

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Tereza Myslivcová

Zdraví partneři tělesně handicapovaných jedinců

Healthy partners of physically handicapped people

Praha 2017

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Tamaře Hrachovinové CSc. za věnovaný čas, trpělivost, podporu a velké množství podnětů při vedení mé práce.

Mé poděkování dále patří pracovníkům paraplegických center, jmenovitě Mgr. Janu Formánkovi, Mgr. Justině Hanákové a Bc. Anně Fábryové, za pomoc při sběru dat i za obohacení mé práce o cenné rady a zkušenosti z praxe. Poděkování patří také Mgr. Karolíně Horákové za pomoc a vedení při statistickém zpracování dat.

Dále bych ráda poděkovala mojí rodině, především pak mému manželovi Františkovi za podporu i notnou dávku trpělivosti.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 26. července 2017

.....

Bc. Tereza Myslivcová

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou zdravých partnerů tělesně handicapovaných jedinců, respektive jedinců zasažených míšním poraněním. Teoretická část se zabývá partnerskou spokojeností v těchto vztazích. Je strukturována do jednotlivých oblastí partnerského soužití, které jsou potencionálními zdroji konfliktů a které tak mohou mít větší či menší vliv na partnerskou spokojenost. Tyto oblasti byly zvoleny na základě odborné literatury věnované partnerským a manželským párům. Empirická část vznikla za spolupráce organizací poskytujících služby jedincům po míšním poranění, kde byla sebrána kvantitativní data zjišťující míru spokojenosti partnerů ve vztahu s jedincem po míšním poranění, dále míru intimity a závazku v těchto vztazích. Získaná data jsou porovnávána s komparační skupinou respondentů z obecné populace.

Klíčová slova:

míšní poranění, partnerská spokojenost, podpora, domácí práce, finance, volný čas, sexualita, intimita, závazek.

Abstract:

This thesis studies problematics of healthy partners of physically handicapped people, more precisely of people after spinal cord injury. The theoretical part is focused on the relationship satisfaction of these couples. It is structured into relationship areas which should be a potential source of conflicts and which can influence less or more the relationship satisfaction. These areas were selected on the basis of literature focusing on partner and marital couples. The empirical part was created in cooperation with organizations providing services to people after spinal injury where quantitative data were collected to measure levels of satisfaction of partners in relationship with people after spinal cord injury also levels of intimacy and commitment in these relationships. The data obtained are compared with the comparative group of respondents from the general population.

Keywords:

spinal cord injury, relationship satisfaction, social support, household chores, finances, leisure, sexuality, intimacy, commitment.

Obsah

1	Úvod	9
2	Tělesné postižení	11
2.1	Typologie míšního poranění	11
2.2	Zdravotní komplikace	12
2.2.1	Trávicí trakt.....	13
2.2.2	Močový měchýř	13
2.2.3	Dekubity.....	14
2.2.4	Dýchací potíže	14
2.2.5	Sexuální dysfunkce	14
2.3	Postižení jako náročná životní situace	15
2.3.1	Fáze vyrovnávání se s postižením	15
2.3.2	Proces adaptace.....	16
3	Těsné vztahy	18
3.1	Vybrané charakteristiky těsných vztahů	18
3.1.1	Vzájemná závislost	18
3.1.2	Závazek	18
3.1.3	Důvěra.....	19
3.1.4	Intimita.....	19
3.2	Láska	20
3.2.1	Triangulární teorie lásky	20
4	Spokojenost v partnerském vztahu	24
4.1	Koncept partnerské/manželské spokojenosti	24
4.1.1	Spanierův test dyadického přizpůsobení.....	24
4.1.2	Zdroje konfliktů v dlouhodobém vztahu	25
4.2	Péče o domácnost, domácí práce	26
4.2.1	Domácí práce jako zdroj konfliktů	27

4.2.2	Tělesný handicap a rozdělení domácích prací	28
4.3	Finance	30
4.3.1	Tělesný handicap a jeho finanční dopady	30
4.3.2	Negativní dopady nezaměstnanosti na partnerské soužití	31
4.4	Volný čas.....	33
4.4.1	Volný čas jako aktivita sdílená oběma partnery	34
4.4.2	Volný čas jako psychohygiena	35
4.4.3	Přizpůsobení volného času tělesnému handicapu	36
4.5	Sexualita.....	37
4.5.1	Tělesně handicapovaný muž- zdravá žena.....	37
4.5.2	Tělesně handicapovaná žena- zdravý muž.....	39
4.5.3	Sexuální spokojenost v partnerství s tělesným handicapem.....	42
4.6	Rodina	43
4.6.1	Širší rodina a příbuzní.....	43
4.6.2	Budoucnost vztahu, aneb partnerství/manželství bez dětí	44
4.6.3	Partnerství/manželství s dětmi	46
4.7	Demografie.....	46
4.8	Rozvodovost, rozpad vztahu	46
4.9	Úraz a poúrazová doba očima zdravých partnerů	47
5	Výzkumná část	50
5.1	Cíle a popis výzkumu.....	50
5.2	Výzkumné hypotézy.....	51
6	Design výzkumu	53
6.1	Výběr a charakteristika metod	53
6.1.1	Škála dyadického přizpůsobení	53
6.1.2	Triangulární škála lásky.....	55
6.2	Výzkumný soubor	56
6.2.1	Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku.....	56

6.2.2	Výběr respondentů a metoda sběru dat.....	58
6.3	Zpracování dat.....	58
6.4	Deskriptivní statistika.....	59
6.4.1	Škála dyadického přizpůsobení výzkumná vs. komparační skupina.....	59
6.4.2	Škála dyadického přizpůsobení- porovnání se zahraničními studii.....	60
6.4.3	Triangulární škála lásky výzkumná vs. komparační skupina.....	61
6.5	Statistická analýza- výsledky výzkumu.....	63
6.5.1	Škála dyadického přizpůsobení- celkové skóre.....	63
6.5.2	Škála dyadického přizpůsobení- dyadická spokojenost.....	63
6.5.3	Škála dyadického přizpůsobení- dyadická soudržnost.....	64
6.5.4	Škála dyadického přizpůsobení- dyadická shoda.....	64
6.5.5	Triangulární škála lásky- intimita.....	65
6.5.6	Triangulární škála lásky- závazek.....	65
6.6	Shrnutí výsledků statistické analýzy.....	66
7	Diskuze.....	67
8	Závěr.....	72
9	Seznam použité literatury.....	73
10	Přílohy.....	81

1 Úvod

Míšní poranění představuje náhlý zásah do života jedince, jehož důsledkem většinou bývají trvalé fyzické, někdy i psychické, následky. Rehabilitace i proces psychického vyrovnávání se s míšním poraněním jsou procesy často déletrvající a lze je proto považovat za zdroje dlouhodobé zátěže.

Míšní poranění vyžaduje řadu změn v životě zasaženého jedince, které se však bezprostředně dotýkají také jeho okolí a blízkých. Není proto pochyb o tom, že se poranění určitým způsobem promítne také do partnerského vztahu zasaženého jedince a ovlivní tak i jeho partnera.

Téma zdravých partnerů tělesně handicapovaných jedinců v naší společnosti doposud nepřitáhlo pozornost odborníků. Chybějící poznatky z oblasti partnerských vztahů jedinců po míšním poranění se odráží také v praxi, a proto je cílem mé práce do této oblasti nahlédnout a toto téma otevřít pro další vědecká bádání a výzkumy.

V úvodní části práce se věnuji míšnímu poranění jako specifické formě tělesného postižení. Čtenář zde nalezne stručně popisy jednotlivých typologií míšního poranění, a vybrané fyziologické komplikace související s míšním poraněním.

Ve druhé kapitole se krátce věnuji vybraným charakteristikám těsných vztahů, ke kterým se vztahují v empirické části.

Stěžejní část je strukturována do oblastí partnerských vztahů, ze kterých mohou plynout konflikty a zapříčinit tak nespokojenost v partnerském (potažmo manželském) vztahu. Tyto oblasti byly zvoleny na základě odborné literatury věnující se partnerským a manželským dvojicím. Každá z oblastí je rozšířena o zahraniční studie věnující se jednotlivým aspektům života s míšním poraněním. Předložené výzkumy a závěry z nich plynoucí ovšem slouží především pro ilustraci, neboť byly provedeny v odlišných kulturních podmínkách a nelze je proto s absolutní platností převádět do kontextu našeho kulturního prostředí. Partnerské vztahy jsou také ovlivňovány mnoha dalšími faktory, mimo jiné například dobou, ve které se odehrávají. I přes mou snahu vyhledávat aktuální studie, není výjimkou, že se v této práci najdou výzkumy starších dat, jejichž závěry by mohly být v dnešní době diskutabilní.

Empirická část této práce zjišťuje míru dyadického (partnerského) přizpůsobení u jedinců aktuálně se nacházejících ve vztahu s tělesně handicapovaným jedincem, a dále pak míru intimity a závazku v těchto vztazích. Získaná data jsou porovnávána s daty sebranými od respondentů z obecné populace.

Mišní poranění je životní událostí, na kterou mohou jak postižením zasažení jedinci, tak jejich nejbližší, reagovat velmi variabilně. Práce je tak věnována značně heterogenní skupině jedinců. Snaha o charakterizaci partnerů, které spojuje pouze existence partnera s míšním poraněním, by byla z psychologického hlediska značně komplikovaná, a nejspíše také nemožná. Mou snahou proto bylo předložit určité spektrum možných pohledů na partnerský vztah s jedincem po míšním poranění, jakožto i spektrum komplikací, které se mohou v průběhu takového vztahu objevit.

2 Tělesné postižení

Ačkoliv předmětem této práce jsou zdraví partneři tělesně handicapovaných jedinců, považují za důležité seznámit čtenáře v první kapitole s jednotlivými typy míšního poranění. Důraz bude kladen především na zdravotní komplikace, které se s tělesným postižením pojí, dále pak na adaptaci takto postiženého jedince, na jednotlivé fáze vyrovnávání se s traumatem a možné komplikace, které se mohou objevit v případech, kdy je adaptace na postižení problematická. Následující informace by měly sloužit k rozšíření kontextu role zdravotního postižení (konkrétně míšního poranění) v partnerském vztahu.

2.1 Typologie míšního poranění

Centrální obrny jsou poruchy hybnosti mající svůj původ v poškození centrálního nervového systému, tj. mozku nebo míchy. Poškození centrálního nervového systému může být vrozené (nádorové, zánětlivé, cévní či degenerativní onemocnění) nebo získané v průběhu vývoje jedince (Novosad, 2011).

K poškození míchy dochází nejčastěji následkem poranění páteře při úrazu. Dle České asociace paraplegiků (2010) jsou nejčastější příčinou poranění páteře a míchy automobilové nehody, dále pak úrazy při sportech, jízda na motocyklu, pády z výšky, skoky do vody, ale též pracovní úrazy, fyzická napadení atd.

V závislosti na výšce poškozeného segmentu je rozeznávána:

- Nízká paraplegie (léze páteře v oblasti L1-Th10)

Poškození míchy je lokalizováno v dolní části zad a způsobuje úplnou nebo částečnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Je zachována citlivost od břicha nahoru a částečné cití nohou.

- Vysoká paraplegie (léze v oblasti Th6-Th1)

Poškození míchy se nachází v segmentu horní části zad a způsobuje částečnou ztrátu pohyblivosti těla a úplnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin, dýchání a kašláni je částečně omezené. Citlivost je zachována od hrudníku nahoru, břicho a dolní končetiny jsou necitlivé.

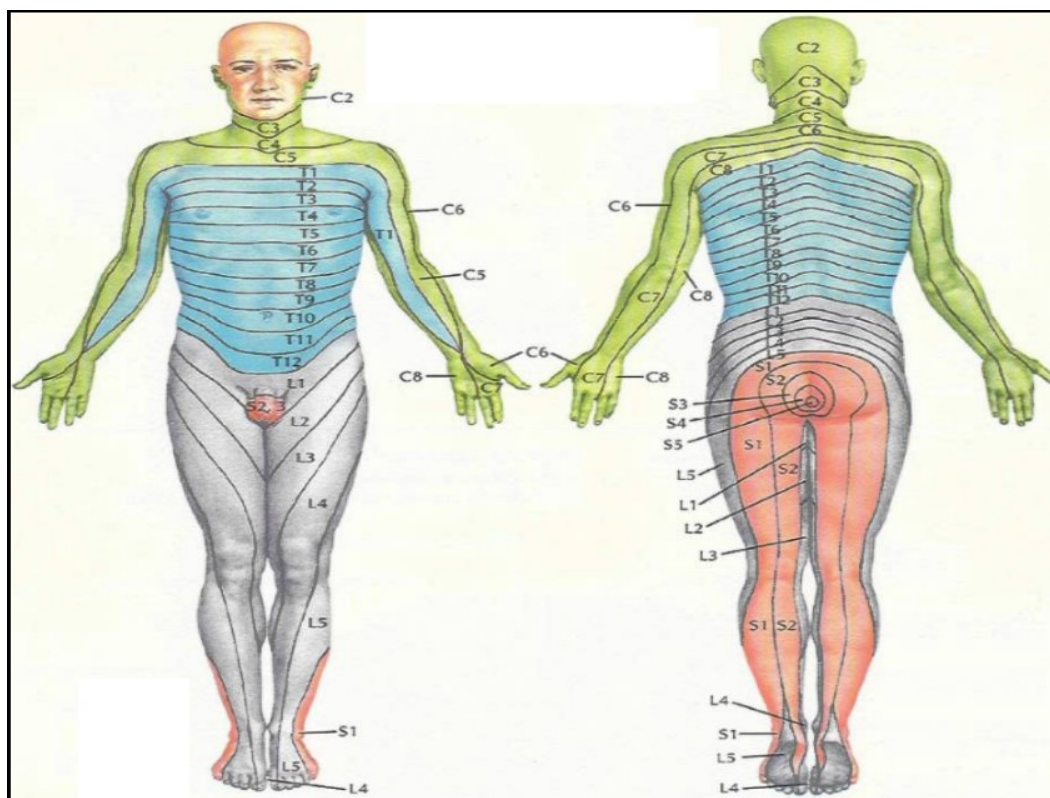
- Vysoká tetraplegie (léze v oblasti C5-C4)

Poškození míchy se nachází v oblasti krční páteře a způsobuje částečnou ztrátu pohyblivosti horních končetin a úplnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin i těla s přidruženými potížemi při dýchání a kašláni. Citlivost je částečně zachována na tvářích, šiji,

ramenou a rukou. Čítí není zachováno na těle a dolních končetinách (Faltýnková, Kříž, & Kábrtová, 2004).

- Pentaplegie (léze v oblasti C3-C1)

Poškození zasahuje nejen všechny končetiny, ale také bránici, trupové a břišní svalstvo. Tito jedinci jsou, z důvodu nefunkčnosti bránice, odkázáni po zbytek života na umělou plicní ventilaci (Zachová, & Köhlerová, 2014).



Obr. 1. Zóny míšních segmentů (České asociace paraplegiků, 2010)

2.2 Zdravotní komplikace

Míra ochrnutí jedince se odvíjí nejen od výše poraněného segmentu, závisí také na míře zasažení tohoto segmentu. Jestliže je *léze* v místě poranění míchy *úplná*, nemůže docházet k výměně informací mezi mozkem a poškozenou oblastí těla. Impulzy, které mozek vysílá, nemohou skrze poškozenou míchu projít, a tak mozek nemůže ovlivňovat pohyb poškozených částí těla. Stejně je tomu i obráceně, mozek nedostává o poškozené části těla žádné informace. Prognóza u *částečné léze* je pozitivnější, je zachována částečná forma čítí nebo vůlí ovládané pohyby (Faltýnková, 2012). Nejširší důsledky míšního poranění jsou však výsledkem

interakce mnoha dalších faktorů, např. věku, osobnosti jedince, pohlaví, tělesné konstituce, ale také socioekonomického statusu (Faltýnková et al., 2004).

V důsledku narušení komunikačního kanálu mezi mozkiem a poškozenou částí těla dochází u zasažených jedinců k mnohým zdravotním komplikacím (Faltýnková, 2012).

2.2.1 Trávicí trakt

Jedinec s míšním poraněním nemusí cítit potřebu na stolici. Na základě typu funkční poruchy, která se může po míšním úrazu vyvinout, se volí náhradní způsoby vyprazdňování (Faltýnková et al., 2004). U *spastického typu střevní poruchy* nejsou poškozeny nervy mezi střevem a míchou, je poškozená pouze inervace do mozku. Mozek tedy necítí potřebu na stolici. Tento typ poruchy může mít tendence k zácpě. Defekaci je třeba vyvolávat zevními podněty, často jsou používány bisacodylové čípky nebo miniklyisma (chemická stimulace), které mohou být doplněny podrážděním svěrače prsty (mechanická stimulace), aby došlo k relaxaci konečníku. U *areflexního typu střevní poruchy* chybí míšní peristaltický reflex, a proto je průchod stolicí střevy velmi pomalý. Často tak dochází k zácpě. Pakliže ke stolici nedochází spontánně, je střevo u této poruchy vyprazdňováno pečující osobou vytlačěním nebo manuálním vybavením stolice (Faltýnková, 2012).

2.2.2 Močový měchýř

Jedinec s poškozenou míchou nemá pocit nucení na močení, a proto je třeba nalézt způsob jak močový měchýř vyprazdňovat. Jestliže se postižený nenaučí vyprázdnit močový měchýř úplně, hrozí mu riziko opakovaných uroinfekcí. Pro vyprazdňování močového měchýře existuje několik možných postupů volených v závislosti na míře poškození míchy. U lehčích forem poškození funguje poklepávání v dolní oblasti břicha s následným tlakem dlaní. Pokud se klient nemůže vyprázdnit tímto způsobem, provádí se cévkování. Katétr se vyměňuje každé 3-4 hodiny a je důležité u jeho výměny dodržovat správné hygienické podmínky, aby se zabránilo vzniku dalších infekcí. Tato metoda je vhodná pouze u jedinců, kteří si dokážou katétr vyměnit sami, anebo u jedinců s pečující osobou. Jsou-li obě výše zmíněné metody neúspěšné, přichází na řadu permanentní katétr. I zde je velmi důležitá správná hygiena. Katétr může být zaveden též otvorem v břišní stěně, zde je nutné otvor pro vstup katétru denně ošetřovat (Faltýnková et al., 2004).

2.2.3 Dekubity

Po vzniku poškození míchy dochází nejen ke ztrátě volního pohybu, ale také k poruchám cití a vegetativních funkcí, jejichž důsledkem je také porucha vazomotoriky (řízení stahování a rozšiřování cév). Tyto vazomotorické poruchy snižují odolnost tkání a mohou vést ke vzniku otlaků, z nichž následně mohou, v důsledku nedostatečné prevence a péče, vznikat dekubity (Faltýnková, 2012). Vlivem poruchy cití si jedinec s míšní lézí nemusí uvědomovat nekomfortní ležení/sedění, které by jedinec se zachovalým citím vyřešil prostou změnou polohy. Proleženina se přitom může vytvořit již v průběhu několika málo hodin. Společně s různými antidekubitními pomůckami je nejlepší prevencí proleženin odlehčování, tedy pravidelná změna polohy. Jestliže jedinec nedokáže polohu změnit sám, potřebuje někoho, kdo mu se změnou jeho polohy pomůže. Kůže by měla být kontrolována 2x denně (ráno a večer). I zde platí, že pokud si jedinec není schopen zkontrolovat svou kůži sám, potřebuje asistenci (Faltýnková et al., 2004).

2.2.4 Dýchací potíže

Všichni tetraplegici a jedinci s vysokou paraplegií mají problém s funkčním kašlem. V důsledku léze na vyšším segmentu míchy dochází k ochrnutí dýchacích svalů, které napomáhají při vykašlávání. Kašel je přitom důležitý, napomáhá čistit plíce od hlenu, jehož hromadění v plicích může způsobovat infekce. Pro tetraplegika (nebo vysokého paraplegika) je proto nezbytně nutné, aby si osvojil samostatné techniky vykašlávání vleže i vsedě na vozíku. Vybraná technika vykašlávání závisí na výši poškozeného segmentu. I u vykašlávání je někdy zapotřebí asistence druhého člověka (Faltýnková et al., 2004).

2.2.5 Sexuální dysfunkce

Lidská touha po sexu a potřeba sexuálního partnera není vlivem poškození nijak změněna. Může však být změněna schopnost vnímat pocity v genitáliích, samozřejmě je změněná také schopnost aktivního (fyzického) pohybu při sexuálním styku. Rozsah změn přitom vždy závisí na výši postiženého segmentu a dále na tom, zda je poškození částečné nebo úplné.

U mužů se mohou objevit v různém rozsahu erektilní dysfunkce, anejakulace, ke změnám může dojít také v prožívání orgasmu.

U žen se může objevit snížená schopnost lubrikace vagíny a změněný pocit orgasmu při případné ztrátě cití.

Před pohlavním stykem je důležité vyprázdnit močový měchýř, aby se tak zabránilo riziku pomočení se. Doporučuje se přestat pít několik hodin před pohlavním stykem. U žen s permanentním katétrem je důležité odpojit cévku.

Z psychologického hlediska je důležité, aby si postižený jedinec získal pozitivní vztah ke svému změněnému tělu a aby se i nadále snažil být atraktivní a upravený. Pro oba partnery platí, že se nesmí obávat experimentovat a nalézt vyhovující způsoby vzájemného uspokojení. Partner bez postižení by měl převzít dominantnější roli (Faltýnková et al., 2004).

2.3 Postižení jako náročná životní situace

2.3.1 Fáze vyrovnávání se s postižením

Reakce jedince na poškození míchy jsou v jistém směru individuálně specifické (Faltýnková et al., 2004). Získané postižení představuje silné emoční trauma, prožitek ztráty vyvolává negativní emoční reakce (Vágnerová, 2008). U většiny lidí, prožívajících tuto situaci, můžeme nalézt podobné pocity, emoce a stavy:

- Stav popření: Je typický neschopností postiženého uvěřit tomu, co se stalo. Charakteristickými projevy jsou odmítání informací od zdravotníků, obecná nedůvěra k jejich prognózám, nepřipouštění si skutečnosti existence poškození a nerealistické představy o svých budoucích schopnostech.
- Pocity deprese: Připustí-li si člověk, že poškození jednotlivých tělesných funkcí jsou dlouhodobá nebo dokonce trvalá, mohou se objevit pocity beznaděje, strachu či úzkosti. Přechodně se člověk může uzavřít sám do sebe, odmítat komunikaci s ostatními. Někdy se mohou objevovat také suicidální myšlenky.
- Pocity hněvu: Jedinec s poškozením míchy cítí zlost, své poranění vnímá jako nesprávné nebo nespravedlivé. Svůj hněv může někdy obrátit proti svému okolí (na svou rodinu, ošetřující personál aj.), jindy jej zadržuje v sobě. Zlobit se může i na samotné postižení, které mu zabraňuje v tom, aby pracoval, staral se o rodinu, sportoval apod.
- Pocity strachu: Objevují se obavy spojené s tím, jak postižení ovlivní následný život jedince. Někdy se jedinec obává toho, jak postižení ovlivní jeho vztahy, někdy se strachuje o to, co bude dál.

- Pocity lítosti: Mohou se objevovat tendence srovnávání života a činností, které jedinec vykonával před úrazem a vyslovovat tak lítost nad tím, že po úrazu to již nebude možné (Faltýnková et al., 2004).

2.3.2 Proces adaptace

Adaptace je chápána jako určitý duševní a sociální proces přizpůsobování se změněným nebo neobvyklým podmínkám, jehož výsledkem je přizpůsobení se jedince na podmínky a situace, které jeho život determinují. Novosad (2011) se však ve své knize domnívá, že adaptace není trvalým stavem, jehož lze konečně dosáhnout, nýbrž stále probíhajícím procesem, ve kterém dochází k výkyvům, krizím a zklamáním. A tak i jedinec, který má dobré předpoklady pro to, aby zvládnul nějakou nepříznivou situaci, musí o svou adaptaci neustále usilovat. To je způsobeno prostým faktem, že vždy může narazit na něco, při čem je limitován svou situací nebo možnostmi, což ve svém důsledku může narušit jeho adaptaci (Novosad, 2011).

Jakým způsobem se bude jedinec vyrovnávat se zátěží, kterou míšní poranění jistě představuje, záleží na dosažené vývojové úrovni, na sociální podpoře nejbližších a na osobnostních vlastnostech jedince (Vágnerová, 2008). Postižení působí v různé míře na jedince podle toho, jak je jedincem prožíváno a jaké způsoby řešení své situace jedinec nachází. Tyto dostupné způsoby řešení vzniklé situace se ovšem mohou zpětně promítnout i do osobnostních rysů jedince. Akceptuje-li jedinec své postižení a vyrovnává-li se s ním realisticky (tj. akceptuje své omezení a rozvíjí své možnosti), nemusí mít existence postižení za následek žádné výraznější změny ve struktuře osobnosti. Častěji však postižený volí různé způsoby vyrovnávání se s postižením. Tyto způsoby se mohou stabilizovat do ustálených způsobů chování jedince a následně se mohou stát trvalým rysem osobnosti jakožto získanou dispozicí (Hadj-Moussová, 1999). Z uvedeného vyplývá, že proces adaptace na postižení je sice z určité části determinován premorbidní osobností jedince, zároveň se však osobnost jedince postiženého úrazem může formovat na základě způsobu, který jedinec volí při vyrovnávání se s traumatem.

Většina způsobů řešení náročných životních situací je odvozena ze dvou základních reakcí pozorovatelných nejen u člověka, ale také u zvířat. Jedná se o *agresi*, tedy reakci aktivní, a o *únik*, reakci pasivní. Tyto techniky ve své čisté podobě jsou spíše vzácné, společenské normy přijatelnosti a nepřijatelnosti lidského chování přetváří tyto dvě základní reakce do sociálně přijatelnějších forem. Jedinec ve svém životě využívá řadu způsobů řešení svých

problémů pocházejících z obou základních reakcí, to, které bude preferovat, záleží na temperamentu jedince, ale také na jeho individuální zkušenosti a sociálním učení (Hadj-Mousová, 1999).

Techniky aktivního řešení:

přímá agresivní řešení (fyzické násilí, verbální agrese) → *agresivita přenesená na jiné objekty/lidi* → *upoutávání pozornosti* (nápadnosti v chování, zlozvyky, egocentrismus) → *negativismus* → *hledání viníka* (přenášení vlastních problémů na své okolí) → *identifikace* (se silnější osobností, skupinou či institucí) → *kompenzace* (vyrovnávání deficitu v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti druhé)

Techniky pasivního řešení:

přímý únik (např. drogy, alkohol aj.) → *izolace* → *únik do nemoci* (produkce nových psychosomatických symptomů, agravace skutečných potíží, postižení jako důvod toho, proč něco jedinec může nebo nemůže) → *racionalizace* (rezignace na dosažení určitého cíle je vysvětlováno „racionálně“) → *regrese* → *popření/potlačení* (jedinec si nepřipouští existenci obtíží)

Nelze jednoznačně označit některou z výše uvedených technik za dobré nebo špatné východisko ze situace postiženého jedince, vždy záleží především na kontextu dané situace. Důležité je si uvědomit, že každá z těchto technik může za jistých okolností přispět k vyřešení konkrétní situace, za jiných okolností však může vést k patologickým důsledkům, jež se mohou promítnout do osobnosti postiženého (Hadj-Mousová, 1999).

3 Těsné vztahy

Potřeba vyhledávat a navazovat vztahy s jinými osobami se považuje za jednu ze základních lidských potřeb. Síla této potřeby je interindividuální a je proměnlivá v závislosti na situaci (Slaměník, 2008).

Zda vstoupíme do interakce nebo vztahu s druhým člověkem, je většinou záležitostí naší volby (pokud tato volba není vynucena okolnostmi). Z potencionálních partnerů na určitém místě v určitém čase volíme ty jedince, ve kterých vidíme příležitost k naplnění určitých potřeb, přičemž volba musí být vzájemná (Slaměník, 2011). Podstatnými činiteli hrajícími roli při navazování a udržování vztahů jsou fyzická a osobní atraktivita (Slaměník, 2008). Zatímco fyzická atraktivita je důležitá především při navazování vztahu, pro utváření a trvání vztahu ustupuje do pozadí atraktivitě osobní. Pro člověka je v dlouhodobém vztahu přeci jen důležitější vzájemná podobnost ve vlastnostech, zájmech, hodnotách, potřebách apod. (Slaměník, 2011).

3.1 Vybrané charakteristiky těsných vztahů

Vztah mezi dvěma jedinci, který lze považovat za těsný (osobní), vykazuje určité charakteristiky. Pro svou práci jsem vybrala některé z nich:

3.1.1 Vzájemná závislost

Teorie vzájemné závislosti Thibauta a Kelleyho je postavena na již výše zmíněné premise, že jedinec vstupuje do interpersonálních vztahů za účelem naplnění určitých potřeb, tedy za účelem zisku. Zisk je definován jako míra uspokojení potřeb, pozitivního emocionálního prožívání a prospěchu, který jedinec v tomto vztahu dosahuje. Teorie však překračuje rámec chápající vztah v rozměru sobeckého uspokojování vlastních potřeb (Výrost, 2008). Vzájemná závislost představuje společné uvědomění si odpovědnosti za vzájemnou psychickou pohodu naplněnou investicemi do potřeb, zájmů a cílů partnera. Míra vzájemné závislosti se odvíjí od znalosti partnerova chování v určitých podmínkách, která umožňuje jedinci regulovat vlastní chování tak, aby ochránil společný vztah před možnými újmami a zachoval jeho stabilitu (Slaměník, 2011).

3.1.2 Závazek

Dlouhodobá orientace na zájmy a potřeby partnera s tendencí vztah zachovat, případně jej rozvíjet, která plyne ze vzájemné závislosti, rozvíjí mezi oběma partnery závazek. Vysoce rozvinutý závazek brání oběma partnerům podlehnout svůdným alternativám a vede k ochotě

obětovat se pro druhého. Závazek je jednou z charakteristik vztahu, která chrání dlouhodobé vztahy i v situacích ohrožení a nejistoty (Slaměník, 2011).

3.1.3 Důvěra

Důvěra ve druhou osobu zahrnuje přesvědčení, že partnerovo chování je konzistentní, upřímné a spolehlivé a že je partner ochoten se o druhého starat a pečovat o něj. Důvěra přináší pocit bezpečného prostoru, ve kterém se může jedinec spolehnout na svého partnera v tíživých a kritických situacích, prostoru, ve kterém je možno sdílet s druhým citlivé informace beze strachu z jejich zesměšnění nebo zneužití. Je to prostor, kde jedinci mohou vyjádřit skutečně prožívané emoce (Slaměník, 2011).

3.1.4 Intimita

Intimitu lze vymezit jako proces stupňování vzájemného sebeodhalování, během kterého oba partneři pociťují sebepotvrzování, pochopení a starost o druhou osobu (Slaměník, 2011). V tomto procesu je sebeodhalování oboustranné, dochází během něj nejen k sebeodhalení ale také k odhalení partnera (Plháková, 2004). Vztah obvykle začíná povrchním sdělováním si informací, které se s postupem času prohlubuje a zvyšuje vzájemnou důvěru. Partneři si navzájem sdělují své nejhlubší emoce, představy i prožitky. Jsou-li druhým následně akceptovány, mohou prohloubit vztah a přispívat tak k větší těsnosti vztahu. Intimitu lze chápat také jako určitou formu překračování hranic, a to nejen ve smyslu fyzického přibližování se směřující k tělesnému kontaktu, ale také jako psychické přibližování. V kontaktu s partnerem, kde je navázána hluboká intimita, narůstá spontaneita ve verbálních i neverbálních projevech, některé projevy mohou dokonce nabývat specifického významu sdíleného jen mezi dvěma konkrétními jedinci (Slaměník, 2011).

Nelze si nevšimnout, že výše zmíněné vybrané charakteristiky těsných vztahů se v mnohém překrývají. Obecně lze shrnout, že závazek, důvěra a intimita jsou charakteristikami, které přispívají k vzájemné závislosti mezi dvěma partnery.

3.2 Láska

Jednou z nejzajímavějších komponent vztahu mezi dvěma jedinci je láska. Láska vyvolává mezi odborníky dodnes velké množství otázek stejně jako snah ji definovat. Definovat lásku však není úplně jednoduché, neboť bývá odborníky nahlížena různě, z hlediska psychologie třeba jako emoce nebo jako určitá forma interpersonálního vztahu.

Láska mezi dvěma jedinci, kteří společně tvoří partnerský popř. manželský pár, je charakteristická intenzivní citovou vazbou. Toto hluboké citové zaujetí je doprovázeno sexuální touhou a tendencí jedince na milovanou osobu neustále myslet a vyhledávat její společnost (Plháková, 2004; Slaměník, 2008).

3.2.1 Triangulární teorie lásky

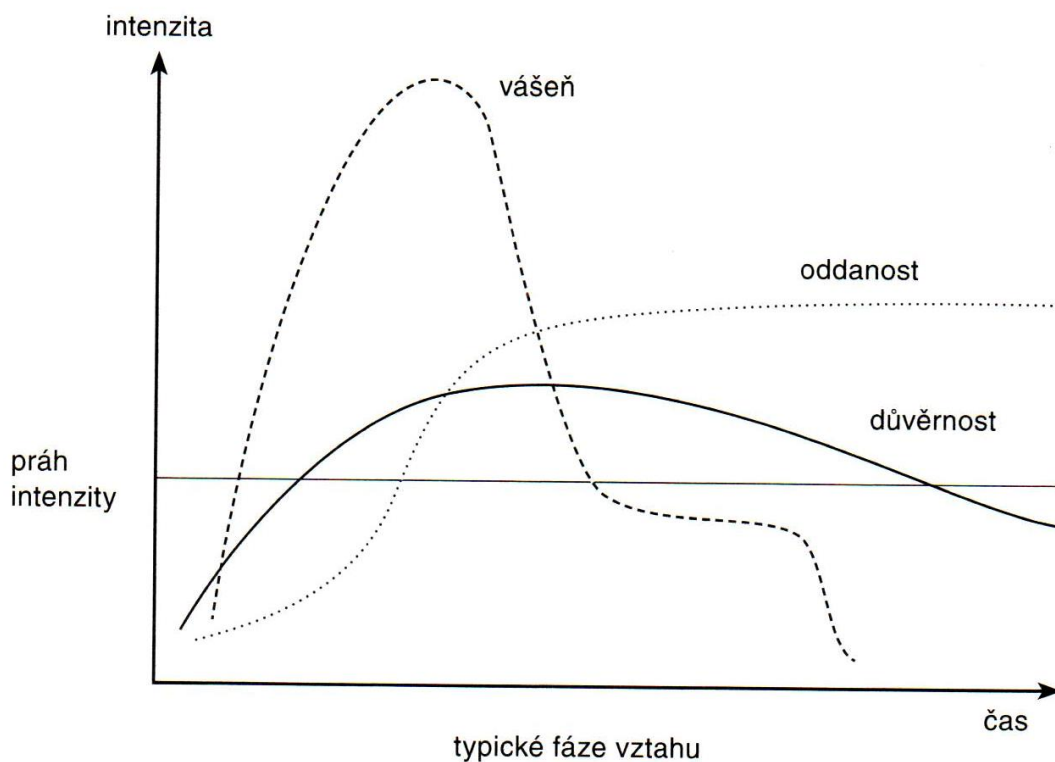
Jednu z nevlivnějších teorií lásky předložil R.J.Sternberg (1986). Podle této teorie, nazvané Sternbergem jako Triangulární teorie lásky (*A triangular theory of love*)*, tvoří lásku tři základní komponenty, na které lze pohlížet jakožto na tři vrcholy společně utvářející trojúhelník. Těmito třemi komponentami jsou *intimita*, *vášeň* a *rozhodnutí/závazek* (Sternberg, 1986).

Intimita zahrnuje pocity blízkosti, spojení a pouta v láskyplném vztahu. Intimitu lze považovat do určité míry, ne však výhradně, jako komponentu, která je sycena emocionálními investicemi do vztahu (Sternberg, 1986). *Vášeň* je komponentou vysoké psychické aktivity, kterou vyvolává fyzická přitažlivost a sexuální touha (Slaměník, 2008). Přináší mnoho intenzivních emocí, a to jak kladných tak i záporných, často doprovázených fyziologickou aktivací (Kratochvíl, 2009). *Vášeň* lze považovat do určité míry, ne však výhradně, jako komponentu, která vyplývá z motivačního zapojení se do vztahu (Sternberg, 1986). Poslední komponenta je Sternbergem pojímána z hlediska dvou časových aspektů. Z krátkodobého se jedná o *rozhodnutí* jedné osoby milovat osobu druhou. Z dlouhodobého hlediska pak o *závazek* tuto lásku udržet. Tato komponenta v sobě nese kognitivní prvky, které se podílí na rozhodovacím procesu o potenciálním vztahu popř. jeho udržení (Sternberg, 1986).

Na *intimitu* lze pohlížet jako na tzv. „hřejivou“ komponentu vztahu, na *vášeň* jako na „horkou“ komponentu vztahu, *závazek/rozhodnutí* jsou pak nahlíženy jako „studená“ komponenta vztahu (Sternberg, 1986).

*V České literatuře někdy také překládána jako Trojúhelníková teorie lásky.

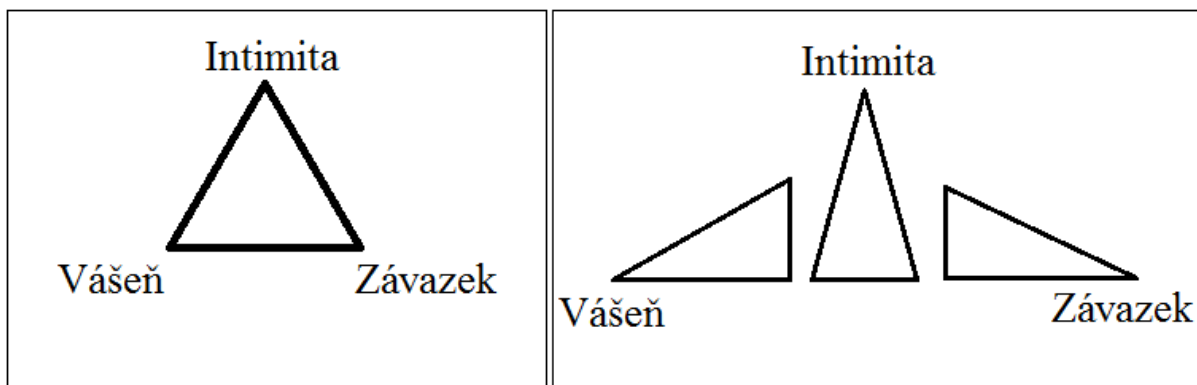
Pro lásku jsou všechny tři výše uvedené komponenty důležité, každá komponenta má v průběhu vztahu odlišný vývoj a jejich role se liší také v jednotlivých vztazích (Kratochvíl, 2009; Slaměník, 2008). *Intimita* v počátečních fázích narůstá pomalu, postupně ovšem také pomalu klesá (čím více se oba partneři znají, tím více se zmenšuje prostor možného objevování). *Vášeň* je komponentou, která vzniká a stupňuje se velmi rychle, postupem času ovšem dochází také k jejímu poklesu (dochází k určité habituaci, kdy partneři pro sebe nejsou již tolik přitažliví jako dříve). *Závazek* je naopak komponentou, která narůstá zvolna, u dlouhodobých vztahů se pak udržuje na relativně vysoké úrovni. Tato komponenta nejvíce přispívá ke stabilitě vztahu a pomáhá překonávat v partnerství těžká období (Kratochvíl, 2009; Slaměník, 2008).



Obr. 2. Časový průběh tří komponent lásky (Kratochvíl, 2009, s. 132)*

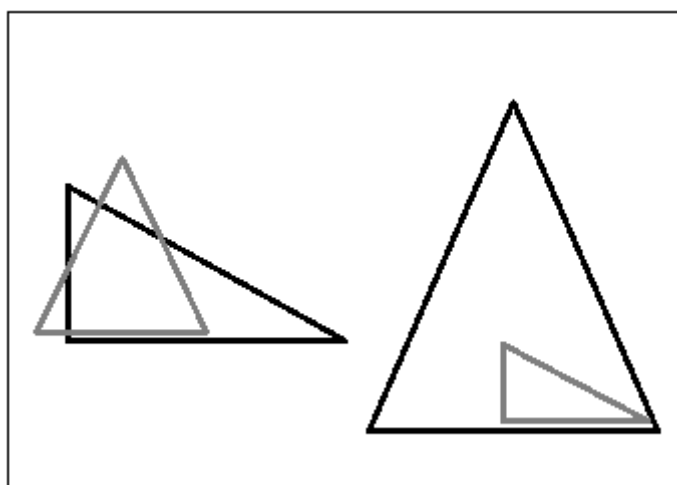
Sternberg využívá trojúhelníkového znázornění tří komponent lásky u konkrétního vztahu pro ilustraci velikosti lásky i vyváženosti rozložení jednotlivých komponent. Plocha trojúhelníku značí velikost lásky, jeho tvar poté určuje vyváženost, resp. nevyváženost lásky (Slaměník, 2008).

* Intimita je Kratochvílem překládána jako „důvěrnost“, závazek jako „oddanost“.



Obr. 3. Podoby trojúhelníku v závislosti na převažující komponentě lásky dle Sternberga (Slaměník, 2008, s. 259)

Trojúhelníkové znázornění se může využívat ovšem také k zobrazení skutečnosti a ideální představy lásky. Překrytím dvou trojúhelníků však můžeme získat také znázornění toho, jak moc odlišně vnímají vztah oba partneři, jakou představu mají o vlastních investicích a investicích partnera atd. (Slaměník, 2008).



Obr. 4. Další možné využití trojúhelníků ke znázornění jednotlivých komponent lásky ve vztahu (Slaměník, 2008, s. 259)

Na základě různé míry zastoupení jednotlivých komponent ve vztahu vytvořil Sternberg (1986, s. 123-124) typologii 8 druhů lásky:

- Vztah bez lásky (*nonlove*) je vztah, ve kterém není zastoupena žádná z komponent. Ve Sternbergově pojetí se jedná o většinu vztahů, které jsou charakteristické neformální interakcí bez podílu lásky.
- Vztah, ve kterém je přítomna pouze intimita, je charakteristický pro přátelství. Tento druh lásky lze popsat jako „mít rád“ (*liking*).
- Bláznivá láska (*infatuated love*) je výsledkem vášnivé reakce bez přítomnosti intimity a závazku.
- Prázdňá láska (*empty love*) je založená pouze na komponentně rozhodnutí, neobsahuje ani intimitu ani vášeň. Tento druh lásky se může vyskytovat v závěrečných fázích vztahu, ve kterém vymizelo vzájemné citové pouto, ale zůstalo rozhodnutí vztah udržet. Nalézt jej však můžeme i na začátku některých vztahů, které jsou předmětem dohody (např. sňatky domluvené příbuznými).
- Romantická láska (*romantic love*) je sycena vášnivou komponentou, partneři jsou však propojeni také emocionálně, je tedy zastoupena také komponenta intimity. Chybí ovšem komponenta závazku. Dle Sternberga lze tento druh lásky nalézt v klasické literatuře (typickým příkladem je Romeo a Julie).
- Partnerská láska (*companionate love*) se nachází v dlouhodobých vztazích, kde opadla vášeň, ale komponenty intimity a závazku přetrvávají dál. Objevuje se v manželských vztazích, kde postupně opadla fyzická atraktivita jakožto hlavní zdroj vášně.
- Pošetilá láska (*fatuous love*) je charakteristická závazkem založeném na vášni. Protože se vášeň vyvíjí velmi rychle, avšak komponenta intimity, která stabilizuje vztah zase pomalu, hrozí těmto vztahům zánik.
- Úplná láska (*consummate love*) v sobě zahrnuje všechny tři komponenty, a proto o ní usiluje většina lidí v partnerských vztazích. Její dosažení i udržení bývá poměrně komplikované.

Pro posouzení zastoupení míry jednotlivých komponent sestavil Sternberg dotazníkovou metodu, která je blíže popsána v empirické části této práce (viz kapitola 6.1.2).

4 Spokojenost v partnerském vztahu

4.1 Koncept partnerské/manželské spokojenosti

Koncept partnerské spokojenosti zaujímá přední místa ve výzkumech manželských a rodinných vztahů. Průkopníkem těchto výzkumů se v roce 1929 stal Hamilton a od této doby byla vyvinuta celá řada studií usilujících o posouzení kvality manželského vztahu (Spanier, 1976). Aby se však mohli odborníci zabývat kvalitou manželského vztahu, bylo třeba nejprve vymezit pojem „manželská spokojenost“ a to tak, aby bylo možno tento pojem operacionalizovat a následně vyvíjet metody k jeho měření. Je tedy pochopitelné, že pojem „manželská spokojenost“ není chápán zcela jednotně.

4.1.1 Spanierův test dyadického přizpůsobení

Spanier (1976), který vyvinul jednu z nejznámějších škál posuzujících kvalitu manželského vztahu, používá pojem „dyadické přizpůsobení“ (*dyadic adjustment*). Dyadické přizpůsobení chápe jako neustále se měnící proces, který může být hodnocen v jakémkoliv okamžiku v kvalitativních dimenzích od dobrého přizpůsobení k přizpůsobení maladaptivnímu. V souladu s tímto názorem je přizpůsobení procesem, jehož výsledek je determinován mírou následujících hypotetických komponent: 1) problematických rozdílů v přizpůsobení mezi oběma partnery (*troublesome dyadic differences*), 2) interpersonálního napětí a osobní úzkostlivosti (*interpersonal tension and personal anxiety*), 3) partnerské spokojenosti (*dyadic satisfaction*), 4) partnerské soudržnosti (*dyadic cohesion*) a 5) shody v důležitých záležitostech týkajících se fungování vztahu (*consensus on matters of importance to dyadic functioning*) (Spanier, 1976). Partnerská spokojenost je tedy ve Spanierově podání chápána jako součást procesu partnerského přizpůsobení.

V roce 1976 Spanier publikoval dotazník DAS (*Dyadic Adjustment Scale*, v českém jazyce překládáno jako *Škála dyadického přizpůsobení*) posuzujícího kvalitu dyadického přizpůsobení. Při tvorbě testu vycházel Spanier z předchozích verzí testů zjišťujících manželské přizpůsobení, navazoval především na Locke-Wallaceho test (nejčastěji používaná revidovaná verze z roku 1959) a na test Locka-Williamsona (z roku 1958). Při tvorbě testu a výběru položek postupoval Spanier komplexně (celý postup lze dohledat v jeho publikaci rozepsaný do 13 kroků). Zmíním pouze jeden z těchto kroků, a sice faktorovou analýzu vybraných položek dotazníku. Cílem analýzy bylo otestovat adekvátnost navržené definice dyadického přizpůsobení, respektive zjistit, zda pět hypotetických komponent dyadického přizpůsobení lze ověřit i empiricky. Analýza měla dále určit, které položky budou zařazeny

do finální podoby dotazníku a nalézt mezi nimi vztah, na základě kterého by byly rozděleny do jednotlivých subškál dotazníku. Po zobrazení výsledků faktorové analýzy byly vyřazeny položky sytící komponentu nazvanou *problematické rozdíly v přizpůsobení mezi oběma partnery*, neboť tyto položky nebyly analýzou identifikovány jako samostatná komponenta, zároveň nesytily žádnou z jiných komponent. Analýza však prokázala vztah mezi 4 položkami, původně přiřazenými k jiným komponentám, nově vzniklou komponentu nazval Spanier *afektivní projevy* (Spanier, 1976).

Koncept manželského přizpůsobení čelí také mnoha kritikám. Známostou kritiku předložil ve svém článku Trost (1985), ve kterém upozorňuje v první řadě na problematiku definice přizpůsobení jakožto procesu. Dle jeho názoru samotný termín „proces“ indikuje změnu, a ačkoliv „přizpůsobení značí jakousi změnu, nemusí nutně každá změna být přizpůsobením“ (Trost, 1985, s. 1072). Škála dyadického přizpůsobení navíc dle jeho názoru neměří žádný „proces“ či změnu, nýbrž individuální percepci přítomné situace. Také Spanierova snaha o přesnější definici, tvořená výčtem 5 hypotetických komponent, je dle názoru Trosta matoucí, neboť samotné komponenty nejsou jasně definovány a použité termíny nejsou základními termíny. Trost se proto domnívá, že je obsahová validita celého testu diskutabilní právě z důvodu terminologické nejasnosti (Trost, 1985).

I přes některé další kritiky je Škála dyadického přizpůsobení stále jedním z nejpoužívanějších dotazníků manželského přizpůsobení vůbec (Kratochvíl, 2009), a proto byl využit také v empirické části této práce. O popularitě užívání tohoto dotazníku můžeme též usuzovat z existence dvou dalších verzí, a sice zkrácené verze (ADAS- *Abbreviated Dyadic Adjustment Scale*)* čítající 7 položek, nebo revidované verze čítající položek 14 (RDAS-*Revised Dyadic Adjustment Scale*)**.

4.1.2 Zdroje konfliktů v dlouhodobém vztahu

K tématu manželské spokojenosti jistě patří téma manželských konfliktů. Lacinová (2012) uvádí, že právě manželské konflikty jsou častým výzkumně sledovaným aspektem, který zaujímá v oblasti výzkumu manželských a partnerských soužití takřka centrální roli. Systematický výzkum problematiky manželských konfliktů vychází jistě z potřeb klinických psychologů a rodinných/párových terapeutů. Jejich záměrem bylo zefektivnit podoby

* též dostupné online z: <http://www.clintools.com/victims/resources/assessment/interpersonal/adas.pdf>

** též dostupné online z: <https://relationshipinstitute.com.au/files/resources/Revised-Dyadic-Adjustment-Scale-RDAS-1.pdf>

pomoci párům i celým rodinám v krizových situacích, ve kterých vyhledávaly jejich pomoc (Lacinová, 2012). Psychologické intervence, které se snaží snížit distress u párů, se často zaměřují na dovednosti konstruktivního řešení problémů (Fincham, 2003). Komunikace je mnoha autory považována za jeden ze základních pilířů, na kterém závisí dobré nebo špatné fungování partnerů a následně také celého rodinného systému. Rodinná komunikace se považuje za klíčový proces při vytváření rodinné atmosféry, při řešení problémů nebo při plánování změn (Sobotková, 2012). V praxi se proto psychologové a terapeuti snaží páry naučit strategiím efektivního řešení problémů (Kratochvíl, 2009), přičemž jednou z nejčastěji doporučovaných metod řešení konfliktů, v různých obměnách, je technika aktivního naslouchání (Gottman, 2015). Jak ovšem Gottman (2015) poznamenává, z četných studií se ukazuje, že manželské terapie kladoucí důraz především na správné zvládnání technik aktivního naslouchání z dlouhodobého hlediska nepřinášejí požadovaný efekt, a sice zlepšení (či záchranu) manželského vztahu.

Ačkoliv se odborníci neshodují vždy na tom, co přispívá z dlouhodobého hlediska ke spokojenosti a stabilitě partnerství (manželství), shodují se na kritických oblastech, které bývají častými zdroji konfliktů mezi dvěma jedinci tvořícími vztah (např. Gottman, 2015; Kratochvíl, 2009; Lacinová, 2012 atd.). Následující kapitola je strukturována na základě těchto kritických oblastí, a to vždy s ohledem na tělesné postižení jednoho z partnerů.

4.2 Péče o domácnost, domácí práce

Téma rozdělování domácích prací mezi oba partnery se z historického hlediska jeví jako téma vcelku nové. V dobách, kdy domácnost byla zároveň produkčním podnikem (např. v podobě zemědělské usedlosti) byly sice domácí práce rodově diferencovány, nicméně mužské i ženské práce byly na sobě vysoce závislé. V těchto dobách nebyly ženské domácí práce podceňovány, nýbrž chápány jako nepostradatelné z hlediska komplementarity s mužskou prací. Průmyslová revoluce postupně oddělila domácnost a pracoviště a vzájemná komplementarita mezi mužskou a ženskou prací se postupně vytrácela. Zaměstnání muže se stalo nezávislé na spolupráci ze stran žen, a tak ženám zůstala role pečovatelek o domácnost. Práce v domácnosti začala být degradována na práci druhořadou, neboť výsledky této práce nepřinášely hodnotu tržní, ale pouze hodnotu užitkovou, která pozbyla v kapitalisticky nastavené společnosti své ceny. Postupná mechanizace společnosti začala prostupovat také do domácností a začala je zaplavovat elektrickými spotřebiči. S fenoménem mechanizace se

začala objevovat dnes již všudypřítomná reklama vytvářející iluzi toho, že domácí práce již nejsou prací v pravém slova smyslu, neboť spotřebiče odvádí téměř veškerou práci samy (Možný, 2002).

V 70letech minulého stolení se pak začala objevovat první generace žen majících zaměstnání, a tak i vlastní příjem (Možný, 2002). Starost o domácnost tak připadala ženám až na čas po placené pracovní době, zaměstnání. Možný (2002) ve své publikaci uvádí, že podstatný díl práce je vykonáván mimo zaměstnání, přičemž je tento díl práce vykonáván povětšinou ženami. Podle odhadů Světové organizace práce, jak dále uvádí Možný (2002, s. 150), připadají na ženy až dvě třetiny všech odpracovaných hodin lidstva, tedy těch, které žena stráví v zaměstnání (placené hodiny), společně s těmi, které stráví doma vykonáváním domácích prací (neplacené hodiny).

Na domácí práce tak může být i nadále nahlíženo tradičně, a sice jako na činnosti dělicí se na základě genderové příslušnosti. Jelikož ale ženy dnes tráví v zaměstnání přibližně stejný čas jako jejich protějšky, je představitelné, že se o domácí práce mohou chtít dělit i se svými partnery. Rozdělení domácích prací mezi dvěma partnery se tak může stát předmětem konfliktu.

4.2.1 Domácí práce jako zdroj konfliktů

Také Kratochvíl (2009, s. 149) ve své publikaci uvádí, že i ženy v nejvyspělejších zemích, včetně žen zaměstnaných, zastávají v domácnosti až 80% domácích prací. Sociologická studie publikovaná v roce 2006 Sociologickým ústavem AV ČR přináší údaje o rozdělení domácích prací následovně: ženy se povětšinou v domácnosti starají o vaření, mytí nádobí, praní, žehlení a běžné drobné i větší úklidy, muži mají v domácnosti na starosti především drobné opravy (Bierzová, 2006, s. 84). Konflikt ovšem nemusí nutně vzniknout z nerovnoměrného rozdělení domácích prací, jak poznamenává Gottman (2015). Podle něj není až tak důležité, jak velký podíl prací v domácnosti zastává muž objektivně, jako spíš fakt, zda toto rozdělení vnímá jeho partnerka jako spravedlivé (Gottman, 2015).

Jelikož jsou domácí práce doménou především žen v partnerství, může konflikt vzniknout také z rozdílné představy o čistotě, popřípadě pořádku. Důležitá je také míra vyjadřované ochoty, respektive neochoty, partnera k vykonávání domácích prací, i ta může být zdrojem nespokojenosti na straně ženy (Gottman, 2015).

Rozdělování domácích prací nemusí být důležité jen z hlediska prevence konfliktů. Výzkumy předkládají závěry, ve kterých angažovanost v domácnosti koreluje se sexuální frekvencí páru. Gottman (2015), který svůj život zasvětil studováním funkčních a nefunkčních partnerských dvojic, zjistil, že muži, kteří na sebe převezmou odpovídající díl domácích prací, jsou svou partnerkou vnímáni atraktivněji a mají také vyšší frekvenci sexu než ti, u kterých se ženy domnívají, že se na domácích pracích nepodílí tolik, jak by měli. Výsledek sice prokázal vztah mezi dvěma korelovanými proměnnými, neimplikuje však jejich vzájemnou kauzalitu (Gottman, 2015; Rutter, 2016).

Studie Julie Brinesové a jejích kolegů z roku 2012 přináší podobné výsledky. Brinesová zjistila, že čím více hodin stráví partneři výkonem domácích prací, tím je u nich také vyšší sexuální frekvence. Socioložka Brinesová se ovšem zajímala také o to, jestli sexuální frekvenci ovlivňuje typ domácí práce, kterou muž doma zastává. Vyšší sexuální frekvenci udávaly jen ty páry, kde byly domácí práce rozděleny na tradičně mužské a tradičně ženské. Muži, kteří doma vykonávali tradičně mužské domácí práce, jakými jsou například úklid dvora nebo mytí auta, vykazovali vyšší sexuální frekvenci než muži, kteří se angažovali v tradičně ženských domácích pracích jako je vaření nebo uklízení (Kornrich, Brines, & Leupp, 2012). Na základě předložených výzkumů lze konstatovat, že za důležité může být považováno nejen množství práce odvedené v domácnosti, ale také druh vykonávané práce.

4.2.2 Tělesný handicap a rozdělení domácích prací

To, v jaké míře se může zapojit tělesně handicapovaný jedinec do péče o domácnost, závisí v první řadě na charakteru jeho postižení. Rozdělení domácích prací by tak mělo být sjednáno na základě uvážení limitů, které s sebou tělesný handicap přináší, aby se pro tělesně postiženého partnera nestaly domácí práce zdrojem stresu a frustrací. Zapojení tělesně handicapovaného jedince do péče o domácnost může, ovšem nutně nemusí, přinášet užitek oběma partnerům.

V roce 2009 byl předložen výzkum, který zkoumal vliv fyzické aktivity na míru bolesti, únavy a deprese u jedinců po míšním úrazu. Ve studii byly zkoumány tyto fyzické aktivity: aktivity volnočasové, aktivity spojené se samoobsluhou (hygiena, oblékání atd.) a domácí práce. S větším množstvím intenzivní fyzické aktivity (zde definovaná jako náročná aktivita doprovázená silně zvýšeným tepem, vysokým prokrvením a napjetím svalů a vyžadující plnou koncentraci pozornosti jedince) korelovala nižší únava, nižší úroveň bolestí a vysoký stupeň

sebedůvěry, důvěry ve vlastní schopnosti. Také větší množství mírné fyzické aktivity (zde definovaná jako aktivita, která nevyvolává zrychlený tep, zvýšené svalové prokrvení vedoucí k rychlé únavě svalů nebo nevyžadující zvýšenou koncentraci) korelovala s nízkou úrovní vnímaných bolestí a depresivních symptomů. Jelikož se jednalo o korelační studie, zmiňují autoři v diskuzi, že lze těžko usuzovat na to, zda je intenzivní fyzická aktivita příčinou vyšší důvěry ve vlastní schopnosti, nebo zda je tomu naopak, a vyšší důvěra ve vlastní schopnosti vede k tomu, že se jedinec pouští i do aktivit vyžadujících zvýšenou intenzitu (Tawashy, Eng, Lin, Tang, & Hung, 2009).

Zapojení partnera s míšním poraněním do aktivit spojených s péčí o domácnost by tak mohlo, dle výše uvedeného výzkumu, působit pozitivně na jeho psychiku. Obzvláště pak v případech, kdy jedinec po míšním úrazu nemá zaměstnání, mohou se stát domácí práce jeho náhradou. Jak uvádí Vágnerová (2008), pro člověka je důležitá určitá časová struktura dne, která se u nezaměstnaných rozpadá. Pracovní návyky a stereotyp, byť spojené s péčí o chod domácnosti, tak mohou předejít negativním dopadům, které s sebou nezaměstnanost přináší, i když ne samo sebou u všech handicapovaných jedinců. I pro zdravého partnera může být vítanou pomocí, převezme-li na sebe handicapovaný jedinec alespoň část některých povinností spojovaných s chodem domácnosti.

Jak poznamenává Gottman (2015), vzájemné přizpůsobení se vzhledem k aktuálním schopnostem (i zdravotními stavu) obou partnerů, je projevem úcty a respektu. Ne vždy ovšem musí jít pouze o rozdělení domácích prací, kde každý z partnerů přebírá zodpovědnost za určitou část domácnosti. Jako podpůrný činitel, posilující a stabilizující vztahy uvnitř rodiny (páru), se ukazují společné činnosti. Šulová (1989) se ve svém výzkumu zabývala mírou kooperace při společných činnostech ve vztahu ke stabilitě manželství. Výzkum potvrdil předpoklad, že ve stabilních manželstvích dochází častěji ke kooperativním činnostem (Šulová, 1989). Společné vykonávání některých úkonů spojených s chodem a údržbou domácnosti, se tak může stát podpůrným činitelem přispívajícím k posílení stability partnerství. Pozitivně tak na oba partnery působí nejen participace při dosahování určitého společně vytyčeného cíle, ale také prostor pro komunikaci, který se při provádění společné činnosti přirozeně otevírá.

Jelikož jsou domácí práce i v dnešní době často spíše doménou partnerek, je nutné uvést, že situace okolo plnění domácích prací může být více komplikovaná u párů, kde k míšnímu

poranění došlo na straně ženy. Povinnosti spojené s chodem domácnosti, ale někdy také povinnosti spojené s péčí o děti*, tak alespoň v prvních měsících po úrazu spadají na mužská bedra.

4.3 Finance

Peníze symbolicky zastupují celou řadu emočních potřeb, jsou nositelem určitého bezpečí, moci i svobody, a jsou proto spojeny s našimi individuálními hodnotami. Zároveň jsou prostředkem, za něhož můžeme vyměnit mnohé radosti a požitky. Protože vnímání peněz a hodnot je součástí naší osobnosti, bývají finance, respektive nakládání s nimi, častým zdrojem neshod u mnoha párů (Gottman, 2015). Tomu ostatně nasvědčuje také velké množství literatury z řad odborníků, kteří se této problematice věnují. Většina autorů se však shoduje na tom, že hlavní problém pramení z rozdílných představ o rodinném rozpočtu (Gottman, 2015; Kratochvíl, 2009; Soudková, 2006).

V každém partnerství, a obzvláště pak v manželství, je nutné zavést určité hospodaření s financemi. Ve finančních otázkách je třeba, aby spolu oba partneři fungovali jako tým a při stanovování finančního plánu byli obeznámeni se svými představami, potřebami a záměry (Gottman, 2015). Funkční manželství se bez určité shody ve finančním hospodaření neobejde (Hubinková, 2008). V průběhu času je ovšem nutné rozpočet přehodnocovat, přizpůsobovat jej aktuálním potřebám obou jedinců v páru (Kratochvíl, 2009). Avšak i mezi páry, které jsou stabilní v otázkách finančního hospodaření, mohou vzniknout problémy (Gottman, 2015). Finance jsou přeci jen oblastí, která je ovlivňována také vnějšími faktory a situacemi, které nemusí být vždy předvídatelné. Mezi takové lze zařadit i míšňí úraz, jehož následkem je upoutání jednoho z partnerů na vozík.

4.3.1 Tělesný handicap a jeho finanční dopady

Jedinec s míšňím poraněním přechází ze spinální jednotky do rehabilitačního centra. Doba strávená mimo domov může být různě dlouhá, Šamánková (2011, s. 121) uvádí 2 až 5 měsíců v rehabilitačním ústavu. Během této doby je třeba přizpůsobit domácí prostředí pro život partnera na vozíku (Šamánková, 2011). Stavební úpravy se často týkají především bezbariérového vstupu do bytu/domu. Je však potřeba, aby se jedinec mohl pohybovat s vozíkem také v interiéru (Faltýnková et al., 2004). Stavební úpravy se tak mohou týkat širě

* Problematika dětí je zmiňována v kapitole 4.6. Rodina.

dveří, odstranění příliš vysokých prahů, které by bylo s vozíkem náročně překlenout. Ložnice musí být uzpůsobena pro volný pohyb jedince na vozíku, důležitá je také výška postele, pořízení speciální matrace k prevenci proleženin. Samozřejmostí je také úprava koupelny, především úprava WC. Toaleta by měla být opatřena madly, jejichž výška i tvar jsou uzpůsobeny postiženému jedinci. Podobně jako u ostatních místností, i zde je důležitá šířka dveří a prostor pro otočení vozíku. V neposlední řadě je důležité myslet na podlahové krytiny, vhodné nejsou například koberce s vysokým vlasem. Dobré je také promyslet umístění nábytku. Někdy je vhodné přeskládat některé věci v policích a skříních tak, aby měl jedinec s poraněním míchy vše potřebné volně přístupné (Faltýnková et al., 2004).

Výše uvedený výčet nutných úprav v bytě, případně v domě, jsem uvedla pro ilustraci toho, co vše musí zdravý partner vyřešit před návratem postiženého jedince do domácího prostředí. Vzniklou situaci nemusí řešit zdravý partner sám. Určitou pomoc lze nalézt u sociálního pracovníka, alespoň v informační podobě. V mnoha případech může nalézt pomoc také u dalších rodinných příslušníků. Jejich zapojení se do některých úprav a příprav domova na návrat jedince s míšním postižením může být vítanou pomocí. I pro zdravého partnera je důležité mít ve svém blízkém okolí sociální oporu.

Finanční situace páru je již od počátku ovlivňována mnoha faktory. Mezi ty prvotní lze zařadit především finanční situaci obou jedinců před úrazem (Faltýnková et al., 2004). Dostupnost finančních prostředků, finanční rezerva, případně pak úrazové pojištění postiženého jedince nebo některá z forem spořicího účtu, hrají jistě důležitou roli ve zvládnání finanční situace páru po úrazu. Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje jedincům s tělesným postižením několik typů příspěvků, jejichž účelem je snaha částečně vykompenzovat ztrátu příjmů, zároveň ale také podpořit postiženého jedince v určité samostatnosti. Jedná se především o příspěvky na mobilitu, příspěvky na zvláštní pomůcku a příspěvek na péči (MPSV, 2017)*.

4.3.2 Negativní dopady nezaměstnanosti na partnerské soužití

Mít možnost pracovního uplatnění naplňuje život jedince a přispívá k růstu sebevědomí (Šrámková, 1998). Někdy je možné, aby se jedinec po míšním úrazu vrátil ke své původní profesi, jindy je nutná rekvalifikace (Šamánková, 2011). Sehnat pracovní uplatnění může být někdy náročné, obecně je horší situace v malých městech a na venkově (Šrámková, 1998).

* Příspěvků existuje celá řada, jejich kompletní výčet však není předmětem této práce.

Důležitým aspektem nejen finanční situace páru je proto také demografie, tedy kde se nachází domov a jak vypadá trh práce v místě bydliště páru. Dojíždění za prací do vzdálenějších oblastí, ale také dostupnost zdravotní péče a pečovatelských organizací, může znamenat další zásah do finanční situace páru.

Nezaměstnanost vyvolává u člověka řadu negativních emocí, představuje zvýšené psychické napětí spojované s úzkostí a strachem (Vágnerová, 2008). Ve Švýcarské studii vědci zjistili, že nedostatečné finanční prostředky u jedinců s míšním poraněním vedou ke snížení fyzického zdraví i kvality života obecně (Fekete, Siegrist, Reinhardt, & Brinkhof, 2014). Zaměstnání zajišťuje jedinci finanční obnos, který představuje určitou formu samostatnosti a nezávislosti. Zaměstnání představuje také důležitý zdroj sociálních kontaktů. Situace je ovšem náročná i pro partnera nezaměstnaného. I on může vnímat situaci jako stresující, neboť jsou na něj kladeny větší požadavky, může se objevovat strach z budoucnosti, pocity úzkosti. Z pohledu partnera bývá důležité, nakolik se nezaměstnaný jedinec angažuje při vyhledávání nové práce a v jaké míře je ochoten přebírat některé povinnosti spojované například s chodem domácnosti (Vágnerová, 2008). Že je nezaměstnanost jednoho z partnerů zdrojem stresu také pro druhého partnera, podpořily výsledky výzkumu Vinokura (1996) a jeho kolegů z roku 1996 zjišťujících dopady nezaměstnanosti na oba partnery. Závěry přinesly zjištění, že nezaměstnanost má negativní dopady na oba partnery v podobě depresivní symptomatologie. U zkoumaných párů se projevilo snížené poskytování podpory, objevoval se naopak nárůst podrývavého chování (*social undermining*). Zvýšený výskyt podrývavého chování mezi partnery mělo opět nežádoucí účinky na depresivní symptomy a mělo také značný vliv na spokojenost se vztahem (Vinokur, Price, & Caplan, 1996). I přesto, že nelze závěry z výše uvedených výzkumů bezvýhradně aplikovat na naši kulturní situaci a už vůbec nelze do těchto výsledků zahrnovat také zdravé partnery tělesně postižených jedinců, je ovšem jednoduše představitelné, že finanční obtíže vzniklé míšním poraněním se dotýkají celého páru. Je tedy také představitelné, že negativní dopady zasahují i zdravého partnera, a že by mohly mít negativní vliv i na jeho kvalitu života.

V souvislosti s financemi také vyvstává otázka, jakou roli hraje samotná výše financí, kterou pár disponuje. Ivo Plaňava (2000) provedl se svým týmem mezi léty 1992-98 řadu výzkumů i šetření, jejichž cílem bylo prozkoumat struktury funkčních a dysfunkčních rodin a manželství. Ve své publikaci, ve které shrnují nejen dosavadní teoretické poznatky

a empirická zjištění, podávají rozpracovaný přehled vlastních výsledků z výzkumů. Jednou z oblastí, která byla předmětem jejich zájmu, byla také oblast financí. I přesto, že výsledky výzkumů nepřinesly statisticky významné informace o tom, zda výše příjmu koreluje s funkčností partnerského vztahu, objevily se zde jisté naznačující tendence, že nižší finanční rozpočet rodiny může manžele spíše stmelovat než jejich vztah rozvracet (Plaňava, 2000). Tato úvaha je jistě zajímavá, vyvstává zde ovšem otázka, jestli existuje jakási pomyslná hranice, kterou může být například finanční částka pokrývající alespoň životní minimum páru.

Zajímavou studii na podobné téma předkládají výzkumníci z Íránu, kteří zkoumali souvislost mezi prožívanou bolestí jedinců po míšním poranění a jejich socioekonomickou situací a sociální oporou. Ačkoliv se neprokázal vliv sociální opory na vnímanou bolest, udávali respondenti s dobrou ekonomickou situací signifikantně vyšší frekvence bolestí (Khazaiepour et al., 2017). Tato zjištění, přestože je nelze považovat v našem kulturním kontextu za bezvýhradně platná, ovšem přináší několik zajímavých a podnětných otázek. Jednou z nich je otázka, zda právě řešení špatné socioekonomické situace jedince nemůže působit jako natolik silný stresor, že je schopen přebít i fyzickou bolest vyplývající z charakteru poranění. Jinou otázkou může být domněnka, že jestliže pár neřeší aktuálně existenční problémy plynoucí z nedostatku financí, objeví se jiná oblast problémů, která by jinak byla potlačena/zakryta nutností řešit základní potřeby („když mám hlad, nemusí být bolesti a brnění v nohách tak akutní problém“). Zdá se tedy, že otázka financí, respektive výše finančního rozpočtu páru s jedincem po míšním úrazu, je otevřeným prostorem čekajícím na nové výzkumy a zjištění.

4.4 Volný čas

Podle odhadů stráví dnešní páry prací až o tisíc hodin ročně víc než jak tomu bylo před 30 lety (Gottman, 2015, s. 230). Čas, který připadá na mimo pracovní aktivity, se tedy neustále zkracuje. Jako stále více problematické se ovšem jeví také fakt, že doba, která by měla sloužit k aktivnímu odpočinku i duševní hygieně, bývá často poznamenána každodenním stresem, který si jedinec přináší s sebou ze zaměstnání (Gottman, 2015). Problematika plánování volnočasových aktivit se tak jeví jako stále více aktuální téma, které je třeba řešit ze dvou hledisek, a sice: 1) z hlediska celého páru (jakožto aktivity, které přispívají k tvorbě společných zážitků, jež partnery spojují), 2) z hlediska jedince jako individuality (jakožto duševní hygiena přispívající k psychické i fyzické pohodě jedince).

Kratochvíl (2009, s. 149-150) člení volný čas partnerů následovně:

1. Čas pro vlastní aktivity, vlastní koníčky. Čas, který jedinec tráví mimo dosah svého partnera.
2. Čas, kdy se oba partneři věnují vlastní aktivitě, ale fyzicky (prostorově) si jsou nablízku.
3. Čas, který partneři věnují společné aktivitě (může se jednat jen o obyčejný rozhovor o denních radostech či starostech, dále výlety, kulturní nebo sportovní aktivity atd.).
4. Čas, který partneři tráví spolu a zároveň ve společnosti dalších lidí (může se jednat o společné přátele, původní rodinu, příbuzné nebo o společenské akce).
5. Čas, který partneři věnují řešení problémů (Kratochvíl, 2009).

4.4.1 Volný čas jako aktivita sdílená oběma partnery

Společně strávený čas navozuje mezi lidmi blízkost. Jelikož ale často mívají manželé také své vlastní zájmy, nesdílené druhým partnerem, je třeba hledat uspokojivá řešení ve vyvážení času věnovaného právě svým koníčkům. Vzájemná blízkost dvou partnerů může být narušená, když se společně strávený čas začne omezovat pouze na každodenní povinnosti a vymizí aktivity, které produkují společné zážitky (Soudková, 2006). Je ovšem sdílení společných zájmů tolik důležitým předpokladem pro spokojená manželství?

Na manželskou spokojenost nahlíží Orthner (1975) jako na systém ovlivňovaný množstvím interakcí a komunikace mezi dvěma jedinci. Ve svém výzkumu z roku 1975 se zaměřil na vztah mezi manželskou spokojeností a volnočasovými aktivitami, které jsou charakteristické právě množstvím interakce a komunikace páru. Volnočasové aktivity rozdělil do tří skupin, a to na aktivity individuální (aktivity, kde není interakce ani komunikace mezi manželskou dvojicí), aktivity paralelní (s minimální interakcí a komunikací mezi dvěma jedinci) a aktivity společně sdílené (tedy aktivity vyžadující vysokou míru interakce a otevřené komunikace mezi manželi). Největší pozitivní vliv na manželskou spokojenost byl zjištěn u aktivit společně sdílených, a to u obou manželů. Nízká manželská spokojenost byla zaznamenána v souvislosti s individuálními aktivitami, více se však projevovala ze stran manželek (Orthner, 1975). Tyto poznatky potvrzují také novější studie, které naznačují důležitost společně sdílených aktivit a jejich pozitivní vliv na funkčnost manželského páru (např. Claxton, & Perry-Jenkins, 2008).

V roce 1988 se rozhodli Holman a Jacquart předešlý výzkum Orthnera metodologicky více rozpracovat. Z jejich závěrů ovšem vyplývá, že množství času stráveného společně sdílenými

aktivitami měl jen nepatrný vliv na manželskou spokojenost (Holman, & Jasquart, 1988). Ve výzkumech Plaňavy (2000) se tento aspekt, tedy množství času, také neprojevil jako relevantní ve vztahu k funkčnosti, popřípadě dysfunkčnosti, partnerského vztahu. Míra manželské spokojenosti ovšem pozitivně korelovala s množstvím vnímané komunikace mezi manžely (Holman, & Jasquart, 1988). Amatová (2016) a její kolegové ve svém výzkumu zjistili, že manželská spokojenost je ovlivňována takovými proměnnými, jako jsou upřímný zájem, péče a pocity blízkosti projevované mezi partnery během společné aktivity (Amato, Lundberg, Ward, Schaalje, & Zabriskie, 2016).

Zdá se tedy, že manželská spokojenost je spíše ovlivňována kvalitou a četností vzájemné interakce mezi manželi, než sdílením společných zájmů nebo množstvím času těmto zájmům věnovaným. Přesun důrazu, dříve kladeného na volnočasové aktivity obou manželů, směrem ke kvalitě a množství interakcí lze vysledovat v některých novějších publikacích zaměřených právě na funkčnost manželství. Gottman (2015) například ve své publikaci upozorňuje na relativně novodobý fenomén, který se může negativně projevit v množství sdílené komunikace mezi dvěma partnery, na fenomén internetu. Internet, jakožto všudypřítomné médium, představuje trvalý zdroj informací a zábavy, vytvářející zcela nový prostor i formu mezilidské komunikace (Gottman, 2015). Může se tak pro mnohé stát specifickým druhem zájmu, který ovšem jedince vytrhává z reality. Toto odtržení se může snižovat množstvím vzájemných interakcí mezi partnery a ve svém důsledku by tak mohlo mít vliv na manželskou (partnerskou) spokojenost.

4.4.2 Volný čas jako psychohygienu

Stres, plynoucí především z pracovních povinností, je rizikovým faktorem, který může mít negativní dopad i na spokojenost v partnerství (Gottman, 2015). Prevenci různých druhů duševních i somatických onemocnění představuje dodržování zásad duševní hygieny. Jedna z těchto zásad apeluje na vyvážené rozdělení času věnovaného pracovním povinnostem, času tráveného s rodinou a přáteli a konečně také času, který jedinec věnuje svému rozvoji (zájmům, vzdělávání, relaxaci apod.) (Vávrová, & Pastucha, 2013). Problémy také mohou vznikat z neschopnosti plynule přecházet mezi jednotlivými aktivitami. Jak poznamenává Gottman (2015), mnoho partnerských (a manželských) dvojic se potýká v dnešní době s pracovním stresem, který si lidé nosí domů. Tento stres je zdrojem tenze, špatné nálady a podrážděnosti, která může lehce přerůst v konflikt. A proto Gottman (2015) navrhuje zavedení jakéhosi času na uvolnění stráveného aktivitou, během níž jedinec nekomunikuje

s druhým partnerem nebo se mu fyzicky vyhýbá. Tento časový úsek slouží ke zklidnění mysli a naladění se na společnou komunikaci, případně pak na společné aktivity.

Prostor, ve kterém jedinec tráví čas jen sám se sebou bez přítomnosti svého partnera, není důležitý jen z hlediska duševní hygieny, může totiž na některé jedince působit až afrodiziakálně. Esther Perelová, belgická rodinná a manželská terapeutka, se léta zabývá také lidskou sexualitou v dlouhodobých vztazích. Ve své praxi došla k mnoha zajímavým zjištěním, přičemž jedno z nich se týká právě partnerského odloučení. Podle Perelové (2013) existuje určitá skupina lidí, která se cítí být přitahována svým partnerem právě ve chvíli, kdy mezi nimi neexistuje fyzická blízkost. Odloučení totiž umožňuje jedinci představovat si sebe sama v kontaktu s druhou osobou a tyto představy mohou v jedinci vzbuzovat touhu, která je hlavní komponentou vášně (Perel, 2013).

4.4.3 Přizpůsobení volného času tělesnému handicapu

Jedinec po poškození míchy může být i nadále aktivní a s určitou podporou rodiny, přátel či komunity se může věnovat řadě činností, které jej uspokojují (Faltýnková et al., 2004). V dnešní době existuje široká nabídka pomůcek, které úplně nebo alespoň částečně nahrazují lokomoční a manipulační funkce jedince s tělesným postižením. Není proto s podivem, že je dostupná také poměrně široká škála kompenzačních pomůcek, které slouží ke sportovnímu vyžití handicapovaných jedinců (Kudláček, 2014). Také řada organizací a spolků, které se věnují problematice tělesného postižení (nejen vzniklého míšním poraněním), nabízí svým uživatelům poměrně pestrý program sportovních, kulturních, vzdělávacích a jinak zaměřených akcí. Akce pořádané těmito organizacemi mohou zároveň sloužit jako místa setkání s lidmi v podobné životní situaci a mohou se tak stát zdrojem nových kontaktů, pochopení či vzájemné podpory.

Při volbě společných aktivit může záležet na tom, jakým činnostem se jedinec, popřípadě celý pár, věnoval v době před úrazem. Vliv na výběr volnočasových aktivit může mít také chuť a míra motivace obou partnerů zkoušet aktivity nové. Aktivit, kterým se mohou společně partneři věnovat v rámci svého volného času, existuje celá řada a existence postižení jednoho z partnerů nemusí být nutně překážkou v jejich realizaci. Míra pomoci či asistence při volnočasových aktivitách ze strany zdravého partnera se může odvíjet od výše léze postiženého jedince (tedy míry ochrnutí jednotlivých končetin) ale také od typu volnočasové aktivity.

4.5 Sexualita

Sexuální život je souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, které obohacují osobnost, zlepšují vztahy k lidem a rozvíjejí schopnost lásky (Venglářová, 2007). Ačkoliv se některé informační zdroje v našem okolí snaží přesvědčit veřejnost o tom, že kvalita sexuálního života se zakládá hlavně na bezproblémové funkčnosti pohlavních orgánů (tedy na pevné erekci u muže a dobrém zvlhčení vagíny u ženy), pravdou je, že kvalita sexuálního života je multifaktoriálně podmíněna, přičemž větší roli hrají především psychické faktory (Buehler, 2017). Kvalita sexuálního života jedince je ovlivňována jeho sexuálním zdravím, které je dle Světové zdravotnické organizace definováno jako stav fyzické, emocionální, mentální a sociální pohody ve vztahu k sexualitě. Sexuální zdraví nepředstavuje pouze absenci nemoci, dysfunkce nebo nemožnost, týká se také pozitivního a respektujícího přístupu k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnosti prožít příjemnou a bezpečnou sexuální zkušenost, bez nátlaku, diskriminace nebo násilí (WHO, 2017). Z definice Světové zdravotnické organizace vyplývá, že vlivem míšního úrazu dochází k narušení sexuálního zdraví, které by mělo přitáhnout pozornost příslušných odborníků. Dostatečná informovanost pacienta neurologem, či sexuologem, v postakutní poúrazové fázi by měla být samozřejmostí, přičemž jako protektivní faktor zvládnutí pozdějších sexuálních problémů se ukazuje přítomnost zdravého partnera během tohoto rozhovoru. Vzniklý problém, ať už v jakékoliv oblasti, nejen v té sexuální, je snesitelnější, pakliže je sdílen oběma partnery (Šrámková, 1998). V praxi se však ukazuje, že problematika sexuálního života jedinců po míšním úrazu není atraktivním tématem. To lze vypožorovat z množství dostupných relevantních informací ze stran odborníků na toto téma, kterých je velmi poskrovnu, ale také z velké četnosti internetových fór a diskuzí, kde si jedinci po míšním úrazu snaží předat své vlastní zkušenosti a rady.

4.5.1 Tělesně handicapovaný muž- zdravá žena

Míšním úrazem muže dochází k narušení stereotypu celého páru. V prvních několika měsících po úrazu musí žena zvládat péči o domácnost sama. I ona si prochází náročnou fází adaptace na postižení svého partnera, sama může být zpočátku zmatená, mohou se objevit obavy z budoucnosti (Šrámková, 1998). Psychické napětí, a s ním spojovaný stres, může způsobovat snížený zájem o sexuální aktivity a mohl by vést ke snížené apetenci v prvních měsících po úrazu.

V životě člověka hraje fyzická přitažlivost nespornou roli (Hayesová, 2013). Máme tendenci se seznamovat blíže s jedinci, které vnímáme jako přitažlivé (Strnadová, 2006). Tato vnímaná přitažlivost se však promítá také do našeho chování, s přitažlivými jedinci jednáme vlídněji než s těmi, které za přitažlivé nepovažujeme (Hayesová, 2013). Fyzická přitažlivost však při formování hlubšího vztahu ustupuje do pozadí, důležitějšími faktory jsou poté samotné chování jedince a řada dalších psychických faktorů (Strnadová, 2006). Přijetí změny tělesného schématu a akceptace vozíčku je důležitou součástí adaptačního procesu. V našem kulturním prostředí však není kladen takový důraz na fyzický vzhled muže. Ilustrativní příklad předkládá Šrámková (1998), když se ve své praxi setkává s homosexuálním mužem na vozíčku prožívajícím obavy ze změny fyzické přitažlivosti výrazněji, než jak tomu je u mužů z populace heterosexuální. Sama Šrámková připisuje rozdílnost vnímání fyzické přitažlivosti tomu, že homosexuální komunita klade na vzhled jedince mnohem větší důraz. Změna tělesného schématu muže se však dotýká také jeho partnerky. Po úrazu může docházet ke změně vnímané fyzické přitažlivosti. Rezignace muže na svůj vzhled může mít nepříjemný dopad na sexuální život páru. Snaha o zachování přitažlivého vzhledu by neměla být zlehčována nebo opomíjena. Jak popisuje Šrámková (1998) fyzická přitažlivost může být zachována, udržuje-li se muž ve fyzické kondici aktivním posilováním svalových skupin, které nejsou vlivem úrazu ochrnuty a také volbou vhodné stravy, která předchází zvýšenému narůstání váhy. Erotická přitažlivost vnímaná ženou se však neodvíjí pouze od vzhledu jejího partnera, spočívá také ve schopnosti muže imponovat své partnerce vlastnostmi, jednáním a schopnostmi, zasahuje tedy do hlubších vrstev osobnosti jedince (Šrámková, 1998).

Pohlavní styk mezi oběma partnery je doprovázen některými specifiky, která určuje rámec postižení. Vlivem poranění míchy může u muže dojít ke změně cití a postižený jedinec tak může ztratit cit i ve svém penisu. Změna cití v pánevní oblasti představuje nejen změnu erotogenních zón, ale také problémy s dosahováním a udržením dlouhodobé erekce*. Změna se zároveň týká také zaběhnutých poloh realizovaných v rámci sexuálního styku partnerů před úrazem. Zdravá partnerka po úrazu muže zaujímá ve většině případů aktivní pozici a styk se tak stává především pro ni fyzicky náročnou záležitostí. Do přípravy před pohlavním stykem, vyplývající z charakteru postižení, by se však partnerka neměla aktivně zapojovat. Důležitou součástí přípravy je především hygiena. Paraplegik je v této oblasti soběstačnější a většinou zvládne hygienickou přípravu před stykem sám, u tetraplegiků je situace náročnější, při hygieně potřebují asistenci. K sexuálnímu vzrušení nepřispívá, pakliže se partnerka uplatňuje

* Lepší prognózu cití v oblasti pánevní mají jedinci s poraněním krční a horní hrudní části míchy (Šrámková, 1998).

též ve funkci ošetřovatelky. Jak uvádí Šrámková (1998), asistence při některých úkonech vede ke sníženému sexuálního prožívání obou jedinců. Součástí přípravy je také omezení příjmu tekutin před stykem a vyprázdnění močového měchýře. S ohledem k charakteru postižení se mohou u některých mužů objevovat v průběhu styku úniky moči (Šrámková, 1998). To může být oběma partnery vnímáno jako jedno z negativ, které doprovází jejich sexuální život.

Sexualita je dodnes chápána a omezována velkým množstvím lidí jen na akt pohlavního styku, na jehož konci dochází k ejakulaci, tedy mužskému orgasmu. Toto chápání je pozůstatkem křesťanských tradic, kam sahají některé silné kořeny naší kultury (Dallaire, 2009). Pohlavní styk, během kterého postižený partner nic necítí a zároveň je jeho aktivita během styku značně omezená charakterem postižení, může vyvolávat u zdravého partnera smíšené pocity. Šrámková (1998) ve své příručce popisuje pár, pro nějž byla ejakulace neodmyslitelnou součástí pohlavního styku, a se ztrátou tohoto rituálu se oba velmi těžce vyrovnávali. K lidské sexualitě patří i jiné nekoitální aktivity, které mohou, stejně jako pohlavní styk, prohlubovat vzájemné souznění partnerů a přispívat tak ke zdravé sexualitě páru. Jak referuje Šrámková (1998), mnoho paraplegiků preferuje před pohlavním stykem jinou formu uspokojení své partnerky, nejčastěji pak orální sex. Zdá se také, že jsou muži po poranění míchy více citliví vůči sexuální dohře, tedy času po skončení pohlavního styku (Šrámková, 1998). V této oblasti bývají u obecné populace často nespokojeny ženy, neboť muž záhy po ukončení styku ztrácí zájem o další kontakt (Kratochvíl, 2009). Je tedy možné, že určitá ztráta citlivosti v pánevní oblasti, která znemožňuje muži procítit pohlavní styk naplno, může posilovat touhu po dotecích a blízkosti. Jelikož však toto tvrzení není doposud výzkumně nikterak potvrzeno ani vyvráceno, zůstává pouze domněnkou.

4.5.2 Tělesně handicapovaná žena- zdravý muž

Úrazy, které vedou k poškození míchy, se u žen vyskytují méně často než u mužů (Wiwanitkit, 2009), Šrámková (1998, s. 73) ve své publikace dokonce udává poměr asi 7:1 ve prospěch mužů, přičemž věkové rozložení tvoří dvě skupiny, jedna skupina se pohybuje věkově okolo 20 let, druhou skupinu tvoří zralé ženy okolo 40 let věku.

Míšní postižení ženy je pro partnerství tragické, obzvláště pak v rodinách s dětmi, neboť role matky je velmi obtížně zastupitelná. Sexuologickou péči vyhledávají pacientky méně často než muži, pravděpodobně proto, že každá žena je v péči gynekologa a své otázky směřující k sexualitě obrací spíše na něj. Stejně tak jako u mužů po úrazu míchy, je snaha

sexuologa navázat kontakt nejen s postiženou ženou, ale k rozhovoru přizvat taktéž jejího zdravého partnera (Šrámková, 1998).

Pouřazová stav u žen může být komplikován přidruženými prožitky ztráty či zániku vlastní tělesné atraktivity. Negativní změny ve vnímání vlastní atraktivity potvrdili výsledky výzkumu Kreuterové (2011) a jejích kolegů na rozsáhlém vzorku žen po úrazu míchy. Ženy vypovídaly, že se po úrazu cítí neatraktivní nebo méně atraktivní než před úrazem (Kreuter, Taft, Siösteen, & Biering-Sørensen, 2011). Partner se tak nejen vypořádává s míšním úrazem své ženy a všemi komplikacemi, které se okolo této situace objeví, zároveň zastává také podpůrnou roli. Pocity úzkosti a deprese u ženy totiž mohou vést k sexuálním dysfunkcím, jež se následně promítnout také do sexuálního života páru, jak mimo jiné ukázal výzkum Harrisona a spol. na vzorku 85 žen po poranění míchy (Harrison, Glass, Owsens, & Soni, 1995). Také z těchto důvodů je důležité, aby žena o sebe pečovala, byla-li na to zvyklá před úrazem. Má-li žena možnost se i nadále vkusně oblékat, mít upravené vlasy a nalíčený obličej, může se cítit atraktivně, což pozitivně působí taktéž na jejího partnera (Šrámková, 1998).

Každá žena s ochrnutím je schopna sexuálního styku. Problematika ztráty citů v pánevní oblasti se týká i žen po úrazu míchy. Fyziologickou komplikací může být nedostatečná lubrikace, lze ji velmi jednoduše vyřešit lubrikačním gelem. Tak jako u mužů po úrazu, i u žen dochází ke změně repertoáru sexuálního chování (některé polohy již nemusí být možné realizovat), při styku bývá aktivní muž. Partner však může být uspokojován svou partnerkou i jinými formami sexuálních aktivit, například orálně (Šrámková, 1998).

Bezprostředně po úrazu prochází jedinec určitými fázemi adaptačního procesu, tak jak bylo popsáno v dřívějších kapitolách. Richardsová (1997) a kolektiv ve své práci s názvem „*Woman with complete spinal cord injury*“ rozpracovali čtyři fáze vyrovnávání se se změněnou sexualitou u žen po poranění míchy:

1. Fáze kognitivně-genitální disociace: tato fáze je typická vědomým rozhodnutím distancovat se od vlastní sexuality, žena se nejvíce soustředí na zvládnutí každodenních činností souvisejících s fyziologickými změnami (otázky mobility, vyprazdňování atd.). V této fázi je tělo zakoušeno jako něco, co k jedinci nepatří, a to především z důvodu ztráty citlivosti v některých oblastech.

2. Fáze ztráty práv na sexualitu: některé participantky studie se vyhýbaly sexuálnímu aktu z přesvědčení, že již nejsou schopny uspokojit své partnery. Převládal pocit ztráty nároku mít sexuální vztahy, což bylo označeno výzkumníky jako „*Sexual disenfranchisement*“. V této fázi si ženy nebyly jisté, co mohou od svého těla očekávat během prvního styku po úrazu. První styky v této fázi jsou motivovány zvědavostí nebo snahou uspokojit svého zdravého partnera.

3. Fáze sexuálního zkoumání: v této fázi jde o znovuoobjevování vlastní sexuality, nalezení nových forem a cest k vlastnímu uspokojení i uspokojení partnera. V této fázi je důležitá komunikace mezi oběma partnery, vynalézavost a kreativita.

4. Fáze reintegrace sexuality: je fáze doprovázená znovunabytím sebevědomí, přijetím změněné sexuality a navrácením se k aktivnímu sexuálnímu životu. Reintegrace sexuality v této studii vyžadovala mnohem delší rehabilitační proces než jiné oblasti, do nichž se postižení promítá (například pracovní oblast, rodičovská role atd.). V mnoha případech se jednalo o proces dlouhodobý, v době trvání 8-15 let (Richards, Tepper, Whipple, & Komisaruk, 1997).

Westgrenová a Levi (1999) provedli kvalitativní studii na osmi ženách po úrazu míchy. Předmětem jejich výzkumu byly sexuální zkušenosti těchto žen zahrnující psychické, fyzické a sociální bariéry, které je třeba překonat, aby došlo k reintegraci sexuálního života páru po míšním úrazu. Jako významný faktor se zde projevilo sexuální chování páru před úrazem. V závěru své studie doporučují, aby byl v rehabilitačních programech kladen důraz na proces truchlení a vyrovnávání se s traumatem spíše než na výuku dovedností samotného sexuálního aktu po úrazu (Westgren, & Levi, 1999).

Výše uvedené fáze, které popsala Richardsová a kolektiv, jsem uvedla pro ilustraci toho, jak náročný a dlouhotrvající může být proces přijetí změny vlastního tělesného schématu a jaké dopady obecně mohou tyto změny mít na sexualitu páru. I přesto, že výše popsané fáze se týkají především postiženého jedince (v tomto případě konkrétně ženy), nemůžeme odhlédnout od prostého faktu, že zdravý partner se více nebo méně podílí na tomto procesu a je jím po celou dobu ovlivňován. V prvních fázích je jistě namístě, aby hrál zdravý partner spíše roli podpůrnou, postižený jedinec potřebuje čas k tomu, aby porozuměl celkovému rozsahu změny tělesného schématu i svého prožívání. V dalších fázích je důležité, aby spolu oba dokázali otevřeně hovořit o sexualitě i o svých potřebách. Tolerance a respekt by měli být oboustranné. Za důležitý faktor společného překonání překážek, které míšní úraz páru klade

(a to nejen v oblasti sexuality), lze považovat kvalitu vztahu před úrazem. Jak k tomuto poznamenává Šrámková (1998), jestliže existovaly určité problémy v sexuální oblasti páru již před úrazem, je možno očekávat u obou jedinců ztížený adaptační proces i reintegraci sexuality do partnerského života po úrazu.

4.5.3 Sexuální spokojenost v partnerství s tělesným handicapem

Výzkum Kreuterové (1994) a jejích kolegů byl zaměřený na zdravé partnery jedinců po úrazu míchy. Výzkumu se zúčastnilo 39 zdravých partnerek a 10 partnerů. Výsledky výzkumu naznačily, že téměř polovina respondentů považovala současný sexuální život za stejně uspokojivý nebo dokonce více uspokojivý než v době před úrazem. Pozitivními prediktory aktivního a naplňujícího sexuálního života byly, mimo jiné, obavy o sexuální potěšení zdravého partnera. Výzkum dal možnost nahlédnout na perspektivu zdravého partnera, ve které se ukazuje, že mnohem důležitější než fyziologické aspekty sexuality s jedincem po míšním úrazu jsou aspekty psychosociální. Pro zdravé partnery se ukazují jako významné také pocity emocionální blízkosti, společné zájmy a vzájemná ochota se zapojovat do různých sexuálních aktivit (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1994).

Kreuterová (1996) společně se svými kolegy dále uskutečnila výzkum, ve kterém sledovala sexuální spokojenost a aktivitu jedinců po míšním úrazu. Tyto výsledky porovnávala s kontrolní skupinou jedinců získaných z obecné populace. Výsledky obecně naznačují nižší sexuální aktivitu i spokojenost u jedinců s míšním poraněním oproti většinové populaci, emocionální kvalita vztahu signifikantně nediferovala mezi oběma skupinami. V tomto výzkumu, který nahlíží na sexuální problematiku ze strany postižených jedinců, se však prokázalo (a to u obou skupin), že spokojenost se sexuálním vztahem jedince se odvíjí od vnímané sexuální spokojenosti u druhého partnera (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1996). Totéž prokázal výzkum Phelpse (2001) a jeho kolegů na 50 mužích po míšním úrazu, kteří byli v trvalém vztahu (manželském i partnerském). Vnímaná sexuální spokojenost zdravého partnera, kvalita vztahu a jeho sexuální touha se ukázaly jako významné prediktory sexuální spokojenosti a chování ze strany postiženého partnera. Erektální funkce, míra zachovaného citlivosti v genitální oblasti nebo schopnost dosáhnout orgasmu se sice ve vzorku 50 mužů značně lišily, nicméně se neprokázal vztah mezi těmito faktory a sexuální spokojeností postiženého jedince. Nízkou sexuální spokojenost naopak udávali ti muži, kteří měli potíže s uspokojováním své partnerky (Phelps, Albo, Dunn, & Joseph, 2001).

Z uvedených informací můžeme usuzovat, že pro sexuální spokojenost obou partnerů nemusí fyziologické změny vyplývající z charakteru postižení hrát příliš důležitou roli. Sexuální spokojenost páru se odvíjí od sexuální spokojenosti zdravého partnera, jehož schopnost dosáhnout sexuálního uspokojení se nezměnila. Důsledkem některých fyzických omezení (včetně ztráty cití v genitální oblasti) je třeba pozměnit repertoár sexuálních aktivit, tyto změny však nemusí nutně ovlivňovat kvalitativní stránku sexuality. Důraz na uspokojení zdravého partnera, i přes kvalitativní změny v prožívání vlastní sexuality, můžeme nahlížet také jako na nesobecké vyjádření lásky k druhé osobě a respektu k jejím potřebám. Je však důležité poznamenat, že tyto výzkumy nebyly zatím provedeny na české populaci a je proto možné také uvažovat o tom, že vnímaná sexuální spokojenost páru může být závislá taktéž na kulturním pozadí, ve kterém se odehrává.

Zajímavý je vztah mezi sexuální spokojeností a celkovou partnerskou (manželskou) spokojeností. Sprecherová (2002) provedla longitudinální výzkum zaměřující se na to, jak sexuální spokojenost ovlivňuje kvalitu vztahu a stabilitu mezi dvěma (zdravými) jedinci. Výsledky výzkumu mimo jiné poukázaly na fakt, že pro muže je sexuální spokojenost silněji provázána s percipovanou kvalitou vztahu než jak tomu je u žen (Sprecher, 2002). Přestože nelze ani tyto výsledky považovat za automaticky platné v našem kulturním prostředí, či snad zahrnovat do výsledků páry s jedinci po míšním úrazu, otázky, které si na začátku stanovili výzkumníci, jsou jistě i pro partnerství s handicapem zajímavé. Jejich systematický výzkum by mohl přispět nejen k lepšímu porozumění partnerům, u nichž se vlivem míšního poranění objevily sexuální dysfunkce, ale mohl by nasměrovat odborníky k vytvoření intervenčních strategií, předcházejícím vzniku sexuálních problémů.

4.6 Rodina

4.6.1 Širší rodina a příbuzní

Význam podpory postiženého jedince míšním poraněním ze stran partnera, rodiny, příbuzných a přátel je nezpochybnitelný. Jejich podpora pomáhá jedinci při emočním vyrovnávání se s traumatem, dodává mu sílu a pomáhá mu získat pocit, že může vést i nadále hodnotný život. Tento proces však většinou vyžaduje delší čas (Faltýnkové et al., 2004).

Reakce druhých lidí na postižení jsou různé (Faltýnkové et al., 2004). První okamžiky po úrazu bývají velmi zátěžové pro zdravého partnera i širší rodinu. Zranění představuje většinou

obrovský šok a bezprostřední okamžiky po úrazu mohou být spojeny také se strachem ze ztráty postiženého jedince. Dánští vědci, kteří se zabývali problematikou zdravých partnerů jedinců po míšním úrazu, referují, že potřeba podpory zdravých partnerů byla v prvních dnech po úrazu praktická, velmi konkrétní. Zdravý partner povětšinou chtěl trávit v nemocnici veškerý svůj čas, podpora ze strany blízkých tak na sebe brala podobu praktické výpomoci v domácnosti, jako byla příprava jídla, praní prádla, péče o domácí mazlíčky, ale také péče o děti, když je partneri (manželé) měli, atd. Zkušenosti některých respondentů ovšem vypovídají také o situacích, kdy je širší rodina natolik zasažena úrazem, že sama vyžaduje podporu, a to i ze strany zdravého partnera. V těchto případech pocítovali respondenti blízkou rodinu spíše jako přítěž než přínos v podobě podpory (Angel, & Buus, 2011).

Faltýnková (2004) a kolektiv ve své příručce věnované míšnímu zranění uvádějí, že jednou z nejtěžších věcí, se kterými se musí jedinec po míšním úrazu potýkat, jsou reakce jeho okolí. V prvotních chvílích po úrazu, kdy je míšním úrazem zasažený jedinec v péči doktorů, vzniká role jakéhosi informátora, kterou povětšinou zastává právě zdravý partner. Tato pozice může být pro partnera náročná, jak uváděli respondenti z výše uvedené dánské studie, úraz jejich protějšku pro ně představoval velmi bolestný zážitek. Tuto bolest si prožívali stále dokola, když museli v různých sociálních kontextech informovat o vzniklé situaci své okolí (Angel, & Buus, 2011).

Potřeba podpory zdravého partnera se však může objevovat také v pozdějším období po úrazu. Především v počátečních chvílích návratu postiženého jedince do domácího prostředí. Oba partneri se učí žít v novém vztahu, který s sebou postižení přineslo. Některé úkony již nebude postižený jedinec schopen zvládat tak jako dříve, z čehož plyne nutná redefinice určitých rolí. Někteří respondenti z dánské studie udávali, že množství úkolů, které na ně připadalo, bylo obrovské. Přesto se překvapivě někteří respondenti setkali s tím, že jejich úsilí a práce byla často přehlížena nebo se jí nedostalo žádného velkého ocenění z okolí (Angel, & Buus, 2011). Podpora zdravého partnera může mít v těchto fázích například podobu praktické pomoci v domácnosti, ale také prostého ocenění a uznání toho, jak celou situaci dobře zvládá.

4.6.2 Budoucnost vztahu, aneb partnerství/manželství bez dětí

Narození dítěte patří mezi přirozené vývojové etapy partnerství/manželství (Kratochvíl, 2009). Neschopnost zplodit potomka představuje nejcitlivější problém v partnerství. Pokud se otěhotnění nedaří, může mezi partnery vznikat napjatá situace, která může vést k častějšímu

výskytu konfliktů a vzájemnému obviňování. Objevují se pocity vzájemného odcizení a psychické frustrace, které mohou ve svém důsledku vést až k rozpadu partnerství/manželství (Šrámková, 1998). Míšní poranění jednoho z partnerů nemusí mít negativní dopady na schopnost páru mít děti. Přesto však početí doprovází řada jistých specifíků, vyplývajících z toho, zda je zasažen míšním poraněním v páru muž či žena.

Tělesný handicap na straně muže

Vlivem ochrnutí nedochází u mužů s míšním poraněním k transportu spermií, a ačkoliv nedochází k výronu semene*, je tvorba a vyžívání spermií zachováno. Na spermiogenezi ovšem působí nepříznivě celá řada faktorů, plynoucích z charakteru postižení, např. vyšší teplota ve varlatech z důvodu polohy vsedě, časté urogenitální infekce atd. Když se pár rozhodne mít děti, je zapotřebí spermie vybavit za pomoci medicínských postupů. K oplození partnerky se následně využívá asistované reprodukce. Riziko vzniku vrozených vývojových vad u dětí jedinců po míšním úrazu není vyšší než u běžné populace. Mnoha dvojicím se tak často podaří tímto způsobem realizovat rodičovství, ačkoliv celý proces může mít delšího trvání (Šrámková, 1998). U mužů tetraplegiků může dojít ke snížení plodnosti. Tu lze často řešit umělým odběrem spermatu a jeho následným zmražením (Faltýnková, 2012).

Tělesný handicap na straně ženy

Menstruace se u ženy po míšním úrazu objeví zhruba do 3 měsíců. Možnost otěhotnění zůstává zachována, přesto je bráno každé těhotenství ženy po míšním úrazu jako rizikové. Je tedy nutné, aby byla žena během celého těhotenství sledována odborníky, a to nejen gynekologem, ale také urologem, neboť hrozí vyšší riziko urologických zánětů. Porod je realizován císařským řezem, vlivem ochrnutí není žena schopná dítě porodit aktivní volní svalovou činností (Šrámková, 1998). U tetraplegiček je nezbytná asistence ze stran rodiny nebo odborných asistentů v průběhu prvních několika let věku dítěte (Faltýnková, 2012).

Fakt, že míšní poranění nemusí nutně zasahovat do možnosti páru založit nebo rozvíjet rodinu, je jistě pro mnoho partnerů nesmírně důležitý. Rodina může představovat pro oba partnery jakousi vidinu společně sdílené budoucnosti, kvůli které jistě stojí za to překonat mnohá úskalí, které s sebou míšní poranění přináší.

* Schopnost ejakulace je zachována jen asi u 1-3% postižených mužů (Šrámková, 1998).

4.6.3 Partnerství/manželství s dětmi

Míšní poranění jednoho z rodičů je zásahem nejen do partnerského vztahu, ovlivní také celou rodinu, včetně dětí. Považuji za důležité tuto problematiku zmínit, nicméně jsem se rozhodla se jí v této práci více nevěnovat. Činím tak především z praktických důvodů, neboť se domnívám, že by bylo třeba věnovat se tématu rodiny jakožto celku (změna rodinného systému, informovanost dětí o postižení, věk dětí, změny denního řádu, dělení prací atd.) a důraz na problematiku zdravých partnerů, která je předmětem této práce, by mohl lehce zaniknout.

4.7 Demografie

Místo bydliště a vzdálenost potřebných služeb jistě ovlivňuje mnoho oblastí společného soužití partnerů i celé rodiny. V souvislosti s tělesným postižením bych ráda zmínila některé oblasti, které mohou být ovlivňovány právě místem bydliště.

V první řadě je to dostupnost zdravotnických a sociálních služeb, které vyžaduje existence postižení jednoho z partnerů. Také míra nezaměstnanosti v regionu určuje, zda se bude moci míšním poraněním zasažený jedinec navrátit do zaměstnání, případně zda se mu podaří nalézt práci novou. Důležitou roli hraje následně i vzdálenost zaměstnání obou partnerů od místa jejich bydliště, a to nejen z hlediska časové investice do dojíždění, ale také z hlediska finanční investice do každodenní dopravy. Jak ostatně poznamenává Kratochvíl (2009), dojíždění do zaměstnání je jedním ze specifických problémů, který může podstatně redukovat volný čas jednoho, popřípadě obou partnerů. V neposlední řadě místo bydliště také určuje možnosti trávení volného času, respektive možnosti kulturního a sportovního vyžití páru (dostupnost divadel, kin, výstav, sportovních areálů, bazénů apod.).

4.8 Rozvodovost, rozpad vztahu

V roce 1985 zjistili američtí výzkumníci signifikantně vyšší výskyt rozvodovosti a rozchodů v prvních třech letech po míšním úrazu jedince. Pravděpodobnost rozpadu vztahu závisela v této studii na interakci dvou faktorů, a sice na pohlaví postiženého jedince a na jeho věku v době úrazu. Signifikantně vyšší pravděpodobnost rozpadu vztahu se projevila u mladých žen po úrazu (DeVivo, & Fine, 1985). V rozsáhlé studii Kreuterové (1998) a jejích kolegů věnované partnerským vztahům jedinců po míšním úrazu udávala téměř polovina

respondentů (48%) rozpad vztahu po úrazu. Jako nejčastější příčiny rozpadu vztahu udávali respondenti problém s adaptací na nové fyzické fungování partnera, potíže s udržení vztahu a neochotu žít s fyzicky postiženou osobou (Kreuter, Sullivan, Dahllöf, & Siösteen, 1998).

Možná vysvětlení příčin rozpadu vztahu v období po úrazu bychom mohli najít ve výzkumu Buchanana a Eliase (1999). Na základě výpovědí devíti párů v jejich kvalitativním výzkumu byly zaznamenány negativní změny v osobnosti a chování u jedinců po poranění míchy (Buchanan, & Elias, 1999). Je nutno konstatovat, že velikost souboru je poměrně malá na to, abychom mohli usuzovat, že jsou negativní změny osobnosti či chování u jedinců po míšním poranění pravidlem. Nicméně depresivní nálada a s ní spojený pesimismus, které se mohou objevit u jedinců po míšním úrazu v průběhu adaptační fáze, mohou být ve vztahu zatěžujícím faktorem, na což upozornil také Chan (2000) ve svém výzkumu. V závěru doporučuje odborníkům, kteří poskytují péči jedincům po míšním úrazu, aby komunikovali s oběma partnery a napomáhali jim ve vzájemném porozumění (Chan, 2000).

V jiné situaci se nachází ti partneři, kteří navázali vztah v době po úrazu. Z výsledků studie Kreuterové (1998) a jejích kolegů vyplynulo, že zranění jako takové není vážnou bariérou při navazování nových partnerských vztahů (Kreuter, Sullivan, Dahllöf, & Siösteen, 1998). Studie porovnávající 122 jedinců po míšním úrazu ukázala, že jedinci, kteří vstoupili do manželství až po úrazu, vykazovali signifikantně větší spokojenost se sexuálním životem, sociálním životem nebo vlastním zdravím. Jedinci, kteří navázali vztah až v době po úrazu, vykazovali také více pracovní a sociální aktivity než ti, kteří vstoupili do svazku v době před úrazem (Crewe, & Krause, 1988).

4.9 Úraz a poúrazová doba očima zdravých partnerů

V závěru této kapitoly bych ráda představila dánskou kvalitativní studii z roku 2011, jejímž cílem bylo zmapování doby úrazu a poúrazové období z pohledu 7 zdravých partnerek. Jejich zkušenosti byly v rámci kvalitativní analýzy rozděleny do tří po sobě následujících fází (Angela, & Buss, 2011):

1. Fáze: Zasažení partnerovým zraněním

(akutní fáze a období bezprostředně po úrazu)

V první fázi je jedinci po míšním poranění poskytována rozsáhlá péče ze stran odborníků, kteří zajišťují jeho přežití a snaží se o minimalizaci důsledků zranění. Veškerá pozornost se tak točí kolem nemocného partnera. Zdravé partnerky vše sledovaly z povzdálí, aniž by mohly pro svůj protějšek cokoli udělat. Byly zasaženy skutečností, že jejich partner je vážně zraněn a jejich vlastní potřeby ustoupily do pozadí. Docházelo také k uvědomění si faktu, že mohly o partnera zcela přijít. Vzhledem k emoční propojenosti s partnerem měly některé respondentky pocit, jakoby partnerovo zranění bylo i jejich zraněním. Nebylo zcela jasné, jak zranění ovlivní jejich budoucí společný život, a tak se partnerky zaměřovaly pouze na současný okamžik.

Úraz zasahuje nejen partnerskou dvojici, ale také širší sociální okruh, rodinu, příbuzné a přátelé. Potřeba podpory v prvotní fázi ze stran partnerek byla velmi konkrétní, často se jednalo o praktické záležitosti, neboť zdravý partner trávil hodně času v nemocnici. Jednalo se tak především o zajištění chodu domácnosti (vaření, praní), obzvláště důležitá byla pomoc v případech, kdy partneři měli děti. V některých případech ovšem rodina a příbuzní působili spíše rušivě a stres umocňovali. Bolest, kterou ve spojení s úrazem zdravé partnerky zažívaly, se znovu objevovala v případech, kdy musely opakovat příběh v různých sociálních situacích (Angela, & Buss, 2011).

2. Fáze: Najít se mimo partnerský život

(období rehabilitačního programu a institucionalizované péče mimo domov)

Během tohoto období, kdy byli partneři od sebe odděleni, se zdravá partnerka navracela do každodenního života, ačkoliv již nic nebylo stejné jako dřív. Zraněný partner procházel rozsáhlým rehabilitačním programem, přičemž se ukázalo jako prospěšné, když se mohla jeho partnerka na rehabilitačním procesu podílet. Do jaké míry to bylo možné, záleželo na vzdálenosti bydliště od rehabilitačního centra a na každodenních povinnostech partnerky. Zdravý partner musel v tomto okamžiku v mnohém dokázat nahradit svého zraněného partnera, což bylo pro některé respondentky fyzicky i psychicky náročné (Angela, & Buss, 2011).

3. Fáze: Boj za zraněného partnera a obnovu života v páru

(návrat do domova)

Na návrat zraněného partnera domů se partnerky velmi těšily. Návrat byl však plný obtíží. Najednou se vynořil obraz budoucího života. Partnerky by udělaly cokoli, co by podpořilo pokrok ulehčující život zraněného partnera. Vše, co by snížilo závislost jejich partnera, by podle jejich uvážení napomohlo ke zlepšení kvality života obou partnerů. Zraněný partner byl limitován postižením, zdravá partnerka cítila tato omezení skrze potřeby svého partnera, které chtěla naplnit. Tím však omezovala zraněného partnera v jeho možnostech seberealizace. Pro některé respondentky bylo velmi náročné balancovat na této hranici. Bylo důležité si uvědomit, že v novém společném životě již nemohl zraněný partner fungovat tak nezávisle jako předtím, objevila se nutnost předefinování rolí a úloh obou partnerů. Množství úkolů bylo někdy pro partnerky zahlcující, překvapivě ale také ze stran okolí přehlížené. Nedostatek pomoci a uznání od okolí způsobovalo partnerkám frustraci. Objevovala se hromadící se únava, u některých se objevily deprese. Znovuobnovení partnerského vztahu bylo dlouhým a obtížným procesem, který museli partneři zvládnout sami (Angela, & Buss, 2011).

5 Výzkumná část

V souladu s teoretickou částí této práce se zaměřuji v empirické části na partnerskou (manželskou) spokojenost u zdravých partnerů tělesně handicapovaných jedinců. Sledovanými proměnnými je partnerská spokojenost a míra intimity a závazku v partnerských vztazích s jedincem po míšním úrazu. K tomuto účelu byly vybrány dotazníky Škála dyadického přizpůsobení a Triangulární škála lásky.

5.1 Cíle a popis výzkumu

Cílem empirické části této práce je zjišťování partnerské spokojenosti a míry závazku a intimity partnerů ve vztazích s jedincem po míšním poranění.

Jak již bylo řečeno v teoretické části této práce, partnerská spokojenost je široký pojem, jehož definice v rámci psychologie nejsou jednotné. Pro účely empirického šetření je partnerská spokojenost v této práci chápána jako součást procesu dyadického přizpůsobení tak jak jej definuje Spanier (1976).

Míšní poranění představuje náhlou změnu, která zasahuje do mnohých oblastí života jedince. V kontextu partnerského (či manželského) soužití ovšem představuje změnu, se kterou se musí vypořádat nejen postižený jedinec, ale také jeho zdravý partner. Teoretická část této práce je zaměřena na problematiku oblastí partnerských vztahů, jakožto možných zdrojů konfliktů a neshod ovlivňujících celkovou kvalitu vztahu. Svůj výzkum stavím na předpokladu, že důsledky míšního poranění ovlivňují kvalitu vztahu obou partnerů, neboť se i míšní poranění promítá do těchto oblastí.

Tématu zdravých partnerů jedinců po míšním úrazu není doposud v České republice věnována žádná ucelená práce, ani po stránce teoretické, ani po stránce empirické. Nalezneme zde velké množství informací a intervencí zaměřených přímo na osoby zasažené míšním poraněním, otázka partnerských vztahů těchto jedinců však bývá často opomíjena. Domnívám se, že by tato práce mohla sloužit jako jakýsi vhled do problematiky zdravých partnerů a mohla by posloužit jako podklad pro další empirická šetření v této oblasti.

Pro kvantitativní šetření byla sebrána data u vybraného souboru jedinců nacházejících se aktuálně ve vztahu s jedincem po míšním poranění. Tato data byla následně srovnávána s komparační skupinou jedinců z obecné populace.

5.2 Výzkumné hypotézy

Původním záměrem empirické části této práce bylo statistické porovnání výsledků vybraných dotazníků u partnerů jedinců po míšním poranění rozdělených do dvou výzkumných souborů na základě doby úrazu, a to na partnerské vztahy, u kterých došlo k míšnímu poranění v průběhu vztahu, a na partnerské vztahy, které byly navázány až určitou dobu po úrazu (tj. partnerství začalo až v době, kdy už jeden z partnerů byl upoután na vozík). Porovnání výsledků partnerské spokojenosti mezi těmito dvěma skupinami mělo umožnit zodpovězení otázky, zda a jakým způsobem zasahuje událost míšního poranění do vztahu mezi partnery.

Předpokladem pro toto šetření byly hypotézy stanovené na základě očekávání odlišných výsledků v rámci dotazníku zkoumajícího dyadické přizpůsobení a dotazníku měřícího míry intimity a závazku v partnerském vztahu.

Původní hypotézy měly ověřovat následující předpoklady:

1. Zdraví partneři, u kterých došlo k míšnímu poranění v průběhu vztahu, budou vykazovat rozlišnou míru dyadického přizpůsobení než partneři, kteří svůj vztah navázali již s jedincem upoutaným na vozík.
2. Zdraví partneři, u kterých došlo k míšnímu poranění v průběhu vztahu, budou dosahovat rozlišných skóre v dotazníku zjišťujícím závazek a intimitu než partneři, kteří svůj vztah navázali již s jedincem po míšním úrazu.

Jelikož však nastaly komplikace při sběru dat v podobě nízkého počtu respondentů a jejich nerovnoměrného rozložení v rámci sledované charakteristiky (tj. doby úrazu), bylo třeba pozměnit výzkumný plán, a tudíž také výzkumné hypotézy. V rámci nového plánu měla být vytvořena komparační skupina tvořená jedinci z obecné populace, data této skupiny měla být porovnávána s daty ze skupiny tvořené zdravými partnery jedinců po míšním úrazu.

Nově stanovené hypotézy byly odvozeny z následujících otázek:

1. Zda a jakým způsobem ovlivňuje míšní poranění dyadické přizpůsobení.
2. Zda existuje rozdíl v míře závazku a intimity mezi partnery obou skupin.

Hypotézy:

H1: Míšní poranění bude ovlivňovat celkové dyadické přizpůsobení.

Ha: Míšní poranění bude mít negativní nebo pozitivní vliv na partnerskou spokojenost.

Hb: Míšní poranění bude mít negativní nebo pozitivní vliv na partnerskou shodu.

Hc: Míšní poranění bude mít negativní nebo pozitivní vliv na partnerskou soudržnost.

H2: Míšní poranění bude mít vliv na míru intimity ve vztahu.

H3: Míšní poranění bude mít vliv na míru závazku ve vztahu.

6 Design výzkumu

6.1 Výběr a charakteristika metod

Pro svou výzkumnou část jsem zvolila kombinaci testů od Spaniera (*Škála dyadického přizpůsobení*) a Sternberga (*Triangulární škála lásky*). Oba tyto dotazníky byly převedeny do internetové podoby, a to z důvodu širších možností k oslovení případných respondentů. Dotazníky byly dále doplněny o potřebná anamnestická data a informovaný souhlas, bez jehož potvrzení se nemohl respondent výzkumu zúčastnit.

Spanierův dotazník byl zvolen především proto, že pokrývá možné problematické oblasti partnerského vztahu v souladu s teoretickou částí této práce. Nespornou výhodou Spanierova dotazníku, stejně tak jako Sternbergova dotazníku, je jejich rychlá administrace. Jelikož byly oba dotazníky distribuovány prostřednictvím internetu, bylo třeba zvolit metody, které nezaberou respondentovi mnoho času při jejich vyplňování a které jsou respondentům srozumitelné a zřetelné, jelikož zde nemá výzkumník prostor při objasňování případných nejasností.

6.1.1 Škála dyadického přizpůsobení

Škála dyadického přizpůsobení Grahama B. Spaniera byla vytvořena roku 1976. Na rozdíl však od všech předchozích dostupných škál měřících manželské přizpůsobení, rozšířil Spanier použití své škály také na partnerské dvojice z důvodu vzrůstajícího zájmu studia nesezdaných dvojic (Spanier, 1976).

Kvalita dyadického přizpůsobení je zjišťována 32 položkami, 30 položek má podobu hodnotící škály (na stupni 0-5 a 0-6), 2 položky vyžadují odpověď Ano/Ne. Celkové skóre testu může nabývat hodnot v rozpětí 0-151 bodů, přičemž platí, že čím vyšší skór, tím vyšší kvalita vztahu (Spanier, 1976). Všechny položky se dají rozdělit do 4 subškál:

- dyadická spokojenost (*dyadic satisfaction*): subškálu zastupuje 10 položek v dotazníku, např. otázky: *Jak často se se svým partnerem hádáte?*; *Důvěřujete svému partnerovi?*.
- dyadická soudržnost (*dyadic cohesion*): subškála čítá 5 otázek, např. otázky: *Jak často společně něco plánujete?*; *Jak často se společně smějete?*.
- dyadická shoda (*dyadic consensus*): dyadickou shodu zjišťuje 13 otázek, např. otázky *na míru shody ve finančních rozhodnutích nebo úkolech v domácnosti*.

- afektivní projevy (*affectional expression*): subškála tvořená 4 zbývajícími otázkami zaměřujícími se na citovou a sexuální oblast vztahu, jako je například míra *neprojevování lásky* nebo *nezájem o sexuální aktivity*.

(Kratochvíl, 2009; Spanier, 1976)

Jak již bylo uvedeno, tyto subškály jsou koncepčně i empiricky odvozeny z dyadického přizpůsobení ve Spanierově pojetí (1976).

Kriteriální validita dotazníku byla zjišťována na základě korelace výsledků škály s externím kritériem, a sice rodinným stavem (sezdaní versus rozvedení). Byly zařazeny položky, které diferencovaly na hladině významnosti 0,1%. Konstruktová validita byla zjišťována korelací s testem Locke-Wallaceho, která vyšla 0,86 pro sezdané jedince a 0,88 pro jedince rozvedené (Spanier, 1976).

Pro měření reliability bylo zvoleno Cronbachovo alfa. Reliabilita celého testu vychází 0,96, reliability jednotlivých subškál diferencují od 0,73 (*afektivní projevy*) až po 0,94 (*dyadická spokojenost*) (Spanier, 1976).

James Graham (2006) a jeho kolegové provedli metaanalýzu reliability 91 studií užívajících Spanierův dotazník (celkem 25 035 participantů). Z metaanalýzy byla zjištěna nižší reliabilita celkového skóru dotazníku dyadické přizpůsobivosti než jak je uváděna Spanierem, její hodnota je ovšem stále akceptovatelnou mírou reliability z pohledu psychometrie (0,915 versus Spanierem udávaná hodnota 0,960). Také jednotlivé subškály *spokojenosti*, *soudržnosti* a *shody* předkládají data s uspokojivou reliabilitou. V analýze se neprokázal vliv jednotlivých charakteristik souboru, jako je pohlaví, sexuální orientace, etnický původ nebo rodinný stav (manželství/partnerství), na hodnoty reliability.

Diskutabilní se ovšem jeví samostatné užívání subškály *afektivních projevů*, jejíž reliabilita vychází na hranici psychometrické akceptovatelnosti (0,713). V analýze také vyšlo, že je tato subškála jako jediná vysoce závislá na charakteristikách vzorku. Výzkumníci doporučují využívat tuto škálu jen v kontextu celého dotazníku dyadické přizpůsobivosti, nikoliv samostatně jako nástroj měřící míru *afektivních projevů* (Graham, Liu, & Jeziorski, 2006).

Spanierova škála dyadického přizpůsobení byla pro účely této práce zvolena hned z několika důvodů. Její nespornou výhodou je vcelku rychlá administraci. Vzhledem k problematické dostupnosti respondentů jsem zvolila metody, jejichž vyplnění nezabere příliš dlouhý čas. Domnívám se, že při online administraci dotazníkových metod, obzvláště není-li navázán osobní kontakt s výzkumníkem, je doba strávená při vyplňování dotazníku

rozhodujícím faktorem, který ovlivňuje zájem respondenta o dokončení metody a úroveň jeho soustředěnosti. Důležité bylo také zvolit metodu, kterou lze ve stejné verzi předložit jak respondentům udržujícím partnerský vztah, tak respondentům ve svazku manželském. V neposlední řadě jsem spatřovala výhodu tohoto dotazníku také v možnosti vyhodnocení dat z jednotlivých subškál, respektive ze subškál *spokojenosti, shody a soudržnosti*.

Pro účely této práce byl použit český překlad Škály dyadického přizpůsobení, tak jak jej uvádí ve své publikaci Kratochvíl (2009, s. 255-258). Dotazník je k nahlédnutí uveden v příloze (viz Příloha 1).

6.1.2 Triangulární škála lásky

Triangulární škála lásky je dotazník sestavený Sternbergem za účelem posouzení míry zastoupení jednotlivých komponent ve vztahu. Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, vychází Sternberg z předpokladu, že se láska skládá ze tří složek: *intimity, vášně a rozhodnutí/závazku* (Sternberg, 1986). Tento Sternbergův předpoklad byl ověřen například ve studii Arona a Westbayové, kteří v roce 1996 provedli rozsáhlou studii, jejímž cílem bylo identifikovat rysy charakterizující lásku. Faktorovou analýzou dospěli Aron a Westbayová ke třem dimenzím. Na základě podobnosti těchto dimenzí se Sternbergovými komponentami pojmenovali výzkumníci tyto dimenze shodně (Aron, & Westbay, 1996).

Dotazník má podobu škály, která se zaměřuje na 45 tvrzení rovnoměrně rozdělených mezi 3 zjišťované komponenty. Každá položka je hodnocena mírou souhlasu či nesouhlasu na 9 bodové škále. Položky 1 až 15 měří komponentu *intimity*, jedná se například o tvrzení: *Mám pocit, že mi partner/partnerka opravdu dobře rozumí; Mám pocit, že partnerovi/partnerce mohu skutečně věřit*. Položky 16 až 30 měří míru *vášně* ve vztahu, například: *Často sním o svém partnerovi/partnerce; Přes den na partnera/partnerku často myslím*. Položky 31 až 45 měří komponentu *rozhodnutí/závazku*, například položky: *Cítím zodpovědnost k partnerovi/partnerce; I když se s partnerem/partnerkou těžko vychází, zůstávám našemu vztahu věrný/věrná* (Trestrová, 2011). Interní i externí validita škály je uspokojivá. Ukazatelem reliability bylo zvoleno Cronbachovo alfa, které dosahuje u všech tří komponent hodnot nad 0,9 (Sternberg, 1997).

Pro tuto práci byl zvolen český překlad dotazníku ve verzi, kterou vytvořila v roce 2011 v rámci své diplomové práce Trestrová (k nahlédnutí viz Příloha 2). Položky v této verzi se

mi zdály srozumitelnější a přesnější (v rámci překladu z anglického jazyka do českého) než jak tomu je například ve verzi, kterou předkládá Kratochvíl (2009, s. 133-134). Trestrová také upravila bodování na škále, škála nově obsahuje 7 bodové hodnocení namísto původního 9 bodového. Důvodem, dle Trestrové, byla především náročná diferenciacie hodnocení plynoucí z takto široké škály. Reliabilita byla zjišťována pouze u komponent *intimity* a *rozhodnutí/závazku*, obě dosahovaly i v této upravené verzi hodnot nad 0,9 (Trestrová, 2011). Komponentu *vášeň* je v dlouhodobém vztahu pravděpodobně nejtěžší udržet, jelikož vášeň není podřízena vědomé kontrole a postupem času podléhá habituaci (Sternberg, 1986). V souladu se Sternbergovou teorií, podle které se *vášeň* uplatňuje především v začátcích vztahu a postupem času její míra spíše klesá, nebyla v této práci sledovanou proměnnou.

6.2 Výzkumný soubor

6.2.1 Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku

Zkoumanou populací v této práci byli zdraví partneři jedinců po míšním úrazu. Do výběrového souboru byli zahrnuti všichni respondenti nacházející se aktuálně ve vztahu s jedincem na vozíku. Vzhledem k předpokládaným obtížím při shánění participantů nebyla stanovená žádná další kritéria omezující výběr respondentů ze zkoumané populace.

Výzkumný soubor tvoří 20 respondentů. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, které určovala doba, kdy došlo k míšnímu poranění. První skupinu tvořili respondenti, u nichž došlo k míšnímu poranění v průběhu vztahu. Druhou, značně početnější skupinu, tvořili respondenti, kde k míšnímu poranění partnera došlo v době před začátkem vztahu. Nejmladšímu účastníkovi bylo 23 let, nejstaršímu 52 let. Průměrný věk respondentů činí 35,4 let (SD= 7,46). V souboru měly větší početní zastoupení ženy, celkem 14 žen a 6 mužů.

	Celkem	Muži	Ženy
Míšní poranění se odehrálo v průběhu Vašeho vztahu.	4	2	2
Míšní poranění se odehrálo předtím, než jste navázali partnerský vztah.	16	4	12

Tab. 1. Rozložení respondentů ve výzkumné skupině podle pohlaví a doby míšního poranění

Ve výzkumné skupině byla sebrána řada anamnestických údajů, které měly sloužit, v případě dostatečného množství dat, pro možnosti porovnání jedinců na základě vybraných anamnestických charakteristik. Nerovnoměrné rozložení respondentů ve skupinách

vytvořených na základě sledovaného znaku, a sice doby, kdy došlo k míšnému poranění, však znemožnilo statistické porovnání výsledků testů v rámci výzkumného souboru. Bylo tedy třeba vytvořit novou, komparační skupinu, která dovolí statistické zpracování sebraných dat. Zjištěné anamnestické údaje tak mohou nyní sloužit spíše pro ilustraci daného souboru (viz Příloha 3).

Do komparační skupiny byli respondenti zařazeni na základě tří kritérií. Věková hranice byla stanovena podle nejmladšího respondenta výzkumného souboru, minimální hranicí tedy byl věk 23 let. Důležitým kritériem byla délka aktuálního vztahu více než 2 roky s podmínkou společného soužití partnerů. Komparační skupina čítala 46 respondentů. Do výsledného souboru bylo zařazeno celkem 42 participantů, 4 respondenti byli vyloučeni na základě nesplnění některého z výše uvedených kritérií. Nejmladším respondentům výzkumného souboru bylo 23 let, nejstaršímu respondentovi 61 let. Průměrný věk v kontrolní skupině činí 31,7 let (SD= 9,49). Také v komparační skupině měly větší zastoupení ženy, celkem 36 žen a 6 mužů.

Skupiny lze nadále mezi sebou srovnat na základě věku partnerů, délky a charakteru vztahu.

	Průměrný věk respondentů	Směrodatná odchylka	Průměrný věk partnerů	Směrodatná odchylka
Výzkumná skupina	35,4	7,457952308	35,9	7,333413078
Komparační skupina	31,69047619	9,490658039	35,35714286	10,68580419

Tab. 2. Rozložení respondentů a jejich partnerů dle věku

	Partnerství bez dětí	Partnerství s dětmi	Manželství bez dětí	Manželství s dětmi	Délka vztahu		
					průměr	minimum	maximum
Výzkumná skupina	10	5	1	4	6 let	0,5 roku	27 let
Komparační skupina	16	3	9	14	8 let	2 roky	28 let

Tab. 3. Charakter a délka vztahu respondentů

6.2.2 Výběr respondentů a metoda sběru dat

Do výzkumného souboru byli respondenti vybíráni na základě kriteriálního výběru, zatímco komparační skupina je vytvořena spíše na základě výběru příležitostného.

Při sběru dat byla v první řadě oslovena centra nabízející své služby jedincům po míšním úrazu, a sice Centrum Paraple v Praze, paraCentrum Fénix v Brně a Česká asociace paraplegiků (CZEPA). Prostřednictvím emailové komunikace nebo osobního setkání byly organizace seznámeny s konceptem teoretické práce i s charakterem výzkumné části. Následně centra Paraple a Fénix souhlasila se sdílením výzkumného dotazníku na svých internetových stránkách a sociálních sítích. Česká asociace paraplegiků mě odkázala na komunitní portál Vozejkov.cz, který spravuje. Dotazník byl zde následně zveřejněn. Ačkoliv má sběr dat prostřednictvím internetu řadu nevýhod, nebylo mnoho jiných možností, jak oslovit případné respondenty. Centra, která poskytují služby primárně jedincům po míšním úrazu, nemají kompetence pro přímé oslovení zdravých partnerů s žádostí o zapojení se do výzkumu. Byla by tím zásadně narušena etika jejich práce, a tím pádem i etika mého výzkumu. Bylo třeba se přizpůsobit možnostem těchto center, které se jeví jako nejbohatší zdroj pro získání případných respondentů. Dotazník byl dále distribuován skrze sociální síť Facebook, a to konkrétně ve skupinách určených pro jedince s tělesným handicapem. Respondenti do komparační skupiny byli osloveni taktéž prostřednictvím sociálních sítí.

6.3 Zpracování dat

Analýza dat byla provedena za pomoci statistického programu SPSS (verze 19).

Z jednotlivých dat byly nejprve vypočítány hrubé skóry. Hrubé skóry Škály dyadického přizpůsobení a jednotlivých subškál byly spočítány na základě Spanierova manuálu (Spanier, 1976). Hrubé skóry z jednotlivých subškál Triangulární škály lásky Sternberga jsem zprůměrovala, a to z důvodu lepší přehlednosti při práci s daty.

Po převedení dat na hrubé skóry byla ověřována normalita rozložení dat u jednotlivých dotazníků a jejich subškál. Normalita rozložení dat byla zjišťována za pomoci grafických znázornění, a sice histogramů proložených Gaussovou křivou a Q-Q plotů. Ověřována byla též testem normality Kolmogorova-Smirnova. Normální rozdělení vykazovala data celkových skóru Škály dyadického přizpůsobení a její subškály *dyadické shody* ($p > 0,2$).

Na základě testů normality rozložení dat, a vzhledem k nízkému počtu respondentů ve výzkumné skupině, byly pro další práci s daty využity neparametrické metody. Pro porovnání

výzkumné skupiny se skupinou komparační byl zvolen Mann-Whitneyho test. Všechna měření byla testována na hladině významnosti 0,05.

6.4 Deskriptivní statistika

6.4.1 Škála dyadického přizpůsobení výzkumná vs. komparační skupina

Deskriptivní statistiky Škály dyadického přizpůsobení výzkumné a komparační skupiny jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Deskriptivní statistika								
Výzkumná skupina								
Škála dyadického přizpůsobení	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	20	98,00	139,00	41	124,4000	2,58579	125,5000	11,56401
Míšní poranění v průběhu vztahu	4	107,00	131,00	24	121,7500	5,15388	124,5000	10,30776
Míšní poranění před začátkem vztahu	16	104,00	141,00	37	126,4375	2,70796	125,0000	10,83186

Tab. 4. Deskriptivní statistika výzkumné skupiny- Škála dyadického přizpůsobení

Deskriptivní statistika								
Komparační skupina								
Škála dyadického přizpůsobení	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	42	96,00	141,00	45	119,1905	1,60293	118,0000	10,38817

Tab. 5. Deskriptivní statistika komparační skupiny- Škála dyadického přizpůsobení

Z uvedených tabulek je patrné, že se střední hodnoty mezi výzkumnou a komparační skupinou mírně liší. Zatímco u výzkumné skupiny byly naměřeny hodnoty průměru 124,4 (směrodatná odchylka 11,56) a mediánu 125,5, v komparační skupině dosahoval průměr hodnoty 119,2 (směrodatná odchylka 10,39) a medián hodnoty 118. Jak je z tabulky patrné, hodnoty v komparační skupině mají sice větší variační rozpětí, nicméně hodnoty maxima a minima naměřených hodnot se v obou skupinách liší jen o dva body v obou směrech škály.

V tabulce 4 je možné porovnat naměřená data z hlediska původního rozdělení výzkumného souboru na jedince, u nichž došlo k míšnému poranění partnera v průběhu vztahu, a na jedince, kde došlo k míšnému poranění před začátkem vztahu. Ačkoliv vykazují data u respondentů, kde k míšnému poranění partnera došlo před začátkem vztahu, větší variační rozpětí, hodnoty mediánu si jsou blízké (125 a 124,5).

6.4.2 Škála dyadického přizpůsobení- porovnání se zahraničními studii

Na základě naměřených dat v mém výzkumném souboru mohu provést srovnání s daty naměřenými v zahraničních studiích.

Anne Proutyová (2000) a její kolegové předložili dotazník Škály dyadického přizpůsobení 70 párům ze Severní Karolíny přicházejícím na manželskou terapii. Průměrná délka manželství v této studii činila 10 let. Páry byly rozděleny do dvou skupin, první skupina čítající 35 párů plánovala rozvod, druhá polovina párů toužila po zachování svého vztahu. Celkové skóre dotazníku Škály dyadického přizpůsobení u partnerů, kteří si přáli zachovat svůj vztah, dosahovalo průměrné hodnoty 96,5. Páry, které směřovaly k rozvodu, dosahovaly v dotazníku průměrné hodnoty 84,49. Rozdíl mezi skupinami se v testové statistice prokázal jako signifikantní ($p=0,0001$) (Prouty, Markowski, & Barnes, 2000). Tento výsledek by odpovídal také Kratochvílově (2009, s. 231) interpretaci výsledků Spanierova testu, a sice že skóry pod hraniční hodnotou 90 značí narušený partnerský/manželský vztah.

V roce 2013 provedli výzkumníci z Madridu rozsáhlou studii na vzorku čítajícího 1 180 respondentů (590 dospělých heterosexuálních párů) ve věku 18-80 let. Průměrná hodnota dosahovaná na Škále dyadického přizpůsobení v této studii činila 101,89, přičemž nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ve skórování mezi muži a ženami. Studie sloužila především k evaluaci dotazníku na španělské populaci, přičemž výsledky tohoto dotazníku byly vyhodnoceny jako srovnatelné s originální verzí Spanierova dotazníku, který byl shledán jako vhodný nástroj pro měření dyadického přizpůsobení (Montesino, Gómez, Fernández, & Rodríguez, 2013).

V našem prostředí nebyla doposud vytvořena takto rozsáhlá studie, která by umožňovala interpretaci výsledků vzhledem k české populaci. Výše uvedené údaje slouží především pro ilustrativní srovnání s naměřenými výsledky z mého výzkumu, které dosahují vyšších průměrů než v uvedených studiích. Ačkoliv z těchto srovnání můžeme jen stěží vyvozovat jakékoliv závěry, především vzhledem k mezikulturním rozdílům, lze však konstatovat, že je dotazník stále populární a v praxi odborníky využíváný.

6.4.3 Triangulární škála lásky výzkumná vs. komparační skupina

Deskriptivní statistiky dotazníku Triangulární škály lásky, konkrétně subškály *intimity*, u výzkumné a komparační skupiny jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Deskriptivní statistika								
Výzkumná skupina								
Triangulární škála lásky-škála Intimity	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	20	26,00	105,00	79,00	93,4000	4,07780	100,0000	18,23646
Míšní poranění v průběhu vztahu	4	96,00	105,00	9	101,2500	2,25000	102,0000	4,50000
Míšní poranění před začátkem vztahu	16	26,00	105,00	79,00	91,4375	4,97910	100,0000	19,91639

Tab. 6. Deskriptivní statistika výzkumné skupiny- Triangulární škála lásky- intimita

Deskriptivní statistika								
Komparační skupina								
Triangulární škála lásky-škála Intimity	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	42	20,00	105,00	85,00	94,5476	2,08340	97,0000	13,50195

Tab. 7. Deskriptivní statistika komparační skupiny- Triangulární škála lásky- intimita

Z uvedených tabulek je patrné velké variační rozpětí, které je v obou skupinách způsobené odlehlými hodnotami minima (u výzkumné skupiny dosáhl jeden respondent celkového skóru 26, u komparační skupiny dosáhl jeden respondent celkové hodnoty 20). Střední hodnoty mezi výzkumnou a komparační skupinou se však liší pouze mírně. U výzkumné skupiny je hodnota průměru 93,4 (směrodatná odchylka 18,24) a mediánu 100, u komparační skupiny je hodnota průměru 94,55 (se směrodatnou odchylkou 15.50) a mediánu 97.

Deskriptivní statistiky dotazníku Triangulární škály lásky, konkrétně pak subškály *rozhodnutí/závazku*, u výzkumné a komparační skupiny jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Deskriptivní statistika								
Výzkumná skupina								
Triangulární škála lásky-škála Závazku	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	20	26,00	105,00	79,00	91,2000	4,11902	99,0000	18,42081
Mišní poranění v průběhu vztahu	4	103,00	105,00	2,00	104,2500	,47871	104,5000	,95743
Mišní poranění před začátkem vztahu	16	26,00	105,00	79,00	87,9375	4,82741	92,5000	19,30965

Tab. 8. Deskriptivní statistika výzkumné skupiny- Triangulární škála lásky- závazek

Deskriptivní statistika								
Komparační skupina								
Triangulární škála lásky-škála Závazku	N	Minimum	Maximum	Variační rozpětí	Průměr	Standardní chyba průměru	Medián	Směrodatná odchylka
Celkem	42	15,00	105,00	90,00	92,9048	2,58734	99,0000	16,76787

Tab. 9. Deskriptivní statistika komparační skupiny- Triangulární škála lásky- závazek

Také na subškále *závazku* je patrné velké variační rozpětí, které je v obou skupinách způsobené odlehlými hodnotami minima (u výzkumné skupiny dosáhl jeden respondent celkového skóru 26, u komparační skupiny dosáhl jeden respondent celkové hodnoty 15). Hodnoty průměru se však mezi skupinami liší pouze mírně, u výzkumné skupiny je hodnota průměru 91,2 (směrodatná odchylka 18,42), u komparační skupiny je hodnota průměru 92,9 (se směrodatnou odchylkou 16,77). Hodnota mediánu je u obou skupin stejná, činí 99.

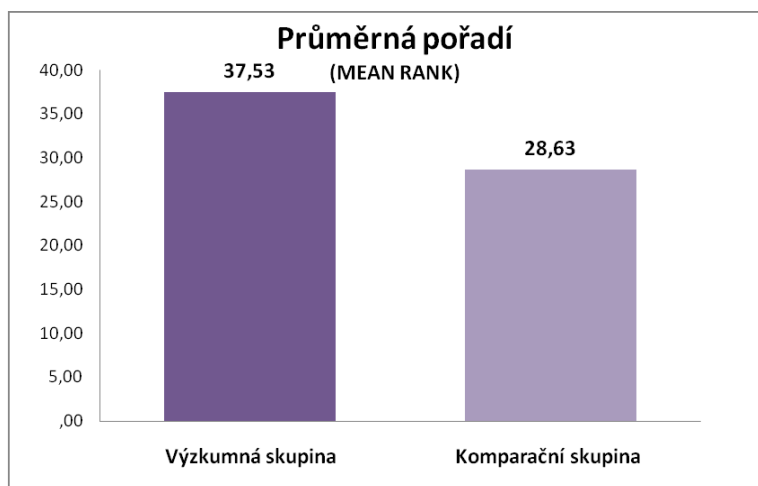
Sternberg* vypracoval pro každou škálu bodové rozpětí, na základě kterého lze interpretovat dosažených skóru. Toto bodové rozpětí je však vypočítáno z jeho původní, 9 bodové škály. Pro možnosti srovnání byla původní bodová rozpětí přepočítána pro stupnici 7 bodovou. Výzkumná skupina dosáhla na škále *intimity* průměrného skóru 93,4, což lze na základě Sternberga interpretovat jako výsledek na hranici výrazného až mírného nadprůměru. Komparační skupina se svým průměrem 94,55 spadá do bodového ohraničení výrazného nadprůměru. Na škále *závazku* dosahovala výzkumná skupina průměrného skóru 91,2, výsledek lze interpretovat jako mírně nadprůměrný. Mírně nadprůměrné je i dosažené skóre komparační skupiny, 92,9.

* Dostupné z: <http://www.kordoutis.gr/STLS.pdf>

6.5 Statistická analýza- výsledky výzkumu

6.5.1 Škála dyadického přizpůsobení- celkové skóre

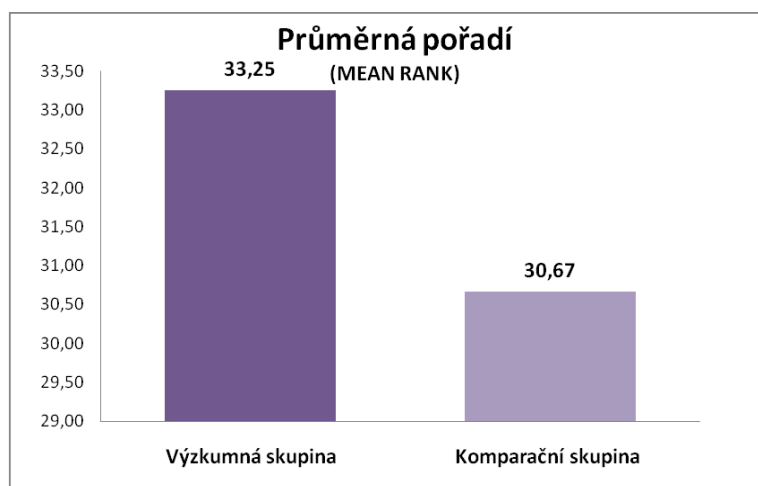
Při testování rozdílu na škále dyadického přizpůsobení mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování dotazníku 124,4) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování dotazníku 119,19) **nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=299,5$; $p=0,069$.



Graf 1. Průměrná pořadí- Škála dyadického přizpůsobení- celkové HS

6.5.2 Škála dyadického přizpůsobení- dyadická spokojenost

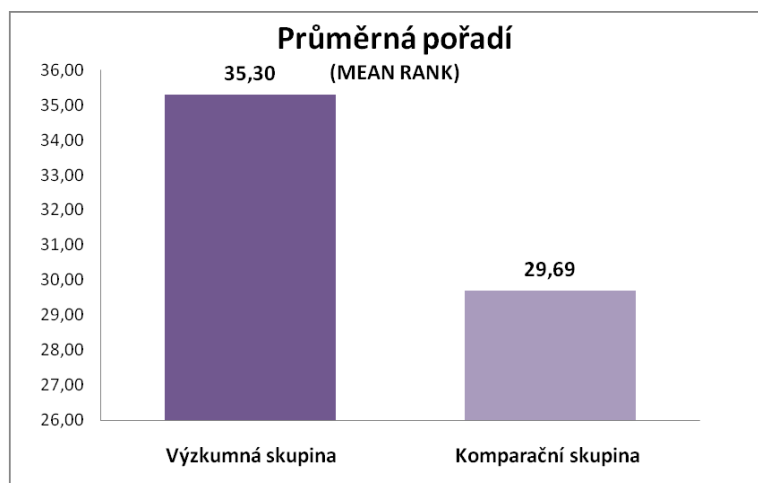
Při testování rozdílu na subškále *dyadické spokojenosti* mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování škály 41,8) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování škály 41,62) **nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=385$; $p=0,597$.



Graf 2. Průměrná pořadí- Škála dyadického přizpůsobení- subškála spokojenosti

6.5.3 Škála dyadického přizpůsobení- dyadická soudržnost

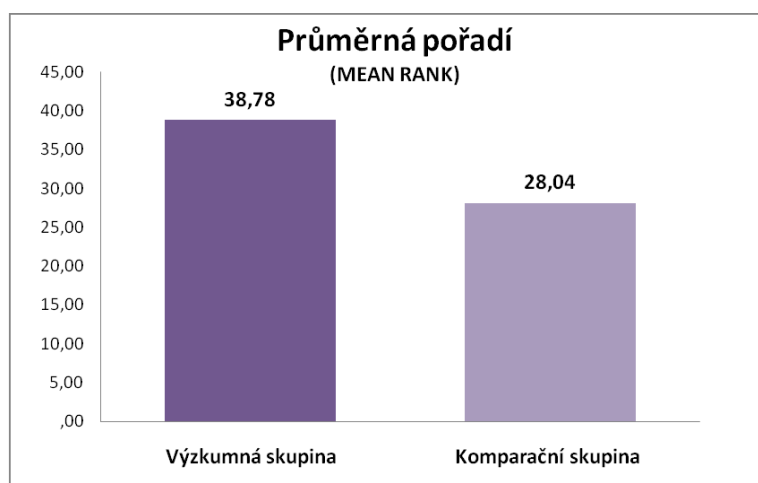
Při testování rozdílu na subškále *dyadické soudržnosti* mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování škály 17,1) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování škály 16,7) **nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=344$; $p= 0,249$.



Graf 3. Průměrná pořadí- Škála dyadického přizpůsobení- subškála soudržnosti

6.5.4 Škála dyadického přizpůsobení- dyadická shoda

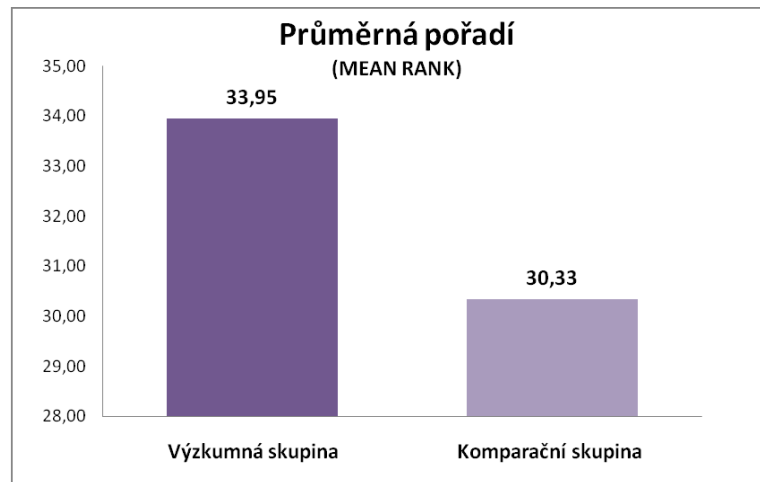
Při testování rozdílu na subškále *dyadické shody* mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování škály 55,4) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování škály 52,1) **byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=274,5$; $p= 0,028$.



Graf 4. Průměrná pořadí- Škála dyadického přizpůsobení- subškála shody

6.5.5 Triangulární škála lásky- intimita

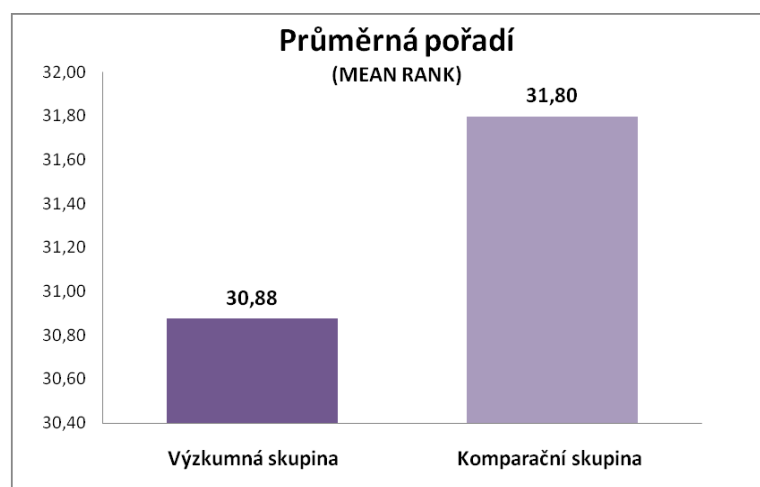
Při testování rozdílu na škále *intimity* mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování škály 6,23) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování škály 6,3) **nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=371$; $p=0,459$.



Graf 5. Průměrná pořadí- Triangulární škála lásky- subškála intimity

6.5.6 Triangulární škála lásky- závazek

Při testování rozdílu na škále *závazku* mezi výzkumnou skupinou (průměrná hodnota skórování škály 6,08) a skupinou komparační (průměrná hodnota skórování škály 6,19) **nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl**, $U=407,5$; $p=0,85$.



Graf 6. Průměrná pořadí- Triangulární škála lásky- subškála závazku

6.6 Shrnutí výsledků statistické analýzy

Na základě výše uvedené testové statistiky **nelze přijmout hypotézu H1** o existenci rozdílu mezi výzkumnou a komparační skupinou v dyadickém přizpůsobení. Existence míšního poranění jednoho z partnerů ve vztahu neovlivňuje, na základě získaných dat, celkové dyadické přizpůsobení partnerů. **Nulová hypotéza**, která tvrdí, že míšní poranění nemá vliv na dyadické přizpůsobení, **nemůže být zamítnuta**.

Získaná data z příslušných subškál dotazníku dyadického přizpůsobení neprokázala vliv míšního poranění ani na míru *partnerské (dyadické) spokojenosti* ani na *partnerskou (dyadickou) soudržnost*. **Nelze tedy přijmout hypotézy Ha a Hb**.

Vliv míšního poranění se ovšem projevil na subškále *dyadické shody*. **Zamítáme** tedy **nulovou hypotézu** o neexistenci vlivu míšního poranění na partnerskou shodu a **přijímáme hypotézu Hc**. Na základě výsledků sebraných dat lze konstatovat, že partneři jedinců po míšním úrazu **vykazují signifikantně vyšší shodu** v partnerských (manželských) vztazích (respondenti ve výzkumné skupině mají vyšší průměrná pořadí 38,78>28,04).

Na základě dat z Triangulární škály lásky **nelze přijmout hypotézy H2 a H3** o vlivu míšního poranění na míru *intimity* a *závazku* v partnerských vztazích. U obou škál dotazníku tedy **nelze zamítnout nulovou hypotézu**.

7 Diskuze

Jelikož se ve své práci zabývám tématem, kterému není doposud v České republice věnována žádná ucelená práce ani empirická šetření, neměla jsem k dispozici vhodný teoretický rámec, ze kterého by mohl výzkum vycházet. V návaznosti na teoretickou část své práce jsem se rozhodla zjišťovat v části empirické spokojenost v partnerském vztahu s jedincem po míšním poranění. Původním záměrem bylo sebrání dat od skupiny partnerů, kteří si během vztahu prošli událostí míšního poranění, se skupinou partnerů, kteří si vybrali za svůj protějšek již jedince upoutaného na vozík. Tento záměr měl řadu odůvodnění.

V kontaktu s pracovníky organizací, věnující se primárně jedincům po míšním úrazu, jsme hovořili také na téma četnosti rozpadu vztahů bezprostředně po úrazu. Ačkoliv tyto informace nelze brát jako statisticky relevantní, osobní zkušenosti pracovníků vypovídají o častém rozpadu těchto vztahů. Příčin může být nepochybně celá řada: nejistá budoucnost páru v prvních fázích doprovázená strachem a obavami, dlouhá doba odloučení partnerů v rámci rehabilitačního programu po úrazu, náročnost vyrovnávání se s traumatem i možné dopady adaptačního procesu na osobnostní charakteristiky postiženého jedince apod. Partneri, u kterých došlo k míšnímu poranění v průběhu vztahu, zažívají svého partnera v jiné roli, než v jaké ho znali v době před úrazem. Aktuální partnerská spokojenost tak může být srovnávána s tím, co partneri zažívali v době před úrazem.

Naproti tomu navázání vztahu s jedincem, který je již upoután na invalidní vozík, představuje zcela odlišnou situaci. Úrazem postižený jedinec se už většinou vyrovnal se svým postižením a navázání nového partnerského vztahu může být chápáno jako součást úspěšného zvládnutí adaptačního procesu. Zdravý jedinec má navíc možnost seznámit se s charakterem postižení svého potencionálního partnera předem, když se rozhodne do vztahu investovat, dělá to i přes veškeré těžkosti a úskalí, která by mohl ve vztahu eventuálně spatřovat.

Porovnání těchto dvou skupin se jevílo výhodné i z hlediska metodologického, neboť obě skupiny respondentů spojuje právě existence míšního poranění partnera. Otázka pak měla zodpovědět, zda páry, které si prošly míšním úrazem v průběhu vztahu, nevykazují signifikantní rozdíly v partnerské spokojenosti. V případě prokázání signifikantního rozdílu mezi oběma skupinami by bylo možné pokládat si otázku: proč tomu tak je. Odpovědi na tyto otázky by mohly do budoucna přinést řadu intervenčních strategií, popřípadě rehabilitačních postupů, které by provedly páry situací míšního poranění a mohly by tak, v nejlepším případě, předcházet rozpadům těchto vztahů. V opačném případě by mohly přispět k efektivním

strategiím, s jejichž pomocí by příslušní odborníci mohli provádět partnery rozchodem (popřípadě rozvodem) s cílem minimalizovat destruktivní škody, které s sebou odloučení dvou jedinců může přinášet.

Otázka, kterou je třeba si na tomto místě položit, zní: z jakého důvodu se nepodařilo sebrat dostatečné množství dat proto, aby byl realizován tento původní záměr.

Jako velmi problematické v první řadě shledávám nesprávně zvolený způsob oslovení respondentů. Jsem si plně vědoma toho, že oslovovat zdravé partnery s žádostí o zapojení se do výzkumu skrze organizace, které se primárně věnují postiženým jedincům, není nejvhodnější metodou. Nevyvážené rozložení respondentů tak s největší pravděpodobností ovlivnila skutečnost, že dotazník vyplnili zaměstnanci těchto organizací. Není totiž výjimkou, že určité množství jedinců po míšním úrazu navázalo svůj vztah v době po úrazu s některým z pracovníků organizací a zařízení, kde probíhala jejich rehabilitace (často se jedná o pracovníky z řad zdravotních sester, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, ergoterapeutů atd.).

Dalším možným důvodem nedostatečného počtu sebraných dat pro statistickou analýzu může být neochota zdravých partnerů k vyplňování internetových dotazníků. Ta může být zapříčiněna značným množstvím intervenujících proměnných, od zdánlivě banálních, jako je nedostatek času, ale také vážnějších, jako je možný strach plynoucí z otevírání tématu, které by mohlo respondentovi způsobovat určitý diskomfort („když nejsem ve vztahu spokojený/á, tak nemám touhu vyplňovat dotazník na téma partnerské spokojenosti“). Tyto příčiny jsou však pouze spekulativní.

Posledním možným důvodem, který bych zde ráda uvedla, může být prostý fakt, že se vztahy mezi dvěma jedinci po míšním poranění opravdu často rozpadají. Bohužel nemáme v tuto chvíli k dispozici statistiky, které by mohly tuto domněnku potvrdit nebo vyvrátit.

Napadá mě zde, že jeden z možných způsobů jak dospět k vyžádanému rozložení respondentů, tedy k získání partnerů, kteří si společně prošli událostí míšního poranění, by bylo navázání kontaktu s těmito páry bezprostředně po úrazu v rámci pracovišť spinálních jednotek nebo rehabilitačních ústavů (v České republice např. rehabilitační ústav v Kladrubech). Ačkoliv v těchto fázích lze jen velmi těžko zjišťovat partnerskou spokojenost, neboť jsou partneři od okamžiku úrazu vzájemně odloučení, bylo by však možné longitudinálně sledovat oba partnery a nasbírat tak cenná data, například o procesu vyrovnávání se s traumatem, o návratu postiženého jedince do domácího prostředí,

o redefiniciích rolí v rámci domácnosti atd. Jednalo by se však o časově náročný projekt, jehož realizaci bych doporučila spíše pro navazující práce.

Přínosným zdrojem informací k této problematice by mohly být také výzkumy s partnery, kteří si prošli zkušeností vztahu s jedincem po míšním úrazu, jejichž vztah však dospěl k rozchodu nebo rozvodu. Ve svém výzkumném designu jsem ovšem vycházela z předpokladu, že získání těchto potencionálních respondentů by bylo značně problematické, a proto jsem tuto skupinu do výzkumu nezahrnula. I přesto by mohla data získaná od bývalých partnerů jedinců po míšním poranění přinést řadu poznatků z oblasti těchto partnerských vztahů.

Nerovnoměrné rozložení respondentů v rámci sebraných dat znemožnilo statistické srovnání. Metody, které jsem pro svůj výzkum zvolila, a sice dotazníky DAS a Triangulární škála lásky, nemají vytvořené normy, a proto bylo třeba sestavit komparační skupinu.

Když jsem se rozhodla zabývat se partnerskou spokojeností a pátrala jsem po dostupných metodách, narazila jsem na řadu obtíží. Většina z nich plynula právě z nejasné definice partnerské spokojenosti a značné metodologické náročnosti takovýto konstrukt měřit. V návaznosti na teoretickou část své práce jsem zpočátku zvažovala možnost zaměřit se na jednu konkrétní oblast partnerských vztahů a tu zkoumat. A ačkoliv by mohlo takovéto bližší zkoumání jedné oblasti přinést více informací hlubšího charakteru, v praxi se tento plán jevil jako ještě více komplikovaný. Musela jsem stále vycházet z toho, že při sběru dat budou respondenti oslovováni skrze organizace určené pro jedince po míšním poranění. Uvažovala jsem takto: sociální sítě, skrze které byl výzkum publikován, jsou primárně navštěvovány jedinci po míšním poranění. Výzkum proto musel být postaven tak, aby nebyl pro jedince po míšním poranění ohrožující a aby zde vznikla alespoň minimální ochota těchto jedinců o výzkumu říct svému protějšku. Kdybych se rozhodla zabývat se některým z témat blížeji, například sexualitou, byla by pravděpodobnost návratu dotazníků nejspíše ještě nižší. Konkrétně právě sexualita jedinců po míšním úrazu je doposud tabuizována i mezi zasaženými, je tedy náročné si představit, že by jedinci po míšním úrazu informovali své protějšky o probíhajícím výzkumu, který se dotýká takto choulostivého tématu. Bylo proto třeba zvolit takové dotazníky, které tyto rizika pokud možno minimalizují. A tak jako u všech internetových dotazníků, bylo třeba zvolit ty, které respondentovi nezaberou příliš dlouhý čas při jejich vyplňování. U příliš dlouhých online dotazníků, bez možnosti navázání osobního kontaktu mezi výzkumníkem a respondentem, vzniká určité riziko, že respondent dotazník nedokončí. Vědomá si těchto limitů jsem nabízela každému respondentovi možnost osobního

setkání, jehož cílem měl být následný sběr kvalitativních dat formou rozhovoru. Bohužel ani zde jsem příliš neuspěla, doposud projevily zájem pouze dvě respondentky, konkrétně ze skupiny partnerek, které si našly svůj protějšek již v době po úrazu.

Při volbě skupiny, se kterou budou sesbíraná data od zdravých partnerů porovnávána, jsem volila mezi několika možnostmi. Jako metodologicky nejvhodnější způsob se jevil sesbírat následně data v rámci celých párů, tedy rozeslat dotazníky zpět zdravým partnerům s žádostí, aby je vyplnily také jejich protějšky. Jelikož se však jednalo o anonymní dotazníky, musela jsem se zpětně obrátit na organizace a centra, která mi pomáhala se sběrem dat od zdravých partnerů. Jednotlivé dotazníky neměl být problém spárovat, a to na základě dostatečného množství anamnestických údajů (věk respondenta i jeho partnera, diagnóza, místo bydliště, charakter bydlení, zaměstnání obou partnerů, příspěvky...). Obrátila jsem se tedy proto zpět na spolupracující organizace, vysvětlila jsem jim komplikace, které se objevily, a požádala je o další spolupráci. I přesto, že se mi podařilo opět dostat dotazník v nové podobě na internet, začaly se mi vracet odpovědi od jedinců po místním poranění, jejichž zdraví partneri ovšem dotazník nevyplnili (anamnestická data většinou nebyla ani v jedné charakteristice kompatibilní). Problém byl také v počtu respondentů, dotazník vyplnili pouze 4 jedinci po místním poranění.

Nyní zbývaly dvě možnosti jak vytvořit komparační skupinu. První možnost byla na základě vybraných charakteristik nalézt v obecné populaci podobného jedince a požádat ho o vyplnění dotazníku. Tento postup se mi však zdál velmi nevhodný. Vyhledávat na internetu respondenty na základě věku, délky vztahu, počtu dětí a zaměstnání je velmi problematické, neboť nebyly u zdravých partnerů v původním dotazníku stanoveny takové anamnestické charakteristiky, které by umožňovaly metodologicky obhájit vytvořený pár, jehož data se srovnávají. Bohužel jsem však již neměla mnoho jiných možností, a tak jsem zvolila možnost vytvoření komparační skupinu z obecné populace, i přes nemožnost ohlídat velké množství intervenujících proměnných. Jsem si zcela vědoma toho, jak je tento postup problematický, právě z důvodu velmi malého množství anamnestických dat, na základě kterých by bylo možné eliminovat co možná největší množství nežádoucích proměnných.

Respondenti komparační skupiny byli taktéž oslovení prostřednictvím sociálních sítí. Jednalo se tak více méně o okruh mých známých, což může také přinášet zkreslující data.

Pro účely statistické analýzy byli zdraví partneři jedinců po míšním poranění sjednoceni do jednoho výzkumného souboru, i přes původní záměr porovnávání zdravých partnerů na základě doby, kdy došlo k míšnímu poranění. Respondenty tohoto souboru tak charakterizuje aktuální vztah s jedincem po míšním úrazu. Toto sjednocení může být zdrojem mnoha dalších zkreslení dat. Vyloučení jedné nebo druhé skupiny zdravých partnerů by však vedlo k dalšímu snížení respondentů, což pro mě nebylo žádoucí.

Z výše uvedených důvodů jsou výsledky mého výzkumu značně diskutabilní. Ve své práci se proto omezují na jejich interpretaci pouze v mezích statistického ověřování stanovených hypotéz. Nízký počet respondentů výzkumného souboru, neekvivalentnost ve velikosti porovnávaných souborů a nereprezentativnost obou souborů zamezuje jakékoliv další interpretace napříč oběma soubory. Jestli existuje signifikantní rozdíl v partnerské/manželské spokojenosti u jedinců ve vztahu s partnery po míšním úrazu, tak zůstává předmětem dalšího výzkumného bádání.

8 Závěr

Cílem této práce byla snaha přiblížit specifika partnerských vztahů s jedincem po míšním úrazu. Snahou této práce bylo pohlédnout na partnerskou spokojenost v těchto vztazích z pohledu zdravého partnera.

Teoretická část si brala za cíl zmapovat potenciální problematické oblasti, ze kterých mohou plynout konflikty ovlivňující celkovou spokojenost v partnerských vztazích. Tyto oblasti byly odvozeny z odborné literatury zabývající se partnerskými a manželskými vztahy u obecné populace a následně byly zpracovány do kontextu vztahu s jedincem po míšním poranění. Pozornost byla věnována zdravým partnerům jakožto individualitám a specifickým celého partnerského vztahu, jehož charakter může být do jisté míry ovlivňován právě míšním poraněním.

V praktické části jsem porovnávala míry dyadického přizpůsobení, intimity a závazku ve vztazích mezi zdravými partnery jedinců po míšním poranění a komparační skupinou respondentů z obecné populace. Na základě získaných dat se signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami projevil v testu dyadického přizpůsobení, konkrétně na subškále měřící míru dyadické shody, a to ve prospěch respondentů ve vztahu s jedincem po míšním poranění.

Záměrem této práce bylo přivést pozornost ke vztahům s jedinci po míšním poranění, a přispět tak k diskusi nad možnými specifiky vztahu, které se mohou u těchto páru vyskytovat. Osobně se domnívám, že systematický výzkum v oblasti párů s tělesným handicapem by mohl přinést také mnoho podnětných poznatků využitelných odbornou veřejností při své práci s jedinci s tělesným postižením.

9 Seznam použité literatury

Amato, M. P., Lundberg, N., Ward, P. J., Schaalje, B. G., & Zabriskie, R. (2016). The Mediating Effects of Autonomy, Competence, and Relatedness During Couple Leisure on the Relationship Between Total Couple Leisure Satisfaction and Marital Satisfaction. *Journal Of Leisure Research*, 48(5), 349-373.

Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=10&sid=eb954ab9-0319-4ac3-a109-c6b4949df66a%40sessionmgr4008&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=s3h&AN=117778024>

Angel, S., & Buus, N. (2011). The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*. 2011; 6(4).

<http://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7199>

Aron, A., & Westbay, L. (1996). Dimensions of the Prototype of Love. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 70(3), 535-551. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.535>

Bierzová, J. (2006) Rozdělení domácích prací a péče o děti v rodině. In A. Křížková, H. Maříková, H. Hašková, & J. Bierzová, *Pracovní a rodinné role a jejich kombinace v životě českých rodičů: plány versus realita* (pp. 73-86). Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 80-7330-112-1

Buehler, S. (2017). *What every mental health professional needs to know about sex*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-7446-8

Buchanan K.M., & Elias L.J. (1999). Personality & behaviour changes following spinal cord injury: Self perceptions-partner's perceptions. [Abstract]. *Axone*, 21(2), 36–39.

Dostupné z: <http://europepmc.org/abstract/med/10732522>

Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. P. (2008). No fun anymore: Leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal Of Marriage & Family*, 70(1), 28-43.

<http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00459.x>

Crewe, N.M., & Krause, J.S. (1988). Marital relationships and spinal cord injury. [Abstract]. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69(6), 435-438.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3377669>

Česká asociace paraplegiků. (2010). *Poškození páteře a míchy*. Citováno dne: 07.07.2017.

Dostupné z: <http://www.czepa.cz/poraneni-michy-/poskozeni-michy/>

Dallaire, Y. (2009). *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-523-3

DeVivo, M.J., & Fine, P.R. (1985). Spinal cord injury: its short-term impact on marital status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(8), 501-4.

Dostupné z: [http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993\(85\)91237-7/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993(85)91237-7/pdf)

Faltýnková, Z. (2012). *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků- CZEPA za podpory Úřadu vlády ČR a Vládního výboru pro zdravotně postižené občany.

Dostupné z: <http://www.czepa.cz/cinnost/publikace-a-dvd/publikace/>

Faltýnková, Z., Kříž, J. & Kábrtová, A. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR.

Dostupné také z: <http://www.czepa.cz/cinnost/publikace-a-dvd/publikace/>

Fekete, C., Siegrist, J., Reinhardt, J.D., & Brinkhof, M.W.G. (2014). Is Financial Hardship Associated with Reduced Health in Disability? The Case of Spinal Cord Injury in Switzerland. *PLoS One*, 9(2):e90130. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0090130>

Fincham, F.D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 23-27. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.01215>

Gottman, J.M., & Silver, N. (2015). *Sedm principů spokojeného manželství*. Příbram: Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-87270-74-5

- Graham, J.M., Liu, Y.J., & Jeziorski, J.L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x>
- Hadj-Moussová, Z. (1999). Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In M. Vágnerová, Z. Hadj-Moussová, & S. Štech, *Psychologie handicapu* (pp. 57-77). Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-7184-929-4
- Harrison, J., Glass, C.A., Owsens, R.G., & Soni, B.M. (1995). Factors Associated With Sexual Functioning in Woman Following Spinal Cord Injury. *Paraplegia*, 33(12), 687-692. <http://doi.org/10.1038/sc.1995.144>
- Hayesová, N. (2013). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0534-0
- Holman, T.B., & Jacquart, M. (1988). Leisure-Activity Patterns and Marital Satisfaction: A Further Test. *Journal Of Marriage & Family*, 50(1), 69-77. <http://doi.org/10.2307/352428>
- Hubinková, Z. (2008). *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1593-3
- Chaloupková, J. (2005). Faktory ovlivňující dělbu domácí práce v českých domácnostech a hodnocení její spravedlnosti. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 41 (1), Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288
- Chan, R.C. (2000). How does spinal cord injury affect marital relationship? A story from both sides of the couple. *Disability & Rehabilitation*, 22(17), 764-775. <http://doi.org/10.1080/09638280050200269>
- Khazaeipour, Z., Ahmadipour, E., Rahimi-Movaghar, V., Ahmadipour, F., Vaccaro, A.R., & Babakhani, B. (2017). Association of pain, social support and socioeconomic indicators in patients with spinal cord injury in Iran. *Spinal Cord*, 55(2), 180-186. <http://doi.org/10.1038/sc.2016.160>

Kornrich, S., Brines, J., & Leupp, K. (2012). Egalitarianism, Housework, and Sexual Frequency in Marriage. *American Sociological Review*, 78(1), 26–50.

<http://doi.org/10.1177/0003122412472340>

Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-646-9

Kreuter, M., Sullivan, M., & Siösteen, A. (1994). Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experience. *Paraplegia*, 32(4), 225-235.

<http://doi.org/10.1038/sc.1994.42>

Kreuter, M., Sullivan, M., & Siösteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationship in spinal paraplegia: a controlled study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(6), 541-548. [http://doi.org/10.1016/S0003-9993\(96\)90292-0](http://doi.org/10.1016/S0003-9993(96)90292-0)

Kreuter, M., Sullivan, M., Dahllöf, A.G., & Siösteen, A. (1998) Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. *Spinal Cord*, 36(4), 252-61. <http://doi.org/10.1038/sj.sc.3100592>

Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A., & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual function and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(1), 154-160.

<http://doi.org/10.1038/sc.2010.51>

Kudláček, M. (2014). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3954-9

Dostupné z: <https://publi.cz/books/144/Kudlacek.html>

Lacinová, L. (2012). Konflikty v manželství a partnerství. *Psychologie pro praxi*, (3/4), 9-23.

Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=5&sid=8655c805-6ea1-47f3-b53b->

[881e0ec04b22%40sessionmgr101&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=84703032&db=a9h](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=5&sid=8655c805-6ea1-47f3-b53b-881e0ec04b22%40sessionmgr101&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=84703032&db=a9h)

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017). *Dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Citováno dne: 20.06.2017. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8>

Montesino, M.L.C., Gómez, J.L.G., Fernández, M.E.P., & Rodríguez, J.M.A. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema*, 25(4), 536-41. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.85>

Možný, I. (2002). *Základy sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-05-9

Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9

Orthner, D.K. (1975). Leisure Activity Patterns and Marital Satisfaction Over the Marital Career. *Journal Of Marriage & Family*, 37(1), 91-102. <http://doi.org/10.2307/351033>

Perel, E. (2013). *The secret to desire in a long term relationship*. [Video file].

Dostupné z:

https://www.ted.com/talks/esther_perel_the_secret_to_desire_in_a_long_term_relationship

Phelps, J. Albo, M., Dunn, K., & Joseph, A. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: activities, fiction, needs, and predictors of sexual adjustment. *Archives of sexual behavior*, 30(6), 591-602. <http://doi.org/10.1023/A:1011910900508>

Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny. Struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-039-2

Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3

Prouty, A.M., Markowski, E.M., & Barnes, H.L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale in Marital Therapy: An Exploratory Study. *The Family Journal*, 8(3), 250-257. <http://doi.org/10.1177/1066480700083006>

- Richards, E., Tepper, M., Whipple, B. & Komisaruk, B.R. (1997). Women with Complete Spinal Cord Injury: A Phenomenological Study of Sexuality and Relationship Experiences. *Sexuality & Disability*, 15(4), 271-283. <http://doi.org/10.1023/A:1024773431670>
- Rutter, V. (2016). Love & Lust. In *Psychology Today*. Citováno dne: 08.06.2017. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/articles/201407/love-lust>
- Slaměník, I. (2008). Afiliace, atraktivita, láska. In J. Výrost, & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie* (pp. 249-266). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3311-1
- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0217-2
- Soudková, M. (2006). *O zdravých vztazích mezi lidmi: přátelství a manželství*. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-196-8
- Spanier, G.B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28. <http://doi.org/10.2307/350547>
- Sprecher, S. (2002). Sexual Satisfaction in Premarital Relationships: Associations with Satisfaction, Love, Commitment, and Stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190-196. <http://doi.org/10.1080/00224490209552141>
- Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychol.Revue*, 93(2), 119-135. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Sternberg, R.J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal Of Social Psychology*, 27(3), 313-335. Dostupné z: <http://vivanautics.com/pdf/Sternberg1997.pdf>
- Strnadová, V. (2006). *Sociální vnímání (percepce)*. Knihovnicko-informační zpravodaj U nás, 16 (4). Dostupné z: http://www.svkhhk.cz/SVKHK/u-nas-pdf_archiv/756.pdf

Šamánková, M. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7

Šrámková, T. (1998). *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou MZ ČR a firem Pharmacia & Upjohn s.r.o., Serona Pharma Services s.r.o. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/cinnost/publikace-a-dvd/publikace/>

Šulová, L. (1989). Možnosti posilování stability manželství. In R. Oliverius a kol., *Psychologické problémy rodiny a rodinných vztahů* (pp. 67-68). Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-7066-038-4

Tawashy, A., Eng, J.J., Lin, K.H., Tang, P.F., & Hung, C. (2009). Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue, and depression in individuals with spinal cord injury: A correlational study. *Spinal Cord*, 47(4),301–306. <http://doi.org/10.1038/sc.2008.120>

Trestrová, O. (2011). *Intimita a závazek v partnerských vztazích v mladé dospělosti*. (Diplomová práce). Publikováno 2012: MU FS. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/219837/fss_m/

Trost, J.E. (1985). Abandon Adjustment! *Journal Of Marriage & Family*, 47(4), 1072-1073.

Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=14&sid=8655c805-6ea1-47f3-b53b-881e0ec04b22%40sessionmgr101&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=5272798&db=sih>

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4

Vávrová, P., & Pastucha, D. (2013). Psychohygienu (nejen) jako prevence syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Pracovní lékařství*, 65(1/2), 53-58.

Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=14&sid=eb954ab9-0319-4ac3-a109-c6b4949df66a%40sessionmgr4008&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=89932549&db=a9h>

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5

Vinokur, A.D., Price, R.H., & Caplan, R.D. (1996). Hard Times and Hurtful Partners: How Financial Strain Affects Depression and Relationship Satisfaction of Unemployed Persons and Their Spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 166-179. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.166>

Výrost, J. (2008). Osobní vztahy. In J. Výrost, & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie* (pp. 233-248). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8

Westgren, N., & Levi, R. (1999). Sexuality After Injury: Interviews with Women After Traumatic Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability*, 17(4), 309-319. <http://doi.org/10.1023/A:1021377629401>

Wiwanitkit, V. (2009). Lower Paraplegia in Females: Sexuality Aspects. *Sexuality & Disability*, 27(1), 61-63. <http://doi.org/10.1007/s11195-008-9104-x>

World Health Organization. Sexual Health. Sexual and reproductive health.

Dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Zachová, J., & Köhlerová, M. (2014). Pentaplegie a možnosti její rehabilitace. *Mladá fronta: Zdravotnictví a medicína*, 18/2014, str. 31.

Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/pentaplegie-a-moznosti-jeji-rehabilitace-477310?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

10 Přílohy

Příloha 1. Test dyadického přizpůsobení (Kratochvíl, 2009)

Instrukce

Většina lidí v některých otázkách nesouhlasí se svým partnerem. Zaznamenejte, prosím, u každé následující položky míru souhlasu či nesouhlasu mezi vámi a vaším partnerem.

	Vždy shoda	Téměř vždy shoda	Občas neshoda	Často neshoda	Téměř vždy neshoda	Vždy neshoda
1. Nakládání s rodinnými příjmy						
2. Rekreace						
3. Náboženství						
4. Projevování citů						
5. Přátelé						
6. Sex						
7. Správné nebo vhodné chování						
8. Životní filosofie						
9. Jednání s rodiči a příbuznými						
10. Cíle a důležité záležitosti						
11. Množství času stráveného spolu						
12. Důležitá rozhodnutí						
13. Úkoly v domácnosti						
14. Volný čas a zájmy						
15. Rozhodnutí týkající se zaměstnání						

	Pořád	Často	Spíše častěji	Občas	Zřídka	Nikdy
16. Jak často hovoříte nebo uvažujete o rozvodu, odloučení nebo ukončení vztahu?						
17. Jak často vy nebo váš partner po hádce odchází z domu?						
18. Jak často vás napadne, že vztah mezi vámi a vaším partnerem je v pořádku?						
19. Důvěřujete svému partnerovi?						
20. Litujete toho, jste se oženil/vdala nebo že žijete společně?						
21. Jak často se se svým partnerem hádáte?						
22. Jak často si se svým partnerem jdete na nervy?						

Jak často se následující chování vyskytuje mezi vámi a vaším partnerem?

	Každý den	Téměř každý den	Příležitostně	Zřídka	Nikdy
23. Políbíte svého partnera?					
24. Chodíte společně ven za zábavou a koníčky?					

	Nikdy	Méně než jednou za měsíc	Jednou nebo dvakrát za měsíc	Jednou nebo dvakrát týdně	Jednou denně	Častěji než jednou denně
25. Máte podnětnou výměnu názorů						
26. Společně se smějete						
27. Klidně o něčem diskutujete						
28. Společně něco plánujete						

Dále jsou uvedeny některé momenty, v nichž se páry někdy shodnou a někdy ne. Označte u následujících položek, zda během posledních několika týdnů mezi vámi vznikly rozpory nebo problémy v popsaném chování. (Zaškrtněte kolonku Ano nebo Ne.)

	Ano	Ne
29. Nezámám o sex		
30. Neprojevování lásky		

31. Jednotlivé body na ose představují různé stupně štěstí ve vztahu. Střední bod „šťastné“ odpovídá spokojenosti ve vztahu, jaký je ve většině vztahů (manželství). Zakroužkujte bod, který nejlépe vystihuje stupeň štěstí ve vašem vztahu.

• • • • • • •
 Krajně Značně Trochu Šťastné Velmi Nesmírně Dokonalé
 nešťastné nešťastné nešťastné šťastné šťastné šťastné

32. Který z následujících výroků vyjadřuje nejlépe vaše pocity týkající se budoucnosti vašeho vztahu?

- Nesmírně si přeji, aby se náš vztah vydařil, a udělal(a) bych pro to cokoliv.
- Velmi si přeji, aby se náš vztah vydařil, a udělám vše, co je v mých silách, aby tomu tak bylo.
- Velmi si přeji, aby se náš vztah vydařil, a budu k tomu poctivě přispívat.
- Byl(a) bych rád(a), kdyby se náš vztah vydařil, ale sám(a) pro to nemohu udělat víc, než dělám.
- Byl(a) bych rád(a), kdyby se náš vztah vydařil, ale odmítám proto dělat víc, než dělám nyní.
- Náš vztah se nemůže vydařit a já pro něj nemohu nic udělat.

Příloha 2. Triangulární škála lásky (Trestrová, 2011)

Následující tvrzení se týkají partnerského vztahu.

U každého z následujících tvrzení vyjádřete svůj souhlas nebo nesouhlas na škále od 1 do 7.

(1-vůbec nesouhlasím , 4- středně, 7-zcela souhlasím):

vůbec nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 zcela souhlasím

1. Aktivně pečuji o partnerovo/partnerčino blaho.
2. S partnerem/partnerkou mám vřelý vztah.
3. V případě potřeby se mohu na partnera/partnerku spolehnout.
4. Můj partner/ Má partnerka se na mě může v případě potřeby spolehnout.
5. Jsem připravený/á s partnerem/ partnerkou sdílet svůj život i majetek.
6. Můj partner/má partnerka mě hodně emočně podporuje.
7. Svého partnera/svou partnerku hodně emočně podporuji.
8. S partnerem/ partnerkou se mi dobře komunikuje.
9. Můj partner/partnerka pro mne v životě znamená hodně.
10. S partnerem/partnerkou jsem si blízký/á.
11. Ve vztahu s partnerem/ partnerkou je mi příjemně.
12. Mám pocit, že partnerovi/partnerce opravdu rozumím.
13. Mám pocit, že mi partner/partnerka opravdu rozumí.
14. Mám pocit, že partnerovi/partnerce mohu skutečně věřit.
15. Svěřuji se partnerovi/ partnerce se svými osobními záležitostmi, které jsou hodně důvěrné.
16. Už samotný pohled na partnera/partnerku je pro mne vzrušující.
17. Přes den na partnera/partnerku často myslím.
18. Můj vztah s partnerem/partnerkou je velmi romantický.
19. Můj partner/partnerka je pro mě velmi přitažlivý/á.
20. Myslím, že mám ideálního partnera/ ideální partnerku.

21. Nikdo jiný by mě nedokázal udělat tak šťastným/šťastnou, jako to dokáže můj partner/má partnerka.
22. Chci být raději s partnerem/partnerkou než s někým jiným.
23. Nic pro mě není důležitější než vztah s partnerem/partnerkou.
24. Fyzický kontakt s partnerem/partnerkou je mi velmi příjemný.
25. Na mém vztahu s partnerem/partnerkou je něco „magického“.
26. Svého partnera/partnerku zbožňuji.
27. Neumím si představit svůj život bez partnera/partnerky.
28. Můj vztah s partnerem/partnerkou je vášnivý.
29. Když se dívám na romantické filmy nebo čtu romantické knihy, myslím na partnera/partnerku.
30. Často sním o svém partnerovi/své partnerce.
31. Vím, že mi na partnerovi/partnerce záleží.
32. Jsem odhodlaný/odhodlaná udržet svůj vztah s partnerem/partnerkou.
33. Nedovolil/a bych, aby nás lidé rozdělili, kvůli závazku, který pocítuji ke svému partnerovi/partnerce.
34. Jsem si jistý/á, že můj vztah k partnerovi/partnerce je stabilní.
35. Nedovolil/a bych, aby cokoliv stálo v cestě mému závazku k partnerovi/partnerce.
36. Předpokládám, že partnera/partnerku budu milovat po celý život.
37. Vždy budu za partnera/partnerku cítit silnou zodpovědnost.
38. Vnímám svůj vztah k partnerovi/partnerce jako pevný.
39. Neumím si představit rozpad svého vztahu s partnerem/partnerkou.
40. Jsem si jistý/á svou láskou k partnerovi/partnerce.
41. Vnímám svůj vztah s partnerem/partnerkou jako stálý.
42. Vidím svůj vztah s partnerem/partnerkou jako dobré rozhodnutí.
43. Cítím zodpovědnost k partnerovi/partnerce.
44. Ve svém vztahu s partnerem/partnerkou plánuji pokračovat.
45. I když se s partnerem/partnerkou těžko vychází, zůstávám našemu vztahu věrný/věrná.

Příloha 3. Detailní charakteristiky výzkumné skupiny

Respondent	Pohlaví	Věk respo.	Věk partn.	Charakter vztahu	Věk dětí	Délka vztahu	Doba úrazu partnera	Diagnóza	Bydlení		
1	Žena	31	34	Manželství s dětmi	7 let	11 let	před 6 lety	paraplegie	V domě	společně	s rodiči mého manžela
2	Žena	29	34	Partnerství bez dětí		3 roky	před 18 lety	kvadruplegie	V bytě	společně	sami
3	Žena	33	34	Partnerství bez dětí		2 roky	před 5 lety	tetraplegie	V domě	společně	s rodiči mého partnera
4	Žena	33	36	Partnerství s dětmi		2 roky	před 17 lety	tetraplegie	V domě	odděleně	se synem ve střídavé péči (partnerovo dítě)
5	Žena	52	52	Partnerství bez dětí		1 rok	před 6 lety	paraplegie	V domě	odděleně	sami
6	Žena	35	30	Partnerství bez dětí		2 roky	před 12 lety	paraplegie	V bytě	střídavě	sami
7	Žena	41	50	Partnerství s dětmi	13 let	2 roky	před 25 lety	kvadruplegie	V domě	odděleně	s rodiči mého partnera
8	Muž	40	40	Partnerství s dětmi	10 a 12 let	15 let	před 19 lety	paraparéza	V bytě	společně	s dětmi
9	Žena	24	31	Partnerství bez dětí		1 rok	před 19 lety	tetraplegie	V bytě	společně	sdíleně (některá z forem spolubydlení)
10	Muž	45	36	Partnerství bez dětí		0,5 roku	před 17 lety	paraplegie	V bytě	odděleně	sami
11	Žena	32	36	Partnerství s dětmi	2 roky	6 let	před 11 lety	paraplegie	V bytě	společně	sami
12	Muž	37	38	Manželství s dětmi	16 a 14 let	27 let	před 10 lety	kvadruplegie	V domě	společně	sami
13	Muž	25	24	Partnerství bez dětí		7 let	před 5 lety	paraplegie	V bytě	společně	sami
14	Žena	32	31	Manželství bez dětí		5 let	před 15 lety	kvadruplegie	V bytě	společně	sami
15	Žena	36	38	Partnerství bez dětí		1 rok	před 19 lety	tetraplegie	V bytě	společně	se sestrou partnera
16	Žena	46	31	Partnerství bez dětí		2 roky	před 11 lety	paraplegie	V bytě	společně	sami
17	Muž	39	29	Partnerství s dětmi	1 rok	3 roky	před 7 lety	paraplegie	V bytě	společně	sami
18	Muž	23	26	Partnerství bez dětí		2 roky	před 6 lety	kvadruplegie	V bytě	společně	sami
19	Žena	35	43	Manželství s dětmi	8,8 a 1 rok	13 let	před 21 lety	paraplegie	V domě	společně	sami
20	Žena	40	45	Manželství s dětmi	15 let	16 let	před 14 lety	paraplegie	V domě	společně	sami

Respondent	Zaměstnání respondenta	Zaměstnání partnera	Příspěvky
1	nezaměstnaná-péče o osobu blízkou	nezaměstnaný	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod, náhrada za ztrátu výdělku
2	zaměstnání (tříčtvrtečný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod
3	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	invalidní důchod
4	zaměstnání (plný úvazek)	podnikání nebo práce na živnostenský list	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod
5	podnikání nebo práce na živnostenský list	zaměstnání (plný úvazek)	invalidní důchod
6	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod,
7	zaměstnání (plný úvazek)	nezaměstnaný	příspěvek na péči, dopravu a invalidní důchod
8	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	invalidní důchod
9	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	invalidní důchod
10	zaměstnání (plný úvazek), student	podnikání nebo práce na živnostenský list	pobírá, ale nevím
11	zaměstnání (plný úvazek), mateřská dovolená	zaměstnání (poloviční úvazek)	příspěvek na péči, na mobilitu, invalidní důchod
12	podnikání nebo práce na živnostenský list	invalidní důchod	příspěvek na péči ,příspěvek na mobilitu, invalidní důchod
13	zaměstnání (plný úvazek)	nezaměstnaná	příspěvek na péči, invalidní důchod
14	zaměstnání (poloviční úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	příspěvek na péči, invalidní důchod
15	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	příspěvek na péči, invalidní důchod
16	zaměstnání (plný úvazek), podnikání	zaměstnání (plný úvazek)	ne
17	zaměstnání (plný úvazek), podnikání	mateřská dovolená	příspěvek na péči, invalidní důchod
18	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, invalidní důchod
19	rodičovská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod
20	zaměstnání (poloviční úvazek)	invalidní důchod	příspěvek na péči, mobilitu a invalidní důchod

Příloha 4. Detailní charakteristiky komparační skupiny

Respondent	Pohlaví	Věk respo.	Věk partn.	Vzdělání respo.	Charakter vztahu	Věk dětí	Délka vztahu	Bydlení	
1	Žena	25	29	VŠ	Manželství s dětmi	2 roky	9 let	ves u Pardubic	V domě
2	Žena	27	33	VŠ	Manželství s dětmi	9 měsíců	8 let	Obec Praha - západ	V domě
3	Žena	25	26	SŠ s maturitou	Partnerství bez dětí		2 roky	Ostrava	V domě
4	Žena	53	72	SŠ bez maturity	Partnerství bez dětí		20 let	Praha	V domě
5	Žena	23	31	VŠ	Partnerství bez dětí		6 let	Praha	V bytě
6	Muž	23	25	VŠ	Manželství bez dětí		2 roky	Praha	V bytě
7	Žena	26	28	VŠ	Manželství bez dětí		7 let	Brno	V bytě
8	Žena	40	38	SŠ s maturitou	Manželství s dětmi	7let, 2,5 roku	12 let	vecnie Přívozec	V domě
9	Žena	34	44	VŠ	Manželství s dětmi	7 let, 2 roky	15 let	vesnice u Kolína	V domě
10	Žena	50	52	SŠ s maturitou	Manželství s dětmi	23 a 26 let	26 let	Praha	V bytě
11	Žena	48	50	VŠ	Partnerství bez dětí		9 let	Praha	V bytě
12	Žena	26	24	VŠ	Manželství bez dětí		4 roky	Praha	V bytě
13	Žena	40	43	SŠ s maturitou	Manželství s dětmi	10 let, 6,5 roku	14 let	Ostrava	V bytě
14	Žena	33	39	VŠ	Manželství bez dětí		5 let	Milevsko	V bytě
15	Muž	50	48	SŠ s maturitou	Partnerství bez dětí		8 let	Praha	V bytě
16	Žena	29	40	VŠ	Partnerství bez dětí		3 roky	Praha	V bytě
17	Žena	29	32	VŠ	Partnerství s dětmi	5 let	3 roky	vesnice u Hořovic	V domě
18	Žena	29	33	VŠ	Manželství bez dětí		4 roky	vesnice mezi Vlašimí a	V domě
19	Muž	33	29	VOŠ	Manželství bez dětí		4 roky	Studený	V domě
20	Muž	32	29	SŠ bez maturity	Partnerství s dětmi	5 let	3 roky	vesnice u Hořovic	V domě
21	Žena	40	47	SŠ bez maturity	Manželství s dětmi	17 a 12 let	21 let	Stříbro	V bytě

22	Žena	27	26	VOŠ	Partnerství bez dětí		2 roky	Hořovice	V bytě
23	Žena	25	27	VOŠ	Partnerství bez dětí		2 roky	Hořovice	V bytě
24	Žena	25	28	SŠ s maturitou	Partnerství bez dětí		7 let	Praha	V bytě
25	Žena	23	23	VŠ	Partnerství bez dětí		3 roky	Praha	V bytě
26	Žena	27	33	VŠ	Manželství bez dětí		5 let	Hradec Králové	V bytě
27	Žena	30	38	VŠ	Manželství s dětmi	8 měsíců	5 let	Praha	V bytě
28	Žena	30	33	VŠ	Manželství bez dětí		9 let	Praha 6	V bytě
29	Žena	25	28	VŠ	Partnerství bez dětí		3 roky	Praha	V bytě
30	Žena	23	34	SŠ s maturitou	Partnerství bez dětí		2 roky	Praha	V bytě
31	Žena	27	26	VŠ	Partnerství bez dětí		4 roky	Berlín	V bytě
32	Žena	33	38	VŠ	Manželství s dětmi	1 rok	3 roky	Praha	V bytě
33	Žena	28	33	VŠ	Manželství s dětmi	1 a 3 roky	6 let	Praha	V bytě
34	Žena	61	61	SŠ s maturitou	Manželství s dětmi	24 a 27 let	28 let	Praha	V bytě
35	Žena	24	33	SŠ s maturitou	Manželství s dětmi	1,5 roku	10 let	Praha	V bytě
36	Žena	25	30	VŠ	Partnerství bez dětí		3 roky	Praha	V bytě
37	Muž	26	37	VŠ	Manželství s dětmi	1 rok	5 let	Praha	V bytě
38	Muž	23	20	VŠ	Partnerství bez dětí		4 roky	Praha	V bytě
39	Žena	23	26	VŠ	Partnerství bez dětí		3 roky	Praha	V bytě
40	Žena	35	38	VŠ	Partnerství s dětmi	0,5 roku	13 let	vesnice - Západní Čechy	V domě
41	Žena	30	30	VŠ	Manželství bez dětí		12 let	Votice	V bytě
42	Žena	46	51	SŠ bez maturity	Manželství s dětmi	7 let	27let	Blížejov	V domě

Respo.	Zaměstnání respondenta	Zaměstnání partnera	Příspěvky	Respo.	Zaměstnání respondenta	Zaměstnání partnera	Příspěvky
1	podnikání nebo práce na živnostenský list	podnikání nebo práce na živnostenský list	rodičovský příspěvek	22	nezaměstnaná	zaměstnání (plný úvazek)	ne
2	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek), student	rodičovský příspěvek	23	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne
3	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	24	student	zaměstnání (plný úvazek)	ne
4	zaměstnání (poloviční úvazek)	nezaměstnaný (důchod)	starobní důchod	25	zaměstnání (poloviční úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne
5	student	zaměstnání (plný úvazek)	ne	26	podnikání nebo práce na živnostenský list	podnikání nebo práce na živnostenský list, zmaestnání (plný úvazek)	ne
6	zaměstnání (plný úvazek)	student	ne	27	rodičovská dovolená	podnikání nebo práce na živnostenský list, zaměstnání (poloviční úvazek)	ne
7	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	28	podnikání nebo práce na živnostenský list, zaměstnání (poloviční úvazek)	podnikání nebo práce na živnostenský list	Ne
8	rodičovská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	Ne	29	podnikání nebo práce na živnostenský list, zaměstnání (poloviční úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne
9	rodičovská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	rodičovský příspěvek	30	brigáda, student	podnikání nebo práce na živnostenský list, zaměstnání (plný úvazek)	ne
10	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	31	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	přítel dostává fin. podporu pro studenty
11	zaměstnání (plný úvazek)	brigáda	ne	32	rodičovská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	rodičovský příspěvek, phd stip.
12	student	zaměstnání (plný úvazek)	ne	33	student, rodičovská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	rodičovský příspěvek
13	zaměstnání (plný úvazek)	podnikání nebo práce na živnostenský list	ne	34	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	starobní důchod - oba
14	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	35	student, rodičovská dovolená	nezaměstnaný	rodičovský příspěvek
15	brigáda	zaměstnání (plný úvazek)	ne	36	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (poloviční úvazek)	ne
16	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	37	zaměstnání (poloviční úvazek)	zaměstnání (plný úvazek), student, mateřská dovolená	mateřská
17	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	38	podnikání nebo práce na živnostenský list, zaměstnání (poloviční úvazek)	brigáda, student	ne
18	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	39	brigáda, student	zaměstnání (plný úvazek), student	ne
19	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	40	brigáda, student	podnikání nebo práce na živnostenský list	rodičovský příspěvek
20	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	41	mateřská dovolená	zaměstnání (plný úvazek)	ne
21	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne	42	zaměstnání (plný úvazek)	zaměstnání (plný úvazek)	ne