

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických
pacientů a jejich intimních partnerů

Coping with Illness and Relationship Satisfaction at
Oncological Patients and their Intimate Partners



Rigorózní práce

Autor práce: Mgr. Kateřina Purová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Olomouc

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich intimních partnerů“ vypracovala samostatně na základě uvedených pramenů (viz. Seznam použitých zdrojů a literatury).

V Olomouci dne Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí rigorózní práce PhDr. Marii Marečkové, Ph.D. za její čas a ochotu, kterou mi při tvorbě předkládané práce věnovala.

Další poděkování patří MUDr. V. Krušínské, MUDr. J. Koutné a MUDr. I. Přemyslovské-Purové, za spolupráci a ochotu při předávání dotazníků onkologickým pacientům a pacientkám.

Mé poděkování jistě patří i mojí rodině a blízkým, kteří mi při psaní práce byli nenahraditelnou oporou a svoji trpělivostí a porozuměním mi dodávali potřebnou energii a vytrvalost.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část	8
1. Onkologické onemocnění.....	8
1.1. Vymezení a vznik onkologického onemocnění.....	8
1.2. Fáze onkologického onemocnění	10
1.3. Psychosociální důsledky onkologického onemocnění.....	12
1.4. Nemoc a posttraumatický rozvoj.....	13
1.5. Statistika vybraných onkologických onemocnění.....	15
2. Zvládání.....	18
2.1. Zvládání versus obrana	18
2.2. Stresory a způsoby jejich zvládání	20
2.3. Zvládání nemoci.....	23
2.4. Zvládání bolesti.....	27
2.5. Metody měření copingových strategií.....	28
2.6. Odolnost mužů a žen	29
2.7. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu.....	31
3. Sociální opora.....	36
3.1. Význam a působení sociální opory	36
3.2. Druhy sociální opory.....	38
3.3. Sociální opora jako copingová strategie	40
4. Partnerský vztah	42
4.1. Partnerství v jednotlivých obdobích života	42
4.2. Vývoj partnerského vztahu.....	48
4.3. Očekávání mužů a žen	51
4.4. Partnerská spokojenost	52
4.5. Metody měření partnerského vztahu.....	55

4.6.	Partnerský vztah a onkologické onemocnění	59
5.	Výchozí studie pro výzkumnou část	63
	Praktická část	70
6.	Hlavní teoretická východiska, výzkumné cíle a hypotézy	70
7.	Výzkumné metody	74
7.1.	Typ výzkumného šetření.....	74
7.2.	Metoda WOC-CA	74
7.3.	Metoda DAS.....	76
8.	Průběh a etika výzkumného šetření.....	79
9.	Výzkumný soubor	80
9.1.	Způsob výběru výzkumného souboru.....	80
9.2.	Velikost výzkumného souboru.....	80
9.3.	Sociodemografické údaje	81
9.4.	Popis výzkumného souboru.....	81
10.	Výsledky výzkumu	84
10.1.	Použité statistické metody	84
10.2.	Výsledky měření	92
10.3.	Ověření platnosti hypotéz	94
11.	Diskuse.....	107
12.	Závěr	111
	Souhrn.....	112
	Seznam použitých zdrojů a literatury	115
	Seznam Příloh.....	122
	Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt rigorózní práce	
	Příloha č. 2: Dotazníky	

Úvod

Tématem předkládané rigorózní práce je zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich intimních partnerů. Diagnóza nádorového onemocnění zásadním způsobem ovlivní život nemocného a také jeho blízkých, kteří mu poskytují potřebnou podporu a pomoc. U nemocných dochází nejenom ke změnám v oblasti tělesné či emoční, ale také v oblasti sociální, na úrovni mezilidských vztahů. Dostávají se do role pacientů, kteří potřebují pomoc a péči od svých blízkých. Poskytovateli péče mohou být partneři, děti, rodiče, sourozenci či přátelé. Pro tuto práci se však stává stěžejní zvládání nádorového onemocnění v rámci intimního vztahu. Partnerský vztah se svojí kvalitou a významem liší od ostatních sociálních vztahů, např. těch, které vznikají mezi rodiči a dětmi. Mezi partnery dochází ke specifickým interakcím a aktivaci jak individuálních, tak společných strategií zvládání nemoci. To, jak se partneři dokáží nové situaci přizpůsobit, může mít vliv na další fungování jejich vzájemného soužití. Méně adaptivní způsoby zvládání mohou negativně ovlivnit partnerskou spokojenost a funkčnost vztahu. Na druhé straně existují i adaptivnější způsoby zvládání, které mohou oběma partnerům pomoci se s náročnou životní událostí vyrovnat a mohou vést k zachování či dokonce posílení partnerského vztahu, vzájemné důvěry a blízkosti.

Onkologické onemocnění je v dnešní společnosti značně rozšířené, o čemž svědčí i následující statistické údaje. Podle statistik WHO (Světová zdravotnická organizace) ročně umírá na onkologické onemocnění 8 000 000 lidí na světě. Z toho k 1 850 000 úmrtí dochází v Evropě, což je více než 20 % z celkového počtu. Nádorová onemocnění představují po kardiovaskulárních problémech druhou nejčastější příčinu smrti (GSK, 2012). V české republice v roce 2009 zemřelo na onkologické onemocnění 27 700 osob, což tvoří 25,8 % ze všech úmrtí za tento rok. U mužů byl podíl zhoubných novotvarů na úmrtí vyšší než u žen (Slováček et al., 2011).

Práci tvoří dvě hlavní části. Teoretická část je členěna do jednotlivých kapitol, které pojednávají o onkologickém onemocnění, copingu, sociální opoře a partnerství. Tato část nabízí především základní přehled a orientaci v uvedených tématech. Poslední kapitola je věnována výzkumům v oblasti zvládání stresu a partnerské spokojenosti a představuje hlavní teoretický zdroj pro vlastní výzkumné šetření. Praktická část práce je zaměřena na ověření tří stanovených cílů. Prvním cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi vybranými způsoby zvládání a spokojeností ve vztahu na straně onkologických pacientů a jejich

partnerů. Další cíl byl zaměřen na zkoumání souvislosti mezi používáním vybraných copingových strategií na straně jednoho partnera a jejich vlivem na vztahovou spokojenost na straně partnera druhého. Posledním cílem práce bylo zjistit, zda míra shody v užívání vybraných způsobů zvládnání mezi partnery může mít vliv na jejich spokojenost v partnerství.

V zahraniční literatuře je téma zvládnání onkologického onemocnění v rámci partnerství poměrně hodně diskutované. V českých literárních zdrojích jsme se s danou problematikou téměř nesetkaly. Ačkoli je k dispozici množství zahraničních studií, v českém prostředí není tato oblast příliš prozkoumána. Cílem práce je ověřit výše zmíněné předpoklady, vycházející ze zahraničních výzkumů, u onkologických pacientů a jejich partnerů v českém prostředí. Práce může přispět k lepšímu porozumění danému tématu a tím i ke zkvalitnění péče o onkologicky nemocné a jejich blízké.

Předkládaná rigorózní práce tematicky navazuje na vlastní diplomovou magisterskou práci. Práce je rozšířena jak v oblasti teorie, tak také v části praktické zahrnující výzkumné šetření. Teoretická část je doplněna o nové informace a poznatky. Zahrnuje 6 nových kapitol (1.4, 2.5, 3.3, 4.4, 4.5, 4.6) a pro její zpracování bylo využito 37 nových literárních a internetových zdrojů. Praktická část práce se zaměřuje na nově stanovené výzkumné cíle a navržené hypotézy. Výzkumný soubor byl navýšen o 10 respondentů a použitá metodika je rozšířena o využití metody DAS a jejich výsledků.

Teoretická část

1. Onkologické onemocnění

„Nádor, hovorově označovaný jako rakovina, je stav, kdy v důsledku nahromadění více změn v genetické výbavě buňky a jejím fyzikálně-chemickém, biochemickém a biologickém uspořádání dochází k nadměrnému množení změněných buněk“ (Janáčková, 2007, s. 121-122). Nejčastěji se vyvíjí ve formě kulovitého nebo oválného ložiska, které po dosažení určité velikosti tlačí na okolní tkáň a orgány nebo dochází k jejich roztahování a napínání. Narušení zdravé tkáňe či orgánu je nejčastější příčinou nádorové bolesti (Janáčková, 2007).

Následující kapitola je věnována problematice onkologického onemocnění. Tento typ onemocnění představuje značnou zátěž, která významným způsobem ovlivní dosavadní život nemocného člověka. Nádorové onemocnění nemá vliv pouze na život nemocného, ale také na život jeho blízkých, kteří o něj pečují a jsou zdrojem jeho sociální opory.

1.1. Vymezení a vznik onkologického onemocnění

Galenos označil rakovinu jako tumor (z lat. *tumere* – bobtnati). Nádory rozlišujeme na benigní a maligní. Maligní neboli zhoubné nádory metastazují, tj. vytvářejí druhotná nádorová ložiska v různých částech těla. Rakovina představuje druhou nejčastější příčinu úmrtí a její průběh je spojen s velkými bolestmi a utrpením (Křivohlavý, 2002).

Diagnóza onkologického onemocnění nevyžaduje pouze jeho přijetí, ale také zvládnutí toho, co s sebou nemoc přináší. Léčebné postupy mají řadu nepříznivých vlivů, které musí pacient zvládnout. Následkem chemoterapie nebo ozařování se může objevit nevolnost, zvracení, vypadávání vlasů, malátnost a řada dalších nepříjemností. Kromě zdravotních problémů se objevují i problémy v oblasti psychické. Po operaci mohou pacienti prožívat depresi či úzkost, zvláště dojde-li k trvalému narušení jejich těla (Křivohlavý, 2002). Telch a Telch (1985; in Křivohlavý, 2002) zjistili, že u 39 % patientek po mastektomii¹, kde byl zjištěn maligní nádor, bylo potřeba psychiatrické pomoci. U patientek

¹ Jedná se o chirurgické odstranění celého prsu. Pokud to situace dovolí, provádí se odstranění části prsu (prs zachovávající operace) – kvadrantektomie či segmentektomie (Linkos, 2015).

s benigním nádorem to bylo 12 % a u jiných typů rakoviny se počet těchto pacientek pohyboval od 18 do 25 %.

Nádor není považován za lokální onemocnění postihující určitý orgán nebo tkáň, ale je chápán jako onemocnění celého organismu. Z hlediska léčby nádorového onemocnění hraje velmi důležitou roli jeho včasné rozpoznání. V současné době existuje více různých způsobů léčby onkologického onemocnění, které mohou být vzájemně kombinovány. Jde zejména o chirurgické zákroky, radioterapii nebo chemoterapii. U některých typů nádorů bývá využívána také hormonální léčba (Koutecký, Konopásek, 1999).

Kromě somatické rehabilitace vyžaduje nádorové onemocnění také rehabilitaci psychologickou a sociální. Psychologická rehabilitace má za cíl pomoci pacientovi zvládat jeho obavy, strach či pochybnosti v průběhu léčby i po jejím skončení. Úkol sociální rehabilitace spočívá v opětovném začlenění nemocného člověka do společnosti. Jak vyplývá z výše uvedeného textu, péče o onkologického pacienta je značně komplexní a zahrnuje různé oblasti (Koutecký, Konopásek, 1999).

Vznik rakoviny je spjatý s určitými genetickými predispozicemi a důležitou roli hraje také životní styl. Mezi silné rizikové faktory při vzniku rakoviny patří kouření či riziková dieta. Určitý vliv mohou mít i psychické faktory jako je míra prožívaného stresu či deprese (Křivohlavý, 2002).

Nádorové onemocnění je pravděpodobně výsledkem vysoce komplexního vzájemného působení mnoha faktorů různého typu. Někteří autoři se domnívají, že jedním ze spouštěčů nádorového onemocnění mohou být určité osobnostní rysy. V této souvislosti bývá zmiňována tzv. osobnost typu C². Rakovina je považována za multifaktoriálně podmíněné onemocnění, jehož příčiny je nutné zkoumat především prospektivně (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

² Osobnost typu C (*cancer personality*) je charakterizována rezervovaností, konformismem v sociálních vztazích, potlačováním emocí, vyhýbáním se konfliktům a submisivitou (Paulík, 2010).

1.2. Fáze onkologického onemocnění

V první fázi nemoci se objevují určité příznaky, se kterými se nemocný obrací na svého lékaře. Většina lidí v této fázi neočekává, že jsou jejich zdravotní problémy projevem postupujícího nádorového onemocnění.

Ve druhé fázi je pacient konfrontován s výsledky vyšetření a je mu sdělena jeho diagnóza. Seznámení nemocného jedince s diagnózou nádorového onemocnění má značné traumatizující účinky. Ve fázi traumatizace dochází k omezení schopnosti účinně využívat stávající copingové strategie. Přijetí diagnózy a spolupráce s lékaři je důležitým krokem pro zahájení náročné léčby (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Třetí fáze onkologického onemocnění zahrnuje léčebný proces. Rychlé zahájení léčby omezuje možnost pacienta celou situaci zpracovat a srovnat se s ní. Z hlediska léčby je důležité, aby pacient neztratil kontrolu nad tím, co se s ním děje a měl možnost o jejím průběhu spolurozhodovat. Čím větší je možnost pacienta podílet se na rozhodování o léčbě, tím menší bude pocit jeho bezmocnosti a ztráty kontroly nad situací. Tato skutečnost mu umožní onkologické onemocnění lépe psychicky zvládnout (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Jestli-že je léčba úspěšná, pacient přechází do fáze remise. Nádor byl odstraněn a pacient se nyní vrací ke svému dřívějšímu životu. Teprve v této fázi u mnohých pacientů dochází k psychickému zpracování celé události. Pacienti se musí naučit přijmout fakt, že jejich život se jednou pro vždy změnil. I když je pacient momentálně vyléčen, stále mu hrozí riziko recidivy. Úkolem této fáze je naučit se snášet život v nejistotě a zajistit si co nejvyšší možnou kvalitu života (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Opuštění nemocnice po ukončení léčby je mnohými pacienty vnímáno jako ohrožující. Mají pocit, že ztrácí oporu odborného personálu a mají strach z návratu do běžného života. Někteří svobodní pacienti mohou mít strach z navázání vztahu a založení rodiny. Jiní se bojí, že budou pro svoji rodinu přítěží. Z těchto důvodů je prospěšné udržovat kontakt s nemocnicí nebo bývalými pacienty. Na některých klinikách se odehrávají skupinová setkání bývalých pacientů, která umožňují sdílet osobní problémy. Tyto skupiny pomáhají zvládnout návrat k běžnému životu a brání vytvoření sociální izolace (Křivohlavý, 2002).

Znovuobjevení nádorového onemocnění je označováno jako recidiva. V této fázi člověk prožívá pocity bezmocnosti a deprese. Někdy se u pacientů setkáváme také s pocity

viny. Pacient je opět konfrontován se smrtí a umíráním a musí opět aktivovat jednotlivé způsoby zvládnání nemoci (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Ve fázi progrese, dochází k dalšímu postupu onemocnění. V této etapě bývá pacient informován o možných paliativních opatřeních. Postupující nádorové onemocnění je často spjato s prožíváním silných bolestí, které je nutné zmírnit. Právě v této fázi má značný význam pomoc a podpora druhých. Poslední fáze onkologického onemocnění je označována jako terminální (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

V terminální fázi nemoci je pacientům poskytována paliativní forma léčby. Paliativní medicína se zaměřuje na poskytování péče lidem s pokročilým progredujícím onemocněním, jejichž délka života je omezena. Cílem je léčba bolesti a dosažení nejvyšší možné kvality života nemocných a jejich rodin. V dnešní době je paliativní léčba poskytována především pacientům s nádory. Sláma et al. (2011; in Kupka, 2014) uvádí, že u pacientů s onkologickým onemocněním (maligní nádory) je paliativní péče poskytována v 75 % případů.

Onkologické onemocnění je v současnosti velmi častým zdravotním problémem a množství pacientů své nemoci nakonec podlehne (viz. kapitola Statistika vybraných onkologických onemocnění). Umírání pacienta představuje bolestnou událost, se kterou se musí on sám i jeho blízcí postupně vyrovnat. Proces umírání popsala E. Kübler-Rossová (1997; in Vodáčková a kol., 2000) v pěti hlavních fázích:

1. *Fáze popření a izolace* – V tomto stádiu člověk odmítá uvěřit, že je bolestná situace pravdivá. Může se jednat např. o odmítání a popření diagnózy onemocnění. Popřením se člověk uzavírá před okolním světem a dostává se do izolace.
2. *Fáze zlost* – V této fázi se objevují silné a někdy těžko kontrolovatelné emoce hněvu a zlosti. Člověk se zlobí na celý okolní svět. Toto chování může být pro jeho okolí velmi náročné.
3. *Fáze smlouvání* – V období smlouvání je člověk přístupný ke spolupráci a řešení své situace. Dochází k přehodnocení stávajících postojů a smlouvání o čas.
4. *Fáze deprese* – Nemocnému člověku začíná docházet, že přichází konec a on umírá. V této fázi se objevují pocity deprese a sklíčenosti.
5. *Fáze smíření nebo rezignace* – Poslední fáze může představovat buď smíření se situací a její přijetí nebo rezignaci. Člověk ví, že umírá a situace se nedá odvrátit.

1.3. Psychosociální důsledky onkologického onemocnění

Významné změny způsobené nádorovým onemocněním vyžadují značné psychosociální přizpůsobení. Změny v oblasti biologické, změny vzhledu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu mohou negativně působit na mnoho oblastí lidského života. Zasažen bývá sexuální život, duševní zdraví i celková duševní a tělesná pohoda. Odhadem se závažné duševní potíže u populace pacientů vyskytují ve 23 až 66 % případů (Telch & Telch, 1986; in Nezu, 2004).

Zvládání onkologického onemocnění vyžaduje od pacienta značné úsilí a psychickou stabilitu. Někteří pacienti nejsou schopni se s takto zátěžovou životní situací vyrovnat sami. Za těchto okolností je důležitá především pomoc blízkých lidí nebo odborníků vzdělaných v oblasti psychoonkologie. Přibližně 25 až 40 % pacientů potřebuje při zvládání svého onemocnění profesionální pomoc (Angenedt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Mezi organizace poskytující psychosociální pomoc onkologicky nemocným patří v ČR např. Amelie o. s., Mamma HELP či Liga proti rakovině. V oblasti podpory a vyhledávání informací hrají v dnešní době důležitou roli snadno dostupné internetové portály. Většina z nich nabízí pacientům a jejich blízkým přehled nejrůznějších informací, které se týkají problematiky onkologického onemocnění a jeho léčby. Součástí bývá i nabídka internetového poradenství a odkazy na další možné služby a organizace zabývající se poskytováním péče a podpory onkologicky nemocným a jejich blízkým. V dalším textu se věnujeme krátkému popisu několika vybraných portálů.

Onkoportál představuje jeden z prověřených zdrojů pro vyhledávání onkologických informací. Nabízí pomoc pacientům i jejich blízkým v tíživé životní situaci. Portál obsahuje informace týkající se léčby, výživy nemocných, prevence, finanční a právní pomoci a důležité kontakty na onkologická centra či pacientské organizace (Onkoportál, 2015).

Další informační portál nabízí organizace Mamma HELP, která se specializuje na pomoc ženám s rakovinou prsu a jejich rodinám. Portál nabízí informace o onemocnění, prevenci či pořádaných akcích. Součástí je také online poradna a diskuzní fórum pro sdílení zkušeností s onemocněním (Mammahelp, 2015).

Zdrojem informací jsou i internetové stránky organizace Amelie o.s. poskytující psychosociální pomoc onkologickým pacientům a jejich blízkým. Na stránkách je možné najít kontakty na centra, organizace, pořádané akce či nabídku telefonického a internetového poradenství (Amelie o.s., 2015).

Další informace nabízí např. portál Národního onkologického programu ČR (Onconet, 2015) nebo portál Linkos České onkologické společnosti při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Linkos, 2015).

U onkologických pacientů lze uplatnit terapii zaměřenou na řešení problémů (*problem-solving therapy* = PST). Jedna z definic označuje řešení problémů za „proces, pomocí něhož jedinec hledá a objevuje efektivní prostředky zvládnání problematičtějších situací, s nimiž se setkává v každodenním životě“ (D’Zurilla, Nezu, 1982, s. 202; in Nezu et al., 2004, s. 39). Terapie zaměřená na řešení problémů spočívá v orientaci pacienta vůči problémové situaci a snaze o její efektivní řešení. Lazarus a Folkmanová považují řešení problémů za jednu z forem zvládnání zaměřeného na problém, zatímco v rámci PST je pojetí řešení problémů širší. Nezu & D’Zurilla (1989; in Nezu et al., 2004) se domnívají, že řešení problému zahrnuje jak cíle zaměřené na problém, tak cíle zaměřené na emoce nebo obojí podle povahy problému.

1.4. Nemoc a posttraumatický rozvoj

Prožívání náročných životních situací může vedle negativních důsledků přinést i pozitivní změny v oblasti lidského chování a prožívání. Tyto změny se souhrnně označují jako posttraumatický růst osobnosti, pro který je charakteristické dosažení vyšší úrovně adaptace a odolnosti vůči působení silného stresoru. Pro rozvoj osobnosti je důležitá přítomnost určité optimální hladiny stresu. Slabý nebo příliš intenzivní stres by dosažení pozitivních osobnostních změn mohl bránit. Změny se dle některých autorů nejčastěji týkají vnímání sebe sama, vztahu k druhým lidem a k životu či proměně osobních, zejména duševních, hodnot člověka (Paulík, 2010).

Pro vysvětlení termínu posttraumatický rozvoj je nejprve nutné vymezit v něm obsažený pojem trauma. Trauma se objevuje v souvislosti se situací, která závažným způsobem narušuje dosavadní fungování ve světě nebo je pro člověka významnou výzvou. Většinou se jedná o situace, které musí splňovat určitá kritéria. Jedná se např. o náhlost a šok, pocit ztráty kontroly, prožívání viny nebo hrozba fyzické či psychické újmy (Mareš, 2007).

Onkologické onemocnění je situací, která tato kritéria může splňovat a představuje tak významnou traumatickou událost. První reakcí na oznámení diagnózy bývá šok pacienta i jeho blízkých, na který mohou reagovat různými způsoby zvládnání. Diagnóza onemocnění je spojena s prožitkem ohrožení zdraví a představou možné fyzické újmy. Stejně tak může

pacient i jeho blízcí prožívat určitou bezmocnost a pocit ztráty kontroly nad probíhajícím onemocněním. Neméně časté je i prožívání pocitů viny a dalších negativních emocí.

Posttraumatický rozvoj je definován jako „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít své vedlejší projevy ve změně jedincova chování“ (Mareš, 2007, s. 11).

Tedeschi a Calhoun (2006; in Kupka, 2014) vymezili na základě faktorové analýzy pět hlavních oblastí posttraumatického rozvoje:

1. *Změny v sebepercepci* – Uvědomění si vlastní zranitelnosti, limitů a konečnosti života, což může vést k pocitu zvýšené důvěry ve vlastní schopnosti.
2. *Uvědomění si nových možností* – Rozvíjení nových zájmů a aktivit, hledání nových životních možností.
3. *Změny v mezilidských vztazích* – Uvědomění si kvality sociálních vztahů, prožívání větší vztahové intimity, větší empatie a ochota pomáhat druhým.
4. *Úcta k životu* – Větší úcta k životu a zdraví, zaměření na trvalejší hodnoty.
5. *Změna ve spiritualitě* – Nový smysl života, otázky víry a spirituality.

Závažná stresující událost, která zahrnuje konfrontaci se smrtí, může mít i své pozitivní důsledky. Tyto změny se mohou týkat hodnotového žebříčku, životního stylu, přístupu k sobě samému, druhým lidem či životu obecně. Pro uzdraveného pacienta může nabývat důležitého významu zdraví, blízcí lidé, kteří mu v době léčby poskytovali potřebnou oporu a pomoc nebo hodnota náboženství a spirituality. U pacientů se můžeme po překonání nemoci setkat také s tendencí pomáhat stejně nemocným. Příkladem může být zapojení bývalých pacientů do různých dobrovolnických programů či organizací pro pomoc stejně nemocným. Potřeba pomáhat druhým může představovat jeden z možných pozitivních způsobů zvládnání. Jeho přínos spočívá především v odvrácení pozornosti od vlastních problémů, zaměření aktivity na určitou činnost, možnosti sdílení zkušeností, pravidelném sociálním kontaktu či v získání pozitivního ocenění od druhých lidí.

1.5. Statistika vybraných onkologických onemocnění

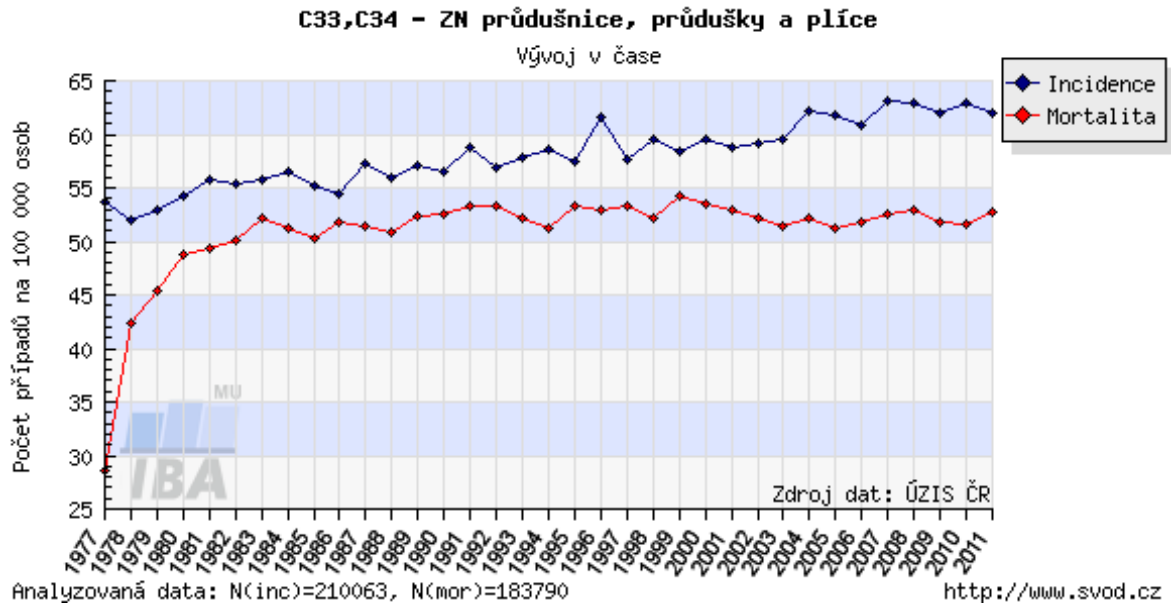
Ze statistických údajů vyplývá, že každý 3. člověk žijící v ČR onemocní v průběhu svého života rakovinou a každý 4. tomuto onemocnění podlehně. Každý rok je zaznamenáno více než 77 000 nových případů (data za rok 2010). V počtu nemocných ČR zaujímá přední místa v Evropě. V četnosti výskytu rakoviny tlustého střeva je dokonce na 1. místě. Mezi roky 1998 a 2008 počet nově diagnostikovaných pacientů vzrostl o 28 %, přičemž průměrný meziroční nárůst byl 2,5 % (Linkos, 2011).

Nejčastějším zhoubným onemocněním u mužů je karcinom plic (obrázek č. 1). Dále přibýlo karcinomů tlustého střeva, konečníku a prostaty. U žen je nejčastějším zhoubným onemocněním karcinom prsu (obrázek č. 2). Narůstají také případy výskytu karcinomu plic, zatímco nálezy karcinomu děložního čípku se nezvyšují. Na základě populačních dat a odhadů odborníků je v roce 2011 očekáváno 7 125 nových případů zhoubných nádorů prsu u žen, 8 573 zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku a 6 785 zhoubných nádorů plic (Linkos, 2011).

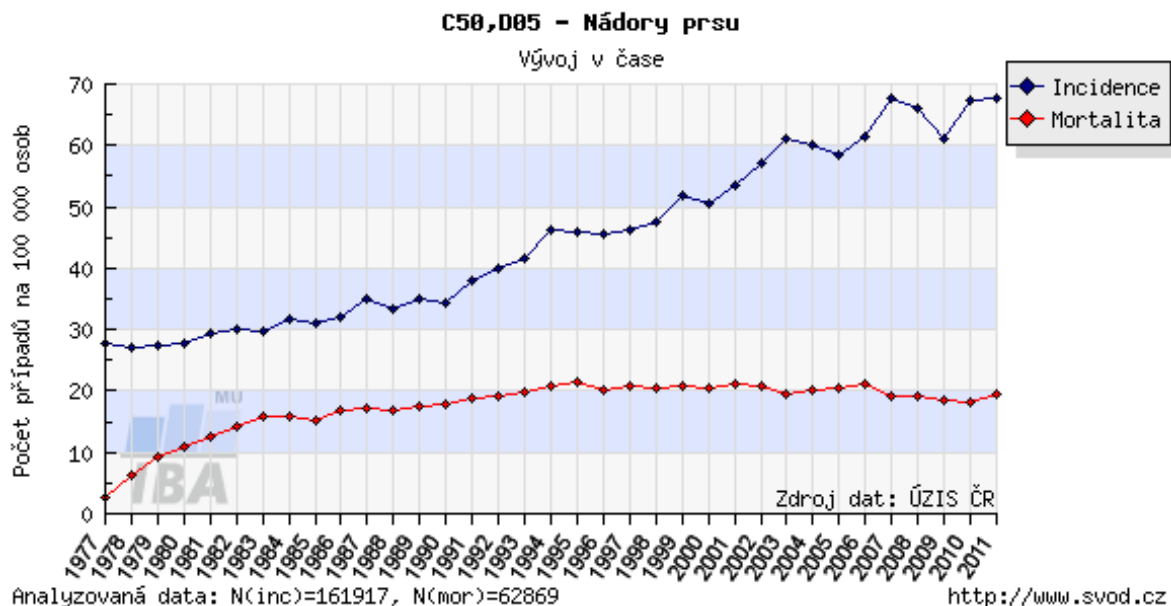
Jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů v ČR představuje karcinom prsu. Ve věkovém rozmezí 20-54 let představuje karcinom prsu nejčastější příčinu úmrtí (obrázek č. 3). Každý rok je zaznamenáno více než 6000 nových případů, což představuje zhruba 120 pacientek na 100 000 českých žen. Na následky tohoto onemocnění zemře v ČR každý rok přibližně 2000 pacientek, což představuje přibližně počet 35 pacientek na 100 000 (Institut biostatistiky a analýz, 2009).

Jak vyplývá z výše uvedených dat, onkologické onemocnění představuje značně rozšířený zdravotní problém, který může mít pro pacienta v některých případech fatální důsledky. Z tohoto hlediska má důležitý význam především otázka prevence. Pacienti mohou od jistého věku využívat i bezplatných lékařských služeb a odborných vyšetření. Např. od 45 let mohou ženy bezplatně využít odborné mamografické vyšetření. V případě, že se již příznaky onemocnění objevily, je vhodné co nejrychleji vyhledat odbornou lékařskou péči a zahájit odpovídající léčbu, která může příznaky onemocnění zcela odstranit nebo jeho průběh zpomalit.

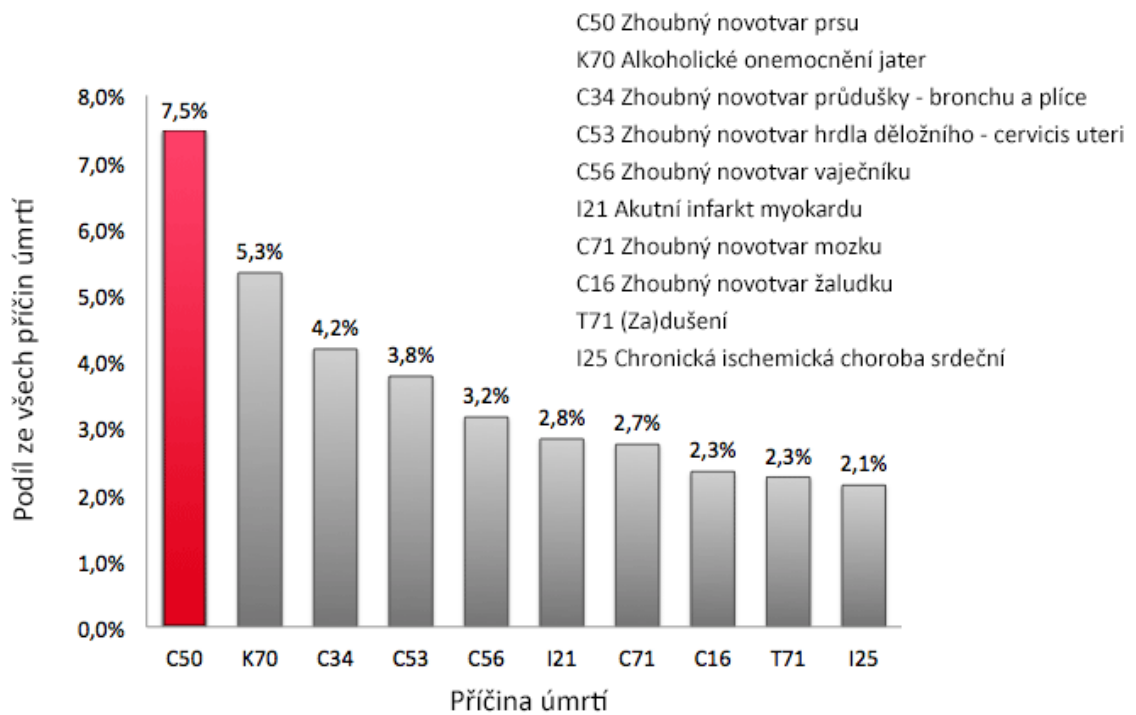
Obrázek č. 1: Časový vývoj incidence a mortality nádorů průdušnice, průdušky a plic u mužů v České republice v letech 1977–2011 (SVOD, 2011)



Obrázek č. 2: Časový vývoj incidence a mortality nádorů prsu u žen v České republice v letech 1977 – 2011 (SVOD, 2011)



Obrázek č. 3: Nejčastější příčiny úmrtí žen v ČR ve věkové kategorii 20-54 let (Institut biostatistiky a analýz, 2009)



Zdroj: Český statistický úřad

2. Zvládání

Zvládání bývá v anglické literatuře označováno pojmem *coping*. Toto slovo je odvozeno z řeckého *kolaphos*, což v překladu znamená „rána uštědřená protivníkovi v boxu“. Celý proces zvládání je často označován jako moderování. Moderování je řízení dění za účelem změnit momentální nepříznivý stav (Křivohlavý, 2002).

R. S. Lazarus (1966; in Křivohlavý, 2002, s. 98) definuje zvládání následujícím způsobem: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující pro jeho zdroje“. Zvládání je chápáno jako dynamický proces, kterým se člověk vyrovnává s určitou ohrožující situací. Od snahy vyrovnat se náročnou situací je nutné odlišit tzv. zvládací reakce, které jsou vrozené a probíhají mimo vědomí člověka (Křivohlavý, 2003).

Lazarus a Folkman (1984; in Dunkel-Schetter et al., 1992, s. 79) definují coping jako „kognitivní a behaviorální snahu o zvládání zátěže, která je zhodnocena jako náročná nebo překračující zdroje zvládání“. Vnímání problémů spojených s onemocněním je značně individuální, což vede k rozličným reakcím na straně nemocných. Lazarus a Folkman (1984; in Wootten et al., 2007) se domnívají, že odpověď na stresovou situaci závisí především na jejím kognitivním zhodnocení. Zhodnocení situace a následná copingová odpověď mohou ovlivnit výslednou emoční reakci člověka.

Onkologické onemocnění jistě představuje značně zátěžovou situaci, se kterou se nemocný a jeho blízcí musí vyrovnat. Následující kapitola je věnována jednotlivým způsobům zvládání, které je v tomto kontextu chápáno jako zvládání nemoci.

2.1. Zvládání versus obrana

Zájem o zkoumání reakcí člověka na stresové události se poprvé objevuje v 19. století a spadá až ke kořenům psychoanalýzy (Tschuschke, 2004). V této době se pro zvládání náročných situací používal a dodnes používá pojem obrana (z anglického *defense*). Jedná se především o různé obranné mechanismy, které byly popsány v rámci psychoanalýzy (Freud, 1936; Beutel, 1988; in Tschuschke, 2004).

V oblasti zvládání nemoci bylo provedeno velké množství výzkumů, což v průběhu desetiletí vyvolalo značnou metodologickou a pojmovou nesourodost. Důležité je především ujasnit rozdíl mezi dvěma hlavními koncepty, tedy zvládáním a obranou (Tschuschke, 2004).

Obrana představuje psychoanalytický koncept, který vychází z Freudovy definice obrany „jako nevědomého boje individua proti nelibým představám a pocitům“ (Freud, 1926; in Tschuschke, 2004, s. 24). Koncept zvládání je na rozdíl od obrany mnohem mladší. Výzkumná činnost v této oblasti započala v 60. letech minulého století. Mezi dvě hlavní dimenze zvládání dnes řadíme zvládání zaměřené na emoce a zvládání zaměřené na problém (Parker, Endler, 1996; in Tschuschke, 2004).

Názory týkající se vztahu mezi zvládáním a obranou jsou značně různorodé. Cohen a Lazarus (1982; in Tschuschke, 2004) chápou zvládání jako nadřazený pojem a obranu jako zvláštní formu zvládání. Na druhé straně Vaillant (1986; in Tschuschke, 2004) chápe zvládání jako zdařilou formu obrany. Některá další pojetí spíše zdůrazňují doplňující vztah mezi těmito dvěma koncepty. Faller (1998; in Tschuschke, 2004) dokonce uvádí, že obrana může být nevědomým filtrem, který znesnadňuje či zabraňuje reakci zvládání.

Cílem obranných mechanismů je adaptace vůči skutečnostem, které ohrožují sebeobraz jedince. Situace spojené s ohrožením vlastního sebepojetí jsou zdrojem prožívání úzkosti. Obranné mechanismy jsou způsoby omezování této úzkosti skrze změnu či zkreslení v hodnocení reality. Společným znakem obranných a zvládacích reakcí je ovlivňování emocí a snižování nežádoucího stresu, potencionální vratnost a jejich rozvíjení s věkem člověka. Společné a odlišné charakteristiky obou těchto konceptů shrnuje S. Ericksonová et al. (1997, s. 46; in Čáp, Mareš, 2001, s. 532) v následujících tabulkách č. 1 a č. 2:

Tabulka č. 1: Společné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí

Obranné i zvládací reakce
Redukují distres
Řídí emoce
Mají dynamickou povahu
Jsou potencionálně vratné
Lze v nich rozlišit dílčí složky
Rozvíjejí se s věkem

Tabulka č. 2: Rozdílné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsyckicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je uvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

2.2. Stresory a způsoby jejich zvládnutí

Lidé se v průběhu svého života mohou setkávat s množstvím stresorů různé kvality a intenzity působení. Pro jejich překonání můžeme volit různé způsoby a cesty zvládnutí. V následující kapitole podáváme přehled možného dělení životních stresorů a možností jejich zvládnutí. Mezi hlavní způsoby vyrovnání se s náročnou situací patří copingové styly, strategie a taktiky, o kterých blíže pojednávám v následujícím textu.

J. Čáp a J. Mareš (2001) ve své knize nabízí přehled vybraných stresorů dle Wheatona (1996):

- *Nečekaná traumata (sudden traumas)* – Jedná se o nečekané události jako je úmrtí, úraz, fyzický útok apod.
- *Životní události (life events)* – Jedná se o vážné události, které jsou časově limitované, ale trvají delší dobu. Vyskytuje se u nich občasné zlepšení i zhoršení situace a výsledek nebývá vždy příjemný. Může jít o vážnou nemoc, přestěhování, nechtěné otěhotnění pod.
- *Každodenní starosti* – Jedná se o jisté mikroudálosti každodenního života. Mohou se vyskytovat pravidelně nebo epizodicky.

- *Makrosystémové stresory* – Zahrnují běžné denní starosti, ale také závažnější a chronické děje. Jde např. o etnické spory, přírodní katastrofy, nezaměstnanost apod.
- *Události, které nenastávají (nonevents)* – Tuto kategorii popsala J. Gerstenová (1974). Představuje ji jako událost, kterou si jedinec přeje nebo očekává, ale ona nenastává.
- *Chronické stresory* – Jde o stresory dlouhodobé, které působí nejméně pět let.

Z hlediska hodnocení stresoru rozlišujeme primární a sekundární hodnocení. Primární hodnocení slouží k posouzení závažnosti situace a míry rizika. Může jít o zhodnocení stresoru jako reálného nebo pouze potencionálního nebezpečí. Při tomto hodnocení může docházet k chybnému posouzení stresoru ve smyslu podcenění či přecenění jeho závažnosti. Stresor může být posouzen jako určitá šance či výzva nebo mu mohou být přisouzeny negativní aspekty spojené s nepříjemnými pocity a ohrožením (Čáp, Mareš, 2001).

Sekundární hodnocení spočívá v posouzení vlastních možností směrem k vyrovnání se se stresovou situací. Smith a Lazarus (1990; in Čáp, Mareš, 2001) vymezují čtyři podoby sekundárního hodnocení:

1. Jedinec zvažuje, zda obstojí nebo selže.
2. Jedinec posuzuje své možnosti zasáhnout do situace a řešit problém.
3. Jedinec posuzuje své možnosti zvládnout vlastní emoce.
4. Jedinec odhaduje, jak se daná situace bude dále vyvíjet.

Na výše zmíněné životní stresory lidé podle potřeby aplikují různé způsoby zvládnání. Možnosti copingu mohou být ovlivněny různými faktory na straně jedince a také prostředí, ve kterém žije. G. Prystava (1981; in Paulík, 2010) vymezuje čtyři pojmy vztahující se k otázce zvládnání:

- *Zvládací schopnosti* – Osobnostní dispozice, které ovlivňují zvládnání zátěže na kognitivní, emocionální i behaviorální úrovni.
- *Zvládací zdroje* – Aktuální charakteristiky člověka (psychosomatický stav) a prostředí (sociální opora, materiální podmínky, atd.) uplatňující se při zvládnání zátěže.
- *Zvládací procesy* – Psychofyziologické děje, které vznikají v situaci vzájemného působení organismu a prostředí při zvládnání stresu.

- *Zvládací strategie* – Poměrně stabilní vzorce poznávání, vnímání a prožívání, které člověk využívá v situaci zvládnání zátěže.

V následujícím textu se zabýváme popisem tří často zmiňovaných a zkoumaných možností copingu. Jedná se o copingové styly, strategie a taktiky. Čáp a Mareš (2001) ve své knize popisují dvě základní podoby zvládnání. Jedná se o zvládací strategie a zvládací styl. Přehled charakteristik obou podob zvládnání, tak jak je autoři popsali, je obsažen v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Srovnání zvládacích strategií a zvládacích stylů

Srovnávaná charakteristika	Zvládací strategie	Zvládací styl
Původ	Vrozený i získaný	Převážně vrozený
Psychologický základ	Aktuální uvažování, hodnocení a jednání	Osobnostní dispozice, rysy k uvažování a jednání
Stabilita	Malá	Velká
Dynamika změn	Velká	Malá
Vztah k zátěžovým situacím	Situačně specifické jednání	Transsituační jednání
Motivační aspekty	Výrazné	Slabší
Vázanost na kontext	Velká	Malá
Povaha diagnostikované činnosti	Konkrétní, specifická, jedinečná	Obvyklá, běžná, typická

Styl zvládnání je definován jako „obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem“ (Taylorová, 1995; in Křivohlavý, 2002, s. 100). Mezi dva nejvíce studované styly zvládnání těžkostí patří styl zvaný „vyhýbání se těžkostem“ (*avoidant style*) a „stavění se na odpor těžkostem“ (*confrontative or vigilant style*). První z těchto stylů spočívá ve snaze uniknout před ohrožující situací, zatímco ve druhém se projevuje aktivní odpor vůči tomu, co člověka ohrožuje (Křivohlavý, 2002).

Termín strategie se používá pro označení určitého propracovaného plánu či postupu, který vede k dosažení vytyčeného cíle. Mezi nejznámější strategie zvládání řadíme strategie zaměřené na řešení problému a strategie zaměřené na zvládání emocí. Strategie zaměřené na řešení problému zahrnují vlastní aktivitu a snahu jedince konstruktivně řešit náročnou situaci. Může se jednat o snahu léčit nemoc, odstranit nežádoucí situační vlivy atp. Na druhé straně strategie zaměřené na zvládání emocí mají za cíl regulovat emoční stav, který se v důsledku nemoci změnil. Zahrnují snahu člověka zmírnit prožívaný strach, obavy, úzkost a další negativní emoce. Preference v používání těchto strategií je do určité míry vrozená (30 %), ale významnou roli hraje také výchova v rámci rodiny a společenské prostředí. Cílem strategií zvládání je omezit to, co člověka ohrožuje, zachovat si pozitivní obraz sebe sama, udržet si duševní rovnováhu a pokračovat v sociální interakci (Křivohlavý, 2002).

Efektivita použitých strategií je odvozena od jejich schopnosti snížit prožívaný stres a psychické napětí. Zvládání může mít za následek pozitivní změnu osobnosti, která se projevuje zralejším postojem k realitě (Křivohlavý, 2003).

Pro zvládnutí nemoci má svůj význam také katarze. Sdílení zážitků, pocitů a obav vede k duševnímu očištění, které s sebou přináší určitou úlevu. Greenberg a Stone (1990; in Křivohlavý, 2002) zjistili, že možnost vypovídat se druhému ze svých prožitků a myšlenek má pozitivní vliv na psychický stav lidí, kteří prožili nějaké trauma.

Třetí způsob zvládání představuje taktika. Taktika stejně jako strategie představuje způsob, jakým člověk dosahuje stanoveného cíle. Liší se však v tom, že u taktiky se jedná spíše o dílčí kroky, menší úseky boje. Mezi taktiky řadíme např. relaxaci, dechová cvičení, imaginaci, meditaci, poslech hudby, četbu, humor či poskytování sociální podpory. Jak píše M. Svatošová (1995; in Křivohlavý, 2002, s. 105): „Nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je sebrat se a jít někomu udělat radost“.

2.3. Zvládání nemoci

Nemocný člověk se dostává do role pacienta, která s sebou přináší řadu fyzických, ale také psychických a sociálních změn. Nemoc se netýká jen samotného pacienta, ale také jeho rodiny, přátel, zaměstnání a dalších lidí, se kterými je v kontaktu (Křivohlavý, 2002).

Předpokládá se, že vztah odolnosti a zdraví je zřejmě oboustranný. Zvládání zátěže bude zřejmě více účinné u zdravého člověka než u člověka se zdravotními problémy, které mohou jeho odolnost negativně ovlivňovat. Na druhé straně můžeme uvažovat i o pozitivním vlivu odolnosti na zdravotní stav (Paulík, 2010).

Zdraví je dle WHO³ (in Paulík, 2010, str. 126) definováno jako „relativně optimální stav psychické, fyziologické a sociální pohody (*well-being*) při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a adaptability organismu na měnící se podmínky“. Jak vyplývá z této definice, narušení zdravotního stavu může být způsobeno změnou v optimálním fungování některé z oblastí v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Narušení optimálního fungování v jedné sféře se po určité době může projevit i v dalších oblastech.

Porucha zdraví se významně projevuje ve změně společenských rolí a celkové úrovni adaptace jedince. Narušený zdravotní stav může znesnadňovat zvládání běžných denních záležitostí a znamená i změnu v oblasti sociálního fungování. Člověk se dostává do role pacienta, která s sebou přináší určité výhody, ale také očekávání od blízkého okolí. Pacientovi je poskytována podpora a péče, ale okolí také očekává, že pacient bude vyvíjet přiměřené úsilí a snahu vedoucí ke zlepšení jeho současného zdravotního stavu. To na pacienta klade jisté nároky, se kterými se musí vyrovnat. Pro vyrovnání se s náročnou životní situací pacient aktivuje různé zvládající strategie, které mohou být méně či více adaptivní.

Někdy se u pacientů můžeme setkat s pocitem viny za vlastní onemocnění. Sebeobviňování nemá jen negativní důsledky, ale může působit i pozitivně. Člověk, který má pocit viny za vlastní zdravotní stav, se může aktivně snažit o jeho zlepšení. Nemoc zbavuje člověka určitých povinností, ale je spojena také s řadou nároků. Od nemocného se očekává určitá míra optimismu a odhodlání s nemocí bojovat (Křivohlavý, 2002).

Strategie zvládání nemoci můžeme rozdělit do dvou skupin. Jedná se o strategie aktivní a pasivní. Aktivní strategie zvládání se vyznačují vlastní snahou pacienta o řešení problému. Jedná se např. o rozhodnutí člověka navštívit lékaře či podstoupit operaci. Pasivní strategie zvládání, označované také jako únikové či vyhýbavé, se vyznačují snahou člověka vyhnout se řešení problému (Křivohlavý, 2002).

³ WHO (*World Health Organization*) – Nezávislá zdravotnická organizace v rámci OSN. Datum 7. dubna 1948 je uznáno jako datum jejího vzniku a je oslavováno jako Světový den zdraví. Cílem WHO je technická spolupráce v oblasti zdravotnictví, snaha o odstranění některých nemocí a snaha o celkové zlepšení kvality lidského života (WHO, 2015).

Shontz (1975; in Křivohlavý 2002) rozlišil následující etapy zvládnání nemoci:

- *Šok* – Tato reakce se objevuje u většiny pacientů, kteří se dozvěděli, že trpí závažnou nemocí. Šok se může projevit jako ustrnutí nebo zděšené chování. Cílem je odpoutání člověka od reality.
- *Usebrání* – Jedná se o návrat člověka do reality. Tento stav se vyznačuje narušeným myšlením a negativním prožíváním. Objevují se pocity strachu, bezmocnosti, obavy, žal a zármutek.
- *Stažení se ze hry* – V této fázi dochází k vědomému úniku před situací. Dochází k popírání problému, ale také ke změně pohledu na vzniklou situaci. Dává člověku možnost vytvořit plán dalšího řešení.
- *Tvorba programu k řešení krize* – Nemoc je chápána jako narušení rovnováhy, kterou je třeba odstranit a dosáhnout opět vyrovnaného stavu.

Pokud člověk cítí, že se zhoršuje jeho zdravotní stav či nastává nemoc, reaguje na tento stav obvykle čtyřmi způsoby (Mareš, 2002):

1. Vyčkává, zda příznaky nezeslábnou.
2. Začíná se léčit sám.
3. Radí se s rodinou a blízkými.
4. Vyhledává odbornou zdravotnickou pomoc.

V určitých případech se objevuje ještě i pátá nebo šestá možnost:

5. Potlačuje problémy, ignoruje či popírá nemoc.
6. Vyhledává pomoc léčitelů.

Často dochází k situaci, kdy nemocní lidé váhají s vyhledáním odborné pomoci. Mezi uvědoměním si potřeby pomoci a jejím skutečným vyhledáním existuje určitý mezičas, kdy se pacient rozhoduje. Rozhodnutí a ochota k vyhledání lékařské pomoci může být podmíněna určitými faktory. Jedná se např. o pacientovo vnímání nemoci, jeho pojetí nemoci a zdraví, osobní zdroje pro zvládnání zátěže či pacientovu sociální oporu (Mareš, 2002).

Jednu z problematických strategií zvládnání představuje popírání zdravotních problémů. Mezi indikátory takového popření patří např. odmítání diagnózy, popírání negativních emocí, omezení spolupráce s lékařem či podceňování potřeby adaptace na změněný zdravotní stav (Mareš, 2002).

Pro pacienty je důležité nalézt určitý smysl jejich nemoci. Nemocní se často ptají, proč onemocněli zrovna oni nebo jaké změny s sebou nemoc přinese. Hledání určité příčiny napomáhá vyrovnat se s krizovou situací (Křivohlavý, 2002).

Copingové strategie jsou významné z hlediska jejich vlivu na zvládání stresových situací, na emoční pohodu a následně také psychické a fyzické zdraví člověka (Dunkel-Schetter et al., 1992). Rakovina zahrnuje množství situací, se kterými se musí pacient vyrovnat. Patří sem například bolestivé symptomy, nejasná prognóza a změny v oblasti sociálních vztahů (Dunkel-Schetter et al., 1992). Na způsobech zvládání onkologického onemocnění se mohou podílet i situační faktory jako je typ rakoviny, stádium a doba trvání nemoci či aktuální léčba (Dunkel-Schetter et al., 1992).

Zajímavou otázkou pro pacienty a jejich blízké je zejména to, zda může určitý způsob zvládání nemoci ovlivnit její průběh (Faller, 1998; in Tschuschke, 2004). Výsledek jedné ze studií ukázal, že strategie zvládání zaměřené na odvedení pozornosti od nemoci jsou spojeny s vyšší mírou prožívaného stresu (McCaul, 1999; in Tschuschke, 2004). Dále bylo zjištěno, že výše zmíněná strategie má nepříznivý vliv na pravděpodobnost přežití u pacientů s leukémií (Tschuschke et al., 2001; in Tschuschke, 2004). Snaha o odvedení pozornosti od problému omezuje možnost konfrontace se zátěží, a tak znemožňuje aktivaci vhodných zvládacích strategií. Dále bylo zjištěno, že méně adaptivní způsoby zvládání nemoci, jako jsou vyhýbavé strategie a potlačování myšlenek spojených s rakovinou, souvisí s vyšším rizikem výskytu recidivy (Eping-Jordan et al., 1994; Tschuschke et al., 2001; in Tschuschke, 2004).

Z počátku vývoje krizového stavu je dle Caplana (in Vodáčková, 2007) jednou z nejdůležitějších strategií ke zvládnutí zátěžové situace svépomoc. Člověk, který se dostává do tíživé situace, může na její zvládnutí aplikovat již osvojené způsoby zvládání. Může přitom vycházet ze svých minulých zkušeností a toho, co mu již dříve pomohlo. Některé způsoby zvládání jsou však méně adaptivní a jejich nadužívání může mít na vývoj situace spíše negativní dopad. Příkladem takového zvládání může být např. déletrvající popírání diagnózy, které může vést k rozvoji onemocnění a zhoršení zdravotního stavu. Druhým příkladem může být nadužívání návykových látek. V první fázi mohou tyto látky přinášet člověku pocit úlevy a uvolnění. Riziko však spočívá v možném rozvoji závislosti a fyzickém či psychickém poškození. Z tohoto důvodu je tedy důležité posoudit míru adaptivnosti používaných copingových strategií a míru vlastních sil ke zvládnutí situace. Problém

s neadekvátním posouzením vlastních možností zvládnání může vést k oddálení vyhledání odborné péče.

2.4. Zvládnání bolesti

Bolest patří k nejčastějším příznakům doprovázejících nádorové onemocnění. V prvotní fázi nemoci se objevuje poměrně vzácně, zatímco u pokročilých a metastazujících forem nádoru trpí bolestí kolem 90 % pacientů (Bauer, 2000; in Janáčková, 2007). Kromě nádoru samotného je bolest způsobena také léčebnými postupy. Jedná se zejména o operace, radioterapii či chemoterapii (Janáčková, 2007).

Silná bolest představuje značný stresor a jen těžko se na ni můžeme adaptovat. Míra snášení bolesti je značně individuální a závisí na řadě činitelů. Jde např. o dosavadní zkušenosti jedince, význam, který bolesti přisuzuje, doba jejího trvání nebo přesvědčení o jejím zvládnutí (Paulík, 2010).

Bolest představuje multidimenzionální fenomén, který se projevuje jak v rovině fyziologické tak psychologické a sociální. Brannon a Feist (1997; in Křivohlavý, 2002, s. 83) definují bolest takto: „Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození“. Z hlediska trvání se bolest rozlišuje na akutní a chronickou. Akutní bolest má dobu trvání do jednoho měsíce, zatímco chronická trvá déle než půl roku (Křivohlavý, 2002).

Zvyšování odolnosti vůči bolesti je možné skrze změnu postojů k bolestivým podnětům, ovlivňováním způsobu reagování na bolest, využíváním relaxačních a imaginačních technik či odváděním pozornosti od bolestivých prožitků (Paulík, 2010).

Při zvládnání bolesti hraje důležitou roli i otázka přípravy na bolest. Bolest může přijít náhle, např. v souvislosti s úrazem, nebo může být očekávaná, např. v souvislosti s předpokládaným lékařským zákrokem. V rámci přípravy na bolest se zdůrazňuje především dostatečná informovanost jedince a využívání různých technik redukování strachu a úzkosti souvisejících s očekávaným působením bolestivých podnětů (Paulík, 2010).

Prožívání bolesti může být do značné míry ovlivněno emočním prožíváním pacienta. Bylo zjištěno, že míra bolesti je přímo úměrná míře obav a strachu. Strach zabraňuje racionálnímu zhodnocení situace, čímž ještě umocňuje utrpení a bolest člověka. Možnost

mluvit o své bolesti pozitivně působí na prožívání pacienta a vede i ke snížení její intenzity (Kupka, 2014).

Podle statistických šetření je počáteční fáze rakoviny doprovázena bolestí ve 30 – 40 % případů, v terminální fázi pak v 60 – 90 %. K tlumení bolesti se používají různé typy léků. Mezi nejčastěji používané patří analgetika, která snižují intenzitu bolesti, aniž by bylo ovlivněno vědomí pacienta. Dalšími způsoby mírnění bolesti jsou chirurgické zákroky, elektrická stimulace nervů, akupunktura či psychologické postupy. Mezi psychologické způsoby tlumení bolesti patří např. placebo, hypnóza, relaxace nebo kognitivně-behaviorální terapie (Křivohlavý, 2002).

2.5. Metody měření copingových strategií

V následující kapitole předkládáme stručný přehled s popisem vybraných metod pro měření copingových strategií. Jedná se o metody, které představují často používané nástroje měření v rámci soudobého výzkumu.

Coping Strategies Indicator (CSI; Amirkhan, 1990) se skládá z 33 možných copingových strategií. V rámci této metody je coping vnímán jako specifická odpověď člověka na určitou situaci. Respondenti si nejdříve vybaví nedávnou stresující zkušenost a následně u každého ze způsobů zvládnání označí, do jaké míry ho při zvládnání této situace používají. Metoda zahrnuje tři hlavní subškály. Jedná se o řešení problému, vyhledávání sociální opory a vyhýbání.

Coping Strategy Inventory (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds, 1984; in Paulík, 2010) obsahuje 72 položek popisující možné reakce na stres. Respondenti hodnotí na pětibodové škále, do jaké míry daný způsob zvládnání využili. Copingové strategie se zjišťují na třech úrovních. Na první úrovni se jedná např. o pojmenování problému, kognitivní přehodnocení či sociální oporu. Druhá úroveň zahrnuje např. přijetí problému jako výzvy, citovou angažovanost nebo odmítnutí či odklon od problému. Třetí úroveň pak hodnotí angažovaný příklon k řešení (*engagement*) či odklon od řešení (*disengagement*).

Ways of Coping-Revised (WOC-R; Folkman, Lazarus, 1985) je empiricky odvozený dotazník. Coping je stejně jako u CSI (Amirkhan, 1990) považován za specifickou odpověď na určitý stresor. Respondent si nejdříve vybaví nedávnou stresující situaci a následně hodnotí, do jaké míry používá 66 předložených způsobů zvládnání. Tato metoda zahrnuje 8 hlavních faktorů. Jedná se o konfrontaci, distancování, sebeovládání, vyhledávání sociální

opory, přijímání zodpovědnosti, vyhýbání, plánované řešení problémů a pozitivní přehodnocení.

Pro zhodnocení copingových strategií zaměřených na zvládání emocí a problémů slouží např. metoda *Ways of Coping Checklist-Revised* (WCCL-R; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). Původní verze *Ways of Coping Checklist* (WCCL; Folkman, Lazarus, 1984) obsahovala 68 položek. Vitaliano et al. (1985; in Sawang et al., 2010) administrovali metodu WCCL-R rozsáhlému vzorku studentů medicíny (n = 425). Revidovaná verze obsahuje 42 položek, z nichž některé měří zvládání zaměřené na problém a některé zvládání zaměřené na emoce. Zvládání zaměřené na emoce je hodnoceno v rámci čtyř kategorií. Jedná se o vyhledávání sociální opory, sebeobviňování, denní snění a vyhýbání.

COPE (Carver et al., 1989) byl na rozdíl od předchozích metod odvozen z teoretického předpokladu, že coping je spíše stabilní odpověď než specifickou reakcí na daný stresor. Tato metoda měří 15 copingových strategií. Respondenti mají hodnotit, jak se obecně vyrovnávají se stresujícími situacemi v jejich životě (Clark et al., 1995).

Brief COPE (Carver, 1997; in Paulík, 2010) je zkrácenou verzí metody COPE. Zahrnuje 28 položek a 14 dimenzí, přičemž každá dimenze je měřena prostřednictvím dvou položek.

2.6. Odolnost mužů a žen

Výzkum odolnosti a jejích rozdílů mezi muži a ženami se může zaměřovat na objasnění několika různých otázek. Jedná se např. o srovnávání míry odolnosti mezi muži a ženami, zkoumání rozdílů v užívání stylů zvládání či zjišťování možné souvislosti mezi zátěží a očekáváním společnosti týkající se příslušnosti k určitému pohlaví. Pohlavní role bývá spojena s určitým očekáváním společnosti, které může představovat zdroj specifické zátěže. Nejistotu a zátěž může představovat také nejistota týkající se očekávaného chování či nejednoznačnost pohlavní role (Paulík, 2010).

Někteří autoři zdůrazňují vliv biologických faktorů, především fungování centrální nervové soustavy a hormonálního systému, na odolnost mužů a žen. Jiní autoři se zaměřují především na působení psychosociálních a kulturních vlivů.

U žen se předpokládá vyšší míra neuronového propojení v oblasti corpus callosum⁴, která ženám může poskytovat dobré předpoklady pro integraci racionálních a emočních faktorů situace. Tento aspekt může pozitivně působit na odhad při hodnocení situace a flexibilitu v přizpůsobování se jejím změnám.

Rozdíly v oblasti působení hormonů na zvládání zátěže se zabýval např. S. E. Taylor et al. (2000; in Paulík 2010). Na hormonální reakci na stres se u žen podílí hormon oxytocin, který má uklidňující účinky a bývá spojován s tendencí k laskavému, přátelskému či pečujícímu chování. Na druhé straně hormon testosteron, který je více produkován v těle mužů, zodpovídá za aktivní a agresivní tendence.

Stres je jedním z mnoha faktorů, který má rozdílný vliv na muže a ženy. Některé výzkumy ukazují, že muži a ženy mají typické zdroje stresu (např., Almeida et al., 2002; in Yeh et al., 2009) a že stejné stresory na ně mohou působit rozdílně (např., Frey, 2000; in Yeh et al., 2009). Porter and Stone (1995; in Yeh et al., 2009) zjistili, že ženy uvádějí více problémů a stresu v souvislosti s vlastní osobou, rodinou a druhými lidmi, zatímco muži uvádějí více problémů spojených s prací.

Stejně tak existují mezi muži a ženami rozdíly ve zvládání stresových situací. Několik studií zmiňuje, že typickou odpovědí mužů na stres je útok nebo útek, kdežto typická ženská odpověď souvisí s pečující tendencí a je nazývána „pečování a přátelství“ (např., Belle, 1987; in Yeh et al., 2009). Ženská role je spojena se schopností prožívat, vyjadřovat a komunikovat emoce ostatním stejně tak jako pochopit emoční prožitky druhých. Mužská role je naopak vymezená schopností potlačovat nebo kontrolovat vlastní emoce. Výše zmíněné rozdíly mohou být do značné míry ovlivněny především výchovou a přejímáním tradičních mužských a ženských rolí.

Studie zabývající se vztahem genderových charakteristik a adaptací na zátěž zjistili, že muži reagují na stres s větší mírou aktivity (agrese, rivalita, útočení), bagatelizace a externalizace než ženy. Zdá se, že muži jsou více odolní vůči působení akutních stresorů, ale hůře odolávají působení dlouhodobého stresu. Ženy jsou odolnější vůči dlouhodobé zátěži a mají větší tendenci k podpurným projevům a vyhledávání sociální opory (Paulík, 2010).

Sabo et al. (1986; in Feldman, Broussard, 2006) zjistil, že pro muže je důležité především to, jak se jejich ženy vyrovnávají s nemocí a mají tendenci skrývat své vlastní

⁴ Jedná se o vazník, bílé těleso, které propojuje korové oblasti pravé a levé hemisféry prostřednictvím komisurálních vláken (Orel, Facová et al., 2009).

pocity. Dále bylo zjištěno, že muži mají pochybnosti ohledně své schopnosti pomoci ženám vyrovnat se s jejich onemocněním a užívají únik jako primární obranu před starostmi. Morse (1991; in Feldman, Broussard, 2006) uvádí, že někteří muži užívají zvýšenou sebekontrolu k utajení vlastních pocitů smutku a strachu před svými ženami.

Způsob, kterým se lidé vypořádávají s náročnými situacemi, ovlivňuje zvládání stresu a jeho působení na lidské zdraví (Lazarus & Folkman, 1984; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007). Genderové rozdíly v užívání copingových strategií se podle určitých autorů objevují již v dětství. Výsledky některých studií (např., Eschenbeck & Kohlmann, 2002; in Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus, 2007) ukazují, že dívky užívají více vyhledávání sociální opory a zvládání zaměřené na problém, zatímco chlapci užívají více distancování a vnějších projevů zvládání.

Další přehled výzkumů na téma rozdílů v oblasti zvládání stresu mezi muži a ženami nabízí kapitola s názvem Sociální opora jako copingová strategie. V této kapitole se zabýváme významem působení sociální opory na zvládání náročné životní situace. V míře užívání této strategie byly zjištěny určité genderové rozdíly a tato problematika je v zahraničních výzkumech poměrně diskutovaným tématem.

2.7. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu

V této části práce zaměřujeme pozornost na copingové strategie užívané partnery v situaci, kdy je u jednoho z nich diagnostikováno nádorové onemocnění. Jak už bylo zmíněno, onkologické onemocnění ovlivňuje i život blízkých, zejména partnerů onkologických pacientů. Diagnóza rakovina vyvolává u partnerů pocity smutku, zlosti a strachu ze smrti milovaného člověka. Pro vyrovnání se s touto náročnou situací je nezbytné, aby oba partneři aktivovali určité způsoby zvládání. Kromě individuálních copingových strategií byly popsány i takové, které jsou společné pro oba partnery.

Autoři jedné z kvalitativních studií se domnívají, že nejrůznější stresové situace v životě jedince neovlivňují pouze jeho osobu, ale také jeho partnera, děti, přátele a tím celý jeho společenský život. Z tohoto důvodu je důležité zaměřit výzkum na proces zvládání stresu v rámci partnerského vztahu (Kayser, Watson, Andrade, 2007).

Pro označení procesu zvládání v rámci vztahu se užívá termín dyadický coping. Jedná se o interakci mezi stresem jednoho z partnerů a reakcí druhého partnera zaměřenou na jeho zvládnutí. Podle Bodenmannovi teorie (1995, 1997, 2005; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) je coping proces, kdy partneři vzájemně reagují na svůj stres a snaží se tak

udržet určitý stupeň životní pohody. Stres jednoho z partnerů je vnímán druhým partnerem, který na něj odpovídá určitou reakcí. Zvládání nemoci v rámci partnerského vztahu je ovlivněno tím, jak páry hodnotí stres spojený s tímto onemocněním, jak o nemoci komunikují, jak se snaží tuto nemoc zvládnout, zda jsou jejich snahy v souladu a jaký význam přisuzují zkušenostem s rakovinou (Kayser, Watson, Andrade, 2007).

Dyadický coping zahrnuje to, jak spolu páry komunikují, řeší problémy, vyrovnávají se se stresory, vzájemně si poskytují podporu apod. Tento druh copingu předpokládá zúčastněnost obou partnerů, kteří se na zvládání těžkých životních situací podílí společně, nikoli každý zvlášť (Bodenmann et al., 2006; in Morgan, 2009).

Podporující copingové strategie zahrnují vzájemnou pomoc mezi partnery, poskytování rady, vyjadřování důvěry v partnerovi schopnosti a vzájemnou soudržnost. Pro zvládání stresových situací je důležitá vzájemná důvěra, spolehlivost, věrnost a také přesvědčení, že partner nám poskytne pomoc a podporu i navzdory nepříznivým životním okolnostem. Negativní dyadický coping na druhé straně zahrnuje hostilitu, vyhýbání se otevřené komunikaci, povrchnost či poskytování podpory, která je partnerem vnímána jako neupřímná či sarkastická. Tyto strategie zvládání mohou u partnera vyvolat pocity opuštěnosti a nechtěnosti (Bodenmann, 2005; in Morgan, 2009).

Coyne a Smith (1991; in Manne et al., 2007) popsali dvě copingové strategie zaměřené na zvládání náročných situací v rámci partnerského vztahu (*relationship-focused coping*). První z nich označily jako *protective buffering*. Tato strategie spočívá ve skrývání skutečných obav, starostí a pocitů před partnerem, ve snaze vyhnout se vzájemným sporům a tak snížit míru prožívané zátěže a znepokojení na straně partnera. Cílem této strategie je především zmírnit jeho stres, avšak potlačování negativních pocitů a skrývání vlastních obav má ve výsledku spíše negativní vliv na psychiku obou partnerů. Druhou strategií označili jako *active engagement*. Tato strategie spočívá ve vyjadřování myšlenek a emocí mezi partnery a snahu o řešení problémů. Sdílení myšlenek a pocitů s druhým člověkem je důležité pro přijetí a zvládnutí náročných životních situací, mezi které nepochybně patří i onkologické onemocnění.

Ve vztahu je neméně důležitá také intimita. Jedná se o proces, kdy člověk sdílí své osobní pocity, myšlenky, přání či představy s druhým jedincem. Pokud onkologicky nemocný nedává najevo své obavy a pocity, pak není možné, aby je jeho partner zaznamenal a poskytnul mu odpovídající podporu a péči.

Coyne a Smith (1991; in Manne et al., 2007) ve své studii zjistili, že vyšší úroveň distresu na straně žen, jejichž muži prodělali infarkt myokardu, byla spojena s užíváním strategie *protective buffering* na straně obou partnerů. Tato studie se však nezajímala o vliv používání této strategie na míru distresu u nemocných mužů.

Manne et al. (2007) se domnívají, že souvislost mezi užíváním strategie *protective buffering* a mírou distresu, je ovlivněna mírou spokojenosti ve vztahu. Používání strategie *protective buffering* brání uspokojování psychických potřeb, které byly pro partnery žijící ve spokojeném vztahu obvyklé. Omezení sdílení pocitů, myšlenek, obav, vzájemné podpory a intimity, může u partnerů vést k rozvoji distresu. Na druhé straně u méně spokojených vztahů, jsou partneři zvyklí vyhledávat oporu spíše u jiných rodinných příslušníků či přátel. Omezení vzájemného sdílení, tak u těchto partnerů nevede k prožívání vyšší míry stresu. Na základě svého výzkumu zjistili, že užívání strategie *protective buffering* vede k vyšší míře distresu u těch pacientek, které uváděly vyšší míru spokojenosti ve vztahu než u těch, které byly ve vztahu méně spokojené.

Gilbar a Zusman (2007) se ve své studii zaměřili na podobnosti a rozdíly mezi ženami s rakovinou a jejich manžely v oblasti copingových strategií, psychologického distresu a jejich vztahu s lékařem. Pacientky vykazovaly více symptomů psychologického stresu než jejich partneři. Dále se ukázalo, že pacientky používají ve větší míře strategie zaměřené na problém, zatímco v oblasti strategií zaměřených na zvládání emocí žádný rozdíl mezi pacientkami a jejich partnery objeven nebyl. Co se týče vztahu k lékaři, mezi partnery nebyl objeven žádný významný rozdíl.

Kayser, Watson a Andrade (2007) na základě svého kvalitativního výzkumu rozlišili dva způsoby zvládání rakoviny v rámci partnerského vztahu. Jedná se o zúčastněný a nezúčastněný přístup. Zúčastněný přístup v sobě zahrnuje tři vztahové kvality. Jedná se o účast na nemoci partnera (přemýšlení o dopadu nemoci na partnera a vztah), autenticitu (projevování skutečných pocitů a obav) a vzájemnost (empatie, sdílení pocitů a zkušeností). Páry, které užívali zúčastněný přístup, vnímali rakovinu jako společný stresor, který ovlivnil jejich život a vztah. Tito partneři také otevřeně mluvili o nemoci, používali copingové strategie zaměřené na problém i na emoce a uváděli určité pozitivní aspekty rakoviny. Jednalo se o individuální růst, posílení vztahu či změnu priorit.

Skerrett (1998; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) vedl rozhovory s 20 páry týkající se zvládání rakoviny prsu. Na základě získaných dat byly páry rozděleny na odolné a

problematické. Páry v první skupině měly vytvořeny společné strategie zvládání, byly pro sebe vzájemnou oporou a o nemoci mluvily otevřeně. Páry z druhé skupiny neměly vytvořeny společné strategie zvládání a nebyly schopny vést otevřenou komunikaci.

Zunkel (2002; in Kayser, Watson, Andrade, 2007) objevil 4 důležité aspekty zvládání rakoviny prsu v rámci partnerského vztahu. Jedná se o oporu a pomoc, podílení se na pacientově uzdravení, pomáhání s domácností a odvedení pozornosti od nemoci. Na základě svého výzkumu rozlišil dva typy procesu zvládání. Jedná se o přijetí onemocnění a jeho bagatelizaci. V prvním případě se rakovina stává součástí rodinného života, páry otevřeně projevují své pocity týkající se onemocnění a léčby. Ve druhém případě dochází k omezení dopadu rakoviny na rodinný život.

Strategie zvládání stresu v rámci partnerského vztahu se do značné míry liší od strategií zaměřených na zvládání problémů i emocí. Zvládání zaměřené na vztah (*relationship-focused coping*) představuje interpersonální proces vedoucí k navázání, udržení nebo přerušení partnerského vztahu. Styl zvládání v rámci vztahu, který umožňuje posílení a zachování partnerství, zahrnuje vyjednávání, uzavírání kompromisů s partnerem, zvažování osobních limitů a vzájemnou empatii. Na druhé straně styl zvládání v rámci vztahu, který vede k narušení či rozpadu partnerství, zahrnuje kritizování, ignorování a omezení kontaktu s partnerem (Kramer, 1993).

Zvládání v rámci partnerství zahrnuje kognitivní a behaviorální snahy o udržení blízkých vztahů v průběhu určité stresující situace. Jak vyplývá z předchozího textu, používané copingové strategie partnerů můžeme dělit na pozitivní a negativní, podle toho, jaký dopad mají na vztah. Mezi pozitivní strategie zvládání byla zahrnuta také empatie. Empatie představuje porozumění pocitům druhého člověka a je nepostradatelná pro posilování a udržení partnerského vztahu (Hepworth & Larsen, 1990; in Kramer, 1993). Jedna ze strategií zvládání zahrnující empatii se nazývá *empathic responding*. Empatie je považována za základ emočního porozumění, které podporuje prosociální a pečující tendence mezi lidmi (Eisenberg, 2000; in O'Brien et al., 2009). Empatie slouží ke zvládání či předcházení konfliktům, zvládání stresu prožívaného partnerem, udržení blízkosti, emoční intimity a spokojenosti ve vztahu (O'Brien et al., 2009).

O'Brien et al. (2009) se ve své studii zabývali interpersonální dimenzí stresu a jeho zvládáním mezi partnery. Studie se zabývá rolí partnerského copingu v přizpůsobení se každodenním stresorům u sezdaných párů. Autoři studie předpokládali, že vyšší míra užívání

empatie mezi manželi bude souviset s větší spokojeností ve vztahu. Dále autoři předpokládali, že rostoucí vnímání závažnosti stresoru povede k většímu užívání empatie. Míra užívání empatie byla měřena pomocí zkrácené formy *Empathic Responding Scale* (O'Brien, DeLongis, 1996). Jedná se o šesti-položkovou škálu. Obě složky empatie (kognitivní a behaviorální) byly hodnoceny třemi položkami. Bylo zjištěno, že mezi muži a ženami neexistuje významný rozdíl v míře užívání empatie sloužící ke zvládnání stresorů. Vnímání vyšší závažnosti stresoru vedlo k většímu užívání empatie na straně obou partnerů. Potvrdil se také předpoklad, že vyšší míra užívání empatie souvisí s větší spokojeností ve vztahu u obou partnerů.

Kramer (1993) se ve své studii zabývá interpersonální podstatou zvládnání stresu u žen, jejichž muži trpí Alzheimerovou nemocí. Autor studie vychází z předpokladu, že mezi jednotlivými strategiemi zvládnání existuje určitý vztah. Například pečující osoby, které jsou empatické, ve větší míře používají strategie zaměřené na zvládnání problémů. Naslouchání pocitům nemocného partnera usnadňuje porozumění jeho problémům a tím i jejich následné řešení. Druhý předpoklad se týká existence souvislosti mezi copingovými strategiemi zaměřenými na zvládnání emocí a negativním stylem zvládnání v rámci partnerského vztahu. Nedostatečná komunikace o problémech a omezené sdílení mezi partnery může vést k navýšení emočního napětí. Partneři se tak více než na zvládnání problémů soustředí na své emoční prožívání. Negativní emoce plynoucí z narušené komunikace mohou negativně působit na partnerský vztah a spokojenost obou partnerů. Pro měření copingových strategií zaměřených na zvládnání problémů a emocí autor použil revidovanou verzi *Ways of Coping Checklist* (WCCL; Vitaliano et al., 1985). Zvládnání v rámci partnerského vztahu bylo měřeno pomocí škály, kterou vyvinuli O'Brien a DeLongis (1991). Na základě svého výzkumu Kramer potvrdil oba výše zmíněné předpoklady. Pozitivní styl zvládnání v rámci partnerského vztahu pozitivně koreloval se zvládnáním zaměřeným na problém. Pozitivní korelace byla objevena také mezi negativním stylem zvládnání v rámci partnerského vztahu a zvládnáním zaměřeným na emoce.

3. Sociální opora

Sociální opora představuje významný faktor, který se podílí na zvládnání těžké životní situace. Goodwin et al. (1987; in Křivohlavý, 2002) zjistili, že pacienti, kteří měli pevnější rodinné zázemí, měli také kvalitnější život a žili déle. Pozitivní vliv sociální opory může spočívat ve skutečnosti, že pacienti žijící v rodinném prostředí, jsou svými blízkými vedeni k navštívení lékaře. Tento fakt umožňuje včasné diagnostikování nemoci a zahájení její léčby (Křivohlavý, 2002).

Další autoři tvrdí, že „systém sociální opory je chápán jako určitý, nárazníkový či tlumící systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí“ (Cohen, Wills; in Křivohlavý, 2003, s. 93).

Jedná se o jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů, který ovlivňuje působení různých nepříznivých událostí na psychický i tělesný stav člověka, na jeho životní pohodu a kvalitu života vůbec (Křivohlavý, 2003).

3.1. Význam a působení sociální opory

Sociální opora se uplatňuje při zvládnání náročných situací jako je nemoc, životní krize, úraz nebo hluboké zklamání. V těchto situacích sociální opora působí jako určitý nárazník (*buffer*) či tlumič nárazů (*buffering effect*; Pierce, Sarason a Sarason, 1991; in Křivohlavý, 2003). Pomoc druhých lidí má za cíl tlumit negativní působení stresové situace na člověka, který se s ní momentálně potýká. Tento tlumivý vliv se projevuje různými způsoby. Druzí lidé nám mohou poskytnout důležitou informaci týkající se problému, zvýšit naše sebevědomí a sebeúctu, pomoci nám nalézt vhodnou strategii zvládnání či snížit negativní působení stresoru na naše zdraví.

Z hlediska účinku můžeme sociální oporu dělit na přímou a nepřímou. Model zabývající se přímým účinkem (*direct effect model*) předpokládá, že sociální opora příznivě působí přímo na psychickou pohodu člověka (*well-being*). Nepřímý model (*buffer effect model*) naproti tomu zdůrazňuje nárazníkové působení sociální opory a předpokládá její interakci s momentální hladinou stresu. Podle tohoto modelu uspokojivá sociální opora zabráňuje nepříznivému působení stresorů na člověka (Paulík, 2010).

Pozitivní sociální vztahy v rodině nebo dalších sociálních skupinách mohou usnadňovat adaptaci na nepříznivé situace a působí také pozitivně na zdravotní stav.

Pozitivní působení sociální opory probíhá jednak na základě přesvědčení o její dostupnosti a také na její reálné existenci a možnosti jejího využití (Paulík, 2010).

Vztah mezi zátěží a sociální oporou popisuje J. Mareš a kol. (2001, s. 6; in Paulík 2010) následujícím způsobem:

1. Sociální opora ovlivňuje adaptaci na zátěž: jedná se o podobu pomoci při jejím zvládnání (*coping assistance*).
2. Adaptace ovlivňuje sociální oporu: způsob zvládnání zátěže signalizuje okolí, zda jedinec podporu vůbec potřebuje a případně který typ.
3. Sociální opora a adaptace se vzájemně neovlivňují konzistentním způsobem.
4. Sociální opora a adaptace na zátěž se vzájemně ovlivňují a navíc jsou obě ovlivňovány ještě dalším faktorem v pozadí.

Sociální opora představuje způsob uspokojování jedincových potřeb skrze interakci s druhými lidmi. Sociální okolí člověka ovlivňuje jeho hodnocení zátěže a také způsoby jejího zvládnání. Zvládací pomocí (*coping assistance*) se míní jednání osoby, která je pro člověka významná a pomáhá mu, aby se vyrovnal s aktuální stresující situací (Prinstein, 1996; in Čáp, Mareš, 2001).

Můžeme rozlišit dva aspekty sociální opory. Jedná se o poskytování a přijímání. Bolger et al. (2000, s. 954; in Belcher at al., 2011) označují účinek přijímání opory jako „očividnou oporu“ a poskytování opory jako „neviditelnou oporu“. Jedním ze zajímavých závěrů jejich práce je, že partnerovo poskytování opory má pozitivní vliv na náladu druhého bez ohledu na to, zda si druhý partner tuto oporu uvědomuje.

Podpůrné sociální vztahy se formují především mezi lidmi v rámci rodiny. Dakof a Taylorová (1990; in Křivohlavý, 2003) zjistili, že dobré vztahy a poskytování sociální opory mezi manželi, kde jeden z nich trpí rakovinou, má na jejich vztah značný pozitivní vliv. Onkologické onemocnění nepředstavuje zátěž pouze pro nemocného, ale také pro jeho blízké, kteří mu poskytují potřebnou pomoc a péči.

Některé práce se zaměřují nejen na pozitivní, ale také na negativní působení sociální opory. Problematické může být nepochopení postiženému člověku a jeho potřebám či zvýšený nátlak a poskytování sociální opory za každou cenu. Nadměrná pomoc lidem v tísní se projevuje např. u starších jedinců. Poskytovatelé sociální opory dělají za starší lidi veškeré činnosti a tak jim nezbývá nic, co by mohli dělat sami. Tito lidé mohou v důsledku zmíněného jednání ztratit schopnost samoobslužnosti, což se negativně podepíše na jejich

sebevědomí a sebehodnocení. Pro člověka v zátěžové situaci je důležité, aby se ji mohl pokusit vyřešit sám. Schopnost postarat se sám o sebe je jedním z významných faktorů kvality života (Křivohlavý, 2003).

U sociální opory lze rozlišit obecný a specifický vliv. Obecný vliv je chápán jako kladné působení dobrých mezilidských vztahů daného člověka na jeho psychický i fyzický stav. Specifický vliv sociální opory se vztahuje ke zcela určitým životním situacím, které člověk musí zvládnout (Křivohlavý, 2003).

Některé studie potvrdily vliv sociální opory na zdravotní stav. Např. výsledky jednoho z výzkumů ukázaly, že sociální opora výrazně tlumila negativní dopad prožitého katastrofického zážitku a u lidí s vyšší mírou sociální opory byl objeven nižší výskyt posttraumatické stresové poruchy (Shepherd, Hodkinson, 1990; in Křivohlavý, 2003). Při dalším zkoumání bylo prokázáno, že lidé s nízkou mírou sociální opory častěji trpí stresovou nemocí než jiní jedinci (Kaplan a Toshioma, 1990; in Křivohlavý, 2003). Zajímavé jsou také výsledky studií zaměřených na zkoumání vztahu mezi sociální oporou, dlouhověkostí a mortalitou. Bylo zjištěno, že lidé s nízkou mírou sociální opory vykazují 2 – 4 krát vyšší úmrtnost než lidé s vysokou mírou sociální opory (Berkman, Syme, 1979; in Křivohlavý, 2003). Vztah mezi sociální oporou a zdravotním stavem popisuje L. Brannonová a Jess Feist (1997, s. 134; in Křivohlavý, 2003, s. 112) následujícím způsobem: „Evidence z dosavadních studií ukazuje, že sociální opora, jak se zdá, zmírňuje, až eliminuje škodlivé negativní vlivy stresu a poskytuje tak ochranu při nemoci a úmrtí“.

Sociální opora a sociální izolace mají, jak bylo výzkumně zjištěno, vliv na riziko úmrtnosti jak u rakoviny, tak u dalších nemocí. Tyto faktory mohou mít také vliv na samotný průběh nádorového onemocnění. Goodwin et al. (1987; in Tschuschke, 2004) zjistili, že lidé žijící v manželství vykazují lepší šanci na přežití než svobodní jedinci. Míra poskytované sociální a emocionální opory může rovněž ovlivňovat úroveň prožívaného stresu.

3.2. Druhy sociální opory

Křivohlavý (2003) ve své knize Psychologie zdraví, rozlišuje následující druhy sociální opory:

- *Instrumentální opora* – Jedná se o konkrétní formu pomoci, která spočívá např. v poskytnutí finančního obnosu či materiální podpory, zařízení neodkladných záležitostí nebo obstarání potřebných věcí. Jde tedy o určitou věcnou pomoc, kterou jedinec poskytuje ze své vlastní vůle osobě v tísní.

- *Informační opora* – Pomoc spočívá v poskytnutí potřebné informace od lidí, kteří mají s podobnou problémovou situací zkušenost. Jejich rady mohou člověku v tísní usnadnit řešení jeho problému. Součástí této opory je také naslouchání potřebám druhého.
- *Emocionální opora* – Součástí poskytované opory je v tomto případě emocionální blízkost. Jedná se zejména o projevy lásky, soucítění a náklonnosti. Druhému člověku je dodávána naděje a odvaha ke zvládnutí nepříznivých událostí.
- *Hodnotící opora* – Pro zvládnutí náročných situací je důležitá určitá míra sebevědomí a kladné sebehodnocení. Ty mohou být posíleny projevováním úcty a respektu vůči postižené osobě. Do této kategorie řadíme také sdílení těžkostí s druhým člověkem a účast na společném řešení některých problémů.

Weis (1994; in Drageset, Lindstrom, 2003) nabízí jiné pojetí a rozlišuje 6 typů sociální opory, kdy každý z nich je spojen s konkrétním typem vztahu:

- *Připoutání (attachment)* je poskytováno ve vztahu, kde člověk získává pocit emoční blízkosti a bezpečí. Chybění takového vztahu může vést k pocitu osamělosti nebo sociální izolace.
- *Sociální integrace (social integration)* znamená být součástí určité skupiny. Nedostatek sociální integrace může vést k osamělosti nebo sociální izolaci.
- *Potvrzení významu (reassurance of worth)* se uplatňuje ve vztahu, kde jsou uznávány naše schopnosti a dovednosti. Absence tohoto vztahu může vést ke snížení sebeúcty.
- *Příležitost pro pečování (opportunity for nurturance)* představuje pocit zodpovědnosti za blaho druhých.
- *Spolehlivá aliance (reliable alliance)* pramení ze vztahu, kde člověk může počítat s oporou za všech okolností. Nedostatek může vyvolat pocit zranitelnosti.
- *Odborné vedení (guidance)* získáváme ve vztahu s důvěryhodnými lidmi, kteří nám mohou poskytnout radu nebo odborný pohled. Chybění takového vztahu může vést k pocitu nejistoty a úzkosti.

Výše zmíněné způsoby sociální opory může člověk získávat z jednoho zdroje nebo může být obklopen větším počtem lidí, z nichž každý může uspokojovat jeho rozdílné emoční a sociální potřeby. Jak vyplývá z výše zmíněného dělení, mezi významné potřeby člověka v rámci blízkých vztahů patří potřeba emoční blízkosti a bezpečí, potřeba začlenění,

potvrzení vlastního významu, potřeba pečování o druhé, možnost získání opory za všech okolností a potřeba získání rady či dohledu.

Součástí sociální opory je i poskytování péče blízkým lidem. Naslouchání druhým lidem může mít na člověka v tíživé situaci pozitivní účinek. Pokud věnujeme pozornost blízkému člověku, můžeme se na chvíli odtrhnout od vlastních starostí a problémů. Vyslechnutí příběhu druhého člověka nám také nabízí možnost určitého srovnání. Naše vlastní problémy se nám pak ve srovnání s těžkostmi druhých lidí mohou zdát méně významné. Další pozitivní účinek poskytování opory spočívá v dobrém pocitu ze sebe sama. Pocit užitečnosti může být významný především v situaci, kdy má námi poskytnutá péče viditelný účinek a je blízkými lidmi oceňována.

3.3. Sociální opora jako copingová strategie

Sociální opora ovlivňuje psychologické, emoční a kognitivní zvládnání náročných životních situací (Wills & Fegan, 2001; in Hoyt, Stanton, 2011). Někdy může usnadnit používání efektivních copingových strategií prostřednictvím lepšího porozumění problému a větší motivace k adaptivnímu řešení situace.

Některé osobnostní vlastnosti jako je ochota pomáhat nebo projevovat emoce mohou ovlivňovat to, jaké způsoby zvládnání náročných životních situací lidé používají. Např. lidé s vyšší potřebou emoční exprese budou ve větší míře vyhledávat sociální oporu. Naproti tomu tradiční mužská role je často spojována s vlastnostmi jako je samostatnost a nezávislost, které mohou souviset s užíváním méně adaptivních způsobů zvládnání nemoci, zejména v oblasti sociální výměny (Hoyt, 2009; in Hoyt, Stanton, 2011).

Onkologičtí pacienti s vysokou mírou sociální opory se lépe vyrovnávají se svojí nemocí. Rodinní členové, především partneři, jsou velmi důležitým zdrojem sociální opory pro své blízké. Sociální opora je zřejmě více důležitá pro ženy, než pro jejich partnery. Ženy také často lépe rozumí tomu, co jejich partner prožívá a jsou vnímavější k projevované sociální opoře ve vztahu (Carlson et al., 2001; in Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen, 2009). Cronkite a Moos (1984; in Dunkel-Schetter et al., 1992) zjistili, že ženy bez rodinné podpory s větší pravděpodobností užívají vyhýbavé copingové strategie.

V poskytování sociální opory existují určité rozdíly mezi muži a ženami. Muži mají nižší tendenci vyhledávat vnější sociální oporu a psychologické služby než ženy (Nicholas, 2000; in Banthia et al., 2003) a jsou více závislí na podpoře, kterou jim poskytuje jejich partner (Hoekstra-Weebers et al., 1998; Revenson, 1994; in Banthia et al., 2003). Ženy oproti

tomu mají tendenci využívat několik různých zdrojů podpory současně (Nicholas, 2000; in Banthia et al., 2003). Ženy ve srovnání s muži mají obvykle širší sociální síť a více blízkých přátel (Cutrona & Russell 1987; in Drageset, Lindstrom, 2003) a užívají sociální oporu častěji jako jeden ze způsobů copingu (Monat & Lazarus 1991; in Drageset, Lindstrom, 2003).

Vyšší míra sociální opory je spojena s posílením copingu, snížením stresu a zlepšením imunitní funkce na straně pacienta i partnera (Ey et al., 1998; in Banthia et al., 2003). Sociální opora nemusí být vždy považována za adaptivní způsob zvládnání stresu (Stroebe et al. 1996; in Drageset, Lindstrom, 2003). Vyjadřování a sdílení negativních emocí, jako je třeba úzkost, může vést k zesílení těchto pocitů. Neustálé mluvení o problémech může být nepříjemné i pro posluchače a hrozí tak omezení sociálního kontaktu a opory z jejich strany.

Zvládnání negativních emocí může být důležitým faktorem, který ovlivňuje atmosféru v rodinném prostředí a to, jak se členové rodiny s nemocí vyrovnávají. Styly zvládnání hněvu mohou ovlivňovat pacientovo vnímání sociální opory poskytované partnerem a kvalitu jeho života. Vysoká míra potlačování hněvu u partnerů negativně koreluje s vnímanou úrovní sociální opory na straně pacienta. Na druhé straně kontrolování hněvu u obou partnerů pozitivně koreluje s poskytovanou sociální oporou (Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen, 2009).

Jak vyplývá z výše uvedeného textu, sociální opora je velmi důležitou součástí při zvládnání náročných situací v životě partnerů. Otevřená komunikace umožňuje, aby se ostatní lidé dozvěděli o podstatě našich problémů a na základě toho nám mohli poskytnout odpovídající pomoc a podporu. Odreagování vlastních prožitků a obav v rámci sociálního kontaktu může také vést ke snížení emočního napětí a tím k lepší aktivaci dalších adaptivních způsobů zvládnání. V oblasti vyhledávání sociální opory byly zjištěny také určité rozdíly mezi muži a ženami. Výzkumy ukazují, že potřeba sdílení v náročné životní situaci je více důležitá u skupiny žen. Muži mají naopak tendenci své skutečné pocity a obavy potlačovat, což může souviset s výchovou a přebíráním tradiční mužské role.

4. Partnerský vztah

Poslední kapitola je věnována otázce partnerského vztahu. Partnerství může být chápáno jako oboustranná nabídka společné životní cesty psychické i fyzické (Klimeš, 2005). Partnerský vztah je významným aspektem, který se podílí na zvládnání náročných životních událostí. Partner představuje zdroj opory a pomoci, která může být v situaci onemocnění nepostradatelná. Intimní vztah dvou lidí se zakládá na společné lásce, důvěře a porozumění, které boj s nádorovým onemocněním mohou podpořit. V následující kapitole se zaměřujeme na charakteristiku partnerského vztahu v jednotlivých životních etapách. V průběhu života nabývá partnerství rozdílného významu a slouží k uspokojování rozličných potřeb. V mladém dospělí hraje významnou roli především milostná touha, zatímco ve starším věku se do popředí dostává zejména intimita, pocit jistoty a bezpečí. V další části se zabýváme vývojem partnerského vztahu, rozdílným očekáváním mužů a žen a otázkou partnerské spokojenosti a způsobů jejího měření.

4.1. Partnerství v jednotlivých obdobích života

Mladá dospělost

V období mladém dospělí je partnerství nejdůležitější variantou intimního vztahu. Pro mladém partnery mívá větší význam než přátelství. V rámci partnerského vztahu se vytváří tzv. párová identita, která má pozitivní vliv na vývoj vztahu i osobnostní rozvoj partnerů. Intimní vztah s druhým člověkem může přispět k pochopení sebe sama, realizaci osobního potenciálu nebo rozvoji intimních oblastí osobnosti. Období mladém dospělí zahrnuje věkovou kategorii od 20 do 35 let věku (Vágnerová, 2007).

Partnerský vztah v mladém dospělí je symetrický i komplementární. Symetrie představuje rovnost mezi oběma partnery. Komplementarita vztahu je dána odlišnými rolemi obou partnerů, které se vzájemně doplňují. Rozdílnost mezi muži a ženami vnáší do vztahu určitou míru napětí a vzrušení, což podporuje jeho vztahovou dynamiku (Vágnerová, 2007).

V období rané dospělí dochází k navazování stabilnějších monogamních vztahů. Někdy se objevuje tzv. seriální monogamie, která spočívá ve vystřídání několika za sebou následujících vztahů s jedním partnerem. Stálý partnerský vztah je v první polovině mladém dospělí typický spíše pro ženy, které dříve osobnostně dozrávají. Pro ženy je také více než pro muže důležitá citová jistota a stabilita. Vymětalová (2000; in Vágnerová, 2007) uvádí, že stálého partnera mělo ve věku od 18 do 29 let 65,7 % žen oproti 50,7 % mužů.

Autorka dále uvádí, že délka partnerského vztahu v první polovině mladé dospělosti činí v průměru dva a půl roku.

Pro mladou dospělost jsou typické dva druhy partnerských vztahů. Jde o vášnivý a přátelský vztah. Vášnivé partnerství zahrnuje bouřlivé emoce, majetnickou lásku a romantiku. Významnou roli hraje sexualita. Tento druh partnerského vztahu převládá u 20letých lidí na počátku mladé dospělosti. Romantické zamilování nemá dlouhé trvání a není příliš stabilní. Potřeba navazovat nezávazné sexuální a romantické vztahy většinou klesá po 30. roce života. Přátelské partnerství se vyznačuje zejména vyšší mírou intimity, vzájemnou solidaritou a oporou mezi partnery. Četnost těchto partnerství narůstá v průběhu 30. let. Důležitým aspektem je přátelství a určitá úroveň racionality (Vágnerová, 2007).

V tomto životním období uzavírají někteří partneři manželství, které patří mezi nejstarší sociální instituce v dějinách lidstva. Manželství představuje určitou formu institucionalizace partnerského vztahu a jeho hlavní funkcí je sociální potvrzení kvality partnerství a jeho výlučnosti. Uzavření sňatku s sebou přináší nové povinnosti i privilegia (Vágnerová, 2007).

Manželství je spojením dvou nezávislých lidí s cílem vytvořit něco hodnotného pro oba partnery. Hodnota vytvořená v tomto spojení může vycházet ze společných rysů či odlišností obou jedinců (Verma, 2012).

V současné době se počet uzavřených manželství snižuje a dochází k odkladu sňatku do pozdějšího věku. Dnes se také stále častěji setkáváme s partnery, kteří žijí v nesezdaném soužití. Tento typ soužití je charakterizován společným bydlením bez uzavření manželství. Může být vyjádřením potřeby uchovat si svou nezávislost nebo představuje určitou formu přechodu či přípravy na manželství. Tato alternativa soužití je preferována zejména mladými lidmi, přičemž 70 % z nich se domnívá, že společné bydlení představuje dobrou předmanželskou zkušenost (Vágnerová, 2007).

V jednom z výzkumů (Willi 1997, Riehl-Emde, Willi, 1997) bylo zjištěno, že stabilní svodní partneři popisují svůj vztah významně častěji jako šťastný. Tito partneři jsou také častěji spokojenější s dalšími aspekty vztahu, jako je komunikace, vzájemná něha či sexuální život. Nejmenší spokojenost ve vztahu pak udávají manželé s dětmi. Spokojenější vztah svobodných párů může být ovlivněn i faktem, že v rámci neformálního svazku se lidé snadněji rozcházejí.

Odborníci dlouho předpokládali, že intimní vztahy více působí na mentální zdraví žen než mužů. Poslední výzkumy poukazují na to, že v této oblasti nejsou přítomné výraznější genderové rozdíly. Míra emoční podpory ze strany partnera a vzájemné napětí ve vztahu ovlivňuje příznaky deprese u žen a má vliv na užívání návykových látek u mužů. R. W. Simon a A. E. Barrett (2010) vychází ve své studii z předpokladu, že v období mladé dospělosti existují určité rozdíly v míře působení intimního vztahu na psychiku mužů a žen. Autoři zjistili, že přítomnost blízkého vztahu souvisí s menší mírou depresivních symptomů. Na druhé straně rozpad romantického vztahu je spojen s větší mírou prožívání deprese a problémy se závislostí. Ztráta blízkého vztahu negativně působí na vnímání vlastní sociální identity, oslabuje pocit sebedůvěry a může narušit sociální integraci v mladé dospělosti. Tyto faktory pak mohou narušovat duševní pohodu a zdraví mladých lidí.

Dále bylo zjištěno, že současný sociální status, ve smyslu nedávného rozchodu nebo momentálního soužití s partnerem, má větší vliv na psychiku ženy. Jedním z vysvětlení může být větší emoční závislost žen na intimních vztazích a dále vnímání možné ztráty materiální podpory. Psychická pohoda mužů je v tomto ohledu spíše spojena s vnímanou sociální oporou a mírou napětí v současném partnerském vztahu. Větší citlivost mužů na kvalitu aktuálního vztahu v tomto období může být způsobena faktem, že partnerka pro muže představuje primární zdroj intimity a blízkosti. Ženy na rozdíl od mužů rozvíjí i další blízké vztahy v rámci rodiny a okruhu svých přátel (Simon, Barrett, 2010).

Střední dospělost

V období střední dospělosti dochází k určitým proměnám partnerského vztahu. Partneři mohou prožívat stereotyp všedního života a mají mnoho povinností a problémů spojených s rodičovstvím. V období narození dítěte se pozornost partnerů zaměřuje především na pečování o malého novorozence. Partneři získávají roli rodičů, která je spojena s určitými požadavky. Rodiče někdy musí při péči o dítě odsunout uspokojení vlastních potřeb a zájmů. Pro ženy, které jsou od narození v těsné interakci se svým dítětem, může být tato změna vnímána výrazněji. Ženy mohou zažívat pocity zvýšené izolace od okolí, než tomu bylo dříve. Narození dítěte a péče o něj vyžadují určitou zralost partnerů. Pro bezproblémové fungování vztahu je důležitá především vzájemná kooperace, empatie či organizace času a aktivit (Výrost, Slaměník, 1998).

Narození dítěte může do značné míry ovlivnit dosavadní partnerský život a může také klást zvýšené požadavky a zátěž na oba partnery. Mnoho rodičů však tento čas vnímá

jako jedno z nešťastnějších období jejich života. Péče o malé dítě umožňuje partnerům uspokojování potřeby pečování, přijímání zodpovědnosti či potřebu předávání zkušeností a výchovy.

Matlin (2000; in Vágnerová, 2007) uvádí, že spokojenost v manželství v průběhu prvních 20 let postupně klesá. Orbuch a jeho kolegové, zjistili, že největší nárůst nespokojenosti v manželství se objevuje po 20 až 24 letech společného života. Období střední dospělosti zahrnuje věkové rozmezí od 35 do 45 let člověka.

Muži mohou své ženy vnímat jako méně atraktivní, než tomu bylo dříve. Ženy na tuto skutečnost reagují výčitkami a vynucováním milostných projevů, což vede ještě k většímu citovému odcizení (Říčan, 2004).

Mezi partnery často dochází ke snížení míry intimity, vzájemné přitažlivosti, sdílení společných aktivit či snížení pocitu jistoty a opory. V období střední dospělosti mnoho partnerů zažívá druhou manželskou krizi, která bývá méně intenzivní než ta první. Většinou se objevuje v prvních deseti letech vztahu, kdy dochází k založení rodiny a následně výchově dětí. Nespokojenost nebo rozdílnost hodnot a představ o budoucím životě mohou zapříčinit rozpad partnerství (Vágnerová, 2007).

Lidé se v průběhu společného života neustále vyvíjí a mění. Mění se i postoj k jejich partnerovi a jejich vlastní sebepojetí. Pokud je vzájemný vztah uspokojivý, jsou partneři ochotní akceptovat fyzickou i psychickou proměnu toho druhého. Neschopnost akceptovat proměnu partnera a vztahu může vést k vzájemným konfliktům a značné nespokojenosti. Hlavním cílem této etapy vztahu je vytvoření pocitu jistoty, opory a solidarity pro období společného stárnutí a stáří (Vágnerová, 2007).

Vztah ve střední dospělosti prochází fází tzv. střízlivého sdílení. Člověk se stává více uzavřený a orientuje se spíše do svého nitra. Potřeba vzájemného otevření a prolnutí osobností mizí, avšak potřeba sdílení, empatie a vzájemného pochopení má stále svůj význam. Nespokojenost ve vztahu nemusí vždy vést k rozpadu partnerství, ale může být kompenzována navázáním mimomanželského vztahu (Vágnerová, 2007).

Starší dospělost

Hlavní hodnotou dlouholetého manželství je především společně strávený život, rodinné zázemí a společný domov. V období starší dospělosti spokojenost ve vztahu postupně narůstá (Carstensen et al., 1996; in Vágnerová, 2007). Spokojenost a stabilita vztahu může být ovlivněna prožitými událostmi a tím, jak se s nimi partneři vypořádali.

Starší dospělost představuje období od 45 do 60 let věku. V této etapě je pro partnerství typický kompromis a někdy se objevuje také rezignace. Jedním z důležitých aspektů spokojeného vztahu je rovnováha, kdy má každý z partnerů vymezenou svoji osobní identitu a zároveň je mezi partnery vytvořena silná párová identita. I v tomto období se musí partneři potýkat s určitými změnami. Jde např. o proměnu chápání intimity a generativity, změny v oblasti zdravotního stavu, proměna osobnosti nebo osamostatnění dospělých dětí (Vágnerová, 2007).

Postupně dochází k proměně rolí obou partnerů. Muži se stávají méně výbojní, jsou mírnější a laskavější. Naproti tomu ženy se stávají dominantnější, průbojnější a ráznější (Říčan, 2004).

V této životní etapě narůstá význam soukromého života na úkor profesní kariéry. Starší lidé se začínají více orientovat na rodinu a blízké vztahy. Díky nárůstu emoční zralosti dochází ke stabilizaci vztahu. Tato skutečnost se projevuje snížením četnosti konfliktů a nárůstem pozitivních interakcí mezi partnery. V oblasti intimity se musí partneři vyrovnat s redukcí sexuálního života i se změnou jeho kvality. Pro spokojený vztah je nyní více důležitá potřeba jistoty a bezpečí než sexuální uspokojení. Další zásadní změnou je odchod dospělých dětí. Partneři mají nyní více času a mohou se věnovat svým zájmům a sami sobě. Lidé žijící v dlouhodobém vztahu znají pozitivní i negativní vlastnosti svého partnera a hodnotí jej často realisticky. Partner je přijímán takový, jaký je i se svými zápornými stránkami (Vágnerová, 2007).

Kvalita vztahu může být ovlivněna vztahovými a emočními změnami v průběhu různých období života. Studie zabývající se výzkumem partnerství zachycují zvyšující se úroveň spokojenosti ve vztahu v období pozdní dospělosti. Starší partneři mezi sebou rozvíjí spíše pozitivní interakce a redukují ty negativní. Dávají méně prostoru pro rozvinutí možných konfliktů a zaměřují se spíše na rozvíjení vzájemné pohody. Teorie a výzkumy zaměřené na problematiku stárnutí ukazují, že v průběhu života dochází ke změnám v oblasti sociálního chování a emotivity, které mají značný vliv na blízké vztahy včetně těch partnerských. Lidé v období starší dospělosti mají lepší emoční kontrolu a stabilitu ve srovnání s jedinci v období střední a mladé dospělosti. Míra pozitivní a negativní interakce mezi partnery v různých obdobích života souvisí také s jejich spokojeností ve vztahu (Henry et al., 2007).

N. J. M. Henry et al. (2007) se ve své studii zaměřili na rozdíly v pozitivních (laskavost) a negativních (hostilita) interakcích mezi partnery ve středních letech a staršími páry. Dále se autoři zabývali tím, zda tyto interakce ovlivňují spokojenost ve vztahu vzhledem k rozdílnému věku. Starší partneři dosahovali vyšší míry partnerské spokojenosti a vnímali chování svého partnera jako více pozitivní než negativní oproti skupině partnerů ve středním věku. Ukázalo se, že to zda partneři vnímají chování svého protějšku jako pozitivní či negativní má vliv na spokojenost ve vztahu u obou věkových skupin. Výsledky ukazují, že v určitých situacích jsou negativní a pozitivní projevy partnera více významné pro starší páry.

Stáří

Spokojenost ve vztahu mírně stoupá a vztah mezi partnery bývá stabilizovaný. Starší partneři si projevují více pozitivních emocí a dochází ke značné redukci vzájemných konfliktů. V období stáří, nad 60 let věku, se objevuje tendence k odstranění genderových rozdílů v partnerském chování, které byly typické v mladším věku. Spokojenost v manželství je dána především shodnými postoji a hodnotami, které si partneři během společného života na základě společných zážitků vytvořili. Po mnoha letech soužití se partneři velmi dobře znají, rozumějí si a přizpůsobili se jeden druhému (Říčan, 2004, Vágnerová, 2007).

Partnerský vztah může být v tomto období ovlivněn odchodem do důchodu. Lidé mají často strach z celodenního trávení času se svým partnerem, které může vést k vyvolání konfliktů a neshod. Muži ztrácí odchodem do důchodu významnou část své identity a určitou míru sociální prestiže. Ženy si často udržují více sociálních kontaktů a jejich společenská pozice se nemění v takové míře jako u mužů. V souvislosti s odchodem do důchodu se mění životní styl manželů. Důležité je vytvoření nových životních cílů a udržování oblíbených aktivit a zálib. Svůj význam má i společné trávení času s dětmi a vnoučaty (Vágnerová, 2007).

Ve stáří opět dochází k posílení párové identity a vztahové intimity. Intimita se může projevit i v oblasti sexuality, která však v tomto období již ztrácí na významu. Na partnerský vztah má vliv i zdravotní stav manželů. Nemoc představuje značně zátěžovou situaci, se kterou se musí partneři vyrovnat. V období stáří se objevuje rovněž strach ze smrti životního partnera. Starší lidé se se smrtí partnera vyrovnávají velmi těžce. Pro zvládnutí této těžké

životní situace má svůj význam podpora a pomoc blízké rodiny, která ovdovělému člověku pomůže s překonáním pocitů osamělosti a smutku (Vágnerová, 2007).

Proces stárnutí a zhoršený zdravotní stav kladou zvýšené nároky také na partnerský vztah. Pokud jeden z partnerů onemocní získává druhý roli pečujícího, která je spojena s určitými požadavky. Péče o milovaného člověka může prohloubit vzájemnou blízkost mezi oběma partnery. Na druhé straně může náročná situace zvýšit sociální izolovanost pečujícího, který může mít pocit, že jej péče o nemocného partnera svazuje či omezuje. U nemocného se mohou objevit pocity snížené sebeúcty, závisti či pocit, že je druhému partnerovi na obtíž (Willi, 2006).

4.2. Vývoj partnerského vztahu

V průběhu vývoje partnerského vztahu se rozvíjí i jednotlivé vztahové složky. Sternberg (1987; in Vágnerová, 2007) rozlišuje tři základní vztahové komponenty. Jedná se o intimitu, milostnou touhu a připoutání. Různé kombinace těchto tří komponent vytváří odlišné typy vztahů. Intimita vyjadřuje vzájemnou tělesnou i duševní blízkost mezi partnery. Pro vytváření této vztahové komponenty je důležité sdílení přítomnosti i budoucnosti, otevřenost či vzájemná důvěra a respekt mezi partnery. Další významnou složku představuje milostná touha neboli zamilovanost. Projevuje se okouzlením a touhou po milovaném člověku. Partner je často idealizován a obdivován. Zamilovanost je pouze přechodnou etapou při utváření vztahu. Pro vznik stabilního partnerství je nutné vytvoření stabilnější vazby, která v ideálním případě zahrnuje i vzájemnou lásku. Třetí složkou vztahu je připoutání. Vazba mezi partnery vzniká na základě sdílení společných zážitků, problémů, hodnot a zvyklostí. Připoutání představuje významný aspekt trvání vztahu a jeho stability.

V prvním roce partnerského vztahu dochází k hlubšímu poznávání, sladění životního stylu, seznámení s režimem a zvyklostmi druhého. Partneři řeší otázky společného hospodaření, trávení společného času, postoje k sociálnímu okolí a rodině či otázky vzájemné komunikace a intimního soužití (Výrost, Slaměník, 1998).

Na počátku vztahu stojí období zamilovanosti a romantické lásky, označované též jako fáze narcistické lásky. V období zamilovanosti se partneři postupně otevírají a poznávají. Mezi partnery často dochází ke vzájemné idealizaci, kdy je milovaný člověk hodnocen na základě prožívaných emocí. Partner bývá vnímán jako inteligentnější, vtipnější či atraktivnější než ve skutečnosti je. Zamilovaný člověk si vytváří určitou iluzi o novém vztahu, což je důvodem pozdějšího šoku z reality. Důležitou složkou fáze zamilovanosti je

milostná touha, která má velmi výrazný emoční základ. Ovlivňuje také rozumové hodnocení, motivaci, postoje a chování zamilovaného člověka. Období romantické lásky trvá poměrně krátkou dobu, většinou kolem jednoho roku (Vágnerová, 2007).

Výzkumy zamilovanosti ukazují, že její intenzita pozitivně koreluje s pozdější spokojeností ve vztahu. Zamilovanost zahrnuje pocit, že náš partner je jedinečný a nezaměnitelný. V této počáteční fázi vztahu mohou partneři zažívat pocity vzájemného souznění či splynutí. Pocit partnerské symbiózy představuje důležitý proces pro vznik pevného vztahového základu. Ve fázi zamilovanosti může docházet k pozměnění dosavadních názorů, postojů či osobních hodnot v souladu s milovaným protějškem (Willi, 2006).

Zamilovaní partneři mají pocit, že je jejich vztah něčím jedinečným. Vzájemně si otevírají prostor blízkosti a důvěrnosti jak v rovině psychické tak sexuální. Na počátku vztahu se objevuje tendence k sebestylizaci, která spočívá ve snaze přizpůsobit se představám partnera. Cílem této tendence je udržení partnerovi lásky a obdivu. Postupně však dochází k projevování skutečných či potlačovaných vlastností a potřeb. Vzájemné poznání může vyvolat pocit, že partner je jiný než jsme si na začátku mysleli. Pokud se partneři akceptují i po vzájemném hlubším poznání může jejich vztah přejít do další fáze. Jestli-že nejsme schopni přijmout partnera, takového jaký je, vztah mnohdy zaniká (Vágnerová, 2007).

Další fází vztahu je realistické období. V této fázi je partnerský vztah založen spíše na intimitě a vzájemném připoutání než na milostné touze, jak tomu bylo v předchozí etapě. Vlastnosti partnera, které nám dříve imponovaly, nám nyní mohou být spíše na obtíž. Partner je vnímán více realisticky i se svými negativními projevy. Po prvotní fázi splynutí dochází k vytvoření určité autonomie. V rámci zralejšího vztahu se rozvíjí vzájemná tolerance, respektují se odlišné vlastnosti, postoje i projevy partnera. Partneři si poskytují určitý osobní prostor a svobodu. V této etapě dochází k budování pravého vztahu, který je založený na sdílení hodnot, společných cílů a otevřené komunikaci (Vágnerová, 2007).

Zralý realistický vztah se podílí na uspokojování většiny psychických potřeb. V rámci partnerství lidé zažívají nové zkušenosti, rozvíjí své sociální dovednosti, umění komunikace a kooperace. Na základě hodnocení partnera se rozvíjí vlastní sebepoznání. Partnerství uspokojuje také potřebu citové jistoty, prostřednictvím vzájemné intimity a citového přijetí. Partnerský vztah umožňuje rozvoj osobnosti díky novým sociálním

zkušenostem. Pro dobré fungování vztahu je nezbytná určitá míra autonomie. Každý člověk potřebuje určitý osobní prostor pro svůj vlastní rozvoj a seberealizaci. Představa dalšího společného života uspokojuje potřebu otevřené budoucnosti. Společné plánování a představa o budoucím manželství či rodičovství slouží k upevnění párové identity a stability vztahu (Vágnerová, 2007).

V jedné ze studií (Riehl-Emde, Frei, Willi, 1994, Riehl-Emde 1998) partneři označili lásku jako nejdůležitější motiv pro setrvání ve vztahu. Mezi další významné faktory byla zahrnuta také identifikace s partnerstvím, vzájemné rozhovory a osobní vývoj.

K rozpadu partnerství dochází v situaci, kdy je vztah mezi partnery dysfunkční. Někdy jsou partneři natolik rozdílní, že se nemohou shodnout ani v základních otázkách společného života. V jiných případech je příčinou rozpadu vztahu dysfunkční partner, jehož osobnostní vlastnosti nejsou s fungováním vztahu slučitelné (Vágnerová, 2007).

S. W. Duck (in Hayesová, 2003) je autorem modelu o průběhu dezintegrace blízkého vztahu, který zahrnuje 4 fáze:

1. *Intrapsychická fáze* – Jeden z partnerů začíná pociťovat silnou nespokojenost ve vztahu. Zvažuje výhody a nevýhody vztahu. Jestli-že již nechce ve vztahu dále pokračovat, přechází do druhé fáze.
2. *Dyadická fáze* – Dochází k zapojení druhého partnera. Ten, který chce ze vztahu odejít, mu sdělí svůj úmysl nebo se chová chladně a odtazitě. Když se partneři rozhodnou pro ukončení vztahu, následuje třetí fáze.
3. *Sociální fáze* – Jedná se o společenské důsledky rozchodu. Partneři oznámí svůj rozchod rodině a přátelům.
4. *Fáze úpravy hrobu* – Bývalí partneři se snaží vyrovnat s rozchodem. Po uplynutí určité doby dochází k hledání a vytváření nových vztahů.

Rozpad partnerského vztahu s sebou vždy přináší určitou zátěž. Jde zejména o negativní pocity, snížení sebehodnocení a sebedůvěry. Trauma vyvolané rozchodem může mít různou míru v závislosti na významu a uspokojivosti vztahu. Ztráta vztahu je vnímaná jako ztráta důležité hodnoty. Člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí a nemůže uspokojit ani další potřeby, které byly ve vztahu zajištěny. Opuštění ze strany partnera bývá chápáno jako zrada a důkaz vlastní nízké hodnoty. Mezi typické reakce na ztrátu vztahu patří úzkost, smutek, vztek a pocity viny. Pro vyrovnání se s touto zátěžovou situací má značný význam proces truchlení (Vágnerová, 2007).

4.3. Očekávání mužů a žen

Představy mužů a žen o partnerství se do značné míry liší. Je to dáno zejména rozdílným uvažováním a prožíváním. Určité aspekty vztahu jsou však stejně důležité pro oba partnery, Jde např. o vzájemnou lásku, věrnost, upřímnost, respekt či shodné postoje a hodnoty (Vágnerová, 2007).

V následující kapitole podáváme v úvodní části přehled původních, v dnešní době již překonaných, názorů na partnerská očekávání. V soudobých výzkumech se ukazuje, že potřeby mužů a žen jsou si více podobné, než se předpokládalo dříve. Starší názory na rozdíly v očekávání partnerů vyplývají zejména z pojetí tradiční mužské a ženské role. V závěrečné části kapitoly pro srovnání uvádíme jeden ze současných výzkumů, který svými výsledky nabízí rozdílný pohled na diskutované téma.

Pro muže je důležitá především fyzická atraktivita partnerky. Muž mnohdy vnímá pouze fyzický vzhled ženy, aniž by si všímal ostatních vlastností. K partnerským problémům bývají muži méně citliví a často si neuvědomují, že by se vztah díky těmto problémům mohl rozpadnout. Nemluví o svých pocitech a neradi řeší problémové situace. Tento přístup často brání vyřešení vztahových potíží již na jejich počátku. Nespokojenost partnerky mohou zlehčovat, protože jejich stížnosti jim připadají pouze banální. Muži chtějí ženám imponovat a očekávají od nich projevování obdivu. Jestli-že má žena příliš velké požadavky, vztah může být vnímán jako ohrožující. Partnerství je pro muže významné především v souvislosti s potvrzením vlastního výkonu (Vágnerová, 2007).

Muž očekává, že mu žena ve společné domácnosti poskytne určitý komfort. Jedná se především o dobré jídlo, čisté prostředí a vytvoření příjemné rodinné atmosféry. Muži nemají rádi, když je partnerky zatěžují neustálými starostmi či požadavky. Od svých partnerek očekávají projevování obdivu a chvály, které se týkají jejich schopností či šikovnosti (Kratochvíl, 2005).

Ženy na rozdíl od mužů vyžadují citlivost a vnímavost partnera k jejím potřebám. Hlavní očekávání se týká především vzájemného vyjadřování pocitů a lásky. Muži jsou oceňováni za jejich ctizádost, úspěšnost v zaměstnání a schopnost získat finanční prostředky. Ženy jsou citlivější k partnerským sporům a neshodám, které jsou doprovázeny silnými negativními emocemi. Projevuje se také silnější potřeba udržet partnerský vztah a řešit partnerské problémy (Vágnerová, 2007).

Žena má zejména potřebu „vypovídat se“ ze svých zážitků, starostí a pocitů. Potřeba sdílení je jedním z hlavních očekávání týkajících se partnerského vztahu. Kromě potřeby sdílet své zážitky a pocity, však žena očekává i určitou míru vzájemnosti, tj. že i partner se podělí se svými prožitky a myšlenkami. Když se žena svěřuje se svými starostmi a problémy, většinou nepotřebuje, aby jí muž radil, ale spíše aby ji vyslechl a pochopil, co právě teď prožívá. Od muže se očekává empatické naslouchání a poskytnutí citové podpory. Důležité je, aby se žena mohla na svého partnera spolehnout a mít v něj důvěru. Žena také ocení, když muž vycítí, co právě potřebuje a tato její očekávání splní. Pro spokojenost ve vztahu jsou důležité i opakované projevy lásky vyjádřené ve slovech, ocenění či pomoci (Kratochvíl, 2005).

Výše popsané rozdíly týkající se různých potřeb a očekávání mužů a žen vychází spíše ze zažitých stereotypů a je potřeba, aby na ně bylo pohlíženo s určitým nadhledem. V poslední době se objevují výzkumy, které svými výsledky tyto zažité představy nabourávají.

Autoři Perrin et al. (2011) zaměřili svojí pozornost na prozkoumání stereotypů v oblasti projevů mužů a žen v rámci intimních vztahů. Studie se věnuje hledání genderových rozdílů v oblasti požadavků a očekávání ve vztahu. Evoluční a biologické teorie předpokládají, že muži mají větší zájem o sex, menší zájem o intimitu a hůře sdílí své pocity. U žen se zase předpokládá menší zájem o sex, více emočních potřeb a větší tendence projevovat bolest. Výsledky výzkumu přítomnost těchto stereotypů neprokázaly. Na základě výsledků byl potvrzen pouze jeden významný rozdíl. Výzkumníci zjistili, že ženy mají větší touhu po získávání opory v rámci jejich vztahů. To, co muži a ženy očekávají i získávají v rámci blízkých vztahů, je tedy více podobné nežli rozdílné, což je v rozporu s předpoklady mnohých evolučních teorií.

4.4. Partnerská spokojenost

Podle Bradburyho (2000; in Erol, Orth, 2014) je silný zájem o téma partnerské spokojenosti dán jejím významem pro osobní i rodinnou duševní pohodu. Ukazuje se, že manželství nebo blízký vztah je spojen s vyšší mírou osobní spokojenosti (Diener et al., 1999; in Erol, Orth, 2014) a že vztahová spokojenost je jedním z faktorů, které ovlivňují pokračování vztahu (např. Hendrick 1988; in Erol, Orth, 2014). Někteří autoři vnímají partnerskou spokojenost jako celkové zhodnocení blízkého vztahu (např. Fincham, Bradbury, 1987; in Erol, Orth, 2014), zatímco jiní míní, že partnerská spokojenost je

multidimenzionální a zahrnuje zhodnocení pozitivních a negativních aspektů vztahu (např. Spanier, 1976; in Erol, Orth, 2014).

V některých výzkumech se pozornost odborníků zaměřila na zkoumání vývoje vztahové spokojenosti. Určité studie uvádí, že křivka vztahové spokojenosti má tvar písmene U. Na počátku vztahu dochází ke snížení vztahové spokojenosti a v pozdějších letech opět k jejímu navýšení (např. Orbuch et al., 1996; in Erol, Orth, 2014). Jiní autoři objevili souvislý pokles partnerské spokojenosti v průběhu času (např. VanLaningham, Johnson, Amato, 2001; in Erol, Orth, 2014) nebo zjistili, že zůstává stejný (např. Vaillant 1993; in Erol, Orth, 2014).

Podle adaptačního modelu (Karney, Bradbury, 1995; in Erol, Orth, 2014) mohou být faktory ovlivňující vztahovou spokojenost rozděleny do tří skupin. Jedná se o osobní vlastnosti a zkušenosti předcházející manželství, stresující události v průběhu manželství a emoční a komunikační dovednosti. Podle tohoto konceptu závisí vztahová spokojenost na tom, jak se partneři vyrovnávají se stresory v průběhu manželství, které jsou ovlivněny tím, jak se k sobě páry vztahují a kvalitou jejich sociální interakce (Bradbury, Lavner, 2012; in Erol, Orth, 2014)

Erol a Orth (2014) se ve svém výzkumu zaměřili na hledání souvislosti mezi vývojem sebeúcty a partnerské spokojenosti. Autoři zjistili, že výchozí úroveň sebeúcty každého partnera ovlivňuje běžnou úroveň spokojenosti ve vztahu u partnera druhého. Dále se ukázalo, že podobnost sebeúcty mezi partnery nemá na vývoj jejich vztahové spokojenosti vliv.

Tento výzkum ukazuje, že to, jak si člověk váží sám sebe, ovlivňuje také jeho partnera a jeho spokojenost ve vztahu. Vlastní sebeúcta může vést k tomu, že si nás váží i partner a přistupuje k nám s větším respektem. Vzájemný respekt a vážení si sebe navzájem je zřejmě významným aspektem pro fungování vztahu a může přispět k jeho posílení a zachování.

V následujícím textu věnujeme pozornost konceptu vztahového uvědomění, který je důležitým faktorem spokojenosti v partnerství a může mít na její vývoj významný vliv. Vztahové uvědomění je definováno jako přemýšlení o interakčních vzorcích, srovnávání nebo vnímání rozdílů mezi sebou samým a partnerem. Tento koncept nabízí rámec pro zkoumání vlivu partnerského uvažování a mluvení o vztahu na spokojenost v partnerství a životě obecně. Viditelným projevem uvažování o vztahu je to, jak partneři o vztahu hovoří.

Vztahové uvědomění představuje kognitivní proces, který zahrnuje přemýšlení nad tím, jak se k sobě dva jedinci vzájemně vztahují (Acitelli, 1992).

Výzkumy ukazují, že vztahové uvědomění a uvažování o vztahu souvisí s partnerskou spokojeností. Fletcher at al. (1987; in Acitelli, 1992) zjistili, že pozornost věnovaná vztahu a vztahovým interakcím mezi partnery významně souvisí s vyšší mírou štěstí, věrnosti a lásky. Další výzkumy poukazují na vyšší míru souvislosti mezi vztahovou spokojeností žen a interpersonálními dovednostmi mužů. Burnett (1987; in Acitelli, 1992) zjistil, že muži ve srovnání se ženami méně uvažují a komunikují o vztazích. Výsledky podporují předpoklad, že u žen se dobré interpersonální a komunikační dovednosti předpokládají a tudíž nejsou tolik významné pro vnímání partnerské spokojenosti (Acitelli, 1992).

Možným vysvětlením výše zmíněných závěrů může být fakt, že pro muže nejsou výše zmíněné dovednosti žen natolik důležité a nejsou tedy významným faktorem, který by ovlivňoval jejich spokojenost v partnerství. Potřeba mluvení o vztahu a vztahových záležitostech se zdá být více důležitá pro ženy a tak je i významným aspektem, který působí na jejich vztahovou spokojenost.

L. K. Acitelli (1992) na základě rozhovorů s 42 sezdánými páry zjistila, že ženy o svém vztahu mluví více, než jejich partneři. Spokojenost žen pozitivně korelovala s mírou, v jaké o společném vztahu hovořil v průběhu interview jejich partner. U skupiny mužů nebyla objevena souvislost mezi jejich spokojeností v partnerství a mírou, v jaké o vztahových záležitostech mluvily jejich ženy.

4.5. Metody měření partnerského vztahu

Otázky související s fungováním partnerského vztahu jsou ve středu zájmu značného množství zahraničních výzkumů. Pro účely měření jeho funkčnosti bylo sestrojeno mnoho výzkumných nástrojů. V následující kapitole se zabýváme popisem vybraných metod, při čemž čerpáme především z různých zahraničních studií a souhrnu metod, které ve své knize *Manželská a rodinná terapie* nabízí S. Kratochvíl (2009).

Test manželského přizpůsobení podle Locka-Wallaceho (1959; in Kratochvíl, 2009) zahrnuje 15 položek, které informují o tom, jak partneři vnímají či hodnotí svůj vztah. Partneři vyjadřují míru shody či neshody ve vybraných oblastech týkajících se vztahu (např. vzájemné projevoování citů) nebo vybírají, jak často se u nich určitá skutečnost vyskytuje (např. *Přál jste si někdy, abyste se raději neoženil?*). Výsledné skóre může nabývat hodnoty od 2 do 158, přičemž manželství dosahující hodnoty pod 100 lze považovat za nespokojená.

Dalším testem manželského přizpůsobení je metoda podle Locka-Williamsona (1958; in Kratochvíl, 2009). Test obsahuje 22 položek, u kterých klient volí jednu odpověď z nabídky 3 až 6 nabízených možností. Na základě statistické analýzy bylo objeveno pět hlavních faktorů testu. Jedná se o faktor přátelské spolupráce, míru shody mezi partnery, citové vztahy, postoje k manželství a partnerovi a sexuální vztahy.

Lockův test manželského přizpůsobení byl dále upraven podle Kimmel-van der Veena (1974; in Kratochvíl, 2009). Test má 23 položek a rozdílné skórování pro muže a ženy. Jedna z položek zahrnuje 22 oblastí, které mohou způsobovat problémy ve vztahu. Klient má zatrhnout ty z nich, které vnímá jako problém ve vlastním vztahu. Poslední položku tvoří osmibodová škála, na které klient vyjadřuje míru spokojenost v manželství od velmi nešťastného po velmi šťastné.

Z předchozích verzí Lockova testu vychází i škála dyadického přizpůsobení (Spanier, 1973), o které blíže pojednávám v samostatné kapitole týkající se popisu výzkumných metod v praktické části předkládané práce. Důvodem je výběr této metody pro účely vlastního výzkumného šetření.

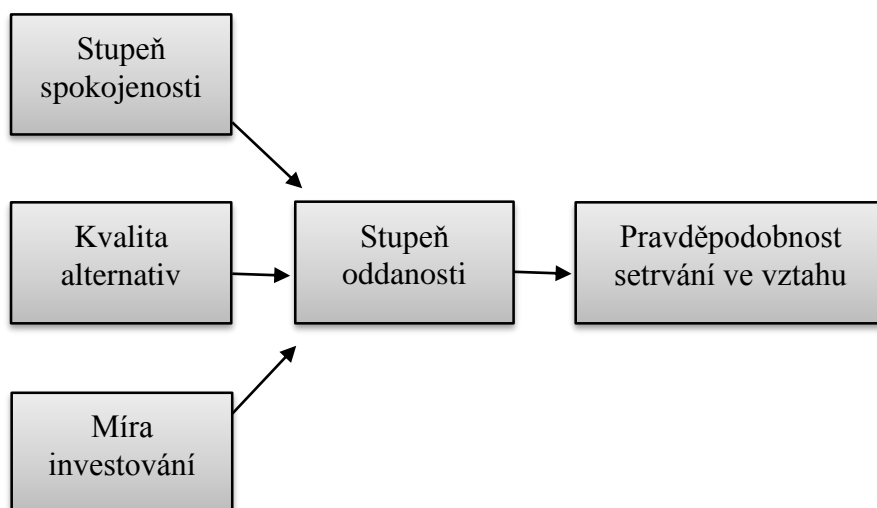
Škála RDAS představuje zkrácenou verzi původní škály DAS (Spanier, 1976). Škála RDAS obsahuje 14 položek rozdělených do tří subškál, které jsou shodné s verzí DAS. Vynechána byla poslední subškála emoční exprese. Jedná se o metodu, která je vhodná ke zjišťování partnerské spokojenosti jak u párů zažívajících stres, tak u těch, které závažnější stres nezažívají (Busby et al., 1955).

Škála *Investment Model Scale* (IMS, Rusbult, Martz, Agnew, 1998) obsahuje 29 položek, které měří čtyři konstrukty vycházející z modelu investování (*model investment*):

1. *Stupeň oddanosti* – Vyjadřuje míru odhodlání setrvat ve vztahu.
2. *Spokojenost ve vztahu* – Zjišťuje míru, ve které vztah naplňuje potřebu intimity, sexu, společnosti, bezpečí a emoční účasti.
3. *Kvalita jiných možností* – Vyjadřuje míru, ve které respondent věří, že výše popsané potřeby mohou být naplněny i v jiném vztahu.
4. *Míra investování* – Měří vnímání investovaného času, provázanost identity, vzpomínky a sdílené zážitky mezi partnery.

Každou položku respondent hodnotí na devíti položkové škále. Graf č. 1 schematicky znázorňuje model investování. Podle tohoto modelu je spokojenost ve vztahu dána výsledkem porovnání mezi tím, co vztah člověku přináší a tím, co od něj očekává. Oddanost ke vztahu není ovlivněna pouze jeho hodnotou, ale také vnímáním kvality dalších vztahových alternativ a mírou individuálního investování. Oddanost ke vztahu je tím větší, čím větší je míra investování a čím menší je kvalita dalších vztahových alternativ (Rusbult, 1980).

Graf č. 1: Schematické znázornění modelu investování (Rusbult, 1980)



Spokojenost ve vztahu bude zřejmě tím větší, čím větší bude míra souladu jedincova očekávání s tím, co mu vztah reálně nabízí. Ochota člověka zůstat ve vztahu souvisí s tím, do jaké míry se partnerovi přizpůsobil a co všechno již pro zachování a funkčnost svého vztahu podnikl. Investovaná energie se stává důležitým faktorem pro zachování vztahu. Významnou roli současně hrají i další vztahové možnosti. Pokud člověk vnímá, že by mohl navázat kvalitnější vztah s jinými potencionálními partnery, může jeho ochota servat v současném vztahu spíše klesat.

Zhodnocení intimity ve vztahu měří škála PAIR (Schaefer, Olson, 1981). Škála obsahuje 36 položek rozdělených do pěti subškál. Jedná se o intimitu emoční, sociální, sexuální, intelektuální a rekreační:

1. *Emoční intimita* – Jedná se o pocit blízkosti, schopnost sdílet pocity a vzájemně se podporovat.
2. *Sociální intimita* – Představuje přítomnost společných přátel a sociální sítě.
3. *Sexuální intimita* – Spočívá ve sdílení vzájemné náklonosti, dotýkání, fyzické a sexuální blízkosti.
4. *Intelektuální intimita* – Zahrnuje sdílení myšlenek a zkušeností týkajících se života a práce.
5. *Rekreační intimita* – Jde o sdílení zážitků, společné koníčky a aktivity.

Škála se dá použít ve dvou alternativách. Respondenti mohou odpovídat, jaký je jejich vztah nyní nebo jaký by měl být. Každá položka je hodnocena na pětibodové škále.

Manželský poradenský dotazník (*Marital Precounseling Inventory*, Stuar, 1973; in Kratochvíl, 2009) obsahuje jak otevřené otázky (např. Uveďte tři věci, které by chtěl Váš partner nejčastěji dělat?) tak položky s pěti bodovými škálami pro výběr odpovědi. Položky se týkají následujících oblastí partnerského vztahu: manželské rozhodování a uspokojení v různých oblastech, způsob komunikace, sexuální vztah, výchova dětí a posouzení vzájemné oddanosti.

Inventář manželské komunikace (*Marital Communication Inventory*, Schumm, 1983; in Verma, 2012) se skládá ze 46 položek, které jsou probandem hodnoceny na čtyřbodové škále. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 138 bodů. Retestová reliabilita metody dosahuje hodnoty 0,92 s odstupem pěti týdnů a hodnoty 0,94 s odstupem dvou měsíců (Rappaport, 1976; in Verma, 2012).

Index manželské spokojenosti (*Index of Marital Satisfaction*, Hudson, Glison, 1976; in Kratochvíl, 2009) je dalším z nástrojů měření partnerského vztahu. Tato metoda obsahuje 25 tvrzení, která začínají určitou frází (např. Mám pocit, že můj partner o mne skutečně stojí; Mám pocit, že náš vztah je velmi šťastný, apod.). Proband u každého tvrzení vyjadřuje míru výskytu takového pocitu na pětibodové škále.

Inventář manželských aktivit (*Marital Activity Inventory*, Weiss, Hops, Patterson, 1973; in Kratochvíl, 2009) obsahuje 85 aktivit různého typu (např. provozuje sport; baví se s přáteli). Úkolem respondentů je uvést kolikrát se za poslední měsíc dané aktivitě věnovali. Odpovědi uvádí ve třech variantách. Jednak kolikrát se dané činnosti věnovali sami, kolikrát se jí věnovali s partnerem a kolikrát s někým jiným. Dále respondenti uvádí, jak jsou s frekvencí těchto aktivit spokojeni a zda by si je přáli vykonávat častěji, stejně často nebo méně často.

Dotazník oblastí změny (*Areas of Change Questionnaire*, Weiss, Hops, Patterson, 1973; in Margolin, Talovic, Weinstein, 1983) obsahuje 34 položek hodnotících specifické oblasti partnerské změny. Dotazník se skládá ze dvou částí. V první části je úkolem respondenta označit, zda chce, aby jeho partner míru určitého chování snížil, zvýšil nebo neměnil. Ve druhé části má respondent uvést, zda by snížení, zvýšení či zachování míry daného chování bylo jeho partnerovi příjemné. Položky jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici.

Dotazník vztahu (*Relationship Inventory*, Barret, Lenard, 1978; in Kratochvíl, 2009) se zaměřuje na rogersovské kategorie, do kterých patří empatie, akceptace a autentičnost (např. Partner mě respektuje; U partnera se vždy setkávám se zájmem a vřelostí).

Dotazník manželských rolí (*Marriage Role Questionnaire*, Kelly, Tharp, dle Scholze 1978; in Kratochvíl, 2009) obsahuje 75 položek, které hodnotí očekávání a skutečnou situaci týkající se vztahu. Skóre dosažené v obou oblastech se odečítá a výsledné rozdíly se pro oba partnery sečtou. Získané skóre vypovídá o míře poruchy partnerského vztahu.

Dotazník manželské harmonie (Jakeš, Kratochvíl, 1977; in Kratochvíl 2009) obsahuje 20 položek zahrnující pozitivní pocity, které se vyskytují v harmonickém soužití. Dotazník zatím nebyl validizován.

4.6. Partnerský vztah a onkologické onemocnění

Na začátku partnerského vztahu prožívá většina partnerů vysokou míru spokojenosti. Stupeň partnerské spokojenosti se však v průběhu času může měnit. Náročné a stresující životní události mohou mít i na dobře fungující a šťastné páry negativní vliv. Dopad těchto událostí na vztah může být ovlivněn tím, jak se partneři s náročnou událostí vyrovnávají, jak zvládají problémy a jak na sebe vzájemně reagují (McNulty, Karney, 2001; in Hagedoorn et al, 2011).

Diagnóza rakoviny představuje značnou zátěž pro partnerský vztah. Mnoho párů není na závažné změny spojené s tímto onemocněním připraveno a tak často dochází k rozvodům či rozchodům. V jedné ze studií bylo zjištěno, že přibližně 24 % pacientek, které přežily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro problémy, se kterými se ony musely vyrovnat. Nádorové onemocnění může mít také značný vliv na sexuální funkčnost a plodnost. Narušení sexuální funkčnosti je spjato zejména s negativním vnímáním vlastního tělesného obrazu pacientů (Tschuschke, 2004).

Rolland (1994; in Feldman, Broussard, 2006) si povšiml, že vážné onemocnění u žen může negativně ovlivňovat partnerské i rodinné fungování. Důvodem je zejména to, že ženy v rodině zaujímají významnou pozici spojenou s mnoha praktickými i pečujícími funkcemi. Partneři žen s rakovinou prsu zastávají často nezastupitelnou roli v péči o nemocnou partnerku a společnou rodinu. Přesto bývá vliv této náročné životní situace na partnera přehlížen. Většina pozornosti odborníků se zaměřuje spíše na pacienta a jeho potřeby (Northouse & Peters-Golden, 1993; in Feldman, Broussard, 2006).

Až do roku 1970 byli partneři považováni spíše za pasivní pozorovatele než za aktivní účastníky v záležitostech souvisejících s nemocí. V 70. a 80. letech se objevují první deskriptivní studie, které popisují negativní vliv rakoviny na druhého z partnerů. Patří sem např. studie zkoumající psychosomatické příznaky, narušení intimity a sexuality, vyšší míru úzkosti a deprese či pocity strachu z onemocnění a jeho léčby.

Jelikož je stále více zjevné, že partneři onkologických pacientů hrají významnou roli v tom, jak se nemocní jedinci s touto náročnou situací vyrovnávají, stávají se partneři v posledních letech objektem zájmu různých výzkumných studií. Ukazuje se také, že partneři mnohdy zažívají více psychického stresu než sami pacienti (Carlson et al., 2000). Jiné studie zase dokládají pozitivní korelaci mezi mírou prožívaného stresu u obou partnerů (Northouse, Dorris, Charon-Moore, 1995; in Carlson et al., 2000).

Carlson et al. (2000) se ve své studii zabývají třemi oblastmi výzkumu, které v literatuře nejsou jednotné. Jedná se o vliv rakoviny na partnera nemocného v různých etapách onemocnění, genderové rozdíly v reakcích a přizpůsobení partnerů a psychologická intervence pro partnery. 15 % partnerů žen s rakovinou prsu uvádí, že nejvíce stresující pro ně byla diagnostická fáze (před operací). Zažívali pocity nejistoty, nerozhodnosti ohledně možností léčby a úzkost (Northouse 1989; in Carlson et al., 2000). Northouse (1995; in Carlson et al., 2000) zjistil, že vzájemný výskyt stresu, beznaděje, nižší úrovně rodinného fungování a manželské spokojenosti je spojen s vyšší mírou distresu na straně partnerů před biopsií.

Hoskins et al. (1996; in Carlson et al., 2000) ve své studii uvádí, že muži pacientek s rakovinou prsu vykazují známky emočního distresu v průběhu období prvotní diagnózy. Další studie přichází s výsledky, že návrat onemocnění je pro partnery více stresující, než období počáteční diagnózy. Given a Given (1993; in Carlson et al., 2000) se domnívají, že vyšší míra stresu v tomto období na straně partnerů může částečně souviset se zvyšující se mírou zátěže při poskytování péče o nemocného. Jiné studie však v této oblasti nabízí rozdílné výsledky. Vyšší míra distresu u mužů pečujících o své partnerky v terminálním stadiu nemoci může spíše souviset s existenčními otázkami a obavami spíše než se zátěží z poskytované péče (Allen, 1994; in Carlson et al., 2000).

Sales, Schulz a Biegel (1992; in Carlson et al., 2000) zjistili, že mladší partneři jsou vystavení většímu riziku v oblasti problémů s přizpůsobením, protože se častěji cítí frustrovaní a naštvaní. Na druhé straně starší partneři jsou více zatíženi pečováním o nemocného.

Autoři Hinnen et al. (2008) se snažili zjistit, zda diagnóza rakoviny prsu představuje rizikový faktor, který negativním způsobem ovlivňuje partnerské vztahy. Jedná se o longitudinální studii, která se zaměřila na srovnávání žen s rakovinou prsu s kontrolní skupinou. Podle autorů může být spokojenost ve vztahu ovlivněna určitými intrapersonálními a interpersonálními faktory. Mezi intrapersonální faktory zařadili například typ připoutání, osobnostní vlastnosti a asertivitu. Asertivita je schopnost sdělovat vlastní myšlenky a pocity s respektem k pocitům a myšlenkám druhých lidí (Wolpe, Lazarus, 1996; in Hinnen et al., 2008). Výsledky ukázaly, že pacientky, které používaly nižší míru asertivity, byly ve vztahu méně spokojené.

Další longitudinální studie (Manne et al., 2006) zkoumá vztah mezi komunikačními strategiemi, mírou psychického distresu a spokojeností v partnerském vztahu u žen s rakovinou prsu a jejich partnerů. Důležitou otázkou je, zda komunikace mezi partnery týkající se rakoviny, může ovlivnit přijetí a přizpůsobení se této náročné životní situaci. Výsledky minulých výzkumů ukazují, že otevřená komunikace je důležitá především pro ženy, ať už jsou v pozici pacienta či pečující osoby. Výsledky ukázaly, že pacienti i partneři, kteří zhodnotili komunikaci ve vztahu jako konstruktivní, vykazovali nižší míru distresu a větší spokojenost v partnerství.

Přibližně jeden ze šesti mužů v průběhu svého života onemocní rakovinou prostaty (Jemal et al., 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Stres provázející toto onemocnění je obvykle sdílen oběma partnery, kteří jsou si vzájemnou oporou (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Helgason et al. (2001; in Wootten et al., 2007) uvádí, že muži s rakovinou prostaty, kterým se od partnerů nedostává dostatečné emoční opory, častěji prožívají depresi, smutek a únavu a vykazují celkově nižší psychickou a celkovou pohodu než muži s vyšší mírou emoční podpory.

Segrin a Badger (2013) se zabývali hledáním vzájemných vztahů mezi psychickou a fyzickou kvalitou života u žen s rakovinou prsu a jejich poskytovateli opory. Ukázalo se, že míra prožívaného psychického stresu byla na straně žen i jejich blízkých na stejné úrovni, zatímco stres spojený s tělesnými symptomy byl výrazně vyšší u nemocných žen. Dále se ukázala vzájemná propojenost mezi zlepšováním psychického zdraví. Jestliže se v průběhu studie zlepšilo psychické zdraví ženy, byla tato tendence zřejmá i u jejího poskytovatele opory a naopak. Z výše zmíněného výzkumu vyplývá vzájemná provázanost v působení psychického stavu mezi oběma partnery. Z tohoto hlediska je důležité věnovat pozornost nejenom psychickému zdraví nemocných, ale také jejich blízkým, jejichž psychické prožívání má na duševní pohodu nemocného značný vliv.

Pokud partneři dokáží udržet dostačující kvalitu vztahu i po tom, co bylo u jednoho z partnerů diagnostikováno onemocnění, může tento zážitek posílit jejich vztahovou intimitu. Pro udržení relativně normálního stavu je důležité, aby partneři přemýšleli nad svým vztahem a tím, jak mohou celou situaci společně zvládnout (Manne et al., 2014).

Manne et al. (2014) se ve své studii zaměřili na zkoumání souvislosti mezi uvažováním o vztahu, který byl zasažen rakovinou, partnerskou komunikací týkající se onemocnění a vztahovou intimitou. Studie se zúčastnilo 254 žen v počátečním

stadiu rakoviny prsu a jejich partneři. Ukázalo se, že partneři, kteří více uvažují a přemýšlí nad svým vztahem a tím, jak je ovlivněn nemocí, o svém vztahu současně i více komunikují a jsou více ochotní sdílet své problémy. Pomáhání partnerům nalézt způsoby udržení kvalitního vztahu a společného zvládnání nemoci může podpořit jejich komunikaci a vztahovou intimitu.

5. Výchozí studie pro výzkumnou část

V následující kapitole uvádíme výzkumné studie, ze kterých vychází hlavní cíle praktické části práce. Jedná se zejména o studie zabývající se zkoumáním způsobů zvládnání, vztahovou spokojeností a tím, jak se mohou vzájemně ovlivňovat a působit na oba zúčastněné partnery. Níže uvedené poznatky se týkají především oblasti zkoumání možných vlivů vybraných copingových strategií na spokojenost v partnerství a psychickou pohodu u obou partnerů.

Výzkumná část se zaměřuje na zkoumání tří stanovených cílů. Prvním cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi vybranými způsoby zvládnání a spokojeností ve vztahu na straně onkologických pacientů a jejich partnerů. Další cíl byl zaměřen na zkoumání souvislosti mezi používáním vybraných copingových strategií na straně jednoho partnera a jejich vlivem na vztahovou spokojenost na straně partnera druhého. Posledním cílem práce bylo zjistit, zda míra shody v užívání vybraných způsobů zvládnání mezi partnery může mít vliv na jejich spokojenost v partnerství.

Mezi vybrané způsoby zvládnání řadíme copingové strategie měřené pomocí metody WOC-CA, kterou podrobněji popisují v praktické části práce, kapitola č. 7.2. Jedná se o vyhledávání sociální opory, zaměření na pozitiva, distancování a kognitivní a behaviorální vyhýbání. Bližší popis uvedených cílů a jejich teoretické zázemí uvádím v následujícím textu.

První cíl se zaměřuje na ověření souvislosti mezi vybranými způsoby zvládnání a jejich vlivem na partnerskou spokojenost. Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že určité způsoby zvládnání mohou být považovány za více adaptivní než jiné. Pro účely vlastního výzkumného šetření považujeme za adaptivní copingovou strategii vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva. Do méně adaptivních způsobů zvládnání jsme zařadily distancování a kognitivní a behaviorální vyhýbání.

Sociální opora je jednou z adaptivních a vědomých strategií, která spočívá ve sdílení toho, co prožíváme. Blízcí lidé nám mohou nabídnout odlišný pohled na celou situaci a jsou důležitým aspektem zvládnání, které mohou podpořit v mnoha směrech. Sociální opora také usnadňuje aktivaci dalším adaptivních způsobů zvládnání. Ve vlastní diplomové práci (Purová, 2015) se nám podařilo prokázat významnou pozitivní korelaci mezi vyhledáváním sociální opory a zaměřením na pozitiva.

Copingová strategie zaměřená na pozitiva zahrnuje vnímání pozitivních aspektů v rámci náročné životní situace. Může se jednat např. o přesvědčení člověka, že se díky těžké události v jeho životě něco změnilo k lepšímu nebo znovuobjevení toho, co je v životě důležité. Tato copingová strategie může do určité míry souviset s tématem posttraumatického rozvoje, o kterém pojednává kapitola č. 1.4. Bližší informace o pozitivním působení sociální opory jsou blíže popsány v kapitole č. 3.

Za neadaptivní copingové strategie většina autorů považuje distancování a různé způsoby vyhýbání. Nižší míra komunikace o problémech a omezené sdílení s blízkými může mít negativní vliv na další oblasti života nemocného i jeho okolí. V níže uvedeném textu uvádíme příklady studií, které se uvedenými způsoby zvládání zabývají.

Dunkel-Schetter et al. (1992) zjistili, že nejvíce stresující je pro pacienty strach z neisté budoucnosti (41 %) dále fyzická omezení (24 %), bolest (12 %) a problémy ve vztazích (3 %). Nejvyšší korelace v oblasti copingových strategií byla objevena mezi škálou vyhledávání sociální opory a pozitivního zaměření, nejnižší pak mezi škálou vyhledávání sociální opory a distancování. Vyhledávání sociální opory, zaměření na pozitiva a distancování souvisely s nižší mírou emočního stresu, zatímco kognitivní a behaviorální vyhýbavé strategie byly spojeny s vyšším emočním vypětím. Nejvíce používaným způsobem zvládání bylo distancování (26 %). Vyhledávání sociální opory, pozitivní zaměření a kognitivní vyhýbavé strategie pacienti využívali přibližně ve 20 % případů. Nejméně užívanou strategií (11 %) bylo behaviorální vyhýbání.

Diagnóza rakoviny může být provázena vznikem vtíravých myšlenek, které se týkají záležitostí spojených s onemocněním. Druhou možnou reakcí je vyhýbání. Jedná se o úsilí nemyslet na nemoc, nemluvit o ní a vyhýbat se tomu, co nemoc připomíná (Weiss, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Bylo zjištěno, že u lidí s vysokou mírou vyhýbání se často objevují negativní psychické příznaky, což je způsobeno neschopností celou událost kognitivně zpracovat. Někdy však může vyhýbání zmírňovat prožívaný stres, především dočasně, protože pomáhá lidem nemyslet na stresující událost (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Manne et al. (1997; Carlson et al., 2000) ve své studii uvádí, že u pacientek je větší míra získávané sociální opory spojena s nižší mírou prožívaného stresu a větší psychickou pohodou. Hoskins et al. (1996, Carlson et al., 2000) zjistili, že podpora získávaná z blízkých

vztahů se ukázala jako velmi důležitá. Možnost sdílet blízkost a pocity s dalšími lidmi byla spojena s lepší emoční vyrovnaností a pocitem duševní pohody.

Otevřená komunikace se projevila jako důležitý faktor, který ovlivňuje partnerovo přizpůsobení náročné životní situaci a spolu se sociální oporou ze strany rodinných členů pomáhá předcházet vyšší míře stresu. Keitel at al. (1990; Carlson et al., 2000) zjistili, že pacienti i partneři uváděli sociální oporu jako hlavní faktor, který usnadňuje coping, a že nejistota ohledně budoucnosti narušuje zvládání u obou partnerů.

Jak vyplývá z těchto studií, byly zjištěny souvislosti mezi používáním vybraných copingových strategií a jejich vlivem na psychické zdraví a pohodu. Duševní pohoda a vyrovnanost jsou faktory, které do značné míry působí na další oblasti života partnerů. V rámci praktické části práce je středem našeho zájmu téma partnerské spokojenosti. Důležitým předpokladem práce je, že používání adaptivních copingových strategií bude vést k větší spokojenosti ve vztahu na straně obou partnerů. U neadaptivních copingových strategií předpokládáme jejich negativní působení na partnerskou spokojenost.

Druhý cíl práce spočívá ve zkoumání souvislosti mezi používáním vybraných copingových strategií na straně jednoho partnera a jejich vlivem na vztahovou spokojenost na straně partnera druhého. Na základě prostudovaných výzkumů předpokládáme, že vyšší míra vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva jedním z partnerů povede k větší spokojenosti ve vztahu u partnera druhého. Na druhé straně používání méně adaptivních způsobů zvládání jednoho z partnerů bude mít na vztahovou spokojenost jeho protějšku negativní vliv. Zde uvádíme některé studie související s druhým cílem výzkumného šetření.

Hannum et al. (1991; in Bonnaud-Antignac et al., 2012) uvádí, že míra stresu na straně partnera je ovlivněna jeho vlastním copingem a také způsoby zvládání pacienta. Ženy se také zdají být více ovlivněné způsoby zvládání jejich partnerů než muži. Autoři se dále domnívají, že copingové strategie partnera jsou dobrým prediktorem stresu na straně pacienta. Z výše zmíněného tedy vyplývá, že copingové strategie mohou do značné míry ovlivňovat psychiku u obou partnerů a že ženy mohou být vůči těmto projevům poněkud citlivější.

J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) se ve své studii zaměřili na hledání souvislostí mezi partnerskou spokojeností a osobním copingem u 70 párů. Páry vyplnily škálu DAS a poskytli informace o svém vlastním zvládání a o tom, jak vnímají zvládání partnera. Autoři zjistili, že existuje souvislost mezi partnerskou spokojeností a vlastním

copingem i vnímaným zvládním partnera. Nejsilnější spojitost byla nalezena mezi zvládním vdáných žen, hodnocením jejich muži, a jejich vztahovou spokojeností.

Hagedoorn et al. (2011) se ve své studii zaměřili na zkoumání vlivu minulé partnerské opory na vztah mezi současnou podporou poskytovanou jedním z partnerů a partnerskou spokojeností na straně partnera druhého. Výzkumný soubor tvořilo 88 pacientů s rakovinou tlustého střeva a jejich partneri. Minulá partnerská opora představuje míru poskytované podpory a péče mezi partnery ještě předtím, než jeden z nich onemocněl. Autoři studie zjistili, že strategie "*active engagement*", což můžeme přeložit jako aktivní účast či angažovanost, pozitivně korelovala s partnerskou spokojeností u obou partnerů za předpokladu, že minulé partnerská opora byla relativně nízká. Dále byla prokázána negativní souvislost mezi strategií "*protective buffering*", možno přeložit jako ochranný nárazník či tlumič nárazů, a partnerskou spokojeností a to za stejného předpokladu, jak je zmíněno výše. Pokud byla dřívější míra poskytované opory mezi partnery vysoká, hodnotili partneri svůj vztah jako poměrně vysoce spokojený, bez ohledu na současný způsob zvládnání.

Jak vyplývá z výsledků studie, vzájemné sdílení pocitů a účast partnera na řešení problémů mají pozitivní vliv na vnímanou spokojenost ve vztahu. Na druhé straně skrývání skutečných pocitů a obav před partnerem a snaha vyhnout se mluvení o problému a záležitostech, které s onemocněním souvisí, mohou partnerskou spokojenost snižovat. Významný faktor, který ovlivňuje zjištěné souvislosti, představuje dřívější míra poskytované opory mezi partnery. Onemocnění jednoho z partnerů představuje novou situaci, na kterou se partneri snaží adaptovat. Zdravý partner může na nemoc milovaného člověka reagovat zvýšením míry poskytované opory a péče. Tato změna v míře poskytované opory oproti dřívějšímu stavu může být nemocným partnerem přijímána velmi pozitivně. V roli pacienta se mu dostává větší péče a podpory, což může ve výsledku vést ke zvýšení míry jeho partnerské spokojenosti. Pokud by se nemocnému dostávalo vyšší míry opory ze strany partnera již před onemocněním, nebyla by změna v chování partnera tak výrazná a její vliv na vnímanou spokojenost v partnerství by se výrazněji neprojevil. Partnerská spokojenost u těchto partnerů by byla relativně velká bez ohledu na současný stav a chování partnerů.

Manne et al. (2005) se ve své studii věnují hledání souvislostí mezi partnerovým nepodporujícím chováním a vyhýbavým copingem a stresem na straně žen s rakovinou prsu. Výzkumníci se zaměřili na dvě dimenze nepodporujícího chování. Jedná se o kritické a vyhýbavé reakce. Mezi kritické reakce může patřit kritizování partnerova způsobu zvládnání

onemocnění a mezi vyhybavé reakce patří např. projevování nepříjemných pocitů, když se pacient snaží hovořit o své nemoci. Tyto popsání reakce pak mohou vést k navýšení prožívaného stresu na straně nemocných žen. Výsledky ukázaly vysokou korelaci mezi hodnocením nepodporujícího chování mezi oběma partnery. Dále bylo zjištěno, že nepodporující chování souvisí s vyšší mírou vyhybavého copingu a distresu u obou partnerů.

V jiném výzkumu bylo zjištěno, že vyšší míra vyhýbání na straně pacientů nebo jejich žen souvisí s vyšší mírou negativního vlivu na jejich partnera. Lidem, jejichž partneri užívají více vyhybavých strategií, se může dostávat méně sociální opory v rámci vztahu (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Neprojevení skutečných obav a pocitů vůči partnerovi mu neumožňuje rozpoznat, co jeho protějšek skutečně prožívá a tím mu brání v poskytnutí odpovídající péče o podporu. Hoskins et al. (1996, Carlson et al., 2000) zjistili, že negativní emoce u mužů souvisí s nespokojeností s emoční podporou poskytovanou pacientkami.

Bonnaud-Antignac et al. (2012) se ve své longitudinální studii zaměřili na interakce mezi kvalitou života a copingovými strategiemi u skupiny 100 pacientek s rakovinou prsu a u jejich pečovateli. 81 % pacientek uvedlo jako pečovatele svého muže. Hlavním cílem bylo stanovit, do jaké míry mohou copingové strategie a kvalita života pečovateli ovlivňovat kvalitu života pacientek. Dalším cílem bylo zjistit, zda se mohou copingové strategie a kvalita života pacientů a pečovateli měnit v průběhu času.

Kershaw et al. (2004) se ve své studii zaměřili na srovnání copingových strategií pacientek s rakovinou prsu a jejich pečovateli a na to, jak tyto zvládací strategie ovlivňují jejich kvalitu života. U pacientek i pečovateli byla nalezena souvislost mezi aktivním copingem a kvalitou života, zatímco vyhybavý coping byl spojen s její nižší úrovní. Míra souvislosti mezi vyhybavým copingem pečovateli a nižší kvalitou života pacientek byla ovlivněna mírou jejich prožívaného stresu. Čím byla úroveň prožívaného stresu pacientek větší, tím více byla jejich kvalita života negativně ovlivněna vyhybavým chováním ze strany pečovateli. Výsledky tedy ukazují, že sledované souvislosti mohou do značné míry záviset na konkrétní situaci a dalších faktorech. Negativní dopad vyhybavých strategií pečovateli na jejich kvalitu života byl rovněž ovlivněn mírou prožívaného stresu pacientek. Se zvyšující se mírou prožívaného stresu vztah mezi oběma faktory slábl. Možným vysvětlením může být fakt, že vyhybavý coping slouží pečovateli jako obrana před vnímáním utrpení, které vidí u svých žen. Vyhybavý způsob zvládnání tak může mít v této náročné situaci spíše ochrannou funkci.

Z uvedených studií vyplývá, že mezi partnery v situaci zvládnání náročné životní situace hraje významnou roli vzájemná interakce a to, jak se se situací snaží vyrovnat. Možnost komunikovat s okolím o svých pocitech a obavách umožňuje celou situaci lépe zpracovat a má pozitivní vliv na psychickou pohodu obou partnerů. Psychický stav a zvládnání ze strany jednoho partnera významně působí i na spokojenost partnera druhého. Naproti tomu vyhýbání se řešení náročné situace a omezené sdílení může mít na duševní pohodu a partnerskou spokojenost negativní dopad.

Posledním cílem práce je zjistit, zda míra shody v užívání vybraných způsobů zvládnání mezi partnery může mít vliv na jejich spokojenost v partnerství. Některé studie podporují předpoklad, že nejdůležitější pro spokojenost partnerů je podobnost v jejich copingu, bez ohledu na míru jeho adaptivnosti.

Jeden z hlavních přístupů, který zkoumá, jak se páry vyrovnávají s nemocí společně, zdůrazňuje význam shody partnerských odpovědí na stresovou událost. (Berg & Upchurch, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Shodný coping spočívá v užívání podobných způsobů zvládnání na straně obou partnerů. Můžeme ho měřit pomocí individuálního zhodnocení copingových strategií partnerů a testováním jejich vzájemných interakcí. Podle zmíněného modelu páry, které užívají stejné adaptivní způsoby zvládnání náročných situací, prožívají méně stresu. Používání shodných maladaptivních strategií (vyhýbání) však může být značně problematické, zvláště když partneři nemají osvojené žádné adaptivní způsoby zvládnání (Revenson, 1994; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Pacienti vykazovali lepší fyzické, psychické a sexuální funkce, když jejich partneři měli stejný pozitivní pohled na nemoc oproti těm, jejichž pohled byl obdobně negativní (Figueiras & Weinman, 2003; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Stejně tak pacientky s rakovinou prsu uváděly více fyzických příznaků a zhoršené funkce, když jejich zvládnání zaměřené na emoce nebylo shodné s jejich partnery (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Pacienti a jejich ženy, kteří ve větší míře zažívali obtěžující myšlenky spojené s nemocí, vykazovali méně negativních vlivů za předpokladu, že míra obtěžujících myšlenek byla vysoká i na straně jejich partnerů (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) uvádí, že lze do jisté míry potvrdit tvrzení, že čím je coping partnerů podobnější, tím budou ve vztahu spokojenější. Poslední zjištění ukazuje,

že čím větší byla shoda ve víře, že partneri situaci zvládli, tím více byl každý z partnerů spokojený se vztahem, bez ohledu na to, zda byl coping adaptivní nebo ne.

Praktická část

6. Hlavní teoretická východiska, výzkumné cíle a hypotézy

V praktické části práce se zaměříme na 3 hlavní výzkumné cíle, ze kterých vychází stanovené hypotézy. Následující kapitola nabízí přehled těchto cílů, jejich významné teoretické pozadí a přesné znění navržených předpokladů.

Prvním cílem práce je ověřit, zda existuje souvislost mezi vybranými způsoby zvládání a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Předpokládáme existenci pozitivní souvislosti mezi používáním adaptivních copingových strategií a partnerskou spokojeností. U vyšší míry používání neadaptivních copingových strategií předpokládáme naopak sníženou míru spokojenosti ve vztahu. Za adaptivní copingové strategie pro účely tohoto výzkumného šetření považujeme vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva. Mezi neadaptivní způsoby zvládání řadíme behaviorální a kognitivní vyhýbání a dále distancování. Tyto vybrané copingové strategie jsou totožné i pro práci s dalšími výzkumnými předpoklady.

Manne et al. (1997; Carlson et al., 2000) a Hoskins et al. (1996, Carlson et al., 2000) prokázali pozitivní vliv poskytované sociální opory na duševní pohodu a zdraví. Wills & Fegan (2001; in Hoyt, Stanton, 2011) se domnívají, že sociální opora ovlivňuje psychologické, emoční a kognitivní zvládání náročných životních situací a že někdy může usnadnit používání efektivních copingových strategií. Na druhé straně bylo zjištěno, že vyšší míra vyhýbání je spojena s nepříznivými psychickými příznaky (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Na základě těchto i dalších studií byl prokázán vliv vybraných způsobů zvládání na psychickou pohodu. Psychický stav může dále působit i na další oblasti života partnerů a může ovlivňovat to, jak se s náročnou situací vyrovnávají. Pro ověření prvního cíle práce jsme stanovily hypotézu H1, H2 a H3.

H1: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*

H2: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*

H3: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*

Druhým cílem práce je ověření souvislosti mezi vybranými způsoby zvládání na straně jednoho partnera a partnerskou spokojeností na straně partnera druhého. Předpokládáme, že používání adaptivních copingových strategií jedním partnerem bude souviset s větší mírou vztahové spokojenosti na straně partnera druhého. U používání neadaptivních způsobů zvládání předpokládám existenci negativní souvislosti mezi tímto druhem copingu a partnerskou spokojeností.

Hannum et al. (1991; in Bonnaud-Antignac et al., 2012) uvádí, že míra stresu na straně partnera je ovlivněna jeho vlastním copingem a také způsoby zvládání pacienta. J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) zjistili, že existuje souvislost mezi partnerskou spokojeností a vlastním copingem i vnímaným zvládáním partnera. Manne et al. (2005) se ve své studii zaměřili na hledání souvislostí mezi partnerovým nepodporujícím chováním a vyhýbavým copingem a stresem na straně žen s rakovinou prsu. Výsledky ukázaly vysokou korelaci mezi hodnocením nepodporujícího chování mezi oběma partnery. Dále bylo zjištěno, že nepodporující chování souvisí s vyšší mírou vyhýbavého copingu a distresu u obou partnerů. V jiném výzkumu bylo zjištěno, že vyšší míra vyhýbání na straně pacientů nebo jejich žen souvisí s vyšší mírou negativního vlivu na jejich partnera (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Na základě prostudovaných zdrojů jsme pro ověření druhého cíle práce stanovily hypotézu H4, H5, H6, H7, H8 a H9. První tři hypotézy měří souvislost mezi používanými způsoby zvládání na straně žen a partnerskou spokojeností jejich mužů. Další tři hypotézy měří souvislost mezi způsoby zvládání, které používají muži a partnerskou spokojeností jejich žen. Pro hledání souvislostí mezi způsoby zvládání a partnerskou spokojeností jsme zvolily skupinu mužů a žen namísto skupiny pacientů a partnerů. Rozhodly jsme se tak z důvodu, že výsledky mohou být zajímavé i z genderového hlediska a je zde možnost jejich porovnání s dalšími studii, které se danou problematikou zabývají.

H4: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.*

H5: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.*

H6: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.*

H7: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen*

H8: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.*

H9: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.*

Třetím cílem práce je ověření souvislosti mezi mírou podobnosti užívaných způsobů zvládnání a spokojeností ve vztahu. Jeden z hlavních přístupů, který zkoumá, jak se páry vyrovnávají s nemocí společně, zdůrazňuje význam shody partnerských odpovědí na stresovou událost. (Berg & Upchurch, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) uvádí, že lze do jisté míry potvrdit tvrzení, že čím je coping partnerů

podobnější, tím budou ve vztahu spokojenější. Další zjištění ukazuje, že čím větší byla shoda ve víře, že partneri situaci zvládli, tím více byl každý z partnerů spokojený se vztahem, bez ohledu na to, zda byl coping adaptivní nebo ne. V dalším výzkumu pacienti vykazovali lepší fyzické, psychické a sexuální funkce, když jejich partneri měli stejný pozitivní pohled na nemoc oproti těm, jejichž pohled byl obdobně negativní (Figueiras & Weinman, 2003; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Na základě těchto zjištění jsme stanovily hypotézu H10.

H10: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem rozdílnosti v užívání copingových strategií mezi partnery a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*

7. Výzkumné metody

7.1. Typ výzkumného šetření

Pro ověření stanovených hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Výzkumná data byla získávána prostřednictvím dotazníků. Jednalo se o verzi dotazníku A, určenou pro onkologické pacienty/pacientky, a verzi dotazníku B, určenou pro jejich partnery/partnerky. Vytvořený dotazník se skládá ze tří hlavních částí. Jedná se o vybrané sociodemografické údaje (viz. kapitola č. 8: Výzkumný soubor), metodu WOC-CA určenou k měření vybraných copingových strategií a škálu DAS pro měření partnerské spokojenosti. K dotazníkům byl přiložen informační průvodní dopis s údaji o účelu výzkumného šetření (viz. kapitola č. 7: Průběh a etika výzkumného šetření).

7.2. Metoda WOC-CA

Dunkel-Schetter et al. (1992) pro účely svého výzkumu přizpůsobili původní verzi WOC a vytvořili škálu WOC-CA (*cancer version*). Jedná se o škálu přizpůsobenou pro onkologické pacienty, kteří tvořili výzkumný soubor. Původní verze WOC byla navržena pro opakovaná měření a respondenti si mají sami zvolit stresovou situaci, kterou v poslední době prožili. Škála WOC-CA je navržena pro měření zvládnání stresu souvisejícího s onkologickým onemocněním. Autoři studie nejdříve vymezili soubor specifických stresorů spojených s rakovinou: 1. strach a nejistota ohledně budoucnosti; 2. omezení ve fyzické způsobilosti, vzhledu nebo životním stylu; 3. akutní bolest, symptomy; 4. problémy s rodinou nebo přáteli. Respondenti měli z těchto navržených problémů vybrat ten, který je pro ně nejvíce stresující, nebo si zvolili svůj vlastní. U vybraného problému pak měli vyznačit, jak moc stresující pro ně byl v minulých 6 měsících.

Z 51 položek z revidovaného WOC (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986; in Dunkel-Schetter et al., 1992) autoři vynechaly 6, které byly posouzeny jako nevhodné pro onkologické pacienty. Z dřívější verze WOC, která má 67 položek, byly k vybraným 45 položkám přidány 4. Tři z nich zahrnují zvažování budoucnosti (čekám nebo se na to připravuji) a jedna se týká srovnání vlastní situace vzhledem k možným výsledkům. Některé z vybraných 49 položek byly přeformulovány, tak aby byl jejich význam pro pacienty jasnější a srozumitelnější. K tomuto počtu autoři přidali ještě tři položky, které popisují často se vyskytující způsoby zvládnání u onkologických pacientů. Konečnou verzi WOC-CA tedy

tvoří 52 položek měřících určité způsoby zvládnání stresu. Poslední položka č. 53 je věnována vlastnímu popisu používaných copingových strategií ze strany respondentů.

Celou škálu tvoří pět subškál. Jedná se o vyhledávání sociální opory s 11 položkami (př. Mluvím s někým o tom, jak se cítím), zaměření na pozitiva s 8 položkami (př. Znovu objevuji, co je v životě důležité), distancování s 12 položkami (př. Snažím se zapomenout na celou záležitost), kognitivní vyhýbání s 9 položkami (př. Doufám, že se stane zázrak) a behaviorální vyhýbavé strategie zahrnující 12 položek (př. Snažím se nejednat unáhleně). Jak vyplývá z výše uvedeného textu, každá subškála má rozdílný počet položek. Pro porovnání výsledků u jednotlivých způsobů zvládnání je z tohoto důvodu nutné výsledné skóry převést na průměrné hodnoty.

Dunkel-Schetter et al. (1992) ve své studii stanovil reliabilitu WOC-CA na hodnotu 0.92 Cronbachovy alfy. Zabalagui (1999; in Hjörleifsdóttir et al., 2006) ve své studii zjistila, že jednotlivé copingové strategie v rámci metody WOC-CA dosahují hodnoty Cronbachovy alfy v rozmezí 0.66 až 0.92. Hjörleifsdóttir et al. (2006) pak udává nejvyšší hodnotu reliability pro subškálu měřící sociální oporu 0.81 a nejnižší pro subškálu měřící behaviorální vyhýbavé strategie 0.46. Tento výsledek může souviset se závěry Rosenbergera et al. (2002; in Hjörleifsdóttir et al., 2006), který identifikoval tři faktory v rámci metody WOC-CA namísto pěti. Při zkombinování subškály kognitivního a behaviorálního vyhýbání pak bylo dosaženo hodnoty Cronbachovy alfy 0.80.

Metodou WOC-CA ve svém výzkumu dále zabývali E. E. Hjörleifsdóttir et al. (2006). Ve své studii se pokusili otestovat použitelnost dvou dotazníkových metod u Islandské populace. Jednalo se o metodu *Brief Symptom Inventory* (BSI 18; Zabora et al., 2001) a *Ways of Coping Inventory-Cancer Version* (WOC-CA; Dunkel-Schetter et al., 1992). Výzkumný soubor zahrnoval 40 onkologických pacientů, z toho 53 % žen a 47 % mužů. Autoři zjistili, že ženy vykazují více depresivních symptomů než muži. Nejvíce používanou copingovou strategií bylo distancování a muži se více zaměřovali na pozitiva.

Všech 52 položek metody WOC-CA bylo pro účely vlastního výzkumu přeloženo z anglického jazyka a jejich významová správnost zkontrolována. Položka č. 53 věnovaná popisu vlastních způsobů zvládnání respondentů do dotazníku zahrnuta nebyla. Cílem výzkumu bylo totiž zjistit vliv užívání vybraných copingových strategií na partnerskou spokojenost v souladu se stanovenými hypotézami. Ke každé položce byla přiřazena pětibodová škála Likertova typu (0 – nikdy, 4 – velmi často). Respondenti měli u každé

položky ze seznamu označit, jak často příslušný způsob zvládání použili v průběhu minulých 6 měsíců. Pro každý způsob zvládání byl vypočítán výsledný skór, kterého probandi dosáhli. Úvodní část dotazníku byla pozměněna pro účely vlastního výzkumného šetření. V původní verzi dotazníku měli pacienti z předepsaných stresorů vybrat ten nejzávažnější nebo si zvolit svůj vlastní. U vybraného problému pak měli stanovit, jak moc stresující pro ně byl v průběhu minulých 6 měsíců. Jelikož se jednalo i o problémy spojené s fyzickým stavem (akutní bolest, symptomy, omezení ve fyzické způsobilosti, atd.), nebyly položky příliš vhodné pro použití u verze dotazníku B určenou pro partnery onkologických pacientů. Z tohoto důvodu byl v úvodu dotazníku uveden pouze text, kde bylo onemocnění (dotazník A) nebo onemocnění partnera (dotazník B) označeno jako náročná životní situace, ke které se vztahují níže uvedené položky. Respondenti měli do příslušného políčka křížkem označit, jak často daný způsob zvládání této náročné životní situace použili v průběhu minulých 6 měsíců.

7.3. Metoda DAS

Metoda *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier, 1976) je určena pro zhodnocení kvality vztahu a partnerské spokojenosti sezdaných nebo nesezdaných párů. Fungování v rámci partnerství je ve výzkumu vnímáno spíše jako proces než jako neměnný stav. Partneři se mohou v průběhu času pohybovat v určitém rozmezí lepšího či horšího partnerského přizpůsobení. V momentě měření je hodnocena aktuální kvalita vztahu, která je však proměnlivá. Metoda tedy zachycuje aktuální kvalitu partnerského vztahu, která se v průběhu času může pohybovat v určitém kontinuu. Metoda může být v rámci výzkumu použita celá nebo mohou být vybrány pouze jednotlivé subškály, aniž by byla narušena reliabilita a validita měření. Respondenti mohou dosahovat na škále skóre od 0-151 bodů. Celková reliabilita škály dosáhla hodnoty 0.96 Cronbachovy alfy. Většina z celkového počtu položek byla respondenty hodnocena jako velmi důležitá pro jejich spokojenost v partnerství. Výjimkou byly položky měřící míru souhlasu v oblasti náboženských otázek a ve způsobu jednání s rodiči nebo příbuznými partnera.

J. M. Graham et al. (2006) se pokusili prozkoumat vnitřní konzistenci škály *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). Provedli meta-analýzu více než 91 publikovaných studií, které dohromady zahrnují 128 výzkumných souborů s 25 035 účastníky. Zjistili, že škála DAS má přijatelnou míru celkové vnitřní konsistence. Ucházející míra vnitřní konsistence byla nalezena také u subškály partnerská shoda, partnerská spokojenost a

partnerská soudržnost. Všechny hodnoty však byly nižší, než jak je původně uváděl sám Spanier (1976). Výsledné skóry se nelišily v důsledku sexuální orientace, pohlaví, manželství nebo etnické příslušnosti výzkumných souborů. Subškála emoční exprese vykazovala nízké skóry Cronbachovy alfy napříč všemi studiemi. Míra spolehlivosti této subškály byla také do značné míry ovlivněna dalšími charakteristikami výzkumných souborů.

M. P. Carey et al. (1993) také zkoumali reliabilitu škály DAS (Spanier 1976). Muži a ženy (n = 158) vyplnili škálu při dvou příležitostech s odstupem asi dvou týdnů. Autoři studie vypočítali celkový skóre reliability a také skóre pro jednotlivé subškály. Výsledná hodnota alfy se pohybovala v rozmezí 0.70 (pro subškálu emoční exprese) až 0.95 (pro celkový skóre). Výsledné skóre nebyly ovlivněny věkem, vzděláním, počtem dětí, délkou vztahu nebo délkou intervalu mezi testem a re-testem.

G. B. Spanier a L. Thompson (1982) zhodnotili škálu DAS pomocí faktorové analýzy. Do výzkumu zahrnuli nový soubor ze stejné demografické oblasti. Byla nalezena vysoká hodnota reliability pro celou škálu. Výsledky studie tak prokazují vhodnost používání této škály pro měření spokojenosti v partnerství.

Metoda DAS obsahuje 32 položek určených k měření kvality partnerského vztahu. Položky jsou rozděleny do 4 subškál:

1. *Partnerská shoda* – Respondent vyjadřuje míru shody se svým partnerem v různých oblastech.
2. *Partnerská spokojenost* – Měří míru spokojenosti respondenta s jeho partnerem.
3. *Partnerská soudržnost* – Vyjadřuje míru, ve které se respondent a partner účastní společných aktivit.
4. *Emoční exprese* – Vyjadřuje míru souladu mezi respondentem a partnerem v oblasti vyjadřování pocitů.

Míru shody hodnotí 12 položek (např. zacházení s rodinnými financemi, množství času stráveného společně, úkoly v domácnosti). Spokojenost s partnerem měří 10 položek (např. Důvěřujete svému partnerovi? Jak často se s partnerem hádáte?). Na jedné z položek má respondent označit, do jaké míry je se svým vztahem spokojený celkově, se zvážením všech aspektů. Kategorie partnerská soudržnost obsahuje 5 položek (např. Společně pracujeme na úkolu, Společně se smějeme, S klidem něco pobíráme). Poslední kategorie emoční exprese zahrnuje 4 položky (např. projevování citů, intimní vztahy).

Pro účely vlastního výzkumného šetření byly položky metody DAS přeloženy do češtiny a jejich významová správnost zkontrolována. Jednotlivé položky jsou měřeny na škálách Likertova typu různého rozsahu. Na dvě položky respondent vybírá z odpovědí ano a ne. Jedna z položek ze subškály partnerská shoda byla vyřazena z důvodu častého nevyplnění ze strany respondentů. Jedná se o položku "způsoby jednání s rodiči nebo rodiči partnera". Důvodem nevyplnění této položky byl zřejmě vyšší věk respondentů, jejichž rodiče již nežijí. Někteří respondenti tuto skutečnost vepsali také přímo do dotazníku k této položce. Nejvyšší počet dosažených bodů tedy představuje hodnota 146 na místo původních 151 bodů.

8. Průběh a etika výzkumného šetření

Po stanovení výzkumných hypotéz a sestavení dotazníků pro pacienty a partnery následovala jejich distribuce. Dotazníky spolu s průvodními dopisy byly pacientům předávány prostřednictvím lékařek a zdravotních sester v gynekologické a onkologické ambulanci a dále při setkání žen v rámci programu neziskové organizace Liga proti rakovině v Šumperku.

Zdravotní personál byl ústně i písemně informován o účelu šetření, jeho kritériích a postupu při předávání dotazníků pacientům. Kritériem pro zařazení do výzkumu byl život v partnerství a přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze jednoho z partnerů. Pacientům byly při návštěvě výše zmíněných zařízení předány dotazníky spolu s obálkou s předepsanou adresou a známkou. Každá sada obsahovala průvodní dopis, dotazník A určený pro pacienta a dotazník B určený pro jeho partnera. Pacienti a partneři si dotazníky mohli vyplnit v klidu v domácím prostředí a poté zaslat na uvedenou adresu.

Respondenti byli prostřednictvím průvodního dopisu informováni o účelu, dobrovolnosti a anonymitě výzkumného šetření. Byli také informováni, že z hlediska citlivosti některých údajů je vhodné, aby každý z partnerů vyplňoval dotazníky samostatně. Jednalo se především o položky z metody DAS (např. Jak často probíráte nebo zvažujete rozvod? Litoval/a jste někdy, že jste se vzali?). Součástí průvodního dopisu byl i kontaktní e-mail pro zodpovězení případných otázek.

9. Výzkumný soubor

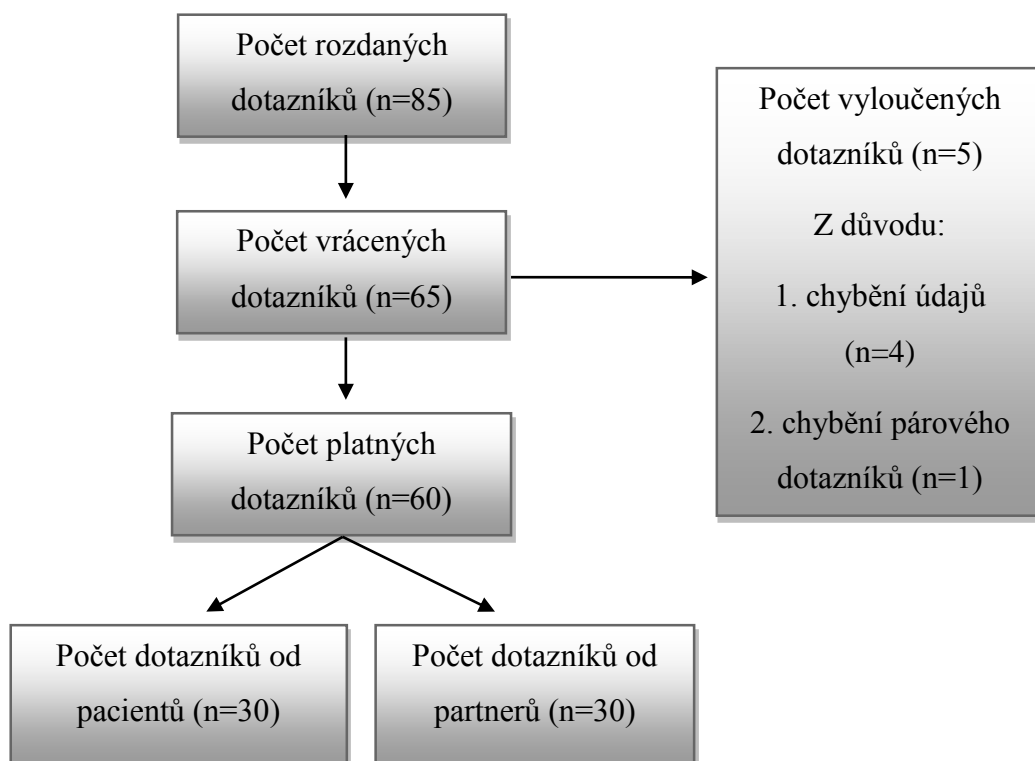
9.1. Způsob výběru výzkumného souboru

Základní populaci pro výběr účastníků do výzkumu tvořili onkologičtí pacienti, popřípadě lidé, kteří se ve svém životě potýkali s onkologickým onemocněním, a jejich partneři. Byla použita kombinace záměrného a příležitostného typu výběru probandů. Kritériem pro zařazení pacienta do výzkumu byla přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze a život v partnerství. Onkologičtí pacienti nemuseli být s partnerem sezdáni nebo spolu bydlet ve společné domácnosti. Výzkumného šetření se mohli zúčastnit ti pacienti, kteří v době sběru dat navštívili některé ze zařízení, kde probíhala distribuce dotazníků. Partnerem se v kontextu tohoto výzkumného šetření míní člověk, který je s pacientem v intimním vztahu.

9.2. Velikost výzkumného souboru

Do výzkumného šetření byla zahrnuta data od 60 respondentů. Celkem se vysbíralo 30 platných párových dotazníků od onkologických pacientů a jejich partnerů. Graf č. 2 znázorňuje proces formování výzkumného souboru.

Graf č. 2: Proces formování výzkumného souboru



9.3. Sociodemografické údaje

V první části dotazníku pro onkologické pacienty/pacientky a jejich partnery/partnerky jsou obsaženy vybrané sociodemografické údaje. V dotazníku pro pacienty (A) se jedná o pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ nádorového onemocnění, jeho trvání (délka od první diagnózy) a momentální stav (léčba x remise), délku vztahu s partnerem, bydlení ve společné domácnosti a život v manželství. V dotazníku pro partnery (B) jsou otázky obdobné, pouze s vynecháním položky typ nádorového onemocnění, jeho momentální stav a doba trvání.

9.4. Popis výzkumného souboru

Do výzkumného šetření byla zahrnuta data od 60 párů. Jednalo se o 30 mužů a 30 žen. Z celkového počtu 30 onkologických pacientů je pouze 5 mužů (16,7 %). Právě z tohoto hlediska je vhodnější zabývat se především porovnáním výsledků mezi skupinou mužů a žen spíše než srovnáváním skupiny onkologických pacientů a jejich partnerů. U výsledných dat by bylo problematické zhodnotit, zda na ně nemá vliv spíše pohlaví probandů nežli fakt, že se jedná o onkologické pacienty a jejich intimní partnery. Pro srovnání těchto dvou skupin je žádoucí, aby byly z hlediska pohlaví vyrovnané, což tento výzkumný soubor nespĺňuje.

Všechny páry z výzkumného souboru jsou heterosexuální. Všichni partneři spolu bydlí ve společné domácnosti a kromě čtyř případů se jedná o páry sezdané. Průměrný věk mužů ve výzkumném souboru je 63,12 let a ženy dosahují průměrné hodnoty 63,22 let. Průměrná délka vztahu mezi partnery činí 38,83 let. Ve většině případů se tedy jedná o páry dlouholeté.

Četnosti nejvyššího dosaženého vzdělání mužů a žen jsou znázorněny v tabulce č. 4. Vedle četností je u každé položky vyjádřena také procentuální hodnota. U mužů je nejvíce zastoupené vyučení na střední škole (50 %) a u žen je to střední vzdělání s maturitou (43,3 %). Jelikož se většinová část hypotéz vztahuje k porovnávání vlivu vybraných copingových strategií používaných muži či ženami na partnerskou spokojenost jejich protějšků, zabýváme se porovnáním dosaženého vzdělání právě u skupiny mužů a žen.

Tabulka č. 4: Četnosti nejvyššího dosaženého vzdělání u mužů a žen z výzkumného souboru

Dosažené vzdělání	Četnosti muži	Četnosti ženy
Základní	0 (0 %)	2 (6,7 %)
Střední – vyučen	15 (50 %)	11 (36,7 %)
Střední – maturita	8 (26,7 %)	13 (43,3 %)
Vysokoškolské	7 (23,3 %)	4 (13,3 %)

Průměrná doba trvání nádorového onemocnění (doba od první diagnózy) u pacientů z výzkumného souboru je 5,45 let. Z celkového počtu 30 onkologických pacientů je 23 z nich momentálně v období remise jejich onemocnění. Pouze u zbylých 7 pacientů (23,3 %) momentálně probíhá léčba. Momentální léčba onemocnění nebyla podmínkou pro účast ve výzkumu. Pacienti se mohli nacházet i v období remise jejich nemoci. Onkologické onemocnění může narušit běžné fungování téměř ve všech oblastech života. S těmito změnami se musí partneři vyrovnávat dlouhodobě, i když akutní symptomy onemocnění v období remise vymizí. Zvládání se nemusí týkat pouze projevů léčby, ale i pracovní oblasti, partnerského a rodinného fungování či přetrvávajících obav z návratu onemocnění. Zabora et al. (1997; in Hjörleifsdóttir et al., 2006) poukazuje na to, že onkologické onemocnění není jednorázovou zkušeností, ale spíše se jedná o sérii zkušeností, začínající stanovením diagnózy a pokračujícím až k remisi nebo a u mnohých pacientů až do recidivy či terminální fáze jejich nemoci.

Tabulka č. 5 znázorňuje četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých typů nádorového onemocnění (zasazená oblast či orgán), které se v souboru vyskytly. Největší zastoupení v souboru tvoří rakovina prsu (40 %) a na druhém místě v četnosti jsou nádory orgánů trávicího traktu (23,3 %). Jeden z případů onemocnění tvořila kombinace rakoviny vaječníků a tlustého střeva. Tento případ byl zařazen jak do kategorie vaječníky, tak do kategorie orgány trávicího traktu.

Tabulka č. 5: Četnosti jednotlivých typů nádorového onemocnění u pacientů z výzkumného souboru

Typ nádorového onemocnění	Četnosti
Prs	12 (40 %)
Orgány trávicího traktu	7 (23,3 %)
Vaječníky	3 (10 %)
Prostata	2 (6,7 %)
Krev, lymfa, kosti	2 (6,7 %)
Ledviny	1 (3,3 %)
Plíce	1 (3,3 %)
Kůže	2 (6,7 %)

10. Výsledky výzkumu

10.1. Použité statistické metody

Pro zpracování dat a statistické zhodnocení výsledků byl využit program Microsoft Excel 2010 a Statistica 12. Před výběrem statistických metod vhodných pro ověření stanovených hypotéz bylo třeba zvážit podmínky jejich použití. Pro použití parametrických statistických metod musí být splněny tři základní podmínky. Jedná se o práci s metrickými proměnnými, normální rozložení četností a velikost souboru $n > 15$. Zvážením těchto podmínek se zabýváme v následujícím textu.

Výsledné skóry na jednotlivých subškálách metody WOC-CA odpovídají součtu bodů za jednotlivé položky v dotazníku. Stejně tomu je i u metody DAS. Probandi mohli získat různý počet bodů v závislosti na zhodnocení položek prostřednictvím škály Likertova typu (viz. kapitola Výzkumné metody). Číselné hodnoty získané na jednotlivých subškálách obou metod tedy představují metrické proměnné.

U všech stanovených hypotéz zjišťujeme velikost korelace mezi proměnnými, jejichž hodnota je získána měřením prostřednictvím metody WOC-CA a škály DAS. U prvních hypotéz H1, H2 a H3 a hypotézy poslední H10 pracujeme s celým souborem, který tvoří 60 respondentů. U hypotéz H4, H5, H6, H7, H8 a H9 zjišťujeme vybrané souvislosti mezi skupinou mužů a žen. Velikost souboru je v těchto případech poloviční, tj. 30 respondentů. První dvě podmínky pro použití parametrických statistických metod jsou tedy splněny.

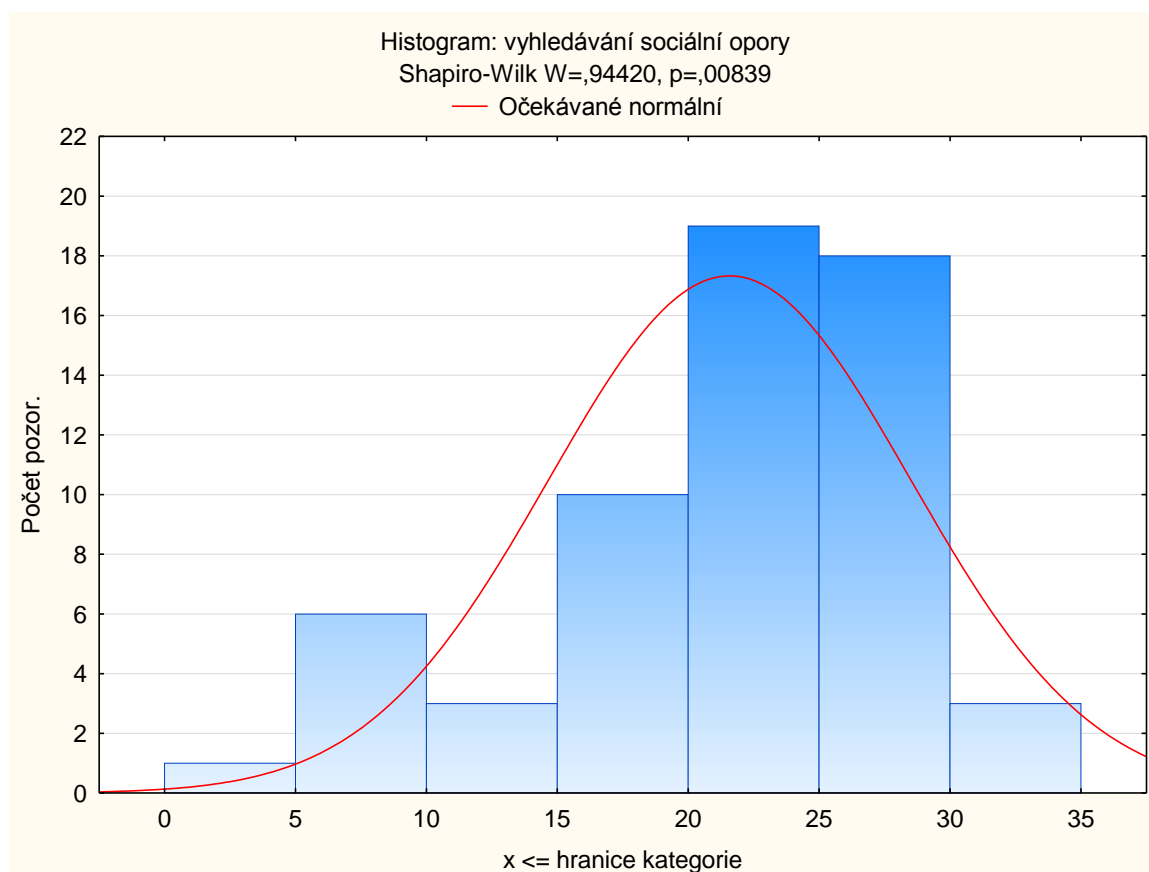
Poslední podmínkou je normální rozložení četností u vybraných proměnných v souvislosti se stanovenými hypotézami. Bylo potřeba ověřit normální rozložení proměnné vyhledávání sociální opory, zaměření na pozitiva, neadaptivní coping, partnerská spokojenost a rozdíl copingu mezi partnery. Skóry subškál z metody WOC-CA (vyhledávání sociální opory, zaměření na pozitiva a neadaptivní coping) byly převedeny na průměrné hodnoty, které jsou ke statistickému zpracování vhodnější a mohou být mezi sebou lépe porovnány. Pro ověření normality výše zmíněných proměnných jsme využily Shapiro-Wilkův W test. Výsledky této statistické analýzy jsou zobrazeny v níže uvedených grafech. Ke každé proměnné jsme dále doplnili základní statistické údaje.

Pro proměnnou sociální opora je výsledná hodnota $W = 0,94$ a hodnota $p = 0,008$ ($p < 0,01$), což znamená, že soubor nepochází z populace s normálním rozdělením četností. Výsledný histogram je zobrazen v grafu č. 3. Základní údaje popisné statistiky proměnné vyhledávání sociální opory jsou uvedeny v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Základní statistické údaje proměnné vyhledávání sociální opory

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
2	0,36	3,18	0,62

Graf č. 3: Ověření normálního rozložení četností proměnné vyhledávání sociální opory

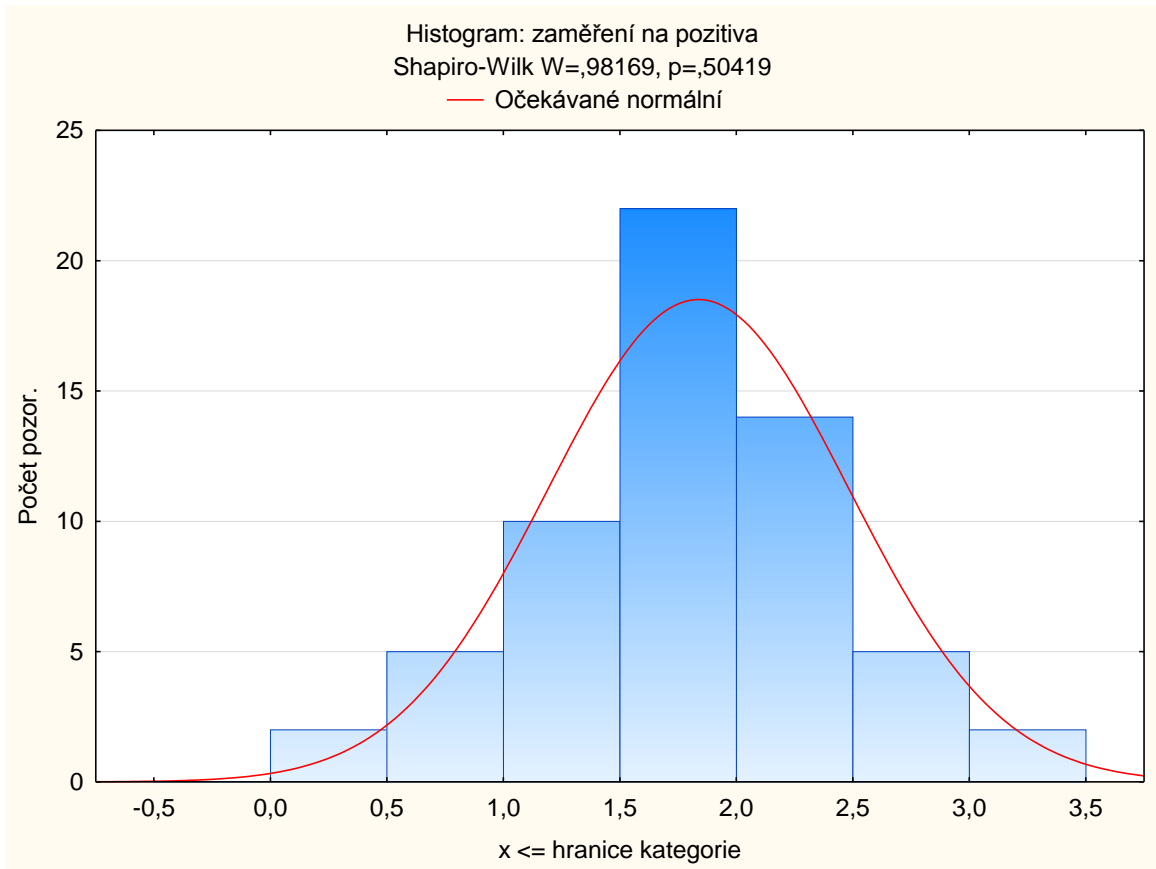


Pro proměnnou zaměřenou na pozitiva je výsledná hodnota $W = 0,98$ a $p = 0,50$ ($p > 0,01$), což znamená, že proměnná zaměřená na pozitiva má normální rozložení četností. Histogram z této statistické analýzy je uveden v grafu č. 4. Základní statistické údaje této proměnné uvádíme v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Základní statistické údaje proměnné zaměřené na pozitiva

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
1,84	0,25	3,13	0,65

Graf č. 4: Ověření normálního rozložení četností proměnné zaměřené na pozitiva

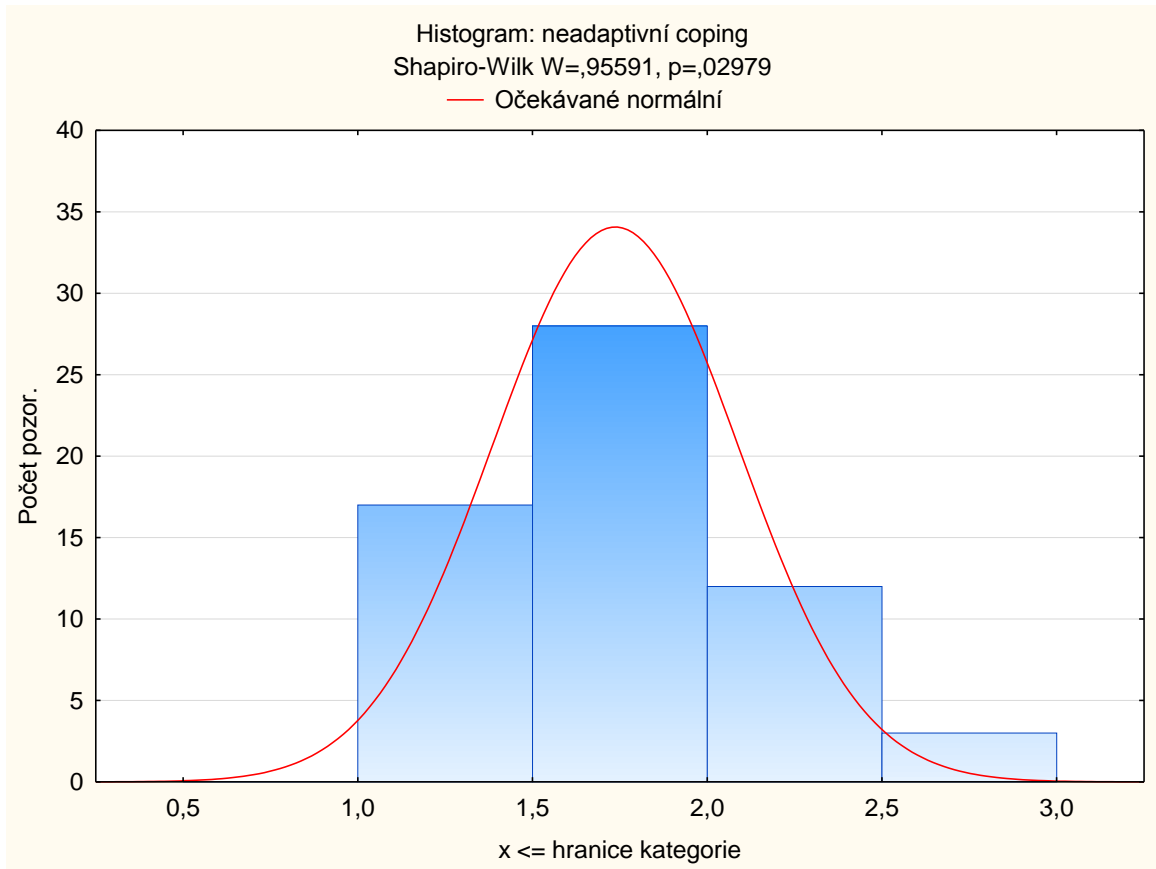


Pro proměnnou neadaptivní coping je výsledná hodnota $W = 0,96$ a $p = 0,03$ ($p > 0,01$), což znamená, že proměnná neadaptivní coping má normální rozložení četností. Výsledný histogram uvádím v grafu č. 5. Základní statistické údaje této proměnné opět uvádíme v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Základní statistické údaje proměnné neadaptivní coping

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
1,74	1,12	2,82	0,35

Graf č. 5: Ověření normálního rozložení četností proměnné neadaptivní coping

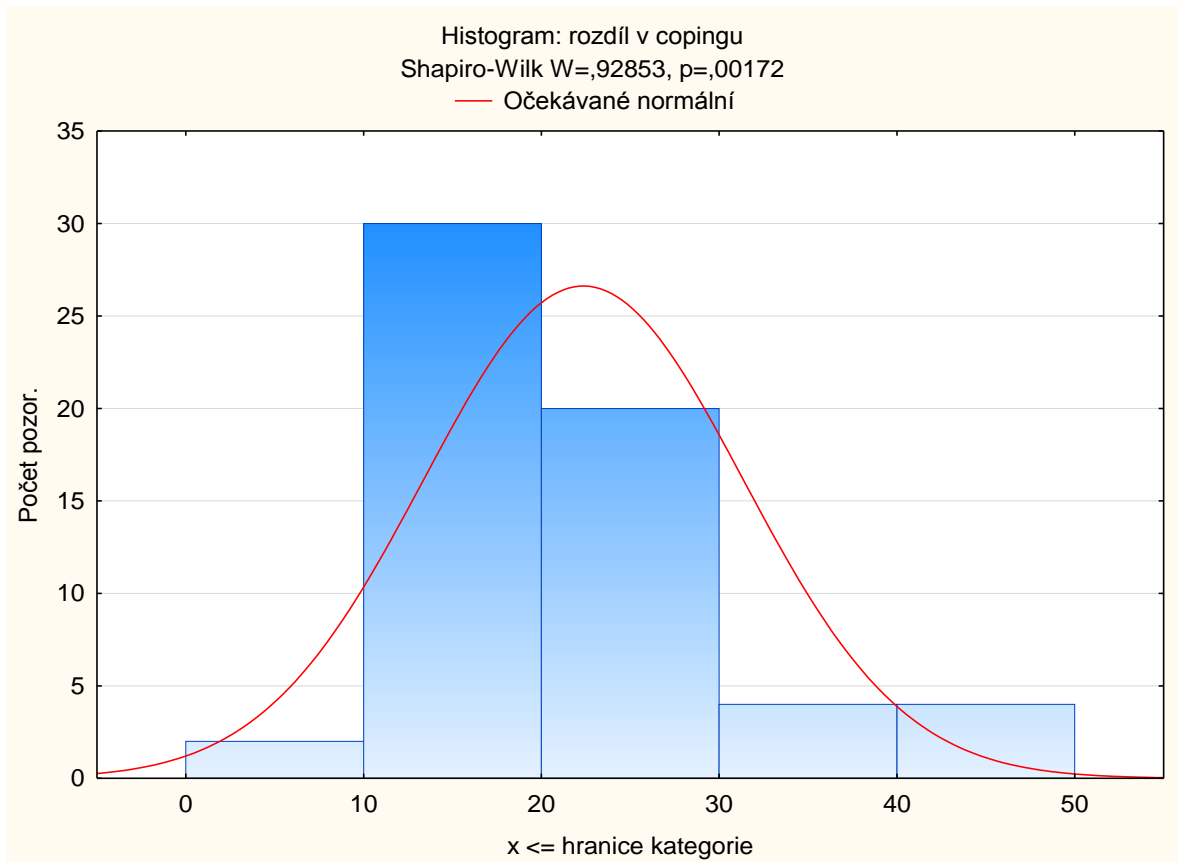


Pro proměnnou rozdíl v copingu je výsledná hodnota $W = 0,93$ a $p = 0,002$ ($p < 0,01$), což znamená, že proměnná rozdíl v copingu nemá normální rozložení četností. Výsledný histogram uvádíme v grafu č. 6. Základní statistické údaje této proměnné jsou obsaženy v níže uvedené tabulce č. 9. Proměnná rozdíl v copingu představuje rozdíl v míře užívání copingových strategií mezi partnery z výzkumného souboru. Tato hodnota byla získána jako součet absolutních hodnot rozdílů mezi skóry získanými oběma partnery na každé subškále metody WOC-CA.

Tabulka č. 9: Základní statistické údaje proměnné rozdíl v copingu

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
22,37	5	50	8,99

Graf č. 6: Ověření normálního rozložení četností proměnné rozdíl v copingu

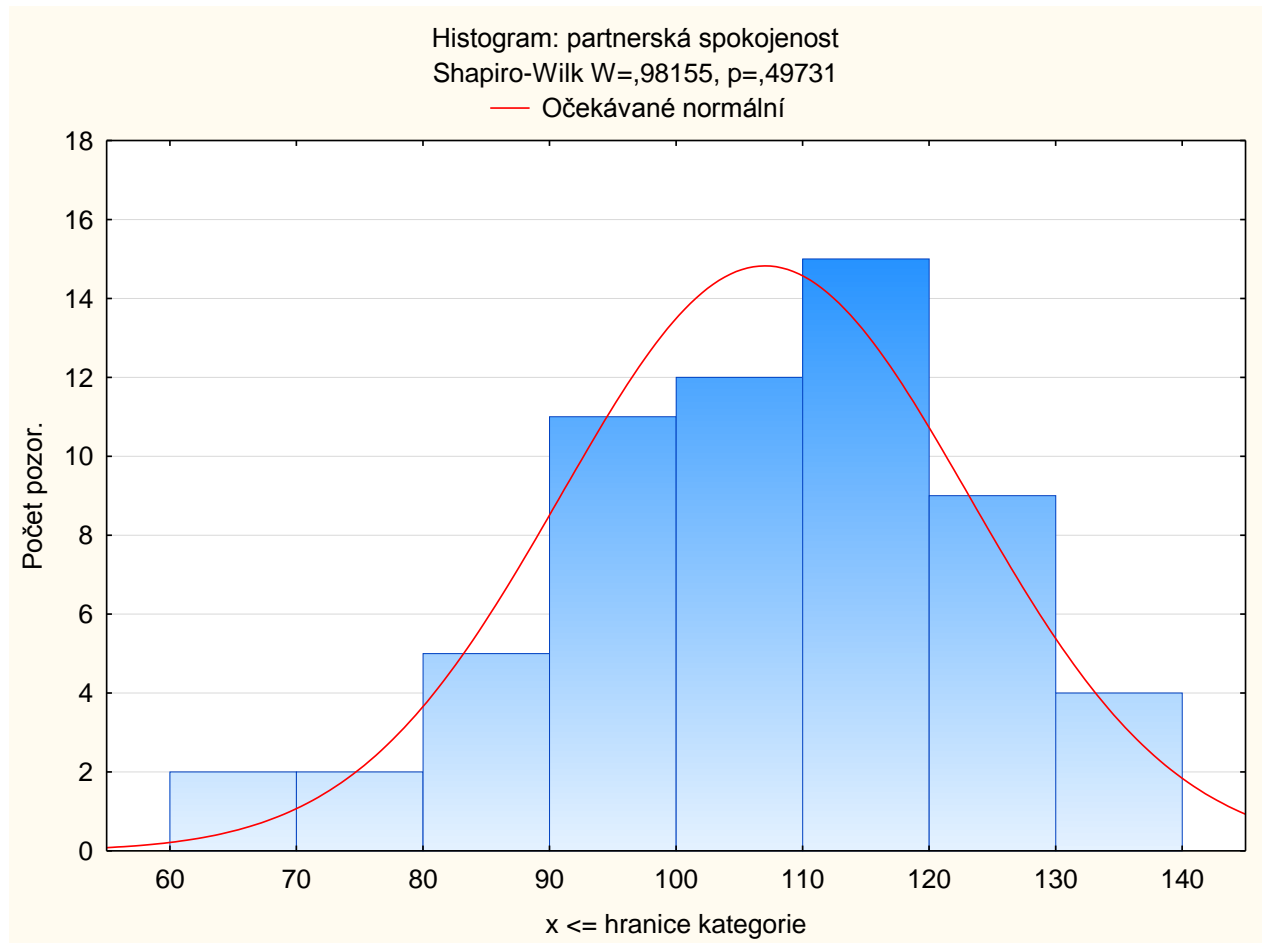


Výsledek analýzy pro poslední proměnnou partnerská spokojenost je $W = 0,98$ a $p = 0,50$ ($p > 0,01$), což znamená, že proměnná partnerská spokojenost má normální rozložení četností. Základní statistické údaje proměnné jsou uvedeny v tabulce č. 10 a výsledný histogram v grafu č. 7.

Tabulka č. 10: Základní statistické údaje proměnné partnerská spokojenost

Průměr	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Směrodatná odchylka
107,02	68	137	16,14

Graf č. 7: Ověření normálního rozložení četností proměnné partnerská spokojenost



Jak vyplývá z uvedených grafů a výsledných hodnot W testu, proměnná zaměřená na pozitiva, neadaptivní coping a partnerská spokojenost mají normální rozložení četností. Hypotézy, které pracují s těmito proměnnými, mohou být testovány s využitím parametrických statistických metod. Jedná se o hypotézu H2, H3, H5, H6, H8 a H9. U dvou proměnných vyhledávání sociální opory a rozdíl v copingu nebylo zjištěno normální rozložení četností. Hypotézy H1, H4, H7 a H10, kterých se toto zjištění týká, tak musí být ověřeny s využitím neparametrického testování.

Pro ověření hypotéz H2, H3, H5, H6, H8 a H9 byla použita Pearsonova korelace pro zjišťování souvislosti mezi dvěma metrickými proměnnými s normálním rozložením četností. Hypotézy H1, H4, H7 a H10 budou ověřeny s využitím Spearmanovy korelace pro zjišťování souvislostí mezi dvěma proměnnými, z nichž jedna nemá normální rozložení četností. Pro přehled opět uvádíme všechny hypotézy v následujícím textu.

U hypotézy H1: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; hledáme pozitivní souvislost mezi vyhledáváním sociální opory a partnerskou spokojeností. Hypotéza H2: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; ověřuje existenci pozitivní souvislosti mezi zaměřením na pozitiva a partnerskou spokojeností. Třetí hypotéza H3: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; testuje negativní souvislost mezi užíváním neadaptivního copingu a spokojeností ve vztahu.

Hypotézy H4: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů;* H5: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů;* a H6: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů;* ověřují výše zmíněné souvislosti mezi proměnnými u skupiny žen a mužů. Jde o to, jak vybrané copingové strategie používané ženami ovlivňují partnerskou spokojenost jejich mužů.

Hypotézy H7: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen;* H8: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.*; a H9: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.*; opět hledají souvislost mezi uvedenými

proměnnými, ale tentokrát jde o to, jak copingové strategie mužů ovlivňují partnerskou spokojenost jejich žen.

Hypotéza H10: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem rozdílnosti v užívání copingových strategií mezi partnery a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; ověřuje, zda existuje souvislost mezi mírou podobnosti v užívání copingových strategií mezi partnery a jejich spokojeností ve vztahu.

10.2. Výsledky měření

V následující kapitole uvádíme výsledky měření s využitím škály WOC-CA a DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů. V níže umístěné tabulce jsou obsažena data pro srovnání míry užívání jednotlivých copingových strategií mezi muži a ženami ve výzkumném souboru. Dále jsou tato data uvedena i pro onkologické pacienty a jejich partnery, tak aby je bylo možné případně srovnat s výsledky zahraničních studií. Z hlediska výzkumných hypotéz považujeme za vhodné uvést také průměrné hodnoty používání neadaptivního copingu u skupiny mužů a žen. Jedná se o průměrnou hodnotu vypočítanou ze skóre dosažených na subškále kognitivní vyhýbání, distancování a behaviorální vyhýbání. Na škále WOC-CA mohli respondenti u každé položky získat 0-4 body. Následně se body získané na každé subškále sečetly a vydělily jejich počtem, tak aby byla získána průměrná hodnota. Z těchto průměrných skóre byl pro každou subškálu vypočítán opět průměr a tato hodnota převedena na procentuální vyjádření. Takto získané hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 11 pro jednotlivé skupiny.

Tabulka č. 11: Míra užívání jednotlivých copingových strategií měřených metodou WOC-CA u vybraných skupin respondentů

Subškály WOC-CA	Muži	Ženy	Pacienti	Partneři
Sociální opora	46,75 %	52,50 %	50,20 %	47,50 %
Kognitivní vyhýbání	36,00 %	44,75 %	41,25 %	49,25 %
Distancování	52,50 %	55,75 %	56,25 %	52,50 %
Zaměření na pozitiva	41,25 %	52,50 %	48,50 %	43,25 %
Behaviorální vyhýbání	35,00 %	35,00 %	34,00 %	36,00 %
Neadaptivní coping	41,75 %	45,25	44 %	42,5 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že jednotlivé hodnoty se v porovnávaných skupinách liší ve většině případů jen málo. Mezi skupinou mužů a žen byl zaznamenán největší rozdíl v míře vyhledávání sociální opory, u kognitivního vyhýbání a zaměření na pozitiva. Nejvíce je obecně používána strategie distancování a na druhém místě vyhledávání sociální opory. Nejméně používanou strategií je pak behaviorální vyhýbání. Jednotlivé copingové strategie jsou také ve většině případů využívány z méně než 55 %.

V další tabulce č. 12 uvádíme procentuální hodnoty dosažené všemi skupinami u jednotlivých subškál metody DAS. Pro každou subškálu byl vypočítán průměr dosažený u jednotlivých skupin a následně byla vypočítána jeho procentuální hodnota, která vyjadřuje míru hodnocení dané subškály ze strany respondentů.

Tabulka č. 12: Míra partnerské spokojenosti pro jednotlivé subškály metody DAS u vybraných skupin respondentů

Subškály DAS	Muži	Ženy	Pacienti	Partneři
Partnerská shoda	76,55 %	77,62 %	78,1 %	76,12 %
Emoční exprese	71,1 %	71,67 %	69,75 %	73,10 %
Partnerská spokojenost	74,26 %	75,26 %	74 %	75,4 %
Partnerská soudržnost	61,66 %	61,79 %	62,5 %	60,83 %
Celková míra spokojenosti	72,6 %	73,8 %	73,44 %	73,15 %

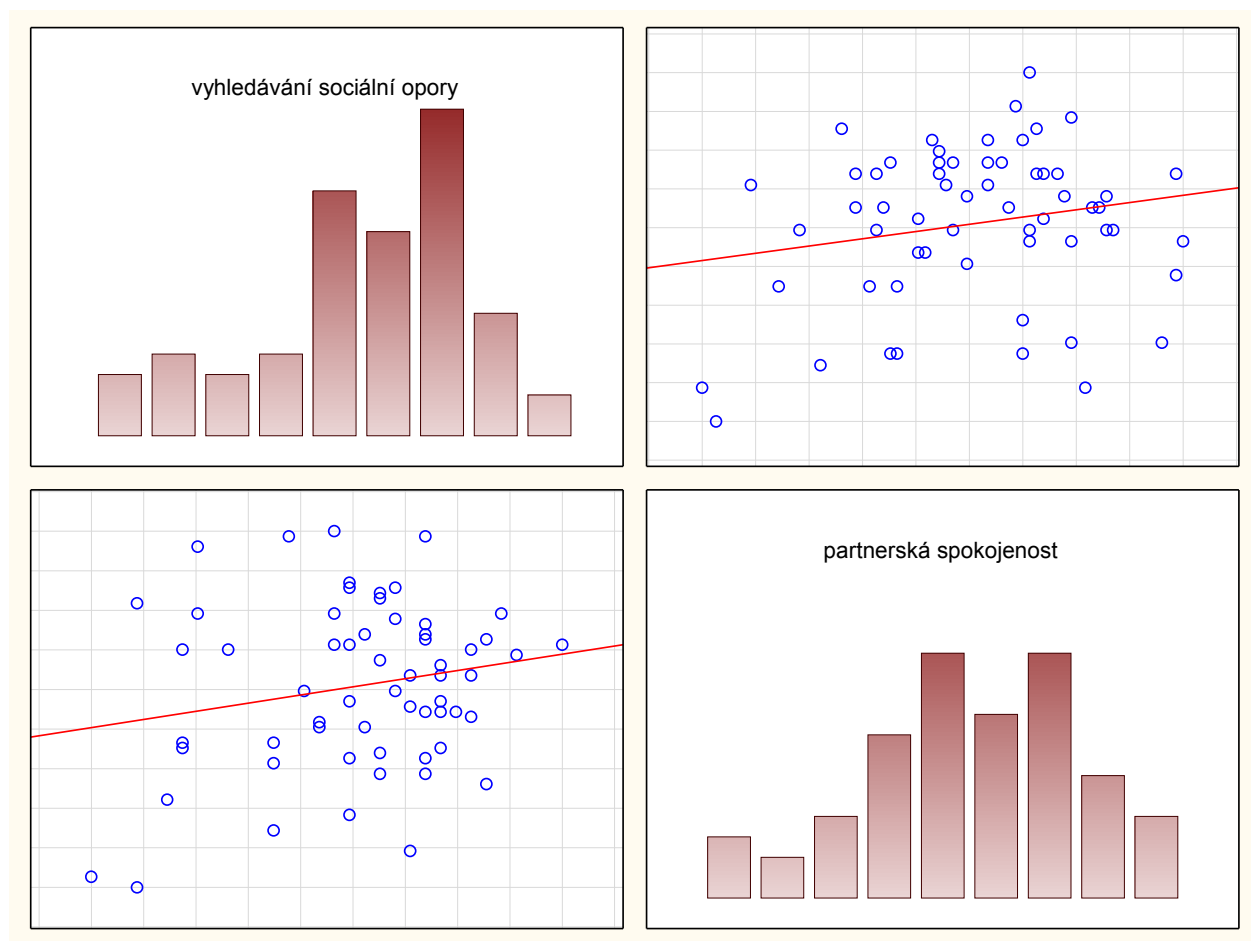
Jak vyplývá z výše uvedených hodnot, rozdíly v míře spokojenosti jsou v jednotlivých subškálách pouze mírné. Největší rozdíl byl zaznamenán u subškály emoční exprese mezi pacienty a partnery, kde hodnota rozdílu dosahuje velikosti 3,35 %. Největší míra spokojenosti byla naměřena u subškály partnerská shoda a partnerská spokojenost. Subškála emoční exprese zaujímá v hodnocení třetí místo. Nejnižší míra spokojenosti byla naměřena u subškály partnerská soudržnost, jejíž hodnota ve všech skupinách nepřesahuje 62,5 %. Tato subškála měří míru spokojenosti partnerů týkající se trávení společného času.

Stejně tak celková míra partnerské spokojenosti se u hodnocených skupin liší jen málo, do max. hodnoty rozdílu 1,2 %. Celková míra partnerské spokojenosti dosahuje ve všech skupinách hodnoty 72,6 – 73,8 %.

10.3. Ověření platnosti hypotéz

Hypotézu H1: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; na základě statistické analýzy s využitím Spearmanovy korelace **zamítáme**. Výsledná hodnota $R = 0,10$ ($p > 0,05$), což znamená, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou vyhledávání sociální opory a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Výsledné hodnoty Spearmanovy korelace jsou uvedeny v následující tabulce č. 13 a bodovém grafu č. 8.

Graf č. 8: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů



Tabulka č. 13: Výsledky Spermanovy korelace pro ověření hypotézy H1

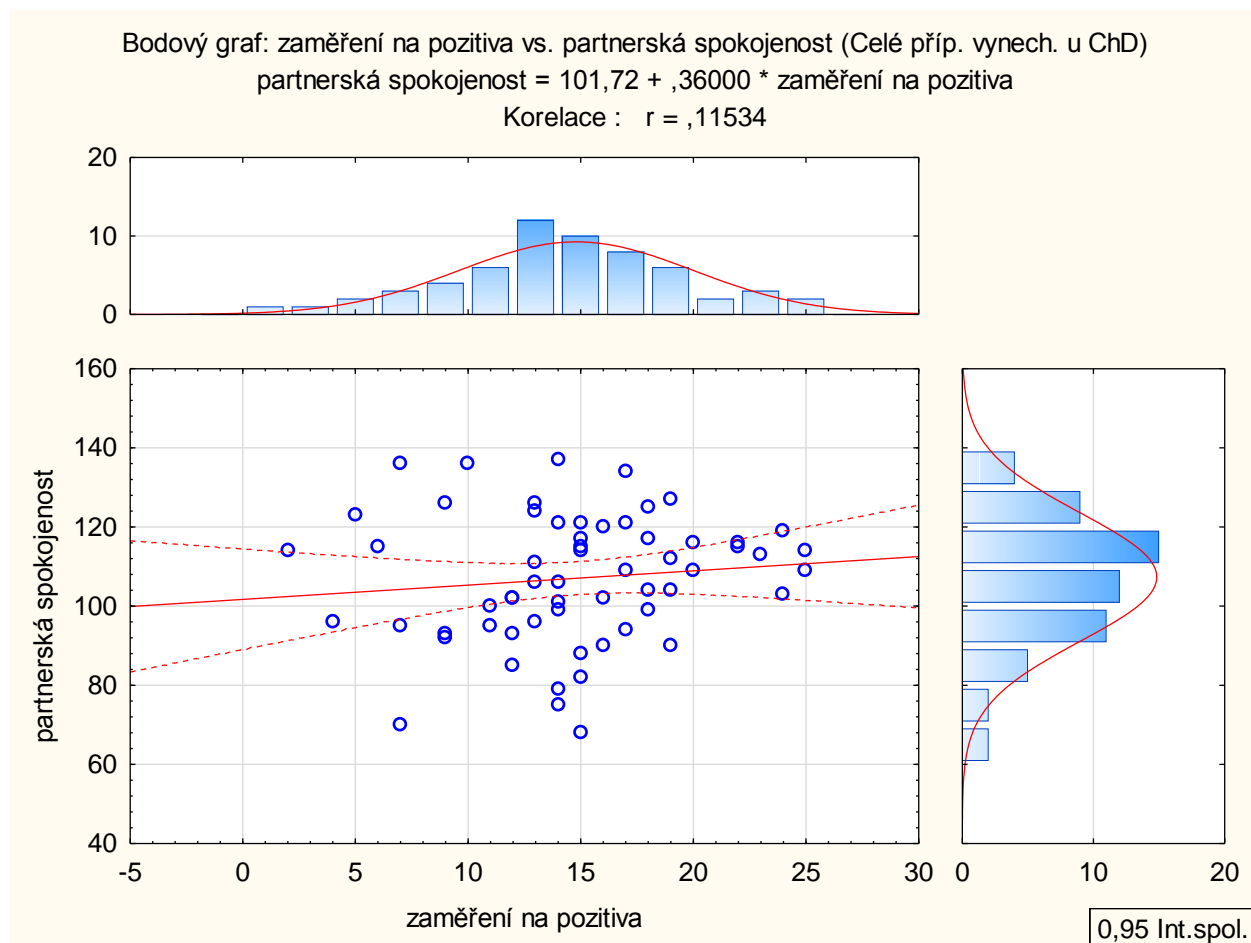
Průměr – sociální opora	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – sociální opora	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
21,58	107,02	6,91	16,14	0,10

Hypotézu H2: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; na základě statistické analýzy prostřednictvím Pearsonovy korelace **zamítáme**. Výsledná hodnota $r = 0,12$ ($p > 0,05$), což znamená, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi zaměřením na pozitiva a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Výsledné hodnoty Pearsonovy korelace uvádíme v následující tabulce č. 14 a bodovém grafu č. 9.

Tabulka č. 14: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H2

Průměr – zaměření na pozitiva	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – zaměření na pozitiva	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
21,58	107,02	6,91	16,14	0,12

Graf č. 9: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi zaměřením na pozitiva a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů

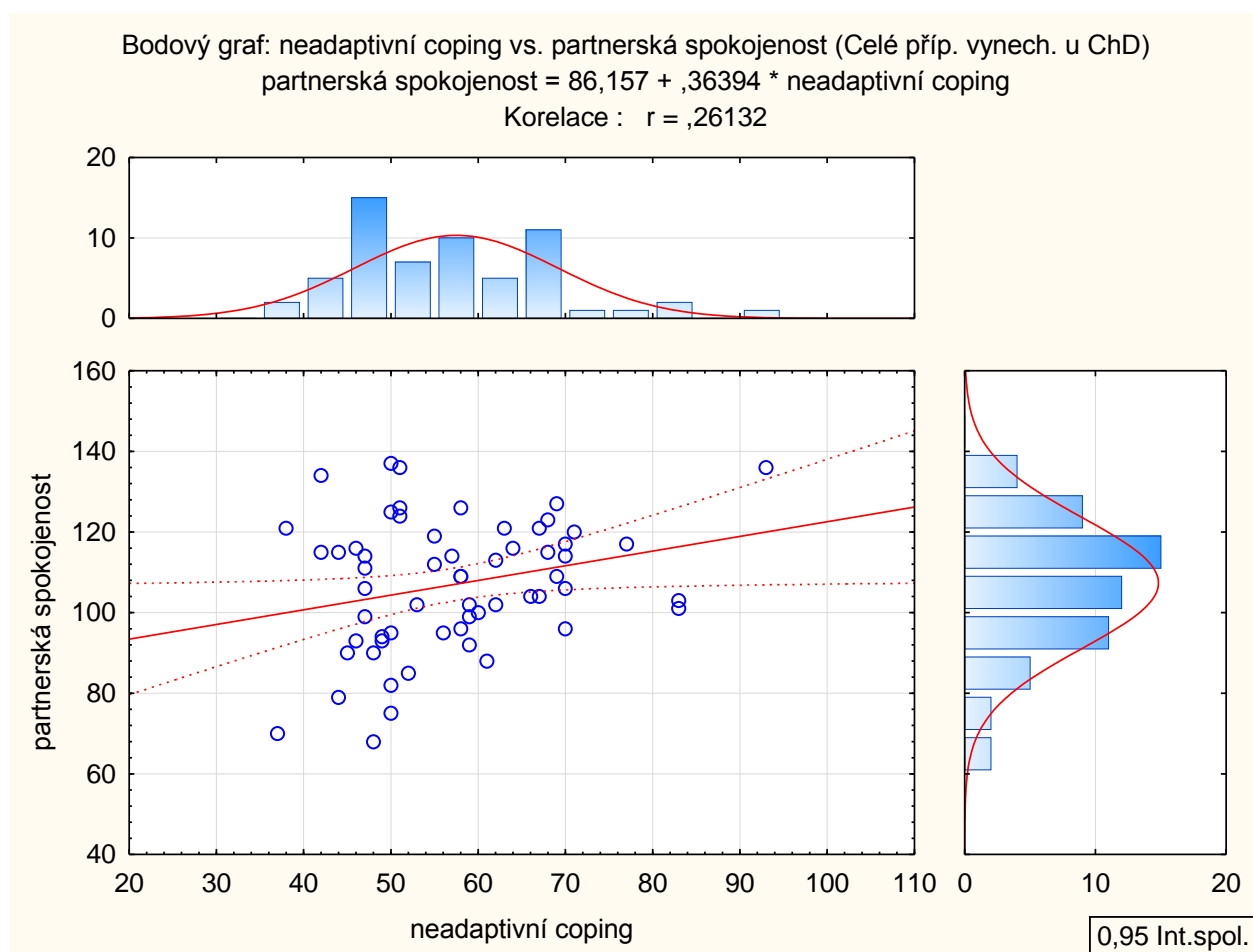


Hypotéza H3: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; byla testována s využitím Pearsonovy korelace. Výsledná hodnota $r = 0,26$ ($p < 0,05$), což značí přítomnost statisticky významné pozitivní souvislosti mezi mírou neadaptivního copingu a partnerskou spokojeností. Na základě těchto výsledků **hypotézu H3 zamítáme**. Nebyla prokázána statisticky významná negativní souvislost mezi mírou neadaptivního copingu a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Výsledná tabulka č. 15 a bodový graf č. 10 jsou přiloženy níže.

Tabulka č. 15: Výsledky Personovy korelace pro ověření hypotézy H3

Průměr – neadaptivní coping	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – neadaptivní coping	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
57,32	107,02	11,60	16,14	0,26

Graf č. 10: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi neadaptivním copingem a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů



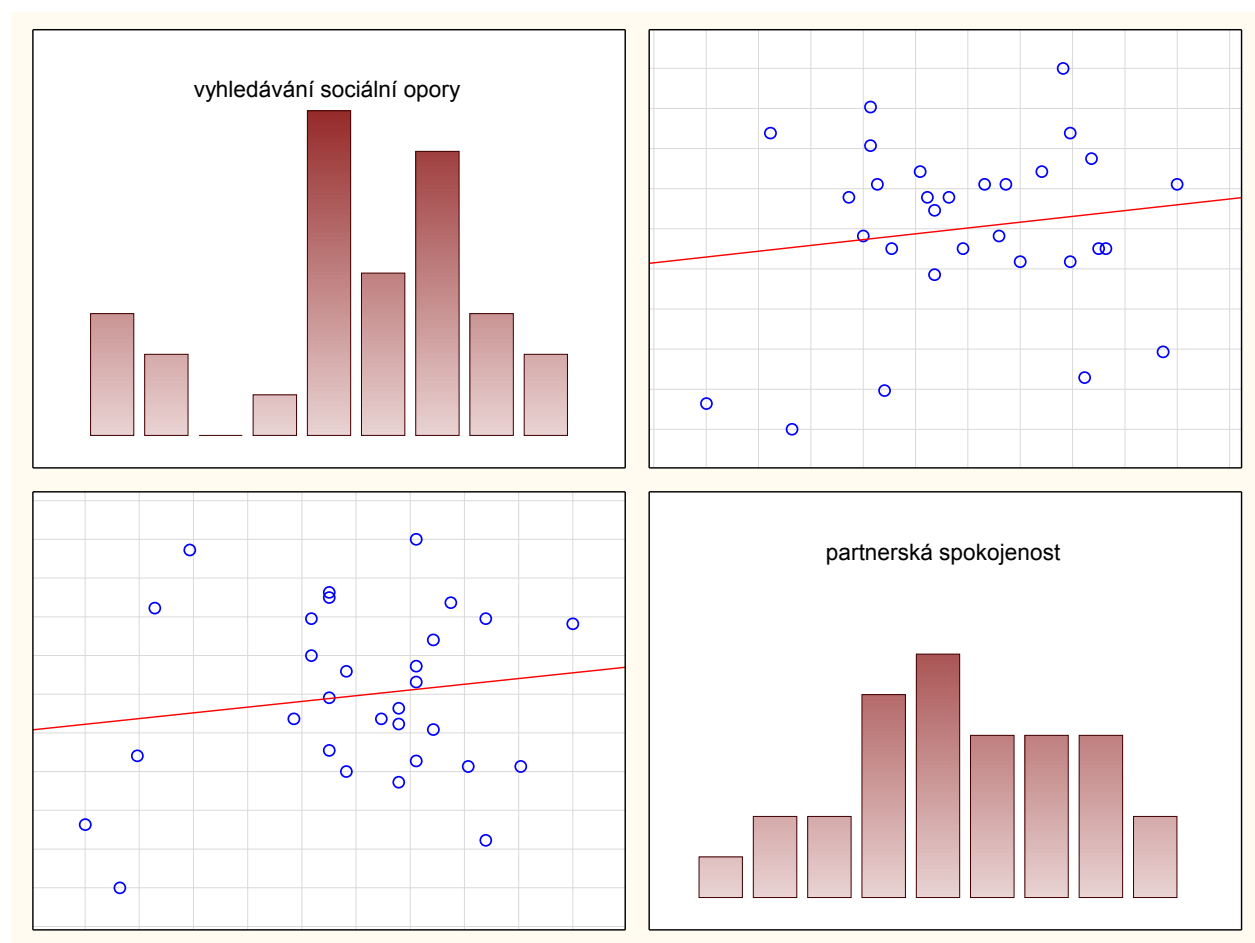
Hypotéza H4: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.; byla na základě statistické analýzy prostřednictvím Spearmanovy korelace*

zamítnuta. Výsledná hodnota $R = 0,002$ ($p > 0,05$), což znamená, že mezi vyhledáváním sociální opory na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost. Níže uvádíme tabulku č. 16 a graf č. 11 získaný ze statistické analýzy.

Tabulka č. 16: Výsledky Spearmanovy korelace pro ověření hypotézy H4

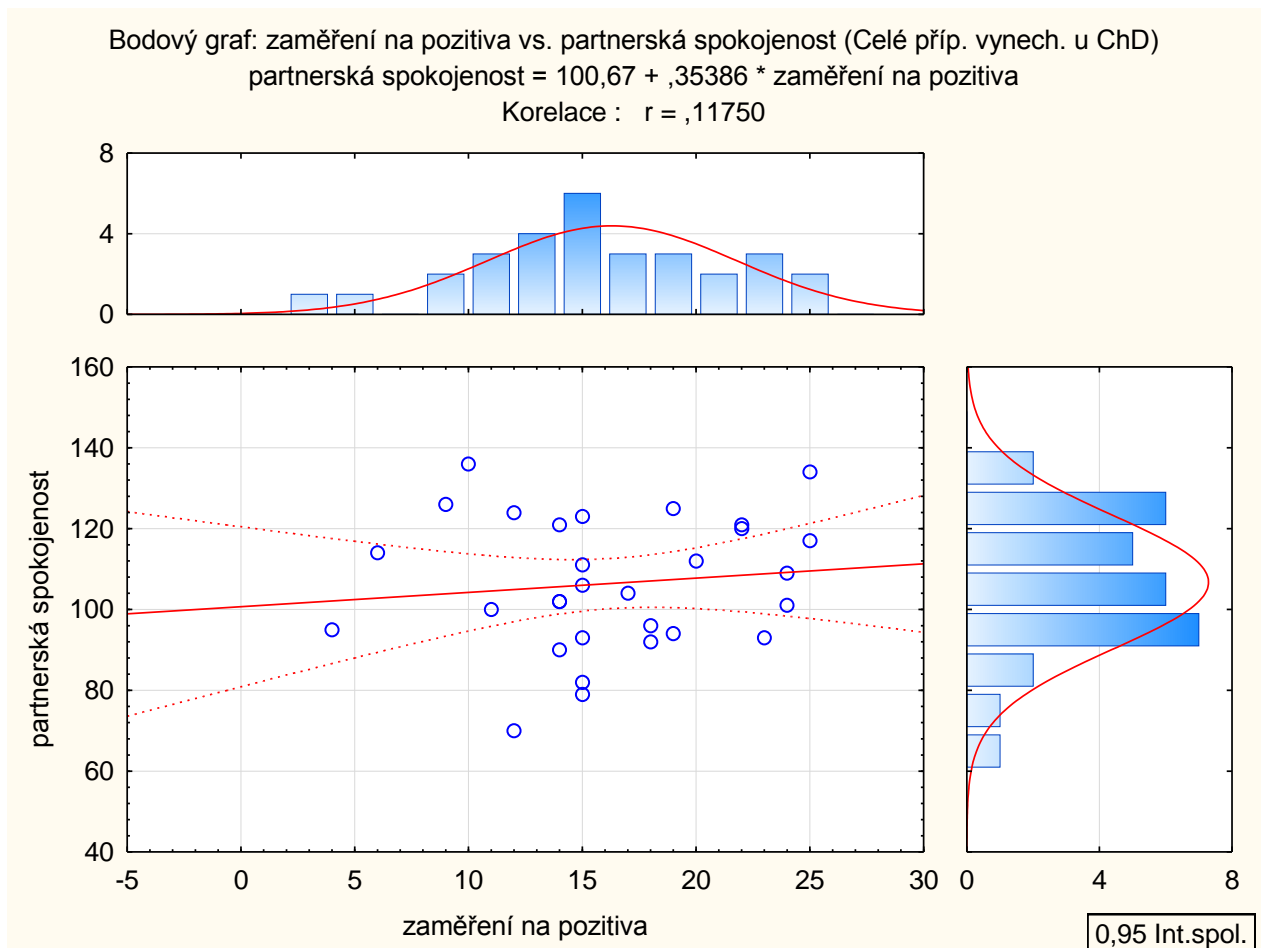
Průměr – sociální opora	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – sociální opora	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
22,6	106,4	6,90	16,41	0,002

Graf č. 11: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů



Hypotéza H5: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.* byla na základě statistické analýzy prostřednictvím Pearsonovy korelace **zamítnuta**. Výsledná hodnota $r = 0,12$ ($p > 0,05$), což znamená, že mezi zaměřením na pozitiva na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost. Výsledky statistické analýzy uvádíme v tabulce č. 17 a grafu č. 12.

Graf č. 12: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi zaměřením na pozitiva na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů



Tabulka č. 17: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H5

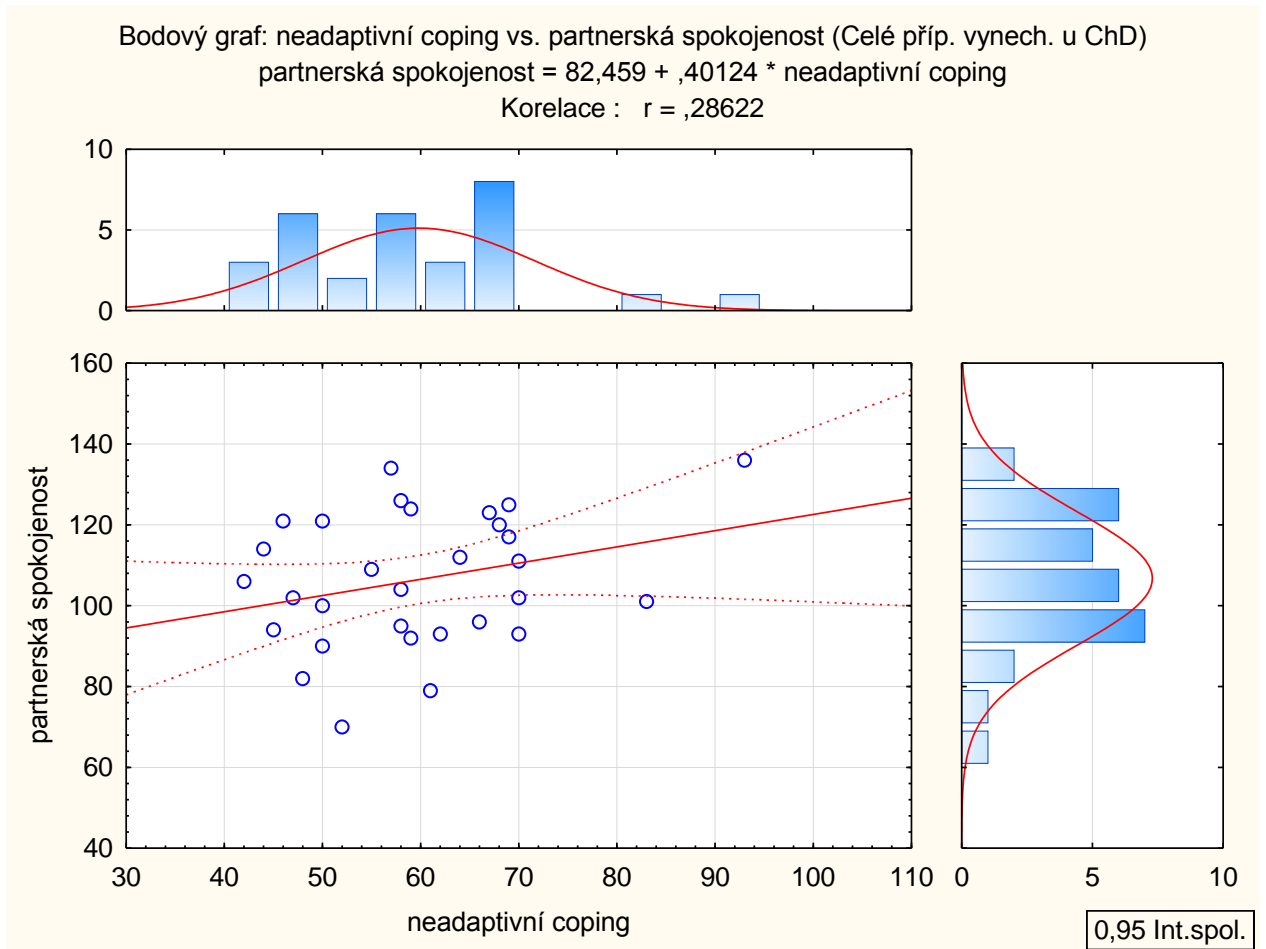
Průměr – zaměření na pozitiva	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – zaměření na pozitiva	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
16,2	106,4	5,45	16,41	0,12

Hypotéza H6: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny žen a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny mužů.*; byla na základě statistické analýzy prostřednictvím Pearsonovy korelace **zamítnuta**. Výsledná hodnota $r = 0,29$ ($p > 0,05$), což znamená, že mezi neadaptivním copingem na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů neexistuje statisticky významná negativní souvislost. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce č. 18 a grafu č. 13.

Tabulka č. 18: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H6

Průměr – neadaptivní coping	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – neadaptivní coping	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
60,00	106,4	11,70	16,41	0,29

Graf č. 13: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi neadaptivním copingem na straně žen a partnerskou spokojeností na straně mužů

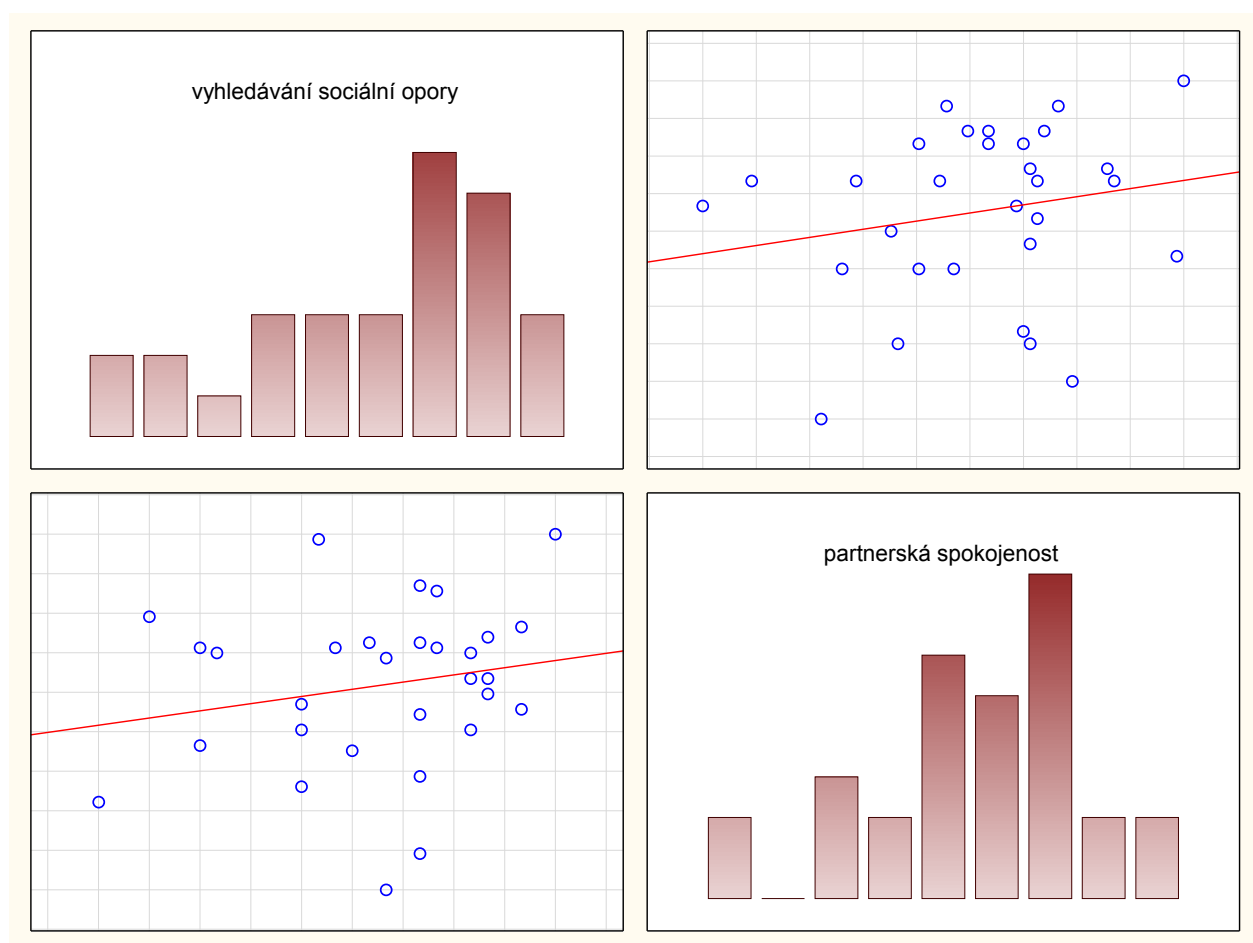


Hypotézu H7: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále vyhledávání sociální opory, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.; na základě statistické analýzy prostřednictvím Spearmanovy korelace **zamítáme**. Výsledná hodnota $R = 0,24$ ($p > 0,05$). Mezi vyhledáváním sociální opory na straně mužů a partnerskou spokojeností na straně žen neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce č. 19 a grafu č. 14.*

Tabulka č. 19: Výsledky Spearmanovy korelace pro ověření hypotézy H7

Průměr – sociální opora	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – sociální opora	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
20,57	107,63	6,89	16,13	0,24

Graf č. 14: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi vyhledáváním sociální opory na straně mužů a partnerskou spokojeností na straně žen



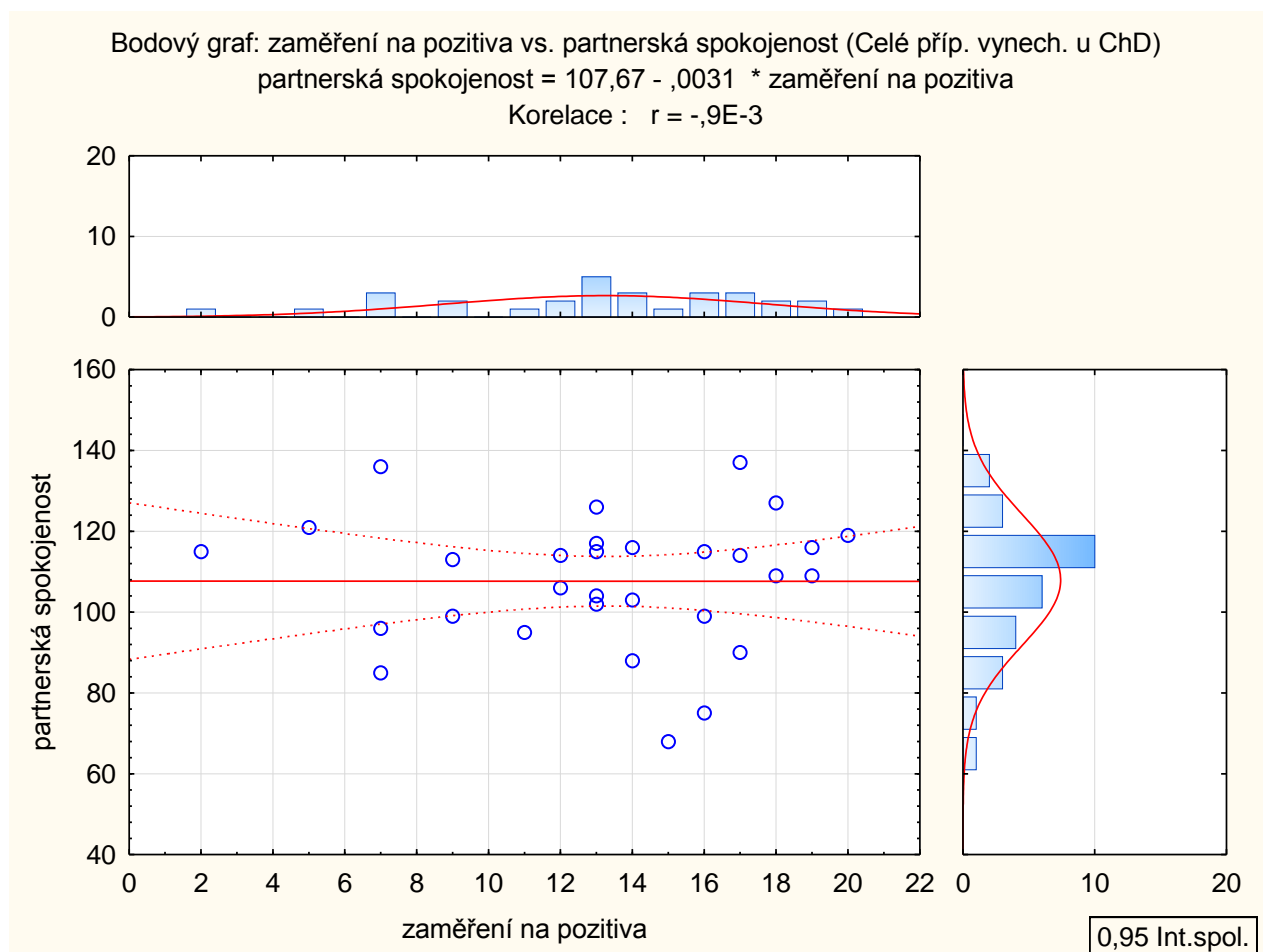
Hypotézu H8: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dosaženým na subškále zaměření na pozitiva, měřené pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen;* byla na základě statistické analýzy prostřednictvím Pearsonovy korelace **zamítnuta**. Výsledná hodnota $r = -0,001$ ($p > 0,05$). Mezi zaměřením na pozitiva na straně mužů a

partnerskou spokojeností na straně žen neexistuje statisticky významná pozitivní souvislost. Výsledky statistické analýzy a Pearsonovy korelace jsou uvedeny v tabulce č. 20 a grafu č. 15.

Tabulka č. 20: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H8

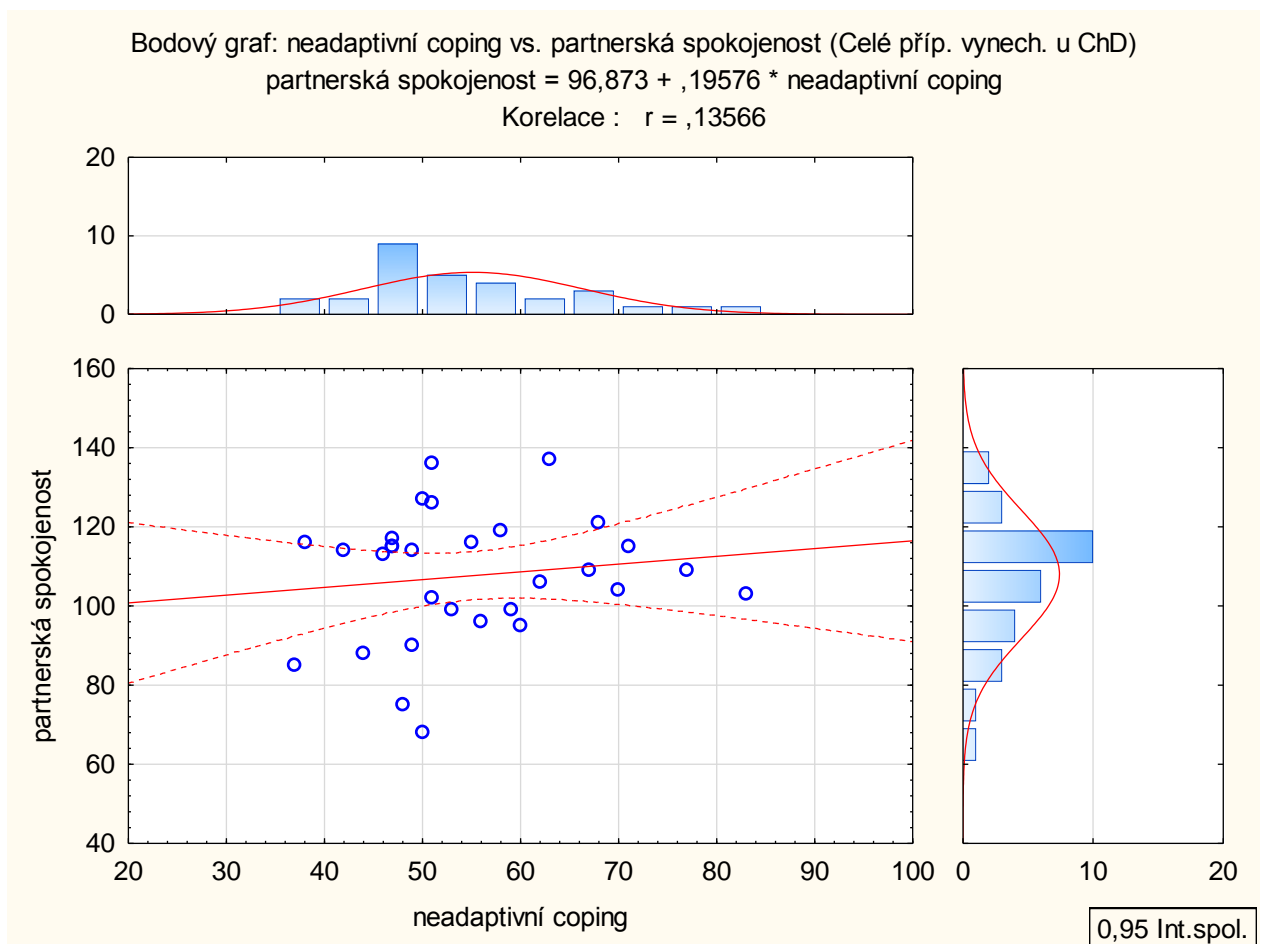
Průměr – zaměření na pozitiva	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – zaměření na pozitiva	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
13,20	107,63	4,48	16,13	-0,001

Graf č. 15: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi zaměřením na pozitiva na straně mužů a partnerskou spokojeností na straně žen



Hypotéza H9: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem neadaptivního copingu, měřeného pomocí metody WOC-CA, u skupiny mužů a celkovým skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u skupiny žen.*; byla testována s využitím Pearsonovy korelace. Výsledná hodnota $r = 0,14$ ($p > 0,05$), což znamená, že nebyla objevena statisticky významná negativní souvislosti mezi mírou neadaptivního copingu na straně mužů a partnerskou spokojeností na straně žen. Na základě těchto výsledků **hypotézu H9 zamítáme**. Výsledná tabulka č. 21 a bodový graf č. 16 jsou přiloženy níže.

Graf č. 16: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi neadaptivním copingem na straně mužů a partnerskou spokojeností na straně žen



Tabulka č. 21: Výsledky Pearsonovy korelace pro ověření hypotézy H9

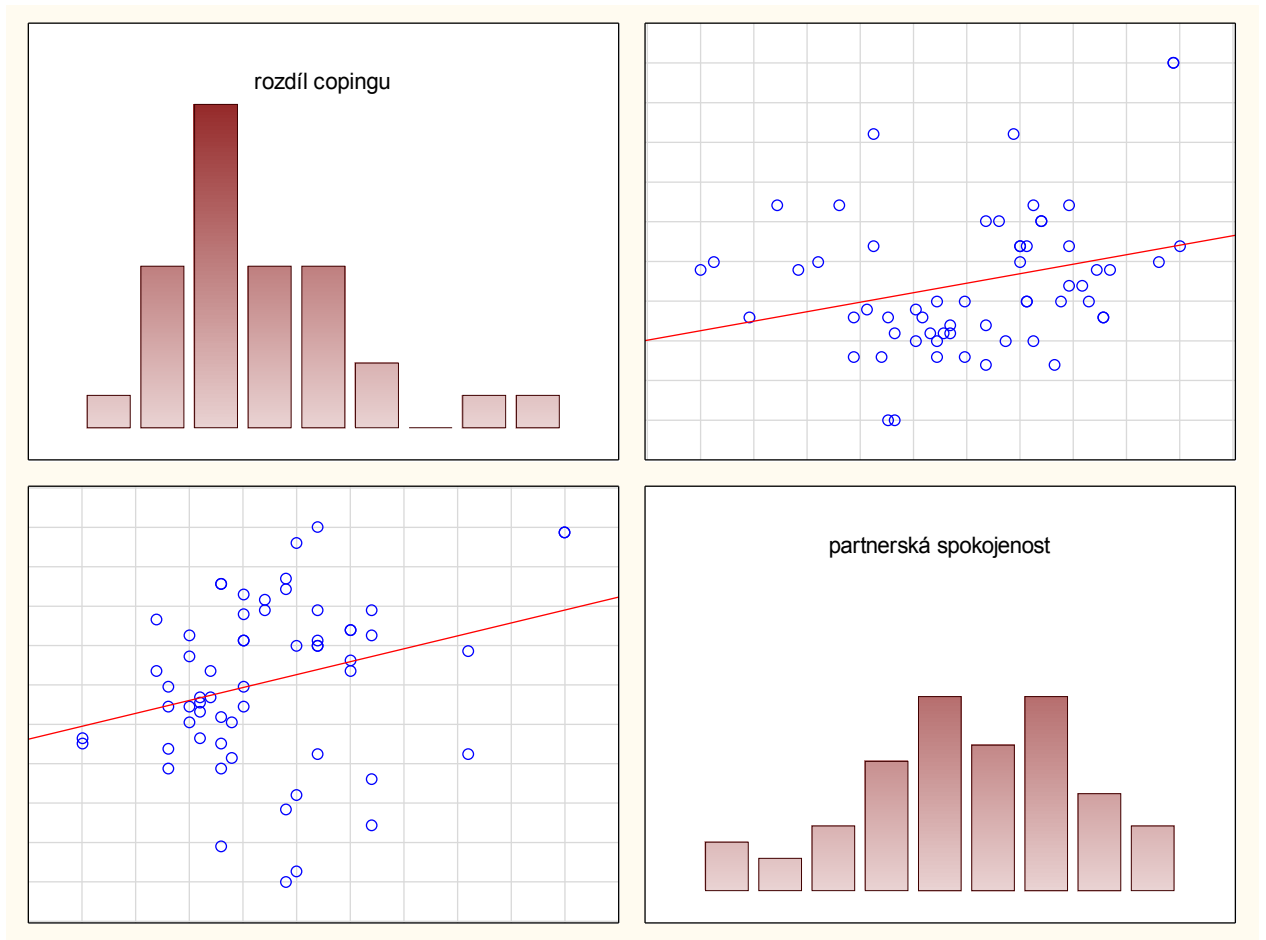
Průměr – neadaptivní coping	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – neadaptivní coping	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
55,97	107,63	11,18	16,13	0,14

Hypotézu H10: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi skórem rozdílnosti v užívání copingových strategií mezi partnery a skórem dosaženým na škále partnerské spokojenosti metody DAS u onkologických pacientů a jejich partnerů.*; na základě statistické analýzy s využitím Spearmanovy korelace **zamítáme**. Výsledná hodnota $R = 0,26$ ($p < 0,05$), což znamená, že byla objevena statisticky významná pozitivní souvislost mezi mírou rozdílu v užívání copingových strategií mezi partnery a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Výsledná tabulka č. 22 a bodový graf č. 17 jsou přiloženy níže.

Tabulka č. 22: Výsledky Spearmanovy korelace pro ověření hypotézy H10

Průměr – rozdíl copingu	Průměr – partnerská spokojenost	Směr. odchylka – rozdíl copingu	Směr. odchylka – partnerská spokojenost	Výsledná korelace
22,37	107,02	9,00	16,14	0,26

Graf č. 17: Bodový graf znázorňující míru souvislosti mezi rozdílem v užívání copingových strategií mezi partnery a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů



11. Diskuse

Praktická část práce se zaměřuje na tři hlavní výzkumné cíle. Prvním cílem práce je ověřit, zda existuje souvislost mezi vybranými způsoby zvládání a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Mezi vybrané copingové strategie bylo zařazeno vyhledávání sociální opory, zaměření na pozitiva a neadaptivní způsoby zvládání. Pro ověření prvního cíle práce byly stanoveny hypotézy H1-H3. Při formulaci těchto předpokladů vycházíme především ze zahraničních výzkumů, které se tímto tématem zabývají. Manne et al. (1997; in Carlson et al., 2000) a Hoskins et al. (1996; in Carlson et al., 2000) prokázali pozitivní vliv poskytované sociální opory na duševní pohodu a zdraví. Wills & Fegan (2001; in Hoyt, Stanton, 2011) se domnívají, že sociální opora ovlivňuje psychologické, emoční a kognitivní zvládání náročných životních situací a že někdy může usnadnit používání efektivních copingových strategií. Na druhé straně bylo zjištěno, že vyšší míra vyhybaní je spojena s nepříznivými psychickými příznaky (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012).

Druhým cílem práce bylo ověření souvislosti mezi výše uvedenými způsoby zvládání na straně jednoho partnera a partnerskou spokojeností na straně partnera druhého. Pro ověření druhého cíle práce byly stanoveny hypotézy H4-H9. Hypotézy H4-H6 jsou zaměřeny na hledání souvislostí mezi užíváním copingových strategií na straně žen a partnerskou spokojeností na straně jejich partnerů. Hypotézy H7-H9 pak hledají souvislosti mezi copingovými strategiemi mužů a partnerskou spokojeností jejich partnerek. Tyto hypotézy navazují na výsledky některých zahraničních výzkumů. Hannum et al. (1991; in Bonnaud-Antignac et al., 2012) uvádí, že míra stresu na straně partnera je ovlivněna jeho vlastním copingem a také způsoby zvládání pacienta. J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) zjistili, že existuje souvislost mezi partnerskou spokojeností a vlastním copingem i vnímaným zvládáním partnera. Manne et al. (2005) se ve své studii zaměřili na hledání souvislostí mezi partnerovým nepodporujícím chováním a vyhybavým copingem a stresem na straně žen s rakovinou prsu. Výsledky ukázaly vysokou korelaci mezi hodnocením nepodporujícího chování mezi oběma partnery.

Všechny uvedené hypotézy zahrnují předpoklad, že používání adaptivních copingových strategií bude souviset s větší mírou vztahové spokojenosti. Mezi pozitivní copingové strategie bylo zařazeno vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva. U používání neadaptivních způsobů zvládání předpokládáme existenci negativní souvislosti mezi tímto

druhem copingu a partnerskou spokojeností. Na základě statistického testování se u výše uvedených hypotéz nepodařilo potvrdit stanovené předpoklady.

Jednou z otázek, která se k tomuto faktu vztahuje je stanovení negativního působení vybraných copingových strategií na partnerskou spokojenost. Do jaké míry jsou zvolené způsoby zvládnání opravdu neadaptivní? Do skupiny neadaptivního copingu byla zařazena strategie distancování a kognitivní a behaviorální vyhýbání. Podle zahraničních výzkumů může být diagnóza rakoviny provázena vznikem vtíravých myšlenek, které se týkají záležitostí spojených s onemocněním. Druhou možnou reakcí je vyhýbání. Jedná se o úsilí nemyslet na nemoc, nemluvit o ní a vyhýbat se tomu, co nemoc připomíná (Weiss, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Bylo zjištěno, že u lidí s vysokou mírou vyhýbání se často objevují negativní psychické příznaky, což je způsobeno neschopností celou událost kognitivně zpracovat. Někdy však může vyhýbání zmírňovat prožívaný stres, především dočasně, protože pomáhá lidem nemyslet na stresující událost (Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). Strategie zaměřené na odklonění myšlenek od těžké životní situace, zaměření pozornosti na jiné oblasti života a vyhýbání se těžkostem souvisejícím s onemocněním může mít na zúčastněné partnery i pozitivní vliv. Neustálé mluvení o nemoci a starostech, které s sebou diagnóza rakoviny přináší, může mít na zvládnání celé situace spíše demotivující účinek. Zaměření na světlé stránky života mimo daný problém a umění alespoň na chvíli uniknout od tíživých starostí pak může představovat spíše pozitivní způsob zvládnání.

Distancování bylo spolu s vyhledáváním sociální opory nejpoužívanější strategií vůbec. Nejméně užívaná pak byla strategie behaviorální vyhýbání. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumem Dunkel-Schettera et al. (1992). Tito autoři zjistili, že nejvíce používaným způsobem zvládnání bylo distancování (26 %). Vyhledávání sociální opory, pozitivní zaměření a kognitivní vyhýbavé strategie pacienti využívali přibližně ve 20 % případů. Nejméně užívanou strategií (11 %) bylo behaviorální vyhýbání. Ve vlastním výzkumném souboru je pořadí užívání jednotlivých copingových strategií srovnatelné s výše popsanými výsledky. Jednotlivé procentuální hodnoty jsou však ve vlastním výzkumu o poznání větší.

Třetím cílem práce bylo ověření souvislosti mezi mírou podobnosti užívaných způsobů zvládnání a spokojeností ve vztahu. Hypotéza H10 testovala existenci negativní souvislosti mezi mírou rozdílu v užívání copingových strategií mezi partnery a jejich partnerskou spokojeností.

Jeden z hlavních přístupů, který zkoumá, jak se páry vyrovnávají s nemocí společně, zdůrazňuje význam shody partnerských odpovědí na stresovou událost (Berg & Upchurch, 2007; in Fagundes, Berg, Wiebe, 2012). J. T. Ptacek a K. L. Dodge (1995) uvádí, že lze do jisté míry potvrdit tvrzení, že čím je coping partnerů podobnější, tím budou ve vztahu spokojenější. Ve vlastním výzkumném šetření se tento předpoklad nepotvrdil. Naopak mezi mírou rozdílu v používání copingových strategií mezi partnery a jejich partnerskou spokojeností byla objevena pozitivní souvislost. Spíše než užívání podobných strategií může být více důležité, aby se partneři v používaném copingu doplňovali. Každý z partnerů tak může ke zvládnání náročné životní situace přispívat jiným způsobem a tato komplementarita pak vede k větší partnerské spokojenosti.

Další otázky se vztahují ke složení výzkumného souboru a jeho charakteristikám. Většina partnerů ze souboru spolu žije v dlouholetém vztahu a jedná se o páry sezdané. Průměrná délka vztahu mezi partnery činí 38,83 let. Průměrný věk mužů i žen v obou případech přesahuje 60 let. Také partnerská spokojenost je ve výzkumném souboru obecně vysoká. Celková míra partnerské spokojenosti přesahuje ve všech hodnocených skupinách 70 % hodnotu. Právě tyto zmíněné charakteristiky výzkumného vzorku mohou souviset s výsledky šetření. U dlouholetých partnerů může být vytvořeno silné vztahové pouto. Jedná se o partnery, kteří spolu žijí prakticky po celý život. Vliv používaných copingových strategií, tak nemusí mít na spokojenost těchto partnerů očekávaný vliv.

Další otázkou zůstává, jaké výsledky by přineslo šetření u pacientů a jejich partnerů, kteří se do výzkumného šetření nezapojili? Může se jednat o partnery, jejichž spokojenost ve vzájemném soužití nedosahuje takové míry, jako je tomu u partnerů z výzkumného souboru. Nižší míra partnerské spokojenosti obecně může mít vliv na zkoumané souvislosti mezi vybranými strategiemi zvládnání a spokojeností obou partnerů. Vztah partnerů, kteří jsou ve svém partnerství méně spokojeni již před propuknutím nemoci, může být touto náročnou situací více ohrožen. Používané copingové strategie mohou mít na další směřování vztahu a spokojenost partnerů větší vliv. Naproti tomu partneři, kteří jsou ve svém vztahu obecně vysoce spokojeni ještě před propuknutím onemocnění, mohou celou situaci lépe zvládnout a to nezávisle na užívaných způsobech zvládnání.

Výsledky mohou být do jisté míry ovlivněny i dalšími vlastnostmi výzkumného souboru. Vzorek respondentů je značně homogenní a vzhledem k populaci není reprezentativní. Do výzkumu byla zahrnuta data od pacientů, kteří v době sběru dotazníků navštívili některé z pracovišť, kde probíhala jejich distribuce. Většinu pacientů tvoří

onkologicky nemocné ženy (n = 25) a většina pacientů se v současné době nachází v remisi jejich onemocnění (n = 23). Všichni partneři spolu bydlí ve společné domácnosti a až na 4 případy žijí v manželství. Ve většině případů se také jedná o dlouholeté partnery. Z hlediska dalšího výzkumu by bylo dobré zaměřit pozornost i na mladší partnery, kteří spolu nežijí v dlouholetém vztahu, a jejich spokojenost v partnerství může být onemocněním a způsoby jeho zvládnutí více zasažena. Dále by bylo vhodné zaměřit výzkum pouze na pacienty, kteří momentálně podstupují léčbu nemoci, která může být značně zátěžová a copingové strategie tak mohou mít v této fázi nemoci větší význam a vliv na celkovou partnerskou spokojenost.

12. Závěr

Prvním cílem práce bylo ověřit, zda existuje souvislost mezi vybranými způsoby zvládání a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Hypotéza H1 zahrnuje předpoklad, že existuje pozitivní souvislosti mezi mírou vyhledávání sociální opory a partnerskou spokojeností. Hypotéza H2 je zaměřena na hledání pozitivní souvislosti mezi používáním copingové strategie zaměřené na pozitiva a partnerskou spokojeností. Třetí hypotéza H3 obsahuje předpoklad, že existuje negativní souvislost mezi mírou používání neadaptivního copingu a partnerskou spokojeností. Na základě statistické analýzy, se však tyto uvedené předpoklady potvrdit nepodařilo.

Druhý cíl práce zkoumá, zda výše zmíněné copingové strategie používané jedním partnerem mají vliv na partnerskou spokojenost partnera druhého. Jedná se o zkoumání stejných předpokladů jako u prvního cíle, tentokrát však mezi skupinou mužů a žen. Hypotézy H4-H6 zkoumají, zda existuje souvislost mezi používáním vybraných copingových strategií na straně žen a partnerskou spokojeností jejich mužů. Hypotézy H7-H9 jsou zaměřeny na hledání souvislostí mezi vybranými způsoby zvládání mužů a partnerskou spokojeností jejich žen. U žádné ze stanovených hypotéz nebyla objevena statisticky významná souvislost.

Třetí cíl práce byl zaměřen na hledání negativní souvislosti mezi mírou rozdílu v používaných copingových strategiích mezi partnery a jejich partnerskou spokojeností. Ani tento předpoklad nebyl statistickou analýzou potvrzen.

Souhrn

Tématem překládané rigorózní práce je zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich partnerů. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Jedná se o část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do jednotlivých kapitol, které pojednávají o onkologickém onemocnění, copingu, partnerském vztahu a sociální opoře. Tato část nabízí základní teoretický přehled v uvedených tématech. Poslední kapitola je věnována výzkumným studiím a závěrům, které se vztahují k cílům vlastního výzkumného šetření.

Partnerský vztah se svojí kvalitou do značné míry liší od ostatních sociálních vztahů. Je založen především na vzájemné důvěře, sdílení, intimitě a fyzické blízkosti. Partner představuje pro onkologického pacienta významný zdroj sociální a emocionální opory při zvládání náročné životní situace. Nádorové onemocnění, které takovou situaci jistě představuje, vyžaduje aktivaci vhodných způsobů zvládání jak na straně pacientů, tak na straně jejich partnerů. Onkologické onemocnění ovlivňuje všechny oblasti života nemocného včetně jeho sociálních vztahů, které mohou být výrazně narušeny. Méně adaptivní způsoby zvládání mohou negativně ovlivňovat psychické i fyzické zdraví a spokojenost ve vztahu u obou partnerů. Na druhé straně existují i takové způsoby zvládání, které mohou přispět k lepšímu přijetí všech změn, které s sebou nemoc přináší, a mohou mít na další fungování vztahu pozitivní vliv.

Praktická část práce je zaměřena na tři hlavní výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost v míře užívání vybraných způsobů zvládání a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Pro tento účel byly stanoveny hypotézy H1, H2 a H3. Dalším cílem bylo ověřit existenci souvislostí mezi vybranými copingovými strategiemi na straně jednoho partnera a partnerskou spokojeností na straně partnera druhého. Hypotéza H4, H5 a H6 byla zaměřena na hledání souvislostí mezi způsoby zvládání žen a partnerskou spokojeností jejich mužů. Hypotéza H7, H8 a H9 hledá souvislosti mezi copingovými strategiemi mužů a partnerskou spokojeností jejich žen. Pro všechny výše zmíněné hypotézy byla předpokládána existence statisticky významné pozitivní souvislosti mezi adaptivními způsoby zvládání a partnerskou spokojeností. Adaptivní copingové strategie představuje vyhledávání sociální opory a zaměření na pozitiva. Mezi mírou používání neadaptivního copingu a partnerskou spokojeností byla předpokládána existence statisticky významné negativní souvislosti. Mezi neadaptivní

copingové strategie bylo zařazeno distancování a kognitivní a behaviorální vyhýbání. Třetím cílem práce bylo ověření souvislosti mezi mírou souladu v užívání vybraných copingových strategií a spokojeností v partnerství u onkologických pacientů a jejich partnerů. Pro tyto účely byla navržena hypotéza H10, která předpokládá, že existuje statisticky významná negativní souvislost mezi mírou rozdílu v užívání copingových strategií mezi partnery a jejich partnerskou spokojeností.

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří se v minulosti léčili nebo momentálně léčí s onkologickým onemocněním, a jejich partneři. Byla použita kombinace záměrného a příležitostného typu výběru probandů. Kritériem pro zařazení pacienta do výzkumu byla přítomnost onkologického onemocnění v anamnéze a život v partnerství. Onkologičtí pacienti však nemuseli žít v manželství nebo bydlet s partnerem ve společné domácnosti. Výzkumného šetření se mohli zúčastnit ti pacienti, kteří v době sběru dat navštívili některé ze zařízení, kde probíhala distribuce dotazníků. Do výzkumu byla zařazena data od 60 respondentů (30 párů). Z celkového množství pacientů ($n = 30$) bylo pouze 5 mužů.

K ověření stanovených předpokladů bylo využito kvantitativní výzkumné šetření. Vytvořený dotazník obsahuje tři části. První část zahrnuje položky pro zjišťování vybraných sociodemografických údajů. V dotazníku pro pacienty/pacientky (A) se jedná o pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ nádorového onemocnění, trvání onemocnění (doba od první diagnózy), momentální stav (léčba či remise), délku vztahu se současným partnerem, bydlení ve společné domácnosti a rodinný stav. V dotazníku pro partnery/partnerky (B) jsou otázky obdobné, pouze s vynecháním položek typ, délka trvání a momentální stav nádorového onemocnění. Druhou část tvoří položky z metody WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992), která byla navržena pro měření zvládání stresu souvisejícího s onkologickým onemocněním. Třetí část je tvořena položkami metody DAS (Spanier, 1976) sloužící k měření partnerské spokojenosti. K dotazníkům byl přiložen průvodní dopis s informacemi o účelu výzkumného šetření a dodržování etických principů. Pacientům byly předány dva dotazníky a obálka s předepsanou adresou a známkou. Po vyplnění dotazníků pacientem a jeho partnerem byly zaslány na uvedenou adresu a následně vyhodnoceny.

Výsledná data byla podrobena statistické analýze prostřednictvím programu Statistica 12. Na základě statistické analýzy byly zamítnuty všechny stanovené hypotézy. Nebyla tedy potvrzena souvislost mezi užíváním vybraných copingových strategií a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Nepotvrdila se také existence souvislostí mezi vybranými způsoby zvládání na straně jednoho partnera a

partnerskou spokojeností partnera druhého. Stejně tak nebyla objevena souvislost mezi mírou shody v užívání copingových strategií mezi partnery a jejich partnerskou spokojeností. Blíže se ke zjištěním výsledkům, jejich možným souvislostem a interpretacím vyjadřujeme ve výše uvedené diskuzi.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Acitelli, L. K. (1992). Gender differences in relationship awareness and marital satisfaction among young married couples. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 18(1), 102-110. doi:10.1177/0146167292181015
- 2) Amelie, o.s. (2015). Získáno dne 17.6. 2015 z <http://www.amelie-os.cz/>
- 3) Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- 4) Badr, H., & Taylor, C. (2008). Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer. *Health Psychology*, 27(5), 616-627. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.616
- 5) Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169-180. doi: 10.1037/a0018165
- 6) Bantia, R., Malcarne, V. L., Varni, J. W., Ko, C. M., Sadler, G., & Greenbergs, H. L. (2003). The Effects of Dyadic Strength and Coping Styles on Psychological Distress in Couples Faced with Prostate Cancer. *Journal Of Behavioral Medicine*, 26(1), 31-52. doi:10.1023/A:1021743005541
- 7) Belcher, A. J., Laurenceau, J., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology*, 30(6), 665-673. doi:10.1037/a0024705
- 8) Bonnaud-Antignac, A., Hardouin, J., Leger, J., Dravet, F., & Sebillé, V. (2012). Quality of life and coping of women treated for breast cancer and their caregiver. What are the interactions?. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 19(3), 320-328. doi:10.1007/s10880-012-9300-9
- 9) Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 289-308.
- 10) Carey, M. P., Spector, I. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment*, 5, 238-240.

- 11) Carlson, L. E., Bultz, B. D., Speca, M., & St. Pierre, M. (2000). Partners of cancer patients: I. Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 18(2), 39-63. doi:10.1300/J077v18n02_03
- 12) Clark, K. K., Bormann, C. A., Cropanzano, R. S., & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal Of Personality Assessment*, 65(3), 434-455. doi:10.1207/s15327752jpa6503_5
- 13) Čáp, J., Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- 14) Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (2011). *Česká republika a rakovina v číslech*. Získáno 9. října 2014 z <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
- 15) Drageset, S., & Lindstrøm, T. C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 10(4), 401-409. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00618.x
- 16) Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87. doi:10.1037/0278-6133.11.2.79
- 17) Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., Vyzula, R. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. Masarykova univerzita, [2005]. Získáno 9. října 2014 z <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861
- 18) Erol, R. Y., & Orth, U. (2014). Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Developmental Psychology*, 50(9), 2291-2303. doi:10.1037/a0037370
- 19) Eschenbeck, H., Kohlmann, C., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal Of Individual Differences*, 28(1), 18-26. doi:10.1027/1614-0001.28.1.18
- 20) Fagundes, C. P., Berg, C. A., & Wiebe, D. J. (2012). Intrusion, avoidance, and daily negative affect among couples coping with prostate cancer: A dyadic investigation. *Journal Of Family Psychology*, 26(2), 246-253. doi:10.1037/a0027332
- 21) Feldman, B. N., & Broussard, C. (2006). Men's Adjustment to Their Partners' Breast Cancer: A Dyadic Coping Perspective. *Health & Social Work*, 31(2), 117-127.
- 22) Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal Of Family Psychology*, 14(2), 251-266. doi:10.1037/0893-3200.14.2.251

- 23) Gilbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018. doi:10.1002/pon.1168
- 24) 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, 701-717.
- 25) GSK. (2012). *Onkoportál - nové internetové informační centrum pro onkologické pacienty, jejich blízké a veřejnost, ověřené zdravotnickými odborníky*. Získáno 17. října 2014 z <http://www.gsk.cz/pro-novinare/zpravy/onkoportal-informacni-centrum-pro-onkologicke-pacienty.html>
- 26) Hagedoorn, M., Dagan, M., Puterman, E., Hoff, C., Meijerink, W. J., DeLongis, A., & Sanderman, R. (2011). Relationship satisfaction in couples confronted with colorectal cancer: The interplay of past and current spousal support. *Journal Of Behavioral Medicine*, 34(4), 288-297. doi:10.1007/s10865-010-9311-7
- 27) Hayesová, N. (2003). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 28) Henry, N. M., Berg, C. A., Smith, T. W., & Florsheim, P. (2007). Positive and negative characteristics of marital interaction and their association with marital satisfaction in middle-aged and older couples. *Psychology And Aging*, 22(3), 428-441. doi:10.1037/0882-7974.22.3.428
- 29) Hinnen, C., Hagedoorn, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2008). Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping. *British Journal Of Health Psychology*, 13(4), 737-754. doi:10.1348/135910707X252431
- 30) Hjörleifsdóttir, E. E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A., & Gunnarsdóttir, E. D. (2006). Distress and coping in cancer patients: Feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. *European Journal Of Cancer Care*, 15(1), 80-89. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00620.
- 31) Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2011). Unmitigated Agency, Social Support, and Psychological Adjustment in Men With Cancer. *Journal Of Personality*, 79(2), 259-276. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00675.x
- 32) Institut biostatistiky a analýz. (2009). *Rakovina prsu: Úvod*. Získáno 9. října 2014 z <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu>
- 33) Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál.

- 34) Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal Of Psychosomatic Research*, 66(3), 235-244. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.011
- 35) Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology Of Women Quarterly*, 23(4), 725-739. doi:10.1111/j.1471-6402.1999.tb00394.x
- 36) Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a 'we-disease': Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 404-418. doi:10.1037/1091-7527.25.4.404
- 37) Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19(2), 139-155. doi:10.1080/08870440310001652687
- 38) Klimeš, J. (2005). *Partneři a rozchody*. Praha: Portál.
- 39) Koutecký, J., & Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo rakovina*. Praha: Makropulos.
- 40) Kramer, B. J. (1993). Expanding The Conceptualization of Caregiver Coping: The Importance of Relationship-Focused Coping Strategies. *Family Relations*, 42(4), 383-391.
- 41) Kratochvíl, S. (2005). *Manželská terapie*. Praha: Portál.
- 42) Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a rodinná terapie*. Praha: Portál.
- 43) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- 44) Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 45) Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
- 46) Manne, S. L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 24(6), 635-641. doi:10.1037/0278-6133.24.6.635
- 47) Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 234-247. doi:10.1002/pon.941
- 48) Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal Of Family Psychology*, 21(3), 380-388. doi:10.1037/0893-3200.21.3.380

- 49) Mamma HELP. (2015). Získáno dne 19.6. 2015 z <http://www.mammahelp.cz/>
- 50) Manne, S. L., Siegel, S., Kashy, D., & Heckman, C. J. (2014). Cancer-specific relationship awareness, relationship communication, and intimacy among couples coping with early-stage breast cancer. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 31(3), 314-334. doi:10.1177/0265407513494950
- 51) Mareš, J. a kol. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus.
- 52) Mareš, J. a kol. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II.*, Brno: MSD.
- 53) Margolin, G., Talovic, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 920-931.
- 54) Morgan, M. (2009). Considering the patient-partner relationship in cancer care: Coping strategies for couples. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13(1), 65-72. doi:10.1188/09.CJON.65-72
- 55) Nezu, A. M., et al. (2004). *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- 56) O'Brien, T., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E., & Zwicker, A. (2009). Couples coping with stress: The role of empathic responding. *European Psychologist*, 14(1), 18-28. doi:10.1027/1016-9040.14.1.18
- 57) Oficiální portál Národního onkologického programu České republiky. (2015). Získáno dne 19.6. 2015 z <http://www.onconet.cz/>
- 58) Onkoportál. (2015). Získáno dne 17.6. 2015 z <http://www.onkoportal.cz/>
- 59) Orel, M., Facová, V. a kol (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing.
- 60) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- 61) Perrin, P., Heesacker, M., Tiegs, T., Swan, L., Lawrence, A., Smith, M., & Mejia-Millan, C. (2011). Aligning Mars and Venus: The Social Construction and Instability of Gender Differences in Romantic Relationships. *Sex Roles*, 64(9/10), 613-628. doi:10.1007/s11199-010-9804-4
- 62) Ptacek J. T., Dodge, K. L. (1995). Coping Strategies and Relationship Satisfaction in Couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 21, no. 1, 76-84. doi:10.1177/0146167295211008
- 63) Purová, K. (2015). *Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

- 64) Rolland, J. S. (1994). In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 20(4), 327-347. doi:10.1111/j.1752-0606.1994.tb00125.x
- 65) Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172-186
- 66) Rusbult, C. E., Martz, J. M., and Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5, 357-391.
- 67) Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- 68) Segrin, C., & Badger, T. A. (2013). Interdependent psychological distress between Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Journal Of Latina/O Psychology*, 1(1), 21-34. doi:10.1037/a0030345
- 69) Schaefer, M. T. & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1, 47-60.
- 70) Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital Romantic Relationships and Mental Health in Early Adulthood: Does the Association Differ for Women and Men? *Journal Of Health & Social Behavior*, 51(2), 168-182. doi:10.1177/0022146510372343
- 71) Slováček, L., Šimková M., Petera J., & Filip S. (2011). Může pacient v terminálním stadiu onkologického onemocnění důstojně zemřít doma? A za jakých podmínek? *Klinická Onkologie*; 24(3): 221–223. Získáno 17. října 2014 z <http://www.eonkologie.cz/cs/2011-3/2011-03-slovacek>
- 72) Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- 73) Spanier, G. B. & Thompson, L. (1982). A confirmatory factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and Family*, 44, 731-738.
- 74) Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- 75) Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie. II, Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- 76) Verhofstadt, L., Buysse, A., Ickes, W. (2007). Social Support in Couples: An Examination of Gender Differences Using Self-report and Observational Methods. *Sex Roles*, 57 (3-4), 267-282.
- 77) Verma, M. (2012). Marital communication and emotional expressivity in relation to social support. *Social Science International*, 28(2), 293-301.
- 78) Vodáčková, D. a kol. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál

- 79) Výrost, I., J., Slaměnik, I., ed. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 80) WHO. (2015). Získáno dne 20.6. 2015 z <http://www.who.cz/>
- 81) Willi, J. (2006). *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál.
- 82) Wootten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: Investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology*, 16(11), 994-1002. doi:10.1002/pon.1159
- 83) Yeh, S., Huang, C., Chou, H., & Wan, T. (2009). Gender Differences in Stress and Coping among Elderly Patients on Hemodialysis. *Sex Roles*, 60(1/2), 44-56. doi:10.1007/s11199-008-9515-2

Seznam Příloh

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt RP

Příloha č. 2: Dotazníky

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt rigorózní práce

ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

Název práce: Zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich intimních partnerů

Autor práce: Mgr. Kateřina Purová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 114 stran a 220 877 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 83

Abstrakt: Tématem předkládané rigorózní práce je zvládání nemoci a partnerská spokojenost u onkologických pacientů a jejich intimních partnerů. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Výzkumná část se zaměřuje na tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo ověřit, zda existuje souvislost mezi vybranými copingovými strategiemi a partnerskou spokojeností u onkologických pacientů a jejich partnerů. Druhým cílem, bylo zjistit, zda vybrané způsoby zvládání používané jedním partnerem ovlivňují vztahovou spokojenost partnera druhého. Poslední cíl byl zaměřen na ověření předpokladu, zda existuje souvislost mezi mírou podobnosti ve způsobech zvládání mezi partnery a jejich spokojeností ve vztahu. Na základě prostudovaných zdrojů bylo stanoveno 10 výzkumných hypotéz. Výzkumný soubor tvořilo 60 respondentů (30 párů). Jednalo se o onkologické pacienty a jejich intimní partnery. Data byla získávána prostřednictvím vytvořeného dotazníku. První část byla zaměřena na zjišťování vybraných sociodemografických údajů. Další část byla tvořena položkami z metody WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992) určenými k měření copingových strategií. Třetí část tvořily položky z metody DAS (Spanier, 1976) pro měření partnerské spokojenosti. Na základě statistické analýzy se nepodařilo potvrdit výzkumné předpoklady.

Klíčová slova: partnerská spokojenost, onkologické onemocnění, sociální opora, copingové strategie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Coping with Illness and Relationship Satisfaction at Oncological Patients and their Intimate Partners

Author: Mgr. Kateřina Purová

Supervisor: PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

Number of pages and characters: 114 pages and 220 877 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 83

Abstract: The theme of this thesis is coping with illness and relationship satisfaction at oncological patients and their intimate partners. The work consists of theoretical and practical parts. The research part focuses on three main objectives. The first objective was to determine whether there is a link between chosen coping strategies and relationship satisfaction among cancer patients and their partners. The second objective was to determine whether the chosen ways of coping used by one partner affects relationship satisfaction of the other partner. The last goal was aimed at verifying the assumption that there is a correlation between the degree of similarity in the ways of coping among the partners and their relationship satisfaction. On the basis of literary sources were determined 10 hypotheses. The research sample consists of 60 respondents (30 pairs). It includes the cancer patients and their intimate partners. The data were collected by using questionnaires. The first part focused on the detection of socio-demographic data. The other part was made up of items from the method WOC-CA (Dunkel-Schetter et al., 1992) designed to measure coping strategies. The third section included items of method DAS (Spanier, 1976) for measuring relationship satisfaction. The statistical analysis was not able to confirm the research assumptions.

Key words: relationship satisfaction, oncological illness, social support, coping strategies

Příloha č. 2: Dotazníky

Dotazníky jsou součástí tištěné verze rigorózní práce.