

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

MOŽNOSTI POSTTRAUMATICKÉHO
ROZVOJE U ADOLESCENTŮ A
MLADÝCH DOSPĚLÝCH SE
ZKUŠENOSTÍ S ONKOLOGICKOU
NEMOCÍ

POSSIBILITIES OF POSTTRAUMATIC GROWTH AMONG
ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH THE
CANCER EXPERIENCE



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Petra Slámková**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2022

Děkuji mému vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za odborné rady a vstřícný přístup. Děkuji všem, kteří mě v psaní práce podporovali a pomohli mi při oslovování potenciálních respondentů. Ze všeho nejvíce chci poděkovat především těm, kteří mi ochotně věnovali čas a sdíleli se mnou svůj příběh nemoci. Velmi si vážím vaší důvěry a přátelského přístupu, který mě motivoval. Vaše vyprávění je pro mě velkou inspirací.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Možnosti posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28.3.2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD.....		5
TEORETICKÁ ČÁST.....		6
1	Posttraumatický rozvoj	7
1.1	Historie zkoumání posttraumatického rozvoje	7
1.2	Terminologie	8
1.3	Modely.....	9
1.3.1	Model Tedeschiho a Calhouna	10
1.3.2	Model Ronie Janoff-Bulmanové	11
1.3.3	Model Maerckera a Zöllnerové	11
1.3.4	Model Johnsona et al.	12
1.3.5	Model Josepha a Linleyho.....	12
1.4	Proměnné ovlivňující posttraumatický rozvoj.....	13
1.4.1	Traumatická událost	13
1.4.2	Kognitivní zpracování události	15
1.4.3	Osobnost.....	15
1.4.4	Čas	16
1.4.5	Sociální opora.....	17
1.5	Rozvoj jako iluze	17
2	Onkologická onemocnění u adolescentů a mladých dospělých.....	18
2.1	Onkologická onemocnění.....	18
2.2	Adolescenti a mladí dospělí v onkologii	20
2.3	Vývojová specifika adolescentů a mladých dospělých	22
2.4	Specifika vývoje u adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním	23
2.4.1	Sebepřijetí.....	24
2.4.2	Autonomie	25
2.4.3	Vzdělávání a kariéra.....	25
2.4.4	Sexualita, plodnost a intimní vztahy	25
2.4.5	Existenciální problémy	26
2.5	Onkologické onemocnění jako zdroj stresu i rozvoje	26
3	Posttraumatický rozvoj u adolescentů a mladých dospělých po onkologickém onemocnění	29
3.1	Vnímané přínosy	29
3.1.1	Změna priorit	29
3.1.2	Zdravý životní styl.....	30

3.1.3	Vztahy s druhými	31
3.1.4	Osobnostní růst.....	31
3.1.5	Další vnímané přínosy	31
3.2	Vnímané těžkosti	32
3.2.1	Fyzické následky léčby	33
3.2.2	Negativní pocity	33
3.2.3	Narušení vztahů.....	33
VÝZKUMNÁ ČÁST.....		34
4	Výzkumný problém.....	35
4.1	Cíle výzkumu.....	36
4.2	Výzkumné otázky	36
5	Metodologie výzkumu	38
5.1	Výzkumný design.....	38
5.2	Výzkumný soubor	38
5.3	Metoda tvorby dat.....	39
5.3.1	Proces tvorby dat	40
5.3.2	Znění otázek	40
5.4	Metoda analýzy dat.....	41
5.4.1	Sebereflexe	42
5.5	Etické aspekty výzkumu.....	42
6	Výsledky výzkumu	44
6.1	Jednotlivé případy	44
6.1.1	Rockerka.....	44
6.1.2	Křeslomysl.....	49
6.1.3	Lišák	52
6.1.4	Oto.....	56
6.1.5	Andílek	59
6.1.6	Nezbeda	64
6.2	Témata vzešlá z analýzy	69
7	Odpovědi na výzkumné otázky	76
8	Diskuze	78
9	Závěr.....	83
SOUHRN		84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		87

ÚVOD

Všechno zlé je k něčemu dobré. Tohle přísloví se mezi lidmi snad už odnedávna traduje. Ale co v případě vážné nemoci? Co když taková nemoc nečekaně zasáhne mladého člověka, který byl až dosud plný života a odhodlaný téměř dobýt svět? Může nemoc, třebaže ji mladý člověk překonal, vysát veškerou životní energii? Nebo v souladu se zmíněným příslovím naopak vnese do života něco dobrého? Přemýšlím nad těmito otázkami, a přitom obdivuji všechny lidi, kteří se dokázali vypořádat s onkologickou nemocí. Pro mnohé z nás je taková diagnóza údělem, který bychom nikomu nepřáli. A přesto mezi námi žijí lidé, kterým se onkologická nemoc nevyhnula, ale kteří ji dokázali překonat. Podle mě jsou takoví lidé mnohdy nenápadní hrdinové. Jejich zkušenosti můžeme naslouchat a odnést si z jejich vyprávění inspiraci. Já osobně ráda naslouchám příběhům o tom, jak se lidé dokázali vypořádat s něčím náročným. Zajímá mě téma rozvoje, který může těžká zkušenost v člověku vyvolat. Proto jsem se rozhodla zaměřit v diplomové práci na zkušenost bývalých onkologických pacientů a na to, jak je taková nemoc proměnila. Konkrétně se budu zabývat mladými lidmi, kteří jsou mi věkově blízcí, a proto mám pocit, že bych jejich prožívání mohla více porozumět. Věřím, že díky své práci rozšířím poznání v této oblasti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

V následující kapitole se zabýváme počátky zkoumání posttraumatického rozvoje. Dále také tím, jak výzkum v této oblasti pokračoval a jaké modely rozvoje navrhli jednotliví autoři. Představujeme také různé termíny, které užívali někteří výzkumníci. Na závěr popisujeme některé významné proměnné, které rozvoj ovlivňují a stručně se věnujeme problematice rozvoje jako pouhé iluze.

1.1 Historie zkoumání posttraumatického rozvoje

Již ve starodávné literatuře nebo filozofických spisech je možné nalézt zmínky o růstu, ke kterému dochází vlivem krize nebo prožitého utrpení. Utrpení člověka je ústředním tématem dávných i současných náboženství. Počátky buddhismu jsou spojeny se snahou knížete Sidhárty Gautamy vyrovnat se s lidským utrpením. Křesťané považují Ježíšovo umučení za nejdůležitější událost pro záchranu lidstva. Podle některých islámských tradic může utrpení pomoci připravit se na cestu do nebe. Několik tisíc let stará literatura, ve které se můžeme dočíst o proměnách lidských strastí a o hledání jejich smyslu, je důkazem toho, že myšlenka posttraumatického rozvoje není nová (Calhoun & Tedeschi, 2014).

Dříve než se pozitivní změny, ke kterým dochází po prožitém traumatu, začaly vědecky zkoumat, zabývali se **humanističtí a existenciální psychologové** lidským potenciálem k vnitřnímu růstu (Slezáčková, 2012). Mezi průkopníky, kteří se možným růstem zabývali v průběhu 20. st., patří podle Calhouna a Tedeschiho (2014) **Caplan, Dohrenwend, Frankl, Maslow a Yalom**. G. Caplan byl podle Klimpla (2009) průkopníkem teorie krize a v 60. letech 20. století navrhl její model, který přijali i jiní autoři. Maslow se zabýval teorií růstu. Podle něj vyžaduje tento proces odvahu. Někdy může být růst bolestivý a náročný (Maslow, 2014). Yalom se věnoval nevyléčitelně nemocným pacientům, s kterými vedl skupinovou terapii. Pozoroval, že ti, kteří čelí smrti, přeorientoávají své hodnoty a nacházejí životní smysl (Spiegel & Yalom, 1984).

Podle Mareše (2012) se pro začátek vědeckého zkoumání posttraumatického rozvoje stalo klíčovým období druhé světové války. S významnými poznatky tehdy přišel V. E. Frankl, lékař a zakladatel logoterapie, který byl za svého života uvězněn v několika koncentračních táborech. Tvrdil, že i v utrpení lze najít životní smysl. Člověk v těžkých

chvilích může dokázat, čeho všeho je schopen. Může uplatnit svoji nejlidštější stránku, a dokonce může dozrát a povyrůst (Frankl & Lukas, 2006). První, kdo posttraumatický rozvoj začal vědecky zkoumat, byl britský psycholog S. Joseph (Slezáčková, 2012). Spolu s dalšími kolegy zkoumal přeživší námořních katastrof. Zjistil, že ti, kteří přežili potopení lodě Herald of Free Enterprise (roku 1987), zůstávali většinou velmi zoufalí i tři roky poté. Polovina ze zkoumaných však uváděla ve svém životě určité zlepšení (Yule et al., 1990 in Joseph et al., 1993). To vedlo výzkumníky k tomu, že reakce na katastrofu může být složena jak z negativní, tak z pozitivní odezvy. Možnost pozitivní životní změny, která je spojena s prožitím katastrofy, potvrdila také data sesbíraná od přeživších nehody na výletní lodi Jupiter (Joseph et al., 1993).

Začátkem 90. let 20. století se do popředí dostal proud, v rámci kterého byly také vědecky zkoumány pozitivní aspekty prožitých traumatických událostí (Mareš, 2012). Mezi výzkumníky zabývající se touto problematikou patřili dle Calhouna a Tedeschiho (2014) např. J. Shaeferová a R. Moos, V. O. Learyová a J. Ickovicsová, C. Parková, L. Cohen a R. Much. Některé z těchto jmenovaných představitelů zmíníme v následující podkapitole v souvislosti s modely posttraumatického rozvoje. Mareš (2012) nabízí vysvětlení, proč se odborníci začali tématem posttraumatické pozitivní změny zabývat až v 90. letech minulého století. Veřejnost byla tehdy zaujata negativními událostmi (přírodními katastrofami jako je zemětřesení, dopravními nehodami nebo např. teroristickými útoky), čímž mohla vést odborníky k tomu, aby se zabývali takovými tématy. Dále ke zkoumání mohl přispět zvýšený vliv pozitivní psychologie, která se zaměřuje na pozitivní aspekty života. V neposlední řadě mohl zkoumání posttraumatického rozvoje podpořit posun v metodologii výzkumů. Rostl totiž počet longitudinálních studií a kvalitativně zaměřených výzkumů, které analyzovaly prožívání lidí s větším časovým odstupem.

1.2 Terminologie

Vzhledem k tomu, že se posttraumatickým rozvojem zabývalo hned několik na sobě nezávislých odborníků, existuje celá řada pojmenování tohoto termínu. Mareš (2012) jmenuje ve své publikaci deset nejčastějších pojmenování společně s jejich autory. Pro úplnost jeho výčet uvedeme v přesném znění, avšak z důvodu přehlednosti přepsaný do tabulky (Mareš, 2012, s. 20):

Autoři, rok	Původní název termínu	České znění
Yalom & Lieberman, 1991	<i>positive psychological changes</i>	<i>pozitivní psychologické změny</i>
Calhoun & Tedeschi, 1991; McMillen & Fisher, 1998	<i>perceived benefit</i>	<i>vnímaný přínos</i>
Tennen, Affleck, Urrows et al., 1992; McMillen, Zuravin, Rideout, 1995	<i>construed benefit</i>	<i>konstruovaný přínos</i>
Lachnerová & Weawerová, 2009	<i>benefit finding and growth</i>	<i>nacházení přínosu a rozvoj</i>
Ryff & Singer, 1998	<i>flourishing</i>	<i>rozkvétání jedince, jedinci se daří dobře</i>
O'Learyová & Ickovicsová, 1995	<i>thriving</i>	<i>prospívání jedince, zdravý vývoj</i>
Taylor & Brown, 1988	<i>positive illusion</i>	<i>pozitivní iluze</i>
Linley & Joseph, 2004	<i>adversarial growth</i>	<i>rozvoj iniciovaný negativními událostmi, neštěstím</i>
Parková, Cohen & Much, 1996	<i>stress-related growth</i>	<i>rozvoj navozený stresem</i>
Tedeschi & Calhoun, 1995, 1996; Calhoun & Tedeschi, 2006	<i>posttraumatic growth</i>	<i>posttraumatický rozvoj</i>

Tabulka 1: Terminologie posttraumatického rozvoje (přepsáno z Mareš, 2012, s. 20)

V pracích, které jsou vydávány v posledních letech, většinou převažuje termín *posttraumatic growth* (se zkratkou **PTG**). Autoři Tedeschi a Calhoun s tímto názvem přišli v roce 1995 (Mareš, 2012). Tento pojem podle nich jasně vyjadřuje, že člověk, který rozvoj prožívá, se určitým způsobem posunul z předchozí úrovně adaptace, fungování nebo uvědomování si vlastního života na vyšší úroveň. Navíc je jasné, že jde o rozvoj, který se odehrává po extrémně náročných událostech. To z pojmů jako jsou *prospívání* nebo *rozvoj navozený stresem* není podle autorů tak zjevné (Tedeschi et al., 1998). Jak Mareš (2012), tak Slezáčková (2012) navrhuji používat český překlad **posttraumatický rozvoj**. Z toho důvodu budeme v celé práci užívat tento pojem.

1.3 Modely

V následující podkapitole představíme základní modely posttraumatického rozvoje od různých autorů, které Mareš (2012) považuje za akceptované a které podle něj vzbudily největší ohlas.

1.3.1 Model Tedeschiho a Calhouna

Tedeschi a Calhoun, autoři pojmu posttraumatického rozvoje, v 90. letech 20. století jako první vydali knihu o tomto tématu (Calhoun & Tedeschi, 2014). Dali jí název *Trauma a transformace*. V průběhu let dále prohlubovali své poznání a vydávali další rozsáhlé publikace na podobné téma. Tito autoři definují posttraumatický rozvoj jako pozitivní psychologické změny, které jsou zakoušeny v důsledku boje s traumatizujícími nebo vysoce náročnými životními okolnostmi. K těmto změnám dochází díky tomu, že se lidé na základě náročných životních okolností pravdivě podívají na život, jaký doposud žili. Změny se odehrávají v oblasti behaviorální, kognitivní, emocionální i biologické (Tedeschi et al., 2018).

Tedeschi a Calhoun (2018) posttraumatický rozvoj vnímají jako **proces i jako výsledek procesu**. Rozvoj jako proces se spouští vysoce náročnou životní událostí, která se dotýká předpokladů člověka o fungování světa nebo jeho základních přesvědčení. Jedinec pak zažívá určitý zápas na psychické úrovni, kdy čelí emocionálnímu distresu a vtíravým myšlenkám. Následně začne úmyslně přemítat o tom, co se mu stalo. V obou případech (jak v případě vtíravých myšlenek, tak při úmyslném přemítání) autoři používají v originálním znění výrazu **ruminace**. Ta v jejich pojetí není vnímána negativně, ale jde o druh myšlení, který vede jedince k posttraumatickému rozvoji (Tedeschi & Calhoun, 2004). Pro ruminaci autoři navrhnou synonymum **kognitivní zapojení** neboli *cognitive engagement* (Calhoun & Tedeschi, 2014).

Úmyslné přemítání o prožité události je konstruktivnější proces, který patří ke kognitivně-emocionálnímu zpracovávání traumatu a dochází k němu obvykle později než k vtíravým nezáměrným ruminacím. Nakonec si jedinec uvědomí svůj zážitek posttraumatického rozvoje, což už je zároveň výsledkem procesu rozvoje (Tedeschi et al., 2018; Tedeschi & Blevins, 2015). Výsledek procesu posttraumatického rozvoje autoři rozdělili do pěti oblastí, které našli pomocí 21-položkového inventáře (Tedeschi & Calhoun, 1996). Jsou jimi v českém překladu podle M. Preisse (2009) nové životní možnosti, vztahy s druhými, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života.

Považujeme za důležité se u zmíněných pěti dimenzí zastavit a krátce popsat, jak se může rozvoj v jednotlivých oblastech projevovat. Čerpáme přitom z informací, které Tedeschi a Calhoun (1996) uvádí v rámci představení inventáře posttraumatického rozvoje. Oblast **vztahů s druhými** je rozvinuta vědomím, že se člověk může v případě problémů

spolehnout na druhé, pocitem blízkosti s ostatními, ochotou vyjadřovat emoce, soucitem nebo například vkládáním úsilí do vztahů. Oblast **nových možností** je rozvinuta například rozvojem nových zájmů, vytvořením nové životní cesty, dostupností nových příležitostí nebo větším úsilím změnit věci, které je třeba změnit. **Osobnostní růst** se může projevovat pocitem soběstačnosti, objevení vlastní síly, vědomím, že člověk dokáže zvládnout obtíže nebo přijetím způsobu, jakým věci fungují. **Spirituální změna** se může projevit pochopením spirituálních záležitostí nebo posílením víry. Oblast **ocenění života** se týká životních priorit, ocenění hodnoty vlastního života nebo vážení si každého dne.

1.3.2 Model Ronie Janoff-Bulmanové

Janoff-Bulmanová (2004) navrhla tři odlišné modely posttraumatického rozvoje. Autorka navazuje na pět navržených faktorů z modelu rozvoje od Tedeschiho a Calhouna. Ty sice vhodně odrážejí to, co lidé v důsledku traumatu prožívají, ale spojení těchto faktorů dohromady a jejich společné zkoumání může popírat fakt, že jde o různé psychologické procesy, které lze zkoumat zvlášť. Janoff-Bulmanová proto navrhla tři modely, které mají lépe vystihnout odlišné procesy, jakými dochází k pozitivním změnám. Jsou jimi: 1. **síla skrze utrpení**, 2. **psychologická připravenost** a 3. **existenciální přehodnocení**. Jednotlivé modely se vzájemně nevylučují a lidé u sebe mohou zaznamenat všechny popisované procesy.

První model vystihuje jasně rčení „Co tě nezabije, to tě posílí.“. Stejně tak, jako se posiluje naše tělo při fyzické námaze, tak se rozvíjejí naše silné stránky, když něčemu čelíme na úrovni naší psychiky. Díky tomu si můžeme být více vědomi objevených předností. Druhý model psychologické připravenosti je založen na přesvědčení, že lidé jsou po úspěšném zvládnutí náročných situací nejen lépe připraveni na případné další tragédie, ale také v důsledku zvládnutí situace budou v případě dalšího negativního zážitku méně traumatizováni. Jejich zkušenost jim pomůže přestavět domnělou představu o světě, ve kterém se jim nic nemůže stát. Třetí model existenciálního přehodnocení zahrnuje až paradoxní reakce lidí v kontextu jejich utrpení, kdy navzdory všemu těžkému začínají někteří jedinci více oceňovat život a vážit si jej (Janoff-Bulman, 2004).

1.3.3 Model Maerckera a Zöllnerové

Němečtí výzkumníci Maercker a Zöllnerová (2004) navrhli tzv. **dvousložkový model** neboli **model Janusovské tváře**, který nese své označení podle římského Boha času

zobrazovaného se dvěma obličejí (Mareš, 2012). Autoři tohoto modelu rozlišují dvě složky posttraumatického rozvoje. Realistická konstruktivní složka odráží výsledek aktivního boje člověka s traumatem. Druhá stránka růstu je iluzorní, založená na sebeklamu a souvisí s reakcemi jako jsou např. popření nebo zbožné přání (Maercker & Zöellner, 2004). Vytvoření iluze může pomoci zvládnout stresující situaci a chránit i podnítit konstruktivní jednání (Taylor, 1983). Tyto rozdílné „tváře“ posttraumatického růstu spolu mohou koexistovat. V případě úspěšného zvládnutí traumatu v průběhu času konstruktivní složka roste, zatímco ta iluzorní se snižuje (Maercker & Zöellner, 2004).

1.3.4 Model Johnsona et al.

Johnson, Hobfoll a Hall spolu s dalšími výzkumníky nepohlíží na posttraumatický rozvoj jako na koncept prospěšný sám o sobě, který by měl přímo vést k osobní pohodě. Přestože i v případě, že by šlo o iluzi, může být tento proces užitečný, podle zmíněných autorů je největším přínosem, pokud se posttraumatický rozvoj promění v akci. Zkoumaný rozvoj by se tedy měl projevit v chování člověka. Může však jít také o změnu v kognitivní nebo emoční oblasti, kdy jedinci např. pracují se svými myšlenkami nebo se brání negativním emocím. Iluzí autoři myslí především nečinnost nebo pouhý pocit nalezení smyslu, přestože lidé v praktickém životě nic nezmění (Johnson et al., 2007).

1.3.5 Model Josepha a Linleyho

Model výzkumníků Josepha a Linleyho popisuje posttraumatický rozvoj v cyklu, na jehož počátku je obraz předpokládaného světa jedince, do kterého vstoupí spouštěč vyvolávající emoční stavy. Následují různé strategie zvládání a posttraumatické zpracovávání situace. Nové informace spojené s traumatem pak člověk zpracovává dvěma možnými cestami. Dochází buď k **asimilaci**, tedy k začlenění informací do již existujícího modelu světa, nebo k vytvoření nového modelu, tedy k **akomodaci** (Joseph & Linley, 2006, 2008). Proces akomodace může vést k pozitivním změnám – k posttraumatickému rozvoji, ale také může vést k negativním změnám směrem k psychopatologii (Joseph & Linley, 2005). Název této teorie posttraumatického rozvoje Mareš (2012, s. 28) ve své publikaci doslovně nepřekládá z důvodu obtížnosti překladu, ale nazývá jej „Rozvoj iniciovaný negativními událostmi“. Slezáčková (2012, s. 198) používá v překladu termín „organismicko-hodnotící teorie adaptace na ohrožující událost“.

1.4 Proměnné ovlivňující posttraumatický rozvoj

Posttraumatický rozvoj je ovlivněn některými proměnnými, které v procesu rozvoje hrají větší či menší roli. Mareš (2012) ve své publikaci jmenoval proměnné, které se podle něj v obdobném znění vyskytují napříč různými modely posttraumatického rozvoje. V této podkapitole některé tyto faktory uvedeme a blíže popíšeme jejich roli v procesu.

1.4.1 Traumatická událost

Traumatická událost je proměnná, která hraje v procesu posttraumatického rozvoje důležitou roli. V případě, že zmiňujeme trauma, je na místě tento pojem definovat. Pro definování uvádíme popis jeho vzniku podle Vizinové a Preisse (1999, s. 17):

Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky: 1. příčina je pro jedince vnější; 2. je pro něj extrémně děsivá; 3. znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity; 4. vytváří v jedinci pocit bezmocnosti.

K traumatu dochází na základě pocitu bezmoci a neschopnosti smysluplné reakce, kdy není možné běžně reagovat na nebezpečí (útokem či útekem). Člověk je zaplaven hrozivými zážitky, jeho schopnost sebeobranu je ochromena a jeho vnitřní pocit kontroly je narušen. Namísto přirozené odpovědi organismu se jednotlivé složky této odpovědi dezorganizují a většinou takto přetrvávají i po odeznění ohrožující situace. Dochází k narušení biologických i psychických mechanismů adaptace (Vizinová & Preiss, 1999).

Působení mimořádně stresujících událostí může mít negativní vliv na psychiku a může vést až k psychickým poruchám. V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), který je používán především v Evropě, nalezneme v okruhu **F43: Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení** následující poruchy: *akutní stresovou reakci, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu přizpůsobení, jiné reakce na závažný stres a reakci na závažný stres nespecifikovanou* (Světová zdravotnická organizace, 2006). V DSM-V (v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch), používaného především v USA, se tyto poruchy řadí do okruhu **Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem**. Mezi ně se navíc řadí ještě *reaktivní porucha příchyllosti a desinhibovaná porucha příchyllosti*, které se týkají příliš uzavřených nebo příliš otevřených emočních reakcí dítěte k dospělým pečujícím osobám (Raboch et al., 2015).

Akutní stresová porucha může vzniknout následkem vysoce stresové události, ale zpravidla do několika hodin či dnů odeznívá. Posttraumatická stresová porucha (*posttraumatic stress disorder*, dále PTSD) se rozvine až po nějaké době od uplynutí takové události. Obě tyto poruchy jsou dle DSM-V (Raboch et al., 2015, s. 285) zapříčiněny událostmi, které jsou uváděny následovně: „Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů.“ Těmito způsoby může být jak přímé prožití události, tak situace, kdy se člověk stal svědkem traumatické události někoho jiného. Dalším způsobem je pak zážitek hrozivé události někoho blízkého nebo vystavení detailům traumatu jako je např. nalezení mrtvého těla.

Mezi typické příznaky posttraumatické stresové poruchy patří znovuprožívání traumatu skrze vtíravé vzpomínky (tzv. *psychotické reminiscence*) nebo sny. Častý je pocit emoční otupělosti, vyhýbání se lidem, anhedonie neboli neschopnost prožívání kladných pocitů a vyhýbání se čemukoli, co by nějak připomínalo trauma. Obvykle dochází k aktivaci vegetativních funkcí, což je provázeno např. zvýšenou úlekovou reakcí či nespavostí (Světová zdravotnická organizace, 2006). PTSD se také projevuje disociativními reakcemi, kdy se člověk cítí, jako by celou situaci znovu prožíval, např. skrze krátké smyslové vzpomínky na trauma (tzv. **flashbacky**). Prožitek může ovlivňovat chování jednotlivce a může dojít až ke ztrátě vnímání přítomné reality. V DSM-V jsou typických příznaky PTSD zvláště definovány u dětí, u kterých se porucha projevuje specifickými způsoby (Raboch et al., 2015).

Ačkoliv Mareš (2012) ve své publikaci o posttraumatickém rozvoji uvádí různé druhy traumatických událostí, zdůrazňuje, že samotný pojem trauma je značně relativní a vždy záleží na konkrétních podmínkách člověka a na tom, jak subjektivně vnímá prožité události. Důležité je především hodnocení závažnosti jedincem samotným. Podle Mareše (2012, s. 46) také „musí existovat jisté optimální rozmezí traumatického působení, aby rozvoj vůbec nastal“. Podle Calhouna a Tedeschiho (2014) je pravděpodobnější výskyt rozvoje v případě, kdy jsou nepříznivé okolnosti pro člověka vysoce rušivé neboli když podstatně narušují jeho předpoklady o světě. K tomu, aby došlo k rozvoji, je totiž třeba alespoň minimální úroveň takového narušení. V případě extrémně vysoké zátěže však už k rozvoji vůbec dojít nemusí. Namísto toho taková situace může způsobit zahlcení jedince a narušení jeho kognitivních mechanismů. K posouzení, zdali je prožitá událost traumatická, může pomoci vyprávění člověka, který odděluje svůj život tím, co se stalo před a po události.

1.4.2 Kognitivní zpracování události

Jak Mareš (2012) ve své publikaci uvádí, po určitém časovém odstupu přichází na řadu rozumové zhodnocení traumatu a jeho zpracovávání, které může vést až ke zkreslení zkušenosti. Podrobněji jsme proces zpracování traumatické události popsali již v modelu Tedeschiho a Calhouna v podkapitole 1.3.1, zmíníme se ale krátce o jejich metafoře zemětřesení, která s následným zpracováním traumatické zkušenosti souvisí. Podle těchto autorů by posttraumatický rozvoj neměl být automaticky očekáván pokaždé, kdy člověk prožije trauma. Pro určení rozsahu, v jakém dojde k rozvoji, je zásadní především **jedincův boj s novou realitou**. Autoři používají k popsání procesu rozvoje **metaforu zemětřesení**, která názorně pomáhá popsat, jak takové vyrovnání se s novou realitou vypadá. Stejně tak, jako po zemětřesení dochází k přestavbě, aby bylo prostředí vůči dalšímu zemětřesení rezistentní, dochází po traumatické zkušenosti k určité *kognitivní přestavbě*. Člověk bere v úvahu novou realitu, která obsahuje život po traumatu a na základě toho vytváří schéma, která zahrnují trauma i možnost dalších událostí do budoucna. Tak se osobnost stává odolnější (Tedeschi & Calhoun, 2004). Pokud nedošlo k začlenění traumatické události do základních schémat v rámci předpokladů o světě, nedošlo k rozvoji (Janoff-Bulman, 2004).

1.4.3 Osobnost

Další proměnnou, která ovlivňuje míru posttraumatického rozvoje, je osobnost. Napříč výzkumy o rozvoji našli Linley a Joseph (2004) pozitivní vztah mezi mírou posttraumatického rozvoje a všemi osobnostními faktory Big Five vyjma neuroticismu (pozitivní vztah byl tedy nalezen u **extraverze, otevřenosti, přívětivosti a svědomitosti**). Přítomnost tohoto vztahu potvrzují i Henson et al. (2021) v rámci přezkoumání studií zabývajících se výzkumy rozvoje (vydanými v letech 1998 až 2019).

V souvislosti s osobností a jejím vlivem na posttraumatický rozvoj zmíníme především **odolnost**. Podle Mareše (2012) totiž patří mezi nejvýznamnější osobnostní vlastnosti, které rozvoj ovlivňují. Tento koncept bývá dle Tedeschiho a Calhouna (2004) vnímán jako schopnost pokračovat v životě i poté, co se člověk potýkal s těžkostmi a nepřízní osudu. Tito autoři odolnost odlišují od posttraumatického rozvoje, ve kterém je podstatná změna – **posun nad původní úroveň** před traumatickou zkušeností. U rozvoje nejde o úspěšné zvládnutí situace tím, že se člověk navrátí k původním předpokladům, ale jde o změnu základních schémat (Janoff-Bulman, 2004). Podle Hensona et al. (2021) některé studie sice ukazují, že odolnost může přispívat k posttraumatickému rozvoji, podle jiných

zkoumaných výzkumů je však vysoká míra odolnosti spojená s nižší mírou posttraumatického rozvoje. Zpravidla je to vysvětlováno tím, že odolní jedinci nemají takovou potřebu bojovat s nepříznivou situací, a nezapojí se tak do smysluplného chování spojeného s rozvojem. Kromě odolnosti uvádí Mareš (2012, s. 12) další vlastnosti osobnosti ovlivňující rozvoj: „Důležité pro pozdější vyrovnávání se s traumatem jsou charakteristiky jedincova „já“: sebepojetí, sebedůvěra, vnímaná osobnostní zdatnost (self-efficacy), sebekritičnost, sebekontrola, autoregulace.“

1.4.4 Čas

Čas, který působí jako další proměnná na posttraumatický rozvoj, má podle Mareše (2012) několik podob. Jedna z významných podob času je to, zdali je trauma jednorázovou skutečností nebo se opakuje a trvá delší dobu. Dalším hlediskem je proměna rozvoje v čase, kterou můžeme pozorovat pouze pomocí longitudinálních výzkumů. V neposlední řadě se v rámci časového rozměru mohou vyskytnout u traumatizovaných jedinců dlouhodobé následky, které mohou vyvolat sekundární a terciální traumata.

Podle nalezených dlouhodobých výzkumů se posttraumatický rozvoj jeví jako dynamický proces, který **se vyvíjí v čase v různých trajektoriích**. Např. výzkumný tým Wangové et al. (2014) rozlišil čtyři různé trajektorie vývoje posttraumatického rozvoje u žen, a to hned v prvním roce po podstoupené operaci rakoviny prsu: *stabilní vysokou, nízkou rostoucí, nízkou klesající a vysokou klesající*. Různé trajektorie vývoje rozvoje v čase rozlišili také např. Cheng et al. (2020), rovněž u bývalých pacientek rakoviny prsu, nebo Tsai a Pietrzak (2017) u amerických veteránů (za pomoci dat z národního výzkumu).

Napříč výzkumy se Wu et al. (2019) mimo jiné zabývali vztahem mezi časem a mírou posttraumatického rozvoje. Čerpali přitom ze studií, které zkoumaly rozvoj u lidí s různými traumatickými zkušenostmi. Podle získaných informací téměř polovina jedinců mladších 60 let uvádí střední až vysokou míru rozvoje v době méně než 6 měsíců po traumatické události. Autoři metaanalýzy tvrdí, že k prozkoumání míry posttraumatického rozvoje v souvislosti s uplynulým časem je však třeba ještě **více longitudinálních studií**. Oni sami uvažují o znázornění vztahu času a posttraumatického rozvoje křivkou ve tvaru písmene U (s rostoucím rozvojem na začátku procesu a jeho následným poklesem a růstem).

1.4.5 Sociální opora

Sociální opora je podle Hensona et al. (2021) určitým prostředníkem posttraumatického rozvoje, na základě které nedochází k přímému ovlivňování, ale spíše k podpoře jeho míry. Podle autorů Tedeschiho et al. (2018) může hrát sociální opora významnou roli hned z několika důvodů. Když má člověk už před traumatickou událostí vybudovanou silnou síť sociálních vztahů, může mít tento faktor pozitivní vliv na jeho rozvoj. Dále může opora druhých lidí sloužit jako mediátor rozvoje. Pokud se v případě ruminace lidé svěří se svými myšlenkami, jejich blízcí jim mohou pomoci podívat se na věc adaptivnějším způsobem a nabídnout jinou perspektivu, zvláště pokud zažili něco podobného. Vliv sociální opory můžeme pozorovat například v již dříve zmíněné studii od autorské dvojice Tsai a Pietrzak (2017) zaměřené na rozvoj u amerických veteránů. Výzkumníci pozorovali pozitivní vliv silné sociální podpory a blízkých mezilidských vztahů na vysoký a trvalý posttraumatický rozvoj.

1.5 Rozvoj jako iluze

Někteří autoři výše zmíněných modelů rozvoje počítají s možností, že posttraumatický rozvoj v některých případech může fungovat pouze jako iluze. Maecker a Zöllnerová (2004) zmiňují dvě složky rozvoje, z nichž jedna je pouze iluzorní, založená na sebeklamu. Podle Johnsona et al. (2007) je za rozvoj mnohdy považována víra, že se v člověku odehrála hluboká změna, aniž by toto přesvědčení bylo nějakým způsobem potvrzeno. Za iluzi považují nečinnost těch, kteří tvrdí, že něco udělali, ale také iluzi nalezeného smyslu, přestože se v životě nic smysluplného nezměnilo. Podle autorů Boehm-Tabib & Gelkopf (2021) výsledky několika studií vyvolávají pochyby o tom, zdali posttraumatický rozvoj skutečně podporuje fungování člověka. Aby tyto pochyby ověřili, uskutečnili výzkum na obyvatelích oblasti, která byla v severní Izraeli vystavena válce. Podle jejich zjištění je posttraumatický rozvoj skutečný fenomén, který odráží aktuální fungování člověka a nejde tedy o proces, který se odehrává pouze v hlavě.

2 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ U ADOLESCENTŮ A MLADÝCH DOSPĚLÝCH

V následující kapitole nejprve stručně představujeme, co se v organismu odehrává v případě onkologické nemoci a uvádíme některé tradiční formy léčby tohoto onemocnění. Poté se věnujeme charakteristice skupiny adolescentů a mladých dospělých v onkologii. Za pomoci poznatků z vývojové psychologie popisujeme období adolescence a mladé dospělosti a následně to, jak konkrétně může být toto vývojové období ovlivněno onkologickou diagnózou.

2.1 Onkologická onemocnění

Nádorové buňky, které zvyšováním svého počtu a velikosti vytváří **nádor**, jsou „změněné vlastní buňky organismu, které se nekontrolovatelně množí“ (Orel, 2014, s. 60). K této změně může dojít v každé tkáni lidského těla obsahující živé buňky s jádrem. Příčiny vzniku nádorů jsou různorodé. Z vnějších příčin může být vznik nádorových buněk podpořen biologickými, fyzikálními nebo chemickými vlivy. Chemické látky, které podporují rakovinové bujení, nazýváme karcinogeny. Na onemocnění mají vliv i vnitřní příčiny, např. působení hormonů v těle. Primární příčinou vzniku onkologického onemocnění jsou však podle současného poznání mutace neboli **změny genů, které řídí růst a dělení buněk**. Tyto geny se nazývají **protoonkogeny**. Vlivem podmínek jako je např. působení karcinogenních látek nebo biologickým vlivem některých virů se pak tyto geny mění na tzv. **onkogeny**, jenž zapříčiní neovladatelné buněčné množení. Nádory rozdělujeme na benigní (nezhoubné) neboli pomalu rostoucí, ohraničené útvary, které netvoří žádná další ložiska, a na maligní (zhoubné), charakteristické rychlým růstem a tvorbou tzv. druhotných ložisek neboli metastáz na jiném místě v těle. Mohou existovat také intermediární nádory, které se nachází na rozhraní mezi zhoubnými a nezhoubnými nádory (Orel, 2014).

Léčba onkologického onemocnění znamená pro pacienta podstatnou zátěž oproti léčbě jiných nemocí, protože je zaměřena proti vlastním buňkám těla, které zmutovaly v nádorové buňky. Při ničení nádorových buněk téměř vždy dochází i k ničení jiných

fyziologických buněk v těle. Léčbu tak provází řada nežádoucích účinků a celkově zhoršení kvality života pacienta, která se může zhoršit i natrvalo (Adam et al., 2011). V současnosti existuje několik tradičních forem léčby, které se mohou různě kombinovat. Jednou z možností je odstranit nádor chirurgicky. Dále lze nádor ozařovat pomocí radioterapie. V neposlední řadě pacienti podstupují chemoterapii neboli léčbu pomocí cytostatik, které jsou označovány jako tzv. buněčné jedy. Jejich podávání způsobuje dočasné nežádoucí účinky jako jsou např. vypadávání vlasů, zvracení a průjemy nebo snížení imunity. (Orel, 2014). Cílem těchto typů protinádorové léčby je likvidace nádorových buněk. Mimo to hovoříme ještě o podpůrné léčbě, která má za cíl zvýšit kvalitu života pacienta, a tedy mírnit obtíže vyvolané jak nemocí, tak i samotnou léčbou (Adam et al., 2011).

Léčba pomocí chirurgického zákroku je dostatečná v případě menších lokalizovaných nádorů. Jinak se operace doplňuje chemoterapií či radioterapií, případně se postupuje v opačném pořadí. Radioterapie neboli léčba pomocí ionizujícího záření získala na větším významu díky technickému pokroku zdrojů záření (Klener, 2011). Ozařování nádoru probíhá buď zvenčí (tzv. telerapie) nebo tak, že je zdroj záření umístěn přímo v organismu v oblasti nádoru nebo poblíž něj (tzv. brychyterapie) (Orel, 2014). Záření je podáváno frakcionovaně, což znamená, že je aplikováno v jednotlivých dávkách, tradičně jednou za den nebo v menším množství i několikrát v průběhu celého dne (Klener, 2011). Principem postupu při chemoterapii, jak jej popisuje Klener (2011, s. 40), je „periodické střídání intenzivní léčby s terapeutickými přestávkami až k úplnému vyplenění nádorového buněčného klonu“. Díky přestávkám mezi jednotlivými cykly mají podle tohoto autora zdravé buňky možnost obnovit svůj počet, což dokážou oproti nádorovým buňkám v kratším čase.

Dle informací dostupných na webu Masarykova onkologického ústavu vede úspěšná léčba onkologického onemocnění k **remisi**, čímž je myšleno, že **ustoupí a vymizí veškeré známky nemoci**. Laboratorní hodnoty stejně jako nálezy na zobrazovacích vyšetření se vrátí do normálu. V těle i přesto mohou zůstat ložiska, která nelze zachytit pomocí těchto vyšetření, a proto dosažení remise nemusí vždy prokazovat úplnou úzdravu. Přetrvávající ložiska navíc mohou opět spustit dané onemocnění, tedy mohou způsobit tzv. **relaps** (MOÚ n.d.). Jak tvrdí Adam et al. (2011), pacient je po ukončení léčby pravidelně sledován, aby mohl být včas odhalen případný návrat onemocnění nebo aby byly rozpoznány jiné vzniklé nádory. V případě vyléčených onkologických pacientů existuje totiž větší pravděpodobnost, že se u nich rozvine nádor jiného typu než u lidí stejného věku bez historie onkologického

onemocnění. Navíc i přestože se s plynoucím časem snižuje pravděpodobnost pozdního návratu nemoci, určité riziko stále zůstává. Intenzita těchto pravidelných kontrol závisí na typu vyléčeného nádoru. V rámci kontrol by podle týmu Adama et al. (2011) měl lékař pacientovi navíc poskytnout pomoc se zvládáním nežádoucích účinků léčby i při problému se začleněním do společnosti.

2.2 Adolescenti a mladí dospělí v onkologii

Péče o pacienty s onkologickým onemocněním bývá poskytována zvláště pro děti a pro dospělé. To, kdy spadá diagnostika a léčba pacienta do oblasti dětské onkologie a kdy už jde o případ pro onkologii dospělých, není přesně definováno. Rozlišení může určovat řada faktorů. Podle podmínek daných v České republice například zdravotní pojišťovny hradí léčbu na dětské onkologii do 19 let. Avšak od 16 let mohou být pacienti léčeni i na dospělé onkologii, a podle místa léčby jsou tedy považováni za dětské nebo dospělé pacienty. Ve věkovém rozmezí 20-24 let, kdy může mladý člověk trpět nádorovým onemocněním typickým pro dětský věk, by dle zmíněných podmínek již neměl být léčen na dětském oddělení, přestože takový případ spadá do kompetencí dětských onkologických doktorů. Zatímco v Evropě se tato věková hranice péče o dětské pacienty pohybuje kolem 15 let, v USA je mladý člověk léčen u dětského onkologa až do 21 let (Bajčiová, 2011).

Pro adolescenty a mladé dospělé, kteří jsou jako onkologičtí pacienti zkoumáni v rámci mnohých výzkumů společně, se v anglickém jazyce užívá zkratka **AYAs (adolescents and young adults)**. Věkové ohraničení této skupiny se různí. Podle zprávy o adolescentech a mladých dospělých v onkologii, která byla ve Spojených státech vypracována ve spolupráci Národního onkologického institutu a neziskové organizace Lance Armstrong Foundation, patří do této skupiny lidé, kterým je rakovina diagnostikovaná ve věku **od 15 do 39 let** (AYAO PRG, 2006). Podle Bajčiové (2011) bývá adolescentní věk většinou dělen na mladší (od 10 do 14 let) a starší (od 15 do 19 let). Mladá dospělost je pak ohraničena v rozmezí 20-24 let, podle některých výzkumů případně až do 29 let. V některých studiích bývají mezi „AYAs“ řazeni pacienti ve věkovém rozmezí 15-29 let (např. Bleyer, 2002; D'Agostino et al., 2011).

Dospívající se mezi onkologickými pacienty dlouho nacházeli mimo hlavní zájem obou odvětví (jak dětské onkologie, tak onkologie pro dospělé). S touto věkovou skupinou se pojí termín **AYA gap (adolescents and young adults gap)**, jenž vyjadřuje následující fakt: „Dospívající a mladí dospělí v celkovém přežívání nedosáhli takových pokroků, jaké

byly dosaženy za stejné časové období nejen u dětí, ale i v dospělé onkologii“ (Bajčiová, 2011, s. 2). Tento jev může být způsoben mimo jiné **specificky rozdílnou biologii nádorů** u pacientů tohoto věku, která se liší od dětských nádorů nebo nádorů starší dospělé populace. Důležitou roli může hrát také samotná **biologie mladého těla**. V průběhu dospívání dochází k různým typickým změnám jako jsou působení hormonů, rychlý a náhlý růst nebo usazování tukové tkáně. Z tohoto důvodu by mohly být vhodné postupy léčby zaměřené přímo na adolescenty a mladé dospělé (Bajčiová, 2011). Výsledky přežití onkologických nemocí v adolescenci a mladé dospělosti se však v současnosti dle různých ukazatelů ve Spojených státech zlepšují. Mladí lidé dosahují v léčbě nádorových onemocnění výsledků srovnatelných s dětskými pacienty. Dětské onkologové a onkologové pro dospělé pacienty spolu více spolupracují a dospívajícím pacientům je věnována stále větší pozornost. V onkologii je v současnosti na populaci adolescentů a mladých dospělých nahlíženo individuálně s ohledem na její zranitelnost a specifické potřeby, což lze vidět i na vzrůstajícím počtu vydané literatury a pořádaných konferencí (Close et al., 2019).

Onkologické pacienty v adolescentním věku a věku mladé dospělosti můžeme rozdělit do 3 kategorií. V první skupině jsou ti, kteří mají nádor vyskytující se v dětském věku, konkrétně *neuroblastom*, *Wilmsův nádor* nebo *meduloblastom*. Do druhé skupiny jsou pak řazeni ti pacienti, jejichž nádor se může objevit jak u dětí, tak u dospělých (*sarkomy*, *leukémie*, *lymfomy*). V poslední kategorii jsou mladí pacienti, kteří trpí nádory vyskytujícími se v dospělosti (*karcinomy*) (Bajčiová, 2011).

Pro přibližnou představu o míře výskytu onkologického onemocnění uvedeme data programu SEER, díky kterému byly sdruženy informace z různých míst Spojených států a na základě dat z předchozích let byly vytvořeny odhad pro rok 2021. Podle jejich poznatků by v tomto roce mohlo být celkově nově diagnostikováno 88 260 adolescentů a mladých dospělých. Procentuálně tento počet činí **4,6 % ze všech nových případů**. Přitom pět let po stanovení diagnózy přežívá 85 % lidí z této věkové skupiny. Mezi nejčastěji diagnostikované typy nádorů patří dle zmíněných dat rakovina štítné žlázy (16 %), rakovina prsu (15 %) a rakovina kůže společně s rakovinou varlat (8 %) (National Cancer Institute, n.d.). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky vydává epidemiologické informace o nově nalezených zhoubných novotvarech z let 2014-2018. Údaje neobsahují přesné procento adolescentů a mladých dospělých oproti zbytku populace. Z dostupných dat můžeme alespoň uvést, že v tomto období u nás bylo diagnostikováno 2 814 mladých lidí ve věku 20-

29 let a 7 857 lidí ve věku 30-39 let. Výskyt onemocnění je však výrazně vyšší u lidí vyššího věku (střední věk je 69 let) (ÚZIS, 2018).

2.3 Vývojová specifika adolescentů a mladých dospělých

Dle Thorové (2015) jedinec dosahuje **adolescence** neboli období pozdního dětství **od 12 nebo 13 let až do věku 19 let**. Období začíná pubertou provázenou specifickými tělesnými změnami. Následuje **mladá dospělost** ve věkovém rozmezí **od 20 do 35 let**. V tuto dobu se nezralá osobnost člověka vyvíjí ve zralou. S přechodem od dospívání k dospělosti je spojen termín **vynořující se dospělost (*emerging adults*)**. Jde o určité meziobdobí, v němž jedinci sice využívají výhod nezávislosti, která se pojí s dospělým věkem, ale ještě nenesou úplnou zodpovědnost sami za sebe. Vynořující se dospělost lze věkově ohraničit **od 18 do 25 let**. Toto specifické období existuje pouze v těch kulturách, kde je mladým umožněno protáhnout si období nezávislosti (Arnett, 2000). Abychom uvedli i jiné pojmenování a věkové ohraničení životních etap spojených s dospíváním a mladou dospělostí, podle Langmeiera a Krejčířové (2006) se vymezuje v dospívání zvláště období **adolescence od 15 do 22 let** a období **pubescence**, které probíhá zhruba od 11 do 15 let. Dospělý věk rozčleňují tito autoři do čtyř etap, z nichž je první **časná dospělost (přibližně od 20-25 až do 30 let)**. Podobné dělení dospělosti na několik různých období můžeme najít dle zmíněných autorů i v pojetí jiných odborníků.

Jedním z klíčových úkolů **adolescence** je vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky, a především vytvořit si vlastní identitu a dosáhnout autonomie tak, aby jedinec dokázal samostatně fungovat ve světě. Adolescent často zkoumá vlastní osobnost a chování a učí se přijímat své vlastnosti i vzhled (Thorová, 2015). Jak uvádí Langmeier a Krejčířová (2006, s. 160): „Mladý člověk v tomto období hledá odpověď na řadu základních otázek – kým jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou v mém životě nejvýznamnější“. Jedinec má dosáhnout **psychické diferenciaci** neboli vnímání sebe sama odděleně jak od rodičů, tak od vrstevníků. Dosahuje také **psychické nezávislosti**, která se projevuje nezávislým jednáním na druhých a jejich přesvědčeních bez nadměrných pocitů viny nebo úzkosti. V rámci hledání identity nelze zapomínat ani na hledání životních hodnot a **spirituality** (závisle i nezávisle na tradičních náboženstvích) (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Přestože v porovnání s adolescencí je **mladá dospělost** emočně méně vypjaté období, psychika jedinců v tomto věku je stále nestabilní. Člověk se typicky nachází na

vrcholu svých schopností, disponuje dobrým zdravím a velkou energií (Thorová, 2015). Podle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 168) bývá toto období popisováno nejčastěji takto: „Upevnění identity dospělého, identifikace s rolí dospělého, produktivní orientace, upřesnění osobních cílů. Nezávislost na rodičích, hledání partnera, zakládání vlastní rodiny. Předběžná volba povolání a postupné získávání odpovědnosti v profesi“.

2.4 Specifika vývoje u adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním

Popisovaná skupina adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním čelí kvůli vývojovým úkolům, které jsou typické pro jejich věk, specifickým psychosociálním problémům. Adolescence a mladá dospělost je vzhledem k množství milníků, kterých je třeba dosáhnout, významnou přechodnou fází (Belpame et al., 2016). Na popisovanou populaci je kromě důležitého přechodu k nezávislé dospělosti kladen další požadavek, a to přechod od onkologického pacienta k tomu, kdo nemoc překonal (Patterson et al., 2015). Onkologické onemocnění jistě způsobí narušení dosavadního života. Pacienti různého věku však prožívají odlišné starosti a přikládají důležitost různým aspektům své zkušenosti podle fáze života, ve které se právě nachází. Pacienty v tomto mladém věku provází typické problémy spojené s vývojovým obdobím – vytváření identity, rozvoj pozitivního obrazu vlastního těla a vlastní sexuální identity, seznamování se a větší zapojení vrstevníků do života i odloučení se od rodičů (B. J. Zebrack, 2011). Onkologická diagnóza může ohrozit dosažení těchto vývojových milníků (Belpame et al., 2016). Vzhledem k nemoci jsou mladí lidé předčasně konfrontováni s vlastní smrtelností, zvyšuje se jejich závislost na rodičích a v rámci léčby se přerušují jejich sociální kontakty. S nemocí a léčbou se také pojí změny fyzického vzhledu, ztráta reprodukčních schopností a obavy o zdraví a budoucnost (B. J. Zebrack, 2011).

Autoři Warner et al. (2016) vydali přehledový článek, který shrnuje poznání o onkologických pacientech ve věku adolescence a mladé dospělosti z let 2000-2014. Uvádí v něm narušené vývojové milníky těchto pacientů z důvodu nemoci. V letech *střední adolescence* (do 18 let) je přerušen především sociální rozvoj a identifikace s vrstevníky. Adolescentům také mohou chybět prožité úspěchy na střední škole a ukončení její docházky. Je opožděn přechod k životu nezávislému na rodičích. V období *vynořující se dospělosti* (18-25 let) podle autorů článku dochází k vytvoření mezery ve vzdělávání nebo je zpožděno vysokoškolské studium, případně dojde k přerušení zaměstnání. Dospívající lidé v takové

situaci nezvládají udržet finanční nezávislost na rodičích. *Mladí dospělí* (26-39) vlivem zkušenosti s rakovinou obtížně rozvíjí nebo udržují intimní partnerské vztahy. Zažívají problémy v oblasti sexuálních funkcí. Výjimkou nejsou ani problémy s plodností, které mohou ovlivnit rozhodování o rodičovství.

Podle Levinové et al. (2019) není vhodné očekávat stejný vývoj u populace dospívajících onkologických pacientů jako u ostatních dospívajících. Některé projevy chování adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním, jako např. větší připoutanost k rodičům, by neměly být pokládány za abnormální nebo za projevy regrese. Ti, kdo pracují s popisovanou populací, by neměli předpokládat splnění typických vývojových úkolů. Tito pracovníci by spíše měli společně s pacienty stanovit individuální cíle, které vychází z hodnot a priorit jednotlivců. Poskytované služby onkologickým pacientům by měly být přizpůsobeny psychosociálním potřebám jednotlivců, které se i v rámci populace adolescentů a mladých dospělých mohou velmi lišit vzhledem k jejich vyspělosti a životní fázi. Potřeby 20letého studenta vysoké školy žijícího doma budou odlišné od 35letého rodiče dvou dětí. Rodičem však může být stejně tak dospělý ve 20 letech a jedinec staršího věku může stále bydlet s rodiči (AYAO PRG, 2006).

Autoři, kteří se zabývají adolescenty a mladými dospělými s onkologickým onemocněním, tuto skupinu často odlišují od pacientů, kteří si nemocí prošli již v dětském věku (**survivors of childhood cancer**). Podle Warnera et al. (2016) jsou problémy spojené se sociálním vývojem velmi odlišné v dětském věku a ve věku adolescence a mladé dospělosti. Zkušenosti s onkologickým onemocněním v období dospívání a mladé dospělosti bývaly dle těchto autorů podceňovány. Velkou část z toho, co víme, je převzato právě ze skupiny tzv. přežívajících dětských onkologických pacientů. Český ekvivalent označení této skupiny užíváme dle Bajčiové (2011).

V následující části kapitoly přiblížíme některé konkrétní problémy, s kterými se mohou mladí onkologičtí pacienti vyrovnávat vzhledem k jejich vývojovému období.

2.4.1 Sebepřijetí

Pro dospívající s jakýmkoli zdravotním omezením je obtížnější přijmout vlastní nedostatky v rámci přijetí své identity a vývoje sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Podle týmu Belpame et al. (2016), kteří kvalitativně zkoumali zkušenost mladých s onkologickou nemocí, může vnímání vlastního těla ovlivnit vypadávání vlasů, změna hmotnosti, jizvy a podobné nežádoucí účinky léčby. S tím může souviset snížení sebevědomí nebo negativní

dopad na genderovou identitu. Fyzické změny také mohou vyvolat pocit odlišnosti od ostatních a pocit jakési „nenormálnosti“.

2.4.2 Autonomie

Mladí lidé s vážnou nemocí mají tendenci alespoň k dočasné závislosti na svých rodičích (Penn et al., 2017). S prožíváním onkologické nemoci se pojí ztráta nezávislosti, která se může týkat i financí. Pacienti se stávají závislí na podpoře rodiny a přátel (Belpame et al., 2016). Kromě emoční podpory mohou být adolescenti a mladí dospělí více připoutáni k rodičům také proto, aby jim pomáhali s rozhodováním ohledně léčby (Levin et al., 2019). Rodiče se často v takových situacích stávají více protektivní, což může být pro mladé lidi těžké po ukončení léčby, jakmile potřebují znovu získat nezávislost (Belpame et al., 2018). Přestože nemoc mladého člověka uvrhne do ne vždy vítaného závislého stavu, zejména mladší jedinci mohou vlivem nastalé situace mnohem rychleji „povyrůst“, aby dokázali porozumět své nemoci a mohli se aktivně účastnit léčby (AYAO PRG, 2006).

2.4.3 Vzdělávání a kariéra

Penn et al. (2017) popisují různé psychosociální problémy, kterým adolescenti a mladí dospělí čelí vlivem onkologické nemoci. Přestože výrazně neodlišují zkušenosti dospívajících, kteří nemocí prošli již v dětském věku od těch, které nemoc postihla během dospívání, uvedeme některé z jejich poznatků ohledně vzdělávání a kariéry. Absence ve škole v průběhu léčby může narušit vztahy s vrstevníky. Pro dospívající pacienty může chybějící výuka znamenat znevýhodnění a zpoždění přípravy na vyšší vzdělávání i přípravy kariérního postupu. Mladí dospělí mohou zažívat narušení vztahů v jejich pracovním prostředí. Zde mohou být vystaveni předsudkům nebo se mohou cítit nejisti kvůli tomu, kolik informací o své nemoci mají sdělit zaměstnavateli a svým spolupracovníkům.

2.4.4 Sexualita, plodnost a intimní vztahy

Jedním z dlouhodobých nežádoucích účinků léčby onkologických onemocnění je neplodnost, přičemž zachování plodnosti záleží v rámci léčby na více faktorech (Frühaufová & Hulvert, 2017). Frederick et al. (2019), který provedl kvalitativní výzkum pacientů ve věku adolescence a mladé dospělosti, uvádí, že sexuální a reprodukční zdraví je pro onkologické pacienty tohoto věku důležité, ale často opomíjené téma v rámci poskytované komplexní péče. Účastníci studie přitom vyjadřují potřebu o této problematice mluvit.

Z rozhovorů v rámci popisovaného výzkumu vyplynulo však také, že podle některých pacientů se většina poskytovaných informací týká pouze plodnosti na úkor informací o sexuálních aktivitách, bezpečných sexuálních praktikách, antikoncepci a sexuálních funkcí během léčby. To, jak moc je otázka potenciální neplodnosti vnímána pro mladé pacienty jako důležitá, je dle Canzona et al. (2021) ovlivněno různými faktory jako jsou touha po dětech, věk, gender, sexuální orientace a případný vztah.

Nádorové onemocnění a jeho léčba ovlivňuje sexualitu pacientů a prožívání jejich intimních vztahů. Pacienti zažívají pocity deprese, úzkosti, únavu, bolest, ztrátu fyzických sil a podobné faktory, které celkově negativně působí na sexualitu. Může docházet ke změnám sexuálních funkcí a potěšení ze sexu. Vlivem chemoterapie se například snižuje sexuální apetence. Je narušena rovnováha ve vztahu. Pacientům se mění pohled na sebe samotné. Nádor a léčba může způsobit negativní pohled na vlastní erotickou atraktivitu, stud a obavy z litoosti partnera (Šrámková, 2013).

2.4.5 Existenciální problémy

Ke společné charakteristice adolescentů a mladých dospělých patří pocit neporazitelnosti a omezené povědomí o vlastní smrtelnosti (AYAO PRG, 2006). Pro pacienty tohoto věku je zcela neočekávaná diagnóza, která může znamenat smrt. Taková zkušenost může zapříčinit existenciální krizi a přehodnocení představy o fungování světa. Mizí předpoklad, že život je předvídatelný. Pacienti zažívají velkou nejistotu ohledně jejich současného a budoucího místa v životě (Penn et al., 2017).

2.5 Onkologické onemocnění jako zdroj stresu i rozvoje

Podle Cordové et al. (2017) je onkologická diagnóza a její léčba vysoce stresovou událostí s potenciálem vzniku traumatu, která **může vést k diagnóze PTSD**. I ti pacienti, kteří zcela nesplňují kritéria ke stanovení diagnózy, mohou podle Delingera et al. (2016) **zažívat obtíže, které negativně ovlivňují kvalitu života**. Dimitrov et al. (2019) zpochybňují názor, že by se v souvislosti s onkologickými nemocemi měla užívat diagnóza PTSD. Opírají se přitom o revidovaný diagnostický manuál duševních poruch **DSM-V**. V tomto manuálu (Raboch et al., 2015, s. 289) se uvádí: „Život ohrožující nemoc nebo závažný zdravotní problém nemusí být nutně považovány za traumatickou událost. Zdravotní události, které splňují kritéria

traumatické události, zahrnují spíše náhlé, katastrofické události (např. procitnutí během operace, anafylaktický šok).“

Podle Dimitrova et al. (2019) spadá onkologické onemocnění právě do výše zmíněné kategorie život ohrožujících nemocí. Nádorové onemocnění tedy nutně nesplňuje kritérium A, které definuje události, které vedou k posttraumatické stresové poruše. Autoři manuálu upozorňují na diferenciální diagnostiku PTSD a nabízí diagnostikovat spíše **poruchu přizpůsobení** v případech, kdy jedinec vykazuje ostatní příznaky PTSD kromě kritéria A (Raboch et al., 2015). V současné době je onkologické onemocnění považováno za **silný stresor**, který vede k diagnóze PTSD pouze ve velmi specifických případech (Ochoa Arnedo et al., 2019). V některých zahraničních výzkumech se v této souvislosti užívá termín **post-traumatic stress symptoms** se zkratkou **PTSS** (viz např. Marziliano et al., 2020; Vandraas et al., 2021). Lidé, kteří si prošli onkologickým onemocněním, jsou podle doporučení vydaných Americkou onkologickou společností (Denlinger et al., 2016) vystaveni zvláště vysokému riziku úzkosti, deprese a jiných forem psychosociálního stresu. To je dáno vlivem četných stresorů, jejich zranitelností, ale také problémy, kterým jsou vystaveni. Taková diagnóza může mít trvalý dopad na zdraví, fyzický i duševní stav, osobní a profesní identitu, sexualitu nebo finanční situaci.

Zkušenost onkologického onemocnění může podpořit nejen vznik stresu, ale také rozvoje (Ochoa Arnedo et al., 2019). Pro příklad rozvoje u onkologicky nemocných pacientů shrneme v tomto odstavci některé poznatky z přehledového článku výzkumného týmu Tanyi et al. (2021), ve kterém je zkoumáno 44 studií o posttraumatickém rozvoji u onkologických pacientů. Podle těchto autorů v posledních letech velmi vzrostl počet studií na toto téma. Zvyšující se množství literatury poskytuje důkazy o tom, že velké procento pacientů vnímá **alespoň jednu pozitivní změnu**, která vyplývá z jejich diagnózy. Ukazuje se, že vnímaný rozvoj může probíhat ve všech pěti doménách posttraumatického rozvoje (nejčastěji bylo zmiňováno ocenění života a změna priorit, následně smysluplné mezilidské vtahy a poté uvědomění si vlastní síly). Podle výsledků zkoumaných studií se zdá, že **subjektivní hodnocení onkologické nemoci**, kdy pacienti vnímají nemoc jako traumatickou či vysoce stresující událost, podporuje míru hlášení posttraumatického rozvoje. Zkoumané průřezové studie poukazují na existenci žádného nebo pozitivního vztahu mezi dobou uplynulou od zjištění diagnózy či léčby a mírou posttraumatického rozvoje. Longitudinální studie však obvykle ukazují, že se míra rozvoje **zvyšuje s časem** (Tanyi et al., 2021).

Výzkumníci se také zabývají vztahem mezi posttraumatickým rozvojem a stresem u onkologických pacientů. Některá zjištění z předchozích let nabízí, že mezi těmito konstrukty není žádný významný přímý vztah (Shand et al., 2015; B. Zebrack et al., 2015), zatímco podle výsledků metaanalýzy od Marzilliana et al. (2020) by mezi stresem a rozvojem u onkologických pacientů mohl existovat mírný pozitivní vztah. Vztahem těchto konceptů se zabýval také český výzkumný tým Koutné et al. (2021), který nepotvrdil žádný přímý vztah, nicméně našel pozitivní vztah mezi posttraumatickým rozvojem a strachem z návratu nemoci.

3 POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ U ADOLESCENTŮ A MLADÝCH DOSPĚLÝCH PO ONKOLOGICKÉM ONEMOCNĚNÍ

V této kapitole se zabýváme výzkumy z posledních let, které se zaměřují na zkušenosti adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním, s důrazem na možný posttraumatický rozvoj. Zmiňujeme také téma negativních dopadů nemoci, které společně s rozvojem může zkoumaná populace zažívat. Vycházíme přitom výhradě z poznatků v rámci kvalitativních studií.

3.1 Vnímané přínosy

Podle výzkumníků Headové a Innarina (2019) je tématu proměny, kterou u adolescentů a mladých dospělých může zapříčinit onkologické onemocnění, věnováno nedostatečné množství literatury. Jsou přesvědčeni, že tuto problematiku je třeba zkoumat **pomocí kvalitativního přístupu**, kterým je možné zachytit individualitu jedinců v této věkové skupině. Podobný pohled sdílí i Straehl et al. (2017), podle nichž není dostatečně popsáno, jakým způsobem mladí lidé poznávají přínosy, které plynou z prožité zkušenosti nemoci. V následující části práce se budeme zabývat námi nalezenými a dostupnými kvalitativními výzkumy, které téma adolescentů a mladých dospělých zkoumají. Jak jsme již zmínili v předchozí kapitole o adolescentech a mladých dospělých s onkologickým onemocněním, tato věková skupina má svá specifika a liší se od tzv. přežívajících dětských onkologických pacientů. Z toho důvodu jsme hledali pouze takové studie, které se týkají lidí ve věkovém rozmezí adolescence a mladé dospělosti, nebo ve kterých byla alespoň většina účastníků diagnostikována právě v tomto věku. Z toho důvodu je **množství nalezených informací omezené**. Napříč výzkumy se objevují podobná témata, která dále více popíšeme.

3.1.1 Změna priorit

Skandinávský tým výzkumníků Hauken et al. (2019), pomocí analýzy rozhovorů s mladými respondenty o jejich zkušenosti s rakovinou, našli ústřední téma všech vnímaných pozitiv.

Týká se **uznání toho, co je v životě důležité**. I v několika dalších studiích se opakovala témata přehodnocení důležitosti různých aspektů života. Díky konfrontaci s vlastní smrtelností mladí lidé mění životní perspektivu. Dokážou více než dřív **ocenit „maličkosti“** v jejich životě jako jsou každodenní rutina, příroda nebo funkčnost vlastního těla (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017). Součástí vnímaných benefitů je také **radost ze života** a snaha nezapomínat na vděčnost za to, že je člověk naživu (Zamora et al., 2017). Mladí lidé zmiňují také menší náchylnosti k podráždění vlivem drobných záležitostí. Lidé ze zkoumané skupiny se dle výzkumů snaží **nezajímat o nedůležité věci**, nepovažovat nic za samozřejmost a žít z přítomného okamžiku (Hauken et al., 2019; Lehmann et al., 2014). Podobné poznatky jmenují také účastníci ohniskových skupin z výzkumu Victorsona et al. (2019). Kromě umění nezabývat se drobnostmi jmenují i nalezenou schopnost zbavit se toho, co pro ně dříve bylo důležité. Popisují také určité zpomalení životního tempa.

3.1.2 Zdravý životní styl

Zážitek závažné nemoci jako je rakovina může změnit vnímání celkového zdraví člověka. Tato zkušenost může motivovat mladé lidi, aby se více soustředili na dodržování **zdravého životního stylu** a aby se cítili **v souladu se svým tělem**. Z důvodu podstoupení vážné nemoci v mladém věku si mimo jiné adolescenti a mladí dospělí uvědomují vlastní náchylnost k chorobám (Head & Iannarino, 2019). Tito mladí pečlivě a uvědoměle **přemýšlí nad návyky** jako jsou např. kouření, užívání alkoholu a drog nebo stravování se rychlým občerstvením a uvažují nad jejich dlouhodobými důsledky pro zdraví (Zamora et al., 2017). Součástí nových zdravých návyků může být zvýšení fyzické aktivity a její pravidelnost nebo změna stravování, která zahrnuje snížení příjmu uměle upravených potravin (Head & Iannarino, 2019).

Mladí lidé podstupující onkologické onemocnění si mohou více uvědomit, jak je důležitá sebepéče a čas pro sebe, i přestože někdy může být nepříjemné si takové chování obhájit. Péče o sebe sama se u adolescentů a mladých dospělých projevuje nejen získáním zdravých návyků, ale také **dodržováním zdravotních doporučení** (Victorson et al., 2019). Respondenti z výzkumů Headové a Innarina (2019) se zmiňují o změně přístupu ke zdravotní péči, která se projevuje se například dřívějšími a častějšími návštěvami lékařů. Respondenti jsou raději více ostražití k případným zdravotním problémům, které by tak

mohly být dříve objeveny. Někteří mladí mohou na své zkušenosti s rakovinou ocenit znalosti, které získali o těle, rakovině nebo i o fungování nemocnic (Lehmann et al., 2014).

3.1.3 Vztahy s druhými

Vnímané přínosy adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s rakovinou se týkají také mezilidských vztahů. Mladí lidé cítí **posílení vztahů** jak v rodině, tak mezi svými přáteli. Oceňují blízké vztahy, především s těmi, kteří při nich stáli v průběhu jejich léčby (Hauken et al., 2019). Respondenti ve výpovědích v rámci výzkumu Zamory et al. (2017) a Lehmannové et al. (2014) také zmiňují, že se sblížili s rodinou, s přáteli a svými partnery. Rodiny participantů se staly schopné **otevřeně spolu mluvit**. Mladí lidé vnímají, že členům rodiny na sobě velmi záleží a **mají se rádi**. Oceňují, že mají rodinu a přátele, a snaží se s nimi trávit svůj čas. Po léčbě někteří více rozlišují, s kým konkrétně svůj čas tráví (Hauken et al., 2019).

3.1.4 Osobnostní růst

Často zmiňovaný přínos ze zkušenosti onkologického onemocnění, který byl jmenován účastníky rozhovorů napříč různými výzkumy, je osobnostní růst. Participanti jsou nyní **sebevědomější** a jsou si více **vědomi svých předností** (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017; Wicks & Mitchell, 2010; Zamora et al., 2017). Uvědomují si ale také své slabé stránky a dokážou si stanovovat limity (Hauken et al., 2019). Vlivem zvládnutí náročné nemoci se adolescenti a mladí dospělí **cítí silní**, téměř až schopni zvládnout cokoli, s čím se setkají. Jsou připraveni na další životní výzvy, ale také dokážou přijmout to, co nelze změnit (Zamora et al., 2017). Mladí lidé napříč svými výpověďmi v různých výzkumech vnímají osobnostní růst ve vlastnostech jako je trpělivost, respekt k druhým, empatie a ochota pomoci. Cítí, že jejich osobnost vyzrála, což mohou respondenti vnímat také ve srovnání se svými vrstevníky (Hauken et al., 2019; Lehmann et al., 2014; Straehla et al., 2017; Wicks & Mitchell, 2010; Zamora et al., 2017). Empatie a soucit s těžkostmi druhých se u některých projevily zapojením se do dobrovolnictví v rámci pomoci onkologickým pacientům (Zamora et al., 2017).

3.1.5 Další vnímané přínosy

Ve zkoumaných studiích jsme našli ještě některé další pozitivní dopady na život bývalých onkologických pacientů, které v této podkapitole shrneme. Hauken et al. (2019) zmiňují

snahu adolescentů a mladých dospělých využívat moudře svůj čas, vytvářet si hezké vzpomínky a plnit si své sny, např. cestovat, začít studovat nebo se oženit. Velmi podobné zjištění vzešlo i z ohniskových skupin výzkumného týmu Victorsona et al. (2019), ve kterých participantů mluvili o dodržování svých zamýšlených plánů a plnění tzv. „bucket listu“ neboli seznamu věcí, které chce člověk za svého života stihnout.

Zkušenost tak vážného onemocnění může u některých lidí posilnit spiritualitu. Někteří mladí vnímají přežití své nemoci jako důkaz toho, že se o ně Bůh stará. Někteří cítí posilnění vztahu s Bohem nebo potvrzení víry v zázraky či v posmrtný život. Prohloubení vnitřních přesvědčení se přitom projevuje také navenek zapojením se do různých náboženských praktik (jako jsou např. čtení Bible nebo účast na bohoslužbách) nebo dodržováním vlastních spirituálních rituálů (Zamora et al., 2017).

Mezi přínosy překonaného onkologického onemocnění u adolescentů a mladých dospělých jsme ve dvou studiích našli také stručné informace týkající se financí. Wicks a Mitchell (2010) uvádí, že finanční situace respondentů většinou nebyla nijak ovlivněna, někteří však dokonce zmiňují zlepšení jejich finanční situace. Byly zmíněny i materiální zisky (poskytnuty v průběhu léčby). Finanční výhody zmiňují také Lehmannová et al. (2014) v souvislosti s penězi získanými z pojištění, ale také v případě, kdy některý z respondentů uvedl, že mu zkušenost rakoviny napomohla v kariéře.

3.2 Vnímané těžkosti

Nádorové onemocnění a s ním spojená léčba je velmi náročnou životní zkušeností. Výzkumníci kvalitativních studií, z kterých vycházíme, ve většině případů zkoumají zážitek vážné nemoci nejen z pohledu možných pozitivních dopadů na život respondentů, ale neopomínají také na negativní dopady nemoci v životě mladých lidí. Přestože v naší práci klademe důraz na možný posttraumatický rozvoj, pro úplnost celé problematiky uvádíme i těžkosti, které mladé lidi po tak závažné nemoci provází. Mnoho z negativních dopadů jsme však již jmenovali v předchozí kapitole, ve které jsme popisovali jak onkologická nemoc a její léčba naruší plnění vývojových úkolů. V této části práce půjde tedy pouze o doplnění zmíněných poznatků o výsledky z kvalitativních studií, které se zabývají posttraumatickým rozvojem u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickým onemocněním.

3.2.1 Fyzické následky léčby

I přes vnímané přínosy je z výpovědí mladých lidí zjevné, že rakovina jim stále i po dokončení léčby negativně zasahuje do života. Jedním z významných faktorů, které negativně ovlivňují bývalé onkologické pacienty, jsou pozdní efekty léčby na jejich tělo. Podle výzkumného týmu Haukena et al. (2019) bývá problém především únava, ale také např. zhoršená pohyblivost, bolest, problémy s pamětí nebo třeba jizvy. Podle Straehla et al. (2017) patřil dokonce pocit fyzického strádání k nejvíce vnímaným obtížím. Většinou byl spojen s následky chemoterapie, operace nebo radioterapie. Mladí lidé vnímají omezení, která jim brání ve sportu, volnočasových aktivitách, v domácích pracích nebo při stravování, kdy musí dbát na to, co jí. Mimo to se fyzické obtíže promítají také do vnímání vlastního vzhledu, a mohou tak negativně ovlivnit pohled na sebe samého (Lehmann et al., 2014).

3.2.2 Negativní pocity

Kromě fyzických následků vnímají mladí lidé negativní dopad nemoci na jejich psychiku. Konkrétně jmenují pocit osamělosti a prázdnoty, smutek, úzkost, ale i nepříjemné vzpomínky například na bolestivou léčbu (Hauken et al., 2019). Wick a Mitchell (2010) popisují především pocit vzteku, frustrace a nedostatečnosti vlivem ztráty kontroly nad diagnózou a její léčbou. Někteří mladí se také cítí neužiteční. Kromě vnímání nových omezení pociťují adolescenti a mladí dospělí lítost nad tím, co vlivem nemoci zmeškali (Lehmann et al., 2014).

Typické negativní důsledky jsou obavy z budoucnosti. Bývalí onkologičtí pacienti stále pociťují strach ze smrti, který je spojen se strachem z relapsu nemoci. Strach se však může týkat také oblastí jako jsou získání stálé pracovní pozice, dokončení studijních povinností nebo získání finanční nezávislosti. Obavy se mohou týkat také založení partnerského vztahu nebo případné neplodnosti (Hauken et al., 2019).

3.2.3 Narušení vztahů

Zkušenost rakoviny mnohým také způsobila narušení vztahů s blízkými (Hauken et al., 2019). U některých to mohlo být zapříčiněno vážnoucí komunikací s druhými nebo obavou, že k nim budou přátelé přistupovat jinak (Straehla et al., 2017). Jiní respondenti uvedli neochotu bavit se o nemoci a nechť potýkat se se stigmatizací (Lehmann et al., 2014).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Předmětem výzkumu je zkušenost adolescentů a mladých dospělých s onkologickou nemocí. Na základě informací ze současných studií je patrné, že zkušenost takového onemocnění může přispět k prožívání pozitivních psychologickým změn (Ochoa Arnedo et al., 2019; Tanyi et al., 2021). Onkologické onemocnění však i přesto stále představuje náročnou životní událost, která podle našich předpokladů na základě prostudovaných výzkumů může mít negativní dopad na život bývalých pacientů. Pro úplné pochopení problematiky se v našem výzkumu zabýváme subjektivním vnímáním veškerých změn následujících po onemocnění, a to jak pozitivních, tak negativních. Vzhledem k tvrzení Calhouna a Tedeschiho (2014), podle kterých může v některých závažných případech dojít namísto rozvoje k zahlcení jedince a k narušení jeho mechanismů, chceme ponechat prostor pro absenci jakýchkoliv pozitivních změn. Proto jsme se rozhodli použít slovní spojení *možnosti posttraumatického rozvoje* v názvu naší práce. Podle poznatků ze studií na toto téma se nicméně zdá, že popisovaná skupina bývalých onkologických pacientů může vnímat přínosy i negativní dopady nemoci současně (viz např. Hauken et al., 2019; Head & Iannarino, 2019; Lehmann et al., 2014).

V našem výzkumu se zaměřujeme na **adolescenty a mladé dospělé**, kteří mezi onkologickými pacienty tvoří specifickou skupinu. Podporuje nás tvrzení některých odborníků, podle kterých je problematika posttraumatického rozvoje v této konkrétní věkové skupině nedostatečně popsána (Head & Iannarino, 2019; Straehla et al., 2017). Zajímá nás, jak zkušenost nemoci ovlivňuje mladé lidi v jejich věku. Podle Zebraka et al. (2011) čelí totiž adolescenti a mladí dospělí vlivem onkologického onemocnění následujícím problémům, které znesnadňují plnění vývojových úkolů: předčasná konfrontace s vlastní smrtelností, zvýšená závislost na rodičích, přerušení sociálních kontaktů, změny fyzického vzhledu, ztráta reprodukčních schopností a obavy o zdraví a budoucnost. Zaměřujeme se na to, nakolik je dosažení vývojových úkolů narušeno a zdali se jsou po nemoci mladí lidé schopni navrátit se k jejich plnění.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je popis subjektivní zkušenosti onkologického onemocnění u adolescentů a mladých dospělých. Popisujeme případné pozitivní a negativní změny, které ve svém životě tito lidé po ukončení léčby vnímají. Mapujeme, v kterých konkrétních oblastech života si adolescenti a mladí dospělí změny uvědomují. Mimo to zkoumáme specifickou zkušenost onkologického onemocnění právě v období adolescence a mladé dospělosti vzhledem k vývojovým úkolům, které jsou pro tento věk typické.

4.2 Výzkumné otázky

Pro popisovaný výzkum jsme vzhledem ke stanovenému cíli zvolili následující výzkumné otázky.

1. VO: V jakých konkrétních oblastech života bývalých onkologických pacientů se projevují případné pozitivní změny?

První výzkumná otázka se zaměřuje na případný posttraumatický rozvoj. Slovem *případný* vyjadřujeme možnost respondentů neuvést žádný pozitivní dopad nemoci na jejich život. Zajímá nás, nakolik adolescenti a mladí dospělí vnímají rozvoj v definovaných dimenzích posttraumatického rozvoje (viz. Tedeschi & Calhoun, 1996). Také nás ale zajímá, zdali tito lidé vnímají rozvoj i v jiných životních oblastech.

2. VO: V jakých konkrétních oblastech života bývalých onkologických pacientů se projevují případné negativní změny?

Druhá výzkumná otázka je zaměřena na negativní dopady nemoci, které mohou bývalí onkologičtí pacienti vnímat. Abychom pochopili zkušenost bývalých pacientů v celé šíři, zaměřujeme se jak na možné přínosy, tak i na možné ztráty. Podle zkoumaných kvalitativních studií vnímají adolescenti a mladí dospělí negativní dopady na svůj život (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017; Lehmann et al., 2014). Zajímá nás, nakolik adolescenti a mladí dospělí vnímají podobné negativní dopady a s jakými dalšími konkrétními těžkostmi se vlivem prožité nemoci potýkají.

3. VO: Jaká úskalí prožívají adolescenti a mladí dospělí vlivem zkušenosti onkologické nemoci vzhledem k vývojovým úkolům jejich věku?

Třetí výzkumná otázka se vztahuje ke specifickému prožívání onkologické nemoci vzhledem k vývojovému období adolescence a mladé dospělosti. Pro toto období jsou

typické konkrétní vývojové úkoly, jejichž plnění může být nemocí znesnadněno. Zajímá nás, jaké bylo pro bývalé onkologické pacienty prožívat nemoc právě v tomto věku a nakolik jim onemocnění narušilo možnost plnit dané úkoly. Pro stanovení těchto vývojových úkolů přitom čerpáme z poznatků obsažených v kapitole 2.4 Specifika vývoje u adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním. Podle Belpame et al. (2016) může onkologické onemocnění ohrozit vývojové milníky. Opíráme se přitom o konkrétní vývojové úkoly zmíněné dle vývojových psychologů Thorové (2015) a Langmeiera a Krejčířové (2006), jimiž jsou pro adolescenci psychická nezávislost, vytvoření vlastní identity, budování vztahu s vrstevníky a hledání životních hodnot a spirituality, a pro mladou dospělost upevnění role dospělého, hledání partnera a zakládání rodiny, volba povolání, odpovědnost v profesi.

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Výzkumný design

Vzhledem ke stanovenému cíli, který je zaměřený na subjektivní zkušenost, jsme zvolili kvalitativní typ výzkumu. V kvalitativním přístupu se dle Hendla (2016) mimo jiné využívá hloubkové zkoumání případů. Pro pochopení zkušenosti respondentů proto považujeme za vhodné zvolit takový výzkumný design. Dále Hendl (2016, s. 58) uvádí: „Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa.“ Miovský (2006) shrnuje ve své publikaci principy kvalitativního přístupu, k nimž patří jedinečnost a neopakovatelnost. Kvalitativní přístup tak umožňuje zkoumat jevy, které jsou neopakovatelné, jedinečné a které jsou lidmi vnímány odlišně.

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří adolescenti a mladí dospělí se zkušeností s onkologickou nemocí. Při hledání respondentů jsme se řídili následujícími kritérii:

- Do výzkumu mohou být konkrétně zařazeni ti, kteří si onkologickým onemocněním prošli ve věkovém rozmezí **od 15 do 39 let** a zároveň se **stále do této věkové skupiny řadí**. Tuto hranici jsme určili podle rozsáhlé zprávy Národního onkologického institutu Spojených států ve spolupráci s neziskovou organizací Lance Armstrong Foundation (AYAO PRG, 2006). Přesná věková hranice pro adolescenty a mladé dospělé s onkologickým onemocněním se různí, proto jsme se rozhodli o využití tohoto věkového rozmezí, které je oficiálně používáno v řadě studií (např. Canzona et al., 2021; Levin et al., 2019) a zároveň je také dostatečně široké, takže příliš neomezuje ve výběru vhodných respondentů.
- Z etického hlediska do výzkumného souboru zahrnujeme ty adolescenty a mladé dospělé, kteří ukončili léčbu onkologického onemocnění **nejméně před jedním rokem** a v současnosti je jejich onemocnění **v remisi**.
- Aby náš výzkumný soubor více odpovídal základnímu souboru, mezi účastníky se vyskytují **jak ženy, tak muži**. Stanovili jsme si podmínku, aby alespoň jeden respondent byl opačného pohlaví než zbytek výzkumného souboru.

Respondenti byli do výzkumu vybráni metodou **prostého záměrného výběru**. Na základě zvolených kritérií jsme oslovovali přímo ty potenciální účastníky, kteří je naplňují. Podle Miovského (2006) se tato metoda uplatňuje především tam, kde není třeba velký výzkumný soubor a kde je poměrně snadná dostupnost možných účastníků. Na začátku jsme kontaktovali dva vhodné respondenty, které jsme již dříve znali. Následně jsme další účastníky získali díky kontaktům z našeho okolí. Jeden účastník byl do výzkumu osloven prostřednictvím jednoho z respondentů.

Vzhledem ke zvolené metodě analýzy dat a povaze našeho výzkumu, který se spíše hloubkově zaměřuje na jednotlivé zkušenosti respondentů, jsme plánovali zařadit do výzkumu 5-6 účastníků. Z 8 oslovených nakonec 6 souhlasilo s účastí. Výzkumný soubor zahrnuje 3 ženy a 3 muže. Pro větší přehlednost uvádíme podstatné charakteristiky výzkumného souboru vzhledem k výzkumným otázkám v následující tabulce:

Přezdívk	Věk	Věk v době nemoci	Diagnóza	Délka akutní léčby	Typ léčby
Rockerka	24	21	synoviální sarkom	4 měsíce	operace, chemoterapie, radioterapie
Křeslomysl	32	21	Hodgkinův lymfom	7 měsíců	chemoterapie
Lišák	29	28	seminom	2-3 měsíce	operace, chemoterapie
Oto	33	20	seminom	6 měsíců	operace, chemoterapie
Andílek	24	19	osteosarkom	1,5 roku	operace, rehabilitace
Nezbeda	23	19	akutní leukemie	5 měsíců	chemoterapie, radioterapie

Tabulka 2: Základní charakteristika výzkumného souboru

5.3 Metoda tvorby dat

Data od účastníků jsme získali formou **polostrukurovaného interview**. Tato metoda podle Miovského (2006) zahrnuje přípravu schématu, jež obsahuje oblast otázek, které v rozhovoru závazně pokládáme. Pořadí otázek lze zaměňovat, je však jasné stanovené tzv. jádro interview, aby tak bylo zajištěno probrání určených témat. Jsou přípustné mírné změny znění otázek a stylu, jakým je pokládáme. V tomto typu rozhovoru je vhodné ověřovat odpovědi a klást doplňujících otázky. Polostrukurovaný rozhovor se jeví jako vhodná metoda k získání dat v našem výzkumu. Díky své povaze zaručuje, že budou probrána

potřebná témata, zároveň nám však poskytuje prostor, především v možnosti přizpůsobit pořadí otázek situaci.

5.3.1 Proces tvorby dat

Rozhovory probíhaly jak online formou (přes platformu Zoom), tak formou osobního setkání (v kavárně / v místě bydliště respondenta, který tuto variantu sám navrhl). Data byla sbírána od října 2021 do února 2022. Doba rozhovorů se pohybovala v rozmezí od 1 do 2 hodin. Po analýze sesbíraných dat následovalo druhé setkání s respondenty, kteří měli možnost se k zpracování jejich případu vyjádřit.

5.3.2 Znění otázek

V následující části zdůvodníme schéma otázek zařazených do rozhovoru. S ohledem na výzkumné otázky jsme stanovili šest hlavních otázek, které jsme položili všem respondentům. K některým z těchto otázek jsme si předem stanovili rozvíjející podotázky, které přikládáme v plném znění do přílohy č. 4.

Vzhledem k první a druhé výzkumné otázce jsme do rozhovoru zařadili následující otázky týkající se vnímaných pozitivních a negativních změn v životě respondentů:

Jedno známé přísloví tvrdí „Všechno zlé je k něčemu dobré“. Vy máte za sebou vážnou nemoc, která by se jistě dala označit za náročnou životní událost. Jak moc ve Vašem případě podle Vás platí toto přísloví?

Zamýšlel(a) jste se teď nad přínosy, které díky zkušenosti nemoci můžete ve svém životě vnímat. Napadá mě, že se také říká, že nic není černobílé. Když se zamyslíte nad tím, kým jste před nemocí byl(a), napadá Vás naopak něco negativního, co Vám nemoc způsobila? Jestliže ano, co byste jmenoval(a)?

Když se zamyslíte nad vnímanými přínosy a ztrátami, které jste v souvislosti s nemocí jmenoval(a), co z toho podle Vás nakonec převažuje? Jak to celé vnímáte?

Blížíme se k závěru rozhovoru. Nejen, že jste se dokázal(a) vypořádat s tak vážnou nemocí, ale dokázal(a) jste dokonce vytěžit z takové těžké události něco dobrého pro svůj život. Jak se Vám podle Vás povedlo, že ve Vašem případě přísloví „Všechno zlé je k něčemu dobré“, skutečně platí? (V případě nenalezení přínosů: Blížíme se k závěru rozhovoru. Dokázal(a) vypořádat s tak vážnou nemocí. Zajímalo by mě, jak se Vám to podle Vás povedlo?)

Hlavní část rozhovoru jsme vždy začínali otázkou na vnímané přínosy nemoci. Poté jsme se zeptali na rozvoj pomocí doplňujících otázek, které se týkají pěti oblastí posttraumatického

rozvoje. Při jejich sestavování jsme se inspirovali dotazníkem Marka Preisse (2009). Doplňující otázky na možné následky nemoci jsme vytvářeli s ohledem na těžkosti, které adolescenti a mladí dospělí vnímají dle výzkumů citovaných v kapitole 3.2 Vnímané těžkosti.

Vzhledem ke třetí výzkumné otázce jsme položili následující otázky:

Jakou roli ve vaší zkušenosti s nemocí hráli lidé?

Jaký byl váš příběh od objevení diagnózy po ukončení léčby?

Rozhovor jsme nechtěli začínat výzvou k vyprávění těžké zkušenosti. Otázku na příběh zjištění nemoci a léčby jsme proto položili až v situaci, kdy se k tomuto tématu respondent začal sám blížit nebo sám vyprávění svého příběhu navrhl. Ve výpovědích respondentů jsme se mimo jiné zaměřili na ty aspekty, které se týkaly vývojových úkolů adolescentů a mladých dospělých. Jsou jimi například studium nebo práce v průběhu léčby a prožívání nemoci ve vztazích (s rodiči, s přáteli, s partnerem), které podle nás směřují k vývojovým úkolům tohoto období.

5.4 Metoda analýzy dat

Získaná data jsme analyzovali metodou **interpretativní fenomenologické analýzy (IPA)**. Jak Smith (2004) uvádí při popisu základních vlastností této analýzy, IPA je založena na idiografickém přístupu, v němž je každý případ zkoumán jednotlivě až dojde k uzavření, a až poté je zkoumán případ další. Má za cíl podrobné zkoumání osobní zkušenosti účastníků a toho, jaký smysl této zkušenosti dávají.

V souladu s touto metodou jsme nejprve zkoumali zkušenost každého respondenta zvlášť, a poté jsme hledali podobnosti a rozdílnosti napříč všemi případy. V analýze jsme postupovali dle kroků, které uvádí Kostníková a Čermák (2013). Nejprve jsme **reflektovali naši zkušenost** s tématem výzkumu. Přepsaná data z prvního případu jsme si **opakovaně pročetli**. Podtrhávali jsme pasáže vztahující se k výzkumným otázkám a tvořili jsme **počáteční poznámky**, z nichž jsme poté sepsali kódy. Ty jsme pak ve zvláštním dokumentu seřadili podle abecedy, **hledali jsme mezi nimi souvislosti**, a následně jsme je roztrídili do konečných **vynořujících se témat**. Na základě těchto kroků jsme sepsali výslednou analýzu prvního respondenta. Až poté jsme **analyzovali další případ**. Pokud jsme našli velmi podobné téma v rámci analýzy dalšího respondenta, použili jsme pro něj stejné pojmenování. Většinou jsme se ale pokusili přistupovat ke každému jednotlivému případu individuálně a

tak, aby nás předchozí nalezená témata neomezovala. V konečné fázi jsme se zaměřili **na hledání společných vzorců** v rámci všech analyzovaných výpovědí. Ukázku kódování uvádíme v příloze č. 5.

5.4.1 Sebereflexe

Pro úplnost uvádíme myšlenky, které jsme si v rámci sebereflexe uvědomili. Téma posttraumatického rozvoje nás zajímá, protože ve vlastním životě po různých nezdarech s oblibou hledáme, jak nás konkrétní negativní zkušenost obohatila. Z části tedy očekáváme, že to mají druzí lidé podobně. Chceme proto dávat pozor na to, abychom rozvoj automaticky neočekávali a zbytečně jej nevnucovali našim respondentům. Díky tomu, že sami nemáme zkušenost s tak vážnou diagnózou jako je onkologická nemoc, vnímáme určitý respekt k rozhovoru s bývalými pacienty. Obáváme se toho, abychom v nich svými otázkami nevyvolali nepříjemné vzpomínky. Aby naše obava nenarušovala soustředění při rozhovoru, v případě nervozity se o vlastním respektu k tématu na začátku hovoru zmíníme, a tak pomůžeme uvolnit napětí.

5.5 Etické aspekty výzkumu

Uvědomujeme si, že zaměření našeho výzkumu představuje citlivé téma pro účastníky. V rámci rozhovorů dochází ke vzpomínání na nepříjemné životní období. Proto jsme velmi dbali na etickou stránku výzkumu. Předejít jakékoliv psychické nepohodě účastníků výzkumu jsme se pokusili následujícími kroky.

Do výzkumu jsme hledali účastníky, jejichž onemocnění je v současné době v remisi, to znamená, že jsou tito lidé bez jakýchkoliv příznaků onkologického onemocnění. Hledání účastníci měli mít za sebou úspěšně ukončenou léčbu onkologického onemocnění. Stanovili jsme si také časovou hranici jednoho roku od ukončení léčby, která se nám zdála jako minimální vhodná, aby měli bývalí pacienti od doby nemoci určitý odstup.

Dříve, než účastníci potvrdili svou účast ve výzkumu, zaslali jsme jim informace o tématu celého výzkumu a podmínkách účasti. Byli tak předem upozorněni, že téma rozhovoru zahrnuje vzpomínání na období nemoci a léčby a že hledáme takové lidi, kteří se na poskytnutí rozhovoru cítí a nemusí se k účasti nutit. Účastníci byli zároveň ujištěni, že na položené otázky nemusí odpovídat. Po těchto informacích jsme poskytli prostor pro dotazy. Pokud oslovení lidé stále souhlasili a vyjádřili jasnou vůli zúčastnit se výzkumu, domluvili

jsme se na termínu rozhovoru. Dva z osmi oslovených se výzkumu nakonec rozhodli neúčastnit. Jeden z nich odmítl, protože se po nemoci snaží velmi střežit své soukromí. Druhý nezúčastněný si nebyl jistý poté, co došlo k úmrtí jeho blízkého, na něhož by při rozhovoru vzpomínal, a proto jsme se domluvili na ukončení kontaktu. Vzhledem k probíhající pandemii viru Covid-19 jsme preferovali možnost online setkání. V případě osobní schůzky jsme si vždy provedli test na přítomnost viru, abychom tak zamezili možnosti nákazy účastníků.

Před započítáním výzkumu účastníci dostali informovaný souhlas, jehož plné znění přikládáme do přílohy č. 3. Jeho potvrzením svolili k nahrávání rozhovoru a ke zpracování anonymizovaných dat. Abychom zvýšili důvěru účastníků ohledně míry anonymity a zároveň zamezili obavám z prezentování informací, zpracovaná data jsme poskytli ke kontrole v rámci druhého setkání. Účastníci tak měli možnost vyjádřit se ke zpracování svého případu a případně požádat o neuvedení některých informací. Konec rozhovoru jsme zaměřili na pozitivní oblast zvládnutí onemocnění. Nakonec jsme se snažili účastníkům věnovat chvíli, ve které jsme zjišťovali jejich rozpoložení. Žádný z účastníků nebyl rozhovorem poškozen, což soudíme nejen podle našeho úsudku při ukončování rozhovoru, ale také podle ochoty účastníků setkat se znovu a jejich rozpoložení při tomto druhém setkání.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole prezentujeme výsledky výzkumu. První část je věnována analýze zkušenosti jednotlivých respondentů, přičemž každý popisovaný případ je členěn do předem dané struktury (základní údaje, období nemoci a léčby, pohled na zkušenost nemoci, nemoc vzhledem k vývojovému období, rozvaha o významných tématech). V druhé části popisujeme témata nalezená napříč analýze všech případů.

6.1 Jednotlivé případy

6.1.1 Rockerka

Základní údaje

Rockerka je 24letá studentka vysoké školy humanitního oboru. Onkologickou nemocí (s diagnózou synoviální sarkom) si prošla ve svých 21 letech. Léčba, která zahrnovala chemoterapii i radioterapii, trvala čtyři měsíce. V současnosti je její onemocnění v remisi. Zhruba jednou za tři až čtyři měsíce chodí na kontroly, především na CT nebo rentgen plic. Rockerka je již sedm let ve vztahu s partnerem, který s ní prožíval období léčby.

Období nemoci a léčby

Poměrně zdlouhavá cesta k zjištění onkologické diagnózy začala, když si Rockerka jednou u snídaně nahmatala velkou bouli pod svým kolenem. Poté následoval dlouhý proces, kdy byla vyšetřována doktory na chirurgii a ortopedii a také neplánovaně poslána na několik dní do nemocnice. Jeden z ortopedů jí kromě možnosti nádoru navrhl ještě další dvě diagnózy. Nakonec byla Rockerka poslána na operaci, před níž si ani doktoři nebyli jistí, o kterou ze tří možných diagnóz půjde. Při operaci se něco zvrtilo, a doktoři tak byli nuceni odoperovat celý nalezený útvar pod kolenem pryč. Po zákroku byla Rockerka v šoku z toho, jak moc velkou část její nohy operace zasáhla. Zpětně se také dozvěděla, že jí při operaci hrozilo uříznutí nohy:

„Potom jsem si sedla a řekli mi: ‚Posaďte se tady k jídlu,‘ a já: ‘Co to tady mám?’ Takhle náplast, teď jsem měla ještě krvavé prsty, nebo takové od té hnědé dezinfekce... Byla jsem z toho hodně v šoku, že mě takhle rozpárali. Ale zas i ta paní doktorka mi říkala: ‚Buďte ráda, že máte nohu.‘“

Konečnou diagnózu se Rockerka dozvěděla až při návštěvě nemocnice, když šla na vytahování stehů a doktorka se jí zeptala, zdali už je objednaná na onkologii. Divila se přitom, že Rockerka o ničem neví a poslala ji za jejím ortopedem, který jí pak diagnózu oznámil. Přestože celý nádor už byl neplánovaně odoperován a v těle se nenašly žádné metastázy, Rockerka podstoupila chemoterapii a radioterapii. Na onkologii přitom nebyla hospitalizovaná, ale jednou za tři týdny docházela na novou dávku chemoterapie. Takové návštěvy podstoupila celkem čtyři. Po třetí dávce začala docházet také na ozařování. Po každé z chemoterapií jela zpět domů, kde se potýkala s několikadenní nevolností a pocitem jakoby se jí „rozkládal žaludek“. Navíc trpěla častými záněty, kvůli kterým musela brát antibiotika. Radioterapii snášela poměrně dobře.

Pohled na zkušenost nemoci

Rockerka po své zkušenosti nemoci vnímá především pozitivní dopady na její život. Za pozitivní změnu vnímá především to, že se s nemocí dokázala smířit. „*Podle mě je to pozitivní. Že jsem se s tím dobře smířila, tak to vidím jako pozitivní změnu.*“ Pozitivní a negativní dopady nemoci se v jejím případě prolínají. Po zkušenosti nemoci vnímá pozitivní změnu sama v sobě. Je opatrnější, více se o sebe stará a má se také více ráda. Uvažuje také nad tím, že je silnější osobností.

Rockerka nevnímá žádné trvalé změny ve vztazích v rodině, ale od doby nemoci registruje změnu vztahu rodičů k jejímu partnerovi, kterého od té doby přijali. V době nemoci Rockerku ovlivnil silný zážitek posměchu od známých z vesnice, který byl mířen na její krátké vlasy. Zanedlouho poté, kdy se zrovna rozhodla ostříhat si vlasy na krátko (dříve, než samy vypadají), jí přítel přemluvil, aby šla oslavit Silvestra mezi známé. Na posměšné poznámky tehdy nedokázala reagovat, protože o nemoci jí nešlo mluvit a bála se reakce druhých. Tyto posměšky ji ranily a dodnes v ní zůstávají: „*Pořád to od nich slyším, jako by mi to řekli včera*“. Některé lidi Rockerka díky této zkušenosti prohlédla. Přestala považovat za důležité s nimi udržovat kontakt a hrát si na jejich kamarádku. Považuje se teď za upřímnějšího člověka. Podobná situace posměšků kvůli krátkým vlasům se jí opakovala ještě znova, po ukončení léčby. Rockerka si odnáší ponaučení o tom, že nikdy nemůže vědět, co těžkého lidé zrovna prožívají. Proto se snaží podle tohoto zjištění s druhými komunikovat a rozmyslet se, než jim něco řekne:

„*To je stejné, jako když se někoho ptáš, proč nemají děti, když třeba nevíš, jestli je nemůžou mít nebo kdo ví, co za tím je. Je to sice takové, že mě to předtím třeba vůbec nenapadlo, ale po tomhle bych se vlastně už asi nezeptala. Nebo bych na to zkusila jít nějak jinak.*“

Zkušenost vážné nemoci se odrazila také na jejích hodnotách, které sice zůstaly stejné, ale staly se významnější. Změna nastala u vnímání hodnoty zdraví, které teď nepovažuje za „klišé“. Rockerka se teď méně utápí v sebelítosti a nerada poslouchá stížnosti druhých na „banálnosti“. Těžkosti podle ní nějak přejdou, a bude zase líp: „Vím, že může být hůř a že i když je hůř, tak se to třeba spraví, anebo prostě se s tím smírím.“ Přestože v době nemoci očekávala příklon k víře, ke kterému nedošlo, pocituje vděčnost za to, jak to s nemocí dopadlo.

Nemoc a s ní spojená léčba Rockerku poznamenaly, takže se doteď musí potýkat s fyzickými následky způsobenými především operací. Na noze, z které byl nádor odoperován, má velkou jizvu a do těchto míst občas dostává křeče. Po fyzické námaze se někdy musí potýkat s bolestí. Vnímá, že ji tyto následky omezují a že se už nemůže hýbat v takové míře jako dřív, i když v omezené míře může dělat všechno. Někdy je pro ni těžké se s tím smířit:

„Ted' už je to asi dobrý, už jsem se s tím smířila, ale občas to na mě tak dolehne, že vlastně jsem takovej mrzák, že tohle nemůžu. Nebo občas, když mě ta noha bolí, tak si říkám, tyjo, mě to tak štve. Nebo jaký by to bylo, kdybych tu nohu neměla. Ale říkám si, tak taky bych něco nemohla. Ale omezuje mě to v pohybu, že to neskrčím nebo že zrovna v té chvíli, když něco dělám, tak si na to hodně vzpomenu. Jinak až tak ne, nebo když mě to nebolí.“

Na fyzické následky léčby už si zvykla a zná své limity. Vnímá své tělo a ví, kdy je třeba přestat nohu zatěžovat. Kvůli těmto obtížím přestala Rockerka navštěvovat lekce cvičení, které ji dříve bavily a cvičí si pouze doma. Významný negativní dopad nemoci, který vnímá, je možné poškození plodnosti vlivem postoupené chemoterapie. Přestože doufá, že je všechno v pořádku, má strach, že jednou nebude moct mít děti. Připouští, že od doby nemoci je možná více uzavřená a nechodí mezi lidi tolik jako dřív. To především tvrdí její přítel, který se ji snaží mezi lidi více dostat. Na druhou stranu Rockerka připouští, že jde možná o její přirozenou povahu, kdy ráda tráví čas v klidu doma. Nemoc jí dlouhodobě nenarušila žádný důležitý vztah, pouze krátkodobě došlo k přerušení vztahu s kamarádkou z dětství, s kterou se už zase vídají.

Rockerka se na období nemoci dívá s určitou mírou sebekritiky. Uvědomuje si, že v té době nebyla vždy schopná o nemoci mluvit. Kriticky hodnotí především nošení paruky.

„Nosila jsem paruku, tím se teda moc nechlubím, protože mně to přišlo, jakože si něco nalhávám, sama sobě a ještě okolí. Protože oni řekli: ‚Jé ty máš hezký nový účes,‘ a já: ‚Jo, děkuju.‘ ‚A co tě vedlo k tomu se ostříhat?‘ A už to zase vedlo k další lži.“

Přestože Rokerka od svých blízkých vnímá obdiv nebo uznání za to, čím si prošla, ona sama si v době nemoci nepřipadala nijak silná. Zároveň si na tom nepřipadala natolik špatně. Svoji nemoc a léčbu vnímá ve srovnání s jinými závažnějšími případy rakoviny, s kterými se druzí musí potýkat. Uvědomuje si, že na rozdíl od jiných nemusela být v průběhu léčby hospitalizovaná. Díky tomu si nepřipadala „nějaká extra nemocná“. Vzhledem k vstřícnosti školy a pomoci kamarádek navíc nemusela přerušit studium. To bylo pro ni velmi důležité.

Rokerka si je vědoma možnosti návratu onemocnění, udržuje si však pozitivní myšlení a nežije ve strachu. Dokonce často přemýšlí nad tím, zdali by se v případě relapsu chovala stejně nebo zdali by dokázala chodit bez paruky, a pravdivě tak nemoc prožívat. Obává se však reakce okolí, která by mohla být při znovuprožívání nemoci umocněná. „*Já se trochu bojím toho, že kdyby se to znova objevilo, nebo něco podobného, tak že to okolí bude ještě horší. Třeba si řeknou: „Jo tak jí se to vrátilo, ona je teď na tom úplně špatně.“*“ Případný relaps by podle ní mohl znamenat také narušení vztahů. „*To bych byla prostě úplně mrzáček, chudáček, že bych se třeba s nikým nemohla už vůbec bavit.*“ Vzhledem k tomu, že Rokerka podstoupila nejprve odstranění celého nádoru, a poté podstoupila chemoterapii, považuje svou léčbu pouze za preventivní: „*Protože tím, že jsem měla ten nádor prorostlý cévami, tak se asi báli, jak jim to prasklo, že se to roztrouší do celého těla.*“ V současnosti se cítí zdravá a v psychické pohodě. O své zkušenosti už také bez problémů mluví a cítí se smířená s tím, čím si vzhledem k nemoci musela projít. V různých oblastech vnímá návrat zpět k tomu, co zažívala před nemocí. Tento vývoj hodnotí kladně. S tím, jak jí rostou vlasy, se zvyšuje také její sebevědomí. Sama sobě se zase více líbí a opět začíná být „*pařmenka*“ jako dřív. Tento návrat vnímá i její partner.

„Ale možná mi pomohlo právě i to, že ty vlasy rostou, a vlastně s tím roste taky sebevědomí. Celkově jsem se sama sobě začala líbit, nebo ne úplně líbit, ale prostě je to správně. I přítel mi říkal, že už jsem zase taková frajerka, jako jsem byla, že už tak působím.“

V rodině se podle Rokerky se trochu zapomíná na to, co si kvůli nemoci prožili, a zase se vrací k tomu, jak fungovali dříve. Je za to však ráda.

Nemoc vzhledem k vývoj. období

Nemoc zasáhla Rokerku v druhém ročníku studia na vysoké škole. Přestože docházka do školy byla kvůli častým návštěvám nemocnice občas narušena (ještě také v době před zjištěním diagnózy), Rokerka byla odhodlaná pokračovat ve studiu, což se jí také podařilo. Vnímá, jak se nemoc a léčba negativně podepsaly na její identitě ženy a intimním životě.

Nelíbila se sama sobě, což hodně souviselo se ztrátou vlasů. Ještě dlouho po nemoci jí vadilo, že by ji druzí mohli vnímat jako někoho nemocného, proto nechtěla chodit mezi lidi. Uzavření před druhými lidmi začalo chemoterapií a s ní spojenou ztrátou vlasů. Radši trávila čas doma, kde se cítila v bezpečí a vyhýbala se dotazům na nemoc:

„Myslím si, že jsem nesnesla ty dotazy. Ti, kdo to věděli, tak mi přišlo, že mě chválili, třeba jak mi to sluší a byli takoví strašně moc, že je to mrzí a takhle. Takoví moc lítostiví. A pak byla zas druhá strana těch, kteří to nevěděli a třeba se mě ptali: „Jako proč ses ostříhala?“ A to bylo pro mě těžký, já jsem to fakt nemohla vyslovit. Nemohla jsem to nikomu říct.“

Rockerku brzdil strach z reakce okolí. Cítila také strach z reakce svých rodičů, které nechtěla ranit. Přestože měla potřebu být s někým, cítila se osamělá. Pomáhalo jí však to, že měla ve škole kontakt s blízkými kamarádkami a trávila čas s přítelem, před kterým mohla prožívat své negativní emoce. Uvědomuje si, že pro okolí byla její nemoc také těžká zkušenost a že ostatní nemuseli odhadnout, že by ji v případě kontaktování nerušili a že by je naopak mohla potřebovat.

Rozvaha o významných tématech

Rockerka ochotně poskytla rozhovor a ráda se sdílela o své zkušenosti nemoci, s kterou je podle svých slov již smířená. Nasvědčuje tomu například fakt, že se posunula od neschopnosti mluvit o nemoci k ochotnému vyprávění svého příběhu. V jejím vyprávění se opakovalo téma **návratu k životu před nemocí**, který je podpořen růstem vlasů a který je hodnocen pozitivně. Rockerka vnímá jak negativní dopady nemoci, tak pozitivní změny, které podle ní převažují. Za největší pozitivum přitom považuje **smíření**. Z vyprávění je patrný určitý rozvoj v oblastech **osobního růstu** (opatrnost k sobě, sebeláska, menší sebelítost), **vztahy s druhými** (ukončení nepravých vztahů, větší upřímnost, empatická komunikace), **ocenění života** (hodnota zdraví) i **spirituální změna** (vděčnost). Z negativních dopadů nemoci Rockerka jmenuje především **fyzické následky** (bolest, omezení pohybu) a **obavu z narušené plodnosti**. S omezeními a fyzickými následky souvisí i **vnímaná změna** života, který už nebude jako dřív. Přestože si je vědoma **možnosti návratu nemoci**, udržuje si pozitivní myšlení. Zajímavý je **sebekritický pohled** na vlastní zvládání nemoci i na náročnost zkušenosti. Ta se v jejím vyprávění zdá jako **snesitelná**.

V období nemoci Rockerka prožívala náhlé **uzavření se** před okolím způsobené strachem z reakce ostatních, **neschopností mluvit o nemoci** a touhou **být doma** v bezpečí před dotazy okolí. **Nemoc se stala bariérou** mezi ní a druhými lidmi. Rockerka se cítila **osamělá**, přesto si ale uvědomovala, že **pro okolí** je tato situace také **náročná**. Významným

faktorem, který ji udržoval v kolektivu bylo **studium**, ve kterém pokračovala, přestože docházka byla nemocí narušena.

6.1.2 Křeslomyšl

Základní údaje

Křeslomyšl je 32letý muž zaměstnaný jako vedoucí skladu v obchodním řetězci. Má vystudovanou vysokou školu humanitního oboru. Ve věku 21 let mu byl diagnostikován Hodgkinův lymfom. Léčba, která zahrnovala chemoterapii, trvala zhruba sedm měsíců. Od té doby je onemocnění v remisi. Jednou za půl roku nyní podstupuje pravidelné kontroly. Je ženatý a se svou ženou se seznámil až několik let po ukončení léčby.

Nemoc a léčba

Křeslomyšl pociťoval příznaky onemocnění téměř rok před zjištěním diagnózy. Zpočátku se nemoc projevovala např. pocity únavy a úbytkem hmotnosti. Problémy se stupňovaly, takže přestával zvládat školu. Poté, co onemocněl silným zánětem průdušek a podstoupil lékařskou prohlídku, byl mu diagnostikován Hodgkinův lymfom v pozdější fázi. V místech pod žebry mu byla objevena zvětšená mízní uzlina, kterou nebylo možné nahmatat, a proto ji Křeslomyšl neobjevil dříve. Diagnóza, která mu byla oznámena lékařem, pro něj do jisté míry znamenala úlevu:

„Já jsem měl už dlouho problémy s tím, že jsem byl hrozně unavený a připadal jsem si hodně nemocný, takže to v podstatě je nějaká odpověď na to co, proč. Proč je člověk unavený. Nebyl to nějaký blesk z čistého nebe. Svým způsobem nějaká úleva, že už člověk ví a zároveň mi to pomohlo tím, že už jsem školu trošku přestával zvládat, fyzicky i třeba psychicky, ono to s tím souvisí. A aspoň jsem měl nějaký legální důvod, proč přerušit studium. Protože jsem se v tom docela plácal.“

Křeslomyšl postoupil první cykly chemoterapie v městě své školy, poté se ale vrátil domů, kde bydlel spolu s rodiči a dvěma sourozenci a přerušil studium. Léčba pro něj byla fyzicky náročná. Ve dnech, kdy byl hospitalizován v nemocnici, se těšil zase domů. Celkově prošel osmi třítýdenními cykly chemoterapie.

Pohled na zkušenost nemoci

Křeslomyšl vnímá převážně pozitivní dopady nemoci na jeho život: *„Já myslím, že člověk musí být úplně zabedněný, aby si z toho nevzal nic dobrého.“* Uvědomuje si, že získané

přínosy ze zkušenosti nemoci postupně mohou mizet, ale je přesvědčený o tom, že něco pozitivního si stále ve svém životě udržuje:

„Ted' je to takové, že si fakt toho života asi trošku vážím, anebo jsem si vážil. Ono spousta těch věcí, co pak k člověku přijdou, se postupem času tak trošku rozmělní. Zase zpátky se trošku najede do těch starých kolejí určitým způsobem, ale něco tam zůstane.“

Křeslomysl získal životní nadhled, díky kterému se na věci dokáže dívat s rezervou a nezabývá se tolik maličkostmi. Vnímá, že se jeho osobnost po zkušenosti nemoci zklidnila. Popisuje také změnu uvažování oproti době před nemocí. Dříve pro něj byly velmi důležité peníze, kvůli kterým trávil spoustu času na různých brigádách. Později však zjistil, že pro něj nejsou tak významné. Křeslomysl ve svém vyprávění jmenuje jako významný faktor, který ho ovlivnil, zkušenost se smrtí. Na hematologickém oddělení se setkával s lidmi, kteří pod vlivem nemoci umírali. To ho vedlo k uvědomění, že smrt je součást života, kterého si díky tomu si začal více vážit.

Zkušenost nemoci Křeslomysla přiblížila k druhým lidem. Přestože stále zůstal introvertem, po návratu na koleje začal vyhledávat společnost druhých a cítil potřebu trávit s nimi čas. To byla změna oproti dřívějšímu, kdy se na kolejích spíše izoloval od společnosti.

„Měl jsem pár kamarádů na kolejích, které jsem občas navštěvoval, ale trávil jsem hodně času sám, a když jsem se vrátil z léčby, tak to bylo úplně něco jiného. Začal jsem až strašně moc hledat společnost těch lidí, což je úplně zajímavé.“

Díky tomu začal poznávat, jaké má kolem sebe dobré lidi a jak jsou pro něj důležití. Snažil se využívat této příležitosti a trávil s nimi mnohem více času.

„Úplně nevím, jestli to bylo záměrně nebo nezáměrně, ale měl jsem nějakou potřebu trávit více času s lidmi než sám. Jakože určitě jsem zůstal introvert, ale třeba i to, že jsem s těmi lidmi byl. Mně to dělalo fakt moc dobře.“

Křeslomysl teď mimo jiné vnímá větší důvěru v Boha, který má s jeho životem nějaký plán. Naučil se věřit tomu, že Bůh má všechno nějak vymyšlené, a to i v situacích, kdy to nemusí být hned vidět.

Křeslomysl nevnímá žádný zásadní negativní dopad nemoci na jeho život. Po chemoterapii má mírně poškozené plíce, toto poškození se ale nijak výrazně neprojevuje. Následky léčby v jeho případě srovnává s lidmi, kteří jsou kuřáci nebo kteří prodělali těžší zápal plic. Může sportovat a ani při běhání, které občas provozuje, necítí žádné omezení. Jediné omezení, které vnímá, je nemožnost darovat krev. Od doby nemoci nemá totiž zcela

v pořádku krevní obraz. Křeslomysl neprožívá žádné výrazné obavy v souvislosti s prodělanou nemocí, pouze „*stín obavy*“ z možného návratu nemoci, který však nepovažuje za moc pravděpodobný. V případném tohoto pocitu je mu velkou oporou víra v Boží plán.

Křeslomysl se s nemocí vypořádával postupně, za pomoci důvěry v Boha a víry o smyslu celé zkušenosti:

„Tam těch faktorů je asi strašně moc, které člověku pomůžou, ale jedna z těch věcí bude určitě víra, že to všechno má nějaký smysl, a mělo nějaký smysl, a bude mít nějaký smysl. Že to prostě nějakým způsobem zapadá do Božího plánu a že třeba by mi tady tu věc do života nepostavil, kdyby si nemyslel, že mám na to to nějak zvládnout.“

Po ukončení léčby zažíval nejprve příval energie a chuť do života, ale poté tyto pocity upadly a vystřídal je narušení dosavadních hodnot, deprese, absence smyslu a potýkání se s režimem, který v době nemoci ztratil. Po silném zážitku nemoci pro něj nemělo řešení běžných záležitostí smysl. Po delší době se odhodlal vyhledat pomoc psychiatra, jehož péče mu pomohla. Křeslomysl sice vnímá nemoc jako možný spouštěč těchto psychických problémů, na druhou stranu měl k něčemu podobnému dispozice vždycky, a tyto pocity by tedy podle něj přišly nezávisle na nemoci.

Nemoc vzhledem k vývojovému období

V době nemoci ztratil Křeslomysl režim, který je podle něho v tomto věku důležitý:

„Úplně jsem ztratil nějaký ten rytmus, to je jasné, protože když člověk rok nechodí do školy nebo ani nic nedělá, tak se mu ten život celkově rozvolní, tak je asi těžké najít nějaký řád, ještě v tom věku, kdy se formuješ a tak.“

Po ukončení léčby si těžce zvykal na režim a měl s ním problémy. Vlivem dlouhodobých příznaků nemoci přestával zvládat školu ještě před tím, než zjistil svou diagnózu. V rámci léčby Křeslomysl přerušil studium a vrátil se domů, kde bydlel se svými rodiči a sourozenci. Uvědomuje si dobré vztahy, které spolu doma mají, přesto se ale v době nemoci s ostatními doma nesdílel o svých pocitech a necítil ani potřebu to dělat. Od svých rodičů vnímal podporu. Křeslomysl připouští, že pro okolí mohla být jeho zkušenost nemoci horší než pro něj samého, protože on měl s nemocí přímou zkušenost. Z reakce okolí na jeho nemoc vnímal, že jde o určité stigma a že tato zpráva vyvolává děs, šok a rozpaky. Od doby nemoci nemá rád, když ho druzí lidé litují.

Rozvaha o významných tématech

Křeslomysl vykazuje známky posttraumatického rozvoje především v oblasti **vztahů s druhými** (větší zapojení lidí do života, posílení přátelských vztahů), v oblasti **ocenění života** (změna hodnot) a v oblasti **osobnostního růstu** (životní nadhled, zklidnění osobnosti). **Nové možnosti**, které objevil, se týkaly také oblasti vztahů, protože začal využívat příležitosti lidí kolem sebe, a začal s nimi trávit čas. Změna hodnot nastala především díky uvědomění si smrtelnosti, díky čemuž se pro něj snížila hodnota peněz. Rozvoj nastal také ve **spirituální oblasti** (důvěra Bohu a jeho plánu). Negativním dopadům nemoci Křeslomysl věnoval menší významnost, a kromě minimálních **fyzických následků** (mírné poškození plic, narušený krevní obraz) není nemocí výrazně ovlivněn.

Nemoc Křeslomysla zasáhla ve věku, kdy považoval za významný režim, který s odchodem ze školy ztratil. Návrat do života po nemoci, který byl provázen **ztrátou smyslu a depresí**, byl pro něj náročný, což může do jisté míry souviset právě s **absencí režimu**. Je otázkou, nakolik by se projevíly vnímané dispozice k depresi bez zkušenosti nemoci, Křeslomysl ale nemoc s depresí přímo nespojuje a nepovažuje ji za následek nemoci. Nemocí si prošel před deseti lety, takže se na celou zkušenost může dívat s větším odstupem. Uvědomuje si, že známky posttraumatického rozvoje s časem mohou slábnout, některé pozitivní dopady zkušenosti nemoci si však udržuje ve svém životě až doposud.

6.1.3 Lišák

Základní údaje

Lišák je 29letý muž pracující ve školství. Onkologickým onemocněním (s diagnózou seminom) si prošel ve 28 letech. Léčba, kterou před rokem ukončil, zahrnovala operační odstranění jednoho varlete a následně chemoterapii. V současnosti je onemocnění v remisi. Každé tři měsíce podstupuje Lišák kontroly. V době nemoci měl dlouhodobý vztah s partnerkou, s kterou se několik měsíců po ukončení léčby oženil.

Období nemoci a léčba

Cesta ke zjištění nemoci vedla přes několikéré návštěvy urologa, kterého Lišák navštívil v době před prázdninami poté, co upozoroval, že něco není v pořádku. Kvůli spěchu doktora se však rozpoznání nádoru opozdilo. Lékař mu nevěnoval dostatek času, poctivě ho nekontroloval a opakovaně mu předepisoval další antibiotika s přesvědčením, že jde o zánět. Lišák si navíc uvědomuje vlastní obavu o svůj zdravotní stav a budoucnost, kvůli které se

rozhodl před návštěvou lékaře ještě odjet na plánovanou dovolenou s partnerkou, s kterou o svých problémech před dovolenou nemluvil:

„Věděl jsem, že buď bude ta dovolená teď, anebo už se to na dlouhou dobu nepodaří, nebo vůbec. Ted' jsem nevěděl, jak to celé tam dopadne. Já jsem takový bojácný, tak jsem se bál, že by to nemuselo dopadnout vůbec, takže jsem řekl, že jedem na dovolenou.“

Po návratu byla Lišákovi na návštěvě jiného urologa řečena diagnóza, kterou poté své partnerce oznámil. Přerušil práci a přestěhoval se z bytu ve městě svého pracoviště zpátky k rodičům. Léčba začala operačním odstraněním varlete. Poté, co se Lišák doma nějaký čas zotavoval, podstoupil dva cykly chemoterapie. Každý cyklus zahrnoval týdenní pobyt v nemocnici s následnou pauzou strávenou zpátky doma. Lišák na pobyt v nemocnici nevzpomíná dobře. Na hospitalizaci měl jednak špatné vzpomínky už z období dětství, mimo to také bojoval s nedostatečnou informovaností, nemocničním režimem a s nevyspáním: *„Úplně nejhorší bylo, že jsem byl strašně unavený, protože chemošky dávaly fakt zabrat. V noci jsem nemohl spát, protože tam chlapi chrápali a ve dne jsem věděl, že nemůžu spát, abych spal v noci.“* Mimo to pro něj bylo náročné ležet na pokoji spolu s lidmi vysokého věku s těžkými stádii nemoci, kteří na něj působili spíše jako odstrašující příklad toho, jak by nechtěl dopadnout. Po ukončení chemoterapií musel nastoupit do nemocnice ještě jednou kvůli horečkám způsobeným sníženou imunitou. To pro něj byl nejhorší zážitek z celé léčby, protože si nečekaně musel nepříjemný pobyt v nemocnici ještě jednou zopakovat.

Pohled na zkušenost nemoci

Lišák celkově vnímá spíše negativní dopady nemoci na svůj život: *„...Jinak toho dobrého, kdybych na tom měl najít, je asi jedno procento, a všechno ostatní vnímám hodně negativně.“* Přestože vnímá, že je z nejhoršího venku, s nemocí se stále vyrovnává. Neuvědomuje si, že by ho tato zkušenost nějak změnila. Naopak si připadá jako stále stejný člověk, který žije stejným způsobem života. Zkušenost nemoci negativně ovlivnila především jeho víru (Lišák je vyznáním katolík). Spoustu času věnoval modlitbě, do které vkládal svou pevnou víru v uzdravení. Před začátkem léčby za své uzdravení podnikl pout', a poté čas v nemocnici v průběhu celých dní zaplnil různými pravidelnými modlitbami.

„Já jsem upřímně věřil a upřímně doufal, že když se budu modlit a budu to myslet úplně od srdce, že se třeba stane zázrak a třeba se probudím a už mi nic nebude. Říkal jsem si, musím tomu věřit, protože to tě pak zachrání. Tak jsem smýšlel a bohužel mi to moc nepomohlo.“

Lišák neviděl žádný dopad svých proseb a jeho víra spolu s modlitbami mu připadaly neúčinné. Nejhorším momentem, který celý tento pocit umocnil, byla nečekaná hospitalizace po ukončené chemoterapii. Přesto připouští, že díky modlitbám alespoň zaplnil čas v nemocnici. V současnosti nechápe, kde v těchto chvílích Bůh byl, a přestože se snažil svou víru nějak posílit, stále se mu nedostává odpovědi. Nemoc mu přinesla do života velké obavy z možnosti narušené plodnosti vlivem chemoterapií. Nejistotu, která se s možnou neplodností pojí, těžce snáší. Do života mu také přibýly mírné obavy z návratu nemoci, které pociťuje při pravidelných kontrolách. Lišák nevnímá mnoho fyzických následků léčby, mrzí ho pouze menší hustota vlasů a vousů, které po podstoupené chemoterapii nerostou tak, jako dřív.

To, jakým způsobem vnímá možné přínosy ze své zkušenosti nemoci, může být podle jeho výpovědi ovlivněné povahou: „*Já jsem životní pesimista a realista, to bude asi tím ovlivněné*“. Nicméně připouští, že nemoc „*semkla*“ rodinu a posílila také jeho vztah s partnerkou, a to i přestože tyto vztahy nebyly nijak problematické už i v době před nemocí. Lišák vnímal, jak se o něj jeho blízcí hezky starali. Jmenoval také posílení vztahu s jedním bratrem, s kterým nevychází tak jako s ostatními sourozenci. Ze strany bratra si všímal zájmu a pomoci, například při dodání kontaktu na lékaře, který pak Lišákovi zprostředkoval cenné informace ohledně léčby. Zkušenost nemoci navíc Lišáka podpořila k obnovení vztahů v rámci širší rodiny – s bratranci a sestřenicemi, s kterými jeho rodina neudržuje kontakt. Motivací je mu vědomí konečnosti života, které podle něj souvisí s podstoupenou nemocí. V oblasti vztahů si mimo jiné uvědomuje větší soucit s ostatními onkologicky nemocnými lidmi.

Lišák vnímá svou zkušenost ve srovnání s jinými, podle něj závažnějšími případy nemocí, ale i ve srovnání s jinak trpícími lidmi: „*I když pořád, jak říkám, je to vtip, když si vzpomenu, čím lidi trpí a že mají mnohem horší nemoci a horší průběhy, tak pořád já jsem tady slabý odvar*.“ Nemoc mu pomohla zvládnout vidinu dobré prognózy a pravděpodobnost překonání takového onemocnění v jeho věku. Snažil se „*zatnout zuby a přežít*“. Pomáhaly mu také telefonáty s blízkými, a nakonec i možnost zaplnit čas modlitbou.

Nemoc vzhledem k vývojovému období

V období nemoci prožíval Lišák mnoho obav jako například obavy z pobytu v nemocnici, z operace, z výsledku nemoci nebo ze ztráty vlasů a vousů. Léčbu mimo nemocnici trávil u svých rodičů, ke kterým se zpátky nastěhoval a kteří se o něj starali. To pro něj bylo

nečekané, protože nepředpokládal, že by se jeho rodiče, kteří jsou už staršího věku, o něj ještě někdy museli takovým způsobem starat. Byli mu však velkou oporou a pomáhali mu rozhodovat se o léčbě, přestože toto období pro ně nebylo snadné. O své nemoci se Lišák nesdílel se širším okolím, které se to spíše postupně dozvíдалo, například od Lišákovy partnerky. Poté, co mu vypadaly vlasy a vousy se uzavřel doma, kde trávil čas se svou partnerkou, za kterou se po léčbě přistěhoval. Vnímá od ní podporu, i tak jí ale dával možnost ho opustit:

„Taky mi byla hrozně velkou podporou, fakt to se mnou hodně prožívala. Já jsem jí pořád říkal, ať se na mě vykašle a rychle jde hledat štěstí jinam, protože co chce dělat s klukem, kterému ve dvaceti devíti našli rakovinu, že ať jde rychle, co může ať utíká. A ona neutekla.“

Lišák stále pocítuje zklamání z nedostatku zájmu blízkých známých i některých rodinných příslušníků, kteří se ho v době nemoci neptali například na to, co mu bylo nebo jak se cítil: „Jako neříkám, že bych vykládal všechny detaily, ale když jsme se se s někým půl roku neviděli, a přitom jsme se vidali a znali, nebo se známe, tak to zamrzí.“ Lišák vnímá neschopnost druhých lidí bavit se o nemoci. Přesto má pro své blízké pochopení a vnímá, že to je náročné. Přerušování práce mu nezpůsobilo žádné větší komplikace. Po dobu léčby byl v kontaktu se svým vedoucím, kterého informoval o svém zdravotním stavu. Do práce, do které se už těšil, se vrátil po několika měsíčním období, ve kterém se dával dohromady po celé léčbě.

Rozvaha o významných tématech

Lišák vnímá především **negativní dopady** nemoci na svůj život. Může to být způsobeno jeho osobním pesimismem, který zmiňuje, ale důležitou roli podle nás také může hrát poměrně malý časový odstup od ukončení léčby, která proběhla před rokem. Podle výpovědi se Lišák s nemocí ještě **stále smiřuje**, přestože to nejhorší má už za sebou. Významně bylo jmenováno **negativní ovlivnění víry**. To mohlo být způsobeno především tím, že věnoval spoustu energie modlitbě a upřímné důvěře v Boží zásah, ke kterému nedošlo tak, jak očekával. I přesto nerezignoval na svou víru, ale stále si v sobě nese nevyřešené otázky. Nemoc přispěla ke **vzniku obav**, ať už z možného narušení plodnosti nebo z možného návratu nemoci, především v době pravidelných kontrol. V oblasti **fyzických následků** vnímá Lišák horší kvalitu vlasů a vousů. V oblasti **vztahů s druhými** podle výpovědi vykazuje také známky posttraumatického růstu. Vnímá posílení blízkých vztahů a zlepšení vztahu s bratrem, odhodlání k obnovení některých vztahů a větší soucit. Lišák je i po zkušenosti nemoci stále **stejný člověk a nevnímá** ve svém životě **větší změny**.

V období nemoci Lišák přerušil práci a **nastěhoval se k rodičům**, kteří se o něj starali. Po chemoterapiích žil spíše **uzavřenější život**, který mimo jiné souvisel s vypadanými vlasy a vousy. Čas trávil především s **partnerkou**. Lišák vnímal **neschopnost** blízkých se o tématu nemoci bavit, která jej od nich částečně vzdálila. Postrádal od nich zájem o jeho osobu a o to, jak nemoc prožívá.

6.1.4 Oto

Základní údaje

Oto je muž, který má 33 let a pracuje na pozici vedoucího projektu v jedné velké chemické továrně. Ve 20 letech mu byl diagnostikován seminom s metastázemi v břiše. Léčba začala operačním odstraněním varlete. Po částečném zotavení následně podstoupil tři cykly chemoterapie. Nyní je onemocnění v remisi. Doba pravidelných kontrol se vzhledem k době, která od onemocnění uplynula, postupně prodlužovala ze dvou měsíců na jeden rok. Oto je v současnosti v dlouhodobém partnerském vztahu se svou přítelkyní, se kterou se seznámil až po ukončení léčby.

Nemoc a léčba

Stanovení diagnózy probíhalo v Otově případě poměrně rychle. Bylo to nedlouho poté, co navštívil svého lékaře, když na sobě zpozoroval určité změny v intimních partiích. Lékař ho poslal na další vyšetření, po kterém mu byla následně oznámena diagnóza. V rychlém sledu byl pak odeslán na operaci: „...*A pak, tam mně vyřkl ortel, a v podstatě hned na druhý den jsem šel pod kudlu. Takže jsem ani neměl čas jakkoliv reagovat nebo něco řešit. Na druhý den jsem už byl na sále.*“ Po operaci strávil nějakou dobu doma, aby se ze zákroku zotavil a připravil se na nasazení poměrně silné chemoterapeutické látky. Terapie probíhala ve třech cyklech, ve kterých se střídalo období týdenního pobytu v nemocnici s obdobím, kdy do nemocnice pouze docházel. Hospitalizace v nemocnici pro něj byla nejhorší v období kolem Vánoc, kdy mu chybělo společné prožívání svátků s celou rodinnou. Kromě ztráty vlasů a vousů Oto trpěl dalšími vedlejšími účinky léčby jako jsou nechutenství, únava nebo nevolnost.

Pohled na zkušenost nemoci

Po zkušenosti nemoci Oto vnímá jednu významnou pozitivní změnu, kterou na sobě i po letech stále pozoruje. Od doby nemoci si připadá „*klidnější a vyrovnanější*“ a dívá se na svět trochu z jiné perspektivy. To se projevuje tím, že se tolik nezabývá některými záležitostmi:

„To byla taková zásadní věc, kterou na sobě vidím, že se opravdu změnila, že nad věcmi, které jsem třeba dřív řešil, teď mávnu rukou a řeknu si: ‚Však ono se to nějak vyřeší.‘ A vždycky se mi to takhle stalo, a vyřešilo se to“.

Oto dokáže přijmout situaci tak, jak se právě děje, s nadějí na nalezení řešení. V náročnějších situacích, například v práci nebo dříve ve škole, si uvědomuje nejen, že jiní lidé mohou zažívat horší problémy, ale také to, jakou nemoc on sám dokázal překonat:

„I když třeba řeším závažnější věci, situace, tak k nim přistupuji: ‚Prostě tak to je, má to být a jiní mají jiné problémy, větší problémy, a ty si to překonal, tak za to buď rád a přistupuj k tomu, že už jsi v běžném životě zdravý člověk.‘“

Tenhle postoj mu pomáhá i v případě nepříjemné komunikace s lidmi, kdy dokáže zachovat klid. O takových lidech si pomyslí své a pokračuje ve své práci dál. Zkušenost nemoci ho určitou dobu vedla k úvahám nad některými otázkami:

„Vlastně to člověka pak nějakou dobu provází. Jak prochází léčbou nebo po léčbě, stále si říká: ‚A proč já? Proč vlastně, třeba ten Bůh, vybral mě, abych si tím prošel, když jsou jiní, kteří s životem nakládají ledabyle, opravdu dávají tělu zabrat, od kouření různých drog, alkoholu a nevím, co všechno, a jsou zdraví.‘“

Oto více přemýšlel o víře a Božím záměru, a to i přestože se oficiálně nehlásí k žádnému náboženství. Na své úvahy o důvodu nemoci však nenalezl odpovědi, a postupně se jimi přestal zabývat. Podle něj může jít spíše o spekulace a domněnky. Důležitější, než minulost je ale to, co žije teď v přítomnosti.

Oto si neuvědomuje žádné negativní dopady nemoci na jeho psychiku. Je si ale vědom fyzických následků, které ve svém životě musí snášet i po ukončení léčby. Svou nemoc odlišuje od běžných nemocí, které člověk jen tak prodělá a pokračuje ve svém životě bez komplikací dál. Na svém těle nese následky operace a léčby, které mu způsobily neplodnost. Občas zažívá obavy z návratu onemocnění, například při pravidelných kontrolách. Snaží se však na takovou možnost nemyslet. Na kontroly se dívá pozitivně s myšlenkou, že díky nim je pod dohledem lékařů.

Oto se po nemoci snaží žít normální život, který by si mohl užívat. Snaží se zaměřovat více na budoucnost než se zbytečně zaobírat minulostí. To podle něj nemá smysl a jenom to vede k problémům. Sám sobě si připomíná, že je zdravý člověk: *„Snažím se k tomu prostě přistupovat tak: ‚Jsi zdravý a žij si normálně obyčejný klasický život, užívej si ho, a hotovo prostě. Věci byly, odeznělo to, a jed’ dál.‘“* Oto vnímá stres jako spouštěč

onemocnění, a proto se mu snaží vyhnout. Je si vědom toho, jaké úsilí ho stálo nemoc překonat. Zvládnout nemoc mu z jeho pohledu mohly pomoci faktory jako jsou „*abnormální podpora rodiny*“, pozitivní myšlení, odhodlání nebo zdravá strava. Mohlo ale také jít o zásah nějaké vyšší moci: „*Může to být něco svrchu. Někdo na mě dohlíží, chtěl mi dát nějakou životní lekci, chtěl, abych se z toho dostal a abych si z toho něco odnesl.*“

Nemoc vzhledem k vývojovému období

Před nemocí žil Oto podle jeho výpovědi běžným životem kluka v jeho věku. Sportoval, poměrně zdravě žil a občas trávil čas společným posezením v rodinném kruhu. Se členy rodiny měli totiž velmi dobré vztahy už před nemocí. Nemocí si prošel v době po ukončení střední školy ještě před nástupem na vysokou školu, jejíž studium přerušil. Poté, co se psychicky i fyzicky zregeneroval a za rok nastoupil do školy, byl pro něj návrat k učení velmi náročný:

„Ten mechanismus, který jel s vámi od základní, střední školy, a měl by pokračovat na vysoké škole, se najednou na rok přeruší, a teď potom máte do toho, v uvozovkách rozjetého vlaku, znovu naskočit. Strašně špatně se naskakuje, ta hlava si odvykne.“

Přestože pro něj škola byla zdrojem stresu, který se snažil omezovat, měl motivaci studium dokončit, aby byl v životě zajištěný a něco dokázal. Dobu nemoci trávil mimo nemocnici doma, kde byl kvůli svému špatnému stavu odkázaný na pomoc rodičů a prarodičů. Neměl sílu, aby se postaral sám o sebe. Pomoci a podpory rodičů a prarodičů si váží a přiznává jim zásluhu na tom, že se z nemoci dostal. Domů ho chodili navštěvovat i jiní členové rodiny, kteří ho podporovali a snažili se ho rozveselit. Kromě několika nejbližších kamarádů a rodiny Oto nesdílel svou nemoc se svým okolím. Považoval to za soukromou věc, navíc i v případě jeho konkrétní diagnózy. Chtěl se vyhnout tomu, aby ho v budoucnu lidé nějak odsuzovali. Venku nosil na hlavě šátek, připadal si však nápadný a zdálo se mu, že ho lidé pozorují. Neměl náladu chodit mezi lidmi, což se však postupně zlepšilo, když se z nemoci zotavoval a začaly mu opět růst vlasy. V době nemoci byl v partnerském vztahu, který trval ještě nějakou dobu po ukončení léčby. Od tehdejší partnerky i její rodiny cítil podporu. Zkušenost nemoci následně Otovi zkomplikovala navazování partnerských vztahů. Tyto problémy pak postupně překonával. Přestože partnerky, s kterými byl ve vztahu, neměly s jeho zkušeností nemoci problém, Oto připouští, že by to každá žena nemusela přijmout: „*Každá žena by to vzala jinak. Samozřejmě žádné bych to neměl za zlé. Má nějaké hodnoty, nějaké představy a ví, že tento daný muž jí to třeba nesplní.*“ Současné partnerce se brzy

svěřil se svou zkušeností nemoci: „*Na rovinu jsem to řekl na druhé schůzce a musím říct, že to vzala úžasně. Což mi stále vhání slzy do očí, když si na to vzpomenu*“.

Rozvaha o významných tématech

Z vyprávění je podle nás patrné, že po nemoci vykazuje tento muž prvky posttraumatického rozvoje v oblasti **osobnostního růstu**. Oto vnímá, že je jeho **osobnost klidnější**. Také popisuje určitý **nadhled**, kdy se dokáže na skutečnost podívat s větším klidem. Podle nás tento klid pramení z pozitivní zkušenosti, že se vždy i špatná situace může nějak vyřešit, jako tomu bylo i v případě vážné nemoci. Zkušenost nemoci v Otovi na nějakou dobu více otevřela **spirituální otázky** a úvahy (smysl nemoci, otázka spravedlnosti), avšak sám přiznává, že se časem více zaměřil na přítomnost a přestal se takovými myšlenkami zabírat. Na druhou stranu zároveň se zmíněnými přínosy vnímá také **fyzické následky** nemoci (operace, neplodnost) a s nimi spojené komplikované **navazování partnerských vztahů**, které pak postupně musel překonávat. Místy zažívá **obavy z návratu nemoci**, i přesto si ale udržuje pozitivní myšlení a nevěnuje těmto myšlenkám příliš prostoru. Ve vyprávění se podle nás významně opakovala jeho vlastní myšlenka k sobě samému, že je **zdravý člověk**, kterou si připomíná. Významně zazněla i myšlenka o snaze **nezaobírat se minulostí a žít dál**. Oto působí s nemocí smířený.

Vinou nemoci se Oto na čas **uzavřel před společností** a sdílel se pouze s **rodinou, tehdejší partnerkou a pár nejbližšími přáteli**. Byl **odkázán na pomoc rodičů a prarodičů**. Rodina mu byla významnou pomocí, podporovala ho a snažila se rozveselit. Po určitém zotavení a s nárůstem vlasů se více otevřel společnosti. Přestože byl **návrat do školy** velmi **náročný**, Oto byl motivován studium dokončit, i přes **přerušování studia**. Také dokázal překonat již zmíněné problémy s navazováním partnerských vztahů, a v současnosti je s partnerkou, která jeho zkušenost nemoci **velmi dobře přijala**.

6.1.5 Andílek

Základní údaje

Andílek je žena, která má 24 let. Je zaměstnaná jako asistentka v prodeji a zároveň dálkově studuje třetím rokem vysokou školu. Mezi devatenáctým a dvacátým rokem jí byla diagnostikována rakovina kosti. Léčba zahrnovala operační odstranění nádoru, který se nacházel v kolenní kůstce. Následovalo období, v němž Andílek používala při chůzi berle a navštěvovala rehabilitace. V současnosti je onemocnění v remisi. Každý půlrok Andílek

absolvuje pravidelné kontroly. Nyní je v partnerském vztahu s přítelem, s kterým se seznámila několik let po operaci.

Nemoc a léčba

Onemocněním si tato žena prošla v posledním ročníku na střední škole. Kvůli stupňující se bolesti levého kolene navštívila jednou namísto školy ortopeda, aby se tak legálně vyhnula neoblíbenému předmětu a zároveň zjistila, co se děje. Lékař Andílkovi doporučil ortézu a poslal ji domů. Asi po měsíci, kdy se bolest stále stupňovala, znovu navštívila jiného ortopeda, který ji důkladně vyšetřil a poslal na CT a magnetickou rezonanci. Na termín vyšetření si však musela počkat další měsíc. Když konečně spolu s matkou navštívily ortopeda, který jim sdělil výsledky vyšetření, Andílek vzpomíná na matčin pláč, kterého si všimli i ostatní pacienti v čekárně: *„Ona úplně rozbrečela celou čekárnu. Celá čekárna tam prostě brečela a já jsem se úplně smála: ‚To bude v pohodě.‘ Nevěděla jsem, co mám dělat, tak jsem se smála.“* Andílek byla následně poslána do nemocnice na biopsii. Po nějaké době výsledky potvrdily, že jde o zhoubný nádor. I přes všechny návštěvy lékařů složila úspěšně maturitní zkoušku. Nedlouho potom lékaři její matce sdělili, že náhradní kost nutná pro operaci není dostupná a neví se, jak dlouho na ni bude třeba čekat. Proto se matka rozhodla kontaktovat známého politika, který se do případu vložil a zařídil, že operace mohla proběhnout do několika dní. Andílkovi tak byla odoperována část kosti v koleni, nahrazena tzv. homoštěpěm, a připevněna šrouby. Po operaci musela v nemocnici asi na měsíc zůstat, aby se zotavila. Za rok mohla začít nohu rozvíčovat na rehabilitacích a přibližně ještě další tři roky používala při chůzi berle. Po operaci zůstala zhruba dva a půl roku doma, než začala dálkově studovat vysokou školu a poté pracovat nedaleko místa bydliště.

Pohled na zkušenost nemoci

Andílek jednoznačně vnímá, že ji zkušenost nemoci v životě posunula. Z jejího pohledu přínosy zkušenosti převažují nad následky nemoci, s kterými se potýká. S jistotou hovoří o posílení víry v Boha: *„Mně se děly zázraky i před tím. Já vím, že Bůh existuje, protože to cítím, ale tady po tomto je to úplně něco jiného. To je něco nepopsatelného. Nevím ani, jak to popsát, ale prostě víš, že je.“* Andílek vnímá, že se její víra zklidnila a upevnila. Věřící, že ji Bůh ochraňuje, nic špatného se jí nestane a všechno zvládne:

„Říkáš si, to fakt muselo být asi hodně náročné, protože někteří to mají a nesou to těžce. To, že jsem psychiku měla už od začátku v pohodě, tak to není jenom moje, to mi Bůh pomohl. Takže to, že mi pomohl tou psychikou, tím, že jsem to všechno zvládla, tak už zvládnou prostě všechno, když budu úplně věřit Bohu.“

Andílek si díky zkušenosti nemoci připadá moudřejší a je si více vědoma toho, co je v životě důležité. Stres vnímá jako nebezpečný, a proto se snaží být v klidu a netrápit se tím, co se stalo. Mrzí ji, když se bezdůvodně stresuje. Od doby nemoci se snaží vyhradit si čas jen pro sebe, například rozvíjením spousty nových koníčků (jako jsou vyšívání, focení nebo pletení). Čas pro sebe vnímá jako velmi důležitou prioritu.

Během léčby v nemocnici Andílek poznala spoustu nových lidí, za které je opravdu vděčná. S některými udržuje kontakt dodnes. Vzpomínala především na mladého kluka, který se léčil se stejnou diagnózou. Na nemoc přišel ovšem později. Andílek vnímala, jak těžce nemoc a s ní spojené následky tento kluk prožívá, a snažila se ho při častých návštěvách rozveselit. Věděla totiž, jak moc důležitý je pozitivní přístup. Vzpomíná na šok z toho, v jak špatném stavu se její známý nacházel, když se mu nemoc vrátila. Za několik dní poté zemřel. Andílka to velmi mrzí, o to víc však zároveň cítí vděčnost Bohu za včasné objevení své nemoci a načasování událostí. Mimo jiné vzpomínala na ostatní pacienty a také na to, jak jí bylo líto, že neměli tak často návštěvy jako ona sama, a proto se na příklad jednoho dne i přes svoji dřívější stydlivost rozhodla navštívit. Zkušenost nemoci umožňuje Andílkovi pomoci druhým lidem:

„Hlavně se mi líbí, že když někdo zažije v životě těžké období nebo něco, tak to, co se mi stalo, můžu nějak zredukovat, a dát jako příklad, protože to je lepší, když někdo zažívá něco těžkého, tak můžeš říct, že jsi taky zažívala něco těžkého, takže to vlastně může někomu pomoci a nakopneš někoho.“

Z toho důvodu si také po určitou dobu vedla internetový blog. V současnosti zvažuje větší sdílení svého příběhu na Instagramu a do budoucna napsání knihy. Uvědomuje si, že od lidí, kteří onkologické onemocnění sami nezažili, mohou znít slova uklidnění v případě takové nemoci nedůvěryhodně. Lidem, kteří si na něco stěžují, Andílek vysvětluje, že i těžkosti časem povedou k dobrému. V době nemoci ji napadlo, že její příběh může být svědectvím o Bohu a o tom, jaké koná zázraky. Andílek se mimo jiné setkala se závistí druhých lidí, kteří ji pomlouvali kvůli náhle zvýšené pozornosti nebo se přes ni snažili zviditelnit. Díky této zkušenosti přestala věřit lidem a začala si na ně dávat pozor, což však vnímá jako pozitivní změnu. Také přestala řešit, co si o ní druzí lidé myslí.

Značnou část pozitivních změn, které na sobě pozoruje, nevnímá jen jako výsledek překonání nemoci. Uvědomuje si, že za rozvojem stojí také vyšší věk a jiné životní události. Díky zkušenostem a věku si připadá vyspělejší, rozumnější, a dokáže rozpoznat přetvářku. V souvislosti s překonanou nemocí zmiňuje také jiné vnímání skutečnosti, které ovšem

podle svého tvrzení mohla mít už odjakživa: „*Já si celkově myslím, že všechno, co se ti v životě stane, i to špatné, i to dobré, tak má být. A časem to špatné pochopíme, proč bylo, protože to bude mít dobrý dopad na budoucnost.*“

Nemoc Andílkovi přinesla do života také těžkosti, s kterými se musí potýkat. Jde o následky operace, které ji omezují. Poměrně často trpí bolestí operované nohy, především vlivem námahy a změny počasí:

„Když je dobré počasí a jdu, tak mě to bolí v noci. Jakože třeba trochu delší trasu, tak to strašně bolí, protože tu nohu namáhám, že se třeba kolikrát budím v noci bolestí.“ „No a třeba, když je hnusné počasí, nebo třeba tři dny před změnou počasí, cítím, že už bude změna. Já jsem taková rosníčka.“

Kvůli bolesti má někdy problém zvednout se nebo ohnout nohu. V noze rozlišuje různé druhy bolesti a někdy jí připadá, jako by v ní neměla žádnou sílu. Na některý typ bolesti si zvyká lépe než na jiný, někdy je to však těžké snášet: „*Kolikrát si říkám: ‚To mě nebaví, to nechci, urvete tu nohu, nechci to.‘“* Po operaci se Andílek musí potýkat s různými zdravotními problémy, které podle ní souvisí s velkým zásahem do těla, jakým operace byla. Nemůže klečet ani dřepět a v levé noze, které sama říká „*chudinka*“, trpí artrózou, takže bude muset časem podstoupit další operaci. Andílek teď nemůže provozovat některé sporty, které měla dříve ráda. Nemůže běhat a jezdit na bruslích. Může jezdit na kole, avšak omezeně. To jí však v cyklistice nezabránilo. Sehnala si vysněné nízké retro kolo, aby se jí dobře nasedalo. Stejně tak se nenechala odradit ani od plavání, které je pro ni někdy také náročné. Uvědomuje si různá omezení, ale i tak si udržuje pozitivní myšlení a nevnímá, že by ji nemoc psychicky poznamenala:

„Jako jo, jsou chvíle, kdy si člověk řekne: ‚A, škoda,‘ jakože by sis třeba zaběhala, ale nelpím na tom. Vím, že jsou horší věci, nebo to mohlo být daleko horší. Takže toto je úplný detail. A jsou jiné věci, které mě baví.“

Od doby nemoci Andílek vnímá obavy, které o ni mají kamarádi, a především její matka. Ta ji proto někdy nerada pouští ven, přestože ji Andílek přesvědčuje o tom, že to zvládne. Současný partner se do budoucna kvůli jejímu zdravotnímu stavu obává mít více dětí. Andílek netrpí žádnými významnými obavami vlivem své nemoci. Důvěřuje Bohu a pouze se mírně obává o zdraví svých vnoučat, protože slyšela, že se onkologické nemoci údajně dědí ob generaci. Zachovává si ale pozitivní myšlení.

Andílek svou nemoc nijak zásadně neprožívala. Nelitovala se a nikdy si nepokládala otázku, proč právě ona. Udržovala si odhodlání zvládnout nemoc a bylo jí líto spíše smutku

druhých lidí, kteří se kvůli ní trápili. Už od mala si připadá psychicky odolná. Přesto na ni v létě po operaci celá situace zpětně dolehla. Na jedné křesťanské akci ji tehdy přepadl smutek a pláč. Nemoc zvládla a dokázala si z ní něco odnést díky svému pozitivnímu myšlení a víře, a také díky předchozím zkušenostem a lidem, které měla okolo sebe. „*Já jsem taková psychicky odolná, už od malička. Jak mě šikanovali, tak asi proto, takže jsem byla už asi nějak vycvičená, tak jsem si říkala ,Jo, tak to mě nezlomí, pohoda.*“ I díky tvrzení doktorů Andílek vnímá léčbu své nemoci jako doživotní záležitost. Doufá, že by případný návrat nemoci se svým nastavením mysli nějak zvládla. Mrzely by ji však reakce okolí a byla by smutná kvůli druhým.

Nemoc vzhledem k vývojovému období

Nemoc Andílka zasáhla v posledním ročníku na střední škole. Kvůli poměrně dlouhému procesu, než se dozvěděla o konečné diagnóze, byla v době zjištění nemoci nedlouho před maturitní zkouškou. Tu se rozhodla složit i přes nabídku, že si může zkoušku odložit:

„To jsem říkala, že prostě ne, nechtěla jsem vůbec. Mně to přišlo jako škoda vyplývané příležitosti. Říkala jsem si: ,Prostě ne, jedu tam‘. A já jsem se strašně stresovala z maturity, a pak mi to bylo úplně jedno, protože jsem měla úplně jiné přednější věci.“

Ve škole jí vyšli vstříc, za což je velmi vděčná. Poté, co se odstěhovala z internátu, zařídili jí odvozy z domu do školy, a zpět. Andílek tak školu úspěšně dokončila. Ve škole se o své nemoci otevřeně sdílela a spolu s ostatními studenty prožívala čekání na výsledky vyšetření. Stala se středem pozornosti, vlivem kterého vnímala větší zájem o ni samotnou. Věděla však, že některým nešlo o ni, ale o pouhé zviditelnění. Na jednu stranu měla pocit, že se o nemoci sdílí s kamarády dostatečně, na druhou stranu však cítila, že nechce druhé zatěžovat. S přibývajícím věkem si Andílek více střeží své soukromí a uvědomuje si, že o její nemoci nemusí vědět každý. V míře sdílení prožívá jisté dilema, zdali si střežit soukromí nebo pomáhat skrze sdílení příběhu. Přibližně po dvou a půl letech po nemoci Andílek nastoupila na vysokou školu, kterou si zvolila i s ohledem na své fyzické možnosti po operaci.

V době nemoci se o Andílka starali rodiče, kteří s ní jezdili na kontroly k lékařům. Doma, kde často musela ležet, o ni pečovali. Uvědomuje si, jak těžké to pro rodiče bylo, i vzhledem k tomu, že je jejich jediné dítě. Mnohdy uklidňovala svou matku, která často plakala. Andílkovi přišlo přirozené, aby její partner o nemoci věděl dřív, než vstoupí do vztahu. Současný partner však o její nemoci již věděl. Andílek oceňuje, že oba mají stejný názor na určité zásadní věci, které získali vlivem těžkých událostí, co mají za sebou.

Rozvaha o významných tématech

Přestože Andílek vnímá, že léčba onkologického onemocnění je **na celý život** a v jistém ohledu si připadá stále ve fázi léčby, o období nemoci se otevřeně bez problémů sdílí a působí jako s nemocí smířená. Jmenovala poměrně velké množství vnímaných pozitivních změn, které podle ní převažují nad negativními následky nemoci. Podle nás by to mohlo být kromě jiného ovlivněno poznáváním ostatních onkologických pacientů v době nemoci, z jejichž zkušenosti mohla čerpat další podněty pro posttraumatický rozvoj. Ten byl dle výpovědi zaznamenán v oblasti **spirituální změny** (upevnění víry, důvěra v Boha, psychické zvládnutí jako Boží pomoc), v oblasti **osobnostního růstu** (moudrost, méně stresu) a v oblastech **ocenění života** (uvědomění důležitého) a **nových možností** (čas na sebe, nové koníčky, psaní blogu). Andílek mezi největší přínosy nemoci počítá **poznání nových přátel a možnost pomoci** skrze vlastní zkušenost. Některé pozitivní změny, které ve svém životě vnímá (jiné vnímání, vyspělost, rozumnost, rozpoznání přetvářky), jsou podle ní ovlivněny i jinými faktory, jako jsou **věk** a **další zkušenosti**. Přestože nemoc Andílek dle svého pohledu poměrně **dobře psychicky** nesla (díky své **psychické odolnosti**) a cítila spíše **lítost kvůli druhým**, i tak se potýká s negativními následky způsobené nemocí. Především jde o **fyzické následky operace – bolest a omezení pohybu**, kvůli kterému nemůže provozovat některé sporty. Také vnímá **obavy druhých** o ni samotnou.

Andílek kvůli nemoci nepřerušila školu, ale úspěšně **složila maturitní zkoušku**. Vlivem otevřeného sdílení nemoci na střední škole se stala **středem pozornosti**, zažila ale také **zárlivost a pomluvy**. Podstatnou dobu léčby trávila u svých **rodičů**, kteří o ni pečovali. Po operaci strávila nějaký čas doma a až poté se přihlásila na dálkové studium vysoké školy. Se současným **partnerem** je spojuje **názor na zásadní věci**, který je způsoben těžkými zkušenostmi, které mají oba za sebou.

6.1.6 Nezbeda

Základní údaje

Nezbeda je 23letá žena, která dokončuje střední zdravotnickou školu. Mimo to pracuje na brigádách. Ve svých 19 letech si prošla léčbou akutní leukemie. Akutní fáze léčby trvala zhruba pět měsíců a zahrnovala chemoterapii, celotělovou radioterapii a následně transplantaci kostní dřeně. V současné době je onemocnění v remisi. Nezbeda podstupovala pravidelné kontroly každý týden, nyní chodí na kontroly každé tři měsíce. V době nemoci byla ve vztahu, nyní je svobodná.

Nemoc a léčba

Nezbeda přišla na své onemocnění v maturitním ročníku. Diagnóza jí byla řečena v době jarních prázdnin. Vzpomíná na velkou únavu, kterou trpěla ještě před jejich začátkem. Po škole si šla co nejdříve lehnout a nechodila nikam ven. O víkendu, který strávila i s přítelem u svých rodičů se její stav zhoršil. Kromě únavy pociťovala nevolnost, nic nejedla ani nepila a špatně snášela světlo, takže zvládala jen ležet v zatemněném pokoji. Nakonec jela na pohotovost, kde jí předepsali léky na migrénu a poslali ji domů. Léky však nezabíraly, a navíc se po nich Nezbedě zrychloval srdeční tep. Doktorka, kterou proto navštívila ji poslala na vyšetření do nedaleké nemocnice, kam odjely spolu s matkou. I přes špatný stav Nezbedy musely kolem sedmi hodin čekat na konečné oznámení diagnózy, kterou si Nezbeda vyslechla ve stavu úplné únavy:

„Doktor mi říká, jestli tady jsem s nějakým doprovodem, a tak jsem říkala, že mamku mám v čekárně a on mi říká: ‚Tak počkejte před dveřmi, jenom vezmeme výsledky a hned vám řekneme, co dál.‘ A já jsem byla už opřená o zeď a sesunula jsem dolů, protože jsem byla unavená. Vím, že jsem se to dozvěděla, když jsem vlastně už byla na té zemi. Mamka čekala a málem se vyvrátila potom.“

Nezbeda byla následně poslána do Brna na onkologii, kde pak strávila tři a půl měsíce. V této době podstoupila chemoterapii. Poté procházela obdobím střídavého pobytu doma a v nemocnici, vzhledem k různým komplikacím, které léčbu provázely. Léčba pokračovala dalším nástupem do nemocnice, kde proběhla celotělová radioterapie. Po ní následovala transplantace kostní dřeně, kterou Nezbeda přijala od svého bratra. Dobu před i po transplantaci musela trávit v samostatném pokoji, bez návštěv a jen s minimálním kontaktem zdravotníků (celkem jeden měsíc).

Pohled na zkušenost nemoci

Nezbeda díky zkušenosti nemoci vnímá řadu přínosů, stejně tak jako si je vědoma hezkých vzpomínek z tohoto období, na které zaměřuje více pozornosti než na negativní následky. Zážitek nemoci upevnil dobré vztahy v její rodině a přinesl potvrzení, jak dobře tyto vztahy fungují:

„My s rodiči i s bráchou máme úžasný vztah. Vím, že v dnešní době je to hodně vzácnost a fakt si toho vážím. Ba naopak, pak nás to ještě víc utvrdilo. Myslím si, že se to spíš prohloubilo, jakože člověk si to asi víc uvědomí, že naše rodina funguje a takhle.“

Rodinné vztahy byly pozitivně ovlivněny také u jejího tehdejšího partnera, kde spolu mezi sebou začali více komunikovat. Nemoc posunula i její vztah s přítelem: „*Myslím, že ten vztah byl potom úplně jináčí. Jakože kdybychom měli, v uvozovkách řečeno, ten vztah srovnat s někým v našem věku, tak je to prostě nepoměr.*“ Nezbeda je navíc od doby, kdy ležela v nemocnici, v pravidelném kontaktu se strýcem, s kterým rodina po jeho rozvodu kontakt ztratila. Ten byl pro ni vždy vzorem a měla na něj hezké vzpomínky z dětství, takže byla ráda, když ji přijel do nemocnice navštívit.

Pro Nezbedu se stalo velmi důležité objetí. V chřipkovém období, kdy nemohla být navštěvovaná, si uvědomila, jak moc jí chybí kontakt blízkých. Díky tomu se teď s nimi loučí objetím. Druhé těžké období, ve kterém Nezbeda také postrádala blízkost druhých lidí, probíhalo po transplantaci. Na její pokoj tehdy nemohl nikdo kromě personálu. Přestože šlo o krizové období, chvíle osamění jí přinesly větší lásku k sobě samé:

„To byla asi nejhorší fáze v tom březnu. Dovezli mě na vozičku do sprchy, a že se umyju. Říkala jsem, že se umyju sama a jak budu oblečená, že zazvoním. A vzala jsem si velký ručník, utřela jsem se, objala jsem se a říkám: ‚Ty to dáš, ty na to máš,‘ a od té doby jsem se naučila nějak objímat, protože ten kontakt mi fakt chyběl.“

Také v sobě cítí pocit hrdosti, že se dokázala „*vypořádat sama se sebou*“ a přijmout situaci bez toho, aniž by se podceňovala. Zkušenost nemoci dala Nezbedě možnost poznat nové lidi, s kterými spojuje hezké vzpomínky na toto období, například několik hospitalizovaných zdravotních sester nebo podobně mladou dívku, s kterou se podporovaly v nošení šátku místo paruky. Díky velmi častým návštěvám kamarádů si Nezbeda uvědomila, že ji její kamarádi mají rádi a že při ní stojí. Zážitek nemoci jí navíc poskytl zkušenosti ze zdravotnického oboru, který studuje.

Nezbeda jako praktikující křesťan vnímá upevnění své víry, která se nicméně formuje i s věkem. Nemoc a její následky nezměnily životní styl, jakým žila. Po léčbě bojovala s úbytkem svalové hmoty a se ztrátou síly. Zkoušela dělat, co bylo možné, a postupně se tak dostávala ke sportům, které provozovala dříve. Nyní cítí větší odhodlání, které může být spojeno s jejím věkem: „*Sporty dělám ty, co jsem dělala, ba naopak, víc si jdu za svým, co jsem vždycky chtěla, tak se třeba k tomu postupně dostávám. Asi je to tak normální v tomto věku.*“

Nezbeda se dosud musí potýkat s fyzickými následky nemoci a léčby. Na svém těle nese řadu jizev. Chemoterapie jí také poškodila sklovinu a způsobila ztmavnutí zubů. To jí jako veselému člověku, který se často směje, velmi vadilo. Prožívala to více než dočasnou

ztrátu vlasů. Rozhodla se proto pro bělení zubů, za což je velmi vděčná. Nezbedu čas od času dosud trápí zažívací potíže, s kterými se ale postupně naučila vypořádat. Nějakou dobu po nemoci bojovala s velkým nárustem váhy, které bylo nekontrolovatelné a podpořeno hormonální léčbou. Byl to pro ni „*nekonečný boj*“. Postupně vlivem snahy a regenerace těla se však váha ustálila tak, že je spokojená.

Jako dlouhodobý problém Nezbeda vnímá ztrátu menstruace. S gynekologickými obtížemi je spojené riziko narušené plodnosti. Tento problém snáší nejhůře. Zachovává si však naději:

„Nejhorší je to asi skrz otěhotnění, to jsem jednu dobu hodně řešila. Skrz přítele, protože vím, že bude úžasný táta. To jsem hodně řešovala, a do teďka, když se někdo baví o mém budoucím těhotenství, tak se zarazím, protože mé přání je mít zdravou rodinu. Ale abych se z toho hroutila... Nikdy nevíš. Může se to povést.“

Pozitivní přístup si Nezbeda udržuje také při obavách z návratu nemoci. Vede ji přesvědčení, že jistotu zdraví nemá žádný člověk: „*Nemoc si nevybíráme, nemoc si vybírá nás.*“ Nemoc na čas negativně ovlivnila její vztah s kamarádem, který s ní zcela přerušil kontakt. Jeho blízký totiž v minulosti zemřel na onkologické onemocnění, a on proto nevěděl, jak reagovat. Nezbeda s ním však později po ukončení léčby opět navázala kontakt. Od doby pobytu v nemocnici Nezbeda nemůže vystát dvě zdravotní sestry, na jejichž přístup nemá hezké vzpomínky, a to i přesto, že takový odpor k nikomu dříve necítila. Následkem nemoci vnímá problémy s pamětí a soustředěním, které se projevují jak při učení, tak v komunikaci s druhými, kdy si nevybavuje některé řečené informace.

Nezbeda vážnou nemoc nevnímala tragicky. Díky lidem kolem sebe mohla toto období poměrně dobře zvládnout. Pomohla jí také předchozí zkušenost s jinou nemocí a hospitalizací v nemocnici. Tuto zkušenost vnímala jako příležitost k posunutí se nebo zkoušku vztahů, které má. Celou situaci také vnímala odlišně, s odevzdaností Bohu a přijetím:

„Já jsem to vždycky měla trochu jinak nastavené, už od základky. Jelikož jsem věřící, tak jsem tuto situaci po asi dvou týdnech odevzdala Bohu a nechala jsem to v jeho rukách. Co tě trápí, odevzdej Bohu! ...Ale nebudeš to přece vzdávat před bojem.“

Podle ní je důležité nevzdávat se. Přesto nedokáže říct, díky čemu nemoc zvládla: „*To člověk nikdy neví, kdo si vytáhne toho žolika. Jednou to vyhraješ a někdy to prostě prohraješ. Prostě mezi tím není nic jiného. Nahoře to tak chtějí, a tak to bude.*“ Tak tomu totiž bylo u její známé z nemocnice, která i přes veškerou snahu nemoc nezvládla.

Nemoc vzhledem k vývojovému období

Nezbeda si nemocí prošla v posledním ročníku na střední škole. Vzhledem k léčbě byla nucena studium přerušit. Kvůli nevydařenému pokusu má v současnosti maturitní zkoušku stále před sebou. *“Takže jsem si ještě naivně myslela, že budu maturovat s naší třídou. Až teda v březnu, když mně bylo fakt blbě jsem říkala, já to jako fakt nedám teda. Uznávám.”* Přesto udržovala kontakt se spolužáky, kteří ji pravidelně navštěvovali. Poslední ročník školy si musí v současnosti potřeť zopakovat, kromě nemoci i kvůli několika nezdařeným pokusům maturitní zkoušky. Nezbeda si v nemocnici zažila chvíle osamělosti, když nemohla přijímat návštěvy. Svůj mladý věk vnímala jako výhodu vzhledem k péči, které se jí jako nejmladší v nemocnici dostávalo. S kamarády obracela nemoc v zábavu a dělala si spolu s nimi legraci (například na téma svých vypadaných vlasů). Nezbeda usilovala o autenticitu. Spolu s kamarádkou z nemocnice se proto rozhodly nenosit paruku. Reakcí kolemjdoucích se přitom nezaobírala. I na svatbu svého bratra se rozhodla jít pouze v šátku. Nevadí jí sdílet se o období nemoci, nemá však ráda zbytečný soucit a to, když ji lidé stereotypně zařadí do skupiny onkologicky nemocných. Od tehdejšího partnera Nezbeda cítila podporu, a přestože mu dávala prostor k ukončení vztahu, on s ní vytrval: *„Někdy člověk má prostě takovéto jdi za jinou, budeš se mít líp. Prostě já mám onkologickou nemoc, nikdy nevíš, jak to dopadne.”* Vztah ukončili až tři roky poté.

Nezbedu kromě přítele velmi podporovala její rodina. Rodiče a bratr ji navštěvovali a telefonovali jí. Nemoc zvládala poměrně dobře, cítila spíše, že drží své blízké, kteří situaci těžce prožívali. Rodiče se o ni báli. S ukončením léčby přišla větší samostatnost, kdy se Nezbeda mohla odstěhovat od rodičů: *„Byla jsem ráda, že se za chvíli budu moct odstěhovat s přítelem na byt.”* Cítí, že bude určitým způsobem stále hlídaná, protože léčba takové nemoci je na celý život, přesto je ráda, že její blízcí už nejsou tolik omezováni péčí o nemocného a mohou chodit do práce a rozvíjet své koníčky.

Rozvaha o významných tématech

Přestože si Nezbeda uvědomuje závažnost nemoci, zkušenost vnímala jako **snositelnou** a spíše se zaměřovala **na druhé lidi kolem sebe**, které se snažila držet a chránit. Svou situaci nemoci **přijímala**, v **odevzdanosti Bohu** a s rozhodnutím **nevdávat se**. Z vyprávění je podle nás patrný rozvoj, především v oblasti **vztahů s druhými** (rodina a přítel – posílení vztahu, obnova vztahu se strýcem, objímání při loučení, poznání nových lidí, potvrzení fungování), ale také v oblasti **osobního růstu** (sebeláska). Tento rozvoj mohl být podpořen

zkušeností těžkých chvil sama se sebou, kdy Nezbedě velmi chyběl kontakt druhých. Rozvoj ve formě většího odhodlání do sportů (oblast **nových možností**) může být podle ní dán také věkem. Podobně vnímá i upevnění víry (oblast **spirituality**), která se neustále formuje. Nezbeda díky nemoci získala **zkušenosti ze zdravotního oboru**. Z negativních následků nemoci a léčby byly jmenovány především **fyzické dopady nemoci** – narušená sklovina, zažívací potíže, později přechodně zvýšená hmotnost, a především gynekologické potíže a s nimi spojená narušená plodnost. Nezbeda zmiňuje také **obavy z návratu nemoci** a **přerušený vztah** s kamarádem.

Kvůli nemoci byla Nezbeda nucena **přerušit studium střední školy** v maturitním ročníku, kterou teď po nemoci dokončuje. I přes časté **návštěvy** zažila v nemocnici **chvíle osamělosti**. Nemoc chtěla prožívat **autenticky**, a tak odmítla nosit paruku. Místy se musí potýkat se **zbytečným soucitem** a **stereotypy** druhých. Od partnera i od rodiny cítila **lásku, podporu a péči**, přesto byla ráda za **návrat k samostatnosti**, kdy už nemusela své blízké omezovat. Přestože tehdejšímu partnerovi **nabízela ukončení vztahu**, zůstal s ní a byli tu navzájem jeden pro druhého.

6.2 Témata vzešlá z analýzy

V závěrečné fázi analýzy jsme našli 8 následujících vynořujících se témat, která se objevovala napříč zkoumaným zkušenostem respondentů: *Vnímání pozitivních i negativních následků, Pozitivní ovlivnění vztahů, Osobnostní růst, Fyzické následky nemoci a léčby, Zvládání různě intenzivních obav, Narušení vztahů, Narušení studijní dráhy, Podpora blízkých i přes náročnost situace*. Ke každému tématu, které v této části více popíšeme, uvádíme v tabulce i dílčí témata vynořující se v jednotlivých výpovědích.

Téma 1: Vnímání pozitivních i negativních následků

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Celkově pozitivní změna, prolínání pozitiv a negativ, smíření, snesitelnost
Křeslomysl	Celkově pozitivní zkušenost
Lišák	Převaha negativního
Oto	I přes pozitiva radši nepodstoupit
Andílek	Převaha přínosů, snesitelnost
Nezbeda	Zaměření na pozitiva, snesitelnost, přijetí situace, nevzdávání

Zkušenost onkologického onemocnění přinesla **všem respondentům** alespoň nějaké **negativní následky**, s kterými se dosud potýkají (konkrétně fyzické následky a obavy). Současně **všichni vnímají** alespoň jednu skutečnost ve svém životě, která byla zkušeností nemoci **pozitivně ovlivněna** (především pozitivní ovlivnění vztahů a osobností růst). V tom, jak respondenti zpětně hodnotí celou zkušenost, jsme v některých výpovědích našli určitou podobnost. Rockerka, Křeslomyšl, Andílek a Nezbeda svou **pozornost zaměřují spíše na vnímané přínosy**. Ve výpovědích Andílka, Nezbedy a Rockerky se přitom opakuje téma snesitelnosti nemoci, kdy svoji zkušenost nehodnotí jako výrazně náročnou. Podle Křeslomyšla mohlo být snášení nemoci horší pro lidi z jeho okolí než pro něj samého. Oto vnímá jak pozitiva, tak negativa plynoucí z prožité zkušenosti. Přínosy přitom tak výrazně neupřednostňuje před negativními následky. Lišák pociťuje především negativní aspekty celé zkušenosti, které jednoznačně převažují nad možnými pozitivy.

Téma 2: Pozitivní ovlivnění vztahů

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Ukončení nepravých vztahů, větší upřímnost, empatická komunikace
Křeslomyšl	Větší zapojení lidí do života, posílení přátelských vztahů
Lišák	Posílení blízkých vztahů, zlepšení vztahu s bratrem, obnovení rodinných vztahů, větší soucit
Andílek	Poznání nových přátel, možnost pomoci druhým
Nezbeda	Posílení vztahů (rodina, přítel), obnova vztahu (strýc), poznání nových lidí, potvrzení fungování, objímání při loučení

Napříč výpověďmi jsme našli významné téma pozitivního ovlivnění vztahů. Křeslomyšl, Lišák a Nezbeda vnímají, že zkušenost nemoci přinesla **posílení jejich vztahů**. U Křeslomyšla šlo o vztah s přáteli, kteří mu po návratu na koleje pomáhali. Nezbeda s Lišákem jmenovali posílení rodinných a partnerských vztahů, které zkušenost nemoci ovlivnila, přestože tyto vztahy fungovaly dobře i dříve. Pro Andílka a Nezbedu je důležité, jaké **nové lidi** díky pobytu v nemocnici **poznaly**. Andílek si uvědomuje, že bez zážitku nemoci by takové lidi nepoznala. Nezbeda má s novými lidmi spojené hezké vzpomínky na toto období. U Lišáka a Rockerky se objevuje téma **citlivosti k druhým lidem**. Lišák nyní pociťuje větší soucit s onkologicky nemocnými. Rockerka se zase snaží o empatii v komunikaci s lidmi, kteří mohou zažívat něco těžkého, aniž by to bylo zjevné. Lišák i Nezbeda jmenují téma **obnovení rodinných vztahů**. V případě Nezbedy jde o obnovu vztahu se strýcem, který ji navštívil v nemocnici. Lišák dává do souvislosti prožitou

zkušenost nemoci s odhodláním obnovit vztahy s bratrancem a sestřenicí. Oto se jako jediný nezmiňuje o tom, že by nemoc pozitivně ovlivnila jeho vztahy.

Téma 3: Osobnostní růst

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Opatrnost k sobě, sebeláska, menší sebelítost, silnější osobnost?
Křeslomysl	Životní nadhled, zklidnění osobnosti
Oto	Nadhled, klidnější osobnost
Andílek	Moudrost, méně stresu
Nezbeda	Sebeláska, hrdost

Zážitek vážné nemoci přináší většině respondentů rozvoj jejich osobnosti. Nalezli jsme především určitou **odevzdanost k tomu, co v životě přichází**, která se projevuje větším **nadhledem, klidem, moudrostí** nebo **menší sebelítostí**. Respondenti tak dokážou přijmout s větším klidem i nepříjemnou situaci a nenechají se tolik rozhodit okolnostmi. Rockerka, Křeslomysl i Oto tohle nastavení přímo spojují se zkušeností nemoci. Andílek u sebe podobné nastavení vnímala i dříve, zkušenost nemoci ji proto tímto způsobem ovlivnila jen do určité míry. I před nemocí na sobě pozorovala jiný pohled na nepříznivé životní události, které mohou přinést něco dobrého a lze je časem pochopit. Zklidnění osobnosti, které popisuje Oto se projevuje také snahou o **menší stres**, který zmiňuje i Andílek. Oba stres spojují se vznikem nemocí, a proto se snaží jej omezovat. Nezbeda a Rockerka nyní obě vnímají větší lásku k sobě samým. Nezbeda je na sebe hrdá díky tomu, jak situaci nemoci zvládala a Rockerka uvažuje o tom, že je její osobnost po celé zkušenosti silnější.

Téma 4: Fyzické následky nemoci a léčby

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Omezení pohybu, bolest
Křeslomysl	Mírné poškození plic, narušený krevní obraz
Lišák	Horší kvalita vlasů a vousů
Oto	Operace, neplodnost
Andílek	Bolest, omezení pohybu
Nezbeda	Narušená sklovina, zažívací potíže, gynekologické potíže – narušená plodnost, přechodně zvýšená váha

Všichni respondenti na svém těle pociťují nějaké fyzické následky nemoci a léčby. Jejich intenzita a s nimi spojené omezení se liší podle typu nádoru a typu léčby. Podobné následky

vnímají Andílek a Rokerka, které podstoupily operaci nohy. Vlivem operace obě pociťují **bolest** a jsou **omezeny v pohybu**, takže nemohou sportovat takovým způsobem jako dřív. I přesto, že Rokerka se s následky smířila a Andílek je už automaticky přijímá, občas situace na obě respondentky dolehne. Nezbeda se už s mnohými následky vypořádala nebo si na ně zvykla, stále ale bojuje s **gynekologickými obtížemi**. Oto je vlivem nemoci a léčby **trvale neplodný**. Přestože Křeslomyšl a Lišák také jmenovali nějaké fyzické následky, vnímají je pouze okrajově a necítí se kvůli nim omezení.

Téma 5: Zvládání obav různě intenzivních obav

Respondent	Nalezená témata
Rokerka	Narušení plodnosti, případný návrat – reakce okolí; nežití obavami, pozitivní myšlení
Křeslomyšl	Stín obav z návratu nemoci; nepravděpodobnost návratu, víra v Boží plán
Lišák	Mírné obavy z návratu nemoci, narušení plodnost
Oto	Návrat nemoci; nemyslet na návrat, zdravý člověk
Andílek	Zdraví případných vnoučat; důvěra Bohu, pozitivní myšlení
Nezbeda	Starosti s plodností, návrat nemoci; nikdo nemá jistotu

Všichni respondenti v souvislosti s nemocí zmiňují **určité obavy**, které ale většinou pomocí svého přesvědčení **zvládají**, a příliš se tak **neutápí ve strachu**. Někteří jmenují **obavy jen okrajově** (Křeslomyšl, Andílek). Jiní respondenti (Rokerka, Lišák a Nezbeda) zažívají **intenzivnější obavy** kvůli **nejisté plodnosti**, která mohla být narušena léčbou. Jde o významné téma, kterým se dodnes všichni tři zabývají. Rokerka a Nezbeda si i tak zachovávají naději, že se jim podaří mít vlastní děti. Pro Lišáka je těžké snášet především nejistotu. Případné **obavy z návratu nemoci** se někdy objevují v době pravidelných kontrol (Lišák, Oto). Všichni respondenti jsou si **vědomi možnosti návratu** onemocnění. Toto vědomí většinou doprovází informací o tom, jak se s takovou skutečností vypořádávají. Rokerka a Andílek si udržují pozitivní myšlení. Andílkovi mimo to, stejně tak jako Křeslomyšlovi pomáhá důvěra Bohu. Oto se snaží na možnost návratu onemocnění nemyslet a buduje v sobě přesvědčení, že je zdravý člověk. Rokerka se také snaží nežít obavami. I Lišák doufá, že se nemoc snad nikdy nevrátí. Nezbeda vnímá, že je na tom podobně jako všichni ostatní, protože nikdo nemá jistotu zdraví.

Téma 6: Narušení vztahů

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Nemoc jako bariéra, uzavření se, osamělost, přerušování vztahu s kamarádkou, zranění od druhých
Křeslomysl	Stigma vyvolávající rozpaky
Lišák	Uzavření se, neschopnost okolí bavit se o nemoci
Oto	Uzavření se, problémy navazovat partnerské vztahy
Andílek	Závist, strach druhých
Nezbeda	Přerušování vztahu s kamarádem, osamělost, stereotypy

V době nemoci vnímali respondenti určitý negativní zásah do vztahů s okolím. Většinou šlo o **přechodné narušení**, které postupně s ukončením léčby odeznělo. Rockerka, Lišák a Oto se po dobu léčby více **uzavřeli** a nemoc prožívali v kruhu svých nejbližších. Rockerka doma cítila bezpečí a klid od stálých dotazů na její vlasy. Oto si připadal nápadný, když šel ven v šátku. Prožívání nemoci sdílel pouze s nejbližšími, protože se chtěl vyhnout případnému odsuzování. Podobně prožíval nemoc Lišák, který také kvůli vypadáním vlasů nechtěl chodit ven. Rockerka a Nezbeda zmiňují téma **osamělosti**. Nezbeda ji zažívala v době, kdy za ní v nemocnici nemohly chodit návštěvy. Nemoc do určité míry vytvořila **bariéru ve vztazích**. Rockerka sice měla zájem o to být s přáteli, ti ji však nekontaktovali, protože předpokládali, že kvůli nemoci by se na setkání necítila. Lišák popisuje podobné chování blízkých, kteří se s ním neuměli o nemoci bavit, a tak o něj neprojevovali takový zájem, jaký by on sám potřeboval. I Křeslomysl vnímal rozpaky lidí kolem, kteří na nemoc neuměli reagovat a nechovali se k němu stejně. Nezbeda podobně jako Křeslomysl nemá ráda zbytečný soucit, který jim lidé projevovali. Rockerka a Nezbeda obě jmenovaly přerušování kamarádského vztahu, který se po nemoci zase obnovil.

Téma 7: Narušení studijní dráhy

Respondent	Nalezená témata
Rockerka	Odhodlání do školy – vstřícnost školy, podpora spolužaček, škola menší význam
Křeslomysl	Přerušování studia, náročný návrat k režimu
Lišák	Přerušování práce
Oto	Přerušování studia, náročný návrat k učení
Andílek	Dokončení maturity, škola menší význam, vysoká škola s ohledem na fyzické možnosti
Nezbeda	Odložení maturity, problémy s pamětí a soustředěním, náročný návrat k učení

Vzhledem k tomu, že většina respondentů procházela onemocněním v době ukončování střední školy nebo v průběhu vysoké školy, nemoc jim **zkomplikovala studium**. Křeslomyšl, Oto a Nezbeda **přerušili studium**. Křeslomyšl byl za tuto pauzu rád vzhledem ke svému špatnému fyzickému stavu. Nezbeda se posunutí maturitní zkoušky nejprve bránila, protože chtěla ukončit školu s jejími spolužáky, ovšem vzhledem k léčbě to nakonec nebylo možné. Podobné **odhodlání ke studiu** projevily i Andílek a Rokerka, které se díky podpoře školy a spolužáků nakonec přerušení vyhnuly. I přes odhodlání bylo u nich v porovnání s hodnotou zdraví méně důležité učit se do školy. Lišák, který v době nemoci už pracoval, přerušil práci. Návrat, na který se už těšil, zvládal bez větších obtíží.

Pro všechny respondenty, kteří přerušili studium (Křeslomyšl, Oto a Nezbeda), byl velmi **náročný návrat k učení**. Bylo pro ně těžké vrátit se k tomu, jak se byli zvyklí učit před nemocí. Nezbedě navíc návrat zkomplikovaly problémy s pamětí a se soustředěním. Křeslomyšl v nové třídě nenavázal vztahy se spolužáky. Narušení studijní dráhy je významnější v případě Nezbedy a Andílka. Nezbeda podruhé opakuje maturitní ročník, který musela po ukončení léčby vlivem delší absence celý opakovat. Andílek sice dokončila střední školu, kvůli nemoci se však přihlásila na vysokou školu až po přibližně dvouleté rekonvalescenci a obor si zvolila s ohledem na své fyzické možnosti.

Téma 8: Podpora blízkých i přes náročnost situace

Respondent	Nalezená témata
Rokerka	Podpora (rodiče, spolužačky, sestra, teta), význam partnera, náročnost pro okolí (rodina, přítel)
Křeslomyšl	Podpora (rodiče), náročnost pro okolí (rodiče, okolí)
Lišák	Podpora (rodiče, partnerka, kolegyně), pomoc bratra, zvládání díky komunikaci s blízkými, náročnost pro okolí (rodiče)
Oto	Podpora (rodiče, prarodiče, širší rodina, partnerka), zvládání díky abnormální podpoře rodiny
Andílek	Podpora (rodiče, střední škola), zvládání díky lidem, náročnost pro okolí (rodiče, kamarádi)
Nezbeda	Podpora (partner a jeho rodina, rodina, spolužáci, střední škola, kamarádi), náročnost pro okolí (rodiče, partner)

Podpora blízkých je jednoznačně dalším významným tématem ve výpovědích respondentů. Konkrétně jde o podporu rodičů i ostatních členů rodiny, partnerů a kamarádů, která je důležitou součástí celé zkušenosti nemoci. Všem respondentům v době nemoci **poskytovali rodiče péči**, jejíž součástí bylo doprovázení k lékařům, opečovávání při pobytu doma nebo navštěvování nemocnice. Respondenti kvůli nemoci **bydleli u rodičů**. Nezbeda a Andílek

odešly z internátu a nemoc mimo dobu hospitalizace prožívaly doma. Křeslomysl a Lišák se dočasně přestěhovali k rodičům z místa, kde studovali nebo pracovali. Oto kvůli nemoci nenastoupil na vysokou školu v jiném městě a zůstal tak také doma u rodičů. Rockerka dostala nabídku přestěhovat se ke svému příteli, kterou odmítla, protože se cítila dobře doma. Respondenti jsou za péči svých rodičů v tomto období vděční a váží si jí.

V době nemoci byli někteří v partnerském vztahu (Rockerka, Lišák, Oto, Nezbeda). Partneri byli ve všech případech **věrnými společníky** svých nemocných protějšků. Rockerka a Nezbeda vnímaly, jak těžká zkušenost pro partnery jejich nemoc byla. Lišák i Nezbeda dávali svým protějškům možnost odejít ze vztahu, aby tak nemuseli zůstat s onkologicky nemocným člověkem. Jejich partneři však tuto nabídku odmítali. Rockerka přemýšlela, zdali situaci nemoci její partner ustojí a obdivovala, že s ní přesto všechno zůstal. Respondenti si uvědomují, že jejich onemocnění bylo náročné pro jejich blízké. Andílek a Nezbeda se snažily držet lidi kolem sebe. Obě byly mnohdy více zaměřeny na to, jak jejich nemoc snáší ostatní než ony samy. Podobné smýšlení jsme našli i u Křeslomysla, podle kterého mohlo být snášení jeho nemoci horší pro jeho blízké než pro něj samého. Lišák si uvědomuje, že jeho rodiče nemoc těžce nesli a že své matce přidal mnoho starostí.

7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole odpovíme na stanovené výzkumné otázky na základě výsledků analýzy:

1. VO: V jakých konkrétních oblastech života bývalých onkologických pacientů se projevují případné pozitivní změny?

Bývalí onkologičtí pacienti si uvědomují pozitivní změny především ve dvou oblastech posttraumatického rozvoje (viz Tedeschi & Calhoun, 1996): **vztahy s druhými** a **osobnostní růst**. V oblasti pozitivního ovlivnění vztahů konkrétně mladí lidé například vnímají, že jejich vztahy, které fungovaly dobře i v době před nemocí, jsou vlivem této události posíleny. Zkušenost nemoci bývalým onkologickým pacientům umožnila poznat nové lidi. V některých případech navíc tato zkušenost zvýšila citlivost k druhým lidem nebo také pomohla obnovit rodinné vztahy. Osobnostní růst se u mladých lidí projevuje především odevzdaností k tomu, co v životě přichází. Bývalí pacienti se na události dívají s větším nadhledem a klidem, a také se snaží být méně ve stresu.

2. VO: V jakých konkrétních oblastech života bývalých onkologických pacientů se projevují případné negativní změny?

Bývalí onkologičtí pacienti vnímají **fyzické následky** nemoci a léčby. To, do jaké míry je pociťují a jak moc jsou jimi omezeni, je ovlivněno typem nádoru a jeho léčbou. Někteří pociťují následky jen minimálně, jiní se potýkají s bolestí a omezením pohybu, takže nemohou dělat aktivity stejně tak, jako tomu bylo před nemocí. Onkologické onemocnění přineslo do života bývalých pacientů **obavy** spojené především **s možností návratu onemocnění a možným narušením plodnosti**. S větší intenzitou jsou zakoušeny především starosti spojené s plodností. I přes vědomí možného návratu onemocnění se bývalí pacienti neutápí ve strachu a pomocí různých přesvědčení si udržují pozitivní myšlení.

3. VO: Jaká úskalí prožívají adolescenti a mladí dospělí vlivem zkušenosti onkologické nemoci vzhledem k vývojovým úkolům jejich věku?

V době nemoci a léčby zažívali mladí lidé **narušení vztahů**. To se projevovalo především jejich **uzavřeností** před okolím, kdy trávili čas pouze s nejbližšími. K uzavřenosti a

nevycházení ven mimo domov přispěla ztráta vlasů. V období léčby pociťovali někteří osamělost. Nemoc se stala určitou **bariérou**. Druzí lidé nevěděli, jak reagovat, nechovali se stejně jako dřív, neprojevovali dostatečnou pozornost nebo po dobu nemoci přerušili s nemocným vztah. Dalším úskalím **je narušení studijní dráhy**. Vlivem nemoci museli někteří přerušit studium. **Návrat k učení** byl po časové prodlevě **náročný**. Některým bývalým pacientům umožnily faktory jako jsou odhodlání, načasování nemoci, typ léčby a vstřícnost školy **ve studiu pokračovat**. Studium se však v průběhu léčby i přes odhodlání posunulo v žebříčku hodnot na nižší pozici. Vlivem onemocnění mladí lidé **bydleli u rodičů a přijímali od nich péči**, i pokud už žili samostatnějším životem. Tuto přechodnou změnu spojenou s větší péčí rodičů však mladí lidé nehodnotí negativně a jsou za poskytnutou podporu vděční.

Pro větší přehlednost uvádíme výsledky analýzy vzhledem k výzkumným otázkám v následující tabulce:

Pohled na zkušenost nemoci		Úskalí vzhledem k vývojovému období
<i>Prolínání pozitiv a negativ</i>		
Pozitivní změny	Negativní změny	Narušení vztahů
Vztahy s druhými lidmi	Fyzické následky	Narušení studijní dráhy
Osobnostní růst	Obavy	Bydlení u rodičů i přes předchozí osamostatnění

Tabulka 3: Přehledová tabulka výsledků analýzy

8 DISKUZE

Předmětem našeho výzkumu je možný posttraumatický rozvoj u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí. Cílem, který jsme stanovili, bylo popsat subjektivní zkušenost s onemocněním u této skupiny mladých lidí se zaměřením na případné pozitivní a negativní změny vnímané po ukončení léčby. Zkušeností nemoci jsme se zabývali mimo jiné i vzhledem k úkolům vývojového období adolescence a mladé dospělosti. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 6 respondenty jsme sesbírali data, která jsme následně analyzovali metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem analýzy byly případové studie popisující individuální zkušenost každého respondenta a 8 vynořujících se témat nalezených napříč jednotlivými případy.

Z osmi nalezených témat se pět týká vnímaných pozitivních a negativních změn (*vnímání pozitivních i negativních následků, pozitivní ovlivnění vztahů, osobnostní růst, fyzické následky nemoci a léčby, zvládání různě intenzivních obav*). Ostatní tři témata se vztahují k vývojovému období adolescence a mladé dospělosti (*narušení vztahů, narušení studijní dráhy, podpora blízkých i přes náročnost situace*). V následujících odstavcích rozvedeme úvahu nad zmíněnými tématy a srovnáme tato zjištění s názory jiných autorů. Považujeme za důležité připomenout povahu našeho výzkumu, který je zaměřený na subjektivní pochopení individuální zkušenosti respondentů. Hlavním cílem není zobecnění výsledků na cílovou populaci, proto k interpretaci přistupujeme s vědomím, že poznatky nelze vztáhnout na celou populaci bývalých onkologických pacientů. Jde jen o možnost, jak může být zkoumaná zkušenost prožívána.

V rámci analýzy výpovědí respondentů jsme našli téma vnímání pozitivních i negativních následků nemoci. Závažná zkušenost onkologické nemoci všem respondentům **přinesla alespoň jednu pozitivní změnu**, což je zcela v souladu se zjištěním výzkumného týmu Tanyi et al. (2021). Respondenti přitom individuálně hodnotí míru pocíťovaného posttraumatického rozvoje. Předpokládáme, že vnímání rozvoje může ovlivnit více faktorů, například i to, nakolik závažně hodnotí prožitou nemoc. Mareš (2012) se podobně jako Tedeschi a Calhoun (2014) vyjadřuje k optimálnímu rozmezí traumatické události. K tomu, aby došlo k rozvoji, musí událost člověku způsobit jisté obtíže, ale nesmí jej zcela zahltit. V souladu s jejich zjištěním nalézáme u respondentů, kteří hodnotí prožitou nemoc jako

poměrně snesitelnou, větší míru vnímaného rozvoje v porovnání s respondentem, který nemoc těžce snášel a vnímá především negativní následky nemoci. Je možné, že těžká zkušenost tohoto respondenta zahltila natolik, že nezbyl prostor pro iniciaci většího rozvoje. Na druhou stranu podle Tanyi et al. (2021) vykazují větší míru rozvoje spíše ti pacienti, pro které je nemoc vysoce stresující a traumatickou událostí. V míře tohoto jevu může na druhou stranu hrát roli také doba od ukončené léčby, která je v našem případě nejkratší právě u respondenta, u kterého převažují negativní následky nemoci. Pro zjištění toho, jak se posttraumatický rozvoj vyvíjí v čase, je nicméně třeba hlubšího vědeckého zkoumání. Podstatná část lidí podle Wu et al. (2019) dokáže vnímat rozvoj již půl roku po traumatické události a podle Wangové et al. (2014) lze v případě onkologického onemocnění zažívat rozvoj hned v prvním roce po operaci. Čas tedy podle nás nehraje zásadní roli v intenzitě vnímaného rozvoje.

Nalezená vynořující se témata v našem výzkumu z oblasti posttraumatického rozvoje jsou *pozitivní ovlivnění vztahů a osobnostní růst*. Vzhledem k dimenzím posttraumatického rozvoje podle Tedeschiho a Calhouna (1996) a jejich překladu dle Preisse (2009) tak respondenti vykazují rozvoj v dimenzích **vztahy s druhými a osobnostní růst**. Rozvoj v oblasti vztahů s druhými u adolescentů a mladých dospělých po onkologické nemoci zaznamenali pomocí kvalitativních výzkumů také týmy Hauken et al. (2019), Lehmannová et al. (2014) nebo Zamora et al. (2017). V rámci našeho výzkumu vnímali respondenti různé konkrétní způsoby, jakými byly vztahy ovlivněny. Někteří ve shodě se zjištěním podle Haukena et al. (2019) jmenovali posílení rodinných a přátelských vztahů. Dále se navíc opakovala témata jako seznámení s novými lidmi, citlivost k druhým a obnovení vztahů v rodině. Větší citlivost k druhým lidem, která byla nalezena v rámci výzkumů bývalých onkologických pacientů, bývá v některých případech řazena spíše do oblasti osobnostního rozvoje (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017). My jsme se však řídili popisem Tedeschiho a Calhouna (1996), kteří větší soucit k potřebám druhých řadí do oblasti vztahů s druhými.

Z našeho výzkumu vyplývá, že se rozvoj v dimenzi osobnostního růstu projevoval především odevzdaností k tomu, co v životě přichází. To odpovídá popisu autorů Tedeschiho a Calhouna (1996), podle kterých se osobnostní růst může projevovat větším přijetím toho, jak věci fungují. Ve shodě s výsledky výzkumu Zamory et al. (2017) mladí lidé v rámci našeho výzkumu popisují schopnost přijmout situaci, která k nim právě přichází. Podle zjištění z řady studií (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017; Wicks & Mitchell,

2010) naopak postrádáme ve výpovědích respondentů větší důraz na téma poznání vlastní síly, zvýšené sebevědomí nebo uvědomění si vlastních silných stránek.

Mimo témata týkající se rozvoje jsme v našem výzkumu našli také témata spojená s následky nemoci, konkrétně *fyzické následky nemoci a léčby a zvládání různě intenzivních obav*. Vzhledem k tomu, že respondenti netrpěli stejným typem nádorového onemocnění a podstoupili různou formu léčby, následky nemoci, které na svém těle pociťují, se liší. V souladu se zjištěním dle Haukena et al. (2019) někteří respondenti bojují s bolestí a s omezením pohybu. Stejně jako uvádí Straehla et al. (2017) jsou fyzické problémy nejčastěji spojeny s následky chemoterapie a operace. Dalším negativním následkem nemoci, který jsme našli v našem výzkumu, jsou obavy respondentů. Někteří respondenti je vnímají jen okrajově, jiní intenzivněji. Obavy, s kterými se respondenti vypořádávají pomocí různých přesvědčení, se týkají návratu nemoci i možnosti narušené plodnosti. Tento druh obav uvádí ve svém výzkumu tým Hauken et al. (2019). Na rozdíl od výsledků zahraničních studií se zdá, že nemoc významně nepostihla psychiku bývalých pacientů z našeho výzkumu. V současnosti totiž nezažívají žádné negativní pocity jako jsou úzkost, prázdnota, nepříjemné vzpomínky nebo frustrace a nedostatečnost, o kterých se jiné výzkumy zmiňují (Hauken et al., 2019; Wicks & Mitchell, 2010).

Poslední tři nalezená témata našeho výzkumu (*narušení vztahů, narušení studijní dráhy, podpora blízkých i přes náročnost situace*) jsme zařadili do okruhu týkající se vývojového období adolescence a mladé dospělosti. Téma *podpory blízkých* se podle nás týká důležitého tématu osamostatnění se od rodičů. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je v období adolescence jedním z úkolů **psychická diferenciacie od rodičů**, a v období mladé dospělosti je to pak **nezávislost na rodičích**. Onkologická nemoc způsobila, že všichni respondenti bydleli u svých rodičů, kteří se tak o své nemocné děti mohli starat. Stejně jako tvrdí Penn et al. (2017), došlo k dočasné závislosti na rodičích. Levinová et al. (2019) uvádí, že motivem k takovému připoutání je emoční podpora a potřeba pomoci s rozhodováním ohledně léčby. Respondenti popisovali významnou podporu rodičů, téma rozhodování o léčbě však nijak zásadně nezmiňují. Rodiče se do léčby zapojili kromě péče o své děti spíše doprovázením při návštěvách k lékařům. Přestože nezávislost na rodičích je jedním z hlavních úkolů adolescence a mladé dospělosti, respondenti nehodnotili dočasnou připoutanost k rodičům negativně a nevnímali ji jako nějaký problém.

Thorová (2015) řadí mezi úkoly adolescence **vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky**. V období nemoci prožívali respondenti z našeho výzkumu *narušení vztahů*.

Většinou šlo o přechodný stav, který z toho důvodu řadíme mezi úskalí týkající se vývojového období. Někteří respondenti se uzavřeli před širším okolím, především z důvodu vypadaných vlasů. Důvodem u některých byla stejně jako zmiňují Lehmannová et al. (2014) neochota bavit se o nemoci. Podle Straehla et al. (2017) vnímají mladí lidé vlivem nemoci negativní ovlivnění vztahů kvůli vážnoucí komunikaci s druhými lidmi a z důvodu obavy, že k nim budou lidé přistupovat jinak. Vážnoucí komunikaci a jiný přístup lidí někteří respondenti z našeho výzkumu dočasně vnímali také. V případě dvou respondentů také došlo k přechodnému narušení vztahů s blízkými, ke kterému vlivem onemocnění může dojít i podle zjištění Haukena et al. (2019).

Posledním nepopsaným tématem našeho výzkumu je *narušení studijní dráhy*. Respondenti se vlivem nemoci potýkali s komplikacemi v rámci studia, a někteří jej dokonce byli nuceni přerušit. Jak tvrdí Penn et al. (2017) nebo Warner et al. (2016) některým respondentům způsobila vážná nemoc zpoždění vyššího vzdělávání. Někteří respondenti zmiňovali náročný návrat k učení, s kterým se museli po vynucené pauze vypořádat. Díky jejich odhodlání i přes zažívané obtíže nedošlo v žádném případě k tomu, že by vlivem nemoci vzdali své studijní plány.

Onkologická nemoc a s ní spojená léčba respondentům znesnadnila plnění některých vývojových úkolů. I přesto se ale zdá, že ztížené podmínky tyto mladé lidi nijak zásadně nepoškodily. I když se jejich vývoj přechodně narušil (např. větší závislostí na rodičích, přerušením školní docházky nebo uzavřeností ve vztazích), po ukončení léčby se respondenti vrací k plnění vývojových úkolů. Podle Levinové et al. (2019) u dopívajících onkologických pacientů nelze očekávat stejný vývoj jako u běžné populace a některé projevy chování, jako je právě například připoutanost k rodičům, není vhodné pokládat za abnormální projevy. Lidé, kteří pracují s touto skupinou onkologických pacientů, by měli spolu s těmito mladými lidmi stanovit individuální cíle namísto toho, aby usilovali o plnění klasických vývojových úkolů.

Uvědomujeme si některé limity našeho výzkumu, které mohou mít vliv na zkreslení výsledků. V první řadě jde o naše nedostatečné zkušenosti s vedením rozhovoru. V rámci poslechu nahrávek a přepisu rozhovorů jsme nacházeli prostor pro lepší pokládání doplňujících otázek, které by umožnily získat bohatší data. Již na začátku tvorby otázek do rozhovoru jsme uvažovali nad možností zeptat se na vnímané přínosy a negativní změny zcela otevřeně, bez předem vytvořených doplňujících otázek. Je možné, že i přes naše snahy jsme mohli ovlivnit respondenty doplňujícími otázkami na konkrétní dimenze

posttraumatického rozvoje nebo na vnímané negativní změny. Z důvodu nedostatečných zkušeností pro nás ale bylo vhodné mít tyto doplňující otázky připravené. Vzhledem k tomu, že respondenti napříč rozhovory vnímali svůj rozvoj individuálně, předpokládáme, že nebyli ovlivněni nijak zásadně.

Celkové pochopení zkušenosti mladých lidí s onkologickou nemocí mohlo být zkresleno vlivem podmínek, které jsme vzhledem k etice výzkumu předem stanovili. Tím, že jsme do výzkumu hledali pouze ty respondenty, kteří se o své nemoci ochotně budou sdílet a kterým nevádí na dobu nemoci vzpomínat, je pravděpodobné, že jsme popsali jen část zkušenosti mladých onkologických pacientů. Respondenti z našeho výzkumu byli většinou zaměřeni na vnímaný posttraumatický rozvoj. Nemohli jsme tak dostatečně pochopit zkušenost například těch bývalých pacientů, kteří jsou nemocí negativně ovlivněni a kterým nemoc zásadně narušila životní běh.

Lidé, kteří prožijí těžkou zkušenost jako je onkologické onemocnění, mohou svým příběhem mnohé inspirovat, proto vidíme jako přínosné zabývat se tímto tématem. V době, kdy se téma posttraumatického rozvoje stalo v psychologii více populární, je naše práce pokusem o ucelený pohled na zkušenost nemoci. Zabýváme se totiž nejen vnímanými přínosy, které může nemoc člověku do života vnést, ale také negativními dopady zkušenosti. Na základě naší práce považujeme za důležité věnovat se různým věkovým skupinám onkologických pacientů zvlášť. Zpracování individuální zkušenosti adolescentů a mladých dospělých může pomoci psychologům při práci s touto specifickou skupinou. Bývalí pacienti by také na základě dalších poznatků mohli být doprovázeni po ukončení léčby, aby tak za podpory odborníků snadněji dosáhli návratu k plnění vývojových úkolů.

9 ZÁVĚR

Zkušenost onkologického onemocnění přinesla adolescentům a mladým dospělým, kteří se zapojili do našeho výzkumu, do života jak pozitivní, tak negativní změny. Tito mladí lidé vykazují prvky posttraumatického rozvoje v různých pěti dimenzích dle Tedeschiho a Calhouna (1996). Shodně jmenují především oblasti vztahy s druhými a osobnostní růst. V oblasti vztahů jmenují respondenti posílení vztahů, poznání nových lidí nebo obnovení rodinných vztahů. Někteří na sobě pozorují větší citlivost k druhým lidem. Zkušenost nemoci ve většině případů posílila rozvoj osobnosti, který se projevuje především větší odevzdaností k tomu, co k respondentům v životě přichází. Díky tomu jsou schopni většího nadhledu a klidu a snaží se méně stresovat.

Onkologické onemocnění přineslo do života respondentů negativní změny, s kterými se musí potýkat. Jsou to především fyzické následky nemoci a léčby, ale také nově vzniklé obavy. Fyzické následky nejsou u všech respondentů stejně intenzivní, záleží na typu nádoru a druhu léčby. Někteří respondenti dosud trpí bolestmi a cítí omezení v pohybu. Respondenti většinou pocítují alespoň minimální obavy z návratu onemocnění. Někteří zažívají intenzivnější obavy kvůli tomu, zda jim léčba nenarušila trvale plodnost. S obavami se ale vypořádávají pomocí svých přesvědčení.

Adolescenti a mladí dospělí v rámci našeho výzkumu prožívají vlivem vážného onemocnění specifická úskalí, která jim přechodně narušují možnost dosažení vývojových úkolů. Těmto respondentům podle našich zjištění přechodné narušení nezpůsobuje trvalé problémy a po ukončení nemoci se vrací k plnění úkolů. Vlivem nemoci docházelo k narušení vztahů. V této době byli mladí lidé více uzavření. Nemoc se stala určitou bariérou v některých vztazích. Z toho důvodu byl ohrožen úkol vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky, který uvádí Thorová (2015). Mladí pacienti se vlivem nemoci přechodně více připoutali ke svým rodičům, u kterých bydleli, aby o ně mohlo být postaráno. Návrat k intenzivnější péči rodičů je v rozporu s vývojovými úkoly psychické diferenciaci od rodičů a nezávislosti na nich, které jmenují Langmeier a Krejčířová (2006). Tuto podporu rodičů si respondenti cenili a byli za ni vděční. Náročná léčba respondentům narušila studijní dráhu. Někteří byli nuceni přerušit studium, a po delší prodlevě pak čelili náročnému návratu k učení. I přes obtíže spojené s léčbou žádný z nich nevzdal své studijní plány.

SOUHRN

Práce se věnuje tématu posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí. V teoretické části nejprve představujeme posttraumatický rozvoj. Počátky vědeckého zkoumání rozvoje podpořily osobnosti jako jsou V. E. Frankl, bývalý vězeň koncentračního tábora a zakladatel logoterapie, nebo S. Joseph, psycholog zabývající se přeživšími námořních katastrof (Mareš, 2012; Slezáčková, 2012). V období 90. let 20. století se následně do popředí dostalo několik výzkumníků, kteří navrhli různé modely tohoto konceptu. V současných pracích je nejvíce užívána terminologie autorů Tedeschiho a Calhouna (Mareš, 2012). Posttraumatický rozvoj definují jako pozitivní psychologické změny, které jsou zažívány na základě traumatizujících nebo velmi náročných situací (Tedeschi et al., 2018). Podle jejich zjištění k těmto změnám přitom dochází v pěti oblastech, kterými jsou vztahy s druhými, nové možnosti, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života (Tedeschi & Calhoun, 1996). Posttraumatický rozvoj ovlivňují různé proměnné, jako jsou subjektivní vnímání traumatické události a její kognitivní zpracování, osobnost, čas nebo sociální opora (Mareš, 2012).

V případě onkologického onemocnění se v těle nekontrolovatelně zvyšuje počet změněných buněk, které vytváří nádor (Orel, 2014). Náročnou léčbu, která je zaměřená na ničení buněk v těle, provází řada nežádoucích účinků (Adam et al., 2011). Adolescenti a mladí dospělí tvoří specifickou skupinu mezi dětskými a dospělými onkologickými pacienty (Bajčiová, 2011). Období adolescence a mladé dospělosti je zaměřeno na úkoly jakou jsou vytváření vlastní identity, budování autonomie, hledání životních hodnot a spirituality, nezávislost na rodičích, hledání partnera a zakládání rodiny (Langmeier & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015). Onkologické onemocnění, kvůli kterému jsou mladí lidé předčasně konfrontováni se smrtelností, stávají se více závislí na svých rodičích, přerušují sociální kontakty a trpí změnami fyzického vzhledu, může narušit dosahování vývojových úkolů (Belpame et al., 2016; B. J. Zebrack, 2011). Takové onemocnění však může do života kromě stresu přinést také zkušenost posttraumatického rozvoje (Tanyi et al., 2021).

V teoretické části práce se na závěr věnujeme poznatkům z kvalitativních výzkumů, které se zaměřují přímo na téma posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladých dospělých, přestože množství výzkumů na toto téma je omezené (Head & Iannarino, 2019; Straehla et al., 2017). Mladí lidé na základě zkušenosti onkologické nemoci vnímají změnu

v životních prioritách, dodržují zdravý životní styl, vnímají pozitivní ovlivnění vztahů nebo popisují rozvoj osobnosti (Hauken et al., 2019; Head & Iannarino, 2019; Zamora et al., 2017). Vlivem nemoci se adolescenti a mladí dospělí na druhou stranu potýkají s fyzickými následky léčby nebo s negativními pocity jako jsou osamělost, úzkost, nepříjemné vzpomínky nebo obavy z budoucnosti. Někteří mladí lidé navíc cítí, že jim nemoc narušila vztahy (Hauken et al., 2019; Straehla et al., 2017).

Cílem našeho výzkumu bylo popsat zkušenost onkologického onemocnění u adolescentů a mladých dospělých. Na základě výzkumných otázek jsme se přitom zaměřili na vnímané pozitivní a negativní dopady nemoci a na úskalí, která tito lidé vlivem nemoci prožívají vzhledem k vývojovým úkolům adolescence a mladé dospělosti. V souladu se stanoveným cílem jsme zvolili kvalitativní design. Metodou prostého záměrného výběru jsme vybrali 6 respondentů, kteří úspěšně ukončili léčbu onkologického onemocnění a pomocí polostrukturovaného interview jsme od nich sesbírali data. Ta jsme následně analyzovali metodou interpretativní fenomenologické analýzy, jejíž výsledky se skládají z rozboru individuální zkušenosti každého respondenta a z rozboru témat, která se vynořila v rámci analýzy všech případů.

Napříč výpověďmi respondentů jsme našli 8 vynořujících se témat, která se vztahují k pozitivním a negativním změnám a k úskalím v rámci plnění vývojových úkolů. Mladí bývalí pacienti vnímají vzhledem ke své zkušenosti jak negativní, tak pozitivní změny. Vykazují prvky posttraumatického rozvoje především v dimenzích vztahy s druhými a osobnostní růst. Na druhou stranu pociťují v různé míře fyzické následky léčby. Také vnímají různě intenzivní obavy spojené s možností návratu nemoci nebo s možným narušením plodnosti. Onkologická nemoc znesnadnila plnění vývojových úkolů jako jsou podle vývojových psychologů psychická diferenciaci od rodičů a nezávislost na nich nebo vytváření a udržování vztahů s vrstevníky (Langmeier & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015). Kvůli nemoci a její léčbě byla také narušena studijní dráha respondentů, kteří v některých případech museli dokonce přerušit studium. Z našich výsledků se narušené plnění vývojových úkolů jeví jako přechodný jev, s kterým se respondenti po ukončené léčbě vypořádali.

Uvědomujeme si limity výzkumu, jakými jsou naše nedostatečné zkušenosti s vedením rozhovoru, a především způsob výběru pouze těch respondentů, kteří jednoznačně vyjadřují ochotu sdílet svoji zkušenost. Z toho důvodu předpokládáme zkreslení výsledků ve prospěch posttraumatického rozvoje na úkor vnímaných negativních následků. Na

základě naší práce shledáváme jako důležité věnovat se různým věkovým skupinám onkologických pacientů individuálně. Poznatky z našeho výzkumu by mohly pomoci psychologům při práci s touto specifickou skupinou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Adam, Z., Krejčí, M., & Vorlíček, J. (2011). *Obecná onkologie*. Galén.

Adolescent and Young Adult Oncology Progress Review Group. (2006). *Closing the gap: Research and care imperatives for adolescents and young adults with cancer*. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, and the Live-Strong Young Adult Alliance. https://www.livestrong.org/sites/default/files/what-we-do/reports/ayao_prg_report_2006_final.pdf

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>

Bajčiová, V. (2011). Úvod. In V. Bajčiová, J. Tomášek, & J. Štěrba (Eds.), *Nádory adolescentů a mladých dospělých* (s. 1–6). Grada Publishing.

Belpame, N., Kars, M. C., Beeckman, D., Decoene, E., Quaghebeur, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). “The AYA director”: A synthesizing concept to understand psychosocial experiences of adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*, 39(4), 292–302. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000307>

Belpame, N., Kars, M. C., Beeckman, D., Decoene, E., Quaghebeur, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). The 3-phase process in the cancer experience of adolescents and young adults. *Cancer Nursing*, 41(3), E11–E20. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000501>

Bleyer, W. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: Epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/mpo.1257>

- Boehm-Tabib, E., & Gelkopf, M. (2021). Posttraumatic Growth: A Deceptive Illusion or a Coping Pattern That Facilitates Functioning? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 13(2), 193–201. <https://doi.org/10.1037/tra0000960>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (s. 3–23). Routledge. https://books.google.cz/books?id=BHEABAAAQBAJ&pg=PA98&dq=trauma+and+transition+tedeschi&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi5mbi4_NDwAhXP4KQKHeJoBI0Q6AEwAnoECAUQAg#v=onepage&q=trauma%20and%20transition%20tedeschi&f=false
- Canzona, M. R., Victorson, D. E., Murphy, K., Clayman, M. L., Patel, B., Puccinelli-Ortega, N., McLean, T. W., Harry, O., Little-Greene, D., & Salsman, J. M. (2021). A conceptual model of fertility concerns among adolescents and young adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 30(8), 1383–1392. <https://doi.org/10.1002/pon.5695>
- Close, A. G., Dreyzin, A., Miller, K. D., Seynnaeve, B. K. N., & Rapkin, L. B. (2019). Adolescent and young adult oncology – past, present, and future. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 485–496. <https://doi.org/10.3322/caac.21585>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- D’Agostino, N. M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing developmentally appropriate psychosocial care to adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*, 117(S10), 2329–2334. <https://doi.org/10.1002/cncr.26043>
- Denlinger, C. S., Ligibel, J. A., Are, M., Baker, K. S., Broderick, G., Demark-Wahnefried, W., Friedman, D. L., Goldman, M., Jones, L. W., King, A., Ku, G. H., Kvale, E.,

- Langbaum, T. S., McCabe, M. S., Melisko, M., Montoya, J. G., Mooney, K., Morgan, M. A., Moslehi, J. J., ... Freedman-Cass, D. A. (2016). NCCN Guidelines insights: Survivorship, version 1.2016. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 14(6), 715–724. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0073>
- Dimitrov, L., Moschopoulou, E., & Korszun, A. (2019). Interventions for the treatment of cancer-related traumatic stress symptoms: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 28(5), 970–979. <https://doi.org/10.1002/pon.5055>
- Frankl, V. E., & Lukas, E. S. (2006). *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*. Cesta.
- Frederick, N., Revette, A., Michaud, A., & Bober, S. I. (2019). A qualitative study of sexual and reproductive health communication with adolescent and young adult oncology patients. *Pediatric Blood and Cancer*, 66(6). <https://doi.org/10.1002/pbc.27673>
- Frühaufová, K., & Hulvert, J. (2017). *Zachování fertility u onkologicky nemocných v praxi*. Grada Publishing.
- Hauken, M. A., Grue, M., & Dyregrov, A. (2019). “It’s been a life-changing experience!” A qualitative study of young adult cancer survivors’ experiences of the coexistence of negative and positive outcomes after cancer treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(6), 577–584. <https://doi.org/10.1111/sjop.12572>
- Head, K. J., & Iannarino, N. T. (2019). “It changed our outlook on how we want to live”: Cancer as a transformative health experience for young adult survivors and their family members. *Qualitative Health Research*, 29(3), 404–417. <https://doi.org/10.1177/1049732318800674>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace* (4. vydání). Portál.

- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Cheng, C.-T., Ho, S. M., Hou, Y.-C., Lai, Y., & Wang, G.-L. (2020). Constructive, illusory, and distressed posttraumatic growth among survivors of breast cancer: A 7-year growth trajectory study. *Journal of Health Psychology*, 25(13–14), 2233–2243. <https://doi.org/10.1177/1359105318793199>
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., & Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology*, 56(3), 428–436.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychosocial framework. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (s. 3–20). John Wiley & Sons Inc. <https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=7K4Qf1b1PtAC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Trauma,+recovery,+and+growth:+Positive+psychological+perspectives+on+posttraumatic+stress&ots=7GFb0bTNhj&sig=el1816STlEmgjX7X6Zh0lopF3PU&re>

dir_esc=y#v=onepage&q=Trauma%2C%20recovery%2C%20and%20growth%3A%20Positive%20psychological%20perspectives%20on%20posttraumatic%20stress&f=false

- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6(2), 271–279. <https://doi.org/10.1002/jts.2490060209>
- Klener, P. (2011). *Základy klinické onkologie*. Galén.
- Klimpl, P. (2009). Krizová intervence: Ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 234–238.
- Kostníková, J. K., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych, *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Koutná, V., Blatný, M., & Jelínek, M. (2021). Posttraumatic stress and growth in childhood cancer survivors: Considering the pathways for relationship. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(1), 105–117. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1789907>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Lehmann, V., Grönqvist, H., Engvall, G., Ander, M., Tuinman, M. A., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Mattsson, E., & von Essen, L. (2014). Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: An interview-based longitudinal study in Sweden. *Psycho-oncology*, 23(11), 1229–1235. <https://doi.org/10.1002/pon.3549>
- Levin, N. J., Zebrack, B., & Cole, S. W. (2019). Psychosocial issues for adolescent and young adult cancer patients in a global context: A forward-looking approach. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(8), e27789. <https://doi.org/10.1002/pbc.27789>

- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11. <https://doi.org/10.1023/b:jots.0000014671.27856.7e>
- Maercker, A., & Zöellner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada.
- Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 29(4), 604–616. <https://doi.org/10.1002/pon.5314>
- Masarykův onkologický ústav. (n.d.). *Prevence po onkologické léčbě*. Získáno 20. února 2022 z <https://www.mou.cz/prevence-po-onkologicke-lecbe/t1293>
- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- National Cancer Institute. (n.d.). *Cancer stat facts: Cancer among adolescents and young adults (AYAs)*. Získáno 1. února 2022 z <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/aya.html>
- Ochoa Arnedo, C., Sánchez, N., Sumalla, E. C., & Casellas-Grau, A. (2019). Stress and growth in cancer: Mechanisms and psychotherapeutic interventions to facilitate a constructive balance. *Frontiers in Psychology*, 10(4), 177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00177>
- Orel, M. (2014). *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. Grada.

- Patterson, P., McDonald, F. E. J., Zebrack, B., & Medlow, S. (2015). Emerging issues among adolescent and young adult cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.11.006>
- Penn, A., Kuperberg, A., & Zebrack, B. J. (2017). Psychosocial issues in adolescent and young adult patients and survivors. In A. Bleyer, R. Barr, L. Ries, J. Whelan, & A. Ferrari (Eds.), *Cancer in adolescents and young adults* (s. 583–602). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33679-4_23
- Preiss, P. M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 12–18.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe – Testcentrum.
- Shand, L. K., Cowlishaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634. <https://doi.org/10.1002/pon.3719>
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39–54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Spiegel, D., & Yalom, I. D. (1984). A support group for dying patients. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness 2: New perspectives* (s. 405–417). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4772-9_28
- Straehla, J. P., Barton, K. S., Yi-Frazier, J. P., Wharton, C., Baker, K. S., Bona, K., Wolfe, J., & Rosenberg, A. R. (2017). The benefits and burdens of cancer: A prospective

- longitudinal cohort study of adolescents and young adults. *Journal of Palliative Medicine*, 20(5), 494–501. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0369>
- Světová zdravotnická organizace. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Psychiatrické centrum.
- Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Grada.
- Tanyi, Z., Mirnics, Z., Ferenczi, A., Smohai, M., Mészáros, V., Kovács, D., Jakubovits, E., & Kövi, Z. (2021). Cancer as a source of posttraumatic growth: A brief review. *Psychiatria Danubina*, 32(4), 3–13. Scopus.
- Taylor, S. e. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Tedeschi, R. G., & Blevins, C. L. (2015). From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 26(4), 373–376. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075354>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455. <https://doi.org/10.1007/bf02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic Growth: Conceptual Issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 1–22). Erlbaum. <https://books.google.cz/books?id=Bs6QAgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Po>

sttraumatic+growth:+Positive+changes+in+the+aftermath+of+crisis&hl=cs&sa=X
&redir_esc=y#v=onepage&q=Posttraumatic%20growth%3A%20Positive%20chan
ges%20in%20the%20aftermath%20of%20crisis&f=false

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
https://books.google.cz/books?id=EtFfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Posttraumatic+Growth:+Theory,+Research,+and+Applications&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Posttraumatic%20Growth%3A%20Theory%2C%20Research%2C%20and%20Applications&f=false

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Tsai, J., & Pietrzak, R. H. (2017). Trajectories of posttraumatic growth among US military veterans: A 4-year nationally representative, prospective cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(5), 483–492. <https://doi.org/10.1111/acps.12800>

Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2018). *Novotvary 2018: Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice*.
<https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E., & Lie, H. C. (2021). Fear of cancer recurrence among young adult cancer survivors-exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 15(4), 497–508. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00943-2>

Victorson, D., Garcia, S. F., Sanford, S., Snyder, M. A., Lampert, S., & Salsman, J. M. (2019). A qualitative focus group study to illuminate the lived emotional and social impacts of cancer and its treatment on young adults. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(6), 649–659. <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0028>

- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): Psychologická pomoc obětem válek a katastrof* (1. vydání). Portál.
- Wang, A. W., Chang, C., Chen, S., Chen, D., & Hsu, W. (2014). Identification of posttraumatic growth trajectories in the first year after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1399–1405. <https://doi.org/10.1002/pon.3577>
- Warner, E. L., Kent, E. E., Trevino, K. M., Parsons, H. M., Zebrack, B. J., & Kirchhoff, A. C. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*, 122(7), 1029–1037. <https://doi.org/10.1002/cncr.29866>
- Wicks, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 778–785. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01139.x>
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
- Zamora, E. R., Yi, J., Akter, J., Kim, J., Warner, E. L., & Kirchhoff, A. C. (2017). ‘Having cancer was awful but also something good came out’: Post-traumatic growth among adult survivors of pediatric and adolescent cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.02.001>
- Zebrack, B. J. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(S10), 2289–2294. <https://doi.org/10.1002/cncr.26056>
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., Embry, L., Block, R., Hayes-Lattin, B., & Cole, S. (2015). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth among adolescent and young adult

(AYA) cancer patients. *Psycho-oncology*, 24(2), 162–168.
<https://doi.org/10.1002/pon.3585>

SEZNAM PŘÍLOH

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Otázky do polostrukturovaného interview
5. Ukázka kódování dat

PŘÍLOHA Č. 1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ČESKÉM JAZYCE

Název práce: Možnosti posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí

Autor práce: Bc. Petra Slámková

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

Počet stran a znaků: 97, 200 543

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 77

Abstrakt:

Cílem práce je popis zkušenosti adolescentů a mladých dospělých s onkologickou nemocí. Výzkumné otázky se zaměřují na vnímané pozitivní a negativní změny a na úskalí, kterým pacienti čelí vzhledem k vývojovým úkolům. V teoretické části je představen posttraumatický rozvoj. Dále jsou uvedena specifika vývoje adolescentů a mladých dospělých s onkologickým onemocněním. Na závěr jsou shrnuty zahraniční kvalitativní výzkumy na téma vnímaných přínosů a těžkostí této specifické skupiny. Pro výzkum je volen kvalitativní design. Metodou prostého záměrného výběru bylo osloveno šest adolescentů nebo mladých dospělých s ukončenou léčbou onkologického onemocnění. Pomocí polostrukturovaného interview byla sesbíráná data analyzována metodou fenomenologické interpretativní analýzy. Výsledky jsou zpracovány do jednotlivých případových studií, jejichž analýzou bylo nalezeno 8 vynořujících se témat. Ta ukazují, že respondenti po nemoci vnímají pozitivní změny (v oblastech vztahy s druhými, osobnostní rozvoj) zároveň s negativními změnami (fyzické následky léčby, obavy). Vlivem nemoci došlo k dočasnému narušení plnění některých vývojových úkolů (nezávislost na rodičích, budování vztahů).

Klíčová slova: adolescenti a mladí dospělí, posttraumatický rozvoj, onkologická nemoc, bývalí onkologičtí pacienti

PŘÍLOHA Č. 2: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ANGLICKÉM JAZYCE

Title: Possibilities of posttraumatic growth among adolescents and young adults with the cancer experience

Author: Bc. Petra Slámková

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 97, 200 543

Number of appendices: 5

Number of references: 77

Abstract:

Aim of this thesis is to describe the experience of adolescents and young adults with cancer. Research questions focus on perceived positive and negative changes and patients' difficulties with achieving developmental tasks. In the theoretical part, posttraumatic growth is presented. The specifics of the development of adolescents and young adults with cancer are also mentioned. Finally, foreign qualitative researches on this specific group's perceived benefits and difficulties are summarised. A qualitative design is chosen for the study. Six adolescents or young adults with completed cancer treatment were approached using the method of purposive sampling. The data were collected using a semi-structured interview and analyzed using phenomenological interpretative analysis. The results consist of individual case studies and eight emerging themes. These show that post-sickness respondents perceive positive changes (in the areas of relating to others and personal strength) at the same time as negative changes (physical consequences of treatment, concerns). The effects of the disease have temporarily disrupted the achievement of specific developmental tasks (autonomy from parents, building relationships).

Key words: adolescents and young adults, posttraumatic growth, cancer, cancer survivors

PŘÍLOHA 3: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Možnosti posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladých dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí**

Autor práce: Petra Slámková

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

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu na téma Možnosti posttraumatického rozvoje u adolescentů a mladších dospělých se zkušeností s onkologickou nemocí a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce. Získaná data budou považována za důvěrná a zcela k dispozici budou pouze výzkumníkovi a vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Výzkum zahrnuje nahrávání rozhovoru, jeho následný přepis a zhodnocení anonymizovaných dat. Data od každého respondenta budou zpracována do jednotlivých případových studií a následně budou souhrnně analyzována s daty získanými od ostatních respondentů. Dříve než budou data z jednotlivých případových studií prezentována, budou respondentovi poskytnuta ke schválení s jejich prezentováním.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

PŘÍLOHA 4: OTÁZKY DO POLOSTRUKTUROVANÉHO INTERVIEW

Sociodemografické údaje

Věk; Student/pracující; Věk v době nemoci; Trvání léčby; Rodinný stav; Fáze léčby (jak často kontroly); Zvolená přezdívka

Hlavní část

1. Jedno známé přísloví tvrdí „Všechno zlé je k něčemu dobré“. Vy máte za sebou vážnou nemoc, která by se jistě dala označit za náročnou životní událost. Jak moc ve Vašem případě podle Vás platí toto přísloví?

- Co dobrého Vám konkrétně do života tato zkušenost přinesla? Napadá Vás ještě něco, co Vám zkušenost nemoci do života přinesla? Pokud ano, co?
- VZTAHY S DRUHÝMI:
 - o Jak moc zkušenost nemoci pozitivně ovlivnila Vaše vztahy? Co konkrétního tato zkušenost do Vašich vztahů přinesla? Které vaše vztahy byly například nějak pozitivně ovlivněny?
- OSOBNÍ RŮST:
 - o Jak moc byste řekl(a), že zkušenost nemoci přinesla něco dobrého Vaší osobě? Co konkrétně Vaší osobnosti tato zkušenost přinesla?
- NOVÉ MOŽNOSTI:
 - o Objevila jste díky zkušenosti nemoci ve svém životě něco nového? Jestliže ano, co to bylo? Jak moc se změnil po nemoci Váš životní styl?
- OCENĚNÍ ŽIVOTA:
 - o Když se zamyslíte nad Vašimi životními hodnotami, nakolik je vaše zkušenost nemoci ovlivnila?
- SPIRITUÁLNÍ ZMĚNA:
 - o Označil(a) by(ste) se(s) za věřícího člověka? Jak moc se zajímáte o duchovní záležitosti? Změnilo se u vás něco v duchovní oblasti od doby nemoci? Pokud ano, co konkrétně?

2. Zamýšlel(a) jste se teď nad přínosy, které díky zkušenosti nemoci můžete ve svém životě vnímat. Napadá mě, že se také říká, že nic není černobílé. Když se zamyslíte nad tím, kým jste před nemocí byl(a), napadá Vás naopak něco negativního, co Vám nemoc způsobila? Jestliže ano, co byste jmenoval(a)?

- Co dalšího, s čím se vlivem zkušenosti s nemocí musíte v životě potýkat, Vás napadá? Napadá Vás ještě něco, čím Vám nemoc negativně ovlivnila?
- TĚLO:
 - o Léčba onkologického onemocnění mnohdy může zanechat na těle různé následky. Projevili se na Vás nějaké následky léčby? S jakými následky léčby jste se potýkal(a)? Nakolik tyto následky přetrvávají až do teď? Jak to zvládáte?
- PSYCHIKA:
 - o Náročná nemoc a s ní spojená léčba může ovlivnit také prožívání. Jak jste se cítil(a) po ukončení léčby? S jakými negativními pocity jste se musel(a) potýkat?
 - o Jak moc takové pocity prožíváte i teď v současnosti?

- VZTAHY:
 - V souvislosti s možnými přínosy jsme se bavili o vztazích. Nakolik zkušenost Vaši nemoc negativně ovlivnila Vaše vztahy?
 - Které vztahy od doby nemoci už neudržíte?
 - Co Vám nemoc ve Vašich vztazích vzala?
- OBAVY Z BUDOUCNOSTI:
 - Čeho jste se po ukončení léčby nejvíce obával(a)?
 - Jak moc se těmito obavami zabýváte i teď v současnosti?
 - Obáváte se do budoucna ještě něčeho v souvislosti s prožitou nemocí (jestliže ano, čeho)?

3. Když se zamyslíte nad vnímanými přínosy a ztrátami, které jste v souvislosti s nemocí jmenoval(a), co z toho podle Vás nakonec převažuje? Jak to celé vnímáte?

4. Jakou roli ve vaší zkušenosti s nemocí hráli lidé?

- S kým jste období nemoci nejvíce prožíval(a)?
- Jakou roli hráli ...
- RODIČE
 - Jak nemoc prožívali Vaši rodiče?
 - Jak s Vámi nemoc prožívali OSTATNÍ ČLENOVÉ RODINY?
- PARTNER
 - Měl(a) jste v průběhu období Vaší nemoci partnera(partnerku)?
 - Jak Vaši nemoc prožíval(a) Váš partner?
 - Jak jste spolu toto období zvládali?
 - Co pro Vás bylo těžké ve vašem vztahu? (PARTNER AŽ PO NEMOCI: Jak moc jste sdílela zkušenost nemoci s Vaším současným partnerem? Jak na to reagoval? // BUDOUCÍ PARTNER: Jak moc hodláte s Vaším budoucím partnerem sdílet Vaši zkušenost nemoci?)
- PŘÁTELÉ
 - Jak moc jste Vaši nemoc sdílel(a) se svými přáteli / se spolužáky ve škole /s kolegy v práci?
 - S kterými přáteli jste nemoc prožíval(a) nejvíce? Jak moc ví Vaši současní přátelé o Vaší zkušenosti nemoci?

5. Jaký byl váš příběh od objevení diagnózy po ukončení léčby?

6. Blížíme se k závěru rozhovoru. Nejen, že jste se dokázal(a) vypořádat s tak vážnou nemocí, ale dokázal(a) jste dokonce vytěžit z takové těžké události něco dobrého pro svůj život. Jak se Vám podle Vás povedlo, že ve Vašem případě přísloví „Všechno zlé je k něčemu dobré“, skutečně platí?

(V případě nenalezení přínosů: **Blížíme se k závěru rozhovoru. Dokázal(a) vypořádat s tak vážnou nemocí. Zajímalo by mě, jak se Vám to podle Vás povedlo?**)

PŘÍLOHA Č. 5: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ DAT

Co ti vlastně taková zkušenost přinesla? <u>Tak budu materiální. Nebo to není materiální. Přátelství, nové přátelství. Asi tu moudrost... Nevím, asi určitě. Moudrost. Hlavně mně se líbí, že když fakt někdo zažije v životě těžké období nebo něco, tak to můžu, tady toto, co se mi stalo, nějak jako zredukovat a dát jako aji příklad, protože to je lepší, když někdo něco zažívá těžkého, tak můžeš říct, že taky jsi zažívala něco těžkého, takže to vlastně může někomu pomoci a nakopneš někoho. Nevím, jak to specifikovat, ale nějak. Ale chápeš, jak to myslím, nevím, jak to pojmenovat... Co mi to všechno přineslo? Nevím, jestli... Nebo, takto, nebylo to hned potom, to taky trvalo nějaký čas, ale myslím, že nějakou vyrovnanost. Ale to jako má asi všechno se vším. Protože mně se i hodně věcí stalo potom, potom jakože hodně věcí se mi stalo a možná všechno se tak nastrojilo, že potom člověk se cítí hodně vyrovnaně a takový jako klidnější. Ne, takový umoudřejší, vyspělejší, můžeš někomu fakt jako pomoci, snažíš se jako to vnímat jinak trochu, ten život</u>	Nová přátelství Moudrost Zkušenost jako příklad pro někoho, kdo zažívá těžké období – pomoc a nakopnutí Po nějakém čase vyrovnanost Hodně věcí se stalo i po nemoci – ,<i>Všechno se vším</i>‘ → vyrovnanost, klid, umoudřelost, vyspělost Pomoc druhým Vnímání života jinak	Přínosy_ Nová přátelství 27.747 Přínosy_ Moudrost 27.748 Přínosy_ Vlastní příklad jako pomoc 27.750 Přínosy? časem vyrovnanost 27.756 Přínosy_ I další zkušenosti 27.757 Přínosy_ Vyrovnanost 27.759 Přínosy_ Moudrost 27.759, Přínosy_ Možnost pomoci 27.760 Přínosy_ Jiné vnímání 27.761	Nová přátelství Osobní růst Možnost pomoci Nejednoznačný přínos jen z nemoci Nejednoznačný přínos jen z nemoci
(...)K čemu mi ten stres je, však mi to nepomůže. A pak to jde nějak jako líp, snažím se to jako. Hlavně, jo, větší víru v Boha jsem si odnesla, větší víru v Boha. To by mě zajímalo, to jsem se právě chtěla zeptat, na tu oblast víry, jestli je nějak ovlivněná? To hodně, si myslím, asi úplně nejvíc. Vidíš, to ti nevím, proč mě nenapadlo hned, to člověk, až jak víc přemýšlí... A tak tys už o tom vlastně říkala. Mně to z toho tak vyznělo, jak jsi říkala, že jsi to prožívala s Bohem a tak... <u>Mně se děly záranky i před tím, jo. Já vím, že prostě Bůh existuje, protože to prostě cítím, ale tady po tomto je to úplně něco jiného, to je takové něco nepopsatelného. Nevím ani, jak to popsat, ale prostě víš, že je. A potom, když je tady toto, ta etapa, a potom je další etapa, tady tato, co se mi teď děje, že chodím do práce a tak, tak si říkáš, ne, prostě, když jsem zvládla tady toto, jo... Takto, si říkáš, to fakt muselo být asi hodně náročné, protože někteří to mají a fakt to nesou těžce. Tak už to, že jsem tu psychiku měla už od začátku v pohodě, tak prostě to není jenom moje prostě, to prostě Bůh mi pomohl tady v tomto, takže už tady toto, že mi pomohl takto, tou psychikou, tím, že jsem to všechno zvládla, tak už zvládnou prostě všechno, když budu fakt věřit úplně Bohu a třeba dřív... (...)</u>	Nestresovat se Větší víra v Boha Nepopsatelná víra v Boha <i>„Když jsem zvládla toto“, někteří to tak nezvládají – nakopnutí díky zvládnutí situace? Víra v sebe? Spíš v Boží zázrak, protože to vnímá jako důkaz Boží pomoci</i> Pomoc Boha v dobrém psychickém zvládnutí <i>„... tak už zvládnou prostě všechno, když budu fakt věřit úplně Bohu“ – nevím ještě, jak pojmenovat, ale přijde mi to hodně důležité</i>	Přínosy_ Stres nepomůže 32.884 Přínosy_ Větší víra 32.886 Přínosy_ nepopsatelná víra 32.895 Vědomí zvládnutého 32.898 Někteří těžce nesou 32.899 Psychická pohoda jako Boží pomoc 32.902 Zvládnutí všeho s vírou Bohu 32.903	Osobní růst Spirituální růst Spirituální růst Spirituální růst Spirituální růst