

Odrednice kvalitete intimne veze kod osoba s ozljedom kralježnične moždine

Martinović, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:359737>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**ODREDNICE KVALITETE INTIMNE VEZE KOD OSOBA S OZLJEDOM
KRALJEŽNIČNE MOŽDINE**

Diplomski rad

Marija Martinović

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Margareta Jelić

Zagreb, 2023.

IZJAVA

Pod punom moralnom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradila samostalno te da u njemu nema kopiranih, prepisanih ili preuzetih dijelova teksta tuđih radova koji nisu propisno označeni kao citati s navedenim izvorom iz kojeg su preneseni.

U Zagrebu, 01.01.2023.

Marija Martinović

SADRŽAJ

UVOD	1
<i>Ozljeda kralježnične moždine</i>	1
<i>Kvaliteta intimne veze</i>	2
<i>Prihvatanje ozljede kralježnične moždine</i>	3
<i>Kvaliteta života</i>	4
<i>Percipirani stres</i>	6
<i>Privrženost partneru</i>	7
<i>Zadovoljstvo seksualnim aspektom veze</i>	8
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE	10
METODE	11
<i>Sudionici</i>	11
<i>Mjerni instrumenti</i>	12
<i>Postupak</i>	15
REZULTATI	16
RASPRAVA	22
<i>Metodološka ograničenja</i>	27
<i>Praktične implikacije</i>	29
ZAKLJUČAK	31
LITERATURA	32
PRILOZI	39
Prilog A	39
Prilog B	40
Prilog C	41

Odrednice kvalitete intimne veze kod osoba s ozljedom kralježnične moždine Determinants of the quality of intimate relationships in persons with spinal cord injury

Marija Martinović

Sažetak: Ozljeda kralježnične moždine (OKM) uzrokuje fizičke, psihičke i socijalne posljedice te zahtjeva visoku prilagodbu pojedinca u svim aspektima života, a samim time i partnerskim odnosima. Cilj ovog istraživanja je ispitati odrednice kvalitete intimne veze te razlike kod osoba s OKM u odnosu na to jesu li stupili u vezu prije ili nakon ozljede. Istraživanje je provedeno putem online upitnika na ukupno 129 sudionika u dobi od 21-74 godine ($M=43.8$, $SD=11.5$). U istraživanju je sudjelovalo 54 sudionika koji su uspostavili intimnu vezu sa sadašnjim partnerom prije ozljede te 75 sudionika koji su uspostavili vezu nakon OKM. Rezultati pokazuju kako sudionici koji su stupili u vezu nakon ozljede imaju statistički značajno višu razinu kvalitete života, bolje prihvaćaju OKM, iskazuju niži stupanj percipiranog stresa te su zadovoljniji seksualnim aspektom veze u usporedbi sa sudionicima koji su u vezu ušli prije ozljede kralježnične moždine. Nije pronađena statistički značajna razlika između ove dvije skupine u kvaliteti intimne veze te anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzijama privrženosti. Rezultati hijerarhijske regresijske analize, uz kontrolu trenutka ulaska u vezu (prije/nakon OKM) u prvom koraku, pokazali su da kvaliteta života, neprihvatanje OKM, percipirani stres te nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze statistički značajno doprinose objašnjenju 46% varijance kvalitete veze, dok se trenutak ulaska u vezu i dimenzije privrženosti nisu pokazali kao statistički značajni prediktori kvalitete intimne veze. Dobiveni rezultati ukazuju na potrebu holističkog pristupa osobama s OKM te eventualnu dobrobit psihoedukacije ili slične psihološke intervencije.

Ključne riječi: ozljeda kralježnične moždine, kvaliteta intimne veze, percipirani stres, zadovoljstvo seksualnim aspektom veze

Abstract: A spinal cord injury (SCI) causes physical, psychological and social consequences and requires high adjustment of the individual in all aspects of life, and therefore in romantic relationships. The aim of this study was to examine the determinants of the quality of the intimate relationships and the differences among people with a SCI, in relation to whether they have entered a relationship, before or after the SCI. The research was conducted through an online questionnaire on a total of 129 participants aged 21-74 years ($M= 43.8$, $SD= 11.5$). The study involved 54 participants in a preinjury relationship and 75 participants in a postinjury relationship. The results show that the participants in a postinjury relationship have a statistically significant higher level of quality of life, they better accept a SCI, show a lower degree of perceived stress and greater satisfaction with the sexual aspect of the relationship compared to the participants in a preinjury relationship. No statistically significant difference was found between these two groups in the quality of the intimate relationship and anxiety and avoidance as dimensions of attachment. The results of the hierarchical regression analysis, with the control of the moment of entering the relationship (preinjury/postinjury) in the first step, showed that quality of life, non-acceptance of the SCI, perceived stress and dissatisfaction with the sexual aspect of the relationship statistically significantly contribute to explaining 46% of the variance of the quality of the intimate relationship, while the moment of entering the relationship and attachment dimensions did not prove to be significant predictors of intimate relationship quality. The obtained results indicate the

need for a holistic approach to the people with SCI and potential benefit of a psychoeducation or a similar psychological intervention.

Key words: spinal cord injury, the quality of an intimate relationship, perceived stress, satisfaction with the sexual aspect of the relationship

UVOD

Ozljeda kralježnične moždine

Ozljeda kralježnične moždine (OKM) je kompleksna ozljeda koja djelomično ili potpuno ometa komunikaciju između mozga i periferije tijela, što može rezultirati promjenama u autonomnim, motornim i senzornim funkcijama (Šimunović, 2008; prema Miškec, 2017). Gotovo 50% OKM uzrokovano je prometnim nesrećama, dok među ostale uzroke spadaju padovi, skokovi u vodu, sportske ozljede, ozljede na radu, stradavanje u nasilju te bolesti (artritis, upala kralježnične moždine, tumori...). Upravo radi načina zadobivanja ozljede, većina osoba OKM doživi u mlađoj životnoj dobi (između 16 do 30 godina), a 80% bolesnika je muškog spola (Schnurrer-Luke-Vrbanić i sur., 2012). Ipak, noviji podaci pokazuju porast OKM među starijima i ženama (HUPT, 2014). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, svake godine OKM u svijetu doživi između 250 000 i 500 000 ljudi (Mišić i Bartolac, 2015). Statistički podaci Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice, koja provodi specijalizirani rehabilitacijski program osoba s OKM u Hrvatskoj, pokazuju da se svake godine rehabilitira oko 100 novih pacijenata, što odgovara incidenciji od oko 20 novih slučajeva na milijun stanovnika (Džidić, 2010). Trenutno u Republici Hrvatskoj živi oko 6200 osoba s OKM, od čega je oko 3400 muškog, a 2800 ženskog spola (Registar osoba s invaliditetom, 2021).

Kralježnična moždina ima dvije važne zadaće u našem tijelu: služi za ostvarenje jednostavnih i složenih refleksa te predstavlja put između mozga i tijela, kojim prolaze signali u oba smjera (Keros i sur., 1999). Ozljede kralježnične moždine najčešće dijelimo na traumatske i netraumatske. Traumatska ozljeda proizlazi iz iznenadnog, traumatskog udarca koji rezultira lomom, nagnječenjem ili iskakanjem jednog ili više kralježaka, a dodatne poteškoće se javljaju zbog mogućih krvarenja, upala, oteklina ili nakupljanja tekućine oko same kralježnične moždine (Miškec, 2017). Netraumatske OKM najčešće nastaju kao posljedica tumora, kompromitacije cirkulacije kralježnične moždine te neuroloških bolesti kao što su multipla skleroza, amiotrofična lateralna skleroza i ostale (Schnurrer-Luke-Vrbanić i sur., 2012).

Druga podjela OKM je na potpune i nepotpune. OKM bilo koje vrste manifestira se određenim znakovima i simptomima, kao što su gubitak pokreta, gubitak osjeta (uključujući toplinu, hladnoću, bol i dodir), gubitak kontrole sfinktera mokraćnog mjehura i crijeva, pretjerani refleksi i spazmi, bol ili osjećaj peckanja zbog ozljede živčanih vlakana kralježnične moždine, promjene seksualne funkcije i osjeta te poteškoće s disanjem (Miškec, 2017). Funkcije se gube ispod razine ozljede, a količina izgubljenih funkcija ovisi o težini oštećenja kralježnične moždine, odnosno o tome je li OKM potpuna ili nepotpuna. Kod potpune OKM postoji potpuna i obično trajna blokada prijenosa signala kroz mjesto ozljede te osoba nema nikakvog osjeta niti voljnog pokreta ispod razine ozljede. Takvo stanje se naziva plegija. Kod nepotpunih OKM radi se o djelomičnom oštećenju moždine pri čemu neke motoričke i senzoričke funkcije ostaju očuvane (Mišić i Bartolac, 2015). Djelomična oštećenja kralježnične moždine nazivaju se pareze. Stupanj oštećenja tijela se klasificira po područjima koja obuhvaćaju kralješke. Dakle, osoba koja ima potpunu ozljedu cervikalnog (vratnog) dijela kralježnične moždine, imat će tetraplegiju, odnosno bit će oduzeta od vrata na niže, dok osoba koja ima potpunu OKM u torakalnom, lumbalnom ili sakralnom dijelu imat će paraplegiju, tj. oduzetost donjih udova i gubitak funkcija ispod razine ozljede.

Kvaliteta intimne veze

Za većinu odraslih osoba, romantični odnosi su među najvažnijim odnosima u životu pojedinca s obzirom na to da kvalitetni romantični odnosi imaju pozitivan učinak na zdravlje, psihološku dobrobit pojedinca te zadovoljstvo životom (Vollmann i sur., 2019). Brojna istraživanja otkrivaju na koji način karakteristike pojedinca, specifična ponašanja partnera te okolnosti unutar same intimne veze mogu dovesti do promjena u zadovoljstvu vezom, utjecati na njenu kvalitetu i naposljetku odrediti hoće li par nastaviti vezu i uspješno prebroditi teškoće ili prekinuti odnos (Bradbury i Karney, 2010). Jedan od uzroka promjena u dinamici odnosa može biti i ozljeda kralježnične moždine. U kojoj mjeri OKM utječe na partnerske odnose i mijenja njihovu dinamiku pokazuju istraživanja koja su utvrdila da je kod osoba koje su u trenutku zadobivanja ozljede bile u braku 1,5 do 2,5 puta veća stopa razvoda u odnosu na opću populaciju i to najviše unutar tri godine od ozljede (DeVivo i sur., 1995). Nakon početnog razdoblja nakon ozljede, koji se smatra kritičnim periodom, postotak

razvoda kod osoba s OKM odgovora stopi razvoda u općoj populaciji (Kreuter, 2000). DeVivo i Richards (1992) su zaključili da su određene karakteristike osoba s OKM u povećanom riziku od razvoda, a to su mlađa dob, ženski spol, nesamostalnost, neimanje djece, iskustvo prijašnjeg razvoda te manje od 3 godine protekle od ozljede.

Iako intimni odnosi u kojem jedan partner ima OKM mogu biti izloženi brojnim stresorima te samim time biti izazovniji, istraživanje Kreuter i suradnika (1996) je pokazalo da se emocionalna kvaliteta veze ne razlikuje kod osoba s OKM i kontrolne skupine koja se sastojala od sudionika koji nemaju OKM. Slične rezultate su dobili i Yim i suradnici (1998) gdje su istraživali kvalitetu bračnog života kod osoba s OKM u Koreji.

Pojedini istraživači su ispitivali razlikuju li se intimni odnosi s obzirom na to jesu li uspostavljeni prije ili poslije ozljede kralježnične moždine partnera. Pretpostavka autora je da osobe koje su bile s partnerom u trenutku zadobivanja ozljede proživljavaju značajnu promjenu u dinamici odnosa čijim se posljedicama možda nikada neće prilagoditi. S druge strane, odnosi uspostavljeni nakon ozljede, ne doživljavaju tu promjenu jer ulaze u vezu s partnerom kada je invaliditet već stečen te je zbog toga moguće da postoje veće šanse za uspjeh u takvim vezama (Kreuter i sur., 1994). Tako su Simmons i Ball (1984) utvrdili da parovi koji su ušli u vezu nakon ozljede imaju bolju bračnu prilagodbu, nego oni koji su u vezu stupili prije ozljede. Slične nalaze su dobili i Crewe i suradnici (1979; prema Kreuter, 2000) u svom istraživanju. Brakovi koji su sklopljeni nakon ozljede su stabilniji, a osobe koje stupaju u vezu nakon OKM su zadovoljnije od onih koji su u vezu stupili prije OKM. Iste rezultate su dobili i kada su kontrolirali dob sudionika (Krause i Crewe, 1987). Međutim, Kreuter i suradnici (1994) utvrdili su kako nema statistički značajne razlike u emocionalnoj privrženosti prema partneru te generalno zadovoljstvu intimnom vezom između navedene dvije skupine. Moguće je da se kontradiktorni nalazi mogu objasniti ako se uzme u obzir u kojoj su mjeri ozlijeđeni pojedinci prihvatili OKM.

Prihvatanje ozljede kralježnične moždine

Prihvatanje invaliditeta opisuje psihološki proces kroz koji pojedinac mora proći kako bi se prilagodio na život s invaliditetom te svim ograničenjima i poteškoćama koje mu invaliditet nameće u svakodnevnom funkcioniranju. Iako istraživanja pokazuju da su ljudi skloni dobro se prilagoditi životu s OKM, postoji varijabilitet u prilagodbi na invaliditet

među ovom populacijom te kod pojedinaca proces prihvaćanja ide otežano (Kennedy i sur., 2006). Radi se o složenom procesu koji ovisi o mnogim faktorima poput manifestacije simptoma, dostupnosti i kvalitete tretmana, različitim individualnim karakteristikama pojedinca kao što su ličnost, stres i strategije suočavanja, podrške uže i šire obitelji te socioekonomskog statusa. Dembo i suradnici (1975; prema Keany i Glueckauf, 1993) prihvaćanje invaliditeta konceptualiziraju kao prihvaćanje gubitka te navode kako ono predstavlja prilagodbu vrijednosnog sustava osobe tako da njeni stvarni ili percipirani gubici zbog invaliditeta ne utječu negativno na vrijednost postojećih sposobnosti. Možemo reći da je to proces u kojem pojedinac počinje donositi odluke o načinu života kojima će povećati njegovu kvalitetu te je direktno povezan s uspješnosti procesa rehabilitacije.

Aaby i suradnici (2019) su sustavnim pregledom literature utvrdili da je veće prihvaćanje OKM dosljedno povezano s većom globalnom i psihološkom kvalitetom života, zadovoljstvom života, osjećajem dobrobiti te nižim razinama depresije i anksioznosti. S druge strane, pojedinci koji imaju teškoće s prihvaćanjem OKM skloniji su samozanemarivanju (Macleod, 1988; prema Chevalier i sur., 2009) i konzumiranju supstanci (Pollard i Kennedy, 2007; prema Chevalier i sur., 2009), što može povećati rizik od nastanka sekundarnih komplikacija. Osim što je prihvaćanje invaliditeta važno za psihičko i fizičko zdravlje pojedinca, bitno je i za ostvarivanje dugoročnih ciljeva poput zaposlenja, uključivanja u društvene aktivnosti i zajednicu (Kennedy i sur., 2006), ali i za stvaranje pozitivnih interpersonalnih odnosa (Tough i sur., 2017).

Kvaliteta života

Stoljećima je ozljeda kralježnične moždine rezultirala smrtnim ishodom, no napretkom medicine i poboljšanjem kvalitete života osoba s takvom ozljedom uvelike su se povisile stope preživljavanja. Podaci govore da je u zemljama razvijenog svijeta životni vijek osobe s tetraplegijom narastao na 70% od ukupnog prosječnog života stanovnika tih zemalja, dok je taj broj kod osoba s paraplegijom na 88%. Nažalost, u siromašnim i slabo razvijenim zemljama životni vijek osoba s takvom ozljedom često i dalje završava ubrzo nakon ozljede (HUPT, lipanj 2014; prema Miškec, 2017). Prema Cumminsonovom homeostatskom modelu, subjektivnu procjenu kvalitete života određuje interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca (Cummins 1995; prema Domitrović, 2017). Ekstraverzija,

neuroticizam, optimizam i lokus kontrole ističu se kao osobine ličnosti koje mogu utjecati na subjektivnu procjenu kvalitete života. Prema modelu, procjena kvalitete života je prilično stabilna, a do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima (npr. stečeni invaliditet, pojava bolesti, narušeni socijalni odnosi, gubitak posla i sl.) ili nekoj psihološkoj varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu te jedino ekstremni unutrašnji ili vanjski čimbenici, poput kronične boli, dovode do trajnog i značajnog smanjenja samoprocjene kvalitete života (Domitrović, 2017).

Pojedina istraživanja pokazuju da osobe s OKM imaju nižu kvalitetu života od opće populacije (Dijkers, 1997). Međutim, ukoliko imaju dostupne resurse (prije svega medicinsku rehabilitaciju, pomoć u suočavanju i prilagodbi na život s OKM te podržavajuću socijalnu okolinu) i pod uvjetom da imaju jednaku mogućnost kao ostatak populacije u obavljanju posla, obrazovanju, provođenju kvalitetnog slobodnog vremena, građanskim dužnostima i drugim aktivnostima, kvaliteta života osobe s OKM može biti vrlo slična prosječne osobe bez invaliditeta ili čak bolja od kvalitete života prije ozljede (Brown i sur., 1987; prema Dijkers, 1997).

Istraživanja pokazuju da općenito kvaliteta života može povećavati bračno zadovoljstvo te mentalno zdravlje (Kazemi i sur., 2011; prema Gharibi i sur., 2015). Ipak, jednako je tako moguće da je bračno zadovoljstvo povezano sa kvalitetom života te treba biti oprezan pri interpretaciji nalaza ovih korelacijskih istraživanja. Chang i suradnici (2012) utvrdili su kako bračni status, participacija i aktivnost (samostalnost u brizi za sebe i transportu) predstavljaju najjače prediktore kvalitete života osoba s OKM. Prema Kreuter i suradnicima (1994) kvaliteta života je viša kod osoba koje u vezu stupaju nakon OKM. S obzirom na to da osobe koje su ušle u vezu prije ozljede uglavnom stradavaju u nešto kasnijoj dobi od onih koji uspostavljaju vezu nakon ozljede, ovi rezultati mogu biti objašnjeni učinkom dobi, ali i činjenicom da se stariji manje uključuju u društvene aktivnosti i teže prilagođavaju promjenama u životu uzrokovanih ozljedom.

Percipirani stres

Stres je jedan od najvažnijih kontekstualnih čimbenika koji mogu djelovati na partnerski odnos. Pojedinaac određenu situaciju percipira stresnom kada je percipira zahtjevnom i prijetećom te vjeruje kako nema resurse potrebne za suočavanje sa stresorom, odnosno izvorom stresa. Iako su osobe s ozljedom kralježnične moždine izložene gotovo svim stresorima kao i prosječna osoba bez invaliditeta, dodatan izvor stresa može predstavljati i sam invaliditet. Novije populacijske studije ukazuju na to da osobe s OKM predstavljaju vulnerabilnu populaciju za razvitak određenih psihičkih problema te da gotovo polovica (48.5%) populacije osoba s OKM pati od nekih psihičkih teškoća od kojih su najčešće depresija (37%), anksioznost (30%), klinička razina stresa (25%) te posttraumatski stresni poremećaj (8.4%) (Migliorini i sur., 2008). Ipak, nije pronađena povezanost između stresa i težine invaliditeta među osobama s OKM, ali je stres pozitivno povezan sa depresijom te negativno sa zadovoljstvom i kvalitetom života (Gerhart i sur., 1999). Bolje zdravstveno stanje i vrijeme proteklo od ozljede su povezani s nižim rizikom od nastanka psihopatologije (Migliorini i sur., 2008).

Negativna povezanost stresa i kvalitete intimne veze čvrsto je potvrđena u brojnim istraživanjima (Buck i Neff, 2012). Postoje brojne izravne, ali i neizravne posljedice OKM koje mogu biti stresori za partnere i njihov partnerski odnos. To uključuje ograničeni kapacitet ozlijeđenog partnera za obavljanje kućanskih poslova i brige za djecu, smanjena mobilnost, financijski pritisci i snižen životni standard, promjene u seksualnom funkcioniranju, manjak socijalne podrške te problemi psihološke prilagodbe na invaliditet (Yim i sur., 1998). Osim toga, osobe koje pružaju njegu stradalome u početnom periodu nakon ozljede, najčešće supružnici ili roditelji, mogu doživljavati povećane simptome stresa (Jeyathevan i sur., 2019). Veća potreba za asistencijom partnera povezana je većom depresivnosti i stresom kod oba partnera, ali i stvaranju osjećaja bespomoćnosti kod stradalog (Chan i sur., 2000). Schulz i suradnici (1985; prema Chan i sur., 2000) zaključili su u svom istraživanju da osobe koje su ušle u brak prije nego što su zadobile OKM, manje sretne i osjećaju manje nade oko budućnosti od osoba koje upoznaju partnera nakon OKM. Ipak, kada su u pitanju intimni odnosi, ukoliko su partneri svjesni utjecaja stresa na njihovu vezu i

koriste adaptivne strategije suočavanja s doživljenim stresom, povezanost između stresa i zadovoljstva vezom može biti umanjena (Neff, 2012).

Privrženost partneru

Bowlby (1969; prema Kamenov i Jelić, 2003) definira privrženost kao afektivnu vezu koju karakterizira tendencija da se traži i održi bliskost s određenom osobom, pogotovo kad se pojedinac nalazi u stresnoj situaciji. Privrženost je evolucijski mehanizam koji povećava vjerojatnost preživljavanja i reprodukcije (Bartholomew i Horowitz, 1991). Iako se Bowlbyjeva teorija primarno odnosi na veze stvorene između dojenčadi i njihovih skrbnika, procesi privrženosti stvoreni u najranijem djetinjstvu utječu na bliske veze u odrasloj dobi (Bowlby, 1969). Brennan i suradnici (1998) sugeriraju kako su individualne razlike u privrženosti u odraslih konceptualizirane u terminima dvije dimenzije: bliskost-izbjegavanje i sigurnost-anksioznost. Osobe s izraženom dimenzijom izbjegavanja imaju negativan pogled na svoje romantične partnere što rezultira nelagodnom zbog bliskosti i odbijanjem iste. Ovaj mehanizam motiviran je izbjegavanjem boli izazvanom nedostupnošću objekta privrženosti u prošlosti te zbog toga takve osobe teže formiranju i održavanju neovisnosti, kontrole i autonomije u svojim odnosima. S druge strane, dimenzija anksioznosti se odnosi na stupanj u kojem je pojedinac zabrinut oko napuštanja i toga da nije dovoljno cijenjen od strane romantičnog partnera (Brennan i Shaver, 1995). Osobe koje imaju visoko izraženu dimenziju anksioznosti karakterizira negativan pogled na sebe i strah od odbijanja. Ovaj mehanizam motiviran je izbjegavanjem straha od odvajanja, što dovodi do toga da osobe koje su visoko na ovoj dimenziji žude za emocionalnom bliskošću s partnerom kako bi razvili osjećaj sigurnosti. Zbog toga, anksiozno privrženi koriste različite strategije, poput pretjeranog izražavanja potreba i ranjivost, kako bi objekt privrženosti obratio pažnju na njih i pružio potporu i zaštitu (Mikulincer i Shaver, 2016).

Veliki broj istraživanja bavio se odnosom privrženosti i kvalitete veze te je jasno potvrđena povezanost sigurne privrženosti s kvalitetom i trajanjem intimne veze. Osobe sa sigurnim stilom privrženosti, dakle osobe s niskim rezultatom na skalama izbjegavajuće i anksiozne privrženosti, u odnosu na one s nesigurnim stilovima privrženosti u značajno većoj mjeri ostvaruju kvalitetnije, njihove veze su trajnijeg karaktera, zadovoljniji su načinom rješavanja partnerskih sukoba te imaju pozitivnija iskustva u partnerskim odnosima (Blažeka

Kokorić i Gabrić, 2009). Nalaz Dodda i suradnika (2015) navodi kako su viši rezultati na izbjegavanju kao dimenziji privrženosti povezani s nižom percipiranom socijalnom podrškom. Moguće je da zato što su skloni izbjegavanju bliskosti, u izazovnim trenucima ne traže socijalnu podršku od partnera te je percipiraju kao da je niti ne dobivaju, što može rezultirati nižim procjenama u kvaliteti partnerskog odnosa.

Zadovoljstvo seksualnim aspektom veze

Seksualnost je važan dio života pojedinca te gotovo neizostavna komponenta dugotrajne romantične veze. Tome ide u prilog čitav niz istraživačkih nalaza koji ukazuju na značajnu pozitivnu povezanost bračnog i seksualnog zadovoljstva (Blumstein i Brecher, 1984; Byers i Heinlein, 1989; Cooper i Stoltenberg, 1987; Metz i Epstein, 2002; Gossman i sur., 2003; prema Tadinac i sur, 2007). Osim deficita motoričke i osjetne funkcije, znatan broj osoba s OKM doživljava poteškoće u seksualnom funkcioniranju. Stupanj teškoća ovisi o stupnju oštećenja kralježnične moždine te samoj razini ozljede. Tako je u istraživanju Dahlberg i suradnika (2007) utvrđeno da su muškarci koji imaju paraplegiju zadovoljniji seksualnim životom od muškaraca s tetraplegijom. Ipak, Kreuter i suradnici (1996) navode da nema povezanosti između visine ozljede i stupnja oštećenja sa seksualnom prilagodbom, ali je sposobnost postizanja i očuvanja erekcije te očuvani genitalni osjet u pozitivnoj korelaciji sa seksualnom aktivnosti i seksualnim zadovoljstvom. Muškarci s potpunom lezijom gornjeg moto-neurona u mogućnosti su imati refleksnu erekciju, uz poremećenu kvalitetu i dužinu trajanja, ali s izostankom psihogene erekcije i uz poremećaj ejakulacije (Schnurrer-Luke-Vrbanić i sur., 2012). Zbog slabije pokretljivosti sjemena, kvaliteta sjemena je sporna. S druge strane, žene s potpunom lezijom gornjeg moto-neurona mogu imati teškoće u psihogenoj vaginalnoj lubrikaciji te vaginalnoj vazodilataciji, dok fertilitet nije smanjena (Schnurrer-Luke-Vrbanić i sur., 2012).

Iako istraživanja pokazuju da nakon ozljede dolazi do pada u seksualnoj aktivnosti i seksualnom zadovoljstvu (Alexander i sur., 2017), seksualni interes i potreba za emocionalnim i seksualnim izražavanjem ne izostaju. Ipak, čini se da psihološki faktori imaju važniju ulogu od fizičkih faktora u zadovoljstvu seksualnim životom i partnerskim odnosom. Tako je istraživanje Kreuter i suradnika (1996) utvrdilo da su glavni prediktori seksualne

prilagodbe kod osoba s OKM: raznolikiji repertoar seksualnih ponašanja, viši stupanj percipiranog partnerovog uživanja u seksualnoj aktivnosti i viši stupanj percipiranog zadovoljstva partnera seksualnom adekvatnošću.

Kod osoba koje stupaju u vezu prije OKM, učestalost seksualnih aktivnosti i raznolikost seksualne ekspresije se pokazala nižom u odnosu na osobe koje su uspostavile vezu nakon OKM. Ipak, nije pronađena statistički značajna razlika u zadovoljstvu trenutnim seksualnim životom između navedene dvije skupine (Kreuter i sur. 1994). Taj nalaz nije dobiven kod Crewe i suradnika (1979; prema Kreuter, 1994). Oni ukazuju na to da su osobe koje su stupile u vezu nakon OKM zadovoljnije seksualnim životom, čak i kada se kontrolira efekt dobi.

Kao što je navedeno, zbog produljenja životnog vijeka osoba s OKM, poboljšanja kvalitete života, činjenice da često takvu ozljedu doživi mlađa populacija te važnosti partnerskih odnosa na psihičku dobrobit pojedinca, u ovom istraživanju htjeli smo ispitati odrednice kvalitete intimne veze kod osoba s ozljedom kralježnične moždine. Posebno nas je zanimalo predstavlja li trenutak ulaska u vezu bitan faktor u kvaliteti intimne veze te postoje li razlike između sudionika koji su stupili u vezu prije i sudionika koji su stupili u vezu nakon OKM. Nedostatak istraživanja partnerskih odnosa na osobama s OKM na ovim prostorima, uz prethodno navedene nejednoznačne nalaze, ukazuju na potrebu istraživanja na ovoj populaciji.

CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE

Cilj istraživanja je ispitati odrednice kvalitete intimne veze te razlike kod osoba s OKM u odnosu na to jesu li stupili u vezu prije ili nakon OKM. Cilj istraživanja operacionaliziran je kroz dva istraživačka problema:

Problem 1: Ispitati razliku u kvaliteti života, (ne)prihvatanju OKM, percipiranom stresu, dimenzijama privrženosti, (ne)zadovoljstvu seksualnim aspektom veze te kvaliteti intimne veze kod osoba s OKM koji su uspostavili intimnu vezu prije i onih koji su uspostavili intimnu vezu nakon OKM.

Hipoteza 1: Očekuje se da će osobe koje su uspostavile intimnu vezu nakon OKM iskazivati statistički značajno veću kvalitetu života, bolje prihvaćanje OKM, niži stupanj percipiranog stresa, nižu anksioznost i izbjegavanje kao dimenzija privrženosti, veće zadovoljstvo seksualnim aspektom veze te višu kvalitetu intimne veze u odnosu na osobe koje su uspostavile vezu s partnerom prije OKM.

Problem 2: Utvrditi samostalan doprinos kvalitete života, neprihvatanja OKM, percipiranog stresa, anksioznosti i izbjegavanja kao dimenzija privrženosti te nezadovoljstva seksualnim aspektom veze u objašnjenju kvalitete intimne veze kod osoba s OKM kontrolirajući trenutak ulaska u vezu (prije/nakon OKM).

Hipoteza 2: Očekuje se da će kvaliteta života, neprihvatanje OKM, percipirani stres, anksioznost i izbjegavanje kao dimenzije privrženosti te nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze statistički značajno doprinijeti objašnjenju varijance kvalitete intimne veze kod osoba s OKM. Pri tome, očekuje se da će viši rezultati na procjeni kvalitete života, niži rezultati na neprihvatanju OKM, niži percipirani stres, niži rezultati na dimenzijama privrženosti te manje nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze objašnjavati više rezultate na procjeni kvalitete veze.

METODE

Sudionici

U ovom istraživanju sudjelovale su osobe koje imaju OKM minimalno godinu dana, a da su u nekoj vrsti intimne veze (veza, brak ili kohabitacija). Upitnik je ukupno ispunilo N=137 sudionika, od čega je 8 sudionika isključeno iz analize jer nisu bili u intimnoj vezi u trenutku provedbe istraživanja. Dakle, konačan broj sudionika uključen u daljnje analize bio je N=129. Podaci o sociodemografskim karakteristikama sudionika i obilježjima ozljede kralježnične moždine prikazani su u Prilogu A. Većina sudionika su muškarci (66.7%), a raspon dobi sudionika kreće se od 21 do 74 godina. Sudionici većinom imaju između 30 i 50 godina ($M=43.8$, $SD=11.5$). Gotovo 55.8% sudionika ističe da su prosječnog materijalnog stanja. Od ukupnog uzorka njih 55.8% navodi da su u braku, 24% je u vezi, dok je 20.2% sudionika u kohabitaciji s partnerom. Duljina veze sudionika kreće se u rasponu od jednog mjeseca do 48 godina ($M=16.0$, $SD=12.8$). Polovica sudionika (50.4%) navodi kako ima djecu. Nešto više od polovice sudionika (58.1%) je uspostavilo vezu sa sadašnjim partnerom nakon OKM.

Što se tiče karakteristika ozljede kralježnične moždine, 68.2% sudionika ima paraplegiju/paraparezu, dok 31.8% sudionika ima tetraplegiju/tetraparezu. Duljina ozljede kralježnične moždine sudionika kreće se u rasponu od godine dana do 51 godine i 3 mjeseca ($M=17.6$, $SD=11.0$), dok se dob u trenutku zadobivanja ozljede kreće u rasponu od rođenja pa do 65 godina ($M=26.2$, $SD=13.7$). Većina sudionika navodi kako uz OKM nema pridruženih bolesti (70.5%). S druge strane, 38 sudionika (29.5%) ističe da uz OKM ima dodatne bolesti, a neke od njih su šećerna bolest, visoki tlak, problemi sa srcem, osteoporoza, prolaps diska, neuropatska bol, poremećaji mokraćnog sustava (neurogeni mjehur, česte upale mokraćnog sustava, bubrežni kamenci i sl.), tromboza, gastritis, opstipacija, depresija te posttraumatski stresni poremećaj. Možemo uočiti da sudionici koji imaju pridružene bolesti uz OKM (29.5%) navode uglavnom stanja od kojih su osobe s OKM u povećanom riziku od nastanka istih. U istraživanju Brinkhof i suradnika (2016), gdje su nastojali procijeniti pojavu sekundarnih zdravstvenih stanja kod osoba s OKM, utvrdili su da osobe s OKM imaju povećani rizik od nastanka osteoporoze, infekcija mokraćnog sustava, problema

s cirkulacijom, kardiovaskularnih problema, neuropatske boli, problema s regulacijom crijeva i mokraćnog mjehura, seksualne disfunkcije i nastanka dekubitusa. Brojna sekundarna zdravstvena stanja češće se javljaju kod starijih osoba (Jensen i sur., 2013). Prosječna dob onih koji imaju pridružene bolesti u našem uzorku iznosi $M=47.08$ godina.

Mjerni instrumenti

Sociodemografske karakteristike i obilježja ozljede kralježnične moždine

U ovom istraživanju prikupljeni su podaci o sljedećim sociodemografskim karakteristikama sudionika: spol, dob, samoprocjena materijalnog stanja domaćinstva, status intimne veze, duljina trajanja intimne veze u godinama i mjesecima, trenutak uspostavljanja intimne veze (prije ili nakon OKM) te imanje djece. Prikupljeni su i podaci vezani uz obilježja ozljede kralježnične moždine sudionika: vrsta OKM, proteklo vrijeme od ozljede u godinama i mjesecima te (ne)prisutstvo drugih bolesti.

Kvaliteta veze

Kvaliteta intimne veze mjerila se Indeksom kvalitete braka (*Quality of Marriage Index*, Norton, 1983). Ovaj upitnik mjeri ukupno zadovoljstvo brakom, ali se može primjenjivati u istu svrhu i u ostalim intimnim vezama. Sastoji se od 6 tvrdnji, a zadatak sudionika je da izrazi svoj stupanj slaganja na prvih pet tvrdnji na skali od 1 („*Uopće se ne slažem*“) do 7 („*U potpunosti se slažem*“) te zatim procijeni koliko je sretan/na u vezi s partner/icom na skali od 1 do 10 (1 = *jako nesretan*, 10 = *jako sretan*). Primjer čestice je: „Naša veza je čvrsta.“ Indeks kvalitete veze izražava se kao jednostavna linearna kombinacija odgovora na svih 6 čestica, a raspon rezultata varira od 6 do 45 gdje je veći rezultat pokazatelj veće kvalitete veze. Pouzdanost ove mjere na ovom uzorku iznosi $\alpha=.97$.

Prihvatanje OKM

Kao mjera prihvatanja ozljede kralježnične moždine korištena je Ljestvica prihvatanja bolesti (*engl. Acceptance of Illness Scale*; Felton i sur., 1984) koja se sastoji od 8 tvrdnji o prihvatanju zdravstvenog stanja te osjećaju vrijednosti unatoč poteškoćama i ograničenjima uzrokovanim istim. Sudionici procjenjuju stupanj slaganja sa česticom na skali Likertovog tipa od 1 („*U potpunosti se ne slažem*“) do 5 („*U potpunosti se slažem*“). Primjer čestice je: „Zbog zdravstvenih problema previše ovisim o drugima.“ Ukupni rezultat

je aritmetička sredina, odnosno prosjek datih odgovora na upitniku. To znači da minimalni rezultat iznosi 1, a maksimalni 5, pri čemu manji rezultat označava bolju prilagodbu i veći osjećaj vrijednosti. Koeficijent pouzdanosti tipa Cronbach alpha na ovom uzorku iznosi $\alpha=.90$. S obzirom na to da veći rezultat ukazuje na lošiju prilagodbu, radi lakšeg snalaženja u interpretaciji rezultata ovu mjeru ćemo u daljnjem radu nazivati neprihvatanje OKM.

Kvaliteta života

Kvaliteta života ispitivala se jednom globalnom česticom koja je glasila „Kakvom biste procijenili svoju opću kvalitetu života?“. Zadatak sudionika je bio da procijeni kvalitetu života na Likertovoj skali od 1-10 pri čemu 1 znači „jako loša“, a 10 „jako dobra“.

Ljestvica percipiranog stresa

Ljestvica percipiranog stresa (Perceived Stress Scale - PSS; Cohen i sur., 1983) mjeri stupanj u kojem osoba doživljava svoj život nepredvidljivim, nekontrolabilnim i preopterećujućim, što predstavlja tri osnovne komponente doživljaja stresa (Lazarus i Folkman, 1984; prema Nakić i sur., 2009). U ovom istraživanju korištena je adaptirana verzija ljestvice (Hudek-Knežević i sur., 1999) koja se sastoji od 10 čestica, a odgovori se boduju na ljestvici procjene od 0 do 4 (0-nikad, 1-rijetko, 2-ponekad, 3-često, 4-stalno). Čestice su općenite prirode pa se mogu primjenjivati na različite situacije i različite populacije. Uzima se vremenski okvir od mjesec dana, a primjer čestice je: „U posljednjih mjesec dana koliko često ste bili uznemireni zbog nečega što se dogodilo neočekivano?“. Potrebno je obrnuto bodovati odgovore na 4., 5., 7. i 8. čestici. Mogući raspon rezultata na ovom upitniku kreće se od 0 do 40, pri čemu veći rezultat ukazuje na veći percipirani stres. Hudek-Knežević i suradnici (1999) su utvrdili jednofaktorsku strukturu, te pouzdanost tipa unutarnje konzistencije $\alpha = .88$. Na ovom uzorku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = .74$.

Osim originalnih čestica upitnika, dodane su dvije kontrolne čestice: “Smatrate li da su na Vaše psihičko stanje u posljednjih mjesec dana djelovali nedavni događaji u Hrvatskoj i svijetu (pandemija virusa COVID-19, potresi, ratna zbivanja u Ukrajini...)?” i “Smatrate li da je na Vaše psihičko stanje u posljednjih mjesec dana djelovala Vaša ozljeda kralježnične moždine?”. Sudionici su svoju procjenu davali na skali od 1 (“Nimalo”) do 5 (“U velikoj

mjeri”). Dodane kontrolne čestice nisu dio ukupnog rezultata i nisu u fokusu ovog istraživanja, no uzimamo ih u obzir radi jasnije procjene u kojoj mjeri OKM izaziva stres u odnosu na druge stresore kojima su sudionici za vrijeme trajanja istraživanja bili izloženi.

Privrženost partneru

Kao mjera privrženosti partneru koristila se modificirana forma Inventara iskustava u bliskim vezama (*Experiences in Close Relationships Inventory*, Brennan, Clark i Shaver, 1998). Originalna forma Inventara se sastoji od 36 čestica raspoređenih na dvije subskale – Skala anksioznosti i Skala izbjegavanja. U ovom istraživanju koristili smo modificiranu formu Inventara koja sadrži ukupno 18 čestica - po 9 na svakoj dimenziji. Psihometrijske karakteristike modificirane forme Inventara su zadovoljavajuće te su Kamenov i Jelić (2003) faktorskom analizom utvrdile kako faktorska struktura modificirane forme odgovara strukturi originalne skale, što znači da mjeri isti konstrukt kao i originalna skala. Koeficijenti pouzdanosti tipa Cronbach alpha na ovom uzorku iznose $\alpha=.81$ za dimenziju izbjegavanja te $\alpha=.88$ za dimenziju anksioznosti.

Inventar se koristi uz uputu da sudionik procijeni kako se općenito osjeća u vezama s ljubavnim partnerima. Sudionici procjenjuju stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom na skali Likertovog tipa od 1 („Uopće se ne slažem“) do 7 („Potpuno se slažem“). Rezultat na Inventaru se ne prikazuje sumarno, nego po dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja. Parne čestice u upitniku se odnose na skalu anksioznosti u vezama, a neparne na izbjegavanje bliskosti. Pri izračunu rezultata potrebno je obrnuto bodovati odgovore na 9., 13. i 17. tvrdnji (Kamenov i Jelić, 2003). Mogući raspon rezultata na svakoj od dimenzija kreće se od 9 do 63, pri čemu niži rezultat ukazuje na niže izraženu pojedinu dimenziju privrženosti kod sudionika.

Zadovoljstvo seksualnim aspektom veze

Zadovoljstvo seksualnim aspektom veze mjerilo se Indeksom seksualnog zadovoljstva (*Index of Sexual Satisfaction (ISS)*, Hudson i sur., 1981). Skala se sastoji od 25 čestica, a formirana je u svrhu mjerenja stupnja nezadovoljstva u seksualnom aspektu partnerske veze. Kako bi se spriječila pristranost odgovaranja, neke od čestica su postavljene u negativnom, a neke u pozitivnom obliku te je pri formiranju ukupnog rezultata pozitivne

čestice (1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24) potrebno obrnuto bodovati. Zadatak sudionika je procijeniti na skali od 7 stupnjeva koliko često se svaka od navedenih tvrdnji odnosi na njega (1 = *nikad*, 7 = *uvijek*). Primjer čestice je: „Osjećam da moj partner uživa u našem seksualnom životu“. Ukupni rezultat se formira prema formuli $S = (\sum X_i - N)(100) / [(K - 1) N]$, gdje je X_i odgovor na pojedinoj čestici, K je broj kategorija odgovora, a N je broj odgovorenih čestica. Ukupni rezultat varira od 0 do 100, pri čemu rezultati iznad 30 ukazuju na klinički značajan stupanj nezadovoljstva (Tadinac i sur., 2007). Koeficijent pouzdanosti Cronbach alpha iznosi $\alpha = .94$. S obzirom na to da veći rezultat ukazuje na veći stupanj nezadovoljstva, radi lakšeg snalaženja u interpretaciji rezultata ovu mjeru ćemo u daljnjem radu nazivati nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze.

Postupak

Istraživanje se provodilo online, a upitnik je konstruiran na platformi Google obrasci (engl. *Google forms*). Do sudionika se dolazilo putem udruga za osobe s ozljedom kralježnične moždine, preko društvenih mreža te metodom snježne grude. Neke od udruga u koje je proslijeđen upitnik te su zamoljene da putem emaila i stranica na društvenim mrežama pošalju upitnik svojim članovima su: Hrvatske udruge paraplegičara i tetraplegičara (HUPT), Spinalne ozljede Zagreb, Udruga paraplegičara i tetraplegičara Istarske županije, Splitsko-dalmatinska udruga spinalno ozlijeđenih, Udruga paraplegičara i tetraplegičara Osječko-baranjske županije, Udruga osoba s invaliditetom Labin, Udruga paraplegičara i tetraplegičara Istarske županije, Karlovačka udruga spinalno ozlijeđenih te Udruga osoba sa spinalnim ozljedama Karoca Rijeka. S obzirom na to da je velik broj osoba s OKM sportski aktivno, kontaktirani su klubovi i sportski savezi koji okupljaju osobe s invaliditetom (npr. Hrvatski savez košarke u kolicima) te Hrvatski paraolimpijski odbor. Upitnik je podijeljen i na društvenoj mreži Facebook, najviše u privatnim grupama koje okupljaju osobe s OKM te osobe s invaliditetom (npr. grupa Hrvatske udruge paraplegičara i tetraplegičara, Hrvatski spinalni centar, Grupa osoba s invaliditetom...). Također, korištena je i metoda snježne grude, odnosno zamoljeni su sudionici, ali i oni koji ne zadovoljavaju kriterije za sudjelovanjem u istraživanju da proslijede upitnik osobama za koje znaju da odgovaraju kriterijima za sudjelovanjem u istraživanju.

Sudjelovanjem u istraživanju, sudionici su mogli osvojiti nagradni bon u DM-u u vrijednosti od 100 kuna. Ukupno se dijelilo 5 nagradnih bonova. Sudionici koji su htjeli sudjelovati u nagradnom izvlačenju, na kraju upitnika su na posebnom linku mogli ostaviti broj telefona ili email putem kojih smo ih obavijestili ukoliko su osvojili nagradni bon. Posebnim linkom na kojem su ostavljali podatke je zajamčena anonimnost, tj. podaci se ni na koji način nisu mogli povezati s odgovorima u upitniku. Dobitnici bona odabrani su po završetku istraživanja slučajnim odabirom pomoću Excel Office programa. Na početku upitnika, uz kratak poziv za sudjelovanjem, sudionicima je objašnjena svrha istraživanja te kriteriji koje moraju zadovoljiti kako bi u istom sudjelovali. Napomenuto je da su podaci u cijelosti anonimni te da bez ikakvih posljedica mogu u bilo kojem trenutku odustati od daljnjeg sudjelovanja u istraživanju. Kako bi sudionike dodatno motivirali, istaknuli smo da sudjelovanjem u ovom istraživanju sudjeluju u jednim od prvih istraživanja koje se bavi ovom temom u našoj zemlji te da nam je njihovo mišljenje izuzetno važno jer time dolazimo do spoznaja na temelju kojih je moguće osmisliti praktične implikacije, poboljšati rad Centara za rehabilitaciju osoba s ozljedom kralježnične moždine te udruga koje okupljaju ovu populaciju. Na kraju upitnika bili su navedeni kontakti besplatnih savjetovališta gdje se sudionici mogu javiti ukoliko osjete potrebu za savjetovanjem. Ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo 10 minuta. Podaci su se prikupljali od 17. ožujka do 17. travnja 2022., nešto manje od mjesec dana nakon početka vojne agresije Rusije na Ukrajinu, u vrijeme pandemije virusa COVID-19 i naknadnih potresa u RH koji su se nastavili nakon razornog potresa u Petrinji 29. prosinca 2020. godine.

REZULTATI

Za statističku analizu podataka dobivenih u ovom istraživanju korišten je program IBM SPSS Statistics. Prije odgovora na istraživačke probleme, provedena je analiza deskriptivnih podataka te smo Kolmogorov-Smirnovljevim testom provjerili normalitet distribucija, što je preduvjet za korištenje različitih parametrijskih statističkih postupaka.

Tablica 1

Deskriptivni podaci rezultata sudionika (N=129) te rezultati Kolmogorov-Smirnov testa.

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>TR</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Zakrivljenost	Spljoštenost	KS test
Kvaliteta života	1.00	10.00	1-10	7.2	1.9	-0.78	0.64	.17***
Neprihvaćanje OKM	1.00	5.00	1-5	2.5	1.0	0.63	-0.43	.12***
Percipirani stres	1.00	35.00	1-40	18.7	5.6	-0.08	0.65	.09*
Anksioznost (privr.)	9.00	58.00	9-63	23.4	12.0	0.93	0.21	.12***
Izbjegavanje (privr.)	9.00	55.00	9-63	20.7	9.6	1.05	1.23	.11***
Seksualno nezadovoljstvo	0.67	80.67	0-100	24.2	18.0	1.19	0.75	.15***
Kvaliteta veze	6.00	45.00	6-45	37.6	9.4	-1.57	2.01	.22***

*Napomena: *** $p < .001$; * $p < 0.05$; TR- teorijski raspon;*

U Tablici 1., vidljivo je kako sudionici iskazuju da imaju prosječnu kvalitetu života ($M=7.2$, $SD=1.9$), što je u skladu s prijašnjim istraživanjima koja pokazuju da većina ljudi procjenjuje osobnu kvalitetu života na razini 60 do 80 % od skalnog maksimuma (Domitrović, 2017). Nadalje, sudionici prosječno iskazuju umjerenu prilagodbu na OKM ($M=2.5$, $SD=1.0$), dok se aritmetička sredina percipiranog stresa nalazi ispod srednje vrijednosti ljestvice ($M=18.7$, $SD=5.6$). Nadalje, sudionici pokazuju nešto višu anksioznost u odnosu na izbjegavanje kao dimenzije privrženosti ($M_A=23.4$, $SD_A=12.0$; $M_I=20.7$, $SD_I=9.6$). Generalno su zadovoljni seksualnim aspektom veze ($M=24.2$, $SD=18.0$) i iskazuju visoku kvalitetu veze ($M=37.6$, $SD=9.4$). Važno je napomenuti da na skali koja mjeri (ne)zadovoljstvo seksualnim aspektom veze viši rezultat označava veće seksualno nezadovoljstvo, pri čemu rezultati iznad 30 ukazuju na značajan stupanj nezadovoljstva seksualnim aspektom veze. Većina sudionika se nalazi ispod te granice (72.1%), dok je 27.9% sudionika iskazalo značajan stupanj seksualnog nezadovoljstva.

Iz rezultata provedenog Kolmogorov-Smirnov testa, vidljivo je kako raspodjele svih korištenih varijabli odstupaju od normaliteta koji je uobičajen preduvjet za korištenje različitih parametrijskih statističkih postupaka. Međutim, Petz (2004) navodi da se manja odstupanja mogu tolerirati te da je ključan uvjet za korištenje parametrijske statistike da distribucije nisu bimodalne ili u obliku U-krivulje. S obzirom na to da naše distribucije nisu takve te da indikatori zakrivljenosti i spljoštenosti pokazuju da niti jedna distribucija izrazito

ne odstupa od normalne distribucije (Kline, 2015), odlučili smo se za korištenje parametrijskih testova.

Prvi istraživački problem bio je ispitati razliku u kvaliteti života, (ne)prihvaćanju ozljede kralježnične moždine, percipiranom stresu, anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzijama privrženosti, (ne)zadovoljstvu seksualnim aspektom veze te kvaliteti intimne veze kod osoba s OKM koji su uspostavili intimnu vezu prije i onih koji su uspostavili intimnu vezu nakon OKM. S obzirom na to da su rezultati MANOVE (Wilks $\lambda=0.74$, $F(7,121)=6.23$, $p<0.001$) pokazali postojanje statistički značajnih razlika između dvije skupine u zavisnim varijablama, provjerili smo kako se razlikuju navedene dvije skupine u zavisnim varijablama kada ih promatramo na pojedinačnoj razini.

Tablica 2

Deskriptivni podaci te prikaz razlika u kvaliteti života, neprihvaćanju OKM, percipiranom stresu, anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzijama privrženosti, nezadovoljstvu seksualnim aspektom veze i kvaliteti veze između sudionika koji su u vezu ušli prije (N=54) i onih koji su u vezu ušli nakon OKM (N=75).

Varijabla	Trenutak ulaska u vezu				Parcijalni η^2	F	p
	Prije ozljede (N=54)		Nakon ozljede (N=75)				
	M	SD	M	SD			
Kvaliteta života	6.4	2.2	7.7	1.4	.13	18.83	<.001***
Neprihvaćanje OKM	2.9	1.1	2.1	0.8	.17	25.09	<.001***
Percipirani stres	20.1	5.8	17.7	5.4	.04	5.73	.02*
Anksioznost (privr.)	25.7	13.2	21.7	10.8	.03	3.51	.06
Izbjegavanje (privr.)	22.0	9.4	19.8	9.7	.01	1.67	.20
Seksualno nezadovoljstvo	32.9	20.6	18.0	12.6	.17	25.87	<.001***
Kvaliteta veze	36.3	11.4	38.4	7.6	.01	1.57	.21

*Multivarijatni test: Wilks $\lambda = .74$; $F = 6.23$; $df1 = 7.00$; $df2 = 121.00$; *** $p < 0.001$; parcijalni $\eta^2 = .27$*

*Napomena: *** $p < 0.001$; * $p < 0.05$*

U Tablici 2. može se vidjeti kako sudionici koji su u vezu ušli nakon ozljede pokazuju statistički značajno višu razinu kvalitete života, niži stupanj neprihvatanja OKM, niži stupanj percipiranog stresa i veće zadovoljstvo seksualnim aspektom veze u usporedbi sa sudionicima koji su u vezu ušli prije ozljede. Nije utvrđena statistički značajna razlika u anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzija privrženosti te kvaliteti veze između sudionika koji su stupili u vezu prije OKM i sudionika koji su stupili u vezu nakon OKM. Ipak, možemo uočiti trend da sudionici koji su u vezu ušli prije ozljede iskazuju nešto veći stupanj anksioznosti i izbjegavanja te nižu kvalitetu veze. Time je djelomično potvrđena prva hipoteza.

Kako bismo odgovorili na drugi postavljeni problem i utvrdili odrednice kvalitete intimne veze kod osoba s OKM, provedena je hijerarhijska regresijska analiza u dva koraka uz kontrolu trenutka ulaska u vezu (prije/nakon OKM) u prvom koraku. Za početak, provjerena je povezanost između varijabli koje je potrebno uključiti u analizu, pri čemu su izračunati Pearsonovi koeficijenti korelacije između prediktora i kvalitete intimne veze kao kriterija.

Tablica 3

Bivarijatne korelacije konstrukata

	1	2	3	4	5	6	7
1. Kvaliteta života	-	-.53**	-.56**	-.43**	-.33*	-.62**	.61**
2. Neprihvatanje OKM	-.36**	-	.58**	.63**	.26	.56**	-.42**
3. Percipirani stres	-.42**	.52**	-	.47**	.37**	.42**	-.51**
4. Anksioznost (privr.)	-.13	.39**	.42**	-	.47**	.44**	-.35**
5. Izbjegavanje (privr.)	-.32**	.28*	.10	.31**	-	.59**	-.43**
6. Seksualno nezadovoljstvo	-.43**	.36**	.18	.44**	.69**	-	-.72**
7. Kvaliteta veze	.31**	-.11	-.35**	-.37**	-.47**	-.34**	-

*Napomena: iznad dijagonale – korelacije sudionika koji su u vezu stupili prije ozljede, ispod dijagonale – korelacije sudionika koji su u vezu stupili nakon ozljede; ** $p < .01$; * $p < 0.05$;*

U Tablici 3. vidljivo je kako kod sudionika koji su u vezu stupili prije ozljede sve varijable međusobno koreliraju statistički značajno, osim neprihvatanja OKM i izbjegavanja kao dimenzije privrženosti. Kod sudionika koji su u vezu stupili nakon ozljede, nešto je manji

broj statistički značajnih korelacija, pa tako nisu značajne korelacije između kvalitete života i anksioznosti kao dimenzije privrženosti, neprihvatanja OKM i kvalitete veze, percipiranog stresa i izbjegavanja kao dimenzije privrženosti te percipiranog stresa i nezadovoljstva seksualnim aspektom veze. Uglavnom su korelacije između ispitivanih varijabli više kod osoba koje stupaju u vezu prije ozljede nego kod osoba koje stupaju u vezu nakon OKM. Kvaliteta života kod sudionika koji su u vezu stupili prije ozljede i onih koji su u vezu stupili nakon ozljede naj snažniju povezanost pokazuje sa nezadovoljstvom seksualnim aspektom veze ($r_{PO} = -.62$; $p_{PO} < .01$, $r_{NO} = -.43$; $p_{NO} < .01$), a navedena se povezanost interpretira na način da sudionici sa nižim stupnjem kvalitete života pokazuju veće nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze. Posebno se ističu razlike u povezanosti između neprihvatanja OKM i anksioznosti kao dimenzije privrženosti ($r_{PO} = .63$, $p_{PO} < .01$; $r_{NO} = .39$, $p_{NO} < .01$), kvalitete života i kvalitete veze ($r_{PO} = .61$, $p_{PO} < .01$; $r_{NO} = .31$, $p_{NO} < .01$) te nezadovoljstva seksualnim aspektom veze i kvalitete veze ($r_{PO} = -.72$, $p_{PO} < .01$; $r_{NO} = -.34$, $p_{NO} < .01$) za navedene dvije skupine.

Uz to, provedena je provjera VIF-a i tolerancije radi moguće multikolinearnosti (Miles, 2005). Rezultati te provjere prikazani su u Prilogu B. Uvidom u indikatore odbacuje se mogućnost multikolinearnosti i nastavlja se s daljnjom analizom, odnosno provedbom hijerarhijske regresijske analize. Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 4

Rezultati provedbe hijerarhijske regresijske analize s kvalitetom veze kao kriterijskom varijablom (N=129)

Prediktori	β
Korak 1	
Trenutak ulaska u vezu (prije/nakon OKM)	.11
$R^2 = .01$	
Korak 2	
Trenutak ulaska u vezu (prije/nakon OKM)	-.13
Kvaliteta života	.20*
Neprihvatanje OKM	.21*
Percipirani stres	-.27***

Anksioznost (privr.)	-07
Izbjegavanje (privr.)	-11
Seksualno nezadovoljstvo	-.42***

$$R^2=.46***$$

$$\Delta R^2=.44***$$

*Napomena: * $p < .05$, *** $p < .01$, β - standardizirani regresijski koeficijent, R^2 - koeficijent determinacije, ΔR^2 - razlika koeficijenta determinacije pojedinog koraka regresije i njemu prethodnog koraka*

Hijerarhijska regresijska analiza provedena je u dva koraka. U prvom koraku uveli smo varijablu trenutka ulaska u vezu (prije/nakon OKM) kako bi se iskontrolirao njezin eventualni doprinos. U tablici 4. vidimo kako varijabla trenutka ulaska u vezu nema značajan samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze kao kriterija ($p > .05$). U drugom koraku dodane su sljedeće varijable kao prediktori: kvaliteta života, neprihvatanje OKM, percipirani stres, dimenzije privrženosti i nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze. Ovaj se regresijski model pokazao statistički značajnim ($p < .01$) te je ovim setom prediktora objašnjeno 46% varijance kriterija. Značajnim prediktorima kvalitete intimne veze pokazali su se kvaliteta života ($\beta = .20, p < .05$), neprihvatanje OKM ($\beta = .21, p < .05$), percipirani stres ($\beta = -.27, p < .01$) te nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze ($\beta = -.42, p < .001$). Trenutak ulaska u vezu te dimenzije privrženosti nemaju značajan samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze kao kriterija. Dakle, rezultati provedene hijerarhijske analize pokazali su da viši rezultati na procjeni kvalitete života, niži percipirani stres te manje nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze objašnjavaju više rezultate na procjeni kvalitete. Međutim, možemo uočiti kako se neprihvatanje OKM pokazalo kao statistički značajan pozitivan prediktor ($\beta = .20, p < .05$) što je suprotno očekivanjima. Navedeno je potrebno istaknuti zbog negativnog smjera korelacije neprihvatanja OKM s kvalitetom veze, iako je ona statistički značajna samo kod sudionika koji su stupili u vezu prije ozljede ($r_{PO} = -.42$). S obzirom na iznos VIF statistika, multikolinearnost ne bi trebala biti uzrok navedenih razlika, već se vjerojatno radi o supresor efektu. Potencijalno objašnjenje diskrepancije između smjera koeficijenta korelacije i β koeficijenata je u statistički značajnoj povezanosti neprihvatanja OKM s ostalim prediktorima. S obzirom na tu povezanost među prediktorima, moguće je kako drugi prediktori objašnjavaju upravo onaj dio varijance kvalitete veze s kojim

je neprihvatanje OKM negativno povezano te je tako negativna povezanost neprihvatanja OKM i kvalitete veze supresirana, dok je ostatak varijance tih dviju varijabli pozitivno povezan te je stoga pozitivan β koeficijent.

RASPRAVA

Ozljeda kralježnične moždine uzrokuje niz fizičkih i psiholoških prilagodbi, dovodi do potencijalnih socioekonomskih izazova te mijenja postojeću dinamiku života. Sve te promjene zahtijevaju visoku prilagodbu u gotovo svim aspektima života, što može biti izazovno i za stradalu osobu, ali i za partnera ukoliko je stradali za vrijeme zadobivanja ozljede u intimnoj vezi. Dosadašnja istraživanja su kretala od pretpostavke da pojedinci koji stupaju u vezu nakon ozljede, ne doživljavaju te promjene u odnosu, upoznaju partnera kada je invaliditet već stečen te je zbog toga moguće da imaju više šanse za uspjeh. Stoga, krenuvši od te pretpostavke u okviru prvog istraživačkog problema ispitali smo razlikuju li se osobe koje su uspostavile intimnu vezu prije OKM i osobe koje su uspostavile intimnu vezu nakon OKM u kvaliteti života, (ne)prihvatanju OKM, percipiranom stresu, dimenzijama privrženosti, (ne)zadovoljstvu seksualnim aspektom veze te kvaliteti intimne veze.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju kako osobe koje su uspostavile vezu nakon ozljede zaista iskazuju višu kvalitetu života, bolje prihvaćaju OKM, iskazuju niži stupanj percipiranog stresa te su zadovoljniji seksualnim aspektom veze u usporedbi s osobama koje su stupile u vezu prije OKM. Treba uzeti u obzir da potencijalno objašnjenje dobivenih razlika jest što osobe koje stupaju u vezu nakon ozljede predstavljaju selekcioniranu skupinu. Vjerojatnije je da će aktivniji pojedinci, društveno uključeni te oni s boljom prilagodbom na OKM lakše privući potencijalne partnere te uspostaviti intimnu vezu nakon ozljede (Crewe i Krause, 1992). Isto tako, pojedini nalazi potvrđuju kako osobe koje pronalaze partnere nakon OKM su češće zaposlene, spolno aktivnije, samostalnije i zahtijevaju manje pomoći u svakodnevnim aktivnostima (Crewe i sur., 1979; Yim i sur., 1998), što dodatno može biti povezano s ispitivanim varijablama.

Nadalje, uvidom u deskriptivnu statistiku (prilog C) uočavamo da sudionici koji su ušli u vezu prije OKM su nešto stariji, kraće imaju OKM, u prosjeku stradavaju u kasnijoj dobi te navode da imaju više pridruženih bolesti od sudionika koji su ušli u vezu nakon

ozljede što djelomično može objasniti dobivene razlike. Drugim riječima, moguće da se dobivene razlike mogu objasniti činjenicom da su pojedine varijable povezane s dobi i duljinom ozljede. Primjerice, Woodrich i Patterson (1983; prema Nicholls i sur., 2011) utvrdili su da osobe mlađe dobi, ženskog spola, višeg stupnja obrazovanja bolje prihvaćaju invaliditet. Osobe koje stradavaju u kasnijoj životnoj dobi manje se uključuju u društvene aktivnosti te samim time iskazuju niži stupanj kvalitete života (Kreuter i sur., 1998). Starenjem se češće pojavljuju i sekundarna zdravstvena stanja koje su česti uzrok smrtnosti i ponovnih hospitalizacija (Krause i Saunders, 2011) što može biti izvor stresa te utjecati na aktivan stil života, a samim time i na kvalitetu života i prihvaćanje invaliditeta. Također, nalaz longitudinalnog istraživanja Crewe i Krausea (1992), gdje su se tijekom 11 godina pratile osobe s OKM, potvrđuju kako bolju prilagodbu i kvalitetu života pokazuju osobe kojima je proteklo duže vremena od ozljede. Treba uzeti u obzir da je kvaliteta života u ovom istraživanju ispitana samo jednom česticom. Buduća istraživanja mogla bi uključiti multidimenzionalnu mjeru kvalitete života te ispitati različite domene kvalitete života kod osoba s OKM.

U našem istraživanju rezultati pokazuju da osobe koje stupaju u vezu nakon ozljede su zadovoljnije seksualnim aspektom veze od onih koji su u vezu stupili prije OKM. Dobiveni rezultati ne čude jer osobe koje su u vezu ušle prije OKM, imaju seksualno iskustvo sa sadašnjim partnerom i dok su bili bez invaliditeta, te moguće da uspoređuju seksualni život s onim koji su imali nekada. S druge strane, osobe koje ulaze u vezu nakon OKM, upoznaju partnera kada je invaliditet već stečen te je moguće da nisu niti imali seksualno iskustvo prije ozljede pa imaju drugačija očekivanja. Iz priloga C ta se razlika jasno vidi jer osobe koje ulaze u vezu prije ozljede u prosjeku imaju $M=38.1$ godina u trenutku zadobivanja ozljede, dok prosječna dob zadobivanja ozljede kod osobe koje ulaze u vezu nakon OKM iznosi $M=17.6$ godina. Isto tako, pojedini nalazi ukazuju kako osobe koje ulaze u vezu nakon OKM koriste raznolikije varijante seksualnih ekspresija te lakše komuniciraju s partnerom o seksualnim temama (Kreuter i sur., 1994). Nadalje, s obzirom na to da aritmetičke sredine (Prilog C) pokazuju da osobe koje su uspostavile vezu prije ozljede su nešto starije, moguće je da navedena razlika, također, djelomično povezana s dobi. Mlađa dob se u prijašnjim istraživanjima pokazala pozitivno povezanom sa seksualnom prilagodbom kod osoba s

OKM, mlađi koriste različite načine seksualne ekspresije te su skloniji korištenju seksualnih pomagala (Kreuter i sur., 1996) što može doprinijeti zadovoljstvu seksualnim aspektom veze. S godinama seksualna aktivnost opada (Nikas i sur., 1990; prema Kreuter, 1994), a prirodnim procesom starenja mogu se pojaviti dodatni izazovi. Uz to, pojava sekundarnih zdravstvenih stanja dodatno može narušiti kvalitetu seksualnog života. Također, duljina veze može imati važnu ulogu u procjeni seksualnog zadovoljstva. U brakovima i dugo uspostavljenim vezama parovi se mogu suočiti s problemom seksualne dosade koja je jedan od najjačih čimbenika povezana sa seksualnim nezadovoljstvom te je jedan od glavnih razloga razvoda, kao i nevjera (Hyde, 1994; prema Tadinac i sur., 2007). Kao što je vidljivo iz priloga C, sudionici koji su uspostavili vezu prije OKM u najvećem postotku su u braku (83.3%), imaju djecu (81.5%) te im je prosječna duljina veze nešto manja od 25 godina ($M=24.7$). Za razliku od njih, sudionici koji su uspostavili vezu nakon OKM uglavnom su u vezi (38.7%), većinom nemaju djecu (72.0%) te su kraće u vezi - u prosjeku nešto manje od 10 godina.

Isto tako, ukoliko se ozljeda dogodi u vezi ili braku, najčešće brigu oko ozlijeđenog preuzima partner. Pomaže mu u početnom periodu prilagodbe na drugačije funkcioniranje od dosadašnjeg, svakodnevnim aktivnostima, stjecanju ponovne samostalnosti i slično. Ukratko, partner odjednom može preuzeti i ulogu njegovatelja što može interferirati sa seksualnim aspektom veze i biti dodatan izvor stresa. Chan i suradnici (2000) navode kako kod osoba koje stupaju u vezu prije OKM partneri više provode vremena u ulozi njegovatelja nego kod osoba koje ulaze u vezu nakon OKM. U kvalitativnom istraživanju Engblom-Deglmann i Hamilton (2020) ispitivalo se 11 parova u kojima jedan od partnera ima ozljedu kralježnične moždine. Pojedini sudionici koji su u trenutku stradavanja partnera bili u partnerskom odnosu, navode kako im se, uz dosadašnju ulogu partnera i roditelja, bilo teško prilagoditi novostečenoj ulozi njegovatelja. U prilog tome ide i nalaz istraživanja DeVivo i Fine (1985; prema DeVivo i sur., 1995) koji su utvrdili da niži Barthelov indeks, koji pokazuje stupanj samostalnosti stradalog, je povezan sa višom stopom razvoda kod osoba koje su u trenutku ozljede bile u braku.

Suprotno očekivanjima, nije dobivena statistički značajna razlika u kvaliteti intimne veze te anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzijama privrženosti između sudionika koji su uspostavili vezu prije ozljede i onih koji su uspostavili vezu nakon OKM. Potencijalni razlozi

izostanka ovih razlika, osim nedosljednih rezultata i manjka istraživanja ovih odnosa, možda se nalazi u činjenici da su sudionici obje skupine procijenili kvalitetu intimne veze prilično visoko te se na skalama anksioznosti i izbjegavanja kao dimenzijama privrženosti nalaze ispod srednje vrijednosti. Time možemo naslutiti da su se u ovom istraživanju odazvale većim dijelom osobe koje imaju stabilne i sigurno privržene odnose. To je uobičajena karakteristika istraživanja u kojima se ispituju romantični odnosi, a uz to je moguće da je na rezultate djelovalo socijalno poželjno odgovaranje.

Kako bismo odgovorili na drugi postavljeni problem, ispitane su odrednice kvalitete intimne veze kod osoba s OKM. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza u dva koraka, uz kontrolu varijable trenutka ulaska u vezu (prije/nakon OKM) u prvom koraku. Željeli smo, uz kontrolu trenutka ulaska u vezu, utvrditi koliki je pojedinačni doprinos prediktora kvalitete života, neprihvatanja OKM, percipiranog stresa, anksioznosti i izbjegavanja kao dimenzija privrženosti te nezadovoljstva seksualnim aspektom veze u objašnjenju varijance kriterija - kvalitete intimne veze. Značajnim prediktorima kvalitete intimne veze pokazali su se kvaliteta života, neprihvatanje OKM, percipirani stres te nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze, dok trenutak ulaska u vezu te dimenzije privrženosti nemaju statistički značajan samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze. Ovim setom prediktora ukupno je objašnjeno 46% varijance kvalitete intimne veze kao kriterija.

Rezultati pokazuju da osobe koje procjenjuju vlastitu kvalitetu života višom izvještavaju o višoj kvaliteti intimne veze. Ovaj nalaz je u skladu s dosadašnjim istraživanjima i u općoj populaciji i kod osoba s OKM (Kazemi i sur. 2011; prema Gharibi i sur., 2015). Bračni status se u prijašnjim istraživanjima pokazao kao jednim od najznačajnijih prediktorima kvalitete života kod osoba s OKM (Chang i sur., 2012).

Nadalje, značajan samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze ima i percipirani stres i to na način da je viši stupanj percipiranog stresa povezan s nižom kvalitetom intimne veze. To je u skladu s dosadašnjim istraživanjima, koja su nedvojbeno utvrdila negativnu povezanost prelijevanja vanjskog stresa na kvalitetu intimne veze (Buck i Neff, 2012). U danima intenzivnijeg stresa, parovi izvještavaju o smanjenju u samoregulacijskim sposobnostima, dolazi do deterioracije u komunikaciji s partnerom što je povezano s nižim procjenama zadovoljstva vezom. Važno je spomenuti kako je ovo

istraživanje provedeno u kontekstu intenzivnih te stresnih događaja – pandemije virusa COVID-19, potresa te rata u Ukrajini. Iz tog razloga, u ovo istraživanje su dodane dvije kontrolne varijable, odnosno sudionike se pitalo smatraju li da su takve okolnosti te njihova OKM utjecali na njihovo psihičko stanje unazad mjesec dana. U prilogu A vidimo kako sudionici smatraju da je njihova OKM imala umjereni učinak na njihovo psihičko stanje u posljednjih mjesec dana, dok izvještavaju o nešto većem učinku nedavnih okolnosti u Hrvatskoj i svijetu na vlastito psihičko stanje u posljednjih mjesec dana. Istraživanja psihičkog zdravlja na početku COVID-19 pandemije ukazuju na snažan učinak pandemije na izraženost depresivne i anksiozne simptomatologije, kao i simptoma stresa u općoj populaciji uz narušeno psihičko zdravlje u odnosu na razdoblje prije pandemije (Mazza i sur., 2020). Istraživanje Bhattarai i suradnika (2022) pokazuje kako kod osoba s OKM dolazi do porasta simptoma depresije, anksioznosti i stresa u vrijeme pandemije. Dodatan izvor stresa može biti i strah od zaraze virusom COVID-19 s obzirom na to da predstavljaju vulnerabilnu skupinu za razvitak težih simptoma, pogotovo kod osoba s višom razinom ozljede. Rezultati upućuju na važnost osvještavanja mogućeg utjecaja stresa na procese unutar partnerskog odnosa, te mogućnost razvijanja adaptivnih i uklanjanja manje adaptivnih načina suočavanja sa stresom kako bi se efekt prelijevanja stresa na kvalitetu odnosa umanjio.

Značajan samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze ima i neprihvatanje OKM. Međutim, taj prediktor se pokazao kao statistički značajnim pozitivnim prediktorom. Predznak beta koeficijenta je suprotan očekivanjima. Iz izračunatih korelacijskih rezultata uočavamo kako neprihvatanje OKM ne korelira značajno sa kvalitetom intimne veze kod osoba koje stupaju u vezu nakon OKM, dok kod osoba koje stupaju u vezu prije OKM neprihvatanje je negativno povezano sa kvalitetom intimne veze što ukazuje na postojanje supresor efekta.

Najveći samostalan doprinos u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze kao kriterija ima nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze. Osobe koje su nezadovoljnije seksualnim aspektom veze niže procjenjuju kvalitetu intimne veze. Ovaj nalaz je u skladu s brojnim prijašnjim istraživanjima na općoj populaciji (Gossman i sur., 2003; prema Tadinac, 2007). U istraživanjima u kojima se ispitivala seksualna aktivnost i zadovoljstvo seksualnim aspektom veze kod osoba s OKM, potvrđeno je da nakon ozljede dolazi do pada u seksualnoj

aktivnosti, a među najčešće razloge ispitanici navode fizička ograničenja te probleme vezane za ozljedu koji dovode do smanjene seksualne sposobnosti (npr. smanjeni osjet, postizanje i održavanje erekcije) (Kreuter, 1996). Otvorena komunikacija i obostrana iskrenost, te širok repertoar seksualnih ekspresija pokazali su se kao najznačajnijim prediktorima koji doprinose većem zadovoljstvu seksualnim aspektom veze. Osim fizičkih ograničenja, sniženo seksualno zadovoljstvo može biti povezano s emocionalnim teškoćama nakon ozljede, sniženim samopoštovanjem, strahom od izvedbe, osjećajem fizičke neprivlačnosti i trenutnim problemima u partnerskom odnosu. Tako je istraživanje Kreuter i suradnika (1996) utvrdilo da su među najsnažnijim prediktorima seksualne prilagodbe kod osoba s OKM: raznolikiji repertoar seksualnih ponašanja, viši stupanj percipiranog partnerovog uživanja u seksualnoj aktivnosti i viši stupanj percipiranog zadovoljstva partnera seksualnom adekvatnošću. Osim toga, pojedini nalazi ukazuju na problem gubitka spontanosti u seksualnoj aktivnosti nakon ozljede (Sipski i Alexander, 1993), što potencijalno može biti dodatno objašnjenje dobivenog odnosa.

Metodološka ograničenja

Postoji nekoliko metodoloških ograničenja ovog istraživanja koja trebamo uzeti u obzir prilikom interpretacije rezultata. Dio ograničenja proizlazi iz načina na koji su prikupljeni podaci. Istraživanje je provedeno pomoću online upitnika na prigodnom uzorku te se do sudionika najvećim dijelom dolazilo putem društvenih mreža i kontaktiranjem udruga koje okupljaju osobe s ozljedom kralježnične moždine koje su zatim članovima putem emaila poslale poziv za sudjelovanjem. Iako korištenje društvenih mreža nije bilo nužno za sudjelovanje u istraživanju, jer smo do sudionika pokušavali doći i metodom snježne grude, u istraživanju su mogle sudjelovati samo osobe koje imaju pristup internetu. U istraživanju su većim dijelom sudjelovale osobe muškog spola. Iako je općenito u istraživanjima češći odaziv osoba ženskog spola, ova razlika ne čudi upravo zbog specifičnosti uzorka u ovom istraživanju. Naime, kao što je već navedeno, zbog samog načina zadobivanja ozljede kralježnične moždine (prometne nesreće, padovi, ekstremni sportovi, ozljede u nasilju...) u većem postotku stradava muška populacija.

S obzirom na to da se radi o istraživanju koje ispituje kvalitetu intimne veze, kao i brojni istraživači u ovom području, izloženi smo problemu samo-selekcije sudionika. Drugim riječima, manje je vjerojatno da će osobe koje su trenutno nezadovoljnije intimnom vezom te u lošijim odnosima s partnerom sudjelovati u istraživanju. To se jasno pokazalo u dobivenim rezultatima na kriterijskoj varijabli kvalitete intimne veze, čija je distribucija negativno asimetrična, što ukazuje na to da su u istraživanju sudjelovale uglavnom osobe koje su zadovoljne kvalitetom intimne veze ($M=37.6$, raspon= 6-45). Još jedan od potencijalnih razloga visoke procijenjene kvalitete veze kod sudionika jest što su u istraživanju sudjelovali većim dijelom muškarci (66.7%), a pojedina istraživanja izvještavaju kako su muškarci zadovoljniji vezom ili brakom od žena (Stevenson i Wolfers, 2009). Buduća istraživanja bi osim nastojanja da se u istraživanje obuhvati podjednak omjer muškaraca i žena te osobe koje su nezadovoljnije odnosom, mogla uvesti još poneku mjeru kvalitete i zadovoljstva intimnom vezom kako bi rezultati i zaključci bili što valjaniji.

Nadalje, nedostatak ovog istraživanja je i jednokratnost prikupljanja podataka, budući da su podaci prikupljeni u jednoj vremenskoj točki. Moguće je da pojedini sudionici su u trenutku ozljede bili u intimnoj vezi ili braku te nakon OKM nisu uspostavile prilagodbu u partnerskom odnosu su prekinule odnos ili se razvele. S druge strane, pojedinci koji su uspostavili prilagodbu u partnerskom odnosu nakon ozljede mogu postati još povezaniji s partnerom te zadovoljniji kvalitetom intimne veze. Buduća istraživanja mogla bi ispitati iskustvo prethodnog braka te prevalenciju razvoda kod osoba s OKM u Hrvatskoj. Isto tako, bilo bi poželjno provesti dijadnu analizu parova i/ili longitudinalno pratiti parove te vidjeti na koji način se mijenja kvalitete intimne veze kod osoba s OKM tijekom godina kako bismo mogli zaključivati o smjeru djelovanja varijabli, razvoju odnosa među partnerima te mijenjanju varijabli kroz vrijeme.

Uz to, osobe koje su pristupile i potpuno sudjelovale u istraživanju su moguće bile motiviranije te se možda u nekim drugim karakteristikama razlikuju u odnosu na osobe koje su odustale ili nisu uopće pristupile upitniku. Primjerice, moguće je da su pojedine osobe zbog neugode i srama odustajale na osjetljivijim pitanjima koja ispituju (ne)prihvatanje OKM i (ne)zadovoljstvo seksualnim aspektom veze. Ipak, detaljnom uputom, jasnim pozivom za istraživanjem gdje su objašnjeni svrha i cilj istraživanja te nagradnim bonovima,

nastojali smo potaknuti sudionike za sudjelovanjem te ih motivirati da ispune upitnik do kraja.

Osim toga, potrebno je uzeti u obzir da su podaci u ovom istraživanju prikupljeni metodom samoprocjene koje ne moraju uvijek biti istinite. Sudionici su prilikom sudjelovanja u istraživanju, mogli imati osjećaj da ih se vrednuje što je moglo dovesti do smanjene iskrenosti te preferiranja socijalno poželjnih odgovora. Nastojali smo taj učinak smanjiti anonimnim istraživanjem, što je sudionicima bilo naglašeno u uputi i pristanku na istraživanje.

Kao mjera prihvaćanja OKM korištena je Ljestvica (ne)prihvaćanja bolesti (*engl. Acceptance of Illness Scale*; Felton i sur., 1984) koja se sastoji od 8 tvrdnji o (ne)prihvaćanju zdravstvenog stanja te osjećaju vrijednosti unatoč poteškoćama i ograničenjima uzrokovanim istim. Iako je upitnik korišten u brojnim istraživanjima te primijenjen na pacijentima s različitim kroničnim bolestima, uključujući bolesti dišnog, mokraćnog, krvožilnog i lokomotornog sustava, dijabetes i kronične neurološke bolesti (Janowski i sur., 2013), problem predstavlja formulacija čestica, odnosno u nekim česticama je korišten izraz „bolest“ (npr. „Teško mi se prilagoditi ograničenjima moje bolesti“). Iako ozljede kralježnične moždine imaju svoju šifru u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), bitno je naglasiti kako OKM, zajedno s ostalim invaliditetima, predstavljaju stanje koje može biti posljedica bolesti ili oštećenja (Dadić i sur., 2018). Buduća istraživanja mogla bi validirati navedeni mjerni instrument ukoliko se riječ *bolest* zamijeni s riječi *stanje* ili koristiti neku drugu mjeru (ne)prihvaćanja i prilagodbe na invaliditet.

Praktične implikacije

Unatoč spomenutim ograničenjima, ovaj rad predstavlja dobar početan uvid u partnerske odnose kod osoba s ozljedom kralježnične moždine u Hrvatskoj. Dosadašnja istraživanja, koja su ispitivala osobe s OKM, uglavnom su se usmjeravala na fizičke promjene i ograničenja u funkcioniranju koje su rezultat OKM, a daleko manje na psihosocijalne prilagodbe kroz koje prolazi pojedinac, ali i okolina oko njega. S obzirom na to da smo u ovom istraživanju objasnili veliki dio varijance kvalitete intimne veze kod osoba s OKM te utvrdili ponešto različite obrasce kod osoba koje su stupile u intimnu vezu prije ozljede i onih koji su stupili u vezu nakon ozljede, rezultati nam pružaju važne informacije o

tome kako osmisliti intervencije koje će omogućiti pojedincu što bolju adaptaciju na invaliditet i poboljšati ili održati kvalitetu intimne veze.

Budući da u Hrvatskoj nema prepoznatljivog modela rehabilitacije i praćenja osoba koje dožive OKM, udruge i rehabilitacijski centri koji okupljaju osobe s OKM bi trebale pojačano osiguravati programe koji će pružati psihosocijalnu podršku, promicati važnost samostalnosti i aktivnog života pojedinca te pomoći novoozlijeđenima u resocijalizaciji, bračnoj prilagodbi i naučiti ih adaptivnim strategijama suočavanja. U takve programe bi trebali biti uključeni i partneri. S obzirom na to da smo u našem istraživanju obuhvatili čak 27.9% sudionika koji su nezadovoljni seksualnim aspektom veze, od čega gotovo 72.2% nezadovoljnih je stupilo u vezu prije ozljede, ukazuje se potreba za intervencijama koje će olakšati ozlijeđenima u prilagodbi na seksualno funkcioniranje, pogotovo kod osoba koje su u trenutku ozljede bile u intimnoj vezi.

Primjer pozitivnog programa, koji pomaže novoozlijeđenima u prilagodbi na novonastalo stanje, je *Peer Counselling*. Program najčešće provode rehabilitirani i dobro prilagođeni članovi Hrvatske udruge paraplegičara i tetraplegičara u suradnji sa Specijalnom bolnicom za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice, gdje se najvećim dijelom rehabilitiraju osobe nakon OKM. Cilj programa je putem mentorstva pružati podršku novoozlijeđenima u svladavanju teškoća nakon stradavanja, učenje vještina samostalnog življenja te pomoć u resocijalizaciji. S obzirom na to da *Peer Counselling* dovodi do većeg zadovoljstva životom i olakšava prilagodbu na život nakon ozljede (Sweet i sur., 2015), rezultati ovog istraživanja pružaju dobre smjernice u kojim domenama je pojačana potreba za psihosocijalnom podrškom novoozlijeđenima, što će potencijalno rezultirati boljoj adaptaciji na invaliditet, kvaliteti života i kvaliteti intimnih veza osoba s OKM.

ZAKLJUČAK

Istraživanje je provedeno na 129 sudionika koji imaju ozljedu kralježnične moždine minimalno godinu dana i koji su u nekoj vrsti intimne veze. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odrednice kvalitete intimne veze te razlike s obzirom na to kada su stupili u vezu - prije ili nakon ozljede. Rezultati pokazuju kako sudionici koji su stupili u vezu nakon ozljede imaju statistički značajno veću razinu kvalitete života, bolje prihvaćaju OKM, iskazuju niži stupanj percipiranog stresa te veće zadovoljstvo seksualnim aspektom veze u usporedbi sa sudionicima koji su u vezu stupili prije ozljede. Nije pronađena statistički značajna razlika između ove dvije skupine u kvaliteti intimne veze te anksioznosti i izbjegavanju kao dimenzijama privrženosti. Kako bismo utvrdili doprinos kvalitete života, neprihvatanja OKM, percipiranog stresa, anksioznosti i izbjegavanja kao dimenzijama privrženosti te nezadovoljstva seksualnim aspektom veze u objašnjenju varijance kvalitete intimne veze, provedena je hijerarhijska regresijska analiza u kojoj smo kontrolirali trenutak ulaska u vezu u prvom koraku (prije/nakon OKM). Dobiveni rezultati pokazuju da kvaliteta života, neprihvatanje OKM, percipirani stres te nezadovoljstvo seksualnim aspektom veze statistički značajno doprinose objašnjenju varijance kvalitete veze, dok se trenutak ulaska u vezu i dimenzije privrženosti nisu pokazali kao statistički značajni prediktori. Navedenim setom prediktorskih varijabli objasnili smo 46% ukupne varijance kvalitete intimne veze. Dobiveni rezultati ukazuju na potrebu holističkog pristupa osobama s OKM te psihološkim intervencijama koje bi osobama s OKM i partnerima pružile adekvatnu podršku, olakšale im prilagodbu na invaliditet te poboljšale ili održale kvalitetu intimne veze.

LITERATURA

- Aaby, A., Ravn, S. L., Kasch, H., i Andersen, T. E. (2019). The associations of acceptance with quality of life and mental health following spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*, 58(2), 130–148. <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0379-9>
- Alexander, M. S., Aisen, C. M., Alexander, S. M., i Aisen, M. L. (2017). Sexual concerns after Spinal Cord Injury: An update on management. *NeuroRehabilitation*, 41(2), 343–357. <https://doi.org/10.3233/nre-172202>
- Bartholomew, K., i Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bhattarai, M., Limbu, S., i Sherpa, P. D. (2022). Living with spinal cord injury during COVID-19: A qualitative study of impacts of the pandemic in Nepal. *Spinal Cord*. <https://doi.org/10.1038/s41393-022-00812-y>
- Blažeka Kokorić, S., i Gabrić, M. (2009). Razlike u ljubavnim vezama studenata sa sigurnim i nesigurnim stilovima privrženosti. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(3), 551–572. <https://hrcak.srce.hr/47815>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1, Attachment*. Adfo Books.
- Bradbury, T.N. i Karney, B.R. (2010). *Intimate relationships*. W.W. Norton & Company.
- Brennan, K.A. i Shaver, P.R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation and Romantic Relationship Functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267–283. <https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
- Brennan, K.A., Clark, C.L., i Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. U J.A. Simpson i W.S. Rholes (Ur.), *Attachment theory and close relationships* (str. 46–76). Guilford Press.
- Brinkhof, M., Al-Khodairy, A., Eriks-Hoogland, I., Fekete, C., Hinrichs, T., Hund-Georgiadis, M., Meier, S., Scheel-Sailer, A., Schubert, M., i Reinhardt, J. (2016). Health conditions in people with spinal cord injury: Contemporary evidence from a population-based community survey in Switzerland. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(2), 197–209. <https://doi.org/10.2340/16501977-2039>
- Buck, A. A., i Neff, L. A. (2012). Stress spillover in early marriage: The role of self-regulatory depletion. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 698–708. <https://doi.org/10.1037/a0029260>

- Chan, R., Lee, P., i Lieh-Mak, F. (2000). Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord*, 38(11), 687–696. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101085>
- Chang, F. H., Wang, Y. H., Jang, Y., i Wang, C. W. (2012). Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: Application of the International classification of functioning, disability and health model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2264–2270. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.06.008>
- Chevalier, Z., Kennedy, P., i Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47(11), 778–782. <https://doi.org/10.1038/sc.2009.60>
- Cohen, S., Kamarck, T., i Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Crewe, N. M., i Krause, J. S. (1992). Marital status and adjustment to spinal cord injury. *The Journal of The American Paraplegia Society*, 15(1), 14–18. <https://doi.org/10.1080/01952307.1992.11735857>
- Dadić, M., Bačić, A., Župa, I. i Vukoja, A. (2018). Definiranje pojmova invaliditet i osoba s invaliditetom. *Hrana u zdravlju i bolesti, Specijalno izdanje* (10. Štamparovi dani), 64-66. <https://hrcak.srce.hr/218629>
- Dahlberg, A., Alaranta, H., Kautiainen, H., i Kotila, M. (2007). Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 152–155. <https://doi.org/10.2340/16501977-0029>
- DeVivo, M. J., i Richards, J. S. (1992). Community reintegration and quality of life following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 30(2), 108–112. <https://doi.org/10.1038/sc.1992.35>
- DeVivo, M. J., Hawkins, L. V. N., Richards, J. S., i Go, B. K. (1995). Outcomes of post-spinal cord injury marriages. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(2), 130–138. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(95\)80022-0](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(95)80022-0)
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35(12), 829–840. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100571>
- Dodd, Z., Driver, S., Warren, A., Riggs, S., i Clark, M. (2015). Effects of Adult Romantic Attachment and Social Support on Resilience and Depression in Individuals with Spinal Cord Injuries. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 21(2), 156–165. <https://doi.org/10.1310/sci2102-156>

- Domitrović, A. (2017). *Zadovoljstvo kvalitetom života osoba s transplantiranom jetrom*. [Neobjavljen diplomski rad]. Medicinski fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:337062>
- Džidić, I. (2010, December 18). *N004 - PRM Programme for patients with Spinal Cord Injury*. UEMS PRM Section and Board. <https://uems-prm.eu/n004-prm-programme-for-patients-with-spinal-cord-injury/>
- Engblom-Deglmann, M. L., i Hamilton, J. (2020). The Impact of Spinal Cord Injury on the Couple Relationship: A Grounded Theory Exploration of the Adjustment Process. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 19(3), 250–275. <https://doi.org/10.1080/15332691.2020.1746459>
- Felton, B. J., Revenson, T. A., i Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8)
- Gerhart, K., Weitzenkamp, D., Kennedy, P., Glass, C., i Charlifue, S. (1999). Correlates of stress in long-term spinal cord injury. *Spinal Cord*, 37(3), 183–190. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100804>
- Gharibi, M., Sanagouymoharer, G., i Yaghoubinia, F. (2015). The relationship between quality of life with marital satisfaction in nurses in social security hospital in Zahedan. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 96–109. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p178>
- Hrvatske udruge paraplegičara i tetraplegičara (lipanj, 2014). *Spinalna ozljeda u središtu pažnje međunarodne zajednice*. Glasnik HUPT-a: <https://hupt.hr/casopis/>
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. i Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja*, 8, 543-561. <https://hrcak.srce.hr/20324>
- Hudson, W. W., Harrison, D. F. i Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 157-174. <https://doi.org/10.1080/00224498109551110>
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., i Jedynek, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PLoS ONE*, 8(5), e63920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920>
- Jensen, M. P., Truitt, A. R., Schomer, K. G., Yorkston, K. M., Baylor, C., i Molton, I. R. (2013). Frequency and age effects of secondary health conditions in individuals with

- spinal cord injury: A scoping review. *Spinal Cord*, 51(12), 882–892. <https://doi.org/10.1038/sc.2013.112>
- Jeyathevan, G., Cameron, J. I., Craven, B. C., Munce, S. E. P., i Jaglal, S. B. (2019). Rebuilding relationships after a spinal cord injury: experiences of family caregivers and care recipients. *BMC Neurology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1347-x>
- Kamenov, Ž., i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija*, 6, 73-71. <https://hrcak.srce.hr/3229>
- Keany, K. C., i Glueckauf, R. L. (1993). Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology*, 38(3), 199–210. <https://doi.org/10.1037/h0080297>
- Kennedy, P., Lude, P., i Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44(2), 95–105. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101787>
- Keros, P., Pećina, M., i Ivančić-Košuta, M. (1999). *Temelji anatomije čovjeka*. Zagreb: Školska knjiga.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Krause, J. S., i Crewe, N. M. (1987). Prediction of long-term survival of persons with spinal cord injury: An 11-year prospective study. *Rehabilitation Psychology*, 32(4), 205–213. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.32.4.205>
- Krause, J. S., i Saunders, L. L. (2011). Health, secondary conditions, and life expectancy after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(11), 1770–1775. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.024>
- Kreuter, M., Sullivan, M., i Siösteen, A. (1994). Sexual adjustment after spinal cord injury-comparison of partner experiences in pre- and postinjury relationships. *Spinal Cord*, 32(11), 759–770. <https://doi.org/10.1038/sc.1994.122>
- Kreuter, M., Sullivan, M., i Siösteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(6), 541–548. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(96\)90292-0](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(96)90292-0)
- Kreuter, M., Sullivan, M., Dahllöf, A. G., i Siösteen, A. (1998). Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. *Spinal Cord*, 36(4), 252–261. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100592>

- Kreuter, M. (2000). Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal Cord*, 38(1), 2–6. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100933>
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (2004). *Stres, procjena i suočavanje*. Naklada Slap.
- Lundqvist, C., Siösteen, A., Blomstrand, C., Lind, B., i Sullivan, M. (1991). Spinal cord injuries: clinical, functional and emotional status. *Spine*, 16(1), 78–83. <https://doi.org/10.1097/00007632-199101000-00014>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., i Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Migliorini, C., Tonge, B., i Taleporos, G. (2008). Spinal cord injury and mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 309–314. <https://doi.org/10.1080/00048670801886080>
- Mikulincer, M. i Shaver, P.R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Miles, J. (2005). Tolerance and variance inflation factor. U B. S. Everitt i D. C. Howell (Ur.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (str. 2055-2056). John Wiley & Sons.
- Mišić, L., i Bartolac, A. (2015). Čimbenici uspješne participacije u svakodnevnom životu osoba s ozljedom kralježnične moždine. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 51(1), 33-47. <https://hrcak.srce.hr/141115>
- Miškec, I. (2017). *Bol kao posljedica ozljede leđne moždine*. Repozitorij Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. <https://repozitorij.pharma.unizg.hr/islandora/object/pharma:659>
- Nakić, S., Tadinac, M. i Herman, R. (2009). Uloga percipiranog stresa i stilova suočavanja u nastanku preporođajne anksioznosti. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 7-21. <https://hrcak.srce.hr/158410>
- Neff, L. A. (2012). Putting Marriage in Its Context: The Influence of External Stress on Early Marital Development. *Interdisciplinary Research on Close Relationships: The Case for Integration.*, 179–203. <https://doi.org/10.1037/13486-008>
- Nicholls, E., Lehan, T., Plaza, S. L. O., Deng, X., Romero, J. L. P., Pizarro, J. A. A., i Carlos Arango-Lasprilla, J. (2011). Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability*

- and *Rehabilitation*, 34(13), 1082–1088.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.631684>
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 141-151. <https://doi.org/10.2307/351302>
- Petz, B. (2004). *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Schnurrer-Luke-Vrbanić, T., Moslavac, S., i Džidić, I. (2012). Rehabilitacija bolesnika s ozljedom kralježnične moždine. *Medicina Fluminensis*, 48(4), 366–379. <https://hrcak.srce.hr/95723>
- Simmons, S., i Ball, S. E. (1984). Marital adjustment and Self-Actualization in couples married before and after spinal cord injury. *Journal of Marriage and the Family*, 46(4), 943–945. <https://doi.org/10.2307/352545>
- Sipski, M. L., i Alexander, C. J. (1993). Sexual activities, response and satisfaction in women pre- and post-spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(10), 1025–1029. [https://doi.org/10.1016/0003-9993\(93\)90056-g](https://doi.org/10.1016/0003-9993(93)90056-g)
- Stevenson, B. i Wolfers, J. (2009). The Paradox of Declining Female Happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*, 1(2), 190-225. <https://doi.org/10.3386/w14969>
- Sweet, S. N., Noreau, L., Leblond, J., i Martin Ginis, K. A. (2015). Peer support need fulfillment among adults with spinal cord injury: Relationships with participation, life satisfaction and individual characteristics. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 558–565. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1049376>
- Tadinac, M., Kamenov, Ž., Jelić, M. i Hromatko, I. (Ur.). (2007). *Što ljubavnu vezu čini uspješnom?. Izvještaj s XV. Ljetne psihologijske škole*. FF-Press, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. <https://www.bib.irb.hr/335962?&rad=335962>
- Tough, H., Siegrist, J., i Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: A systematic review. *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6>
- Vollmann, M., Sprang, S., i van den Brink, F. (2019). Adult attachment and relationship satisfaction: The mediating role of gratitude toward the partner. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(11–12), 3875–3886. <https://doi.org/10.1177/0265407519841712>
- Yim, S. Y., Lee, I. Y., Yoon, S. H., Song, M. S., Rah, E. W., i Moon, H. W. (1998). Quality of marital life in Korean spinal cord injured patients. *Spinal Cord*, 36(12), 826–831. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100714>

PRILOZI

Prilog A

Tablica 5

Frekvencije i postoci sudionika za kategorije te deskriptivni podaci za kontinuirane sociodemografske varijable, obilježja ozljede kralježnične moždine te kontrolne varijable vezane za okolinske događaje i OKM (N=129).

Varijable		N	%	
Spol	Muški	86	66.7	
	Ženski	43	33.3	
Materijalno stanje	Jako ispodprosječno	2	1.6	
	Malo ispodprosječno	17	13.2	
	Prosječno	72	55.8	
	Malo iznadprosječno	34	26.4	
	Jako iznadprosječno	4	3.1	
Status intimne veze	U braku	72	55.8	
	Kohabitacija	26	20.2	
	U vezi	31	24.0	
Djeca	Da	65	50.4	
	Ne	64	49.6	
Trenutak uspostavljanja veze	Prije OKM	54	41.9	
	Nakon OKM	75	58.1	
Vrsta OKM	Paraplegija/parapareza	88	68.2	
	Tetraplegija/tetrapareza	41	31.8	
Pridružene bolesti	Da	38	29.5	
	Ne	91	70.5	
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dob (godine)	21	74	43.8	11.5
Duljina veze (godine)	1 mj.	48	16.0	12.8
Duljina ozljede (godine)	1	51.25	17.6	11.0
Dob u trenutku zadobivanja ozljede (godine)	0	65	26.2	13.7
Učinak nedavnih okolnosti na psihičko stanje	1	5	2.8	1.3
Učinak OKM na psihičko stanje	1	5	2.4	1.4

Napomena: N - frekvencija, % - postoci, Min -minimum, Max – maksimum, M - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Prilog B

Tablica 6

Koeficijenti tolerancije i vrijednosti faktora inflacije varijance (VIF)

Prediktori	Koeficijent tolerancije	VIF
Trenutak ulaska u vezu (prije/nakon OKM)	.75	1.33
Kvaliteta života	..50	2.02
Neprihvatanje OKM	.44	2.26
Percipirani stres	.57	1.76
Anksioznost (privr.)	.61	1.65
Izbjegavanje (privr.)	.59	1.71
Seksualno nezadovoljstvo	.35	2.85

Prilog C

Tablica 7

Frekvencije i postoci za kategorije te deskriptivni podaci za kontinuirane sociodemografske varijable i obilježja ozljede kralježnične moždine na poduzorku sudionika s obzirom na trenutak ulaska u vezu.

Varijable		Trenutak ulaska u vezu			
		Prije OKM (N=54)		Nakon OKM (N=75)	
		N	%	N	%
Spol	Muški	42	77.8	44	58.7
	Ženski	12	22.2	31	41.3
Materijalno stanje	Jako ispodprosječno	2	3.7	0	0.0
	Malo ispodprosječno	9	16.7	8	10.7
	Prosječno	31	57.4	41	54.7
	Malo iznadprosječno	10	18.5	24	32.0
	Jako iznadprosječno	2	3.7	2	2.7
Status intimne veze	U braku	45	83.3	27	36.0
	Kohabitacija	7	13.0	19	25.3
	U vezi	2	3.7	29	38.7
Djeca	Da	44	81.5	21	28.0
	Ne	10	18.5	54	72.0
Vrsta OKM	Paraplegija/parapareza	34	63.0	54	72.0
	Tetraplegija/tetrapareza	20	37.0	21	28.0
Pridružene bolesti	Da	25	46.3	13	17.3
	Ne	29	53.7	62	82.7
		Trenutak ulaska u vezu			
		Prije OKM		Nakon OKM	
		M	SD	M	SD
Dob (godine)		49.1	12.1	40.0	9.4
Duljina veze (godine)		24.7	12.3	9.7	8.8
Duljina ozljede (godine)		11.0	7.4	22.5	10.6
Dob u trenutku zadobivanja OKM (godine)		38.1	11.8	17.6	6.9

Napomena: N - frekvencija, % - postoci, M - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija