of children with a cancer diagnosis. *Pediatr Hematol Oncol*, 25(1): 27-38.
251. Yeung DY, Wong CKM, Lok DPP. (2011) Emotion regulation mediates age differences in emotions. *Aging Ment Health*, 15: 414-418.
252. Yonemoto T, Kamibeppu K, Ishii T, Iwata S, Tatezaki SI. (2012) Posttraumatic stress symptom (PTSS) and posttraumatic growth (PTG) in parents of childhood, adolescent and young adult patients with high-grade osteosarcoma. *International J Clin Oncol*, 17(3): 272-275.
253. Young GS, Mintzer LL, Seacord D, Castañeda M, Mesrkhani V, Stuber ML. (2003) Symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: incidence, severity, and related factors. *Pediatrics*, 111(6): e725-731.
254. Zafra-Polo MT, Pastor-Mira MA, López-Roig S. (2014) Self-efficacy, catastrophizing, fear of movement and health out-comes in fibromyalgia. [Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia] *Anales De Psicología*, 30(1): 104-113.
255. Zatzick D, Russo J, Grossman DC, Jurkovich G, Sabin J, Berliner L, Rivara F. (2006) Posttraumatic stress and depressive symptoms, alcohol use, and recurrent traumatic life events in a representative sample of hospitalized injured adolescents and their parents. *J Pediatr Psychol*, 31(4): 377-387.
256. Zelazo PD, Cunningham WA. Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. In: Gross JJ. (szerk.), *Handbook of emotion regulation*, Guilford Press, New York, 2007.
257. Zhu X, Auerbach RP, Yao S, Abela JRZ, Xiao J, Tong X. (2008) Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cogn Emot*, 22: 288-307.
258. Zlomke KR, Hahn KS. (2010) Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Diff*, 48: 408-413.

9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

9.1. Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények:

Miklósi M, Martos T, Szabó M, Kocsis-Bogár K, Perczel Forintos, D. (2014) Cognitive emotion regulation and stress: A multiple mediation approach. *Transl Neurosci*, 5(1): 64-71.

Miklósi M, Perczel Forintos D. (2014) Az észlelt szülői kompetencia vizsgálata hospitált gyermekek szüleinek körében. *Nővér* 27(5): 27-35.

Miklósi M, Szabó M, Martos T, Galambosi E, Perczel Forintos D. (2013) Cognitive emotion regulation strategies moderate the effect of parenting self-efficacy beliefs on parents' anxiety following their child's surgery. *J Pediatr Psychol*, 38(4): 462-471.

Miklósi M, Galambosi E, Perczel Forintos D. (2012) Gyermekápolók vélekedései a gyermekkel és a szülővel való együttműködésről a kórházban; az együttműködést befolyásoló tényezők. *Nővér* 25(5): 19-28.

Miklósi M, Martos T, Kocsis-Bogár K, Perczel Forintos D. (2011) A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung*, 26(2): 102-111.

9.2. Az értekezés témájától független közlemények:

Dallos Gy, Miklósi M, Keresztény Á, Velő Sz, Szentiványi D, Gádoros J, Balázs J. (2014) Self-, and parent rated quality of life of a treatment naive sample of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The impact of age, gender, type of ADHD and comorbid psychiatric conditions according to both a categorical and a dimensional approach. *J Atten Disord* x DOI: 10.1177/1087054714542003.

Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Dallos G, Gádoros J. (2014) Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naive sample of children and adolescents. *J Affect Disord*, 152-154: 282-287.

- Dallos Gy, Keresztény Á, Miklósi M, Gádoros J, Balázs J. (2014) Why are children and adolescents referred for psychiatric assessment without fulfilling diagnostic criteria for any psychiatric disorder? *Child Adolesc Ment Health*, 19(3): 199-207.
- Velő Sz, Keresztény Á, Miklósi M, Dallos Gy, Szentiványi D, Gádoros J, Balázs J. (2014) Frissen diagnosztizált, kezelés még nem kapó figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. *Psychiatr Hung* 29(4):410-417.
- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, Apter A, Bobes J, Brunner R, Cosman D, Cotter P, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Marusic D, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Tubiana A, Varnik A, Sarchiapone M, Wasserman D. (2013) Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*, (6): 670-677.
- Kocsis-Bogár K, Miklósi M, Perczel Forintos, D. (2013) Impact of adverse life events on individuals with low and high schizotypy in a nonpatient sample. *J Nerv Ment Dis*, (3): 208-215.
- Keresztény Á, Dallos G, Miklósi M, Róka A, Gádoros J, Balázs J. (2012) A gyermek- és serdülőkorú figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar komorbiditásainak összehasonlítása. *Psychiatr Hung*, 27(3): 165-173.
- Kocsis-Bogár K, Miklósi M, Perczel Forintos D. (2012) Az Események Hatása Kérdőív magyar változatának pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 27(4): 245-254.
- Miklósi M. (2011) Mr. Kényszer és Én: A kényszeres zavar kognitív viselkedésterápiájának sajátosságai gyermek- és serdülőkorban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 157-167.
- Gonda X, Jekkel E, Varga A, Miklósi M, Perczel Forintos D. (2008) Obszesszív-kompulzív tünetek előnyei az egyéni szelekció és a csoportszelekció szempontjából: a kényszerbetegség evolúciós pszichológiai megközelítése. *Neuropsychopharmacol Hung*, 10(4): 225-232.

Könyvfejezet:

Miklósi M. Kényszerbeteg serdülő viselkedésterápiája. In: Perczel Forintos D, Kiss Zs. (szerk.), *Higgyünk a szemünknek!: Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 303-331.

Miklósi M. Egy fejfájós kisfiú viselkedésterápiája. In: Perczel Forintos D, Kiss Zs. (szerk.), *Higgyünk a szemünknek!: Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 229-252.

10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az értekezésben bemutatott vizsgálat-sorozat megvalósulását sokan segítették. Elsőként témavezetőmnek, Dr. Perczel Forintos Dórának, a Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék, tanszékvezető egyetemi docensének mondok köszönetet, aki megismertette és megszerettette velem a kognitív viselkedésterápiás irányzatot, és lehetőséget adott a tanulásra, oktatásra, kutatásra.

Hálás vagyok Prof. Bitter István és Dr. Czobor Pál doktori kurzusáért, akik módszertani igényességükkel és kritikus szemléletükkel magasra helyezték a mércét. Dr. Balázs Judit (Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék) támogatása nélkül ez a munka biztosan nem jött volna létre. Neki köszönhetem például az elmélet integrálásában szerzett jártasságomat. Sokat tanultam Dr. Martos Tamástól (Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet) is, aki az első vizsgálat adatgyűjtésében is nagy segítséget nyújtott. A statisztikai elemzés nehézségei így is meghaladtak volna, ha Christopher J. Preacher, a Vanderbilt University (USA) egyetemi docense nem válaszol minden alkalommal szinte azonnal leveleimre. C.J. Preacher, és szerzőtársa, Andrew F. Hayes, az ohioi egyetem professzora írásainak, illetve nemrégiben megjelent könyvének köszönhetem, hogy mertem kételyeimet a „bejáratott” statisztikai módszerekkel kapcsolatban megfogalmazni, és új utakat kipróbálni. Köszönöm továbbá Nadja Garnefski, a leideni egyetem (Hollandia) docense támogatását a CERQ magyar változatának elkészítésében, lelkesedése sok erőt adott. Köszönöm Kocsis-Bogár Krisztina klinikai szakpszichológusnak, (egykori) doktorandusz-társamnak a CERQ fordításában való közreműködését. Köszönöm Prof. Bernadette Melnyk (The Ohio State University, USA) hozzájárulását a PBS magyar adaptációjához. Szerencsésnek tarom magam, hogy munkám során megismerkedhettem Dr. Szabó Mariannal (University of Sydney, Australia), akinek a téma felkeltette érdeklődését, és szerzőtársaként segítette munkámat.

Témaválasztásomat a kognitív irányzat iránti elkötelezettségem mellett klinikai munkám határozta meg. A „szülők szeretetét”, illetve a szülőkkel folytatott terápiás munka jelentőségét a Heim Pál Gyermekkorház Mentálhigiénéi Központjában tanultam. Márkné Dr. Ribiczey Nóra, az Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszékének adjunktusa osztotta a szülőség

témájával kapcsolatos lelkesedésemet, közösen tervezett vizsgálatunk adatbázisának elkészítéséért és rendelkezésre bocsátásáért nagyon hálás vagyok neki.

Dr. Harmat György (egykori) főigazgató és Deák Edit ápolási igazgató mellém álltak a Heim Pál Gyermekkorházban folytatott vizsgálatokban. Deák Edit óriási tapasztalatával segítette a szülők gyermekkorházi jelenlétének témájában, nagyon gondosan ellenőrizte a PBS adaptációját. A vizsgálatban pótolhatatlan segítséget nyújtottak Galambosi Elvira klinikai szakpszichológus, Zilahy Judit asszisztens, Bekő Magdolna, Dencsik Zsuzsanna, Guti Tünde, Samu Imréné főnővérek, valamint a Fül-Orr-Gége Osztály, az Orthopédiai Osztály, a Sebészeti Osztály és az Urológiai Osztály nővérei, és Hajda Krisztina, Kunz Tristana, Máté Orsolya, Somogyi Klára, Wichmann Réka, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológia MA képzése (egykori) hallgatói.

Végül, köszönöm családomnak, hogy „kibírták”, amíg ez a munka megszületett.

11. MELLÉKLETEK

11.1. Demográfiai adatlap (1. vizsgálat)

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

1. *Neme: férfi nő*
2. *Életkora:*
3. *Édesanyja legmagasabb iskolai végzettsége:*
általános/szakiskola érettségi főiskola/egyetem
4. *Az állandó lakcíme szerinti település:*
főváros megyeszékhely város kisebb település
5. *Korosztályához viszonyítva milyennek találja egészségi állapotát?*
rossz kielégítő jó nagyon jó
6. *Korosztályához képest milyennek ítéli meg anyagi helyzetét?*
rossz kielégítő jó nagyon jó
7. *Állt-e életében pszichiátriai kezelés alatt? igen nem*
Ha igen, milyen okból?.....

11.2. Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata

Hogyan érezte magát az elmúlt két hétben? Jelölje, mennyire találja jellemzőnek az alábbi állításokat!

<i>1. Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>2. Semmiben sem tudok dönteni többé.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>5. Annyira aggódom testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>6. Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>7. Úgy látom, a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>9. Állandóan hibáztatom magam.</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>

11.3. Spielberger Vonás/Állapot Szorongás Skála, Vonás Szorongás alskála

Most néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és jelölje meg a számok közül a megfelelőt attól függően, hogy általában hogyan érzi magát.

	<i>soha</i>	<i>néha</i>	<i>gyakran</i>	<i>mindig</i>
1. <i>Jól érzem magam.</i>	1	2	3	4
2. <i>Gyorsan elfáradok.</i>	1	2	3	4
3. <i>A sírás ellen küszködnöm kell.</i>	1	2	3	4
4. <i>A szerencse engem elkerül.</i>	1	2	3	4
5. <i>Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.</i>	1	2	3	4
6. <i>Kipihentnek érzem magam.</i>	1	2	3	4
7. <i>Nyugodt, megfontolt és tettekre kész vagyok.</i>	1	2	3	4
8. <i>Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.</i>	1	2	3	4
9. <i>A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem.</i>	1	2	3	4
10. <i>Boldog vagyok.</i>	1	2	3	4
11. <i>Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.</i>	1	2	3	4
12. <i>Kevés az önbizalmam.</i>	1	2	3	4
13. <i>Biztonságban érzem magam.</i>	1	2	3	4
14. <i>A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm.</i>	1	2	3	4
15. <i>Csüggedtnek érzem magam.</i>	1	2	3	4
16. <i>Elégedett vagyok.</i>	1	2	3	4
17. <i>Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.</i>	1	2	3	4
18. <i>A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.</i>	1	2	3	4
19. <i>Kiegyensúlyozott vagyok.</i>	1	2	3	4
20. <i>Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.</i>	1	2	3	4

11.4. Spielberger Vonás/Állapot Szorongás Skála, Állapot Szorongás alskála

Kérjük, ítélje meg, mennyire igazak Önre az alábbi állítások éppen most!	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>kissé</i>	<i>eléggé</i>	<i>nagyon/ teljesen</i>
<i>Nyugodtnak érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Biztonságban érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Feszültnek érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Valami bánt</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Gondtalannak érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Zaklatott vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Aggódok, hogy bajba keveredem</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Kipihentnek érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Szorongok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Kellemesen érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Elég önbizalmat érzek magamban</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Idegem vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Nyugtalannak érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Fel vagyok húzva</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Minden feszültségtől mentes vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Elégedett vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Aggódok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Túlzottan izgatott és feszült vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Vidám vagyok</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Jól érzem magam</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

11.5. Észlelt Stressz Skála, 4 tételes változat

Az alábbi kérdések is azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt az elmúlt időszakban jellemezték.

<i>Az elmúlt időszakban milyen gyakran</i>	<i>soha</i>	<i>szinte soha</i>	<i>néha</i>	<i>elég gyakran</i>	<i>nagyon gyakran</i>
1. ...érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	1	2	3	4	5
2. ...bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	1	2	3	4	5
3. ...érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	1	2	3	4	5
4. ...érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	1	2	3	4	5

11.6. WHO Jól-lét Index

Hogyan érezte magát az elmúlt két hétben? Jelölje, mennyire találja jellemzőnek az alábbi állításokat!

<i>1. Vidámnak és jókedvűnek</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>2. Nyugodtnak és ellazultnak</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>3. Aktívnak és élénknek</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>4. Ébredéskor frissnek és kipihentnek</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>
<i>5. A napjaim tele voltak érdekes dolgokkal</i>	<i>Egyáltalán nem</i>	<i>Kissé</i>	<i>Többnyire</i>	<i>Teljesen</i>

11.7. Demográfiai adatlap (2. és 3. kutatási szakasz)

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre, amelyek gyermeke életkörülményeivel és kórházi tartózkodásával kapcsolatosak!

Gyermek neme: 1. Fiú 2. Lány	Lakáskörülmények 1. Albérlet 2. Rokonoknál 3. Saját lakás 4. Családi ház 5. egyéb:	Családban pszichiátria betegség: 0. Nem ismert 1. édesanya 2. édesapa 3. testvér 4. anya családjában 5. apa családjában Milyen betegség?.....
Született:év...hó....nap		
Apa iskolai végzettsége: 0. Nem ismert 1. 0-7 osztály 2. Általános iskola 3. Szakmunkás 4. Középiskola 5. Főiskola 6. Egyetem	Testvérek száma: 1. Nincs testvére 2. Egy testvére van 3. Kettő testvére van 4. Több testvére van	Az elmúlt 12 hónapban a gyermek életében bekövetkezett események (több választ is bejelölhet!) 1. Hozzá tartozó halála 2. Súlyos családi konfliktusok 3. Szülők válása, különköltözés 4. Új családtag 5. Családtag súlyos betegsége 6. Saját súlyosabb betegség 7. Kórházi kezelés 8. Intenzív osztályos kezelés 9. Súlyosabb baleset 10. Költözés 11. Iskola, óvodaváltás 12. Anyagi helyzetben változás 13. Természeti csapás 14. Bűncselekmény áldozata 15. Kortársak bántása
Apa gazdasági aktivitása: 0. Nem ismert 1. Aktív dolgozó 2. Munkanélküli 3. Nyugdíjas 4. GYED/GYES 5. Eltartott 6. Meghalt	Gyermek iskolája / munkahelye 1. Otthon van 2. Bölcsőde 3. Óvoda 4. Általános iskola 5. Középiskola 6. Felsőfokú képzés 7. Egyéb:	
Apa iskolai végzettsége: 0. Nem ismert 1. 0-7 osztály 2. Általános iskola 3. Szakmunkás	Mennyire kap segítséget a gyermekkel kapcsolatos dolgokban? Házastárstól 1. szinte soha 2. ritkán, keveset 3. gyakran, megfelelő 4. szinte mindig	Kérdőívet kitöltő személy: 1. édesanya

<p>4. Középiskola 5. Főiskola 6. Egyetem</p> <p>Anya gazdasági aktivitása:</p> <p>0. Nem ismert 1. Aktív dolgozó 2. Munkanélküli 3. Nyugdíjas, leszázalékolt 4. GYED/GYES 5. Eltartott 6. Meghalt</p> <p>Gyermek elhelyezése:</p> <p>1. Eredeti teljes család 2. Egy-szülős család 4. Teljes család nevelőszülővel 6. Örökbefogadott 7. Nevelőszülővel él 8. Intézeti elhelyezett 9. Önállóan él</p>	<p>Nagyszülőktől</p> <p>1. szinte soha 2. ritkán, keveset 3. gyakran, megfelelőt 4. szinte mindig</p> <p>Más személyektől</p> <p>1. szinte soha 2. ritkán, keveset 3. gyakran, megfelelőt 4. szinte mindig</p> <p>Gyermek krónikus testi betegsége</p> <p>0. Nem ismert 1. Ismert Milyen betegség?.....</p> <p>Gyermek pszichiátriai betegsége</p> <p>0. Nem ismert 1. Ismert Milyen betegség?.....</p>	<p>2. édesapa 3. más személy, mégpedig:</p> <p>Feküdt-e már gyermeke kórházban?*</p> <p>1. igen 2. nem</p> <p>Jelen felvétel indoka*:</p> <p>Kórházban töltött napok száma*:</p> <p>Beavatkozás jellemzése*:</p>
--	---	---

**Csak a 2 vizsgálati szakaszban alkalmazott kérdések*

11.8. Gyermekviselkedés Kérdőív, rövidített, szülői változat

Az alábbiakban gyermekére jellemző kijelentéseket olvashat. Kérjük, jelezze, hogy a kijelentés mennyire jellemzi gyermekét!

	<i>nem</i>	<i>kissé</i>	<i>nagyon</i>
<i>Sokat vitatkozik</i>	0	1	2
<i>Nehezeére esik koncentrálni, figyelmét semmi nem köti le tartósan</i>	0	1	2
<i>Nem tud nyugton ülni</i>	0	1	2
<i>Nyughatatlan, túl mozgékony</i>	0	1	2
<i>Csüng a felnőtteken, önállótlán</i>	0	1	2
<i>Panaszolja, hogy magányos</i>	0	1	2
<i>Kuszán, vagy zavarosan viselkedik</i>	0	1	2
<i>Gyakran sír</i>	0	1	2
<i>Kegyetlenkedik, piszkálódik</i>	0	1	2
<i>Nagyon kell rá figyelni</i>	0	1	2
<i>Rongálja saját vagy mások holmiját</i>	0	1	2
<i>Otthon vagy az iskolában szófogadatlan</i>	0	1	2
<i>Nem jön ki a többi gyerekkel</i>	0	1	2
<i>Úgy tűnik, nem érez büntudatot, ha rosszat tesz</i>	0	1	2
<i>Gyakran fél attól, hogy valami rosszat tesz vagy gondol</i>	0	1	2
<i>Úgy érzi, vagy arról panaszodik, hogy senki sem szereti</i>	0	1	2
<i>Úgy érzi, hogy mindenki őt akarja bántani</i>	0	1	2
<i>Értéktelennek vagy kisebrendűnek érzi magát</i>	0	1	2
<i>Gyakran keveredik verekezésbe</i>	0	1	2
<i>A többiek sokszor csúfolják</i>	0	1	2
<i>Könnyen keveredik rossz társaságba</i>	0	1	2
<i>Indulatos, meggondolatlanul cselekszik</i>	0	1	2
<i>Szívesebben van egyedül, mint mások társaságában</i>	0	1	2
<i>Gyakran füllent vagy hazudik</i>	0	1	2
<i>Gyakran ideges, feszült, egzaltált</i>	0	1	2
<i>A többi gyerek nem nagyon kedveli</i>	0	1	2
<i>Túlságosan félős, szorongó</i>	0	1	2
<i>Gyakran olyan, mintha szédülne</i>	0	1	2
<i>Kimerültnek néz ki</i>	0	1	2
<i>Fejfájás ismert egészségügyi ok nélkül</i>	0	1	2

<i>Hányinger ismert egészségügyi ok nélkül</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Hasfájás vagy hasgörcs ismert egészségügyi ok nélkül</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Hányás vagy felbőfögés ismert egészségügyi ok nélkül</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Testileg bántalmaz másokat</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Iskolai teljesítménye gyenge</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Nem szeret beszélgetni</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Szégyenlős, gátlásos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Bamba, könnyen elbambul</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Előfordul, hogy otthon vagy az otthonán kívül lop</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Sokat duzzog</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Könnyen káromkodik, trágár szavakat használ</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Dührohamai vannak, vagy könnyen indulatossá válik</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Csavarog, kerüli az iskolát</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Rombol, értelmetlenül tönkre tesz dolgokat</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Visszahúzódó nem barátkozik a többiekkel</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Aggodalmaskodó</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>

11.9. A mellékletben a szerzői jogok védelme miatt nem szereplő kérdőívek és elérhetőségük

11.9.1. Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív

Nadja Garnefski PhD, The University of Leiden

www.socialsciences.leiden.edu/psychology/organisation/chn/health/research/instruments

11.9.2. Észlelt Szülői Hatékonyság a Kórházban Kérdőív

Bernadette Melnyk PhD, The Ohio State University

melnyk.15@osu.edu

11.9.3. Észlelt Szülői Kompetencia Skála

Charlotte Johnston PhD, The University of British Columbia

cjohnston@psych.ubc.ca