

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST, ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOST
A SEBEPOJETÍ U OSOB S PORANĚNÍM MÍCHY**

LIFE SATISFACTION, LIFE MEANINGFULNESS AND SELF-
CONCEPTION IN PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Martina Kudělová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2022

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří přispěli ke vzniku této diplomové práce. Poděkování patří v první řadě mému vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za jeho trpělivost, ochotu a doporučení, které mi během psaní práce poskytoval. Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumu a velkou měrou tak přispěli k dokončení této práce. Rovněž bych chtěla poděkovat PhDr. Danielovi Dostálovi, Ph.D. za rady ohledně výzkumné části práce. Dále bych chtěla poděkovat celé mé rodině a přáteli, kteří mi byli při studiu a psaní práce velkou oporou.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí u osob s poraněním míchy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26. 11. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Tělesné postižení	8
	1.1 Míšní poškození	9
	1.1.1 Anatomie, funkce páteře a míchy	9
	1.1.2 Úraz páteře a míchy	11
	1.1.3 Terapie.....	13
	1.1.4 Zdravotní komplikace	14
	1.2 Adaptace na nový způsob života	16
	1.2.1 Sociální rovina	17
	1.2.2 Psychická rovina	20
2	Životní spokojenost	24
	2.1 Definice životní spokojenosti	24
	2.2 Vymezení příbuzných pojmů.....	25
	2.3 Faktory ovlivňující životní spokojenost.....	28
3	Životní smysluplnost	31
	3.1 Vymezení životní smysluplnosti.....	31
	3.2 Významní představitelé existenciální psychologie	33
	3.3 Smysl života a hodnotová orientace.....	35
4	Sebepojetí	37
	4.1 Definice sebepojetí.....	37
	4.2 Složky sebepojetí	38
	4.3 Tělesné sebepojetí	39
5	Provedené výzkumy	42
	5.1 Poranění míchy a životní spokojenost.....	42
	5.2 Poranění míchy a životní smysluplnost.....	43
	5.3 Poranění míchy a sebepojetí	44
	VÝZKUMNÁ ČÁST	46
6	Výzkumný problém, cíle a hypotézy	47
7	Metodologický rámec	50
	7.1 Výzkumný design	50
	7.2 Charakteristika výběrového souboru.....	50
	7.3 Aplikované metody	51
	7.3.1 Dotazník životní spokojenosti	51

7.3.2	Existenciální škála.....	52
7.3.3	Rosenbergova škála sebehodnocení	54
7.4	Organizace sběru dat a průběh.....	54
7.5	Metody zpracování a analýzy dat	55
7.6	Etické aspekty výzkumu.....	55
8	Výsledky výzkumu	56
8.1	K platnosti hypotéz	64
9	Diskuse.....	66
10	Závěr	70
11	Souhrn	71
LITERATURA		75
PŘÍLOHY.....		87

ÚVOD

Každým rokem narůstá počet jedinců s poraněnou míchou, a to zejména díky neustále zlepšujícímu se zdravotnictví. Lékaři dokážou zachránit člověka v případě těžkého úrazu či onemocnění častěji, než tomu bylo dřív. V naší společnosti je kladen stále větší důraz na bezbariérovost a rovné podmínky pro lidi s postižením. Přestože se situace ve světě zlepšuje, stále se jedinci po poranění míchy setkávají s nepochopením okolí, bariérovým prostředím a horšími podmínkami nejen na trhu práce, ale třeba i s nalezením vhodných volnočasových aktivit než zdravá populace. U člověka po poranění míchy dochází k mnoha změnám. Jedinec se pokouší se situací vyrovnat, adaptovat se a nadále spokojeně žít. Často se mění priority a život nabírá jiný směr. To, co pro člověka bylo dříve důležité, ztrácí na hodnotě a do popředí se dostávají jiná témata, která dříve člověk mohl vnímat jako nedůležitá nebo samozřejmá. Dá se předpokládat odlišné vnímání smyslu života oproti zdravé populaci. S měnícími se životními podmínkami jako je rodinné zázemí, bydlení, práce či zdraví může docházet také ke změnám v životní spokojenosti. Neméně důležitá je změna sebepojetí, která může po poranění míchy u člověka nastat. Cílem práce je zjistit, jak jsou lidé po míšním poškození v životě spokojeni, jaká je jejich prožívaná životní smysluplnost, a jaký postoj mají sami k sobě. Dalším cílem je zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u lidí po poškození míchy a zdravých jedinců.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož poslední tři roky pracuji s lidmi po poranění míchy a toto téma je mi velmi blízké. Často u klientů vnímám nespokojenost a ztrátu zájmů o jakékoliv aktivity, ovšem existuje i spousta lidí, kteří žijí velmi kvalitním životem, a i přes svůj handicap jsou šťastní. I přesto si myslím, že počet lidí, kteří jsou po poranění míchy spokojeni je menší, což může být ovšem způsobeno tím, že pracuji se specifickou klientelou, která přijíždí na třítydenní pobytovou sociální rehabilitaci. Zajímalo mě, jestli jsou jedinci po poranění míchy v životě opravdu méně spokojeni. Také bych ráda zjistila, jestli se lidé po poranění míchy v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí tolik odlišují od zdravé populace.

Teoretická část práce má pět kapitol. V první kapitole se budu věnovat tělesnému postižení. Konkrétně se budu zabývat anatomii a úrazem páteře a míchy, terapií a zdravotními komplikacemi. V další části první kapitoly bude věnována pozornost adaptaci na nový způsob života, a to jak v psychické, tak v sociální oblasti. Druhá kapitola se věnuje životní spokojenosti, zejména její definici, příbuzným pojmům a faktorům ovlivňující

životní spokojenost. Životní smysluplnost je další kapitolou teoretické části práce, ve které si tento pojem vymezíme, popíšeme si teorie smysluplnosti z pohledu hlavních představitelů existenciální psychologie a v závěru kapitoly se budeme věnovat hodnotám. Čtvrtá kapitola s názvem Sebepojetí bude taktéž začínat definováním tohoto pojmu, dále přejdu k dělení a tělesnému sebepojetí. Pátá kapitola se bude věnovat provedeným výzkumům na toto téma a uzavírá teoretickou část práce. V praktické části práce se budu zabývat srovnáním životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí mezi osobami s poraněnou míchou a zdravými jedinci. Dále se budu zabírat tím, jaký je rozdíl ve vnímání smysluplnosti u věřících a nevěřících lidí po poranění míchy. Dalším důležitým tématem, kterému se v práci věnuji, je rozdíl v životní spokojenosti u jedinců na základě výšky poranění. Budu se také snažit zjistit, jestli souvisí čas, který uplynul od poranění míchy s životní spokojeností.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesně postižený člověk se musí během života vyrovnávat s mnoha omezeními, které mu handicap přináší. Tělesné postižení vede k závislosti na druhém člověku, snížení pohyblivosti a omezení v pracovní, osobní i rodinné oblasti.

Tělesně postižený člověk je osoba „*postižená defekty pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, svalů aj.) nebo poruchou či poškozením nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností*“ (Průcha et al., 2013, s. 310). Lidé s tělesným postižením mají omezenou hybnost částečně nebo celkově. Může se jednat např. o omezení chůze, poruchy stoje nebo jemné motoriky (Průcha et al., 2013). Tělesný handicap může být přítomný u člověka ihned po narození nebo k němu může dojít kdykoliv během života.

Tělesné postižení může být tedy vrozené nebo získané. V případě vrozeného tělesného postižení se člověk s postižením rodí, vada vzniká nejčastěji během nitroděložního vývoje v těhotenství. Na vzniku postižení se podílí mnoho faktorů, které působí v období prenatálním, perinatálním, případně časně postnatálním. Jedná se například o vrozené vady lebky a páteře, vrozené vady končetin a růstové odchylky nebo centrální a periferní obrny (Renotiérová, 2003). Vrozené postižení limituje člověka v jeho vývoji již od dětského věku. Z důvodu poruchy hybnosti nemůže získat veškeré dovednosti jako zdravý člověk. Jeho životní zkušenosti jsou tedy určitým způsobem omezené. Vrozené postižení je považováno za méně psychicky traumatizující, jelikož jedinec se s postižením rodí a je na svůj handicap dobře adaptován. Přestože by si jedinec přál mít ty stejné možnosti a dovednosti jako zdravý člověk bez tělesného handicapu, je na svůj handicap zvyklý a netrpí tedy tolik jejich nepřítomností (Vágnerová, 2012). Naopak získaná tělesná postižení vznikají během života. Jedinec se rodí zdravý a během života dojde vlivem různých příčin k tělesnému postižení. Příkladem může být skolióza, zlomeniny obratle, amputace nebo poranění míchy (Renotiérová, 2003). Získaná postižení jsou pro člověka mnohem více psychicky traumatizující než postižení vrozené. Člověk si dobře pamatuje, jak žil před vznikem postižení a jen těžko se předchozího života vzdává. Naopak za výhodu oproti vrozenému handicapu mohou být považovány zkušenosti, které člověk dříve získal (Vágnerová, 2012). Získaná i vrozená tělesná postižení mají svá specifika. Dále se budeme věnovat pouze

získanému tělesnému postižení, konkrétně míšnímu poranění, které je hlavním tématem práce.

1.1 Míšní poškození

V této kapitole se zaměříme na spinální trauma. Nejprve se budeme zabývat anatomii a funkcemi páteře a míchy. Poté přejdeme k podkapitole, která bude zaměřena na definici spinálního poškození, příčiny, samotný mechanismus úrazu a následky. Dále se budeme věnovat terapii po úrazu a zdravotním komplikacím, které člověka doprovázejí dlouho dobu po úrazu.

1.1.1 Anatomie, funkce páteře a míchy

Páteř (columna vertebralis) je kostěná osová struktura lidského těla. Skládá se z obratlů, vazivových, chrupavčitých, kloubních spojení a ze svalů. Máme 33 až 34 obratlů, 7 krčních (C1–C7), 12 hrudních (Th1–Th12), 5 bederních (L1–L5), 5 křížových (S1–S5) a 4 až 5 kostrčních obratlů (Štulík, 2012). Páteř je fyziologicky dvojité prohnutá v sagitální rovině. Krční a bederní část páteře je zakřivená dopředu, zatímco hrudní a křížová oblast je zakřivená směrem vzad. Krční obratle (vertebrae cervicales) zajišťují pohyb lebky. První dva obratle se nazývají nosič a čepovec (Štětkářová, 2019). Nosič má zjednodušené tělo, spojuje se s lebkou a čepovcem, který má zásadní význam pro pohyby hlavy (Orel, 2019). Obratle C3–C7 mají stejnou stavbu. Horní plochy obratle vybíhají v hranu, na diagonálních výběžcích jsou dva hrboly. Mezi nimi se nachází prostor pro míšní nerv a obratlovou tepnu, která prochází mezi obratli C1–C6. Na hrudní obratle (vertebrae thoracicae) jsou napojena žebra, kvůli nimž dochází k omezení hybnosti této části páteře (Štětkářová, 2019). Máme 12 párů žebíř, která se dělí na žebra pravá (7 párů), žebra nepravá (3 páry) a žebra volná (2 páry) (Orel, 2019). Bederní obratle (vertebrae lumbales) mají ledvinovitý tvar a velké tělo. Mají výběžky, které se vyvinuly z žebíř, dále zde můžeme popsat processum mamillaris a processus accessorius. Kost křížová (os sacrum) vznikla z pěti křížových obratlů, u kterých došlo k srůstu. Je součástí páteře a také pánve. Křížová kost se spojuje s kostrční kostí. Také kost kostrční (os coccygis) vznikla srůstem obratlů (Kočiš & Wendsche, 2012).

Vazivové spojení páteře se dělí na dlouhé a krátké vazy. Dlouhé vazy se rozpínají po celé páteři, zatímco funkcí krátkých vazů je spokojování oblouků a sousedních obratlů ve výběžky. K dlouhým vazům se řadí ligamentum longitudinale anterius, ligamentum longitudinale posterius a ligamentum sacrococcygeum posterius superficiale. Mezi krátké

vazy patří ligamenta flava, ligamenta intertransversaria a ligamenta interspinalia (Kočiš & Wendsche, 2012).

Pomocí meziobratlových kloubů, ke kterým patří articulatio atlantooccipitalis, articulatio atlantopaxialis mediana, articulatio atlantoaxialis lateralis se můžeme pohybovat (Štětkářová, 2019).

Svaly páteře se dělí do čtyř vrstev. Povrchové vrstvy svalů zajišťují stabilitu samostatných segmentů, zatímco hluboké svaly zajišťují stabilitu mezi obratly. První povrchová vrstva svalů, nazývajících se také jako spinohumerální svaly, se váže na horní končetiny. Druhá hlubší vrstva svalů se jinak nazývá spinoskapulární svaly a upíná se na lopatky. Třetí vrstva svalových zad (spinokostální svaly) se upíná na žebra. Čtvrtá nejhlubší vrstva svalů se naprosto odlišuje od předchozích tří. Jedná se o vlastní zádové svalstvo, svaly jsou inervovány pomocí míšních nervů (Hudák & Kachlík, 2017). Páteř má funkci pohybovou, protektivní, stabilizační a statickou (Bartůněk et al., 2016).

Mícha (medulla spinalis) je dlouhý provazec nervové tkáně, který se nachází v páteřním kanále. Mícha sestává z bílé a šedé hmoty. Šedou hmotu tvoří těla neuronů a je umístěna kolem celého centrálního kanálu. Bílá hmota je složená ze senzitivních, motorických a autonomních drah, pomocí kterých dochází k propojení a komunikaci mezi míchou a centrálním nervovým systémem (Hudák & Kachlík, 2017).

Mícha je chráněna kostí, obaly a mozkomíšním mokem. Mícha se dělí na 31 míšních segmentů, 8 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 1 kostrční, z kterých vystupují míšní nervy (Kříž, 2019). Spojením míšních nervů vznikají nervové pleteně. Můžeme je rozlišit na pleteně krční, pažní, bederní a křížové. Krční pletěň je tvořená míšními nervy C1–C4, pažní pletěň nervy C5–C8 se zprostředkovateli z C4 a Th1, bederní pletěň se skládá z nervů z oblasti L1–L4 a spojkou z Th2, křížová pletěň S1–S4 se zprostředkovatelem z L4 a L5. Páteřní mícha je chráněna míšními obaly (Štětkářová, 2019).

Tvrdá plena míšní je zevní vrstva, která obaluje povrch kostí. Pavučnice míšní je jemné vazivové vlákno, které se nachází pod tvrdou plenou. Měkká plena srůstá s povrchem míchy a vstupuje do všech jejích rýh a prostor. Mezi pavučnicí a měkkou plenou se nachází mezera, která se nazývá subarachnoideální prostor. V tomto prostoru se nachází mozkomíšní mok, který míchu chrání přes údery a nárazy (Orel, 2019). Mozkomíšního moku se vyprodukuje za 24 hodin zhruba 450–500 ml a obmění se asi 3x během stejné doby (Seidl, 2015).

V míše probíhají reflexy, které se dělí na propioceptivní a exteroceptivní (Štětkářová, 2019). Reflexy jsou samovolné automatické odpovědi těla na určitý podnět. Průběh reflexu je popisován pomocí reflexního oblouku. Reflexní oblouk se skládá z receptoru, dostředivých a odstředivých drah a z efektoru. V receptoru dochází na základě změny prostředí ke změně podnětu na akční potenciál. Dostředivě dráhy vedou signál do CNS. Neurony v CNS zpracují signál a odstředivé raménko vede signál dál k efektoru. Efektor zajišťuje samotnou odpověď organismu na podnět (Hudák & Kachlík, 2017).

Mícha má tři základní funkce: přenos informací mezi mozkem a nervy, jsou zde přítomné míšní reflexy a zásobení celého těla pomocí motorických a senzitivních nervů (Marieb & Mallatt, 2005).

Mícha je velmi důležitá pro celkové fungování lidské těla. Je zjevné, že poranění míchy povede k velkým fyziologickým změnám, které ovlivní nejen fyzický stav člověka, ale také jeho psychiku.

1.1.2 Úraz páteře a míchy

Míšní poranění je definováno jako „*částečná nebo trvalá změna postihující funkce motorické, senzitivní a autonomní včetně sfinkterových a reflexních funkcí pod místem léze*“ (Štětkářová, 2019, s. 217). Nejčastější příčinou traumatických lézí jsou dopravní nehody, zejména se jedná o nehody automobilové či motonehody. Druhou nejčastější příčinou poškození míchy jsou pády. Může se jednat o pracovní úrazy, pády ze žebříku, ze schodů, ale také pokusy o sebevraždu. Třetí nejčastější příčinou míšního poranění jsou sportovní úrazy. K úrazům dochází například při jízdě na kole, letectví, lyžování či po skocích do vody (Kříž, 2019). Poranění lze dělit na nepenetrující (pády, skoky do vody, napadení) a penetrující (bodné a střelné rány). Ve více než 50 % je postižená krční část, v 30–35 % dochází k poškození bederní oblasti a nejméně často je postižená hrudní mícha, a to pouze v 10 %. Každý rok v ČR dojde přibližně k 350 úrazům míchy. Nejčastěji se jedná o děti, mladé lidi od patnácti do třiceti let a osoby nad 65 let (Štětkářová, 2019).

Poranění míchy se dělí podle stupně poškození na kompletní a nekompletní, využívá se pětistupňová škála AIS (American Spinal Injury Association Impairment Scale). Popis kategorií a neurologických charakteristik míšních lézí můžeme vidět v Tab. 1. Při kompletní míšní lézi dochází ke ztrátě motorických, senzitivních a reflexních funkcí a ke ztrátě reflexů míchy. Při nekompletní míšní lézi nejsou utlumeny všechny míšní funkce pod místem poranění (Štětkářová, 2019).

Tab. 1: Klasifikace míšního poranění dle AIS, *svalový pětistupňový test, stupeň 3 = možnost pohybu mají svaly pouze proti gravitaci, nikoliv proti hrubší síle (Štětkářová, 2019)

Kategorie	Neurologická klinická charakteristika
A – kompletní	žádné senzorycké ani motorické funkce v sakrálních segmentech S4-S5
B – inkompletní	zachovány pouze senzorycké funkce, nikoliv motorické, pod úrovni míšní léze až do sakrálních segmentů S4-S5
C – inkompletní	motorické funkce zachovány pod úrovni léze, takže většina svalů je schopna vyvinout sílu menšího stupně než 3*
D – inkompletní	motorické funkce zachovány pod úrovni léze, takže většina svalů je schopna vyvinout sílu rovnající se nebo převyšující stupeň 3*
E – normální	normální senzorycké a motorické funkce

Mechanismus poškození můžeme rozdělit na 2 druhy: primární a sekundární poranění. Primární poranění je prvotní poranění míchy mechanickým poškozením. K sekundárnímu poranění dochází několik minut po samotném úrazu a vyvíjí se několik hodin z různých důvodů, může se jednat například o krvácení, edém, zánět nebo ischémii. Existuje několik typů primárního poškození: komoce míchy, kontuze míchy a komprese míchy (Bartůněk et al., 2016). V případě míšní komoce dochází k otřesu míchy s poruchou funkcí míchy, která je reverzibilní. K úpravě dochází do 24 hodin od úrazu. Kontuze míchy je porucha, při které dochází k poškození míšní tkáň přímo na základě traumatu nebo v důsledku krvácení. Při kompresi míchy dochází k útlaku míchy a následně k jejímu poškození (Štětkářová, 2019).

Následky po poškození míchy se dělí dle místa poškození na (Pfeiffer, 2007):

1. Pentaplegie – jedná se o poškození vysoké krční míchy. Jedná se o stav, kdy jsou postiženy všechny čtyři končetiny včetně bránice. Tento stav je nejvážnější a pro člověka nejvíce omezující.
2. Kvadruplegie – vzniká od míšní oblasti C4 a nižší. Soběstačnost člověka je odlišná, na základě konkrétní výšky poranění. V případě poškození segmentu C4 je závislost na okolí obrovská a soběstačnost velmi nízká. Lidé s tímto postižením míchy jsou schopni ovládat bradou elektrický vozík či psát na počítači zase za pomoci brady. Při poruše míchy v oblasti C5–C6 je závislost na okolí také vysoká, ovšem jedinec je už schopen si obléknout horní polovinu těla či využívat mechanický vozík za asistence či po rovině sám. Při poruše v segmentu C7 je schopen člověk řídit upravené auto, přeseďat z vozíku na postel.

3. Paraplegie – vzniká míšním poškozením od Th2. Při paraplegii nejsou zasaženy horní končetiny. Při poškození v segmentu Th2–Th5 je člověk nezávislý na okolí při každodenních aktivitách. Využívá mechanický vozík a je schopen řídit upravený automobil. Při poruše míšního segmentu Th6–L3 je jedinec naprosto nezávislý na okolí. Využívá mechanický vozík, ovšem je možno dosáhnout chůze, která je ovšem značně omezená. Při poruše ve výšce L4–S2 je člověk schopen chůze s holemi.

Toto rozdělení následného postižení po poranění míchy a s tím související soběstačnosti na základě poranění konkrétní části je velmi obecné. Existuje mnoho jedinců s poraněnou míchou v oblasti krční páteře, kteří i přes to dokážou být ve většině denních aktivit soběstační, i když se předpokládala tak vysoká soběstačnost vzhledem k výšce postižení jako nepravděpodobná.

1.1.3 Terapie

Základními kroky při podezření na poškození míchy je imobilizace páteře, péče o dýchací cesty, kardiovaskulární podpora a následný převoz do nemocnice. Klient je převážně po úrazu nejčastěji na spondylochirurgické pracoviště, ve kterém dochází k chirurgickému zákroku (Kříž, 2019). Cílem operace je odstranit tlak na míchu a stabilizovat páteř. U nekompletních lézí je zásadní čas provedení operace, tudíž se k ní přistupuje co nejdříve. V případě nevratného poškození může dojít k zákroku později po stabilizaci stavu (Hrabálek, 2011). Farmakologických možností při spinálním traumatu není mnoho. Většina léků je využívána k léčbě sekundárních problémů, jako je například spasticita, urologické problémy nebo bolesti. Farmakologická léčba probíhá zejména z důvodu rizika tromboembolických komplikací, léčba spočívá v podávání heparinu a jiných léků s antikoagulačními účinky (Štětkařová, 2019). Pacient bývá po stabilizaci stavu po operaci převezen na spinální jednotku, ve které dochází k celkové péči o pacienta po stránce lékařské, psychologické, ošetrovatelské a rehabilitační. V ČR jsou 4 spinální jednotky, a to v těchto městech: Ostrava, Brno, Praha a Liberec (Kříž, 2013). Po 2–3 měsících je pacient překládán do rehabilitačního zařízení, kde intenzivně rehabilituje a snaží se dosáhnout co největší možné soběstačnosti (Kříž & Kábrtová, 2004). V rehabilitačním zařízení zůstává asi 4–5 měsíců. Poté bývá klient propuštěn. Následně může využívat služeb organizací, věnující se lidem po poškození míchy, mezi které patří například Centrum Paraple, ParaCENTRUM Fenix a Česká asociace paraplegiků – CZEPA. Lidem po spinálním poranění se ovšem věnuje

celá řada dalších organizací, například Sportovní klub vozičkářů Praha nebo Rehafit (Kříž, 2013).

1.1.4 Zdravotní komplikace

Život na invalidním vozíku je pro lidi po poškození míchy velkou změnou, která naprosto mění jejich fungování v životě. Překvapivě ovšem není vždy pro lidi právě invalidní vozík tou největší překážkou a problémem, který jim brání v životě, na který byly zvyklí před úrazem. Mnoho lidí mnohem hůře snáší zdravotní komplikace, které jsou s poškozením míchy spojeny a zažívá je v různé formě téměř každý jedinec. Zdravotní důsledky poškození míchy jsou obrovské a zejména kvůli těm, musí člověk naprosto změnit životní styl.

Mezi závažné zdravotní komplikace a důsledky po poškození míchy patří: spasticita, dekubity, poruchy spánku, bolest, autonomní dysreflexie a poruchy vyprazdňování moče a stolice (Kříž, 2019). Těmito komplikacím se budeme dále blíže věnovat, jelikož člověka omezují zásadním způsobem při každodenních činnostech a mohou mít tedy zásadní vliv na životní spokojenost a sebepojetí člověka.

Spasticita je porucha svalového napětí, která je charakteristická bolestivými svalovými spasmy, ke kterým dochází vlivem zvýšeného svalového tonu. Spasticita je velmi častá komplikace u lidí po poškození míchy, která se vyskytuje až u 40 % osob. Přítomna je nejčastěji u osob s nekompletní lézí po poranění krční nebo horní části hrudní míchy. Bolestivé spasmy člověka obtěžují při každodenních činnostech a mají vliv na náladu, výkonnost, ale třeba také na pohybové funkce, což může mít velký vliv na zvládání běžných denních činností a samostatnost. Spasticita se léčí nejčastěji léky (Štětkářová et al., 2012).

Dekubitus, jinak nazývaný také jako proleženina, je „*ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajících tlaku způsobujících poruchu prokrvení*“ (Vokurka & Hugo, 2008, s. 47). Dekubity se klasifikují do čtyř stupňů. První stupeň je považován za ten nejmírnější, a naopak čtvrtý stupeň za ten nejzávažnější. U vozičkářů dochází nejčastěji ke vzniku dekubitů v oblasti lopatek, křížové a sedací oblasti, stehna a paty. Při prevenci dekubitů je důležitá zejména správná hygiena, blokování zevních mechanických vlivů a polohování (Mikula & Müllerová, 2008). V případě vzniku dekubitů dochází u člověka k omezení činností, jelikož musí docházet k pravidelné změně polohy a není proto možné, aby seděl na vozíku obvyklou dobu, na kterou je člověk zvyklý. Dochází tak k snížení soběstačnosti a často také s tím spojené nutnosti využívat pomoc další osoby.

Jedinci po poškození míchy trpí častěji poruchami spánku než běžná populace. Často dochází k neklidnému spánku, chrápání, pozdnímu usínání nebo naopak časnému buzení. Během dne pak dochází k únavě, která negativně ovlivňuje kvalitu života (Biering-Sørensen & Biering-Sørensen, 2001). Příčin poruch spánku je mnoho. Některé z nich se vyskytují i u zdravé populace jako např. obezita, kouření, požívání alkoholu nebo dýchací problémy, jiné jsou specifické pro lidi s míšním poraněním, jedná se např. o spasticitu, bolesti nebo nemožnost změnit polohu (Kříž, 2019).

Dalším velmi nepříjemnou komplikací, která provází jedince po poškození míchy je bolest. Bolest se může objevovat v kterékoliv části těla a v mnoha případech je chronická. Často se jedná o bolest neuropatickou, která je způsobena poškozením nervů, ale příčiny bolesti mohou být různé a často zůstává příčina neznámá. Možností léčby bolestí je spousta, často se využívá kombinace farmakoterapie, psychoterapie a rehabilitace (Siddall & Loeser, 2001).

Autonomní dysreflexie je komplikace, která se vyskytuje u lidí, u kterých je mícha poškozená nad šestým hrudním segmentem. Jedná se o reakci sympatiku na dráždivý podnět, který vzniká pod úrovní míšního poranění. Hlavními příčinami jsou přeplněný močový měchýř nebo nedostatečně vyprázdněná střeva, ale příčin autonomní dysreflexie je více. Hlavními příznaky je pocení, vysoký krevní tlak a silná bolest hlavy. Základní léčba spočívá v odstranění příčiny a případně dochází k snížení krevního tlaku pomocí léků (Sezer et al., 2015). Autonomní dysreflexie je vážnou komplikací, která člověka vážně ohrožuje na zdraví zejména z důvodu vysokého krevního tlaku, který je nutno co nejrychleji snížit. S touto problematikou úzce souvisí právě potíže s vyprazdňováním stolice a moče, které má velké množství lidí po poranění míchy.

Lidé s míšním poškozením nemají v mnoha případech pocit nucení na močení a z tohoto důvodu jsou často nuceni vyprazdňovat se jiným způsobem, než na jaký byli zvyklí před úrazem. Často dochází k zavedení permanentního močového katetru (cévka je zavedená močovou trubicí do močového měchýře) či epicystostomie (cévka je zavedená skrz břišní stěnu do močového měchýře). V obou případech dochází k odvádění moče do sběrného sáčku. Další možností je čistá intermitentní katetrizace, při které dochází k vyprazdňování moče za pomoci jednorázové cévky, která zůstává v močovém měchýři do doby, než dojde k úplnému vyprázdnění. Poté se odstraní a jedinec se vyprázdní opět znovu při naplnění močového měchýře stejným způsobem. K močové intermitentní katetrizaci dochází několikrát za den (Sutorý & Wendsche, 2009). Podobně jako lidé nemusí mít pocit nucení

na močení, stejně tak nemusí cítit potřebu vyprázdnění stolice. Musí tedy dojít k náhradnímu způsobu vyprazdňování, který bude klientovi nejvíce vyhovovat a bude ho omezovat v životě co nejméně (Kříž & Kábrtová, 2004). Častým způsobem vyprazdňování je aplikace čípků, klystýr či digitální vybavení stolice (Kříž & Hyšperská, 2009). Změny ve způsobu vyprazdňování jedinci velmi ztěžují běžné fungování a snižují soběstačnost, jelikož je třeba si vyprazdňování plánovat, vyprázdnění trvá delší dobu a mnoho lidí také potřebuje pomoc další osoby.

Někteří jedinci se potýkají se všemi komplikacemi, jiní se setkávají jen s některými z nich. Všechny výše popsané zdravotní komplikace jsou ovšem pro člověka velmi omezující a limitující při běžných činnostech, volnočasových aktivitách, ale i v práci.

Poškození míchy ovlivňuje nejen samotného člověka po úrazu, ale mění život také celé jeho rodině, která často přebírá péči. Adaptace na nový způsob života je složitá a vyžaduje čas. Ovšem návrat k rodině není jedinou možností, kterou člověk má. Existují i jiné formy péče, které jsou poskytovány, buď přímo v domácím prostředí nebo v jiném pobytovém zařízení. Těmto tématům se budu věnovat v další podkapitole.

1.2 Adaptace na nový způsob života

Člověk po poškození míchy zažívá po úrazu velmi těžké období. Prochází velkým počtem negativních změn, jako je odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, závislost na cizí pomoci a mnoho dalších. Člověk se postupně snaží se situací vyrovnat a adaptovat se. V této podkapitole se budeme zabývat adaptací na nový způsob života po úrazu, zejména v sociální a psychické rovině.

Adaptace „*je schopnost vzájemného působení různých více či méně složitých systémů, jejich podsystémů, součástí a prvků, která umožňuje neustále se vyrovnávat s nároky a jejich změnami v určitém rozsahu a udržovat relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy – homeostázu*“ (Cannon, 1939, citováno v Paulík, 2017). Adaptace je tedy schopnost přizpůsobovat se změnám prostředí a novým situacím. Adaptace se dělí na objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace je popisována podle zabydlenosti, zakořeněnosti a celkového fungování v rodině, práci a životě obecně. Subjektivní adaptace sděluje, jestli je člověk šťastný v různých sférách života či jestli pociťuje úzkost a nespokojenost. Opakem adaptace je maladaptace (Smékal, 2009). V případě maladaptace se člověk není schopen přizpůsobit nové situaci, což je často spojeno s omezeným fungováním ve všech sférách života a pocity nespokojenosti.

Proces adaptace je u každého člověka odlišný a každý se s náročnými životními situacemi vyrovnává jinak. Po poškození míchy se tyto procesy adaptace u člověka většinou nemění a způsob zvládnání zátěže zůstává stejný jako před úrazem. Při procesu adaptace mohou být nápomocné organizace pomáhající lidem po poranění míchy. Velký vliv na zvládnutí náročného období po poranění míchy má také rodina a přátelé (Klebina et al., 2016).

Adaptace po míšním poškození úzce souvisí s výškou přerušení míchy a s tím spojenou soběstačností. V Tab. 2 můžeme vidět, jaké má jedinec schopnosti vzhledem k výšce míšní léze (Jedlička & Keller, 2005).

Tab. 2: Funkční schopnosti v závislosti na výšce poškození (Jedlička & Keller, 2005)

Výška poranění	Funkční schopnost nemocného
C3 – C4	odkázán na cizí pomoc
C4 – C5	odkázán na cizí pomoc, elektrický vozík
C6 – C7	částečně soběstačný, mechanický vozík, je možná jízda ve speciálně upraveném autě
C7 – C8	není úplně odkázán na cizí péči, mechanický vozík, upravené auto
Th1 – Th9	závislý na vozíku, doma soběstačný
Th11 – L2	jezdí na vozíku, schopen pohybu v aparátech
L2 – L4	většinou se pohybuje na vozíku, špatně chodí o berlích a holích
L5 – S1	chůze s ortézami

V následující třech podkapitolách se budu zabývat adaptací člověka po úrazu ze sociálního a psychického hlediska.

1.2.1 Sociální rovina

U člověka po poranění míchy dochází ke změnám v sociálním prostředí. Mění se rodinné fungování a počet a kvalita vztahu s přáteli. Jedinec často není schopen vykonávat práci, které se věnoval před úrazem. Není buď schopen pracovat vůbec, nebo musí profesi změnit. Z tohoto důvodu se potýká s nedostatkem financí. Mnoho lidí po úrazu si musí hledat nové bydlení, jelikož stávající bydlení je bariérové, či potřebují více pomoci, která je v jejich bytě nerealizovatelná. V neposlední řadě musí jedinec řešit, jak velkou pomoc bude potřebovat, aby byly splněny jeho základní potřeby.

Během léčby a zejména po návratu z nemocnice dochází ke změně rodinného fungování. Rodina má v tomto směru nezastupitelnou roli a často přebírá veškerou starost a péči o nemocného jedince. Rodina je „nejbližší a nejvlivnější prostředí, které už od narození,

později během vývoje a dospívání, podmiňuje formování osobnosti a chování každého člena“ (Kovačič, 2002, s. 16–17). Rodina zastává několik funkcí, mezi které patří funkce biologická, ekonomická, výchovná, emocionální a ochranná (Krejčířová & Klein, 2009). V případě získaného tělesného poškození má nejdůležitější roli v péči o člověka právě funkce emocionální a ochranná. Po návratu z nemocnice často přebírá veškerou starost o člověka jedna osoba, tzv. pečovatel s menší podporou širší rodiny nebo přátel. Starost o člena rodiny je náročná psychicky i fyzicky. Povinnosti, které zastával jedinec momentálně odkázaný na cizí pomoc přebírá často jiný člen domácnosti. Rodina se může ocitnout v krizi, jelikož péče o nemocného je velmi náročná (Kurucová, 2016). To, jak přijímá rodina postižení může taky velmi ovlivnit adaptaci člověka na vzniklou situaci. Pokud člověk cítí, že je pro rodinu zátěž a nemá žádnou podporu při léčbě, riziko frustrace a snížení snahy o co největší samostatnost se zvyšuje. Pokud se rodina o nemocného chce starat, nezůstává v tom úplně sama. Může využívat nějakou formu pomoci. Nejčastěji se jedná o terénní služby, ke kterým patří: domácí zdravotní péče, osobní asistence a pečovatelská služba (Matoušek, 2011).

Při domácí zdravotní péči jsou prováděny zdravotnické úkony v domácím prostředí. Další možností je osobní asistence, která lidem umožňuje žít doma a samostatně (Kříž, 2019). Osobní asistent pomáhá jedinci se všemi úkony, které nezvládne sám, jako je úklid, hygiena, příprava stravy a podobně (Faltýnková, 2007). Možnost využívat osobní asistenci je pro mnoho lidí velmi důležitá, jelikož díky této pomoci mohou zůstat doma, osamostatnit se a zároveň mohou využívat pomoc, kterou potřebují od jiné osoby, která nebude zatěžovat rodinné příslušníky. Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., o sociálních službách je nejvyšší možná cena za poskytování osobní asistence 135 Kč/h. Alternativou k osobní asistenci může být také pečovatelská služba. Provádí se buď v domácím prostředí nebo v sociálních zařízeních. Pečovatel pomáhá jedinci při běžných denních úkonech (Krejčířová & Treznerová, 2013). Nejvyšší cena za poskytnutí služby je taktéž 135 Kč/h jako u osobní asistence (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Další možností je využívání ambulantních služeb, kdy jedinec dochází do sociálního zařízení, během dne využívá jejich služeb a poté se vrací na noc domů (Krejčířová & Treznerová, 2013). Všechny tyto služby může využívat jedinec, který žije samostatně nebo pokud rodinný příslušník, který jedinci pomáhá, potřebuje na pár hodin odejít nebo si odpočinout. Rodina také může využít příspěvky od státu, které jim mohou velmi pomoci jak

s péči o nemocného, tak s financemi, jelikož pečovatel často kvůli péči o nemocného opouští zaměstnání. Těmto příspěvkům se budu věnovat později.

V případě, že se nechce nebo nemůže rodina o nemocného člena rodiny postarat, jedinec musí hledat jiné možnosti bydlení a pomoci. Pokud je jedinec z velké části soběstačný, často žije sám a využívá terénních služeb. Další možností je ústavní péče nebo přechodné bydlení. První možností jsou startovací byty. Jedná se o dočasné bydlení pro lidi, kteří jsou krátce po úrazu. Tyto byty spadají pod Českou asociaci paraplegiků a jsou pouze na území Prahy, ovšem zažádat o něj může i jedinec bez trvalého bydliště v Praze. Maximální doba žití ve startovacích bytech je 1 rok. Centrum sociální rehabilitace Diakonie Dubá je zařízení, ve kterém může jedinec být maximálně 3 roky. Přednostně přijímají lidi z Libereckého nebo Středočeského kraje. Na dobu jednoho roku je také možné využít centrum pro tělesně postižené Fatima v Praze. Opět jde ale pouze o přechodné bydlení. Dále existují domovy pro osoby se zdravotním postižením. Dostupnost těchto zařízení je v celé ČR velmi kritická a existují pouze 4. Pro ostatní zařízení není spinální poškození cílová skupina. Většina zařízení požaduje kognitivní deficit. Dále je možné nastoupit do domova seniorů, ty jsou ovšem určeny pouze lidem nad 65 let, výjimečně nad 55 let. Jako nejideálnější varianta se jeví bezbariérový byt, o který může člověk zažádat v místě trvalého bydliště. Těchto bytů je ovšem nedostatek, člověk musí tedy často využít přechodné bydlení (Kříž, 2019).

Jedinci po úrazu mohou pobírat několik příspěvků od státu. Nejčastěji se jedná o příspěvek na péči, zvláštní pomůcku a příspěvek na mobilitu. Většina klientů také pobírá invalidní důchod (Kříž, 2019). Kromě těchto příspěvků mají lidé s poškozením míchy ve většině případů nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením. Díky němu mají mimo jiné nárok na slevu na jízdném ve výši 75 % či vyhrazené místo v dopravních prostředcích. Požadavek na příspěvek na péči má osoba, která je dlouhodobě odkázaná na pomoc jiné osoby z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti, který posuzuje schopnost zvládat základní potřeby (např. mobilita, osobní aktivity, tělesná hygiena). V případě lehké závislosti je člověku staršímu osmnácti let každý měsíc poskytována částka 880 Kč, při středně těžké závislosti 4400 Kč, při těžké závislosti 12 800 Kč a při úplné závislosti 19 200 Kč. Lidé s těžkou vadou pohybového ústrojí mají také nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku (Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d.). Lidé po poškození míchy mohou příspěvek využít pro financování např. schodolezu, stropního zvedacího systému či invalidního vozíku (vyhláška 388/2011 Sb.). Lidé mohou

zažádat také o příspěvek na mobilitu, který je ve výši 550 Kč za měsíc. Invalidní důchod pobírají lidé, kterým nedovoluje zdravotní stav pracovat nebo je jejich schopnost pracovat snižena. V případě snížení pracovní schopnosti člověka o nejméně 35 % se jedná o invaliditu prvního stupně, v případě snížení pracovní schopnosti o nejméně 50 % se jedná o invaliditu druhého stupně a pokud klesne pracovní schopnost o 70 % nebo více, jedná se o invaliditu třetího stupně. Invalidní důchod se vypočítává ze základní a z procentní výměry (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020).

1.2.2 Psychická rovina

Poranění míchy vlivem úrazu jako je např. pád z koně, skok do vody nebo autonehoda způsobí stejně jako většina chronických či závažných náhle vzniklých onemocnění zvrát v psychice člověka. Jedinec zažívá velké množství změn vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Člověk prochází dlouhou léčbou a často dochází také k různým dlouhodobým následkům úrazu. Ke změnám dochází také v sociální oblasti života. Tato zátěžová situace vede ke krizi, což je „*náhlé negativní vyhocení situace spojené s pocitem existence nezvládnutelného problému*“ (Vágnerová, 2014, s. 43). Typicky se projevuje jako selhání adaptačních mechanismů, které do té doby byly funkční. Psychická krize se projevuje negativními emocemi, beznadějí, úzkostí, ztrátou pocitu bezpečí a podobně. Taktéž dochází ke změnám chování (Vágnerová, 2014). Psychická krize má několik fází (Křivohlavý, 1985):

1. Výkřik – jedná se o citovou reakci člověka na situaci, která ho velmi zasáhla, jak po citové, tak fyzické stránce. Může se jednat o autonehodu nebo třeba nádorové onemocnění. Jedná se o okamžitou reakci na vzniklou situaci, které se říká panika. Může se projevovat křikem, pláčem nebo naopak psychickým otupěním, slabostí nebo omdláváním.
2. Popření – jedná se o potlačení situace, ve které se člověk ocitl. Člověk se chová a jedná, jako by k ničemu nedošlo a snaží se vymanit z faktu, že došlo k náročné životní situaci.
3. Intruze – dochází k vtíravým myšlenkám na kritickou událost. Tyto myšlenky se neustále vrací a není možné se jich zbavit. Často jsou přítomny ve spánku.
4. Vyrovnávání – člověk pochopí, že došlo v jeho životě k zásadní změně a snaží se s ní vyrovnat. Hledá cesty a přemýšlí nad různými možnostmi, jak žít dál. Dochází

k mnoha pokusům při hledání té správné cesty, než člověk najde tu, která mu vyhovuje. U člověka dochází k adaptaci.

5. Smíření – v této fázi je člověk smířený se situací, která nastala a je schopen žít dál. V tomto období je člověk schopen myslet na kritickou událost, aniž by zažíval silně negativní emoce.

Průběh této psychické krize je u každého jiný a každý člověk má délku každé fáze odlišnou. Vliv na délku jednotlivých fází má mnoho faktorů – jedná se například o závažnost zdravotní změny, důležitost zdravotního handicapu nebo pacientovu osobnost (Křivohlavý, 1985).

S psychickou krizí úzce souvisí pojem trauma. Jedná se o neočekávanou situaci, která na jedince působí negativně a působí mu újmu v jedné nebo více oblastech jeho života (Vágnerová, 2014). Dle DSM-5 se o trauma jedná v případě přímého vystavení se traumatické události, opakovaného vystavování se detailům traumatických událostí, přítomností u traumatizující události týkající se jiné osoby nebo pokud se traumatická událost týká blízkého člověka. Může se jednat o vystavení se hrozcí nebo skutečné smrti, sexuálnímu násilí nebo utrpení vážného poranění (Schellong et al., 2021). Trauma se dělí na dva typy. O trauma 1. typu se jedná v případě jednorázové, nečekané události. V případě dlouhodobé a opakující se situace se jedná o trauma 2. typu (Maercker, 2013, citováno v Schellong et al., 2021). Získané postižení je vždy velice emočně traumatizující. Jedinec prochází několika fázemi zvládnutí (Vágnerová, 2014):

1. Fáze latence – jedinec v tomto stádiu není dostatečně informován. Situaci vnímá jako přechodný problém. Je přesvědčen, že se úplně uzdraví, což je jeho jediným cílem. Zatím nepřemýšlí o tom, jaký bude mít úraz důsledky.
2. Fáze pochopení traumatizující reality – jedinec se v této fázi léčí a začíná si uvědomovat, že se jeho stav nezmění a je trvalý. Nemocný si tuto skutečnost nechce připustit a popírá ji.
3. Fáze protestu a smlouvání – nemocný se upíná na představu, že se uzdraví. Odmítá vše, co nevede k úplnému uzdravení. Život se získaným postižením je pro něj nepředstavitelný a nechce žít. Postupně se začíná se situací smířovat, ale pořád si udržuje naději na zlepšení i v případě, že není reálná. Objevují se maladaptivní strategie.

4. Fáze postupné adaptace – v této fázi si je jedinec schopen připustit, že postižení je trvalé a učí se s ním žít dál. Snaží se přizpůsobit nové situaci a hledá různá řešení, jak žít co nejlépe. Dochází k adaptaci, jedinec se znova vrací do společenského života.

Po úrazu dochází k mnoha změnám ve většině oblastí života. Jedinci řeší mnoho otázek týkající se zejména zaměstnání, trávení volného času, partnerského života a rodičovství. Je nutno podotknout, že možnosti, které v těchto oblastech jedinci mají, ovlivňuje výška léze a přidružené zdravotní komplikace.

Pro lidi po poranění míchy bývá důležitá otázka týkající se jejich budoucího zaměstnání. Chtějí se zapojit zpátky do společnosti a možnost pracovat je pro ně klíčová. Lidé se zdravotním postižením mají horší možnosti pracovního uplatnění. Taktéž lidé po poranění míchy bývají zaměstnaní méně často, než je tomu u běžné populace (O'Neill & Dyson-Hudson, 2020). Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují profesní znovuzачlenění. Mezi tyto faktory patří: typ zaměstnání, závažnost léze, věk, doba od úrazu, pohlaví, rodinný stav, sociální podpora, odborné poradenství, zdravotní problémy, postoje zaměstnavatele, rasa, psychický stav, životní prostředí a vzdělání (Anderson et al., 2007). Čím vyšší je vzdělání jedinců, tím vyšší je míra zaměstnanosti. Nejčastějším důvodem nezaměstnanosti je špatný zdravotní stav, bolest, zdravotní komplikace, nemožnost najít si adekvátní práci nebo problémy s bariérovostí prostředí (Sturm et al., 2020). Možnost pracovat přispívá k lepší kvalitě života, větší nezávislosti, snížení depresí, zlepšení sociální integrace, větší životní spokojenosti a lepšímu zdraví. Čím dříve se jedinec po léčbě vrátí do práce, tím je větší šance, že najde adekvátní práci (O'Neill & Dyson-Hudson, 2020). Dalším přínosem práce je také znovuzískání ekonomické soběstačnosti (Ullah et al., 2018). U některých jedinců převažují obavy ze ztráty finančních příspěvků od státu v případě, že by byli zaměstnaní (Sturm et al., 2020).

Jedinci mají mnoho možností volnočasových aktivit, které mohou zvýšit jejich spokojenost. Některé aktivity mohou vykonávat téměř bez omezení, naopak u některých činností naráží na své limity. Dle Swangstue & Josephson (2015) lze volnočasové aktivity rozdělit na venkovní aktivity (např. rybaření), domácí aktivity (např. čtení), kreativní činnost (např. malování), sport (např. plavání) a sociální život (např. návštěva restaurace s přáteli). S výběrem volnočasových aktivit souvisí místo bydliště, rodinný stav, zaměstnání, úroveň vzdělání, ale také pohlaví, věk a uplynulá doba od úrazu. Největší potěšení jedinci zažívají ze společenských, kulturních aktivit a také ze sledování TV. K největším změnám dochází

u venkovních aktivit a sportu (Lundström et al., 2013). Přestože jsou možnosti sportovních aktivit z důvodu zdravotního stavu u lidí po poranění míchy omezeny, existuje mnoho sportů, které jsou uzpůsobeny pro lidi na invalidním vozíku. Jedinci si mohou vybírat mezi několika letními i zimními sporty. Mohou se věnovat například paragolfu, tanci na vozíku, lukostřelbě, stolnímu tenisu, cyklistice, plavání nebo běžeckému lyžování (Svobodová et al., 2020).

Sexuální zdraví a možnost reprodukce úzce souvisí s kvalitou života. Vlivem poranění míchy dochází často k poškození v oblasti sexuálních a reprodukčních funkcí. K poranění míchy dochází často u mužů v mladém věku, kteří mají málo či dokonce žádné sexuální zkušenosti a o to závažnější důsledky sexuální dysfunkce mají. U obou pohlaví dochází ke snížení sexuální apetence, změně erotogenních zón a změnám orgasmu. Frekvence sexuálního styku u lidí po poranění míchy je 1x týdně až 1x měsíčně. Dominantními místy se stávají místa nad úrovní poškození míchy – jako třeba bradavky nebo ušní lalůčky. Nejčastějšími problémy u mužů jsou poruchy erekce a ejakulace, a s ní spojena snížená kvalita spermií (Šrámková, 2013). Schopnost erekce u mužů závisí zejména na úrovni poškození (Albright et al., 2015). Poruchy erekce se léčí pomocí farmakoterapie, aplikací vazomotorických látek, případně pomocí podtlakových erektorů (Heráček et al., 2006). Eretilní dysfunkce souvisí s poruchou ejakulace. Sperma je nejčastěji odebíráno pomocí vibrostimulace či elektroejakulace (DeForge et al., 2005). U žen nedochází k zásadním poruchám reprodukce. Nejčastěji se můžeme setkat se sníženou lubrikací. Asi 50 % žen trpí po poranění míchy ztrátou menstruace, která se vrací do půl roku od úrazu (Šrámková, 2013). Nejčastější komplikace v těhotenství se týkají problémů s močovým měchýřem, rizika autonomní dysreflexie, zhoršení spasticity, respiračních dysfunkcí či rizika tromboembolické nemoci (Kříž, 2019).

2 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

V této kapitole nejprve definujeme pojem životní spokojenost. Poté se budeme zabývat vymezením příbuzných pojmů, jako je osobní pohoda, štěstí a kvalita života. V další podkapitole popíšeme faktory ovlivňující životní spokojenost. Tyto faktory velmi ovlivňují, jak je člověk v životě spokojený. Mohou nám tedy částečně pomoci pochopit rozdíly v životní spokojenosti u lidí, kteří mají podobné tělesné postižení a dalo by se předpokládat, že životní spokojenost nebude příliš odlišná.

2.1 Definice životní spokojenosti

Dříve se psychologie věnovala spíše bolestivým tématům a negativním stavům lidské psychiky. Snažila se je lépe pochopit, pomoci zvládat a překonávat. Životní spokojenosti nebyla věnována příliš velká pozornost (Blatný, 2005). Postupně se začala věda zabývat i tímto tématem. Jako jeden z prvních autorů věnujících se štěstí a spokojenosti byl Wilson. Wilson (1967) popisoval šťastného člověka jako mladého, zdravého, vzdělaného, extrovertního, optimistického, bezstarostného, věřícího, ženatého, s vysokým sebevědomím, s vysokým platem, vysokou pracovní morálkou, skromnými aspiracemi a s rozsáhlým rozpětí inteligence. Toto pojetí šťastného člověka již neplatí. Řada jeho závěrů byla vyvrácena, například mládí ani skromné aspirace nejsou považovány za předpoklady k životní spokojenosti (Diener et al., 1999).

Pojem životní spokojenost ovšem není jednotně definován dodnes. Baštecká & Mach (2015) považují životní spokojenost za synonymum ke slovu štěstí. Jindy je životní spokojenost označována pojmem osobní pohoda (Kebza & Šolcová, 2003; Blatný, 2010). V následujícím textu uvedu několik definic životní spokojenosti, které by nám měly pomoci lépe se zorientovat v tomto tématu a lépe tuto problematiku pochopit.

Životní spokojenost lze definovat jako „*kognitivní (myšlenková) část osobní pohody (subjective well-being). Představuje hodnotící výraz, který vyjadřuje míru spokojenosti s vlastním životem a míru zažívání kladných nálad a pocitů a nezažívání nepříjemných nálad a pocitů (např. úzkosti, smutku)*“ (Baštecká & Mach, 2015, s. 662).

Dle Veenhovena (1996) je životní spokojenost míra, do jaké člověk kladně hodnotí celkovou kvalitu a spokojenost se životem jako celkem. Jedná se o hodnocení, jak moc se líbí člověku život, který žije. Životní spokojenost je celkové hodnocení pocitů a postojů k našemu životu v konkrétním časovém období, od těch negativních, k těm pozitivním. Je to jeden ze tří hlavních ukazatelů osobní pohody. Mimo životní spokojenost, k nim také patří pozitivní a negativní vlivy (Diener, 1984). Hartl (2004, s. 259) definuje spokojenost jako „*příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti*“.

Existují dva teoretické přístupy vztahující se k životní spokojenosti, kterými jsou bottom-up a top-down teorie. Bottom-up teorie vychází z předpokladu, že spokojenost člověka je závislá na vnější situaci. V případě prožívání většího množství negativních událostí dochází k nižší míře životní spokojenosti. Naopak pokud jedinec zažívá více pozitivních událostí, životní spokojenost se zvyšuje. Teorie top-down tvrdí, že záleží zejména na osobnostních vlastnostech, nikoliv na vnějších podmínkách. Tyto vlastnosti ovlivňují, jak člověk vnímá a vyhodnocuje jednotlivé situace v životě. Pozitivně naladěný člověk bude pravděpodobněji vyhodnocovat situace jako příjemné a pozitivní než jedinec s negativním laděním. Tato teorie říká, že jedinec má obecně tendenci vyhodnocovat události pozitivním nebo negativním způsobem, zejména na základě temperamentových vlastností (Diener, 1984).

Jelikož často dochází k zaměňování životní spokojenosti za pojmy jako je štěstí, kvalita života či osobní pohoda, budeme se těmito příbuzným pojmům věnovat v další podkapitole.

2.2 Vymezení příbuzných pojmů

Známý pojem v angličtině well-being se překládá do češtiny jako osobní pohoda. Pojem osobní pohoda lze definovat jako „*subjektivní reflexi lidského prožívání a hodnocení vztahu k sobě i okolnímu světu a jeho psychologického zpracování*“ (Blatný, 2005, s. 12). Existuje několik modelů, teorií a dělení osobní pohody, kterým se budeme dále věnovat.

Pojem osobní pohoda se dělí na subjektivní pohodu (SWB) a psychologickou pohodu (PWB). V případě SWB se jedná o životní spokojenost a rovnováhu mezi pozitivními a negativními stavy emocí. PWB je často spojována s pojmy jako smysl života nebo osobní růst. Zabývá se účastí člověka na řešení existenčních otázek života (Hřebíčková et al., 2010).

Lawrence & Liang (1988) vymezují 4 dimenze subjektivní pohody, těmi jsou kongruence, štěstí, negativní afekt a pozitivní afekt. Kongruence nám říká, jak člověk hodnotí spokojenost či nespokojenost se svým životem, jinak můžeme kongruenci nazvat také jako životní spokojenost. V případě štěstí se jedná o dlouhodobý pozitivní stav. Negativní afekt v sobě zahrnuje úzkost, deprese, obavy a jiné úzkostné stavy, je přechodný. Naopak pozitivní vliv je pocit radosti, který je také přechodný. Tyto čtyři dimenze jsou ve vzájemném vztahu. V tomto pojetí je tedy životní spokojenost jednou z částí subjektivní pohody.

Carol Ryff vytvořila multidimenzionální model psychologické pohody. Zahrnuje šest faktorů, mezi které se řadí sebepřijetí, osobní růst, smysl života, pozitivní vztahy s lidmi, kontrola životního prostředí a autonomie. Všechny těchto šest faktorů přispívá k pohodě a spokojenosti člověka (Ryff & Keyes, 1995).

Seligman (2014) se ve svých teoriích zabýval štěstím. Později revidoval svou teorii a pojem štěstí nahradil obecnějším pojmem osobní pohoda. Dle Seligmana je osobní pohoda teoretický konstrukt, který obsahuje pět měřitelných prvků. Jedná se o pozitivní emoce, zaujetí činností, smysluplnost, úspěšný výkon a pozitivní vztahy. Každý z těchto prvků přispívá k osobní pohodě, ale žádný z nich ji neformuluje. Cílem je maximalizovat všechny složky osobní pohody a dosáhnout optimálního prospívání (flourishing) ve vlastním životě i v celé společnosti.

Z textu je patrné, že pojem osobní pohoda je zkoumán mnoha autory a tématu životní spokojenosti a osobní pohody je věnována pozornost. Dále se budeme zabývat pojmem štěstí.

Štěstí lze definovat jako „*pocit tělesného i duševního blaha bez tlaku neuspokojené potřeby; plnost bytí, charakterizované emocemi v rozsahu od spokojenosti až k intenzivní radosti*“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 583).

Štěstí lze rozdělit do třech úrovní – pozitivní emoce, zaujetí určitou činností a pocit smysluplnosti. Pozitivní emoce zahrnují pocity radosti, extáze, spokojenosti a podobně. Zaujetí určitou činností můžeme nazývat pojmem flow. Jedná se o pohlčení do určité činnosti, při které se jedinec plně soustředí na danou činnost a nezabývá se ničím jiným. Další úroveň je smysluplnost. Pro člověka je důležité být součástí něčeho většího a věnovat se činnostem, které mají smysl. Tuto úroveň štěstí může jedinec naplňovat například v náboženské nebo ekologické komunitě (Seligman, 2014).

Stephoe (2019) se ve své studii také zabýval štěstím. Subjektivní pohodu vnímá velmi podobně, jako pojem štěstí, subjektivní pohoda je obecnějším pojmem. Štěstí můžeme dělit na několik složek. Afektivní pohoda reprezentuje prožívání pozitivních pocitů, jako je štěstí, radost a nadšení. Eudaimonická pohoda představuje hodnocení smyslu života, osobního růstu, pozitivní vztahy a sebezpřijetí. Třetí složkou je hodnotící pohoda, která popisuje hodnocení kvality života samotnými jedinci. Je spojena se životní spokojeností. Toto dělení můžeme vztahovat jak k pojmu štěstí, tak i k osobní pohodě, jelikož jsou tyto pojmy provázané. Ke štěstí přispívá mnoho faktorů, ke kterým můžeme zařadit genetiku, vzdělání, socioekonomický status, sociální síť, stresové situace, záliby, rodinný stav a osobnost člověka.

Také Křivohlavý chápe pojmy štěstí a osobní pohoda jako úzce propojené. „*Označení well-being může být viděno v pojetí chápání štěstí jako vztahu mezi výši pozitivních a negativních afektů, případně jejich poměrů*“ (Křivohlavý, 2013, s. 14). Pojem štěstí má dvě roviny, užší pojetí a širší pojetí. V užším slova smyslu lze označit štěstí za hédonické. Je vyznačováno velkým množstvím fyziologických zkušeností. Jeho hlavní vlastností jsou emoce. Důležitá je jeho intenzita. V širším pojetí se vztahuje k pojmu štěstí větší množství otázek, dominantní je kvalita života. Má nejen horizontální, ale také vertikální rozměr. Nejedná se pouze o intenzitu štěstí, ale také o jeho kvalitu. Jeho hlavní vlastností jsou hodnoty (Křivohlavý, 2013). Výše jsme popsali pojem štěstí a pohledy různých autorů. Následně přejdeme ke kvalitě života.

Také v případě kvality života neexistuje jednotná definice. Felce & Perry (1995) zdůrazňují, že kvalita života je multidimenzionální a je tedy výsledkem vzájemného působení několika vlivů. Kvalitu života můžeme definovat jako individuální vnímání své pozice v kontextu kultury a hodnotové orientace země, ve které žijeme a ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, zvyklostem a zálibám (World Health Organization, n.d.). Kvalita života zahrnuje subjektivní a objektivní dimenzi. K objektivní dimenzi kvality života se řadí životní podmínky jednotlivce, jako je zdravotní stav nebo sociální podmínky. Subjektivní dimenze zahrnuje osobní pohodu a životní spokojenost (Slezáčková, 2012).

Veenhoven (2000) rozlišuje mezi příležitostmi pro dobrý život (životní šance) a skutečně dobrým životem (životní výsledky). Jedinec tedy může mít životní šance pro to, mít kvalitní život, ale může a nemusí je využít. Druhým rozdílem Veenhoven spatřuje v kvalitě prostředí (vnější kvalita) a v kvalitě jednotlivce (vnitřní kvalita). Kombinace těchto dvou rozdílů je znázorněna v Tab. 3: Čtyři kvality života (Veenhoven, 2000). Vhodnost prostředí

představuje životní prostředí, ve kterém člověk žije. Řadí se sem položky sociální, ekologické a kulturní. Můžeme zde zařadit mírné klima, možnost vzdělání, svobodu nebo bezpečí. Životaschopnost člověka nám říká, jak jsme schopni řešit problémy, které nás v životě potkávají. Do této kategorie patří dobré fyzické a duševní zdraví, znalosti, dovednosti. Kategorie užitečnost života předpokládá přítomnost vyšších hodnot. Můžeme zde zařadit soucit, výchovu dětí nebo snahu být dobrým občanem. Zhodnocení života můžeme chápat jako subjektivní ocenění života. Je spojeno s životní spokojeností, štěstím a převládající náladou.

Tab. 3: Čtyři kvality života (Veenhoven, 2000)

	Vnější kvalita	Vnitřní kvalita
Životní šance	Vhodnost prostředí	Životaschopnost člověka
Životní výsledky	Užitečnost života	Zhodnocení života

Felce & Perry (1995) definují kvalitu života jako všeobecnou pohodu, která zahrnuje objektivní životní podmínky, subjektivní pocit pohody a hodnoty a aspirace. Jedná se o tříprvkový model kvality života. Objektivní životní podmínky zahrnují fyzickou, materiální, sociální a emoční pohodu, dále vývoj a aktivity. Spokojenost s objektivními životními podmínkami vede k subjektivnímu pocitu pohody, hodnoty souvisí s důležitostí jednotlivých životních podmínek. Změny v objektivních životních okolnostech mohou vést ke změnám v životní spokojenosti nebo v hodnotách. Také může vlivem situace dojít ke změně hodnot a tím pádem i ke změně spokojenosti a aktivní změně životních podmínek. Stejně tak může dojít ke změně v životní spokojenosti a z tohoto důvodu bude docházet u člověka ke změnám osobních hodnot a životních podmínek. Všechny tyto prvky se navzájem ovlivňují.

V této podkapitole jsme si objasnili tři příbuzné pojmy, osobní pohodu, štěstí a kvalitu života, které úzce souvisejí s životní spokojeností, která je ústředním tématem praktické části práce.

2.3 Faktory ovlivňující životní spokojenost

Na životní spokojenost má vliv několik faktorů. Dolan et al. (2008) popisují sedm okruhů: příjem, osobní charakteristiky, sociální faktory, trávení volného času, postoje a přesvědčení, vztahy a ekonomické, politické a sociální prostředí. Autoři upozorňují na fakt, že jednotlivé faktory spolu mohou souviset a ovlivňovat se navzájem. Jelikož faktorů

ovlivňující životní spokojenost je mnoho, dále se budeme věnovat těm, které jsou nejzásadnější pro praktickou část práce.

Výzkumy týkající se vztahu mezi životní spokojeností a věkem přináší odlišné výsledky. Některé studie naznačují vyšší úroveň životní spokojenosti v mladším a ve starším věku. Naopak nejnižší míra spokojenosti je uváděna přibližně od 32 do 50 let (Dolan et al., 2008). Bartram (2021) s tímto vztahem ve „tvaru U“ nesouhlasí. Životní spokojenost po středním věku sice roste, ale jen nepatrně. Dle Bartrama tedy nedochází k výraznému růstu životní spokojenosti ve starším věku a nejedná se tedy o vztah ve „tvaru U“, který je často popisován.

Co se týká pohlaví, tak se výsledky jednotlivých studií různí. Joshanloo & Jovanović (2020) tvrdí, že podíl pohlaví na životní spokojenosti se výrazně odlišuje napříč zeměmi. Pohlaví tedy může v určitých zemích hrát velkou roli, naopak někde může být rozdíl nepatrný. Dále se proto budu věnovat rozdílům v životní spokojenosti u pohlaví pouze u české populace. Dle Hamplové (2004) se muži a ženy v životní spokojenosti neliší. U starších dospělých nebyly shledány rozdíly v životní spokojenosti napříč pohlavím, u vysokoškoláků rozdíl patrný byl. Muži byli méně spokojeni než ženy (Hřebíčková et al., 2010). Šolcova & Kebza (2003) uvádějí, že rozdíly napříč pohlavím v životní spokojenosti nebyly spatřeny.

Vliv na životní spokojenost mají různé osobnostní charakteristiky. Největší vliv má neuroticismus, a to u všech věkových skupin. U středně a starších dospělých se dále podílí na osobní pohodě pouze extraverte, v případě mladé dospělosti má největší vliv také neuroticismus, poté se na životní spokojenosti podílí svědomitost, extraverte a přívětivost. Naopak otevřenost vůči zkušenostem neměla na osobní pohodu žádný vliv ani u jedné skupiny (Hřebíčková et al., 2010).

Dalším faktorem ovlivňující životní spokojenost je vzdělání. Jedinci se základním vzděláním jsou v životě méně spokojeni než jedinci, kteří absolvovali střední školu ukončenou maturitní zkouškou. Jako nejvíce spokojeni se hodnotili jedinci s vysokoškolským vzděláním (Hamplová, 2004). Také dle Šolcové & Kebzy (2005) má vzdělání na životní spokojenost vliv. U vysokoškolsky vzdělaných lidí se zvyšuje životní spokojenost 1,5x oproti lidem se základním vzděláním.

Studie ukazují silný vztah mezi zdravím a životní spokojeností (Dolan et al., 2008). Jedná se patrně o ten nejdůležitější faktor, který má v případě životní spokojenosti největší

vliv. Osoby s tělesným postižením či jiným omezením bývají prokazatelně méně spokojené než lidé zdraví (Fahrenberg et al., 2001).

Neexistují dostatečné důkazy o tom, že by vykonávání určitého druhu práce mělo vliv na životní spokojenost (Dolan et al., 2008). Je ovšem zjevné, že nezaměstnanost má na životní spokojenost velký vliv. Nejvíce spokojeni jsou jedinci, kteří nikdy nebyli nezaměstnaní, a naopak nejméně spokojeni jsou lidé, kteří byli nezaměstnaní během života několikrát (Richter et al., 2020).

Životní spokojenost ovlivňuje také trávení volného času. Fyzická aktivita se řadí k důležitým faktorům ovlivňující životní spokojenost. An et al. (2020) provedli výzkum, ve kterém srovnávali tři skupiny lidí – mladé, středně a starší dospělé. Jedinci, kteří měli vysokou nebo střední aktivitu byli spokojenější než lidé s nízkou nebo žádnou fyzickou aktivitou, a to ve všech věkových kategoriích. Pozitivní vliv má také náboženství. Dle výzkumů je patrné, že věřící lidé jsou spokojenější. Jedním z důvodů větší spokojenosti je navštěvování bohoslužeb a utvářejí si tak blízkých vztahů s lidmi podobně založenými (Lim & Putnam, 2010).

V případě životní spokojenost je zásadní rodinný stav. Lidé žijící s partnerem ve společné domácnosti jsou v životě spokojenější. Zatímco v zahraničí je pro muže důležité, jestli jsou s partnerkou sezdání, u českých mužů toto nepozorujeme. Naopak ženy jsou spokojenější, pokud jsou vdané. Pro obě pohlaví je ovšem zásadní, jestli jsou ve vztahu spokojení. Pokud je spokojenost s partnerstvím malá, nezáleží na tom, jestli jsou partneři manželé či nikoliv, životní spokojenost se snižuje (Hamplová, 2004). Manželství zvyšuje životní spokojenost také u lidí s poraněním míchy (Rivers et al., 2018). Děti taktéž ovlivňují životní spokojenost. Obecně platí, že lidé, kteří mají děti jsou spokojenější. Ovšem zásadní roli mají individuální vlastnosti a podmínky. Velký vliv na spokojenost má také věk, vzdělání nebo příjem. Například sezdání lidé jsou spokojenější než svobodné matky a svobodní otcové (Angeles, 2010).

Všechny výše zmíněné oblasti hrají velkou roli v životní spokojenosti jedince, ale jen některé z nich jsou ovlivnitelné, jako je například fyzická aktivita nebo rodinný stav. Přestože můžeme spokojenost v určitých oblastech ovlivnit, právě v případě nemoci jsou nejvíce zasaženy a dochází v nich k velkým změnám, s kterými nedokážeme nic udělat.

3 ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOST

V této kapitole se nejprve budeme zabývat samotným pojmem životní smysluplnost, zejména jeho definicemi. Poté si popíšeme, jak na smysl života nahlízejí jedni z hlavních představitelů existenciální psychologie V. E. Frankl a A. Längle. Následně se budeme věnovat tomu, jak souvisí smysluplnost života jedince a jeho hodnotová orientace.

3.1 Vymezení životní smysluplnosti

Existenciální psychoterapie, životní smysluplnost, ztráta smyslu, snaha nalézt smysl života – toto jsou pojmy, které se objevují až od konce 19. století. Do té doby měl život jasný řád, pro člověka byl život přirozeně smysluplný a nemusel tedy o smyslu života přemýšlet a hledat jej. Smysl života začal být ústředním tématem filozofie zejména po druhé světové válce, přestože se životní smysluplnosti filozofie věnovala již o něco dříve (Kosová, 2014). Dále se pokusíme definovat pojem životní smysluplnost. Stejně jako je tomu u životní spokojenosti, také tento pojem nemá jednu ustálenou definici, ale definic tohoto pojmu je mnoho. Přestože se definice liší, podstata je vždy velmi podobná.

Dle Křivohlavého (2006, s. 51) se jedná o životní smysluplnost „*Tam, kde je lidské vědomé jednání a rozhodování o něm zaměřeno k určitému, pro daného člověka hodnotnému cíli, tj. tam, kde je toto jednání z úmyslu a vůle daného člověka cílevědomé, tam kde je možné hovořit o účelné a smysluplné činnosti.*“ Životním smyslem se zabývali také King et al. (2006), podle kterých lze život žít smysluplně pokud je život vnímám tak, že má přesahující význam, a není tedy jeho význam pouze triviální nebo momentální, má-li nějaký účel nebo je soudržný a přesahuje chaos. Životní smysluplnost lze definovat jako vědomí řádu, koherence a účelu své existence, sledování a dosahování hodnotných cílů a s ním spojený pocit naplnění (Reker & Wong, 1988). Hartl & Hartlová (2010, s. 536) definují smysl života jako „*vnitřní, duševní smysl určitého cíle či zaměření v životě člověka nebo v samotné existenci.*“ Smysl života je často definován jako pocit, že život člověka má nějaký cíl anebo, že investuje čas a energii k dosažení vytyčených cílů (Ryff & Singer, 1998). Pokud mluvíme o smyslu, je tím myšleno vyjádření nějakého účelu či záměru vztahujícího se k dalšímu dění nebo jednání (Křivohlavý, 2006).

Smysluplnost života je důležitým tématem, kterým se zabývají nejenom odborníci, ale dotýká se celé společnosti. Je mnoho jedinců, kteří nenachází ve svém životě smysl, proto se psychologie tomuto tématu ve velké míře věnuje.

Baumeister (1991) popisuje čtyři potřeby, jejichž uspokojení je důležité pro náš smysluplný život: účel, hodnota, účinnost a sebeúcta. Pro naplnění smyslu je třeba vnímat aktivity, kterým se věnujeme jako ty, které směřují k nějakému cíli. Může se jednat o snahu najít si dobrou práci nebo založit rodinu. Člověk má potřebu zastávat určité hodnoty, které mu pomáhají odlišovat, co je dobré a špatné. Existují pozitivní i negativní hodnoty a pro smysl v životě jsou obě důležité. Další nezbytností pro smysluplný život je potřeba cítit se zdatným a přesvědčení, že jsou naše činy důležité, smysluplné a mohou něco ovlivnit. Důležitá je rovněž sebeúcta, což znamená potřebu vážit si sebe sama.

Dle Reker & Wonga (1998) je smysl vícerozměrný a skládá se ze tří složek, které spolu vzájemně souvisejí. Jedná se o tyto tři složky: kognitivní, motivační a afektivní. Kognitivní složka je spojena s chápáním životních zkušeností. Každý člověk má svůj pohled na život a okolní svět. Díky svému přesvědčení je člověk schopen odpovídat na otázku typu: „Co je smyslem života?“ Motivační složka závisí na hodnotách jedince. Hodnoty nám pomáhají řídit naše chování, jsou určeny našimi názory, postoji a společností. Naše hodnotné cíle udržují směr našeho chování i přes všechny překážky, se kterými se v životě setkáváme. Afektivní složka je úzce spjata s našimi emocemi. Realizace našich cílů je doprovázena pocity uspokojení.

Smyslem života se zabývá zejména existenciální psychologie, která navazuje na filozofické směry. Dalšími důležitými tématy krom smyslu života jsou osamělost, úzkost, utrpení či strach ze smrti (Plhánková, 2020). Existenciální psychologie usiluje o to, aby byl člověk schopen snášet utrpení, milovat a radovat se ze života (Kosová, 2014). Z existenciální psychologie vycházejí dva psychotherapeutické směry, kterými jsou daseinanalýza a logoterapie (Plhánková, 2020). Při logoterapii se jedinec zaměřuje na konkrétní smysl a snaží se ho nalézt. Důležitými pojmy v logoterapii jsou svoboda vůle, smysl v životě a vůle ke smyslu (Kosová, 2014). V následující kapitole se budeme právě existenciální psychologii zabývat, a to zejména z pohledů jednotlivých autorů na smysluplnost života a jejich teoriemi.

3.2 Významní představitelé existenciální psychologie

V této podkapitole se budeme zabývat dvěma představiteli, kteří se tématu smysluplnosti věnovali. K těmto autorům patří V. E. Frankl a A. Längle.

Viktor Emil Frankl je považován za jednoho z nejdůležitějších představitelů existenciální psychologie a za zakladatele logoterapie. Logoterapie je psychoterapeutický směr, který se zabývá mnoha náměty, jako je smysl života, utrpení nebo lidské hodnoty (Plháková, 2020). Logoterapie popisuje člověka jako bytost biologickou, duchovní a duševní. Jednota těchto dimenzí vzniká tím, že duchovní rozměr se vyrovnává s duševním a biologickým (Längle, 1997). Frankl používal termín „výšinná psychologie“, která doplňuje hlubinnou psychologii o duchovní rozměr, který zastává v logoterapii důležitou roli (Frankl & Lapide, 2011).

Podle Frankla se člověk zaměřuje na vnější svět, ve kterém hledá smysl, který by mohl naplnit nebo hledá osobu, kterou by mohl mít rád. Člověk zapomíná na sebe a oddává se dané činnosti, věci nebo osobě, které ho naplňují. Jedná se o důležitý rys člověka, který Frankl nazývá *sebetranscendence existence*. Hlavním tématem logoterapie je potřeba smyslu, kterou Frankl pojmenovává *vůli ke smyslu*. Jedná se o nejpřirozenější lidskou potřebu (Frankl, 2007a). V rámci logoterapie smysl *„nepředstavujeme nic abstraktního, spíše se veskrze jedná o konkrétní smysl, a sice o jedinečný smysl situace, se kterou je vždy konfrontován jedinečný člověk“* (Frankl, 2007a, s. 68). Frankl vnímá smrtelnost jako nezbytnou proto, aby byl náš život smysluplný. Jedinečnost existence, nemožnost vrátit čas a neodvolatelnost slov a činů dává lidské existenci velký význam. Díky smrtelnosti je smysluplné něco podnikat. Nezáleží na délce života, jakýkoliv život může být dle Frankla smysluplný. Také v případě nemoci nedochází ke ztrátě smyslu, naopak nemoc může být pro člověka přínosem (Frankl, 2022).

Dále Frankl pracuje s termínem existenciální vakuem. Jedná se o pocit nesmyslnosti a vnitřní prázdnoty. Projevuje se netečností a nudou. Člověk ztrácí potřebu cokoli měnit nebo se jakkoliv v životě posouvat. Tito lidé trpí existenciální frustrací. Pokud se k těmto pocitům přidají navíc neurologické příznaky, jedná se o noogenní neurózu. Jedincům trpícím noogenní neurózou může pomoci právě logoterapie (Frankl & Lukasová, 1994). S existenciální vakuem souvisí pojem nedělní neuróza. Objevuje se u lidí v době pracovního klidu, kdy naplno propukají pocity úzkosti, bezcílnosti a bezsmyslnosti, které jsou pro

existenciální vakuum typické. V práci je jedinec zaneprázdněn a nemá mnoho času přemýšlet, a proto se všechny negativní myšlenky objevují zejména v době pracovního volna (Frankl, 1996).

Člověk může dát svému životu smysl třemi způsoby. Buď realizací nějakého díla nebo prožitkem. Pokud člověku není ani jeden ze způsobu umožněn, tak může jedinec nalézt smysl zaujetím určitého postoje k nezměnitelnému osudu (Frankl, 2022). Těmto třem hodnotám, které Frankl popisuje se budu blíže věnovat v další podkapitole.

Stejně tak jako existují tři cesty, které pomáhají jedinci nalézt smysl, existují také čtyři patologické způsoby hledání smyslu. Může se jednat o provizorní postoj k životu. Jedinec žije pouze v přítomnosti a nemá žádné cíle, které by pro něj byly důležité, což je také spojeno s neschopností vzít na sebe zodpovědnost za svůj život. Další je fatalistický postoj k životu. Jedná se o přesvědčení, že jedinec nemůže svůj budoucí život nijak ovlivnit a rezignuje. V případě kolektivistického postoje se člověk snaží splynout s ostatními a všem vyhovět, což vede ke zbavování se zodpovědnosti. Posledním nevhodným způsobem hledání smyslu je fanatický postoj. Jedinec ignoruje druhého člověka, zajímá se jenom o sebe, o všem rozhoduje a všechny chce řídit, je netolerantní (Frankl, 2007b).

Dalším autorem věnující se existenciální psychologii je Alfred Längle. Podle něj smysluplně žije člověk, který se se svými emocemi, nadáním a možnostmi věnuje těm oblastem života, které mu přítomné okamžiky nabízí. Důležitá je právě angažovanost člověka. Důležitost smyslu vychází ze tří prožitků člověka, kterými jsou: příležitost svobodně si zvolit nějakou z možností, příležitost rozhodovat o svých hodnotách a uvědomění, že se situace v životě stále proměňují a nejsou stálé. Svoboda je pro člověka příjemná jenom v případě, že s ní jedinec umí nakládat, jinak často vede k pocitům prázdnoty a nudy. V tomto případě dochází u člověka k existenciální frustraci, tak jak ji popsal Frankl (Längle, 2002).

Existují 4 základní kameny existence – postoj k okolnímu světu, postoj k vlastnímu životu, osobní bytí a orientace na budoucnost. Lidskou existenci Längle chápe jako nepřetržité zaujetí těmito tématy, které tvoří základ naplněného života. Z tohoto důvodu se lidé snaží tyto 4 kameny existence pochopit a případně vylepšovat (Längle, 2004).

Dle Länglea je člověk řízen 4 existenciálními motivy. Motivaci definuje jako proces dialogického pohybu od současné reality k cílům a záměrům člověka. Motivace se odvíjí od čtyř základních kamenů existence. Autor tvrdí, že za každou ztrátou smyslu stálo narušení

jedné nebo více z těchto čtyř motivací. Jedná se o tyto čtyři motivy: moci být, moci žít, moci být sám sebou a snaha o smysl (Längle, 1992). Základem je odpověď na 4 základní otázky lidské existence. Tyto otázky se týkající samotné existence „Mohu žít?“, života „Chci žít?“, osoby „Smím být?“ a smyslu existence „Proč žiji?“ (Längle, 1997).

Alfried Längle se velkou měrou podílel také na tvorbě dotazníku ESK – Existenciální škála, který byl použit při sběru dat v rámci praktické části této práce, ve které se budeme tímto dotazníkem blíže zabývat.

3.3 Smysl života a hodnotová orientace

Součástí většiny definic životní smysluplnosti je dosahování vytyčených cílů, které jsou pro jedince hodnotné a mají tak pro něj smysl. V této kapitole se budeme věnovat právě hodnotám, jelikož souvisí s cíli, ke kterým jedinec směřuje, a tedy se životní smysluplností.

Cíle a hodnoty se vzájemně ovlivňují. Cesta k dosažení vytyčeného cíle bývá spojena s kladnou hodnotou, ale zároveň právě hodnoty ovlivňují, jaký z cílů si zvolíme (Křivohlavý, 2006).

Hodnota je definována jako „*vlastnost, kterou jedinec přisuzuje určitému objektu, situaci, události nebo činnosti ve spojitosti s uspokojováním jeho potřeb a zájmů*“ (Hartl, 2004, s. 81). Definice hodnot je opět mnoho, většina z definic má pět společných rysů. Téměř ve všech definicích se uvádí, že hodnoty jsou 1. koncepty nebo přesvědčení, 2. o žádoucích konečných stavech nebo chování, 3. které přesahují konkrétní situace, 4. řídí výběr nebo hodnocení chování a událostí a 5. jsou uspořádané podle relativní důležitosti (Schwartz & Bilsky, 1987).

Smysluplné je pro člověka zejména to, co je pro něj významné. To, co vnímáme jako nedůležité a zaujímáme k tomu lhostejný postoj pro nás v tu chvíli nemá smysl. Přestože nás to k nějakému smyslu může dovést, v současné chvíli tomu nevěnujeme pozornost. Hodnot ovšem v životě zastáváme mnoho a je třeba se zorientovat v tom, jak za pomoci hodnot můžeme dospět k smysluplnému životu (Längle, 2002). Frankl (1996) popsal tři hodnoty, které mohou být zdrojem smyslu. Vnímá je jako tři hlavní cesty ke smyslu, jedná se o tvůrčí, zážitkové a postojové hodnoty.

Tvůrčí hodnoty realizujeme činností a utváříme tak okolní svět. Tvůrčí hodnoty mohou být uskutečňovány tvorbou nějakého díla nebo vykonáním určitého skutku. Může se

jednat o důležitý počin ve vědě, ale také o výchovu dítěte či starost o domácnost. Nejedná se tedy pouze o vynalézavost a tvorbu něčeho nového, ale vztahuje se také na chování, které se týká osobní oblasti života. Nejde tolik o samotnou činnost a její výsledek, ale důležitá je hlavně angažovanost jedince (Längle, 2002).

Zážitkové hodnoty člověk realizuje prožíváním vnějšího světa, díky čemuž obohacuje sám sebe svými prožitky. Souvisí s dovednostmi a schopnostmi daného člověka. Ze světa tak dostáváme k sobě samému něco hodnotného, co v nás vyvolává příjemné pocity a vytváří tak v našem životě smysl. Může se jednat o trávení času v přírodě nebo s druhými lidmi, ale také o četbu knih či poslech hudby (Frankl, 1996).

Další hodnotou jsou postojové hodnoty. Jedná se o zaujetí určitého postoje k nezměnitelnému osudu. Právě osudovost je důležitým předpokladem pro uskutečnění postojových hodnot. Životní situace, ke které zaujímáme určitý postoj musí být opravdu nevyhnutelná. Dochází k přijetí života takového, jaký je, a to i v těch nejtěžších chvílích života, které jsou spojeny s utrpením nebo nemocí (Frankl & Lukasová, 1994).

Další otázkou zůstává, jestli se naše hodnoty, tedy zdroje naší smysluplnosti, během života mění nebo zůstávají stálé. Existují dva pohledy. Jedna skupina psychologů tvrdí, že pokud se pro nějaké zásadní hodnoty jednou rozhodneme, zůstávají poté již neměnné. Tyto hodnoty umožňují člověku lépe chápat smysluplnost dění. Pomáhají jedinci také zaujímat určitý postoj k jednotlivým událostem. Druhá skupina psychologů se domnívá, že se naše zdroje smysluplnosti během života mění, a to zejména vlivem našich zkušeností, které získáváme během života. Studie ukazují, že pravda je na obou stranách. Základní hodnoty se během života příliš nemění a zůstávají stálé po celý život. Dílčí zdroje ovšem mohou být jak stálé, tak se i během života měnit, a to zejména právě z důvodu nově nabytých zkušeností (Křivohlavý, 2006). Hodnoty, které člověk zastává velmi ovlivňují život člověka. Pomáhají mu k dosahování cílů a popohánějí ho vpřed. Naše hodnoty nám pomáhají nacházet v životě smysl a vést spokojený a naplněný život.

4 SEBEPOJETÍ

V této kapitole si nejprve definujeme pojem sebepojetí. Poté se budeme zabývat jeho jednotlivými složkami. Blíže popíšeme kognitivní, emoční a konativní aspekt. V závěru kapitoly se zaměříme na problematiku tělesného sebepojetí.

4.1 Definice sebepojetí

V této podkapitole se budeme zabývat fenoménem Já. Jedná se o velmi širokou problematiku, která je jedním z ústředních témat psychologie osobnosti a jak zdůrazňuje Blatný (2010) lidské Já je také velmi důležitou součástí mnoha psychologických procesů. Já vychází z prožitků, které se projevují ve vědomí člověka. Jedná se o procesy týkající se uvědomování si sebe sama (Poledňová, 2009). Jedním z prvních průkopníků zabývajících se jástvím byl William James (1890), který rozlišoval Já na činné a předmětné. Činným Já, jinak nazývají se jako poznávající Já, je označován subjekt, který dokáže vnímat, myslet, prožívat a mimo to také hodnotit. Naopak předmětné Já, jinak nazývané jako poznávané Já, je souborem všeho, co je člověku vlastní a patří mu. V současné terminologii se právě předmětné Já označuje jako sebepojetí (Poledňová, 2009; Blatný & Plháková, 2003). William James velmi přispěl svým rozlišeným Já k problematice jáství.

Dříve se pojem sebepojetí používal v širším kontextu jako synonymum k celému jáství (Konečná, 2010). Ovšem v současné době již není sebepojetí vnímáno jako ucelená představa o sobě samém, ale je kladen důraz na jeho multifaktoriální a uspořádanou strukturu a fungování, které je v čase proměnlivé (Blatný & Plháková, 2003). Sebeipojetí se vztahuje zejména k „*postojům, pocitům, k znalostem o našich dovednostech, zkušenostech, vzhledu nebo sociálnímu přizpůsobení*“ (Konečná, 2010, s. 48). Pojem sebepojetí lze definovat také jako „*souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“ (Blatný & Plháková, 2003, s. 92). Van der Werff (1990) popisuje sebepojetí jako mentální představu člověka o sobě samém. Sebeipojetí člověka ukazuje, jaký vztah má jedinec k sobě samému. Utváří se na základě toho, co si člověk o sobě myslí, jaké představy sám o sobě má, jak sám sebe prožívá a jak se hodnotí (Vymětal, 2003).

Sebeipojetí má dvě hlavní úlohy. První z nich je orientace v osobním životě a dále působí jako stabilizátor činnosti. Přestože je sebepojetí proměnlivé a vlivem životních

zkušeností se mění, zároveň je v něm prosazována tendence k integritě (Balcar, 1991). Sebepojetí se začíná vyvíjet již v útlém dětství, a to zejména na základě hodnocení rodičů a později na základě hodnocení vrstevníků (Vymětal, 2003). Dále ovlivňují lidské sebepojetí společenské stereotypy a nové zkušenosti, které jedinec získává během života (Balcar, 1991).

4.2 Složky sebepojetí

Sebepojetí lze rozdělit na jednotlivé složky: kognitivní, konativní a afektivní aspekt (Macek, 2019).

Nejprve začneme popisem a vysvětlením první složky sebepojetí a tou je kognitivní aspekt Já. Ten se týká obsahu a organizace sebepojetí. Sebepojetí se utváří díky procesu socializace po celý život jedince, a proto je obsah sebepojetí u každého jedince odlišný. Přesto můžeme nalézt společné znaky obsahové stránky sebepojetí u většiny jedinců, jako je postupné získávání většího množství informací o sobě nebo princip odlišnosti (Blatný & Plháková, 2003). Princip odlišnosti můžeme popsat jako nejvýraznější obsah sebepojetí u těch aspektů Já, které jedince odlišují od ostatních osob (Greenwald & Pratkanis, 1984).

Zatímco obsah sebepojetí nám říká, co si člověk sám o sobě myslí, a čemu věří, co se týká vlastních představ o sobě samém, struktura sebepojetí ukazuje, jak je sebepojetí reprezentováno v paměti (Sedikides et al., 2014). Existuje několik modelů zabývajících se strukturou sebepojetí, my se blíže zaměříme na koncepci schémat. Markus (1977) popisuje ve své práci vznik struktur neboli sebeschémat. Jedná se o kognitivní zobecnění týkající se člověka samého, které jsou odvozené z minulých zkušeností a organizují a řídí zpracování informací o sobě samém. Každé schéma obsahuje informace o sobě, minulých zkušenostech a našich vlastnostech. Schéma se vytvoří na základě opakovaného hodnocení chování člověka buď sebou samým nebo ostatními lidmi. Sebeschématata usnadňují zpracování informací o sobě a člověk získává lepší představu o tom, jaký je.

Dalším aspektem sebepojetí je emoční aspekt. Vyjadřuje, jaký vztah máme sami k sobě, je vyznačován emocemi. Dochází tak k hodnocení, které může být pozitivní nebo negativní (Blatný & Plháková, 2003). Dle Smékala (2009) je sebehodnocení podstata jáství. Za jednu z hlavních charakteristik sebehodnocení je považována sebeúcta. Jedná se o mínění, že vlastnosti, které jedinec má a stejně tak i jeho chování je správné (Cakirpaloglu, 2012). Další důležitou součástí sebehodnocení je svědomí. Svědomí představuje naše vnitřní

normy, které považujeme za správné a řídíme se jimi. V případě, že dojde k jejich porušení zažíváme pocity viny a studu (Smékal, 2009). To, jak sami sebe hodnotíme je úzce provázané s hodnocením od ostatních lidí. Navíc není podstatné jen to, jak nás hodnotí druzí, ale také to, jak své chování a chování druhých posuzujeme (Macek, 2019). V případě globálního sebehodnocení se sleduje, jaký má jedinec celkový postoj k sobě samému, a to z hlediska pozitivivity nebo negativity. Globální hodnocení se skládá ze dvou dimenzí: pocitu společenské hodnoty a vlastní kompetence. Obě složky spolu souvisejí, přesto že jedná o dva odlišné konstrukty, u kterých jsou patrné rozdíly. Není tedy snadné určit jednoznačně globální hodnotu vlastního já (Tafarodi & Swann 1995).

Konativní aspekt Já nám říká, že naše Já, ať už aktuální nebo možné, je tím nejdůležitějším činitelem, které řídí naše chování (Blatný & Plháková, 2003). Mohli bychom ho popsat jako sklon jednat a reagovat takovým způsobem, který je v souladu s naším kognitivním a emočním aspektem (Macek, 2019). K lepšímu pochopení seberegulace přispělo mnoho autorů se svými teoriemi. Jedním z nich je Higgins (1987), který popisuje několik typů Já: skutečné Já, ideální Já a požadované Já. Skutečné Já nám říká, jací skutečně jsme. Ideální Já vyjadřuje přání, jací bychom chtěli být a požadované Já v sobě zahrnuje vlastnosti, o kterých si myslíme že bychom je měli mít, přestože jimi nedisponujeme. Nesrovnalosti mezi těmito třemi typy já mohou vést k nepříjemným pocitům. Velké rozdíly mezi skutečným stavem a ideálním stavem je spojeno s emocemi související se sklíčeností. Rozdíly mezi skutečným stavem a požadovaným Já jsou spojeny s emocemi rozrušení.

4.3 Tělesné sebepojetí

Tělesnému sebepojetí věnuji v této práci samostatnou podkapitolu, jelikož u lidí po poranění míchy dochází k zvratu v jejich celkovém tělesném stavu a téma změny vzhledu je pro ně velmi důležité. Vymětal (2003) tvrdí, že problematika tělesného sebepojetí je častá právě u jedinců po různých úrazech, u kterých dochází k tělesným změnám. Lidé s poraněnou míchou se ocitají na invalidním vozíku, mění se postoj jejich těla, mívají přidružené zdravotní komplikace a snižuje se fyzická zdatnost.

Tělesné sebepojetí můžeme definovat jako ústřední reprezentaci prostorových vlastností těla (Haggard & Wolpert, 2005).

Tělo je jednou z prvořadých složek celkového sebepojetí člověka. Vnímání našeho těla ovlivňuje to, jak se líbíme sami sobě. Velký vliv má na vnímání našeho těla okolí.

Zejména hodnocení ze strany rodičů, kamarádů a celkově společnosti ovlivňuje naše tělesné sebepojetí. Neméně důležité jsou také kulturní faktory. Jsou popisovány tři komponenty tělesného sebepojetí: vzhled, zdatnost a zdraví (Fialová & Krch, 2012).

Ženy bývají už od útlého dětství společností tlačeny k určitému vzhledu. Na štíhlost je u žen kladen velký důraz. Už osmileté děti uvádějí, že nejsou se svým vzhledem spokojené a chtěly by být hubenější (Fialová, 2001). I v dospělosti je většina žen nespokojena se svým tělem. Největší nespokojenost je u žen v oblasti břicha, boků a stehen (Grogan, 2000). U žen jsou stopy stárnutí vnímány velmi negativně a jsou posuzovány přísněji, než je tomu u mužů. U mužů je preferována středně velká a svalnatá postava. Už chlapci od pěti let si uvědomují, jak je tělesný vzhled důležitý a touží po svalnaté postavě. Muži jsou v období puberty se svou postavou více spokojeni než ženy, přesto mnoho chlapců prožívá během puberty nespokojenost se svým tělem (Fialová, 2001). V dospělosti jsou muži nejméně spokojeni s těmito partiemi: břicho, bedra, bicepsy, ramena a hrudník. Velký důraz na vzhled je patrný mezi oběma pohlavími. Psychologové se snažili přijít na příčinu podstaty ideálu štíhlosti. Jedni badatelé tvrdí, že štíhlost je preferována ze zdravotních důvodů, jelikož štíhlost je zdravější než nadváha. Jiní psychologové se naopak domnívají, že ideál štíhlosti je naučený a zdraví v něm má jen velmi malou roli (Grogan, 2000).

Zdraví je pro většinu populace velmi podstatné, jelikož si uvědomujeme, že v případě nemoci dochází k mnoha omezením a životním změnám ve vztazích, v práci a celkové spokojenosti. Fialová & Krch (2012) rozdělují zdraví na subjektivní a objektivní. V případě subjektivního zdraví mluvíme o vnitřních pocitech jedince a jeho názoru, který má na svůj zdravotní stav. Objektivní zdravotní stav hodnotí lékař nebo je závislý na názoru jiných lidí. Problémem posledních let je právě nedostatečná péče o vlastní tělo a s tím spojená nadváha až obezita.

Fyzickou zdatnost můžeme definovat jako schopnost vhodně reagovat na působení vnějšího prostředí jako je zátěž těla, horko či chlad (Máček & Radvanský, 2011). Dobrá fyzická kondice je prospěšná pro fyzické i psychické zdraví. Fyzicky zdatní lidé bývají méně nemocní, psychicky vyrovnanější a fyzicky atraktivnější. Zlepšit naši zdatnost můžeme pravidelným aerobním cvičením či posilováním (Fialová & Krch, 2012).

Naše tělo hraje velkou roli také v oblasti komunikace. Našimi pohyby, mimikou a postojem komunikujeme s ostatními a mimo to, tělo dokáže sdělit našemu okolí mnoho informací o naší osobnosti. Na základě vnějšího vzhledu si o člověku utváříme určité

představy a na základě nich s jedincem komunikujeme a dochází tak k vzájemným sympatiím či antipatiím (Fialová, 2001). Existuje tedy mnoho důvodů, proč je tělo pro celou společnost tak významné.

Možností, jak změnit své tělesné proporce je mnoho. Může se jednat o sportovní aktivitu, zdravou stravu, kosmetickou péči nebo estetickou chirurgii. Zejména sportovní aktivita má pro člověka velký význam, a to zejména z důvodu zlepšení nejen vzhledu, ale také zdraví (Fialová, 2001). Tělesné Já je významné pro celkovou sebeúctu, duševní zdraví, ale také životní spokojenost.

5 PROVEDENÉ VÝZKUMY

V této kapitole se zaměříme na výzkumy týkající se kvality života lidí po poškození míchy. Kapitola je rozdělena na tři podkapitoly věnující se zvlášť životní spokojenosti, životní smysluplnost a sebepojetí. Níže popsané výzkumy souvisí s výzkumnou částí diplomové práce. Tyto výzkumy nám mohou pomoci zorientovat se více v této problematice a přiblížit nám dosavadní zjištění v této oblasti.

5.1 Poranění míchy a životní spokojenost

Studie s názvem Životní spokojenost u osob s poraněním míchy v různých ročních obdobích měla za cíl prozkoumat životní spokojenost napříč ročními obdobími. Jednalo se o longitudinální studii, které se účastnili jedinci polské národnosti s poraněním míchy. Jedinci vyplňovali dva dotazníky: Dotazník životní spokojenosti a Dotazník fyzické aktivity pro volný čas. Oba dotazníky vyplňovali respondenti 4x a to na jaře, v létě, na podzim a v zimě. Studie se účastnilo 56 osob ve věku od 18 do 65 let. Podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo prodělání poranění míchy minimálně 3 roky před začátkem studie. Nejvyššího skóru v životní spokojenosti dosahovali respondenti na jaře a následně došlo v létě k poklesu. Pět individuálních charakteristik, mezi které patří místo bydliště, vzdělání, pohlaví, fyzická aktivita a doba od zranění výrazně zmírňovaly změny v životní spokojenost v jednotlivých ročních obdobích (Urbański et al., 2020).

Dále popíšeme výsledky švédské studie, která se zabývala životní spokojeností u lidí ve věku 50 let nebo starších, kteří byli po poranění míchy nejméně 10 let. Jednalo se o longitudinální kohortovou studii. Pro sběr dat byl využit rozhovor a hodnocení v domovech respondentů. Počáteční údaje byly sesbírány v roce 2012. Tato studie je založena na následných datech, jejichž sběr byl dokončen v roce 2018. Výzkumu se zúčastnilo 78 jedinců. Jejich průměrný věk byl 68 let a průměrná délka od úrazu 31 let. Výzkumu se zúčastnilo 53 mužů a 25 žen. Nejvyšší míra spokojenosti byla v oblastech celkové životní spokojenosti, partnerství či rodiny a psychického zdraví. V těchto oblastech byla spokojeno více než 60 % respondentů. S profesním životem bylo spokojeno méně než 50 % respondentů. Největší nespokojenost byla patrná v sexuálním životě a v oblasti somatického zdraví. Pouze 23 % jedinců bylo spokojeno se svým somatickým zdravím a v oblasti

sexuálního života bylo velmi nespokojeno 37 % respondentů, zatímco pouze 3 % byla velmi spokojena (Jørgensen et al., 2021).

Studie Van Leeuwen et al. (2011) si kladla za cíl prozkoumat změny v životní spokojenosti během prvních pěti let od propuštění z rehabilitačního zařízení. Studie se zúčastnilo 162 osob. Životní spokojenost nebyla příliš odlišná při propuštění a po dvou letech. Výrazný nárůst životní spokojenost se objevil od dvou do pěti let od propuštění. Velký vliv na zvyšující se životní spokojenost měla nezávislost na druhé osobě, nízká bolestivost, vysoká sociální opora a vysoká sebeúčinnost.

Cílem dalšího výzkumu bylo prozkoumat jakou roli má sociální opora, životní smysluplnost a náboženství v posttraumatickém růstu a životní spokojenosti u lidí s poraněním míchy. Výzkumu se zúčastnilo 157 respondentů z Íránu. Jednalo se o respondenty starší sedmnácti let, u kterých došlo k poranění míchy před nejméně dvěma lety. Byly využity 4 dotazníky: Škála životní spokojenosti (SWLS), krátká forma Dotazníku smyslu života (MLQ-SF), krátká forma Inventáře posttraumatického růstu (PTGI-SF), Centrální stupnice religiozity (CRS) a Multidimenzionální škála vnímané sociální opory (MSPSS). Nejdůležitějším prediktorem životní spokojenosti byla podpora přátel a zásadním prediktorem posttraumatického růstu byla podpora rodiny. Všechny prediktorové proměnné vysvětlily 62 % posttraumatického růstu a 38 % životní spokojenosti (Zezeibi Ghannad et al., 2018).

Z výsledku těchto výzkumů je patrné, že vliv na životní spokojenost má velké množství faktorů, jako je například i roční období, ovšem mezi jedny z nejdůležitějších se řadí mezilidské vztahy. Největší problémy, které jedince po poranění míchy trápí je sexuální život a somatického zdraví.

5.2 Poranění míchy a životní smysluplnost

Castro et al. (2020) se zabývali životní smysluplností a životní spokojeností u lidí po poranění míchy. Jednalo se o kvantitativní studii, které se zúčastnilo 200 respondentů. Pro sběr dat byly využity tyto dotazníky: Škála spokojenosti se životem od Dienera (SWLS) a Dotazník smyslu života od Stegera (MLQ). Průměrné skóre ve Škále spokojenosti se životem odpovídalo mírné spokojenosti a průměrné skóre ve škále hledání a přítomnost smyslu naznačovalo, že většina účastníků výzkumu považuje život za smysluplný, přestože smysl života přímo nehledá.

Řada výzkumníků uvádí, že deprese je u lidí po poranění míchy 4x častější než u zdravé populace. Také je častá ztráta smyslu života z důvodu nedostatečné sociální opory. Výsledky studie ukazují, že mezi sociální oporou, smyslem života a depresí u lidí s poraněnou míchou a osobami bez tělesného postižení je významná souvislost. Z výsledku vyplývá, že by měla být věnovaná mnohem větší pozornost rodinným vztahům a životní smysluplnosti během léčby, než tomu bylo dosud (Imani et al., 2013).

Následující kvalitativní studie měla za cíl prozkoumat cesty k nalezení smyslu a sledovat význam naděje pro lidi po poranění míchy. Zúčastnilo se ji 20 respondentů, kteří byli dotazováni na význam a důležitost naděje ve 2 týdnech, 6 měsících, 1 roku a 2 letech od poranění míchy. Nejdůležitější byla tři témata: naděje na úplné uzdravení, naděje na soběstačnost a naděje na optimální kvalitu života (Parashar, 2015).

5.3 Poranění míchy a sebepojetí

Studie, nazývajících se Zvládání stigmatu: Zkoumání zkušeností s obrazem těla a sebe prezentací u osob s poraněním míchy, se zúčastnilo 5 žen a 4 muži různého věku od 21 do 63 let. Jednalo se o respondenty s poraněnou míchou v oblasti od C3 do T7, od zranění uplynulo od 4 do 36 let. Informace od respondentů byly zjišťovány za pomoci polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Odpovědi respondentů byly velmi různorodé, od těch pozitivních až po ty negativní. Respondenti nejvíce mluvili o nespokojenosti se svým vzhledem a nostalgických vzpomínkách týkajících se jejich vzhledu, obavách z přibírání, zhoršených funkcích těla, strachu z nečistoty související s inkontinencí a touze po větší fyzické atraktivitě (Bailey et al., 2016). Vázquez-Fariñas & Rodríguez-Martin (2021) popisují faktory usnadňující zvládání tělesných změn po poranění míchy, těmi jsou: uplynulá doba od úrazu, pozitivní životní postoje a přemýšlení, nižší věk, mužské pohlaví a pružné hodnoty a přesvědčení.

Chau et al. (2008) popsali třífázový model týkající se učení žít se svým tělem po poranění míchy u žen, který začíná u nepohodlí, poté směřuje k pohodlí až nakonec k pohodlí dojde. K nepohodlí dochází kvůli nepříjemnému pocitu vůči vlastnímu tělu z důvodu změn po poranění, zejména změny tělesného vzhledu, ztrátu kontroly a změnu sociálních vztahů. Fáze směřující k pohodlí se skládá z různých strategií směřující ze sociální izolace k pozitivní prezentaci sebe sama. K pohodlí došlo v době, kdy byli ženy schopné mluvit o svých problémech s ostatními lidmi. Většina žen měla také v této fázi

potřebu vysvětlovat svou situaci veřejnosti, aby lépe porozuměla stavu lidí po poranění míchy.

Další studie se zabývala zkoumáním obrazu těla a sebekoncepce mužů se získaným poraněním míchy. Tato studie je založena na původním, rozsáhlejším výzkumu. Do současné studie bylo zařazeno 64 mužů. Jednalo se kvalitativní výzkum, metodou sběru dat byl rozhovor. Nejdůležitějšími tématy byly pro muže po poranění míchy změny ve vlastním Já a na těle, změny v sociální oblasti při interakci s lidmi a činy a chování ostatních lidí vůči nim. Respondenti hovořili o změně jejich těla a nenaplnění představy silného, fyzicky zdatného muže. Dále popisovali pocity necelistvosti z důvodu postižení jedné části těla. Často posuzovali sami sebe podle toho, jak je vidí veřejnost. Nechtěli vypadat na veřejnosti jako lidé s postižením a měli obavy, že je tak veřejnost vnímat bude. Respondenti zažívali často rozpaky na veřejnosti. Také mluvili o důležitosti jejich vzhledu. Dalším bodem, o kterém účastníci výzkumu hovořili byly pocity štěstí. Vyjadřovali vděčnost, že jsou stále naživu a uvědomovali si, že se mohou věnovat mnoha aktivitám a mají velké množství možností. Někteří respondenti nedokázali situaci přijmout dlouhou dobu po úrazu, naopak u některých došlo ke smíření po krátké době. Respondenti také vyzdvihli pozitivní změny jako byl sociální, osobní či pracovní růst (Popowich Sheldon et al., 2010).

Otázky vzhledu a fyzické zdatnosti jsou pro člověka po úrazu velmi podstatné. Změna tělesného schématu a s úrazem související zhoršené fyzické zdraví se mohou velmi silně odrazit na kvalitě života.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY

V posledních letech začalo být téma zlepšování životních podmínek pro lidi s postižením velkým tématem, které je stále aktuální. Lidé po poranění míchy mají lepší podmínky pro život, než tomu bylo před několika desítky let. I přesto mohou veškeré změny, ke kterým u lidí po poranění míchy dochází, vést k nižší kvalitě života.

Dle Putzke et al. (2002) mezi hlavní faktory snižující životní spokojenost u lidí po poranění míchy patří mužské pohlaví, nezaměstnanost, špatný zdravotní stav, zhoršená mobilita a zhoršená možnost zapojit se do společnosti. Také dle Posta et al. (1998) je celková životní spokojenost u lidí po poranění míchy nižší než u jedinců bez tohoto postižení, kromě spokojenosti s rodinným životem, která byla naopak vyšší právě u lidí s poraněnou míchou. Velký vliv na životní spokojenost má i kvalita trávení volného času, zdravotní stav nebo sebehodnocení (Coyle et al., 1994). Tasiemski et al. (2022) uvádí, že nejdůležitějšími faktory ovlivňující životní spokojenost je měsíční příjem, doba uplynulá od úrazu a vzdělání.

Dalším velkým tématem je u lidí po poranění míchy vnímaná životní smysluplnost. Přes všechny komplikace vnímají lidé svůj život jako smysluplný (Castro et al., 2020). Nejčastějším zdrojem smyslu jsou u lidí s tělesným postižením mezilidské vztahy a pomoc druhým lidem (Arvig, 2006).

U lidí po poranění míchy se také mění vnímání jejich těla. Lenggenhager et al. (2012) poukazuje na zvýšené odpoutání vlastního těla a tělesných pocitů. U jedinců tak dochází vlivem poranění míchy ke změně tělesného Já. Jedinci po poranění míchy bývají nespokojeni se svým tělem, a to jak muži, tak i ženy (Bailey et al., 2016).

Přestože je výzkumů k těmto tématům, především životní spokojenosti u lidí po poranění míchy velké množství, považují za přínosné jejich zopakování na české populaci. Většina výzkumů na tato témata probíhá v zahraničí, ovšem v jiných zemích bývá politická situace, sociální systém a možnosti pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením odlišné, což může vést k naprosto jiným výsledkům. Hlavním předmětem naší práce je prozkoumat životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí u lidí po poranění míchy. Stanovili jsme si následující výzkumné cíle:

1. Zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u lidí po poranění míchy a u zdravých jedinců.
2. Zjistit, zda ovlivňuje víra vnímání životní smysluplnosti u lidí se spinálním poškozením.
3. Zjistit, zda má vliv výška poranění míchy na životní spokojenost.
4. Zjistit, jestli souvisí životní spokojenost u lidí po poranění míchy s časem uplynulým od úrazu.

Rozhodli jsme se prozkoumat rozdíly v celkové životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u lidí po poranění míchy, jelikož předpokládáme značné rozdíly z důvodu naprosto odlišných problémů a situací, kterým musí jednotlivci v těchto dvou souborech čelit. Dále se zaměříme na víru, která může mít po úrazu a vážné nemoci velký vliv na vnímání smysluplnosti života (Brillhart, 2005; Wilson et al., 2017). Problematika míšního poškození je velmi široká, proto jsme se zaměřili jen na ty oblasti, které nám připadají jako jedny z nejpodstatnějších. Rozhodli jsme se zkoumat odstup od úrazu, jelikož máme za to, že delší doba uplynulá od úrazu povede k lepší adaptaci a vyšší spokojenosti. Jelikož lidé s poraněním míchy ve vyšší části páteře bývají méně soběstační (Jedlička & Keller, 2005), lze předpokládat, že jejich životní spokojenost bude nižší.

Na základě výše popsaných teoretických poznatků a vzhledem k cílům práce byly vytyčeny tyto hypotézy:

H1: Existuje významný rozdíl v životní spokojenosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H2: Existuje významný rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H3: Existuje významný rozdíl v sebepojetí u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H4: Věřící lidé po poškození míchy vnímají život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy.

H5: Lidé s poraněním míchy v krční části páteře skórují níže v Dotazníku životní spokojenosti než lidé s nižší výškou léze.

H6: Existuje významná souvislost mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu.

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole se budeme věnovat výzkumnému designu a charakteristikám výběrového souboru. Poté přejdeme k popisu metod, které byly během výzkumu využity. Jedná se o tyto tři metody: Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Existenciální škála (ESK) a Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES). Následně popíšeme organizaci a průběh sběru dat, metody zpracování a analýzy dat. Nakonec se budeme zabývat etickými aspekty práce, které jsou důležitou součástí každé studie.

7.1 Výzkumný design

V této diplomové práci byl využit pro sběr dat kvantitativní výzkum. Byly využity tři dotazníky: Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Existenciální škála (ESK) a Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES). Dotazníky byly administrovány respondentům v online podobě. Data byla získávána přes sociální síť Facebook, webový portál Vozejkov.cz a sociální centrum věnující se jedincům po poranění míchy. Do dotazníkového šetření se zapojilo 198 respondentů, z toho 66 jedinců s míšním poškozením a 132 osob zdravých bez chronického onemocnění. Sběr dat probíhal od října 2021 do konce března 2022.

7.2 Charakteristika výběrového souboru

Základním souborem jsou osoby s míšním poškozením a zdraví lidé bez chronického onemocnění. Byly využity dvě metody sběru dat: metoda sněhové koule a samovýběr. Do výzkumu se zapojilo 132 zdravých jedinců bez chronického onemocnění, 73 z nich bylo žen a 59 z nich bylo mužů. Dále se výzkumu zúčastnilo 66 jedinců s poškozením míchy, 37 z nich bylo žen a 29 z nich bylo mužů. Výzkumu se mohly zúčastnit osoby starší šestnácti let. Dotazník vyplnilo celkem 209 respondentů, 11 z nich bylo vyřazeno z důvodu nesplnění základních kritérií. Ve 4 případech se jednalo o osoby, které nebyly po poškození míchy, ale byly na invalidním vozíku z důvodu jiného onemocnění jako například roztroušené sklerózy. Další 7 respondentů bylo vyřazeno z důvodu závažného chronického onemocnění jako byl diabetes mellitus, revmatoidní artritida a ischemická choroba srdeční. V Tab. 4 jsou uvedeny charakteristiky respondentů zařazených do výzkumu z hlediska věku.

Tab. 4: Charakteristiky respondentů zařazených do výzkumu z hlediska věku

Skupina	Počet	15–20 let	21–30 let	31–45 let	46–60 let	61–75 let
Ženy po poranění míchy	37	1	6	5	16	9
Muži po poranění míchy	29	3	4	5	13	4
Zdravé ženy	73	14	50	5	4	0
Zdraví muži	59	8	42	3	6	0
Celý soubor	198	26	102	18	39	13

7.3 Aplikované metody

V úvodu jsme se zeptali na několik základních otázek, poté respondenti přešli k vyplňování samotných dotazníků. Respondenti odpovídali nejprve na otázky týkající se věku, pohlaví, vzdělání, velikosti bydliště, víry, rodinného stavu, zda-li jsou zaměstnaní a dochází nebo docházeli během života na psychoterapii. Poté se otázky lišily pro lidi se spinálním traumatem a zdravé jedince. Otázky pro lidi po poškození míchy se týkaly: invalidního důchodu, příspěvku na péči, pravidelných návštěv u psychiatra, užívání psychofarmak, výšky léze, rozsahu poškození, příčiny úrazu a uplynulého času od úrazu. U zdravých lidí jsme zjišťovali, zda chodí pravidelně k nějakému odbornému lékaři, zda berou pravidelně nějaké léky či jestli trpí chronickým onemocněním. Tyto otázky u zdravých jedinců vedly k ověření, že získáváme data jen od zdravých jedinců bez chronického onemocnění. Pro získání dat jsme využili tři dotazníky: Dotazník životní spokojenosti (DŽS) J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera, Existenciální škálu (ESK) A. Längle, Ch. Orglerové a M. Kundi a Rosenbergovu škálu sebehodnocení (RSES) M. Rosenberga.

7.3.1 Dotazník životní spokojenosti

Autory této metody jsou Jochen Fahrenberg, Michael Myrtek, Jörg Schumacher a Elmar Brähler. Tento dotazník je určen k posouzení celkové životní spokojenosti (SUM), ale také lze posoudit spokojenost v jednotlivých oblastech zvlášť. Dotazník životní spokojenosti byl vytvořen v roce 1986. Původně obsahoval jen 8 oblastí: Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas a hobby, Manželství a partnerství, Vztah k dětem, Vlastní osoba a Sexualita. Nynější forma dotazníku je obohacena o dvě další škály, kterými jsou Bydlení a Přátelé, známí a příbuzní. Položky ostatních osmi škál jsou téměř stejné, jako byly v původní variantě dotazníku, přesto došlo k menším změnám. Aktuální Dotazník životní spokojenosti má tedy deset škál (Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé,

známí, příbuzní a Bydlení). Každá škála je sycena sedmi položkami. Příklady položek jsou: „Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...“, „Se svou tělesnou kondicí jsem...“. Respondent má na výběr ze sedmi odpovědí od velmi spokojen(a) po velmi nespokojen(a). Do výsledku celkové hodnoty DZŠ se nazapočítávají odpovědi z oblastí Práce a zaměstnání, Vztah k vlastním dětem a Manželství a partnerství (Fahrenberg et al., 2001), jelikož ne vždy tyto škály respondenti vyplňují. Administrace tohoto dotazníku je možná jednotlivě nebo skupinově. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5 až 10 minut, ovšem čas pro vyplnění není nijak omezený (Svoboda et al., 2013).

Reliabilita metody byla měřena pomocí Cronbachovy alfy pro všech deset škál DŽS zvlášť. Koeficienty ukazují vysokou vnitřní konzistenci u všech škál, která se pohybuje v rozmezí od 0,82 do 0,94. Nejnižší hodnota Cronbachovy alfy je 0,82 a to u škály Bydlení, naopak nejvyšší je u škály Manželství a partnerství, jejíž hodnota činí 0,94. Celková spokojenost je sycena 49 položkami a hodnota Cronbachovy alfy činí 0,95 (Fahrenberg, 2001). Vzhledem ke skutečnosti, že nejsou české normy pro tuto metodu dostupné, můžeme využít normy německé (Svoboda et al., 2013). Normy byly vytvořeny na základě odpovědí od 2870 osob (Fahrenberg et al., 2001).

Pro vyhodnocení dotazníku je třeba sečíst odpovědi z každé škály. Maximální počet bodů za každou škálu je 49. Odpověď „velmi nespokojen(a)“ je hodnocena jedním bodem, zatímco hodnocení „velmi spokojen(a)“ je hodnoceno sedmi body. Po sečtení hodnot všech škál dohromady (krom hodnot se škál Práce a zaměstnání, Vztah k vlastním dětem a Manželství a partnerství) získáme celkovou životní spokojenost a tzv. hrubý skór. Hrubý skór převedeme na staniny, na základě, kterých získáme standartní skór, který nabývá hodnot od 1 do 9. Čím vyšší hodnotu jedinec v jednotlivých škálách či v celkové životní spokojenosti má, tím je jeho spokojenost vyšší (Fahrenberg et al., 2001).

7.3.2 Existenciální škála

Sebeposuzovací dotazník s názvem Existenciální škála (ESK) vytvořili A. Längle, Ch. Orglerová a M. Kundi. Vychází z teorie Viktora Emila Frankla, který se zabýval existencialismem a vyvinul logoterapii, což je psychoterapeutická metoda, která se zabývá smyslem života. Tento dotazník měří, jak člověk zachází sám se sebou a s okolím. Vychází z představy, že na základě čtyř po sobě jdoucích kroků probíhá hledání smyslu, tyto kroky si ve většině případů člověk vůbec neuvědomuje. Jedná se o tyto 4 děje: vnímání skutečnosti, vycítění hodnoty, volba činu a vykonání činu. Dotazník odhaluje 4 lidské znaky, kterými

jsou Sebeodstup, Sebeopřesah, Svoboda a Zodpovědnost. Jedná se o 4 základní stupnice, ze kterých jsou tvořeny dva faktory druhého řádu, kterými jsou Personalita (P) a Existencialita (E). Personalita vzniká ze Sebeodstupu a Sebeopřesahu, Existencialita vzniká ze Svobody a ze Zodpovědnosti. ESK má celkem 46 položek. Stupnice Sebeodstup má 8 položek, stupnice Sebeopřesah 14 položek, stupnice Svoboda 11 položek a stupnice Odpovědnost má 13 položek. Podrobný popis všech položek patřících k jednotlivým stupnicím, včetně zkratk a přiřazení dějů hledání smyslu k jednotlivým stupnicím najdeme v Tab. 5. Respondent posuzuje nakolik o něm platí výrok od Naprosto platí po Naprosto neplatí. Jedná se o šestibodovou škálu. V dotazníku jsou například tyto tvrzení: „Vždy se řídím podle toho, co ode mě očekávají druzí“, „V mém životě není nic dobrého“ nebo „Významné pro mě je jenom to, co odpovídá mému přání.“ Vyplnění dotazníku trvá přibližně 7 až 14 minut, ale respondent není nijak časově omezen (Längle et al., 2001).

Tab. 5: Přehled položek a dějů řadící se k jednotlivým stupnicím (Längle et al., 2001)

Název stupnice	Zkratka	Zjišťování	Položky
Sebeodstup	SO	Vnímání skutečnosti	3, 5, 19, 32, 40, 42, 43, 44
Sebeopřesah	SP	Vycítění hodnoty	2, 4, 11, 12, 13, 14, 21, 27, 33, 34, 35, 36, 41, 45
Svoboda	SV	Volba činu	9, 10, 15, 17, 18, 23, 24, 26, 28, 31, 46
Odpovědnost	OD	Vykonání činu	1, 6, 7, 8, 16, 20, 22, 25, 29, 30, 37, 38, 39

Normy byly vytvořeny na základě odpovědí 1028 osob v Rakousku. Standardizační soubor tvořilo 434 mužů a 594 žen (Orglerová, 1990, citováno v Längle et al., 2001). Reliabilita testu byla měřena pomocí Cronbachovy alfy na standardizačním souboru pro všechny 4 stupnice (SO, SP, SV, OD), pro kombinované stupnice P a E a také pro celý dotazník. Spolehlivost testu je vysoká, hodnoty Cronbachovy alfy se pohybují v rozmezí od 0,7 do 0,9. Nejnižší hodnotu má stupnice Sebeodstup a nejvyšší hodnotu má celý test. Stabilita výsledků v čase byla ověřována na souboru pracujících studentů gymnázia, absolventů zemědělského a lesnického učiliště a absolventů zemědělské univerzity. Celkový soubor činil 126 jedinců. Korelace mezi výsledky prvního a druhého dotazníku ESK byla mezi 0,75 a 0,88 (Längle et al., 2001). Validita neboli platnost testu nám říká, jestli opravdu zkoumáme to, co zkoumat chceme. Existuje několik typů validity: obsahová, kritériální a konstruktová (Ferjenčík, 2010). Dotazník je obsahově validní, jelikož dotazník vychází z teorie smyslu. Byl zkoumán vztah ESK v rámci konstruktové validity s osobnostním dotazníkem Eysencka (introverzí, extraverzí a neuroticismes), dotazníkem depresivity od Zerssenova a s dotazníkem PIL k měření dimenzí smyslu. Dál bylo provedeno několik

výzkumů zabývajících se souvislostí mezi ESK, duševním zdravím a odolností vůči zátěži. Došlo také k porovnání standardizačního souboru a klinických skupin. Pro ověření kriteriální validity bylo použito několik proměnných, mezi které patřily věk, pohlaví, rodinný stav a vzdělání. Žádné rozdíly se neobjevily u proměnných rodinný stav a pohlaví, zatímco u proměnných vzdělání a věk byly rozdíly značné. Osoby pod 20 let a osoby nad 50 let mají skóry nižší, také čím vyšší má jedinec vzdělání, tím vyšší hodnoty má u stupnic ESK. Test lze hodnotit pomocí hrubých skóru, porovnání s normami, intraindividuálním porovnáním stupnic a hodnocením na úrovni položek (Längle et al., 2001).

7.3.3 Rosenbergova škála sebehodnocení

Rosenbergovu škálu sebehodnocení vytvořil v roce 1965 Morris Rosenberg. Tato škála je používána jako jednodimenzionální měřicí globální úroveň celkového vztahu člověka k sobě. Ovšem jiní autoři upozorňují na přítomnost dvou až tří faktorů (Blatný & Osecká, 1994). Dle Stolína (1987, citováno v Blatný & Osecká, 1994) je Rosenbergová škála tvořena dvěma faktory, a to sebeúctou a sebesnižováním. Dle Blatného a Osecké (1994) je nejvhodnější třífaktorový model, jehož součástí je krom sebeúcty a sebesnižování také další složka spojená se sociální srovnáváním. Rosenbergova škála obsahuje deset položek. Jedná se například o tyto položky: „Mám k sobě kladný vztah“ nebo „Chtěl bych si sám sebe víc vážit“. Respondenti mohou vybírat mezi čtyřmi odpověďmi, které vyjadřují míru jejich souhlasu od rozhodně souhlasím až po rozhodně nesouhlasím. Položky č. 1,2,4,6,7 se hodnotily takto: Naprosto souhlasím = 4 body, Souhlasím = 3 body, Nesouhlasím = 2 body, Naprosto nesouhlasím = 1 bod. Položky 3,5,8,9,10 byly polarizovány opačně a hodnotily se takto: Naprosto souhlasím = 1 bod, Souhlasím = 2 body, Nesouhlasím = 3 body, Naprosto nesouhlasím = 4 body. Hodnota celkového skóre se pohybovala v intervalu od 10 do 40 bodů. Rosenbergova škála sebehodnocení má vysokou reliabilitu. Vaculík (2000) uvádí ve své studii hodnotu Cronbachovy alfy 0,81 a v případě výzkumu Suché (2014) dosáhla hodnoty dokonce 0,9.

7.4 Organizace sběru dat a průběh

Pro sběr dat byl použit kvantitativní přístup. Jednalo se o dotazníkové šetření. Na základě zvoleného tématu práce byly vybrány vhodné metody. Následně byly převedeny do online podoby do softwaru pro tvorbu dotazníků Google forms. Před spuštěním dotazníků proběhla pilotní studie. Byl vybrán jeden respondent ze zdravé populace bez chronického

onemocnění a jeden jedinec s poraněnou míchou, kteří hodnotili srozumitelnost a jasnost otázek.

Oslovila jsem dva rehabilitační ústavy v České republice a jedno sociální zařízení věnující se lidem po poranění míchy s prosbou o účast na výzkumu. Se sběrem dat souhlasilo sociální zařízení. Dále byli respondenti osloveni s prosbou o vyplnění dotazníku pro diplomovou práci osobně, přes sociální síť Facebook a přes online portál Vozejkov.cz.

Sběr dat probíhal od 25.10. 2021 do 28.3.2022 a zúčastnilo se ho 209 osob. Dohromady bylo vyřazeno z výzkumu 11 respondentů, 4 respondenti byli upoutáni na invalidní vozík z jiného důvodu, než je poranění míchy a 7 respondentů trpělo vážným onemocněním, přestože podmínka k účasti ve výzkumu byla, aby respondenti byli zdraví.

7.5 Metody zpracování a analýzy dat

Všechny tři dotazníky byly respondentům předkládány v online podobě. Po vyhodnocení všech třech dotazníků jsme získali hrubé skóry, s kterými jsme později pracovali. Získána data jsme zpracovávali v programu Microsoft Excel a v programu Statistica 13. Prvním krokem bylo provedení testu normality pomocí Shapiro-Wilkova W testu a zároveň zobrazení Q-Q plotu. Ke statistickému zpracování výsledků byl použit Mann-Whitney U Test a Spearmanův korelační koeficient, a to z toho důvodu, že vždy alespoň jeden ze souborů nevykazoval normální rozdělení. Při testování hypotéz jsme zvolili hladinu významnosti alfa 0,05, jelikož je tato hladina významnosti považována za nejběžnější.

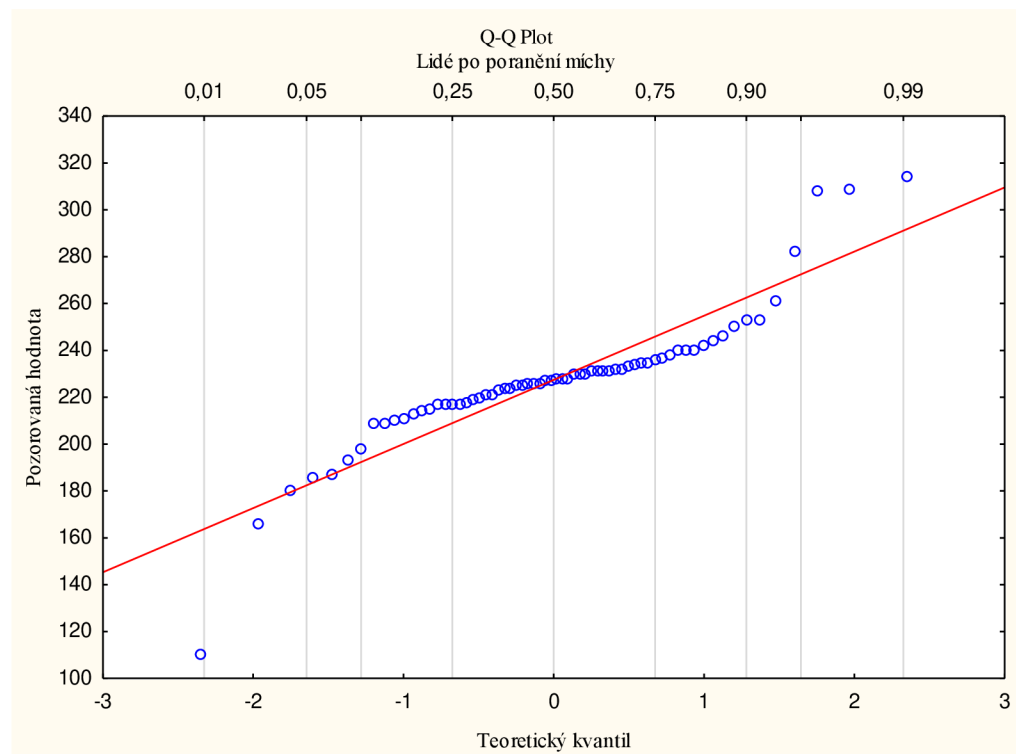
7.6 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli informováni o účelu výzkumu. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a respondenti mohli kdykoliv vyplňování dotazníku přerušit. Respondenti neuváděli svá jména ani jiné citlivé údaje. Údaje byly anonymní a byly použity pouze k interpretaci výsledků diplomové práce. Souhlas se zpracováním údajů pro účely diplomové práce respondenti potvrzovali před vyplňováním samotných dotazníků. Respondenti měli také emailový kontakt na autora, na kterého se mohli v případě nejasností nebo jakýchkoliv dotazů obrátit. Přístup k datům měl pouze autor výzkumu. Respondenti se zúčastnili výzkumu bez nároku na odměnu.

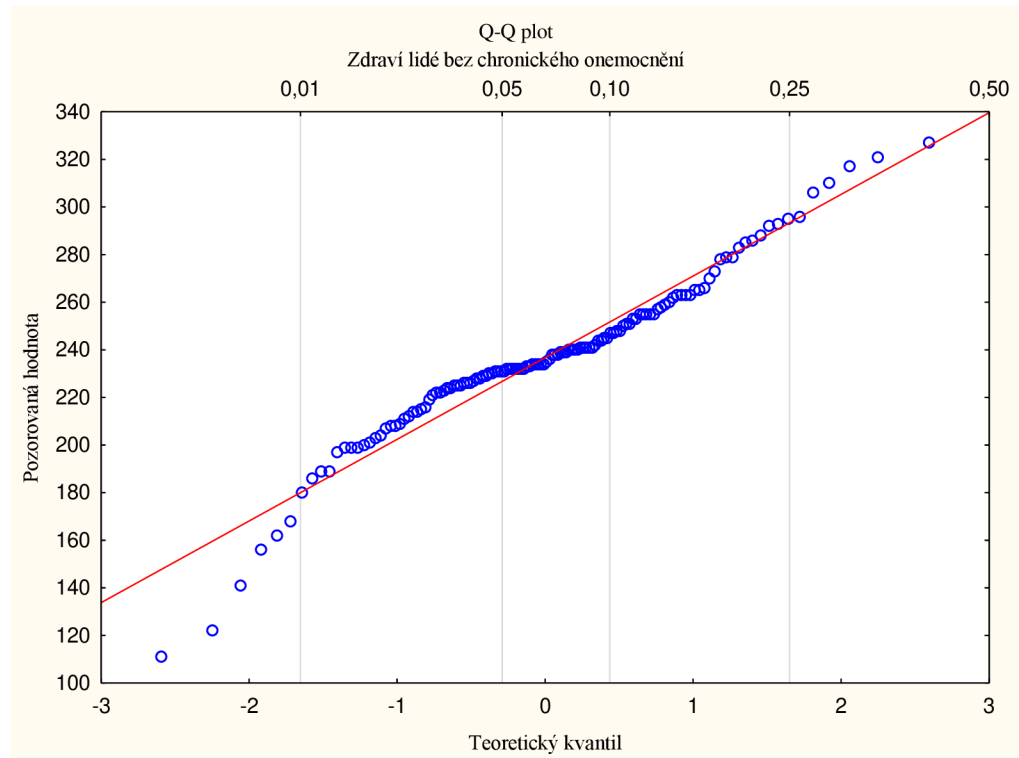
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Nejprve jsme se zabývali tím, zda existuje rozdíl v životní spokojenosti u lidí po poranění míchy a lidí zdravých bez chronického onemocnění. Provedli jsme Shapiro-Wilkův test a Q-Q plot pro ověření normality. Níže je uveden Obr. 1, který znázorňuje Q-Q plot lidí po poranění míchy a Obr. 2, který znázorňuje Q-Q plot zdravých lidí bez chronického onemocnění. P-hodnota Shapiro-Wilkova testu pro zdravé jedince i lidí po poranění míchy byla $<0,001$. Oba soubory nemají normální rozdělení, proto jsme zvolili Mann-Whitneův U Test. Byl prokázán statistický významný rozdíl v životní spokojenosti mezi lidmi s poraněnou míchou a zdravými lidmi. Hodnoty statistického testu jsou následující: $U = 3264$, $Z = 2,87$ a $p\text{-hodnota} = 0,004$. Zdraví lidé bez chronického onemocnění jsou v životě spokojenější než lidé po poranění míchy.

Obr. 1: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti pro lidi po poranění míchy

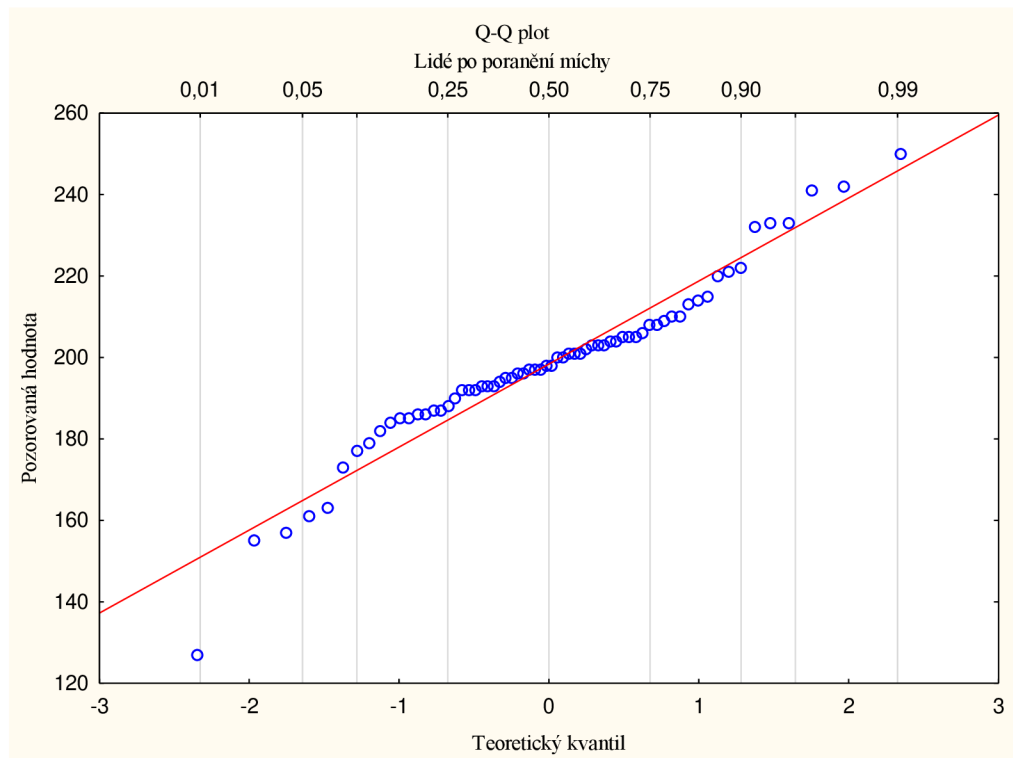


Obr. 2: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti pro zdravé lidi bez chronického onemocnění

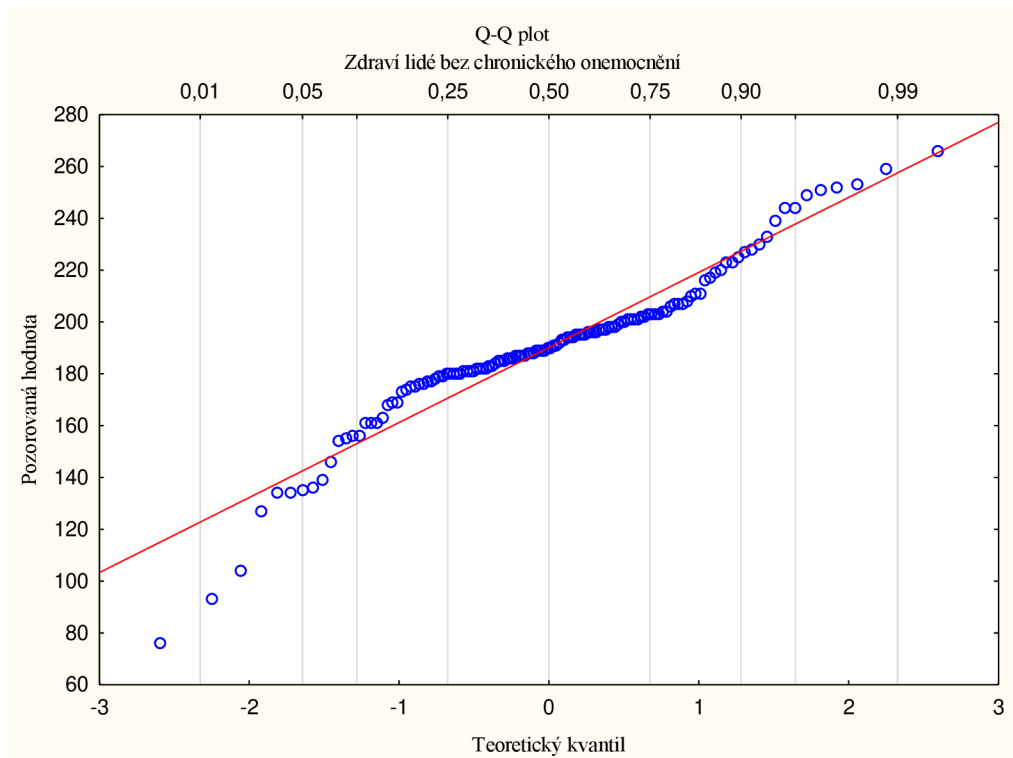


Dále jsme zjišťovali, zda existuje rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poranění míchy a zdravých lidí bez chronického onemocnění. Provedli jsme Shapiro-Wilkův test a Q-Q plot pro ověření normality. Níže je uveden Obr. 3, který znázorňuje Q-Q plot lidí po poranění míchy a Obr. 4, který znázorňuje Q-Q plot zdravých lidí bez chronického onemocnění. P-hodnota Shapiro-Wilkova testu pro lidi po poranění míchy = 0,012 a pro zdravé lidi bez chronického onemocnění je p-hodnota <0,001. Oba soubory nemají normální rozdělení, proto jsme zvolili Mann-Whitneův U Test. Byl prokázán statisticky významný rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poranění míchy a zdravých lidí. Hodnoty statistického testu jsou následující: $U = 3344$, $Z = -2,66$ a p-hodnota = 0,008. Životní smysluplnost je vyšší u lidí po poranění míchy.

Obr. 3: Q-Q plot hrubého skóru dotazníku životní smysluplnosti pro lidi po poranění míchy



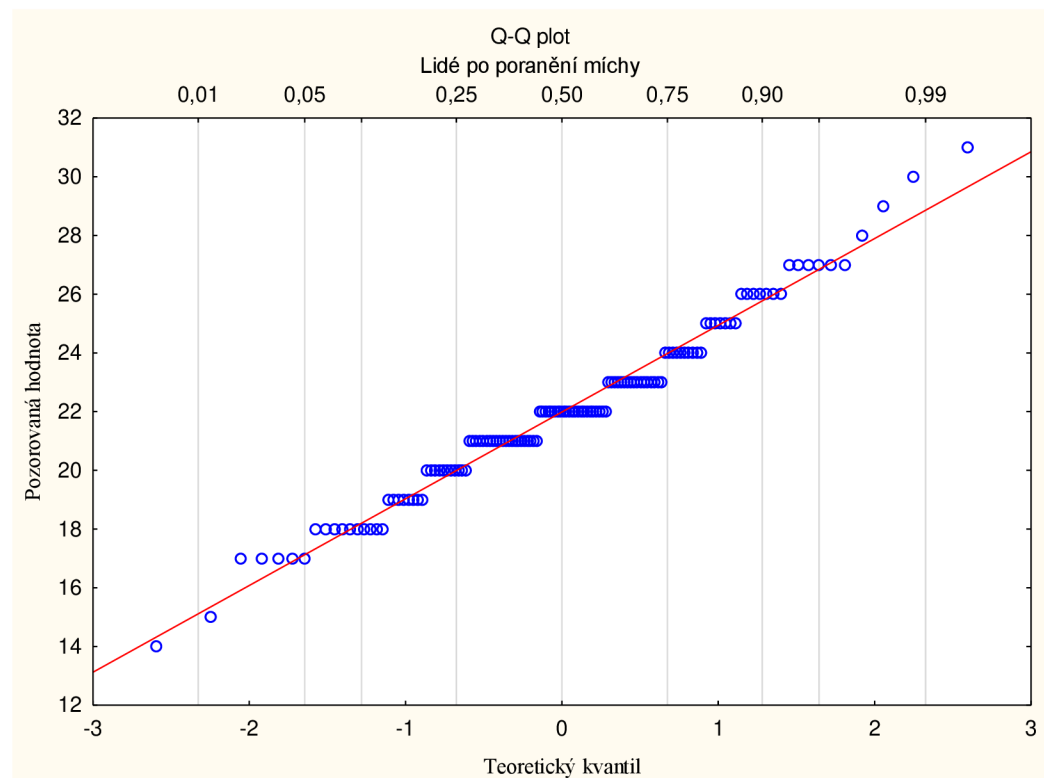
Obr. 4: Q-Q plot hrubého skóru dotazníku životní smysluplnosti pro zdravé lidi bez chronického onemocnění



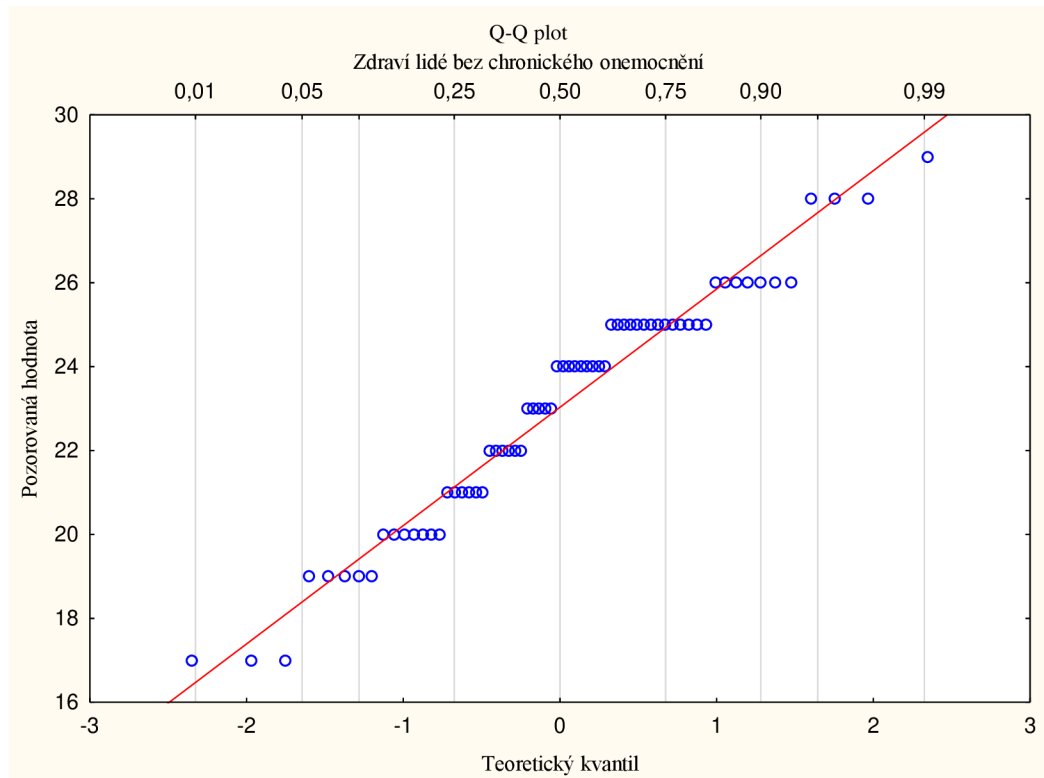
Chtěli jsme také zjistit rozdíly v sebepojetí mezi zdravými lidmi a lidmi s poraněnou míchou. Opět jsme provedli Shapiro-Wilkův test a Q-Q plot pro ověření normality. Níže je

uveden Obr. 5, který znázorňuje Q-Q plot lidí po poranění míchy a Obr. 6, který znázorňuje Q-Q plot zdravých lidí bez chronického onemocnění. P-hodnota Shapiro-Wilkova testu pro lidi po poranění míchy = 0,052 a pro zdravé lidi bez chronického onemocnění p-hodnota = 0,032. První soubor má normální rozdělení, ovšem druhý soubor nikoliv. Přestože se Q-Q plot blíží normálnímu rozdělení, rozhodli jsme se použít Mann-Whitneův U Test, jelikož nám přišel vhodnější s ohledem na výsledek Shapiro-Wilkova testu u lidí zdravých bez chronického onemocnění. Byl prokázán statisticky významný rozdíl v sebepojetí u lidí po poranění míchy a zdravých lidí. Hodnoty statistického testu jsou následující: $U = 3401$, $Z = 2,53$ a p-hodnota = 0,012. Zdraví lidé bez chronického onemocnění vnímají sami sebe lépe než lidé po poranění míchy.

Obr. 5: Q-Q plot hrubého skóru dotazníku sebepojetí pro lidi po poranění míchy

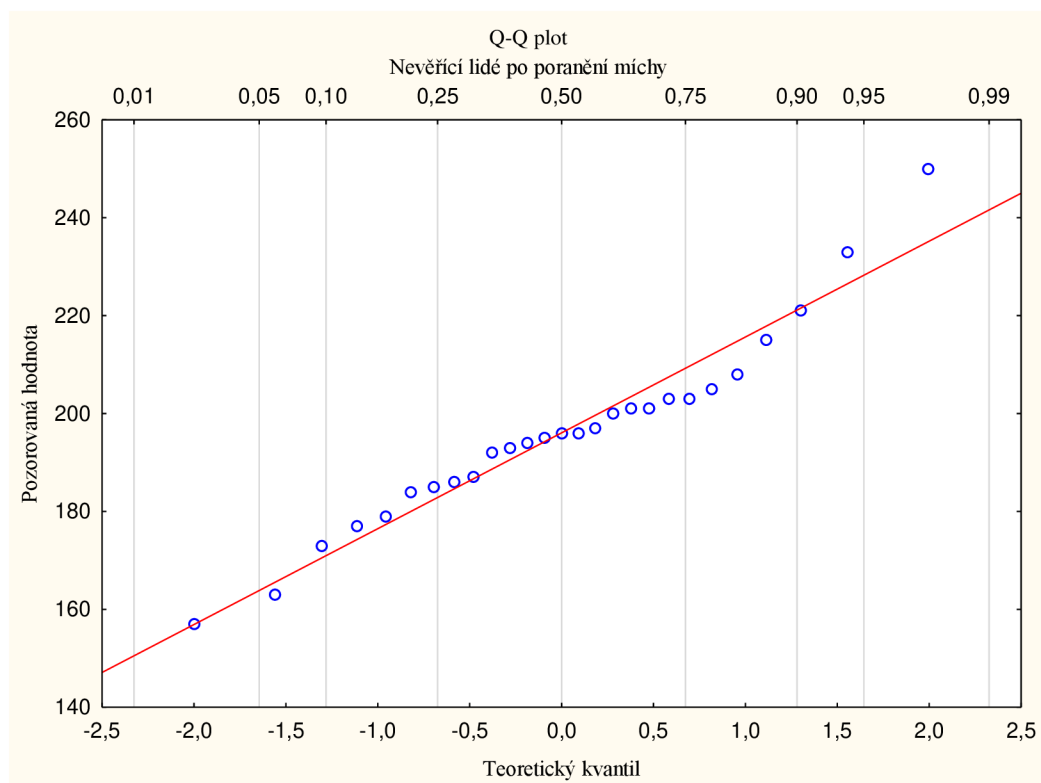


Obr. 6: Q-Q plot hrubého skóru dotazníku sebepojetí pro zdravé lidi bez chronického onemocnění

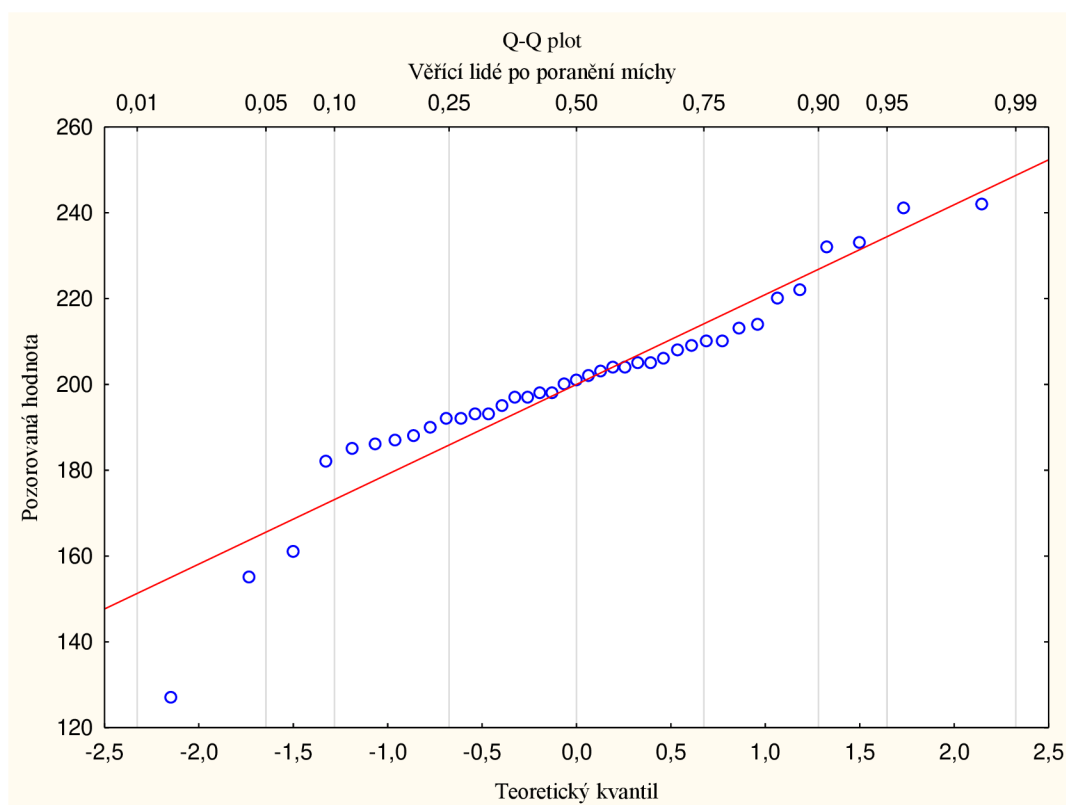


Dále jsme se zabývali rozdíly ve vnímání smysluplnosti života u věřících a nevěřících lidí po poranění míchy. Provedli jsme Shapiro-Wilkův test a Q-Q plot pro ověření normality. Níže je uveden Obr. 7, který znázorňuje Q-Q plot nevěřících lidí po poranění míchy a Obr. 8, který znázorňuje Q-Q plot věřících lidí po poranění míchy. P-hodnota Shapiro-Wilkova testu pro nevěřící lidi po poranění míchy = 0,31 a pro věřící lidi po poranění míchy je p-hodnota = 0,007. První soubor nevěřících lidí po poranění míchy má normální rozdělení, ovšem druhý soubor nikoliv, proto jsme zvolili Mann-Whitneův U Test. Nebylo prokázáno, že by věřící lidé po poranění míchy vnímali život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy. Hodnoty statistického testu jsou následující: $U = 422$, $Z = -1,36$ a p-hodnota = 0,173.

Obr. 7: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti nevěřících lidí po poranění míchy

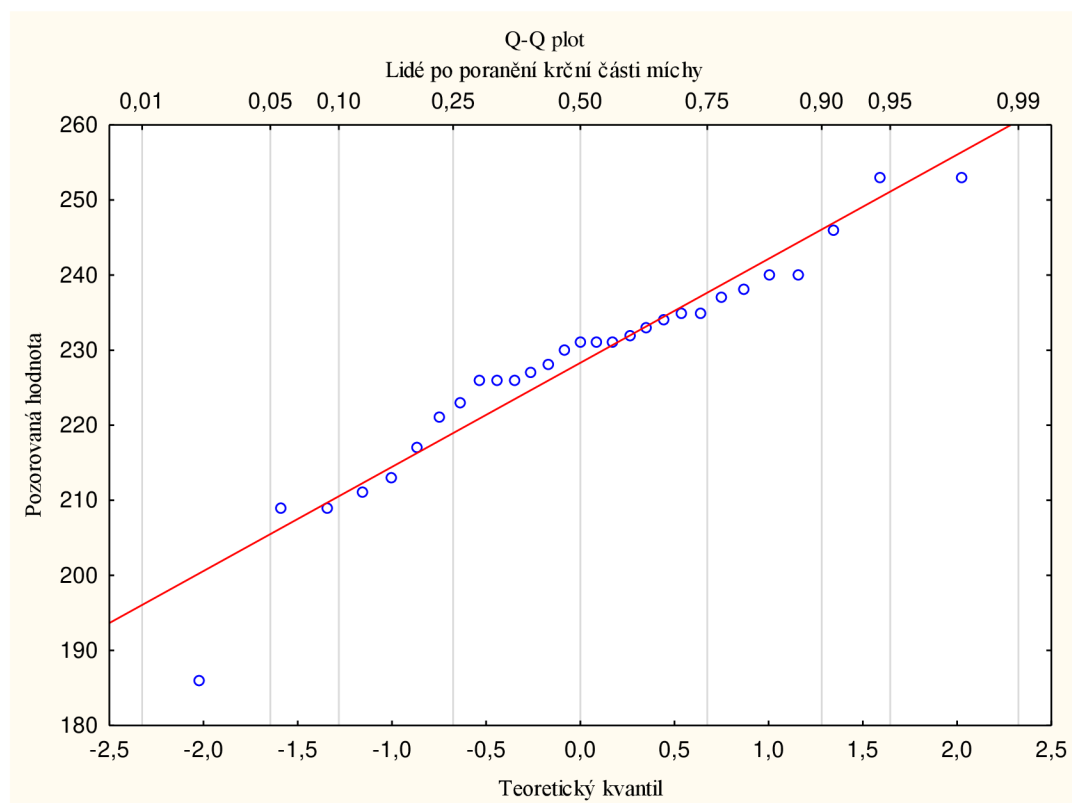


Obr. 8: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti věřících lidí po poranění míchy

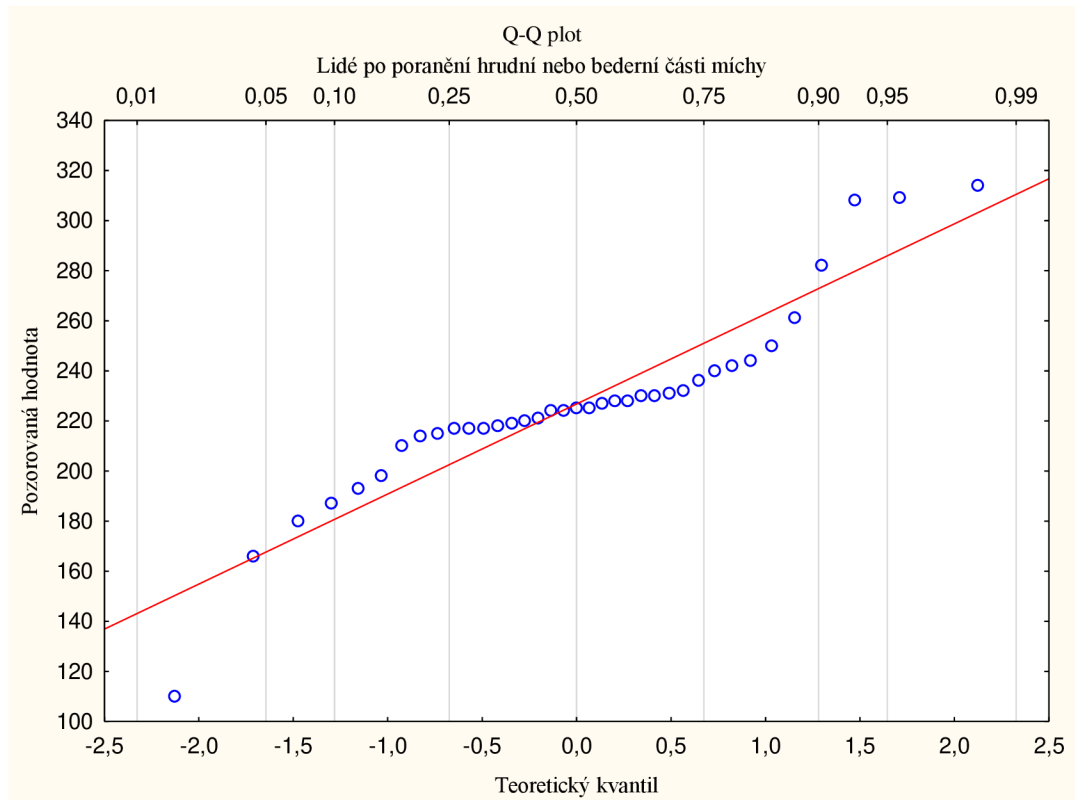


Poté jsme se zaměřili na rozdíl v životní spokojenosti mezi lidmi po poranění míchy v krční části páteře a lidmi s poraněním míchy v nižší oblasti. Poraněním míchy v nižší oblasti je myšleno poranění míchy v hrudní nebo bederní oblasti. Opět jsme provedli Shapiro-Wilkův test a Q-Q plot pro ověření normality. Níže je uveden Obr. 9, který znázorňuje Q-Q plot lidí po poranění míchy v krční oblasti a Obr. 10, který znázorňuje Q-Q plot lidí po poranění míchy v nižší oblasti. P-hodnota Shapiro-Wilkova testu lidí po poranění míchy v krční oblasti = 0,11 a pro lidi po poranění míchy v hrudní nebo bederní části míchy je p-hodnota = 0,002. První soubor lidí po poranění míchy v krční oblasti má normální rozdělení, ovšem druhý soubor nikoliv, proto jsme zvolili Mann-Whitneův U Test. Nebylo prokázáno, že lidé s poraněním míchy v krční části páteře skórují níže v Dotazníku životní spokojenosti než lidé s nižší výškou léze. Hodnoty statistického testu jsou následující: $U = 457$, $Z = 1,03$ a p-hodnota = 0,304.

Obr. 9: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti lidí po poranění krční části míchy

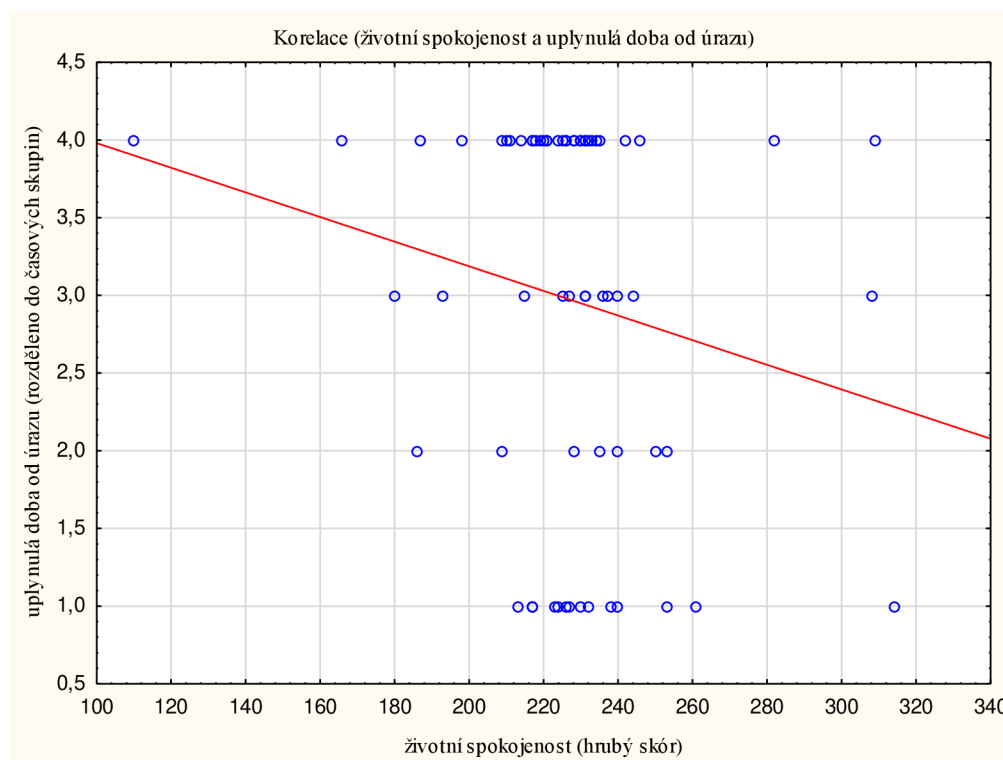


Obr. 10: Q-Q plot hrubého skóru Dotazníku životní spokojenosti lidí po poranění hrudní nebo bederní části míchy



Dále jsme chtěli zjistit, zda existuje souvislost mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu. Pro ověření této hypotézy jsme zvolili Spearmanův korelační koeficient. Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu. Hodnoty statistického testu jsou následující: $r = -0,216$ a $p\text{-hodnota} = 0,082$. Na Obr. 11: Korelace mezi hrubým skóre Dotazníku životní spokojenosti a uplynulou dobou od úrazu je znázorněna souvislost mezi hrubým skóre Dotazníku životní spokojenosti a uplynulou dobou od úrazu. Respondenti uváděli dobu uplynulou od úrazu: do 1 roku, 1–3 roky, 3–5 let, 5–10 let, 10 let a více. Upřesněme, že na obrázku 11 na ose y je doba od úrazu znázorněna následovně: 1 = do 1 roku, 2 = 1–3 roky, 3 = 5–10 let, 4 = 10 let a více.

Obr. 11: Korelace mezi hrubým skóre Dotazníku životní spokojenosti a uplynulou dobou od úrazu



8.1 K platnosti hypotéz

H1: Existuje významný rozdíl v životní spokojenosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

Přijímáme hypotézu H1, jelikož byl prokázán statisticky významný rozdíl v životní spokojenosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých, $p = 0,004$.

H2: Existuje významný rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

Přijímáme hypotézu H2, jelikož byl prokázán statisticky významný rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých, $p = 0,008$.

H3: Existuje významný rozdíl v sebepojetí u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

Přijímáme hypotézu H3, jelikož byl prokázán statisticky významný rozdíl v sebepojetí u lidí po poškození míchy a lidí zdravých, $p = 0,012$.

H4: Věřící lidé po poranění míchy vnímají život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy.

Nepřijímáme hypotézu H4, jelikož nebylo prokázáno, že by věřící lidé po poranění míchy vnímali život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy, $p = 0,173$.

H5: Lidé s poraněním míchy v krční části páteře skórují níže v Dotazníku životní spokojenosti než lidé s nižší výškou léze.

Nepřijímáme hypotézu H5, jelikož nebylo prokázáno, že lidé s poraněním míchy v krční části páteře skórují níže v Dotazníku životní spokojenosti než lidé s nižší výškou léze, $p = 0,304$.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu.

Nepřijímáme hypotézu H6, jelikož výsledek v Dotazníku životní spokojenosti statisticky významně nesouvisí s odstupem od úrazu, $p = 0,082$.

9 DISKUSE

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou lidé po poranění míchy v životě spokojeni, jaká je jejich prožívaná životní smysluplnost a jak vnímají sami sebe. Dalším cílem bylo zjistit, jak se životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí liší u lidí po poranění míchy a zdravých lidí bez chronického onemocnění. V diskusi se budu věnovat výsledkům práce a současně srovnání těchto výsledků s ostatními výzkumy na podobné téma, výběrovému souboru, limitům a přínosům práce a v neposlední řadě doporučení pro případné další výzkumy na toto téma.

Nejprve jsme zkoumali rozdíly v životní spokojenosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých bez chronického onemocnění. Výsledky naznačují, že rozdíly existují a zdraví lidé jsou v životě více spokojeni než lidé po poranění míchy. Dle Posta et al. (1998) jsou lidé po poranění míchy méně spokojeni než lidé bez tohoto poškození. Velký vliv na životní spokojenost má zdraví (Fahrenberg et al., 2001), jelikož lidé po poranění míchy mají mnoho zdravotních problémů (Kříž, 2019), dá se předpokládat, že lidé po poranění míchy získají v této škále mnohem méně bodů než lidé zdraví. Součástí celkové životní spokojenosti je kromě zdraví dalších 6 škál mezi které patří Finance, Volný čas, Vlastní osoba, Sexualita, Bydlení a Přátelé a známí (Fahrenberg et al., 2001). Jedinci po poranění míchy bývají častěji nezaměstnaní (O'Neill & Dyson-Hudson, 2020) a přestože pobírají invalidní důchod a příspěvek na péči (MPSV, 2020) jejich finanční situace nebývá příznivá a je mnohem méně ovlivnitelná, tudíž může být vnímána velmi negativně. Také v případě volného času, vlastní osoby, sexuality a v mezilidských vztazích dochází po úrazu k velkým změnám, které mohou vést k nižší spokojenosti. Jelikož mají lidé po poranění míchy omezený pohyb, dochází ke změnám ve volnočasových aktivitách, a to zejména v těch sportovních. Nejvíce času tráví lidé na kulturních, společenských akcích a sledováním televize (Lundström et al., 2013). Jørgensen et al. (2021) ve svém výzkumu potvrzují, že lidé po poranění míchy jsou nespokojeni se svým sexuálním životem.

Také bylo prokázáno, že existují rozdíly v životní smysluplnosti u lidí po poranění míchy a zdravých lidí. Lidé po poranění míchy vnímají svůj život jako smysluplnější než zdraví lidé. Z výsledků vyplývá, že lidé po vážném úrazu či nemoci přehodnocují svůj život, mění hodnoty a přes všechny komplikace dokážou ve svém životě nalézt smysl. Jak uvádí

(Frankl, 2022) nemoc nezabavuje člověka smyslu, ale naopak může nemoc člověku pomoci nalézt v životě nový smysl. Tento výsledek je v souladu s výzkumem, který potvrzuje, že lidé po poranění míchy vnímají svůj život jako smysluplný (Castro et al., 2020).

Zabývali jsme se také sebepojetím u lidí po poranění míchy a lidí zdravých. Lidé po poranění míchy se ocitají na invalidním vozíku a mění se jejich vzhled. Dochází u nich zejména ke změnám v tělesném sebepojetí (Bailey et al., 2016). Obavy o svůj vzhled a také změna sebepojetí byla potvrzena ve výzkumu zabývající se sebepojetím u mužů po poranění míchy (Popowich Sheldon et al., 2010). Výsledek je tak v souladu s těmito studiemi, které potvrzují, že dochází po poranění míchy k negativnímu vnímání vlastního Já.

Přepokládali jsme, že bude rozdíl v životní smysluplnosti u věřících a nevěřících lidí po poranění míchy. Věřící lidé jsou často obklopeni stejně smýšlejícími lidmi, s kterými se v rámci bohoslužeb pravidelně vidají a mají mezi sebou blízké vztahy (Lim & Putnam, 2010). Věřící lidé také častěji vyznávají tradiční hodnoty (Sibley & Bulbulia, 2013). Přepokládali jsme, že díky dobrým mezilidským vztahům a uznávání tradičních hodnot budou věřící lidé vnímat život jako smysluplnější než lidé nevěřící. Výsledky ukazují, že víra nemá na životní smysluplnost vliv. Tento výsledek může být ovlivněn mnoha proměnnými, jako je nemožnost nebo nezájem o pravidelné bohoslužby či setkávání s ostatními členy církve, změna hodnot vlivem různých životních událostí nebo pochybnosti týkající se víry.

Dále jsme se domnívali, že lidé s poraněním míchy v krční části páteře budou méně v životě spokojeni než lidé s nižší výškou léze. Lidé po poranění míchy v krční části bývají méně soběstační než lidé s nižší výškou léze (Pfeiffer, 2007). Van Leeuwen et al. (2011) ve své studii potvrdili, že lidé, kteří jsou nezávislí na druhé osobě jsou v životě spokojenější. S nižší soběstačností souvisí neschopnost se sám polohovat a častější vznik dekubitů (Mikula & Müllerová, 2008) či riziko častější autonomní dysreflexie z důvodu neschopnosti samostatného vyprazdňování (Kříž, 2019). Soběstačnost ovlivňuje většinu oblastí života, a proto jsme předpokládali, že bude životní spokojenost nižší u lidí s krční lézí. Tento předpoklad se nepotvrdil.

V poslední hypotéze jsme se zabývali souvislostí mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu. Výsledky ukazují, že neexistuje souvislost mezi životní spokojeností a uplynulou dobou od úrazu. Výsledek je v rozporu se studií od Tasiemski et al. (2022), kteří uvádí, že doba uplynulá od úrazu má na životní spokojenost

velký vliv. Výsledek si taky rozporuje s výzkumem Van Leeuwen et al. (2011), kteří tvrdí, že životní spokojenost se zvýšila po propuštění z rehabilitačního zařízení od dvou do pěti let oproti prvním dvou letům od propuštění. Mezi důvody, které mohly vést k odlišným výsledkům může patřit nedostatečná velikost souboru či aktuální nepříznivá situace v České republice.

Do výzkumu bylo zahrnuto 132 zdravých lidí bez chronického onemocnění, z toho 73 žen a 59 mužů a 66 jedinců s poraněnou míchou, z toho 37 žen a 29 mužů. Jako jeden z limitů práce vnímám nedostatečnou vyrovnanost mezi pohlavími, a to hlavně v souboru lidí po poranění míchy. Centrum Paraple (2020) uvádí, že většina jedinců po poranění míchy jsou právě muži, v našem souboru je ovšem mnohem více žen. Dále vnímám negativně velké věkové rozmezí respondentů, jelikož v průběhu života může docházet ke změně v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí z důvodu tělesných změn či větších životních zkušeností, které nemusí být vázány na poranění míchy. Původně jsme o věkovém rozpětí přemýšleli, ovšem nakonec jsme se rozhodli od tohoto upustit z důvodu již tak obtížného shánění respondentů.

Limitem práce je využití nepravděpodobnostních metod výběru dat. Využili jsme samovýběr a techniku sněhové koule. Výzkumu se tak mohli zúčastnit pouze jedinci po poranění míchy, které jsem sama oslovila, kteří byli požádáni sociálním zařízením či ti, kteří navštěvují webové stránky Vozejkov.cz. Zdraví lidé byly oslovováni pro účast ve výzkumu přes sociální síť Facebook či osobně.

Pozitivně vnímáme využití online sběru dat. Nebylo možné odeslat vyplněný dotazník v případě, že nebyly vyplněny všechny odpovědi, což vedlo k tomu, že nedocházelo k zbytečnému vyřazování respondentů z důvodu nepozornosti. Pro některé jedince mohlo být také příjemnější, že si mohli zvolit čas, který jim vyhovuje a nebyli nuceni se dostavit na konkrétní čas a na určité místo, což by mohlo být pro mnoho respondentů velmi komplikované. Dále vnímáme jako pozitivní, že do výzkumu byli zahrnuti jedinci z celé České republiky. Na druhou stranu má online sběr dat několik nevýhod. Respondenti vyplňovali dotazníky bez dozoru, což mohlo vést k přerušovanému vyplňování dotazníků či nedostatečnému klidu při vyplňování, a tedy ke zkreslení výsledků. Jedinci se také během vyplňování nemohli na nic zeptat, což jsme se snažili ošetřit emailovým kontaktem na autora výzkumu, čehož jedna respondentka využila.

Vyplňování všech tří dotazníků zabralo 30 až 35 minut, což mohla být pro některé jedinci dlouhá doba, která je mohla od vyplnění dotazníku odradit. Na druhou stranu vnímáme pozitivně, že jedinci, kteří dotazníky vyplnili byli motivováni pro účast ve výzkumu a dá se předpokládat, že vyplnili dotazníky pečlivě. Jako jednu z velkých výhod vnímáme anonymitu sběru dat, díky čemuž neměli respondenti důvod ke zkreslování odpovědí.

Sběr dat probíhal po dobu půl roku, což mohlo zapříčinit odlišné výsledky, jelikož se jedná o poměrně dlouhou dobu a za tuto dobu se mohla spokojenost jedince s mnoha důvodů velmi změnit. Jak upozorňuje Urbański et al. (2020) tak také roční období může ovlivňovat životní spokojenost u lidí po poranění míchy. Dále je třeba zmínit, že v době sběru dat došlo k dost zásadní změně, a to k válce na Ukrajině, což mohlo vést ke změně nahlížení na život u mnoha jedinců.

Jako další limit práce vnímám to, že jsme nepracovali s příčinou úrazu, která taky může velmi ovlivnit všechny námi sledované proměnné. Jedinci, kteří jsou po poranění míchy z důvodu autonehody a došlo k poranění míchy cizím zaviněním se mohou s tímto traumatem vyrovnávat jinak než jedinci, u kterých došlo k poranění míchy např. nešťastným skokem do vody.

Výsledky práce považují za přínosné. Z výsledků výzkumu je patrné, že by se měla věnovat větší péče jedincům po poranění míchy nejen ve zdravotní oblasti, ale také v sociální a psychické rovině. Výsledky vnímáme jako užitečné pro širokou veřejnost. Domníváme se, že si velká část společnosti neuvědomuje, s jakými komplikacemi se jedinci po poranění míchy setkávají a k jak velkým změnám u nich dochází. Lidé po poranění míchy jsou méně spokojeni a negativně vnímají vlastní Já. Tyto informace jsou také důležité pro zdravotníky, rodinu, lékaře a všechny jedince, kteří jsou v kontaktu s lidmi po poranění míchy.

Pro následující výzkumy na toto téma bychom doporučili využít jednu z pravděpodobnostní metod výběru dat. Dále bychom doporučili zkrátit časové rozpětí sběru dat z důvodu eliminace různých proměnných souvisejících s tak dlouhým časovým úsekem. Také bychom navrhovali zúžit věkové rozpětí a zaměřit se na specifickou skupinu jedinců po poranění míchy na základě příčiny poškození.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá životní spokojeností, životní smysluplností a sebepojetím u osob po poranění míchy. Cílem práce bylo zjistit, jestli jsou lidé po poranění míchy v životě spokojeni, jestli vnímají svůj život jako smysluplný a jak vnímají sami sebe. Dalším cílem bylo zjistit, jestli se životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí odlišuje u lidí po poranění míchy a zdravých lidí bez chronického onemocnění.

Na základě vytyčených cílů bylo určeno šest hypotéz. V práci jsme se zabývali rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u osob po poranění míchy a lidí zdravých bez chronického onemocnění. Dále jsme chtěli zjistit, zda věřící lidé po poranění míchy vnímají svůj život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy. Také jsme se zabývali rozdíly v životní spokojenosti u lidí po poranění míchy v krční části a u lidí po poranění míchy v hrudní nebo bederní části. Poslední hypotéza se věnovala souvislosti mezi odstupem od poranění míchy a životní spokojeností.

Bylo prokázáno, že existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u osob po poranění míchy a lidí zdravých bez chronického onemocnění. Zdraví lidé jsou v životě spokojenější a vnímají lépe sami sebe než lidé po poranění míchy. Naopak lidé po poranění míchy vnímají svůj život jako smysluplnější než jedinci zdraví bez chronického onemocnění. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi věřícími lidmi s poškozením míchy a nevěřícími lidmi po poranění míchy v životní spokojenosti. Také nebyl prokázán rozdíl v životní spokojenosti mezi lidmi po poranění míchy v krční části páteře a lidmi s poraněnou míchou v nižší části léze. Z výsledku výzkumu je patrné, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi odstupem od úrazu a životní spokojeností.

11 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá životní spokojeností, životní smysluplností a sebepojetím u osob po poranění míchy. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou lidé po poranění míchy v životě spokojeni, jaká je jejich vnímaná životní smysluplnost a jak nahlíží sami na sebe. Druhým cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnost a sebepojetí u lidí po poranění míchy a zdravých osob bez chronického onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část práce má pět kapitol, výzkumná část se zabývá popisem provedeného výzkumu a výsledky.

První kapitola se věnuje tělesnému postižení. Nejprve jsme si vyjasnili rozdíly mezi vrozeným a získaným tělesným postižením a poté jsme už přešli k samotnému míšnímu poranění. Míšní poškození je definováno jako „*částečná nebo trvalá změna postihující funkce motorické, senzitivní a autonomní včetně sfinkterových a reflexních funkcí pod místem léze*“ (Štětkářová, 2019, s. 217). Zabývali jsme se anatomii a funkcemi páteře a míchy. Věnovali jsme se také příčinám poranění míchy, klasifikaci míšního poranění a mechanismu poranění. Na závěr jsme si popsali následky poranění míchy, mezi které patří pentaplegie, kvadruplegie a paraplegie (Pfeiffer, 2007). Byla věnována pozornost také terapii a poté zdravotním komplikacím, které jsou se spinálním poškozením úzce spojeny. Patří k nim spasticita, dekubity, poruchy spánku, bolest, autonomní dysreflexie a poruchy vyprazdňování moče a stolice (Kříž, 2019). Poslední podkapitola s názvem Adaptace na nový způsob života byla rozdělena na dvě části – sociální a psychickou rovinu.

Druhou kapitolou je životní spokojenost. Nejprve jsme si tento pojem definovali a poté jsme přešli k vymezení příbuzných pojmů, jelikož je životní spokojenost často zaměňována s jinými pojmy jako je kvalita života, osobní pohoda či štěstí. Nakonec jsme se zabývali faktory ovlivňující životní spokojenost, kterými jsou příjem, osobní charakteristiky, sociální faktory, trávení volného času, postoje a přesvědčení, vztahy a ekonomické, politické a sociální prostředí (Dolan et al., 2008). V práci jsme se zaměřili zejména na ty faktory, které jsou nejzásadnější pro výzkumnou část práce. Mezi tyto faktory řadíme věk, pohlaví, osobnostní charakteristiky, vzdělání, zdraví, povolání, nezaměstnanost, trávení volného času, víru a rodinný stav.

Ve třetí kapitole jsme si nejprve vymezili pojem životní smysluplnost. Poté jsme se věnovali dvěma významným představitelům existenciální psychologie a jejich teoriím. Nejprve jsme se věnovali zakladateli logoterapie Viktoru Emilu Franklovi. Představili jsme si jeho teorii a zabývali jsme se důležitými termíny jako je například existenciální vakuum či nedělní neuróza (Frankl, 1996). Poté jsme přešli k Alfriedu Längleovi a taktéž jsme si představili jeho teorie, jako je například teorie zabývající se 4 základní kameny existence (Längle, 2004). Kapitulu jsme ukončili podkapitolou o hodnotách. Zejména jsme se zaměřili na hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojoyvé (Frankl & Lukasová, 1994).

Čtvrtou kapitolou je sebepojetí. V této kapitole jsme si pojem vymezili a poté jsme si popsali složky sebepojetí. Sebepejetí se skládá z kognitivního, konativního a afektivního aspektu (Macek, 2019). Kapitulu jsme uzavřeli podkapitolou věnující se tělesnému sebepojetí. Jsou popisovány tři komponenty tělesného sebepojetí a to vzhled, zdatnost a zdraví (Fialová & Krch, 2012).

Poslední kapitolou teoretické části práce jsou provedené výzkumy na téma životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí u lidí po poranění míchy. Z výzkumů je patrné, že jsou lidé po poranění míchy nejvíce nespokojeni se svým fyzickým zdravím a sexuálním životem (Jørgensen et al., 2021), mění se jejich životní spokojenost na základě ročního období (Urbański et al., 2020) a zároveň se životní spokojenost zvyšuje od dvou do pěti let od propuštění (Van Leeuwen et al., 2011). Lidé po poranění míchy vnímají svůj život jak smysluplný (Castro et al., 2020), důležité je pro ně udržovat si naději (Parashar, 2015). U lidí po poranění míchy je zřejmá nespokojenost s vlastním tělem (Popowich Sheldon et al., 2010).

Ve výzkumné části práce byl nejprve stanoven výzkumný problém, na základě kterého bylo určeny následující cíle práce:

1. Zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u lidí po poranění míchy a u zdravých jedinců bez chronického onemocnění.
2. Zjistit, zda ovlivňuje víra vnímání životní smysluplnosti u lidí se spinálním poškozením.
3. Zjistit, zda má vliv výška poranění míchy na životní spokojenost.
4. Zjistit, jestli souvisí životní spokojenost u lidí po poranění míchy s časem uplynulým od úrazu.

Na základě výzkumných cílů bylo formulováno šest hypotéz:

H1: Existuje významný rozdíl v životní spokojenosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H2: Existuje významný rozdíl v sebepojetí u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H3: Existuje významný rozdíl v životní smysluplnosti u lidí po poškození míchy a lidí zdravých.

H4: Lidé po poškození míchy vnímají život jako smysluplnější než nevěřící lidé po poranění míchy.

H5: Lidé s poraněním míchy v krční části páteře skórují níže v Dotazníku životní spokojenosti než lidé s nižší výškou léze.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi výsledkem v Dotazníku životní spokojenosti a odstupem od úrazu.

Výzkumný design byl kvantitativní. Byly použity tři dotazníky – Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Existenciální škála (ESK) a Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES). Do výzkumu se zapojilo 209 respondentů, 11 z nich bylo z výzkumu vyřazeno. Čtyři respondenti, kteří se chtěli výzkumu zúčastnit jako jedinci po poranění míchy byli vyřazeni z důvodu nesplnění základního kritéria, a to právě poranění míchy. Dalších 7 respondentů vyplňovalo dotazník určený pro lidi zdravé bez chronického onemocnění, ovšem bylo zjištěno, že chronickým onemocněním trpěli. Do výzkumu tedy bylo zařazeno 198 respondentů, z toho 132 zdravých jedinců bez chronického onemocnění a 66 osob po poranění míchy. Sběr dat probíhal online přes sociální síť Facebook, webový portál Vozejkov.cz a sociální centrum věnující se jedincům po poranění míchy. Byly využity dvě metody sběru dat: metoda sněhové koule a samovýběr. Data jsme zpracovávali v programu Microsoft Excel a v programu Statistica 13. Byly použity dva statistické testy: Mann-Whitney U test a Spearmanův korelační koeficient.

Z výsledku je patrné, že existují rozdíly v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí o osob po poranění míchy a zdravých jedinců bez chronického onemocnění. Lidé po poranění míchy vnímají život jako smysluplnější, ovšem zdraví lidé bez chronického onemocnění jsou v životě spokojenější a vnímají lépe sami sebe. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v životní spokojenosti mezi věřícími a nevěřícími lidmi po poranění míchy. Také nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v životní spokojenosti mezi lidmi

s poraněním míchy v krční části páteře a lidmi s poraněnou míchou v hrudní nebo bederní oblasti. Nebyla také prokázána statisticky významná souvislost mezi odstupem od úrazu u lidí po poranění míchy a životní spokojeností.

LITERATURA

1. Albright, T. H., Grabel, Z., DePasse, J. M., Palumbo, M. A., & Daniels, A. H. (2015). Sexual and reproductive function in spinal cord injury and spinal surgery patients. *Orthopedic Reviews*, 7(3). <https://doi.org/10.4081/or.2015.5842>
2. An, H.-Y., Chen, W., Wang, C.-W., Yang, H.-F., Huang, W.-T., & Fan, S.-Y. (2020). The relationships between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
3. Anderson, D., Dumont, S., Azzaria, L., Le Bourdais, M., & Noreau, L. (2007). Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 57–68. Ziskáno 5. května 2022 z <https://worksupport.com/research/documents/pdf/DeterminantsofreturntoworkamongspinalcordinjurypatientsAliteraturereview.pdf>
4. Angeles, L. (2010). Children and life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 11(4), 523–538. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9168-z>
5. Arvig, T. (2006). Meaning in Life for Individuals with Physical Disabilities. *Psychological Reports*, 98(3), 683–688. <https://doi.org/10.2466/pr0.98.3.683-688>
6. Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2016). Managing the stigma: Exploring body image experiences and self-presentation among people with spinal cord injury. *Health Psychology Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1177/2055102916650094>
7. Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (2., opr. vyd). Mach.
8. Bartram, D. (2021). Age and Life Satisfaction: Getting Control Variables under Control. *Sociology*, 55(2), 421–437. <https://doi.org/10.1177/0038038520926871>
9. Bartůněk, P., Jurásková, D., Heczková, J., & Nalos, D. (Eds.). (2016). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada Publishing.
10. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
11. Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of Life*. Guilford Press.

12. Biering-Sørensen, F., & Biering-Sørensen, M. (2001). Sleep disturbances in the spinal cord injured: an epidemiological questionnaire investigation, including a normal population. *Spinal Cord*, 39(10), 505–513.
<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101197>
13. Blatný, M. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Masarykova univerzita.
14. Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
15. Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481–488.
16. Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
17. Brillhart, B. (2005). A study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 30(1), 31–34.
<https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2005.tb00353.x>
18. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
19. Castro, F. F., Bimbatti, K. de, Carvalho, A. A., Gonçalves, M. L., Lopes, F. G., & Schutt, W. (2020). Satisfaction and meaning in life for persons with Traumatic Spinal Cord Injury. *Acta Fisiátrica*, 27(4), 213–219.
<https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v27i4a177134>
20. Centrum Paraple. (2020, 26. března). *Centrum Paraple - 25 let s Vámi, 25 let díky Vám* [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=GnVNdXrXSmg&t=54s>
21. Coyle, C. P., Lesnik-Emas, S., & Kinney, W. B. (1994). Predicting life satisfaction among adults with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(2), 95–112. <https://doi.org/10.1037/h0080309>
22. Crosbie-Burnett, M., & Klein, D. M. (2009). The fascinating story of family theories. In J. H. Bray and M. Stanton (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (s. 37–52). Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9781444310238.ch3>

23. DeForge, D., Blackmer, J., Garritty, C., Yazdi, F., Cronin, V., Barrowman, N., Fang, M., Mamaladze, V., Zhang, L., Sampson, M., & Moher, D. (2005). Fertility following spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 43(12), 693–703. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101769>
24. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2905
25. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
26. Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94–122. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>
27. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti* (K. Rodná & T. Rodný, Překladař). Testcentrum.
28. Faltýnková, Z. (Ed.). (2007). *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků.
29. Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
30. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2, P. Bakalář, Překladař). Portál.
31. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Karolinum.
32. Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
33. Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy* (V. Jochmann, Překladař). Cesta.
34. Frankl, V. E. (2007a). *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu* (L. Koubek & J. Vander, Překladař). Cesta.
35. Frankl, V. E. (2007b). *Trpíci člověk* (M. Krankus, Překladař). Lúč.
36. Frankl, V. E. (2022). *O smyslu života: v každé krizi se skrývá příležitost* (G. Thöndlová, Překladař). Grada.
37. Frankl, V. E., & Lapide, P. (2011). *Bůh a člověk hledající smysl* (Z. Burdová, Překladař). Cesta.

38. Frankl, V. E., & Lukasová, E. S. (1994). *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii* (V. Jochmann, Překladatel). Cesta.
39. Greenwald, A. G., & Pratkanis, A. R. (1984). The self. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition. Lawrence Erlbaum Associates*, Vol 3. (s. 129–178). Získáno 21. října 2022 z https://faculty.washington.edu/agg/pdf/Gwald_Pratk_TheSelf_1984.OCR.pdf
40. Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Grada.
41. Haggard P., & Wolpert D. M. (2005). Disorders of body scheme. In H. J. Freund H., M. Jeannerod., M. Hallett., & R. Leiguarda (Eds.), *Higher-order motor disorders: From neuroanatomy and neurobiology to clinical neurology* (s. 261–271). Oxford University Press. Získáno 5. listopadu z <http://cbl.eng.cam.ac.uk/pub/Public/Wolpert/Publications/HagWol04.pdf>
42. Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Sociologický ústav AV ČR.
43. Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
44. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
45. Heráček, J., Urban, M., Sobotka, V., Lukeš, M., Zachoval, R., Záleský M., & Bittner, L. (2006). Sexuální dysfunkce u mužů s poraněním míchy. *Urologie pro praxi*, 2, 65–68. Získáno 5. ledna 2022 z <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2006/02/06.pdf>
46. Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. doi:10.1037/0033-295x.94.3.319
47. Hrabálek, L. (2011). *Poranění páteře a míchy*. Univerzita Palackého v Olomouci.
48. Hřebíčková, M., Blatný, M., & Jelínek, M. (2010). Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. *Československá psychologie*, 54(1), 31–41.
49. Hudák, R., & Kachlák, D. (2017). *Memorix anatomie* (4. vyd.). Triton.
50. Chau, L., Hegedus, L., Praamsma, M., Smith, K., Tsukada, M., Yoshida, K., & Renwick, R. (2008). Women Living With a Spinal Cord Injury: Perceptions About Their Changed Bodies. *Qualitative Health Research*, 18(2), 209–221. <https://doi.org/10.1177/1049732307312391>

51. Imani, M., Koolae, A. K., & Rahmatizadeh, M. (2013). Association between Social Support of Family and Friends and Meaning of Life with Depression among Spinal Cord Injuries Disabilities and Non-Disabilities. *Middle East Journal of Psychiatry And Alzheimers*, 4(3), 8–12. <https://doi.org/10.5742/MEJPA.2013.43316>
52. James, W. (1890). *The principles of psychology*, Vol 1. Henry Holt and Co.
53. Jedlička, P., & Keller, O. (2005). *Speciální neurologie*. Galén.
54. Jörgensen, S., Hedgren, L., Sundelin, A., & Lexell, J. (2021). Global and domain-specific life satisfaction among older adults with long-term spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 44(2), 322–330. <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1610618>
55. Joshanloo, M., & Jovanović, V. (2020). The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 331–338. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00998-w>
56. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333–345.
57. King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179–196. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>
58. Klebine, P., Bombardier, Ch., & Richardson, E. (2016). *Adjusting to Life after Spinal Cord Injury*. Model Systems Knowledge Translation Center. Získáno 5. února 2022 z https://msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Adjusting_To_Life_After.pdf
59. Kočiš, J., & Wendsche, P. (2012). *Poranění páteře*. Galén.
60. Konečná, V. (2010). *Sebepojetí a sebehodnocení rozumově nadaných dětí*. Masarykova univerzita.
61. Kosová, M. (2014). *Logoterapie: Existenciální analýza jako hledání cest*. Grada.
62. Kovačič, V. (2002). *Model funkčnej rodiny a formovania osobnosti*. ProKonzult.
63. Krejčířová, O., & Treznerová, I. (2013). *Sociální služby*. Univerzita Palackého v Olomouci.
64. Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: (jak zlepšovat psychický stav nemocných)*. Avicenum.
65. Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Grada.

66. Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Grada.
67. Kříž, J. (2013). Spinální program v České republice - historie, současnost, perspektivy. *Neurologie pro praxi*, 14(3), 140–143. Získáno 6. března 2022 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>
68. Kříž, J. (2019). *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace a péče*. Galén.
69. Kříž, J., & Hyšperská, V. (2009). Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy. *Neurologie pro praxi*, 10(3), 137–142. Získáno 5. ledna 2022 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>
70. Kříž, J., & Kábrtová, A. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy* (Z. Faltýnková, Ed.). Svaz paraplegiků.
71. Kurucová, R. (2016). *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevládně nemocné*. Grada Publishing.
72. Längle A. (1992). Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. *Existenzanalyse*, 16(3), 18–29. Získáno 5. září 2022 z <https://laengle.info/userfile/doc/GM-1999.pdf>
73. Längle, A. (1997). Nalézt přitakání životu (K. Balcar & D. Dobrohuška, Překladař). *ProPsy*, (2), s. 9–11. Získáno 5. srpna 2022 z <https://laengle.info/userfile/doc/Naleztpritakani-zivotu-97.pdf>
74. Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza* (K. Balcar, Překladař). Cesta.
75. Längle, A. (2004). The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. *International Journal of Existential Positive Psychology*, 1(1). Získáno 9. září 2022 z <https://www.meaning.ca/web/wp-content/uploads/2019/09/93-13-457-1-10-20171212.pdf>
76. Längle, A., Orgelová, Ch., & Kundi, M. (2001). *ESK – existenciální škála* (K. Balcar, Překladař). Testcentrum.
77. Lawrence, R. H., & Liang, J. (1988). Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. *Psychology and Aging*, 3(4), 375–384. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.3.4.375>
78. Lenggenhager, B., Pazzaglia, M., Scivoletto, G., Molinari, M., Aglioti, S. M., & Serino, A. (2012). The Sense of the Body in Individuals with Spinal Cord Injury. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050757>

79. Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914–933.
<https://doi.org/10.1177/0003122410386686>
80. Lundström, U., Lilja, M., Petersson, I., Lexell, J., & Isaksson, G. (2013). Leisure repertoire among persons with a spinal cord injury: Interests, performance, and well-being. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 37(2), 186–192.
<https://doi.org/10.1179/2045772313Y.0000000103>
81. Macek, P. (2019). Sebereflexe a vztah k sobě samému (self). In J. Výrost, I. Slaměnik, & E. Sollárová (Eds.), *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace* (s. 363–451). Grada.
82. Máček, M., & Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Galén.
83. Marieb, E. N., & Mallatt, J. (2005). *Anatomie lidského těla* (T. Jurečka, Překladař). CP Books.
84. Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63–78. doi:10.1037/0022-3514.35.2.63
85. Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (2., aktualiz. vyd). Portál.
86. Míkula, J., & Müllerová, N. (2008). *Prevence dekubitů*. Grada.
87. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). *Služby*.
<https://www.mpsv.cz/web/cz/sluzby>
88. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2020, 1. října). *Invalidní důchody*. Získáno 5. srpna 2022 z <https://www.mpsv.cz/web/cz/invalidni-duchody>
89. O’Neill, J., & Dyson-Hudson, T. A. (2020). Employment After Spinal Cord Injury. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 8(3), 141–148.
<https://doi.org/10.1007/s40141-020-00266-4>
90. Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Grada.
91. Parashar, D. (2015). The trajectory of hope: pathways to find meaning and reconstructing the self after a spinal cord injury. *Spinal Cord*, 53(7), 565–568.
<https://doi.org/10.1038/sc.2014.228>
92. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vyd.). Grada.
93. Pfeiffer, J. (2007). *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Grada.

94. Plháková, A. (2020). *Dějiny psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
95. Poledňová, I. (Ed.). (2009). *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy*. Masarykova univerzita.
96. Popowich Sheldon, A., Renwick, R., & Yoshida, K. K. (2010). Exploring Body Image and Self-Concept of Men With Acquired Spinal Cord Injuries. *American Journal of Men's Health*, 5(4), 306–317.
<https://doi.org/10.1177/1557988310375714>
97. Post, M. W., Van Dijk, A. J., Van Asbeck, F. W., & Schrijvers, A. J. (1998). Life satisfaction of persons with spinal cord injury compared to a population group. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 30(1), 23–30.
<https://doi.org/10.1080/003655098444282>
98. Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2013). *Pedagogický slovník* (7., aktualiz. a rozš. vyd). Portál.
99. Putzke, J. D., Richards, J. S., Hicken, B. L., & DeVivo, M. J. (2002). Predictors of life satisfaction: A Spinal Cord Injury Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 555–561. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.31173>
100. Reker, G. T., & Wong, P. T. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengston (Eds.), *Emergent Theories of Aging* (s. 214–246). Springer. Získáno 5. července
<http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2013/09/1988-Reker-Wong-Toward-a-theory-of-personal-meaning.pdf>
101. Renotíerová, M. (2003). *Somatopedické minimum*. Univerzita Palackého.
102. Richter, E. P., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Zenger, M., & Berth, H. (2020). The long-lasting impact of unemployment on life satisfaction: results of a longitudinal study over 20 years in East Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01608-5>
103. Rivers, C. S., Fallah, N., Noonan, V. K., Whitehurst, D. G., Schwartz, C. E., Finkelstein, J. A., Craven, B. C., Ethans, K., O'Connell, C., Truchon, B. C., Ho, C., Linassi, A. G., Short, C., Tsai, E., Drew, B., Ahn, H., Dvorak, M. F., Paquet, J., Fehlings, M. G., & Noreau, L. (2018). Health conditions: Effect on function, health-related quality of life, and life satisfaction after traumatic spinal cord injury. A prospective observational registry cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(3), 443–451. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.012>

104. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
105. Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
106. Sedikides, C., Spencer, S. J., Arndt, J., Campbell, W. K., Caprariello, P. A., Carmichael, C. L., Cox, C. R., DeHart, T., Eibach, R. P., Foster, J. D., Hart, C. M., Heatherton, T. F., Kelley, W. M., Kim, H. S., Ko, D., Koole, S. L., Krendl, A. C., Y., K. V. S., Libby, L. K., ... Vols, K. D. (2014). *The self*. Psychology Press.
107. Seidl, Z. (2015). *Neurologie pro studium i praxi* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
108. Seligman, M. E. P. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody* (E. Nevrlá, Překladatel). Jan Melvil.
109. Sezer, N., Akkuş, S., & Uğurlu, F.G. (2015). Chronic complications of spinal cord injury. *World Journal of Orthopedics*, 6(1), 24–33. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.24>
110. Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (Eds.). (2021). *Psychotraumatologie* (S. Hoskovcová, Překladatel). Triton.
111. Schwartz, S. H., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550–562. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.550>
112. Sibley, C. G., & Bulbulia, J. A. (2013). How do religious identities and basic value orientations affect each other over time? *The International Journal for the Psychology of Religion*, 24(1), 64–76. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.771600>
113. Siddall, P. J., & Loeser, J. D. (2001). Pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 39(2), 63–73. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101116>
114. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada.
115. Smékal, V. (2004). *Pozvání do Psychologie Osobnosti: Člověk v Zrcadle vědomí a jednání*. Barrister & Principal.
116. Steptoe, A. (2019). Happiness and health. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 339–359. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044150>

117. Sturm, C., Bökel, A., Korallus, C., Geng, V., Kalke, Y. B., Abel, R., Kurze, I., & Gutenbrunner, C. M. (2020). Promoting factors and barriers to participation in working life for people with Spinal Cord Injury. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00288-7>
118. Suchá, J. (2014). *Vztah mezi sebehodnocením, impulzivitou a rizikovým chováním u čtrnáctiletých žáků v ČR* [Nepublikovaná bakalářská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
119. Sutorý, M., & Wendsche, P. (2009). Péče o vyměšování moči a stolice u pacientů s transverzální míšní lézí. *Neurologie pro praxi*, 10(3), 160–164. Získáno 5. srpna 2022 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/07.pdf>
120. Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.
121. Svobodová, A., Šlauf, M., & Vařeková J. (2020). Jedinec po míšní lézi a aplikované pohybové aktivity. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 86(2), 26–34.
122. Swangstue, J., & Josephson, W. (2015). *Occupation-Based Leisure Interventions for Individuals with Spinal Cord Injury* [vědecký projekt]. University of North Dakota. Získáno 6. června 2022 z <https://commons.und.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1332&context=ot-grad>
123. Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Grada.
124. Štětkářová, I. (2019). *Spinální neurologie*. Maxdorf.
125. Štětkářová, I., Ehler, E., & Jech, R. (2012). *Spasticita a její léčba*. Maxdorf.
126. Štulík, J. (2012). *Cervical spine trauma*. Galén.
127. Tafarodi, R. W., & Swann Jr., W. B. (1995). Self-linking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322–342. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6502_8
128. Tasiemski, T., Kujawa, J., Tederko, P., Rubinelli, S., Middleton, J. W., Craig, A., & Post, M. W. M. (2022). Comparison of life satisfaction in persons with spinal cord injury living in 22 countries with different economic status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(7), 1285–1293. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.11.008>
129. Ullah, M. M., Fossey, E., & Stuckey, R. (2018). The meaning of work after spinal cord injury: a scoping review. *Spinal Cord*, 56(2), 92–105. <https://doi.org/10.1038/s41393-017-0006-6>

130. Urbański, P. K., Kim, Y., Conners, R. T., Nadolska, A., & Tasiemski, T. (2020). Life satisfaction in persons with spinal cord injury across the seasons. *Spinal Cord*, 59(2), 193–200. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-0532-5>
131. Vaculík, M. (2000). Sebehodnocení hráčů počítačových her v adolescenci. *Československá psychologie*, 44(3), 279–286.
132. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 5). Portál.
133. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
134. Van der Werff, J. (1990). The Problem of Self-Conceiving. In Bosma, H.A. & Jackson, A.E.S. (Eds.), *Coping and Self-Concept in Adolescence* (s. 13–33). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75222-3_2
135. Van Leeuwen, C. M. C., Post, M. W. M., van Asbeck, F. W. A., Bongers-Janssen, H. M. H., van der Woude, L. H. V., de Groot, S., & Lindeman, E. (2011). Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 76–83. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.587089>
136. Vázquez-Fariñas, M., & Rodríguez-Martin, B. (2021). “Living with a fragmented body”: a qualitative study on perceptions about body changes after a spinal cord injury. *Spinal Cord*, 59(8), 855–864. <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00634-4>
137. Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In Saris, W. E., Veenhoven, E., Scherpenzeel, A. C., & Bunting, B. (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (s. 11–48). EOTvOs University Press. Získáno 3. července z <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub1990s/96d-full.pdf>
138. Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
139. Vokurka, M., & Hugo, J. (2008). *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost: [3500 nejdůležitějších hesel]* (2., rozš. vyd). Maxdorf.
140. Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Česká republika.
141. Vyhláška č. 388/2011 Sb., *o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*. Česká republika.
142. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
143. Wilson W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological bulletin*, 67(4), 294–306. <https://doi.org/10.1037/h0024431>

144. Wilson, C. S., Forchheimer, M., Heinemann, A. W., Warren, A. M., & McCullumsmith, C. (2017). Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation, 39*(5), 491–496. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1152600>
145. World Health Organization. (n. d.). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Získáno 14. listopadu 2022 z <https://www.who.int/tools/whoqol>
146. Zeqeibi Ghannad, S., Fateminik, T., & Allipour, S. (2018). The Role of Social Support, Life Meaningfulness, and Centrality of Religiosity in Posttraumatic Growth and Life Satisfaction of People with Spinal Cord Injury. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 7*(4). <https://doi.org/10.5812/jjcdc.57563>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka matice dat

Příloha č. 1 Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí u osob s poraněním míchy

Autor práce: Bc. Martina Kudělová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 86 stran, 138 476 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 146

Abstrakt:

Cílem práce bylo zjistit, jestli jsou lidé po poranění míchy v životě spokojeni, jaká je jejich prožívaná životní smysluplnost a jak vnímají sami sebe. Dalším cílem bylo zjistit, jak se životní spokojenost, životní smysluplnost a sebepojetí liší u lidí po poranění míchy a zdravých lidí bez chronického onemocnění. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Pro sběr dat byl využit kvantitativní design výzkumu. Do výzkumu bylo zahrnuto 132 respondentů zdravých bez chronického onemocnění a 66 respondentů po poranění míchy. Byly využity 3 dotazníky: Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Existenciální škála (ESK) a Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES). Byl prokázán rozdíl v životní spokojenosti, životní smysluplnosti a sebepojetí u lidí po poranění míchy a zdravých jedinců. Naopak nebyl prokázán rozdíl u věřících a nevěřících lidí po poranění míchy v životní smysluplnosti. Rovněž nebyl prokázán rozdíl v životní spokojenosti u jedinců po poranění míchy v krční oblasti a u jedinců po poranění míchy v nižší části léze. Nebyla také nalezena souvislost mezi životní spokojenosti a odstupem od úrazu.

Klíčová slova: životní spokojenost, životní smysluplnost, sebepojetí, kvalita života, tělesné postižení, poranění míchy

ABSTRACT OF THESIS

Title: Life satisfaction, life meaningfulness and self-conception in people with spinal cord injury

Author: Bc. Martina Kudělová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 86 pages, 138 476 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 146

Abstract:

The aim of this thesis was to determine whether people with a spinal cord injury are satisfied in their lives, what their perceived meaning in life is and how they perceive themselves. Another objective was to find how satisfaction in life, meaning in life and self-perception differ between people with a spinal cord injury and healthy people without a chronic disease. The thesis consists of a theoretical part and a research part. Quantitative research was used for data collection. 132 healthy respondents without a chronic disease and 66 respondents with a spinal cord injury were included in the research. 3 questionnaires were used: The Satisfaction With Life Scale (SWLS), the Existence Scale (ESK), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Differences in life satisfaction, meaning in life and self-perception were found between people with a spinal cord injury and healthy individuals. On the contrary, there was no difference between religious and non-religious people after spinal cord injury in terms of meaning in life. There was also no difference in satisfaction in life between individuals with a spinal cord injury in the neck region and individuals with a lower spinal cord injury. There was also no connection found between life satisfaction and time passed since the accident.

Key words: life satisfaction, life meaningfulness, self-concept, quality of life, physical disability, spinal cord injury

Příloha č. 3 Ukázka matice dat

Se svou tělesnou kondicí jsem...	Se svou duševní výkonností jsem...	Se svou obranyschopností proti nemocem jsem...	Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...	Když myslím na to, jak č...
5	4	4	4	5
6	6	6	7	6
3	5	5	7	3
5	4	4	5	3
5	5	5	5	4
6	5	5	6	7
5	5	5	5	4
4	5	5	7	6
5	5	5	7	6
3	2	2	5	6
6	5	5	6	3
4	2	2	7	7
4	4	4	7	5
5	3	3	5	1
7	3	3	6	6
6	7	7	7	7
6	7	7	6	6
4	5	5	6	5
3	3	3	4	2
4	3	3	4	6
4	5	5	6	6
3	5	5	6	2
2	1	1	5	6
4	5	5	6	4
7	3	3	3	2
2	1	1	7	6
3	5	5	6	6
6	7	7	7	7
6	7	7	7	7
5	6	6	6	7
6	6	6	6	5

Časová značka	Souhlasím se	Uveďte své pohlaví	Uveďte své nejvyšší dosažené vzdělání	Uveďte svůj věk	Uveďte velikost bydliště, ve kterém žijete:	Považujete se za věř
2021/12/01 1:57:53 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/01 8:25:54 odp, GMT+2	Ano	Muž	Vysokoškolské	31 - 45 let	5 - 20 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/08 8:31:13 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/08 10:41:15 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/09 2:40:57 odp, GMT+2	Ano	Muž	Vysokoškolské	21 - 30 let	5 - 20 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/09 6:51:08 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	21 - 30 let	2 - 5 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/09 7:10:01 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/09 9:01:10 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/09 10:00:38 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	15 - 20 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/10 2:05:29 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ano, hlásím se ke kře
2021/12/10 2:46:05 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/10 6:25:17 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	46 - 60 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/10 10:12:46 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ne
2021/12/11 7:19:00 odp, GMT+2	Ano	Muž	Středoškolské s maturitou	21 - 30 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/11 10:09:16 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	21 - 30 let	5 - 20 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/11 6:12:02 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	31 - 45 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ano, hlásím se ke kře
2021/12/11 10:34:32 odp, GMT+2	Ano	Muž	Vysokoškolské	31 - 45 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/12 11:21:38 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské bez maturity	46 - 60 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/12 3:51:33 odp, GMT+2	Ano	Muž	Středoškolské s maturitou	31 - 45 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/13 7:50:46 odp, GMT+2	Ano	Žena	Středoškolské s maturitou	15 - 20 let	2 - 5 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/16 5:12:05 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ne
2021/12/16 6:47:13 odp, GMT+2	Ano	Muž	Středoškolské s maturitou	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/17 1:33:16 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/18 10:42:12 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2021/12/19 7:40:20 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/20 8:17:06 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	2 - 5 tisíc obyvatel	Ne
2021/12/23 5:50:23 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ano, hlásím se ke kře
2021/12/25 1:59:55 odp, GMT+2	Ano	Muž	Vysokoškolské	46 - 60 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2022/01/02 9:01:44 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	více než 100 tisíc obyvatel	Ano, ale nehlásím se
2022/01/15 6:11:45 odp, GMT+2	Ano	Žena	Vysokoškolské	21 - 30 let	20 - 100 tisíc obyvatel	Ne
2022/01/15 6:55:18 odp, GMT+2	Ano	Žena	Základní	15 - 20 let	0 - 2 tisíce obyvatel	Ano, ale nehlásím se