

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Potřeby pacientů v adolescenci a mladé dospělosti
se spondylolistézou**

The needs of adolescent and young adult patients with spondylolisthesis



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Šťastná

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

Olomouc

2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Potřeby pacientů v adolescenci a mladé dospělosti se spondylolistézou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla veškeré použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 23. 3. 2018

Podpis.....

Poděkování

Mé díky patří psychologii. Oboru, který mi umožňuje poznávat samu sebe a i v těžkých životních situacích vidět příležitost tyto situace změnit v něco pozitivního nebo užitečného. Stejně tak děkuji vyučujícím z katedry psychologie v Olomouci, neuvěřitelně vzdělaným a inspirativním lidem, především pak vedoucímu práce, Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D.

Děkuji PhDr. Davidovi Smékalovi, Ph.D. za odborné konzultace.

Děkuji MUDr. Janu Hradilovi, který nejen že mi umožnil žít plnohodnotnější život s onemocněním páteře, ale také mi pomohl sehnat respondenty do tohoto výzkumu.

Děkuji pak samotným účastníkům za jejich čas a sílu svěřit se s těžkým tématem. Každý z těchto rozhovorů byl jedinečným zážitkem, který mě utvrdil v tom, že tato práce má vzniknout.

Děkuji Mgr. Miroslavu Řehákovi za korekturu práce.

A v neposlední řadě děkuji svým rodičům, kteří mi umožnili studovat a stojí za mnou za všech okolností.

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÉ UKOTVENÍ.....	6
1 Zdraví a nemoc.....	7
1.1 Medicína v rámci celostního pohledu.....	7
2 Potřeby.....	10
2.1 Klasifikace potřeb	10
2.2 Teorie potřeb.....	11
2.3 Potřeby z hlediska vývojových období.....	13
2.3.1 Adolescence	14
2.3.2 Mladá dospělost	15
2.4 Potřeby v nemoci	16
2.4.1 Nejdůležitější potřeby v nemoci	17
2.4.2 Výzkumy potřeb v nemoci	20
3 Vztah lékař – pacient	24
3.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem.....	25
3.1.1 Modely komunikace	26
3.1.2 Komunikace lékaře s adolescentem	26
3.2 Sdělování diagnózy	26
3.3 Psychogenní iatropatogeneze	28
3.4 Příprava na operaci.....	29
4 Zvládání nemoci.....	30
4.1 Strategie zvládání.....	30
4.2 Obranné mechanismy	32
4.3 Reakce pacienta na nemoc	34
5 Vertebrogenní onemocnění	35
5.1 Bolest.....	35
5.2 Stavba páteře	36

5.3 Spondylolistéza	38
5.3.1 Dělení spondylolistézy	38
5.4 Kořenové syndromy	41
5.5 Psychologické studie u pacientů s onemocněním páteře.....	42
VÝZKUMNÁ ČÁST	46
6 Metodologický rámec výzkumu.....	47
6.1 Cíle výzkumu	47
6.2 Cílová skupina.....	48
6.3 Výzkumné otázky.....	48
6.4 Metody zpracování dat	48
6.5 Výzkumný soubor	49
6.5.1 Výběr participantů.....	50
6.6 Metody sběru dat	51
6.6.1 Pilotní výzkum	52
6.7 Technické zabezpečení.....	52
6.8 Etika výzkumu	52
7 Výsledky výzkumu.....	54
7.1 Výsledky vzhledem k výzkumným otázkám.....	107
8 Diskuze.....	114
9 Závěry.....	128
10 Souhrn.....	130
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	135
LITERATURA A ZDROJE	136
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Dnešní doba mění pohled na nemoc i na lékařskou péči, která je, na rozdíl od dob dřívějších, doplňována dalšími složkami, včetně té psychologické.

Psychologická podpora se jeví jako důležitý faktor pro přijetí nemoci, ale i při úzdavě a následné rehabilitaci. Pro tyto účely slouží řada zařízení, organizací, svépomocných skupin i samotných psychologů, kteří jsou nemocným k dispozici. Často se ale tyto zaměřují pouze na vybrané druhy onemocnění.

Když jsem sama v 15 letech zjistila, že mám onemocnění páteře, nebyla mi nabídnuta konzultace s psychologem, co víc, sdělování diagnózy, empatie lékaře nebo podávání informací bylo přinejmenším nedostatečné. Díky této zkušenosti jsem se začala zamýšlet nad tím, jaký přístup by pro mě byl vyhovující a jak takovou životní situaci prožívají jiní lidé.

Téma pro mě bylo atraktivní také proto, že je v naší zemi jen málo probádané. Zdá se, jako kdyby se na taková onemocnění pro jejich menší závažnost zapomnělo. Pokud se totiž někdo psychologicky zabývá nemocí, jedná se často o choroby závažné nebo smrtelné.

Cílem této práce je tedy zaměřit se na pacienty s diagnózami, které jsou lehčí, přesto však psychiku velice zatěžující. Výsledkem by mělo být zejména poukázání na tuto problematiku a připomenutí, jak je důležité myslet komplexně. Slibujeme si získání informací, které dopomohou ke zlepšení současných podmínek a ulehčí pacientům přijetí nemoci.

Výzkum je konkrétně zaměřen na zachycení potřeb adolescentů a mladých dospělých se závažným onemocněním bederní páteře, spondylolistézou, a to v období mezi zjištěním diagnózy a návratem do běžného života po uskutečnění operativního zákroku.

TEORETICKÉ UKOTVENÍ

V teoretické části práce se zaměřujeme na jednotlivá témata související s výzkumem popsaným v části druhé.

Vzhledem k tomu, že se jedná o práci z prostředí nemocnic, začínáme kapitolou o zdraví a nemoci, kde se také zmiňujeme o celostním pohledu na medicínu.

Druhá kapitola se týká potřeb, které vnímáme jako stěžejní téma práce, proto se mu věnujeme podrobněji. Z obecného výkladu přecházíme k potřebám a vývojovým úkolům v období adolescence a mladé dospělosti, na které je práce orientovaná. Cílem tu je nastínit, čím si prochází zdravý jedinec, abychom si tak dokázali představit, co všechno se vlivem nemoci může změnit. Pokračujeme pak potřebami v nemoci, které doplňujeme o výzkumy.

Dále vidíme jako cenné dotknout se otázky vztahu mezi lékařem a pacientem, kde se zabýváme způsobem jejich komunikace, sdělováním diagnózy nebo možnými problémy, které mohou v tomto obtížném mezilidském kontaktu nastat. Tyto kapitoly se našeho tématu dotýkají zdánlivě jen okrajově, pro autory však více než úzce souvisejí s reakcí pacienta a jeho vyrovnáváním se s nemocí, od čehož se potom odvíjejí i jeho potřeby.

Jelikož se práce zaměřuje na pacienty s onemocněním bederní páteře, vnímáme jako nezbytné uvést čtenáře i do této problematiky, proto na závěr uvádíme kapitolu o páteři a některých jejích poruchách včetně spondylolistézy.

1 Zdraví a nemoc

Abychom mohli plně pochopit, co to je nemoc, uvedeme nejprve definici pojmu zdraví.

Světová zdravotnická organizace vymezila **zdraví** jako „*Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduhu*“ (WHO, 1948). Callahan (1996, in Baštecká, Mach et al., 2015) ale dodává, že není možné, abychom dosáhli stavu perfektního zdraví. Definuje proto se svými kolegy zdraví jako stav všeobecné pohody, kdy i přes zdravotní komplikace není omezeno každodenní fungování jedince.

Nemoc je podle Huga & Vokurky (2007, 311) „*stav organismu vznikající působením vnějších či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu.*“ Callahan (1996, in Baštecká, Mach et al., 2015) k tomuto biologickému výkladu opět doplňuje další rozlišení nemoci podle toho, zda se týká právě biologického hlediska nebo subjektivního vnímání. Odděluje pojmy neduh, choroba, nemoc a onemocnění. Na první dva můžeme nahlížet více objektivně jako na něco, co způsobuje pacientovi nepříjemnosti, poruchu. Nemoc je oproti tomu subjektivní pohlížení pacienta na svůj stav a termín onemocnění je spojen s tím, jak pacienta s jeho chorobou vnímá společnost. Můžeme tedy uzavřít podle Bártlové (2005), že jak zdraví, tak nemoc musíme vnímat z komplexního, celostního pohledu. Záleží zejména na vzájemném působení bio-psycho-sociálně-spirituálních složek na vznik a udržení nemoci nebo naopak zachování zdraví.

1.1 Medicína v rámci celostního pohledu

“Léčení jakékoliv jednotlivé součásti by nemělo probíhat bez ošetření celku. Neměli bychom se pokoušet léčit tělo bez duše a má-li být zdravé tělo a hlava, musí léčení začít duší. Neboť to je velký omyl naší doby při léčení lidského těla, že lékaři nejdříve oddělí duši od těla.” (Platón, nedat., in Harperová, 2016, 18).

Biomedicínský model se zaměřuje na léčení těla a říká, že jakákoliv nemoc může být vysvětlena poruchou ve fyziologických procesech. Popisuje zejména prvky nemoci, které se u různých lidí shodují, než aby se hledělo na individualitu každého z nich (Baštecká, Mach et al., 2015). Tento přístup byl v lékařství velmi prospěšný. Díky němu máme dnes antibiotika, umíme vyléčit spoustu nemocí, průměrná délka života se prodlužuje atd. Psychologické a sociální procesy a vlivy se tím ale začaly přehlížet (Sarafino & Smith, 2012).

Jelikož tu byla alternativní, přírodní medicína dávno před tím, než se objevila medicína západní se svým biomedicínským přístupem, je otázkou, zda právě tato původní léčba není správnou cestou. Souhlasíme s názorem Harperové (2016), která tvrdí, že není na místě oddělovat péči o tělo a péči o duši, tedy péči chirurgů a péči psychologů. Měly bychom ukázat pokrok právě v tom, že tyto cesty spojíme a budeme uznávat člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální komplex. Podle tohoto přístupu by měl být každý jedinec brán jako nejdůležitější aktér v jeho vlastní úzdravě. Hraje tedy zásadní roli v tom, zda se vyléčí, nebo ne.

Bio-psycho-sociálně-spirituální model je postaven na teorii vzájemného propojení všech složek. Znamená to, že pokud bude narušena jedna z nich, ovlivní to všechny ostatní (Trachtová, Mastiliaková & Fojtová, 2001). Chceme-li tedy vyléčit tělo, je nezbytné, abychom se zaměřili také na psychologickou, sociální a duchovní pomoc pacientovi.

Biologická stránka se zabývá tělem a stavem člověka z hlediska objektivně pozorovatelných anatomických, fyziologických nebo chemických vlastností jedince (Vymětal, 2003). **Psychologická část** se týká emocí, chování, postojů a reakcí. **Sociální složka** zachycuje změny, které se promítají do prostředí, do společenského života a do vztahů. A konečně **spiritualita**, která se zaměřuje na duchovno, otázky po smyslu života apod. (Orel et al., 2012).

O nezbytnosti holistického neboli celostního přístupu pojednává i Celosvětová zdravotnická organizace (WHO, 2001). Klimpl (1998) spojuje tuto potřebu

s myšlenkou, že v důsledku neustálého vývoje společnosti a obklopování se technikou, je nasnadě zapojit do medicíny více lidskosti a vytvořit tak rovnováhu.

2 Potřeby

Propojenost a komplexnost se týká také potřeb. Ty mohou být jak tělesné, tak i psychologické, sociální a spirituální, a jak jsme popsali výše, dochází mezi těmito složkami k vzájemné interakci (Šamánková, Lebedová, Víchová, Koláčná & Jirků, 2011).

Podle Janouška & Slaměníka (2008, 150) je potřeba „*subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho, co je pro život jedince nezbytné. Podstatnou stránkou potřeby je její subjektivní prožívání, nejčastěji jako pocit napětí, nelibosti, strádání.*“ Právě tyto nepříjemné pocity motivují jedince k činnostem, které vedou k jejich zmírnění nebo odstranění a nastolení opětovné rovnováhy (Janoušek & Slaměník, 2008). Takové chování, stejně jako kvalita a intenzita potřeb, je ovlivněno pohlavím jedince, jeho věkem, inteligencí, životním stylem, sociálním prostředím, kulturními zvyklostmi, zkušenostmi a aktuálními okolnostmi včetně zdravotního stavu (Šamánková et al., 2011).

Pokud dojde k nenaplnění některé z potřeb, může tato skutečnost jedinci způsobit psychické potíže v podobě stresu, deprivace, deprese nebo frustrace, která vede většinou k agresivním projevům (Šamánková et al., 2011). Maslow (2014) označil nenaplnění potřeb za příčinu neuróz. Crabb (1995) dodává, že se v důsledku toho mohou objevit psychosomatická onemocnění nebo patologické chování jako například utrácení, závislosti a přejídání.

2.1 Klasifikace potřeb

Potřeby můžeme rozdělovat podle několika klíčů. Jeden z možných nabízí Cakirpaloglu (2012), který podává vysvětlení vždy na rozdílech mezi 2 póly. Popisuje potřeby vrozené a získané, primární a sekundární, biologické a sociální.

Vrozené a získané potřeby: Toto rozdělení popisuje jednotlivé potřeby podle doby a způsobu jejich získání. **Vrozené** jsou vlastní již novorozenci. Patří mezi ně potřeby fyziologické, jejichž naplnění uskutečňujeme dýcháním, nasycením,

spánkem, pitným režimem, sexuální aktivitou atd. Na druhé straně **získané** potřeby vznikají až díky kontaktu jedince se světem a týkají se především sociálního kontextu. Příkladem je touha po moci, lásce, přátelství atd.

Primární a sekundární potřeby: Klasifikace se v tomto případě v mnohém překrývá s tou předchozí. K **primárním** potřebám tu ale vedle těch vrozených přibude ještě například potřeba sounáležitosti nebo bezpečí. Jsou to potřeby, které nemají fyziologický základ, jejich naplněním si však zajišťujeme přežití.

Biologické a sociální potřeby: Opět tu v mnohém dochází ke shodě se skupinami popsány výše. Do **biologických** potřeb ale kromě vrozených řadíme i takové, které vznikají v důsledku vytvoření si látkové nebo jiné závislosti (Cakirpaloglu, 2012).

2.2 Teorie potřeb

Autorem nejznámějšího dělení potřeb je Abraham Maslow. Ten označil část potřeb za primární, tedy biologické, sloužící člověku k tomu, aby vůbec přežil. Ostatní potřeby pak byly získané, z těchto primárních odvozené. Na rozdíl od primárních, které jsou všem lidem společné, sekundárními se člověk od člověka liší (Lowry, 1998).

Maslow ale pokračoval ve svých úvahách dál a postupně vytvořil hierarchické uspořádání potřeb a motivů (Lowry, 1998), které se dnes často znázorňuje v pyramidě.

V základně pyramidy leží **primární, fyziologické potřeby**, tedy potřeba vzduchu, vody, potravy, vylučování, rozmnožování, udržování přiměřené teploty, vyhýbání se bolesti, dále potřeba vyváženého poměru mezi aktivní činností a odpočinkem, potřeba smyslové stimulace aj. (Maslow, 1954). Při neuspokojení těchto potřeb se může jedinec chovat agresivně, podrážděně, nepozorně, pasivně až apaticky (Kopřiva, Nováčková, Nevolová & Kopřivová, 2016).

O úroveň výš leží **potřeba bezpečí a jistoty**, v rámci které máme tendenci vyhledávat stálost, klid, řád a chránit si svůj osobní prostor. Jedná se konkrétně například o potřebu stálého příjmu, místa k bydlení nebo o možnost obrátit se na své blízké a mít v nich oporu. Kvůli tendenci člověka vyhledávat vysvětlení a řád se lidé uchylují také k víře a k různým životním filozofiím (Maslow, 1954). Nenaplnění těchto potřeb vede k nejistotě a nedůvěře a následně pak k úzkosti, lítosti i agresivitě (Kopřiva et al., 2016).

Do středu pyramidy Maslow (1954) zařadil **potřebu sounáležitosti a lásky**. Patří sem přijímání i dávání lásky, intimita, trávení času se skupinou lidí majících společné zájmy aj. Lidé, kteří nemají tuto potřebu naplněnou, se cítí sami, ztracení, bezmocní a k ničemu. Jsou smutní nebo mají zlost (Kopřiva et al., 2016).

Další v pořadí je **potřeba uznání a sebeúcty**, sebevědomí, respekt k ostatním a od ostatních. Je to důvodem, proč chceme být úspěšní a dosahovat vytyčených cílů, mít autoritu, dobrou reputaci, pozornost ostatních a prestiž (Maslow, 1954). Tyto potřeby každý uspokojuje jinými strategiemi v práci nebo rodině. Někdo jejich naplnění dosahuje materiálním přebytkem, jiný slávou nebo sbíráním zajímavých zážitků (Smékal, 2009). Pokud toho dotyčný nedocílí, cítí se zbytečně, nehodnotně, poníženě a neschopně nebo prožívá smutek a beznaděj (Kopřiva et al., 2006).

Na vrcholu pyramidy stojí **potřeba sebeaktualizace**. Patří sem řešení úkolů, tvořivost, spontaneita, kreativita, morálka i šíření radosti kolem sebe (Maslow, 1954). Díky tomu vnímáme svůj život jako hodnotný (Kopřiva et al., 2016).

Maslow (1954) doplňuje rozdělení tím, že se potřeby stávají tím naléhavější, čím blíže jsou k základně. Pokud se vyskytne současně více potřeb najednou, palčivější bude ta, která má biologický základ, a uspokojovány budou postupně od spodní části pyramidy. Až poté se může jedinec věnovat naplňování těch vyšších.

Tento model je typický zejména pro děti, které pokud mají hlad, nemají zájem o nic jiného. Dospělí lidé ale dokážou odložit například uspokojení pocitu hladu nebo únavy v situacích hlubokého ponoření se do zábavné, napínavé či

seberozvíjející činnosti (Kopřiva et al., 2016). Absolutní platnost teorie také popírá například Frankl (2006), který píše o těžkých osudech lidí z koncentračních táborů, kteří, i když bojovali o holý život a neměli dostatečně uspokojeny základní potřeby, dokázali cítit sounáležitost nebo dokonce smysl svého života. Sám Maslow (1954) připouští, že je pro některé lidi důležitější naplnění potřeby uznání než lásky. Zpozoroval také, že například pro některé umělce je tvorba, tedy potřeba sebeaktualizace, nejdůležitější potřebou vůbec.

Maslow (2014) rozdělil potřeby na deficitní neboli nedostatkové a potřeby růstové.

Deficitní potřeby jsou ty, které leží v 1. až 4. stupni pyramidy a při svém nedostatku způsobují nemoc. Jsou to potřeby, které jsou motivovány sobecky. Jedinec chce vyplnit prázdné místo, které cítí, a chce více získat než dávat. Pokud opravdu získá to, co chce, potřeba zmizí (Crabb, 1995).

Oproti tomu seberealizace, která leží ve špičce pyramidy, je **potřeba růstová**. Je motivována nesobecky k tomu, abychom spíše dávali, než brali (Crabb, 1995). Při jejím naplňování nedojde k odstranění potřeby, ale naopak k jejímu zvětšení (Cakirpaloglu, 2012).

2.3 Potřeby z hlediska vývojových období

Podle Erika H. Eriksona (2015) závisí také vývoj na třech vzájemně propojených oblastech, a to tělesné, psychické a sociální. Pokud dojde k selhání jednotlivých izolovaných částí, projeví se to v těle tenzí, v psychice úzkostí a v sociální oblasti panikou.

Jak jsme již řekli, pro naše účely stručně popíšeme dvě z vývojových etap člověka, a to adolescenci a mladou dospělost.

2.3.1 Adolescence

Adolescenci, stejně jako ostatní období vývoje, časově vymezují různí autoři různě. My jsme zvolili rozdělení dle Thorové (2015). Podle té trvá adolescence od 12 nebo 13 let do 19 let. Adolescence je vývojová etapa člověka, kdy se děje řada změn. Je proto velmi obtížným obdobím. Nejprve se dějí změny fyzické. Tělo začne produkovat pohlavní hormony a ty způsobují, že se tělo dítěte začne více podobat dospělému. Z tělesných změn potom vyplývají i změny psychické a sociální (Vágnerová, 2012a).

Podle Eriksona (2015) je vývojovým úkolem v adolescenci dosáhnout vlastní identity, tedy mít odpovědi na otázky: Kdo jsem? Kam směřuji? Proč jsem na světě? Aby se tento proces povedl, je pro adolescenta podstatné postupné odpoutání se od rodičů. Dochází k tomu skrz nesouhlas a rebelii, čímž projevuje vlastní názor a proti rodičům se vymezuje. Díky tomu se rozvíjí také v sociálních dovednostech a připravuje se na autonomní a samostatný život, který ho v budoucnosti čeká (Thorová, 2015). Jedinec si formuje názory na svět a svůj život, vytváří si hodnotový systém a buduje si pozici ve společnosti. Důležitou součástí toho všeho je vrstevnická skupina, se kterou se může jedinec identifikovat (Vágnerová, 2012a) a ve kterých také vznikají první romantické vztahy a sexuální experimenty (Říčan, 2004). Na jednu stranu je to vzrušující období plné nových věcí, na tu druhou ale adolescenty dospělost děsí a bojí se za sebe přijmout odpovědnost (Thorová, 2015).

Postupně ustupuje černobílé myšlení, které se stává komplexnějším. Adolescenti jsou již schopni přemýšlet o problému abstraktně, hypoteticky a pružně (Vágnerová, 2012a), jsou kreativní, a proto se uchylují například k hudbě nebo divadlu. Důležitou náplní volného času je v tomto období také sport. Je to příležitost pro sociální kontakt, soutěživost i ventilování emocí (Říčan, 2004).

Pokud v období adolescence jedinec zažije velmi náročnou nebo traumatickou událost, může dojít k narušení morálního vývoje. Vlivem toho, že se tak brzy

setkal se zklamáním a zjistil, jak může být život těžký, ustupuje idealismus. Z toho může plynout řada věcí. Jednou z nich je i zaměření adolescenta na sebe a jeho přesvědčení, že aby přežil, je nutné být ostražitý (Thorová, 2015).

Jestliže vývojový úkol dosažení identity selže, dochází k tomu, čemu Erikson (2015) říká zmatení identity.

2.3.2 Mladá dospělost

Thorová (2015) vymezuje mladou dospělost od 20 do 35 let života. Co to vlastně ale dospělost je a kdy do ní vstupujeme, není v západní společnosti úplně jasné. Absencí rituálů má dospělost velmi rozvolněné hranice a dá se o ní mluvit spíše jako o pocitu, který chtějí mnozí odkládat, co to jen jde. Stejně tak je velmi těžké popsat jednotně dospělost už jen proto, že je rozdíl, jestli mladý člověk založí brzy rodinu, studuje nebo například cestuje (Říčan, 2004). K tomuto pocitu také neoddiskutovatelně patří to, jaké situace jedince v životě potkaly a jak je dokázal řešit. Náročnější životní zkušenosti a těžké situace pak člověka posouvají a vedou ho k větší zralosti (Thorová, 2015), rozvíjejí poznání i sebepoznání a jsou příčinou růstu (Říčan, 2004).

Lidé v mladé dospělosti jsou na vrcholu. Jsou fyzicky výkonní a zdraví, nápadití a plní energie (Thorová, 2015). Jejich vývojovým úkolem je dosažení intimity. Velmi důležitým prvkem je mít partnera ve smyslu přátelském i milostném. V tomto období bychom měli zakusit jak soupeření, tak i spolupráci s jinými lidmi. V případě selhání nastává izolace (Erikson, 2015).

V období mladé dospělosti by měl jedinec dosáhnout zralosti, být schopný samostatně fungovat ve společnosti i práci, zajistit sebe sama finančně, měl by vědět o svých strategiích, jak zvládat náročné situace, a efektivně je využívat, mít naplnitelné představy o tom, kam směřuje jeho život, a tento plán začít uskutečňovat. Měl by být schopný obratně navazovat mezilidské vztahy a následně i založit rodinu a starat se o potomky (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Říčan (2004) dodává, že by mělo dojít k osamocení od rodičů, ke kterým má ale mladý dospělý stále respekt. Vedle sociální obratnosti je žádoucí také schopnost trávit čas o samotě a smysluplně tuto dobu naplňovat, zajímat se a rozvíjet.

2.4 Potřeby v nemoci

Jak jsme již řekli, potřeba je subjektivní. Každý může pociťovat stejné potřeby různě silně a také jejich uspokojení bude probíhat vždy jinak. To je ovlivněno věkem a vývojovým stadiem jedince, jeho osobností, sociální základnou, prostředím, ve kterém pacient žije atd. Pro nemocného člověka však vstupují do kontextu i proměnné, jako je druh a okolnosti vzniku jeho nemoci. Naplňování potřeb tak může být obtížnější, tím spíše, pokud je pacient v jejich uspokojování odkázán na pomoc někoho jiného. Ačkoliv může být z pohledu nemocničního personálu vše provedeno správně, neznamená to, že je pacient spokojený (Trachtová et al., 2001).

Potřeby nemocných Bártlová (2005) rozděluje na potřeby, které se vlivem onemocnění nezměnily, které se nemocí modifikovaly a které se nově objevily.

Potřeby, které se vlivem onemocnění nezměnily, zahrnují takové potřeby, které mají všichni lidé bez ohledu na to, v jaké jsou životní situaci. Mluvíme tu o fyziologických potřebách, které najdeme v základně Maslowovy pyramidy.

Potřeby, které se vlivem nemoci modifikovaly, se týkají zejména sociální sféry. Pacient má potřebu i ve své nemoci něco budovat, tvořit, pracovat, udržovat vztahy a volnočasové aktivity. Vlivem jeho změněné role se ale naplnění těchto potřeb mnohdy značně komplikuje a mění. Nemocný musí tuto novou roli přijmout, smířit se se změnou způsobu života a udělat si obrázek o své budoucnosti. K tomu je nezbytné, aby o své nemoci a prognóze získal dostatek informací.

Potřeby, které se vlivem nemoci objevily, se liší podle druhu onemocnění, osobnosti pacienta a kontextu, ve kterém žije. Obecně ale můžeme vymezit

3 základní potřeby, a to potřebu uzdravit se, zbavit se bolesti a žít „normálně“, jako před onemocněním.

2.4.1 Nejdůležitější potřeby v nemoci

Do kapitoly jsme vybrali potřeby, které se vyskytují u různých autorů nejčastěji. Řadu těchto potřeb najdeme i u zdravých jedinců. V nemoci ale můžeme pozorovat jejich změny nebo větší naléhavost.

Základní potřeby

I ty nejzákladnější potřeby, jako je stravování, vyprazdňování, spánek, oblékání nebo dodržování hygienických návyků, mohou být v období nemoci narušeny. To, co bylo běžným rituálem jedince, nyní nedokáže zvládnout sám, což může být ponižující a nedůstojné. Bere to pacientovi sebeúctu, a navíc **denní rituál**, který je sám o sobě potřebou (Trachtová et al., 2001).

Potřeba zbavit se bolesti

Necítit bolest je jednou z nejpálčivějších potřeb nemocných. V nemocnici se situace řeší především medikací. Neměli bychom ale zapomínat ani na cvičení nebo úlevové polohy, které může pacient provádět sám. Stejně tak je důležité se zaměřit na psychologické zvládání bolesti. Samozřejmostí by mělo být i informování pacienta o prognóze a předpokládaném trvání bolesti, aby si mohl alespoň přibližně představit, jaká bude kvalita jeho života (Šamánková et al., 2011).

Potřeba pocitu jistoty a bezpečí a jejich reálné naplnění

Pacient v důsledku nemoci přichází o to, co bylo do té doby přirozené. Mění se jeho přístup k sobě i k životu a zároveň se mění chování společnosti vzhledem k němu. Tyto změny musí přijmout a naučit se s nimi žít. V rámci nemocnice mu

pocit bezpečí může zajišťovat příjemné prostředí, citlivé a férové jednání personálu, dostatek informací i důvěra v kvalifikovanost lékařů (Šamánková et al., 2011).

Sociální potřeby

Do sociální oblasti řadíme široké spektrum potřeb. Je to například potřeba pacienta cítit se normálně a vystupovat ve společnosti jako zdravý jedinec. Patří sem ale i praktické věci jako vědomí toho, že se jeho osobní údaje nedostanou do nesprávných rukou, nebo jistota hmotného zajištění v případě, že nemůže jedinec pracovat (Šamánková et al., 2011). Odchod ze zaměstnání má velmi negativní dopad. Nejen, že jedinec ztrácí zdroj obživy, ale také řád a smysl. Nemocný navíc zažívá stresující změnu, když po nemoci nastupuje do zaměstnání nového, kde jsou cizí lidi, jiné prostřední a nové pracovní činnosti (Bártlová, 2005).

V případě hospitalizace by mělo být samozřejmostí příjemné prostředí, které bude respektovat osobní prostor nemocného a jeho potřebu být občas sám (Šamánková et al., 2011).

Potřeba příslušnosti k sociální skupině

Takovou skupinu tvoří především rodina a přátelé, kterým pacient dává lásku a zpět ji přijímá. Vlivem nemoci se ale vztahy často mění. Pacient se proto může cítit osamocen. Tomuto pocitu přispívá i čas trávený v nemocnici (Šamánková et al., 2011). V případě izolace se u pacienta mohou objevit psychické problémy v podobě žalu, znepokojení, podrážděnosti atd. Aby se z takové situace dostal, volí různé strategie. Může dojít ke zlehčování stavu nebo dokonce jeho popírání, čímž chce pacient docílit svůj návrat z izolace do běžného života (Zacharová, 2017). Časté návštěvy v nemocnici a kontakt s rodinou, byť telefonický, zlepšuje podle Zacharové (2017) stav pacienta a urychluje uzdravení. Pocit sounáležitosti ale může být naplněn i ze strany personálu, například když dávají nemocnému najevo, že má v procesu své slovo a moc něco sám změnit (Šamánková et al.,

2011). K tomuto bodu řadí Zacharová (2017) i **potřebu porozumění, pochopení a pomoci od okolí.**

Životní perspektiva, vytyčení a naplnění cílů

I tato potřeba může být nemocí značně otřesena. Pacient najednou musí pozměnit své plány do budoucna nebo na ně v důsledku nemoci úplně zapomenout. Je třeba si vymezit cíle jiné a směřovat svůj život vpřed místo utápění se v myšlenkách o minulosti, kdy byl jedinec ještě zdravý (Zacharová, 2017).

S tím souvisí i potřeba dosahování výkonu

Běžně se tato potřeba naplňuje v zaměstnání nebo sportu. Pacient ale tyto činnosti aspoň dočasně ztrácí. Existuje tu opět riziko, že v důsledku toho ztratí životní smysl a motivaci. Na druhou stranu může ale výkonová orientace pacienta přispět k jeho uzdravě tím, že ho přiměje k intenzivnějšímu cvičení a zlepšování svého stavu vlastním přičiněním. Rizikem tu je nadměrné přetěžování organismu. Pacient si musí být vědom svých možností (Zacharová, 2017).

Potřeba dostatku podnětů a aktivit

Zpočátku může k zabavení stačit pasivní sledování televize, postupem času ale začne jedinec pociťovat nudu, ze které potom plyne náladovost, pocity nepotřebnosti, bezcennosti (Zacharová, 2017). Abychom tomu zabránili, je důležité zachování kulturního života, dostupnost literatury, hraní deskových her nebo dostatek informací z života mimo nemocnici (Šamánková et al., 2011). Jak bylo již zmíněno, pacient je také ochuzen o pohyb a sport. Kvůli technice a vynálezům, které nám usnadňují život, se mnozí pohybu a fyzické aktivitě sami vyhýbají a nemají pocit strádání. Pokud ale nemoc omezí jinak aktivního člověka, může mít tato ztráta neblahé psychologické důsledky. Dochází pak k narušení sebepojetí, sebeúcty, identity i sociální role. Asi nejpalčivější je to právě pro dospívající

a mladé dospělé, kteří jsou plní energie a jsou zvyklí ji vybíjet sportem. Sport je i cesta k tomu, jak se prezentovat a vytvářet svůj sebeobraz, jak relaxovat, mít dobrou náladu, zlepšit zdraví a vypadat atraktivně (Trachtová et al., 2001).

Potřeba naplnění duchovního zaměření

Duchovno je u některých jednou z dalších potřeb. V takovém případě by mělo dojít přinejmenším k respektování jedincova vyznání ze strany nemocničního personálu (Šamánková et al., 2011).

Pokud je pacient odkázán na lůžko, časem dochází k postupnému regresu v rovině sociální, emoční i intelektové. Jestliže je na lůžku dlouhou dobu, je omezena i smyslová stimulace. Jedinec si uvědomuje svoji situaci a to, že je nesamostatný. To v něm vyvolává úzkosti, deprese, bezmoc a pocit izolace (Trachtová et al., 2001).

2.4.2 Výzkumy potřeb v nemoci

V České republice vznikla řada bakalářských a magisterských diplomových prací zabývajících se kvalitativně i kvantitativně potřebami pacientů s různou diagnózou (např. Čvančarová, 2016; Hinková, 2016; Hladilová, 2015; Ladová, 2017). Většinou se ale jedná o práce lékařských oborů, které se na problematiku dívají poněkud jinou optikou. To, že pacienti mají různé potřeby, je zřejmé. My se ale nesoustředíme tolik na potřeby fyziologické, jako spíše na ty vyšší, jako je potřeba bezpečí, sounáležitosti, jistoty a přesahové potřeby spirituální.

V zahraničí se mnoho článků zaměřuje na potřeby lidí se smrtelnými a jinými vážnými onemocněními, jako je rakovina, onemocnění střev, zánětlivé revmatické onemocnění, osteoartróza aj. V našem výzkumu se zabýváme otázkou, jakým způsobem se pozměňují hodnoty a potřeby u osob, u kterých diagnóza „není

vidět“. Vybrali jsme tedy z výzkumů takové, které se alespoň nějakým aspektem dotýkají našeho tématu a mohou tak poskytnout informace a inspiraci.

Schachter (1959, in Slaměník, 2008) ve svém výzkumu zjistil, že jedinci, kteří se připravují na něco bolestivého, vyhledávají dvakrát častěji společnost jiných osob než ti, které čeká něco nezpůsobujícího bolest. Vysvětlením je teorie sociálního srovnávání, tedy nastavení člověka porovnávat sebe sama s okolím a nebýt v ohrožující situaci sám. Zároveň existuje tendence vyhledávat lidi, kteří mohou jedinci poskytnout informace o události, která ho čeká a ze které má strach. Není při tom podmínkou, že musí tyto lidi znát, aby jejich společnost v těžkých situacích vyhledával.

Baumeister & Leary (1995) mluví o potřebě někam patřit jako o jedné ze základních motivací. Autoři tvrdí, podobně jak už bylo řečeno, že lidé vytvářejí vztahy i za nepříznivých životních podmínek. Ti, kteří prožívají nepříjemnou zkušenost, mají tendenci navazovat přátelské nebo jiné vztahy s lidmi, kteří prošli stejnou situací nebo jí jsou v současnosti vystaveni. Zjistili také, že vztahy nepřerušujeme ani v situaci, když pro tento vztah není objektivní důvod, a to dokonce i v případě, že je vztah obtížné udržet.

Další studie zkoumala vliv sociální podpory na předoperační úzkost a pooperační zotavení pacienta. Studie byla provedena na 56 mužích podstupujících koronární bypass. Výsledky ukázaly, že pacienti, kterým byla poskytnuta větší podpora manželky, brali léky proti bolesti kratší dobu a byli rychleji zotaveni než ti, kterým byla poskytnuta opora menší. Předoperační fyzický stav pacientů byl přitom v obou skupinách v podstatě ekvivalentní. Kvalita manželského vztahu byla relativně bezvýznamný faktor. Rychlost zotavení u svobodných pacientů byla obecně pomalejší (Kulik & Mahler, 1989).

Kulik & Mahler (1987, in Kulik & Mahler, 1989) také zjistili, že lidé, kteří se chystají na operaci, tráví čas před operací raději s lidmi, kteří mají již zákrok za sebou a prožili si tedy stejnou situaci. Tito lidé jim tak mohli dát přesné informace o tom, co pacienta čeká a na co se má připravit.

Článek z Velké Británie z roku 2010 měl za cíl zmapovat mimo jiné potřeby u lidí po poškození míchy, kteří žijí v komunitě. Výsledky ukázaly, že bylo pro lidi velmi přínosné být v komunitě lidí se stejnými problémy, nicméně psychosociální potřeby pro ně byly méně důležité než ty fyzické (Kennedy et al., 2010).

Další článek se zabýval úzkostí a neuspokojením potřeby psychosociální podpory u dospívajících a mladých dospělých pacientů s nádorovým onemocněním v prvním roce po určení diagnózy. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda psychosociální podpora může snížit psychickou tíseň a usnadnit adaptaci. Rozlišili také faktory predikující rozsah utrpení. Výsledky ukázaly, že 12 % respondentů vykazovalo v průběhu 12 měsíců od určení diagnózy signifikantní chronickou úzkost. 57 % z nich vyjádřilo potřebu úplných a jasných informací o svém stavu, 41 % potřebu poradenství a 39 % praktické pomoci. Pokud nebyla uspokojena potřeba poradenství, pokračovala úzkost pacientů i nadále (Zebrack et al., 2014).

Výzkum Middletona (2014) si kladl za cíl prozkoumat psychologické aspekty péče o pacienty s rakovinou od okamžiku stanovení diagnózy do ukončení léčby. Článek zkoumal některé z hlavních psychologických problémů souvisejících s rakovinou, jako je deprese, úzkost, nedostatek naděje a strach z návratu nemoci. Autor vyzdvihl výhody poskytování psychologické podpory, která zlepšila duševní zdraví pacientů s rakovinou, a zmínil důležitost správného sdělování diagnózy a podávání dostatečného množství informací. Špatná informovanost vedla k nespokojenosti, úzkosti a depresi, což způsobilo snížení přilnavosti léčby a nakonec ovlivnilo dlouhodobý stav pacienta. Psychologická podpora spolu s farmakologickou intervencí vedla ke snížení úzkosti.

Bylo také zjištěno, že uspokojování potřeb pacienta je zásadní pro úspěch při rehabilitaci a regeneraci. Studie zkoumala potřeby pacientů v Saúdské Arábii. Výzkum byl proveden na 180 pacientech po mrtvici, poranění míchy a mozku. Výsledek ukázal, že pacienti mají vysokou potřebu psychologické intervence, a to ještě větší než potřebu rehabilitace. Potřeba psychologické intervence a citové

podpory byla významně vyšší u hospitalizovaných pacientů než u těch ambulantních (Alqahtani, 2015).

Bakalářská práce Tesařové (2014) se věnuje psychosociálním aspektům onkologicky nemocných žen s diagnózou karcinomu prsu. Cílem bylo zjištění toho, jak je sdělována diagnóza a jak probíhá komunikace s lékařem. Mimo jiné studentka zjistila, že lékař nabídl psychologickou pomoc jen 38 % respondentek. Z těchto 38 % dále využilo této pomoci 34 %. Nabídka farmakologické pomoci versus pomoci psychologické byla tedy 72 % ku 38 %.

3 Vztah lékař – pacient

Různé psychologické knihy a teorie vedou lékaře ke zmíněnému celostnímu přístupu k pacientovi. Pravdou však je, že v praxi se lékaři stále ještě více uchylují k řešení problému podáním medikace nebo provedením operativního zákroku (Balint, 1998). Mnohdy se lékař zabývá jen tělesnou stránkou nemoci a opomíjí fakt, že se stará o jedinečnou živou bytost. Pacienti jsou v důsledku toho zvyklí nemoc od sebe samých oddělovat a dívat se na ni jen jako na vadu těla, která se jich netýká (Vymětal, 2003). Lékař se tak může chovat z profesionálního hlediska, tedy z toho medicínského, naprosto v pořádku. Z hlediska psychosociálního může ale pacienta zanedbávat a tím ho i poškozovat (Křivohlavý, 2002). Přitom by neměl být jen někdo, kdo spravuje „rozbité součástky“, ale léčit nositele nemoci jako celek. Není výjimkou, že je nemocný izolován od svého okolí a nenachází místo sdílení. Může se pak klidně stát, že je lékař jediným člověkem, se kterým má pacient možnost svůj problém řešit (Balint, 1998).

Pacient přichází za lékařem v případě, že potřebuje pomoci s něčím, co neumí vyřešit sám. Už z toho vyplývá, že bude jejich vztah v nerovnováze. Asymetrii navíc podporuje skutečnost, že ačkoliv by měl mít pacient poslední slovo v tom, jakým způsobem bude léčba probíhat, často tomu tak není. Nemocný zůstává v pasivní pozici, neprojeví vlastní názor a nechává rozhodnout lékaře (Vymětal, 2003).

Ani pozice lékaře ale není jednoduchá. Mimo to, že má v rukou lidský život a potýká se s neustálým rizikem, že udělá chybu, musí ze strany pacientů mnohdy čelit iracionálním, nesplnitelným a často rozporuplným požadavkům. Na jednu stranu pacient očekává od lékaře přísnost, striktnost, ráznost, na druhou stranu však pochopení, trpělivost a zájem (Vymětal, 2003).

3.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem

Ve chvíli, kdy se člověk dostává do kontaktu s jiným člověkem a vzájemně na sebe působí, můžeme mluvit o jistém druhu komunikace (Zacharová, 2017).

Komunikace probíhá mezi nějakým zdrojem sdělení a příjemcem tohoto sdělení. Pokud má komunikace fungovat, úkolem zdroje je zakódovat informaci do znaků, kterým bude příjemce rozumět. V našem případě bude mluvit českým jazykem ve smysluplných větách. Úkolem příjemce je potom informaci dekodovat.

Kromě toho, že má sdělení nějaký verbální obsah, promítají se do komunikace i nonverbální složky, které mohou, ale nemusejí být s obsahem sdělení v souladu. Do těch patří výraz tváře, gestikulace, tón hlasu, výslovnost, hlasitost (Schulz von Thun, 2005), ale i proxemika (vzdálenost, kterou si držíme od jiných lidí), haptika (dorozumívání se dotykem), posturologie (držení a postoj těla), kinetika (pohyby) nebo různé druhy pohledů (Zacharová, 2017).

Kromě obsahu komunikace by si měl tedy lékař dávat pozor i na své neverbální projevy. Už jen přivítání pacienta v ordinaci má alespoň minimálně snížit jeho úzkost z neznámé situace. Toho lékař docílí vytvořením atmosféry přijetí a tím, že bude mít na paměti, že je pro pacienta vše nové. Představení se, podání ruky a správné vyslovení jména pacienta považujeme za samozřejmost. Lékař se v ideálním případě vyhýbá odbornému jazyku a mluví stručně, dává také prostor pro otázky pacienta a vyjádření jeho názoru. Pokud pacient něčemu nerozumí, měl by mít možnost slyšet informaci znovu bez zbytečných protestů lékaře. V jejich dialogu by si oba měli udržet respekt a důstojnost (Praško et al., 2010).

Do komunikace lékaře s pacientem zasahuje vnímání nemoci z obou úhlů pohledu. Ačkoliv se jedná o jednoho pacienta s jednou nemocí, lékař na situaci bude pohlížet spíše z medicínského, tělesného hlediska, kdežto pacient zejména z hlediska emocionálního a toho, jak mu nemoc ovlivňuje život (Honzák, 1997).

3.1.1 Modely komunikace

Vymětal (2003) popisuje 2 druhy komunikaci lékaře s pacientem, paternalistickou a partnerskou.

Paternalistický model je zaměřený na lékaře. Lékař tu vystupuje jako odborník. Neptá se příliš, co si pacient přeje, co cítí nebo co si o problému myslí. Bez emocí a s odstupem ho informuje, úkoluje a sám rozhoduje, jaký bude další postup. Je zaměřen zejména na tělesnou stránku problému.

Partnerský model myslí spíš na pacienta a jeho názory a přání. Lékař s ním diskutuje a naslouchá mu. Nezabývá se pouze tělesnou složkou, ale i sociálním a psychickým kontextem pacientova života. Nabízí tak v komunikaci i sebe sama jako podpůrnou složku a vytváří s pacientem vztah.

Jak jsme již výše zmínili, stále převládá spíše direktivní paternalistický styl (Vymětal, 2003). Tím spíše, pokud se pak budeme zabývat chirurgií, která je zaměřená na rychlé a invazivní řešení (Konečný & Bouchal, 1979).

3.1.2 Komunikace lékaře s adolescentem

To, jak bude lékař jednat, závisí i na věku a vývojovém období pacienta. V kontaktu s dospívajícím musíme brát v úvahu nestabilitu pacienta, jeho nejistou identitu, výrazné emoční prožívání a výkyvy nálad s význačným zaměřením na svou osobu. Vzniká pro lékaře tedy velmi náročný úkol, a to najít způsob navázání spolupráce s osobou, která už o sobě v mnohém rozhoduje, na druhou stranu stále nepřijímá do důsledků zodpovědnost za svůj život (Vymětal, 2003).

3.2 Sdělování diagnózy

Pokud jde jedinec se zdravotním problémem k lékaři, chce zřejmě přijít na to, co jeho potíže způsobuje a jak se příznaků zbavit. Oznámení diagnózy je tedy důležitým milníkem, kdy se jedinec dozví, jakým směrem se bude ubírat jeho

blízká budoucnost. Často je obtížné diagnózu zjistit. Pacient pak chodí od specialisty k jinému a neví, co mu skutečně je. V důsledku toho stoupá nejistota a strach. Necitlivé sdělení nebo dokonce nesdělení diagnózy pak vede k riziku poškození pacienta a vytváří prostor pro jeho domněnky (Zacharová, 2017).

Lékař by si měl při rozhovoru s pacientem, a při sdělování diagnózy obzvlášť, uvědomit, že se nejedná o běžný rozhovor. Je nezbytné se na takový rozhovor připravit, tedy promyslet si důkladně postup, jakým diagnózu sdělí, a ujasnit si, co konkrétně chce pacientovi povědět. Neměl by zapomínat ani na vhodnou dobu a na vymezení dostatku času. Důležité je zvolit i klidné a pro pacienta bezpečné prostředí. Citlivá a promyšlená komunikace s pacientem může významně ovlivnit jeho přijetí diagnózy a následný proces vyrovnávání se s nemocí (Honzák, 1997).

Z oznámení diagnózy vyplývá pro život pacienta řada změn, ať už je to fyzické omezení, bolest nebo plánování operace. Reakce nemocného jsou nevyzpytatelné. Častou reakcí je pláč, agrese, projevení obranných mechanismů nebo nedůvěra v lékařovo sdělení vůbec. Jelikož lékař nikdy neví, jak konkrétně bude pacient reagovat, měl by být na tyto i jiné situace připraven (Praško et al., 2010). I proto je sdělování diagnózy velmi náročným úkolem. Oznámení, které může být pro jednoho úleva, je pro druhého zdrcující zpráva. Pokud navíc lékař říká pacientovi zprávu tak závažnou, že například nebude chodit nebo že dokonce umírá, je komunikace velkou zátěží (Linhartová, 2007).

Sdělení lékaře má být jasné, jednoduché a srozumitelné, s upřímným zájmem a pozorností (Honzák, 1997). Po samotné informaci následuje návrh lékaře o další spolupráci a krocích, které budou vést ke zlepšení nemoci nebo alespoň stabilizaci současného stavu (Praško et al., 2010). Lékař si musí také uvědomit, že jeho úkol nekončí sdělením diagnózy. Je důležité se přesvědčit i o tom, jestli pacient pochopil, co právě slyšel. To, co medicínsky vzdělanému člověku přijde jako samozřejmost, nemusí vždy pacient úplně pochopit. Měl by proto dostat prostor pro otázky a projevení emocí (Honzák, 1997). Lékař by měl citlivě reagovat na

pacienta, udržovat s ním po celou dobu rozhovoru přiměřený oční kontakt a přizpůsobovat mu způsob komunikace (Zacharová, 2017).

3.3 Psychogenní iatropatogeneze

Citlivé sdělení diagnózy, správné zacházení a komunikace lékaře s pacientem je více než na místě. Pokud tomu tak není, může dojít ke krátkodobému nebo i nevratnému narušení psychického stavu pacienta, tzv. psychogenní iatropatogenezi. Pojem je složen z řeckých slov iatros (lékař), patos (škoda) a gennaó (plodit) (Vymětal, 2003).

Lékař vstupuje do vztahu s pacientem v roli autority. Pacient věří, že právě on mu v jeho nemoci pomůže, a proto má lékař, možná neuvědomovanou, moc. Nemocný mnohdy neví, co jeho nemoc obnáší a jaká bude prognóza. Vzhledem k tomu se od lékaře očekává, že s ním bude jednat s respektem, empatií, ale zároveň podá přímé a pravdivé informace (Klimpl, 1998). Ke každému jedinci by měl lékař přistupovat individuálně. Co je jednomu příjemné a nápomocné, jinému ublíží (Vymětal, 1994). Nikdy nevíme, jak si pacient sdělení lékaře vyloží, proto někdy dochází k iatropatogenezi i přes nejlepší záměry lékaře (Praško et al., 2010).

Psychogenní iatropatogeneze se projevuje jako stres, úzkost, strach, v některých případech dochází až k fobiím, panice nebo depresivním stavům, které mohou vést k sebepoškozování či dokonce suicidálním tendencím (Vymětal, 1994). Kromě nesprávného jednání lékaře iatropatogenezi způsobuje i nepříznivé prostředí nemocnic, přihlížení pacienta k zákrokům na jiném pacientovi nebo například obsazení jednoho pokoje jak jedinci s lehčími stavy, tak těmi trpícími nebo umírajícími (Praško et al., 2010).

Aby k iatropatogenezi nedocházelo, měl by lékař podat pacientovi jasné, srozumitelné a plnohodnotné informace o jeho stavu tak, aby vycházel z ordinace obeznámen s tím, jakou chorobu má, jaká je závažnost jeho stavu, jak se bude pravděpodobně tento stav vyvíjet, jaké kroky se budou podnikat vzhledem ke

všem známým informacím a také to, jakým způsobem se pozmění pacientův život (Vymětal, 1994).

Na jakýkoliv zákrok nebo úkon je nezbytné pacienta předem upozornit, což se týká bolestivých zásahů dvojnásob. Díky tomu pacient nemá prostor pro nerealistické představy a katastrofické scénáře. Zároveň mu tím lékař umožní a případně i pomůže se s diagnózou adekvátně vyrovnat (Vymětal, 1994).

Lékaři nepřísluší vyvíjet na pacienta nátlak nebo po něm chtít nesplnitelné úkoly, neměl by situaci bagatelizovat, ale ani pacienta strašit (Vymětal, 1994). Žádoucí je upřímný zájem o pacientův stav a věnování plné pozornosti jemu i informacím, které nemocný podává a na jejich základě být léčen. Zároveň je velmi důležité, aby měl možnost vyjádřit i své prožívání a jedinečné vnímání nemoci (Klimpl, 1998).

3.4 Příprava na operaci

Období před operací je plné obav, všemožných scénářů a představ pacienta, jak zákrok dopadne. I proto je pro pacienta důležitý kontakt s operátérem. Pokud se dříve nepotkali, je namístě, aby se lékař představil a ujistil se, že má pacient všechny potřebné informace. Zároveň je důležité, aby nechal pacientovy prostor pro otázky a vyjádření pocitů spojených se zákrokem. Velkým zdrojem úzkostí je čekání na operaci. Zrušení termínu operace nebo jeho změna pak způsobuje, že obavy graduji (Konečný & Bouchal, 1979).

Nezbytným krokem je také seznámit pacienta s narkózou. Jasný popis a instrukce nedají prostor pro domněnky a nepravdivé informace, které mohl pacient získat z nerelevantních zdrojů (Konečný & Bouchal, 1979).

4 Zvládání nemoci

To, jak pacient situaci a případné neuspokojení potřeb zvládne, záleží na mnoha faktorech. Mimo jiné jsou jimi věk, pohlaví, vzdělání, osobnostní nastavení, uvědomělost, zkušenost s (jiným) onemocněním a s přístupem personálu, podpora rodiny a přátel a to, jakým způsobem pacient k nemoci přistupuje. Onemocnění může brát jako ránu osudu, kterou nemá moc ovlivnit, nebo naopak jako výzvu, se kterou bude bojovat (Šamánková et al., 2011).

Vyrovňování se s náročnými situacemi a špatnými zprávami je dlouhý proces. V průběhu života si vytváříme zvládací strategie, které nám běžně fungují. V takových situacích, jako je sdělení závažné diagnózy, mohou ale tyto strategie selhat (Klimpl, 1998). Můžeme pak reagovat obrannými mechanismy. Je rozdíl mezi reakcemi na stres coby obrany a strategiemi zvládání. První se objevují automaticky, druhé vyvoláváme vědomě (Vašina, 2009).

4.1 Strategie zvládání

Strategie zvládání stresu neboli copingové strategie jsou podle Lazaruse (1984, in Love, 1985, 629) *"neustále se měnící kognitivní a behaviorální snahy řídit konkrétní vnější a / nebo vnitřní požadavky, které jsou hodnoceny jako překročení zdrojů jedince"*. Křivohlavý (2013) říká, že copingové strategie jsou soubor aktivit coby postupů, kterými se dostáváme z těžké situace do stavu psychického zdraví.

Můžeme zde volit strategii aktivní (útokem), nebo pasivní (útěkem, obranou). Tyto strategie se mění podle charakteru problému, jeho původu a cíle, ke kterému chceme dojít. Je hned několik možných technik zvládání stresu. Obecně Křivohlavý (2013, 82) uvádí čtyři:

- **Strategie přijetí**, která vychází z ochoty přijmout fakt, že problém existuje.
- **Strategie změny rámce**, tedy změna pohledu na svět, na svůj život a žebříček hodnot.

- **Strategie popření** znamená vyrovnání se s problémem tím, že si ho držíme od těla, jako kdyby ani neexistoval.
- **Strategie vzdání boje**, tedy rezignace, ztráta víry ve šťastný konec. Dotyčný se přestává snažit o změnu.

Coping rozdělujeme na dvě skupiny, a to coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce (Vašina, 2009). Pokud má jedinec výsledek situace v rukou a má pocit, že jeho aktivita bude vést k odstranění problému, převažuje **coping zaměřený na problém** (Vašina, 2009). V nemoci se takové chování projevuje jako:

- **Snaha sbírat informace** a na jejich základě vymyslet strategii, jak situaci vyřešit nebo alespoň zlepšit.
- **Požádání o pomoc**, ať už jsou to blízcí, nebo lékař.
- **Získávání opory a ujištění**, že jednání nemocného vede k lepším výsledkům a že má naději na zlepšení svého stavu (Vágnerová, 2012b).

Carver, Scheier, & Weintraub (1989) jako příklad copingu zaměřený na problém uvádějí aktivní coping, plánování, potlačení nevhodných aktivit, odložení řešení na příhodnou dobu, vyhledávání instrumentální sociální opory.

Aktivně můžeme zvládat stres sportovní a fyzickou aktivitou nebo masáží a dýchacími metodami, které pomohou zrelaxovat tělo. Dalšími jsou např. nalezení koníčku, aktivity, která kromě toho, že nás baví, zbaví naše tělo i přebytečného napětí (Joshi, 2007).

Jestliže je však jedinou možností počkat a vyrovnat se se situací, převládá **coping zaměřený na emoce** (Vašina, 2009). Pacient tak chrání sebe sama před nepříznivými dopady nemoci. Dává mu to možnost zachovat si tak alespoň v malé míře pozitivní náhled a vést důstojný život (Vágnerová, 2012b). Příkladem je vyhledání citové sociální opory, pozitivní reinterpretace, akceptování (přijetí), obrácení se k víře, projevení emocí (Carver et al., 1989) a humor (Vašina, 2009).

Popření existence stresoru, behaviorální a mentální vzdání se je podle Carvera et al. (1989) nevhodným copingem, což Vašina (2009) doplňuje o strategii obrácení se k alkoholu, lékům nebo drogám.

Při zpracování závažné informace bychom měli pracovat se svými emocemi, a to tím způsobem, že se na věc pokoušíme dívat optimisticky, zároveň ale realisticky. Je důležité, abychom spoléhali na své možnosti a schopnosti a začali aktivně participovat na zlepšení situace. Ve stresových situacích nám může velmi pomoci, pokud se vymaníme z kruhu neustále opakujících se myšlenek např. pouhou přítomností přátel a rodiny, včetně domácích zvířat. Podstatné je, že se necítíme s problémem sami. Stresu můžeme také zabránit hudbou, poezií, humorem nebo naopak pláčem (Joshi, 2007).

4.2 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou oproti strategiím zvládání stresu, kromě skupiny zralých obranných mechanismů, nevědomé. Používáme je v případě setkání se s náročnou situací, která v nás vyvolává konflikt, úzkost, smutek a další nepříjemné prožitky. Může se jednat o situaci běžného dne i zásadní krize v našem životě. Podle toho, jaké obranné mechanismy volíme, dělíme je podle závažnosti na zralé, neurotické, nezralé a psychotické (Klimpl, 1998).

Závažnější obranné mechanismy potom nedávají prostor pro adaptaci a přijetí nemoci. V krátkodobém horizontu jsou funkční, protože umožňují pacientovi vnímat situaci z takového hlediska, které dokáže zpracovat. Problém ale neřeší a znesnadňují přizpůsobení a následně i uzdravu (Zacharová, 2017).

Vágnerová (2012b) dává příklad obranných mechanismů, které nejsou plně uvědomované:

- **Popření** – jedinec akceptuje jen to, co je pro něj bezpečné. To, co bezpečné není, filtruje a nepřijímá. Může tak popírat svou nemoc a stále se chovat, jako že se nic neděje.

- **Regrese** – návrat jedince k nižším vývojovým stupňům. Dospělý jedinec se pak může stavět do pozice dítěte, o které ostatní pečují.
- **Projekce** – nemocný viní za své problémy jiné lidi, okolnosti nebo osud. Tím snižuje svou úzkost.
- **Racionalizace** – nemoc nebo neúspěch si jedinec racionálně vysvětluje, omlouvá a odůvodňuje tak, aby si nemusel přiznat, že má na situaci svůj podíl viny.
- **Identifikace** – pacient se ztotožňuje a některými vlastnostmi jiných lidí a přejímá je. Může jít dokonce o identifikaci s osobou. Tím si vytváří oporu a iluzi vlastností, které sám nemá.
- **Rezignace** – objevuje se často u chronicky nemocných, kteří se postupně dostávají do apatie. Odmítají pak dělat cokoliv ke zlepšení svého stavu.
- **Potlačení** – nemoc a problémy s ní spojené jsou odsunuty. Stále se do života jedince dostávají, ale v pozměněné podobě. Situace je zlehčena a není jí věnována pozornost v myšlenkách ani v rozhovoru s druhými.
- **Fantazie** – představování si ideálního světa a únik z reality.

Křivohlavý (2002) dodává například:

- **Represe** – nemocný potlačuje některé myšlenky před tím, než je řekne nahlas. Tím oddaluje řešení.
- **Opačné reagování** – v důsledku obav se pacient chová jinak, než ve skutečnosti cítí. Ačkoliv může mít odpor k jiným pacientům, reaguje přehnanou péčí směrem k nim.
- **Sebeobviňování** – pacient raději kritizuje sám sebe, aby předešel kritice od okolí.

4.3 Reakce pacienta na nemoc

Zvládání náročných životních situací, a tedy i reakce a postoj pacienta k nemoci se vytváří už v primární rodině v kontaktu dítěte s rodiči. Dítě vnímá, jak jeho vzory reagují na nemoc, a postupně samo poznává jak negativní důsledky nemoci, tak i její pozitiva (nemusí do školy, má pozornost rodičů atd.) (Praško et al., 2010).

Podle toho pak jako dospělý reaguje. Kvůli nemoci se jedinci mění způsob života, jak ho znal. Spousta činností, na které byl zvyklý, je nemyslitelná. Velkou změnou může být ztráta nebo přerušení pracovní činnosti. Jeden pak může reagovat depresivně s pocitem, že jeho život ztratil smysl, jiný uvítá odpočinek. Není potom výjimkou, že si tací chtějí toto období klidu prodlužovat a v nemoci zůstat (Zacharová, 2017).

Podle Praška et al. (2010) ovlivňuje psychické zvládání a přístup k nemoci to, o jakou nemoc se jedná, jak je vážná, jaké jsou vyhlídky nemocného do budoucnosti a jak moc je pro něho obtížné zvládání symptomů. Dále jeho postoj ovlivňuje sociální opora, reakce blízkých a společnosti na nemoc, vztah k lékaři a lékařův přístup. Výrazně bude zvládnutí a postoj pacienta k nemoci ovlivňovat jeho osobnost, to, v jaké životní situaci právě je, zda prožívá momentálně jiné zátěžové situace a jeho zkušenosti se zvládáním obtížných situací, včetně nemoci, v minulosti.

Poslední kapitola teoretické části pojednává o onemocnění páteře. Uvědomujeme si, že se jedná o práci psychologickou, proto bude tato kapitola značně zjednodušená a zkrácena. Snažíme se tak o srozumitelnost a dostupnost textu i neodborníkům.

5 Vertebrogenní onemocnění

Poruchy týkající se páteře, kde původ vady je v samotné páteři, se nazývají vertebrogenní. Toto označení je složené z latinských slov vertebra (obratel) a genesis (původ) (Rychlíková, 2016).

Zabývat se onemocněním páteře a vůbec celého pohybového aparátu je v dnešní době více než na místě. Vlivem změny životního stylu, sedavých zaměstnání, způsobu přemísťování se z místa na místo zejména pomocí automobilů, snížené fyzické aktivity, obezity aj. jsou onemocnění páteře stále častější příčinou bolestí. Vlivem stárnutí populace a zlepšování diagnostických metod těchto onemocnění přibývá a přibývá jich i v mladším věku (Rychlíková, 2012). Ve 20. století se začal klást důraz na tuto problematiku jako na civilizační nemoc (Novák, 2002).

Příčiny vzniku onemocnění páteře jsou různá. Problémy se mohou vyskytnout vlivem vrozených potíží, zánětů, úrazů, nádorů, degenerativního vývoje, funkčních potíží a mnoha dalších důvodů (Mohr, 1993).

5.1 Bolest

Bolest je podle Asociace pro studium bolesti „*nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání*“ (IASP, 2017). Bolest je vždy subjektivní a můžeme ji dělit na akutní a chronickou.

Akutní bolest je taková, kterou cítíme pouze hodiny nebo dny. Je pro nás velmi funkční, protože nám oznamuje, že se v našem těle něco děje. Upozorňuje nás na potenciální nebo aktuální poškození tkání. Po odstranění příčiny většinou rychle mizí (Fricová, 2009).

Chronická bolest proti tomu trvá déle než 3 – 6 měsíců. Za chronickou ale označujeme i takovou bolest, která trvá déle, než je pro dané onemocnění běžné. Jedinec se může s chronickou bolestí potýkat i roky. Bolest už nemá výstražný

charakter, ale je jako taková onemocněním. Jednou z nejčastějších chronických bolestí je bolest v dolní části zad (Fricová, 2009).

Bolest v zádech začínáme běžně cítit už mezi třicátým a čtyřicátým rokem života (Pfeiffer, 2000) a týká se až 90 % populace. Je tak druhým nejčastějším onemocněním (hned po nachlazení) do věku 45 let. Nejčastěji se bolest objevuje v oblasti bederní páteře. Většinou se ale jedná o záležitosti, kde se dají příznaky odstranit konzervativní léčbou, není tedy nutný chirurgický zákrok (Šváb, 2014). Pokud se bolesti páteře objeví v adolescenci, je velká pravděpodobnost, že budou obtíže pokračovat i do dospělého věku (Jeffries, Milanese & Grimmer-Somers, 2007).

Už výzkum z USA z roku 1999 vypovídá o velmi vysoké frekvenci problémů týkajících se bolestí zad. Tehdy bylo zjištěno, že se s bolestí zad potýká aspoň jednou za život 70 – 85 % všech lidí. V USA byla tehdy bolest zad nejčastější příčina omezení činnosti u lidí mladších 45 let, byl to druhý nejčastější důvod k návštěvě lékaře, pátá nejčastější příčina přijetí do nemocnice a třetí nejčastější příčina chirurgického zákroku. V rozvinutých zemích byl potom zaznamenán vyšší počet pacientů. Stejně tak bylo zjištěno, že se výskyt zvyšuje s narůstajícím věkem. Věk společně s právními, socioekonomickými a psychologickými faktory byl označen za příčinu přispívající k dlouhodobému postižení. Autor pozoroval poškození páteře častěji u žen než u mužů (Andersson, 1999). I podle Jeffriesa et al. (2007) trpí v adolescenci bolestí zad více dívky než chlapci.

5.2 Stavba páteře

Páteř je tvořena 24 obratli, které označujeme podle jejich umístění. Na lebku navazuje 7 obratlů krčních (vertebrae cervicales), dále je 12 obratlů hrudních (vertebrae thoracicae) a 5 bederních (vertebrae lumbales). Poslední bederní obratel je spojen s kostí křížovou, která je tvořena spojením 5 křížových obratlů (vertebrae

sacrales), a je navázána na kotrč, což je 4 – 5 srostlých kostrčních obratlů (vertebrae coccygeales) (Merkunová & Orel, 2008). Jednotlivé obratle mají válcovitý tvar (Novák, 2002) a mají 3 části – obratlové tělo, oblouk a výběžky (Rychlíková, 2016).

Kromě obratlů je páteř tvořena meziobratlovými ploténkami, které obratle spojují do tzv. segmentů. Každý obratel je tedy součástí dvou segmentů, jednoho nahoře a druhého dole (Novák, 2002). Ploténky zajišťují měkké a pružné tlumení nárazů (Pfeiffer, 2000). Dále k páteři řadíme meziobratlové klouby, svaly a vazy. Vazy propojují obratlové oblouky a vytváří tak krytý prostor pro míchu a kořenové nervy a chrání je tak (Novák, 2002). Mícha směrem dolů přechází v nervové kořeny. V bederní páteři tedy už míchu jako takovou nenajdeme (Pfeiffer, 2000).

I přes takto přesné rozdělení se ale nikdy nemůžeme zabývat jen částí páteře, bereme ji vždy jako celek. Pokud se tedy vyskytne onemocnění nějakého segmentu, musíme vždy počítat s tím, že se to projeví na celé páteři (Novák, 2002).

Přechodové oblasti mezi jednotlivými částmi páteře nazýváme klíčové oblasti. Jsou jimi především cervikokraniální a lumbosakrální spojení, tedy místa v oblasti krční a bederní páteře. Právě v těchto místech velmi často dochází k poruše, asymetrii nebo deformaci obratlů (Rychlíková, 2012). Přechod mezi bederní a křížovou oblastí je přitom velmi důležitý a nejvíce namáhaný úsek. Důvodem je zejména to, že právě tato oblast musí snášet největší zátěž. Musí „unést“ hlavu, trup i paže (Tichý, 2000). Je to tedy část, která podléhá onemocnění nejvíce a z toho důvodu se na tuto oblast zaměřujeme v naší práci.

Nejčastější důvod, proč se onemocnění páteře objevují, je přirozený proces stárnutí našeho těla. Právě proto se často s onemocněním páteře setkáme ve vyšším věku, výskyt se tedy s věkem zvyšuje (Bouyer et al., 2015). Postupným, degenerativním, onemocněním páteře běžně trpí lidi od 50 let. Od 70 let se pak s tímto problémem potýká skoro každý (Rychlíková, 2012). I proto se náš výzkum a následující text zaměřuje na onemocnění, které se vyskytuje často v nižším věku, a tím je i méně obvyklé.

5.3 Spondylolistéza

Spondylolistéza je onemocnění páteře, které se řadí do skupiny chronických nestabilit. Jsou to až na výjimky pomalu se rozvíjející onemocnění (Matějka, 2008).

Slovo je spojením řeckých slov spondylos (obratel) a olisthanein (skluz). Už z názvu tedy můžeme odvodit, že jde o posun jednoho obratle vůči druhému (Suchomel & Vlach, 2007).

Jak spondylolistéza vzniká, není úplně známo. Uznávána je však teorie, že se jedná o mnohačetné fraktury páteře, které se projeví v případě, že k tomu má jedinec predispozice (White & Panjabi, 1990). Porucha se může vyvinout vlivem namáhání dané oblasti například v důsledku zvedání těžkého břemene nebo pádu. Obvykle ji ale způsobí nekoordinovaná svalová aktivita a nadměrný pohyb v poškozeném místě. Trauma udělá malou jizvu nebo změnu na kosti a postupně se tímto způsobem může páteř dostat do nestabilní fáze (Kirkaldy-Willis & Farfan, 1982).

Spondylolistéza se projevuje nejčastěji v úseku páteře, kde přechází bederní obratle v křížové (L5/S1). V tomto místě je posun směrem dopředu, ventrálně, k dutině břišní. Méně často se potom vyskytuje posun dozadu, dorzálně, který je hlavně na konci bederní páteře mezi 4. a 5. bederním obratlem (L4/L5) (Matějka, 2008).

5.3.1 Dělení spondylolistézy

O popsání spondylolistézy se postupně snažila řada lékařů. První dělení, které se ujalo, však vzniklo až v roce 1963. Autory byli Newman a Stone (Paleček & Mrůzek, 2008). Klasifikace, kterou užívají lékaři dnes, je podle Wiltse, Newmana & Macnaba (1976). Spondylolistézu autoři dělí na 5 typů. Jsou jimi istmická, dysplastická, degenerativní, traumatická a patologická.

Istmická spondylolistéza

Název je odvozen od istmu (pars interarticularis), části obratlového oblouku, kterého se při tomto onemocnění problémy týkají (Krbec, 2002).

Změny na páteři tu mají 3 možné příčiny, podle čehož se onemocnění dělí. Tam, kde ke změnám dochází pozvolně na základě opakovaných drobných fraktur, se jedná o typ A. U typu B nedochází k porušení, ale prodloužení istmu. Typ C vzniká zlomeninou v této oblasti, která nastává v důsledku vážného traumatu (Krbec, 2002).

Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje u sportovců, kteří opakovaně ohýbají a rotují páteř v jednom místě (Barsa, 2007). Istmická léze je o 10 – 20 % častější u sportovců než u lidí, kteří sport nedělají (Ruiz-Cotorro, Balias-Matas, Estruch-Massana & Vilaró Angulo 2006).

Dysplastická spondylolistéza

Dysplastická spondylolistéza je vrozená vada ve vrchní křížové oblasti nebo v nejspodnější oblasti bederní. Kvůli poruše vývoje obratle páteř není v tomto místě schopna snášet nápor a tíhu celého těla. V důsledku toho se poslední bederní obratel postupně smeká po obratli, který leží pod ním. Část obratlového oblouku pars interarticularis při tom může zůstat v nezměněné podobě nebo se deformovat. Většinou však k deformaci nebo k posunu této části páteřního oblouku dojde. U dysplastického typu je zjevný posun obratlů. Často se tu setkáváme se skluzem vysokého stupně. Mohou se objevit i kořenové syndromy. Není úplně známo, jaká je frekvence výskytu. Objevuje se však u žen až 2x více než u mužů (Wiltse et al., 1976).

Degenerativní spondylolistéza

Degenerativní spondylolistéza, někdy též Junghannsova pseudospondylolistéza (Junghans, 1930, in Paleček & Mrůzek, 2008) se vyskytuje nejčastěji v přechodu mezi obratli L4 a L5. Vlivem degenerativního procesu

dochází ke změnám ploténky i těla obratle a jeho výběžků, kvůli čemuž dochází i zde ke skluzu. Rozdílem však je, že u tohoto typu spondylolistézy se navíc posouvá i obratlový oblouk, což může vést ke zúžení bederního páteřního kanálu a tím i porušení kořenových nervů (Krbec, 2007).

Traumatická spondylolistéza

Skluz v tomto případě nastává až sekundárně v důsledku závažného poranění, kterým se poruší struktura některé části obratle. Vlivem toho dochází k posunu obratle vzhledem k obratli níže ležícímu (Paleček & Mrůzek, 2008).

Traumatická spondylolistéza může vzniknout také malými traumaty, které si způsobují například sportovci vlivem nadměrného protahování a ohýbání páteře v přechodu mezi bederní a křížovou oblastí. Uměle vytvořené přetížení vede k malým frakturám. Tento proces se opakuje a postupně pak dochází ke zlomenině části páteřního oblouku a skluzu obratle (Farfan, Osteria & Lamy, 1976).

Patologická spondylolistéza

Patologická spondylolistéza je způsobena vrozeným nebo získaným onemocněním kostí. Tyto změny jsou buď lokální, nebo generalizované. Vlivem choroby pak dochází druhotně ke skluzu (Farfan et al., 1976).

Další dělení spondylolistéz je podle míry závažnosti onemocnění. Podle Meyerdinga (1931, in Chaloupka & Neubauer, 2007) rozlišujeme 4 úrovně. **I. úrovní** rozumíme posun obratlů menší než 25 %, do **II. úrovně** spadá posun o 26 – 50 % a do **III. úrovně** řadíme posuny o 51 – 75 % a do **IV. skupiny** skluz 75 – 100 %.

Ani u větších posunů se ale nemoc nemusí projevovat hned. Velké posuny někdy bývají nalezeny náhodou, a naopak drobné skluzy mohou být doprovázeny silnými bolestmi (Paleček & Mrůzek, 2008). Může se stát, že se onemocnění projeví

nejprve jako bolest v bederní oblasti nebo jako epizodická bolest způsobena drážděním nervů. To se často objevuje u lidí, kteří vykonávají náročnou práci nebo jsou jinak fyzicky aktivní. Jak už bylo řečeno, není výjimkou, že se spondylolistéza objeví u sportovců, kteří se věnují sportům, jako je gymnastika, kde je velký nárok na ohebnost v oblasti bederní páteře, nebo například bojovým sportům, u nichž jedinci opakovaně padají (Maigne, 1996).

5.4 Kořenové syndromy

S poruchami páteře, a tedy i se spondylolistézou, jsou také často spojeny kořenové syndromy. Jedná se o situaci, kdy nervy, které jsou utlačované nebo nemají dostatek prostoru, přestanou částečně nebo úplně plnit svoji funkci. Kořenové syndromy se projevují jako bolesti. V případě, že se jedná o poruchy v oblasti bederní páteře, jsou to bolesti dolních končetin (Rychlíková, 2016).

Spondylolistézy se týká kořenový syndrom obratlů S1, L5 a L4, kde poslední zmíněný je nejméně častý.

S1 syndrom: Projevuje se jako bolest, která vede z křížové oblasti po zadní straně nohy až k patě a po zevní straně chodidla po prsty.

L5 syndrom: Bolest opět začíná v křížové oblasti a pokračuje do kyčelního kloubu, zevní stranu stehna ke koleni a přes zevní lýtko na hleň a nárt do palce nohy.

L4 syndrom: Z kříže se bolest rozšiřuje přes kyčel do třísla a potom po přední straně dolní končetiny. Končí na straně vnitřního kotníku (Rychlíková, 2016).

Jak jsme již naznačili, není tu pravidlem, že je porucha vždy spojena s bolestí (Bouyer et al., 2015). Pokud se ale vyskytuje, narušuje to výrazně život jedince a tím i jeho prožívání samotné nemoci.

5.5 Psychologické studie u pacientů s onemocněním páteře

Snelgrove & Liossi (2009) uskutečnili výzkum, jehož cílem bylo prohloubit a pochopit zjištění, že se dlouhotrvající chronické bolesti bederní oblasti zad zhoršují vlivem negativního psychologického ladění a pasivních copingových strategií. Ačkoliv se nejedná o výzkum potřeb, v mnohém se odpovědi respondentů dotýkají i tohoto tématu.

Výzkumu se zúčastnilo 10 pacientů (7 žen a 3 muži), jejichž věk byl mezi 39 a 66 lety. Všichni předtím žili aktivně a hodnotně. Bolest velmi ovlivnila každodenní život participantů. Pociťovali omezení v běžných činnostech, kterým se dříve věnovali automaticky a považovali je za samozřejmé. Respondenti se kvůli tomu často popisovali jako břemeno pro svou rodinu. Sami sebe označovali jako handicapované, nemocné a o bolesti mluvili jako o součásti jejich nové identity, ačkoliv se s touto rolí nejprve nechtěli smířit. Nemoc připisovali biomedicínskému selhání, za které oni sami nenesou žádnou zodpovědnost. O své bolesti přitom mluvili, jako kdyby nebyla jejich součástí, ale něco z vnějšku, co útočí na jejich tělo. To autoři popisují jako pokus o udržení integrity a pocit, že mají situaci alespoň trochu pod kontrolou.

Nejen, že se museli vyrovnat s bolestí, která je sama o sobě omezila, ale také s dalšími nepříjemnostmi, které s nemocí souvisejí. Participantů se například cítili nepochopeni ze strany okolí, protože bolest není vidět na rozdíl od toho, když si například někdo zlomí ruku. Vztahy se zdravotníky byly občas popisovány mechanicky. Pacienti se cítili jako věc, která potřebuje opravit. Našly se i případy, kdy jim doktor řekl, že jelikož pro jejich bolest není objektivní zdůvodnění, bude zřejmě příčina bolesti „v jejich hlavě“.

Vlivem nemoci se navíc negativně posunulo i hodnocení vlastní osoby a vzhledu a snížilo se jejich sebevědomí.

O svých emocích respondenti začali mluvit až ke konci rozhovoru poté, co důkladně popsali fyzickou stránku nemoci, nebo když byli na emoce přímo tázáni.

Většina odpověděla, že cítí hněv a pokles nálady. To si často vybíjeli na svých rodinách, což narušovalo jejich vztahy, motivaci i sebeúctu. Následkem mohly být deprese, úzkosti i sociální izolace.

Vedle ztrát ale respondenti popisovali i sekundární zisky z nemoci, jako prodloužené období odpočinku, osvobození od práce a domácích povinností.

Autoři uzavřeli, že pokud participanti chápou svou bolest pouze z biomedicínského hlediska, omezují léčbu pouze na medicínské postupy. Upozorňují na potřebu multidisciplinárního a individuálního působení na pacienty. Sami pacienti by se měli více zaměřit na to, jak nemoc vnímají (Snelgrove & Liossi, 2009).

Další článek se opět zabýval zkušeností pacientů s bolestí v bederní páteři. Tentokrát ve vztahu ke svému tělu a smyslu self. Vzorek tvořilo 6 respondentů ve věku 36 – 52 let. Účastníci byli vyzváni k tomu, aby mluvili o tom, jak bolest ovlivnila jejich pocity, postoje nebo přesvědčení o sobě. Odpovídali to, že změnili způsob, jakým vnímali bolestivou část těla. Daleko více si ji uvědomovali, jinak o těle přemýšleli. Vztah mezi jejich já a jejich tělem byl dysfunkční. Bolestivé části těla byly umístěny mimo self, jako kdyby k nim nepatřily. Části těla, které naopak fungovaly normálně, byly považovány za samozřejmé a respondenti jim věnovali jen malou pozornost. Před objevením nemoci se respondenti zajímali spíše o to, jak tělo vypadá, kvůli bolesti je začalo zajímat i to, jak tělo funguje.

Participanti také popisovali slabost, obtížnou kontrolu, pocit vyloučení a odmítnutí stran společnosti, odcizení a bezmocnost (Osborn & Smith, 2006).

V jiné studii se z rozhovorů s devíti ženami mezi 25 a 55 lety trpícími bolestí zad objevila čtyři témata. Jedním bylo **hledání vysvětlení** přítomnosti jejich bolesti. Jedna z respondentek, protože neměla jiné vysvětlení, začala vinit sama sebe. Participantky vnímaly svoji bolest jako stigma a měly proto sklony stranit se **společenského kontaktu**, což bylo další velké téma. Jelikož problém se zády není vidět a na první pohled se nezdá, že jedinec trpí, popisovaly respondentky pocit, že jim nikdo nevěří. Měly proto potřebu neustále bojovat za to, aby ostatní

přesvědčily, že nejsou v pořádku. Mluvily ale i o nesnázích s tím spojených. Vypadalo to pak totiž, že se na bolest vymlouvají. Z toho pro respondentky plynul pocit ponížení, protože si ostatní myslely, že nejsou dostatečně dobré. Za svou nemoc se styděly, cítily se zmatené a **bály se své budoucnosti**. Ačkoliv všechny dlouhodobě navštěvovaly lékaře, necítily se být dostatečně informované. Najít ztracené sebevědomí popisovaly jako velmi obtížný úkol a obecně jim chyběla víra v nadějnou budoucnost. Často proto bývaly uvězněné v minulosti. Chtěly by zpět to, co bylo.

Posledním tématem bylo časté **srovnávání se** s ostatními lidmi. Na jednu stranu funkční strategie, která jim pomáhala vysvětlit a pochopit vlastní situaci a uvědomit si, že na tom jsou jiní ještě hůř, mohla mít zároveň neblahý dopad na jejich stav. Viděly totiž, co ostatní lidé v jejich věku mohou dělat, ale ony v důsledku svého onemocnění ne. Jako obzvláště náročné popisovaly situace, když stály vedle starého vitálního člověka, který dokázal víc věcí než ony samy (Osborn & Smith, 1998).

Výzkum od Walkera, Sofaera & Hollowaye (2006) o pacientech s chronickou bolestí zad zahrnoval 12 mužů a 8 žen, jejichž věk se pohyboval mezi 28 až 79 lety. Jedním z pěti hlavních témat, které se prolínalo rozhovory, bylo téma **ztráty**, a to sociálně ekonomické, materiální, fyzické i duševní, ztráty profesních a společenských aktivit, ztráty práce nebo svých schopností a rolí, ztráty vztahů, identity a naděje. Tyto ztráty vedly u lidí v produktivním věku k finančním problémům i potížím v mezilidských vztazích, což pak vyvrcholilo ztrátou sebehodnoty, naděje a vidiny dobré budoucnosti. Respondenti popisovali, jak bolest ovlivňuje jejich běžné činnosti. V příbězích všech účastníků se objevovalo téma smutku, strachu, zlosti, ztráty radosti, pocitu osamocení, snížení aktivity, pocitu selhání, bezcennosti, ztráta smyslu, pesimismus, únava a další. Pocit ztráty identity a sebehodnocení je potom jako začarovaný kruh. Lidé, kteří mají bolest zad, která není na první pohled vidět, se zdají, že jsou vlastně v pořádku. Problém pro ně nastává, když například nepustí v autobuse sednout těhotnou ženu nebo

starého člověka. Nevysvětlují ostatním, že oni sami musí sedět, zdají se být tedy jen nevychovaní.

Výzkum z roku 2002 prokázal, jak důležité jsou psychologické faktory ve zvládání chronické bolesti a kvalitě života s tímto onemocněním. Autoři popsali důležitost toho, jak svoje symptomy, zvládání bolesti, problémy s tím spojené a obavy posuzují samotní lidé. Zmínili, že se jedinec může rozhodnout ignorovat bolest a pokračovat v práci, chůzi, socializaci a zapojení se do činností, které dříve dělal, nebo se může rozhodnout opustit práci, zdržet se všech činností a převzít roli nemocného. Z toho důvodu úspěšné léčení pacientů s chronickou bolestí nevyžaduje pouze zaměření pozornosti na organický základ, ale také na řadu faktorů, které ovlivňují a zmírňují prožívání bolesti. Vědecké poznání bolesti roste a je již jasné, že se jedná o složitou percepční zkušenost ovlivněnou biologickými faktory stejně tak jako širokou škálou psychosociálních faktorů, včetně emocí, sociálního a environmentálního kontextu, sociokulturního pozadí, víry, postojů a očekávání (Turk & Okifuji, 2002).

Pětiletá longitudinální studie zkoumala bolesti zad v adolescenci. Epidemiologie bolesti bederní páteře je dobře prozkoumána u dospělých, podstatně méně informací je u dětí a adolescentů. Autoři zkoumali 216 11letých dětí a zjistili, že každoroční výskyt bolesti zad se zvýšil z 11,8 % ve 12+ letech na 21,5 % v 15+ letech. Zkušenosti s bolestí zad byly časem často zapomenuty. Opakující se bolest byla častá, jen několik dětí však potřebovalo léčbu. Bolesti zad byly častější u chlapců než u dívek, a to zejména ve věku 15 let. U chlapců byla zjištěna pozitivní korelace mezi sportováním a bolestí zad. Důvodem mohou být častější a namáhavější sportovní aktivity. Nebylo zjištěno, že bolesti zad u chlapců byly znepokojivější nebo dlouhodobější než u dívek (Burton, Clarke, McClune & Tillotson, 1996).

VÝZKUMNÁ ČÁST

V druhé části práce čtenáře uvádíme do pozadí výzkumu. Popisujeme jeho kritéria, postupy, realizaci a výsledky.

6 Metodologický rámec výzkumu

Námět výzkumu vznikl na základě vlastní zkušenosti s tématem. Období zjištění onemocnění páteře, nejistota z budoucnosti, přijímání bolesti i boj s vlastním sebepojetím a sebeúctou, ztráta iluzí, zájmů a s tím spojená i ztráta přátel, čekání na operaci, samotný zákrok a mnoho dalšího byly natolik silné zážitky, že začaly formovat a měnit náš pohled na život. Postupně jsme začali z výzkumů, zejména zahraničních (např. Snelgrove & Liossi, 2009; Osborn & Smith, 1998; Middleton, 2014; Alqahtani, 2015), zjišťovat, že se v mnohém tyto naše subjektivní a jedinečné pocity překrývají s tím, co prožívají i jiní lidé s podobným problémem.

Začali jsme se proto zabývat myšlenkou, jakým způsobem funguje pro takové lidi psychologická podpora. Došli jsme k tomu názoru, že pokud nekontaktuje pacient psychologa sám, jsou podpůrné služby pro jedince s onemocněním páteře v České republice nedostatečné. Konzultace s psychologem je zároveň pro mnohé krajním řešením. Jiní by takovou možnost uvítali, nenapadne je však odborníka vyhledat. Takoví lidé pak zůstávají s onemocněním sami.

Myšlenka, díky které naše práce vznikla, vychází z právě tohoto nedostatku.

6.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat potřeby pacientů, kteří netrpí smrtelnou chorobou, ale nemoc jejich život značným způsobem omezuje. Vybrali jsme proto onemocnění páteře vyžadující ve většině případů operativní řešení, spondylolistézu. Chtěli jsme zjistit, jaké jsou potřeby pacientů v době mezi oznámením diagnózy a návratem do běžného života po provedeném zákroku stabilizace. Tím jsme chtěli získat informace o tom, co by pomohlo těmto lidem se s onemocněním vyrovnat, a tak žít plnohodnotně. Cílem bylo upozornit na problematiku takových onemocnění, připomenout lékařům nezbytnost psychologického a empatického působení na pacienty a vzbudit v této oblasti

zájem psychologů. Zároveň jsme chtěli dát jak odborníkům, tak rodině a přátelům pacienta návod, jak k němu přistupovat, jak s ním pracovat. V neposlední řadě jsme chtěli umožnit pacientům prostřednictvím této práce seznámit se s příběhy reálných lidí a dát jim tak pocit, že s onemocněním nejsou sami.

6.2 Cílová skupina

Práce má tedy sloužit pacientům s onemocněním páteře, jejich rodinám, lékařům i psychologům. Pacienti by díky výsledkům měli zjistit, že nejsou s problémem sami. Lékařům a psychologům může výzkum usnadnit práci s pacienty a poskytnout jim lepší oporu.

6.3 Výzkumné otázky

- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění diagnózy?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění nezbytnosti operace?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých v posledním týdnu před operací?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých po operaci, při návratu zpět do běžného života?

6.4 Metody zpracování dat

Výzkum byl realizován kvalitativní formou a zpracování dat proběhlo metodou IPA, interpretativní fenomenologickou analýzou. Tato analýza vyzdvihuje jak roli participanta, tak i výzkumníka. Přístup výzkumníka je tedy aktivní a zajišťuje dynamiku výzkumu. Jeho úkolem je skrz vyprávění pochopit zkušenost respondenta. Díky možnosti pozorovat respondenta při rozhovoru pak může analyzovat jak to, co participant říká, tak i to, jak u toho vypadá, jak probíhá

kognitivní zpracování, jakým způsobem projevuje u vyprávění emoce aj. (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Individuální prožívání situace je tu důležitější než její objektivní popis (Lyons & Coyle, 2007).

Jelikož má autorka vlastní zkušenosti s danou problematikou, bylo zřejmé, že bude výsledek zatížen jejím pohledem. IPA ale právě tohoto pohledu využívá a je tedy pro tento výzkum více než vhodná. Výzkumník totiž při interpretaci vkládá i svůj pohled na věc a snaží se pochopit a vysvětlit, jak participant svou životní situaci chápe. Tím se vytváří tzv. dvojitá hermeneutika (Smith et al., 2009).

Dalším důvodem využití interpretativní fenomenologické analýzy bylo, že ačkoliv se nyní tato metoda používá pro různá témata v sociální a klinické psychologii, zprvu se zaměřovala především právě na problematiku zdraví (Smith et al., 2009).

Data v našem výzkumu byla zpracována hloubkově jako případové studie. U každého respondenta nejprve uvádíme kazuistiku, dále klinický dojem z rozhovoru a postřehy při zpracování textu a potřeby jedinců i s ukázkami jejich výpovědí.

6.5 Výzkumný soubor

IPA využívá velmi malého vzorku. Podle Smithe a jeho kolegů (2009) není velikost vzorku přesně určena. Pro studenty však autoři doporučují 3 až 6 respondentů. Dávají tak přednost hluboké analýze malého vzorku před povrchním zpracováním řady případů.

Kvantita respondentů je nahrazena kvalitou rozhovorů, které zjišťují veškeré podrobnosti a detaily o zkušenosti každého z nich. Vzorek by měl být co možná nejhomogennější, abychom mohly mezi sebou jednotlivé případy porovnávat a zjišťovat podobnosti ale i rozdíly. Jelikož se nesnažíme výsledky generalizovat na populaci, je homogenost žádoucí (Smith et al., 2009).

Náš výzkumný soubor se skládal ze 4 respondentů, 2 žen a 2 mužů. Jednalo se o pacienty, kteří prodělali operaci páteře, konkrétně spondylolistézy. Kritériem výběru byl tedy mimo jiné fakt, že byla operace v těchto případech nevyhnutelná.

Poškození páteře se často objevuje v pokročilém věku, práce se proto zaměřila na adolescenty a mladé dospělé, kde se předpokládá, že je vyrovnávání se s nemocí těžší už jen z toho důvodu, že je diagnóza nečekaná. U takto mladých lidí může nemoc zásadně vstoupit do života tím, že jim zabrání dělat aktivně vše, na co byli doposud zvyklí (ať už se jedná o práci, sport nebo jiné trávení volného času). Konkrétně u žen se může vyskytovat ještě jedno specifické téma, a to otázka, zda budou moct mít po operaci páteře děti.

Rozhovory byly prováděny retrospektivně u pacientů, kteří již mají operaci za sebou a zároveň ji prodělali ve věku 13 až 19, tedy věku adolescence (Thorová, 2015), nebo 20 až 35 let, což Thorová (2015) označuje za období mladé dospělosti. Aby měli respondenti stále živě v paměti své zkušenosti z této doby, byli nejstaršími participanty studie lidé ve věku 35 let, tedy z konce mladé dospělosti.

Výzkumný vzorek tvořili respondenti ve věku od 30 do 35 let (33, 33, 30, 35). Operaci prodělali ve věku od 18 do 35 let (33, 33, 25, 18). Jediná respondentka tedy byla v době operace adolescent, zbylí 3 byli mladí dospělí.

6.5.1 Výběr participantů

Z důvodu kvalitativního zpracování dat byl použit nepravděpodobnostní výběr, konkrétně záměrný výběr přes instituci. Využili jsme pomoci neurochirurgického oddělení nemocnice, jejíž jméno z důvodu zachování anonymity neuvádíme. Z nemocnice podle daných kritérií kontaktovali potencionální respondenty a ptali se na souhlas s předáním telefonního čísla výzkumníkům. Pokud souhlas dostali, telefonní číslo bylo předáno a výzkumníci už sami respondenty kontaktovali, podali základní informace o výzkumu a domluvili si s nimi schůzku.

Z oslovených pacientů (8) odpověděli všichni kladně a na setkání s nadšením přistoupili. Jelikož byl vzorek genderově nevyvážený, omezili jsme velikost vzorku na 4. Poslední respondentka však na poslední chvíli přestala komunikovat, museli jsme tedy přistoupit k opětovnému kontaktování nemocnice a získání dalšího kontaktu.

Autorka za každým z respondentů dojela do místa bydliště nebo na jiné smluvené místo, kde se rozhovor uskutečnil.

6.6 Metody sběru dat

Jak již bylo naznačeno, výzkum probíhal formou rozhovorů. Zpočátku každý respondent podepsal informovaný souhlas a zodpověděl otázky týkající se základních údajů, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rok zjištění onemocnění páteře a rok operace. Tím jsme si zajišťovali fakt, že respondenti opravdu spadají do kritérií výběru.

Rozhovory pak byly vedeny polostrukturovaně, což umožnilo to, aby se participant rozpovídal o tématu tak, jak je to jemu samotnému příjemné. Díky tomu se mohly ukázat další zajímavé okolnosti, které jsme do té doby netušili (Pietkiewicz & Smith, 2012).

Ačkoliv IPA označuje rozhovory za polostrukturované, je přesnější říct, že rozhovor vzniká spíše jako vzájemná interakce výzkumníka a participanta, která se vždy ubírá svým specifickým směrem právě podle toho, co považuje respondent za klíčové. Zároveň ale výzkumník pobízí svými otázkami k tomu, aby se jedinec držel aspoň okrajově tématu. Tyto otázky jsou otevřené a široce položené, dále je ale výzkumník zpřesňuje a doptává se na výpovědi klienta (Lyons & Coyle, 2007).

Délka rozhovoru běžně překračuje jednu hodinu (Lyons & Coyle, 2007). V našem případě to bylo přesně 94 minut, 96 minut, 83 minut a 50 minut.

Našimi centrálními otázkami, které jsme pak dále rozpracovávali byly:

- Jaké pro Vás bylo, když jste se dozvěděl(a) o Vašem onemocnění páteře?
- Jaké pro Vás bylo, když jste se dozvěděl(a), že půjdete na operaci páteře?
- Jaký pro Vás byl poslední týden před operací?
- Jak se Vám vracelo zpět do běžného života?

6.6.1 Pilotní výzkum

Pilotní rozhovor proběhl 27.10.2017. Respondent podepsal informovaný souhlas a zodpověděl základní otázky týkající se diagnózy. Samotný rozhovor byl pak nahráván na diktafon, s čímž respondent do záznamu vyjádřil souhlas. Nahrávka trvala 1 hodinu a 34 minut. Z celého záznamu byl následně pořízen doslovný přepis a byla provedena analýza.

Celé setkání probíhalo hladce a z interview jsme vytěžili cenné informace. Zjistili jsme, že hlavní otázky jsou formulovány dobře a nevyžadují úpravu až na jednu. Jednalo se o otázku 3., kde jsme se původně ptali na poslední měsíc před operací. Pro respondenta byl však důležitější poslední týden. Tuto otázku jsme tedy pozměnili. Rozhodli jsme se však i tohoto respondenta zařadit do výzkumu.

6.7 Technické zabezpečení

Rozhovory byly nahrávány na diktafon Olympus a přepsány v programu Listen N Write Free. Následné zpracování proběhlo v programech Microsoft Word a Excel.

6.8 Etika výzkumu

Studie se zabývala osobním tématem, proto mohlo být zodpovídání otázek a vzpomínání na těžké období života nepříjemné. Bylo tu tedy riziko toho, že respondenti nebudou říkat celou pravdu nebo pro ně bude problém mluvit

otevřeně. Rozhovor také mohl zvědomit „zapomenutá“ témata a respondentům tak otevřít cestu k emocím. Pokud by se tak stalo, autorka by si musela dát pozor na tenkou hranici mezi rolí výzkumníka a krizového intervenanta nebo terapeuta.

Dalším rizikem byl přístup respondentů k výzkumnici. To, že sama prošla stejnou zkušeností, mohlo být výhodou z hlediska upřímnosti a otevřenosti respondentů, zároveň se ale mohlo stát to, že si výzkumnice neudrží nezbytný odstup.

Samozřejmostí bylo to, že respondenti zůstali v anonymitě. Jména lékařů a měst byla také anonymizována. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.).

Všichni respondenti dali informovaný souhlas s účastí na výzkumu, a to jak formou písemnou, tak i ústně na diktafon. Dále byli informováni o průběhu výzkumu i o to tom, že z něj mohou kdykoliv bez udání důvodu odstoupit.

Aby autorka neovlivňovala předem směr vyprávění účastníků, uvedla před rozhovorem základní informace, ale celou ideu výzkumu vysvětlila až poté. Tyto informace ale nebyly v žádném případě pro respondenty podstatné, jednalo se pouze o upřesnění a rozvedení smyslu výzkumu.

7 Výsledky výzkumu

V této kapitole postupně uvádíme kazuistiku, dále postřehy, nápady, interpretace a konečně potřeby každého ze 4 respondentů.

Pan A., 33 let

Pan A. žije se svojí matkou a bratrem v domě na malém městě. Jejich otec před časem zemřel na rakovinu. Veškerá práce na domě tedy zůstala na bratrech.

Pan A. vystudoval střední školu s maturitou, ale nedržel se oboru a začal pracovat jako zahradník, což byla jeho velká vášeň. Práce mu zabírala téměř všechnen čas, pracoval přes letní sezónu od 7 od rána do 10 do večera, od pondělí do soboty, někdy i neděle. Pracovní nasazení mu znemožňovalo navazovat romantické vztahy. S přítelkyní se rozešli právě kvůli nedostatku času. Mohl se ale vždy spolehnout na svou rodinu a kamarády. Když měl nějaký volný čas, věnoval ho sportu. Hrál fotbal, chodil běhat, jezdil na kole.

Všechno bylo v pořádku až do roku 2013, kdy se panu A. stala nehoda. Tu a problémy, které následovaly, popisuje jako první překážku ať už v pracovním, nebo osobním životě. Incident se stal v jeho druhé práci, kde spravoval střechy. Stál na korbě Avie a zdvihal motor od vozíku, kterým se dostávají na střechu střešní tašky. Kolega, který nečekal na pokyn pana A., s autem popojel, i když byl pan A. ještě na korbě. Pan A. měl v rukách stále těžký motor, proto se při pohybu auta dostala páteř do nepřírozené pozice a poškodila se. V tu chvíli to ale pan A. ještě netušil. Ačkoliv ho záda bolela, nemyslel si, že se jedná o něco vážného.

Víkend strávil v posteli a odpočíval, čekal, že se bolest utiší. V neděli se ale už nepostavil na nohy, rodina ho tedy odvezla na pohotovost do nemocnice v místě bydliště. Lékaři pacienta napojili na kapačku a slibovali, že bude do 14 dnů v pořádku. To se ale nestalo. Když se stav nelepšil, začali mu lékaři dávat léky, až potom si vyžádali rentgen. Podle snímků se přišlo na to, že je poškozená páteř.

Aby měli podrobnější informace, poslali pana A. do krajské nemocnice, kde

podstoupil CT a MR. Tam mu řekli přesnou diagnózu. Vysvětlili mu, že došlo ke skluzu obratlů v bederní páteři. Obratle se posunuly ze své pozice, což způsobovalo bolest. Kromě toho se mu mezi obratli skřípla meziobratlová ploténka, což vedlo k brnění a otokům horních i dolních končetin.

Pan A. dojížděl do nemocnice každého půl roku na kontroly, kde lékaři sledovali, jestli se stav nezhoršuje. Operace v té době ještě nebyla nutná. Pan A. byl proto relativně klidný, k čemuž přispěl i přístup tamního lékaře, který mu poskytl přesné a jasné informace. V počátečním stadiu si ale přesto neuvědomoval do důsledků, o co vlastně jde. Postupem času byl konfrontován se skutečností, že kdyby došlo ke zhoršení stavu, může přestat chodit.

Celá situace se děla v době, kdy zemřel otec pana A. Rodina proto musela řešit spoustu jiných věcí a otázka zad se odsunula. Pan A. nechtěl rodinu zatěžovat svými problémy, a ačkoliv v rodině podporu vždy měl, řešil si zprvu svoji novou životní situaci sám.

Pan. A byl nejprve bolestí zad a brněním končetin omezen jen občas, stav se ale, za přispění fyzicky náročné práce, začal brzy zhoršovat. Začal mít problémy i s běžnými denními činnostmi, jako vstát z postele nebo z vany, dojít si na toaletu, postupem času se nemohl ani pohnout a udělat krok. Tyto stavy se opakovaly stále častěji. Doma nemohl zastávat činnosti jako dřív, v zaměstnání nemohl být v předklonu, což mu pracovat prakticky znemožnilo. Nebyl už plnohodnotný zaměstnanec, a i když mu zaměstnavatel vycházel vstříc tím, že ho uvolňoval na kontroly a přizpůsoboval mu pracovní dobu, pan A. cítil, že způsobuje problémy. Jeho kolega mu celou situaci ztěžoval tím, že mu nevěřil a vyžadoval po něm ty samé úkony jako před nehodou. Neshody s kolegou se vyřešily samy tím, že pan A. z práce odešel. V říjnu 2016 se totiž zdravotní stav zhoršil natolik, že mu lékař důrazně nedoporučil, aby v zahradničení pokračoval. Zároveň mu řekl, ať si rozmyslí, jestli chce jít na operaci. Ve skutečnosti byl ale srozuměn s tím, že je jen otázka času, kdy operace bude nevyhnutelná. V tu chvíli si pan A. uvědomil, že se opravdu něco děje. Rozhodnutí bylo velmi obtížné, protože i když byla velká

pravděpodobnost, že se operace povede, stále zbývalo 10 %, že něco selže.

Po celou dobu mu byla oporou rodina a přátelé, což mu dávalo pocit jistoty. Narazil ale i na to, že když se situace vyostřila, jeho velmi dobrý přítel se k němu otočil zády.

Pan A. se rozhodl, že na operaci půjde ve chvíli, kdy už se bolest nedala dál snášet a jeho stav ho omezoval natolik, že už dál neváhal. Uvědomil si, že s omezeními, které z onemocnění plynou, nemůže žít plnohodnotný život.

Operace proběhla v lednu 2017. Doba strávená v nemocnici byla pro pana A. velmi náročná kvůli chřipkové epidemii. Pacienti měli zákaz přijímat návštěvy. Na jednu stranu byl rád, že ho blízcí nevidí ve špatném stavu po operaci, bylo ale velmi těžké snášet samotu v tak náročné době. Ačkoliv se operace povedla bez komplikací, prožíval pacient velké bolesti. Měl obavy, jestli vůbec někdy bude schopný vstát z postele a chodit. Po 2 dnech se ale už pokoušel stavět na nohy a postupně i za pomoci chodítka chodit. Přibližně po týdnu už ho lékaři pouštěli z nemocnice domů.

Tam narazil na realitu, která ho dostala z naivních představ, že bude všechno jako dřív. Naopak, vše, na co byl zvyklý, bylo jinak. Po operaci si pan A. nemohl ani sednout, nebyl samostatný, zažíval pocit nudy a nevěděl, jak má naplnit čas, který musí proležet. Často se vracel do stavů, kdy se ptal sám sebe, proč se tohle stalo právě jemu a proč vlastně na operaci šel.

Později si musel najít takové aktivity, které neškodí jeho páteři. Začal chodit na procházky a postupně jezdit na kolečkových bruslích. Procházky byly dobrým ukazatelem zlepšování jeho stavu, což ho motivovalo ujít každý den o kousek dál.

Ještě v období rekonvalescence šel s velkými bolestmi na pohovor na kancelářskou pozici na úřadě, protože si uvědomil, že na původní místo se vrátit nemůže. Tam pracuje dodnes. Jeho stav se po operaci výrazně zlepšil. Ačkoliv jsou dny, kdy ho záda zabolí, je bolest daleko snesitelnější a brnění končetin zmizelo úplně. Nyní ještě stále zkouší, co si vzhledem k zádům může a nemůže dovolit. Kdyby věděl, jak dobře vše dopadne, šel by na operaci rozhodně dřív.

Pan A. zněl už při prvním telefonickém kontaktu velmi příjemně. Na dotaz, jestli by byl ochotný zúčastnit se výzkumu, neváhal ani chvíli a řekl, že rád pomůže. Když jsme se dohadovali na termínu schůzky, byl flexibilní a vyšel nám vstříc.

Přišel ve sportovním tmavším oblečení. Měl krátké hnědé vlasy a neupravené strniště. Začal mluvit o svém problému velmi otevřeně a v klidu. Občas měl tendenci zlehčit vyprávění humorem. Čas od času hledal slova, zrychloval tempo řeči. To se dělo zejména v případech, kdy mluvil o nepříjemných věcech a o situacích a reakcích lidí, které ho naštvaly. Zřídka řekl naplno, co cítil. Docházelo často k eufemismům, ke zlehčování.

Rozhovor trval hodinu a půl a po ukončení nahrávky ještě další hodinu. V celém rozhovoru se zaměřoval spíše na praktické věci než na emoce. Vyprávění se jevilo odosobněné. Pan A. používal trpný rod, často nemluvil o sobě, ale o „člověku“. Zájmeno „já“ použil velmi zřídka. Zdálo se tak, že vypráví nějaký příběh, který se ho netýká. Zároveň se z vyprávění zdálo, jako kdyby nic ve svém životě nemohl pan A. ovlivnit, jako kdyby čekal, co mu život přinese. O rodině a přátelích mluvil velmi jistě a suverénně. Pomoc z jejich strany pro něj byla samozřejmostí.

Rozhovor se točil v kruhu kolem témat, na která nebyla položena otázka. Často se ve vyprávění vracel ke strachu, že bude na vozíku, a k jeho omezení v řadě situacích a oblastech života.

Pan A. působil velmi pozitivně a byl plný energie, což postupně působilo nekonzistentně k tomu, co říkal a jak. Pan A. mluvil hodně a přecházel z jednoho tématu do druhého, což by mohl být důsledek nedostatečného naplnění jeho potřeby komunikace o tomto problému. Ačkoliv už má vše za sebou, jeho život se radikálně změnil a je pro něj velkou otázkou, co dál.

POTŘEBY

Vyprávění pana A. se často stáčí směrem k potřebě získání informací, potřebě komunikace a podpory od blízkých lidí a potřebě vyřešení praktických záležitostí v jeho životě a práci.

Jaké bylo dozvědět se od lékaře o onemocnění páteře?

Nejdůležitější potřebou v období zjištění diagnózy bylo pro pana A. zjištění **informací od lékařů**. Chtěl vědět, co **bude dál**, co se **změnilo** od poslední návštěvy, **co by mohlo nastat**. Chtěl **celistvé** informace, **péči** a to, aby s ním lékaři jednali se **zájmem a ochotou**. Hodně důležité pro něj bylo vědomí toho, že se může na doktory **spolehnout** a kdyby měl problém, **kdykoliv jim zavolat**. Uvítal i **pravidelné** půlroční **sledování** jeho stavu, což mu poskytovalo **aktuální informace**. Zároveň se mohl **doptat** na spoustu věcí, včetně toho, jak cvičit nebo **jak si jinak pomoci**.

Vědět, co se děje, vědět ten postup a bylo fajnový to půlroční sledování. Že měl člověk stále jakoby informace nový a nový. Že se třeba ten stav nehorší, že to drží v té pozici zatím, ve který to je. Nebo naopak že se to horší a že je potřeba zapojit dejme tomu nějaký cvičení, nějaký cviky, a postupovat třeba tímhle tím, aby se to uvolnilo.

Panu A. pomáhal **odpočinek** od práce a **procházky**, při kterých přemýšlel a **vyrovnával** se se situací.

*Když to vezmeme do té psychologie, tak jako prostě zahloubat do sebe a koukat na sebe částečně sebekriticky, částečně reálně. „A teďka pro tebe skončil život a už v životě nic neuděláš.“ To moc nepomůže, jo...Takovej nějaký ten rozumnej, v podstatě takovej ten **racionální přístup** k tomu.*

Situaci a prvotní vyrovnávání s ní mu ulehčil **přístup lidí**. Panu A. velmi pomohlo, že mu vyšel vstříc zaměstnavatel, který mu **upravil náplň práce**. V **domácnosti** si pak nechával **pomoc** s těžkými činnostmi od bratra nebo jiných lidí. Cítil **podporu** od **rodiny** i **přátel** a věděl, že se na ně může **spolehnout**.

Prostě to berou tak, že ten problém tady je, že ten člověk problém má a prostě dokážou se k tomu postavit, že: „Jo, tak když budeš něco prostě potřebovat, tak stačí zavolat a uděláme, jo, pomůžem.“ Nevykašlou se na lidi, jo.

Když se svěřoval ostatním, vyhovovalo mu, když reagovali „zdravým **optimismem**“, **pochopili** ho a brali to tak, jak to je. Nechtěl, aby se hroutili, vymýšleli katastrofické scénáře, ale ani aby ho přehnaně chlácholili.

Jde o to, aby ten člověk toho dotyčného pochopil a bral to z toho pohledu, z jakýho to je. To znamená nepřehnaně chlácholit, jo, říkat: „To bude dobrý, nic se neděje, to nic není.“ ...A prostě brát to tak nějak logicky, jo.

Kromě podpory pro něj ale bylo zároveň velmi důležité to, aby zůstal **samostatný** a **nebyl závislý** na jiných. Musel si najít jiný režim, **naučit se přistupovat k sobě** a svému tělu jinak.

Situaci mu neusnadňoval jeho spolupracovník, který si myslel, že pan A. simuluje. Ten měl potřebu se před ním **obhajovat**, zjistil ale, že to k ničemu nevede a že se musí naučit **přijímat reakce lidí** tak, jak jsou.

Na tohle se reagovat nedá. Vono s blbcem se těžko domluvíte. Jako můžu přesvědčovat, můžu ukazovat, můžu dokazovat a vono je to stejně úplně jedno, jo.

Jaké bylo dozvědět se o nezbytnosti operace?

Když se zdravotní stav pana A. zhoršil, dal mu lékař na výběr, jestli chce operaci podstoupit. Do ničeho ho **nenutil**, ale mluvil velmi **otevřeně, narovinu**. Dal mu **jasné, stručné, a hlavně pravdivé informace**. Nevzdaloval se od tématu a **nezlehčoval** situaci. I přes toto **tvrdé** jednání pacient **věděl**, že má **dveře otevřené**. Lékař projevoval o pacienta **zájem**. Tohle chování a jednání pan A. velmi oceňuje. Lékař řekl, že si může pacient **zvolit**, ale že se nakonec stejně operace nevyhne.

Takže ať si dobře rozmyslím...že mě do ničeho nutit nebude, jo. Mně se ten přístup třeba jeho líbil. Mluvil se mnou ohromně otevřeně, ten doktor, jo. To se mně třeba líbilo tohleto, že prostě se mnou jednal narovinu, jo. Nechodil kolem horký kaše...

jo...prostě natvrdo. To je doktor House...Ze začátku si člověk zvykal těžko, jo...Ale postupem času se ukazovalo, že tenhle přístup asi má svoje.

Když se o operaci rozhodoval, potřeboval se **uklidnit, přemýšlet, povídat** si s ostatními o tom, jaká jsou **pro a proti**. Bylo důležité nechat si na rozhodnutí dostatek **času**. Nakonec se rozhodl, že na operaci půjde, aby už **netrpěl**. Chtěl **sám sobě** nějak **pomocť**.

Impulzy k tomu došly asi postupně, že v podstatě v tu dobu, kdy se to rozhodovalo, ty záda bolely čím dál tím víc, byly ty problémy, kdy jsem se nezvedl z postele...tak to už bylo spíš takový, že mučit sám sebe už člověk nechtěl.

V tomto zlomovém období, kdy měl pan A. naplánovanou operaci, byla velmi důležitá **podpora rodiny a okolí**. Cítil tak **zázemí a pocit jistoty**.

Vědět to, že tam ta rodina za ním, za tím člověkem stojí, anebo i dá se říct ty kamarádi. Že prostě stojej za ním, že nabídnou, řeknou: „Hele, když by se něco dělo, pomůžem a takovýhle.“ Tak tohleto...to bylo takový...když by se to definovalo...taková ta jistota aspoň v něčem. V někom a v něčem.

Potřeboval s nimi nejen **komunikovat**, ale i pomoci s **praktickými věcmi**, které byly třeba připravit na jeho návrat z nemocnice.

Takový to montování, taková ta kolektivizace toho, že se třeba něco smontovalo, něco připravilo na ten návrat z té nemocnice, jo.

Vycítil, že s někým o tom může mluvit víc, s někým vůbec. A ačkoliv pan A. cítil potřebu **sdílet své obavy, nechtěl** svými emocemi ostatní příliš **zatěžovat**.

Třeba když už se vopravdu dostal člověk až do...morku kostí...až...úplně na ten nejhorší konec, tak to bylo složitý i pak třeba něco říct a pak nastaly takový ty, to mlčení, jo. To ticho, jo. Z vobou stran, kdy člověk pak nevěděl, jestli...má něco říct...Měl jsem pocit, že třeba nevěděli, co maj říct, nebo jak maj vyjádřit třeba podporu nebo něco takovýho. Na druhý straně, člověk si říkal: „Máš pokračovat, nemáš pokračovat?“ Jako jestli už není dobrý votočit stránku a vod tohodletoho vodejít. Jo, vod tohohle tématu. Prostě ho změnit.

V tu chvíli opět **nepomohlo chlácholení** od okolí.

Kromě sdílení cítil pan A. potřebu **být i sám** a **urovnat si své myšlenky**.

Já si třeba s tím potřebuju srovnat sám třeba nejdřív vnitřně, jo, a pak se to dá ventilovat, anebo prostě si člověk v sobě musí najít cestu, jak dál, jo. Pro mě třeba, mně vyhovovaly třeba procházky. Sám vo sobě jsem se sbalil, prostě jsem se šel projít. Člověk si tím vyčistí hlavu, udělá něco pro zdraví, jo, atd.

Potřeboval se **vyrovnat** se situací sám a věřit, že udělal správné rozhodnutí.

Tak v tu chvíli prostě měl člověk vobčas strach, že to dopadne špatně, jo. Pak ta mysl klesala trošičku...Prostě s tím se člověk nějak musí jakoby vnitřně trochu srovnat, jo.

*Co byla ta potřeba? Je hezký říct...potřeba vědět to, že to **dopadne dobře**, jo. Taková ta **jistota** někde tam vzadu, že to prostě dobře dopadne a že bude člověk fungovat dál, jo.*

Při **procházkách** si také v hlavě promítal **různé scénáře**, které mohou nastat.

Potřeboval se **připravit i na nejhorší** variantu.

Jako představit si dejme tomu tu situaci, jo, že se vopravdu stane a nepůjde to, a jakoby co dál, jo, tak v tý chvíli třeba...to nebylo vůbec jednoduchý. Nedokázal jsem si třeba představit, kdybych vopravdu skončil třeba na vozíku.

Kromě toho, že na tyto špatné situace **připravoval sám sebe**, viděl jako velmi důležité, aby na to **připravil i své blízké**. Nechtěl jim případně **přidělovat starosti**, proto se zamýšlel i nad **praktickou** stránkou. Například jakým způsobem by případně upravili dům, aby měl bezbariérový přístup. Přes to všechno si ale musel uvědomit, že **žije dál** a že musí řešit i jiné záležitosti.

Tak ta rodina k tomu přistupovala: „Ten problém tady je a budeme hledat řešení, budeme vo tom mluvit.“ Jo. Ale...někdy se prostě stalo, že se tenhle ten problém vodsouval. Že se prostě dal na druhou kolej a muselo se řešit ted' aktuálně tadle věc.

I v této fázi bylo pro pana A. důležité mít **kvalitní informace**, aby věděl, co může do operace dělat, **čím si neublíží**, čím svému stavu alespoň trochu **pomůže** a čím si **usnadní** běžné denní činnosti. Bylo pro něj důležité vidět **zájem lékaře**, mít pocit, že mu **není lhostejný** a že **se na něho může obrátit**. Přiznává, že by mu

zřejmě pomohla konzultace s odborníkem, **psychologem**. Tenkrát ho tato možnost nenapadla. Uvítal by ale, kdyby mu to bylo nabídnuto. Obzvláště by uvítal setkání s někým, kdo **prožil přímo tuto operaci**. Od něj by chtěl slyšet, **co ho reálně čeká**. Bylo by užitečné mít **informace** o prvních dnech v nemocnici, **popovídat** si o tom, co se bude dít.

Rád bych věděl ty informace přesný, a ne jenom takový to vokrajově. Nemusím to vědět úplně do detailů. Ten průběh je u každého jinej, jo...Ale byly by to informace aspoň nějaký, který by se zakládaly samozřejmě na tom reálu, že to ten člověk prožil, že s tím ty zkušenosti má a ví, co a jak. Jo. Nebo věděl by aspoň trošku, do čeho jde...Sám si to člověk nedokáže představit, dokud si tím vopravdu neprojde na vlastní kůži...Tak třeba tohleto je taková věc, která tam chybí, jo. Kdy by někdo řek: „Hele, dám ti kontakt na tohohle toho člověka. Má tu operaci, kterou jdeš ty, za sebou, tak pokud budeš chtít, tak si ho zavolej, dohodněte se spolu a von ti řekne, co tě třeba čeká, jo. Pokud to chceš vědět, tak se s ním zkontaktuj, von ti to poví.“

Situaci mu ale ulehčil i sám fakt, že se mohl roky **pomalů** psychicky na operaci **připravovat**.

Jaký byl poslední týden před operací?

Jak se operace blížila, zvyšovala se nejistota a strach. Pan A. přemýšlel, co bude, a vyřizoval záležitosti ohledně **práce**.

Ted' byla ta vidina, že teda už se to blíží, že tam je ten měsíc a každé den to utíká víc, takže jednak teda i z potřeby tý práce, že najednou člověk bude nějak omezenej, že už nebude vykonávat to, co jsem dělal třeba do ted'. Že budu muset hledat úplně něco jinýho, že se mi ten život trošku votočí. A to vo dost.

Ačkoliv tedy věděl, že se mu změní život, nevěděl, jak moc, nebyl na to připraven, proto by právě uvítal to, kdyby si mohl **popovídat** s někým, kdo má operaci už za sebou. Věděl by pak, jak to bude probíhat, a **neměl by idealizované představy**.

Před tou operací ty změny člověk viděl úplně jinak, jo...Tohle je právě to, na co člověk není připravenej...Říkal jsem si: „...sem tam nějaká rehabilitace a podobně

a že po 3 měsících už se zase namašíruju zpětně do práce a do starýho života.“

Člověk si zpětně uvědomil, že už to nikdy takový nebylo a nebude. Aspoň ne zatím.

Jak se operace blížila, měl pan A. potřebu **nemyslet** na nic, co se operace týká. Chtěl si **užívat** života, jaký znal, a **odsunout problém**. Často se mu ale myšlenky na zákrok vracely.

Mně pomohlo...Vodpoutat se vod toho, jo. To znamená, vypadnout ven, bavit se a...člověk si říkal, že si na delší dobu užívám naposled, jo...I když třeba neříkám, že to ze začátku bylo to bavení jednoduchý, jo.

Panu A. v těžkých situacích pomohlo, když si **uvědomil realitu**. Tedy to, že může utíkat, jak chce, ale stejně před operací neuteče. Přesto se na to snažil spíše nemyslet a byl rád za každou situaci, kdy se mu to daří. To se změnilo v posledním týdnu před operací, kdy měl naopak tendenci **vyjadřovat** svým blízkým **obavy**, a tím se **připravovat** a **ujišťovat** se, že má kolem sebe **oporu**. **Přemýšlel** i nad tím, jestli je opravdu dobrý nápad na operaci jít. Uvědomil si ale, že s omezeními, které z onemocnění plynou, nemůže žít plnohodnotný život a do nemocnice opravdu nastoupil.

Už se to vopravdu chýlilo těsně před, tak na to člověk myslel čím dál tím víc, jo, protože už se to blížilo mílovejma krokama, hodně rychle, takže už nastávala taková ta nervozita...ten poslední tejden už se to votočilo, jo. Už člověk měl potřebu jako začít vyjadřovat občas pochyby někde...že teda ano, ten strach tam je, že se to nemusí povíst, že to už nebude takový, jaký to bylo, že člověk o něco přijde, jo. A bylo potřeba si vo tom s někým popovídat.

Jak se vracelo zpět do života?

Po probuzení měl o sebe pan A. strach. Myslel na to, jestli vůbec začne chodit. Opět pro něj byly velmi cenné **informace** o tom, jak vypadá jeho zdravotní stav. Ačkoliv byl velmi spokojen s **přístupem personálu** a rehabilitačních **sester**, které byly **ochotné a trpělivé**, přál by si **lepší zacházení**, téměř bezprostředně po operaci, když ho vezli na **rentgen**. Potřeboval mít také **jistotu**, že nikoho

z personálu **neobtěžuje**, když je o něco žádá. Chtěl mít pocit, že se mu **snaží pomoci** a že se na ně může s čímkoli **obrátit**.

Ta psychika po těhletech zákrocích, po tydle operaci...aby ten člověk měl pocit, že se mu ty lidi snažej pomoci, že se snažej ho vrátit zpátky a že se na ně může vobrátit s čímkoliv a nebude to problém, jo. Vono pak i to psychický hojení, ta psychika pomáhá i tomu uzdravování, tý chuti jít dál a snažit se, jo.

Pan A. na jednu stranu **nechtěl**, aby ho někdo **blízký viděl** v tak strašném stavu, na druhou stranu měl velkou potřebu **zavolat** nebo se **vidět s rodinou a přáteli**.

...Tam ten pocit tý komunikace s venkem chyběl, jo. A ten telefon prostě nestačil občas, jo. Vono po telefonu je to něco jinýho, s tím normálním kontaktem je to fajn. Je to něco jinýho.

Oporu a zájem blízkých potřeboval i po návratu z nemocnice.

*A potřeba klasicky **popovídat** si s někým, **sdělit**. Spíš cejtít i ten **zájem** nebo takhle. Že je o toho člověka jakoby zájem, že to **není další překážka**, která leží na posteli...Lidi kolem **pomáhali**, když se teda někdo přijel **podívat**, tak se popovídalo.*

Bylo důležité vyřešit i **praktické** věci, **uzpůsobit** spaní, sprchování a dalších záležitostí v domě, aby mohl být pan A. aspoň trochu **samostatný**.

Pan A. potřeboval vědět, co si **může a nemůže dovolit** dělat. Z nemocnice dostal **doporučení**, jaké **pomůcky** může používat, a přesné **instrukce**, což ho uklidnilo. Cítil ale omezení téměř ve všem. Jelikož byl před úrazem sportovně založený, chtěl ve **sportu** aspoň trochu **pokračovat**. Zároveň bylo třeba **zpevnit** a **posílit** tělo. Názory lékařů se ale na různé druhy sportů lišily. Pan A. by uvítal **jednotný přístup** a **informace** od lékařů a fyzioterapeutů.

Co mě třeba vadí, možná to s tím i souvisí, je přístup doktorů, jednotlivce, i rehabilitačních, jo...každý říká něco jinýho. V lázních mě učili celej měsíc cviky tak a člověk se dostane k jinýmu rehabilitačnímu doktoru a najednou je to všechno špatně.

Postupně se doma začal **nudit**, což vedlo k depresivně laděným myšlenkám a otázkám, proč se do takové situace dostal a proč vlastně na operaci šel.

Najednou člověk zjišťuje, že je doma a že není co dělat. Přestane bavit televize, přestane bavit radio, počítač neexistuje, k tomu nejde sednout, tak maximálně k nořasu a to taky člověka nebaví hned, jo...Není, co dělat najednou, jo. Člověk hledá něco, čím by se zabavil, čím by ukrátil ten čas, když teda nemůžu si jít zaběhat, nemůžu dělat něco venku...

Dlouhou chvíli krátil tím, že se snažil hodně **chodit**. **Viděl** tak **pokrok**, což podporovalo jeho optimismus.

Ale...zůstalo tam to chození, což bylo možná to jediný, co mi třeba pomáhalo, jo. Že jsem prostě chodil. Měl jsem tu vidinu, že každý den dojdu dál, jo. Anebo že vydržím prostě chodit dýl, než jsem chodil 2 dny před tím, nebo tejden před tím, jo. Nebo že vůbec...že chodím takhle...

Slečna M., 33 let

Slečna M. bydlí se svým psem v bytě, na který už několik let splácí hypotéku. Vystudovala střední školu, obor číšník. Ve svém oboru získala vysněné místo v lukrativním hotelu. Její práce pro ni byla koníčkem, pracovala někdy i 14 hodin denně. Nebyla špatný člověk, ale když se jednalo o profesi, dokázala být zlá a zákeřná. Mimo zaměstnání žila bohémský život, brala ho bezstarostně a nic neřešila. Lidi ve svém okolí brala jako samozřejmost a to, co pro ni dělali, neměla potřebu oplácet a vracet zpět.

Vždycky ráda sportovala. Začala ale sportem a dietami ničit své tělo, se kterým neustále bojovala, aby vypadala dobře.

Se zdravotními problémy se slečna M. potýkala už od 5 let, kdy měla kýlu. V 15 letech, když se rozváděli její rodiče, začala mít problémy s inkontinencí. Slečna M. si pokládá otázku, jestli už tenkrát neměly její problémy souvislosti s onemocněním páteře. Lékaři ale přisuzovali příčinu ledvinám, proto jí nikdy

neudělali rentgen. Už od mladého věku tedy slečna M. chodila po nemocnicích. Inkontinenci navíc špatně prožívala proto, že se kvůli ní stranila vrstevníků, nechtěla u nikoho přespávat. Spánek obecně se pro ni stal stresujícím a nespalo se jí dobře. Z problému se stalo rodinné tabu. Postupem času onemocnění ale samo vymizelo.

Když byla slečna M. starší, začala si všímat rozhození hormonální rovnováhy. Vypadalo jí obočí, objevovalo se nadměrné ochlupení a měla nepravidelnou a velmi bolestivou menstruaci. Paní fyzioterapeutka jí až po letech vysvětlila, že to všechno bylo způsobeno posunutím obratlů a problémy s kostrčí.

Problém se zády začal v květnu 2016. Po pražském maratonu, kterého se účastnila, jela slečna M. na cyklovýlet do Německa, kde najela asi 400 km. Po těchto náročných dnech šla do práce, kde začala cítit silné bolesti, které šly od zad do třísla a po zadní straně stehna až ke kotníkům. Po práci si zajela do lékárny s tím, že se asi ozývá natažený sval a když ho bude mazat, bude všechno v pořádku. Bolesti se ale stupňovaly, musela si tedy vzít v práci volno a jela za doktorem, který se věnuje pohybovému ústrojí. Ten ale řekl, že jsou její potíže spojeny s gynekologií. Na gynekologii skutečně slečně M. zjistili nárůstek v děloze a začátkem června ji odeslali na kyretáž. Bolesti ale ani pak neustupovaly. Naopak se stupňovaly. Slečna M. šla tedy ke svému obvodnímu lékaři, od kterého chtěla žádanku na rentgen zad.

Rentgen byl tedy proveden až 2 měsíce po tom, co bolesti začaly. Lékař jí ale k rentgenu řekl, že nemá se zády nic vážného a že musí jen cvičit, aby posílila zádové svalstvo. V téhle době se slečně M. objevila znovu kýla. Měsíc po kyretáži šla tedy ještě na operaci s kýlou. Tam si pan doktor prohlédl rentgenové snímky slečny M. a řekl, že musí neprodleně navštívit neurochirurga. Kvůli dlouhým čekacím dobám se ale dostala k neurochirurgovi až na podzim. Až v listopadu měla pak první magnetickou resonanci. Po celou tuto dobu byla slečna M. stále v neskutečných bolestech. Lékaři pak konečně přišli na to, že má posunutý obratel v bederní části páteře. Okamžitě dostala termín operace na 19. prosince 2016.

Slečna M. si ale termín nakonec zrušila a místo operace si našla paní fyzioterapeutku. Chtěla vyzkoušet jiné způsoby, jak si pomoci. Zkusila nejrůznější metody cvičení, šamany, léčitele, represivní terapii, masáže, Vojtovu a Smíškovu metodu. Zároveň nepřestala i přes bolesti sportovat. Každý den uběhla 5 až 10 kilometrů, nebo ujela na kole kolem 20 kilometrů. Večer proto cítila ještě větší bolesti. Neměla ale už co ztratit. Chtěla tak připravit své tělo na operaci. Trochu ale i doufala, že se něco jako zázrakem změní a ona na operaci nakonec nebude muset jít.

Po celou dobu se inspirovala různými knihami o handicapovaných lidech, kteří se i přes postižení dokázali vrátit zpět do reality a něco dokázat. Sbírala také informace čtením diskuzí na internetu.

Rodina, přátelé i kolegové pro ni byli oporou. Nejdůležitější byl pro slečnu M. její otec, který prodělal operaci krční páteře. Věděl tedy, čím si slečna M. prochází a byl jediný člověk, kterému mohla slečna M. sdělit své pocity. Setkala se ale i s lidmi, kteří jí její onemocnění nevěřili nebo kteří se jí necitlivě ptali, jestli se nebojí, že nebude moct chodit. To se jí dotýkalo a zlobila se na ně. Od operace ji navíc někteří kamarádi i lékaři odrazovali. Stála tedy před rozhodnutím sama.

Žádná metoda, kterou slečna M. zkusila, ale nepomohla, věděla proto, že na operaci jít opravdu musí. Nový termín operace dostala asi za dva měsíce, tedy na září 2017. Pár dní před operací měla ale telefonát z nemocnice. Kvůli závažnějším případům slečně M. posunuli operaci o týden. I tuto dobu nakonec přečkala a došlo k hospitalizaci. V nemocnici si před operací naposledy zacvičila svých každodenních 100 dřepů. Když se po 6 hodinách stráveném na operačním sále probudila, poprvé si uvědomila, že je možnost, že nebude chodit. Přemýšlela o životě s berlemi nebo na invalidním vozíku. Pochybovala o tom, jestli by to zvládla. Sebrala v sobě ale sílu a hned druhý den po operaci už se stavěla na nohy. Slečna M. tuto chvíli vnímala, jako kdyby se podruhé narodila. Operaci popisuje jako malou smrt. V nemocnici pak každý den ráno vstala a i přes bolesti chodila. Udělala si z toho rituál, i když každý večer přicházely teploty, protože na takovou

zátěž nebylo její tělo ještě připravené.

Když se dostala z nemocnice domů, musela se o sebe sama postarat. Slečna M. si najednou uvědomila, že spousta věcí nejde, a dopadaly na ni depresivní nálady. Měla vztek, brečela, byla lítostivá a sama sobě přiznala, že není tak silná, jak si myslela. Našla v sobě ale sílu a naučila se trpělivosti. Měla velkou oporu v kamarádech, kteří ji navštěvovali jak v nemocnici, tak i pak doma.

Hned druhý den, kdy byla doma, šla s trekovými holemi svůj první kilometr.

Nyní (10.11.2017) je slečna M. dva měsíce po operaci a chodí každý den 10 nebo 15 kilometrů. Z procházek a cvičení si udělala denní rituál. Její bolesti se snížily, stále je ale cítí při větší zátěži, stresu nebo změně počasí. Její strategií je mít své bolesti a šrouby, které má teď v těle, ráda. Pozitivní přístup ale občas střídá zoufalství. Slečna M. se cítí nepotřebná. Má 3. stupeň invalidity, nemá práci a neví, co bude dál. Začala se více hlídat, nedělá už věci bezhlavě jako dřív. Má neustále strach, že se páteř sesune. Kvůli tomu, že nevěří svému tělu, neplánuje ani děti.

Slečna M. říká, že jí celá situace jí hodně vzala, ale také dala. Bolesti se objevily v době, kdy se slečně M. nejvíce dařilo. Když přišly otázky: „Proč si tím musím projít zrovna já? A proč zrovna teď?“, začala si situaci vysvětlovat tak, že je to trest, stopka, která jí měla ukázat, že už je toho všeho moc a že by měla víc myslet na své tělo. Celé tohle období jí hodně změnilo pohled na svět. Věci, které byly předtím důležité, jsou najednou banální. Problémy, kterými si musela projít, bere jako probuzení. Uvědomila si, že tu všichni nejsou jen pro ni, a začala být ke svému okolí daleko citlivější. Vlivem onemocnění se také zajímá o duchovno, symboly a začala mít ráda svoje tělo. Všechno, co ji potkalo, bere jako výzvu a ukazatel směru jejího života.

Slečna M. byla už po telefonu velmi milá. Dokonce děkovala, že může být součástí projektu. Velmi ochotně přistoupila na navrhovaný termín. Setkání bylo příjemné. Přišla mladá, štíhlá, upravená žena s tmavými vlasy staženými do culíku. Měla na sobě barevnou mikinu, která odrážela její pozitivní energii.

Mluvila velmi rychle. Hodně se smála, i když mluvila o negativních věcech, které ji potkaly. Někdy, například když mluvila o milované práci a sportu, o které přišla, se zdál její smích skoro až zoufalý. Smíchem zlehčovala i povídání o velkých bolestech a dlouhém období, kdy nevěděla, co jí vlastně je. Vykládáme si to jako pokus vypořádat se se zoufalostí a zahlcením. Další smích podkresloval vyprávění o zjištění, že nic kromě operace slečně M. nepomůže. Upřímně se ale smála, když mluvila o tom, že se operace povedla, nebo když popisovala, jak se poprvé po operaci postavila a jak vyprávěla lékařům na operačním sále vtipy.

Rozhovor probíhal hodinu a půl a po ukončení nahrávky ještě jednou tolik času. Z velké části se slečna M. věnovala popisu toho, jak obtížně probíhalo zjišťování diagnózy a jaké další zdravotní problémy situaci komplikovaly. Velmi často se vracela k povídání o své práci a sportu. Z rozhovoru bylo jasné, že je pro ni oboje víc než důležité a trápí ji, že neví, jestli se bude schopná ke sportu a práci vrátit. Slečna M. se zaměřovala hlavně na období po operaci, které je pro ni teď aktuální, a navíc nejnáročnější z celého období.

V rozhovoru zaznělo mnohokrát slovo „verdikt“, což bylo často doprovázené smíchem. Vykládáme si to jako pocit bezmoci ovlivnit situaci, což může být velmi obtížné. Zvláště pak pro výkonově orientovaného člověka, kterým slečna M. zřejmě je.

Celé povídání je doprovázeno slovem „jako“ a „jakoby“. Je pro nás otázkou, jestli je to jen běžná slovní vata, nebo jestli je za tím například pokus situaci odosobnit a uvěřit, že se nic z toho nestalo. Příkladem může být: *„Já jsem teda **jako** mýho taťku měla...**jako** mám neskutečně **jakoby** ráda, ale vlastně i díky tady tomu jsem k němu začala vzhlížet i trošku **jakoby** jinak a víc.“*

Slečna M. často začínala větu slovy: „Jestli můžu být upřímná...“ a nejednou se stalo, že svá slova zlehčila výrokem: „Je to takové divné.“, „Jsem možná divná.“ apod. O bolesti, šroubech a strachu mluvila jako o kamarádkách na celý život, které se musela naučit mít ráda.

Ve svém vyprávění se nebála se říct, že byla rozčilená, zaražená, lítostivá, vzteklá nebo že někomu záviděla, dávala emoce najevo i při samotném setkání.

Z vyprávění se zdá, že je slečna M. velmi silná žena, která je ochotná vynaložit spoustu úsilí a nevzdat se. Po celou dobu na sobě hodně pracovala. Zdálo se, jako kdyby chtěla zvrátit nevyhnutelné tím, že bude pracovitá a pilná. Často přebírá odpovědnost za něco, co se jí stalo špatného, a má tendenci omlouvat ostatní lidi.

POTŘEBY

Slečna M. mluví hodně o potřebě duchovna, o probuzení a o hledání síly v sobě sama více než o sdílení problému s ostatními, i když i to bylo důležité. Chtěla by se setkat s někým, kdo by jí řekl, jak na tom teď je, aby nebyla v nejistotě.

Jaké bylo dozvědět se od lékaře o onemocnění páteře?

Svou diagnózu slečna M. dlouho nevěděla. Lékaři jí zjišťovali jiná onemocnění a páteři nevěnovali příliš pozornosti. Musela se v této těžké době naučit **trpělivosti** a **stát si za tím**, co cítí a co si myslí. Uvítala by ale **větší péči** lékařů. Mohla tak **zjistit** daleko **dříve**, co se vlastně děje.

A nejhorší na tom je přesvědčit to okolí a jít si opravdu za tím svým a najít ty doktory a vyřvat si to opravdu...Ale všude hrozný čekací lhůty, že prostě...jenom čekáte.

Nakonec se podařilo zjistit pravou příčinu problémů. Pro slečnu M. bylo zjištění diagnózy úlevou, protože konečně aspoň **věděla**, co jí je. Hledala si o diagnóze **informace**, kupovala si **knihy**, hledala na **internetových diskuzích** takové příspěvky, které by jí poradily po **praktické** stránce.

Prostě takový jako knížky, který mě trochu jako motivovaly, a hledala jsem i motivaci od těch lidí, který nějaký to postižení maj, a i přes to postižení dokážou prostě fungovat a vrátí se zpátky do té reality, a ještě něco dokázat. Což pro mě bylo prostě opravdu...v tuhle chvíli je to pro mě i jako nepochopitelný.

Mluvila o svém onemocnění s **přáteli, rodinou i kolegy** v práci. Potřebovala o tom **komunikovat otevřeně**. Bohužel byla ale postupem času často zklamaná, když se snažila s problémem svěřit. Někteří lidé ji **necháпали** a situaci **zlehčovali**, jiní ji vůbec **nevěřili**. Začala sebe a svou nemoc před nimi **obhajovat**. Získávala však pocit, že **vysvětlování** stejně nepomůže.

Ale přišlo mi, že ne všichni mi věřili, že jsem nemocná. Tam tak jako podotknout, protože když máte nemoc se žádama, tak ona nejde vidět a...přiznám se, že...že vlastně...byli umlčení, až když vlastně viděli moje rentgenový snímky a to že, jsem opravdu v té nemocnici a mám po té operaci.

Byla jsem rozčilená, protože mně přišlo, že mě srovnávají jako k lidem, který jako...protože vím, že ty plotýnky opravdu jako, že to je asi brnkačka. A rozčilovalo mě to a vlastně sem i jako pak říkala: „Já to nemám zapotřebí to někomu jako vysvětlovat.“ Ani se mi to už nechtělo vysvětlovat, protože to je prostě zbytečný.

Sdílet svou bolest ale mohla se svým **otcem**, který je sám nemocný.

*Já jediný, s kým, komu jsem jakoby...s kým bylo to sdílení, tak to bylo s mým tatškou, protože ten si prošel několika operacema. A ten vlastně jedinej mi řekl: „Aspoň vidíš, jaký ty bolesti jsou.“...A pak jsem vlastně i zjistila, že by mi bylo i dobře mezi lidma, který maj nějaký **handicap**...Že tam by se mi jako i líbilo i jako nějak jako pracovat, spolupracovat s nima...a **bejt** jakoby i v **jejich okolí**. Že mi je mezi nima jakoby dobře.*

Jaké bylo dozvědět se o nezbytnosti operace?

Když se slečna M. konečně dozvěděla, co se děje, lékař jí hned nabídl termín operace.

Řek, že teda: „Tak kdy operace?“ Na mě hned vykourk prostě jako: „Vaše šťastný číslo je který?“ A já říkám: „Hmm, devět.“ Tak se šel podívat. „No, 9. ne...19. prosince?“

Operace byla pro lékaře jasná volba. Slečna M. ale potrebovala **čas** na to, aby **informaci strávila** a aby si **rozmyslela**, jestli na operaci chce.

Oni udělaj nějaký verdikt a řekli: „Je to na operaci.“ Ale nedali mi možnost prostě...hmm...mít ten čas a vlastně ještě pro to něco jakoby udělat...Oni prostě řekli: „Je to na operaci, tak to prostě na operaci bude.“ No, a to mě zarazilo, se přiznám.

Pacientka byla sice ráda za **jasné informace** a za to, že lékař jednal **narovinu**, uvítala by ale **citlivější** přístup lékaře. Nebyla připravena na tak **přímé sdělení**.

Nevím...asi v tu chvíli jsem na to nebyla úplně jako dostatečně připravená. Myslela jsem si, že jo, ale ta psychika jako...tam jako hodně vibrovala, se přiznám. Na jednu stranu jsem měla jako radost i z toho, že on se mnou mluví na rovinu, ale jako hrozně tvrdě. Jako nemazlil se se mnou prostě.

Potřebovala mít pocit, že se o ni **lékař zajímá**, a strávit **delší čas** jeho ordinaci.

*Je tam jakoby strašně moc lidí a vy jste tam 5 minut a jdete ven. Ale čekala bych, že prostě tam bude i...jakoby...S váma třeba půl hodiny a zeptá se vás opravdu na všechny různé potíže, kterými vy procházíte. Co máte nebo jak to prostě jako začlo a opravdu vás jako **přesvědčit** o tom, že ta operace prostě...je dobrý nápad.*

Slečně M. chyběl **čas na rozmyšlenou** a možnost zkusit i **jiné způsoby**, jak páteř uzdravit.

Říct třeba: „Tak k někomu ještě chodíte...2, 3 měsíce a dáme si tady nějakou schůzku a vy mi přijdete a pak bysme do měsíce udělali tu operaci. Okay? Tak takovej přístup třeba bych osobně brala já.

V té době potřebovala hlavně **oporu přátel a rodiny**, nestála o **katastrofické scénáře**.

Jsem si řekla: „Ty jo, co je to jako za barbary?“ Co je to za člověka, kterej se vás jako zeptá: „A ty nemáš strach, že skončíš na vozejku?“ A těch lidí bylo jako hodně. Hodně lidí mě od tady té operace i odrazovalo.

Nakonec termín odmítla. Potřebovala se **přesvědčit** o tom, že opravdu **není jiná možnost** než operace.

Říkám si: „Je to pořád ten centřák a existuje spousta metod, ta Smíškova metoda, jóga a tak dále.“ Že opravdu jsem si říkala: „Sakra, jako nejsem lenivá, tak to zkusím.“

Čelila tak **nepochopení lékařů**, což jí celou věc ještě ztěžovalo.

...Se přiznám, že když jsem tam šla podruhé, tak některý jako doktoři na mě koukali skrz prsty.

Zároveň jí stále někteří **lidé nevěřili**, mysleli si, že nemá důvod být na nemocenské.

Já když jsem měla vycházky, tak jsem vzala kolo nebo tenisky a šla jsem běhat nebo jezdit na kole. A to jsem si za to mohla svým způsobem i já sama, že oni mě třeba mohli vidět. Ale já jsem prostě věděla, že pro to své tělo dělám dobře...Protože jsem prostě chtěla, aby to tělo bylo **svalově připravený** na tu operaci a říkala jsem si: „Tak když se to zhorší...no ale vždyť to daj do kupy.“ Ale... já jsem pořád tak nějak jako **doufala**...Že jsem si řekla: „Ty jo, tak jako...já třeba teď jako poběžím, ono tam nějak rupne a ono se to srovná.“ (smích)

Potřebovala tedy tak trochu, aby se stal **zázrak**. Když ale nic nepomáhalo, připustila slečna M., že to jinak než operací nepůjde. Díky času, o který operaci odložila, se na ni ale mohla dobře **připravit jak fyzicky** tím, že sportovala a **zpevňovala** tělo, tak **psychicky**.

Takže já jsem si asi jako fakt musela **sáhnout na to dno** a pak si jako přiznat: „Hele ale už to jako nejde.“...Pak už jsem to opravdu cejtla, že jsem jako **připravená**.

Slečna M. by uvítala to, aby jí lékař doporučil ještě **před operací fyzioterapeuta**. Vidí jako velké pozitivum to, že měla vysportované tělo.

Někteří pacienti, který právě jdou z té nemocnice a mají stejnou diagnózu jako my a předtím právě nesportovali a moc jako nedělali, tak si právě myslím, že na tom teď budou daleko hůř, po té operaci. Že to pro ně musí bejt fakt jako opravdu hrozný, protože...vlastně...ty svaly nejsou aktivovaný, nic.

S operací se časem **smířila**, což jí pomohlo **věřit** v to, že jí opravdu pomůže.

*Ale...chci říct, že si myslím, že je jako opravdu jako důležitý, aby ten člověk jako byl **přesvědčenější** o tom, že ta operace mu pomůže. A nedoufal v to, že jako doktoři udělají zázraky. Udělají velký zázraky, ale když ten člověk jako nic pro to navíc neudělá, tak to nikdy dobrý nebude.*

V této době si hledala o své vadě spoustu **informací**. Chtěla by ale slyšet také **praktické informace** od lidí, kteří si operací prošli. Zajímalo by jí, **jaké mají problémy**, jestli **cítí to samé**, **jaké mají všední problémy**, **jak fungují** a **jak bude všechno probíhat**.

Nepodařilo se mi jako najít nějakýho takovýhleho člověka ani v okolí, ani jsem jako nevyhledávala.

Dlouhou dobu si slečna M. neuvědomovala, že operace může dopadnout špatně. Váhu pro ni mělo, až když slyšela **názor** několika **lékařů**. To dalo situaci reálné obrysy.

„Uvidíme, jak to s váma bude. Pořád je to operace s páteří a nemusí to dopadnout dobře.“ A tam to bylo už to podruhé, co mi vlastně jakoby...podruhé už mi to řekl doktor a tam už jsem se tak nějak jakoby zarazila a už jsem z toho byla taky taková jako...Člověk nad tím jako hrozně začal jako víc ještě přemýšlet.

Pořád ale brala novou životní situaci **optimisticky** a **přístupovala** k ní jako k **výzvě**.

Jaký byl poslední týden před operací?

Když se operace blížila, potřebovala slečna M. hlavně **klid**. Čas trávil **sama**, jen se svým **psem**. Tomu musela věnovat **pozornost**, což ji **odvedlo myšlenky**.

*...Jako že jsem se musela **věnovat jemu** a že je to takovej **mazel** a že vyžaduje takovou tu **pozornost**, takže vlastně...mně to svým způsobem pomohlo, že jsem byla týden před tou operací s někým, koho mám jakoby neskutečně **ráda** a s kým mi je hrozně **dobře**.*

Zároveň přemýšlela, jak **uzpůsobit** svůj **byt**, aby měla ke všemu co **nejjednodušší přístup**, až se vrátí z nemocnice. Tím se také **odreagovávala** a zaměřovala **pozornost** jinam než na operaci. Operaci ale o týden odložili, slečna M. tedy musela čekat na operaci déle, než původně měla. To bylo velmi náročné, protože už chtěla **mít operaci za sebou**. Sestřička, která jí tu novinu do telefonu říkala, nebyla navíc dost **citlivá**.

*A najednou mi volali, že mi to posouvaj, tu operaci. A já říkám: „No to snad ne.“
A teď já měla strach, že mě nebudu operovat. Já jsem jí to tam i řekla, ty sestřičce.
A ona mi řekla: „No ale je dost možný, že vám ještě budeme volat a posuneme vám to jakoby dál, protože jsou závažnější operace.“ Takhle se se mnou ta sestřička jako bavila. A což já chápu, že jsou závažnější operace, ale ona zase **necejtla moje potřeby**...*

Tento týden ale využila pro to, aby si **užila života**. Potřebovala se **rozptýlit**, **objevovat**, trávila **čas s přáteli**. Odváděla tak od operace opět **pozornost** a **utíkala** k lepším a zábavným věcem.

*Já jsem začala jakoby ještě víc žít. Já jsem najednou prostě začala víc cestovat. Já jsem každé den vzala auto a jela jsem někam, kde jsem předtím nebyla...protože jsem si řekla, že už se tam třeba nikdy nepodívám, protože nevím, jak to dopadne...
a snažila jsem si to užít, ten život úplně jakoby na 300 %, jako co to šlo.*

Snažila se **nepřipouštět si strach**. Ten o hodně zesílil v době těsně před operací. Slečna M. vyjádřila potřebu **vědět, co bude dál**. Strach ale potom vystřídal pocit štěstí, že už to bude mít za sebou. Když slečna M. nastoupila do nemocnice a čekala na operaci, uvítala by, kdyby bylo v nemocnici nějaké **duchovní místo**. Nechtěla psychologa ani jiného člověka, ale spíš **prostor**, kde by mohla být **sama se sebou**, mít **klid** a **projevit** své **obavy**, **pocity**, **přání**, **ulevit si**, **dodat si odvahu**, **poprosit** a **vzdát se tomu**.

*Já nejsem jako pobožná, ale trošku jako věřím, že tam něco nahoře jakoby je...
a přiznám se, že by mi jako pomohlo, kdyby byla jako v nemocnici jako nějaká malá kaplička, kam by si ten člověk mohl jít a prostě jako fakt jako...říct ty svoje pocity, to*

svoje přání a aby se vám jakoby ulevilo...Nějaký zákoutí, kde by ten člověk jako...svým způsobem načerpal i tu odvahu a vzdal se tomu a řek si: „Jako ono to dobře dopadne.“ A poprosil.

Informovanost a profesionalita personálu byla na dobré úrovni. Zároveň si slečna M. hodně věcí sama nastudovala, což ji uklidňovalo. Další věc, která snižovala její úzkost, bylo to, že ležela **na pokoji** s ženami, které měly **horší diagnózy** než ona. Mohla se tak **srovnat** se závažnějšími případy.

Já vlastně ležela na pokoji s ženskėjma, který měly nádory v mozku. Ani jedna z nich tam neležela, že by měla stejnej problém s páteří...A já jsem za to neskutečně ráda a vděčná...protože tam vlastně...jsem jako...měla takovej ten prostor se víc jako se i vzchopit a říct si: „Ty jo, tak sakra jako...tohle je jako banalita.“ Jako v uvozovkách...oproti tomu, co jsem jakoby viděla, tak jako hrozně mi to dalo, taky.

V den operace si **zacvičila**, dodržela tak svůj **rituál**. Mělo to pro ni symbolický význam. Nevěděla totiž, jestli to není naposledy. Cvičení ji navíc **uvolnilo**.

Nezapomněla si udržet **humor**, ani když ji vezli na sál.

Přiznám se, že když mě dovezli jako nahoru, na ten operační sál, tak jsem se snažila i jako vtipkovat, jo. Že jak vám tam dávaj tu uspávačku...Já říkám: „Tak já bych si prosila to svůj oblíbený Campari, dvojitou dávkou.“ Nevím, jestli to pochopil. (smích)

Když čekala před sálem, byla jí **zima**, udržela si ale nadhled a **zkoumala prostředí**, ve kterém je. Chtěla by **vidět i operační sál**. Ten byl ještě ale zavřený.

Já jsem prostě chtěla hrozně jako vidět to prostředí a úplně mě...úplně...jsem měla úplně radost z těch lidí, jak okolo mě procházeli. A ten shon a ty lékaři všichni...(smích)

Důležitou potřebou před operací bylo **vidět pana doktora**. Ráda by mu **řekla, že mu věří**.

Hrozně mě mrzelo, že za mnou jako pan doktor ještě nepřišel před tou operací, protože já jsem měla jako takovou potřebu mu jako hrozně říct, že to dopadne dobře a že mu věřím...A...i tu potřebu, že i kdyby to nedopadlo jakoby dobře, tak že mu to nemám jakoby za zlý.

Jak se vracelo zpět do života?

Když se slečna M. probudila z narkózy, potřebovala **podporu rodiny**. Tato potřeba byla úplně největší právě po operaci.

*Je potřeba, aby člověk jako věděl, že...na některé věci **opravdu není sám**. A že je hrozně milý, když se vám ty lidi jako **ozvou a nabízejí vám tu pomoc**.*

Mně se chce jako brečet, ale...Když poprvé jako slyšíte někoho z rodiny (smích/pláč) a teď jako...první, co mi ségra vlastně řekla, tak mi řekla, že jsem skvělá, že jsem to dala...a že to bude jako dobrý. A já jsem za to byla jako hrozně vděčná.

Potřebovala ze sebe **dostat emoce**. Plakala hlavně ze strachu, **co bude dál**. Bála se, že nebude chodit. I když měla možnost pustit emoce i před ostatními, **nevyužila toho. Nechtěla je zatěžovat**.

*A...první věc, která mě jako by hrozně až do rána jako žralo, bylo to, jestli já vůbec jako tu nohu **zvednu** a jestli se **postavím**...A teď jsem se jako už připravovala na to, že ta možnost tady je a teď jsem život jako s berlema nebo jako na vozečku.*

Strach a pochybnosti o sobě rozptýlila tím, že mobilizovala své síly a sama sebe **namotivovala a uklidňovala** tím, že si opakovala, že to bude dobré.

A řekla jsem si: „Tak jako sakra, to teda ne, ty prostě budeš chodit! A budeš chodit prostě už druhý den po operaci!...“

Postupem času, jak dělala víc a víc **pokroky**, uklidňovala se. Bylo pro ni důležité vidět i malé pokroky a vědět tak, že má vždy o starost méně. Velká potřeba byla **postavit se a začít chodit**.

Opravdu odpoledne 2. den po operaci, co mi vlastně vyndali drenáž ze zad, tak jsem poprvý s paní fyzioterapeutkou se šla postavit. A to byla (smích)...já do teďka jako...to byla taková radost! To prostě já jsem měla úplně pocit, že jsem se jako podruhé narodila, že jsem opravdu jako ty nohy cejtla a říkám si: „Ty jo, tak jako vono to fakt jako pujde a já jako fakt jako chodím.“

Slečna M. se potřebovala postupně **smířit** s tím, co jí **potkalo**, s **bolestí** i s **omezením** a novým **způsobem života**. Chtěla **najít smysl** toho, proč se to stalo. Brala tuto situaci jako trest.

Nějak jsem se dokázala prostě...naučit mít ráda ty bolesti...No...a...a tak nějak jako po té operaci jsem se naučila jako mít ráda ty svoje šrouby. Jako...mít jako kamarádky, no. A že se mi ale jako strašně fakt ulevilo, protože ty bolesti tak nějak jako takový nebyly...že jsem si prostě řekla: „Ty jo, tak já mám teď prostě nějaký tyčky a nějaký šrouby v těle a...oni mi vlastně jakoby mo...pomáhají, takže to jsou takoví mí kamarádi do konce mého života a já se musím naučit mít ráda i přesto, že každý den mají jinou náladu.“

Slečna M. chtěla být co nejrychleji **samostatná** a **nikoho neobtěžovat**. Chtěla, aby se k ní všichni **chovali** jako k **normálnímu** a **zdravému** člověku.

*To už mi bylo takový jako strašně otravný, že mně to jakoby vadilo, že se okolo mě ty lidi jakoby...starají. A já jsem vlastně...hmm...Jediný, co jsem jako nechtěla, aby mě někdo **litoval**...to není vůbec jako...na místě.*

Jelikož bylo více pacientů, nebyl na oddělení dostatek **chodítek**. Nemohla proto chodit, kdy chtěla, což ji omezovalo.

...Jako že oni mi ho vždycky půjčili jen na určitou dobu...a pak mi ho zase sebrali...což mi jako vadilo, protože já jsem opravdu, každý den ráno jsem vstala a přes bolesti jsem chodila...návštěvy přišly, takže jsem se snažila opravdu každý den prošmádat celou tu chodbu tam a zpátky třikrát.

Z chození si udělala **rituál**, který ve svém životě potřebuje. Zároveň si tím mohla i dokázat, že se **zlepšuje**.

Po návratu domů na slečnu M. padla špatná nálada, když zjistila, kolik věcí reálně nedokáže sama udělat. V tu chvíli potřebovala **urychlit** celou situaci, i když si uvědomovala, že to nejde.

Protože když jste v nemocnici, tak mám pocit, že tam jste stála v takový ochraně. Tam vám jako kde kdo uvaří, dostanete tam jídlo, postarají se o vás sestřičky, pořád tam okolo vás někde lítá, ale najednou se dostanete jakoby domů...tam to na mě jakoby najednou dolehlo, že vlastně první den, když mě odvezli jako z nemocnice domů, tak ty deprese tam na mě hodně jako padly.

Potřebovala **ze sebe dostat vztek** a **dovolit si nebýt pořád ta silná**. Uvědomila si, že nemá cenu **na něco si hrát**. A zkrátka se musela **naučit být trpělivá**.

Hmm...brečela jsem, no. Byla jsem taková jako dost lítostivá a najednou vlastně jsem si říkala: „Tak ty jo, já si tady na něco jako hraju, jak jsem silná, a tady to vlastně jako doma vůbec nedám...”

Tento smutek ale s nikým **nechtěla sdílet**, měla pocit, že by to nikdo **nepochopil**. Raději by uvítala, kdyby si mohla **popovídat s někým, kdo si prožil** to samé. Lidé, kteří neměli s ničím podobným zkušenost, situaci často **zlehčovali**. Nenašla u nich dostatečné porozumění.

Mně se o tom nechtělo jako nějak ani moc mluvit, protože jsem zjistila, že...že třeba je supr, že s váma tady dneska sedím, že jste člověk, kterej si to taky jako prožil...Tak jste měla možná stejný pocity jako já, ale když se bavíte s někým jiným, kterej tuhle tu operaci neměl, tak jako mně se stávalo: „Jooo, s páteří.“ A každej si to spojoval s plotýnkama. „To nic není.“ Ale každej: „No, to já jsem byla taky na plotýnkách. To nic není.“ Ale já říkám: „Ale já nemám plotýnky. Já tam mám šrouby.“

Zároveň lidi **nechápu**, že rekonvalescence trvá dlouho, a jelikož se jedná o záda, která nejsou vidět, přijde ostatním, jako kdyby byla slečna M. zdravá.

Oni prostě jakoby teď už na mně viděj, že já prostě normálně jako chodím a řeknou si: „Tyjo, vždyť ona už je ready, ona už je jakoby v pohodě, jí nic vlastně není...”

Jelikož žije sama, někdy si musí **říct o pomoc** i cizím lidem, což také není jednoduché, protože navenek nevypadá nemocná.

Protože nemůžu prostě tahat jakoby tašky s nákupem...hmm...nebo něco těžkýho. A někdy mi to je i takový jako hloupý si říct jako cizím lidem, jestli by mi nepomohli třeba k autu donést tu tašku, jo...Že jsou to takový jako úskalí. Některý ty lidi na vás jako koukaj a řeknou si, jako že vypadáte zdravě...

Nakonec si uvědomila, že **nemá cenu** to někomu **vysvětlovat**, protože jí to akorát vždycky rozčílilo a k ničemu to nebylo. Na druhou stranu má ale potřebu se **obhajovat**, a právě i před cizími lidmi, což si potom vyčítá.

Řekla jsem, že je hulvát a že jako jsem po operaci páteře a chtěla bych vidět jeho. Já říkám, jako že se prostě, že místo berlí mám prostě tady ty hole a pak...jsem byla sama na sebe jako v tu chvíli rozčilená, že si říkám: „Ty jo, co já mám potřebu nějakýmu prostě páprdoj, nějakýmu dědovi v Kauflandu vysvětlovat, jaký já mám prostě problémy.“

Je tedy raději **sama v přírodě** a nechodí příliš do města a mezi lidi, kde vidí, že na ni někteří **koukají divně** třeba proto, že jde s trekovými holemi. Mrzí ji také, když **vidí ostatní sportovat**.

No, chodím každý den, tak třeba občas takhle projede okolo mě cy...cyklista a mě to hrozně prostě jakoby... bolí mě to u srdíčka, protože vím, že nemůžu. A je tam ta jakoby... je tam velkej otazník, jestli vůbec někdy ještě budu moct.

Ze stejného důvodu dala ze svého domu **pryč televizi**.

...jsem dala pryč...z domova pryč televizi...jsem asi divnej člověk, ale zjistila jsem, že...když se dívám jako na sporty a tak dále, tak mně to jakoby hrozně ubližuje, že vidím, že ty lidi jako můžou a mně to nejde a tak jako...nechci si ubližovat...Nakoupila jsem si hafo knížek, vždycky jsem ráda četla, a když je volná chvílka, takže si čtu.

Chce si přesto v životě **sport udržet**. Pohyb jí pomáhá udržovat nad situací nadhled. Zatím nemůže běhat, tak se aspoň **prochází** v přírodě. Tím si udržuje **rituál**.

Každý den chodím vlastně...vychází mi to skoro tři hodiny. Ráno, co hned vstanu, tak jdu na procházku a pak hodinu vlastně cvičím nějaký ty cviky a tak dále. Ale mám to takovej jako denní rituál, ale stále s holema.

Kamarádi ji **podporovali** jak v nemocnici, tak potom i doma. Ačkoliv chtěla být **samostatná** a všechno zvládnout, uvědomila si, že to není vždycky možné.

Musím přiznat, že mám asi velký štěstí na kamarády a jsem za to hrozně moc vděčná, protože ta podpora po operaci byla neuvěřitelná jako...to byly davy...A...že pak jezdili i ke mně domů, že mi neustále jako každý den psali, jestli s něčím nepotřebuju pomoci. Ale právě já jsem to chtěla zvládnout jako sama...Ale někdy je

potřeba si říct, že...tam jako potřeba ta 2. pomoc, no...že ne všechno jde prostě udělat, aby ten člověk to dělal sám, no.

Slečna M. ale získala pocit, že ji přátelé **berou jako handicapovanou**, ačkoliv to neřeknou. Na jednu stranu to vnímá jako milé, na druhou je jí to nepříjemné. Chtěla by **žít normální život**. I proto by jí bylo příjemné i po operaci **sdílet pocity** a čas s někým, kdo prožil **bolest** nebo má nějaký **handicap**.

A lidi, který prostě nezažili opravdovou bolest, tak se nikam neposunou tolik, jako člověk, kterej ty bolest jakoby zažil...Si myslím, že ta bolest...opravdu vás posouvá k tomu, aby ten člověk jako byl opravdu daleko silnější.

Velkou motivací je pro ni to, aby se vrátila časem do **práce**. Potřebuje **výzvy**, kterých chce dosáhnout.

Po operaci má také daleko větší potřebu **hlídat se** v tom, co a jak dělá.

Že předtím jsem prostě spoustu věcí dělala jako bezhlavě. A teď to nejde. Teď je tam stále jako ten vykřičník a...ať je to cokoli...Že když prostě, já nevím, dejme tomu něco lehčího zvedám nebo cvičím, tak neustále se jakoby hrozně jakoby kontroloju...Mám pořád strach jako...aby se to tam nějak jako nesesunulo ještě víc, jo.

Z praktických věcí by potřebovala větší **dostupnost dobrých fyzioterapeutů**. Když přijela z nemocnice domů, uvědomila si, že by se jí **hodily trekové hole**, ale neměla způsob, jak si je koupit. Uvítala by tedy možnost **odkoupit** si takové pomůcky už v **nemocnici**.

Máme jakoby starou babičku, takže mi vlastně dali její trekový hole, takže jsem měla už možnost s těma holemi chodit a je fakt je to hodně znát, že tam nemáte takovej ten záprah a hodně vám to pomáhá.

Pan D., 30 let

Pan D. se vyučil v oblasti kovovýroby. Začal pak pracovat v obchodě. Kromě jednání se zákazníky přenášel i zboží. Jednoho dne, když mu bylo 25 let, zvedal v práci těžkou krabici. To nebylo nic neobvyklého, tentokrát se ale pod tíhou břemena něco stalo panu D. se zády. Jelikož po tomto incidentu nemohl chodit, vzal si v práci volno a navštívil neurologa. Ten mu udělal magnetickou rezonanci a řekl, že má vyhřezlou ploténku. Zároveň ho ale uklidnil, že se nejedná o nic závažného a bude stačit, když bude pravidelně docházet na kapačky. To ale pomohlo vždy jen na určitou dobu. Bolest se brzy zase vrátila. Jelikož ze zad vystřelovala do nohy, znemožnila panu D. chodit jako dřív. Celý rok nemohl na nohu dostoupnout a kulhal. Jelikož ale dostal od lékaře informaci, že se nic výjimečného neděje, zvykl si na bolesti i kulhání a přestal situaci řešit. Začal i s bolestmi chodit opět do práce. V té době pracoval v obchodě na vzorkovně a byl celý den na nohou, což bylo náročné. Zaměstnavateli k tomu všemu začalo postupem času vadit, že pan D. kulhá. Nedělalo to podle něj dobrý dojem na zákazníky. Pan D. tedy vyřešil problém tak, že změnil zaměstnavatele a šel pracovat do kanceláře.

Situace se změnila asi po roce, kdy se jednoho sobotního rána pan D. probudil a cítil v zádech silnou a nezvyklou bolest. Kvůli té se nemohl vůbec postavit na nohy. Celý den tedy ležel, ani to ale nepomáhalo. Přečkal noc tak, že se „pověsil“ za parapet a snažil se tak zádům ulehčit. Ráno se pak vydal se do nemocnice. Na interně mu udělali vyšetření a okamžitě ho poslali na neurochirurgii k hospitalizaci s tím, že má zřejmě ošklivě vyhřezlou ploténku.

Neurochirurg na oddělení mu ale oznámil po dalších vyšetřeních pravou diagnózu. Oznámil mu, že má posunutý obratel. Kromě nového snímku mu ukázal i ten původní, který viděl před rokem pan neurolog, a řekl, že už na něm byl počínající problém vidět. Kdyby na to tedy tenkrát lékař přišel, zřejmě by se pan D. operaci nevyhnul, nemusel by ale prožívat tolik bolestí a nedošlo by to do takové krajnosti. Když se pacient dozvěděl tuto zprávu, psychicky se sesypal.

Zjistil, že jde o závažný problém, a měl strach, jak vše dopadne. Báł se, že skončí na invalidním vozíku. Zároveň měl velké obavy, že kdyby se tak stalo, opustí ho přítelkyně. Ta totiž něco podobného naznačila. Tento strach ale zastiňovala bolest, která byla nesnesitelná i přes silné léky, které pan D. dostával.

Jelikož matka jeho tehdejší přítelkyně pracovala v nemocnici, ujal se ho nejlepší neurochirurg, uznávaný i ve světě. Také díky tomu mu naplánovali operaci hned za týden. Nemusel tedy příliš dlouho čekat. Zároveň ale neměl příliš času na to, aby se s operací vyrovnal. Celá hospitalizace pana D. trvala jen 14 dní. V nemocnici ležel týden před operací a týden po ní.

Když na operaci čekal, chodili za ním přátelé a přítelkyně. Všichni ho podporovali. Když o tom vyprávěl kamarádům, podával to spíš jako senzaci než jako závažnou věc. Se svojí vlastní rodinou v té době nebyl příliš v kontaktu.

Čekání na operaci bylo velmi náročné. Přes bolest nemohl ani ležet. Chodil tedy třeba celou noc s chodítkem po chodbě.

Po operaci jel z nemocnice domů k rodičům. Po návratu nejprve jen ležel, pomalu zkoušel sedět a chodit. Věřil svému pocitu v tom, co si může ke svému tělu dovolit a co ne.

Momentálně je pan D. 5 let po operaci. Nejprve okomentoval svůj stav tak, že je schopný fungovat jako dřív. Potom ale dodal, že vlastně vnímá omezení každý den. Musí na sebe být opatrnější a vyhýbat se některým činnostem. Při určitých pohybech ho záda bolí. Má proto strach dělat věci tak jako dřív. Bojí se budoucnosti, což se mu promítalo i do nočních můr. I přes to se stále věnuje fyzicky náročné práci. Pracuje v kovovýrobě, kde musí nosit velmi těžká břemena.

I když má stále nějaké problémy, nepřistupuje aktivně k jejich řešení. Ačkoliv měl z nemocnice instrukce, jak cvičit a posilovat svaly v oblasti bederní páteře, začal cvičení zanedbávat. Nyní už necvičí vůbec. Nemyslí si, že by to s cvičením bylo lepší.

Je zvyklý brát věci tak, jak přicházejí, trochu ledabyle, moc se jimi nezaobírat. Naučil se to v minulosti. Jak sám popisoval, prožil v životě řadu nepříjemných

a nelehkých situací. Operace mu ale dost otevřela oči. Varuje teď i lidi ve svém okolí, jak je důležité chovat se ke svému tělu s úctou a neubližovat si třeba právě špatným způsobem zvedání břemen.

Pan D. se s námi s ochotou sešel v místě jeho bydliště. Už při příchodu a představení navrhl tykání. Jeho vystupování bylo velmi uvolněné a klidné. Tento dojem doplňovalo i sportovní oblečení a kšiltovka na hlavě.

O svém problému začal mluvit, jako kdyby se nic nedělo. V jeho vyprávění byla místa, která neměl jasně v paměti. Zdálo se, jako kdyby řadu věcí zapomněl, protože na ně zkrátka myslet nechtěl. Chtěl se ve svém životě zbavit všeho, co by mu tuto dobu připomínalo. I z toho důvodu přestal cvičit rehabilitační cvičení. To si ale racionalizoval tím, že by mu určitě stejně nepomohlo. Na otázku většinou začal odpovídat tak, že nemá problém, že je všechno v pořádku, postupně se ale rozvzpomínal na různá omezení a nepříjemné emoce s onemocněním spojené.

Pan D. mluvil často ironicky. S vážnou tváří popisoval vtipné situace, což působilo komicky. Často do povídání zařadil nějakou vsuvku, která odlehčovala téma. Stávalo se i to, že mluvil o vážném tématu, ale způsobem, kterým mluvil, způsobil, že jsme se mu nakonec oba zasmáli. Tím, že zesměšňoval vážné věci, působil nad věcí.

Jeho navenek drsný verbální projev a sebevědomé postavení těla narušil vyprávěním o tom, jak plakal nebo jak se bál. Když byl ale jeho strach pojmenován, měl tendenci se proti tomu hned vymezit a říkal, že není slabá povaha.

Rozhovor s panem D. trval méně než hodinu a půl. Jeho příběh byl odlišný v tom, že se na operaci nepřipravoval, ale šel na ni už týden po zjištění diagnózy.

V textu se vyskytují často obavy z toho, že skončí na invalidním vozíku a že nebude schopný sám chodit. Pro označení smrti používal eufemismus „že to nedopadne...“

Zpočátku to vypadalo, že nebude mít pan D. o čem mluvit, nakonec ale za rozhovor dokonce děkoval, protože mu pomohl se nad situací zamyslet jinak, než byl dříve zvyklý. Uvědomil si při vyprávění spoustu věcí, ale stále se držel svého hesla, že je lepší věci neřešit a neutápět se v nich.

POTŘEBY

Pan D. mluví nejvíce o potřebě neřešit to, brát to s nadhledem a příliš v problému neutápět.

Jaké bylo dozvědět se od lékaře o onemocnění páteře?

Pan D. nevěděl přesně, jaký problém s páteří má. Lékař mu řekl, že se jedná o vyhrzlou ploténku a víc **vyšetření nedělal**. Kdyby se ale stalo jinak, výrazně by to pacientovi pomohlo.

A nějak už se to ani neřešilo, ty doktoři ani ne...nepřišlo mi, že by nějak jevíli zájem to nějak řešit dál. Takže v podstatě...to takhle dopadlo, no. Že jsem si na to zvyknul v tu dobu.

Potřeboval **informace**, co to vůbec ploténka je.

Já jsem vůbec do té doby nevěděl, co to plotna je. Neměl jsem představu. Až teprve potom mi bylo vysvětleno, o co se jedná. A to vyhrznutí jsem si musel nechat jakoby asi dvakrát vysvětlit, protože mi to prostě jako nebylo jasné. Protože oni tvrdili, že to uschne, jo, že mi, že, že tím rozkapáním se to vyřeší...

Ačkoliv nějaké informace dostal, byla mu vysvětlena **diagnóza**, která se ukázala jako nepravá. Lékař tvrdil, že se nejedná o nic vážného.

Že to prostě neřeší nikdo, to je jak slepák prostě, jo. A že...nejspíš na tu operaci ani nebudu muset, že to je prostě...to je v pohodě.

Pan D. by se tedy rozhodně představoval lepší **přístup lékařů** a důkladnější **diagnostiku**.

Takže prostě to samý i ten...i ten doktor, jo...prostě bere, bere to kusově, ty lidi, bez emocí...a prostě toho člověka vezme a prostě...pošle ho dál, nechá ho bejt, jo.

Rozkapame to a nazdar. Jakože...podle mě, kdyby mi udělali důkladnějc to vyšetření tenkrát a opravdu se na to pořádně podívali, tak by zjistili, kde ten problém je, jo. A neposlali by mě ani na blbý kapačky, prostě jo.

Kvůli tomu, co mu řekli lékaři, **nepřikládal situaci velkou váhu** a na bolest si zvykl. Myslel si, že se to časem **samo vyřeší**.

...Že to byla víceméně moje blbost, že já jsem nebyl dostatečně aktivní proto, abych jakoby ten problém řešil, protože já jsem si na něj zvyk a...nechal jsem ho bejt prostě. Jo, že kdybych opravdu tlačil na to, že chci prostě ten problém vyřešit...Já jsem, já nevím, já jsem tak nějak tajně doufal, že to odezní, jo...a jakoby já jsem v té představě žil, protože oni mě pořád ubezpečovali, že to není nic strašného...

Panu D. chyběly **reálné informace** o tom, jak se bude situace vyvíjet a vypadat do budoucna. Kvůli tomu si představoval horší varianty, než které pak ve skutečnosti nastaly.

Kvůli kulhání se **mezi cizími lidmi** cítil **špatně**. Zaměstnavatel pro jeho problém neměl **pochopení**. Měl kolem sebe ale dobré přátele a věděl, že se na ně může **spolehnout**. Ti měli občas na jeho stav v žertu nějakou poznámku. Pan D. se ale naučil **nebrat si** tyto řeči **příliš osobně**.

Jako ne...Já jsem zas jako kolem sebe měl dobrý lidi, takže nikdy...hmm...většinou jako jsem se neb...s nějakou diskriminací nebo něčím nesetkal. Vopravdu spíš jenom v tom zaměstnání tenkrát.

Velkým úkolem bylo **vyrovnat** se s tím, že má problémy s páteří v tak mladé věku.

To byla asi jedna z věcí, nad kterou jsem přemýšlel úplně nejvíc, no, že jsem se takhle vlastně zrakvil v takovýmhle věku.

Nejvíc by potřeboval, aby se to vůbec **nestalo**. Pomáhalo mu, když se **srovnával** s lidmi, kteří na tom jsou **hůř**, a říkal si, že na tom není tak špatně.

Jaké bylo dozvědět se o nezbytnosti operace? + Jaký byl poslední týden před operací?

Když se dozvěděl o své pravé diagnóze a o tom, že musí jít na operaci, bylo to pro něj hodně těžké, potřeboval od lékaře **uklidnit**. To ale příliš nepomáhalo, protože ačkoliv mu bylo vysvětleno, o jakou vadu se jedná, příliš tomu nerozuměl. Potřeboval **jednoduché a jemu srozumitelné informace**.

Jakoby spíš ze začátku jsem to nepochopil. Já jsem jako...než jsem věděl, co je L, S a jak se ty obratle vůbec počítají a než mně to někdo vysvětlil, tak jsem absolutně neměl šajnu vůbec ani, jak to funguje, jak tam vedou ty nervy prostě.

Po této první informaci potřeboval hlavně **podporu** blízkých a možnost **projevit emoce, strach** a prostor **o nemoci mluvit**. Tuto možnost našel u matky tehdejší přítelkyně.

A...tam jsem prostě brečel. A říkal jsem jako, že to je prostě úplně prostě špatný a...tak mě jako nějak podporovala a říkala: „To bude dobrý, prostě, se zvládne.“

Přítelkyně sama pro něj byla **oporou** také, mohl s ní **mluvit** otevřeně, ale necítil z ní **jistotu**, nemohl se na ni **spolehnout**.

*Když jsme se dostali na téma toho, co by bylo, kdybych třeba opravdu na tom vozečku byl...tak měla takový slabší chvílky, kdy říkala, že neví, jestli by to úplně vydržela se mnou celý život, i když říkala, že by mi samozřejmě **pomáhala**...ale tak nějak jsem vycejtil z ní, že...že by to asi postupem času úplně pro ni nebylo vyhovující, že **bych byl spíš přítěží**.*

Bylo pro něj důležité **nebýt sám**. Z nemocnice pořád někomu volal nebo měl u sebe někoho na návštěvě. Chtěl mít pořád společnost, aby přišel na **jiné myšlenky**.

Neměl jsem moc možnost utápět se v těch myšlenkách, protože jsem pořád někomu psal, někomu jsem volal, ať se staví, ale jako že těch přátel jsem měl opravdu hodně...Ale jako...jo tak byly takový chvílky slabší.

Chlácholení a utěšování nepomáhalo. Potřeboval od lidí spíše **pochopení**. Snažil se problém hlavně **nevnímat** a **nepodléhat** před operací **stresu**. V tom mu pomáhala jeho víra v to, **že to dobře dopadne**.

Když byl sám, **rozptyloval** se například televizí nebo hraním her na telefonu. Nechtěl se **soustředit** na onemocnění. Když o něm začal přemýšlet, dostával se totiž do depresivních nálad.

Většinou když...když jsem jezdil s tím chodítkem po tý chodbě a nemohl jsem spát, jakože to bolelo, tak to byly dost...to si pamatuju, že to jsem byl jako docela v depresi, no.

V těch situacích si promítal různé **scénáře**, jak by mohla operace dopadnout, a snažil se na ně psychicky **připravit**. Napadaly ho **praktické otázky**, na které nedostal odpověď.

Honilo se mi hlavou, jak to dopadne...Co, co mě prostě čeká...jestli to bude bolet...jak dlouho budu na JIPce...prostě...jestli budu chodit...jak se budu mejt...prostě...jako že bych se musel přestěhovat do nějakýho bezbariérovýho přístupu a tak dále a tak dále, že prostě to...Ale říkám, to byly spíš jenom takový jako chvilky prostě...Nemyslel jsem pořád jenom na tu nejhorší variantu prostě. To bych se z toho zbláznil tam, že jo.

V té chvíli by si přál, aby **čas utíkal rychleji**. Občas šel aspoň ven a zapálil si **cigaretu**. Vyšel tak z oddělení, dostal se aspoň trochu z **izolace nemocničního prostředí**.

A nekonečný ubíhání času. A...že si chci dát cigáro prostě, protože pomůže. Prostě aspoň něco, takže jsem...Takže jsem se občas vykradl ven, sjel jsem výtahem, tam jsem si dřepnul venku a dal jsem si tam aspoň něco, víš?

Pan D. **potřeboval cítit jistotu**.

Protože já jsem se v tu dobu bál, že prostě mi to úplně otočí život, že ona se na mě vykašle, že prostě zůstanu sám, jo. Takže prostě jsem jakoby...spíš jako najednou mě začaly napadat tydlety myšlenky toho, co by se stalo, kdybych prostě byl jako neschopnej sám chodit.

Hodně mu pomohlo, když začal **komunikovat** s lékaři. Velkou útěchou mu bylo vědomí toho, že má špičkového chirurga a **že je v dobrých rukách**. Pan D. ale potřeboval nejvíc ze všeho to, aby ho už **odoperovali** a on **přestal cítit bolest**.

Já byl rád, že mě operujou, ale...říkám si jako s takovýhlema akutníma bolestma, jo, když člověk...tak přece půl roku nepřežije, jo. To se prostě nedá vydržet...Já jsem nemyslel na nic jinýho...Já jsem v tu chvíli jenom řešil, ať už konečně skončí ta bolest, ať se proberu a zjistím, jestli chodím, nebo ne. To bylo prostě jediný, co mě zajímalo...v tu chvíli.

Do té doby vymýšlel různé způsoby, jak **si od bolesti pomoci** aspoň trochu. Vymýšlel různé polohy a sám si **přicházel** na to, jak se k **sobě chovat** a pomoci si.

Já jsem tam prostě musel...hmm...třeba viset takhle jako za ruce s postelí, abych si prostě vždycky uvolnil ten tlak na tu páteř, jo, protože jako ležet vůbec nepomáhalo prostě.

Co si hlavně přál, bylo **vydržet a přečkat** týden do operace a dočkat se jí.

To...jako...dospělej chlap a brečel jsem tam prostě. Chodil jsem po chodbě s chodítkem, s kolečkama, třeba celou noc. Sem a tam, sem a tam, furt dokola, protože jsem nemohl ležet, to bolelo ještě víc...Takže...prostě sem...tam nějak doplácá ten tejden a...

Pan D. přemýšlel o budoucnosti. Jedna z věcí, kterých se děsil, bylo, že by byl **odkázaný** na jiné. Nechtěl být pro nikoho **příteží**.

Fakt jsem ten strach měl prostě a...když si člověk najednou jako uvědomí, jo, že...že to riziko je dost reálný a že je to jako takhle blízko, bejt v podstatě odkázanej...jakoby na to, že nemůžu chodit, tak jsem byl docela z toho jako docela dost vyděšený, no.

Pomohlo by mu, kdyby získal **praktické informace** od někoho, **kdo má operaci za sebou**, aby věděl, jaká jsou rizika a jestli je dotyčný po operaci v pořádku.

Kdybych věděl, že se...že mi může dát odpověď jak kladnou, tak negativní, tak bych mu asi stejně zavolal, protože bych chtěl vědět vlastně, co...se...děje...Jakoby já jsem, já jsem byl...já jsem počítal s tím, že...že to má i svůj rizika a že to může

nedopadnout úplně nejlíp, ale prostě chtěl jsem vědět asi konkrétně, co se může stát a co se děje.

Jednou z jeho strategií, jak se se situací vyrovnat, bylo dělat si z ní **legraci**.

Jo, dělal jsem srandy, ale to jenom protože já mám takovou povahu, no...že prostě jsem...dělám šaška prostě před lidma, že jo. Takže jakoby, jo. Jo, byla to možná moje vlastnost, která mi jakoby i pomohla si tam jako...asi jo, asi to na to vliv mělo.

Jak se vracelo zpět do života?

Po operaci převáželi pacienta z JIP na běžný pokoj. Cestou mu chtěli udělat rentgen. Tato manipulace a převoz byl hodně bolestivý. Pan D. by uvítal **jemnější a citlivější zacházení personálu**. Není podle něj dobrý nápad **manipulovat** s lidmi tak **brzy** po operaci.

Mě vezli z té JIPky, což byl jeden z nejhorších...terorů, co jsem tam zažil, jo, pro mě, protože už jenom to, jak jsme najeli tou postelí na kabel, si vzpomínám, tak jsem řval jak mimino prostě. To bylo strašný, jak mě to bolelo.

Pan D. by v tu chvíli potřeboval větší **pochopení**. Narazil ale na limit toho, že bolest nejde popsat nikomu, kdo ji neprožil. V té situaci měl zlost, ale věděl, že nemůže nic dělat, byl bezbranný.

A oni ještě jakože tak jako: „Ale pane D., ne. Tak jste prostě to ne...jste chlap, ne?“ Říkám: „Ty jo.“...co...jak tomu člověku vysvětlíš, když tu bolest nikdy neprožil, jakou asi jako prožívám já v tu chvíli, že jo.

Po tomto incidentu si ale na přístup personálu nemůže ztěžovat.

Sestry na pooperačním i ty rehabilitační sestry, který mě potom učily chodit, byly prostě... fakt skvělý lidi. A hrozně mi pomáhaly a byly na mě fakt hodný, jo.

Pan D. chtěl hlavně co nejdříve po operaci zjistit, jestli **může chodit**. Rehabilitační sestry mu s tím hodně **pomáhaly**. Když odcházel domů, dostal od nich také kvalitní **informace** o tom, jak cvičit a rehabilitovat, včetně toho, jaké **rehabilitační pomůcky** si odkoupit.

Takže v tomhleto směru pak na mě byli dost hodný a dost mi jako pomáhali a vysvětlovala to tam vlastně, jak ta páteř funguje... Takže to bylo docela fajn. Že člověk jakoby pak už věděl, no... Takže tam to bylo hodně v pohodě jakoby, že jsem přesně věděl, co mám dělat a tak. Dali mi přesně ten návod, jak se chovat vlastně doma.

Domů jel potom sanitkou. Vezl ho vstřícný řidič, který mu velmi **pomohl**.

Jako...saniťák dost jako hodnej chlap. Pomohl mi vlastně vzít ty věci, pomohl mě odvézt až nahoru vlastně, jsem byl ve druhým patře. Takže po schodech mě dovedl...mě držel, jo, zaplaťpánbůh, protože jakoby já jsem se ještě pořád učil chodit jako.

Postupně se pan D. **učil chodit, pak i sedět**. Většinu času musel ale jen ležet, což ho **nudilo**. Chtěl **dělat to, na co byl zvyklý**, co měl rád. Musel ale svůj život **přizpůsobit** situaci a **dávat si pozor** na některé věci, které mu způsobují bolest. Ty **vypozoroval postupně**.

A hrozně jsem se bál, že nebudu moct právě takhle jezdit na tý motorce nebo že nebudu moc právě jakoby dělat různý takovýhle...že třeba....Představit si, že skočím...třeba do vody jenom...po nohou, bylo tu chvíli, kdy to ještě jako bylo citlivý, prostě pro mě nepředstavitelný jako.

Bylo třeba si v životě **některé věci odpustit**. **Smířit se** s novou životní situací.

Jo, třeba viz ten snowboard. To mě prostě štve. Jako já mám stejně...chci...prostě...já jsem ho od té doby nezkoušel. Mám strach...ale chci to zkusit, jo...Ono to asi nemůže křupnout, jo, ale že to prostě bude...prostě špatný. Tak jakoby nad těmadle věcma spíš přemejšlím, no.

Pan D. nezapomínal být **zodpovědný** a byl si **vědom rizik**. Věděl, že na sebe musí být **opatrnější**, například při **zvedání** těžkých věcí. Prioritou pro něj ale bylo **žít normálně**, nemít v životě nic, co problém se zády připomíná. I proto se musel **naučit žít s bolestí** a přijmout ji do svého života.

Mám určitý omezení, na který si musím dávat pozor. Protože při určitých pohybech mě to bolí...když tahám těžký věci...když jsem dlouho v předklonu, popřípadě když

rotuju v pase. Nebo jakoby...bojím se, jo. Protože v tu chvíli, kdy já se prudce vytočím v pase, tak to bolí a...a jako dost.

Nad čím často přemýšlel, byla otázka, **jak to bude dál.**

Tam spíš mi šlo o to, že já jsem nevěděl, do jak...v jaký...až se zrehabilituju a budu zase jakoby fungovat normálně...jaký omezení to pro mě bude znamenat. Jak moc budu jako předtím...Jestli mě to bude bolet...jako to mi nikdo nedokázal úplně jako říct, jo. Jakože ubezpečovali mě, že bych měl mít jakoby normálně úplně normální život jako před tím, ale nevěděl jsem.

Začal se svým problémem **seznamovat své okolí**, protože když to někomu neřekl, dostával se občas do problémů.

No a pak se zase bojím, že ty lidi budou říkat: „No...“ Ty kolegové nebo todle, že jo. „No tak to je, to je, on se nám, on na to to...kašle na práci, že jo. Se chce flákat.“ Nebo tohle... nebo: „Tahá si jen to lehký a těžký nechá na nás, že jo.“ Takže to vždycky radši řeknu, ať se s tím počítá, a doufám, že pak ty lidi ze mě nebudou dělat úplnýho neschopníčka jako.

Pan D. si ve vyprávění o operaci a svém onemocnění našel zálibu. Vyprávěl příběh jako senzaci, často situaci **zlehčoval** a dělal si z ní **legraci**.

A mě to bavilo jim to potom jako vyprávět, že jo, protože: „To jako fakt jako jo? A to jako žiješ, jo? To je hustý.“ Takže v tohletom mi to přišlo takový jako že docela prča, no. A jako ono to i pomáhá psychicky, že jo, člověku, že...že to, že ty lidi úplně: „To je neuvěřitelný, seš dobrej, žes to přežil.“ (smích)...aby to člověk prostě nevnímal jako...jako vyloženě zlo úplně hrozný, že jo.

Bylo pro něj velmi důležité vidět **pozitivní stránku** věci.

Jinak si myslím, že jsem teď takovej nadčlověk, no. Tak jako silnější tam v tom místě, že jo. Teoreticky jako když je to spojený titanem, tak by to mělo přece takovej dvojobratel držet jako jako d'as, že jo. Sem jako nějaký Hulk, ty jo už pomalu (smích).

Jelikož má kolem sebe lidi, kteří mají také problémy s páteří, může o svých pocitech a zkušenostech bez problému **mluvit**. Nemluví o tom ale často. Chce se **cítit normálně**, což by nešlo, kdyby si to neustále **připomínal**.

Já jsem prostě člověk, kterej se smíří s těma věcma. Já, já, já jakoby to zas tak neprožívám prostě...Já to mám podle mě v povaze. Jakože...já moc věci neřeším. Jako...protože kdybych to měl dělat, tak jsem furt z něčeho prostě vyřízenej. Takhle já nefunguju...Mně prostě vždycky pomáhalo...dívat se na to tak jako trochu ledabyle, trochu jako s nadhledem, neřešit to prostě.

S tím souviselo i to, že když se vracel do **běžného života**, **nechtěl** mít od lidí přehnané **úlevy**, **nechtěl ostatní zatěžovat** a **nechtěl výjimečný přístup**.

Já na to lidi upozorním, třeba v práci, že to mám, ale když oni jsou fakt ke mně hrozně...jak kdybych byl důchodce prostě a já takhle nechci fungovat, že jo. Já chci prostě bejt jako fyzicky normální, že jo. A oni jsou pak na mě přehnaný a všechno dělaj za mě a já si pak připadám jako úplnej pitomec, že prostě je nechám za sebe makat, jo.

Hodně věcí si pak držel v sobě nevyřčených. Brzy na ně ale zapomněl tím, že se něčím **zabavil**.

Někde vzadu jsem na to myslel třeba, ale prostě nevím...pak jsem šel něco dělat, cokoli, jakoukoliv činnost, a už mě to prostě nějak jako ani...nezajímalo se nad tím tu hlavou pořád dokola jako...obtěžovat. Protože jsem nevěděl ani jako důvod, proč bych to měl dělat, co by jako tím získal jako. Naopak jenom to, že na to budu furt myslet jako. Takže tak, no. Jako já se nepotřebuji s věcma vyloženě poprat, aby byly v pohodě. Já je prostě...neřeším.

Paní K., 35 let

Paní K. je po operaci páteře již 17 let. Jako jediná z našeho vzorku tedy byla v době stabilizace ještě v adolescentním věku. Bydlela v domě s rodiči, babičkou a dalšími 3 sourozenci, o 2 roky mladším bratrem a o 11 let mladšími sestrami, dvojčaty. Už v té době měla paní K. přítele, který studoval v Praze, kde ho často navštěvovala. Oba byli velcí fotbaloví fanoušci, což jim zůstalo dodnes, kdy jsou již manželé.

Paní K. se vyučila na obchodní škole a po jejím absolvování začala pracovat v obchodě. Měla tam velmi dobré zázemí a skvělé kolegy.

Do práce jezdila běžně na kole. Jednoho srpnového dne jí ale při jízdě do práce začala brnět noha, ztratila v ní cit a z kola spadla. Když s bolestí zad a nohy nakonec do práce došla, ujala se jí její zaměstnavatelka, bývalá rehabilitační sestra, a odvezla ji k ortopedovi. Ten jí udělal vyšetření a předal do péče odborníků v krajské nemocnici. Neurochirurg pak udělal magnetickou resonanci. Ta proběhla 11. září, právě ve chvíli leteckého teroristického útoku na newyorské věže v USA. Lékař následně oznámil paní K. diagnózu a zároveň ji informoval o nevyhnutelnosti operace.

Paní K. si začala onemocnění páteře spojovat s nehodou, která se stala asi 2 měsíce před zmíněným incidentem s kolem. Paní K. tenkrát seděla v okně, aby si zapálila cigaretu. Kamarád si z ní ale udělal legraci a podal jí místo zapalovače atrapu. Zapalovač „bouchnul“, paní K. se lekla a v důsledku toho vypadla z 1. patra. Lékař však řekl, že nehoda nemá s posunem páteře nic společného, a uzavřel, že se jedná o vrozenou vadu.

Po zjištění diagnózy na sebe začala být paní K. opatrná. Nechtěla proto vycházet ven a období před operací trávila zejména doma. Bolesti a špatný cit v noze jí navíc znemožňovaly normální pohyb. Čas od času přestávala mít cit v noze úplně, kvůli čemuž zakopávala. Její zdravotní stav se stále zhoršoval a postupem času neudržela paní K. moč.

Dlouhou chvíli si paní K. krátila čtením knih. Měla ale pocit, že jí život utíká

mezi prsty, a bylo jí líto, že promeškává důležité fotbalové zápasy a události se svými přáteli. Využila proto tento čas produktivně. Rozhodla se, že si dodělá vzdělání. Přihlásila se tedy na střední ekonomickou školu, udělala rozdílové zkoušky a začala se učit. Za 2 roky poté udělala maturitní zkoušku.

Do nemocnice byla paní K. přijata v listopadu, týden před plánovanou operací. Ráno před operací pak za pacientkou přišla psychologka.

Paní K. měla velkou důvěru ve svého operátora. K tomu přispělo i to, že byl shodou okolností lékařem nejoblíbenějšího fotbalového klubu paní K. a sám fotbal hrál. Často se tedy potkávali mimo nemocnici na různých zápasech. V den operace hrál tým slečny K. s Mallorcou důležitý zápas, na který měla už dlouhou dobu vstupenky. Jelikož ale termín operace nešel přesunout, slíbil pan doktor, že jí nechá od fotbalistů podepsat dres. Když se paní K. po operaci vzbudila, dres před ní skutečně visel. Lékař zároveň paní K. uklidnil, že operace proběhla úspěšně. Nějaký čas po operaci ji dokonce vzal na zájezd s fotbalisty do Francie. Právě to bylo pro pacientku velkou motivací při rekonvalescenci.

Celou dobu měla paní K. velkou podporu rodiny i přítele. V době před operací a bezprostředně po operaci spíše v otci, který byl velmi silný a pozitivní. Matka pak byla oporou zejména po operaci, kdy se o paní K. starala a chodila s ní na procházky. Matka měla ale kromě praktických důvodů i jinou důležitou roli. Paní K. měla totiž po letech pocit, že její matka jí konečně dává lásku a pozornost, o kterou si připadala ošizena kvůli mladším sestrám.

Jako 18letá slečna neměla paní K. z onemocnění obavy. Byl to pro ni zajímavý zážitek, včetně toho, že jí ošetřující lékař zajišťoval kontakt s fotbalisty, které tolik obdivovala.

Momentálně má paní K. s manželem 2 děti a pracuje v kanceláři. Je ráda, že operaci podstoupila, protože se její stav zlepšil. Zejména pak co se týče pomočování. Uznává ale, že už nikdy to nebylo stejné jako předtím. Nyní se začíná bolest zhoršovat. Kvůli stabilizaci bederní páteře se také přetěžuje páteř krční. Sama uvádí, že je na vině i to, že od operace přibrala 30 kg. Rehabilitační

cviky doma nedělá, nemá na ně kvůli dětem čas. Chodí ale každý týden na masáže ke sportovní fyzioterapeutce a 2x do roka absolvuje 3 měsíční fyzioterapii v podobě magnetů, cvičení apod. Paní K. vnímá neustálá omezení v běžných činnostech, má o sebe strach a je opatrnější. Přestala například lyžovat. Ani tyto obavy jí ale nezabránilly být matkou. Při druhém porodu však v páteři prasknul jeden šroub. Lékaři ale usoudili, že není třeba zasahovat, a prasklý šroub jí tam nechali.

Paní K. byla kvůli dětem velmi vytížená. V domlouvání termínu byla ale aktivní a chtěla nám vyjít vstříc. Setkání proběhlo v sobotu dopoledne, z prvního pohledu bylo ale vidno, že už brzy ráno má za sebou spoustu činností. Když se v kavárně posadila, všimli jsme si úlevy, že se může konečně uvolnit a vypít si kávu.

Paní K. byla hezky upravená žena s delšími, světle hnědými vlasy a brýlemi. Její postava byla malá a korpulentní. Šla z ní příjemná a vlídná energie. Sama sebe popisovala jako aktivní ženu se zájmem poznávat nové věci. Mluvila srozumitelně, příjemným tempem s přiměřeným množstvím slovní vaty, která vyprávění zbytečně neprodlužovala. Přeci jen jsme si ale všimli častěji používaného slova „jakoby“. Uvažujeme, stejně jako v předešlých případech, jestli je to způsob, jak se od příběhu odpoutat, nebo je to pouze naučený způsob vyjadřování. Když se paní K. dotkla citlivějšího tématu, jako je například pomočování, ztišila hlas. I u této respondentky se objevovaly eufemismy v případech, kdy se dotýkala možnosti, že by se operace nepovedla. Mluvila o tom, jako že „se něco stane“, nepojmenovala tedy explicitně svůj strach z ochrnutí, komplikací nebo smrti.

Paní K. začala o problému mluvit s lehkostí, jako kdyby se nic moc nedělo. Nemocí byli podle ní zatíženi zejména rodiče. Postupem času se ale dopracovávala k hlubším tématům. Když se rozpovídala o něčem závažnějším, byl znatelný koktejl emocí, který probíhal v pozadí, zatímco o sobě tvrdila, že byla v pohodě a nad věcí.

Nebylo výjimkou, že utekla od tématu, když byla dotázána na emoce a prožitky. Na takové otázky odpovídala mnohdy příběhem, který se jí spojil s otázkou, ta však nakonec zodpovězena nebyla. Když začala přeci jen mluvit o pocitech, neměla tato sdělení příliš výpovědní hodnoty, postupně začala paní K. i to málo popírat. V takovém případě používala i více výplňových slov jako „prostě“ nebo „jakoby“, kterými své vyprávění udržovala na povrchu. Když jsme verbalizovali a popsali emoce, které byly při vyprávění zjevné, paní K. je popřela.

Často se opakovalo téma strachu. Obavy byly spojené s budoucností, přítelem, tím, jestli bude chodit a jestli bude mít i nadále problém s pomočováním. Poslední zmíněné bylo nejvíce palčivé téma. Výroky o strachu spojovala často se slovem „samozřejmě“. Strach tedy vnímala jako něco, co je v takové situaci normální, možná si ho tím i omlouvala. Zároveň ale dokázala stejnou věc v jedné a té samé větě popřít a označit za zkušenost, která nebyla zatěžující. Tento vzorec se opakoval.

Zajímavá byla věta: „Oni se dřív neřešily věci,“ čímž si potvrdila to, proč ani svoji nemoc neřešila. Tím, že používala trpný rod, přemýšlíme o tom, jak moc přebírala v oné době zodpovědnost za svůj život. Odosobnění může být podpořeno i slovem „člověk“ např. ve větě: „Člověk je rád, že chodí.“

Rozhovor trval 50 minut a hlavním tématem byla opora otce a velká důvěra v lékaře. V rozhovoru zaznělo mnohokrát příjmení pana doktora, většinou ve spojení se superlativy. Otec dával své dceři potřebné uklidnění. Podle toho, jak o něm paní K. mluvila, přemýšlíme o jejich vztahu a schopnosti otce projevit emoce. Uvažujeme o tom, že jeho pozitivní ladění mělo zakrýt jen nevyjádřený strach. Opora v rodině pro paní K. byla důležitá, zarazilo nás, že ve vyprávění nehrají žádnou roli ani sourozenci, ani babička, se kterou sdílela domácnost.

Paní K. přiznává, že období kolem operace neprožívala tolik, jako si uvědomuje dopady operace nyní. Větší část povídání byla tedy zaměřena na období po operaci. Zdálo se, jako kdyby byla paní K. ráda, že si může díky rozhovoru konečně někomu postěžovat. Nejen však na bolesti spojené se zády, ale také na

nedostatek času pro sebe, nebo její zatěžující pozici v rodině coby opory a zpovědnice pro svou matku nebo sourozence.

Celý rozhovor doplňovalo téma fotbalu, které bylo pro paní K. tehdy důležité a dnes v něm aktivně podporuje syna.

Paní K. se často v průběhu vyprávění smála. Důvodem ke smíchu byl například příběh o pádu z okna nebo o zakopnutí, když necítila nohu. Smích doprovázel i hodnocení jejího zdravotního stavu a konstatování, že ten už nikdy nebyl jako předtím. Zároveň se ale smála, když mluvila o vděku za to, že může chodit. Smích v těchto případech chápeme jako obranu a vyhýbání se tomu, aby si připustila skutečné nebezpečí oné situace. Stejným způsobem vnímáme smích, který doplňuje zmínku o matce, která neuměla být dobrou oporou, protože jí dělalo špatně, když viděla svou dceru trpět bolestí. Matka tak byla v pozici, že nebyla schopna dceru podpořit v situaci, kdy ji opravdu potřebovala. Paní K. o ní mluvila tak, že: „Mamka nemůže.“ Uvažujeme, jestli takový komentář nemohl představovat vysvětlení, racionalizaci nebo omluvu matky, čímž sama sebe paní K. uklidňovala. Vzhledem k tomu, že paní K. mluvila i o tom, že se cítila matkou upozaděná před svými sourozenci, přemýšlíme o možném nezpracovaném zranění. Pooperační dobu, kdy s matkou trávila více času a ta se o ni starala, komentovala jako příjemnou změnu a hezký pocit, možná až zadostiučinění a využívání nemoci k tomu, aby na sebe upozornila. Dovolujeme si toto označit za sekundární zisk z nemoci.

Paní K. se smála také v situaci, kdy opakovaně vzpomínala, že v době operace vážila o 30 kg méně, nebo že se na kontroly těšila právě proto, že se uvidí s lékařem, kterého znala z fotbalu.

Z období onemocnění a operace zmiňovala silné vzpomínky na teroristické útoky v New Yorku 11. září, na probuzení po operaci, kdy slyšela otevřeným oknem na JIP, jak fanoušci křičí „gól“ z fotbalového stadionu, kde měla v tu dobu být, nebo kdy jí přinesl lékař z tohoto zápasu podepsaný dres. Velmi silně si pamatovala situaci, kdy přemisťovali paní K. z jedné postele na jinou, což

popisovala jako nejhorší bolest, kterou zažila, včetně porodu. Poslední dvě zmíněné situace dokresluje opět smíchem. Podepsaný dres přitom chápeme i jako symbol toho, že doktor splnil to, co měl.

Díky nemoci se paní K. změnil žebříček hodnot. S odstupem času hodnotí změnu pohledu na celou situaci. Kdyby měla podstoupit operaci teď, měla by větší strach a situaci by více prožívala. Uvědomuje si nyní zodpovědnost za děti a zároveň větší opatrnost k sobě samé.

POTŘEBY

Paní K. se zaměřuje zejména na oporu, kterou jí poskytli otec a lékař. Jejich klid jí dával pocit, že je vše v pořádku, a proto neměla pocit, že by něco víc potřebovala.

Jaké bylo dozvědět se od lékaře o onemocnění páteře? + Jaké bylo dozvědět se o nezbytnosti operace?

Paní K. o problému nejprve mluvila tak, že ji neomezoval, nevadil. Postupem času se však dostala k hlubším odpovědím.

Mě to asi jako...tak mi bylo v té době 18, já jsem si z ničeho nic nedělala, takže mně to asi nějak nevadilo...Jako já vím, že z toho...Víc problém s tím měli rodiče jako. Já jsem si z toho nedělala vůbec jako nic.

Ačkoliv se na první pohled zdá, že byla paní K. nad věcí, uvažujeme zde o aktivaci obranných mechanismů. Vidíme například potřebu **přeznačkovat** si situaci, **vybrat si z ní pozitiva a racionalizovat**.

Takže já jsem se vždycky na kontrolu s ním strašně těšila (smích), protože vlastně jsme si vždycky spolu popovídali o fotbale...on sám hraje jakoby fotbal... takže jsme se i potkávali na těch hřištích různě a tak, takže pro mě to bylo vždycky takovej zážitek (smích). Takže já jsem to brala z tohohle pohledu, jako že se s ním znám a že mě tam seznámí a tak a...a donese různý podpisy a...(smích)

Zároveň bylo zjištění tak závažné zprávy doprovázeno celosvětovou událostí, teroristickými útoky. Závažná tedy šla do pozadí a paní K. i celá její rodina tak **odvedla pozornost jinam.**

A to si právě pamatuju, protože...já jsem ležela na tom lehátku a vylítli do té věže...hmm...ty letadla právě. Hmm...Tak, tak to si jako pamatuju úplně přesně ten den, když mi todleto řekli, že teda jakoby mi budou muset operovat páteř. Ale tím, že...tím, že jsme sledovali ty letadla, co se děje, tak mě to tak...to prostě ty moje záda nějakým způsobem šly do pozadí.

I přes to, že to často popírala, potřebovala paní K. cítit **jistotu a vědět, jak to bude dál.**

Jako samozřejmě jsem...převládá u mě nějaký takový ten strach jako z toho, co bude, nebo nebude.

Jakmile paní K. zjistila, že má problém s páteří, začala **na sebe dávat pozor.**

...ale vono hlavně jakoby...hmm...Když se to zjistilo, tak já už jsem potom více méně na sebe byla tak strašně vopatrná, že jsem třeba do té operace fakt více méně jenom...byla doma. Ta mamča byla se mnou...a...čekalo se jenom, až se uvolní ten termín na tu operaci.

V tu dobu si potřebovala nějak **ukrátit dlouhou chvíli a nepřemýšlet** nad tím.

No...Tak já jsem takový hodně čtecí typ (smích), takže já jsem...za tu dobu, co jsem...snad přečetla tisíce knížek jako. Já jsem furt jenom ležela v knížkách a četla jsem si. Já jsem musela ty myšlenky hodit někam jinam, než...než tam prostě ležet sama a přemýšlet nad tím... jako co b...co bude, kdyby jako.

Paní K. byla ve věku, kdy měla spoustu aktivit a **chtěla se bavit.** Měla přítele, se kterým chtěla podnikat to, co dřív. Chtěla **být normální, aktivní a zdravá.** Měla pocit, že o hodně přichází.

To bylo hrozný omezení ve všem jako. Protože tadydle jsem nemohla jít, tadydle jsem nemohla jít a...sem měla v té době přítele...nebo jako teď už vlastně manžela, kterej byl sportovec a tak...A tak jsem z toho měla takový trošku strach z tohohle pohledu, protože jsem si říkala: „Ty jo, něco se stane a už s ním nebudu moct jezdit

na ty...na ty fotbaly a tak...“...Já jsem byla takovej jako živel. A najednou jsem prostě zůstala doma jako. Takže v tu dobu to byla obrovská pruda. A proto jsem to zaháněla těma knížkama.

Aby si nahradila potřebu nějaké **činnosti** nebo **výkonu**, začala se učit a dodělala si maturitu.

A v tu, v tu dobu mi nastal takovej zlom...to je fakt. Jak jsem doma ležela nad těma knížkama, a tak jsem si tak jako...i nu...nudila, že jo, nebo to, tak jsem si řekla, že půjdu studovat (smích). Takže jsem vlastně si během toho dodělala školu ještě jakoby další.

Tím si i **zajistila budoucnost**, protože věděla, že nebude moct pracovat tam, kde do té doby.

...Jo, takže to pro mě mělo nějakej ten efekt, protože jsem si říkala: „Tak prodávat už nikdy moct jen tak nebudu, že jo, protože to by byla dřina jako blázen na ty záda, tak si udělám školu.“ Takže vlastně tím, jak...Jak jsem si furt četla, tak jsem se i učila...Tak...to bylo, to bylo fajnový.

Měla strach, že o přítele přijde, bylo tedy důležité mít **jistotu**. Potřebovala to s partnerem **probrat a uklidnit**, že se to nestane.

Jo, asi i trošku to ve mně taky dlouhalo. Já jsem se potom jako...to jsem se bála, že co když skončím na vozejku a ty se na mě vyprdneš...Jako to jo no...Ale...to všechno bylo v pohodě.

Paní K. potřebovala **nebýt na onemocnění sama**. Nejdůležitější pro ni byla **opora otce**.

Můj taťka byl takovej vždycky jakoby silák. Takovej jako...takže on mě hrozně...on se mnou absolvoval všechny vyšetření a tak. Mamča se hned ze všeho hroutila, že jo (smích)...A ten taťka podržel mě i tu mamku jakoby dost, no...

Otec jí pomohl **nahlízet na věc optimisticky a dívat se pozitivně do budoucnosti**. Jelikož byl v klidu on, byla v **klidu** i sama paní K.

Tak taťka byl takovej jako...optimista hrozně...takovej optimistickej, s tím že prostě: „To bude dobrý, prosím tě, a za půl roku zas půjdem na fotbal.“ Vůbec mi nedával

najevo, že by se mohlo něco jakoby stát. A já jsem si to vůbec nepřipouštěla, když jsem mluvila třeba s ním nebo tak.

Ačkoliv to neřekla přímo, měla potřebu **ventilovat** problém s otcem, přítelem i kamarádkou. Tu možnost měla, ale s otcem probíhaly konverzace jinak.

S taťkou jsme to hodně řešili, ale jakoby...on...on prostě mě vždycky tak jako řekl, že všechno bude v pohodě a tak, tak...Já prostě jsem mu... prostě jsem tomu věřila.

Nechtěla si ale na nic hrát a potřebovala **projevit to, co opravdu cítila**.

Mám jednu takovou jakoby kamarádku, se kterou od nějakých 14 let jakoby furt do teďka kamarádíme. S tou jsem si jakoby mohla říct hodně. A...Je fakt, že tý jsem asi, tý jsem ten strach i přiznala jako. Že taťkovi asi...Taky jako samozřejmě, ale asi ne tak, jak jsem to podávala jí, no. Takže jsem před tím taťkou trochu taky chtěla být za hrdinku. A jí jsem to...Jí jsem to...jakoby... Jí a tomu příteli, no.

Hodně důležitá byla pro paní K. také **důvěra v lékaře**, která byla způsobena zejména tím, že se znali z jiného prostředí než z nemocnice. Paní K. se pak **cítila** trochu **výjimečně**, ne jako běžný pacient.

Tomu doktorovi jsem tak bezmezně důvěřovala, jako prostě, protože...Jsme, říkám, měli jsme spolu nějaký spojení k sobě, nějaký napojení přes ten fotbal jako, takže...takže jsem mu hrozně věřila...

...Ten doktor mi to potom prostě říkal, že všechno bude v pořádku, a já jsem mu fakt bezmezně věřila...Jako já...bych řekla, že jsem to fakt jako...takhle dobře, jak jsem to dala, dala jenom díky němu a díky taťkovi. Že jako...obrovská podpora.

Vypořádávala se s tím ale tak, že si problém **racionalizovala**, příliš **nepřipouštěla a situaci zlehčovala**.

Prostě to byla situace, která nastala, byla nevyhnutelná, věděla jsem, že na tu operaci jít musím, a věděla jsem, že prostě...a věřila jsem tomu celému, že to prostě dobře dopadne, že jsem mladá, že to nemůže dopadnout jinak. Já jsem si to vůbec nepřipouštěla.

Klid jí také podporovalo to, jak důkladně byla o své nemoci **informována**.

Já si právě myslím, že jsem je nehledala, že mi to všechno jakoby... důkladně

vysvětlil i na nějakých obrázcích a tak ten...pan doktor.

Potřebovala jen **vědět, že to dobře dopadne.**

No bylo to čekání na to... Bylo to čekání na to, až to přijde a že všechno dobře...až to všechno dobře dopadne jako.

Chtěla mít už **po operaci a zbavit se bolesti a obtíží**, které s onemocněním páteře souvisely.

...Věčně mě bolela noha, pak jsem ji tahala za sebou, pak jsem vlastně jakoby...pár dní...před tou operací, když už se to blížilo, tak mě to...jak to postupovalo, tak jsem třeba neudržela moč už, jo. Mně to hrozně tlačilo na tu míchu, takže to pro mě bylo jako...Tak v tu chvíli to pro mě bylo hrozný. To jsem si teda říkala: „Pane bože, vždyť je mi 18 a já se tady počůráám.“ Tak z toho, z toho jsem byla teda jako úplně...rozsypaná, no...

Jaký byl poslední týden před operací?

Paní K. chtěla mít hlavně **už operaci za sebou.**

Tak já jsem měla nějaký ty prášky na oblbnutí a já už jsem na to čekala jak...jak na smilování, až už mě tam odvezou, aby... aby už to bylo jakoby za mnou.

Bylo pro ni víc než dříve důležité **projevit emoce**, strach a to, co cítí. Vyslovila i přání, aby za ní **matka** do nemocnice vůbec **nechodila**, protože jí ještě více stresovala.

V tom týdnu před tím jsem byla nervózní jako blázen, protože...To už jsem, to už jsem dostávala takovej ten strach, kdy už jsem se právě jako...že jsem třeba už v tý nemocnici, protože už jsem tam pár dní před tím ležela, že jo...A třeba...jsem nemohla vidět tu mamku, protože ta mě ještě víc stresovala jako...ale...byla jsem ba naopak ráda, když tam byl ten taťka. Tomu jsem se třeba jako že rozbrečela. Jsem... v tu chvíli asi už, už to bylo asi tak na vážno jako, že jsem dostala ten strach, co když fakt ochrnu...Ale do tý doby před tím jsem si to vůbec nějak nepřipouštěla.

Lékař za ní ale chodil a vše postupně **vysvětloval.**

Akorát jenom to, co za mnou chodil pan doktor a říkal, jak to bude a tak,

ale jinak...On byl výbornej. On třeba přišel a prostě jako: „To bude dobrý všechno a to dobře dopadne.“ Takovej on byl fakt výbornej.

Jak se vracelo zpět do života?

Bezprostředně po operaci bylo pro paní K. důležité, aby měla **jistotu**, že to vše **dopadlo** tak, jak má.

Tak jsem tam fakt měla ten dres od toho doktora. Na tý JIPce prostě přede mnou visel na tý posteli. Tak to pro mě bylo takový jakože...A on přišel a říkal, že všechno dopadlo dobře a že mi tady nese ten dres. Takže já jsem...v tu chvíli jsem mu byla tak strašně vděčná za to, že vlastně mi splnil to, co slíbil vlastně jakože...i ten dres a i že ta operace dopadla dobře. Z tohohle pohledu já jsem byla strašně nadšená, takže já jsem jako řák nevnímala to nějak špatně po tý operaci, vůbec jako.

Po operaci potřebovala paní K. opakovaně **slyšet, že je v pořádku**.

Asi jsem potřebovala od všech slyšet, aby mě ujistili, že jsem...to bylo fakt jako v pořádku. To, to, to jsem prostě potřebovala slyšet snad celej tejden.

Důležité bylo **vidět pokroky**, to, že se operace **povedla**, a **vyjádřit emoce**.

....Mě třeba jako chtěli postavit na nohy a ono to poprvý nešlo...Tak jsem jako najednou měla strach, a to si taky pamatuju, že jsem seděla...že jsem se tam rozbředla, že mně to tak jako...Já jsem si říkala: „A, tak se to asi nepovedlo, protože na ty nohy nemůžu, jako.“ Ale ono to...všechno potom chtělo jenom takovej ten cvik a zas druhý den už to zase bylo jiný, že jo, jakože.

Mě, mě třeba hrozně jakoby nadchlo to, že jsem...tím, jak jsem neudržela tu moč, ten...tejden před tou operací, tak to pro mě byla taková darda jako, že když jsem věděla, že všechno dopadlo dobře, a já jsem normálně zas mohla jít na záchod a bylo to bez problémů, tak to mě hrozně nabilo jako k tomu, že jsem si říkala: „Ježíš, super.“ Protože to pro mě byl asi největší takovej...takovej jako...Ted' si taky řeknu, že by se s tím dalo žít, že jo, ale v těch 18 jsem si to absolutně nepřipouštěla. Takže to asi bych řekla, že to mě jediný, tak jako že jsem byla ráda, že všechno tohle funguje...

Zase byla primární **opora** otce a lékaře, kterým **věřila**.

Prostě tam furt hrál hlavní roli ten taťka a ten doktor, no, protože byli fakt jako skvělí, že prostě přišli a řekli, že to je normální a tak, no.

Matka stále do nemocnice **nechodila**, aby svou dceru zbytečně nestresovala.

...protože...hmm...Já jsem...přesně cokoli jsem udělala, natáhla jsem se, teď mně to nešlo, udělala jsem: „(citoslovce bolesti)” a ona už to strašně špatně nesla jako. Ona je hrozně přecitlivělá jako...Já jsem jí řekla, ať za mnou nechodí, jakože na férovku.

Paní K. má velmi živě v paměti, jak ji bolelo přesouvání z postele na jinou. Uvítala by tak **citlivější zacházení**.

No, já teda do teďka říkám (smích), že nejhorší bolest, jakou kdy člověk zažije, kam se hrabe porod, to je brnkačka, je to, když přendávaj člověka z...z tý, z tý JIPky na ten normální pokoj v tom prostěradle. Jak se mi to takhle prohnulo, to byla tak neskutečná bolest, že jsem v životě snad horší nezažila jako. To bylo šílený.

Přístup personálu si ale velmi pochvalovala. Pomohl jí lépe se se situací po operaci vyrovnat. Chtěla **ale domů**.

...Pak jsem se jako domů těšila...A oni v té nemocnici byli všichni tak strašně fajnový, že mně to ani nevadilo, tam být jako vůbec.

Když přišla paní K. z nemocnice domů, potřebovala hlavně **praktické věci**.

...Mi tak uzpůsobili pokojíček, abych nemusela jakože do patra, a byla jsem dole u babičky, protože máme barák.

Podporovali ji kamarádi i přítel. Nejdůležitější roli tam ale měla matka. Ta se o paní K. starala a **pomáhala jí**.

Tam už mi bodla ta mamka hrozně (smích), protože už...už mně pomáhala mejt, pomáhala mně jakoby, já nevím, dávat jídlo jakože...Když jsem prostě cokoli potřebovala, tak jsem zazvonila na zvoneček a ona přiběhla (smích).

Potřebovala od **matky** ale hlavně **lásku a její pozornost**, kterou před tím příliš necítila.

Tak to bylo takový fajn. A... možná mě v tu chvíli to strašně bavilo, protože ona...Já

mám hrozně moc... proto já jsem možná tíhla k tomu tatkoví tím víc, ona tý lásky... dala těm malejm ségrám, těm dvojčatům. A já jsem furt měla pocit, že jdu do pozadí, že jako... protože jsem já kolem nich musela běhat, když jsem byla doma, že jo...úkoly a jídla a tohlencto, ale když jsem...tak jsem měla pocit, že jako...se o mě stará (smích) asi jako. A mně to, to mně to hrozně dělalo dobře (smích).

S mamkou podnikala také **procházky**. Měla ale strach. **Dávala** na sebe větší **pozor**.

A vím, že jsem takový ty první kroky, že jsem se i jako bála, abych se na tom sněhu nesmekla a nespadla a něco se nestalo. A...člověk potom, jak se víc hlídá...

Velkou **motivací** ke zlepšování jí byl **fotbal** a **zájezd**, kterého se mohla díky svému operatérovi zúčastnit.

Jako co jsem právě díky tomu doktoru absolvovala s fotbalistama jakoby zájezd do Francie, jo. Autobusem, po takovýhle operaci (smích). Jo, prostě píchnul mi injekci, dal mi prášky na cestu (smích) a jela jsem s nima. Jela jsem s nima do Lyonu, když jsem přišla o tu Mallorcu (smích)...Pro mě to byla ohromná motivace toho, že on mě tam mezi ně vezme, že můžu jet...a tak.

S bolestí a omezením se musela paní K. **naučit žít**.

To prostě bolelo všechno furt jako, ale říkám, já tím, jak na to koukám už s odstupem času, tak...hmm...tak si myslím, že prostě...Tím, jak...Tím, jak je člověk vděčnej za to, že (smích) zůstal chodit a že jako...zase se budu vracet k tomu čůrání, to prostě pro mě bylo...to fakt to nejhorší snad, tak...tak...tak já jsem jako v pohodě, no. Bolí mě to, to víte, že mě to bolí...O to víc mě teď bolí ta krční páteř, ale...Já už jsem se s tím za těch let naučila jako...fungovat jako, takže...Třeba mě to strašně omezuje...do teďka...

Momentálně se paní K. zdravotní stav zhoršuje. Potřebovala by proto **víc času pro sebe**.

...Taková ta honička s těma dětma... Tím, jak jsme zapřažený do toho fotbalu s tím synem jako hodně, tak...Tak nemám v podstatě čas na...sama na sebe. Abych se jako utrhla a šla třeba...já nevím...si zacvičit...nebo...nebo něco prostě. Nebo si aspoň třeba jenom sednout a odpočinout si u knížky jakoby, jo.

7.1 Výsledky vzhledem k výzkumným otázkám

Z odpovědí respondentů jsme vytvořili kategorie, jejichž přesný výčet včetně příkladů je uveden v příloze 5.

Tabulka 1 znázorňuje schematicky potřeby a odpovědi všech respondentů na jednotlivé výzkumné otázky. U potřeby, kterou zmínily, je pak v tabulce napsané písmeno A, M, D nebo K podle jména daného respondenta.

Otázka č.1: Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění diagnózy?

Otázka č.2: Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění nezbytnosti operace?

Otázka č.3: Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých v posledním týdnu před operací?

Otázka č.4: Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých po operaci, při návratu zpět do běžného života?

Tab.1: Souhrn potřeb respondentů v jednotlivých obdobích

POTŘEBA:	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4
Informace	A M D K	A M D K	A M D K	A M D K
Vhodné chování a přístup lékařů	A M D K	A M D K	M D K	A D K
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	A M D K	A M D K	A M D K	M D K
Sociální opory a jistoty	A M D K	A M D K	A M D K	A M K
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní	A	A D	D	A M D
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci	A K	A D K	A M D	A M D K
Pohovor s psychologem		A		
Pochopení od okolí, obhajovat se	A M D	M D	D	M D
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci		A M	A	
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé	M D	A M	A M	M D
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct	K	D K	A M D	D
Vidět pokrok				A M D K
Vrátit se do života	K	A D K	D	A M D K
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus	K	M D K	M D	M
Mít operaci za sebou	K	D K	M D K	
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce	M K	A D K	M D K	M K
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor	A K	D K	D	A M D K
Humor		D	M D	D
Zabavit se	K	K		A D
Iracionální přání	D K	A M D K	D	M

Informace znázorněné v tabulce dále stručně rozvádíme. Zmiňujeme vždy nejprve potřeby nejdůležitější, o kterých se zmínili všichni respondenti, dále takové, které jsou podstatné pro 3 respondenty, a na závěr uvádíme ke každému období takové potřeby, které se vyskytly pouze v jediném případě.

Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění diagnózy?

V období zjištění diagnózy bylo pro všechny respondenty velmi důležité získání potřebných informací, vhodné chování, pozornost a péče lékařů, sociální opora a jistota alespoň v některých oblastech života, dále vyrovnání se se situací a větší zaměření na sebe sama včetně odpočinku nebo procházek.

Významným tématem, o kterém mluvili 3 respondenti, byla také potřeba získat pochopení od jiných lidí. Pokud se s pochopením nesetkali, měli pak tendenci svoji nemoc obhajovat. Často se totiž setkávali s tím, že jim někteří lidé nevěřili. Všichni ale časem dospěli k tomu, že se s takovým přístupem musí smířit a nebrat si ho osobně.

Pan A. tu měl jako jediný potřebu zůstat samostatný a nebýt ostatním na obtíž, což se ostatním objevilo ve výpovědích až později.

Paní K. měla v tomto prvním období potřeby, které ostatní nepociťovali. Byly to zejména potřeby úniku, odpoutání se od problému a návratu do běžného života, který znala. Jelikož trávila čas doma, měla potřebu zabavit se a přála si, aby byla už operace za ní a nemusela již snášet komplikace spojené s onemocněním páteře. Potřebovala si udržet optimismus, nahlížet na věc pozitivně.

Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění nezbytnosti operace?

Při zjištění nevyhnutelnosti operace byly opět nejdůležitějšími potřebami získání informací, vyrovnání se se situací, zájem a dobrá péče lékaře, opora rodiny a přátel, možnost s nimi o problému hovořit.

K výčtu tu ale přibylo i čekání na různé formy zázraku, jako například že se situace sama vyřeší, a iracionální přání, třeba aby se něco takového vůbec nestalo.

Všichni až na jednoho respondenta potom viděli jako nezbytné nechat si pomoci s praktickými záležitostmi a přizpůsobit si život tak, aby vyhovoval nově vzniklé skutečnosti. Jednalo se o přizpůsobení pracovních podmínek, odchod z práce, přizpůsobení bydlení tak, aby mohli respondenti fungovat v domácnosti i ve stavu omezené pohyblivosti apod. Jako významné téma se také objevila potřeba projevit emoce přesně tak, jak je cítí, a na nic si nehrát. Respondenti se tu také začali zmiňovat o duchovních potřebách a o víře v dobrý konec.

Naopak ojedinělými odpověďmi tu byla potřeba pohovoru s psychologem pana A., rozptýlení humorem pana D. a potřeba zabavit se a zahnat nudu paní K.

Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých v posledním týdnu před operací?

Informovanost, vyrovnání se se situací a sociální opora byly i zde významnými potřebami, které zmiňovali všichni dotázaní.

Oproti předešlým dvěma obdobím už byl přístup lékaře potřebou pouze pro 3 respondenty. Pacienti se soustředili spíše na sebe a bylo pro ně důležitější než dříve projevovat emoce přesně tak, jak je cítí, aniž by si museli zachovat tvář a hrát si na hrdiny. S blížícím se termínem operace bylo velkým přáním mít už operaci za sebou. Do té doby se chtěli respondenti spíše odreagovat, nemyslet na situaci a hledat jiné činnosti a rozptýlení. Začali si také uvědomovat, že je důležité připravit mnohé věci na návrat z nemocnice, a prakticky tak hodnotili, jak budou žít.

Pan D. jako jediný měl potřebu zůstat i nadále samostatný a nezatěžovat ostatní, vyžadoval pochopení od okolí, bylo pro něj důležité vrátit se do běžného života z izolujícího nemocničního prostředí a přizpůsobit život onemocnění. Zmínil také jako jediný iracionální přání, a to zrychlit čas.

Pro pana A. bylo důležité bilancovat a rozhodnout sám, jestli na operaci určitě půjde, nebo raději ne.

Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých po operaci, při návratu zpět do běžného života?

I v období po operaci bylo pro všechny respondenty důležité vědět vše potřebné o svém stavu i o tom, jak se budou věci dál vyvíjet. Velmi silná byla potřeba respondentů vidět pokrok a zlepšování svého stavu. Všichni zmiňovali potřebu naučit se zacházet se svým tělem a přizpůsobit se pooperačnímu stavu, dávat na sebe pozor, nechat si pomoci s běžnými denními činnostmi a myslet prakticky.

Důležitá byla i možnost návratu do běžného života a k činnostem, které pacienti dělali před onemocněním.

3 respondenti ze 4 potom cítili jako důležité potřeby myslet na sebe, vyrovnat se se situací, zůstat samostatný(á) a nezatěžovat ostatní, mít kolem sebe podporu rodiny a přátel a bezprostředně po operaci popisovali důležitost opatrného přístupu a manipulace ze strany personálu a péči lékařů.

Pan D. si stále jako jediný udržoval od situace odstup a zlehčoval ji. Slečna M. si potřebovala zachovat duchovno a rituály, čímž si ve svém stavu pomáhala a měla iracionální přání – urychlit celou situaci.

Pro přehlednost uvádíme v následujících tabulkách (Tab.2, Tab.3, Tab.4, Tab.5) výpovědi jednotlivých respondentů.

Tab.2: Potřeby pana A. v jednotlivých obdobích onemocnění

Pan A.	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4
Informace	X	X	X	X
Vhodné chování a přístup lékařů	X	X		X
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	X	X	X	
Sociální opory a jistoty	X	X	X	X
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní	X	X		X
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci	X	X	X	X
Pohovor s psychologem		X		
Pochopení od okolí, obhajovat se	X			
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci		X	X	
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé		X	X	
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct			X	
Vidět pokrok				X
Vrátit se do života		X		X
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus				
Mít operaci za sebou				
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce		X		
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor	X			X
Humor				
Zabavit se				X
Iracionální přání		X		

Tab.3: Potřeby slečny M. v jednotlivých obdobích onemocnění

Slečna M.	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4
Informace	X	X	X	X
Vhodné chování a přístup lékařů	X	X	X	
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	X	X	X	X
Sociální opory a jistoty	X	X	X	X
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní				X
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci			X	X
Pohovor s psychologem				
Pochopení od okolí, obhajovat se	X	X		X
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci		X		
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé	X	X	X	X
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct			X	
Vidět pokrok				X
Vrátit se do života				X
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus		X	X	X
Mít operaci za sebou			X	
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce	X		X	X
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor				X
Humor			X	
Zabavit se				
Iracionální přání		X		X

Tab.4: Potřeby pana D. v jednotlivých obdobích onemocnění

Pan D.	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4
Informace	X	X	X	X
Vhodné chování a přístup lékařů	X	X	X	X
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	X	X	X	X
Sociální opory a jistoty	X	X	X	
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní		X	X	X
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci		X	X	X
Pohovor s psychologem				
Pochopení od okolí, obhajovat se	X	X	X	X
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci				
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé	X			X
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct		X	X	X
Vidět pokrok				X
Vrátit se do života		X	X	X
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus		X	X	
Mít operaci za sebou		X	X	
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce		X	X	
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor		X	X	X
Humor		X	X	X
Zabavit se				X
Iracionální přání	X	X	X	

Tab.5: Potřeby paní K. v jednotlivých obdobích onemocnění

Paní K.	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4
Informace	X	X	X	X
Vhodné chování a přístup lékařů	X	X	X	X
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	X	X	X	X
Sociální opory a jistoty	X	X	X	X
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní				
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci	X	X		X
Pohovor s psychologem				
Pochopení od okolí, obhajovat se				
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci				
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé				
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct	X	X		
Vidět pokrok				X
Vrátit se do života	X	X		X
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus	X	X		
Mít operaci za sebou	X	X	X	
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce	X	X	X	X
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor	X	X		X
Humor				
Zabavit se	X	X		
Iracionální přání	X	X		

Všichni respondenti vnímali jako nezbytné být po celou dobu onemocnění dostatečně informovaní.

Slečna M., pan D. a paní K. od zjištění až po návrat do běžného života potřebovali myslet na sebe, najít si strategie, jak se s onemocněním vyrovnat, pracovat na sobě, zbavit se potíží, naučit se být trpělivý(á), motivovat se aj.

Pan A., slečna M. a paní K. mluvili v průběhu celého procesu o nezbytnosti sociálních opor a jistoty.

Pan D. a paní K. potřebovali neustálou podporu a péči lékaře.

Skrz všechna období si paní K. udržovala potřebu projevovat své emoce a dovolit si ukázat slabost.

Slečna M. zase v celém čase mluvila o potřebě setkávání se s lidmi, kteří prožili to samé, nebo lidmi s handicapem, se kterými by mohla porovnávat svoje bolesti a zkušenosti. Bylo pro ni také užitečné vidět, že jsou někteří lidé v horším stavu, než je ona sama.

Pan D. zmiňoval v odpovědích na všechny výzkumné otázky potřebu obhajovat se, vysvětlovat lidem svoje onemocnění a očekával jejich pochopení.

Pan A. byl celou dobu zaměřen na řešení praktických záležitostí a potřeby pomoci od ostatních lidí.

8 Diskuze

Cílem výzkumu bylo zmapovat potřeby adolescentů a mladých dospělých, kteří prodělali operaci páteře. Téma vznikalo dlouhou dobu a bylo velmi těžce uchopitelné už z toho důvodu, že se nepohybujeme v medicínských tématech. Museli jsme proto věnovat dlouhý čas studiu právě této tematiky. Na základě toho jsme potom mohli stanovit kritéria pro hledání respondentů.

Abychom zajistili co největší homogenitu vzorku, hledali jsme respondenty se stejnou diagnózou, spondylolistézou. Kvůli tomu, že jsme se ale zaměřili na mladé lidi, bylo velmi obtížné respondenty najít. Ačkoliv se totiž v České republice vyskytují tací, kteří byli se spondylolistézou operovaní, často neodpovídají nízkému věku, který jsme si zvolili. Vlivem obtížného získávání respondentů došlo mezi nimi k velkým rozdílům, co se týče času, který uběhl od jejich operace. Všichni respondenti byli v době výzkumu starší 30 let. Zatímco měla ale slečna M. pouhé 2 měsíce po operaci, paní K. vzpomínala na 17 let starou situaci. Myslíme si, že tato skutečnost mohla výrazně ovlivnit výpovědi. Slečna M. projevovala větší úzkost a nejistotu v pohledu do budoucnosti, kdežto paní K., která již věděla, jak celá situace dopadla, mohla vyprávět o celém onemocnění s větším klidem.

Získání kontaktu na pacienty po stabilizaci spondylolistézy a jejich oslovení bylo velmi náročné. Uznáváme, že bez pomoci lékařů bychom takový úkol sami nezvládli. Spolupráce se zaneprázdněnými lékaři ale také nebyla snadná. Kontakty jsme získali až po roce snažení.

Setkali jsme se s velkou vstřícností stran potencionálních respondentů. Komplikace nastala jen u 1 respondentky, která setkání přislíbila, postupně ale přestala odpovídat na veškerou snahu o komunikaci z naší strany. Nerozumíme, proč k tomu došlo, rozhodnutí však samozřejmě respektujeme. Jelikož jsme ale chtěli zachovat vyváženost z hlediska pohlaví respondentů, museli jsme najít další respondentku, ženu. Hledání proto bylo nutno začít nanovo. Kritériím odpovídala jen jedna respondentka. Rozhodli jsme se tedy pracovat pouze se 4 respondenty,

2 ženami a 2 muži. Zpětně toto hodnotíme pozitivně a myslíme si, že je to dostatečný počet z důvodu velmi bohatých materiálů a náročnosti jejich zpracování.

Setkání s respondenty bylo pro autorku přínosné nejen z hlediska výzkumu, ale i z hlediska osobního. Zkušenosti jednotlivých respondentů byly jedinečné, zároveň se ale důležité body často překrývaly a autorka se v některých výpovědích sama našla. Rozhovory však právě kvůli vlastní zkušenosti s operací vnímala jako velmi náročné.

Vyvístávaly nám otázky, jak moc je rozhovor zatížen jejími vlastními názory a zda se konverzace nestáčí k potvrzení jejich domněnek. Autorka se u sebe toto snažila reflektovat a eliminovat. Často si proto ujasňovala, jak respondent výrok myslí, a pojmenovávala to, co jí přišlo nejasné. Nebylo výjimkou, že po tomto respondentovi tvrzení upravili nebo ho úplně zamítnuli. Uzavíráme to tedy tak, že se nenechali tlačit do něčeho, co by sami necítili a co by nebyla pravda.

Obtížné bylo pro autorku také jedince pouze poslouchat, jak mluví o svém problému, a nemoci konverzaci doplnit o vlastní zkušenosti. Bojovala tedy s tím, aby se udržela v roli výzkumníka a nesklouzávala k neformální konverzaci. Pociťovala ale mnohdy silný nesouhlas, někdy dokonce i vztek. Občas měla naopak tendenci sdělovat rady a zkušenosti, na které si přišla a chtěla je předat dál. O tomto rozporu však věděla, dávala si na něj pozor a pracovala s ním. Při rozhovoru na sobě nedala nic znát a vyjádřila se případně až po jeho konci.

Přemýšlíme také, nakolik byl rozhovor ovlivněn tím, že respondenti věděli o zkušenosti autorky s onemocněním. Vidíme toto ale spíše jako pozitivní fakt, protože předpokládáme, že se respondenti díky tomu více otevřeli a byli upřímní.

Byli jsme někdy až překvapení nad tím, jak moc chtěli respondenti vzpomínat a vyprávět svůj příběh. Zdálo se nám, že nemají příliš naplněnou potřebu sdílení zkušeností z tohoto období života. Nyní v nás však měli posluchače a mohli si celý příběh převyprávět. Připadalo nám, že se proto někteří možná až příliš navázali na výzkumníci a chtěli s ní udržet kontakt i nadále.

Sdělovali potom velmi pozitivní zpětnou vazbu. Často se nám dostávalo vděku za připomenutí onoho období a inspirování k přemýšlení nad situacemi a pocity, které si do té doby neuvědomovali. Jsme rádi, že jsme mohli rozšířit jejich obzory a podívat se na onemocnění a tuto náročnou zkušenost z jiného úhlu pohledu.

Pokud se budeme zamýšlet nad výzkumem z hlediska teoretického ukotvení práce a navzájem tyto části propojovat, začneme u tématu, který se prolíná téměř všemi kapitolami, a to komplexním, holistickým přístupem. Jak tvrdil již Platón (nedat., in Harperová, 2016), tak i z našeho výzkumu vyplývá, že je nezbytné zajímat se při léčbě těla i o psychiku člověka. Pacienti v našem výzkumu popisovali kromě **biologických** potřeb, jako potřebu uzdravit tělo a být schopen chodit nebo se zbavit bolesti a pomočování atd., také **psychologické** potřeby. Vyjádřili například nezbytnost projevovat emoce, nemuset se přetvařovat, nebo popisovali změnu hodnot a přemýšlení o životě. Velmi výrazné byly i potřeby **sociálního** charakteru, tedy komunikace o nemoci, podpora blízkých, trávení času s rodinou, obavy o partnerský vztah v důsledku nemoci atd. Tyto složky se vyskytly u všech respondentů. Odlišná byla **spirituální** oblast, kde pouze jedna respondentka, slečna M. pozorovala v důsledku onemocnění viditelnou změnu myšlení směrem ke spiritualitě, víře a hledání symbolů. I u ostatních respondentů vnímáme jistý druh víry v to, že se operace povede apod., nespojujeme si to však se spiritualitou jako takovou, ale chápeme to spíše jako pokus o pozitivní smýšlení.

Odpovědi našich respondentů se tedy překrývají s bio-psycho-sociálně-spirituálním pohledem, který je popsán mnoha autory (např. Trachtová et al., 2001; Vymětal, 2003; Orel et al., 2012; Klimpl, 1998).

Tak, jak popisuje Šamánková s kolegy (2011), i my jsme si všimli, že se potřeby jedince mění vzhledem k pohlaví, věku, inteligenci, životnímu stylu, sociálnímu prostředí, zkušenostem a aktuálním okolnostem. Touto okolností je v našem

případě samozřejmě onemocnění. Potřeby pacientů byly opravdu navázané zejména na problematiku zdraví a **nemoci**.

Dále jsme si ale všimli například drobných nuancí v potřebách vzhledem k výši **vzdělání**, kterého dosáhli. Jelikož toto nemáme žádným způsobem podložené, jsme velmi opatrní v takové interpretaci, domníváme se však, že vzdělanější respondenti, kteří jsou zvyklí přemýšlet nad svým životem, dokázali ze svého stavu vytěžit i pozitiva. Ostatní se chtěli spíše od onemocnění odpoutat a nemyslet na něj. Příkladem může být pan D., který má učňovské vzdělání. O svém stavu nepřemýšlel a nebylo vidno žádné obohacení nebo změna života. Domníváme se také, že je tomu tak v důsledku silné přítomnosti obranných mechanismů, které se u pana D. zřejmě objevují, o čemž se zmiňujeme v textu níže.

Z hlediska **pohlaví** jsme si nevšimli u našich respondentů výrazných rozdílů. U žen nás ale oslovilo zajímavé téma, a to mateřství po operaci páteře. Paní K. je již matkou a nepřemýšlela o tom, že by to tak nemělo být. Ačkoliv při porodu došlo k prasknutí jednoho ze šroubů v páteři, průběh porodu byl hladký. Slečna M. však z důvodu operace uvažuje o tom, že se mateřství vzdá, protože svému tělu nevěří. Přemýšlíme tu však i o možnosti, že je to jen alibi a obhajoba pro skutečnost, že jí je už 33 let a stále nemá životního partnera, se kterým by dítě měla.

Tyto dva naprosto odlišné případy vítáme, protože můžeme ženám, které ještě nejsou matkami, ukázat to, že operace páteře nemusí být překážkou pro tak důležitou zkušenost v životě ženy, jako je porod a výchova dětí.

Jsme si vědomi toho, že tak malý vzorek, jaký jsme měli my, nelze v žádném případě zobecňovat a můžeme ho tak jen těžko porovnávat.

Vnímáme ale jako zajímavé zmínit to, jak se lišily výpovědi respondentů vzhledem k **věku**. Z hlediska vývojových období, které nemáme ve výzkumu rovnoměrně zastoupené, však můžeme uvažovat pouze velmi neurčitě.

Paní K., která byla v době operace jediná v **adolescentním** věku, jak ho vymezuje Thorová (2015), se daleko více spoléhala na oporu rodiny a měla důvěru

v ostatní lidi. Nekladla příliš odpovědnosti na sebe. Ani jednou nezaznělo, že by se cítila pro ostatní přítěží, jak tomu bylo u zbylých 3 respondentů. Zároveň se neměla potřebu obhajovat nebo ostatním vysvětlovat své onemocnění, což byla u jiných jedna z často zmiňovaných potřeb. Paní K. měla velkou oporu v rodině, o které nepochybovala. Vysvětlujeme si to tak, že pro ni byla opora rodičů ještě tak samozřejmou, že jí nenapadlo se vůbec zabývat tím, že by to mohlo být jinak. Naopak ti, kteří byli již samostatní, snášeli návrat do pozice dítěte, o které se někdo musí starat, špatně.

Proces odpoutání se od rodičů, který je v tomto období podle Eriksona (2015) nezbytný pro dosažení vlastní identity, se u paní K. v důsledku nemoci nemohl řádně dokončit. Paní K. na rodičích, jejich podpoře a lásce velmi visela. Tento fakt mohl dále zkomplikovat další psychický vývoj. Informace o paní K. z doby po operaci nemáme, v období operace ale jen málo rozhodovala za sebe a nechávala odpovědnost mimo svou osobu, což může poukazovat na fakt větší závislosti na rodičích.

Paní K. se také opakovaně zmiňovala o trávení času s přáteli, aktivním životě, zážitcích a aktivitách, o které přicházela. Velmi důležitou byla pro paní K. opora jejího přítele, jak to popisuje i Vágnerová (2012a) nebo Říčan (2004). Bála se, že o něj v důsledku onemocnění přijde.

Paní K. tedy vystihuje popis Thorové (2015), která adolescenci definuje jako aktivní období, které jedinci využívají pro naplnění úžasného života, na druhou stranu je ale děsí odpovědnost.

Zbylí 3 respondenti byli podle Thorové (2015) v období **mladé dospělosti**. Všichni byli již pracující lidé a přebírali za sebe zodpovědnost. Pan A. však stále bydlel se svojí primární rodinou. Měl tak daleko užší podporu než ti, kteří bydleli sami.

Například Říčan (2004) uvádí přínos těžkých životních situací na růst osobnosti jedince. Největší změna se stala u slečny M., která se nikdy dříve nesetkala s velkým zklamáním ani jinou zátěžovou situací. Tato zkušenost pro ni byla tedy

tak těžká, že můžeme pozorovat silný obrat v myšlení a projevení touhy smýšlet duchovně.

Naopak pan D. mluví o různých náročných situacích ve svém životě. Tohle byla jen další v řadě, na kterou nereagoval příliš emotivně a v prvním roce od zjištění problémů ji ani neřešil.

Všem respondentům nemoc znemožnila samostatnost, jak fyzicky, tak finančně, což všichni popisují jako velmi nepříjemnou skutečnost. Jediná paní K., která toto nezmínila, byla adolescent, což potvrzuje teorii, o které se dočteme například u Langmeiera & Krejčířové (2006).

Odpovědi našich respondentů se v mnohém překrývaly s potřebami, které popisují různí autoři jako významné v období nemoci (např. Trachtová et al., 2001; Šamánková et al., 2011). **Základní potřeby** popisovali respondenti jako narušené a velmi ztížené. Po operaci navíc byli respondenti odkázáni na cizí pomoc, což, jak jsme již zmínili, slečnu M., pana A. a pana D. velmi znepokojovalo. Nechtěli kolem sebe nikoho zatěžovat a přáli si být co nejdříve samostatní. Paní K. toto nezatěžovalo, onemocnění však bylo pro 18leté děvče velkou životní zkouškou a ponížením kvůli tomu, že byla narušena jedna z nejzákladnějších potřeb, vylučování. Docházelo tu v důsledku utlačování nervových zakončení v bederní páteři k pomočování.

Vyřešení problémů týkajících se základních potřeb bylo tím nejdůležitějším pro pana A. Ten se proto velmi zabýval praktickou stránkou onemocnění a přemýšlel o něm velmi racionálně.

Slečna M. si nejvíce z našich respondentů potřebovala ve svém životě zachovat rituál. Do celého procesu, od přípravy na operaci až po rekonvalescenci, si tedy nějaké rituální činnosti zařadila.

Potřeba zbavit se bolesti byla nejvíce znatelná u pana D., který měl bolesti velmi silné a akutní.

Potřeba pocitu **jistoty a bezpečí a příslušnosti k sociální skupině** byla u všech respondentů jednou z těch nejdůležitějších. Všichni potřebovali oporu rodiny,

přátel i nemocničního personálu. Všem se naplnění této potřeby dostalo. Dostalo se jim i pomoci.

Respondenti v našem výzkumu potvrzují zjištění Schachtera (1959, in Slaměník, 2008), který zjistil, že ti, kteří se připravují na něco bolestivého, vyhledávají dvakrát častěji společnost jiných osob, protože se s nimi chtějí porovnávat, nebýt v ohrožující situaci sami a zjistit o události, která je čeká, informace. Také výsledek výzkumu Baumeistera & Learyho (1995) nebo Kulika & Mahlera (1987, in Kulik & Mahler, 1989) upozorňuje na tendenci navazovat vztahy s lidmi, kteří prošli stejnou situací nebo jí jsou v současnosti vystaveni. Právě to zmiňovali všichni respondenti, až na paní K., která měla oporu hlavně v otci a nechávala odpovědnost na něm. Ačkoliv tyto potřeby respondenti zmiňovali, nikdo se nesetkal s někým, kdo má operaci již za sebou. Slečna M. ale udávala, že pro ni bylo přínosné vidět na nemocničním pokoji pacienty s horší diagnózou, než měla ona sama.

Pacienti jako problém často zmiňovali nedostatek **pochopení a porozumění** stran okolí. Respondenti cítili nepochopení toho, jak silnou bolest cítí. Opakujícím se tématem byla také nedůvěra lidí v to, že jsou respondenti opravdu nemocní. Tento jev nastával v důsledku toho, že záda a jejich onemocnění není vidět. Tyto výpovědi kopírují i výzkumy Osborna & Smithe (1998) nebo Walkera et al. (2006), které mimo jiné popisují právě tento problém, tedy že lidé s bolestí zad, která není na první pohled vidět, se zdají být v pořádku.

Ze **sociálních potřeb** respondenti popisovali například potřebu cítit se normálně a vystupovat ve společnosti jako zdravý jedinec, kterou popisuje Šamánková et al. (2011). Důležitým tématem byl pro všechny i odchod ze zaměstnání. Velmi těžce to nesla především slečna M.

Výkonově orientované byly v našem výzkumu především ženy. Fyzická výkonnost, která je v tomto věku běžně na vrcholu (Thorová, 2015), vlivem onemocnění upadá. Respondenti si proto museli najít jiné aktivity a způsoby, jak být výkonní. Obě ženy potřebovaly dosahovat cílů, které si vytyčily, vidět

budoucnost v pozitivním světle a motivovat se. Byly kreativní v tom, že vymyslely takové aktivity, které jim půjdou i přes jejich onemocnění a zároveň jim naplní i tuto potřebu. Paní K. šla například zpět do školy, učila se, slečna M. překonávala samu sebe ve své rekonvalescenci. Pokládáme si otázku, jestli to má co dělat s pohlavím nebo s tím, že byly obě ženy sportovně laděné. V každém případě ale na tomto příkladu vidíme, že uspokojování potřeb neprobíhalo vždy tak, jak popisuje Maslow (1954), od základny pyramidy. Ženy toužily po výkonu, i když neměly uspokojenu jednu z nejzákladnějších potřeb, potřebu neprožívat bolest.

Muži na rozdíl od nich mluví o nudě a o tom, že si museli najít takové aktivity, které je zabaví. Nejednalo se však o potřebu výkonu, ale pouhé zahnání nudy.

Jak se zmiňujeme výše, o **duchovním smýšlení** mluví jen jedna respondentka, slečna M. Stalo se tak až v důsledku onemocnění. Z racionality přešla k velmi odlišnému nahlížení na život. Můžeme pak mluvit o probouzejícím zážitku. Polemizujeme zde ale o tom, zda se spíše nejedná o nezdravé hledání záchrany v přílišné spiritualitě a vzdalování se tak realitě.

Z hlediska způsobu komunikace lékaře s pacientem, jak ho popisuje Vymětal (2003), vidíme u pana A, pana D. i slečny M. spíše **paternalistický** vztah. V případě paní K. můžeme mluvit o modelu **partnerském**. Lékař se tu zajímal o pacientku v širokém kontextu jejích přání, pocitů a zájmů. To ji pomohlo celou situaci zvládat a vytvořila si k lékaři silné pouto a důvěru.

K **psychogenní iatropatogenezi**, jak ji vymezuje například Praško et al. (2010), Vymětal (2003, 1994) nebo Klimpl (1998), došlo v našem vzorku hned několikrát. Péči zdravotnického personálu v nemocnici všichni respondenti chválí, až na přemísťování z JIP na běžný pokoj a pooperační rentgenové vyšetření. Tyto zkušenosti popisují všichni až na slečnu M. jako velmi zatěžující a necitlivé. Několikrát tu zaznělo, že pacienti horší bolest nikdy dřív v životě nezažili.

Slečna M., pan D. i pan A. čekali dlouhou dobu, než lékař zjistil jejich pravou diagnózu. Slečna M. také mluvila o necitlivé komunikaci lékaře a následně i sestřičky, která ji bez zájmu oznámila, že operaci odkládají. Zároveň také

hodnotila jako nepříjemnou zkušenost, že jí nedal lékař příliš prostoru pro to, aby se k operaci vyjádřila. K tomuto názoru se přidává i pan A. Právě tyto 2 respondenti neměli příliš zájmu ze strany lékaře. Mohli se ale alespoň na operaci pomalu připravovat. Mezi dobou zjištění diagnózy, dobou zjištění operace a samotnou operací byla dlouhá doba. Nebyli navíc onemocněním tolik omezováni, proto i sami přemýšleli nad tím, jestli operaci opravdu potřebují a jestli je to správné rozhodnutí. Slečna M. si potřebovala nejprve vyzkoušet i jiné možnosti. Když však nepomohly, věděla, že je operace nezbytná. Tato doba pro psychickou přípravu byla pro oba pacienty velice důležitá. Mohli se s operací smířit a začít zákroku důvěřovat. Pomalé připravování oba hodnotí jako velmi přínosné pro svůj pooperační stav.

Naopak, pan D. a paní K. museli operaci podstoupit téměř okamžitě, protože jim jejich stav nedovoloval na operaci čekat déle a zvolit si, zda ji chtějí, nebo ne. Pan D. šel na operaci už týden po oznámení, že je zákrok nutný. Paní K. byla zase informována o nezbytnosti stabilizace současně se zjištěním diagnózy. Ani jeden z respondentů neměl čas na smíření se s operací. Nezbylo jim nic jiného než se odevzdat lékaři a mít v něj velkou důvěru. Právě tyto dva respondenti mluví o silném vztahu k lékaři. Přemýšlíme, zda nemůže být souvislost mezi tímto silným poutem a skutečností, že neměli jinou možnost než lékaři s důvěrou svěřit svůj život.

Kromě toho podstoupili pan D. s paní K. operaci v mladším věku než zbylí 2 respondenti. Paní K. bylo v době operace 18 let, panu D. 25 let.

U těchto respondentů jsme si také všimli dalšího společného znaku, a to většího výskytu obranných mechanismů, které byly zřetelné i v době výzkumu, tedy po letech od zákroku. Popisovali situaci jako ne příliš zatěžující. Když jsme se snažili jít více do hloubky, objevovaly se emoce, které ale oba verbálně popírali. Podle svých slov nemoc příliš neřešili, bezmezně věřili lékaři a nepochybovali o tom, že jít na operaci je dobré rozhodnutí. Zamýšlíme se nad tím, nakolik v tomto faktu hrají roli skutečnosti a podobnosti, které jsme zmínili výše.

Z obranných mechanismů jsme viděli ve výpovědích všech respondentů **racionalizaci**. Zejména u pana D. jsme si všimli **popření**. U paní K. uvažujeme, vzhledem k tomu, že popisovala nedostatek matčiny péče a lásky v dětství a dobu operace využívala k tomu, že může být zase v roli opečovávaného dítěte, o **regresi**.

Ženy se snažily přijít na smysl onemocnění a většinou dávaly velký důraz na to, že je onemocnění dědičný nebo vrozený problém, vidíme v tomto chování obranný mechanismus **projekce**, kdy snižují svou úzkost tím, že vinu dávají mimo sebe.

Z copingových strategií, které popsal například Křivohlavý (2013), zaznamenáváme zejména u paní K. a pana D **strategii popření**. Zmínění respondenti měli celou situaci popřenou i v době rozhovoru, po letech od operace. Drželi si problém od těla. Pan D. dokonce přestal cvičit a dělat cokoliv, co by mu toto období v životě připomínalo.

Slečna M. použila strategii **změny rámce**, kdy změnila pohled na svět a upravila žebříček hodnot. O tom, že se pozměnily hodnoty, mluví všichni respondenti. Slečna M. toto však dlouze rozvádí a změna byla nejradikálnější.

Všichni respondenti užívali coping zaměřený jak na problém, tak na emoce. Střídali se vzhledem k období, kterým zrovna procházeli. U slečny M. a pana A. ale vidíme více **copingu** zaměřeného **na problém**, protože nebyli v tak akutním stavu a mohli mít pocit, že jejich snahy k něčemu povedou. Slečna M. se uklidňovala zejména vyhledáváním informací. Pan A. pak oporou v blízkých lidech. Paní K. a pan D. naopak jen čekali na operaci a věděli, že není jiné cesty, proto se zaměřovali hlavně **na emoce**. Pan D. dával velký důraz na humor, který mu pomáhal situaci zvládat lépe.

Chtěli bychom ještě doplnit podobnosti, které jsme zaznamenali vzhledem k dalším výzkumům, jež jsme ještě nezmnili. Vyzdvihli bychom zejména výzkum Snelgrova & Liossiho (2009), kteří popsali řadu jevů, jež se objevily i ve

výpovědích našich respondentů. Respondenti měli například pocit, že jsou zátěží pro svou rodinu a že za onemocnění nenesou žádný díl odpovědnosti, dále se potřebovali vyrovnat s bolestí, trápilo je nepochopení ze strany okolí a přístup zdravotnického personálu se jim zdál odměřený a mechanický.

Ve výzkumu mluvili jedinci o bolesti jako o součásti jejich nové identity, v naší práci proti bolesti spíše bojovali nebo ji popírali. Autoři upozorňují na potřebu multidisciplinárního a individuálního působení na pacienty, což se ukázalo jako podstatné i pro pacienty v našem výzkumu.

Ze studie Osborna & Smithe (1998) vyšla 4 témata. 1. bylo **hledání vysvětlení**, což bylo v našem výzkumu důležité zejména pro slečnu M., která si onemocnění vysvětlovala jako trest za to, že se jí do té doby v životě dařilo a že někdy jednala sobecky. Pro tuto respondentku bylo také důležité i 2. téma, tedy **stranit se společenského kontaktu**. Zejména se tato potřeba pak objevovala po operaci, kdy chodila s trekovými holemi a vnímala zvláštní pohledy lidí. Vyhybala se také sportovcům, protože jí připomínali to, že ona sportovat nemůže. Stejně jako ve zmíněném výzkumu, pan A., pan D. i slečna M. měli pocit, že jim nikdo jejich problém nevěří, nejprve se snažili problém vysvětlit a obhajovat, postupně ale museli přijmout, že se přístup lidí nezmění. Pociťovali ale stejný pocit jako respondentky ve výzkumu, tedy že si o nich ostatní myslí, že se vymlouvají, což je ponižovalo. Dalším tématem byl **strach z budoucnosti**. Ten popisovala nejvíce opět slečna M. Byla totiž po operaci krátkou dobu a netušila, co bude dál. Poslední bylo **srovnávání se s ostatními** lidmi, které jsme již řešili na jiných místech.

Výzkumy Middletona (2014) a Alqahtaniho (2015) vyzdvihují potřebu psychologické podpory v nemoci. Respondenti našeho výzkumu ale psychologickou pomoc nevyhledávali ani nevyžadovali. Pouze pan A. by psychologa uvítal. Zbytek respondentů tuto možnost zamítá.

Na základě mnohých podobností s těmito i dalšími výzkumy zmíněných výše, které se netýkaly přímo tohoto onemocnění, ale bolesti zad i jiných onemocnění, bychom chtěli uzavřít, že takovýto druh onemocnění prožívají lidé v různých

částech světa podobně. V našich podmínkách je však velmi obtížné, aby se s nemocí vypořádali pacienti svépomocí.

Co se týče zjišťování si informací o onemocnění, vznikly články, kde je onemocnění popsáno. Jedná se však o odborné medicínské popisy. Chybí tu něco, co by vysvětlení zjednodušilo i pro jedince, kteří se v odborném slangu neorientují. Diskuze na internetu jsou zastaralé a reakce tam přicházejí jen sporadicky. Dá se zde však alespoň získat inspirace. Jsou to například webové stránky <http://diskuse.doktorka.cz/spondylolisteza> nebo <https://www.emimino.cz/diskuse/spondylolisteza-jak-na-ni>, kde je však poslední příspěvek k tomuto dni (15.února 2018) z roku 2015. Pokud máme tedy tyto diskuze zhodnotit, nepovažujeme je za příliš funkční.

Daleko lépe je na tom facebooková skupina, která má název „Spondylolisthesis (Anterolisthesis/Retrolisthesis) Support“. Je to velmi aktivní skupina čítající k dnešnímu dni 4230 členů z celého světa (www.facebook.com, 20.února 2018).

Každý den přispívá množství lidí své zkušenosti, stavy, rady i pocity. Velkým nedostatkem je, že je to skupina v anglickém jazyce. Počet českých pacientů je tam jen malý, konkrétně 2 ženy, z čehož je 1 autorka tohoto textu.

Jelikož 3 respondenti zmiňovali, jak by uvítali kontakt s někým, kdo operaci již prodělal, vnímáme možnosti českého internetu jako velmi nedostatečné. Problémem je, že z výzkumu vyšlo najevo, že si pacienti ve chvíli přípravy na operaci ani nevzpomněli na takovou možnost, že by někoho takového vyhledali. Zpětně však hodnotí, že by jim to velmi ulehčilo vyrovnávání se se situací, a navíc by jim to saturovalo potřebu získat jasné informace o praktických věcech, o kterých nemá lékař tušení. Vnámáme tedy jako velmi přínosné v České republice začít prostupovat i do těchto směrů a zakládat podpůrné skupiny nebo projekty, kde by se mohli tací lidé vzájemně kontaktovat a sdílet zkušenosti. Vidíme to jako dobrý návrh na pokračování tohoto výzkumu. Prací jsme tedy z našeho pohledu naplnili jak výzkumné cíle, tak i původní ideu a důvod vzniku prvotního nápadu této studie.

Jelikož považujeme výpovědi respondentů tohoto výzkumu za velmi cenné, využili jsme jejich potřeby ke zpracování seznamů, které obsahují doporučení pro lékaře a pacientovu sociální základnu tak, aby tito lidé vyšli pacientům co nejvíce vstříc a ulehčili jim tak celou situaci. Ačkoliv jsme nezjistili velký zájem o psychologickou pomoc ze strany pacienta, vypracovali jsme také desatero pro psychology podle toho, s jakými potřebami a záležitostmi se museli respondenti sami obtížně vyrovnávat.

Desatero pro sociální skupinu pacienta

1. Podporovat pacienta, zajímat se o něho, dát mu pocit, že na nemoc není sám.
2. Dát pacientovi najevo pochopení, nezlehčovat situaci, nechlácholit, ani ho nestrašit katastrofickými scénáři, uklidnit ho.
3. Projevit zdravý optimismus.
4. Otevřeně komunikovat s pacientem o onemocnění, dát pacientovi prostor pro ventilaci emocí.
5. Poskytnout pacientovi jistoty.
6. Pomocť pacientovi s praktickými věcmi.
7. Dát pacientovi najevo, že není jen přítěž a nepřidělává starosti.
8. Poskytnout citlivě pacientovi i samotu a prostor.
9. Chovat se k pacientovi jako k normálnímu a zdravému člověku, nelitovat ho, neposkytovat mu úlevy.
10. Zachovat si humor.

Desatero pro lékaře

1. Důkladně pacienta se zájmem vyšetřit a sdělit mu správnou diagnózu včas.
2. Informovat pacienta srozumitelně, jasně, jednoduše, aby měl celistvé, aktuální, praktické, a hlavně pravdivé informace a věděl, na čem je, nezlehčovat situaci.
3. Dát pacientovi plnou pozornost, zájem, ochotu a pocit výjimečnosti, dostatek času v ordinaci a pocit, že je pochopen, vzbudit v pacientovi pocit, že se může na lékaře spolehnout, doptat se, mít v něj důvěru, uklidnit ho.
4. Pravidelně pacienta sledovat a informovat ho, co se změnilo, co bude dál, nebo co může nastat.
5. Informovat pacienta, jak může sám svému stavu pomoci a jak se chovat, aby si ještě více neublížil.

6. Poradit pacientovi, kde získat o svém onemocnění více informací (knihy, internetové stránky, poskytnout kontakt na někoho, kdo prodělal tento zákrok, aby mu řekl, co ho reálně čeká, měl informace o prvních dnech v nemocnici a řekl o tom, co se bude dít).
7. Poskytnout pacientovi prostor a čas pro vyrovnání se s tím, že musí jít na operaci, a dát mu čas na rozmyšlenou, nenutit ho do operace, dát mu možnost zkusit jiné alternativy.
8. Před i po operaci poskytnout služby fyzioterapeuta, rehabilitačních pomůcek, jednotný přístup a informace od lékařů a fyzioterapeutů.
9. Zajistit profesionalitu, empatii a pochopení, ochotu a trpělivost, dobrý přístup a jemnější, citlivější zacházení personálu a rehabilitačních sester.
10. Poskytnout pacientovi větší komfort před operací, možnost prohlídnout si sál, umožnit kontakt pacienta s operátorem bezprostředně před operací.

Desatero pro psychology

1. Pracovat s bolestí a jinými obtížemi, pomoci s přijetím bolesti a naučením se s ní žít, pomoci přizpůsobit nové situaci život.
2. Pomoci vyrovnat se s tím, že onemocnění potkalo pacienta v tak mladém věku, pomoci s přijetím onemocnění, s pozitivním pohledem do budoucnosti, pracovat s pocitem méněcennosti, handicapu, pomoci pacientovi s přijetím svého těla a se změnou přístupu k němu.
3. Pracovat s bagatelizací, racionalizací, popíráním.
4. Pomoci s přijetím negativních reakcí okolí.
5. Pracovat s vírou, důvěrou v lékaře a zákrok.
6. Vést pacienta k samotě, odpočinku, procházkám atd.
7. Navrhnout možnosti setkání se s lidmi a handicapem nebo někým, kdo prodělal dané onemocnění.
8. Vymyslet náhradní aktivity a strategie, jak se alespoň na chvíli odpoutat od myšlenek na onemocnění a operaci, podporovat pacienta ve výkonu, samostatnosti, normálním životě.
9. Pomoci pacientovi rozhodnout se, jestli podstoupit operaci, pracovat s přijetím operace a důvěrou v ní a lékaře, připravit pacienta na různé scénáře, pomoci pacientovi přečkat dobu před operací.
10. Pomoci při hledání vlastních potřeb a jejich projevení, nechat si pomoci.

9 Závěry

Výsledky výzkumu naplnily jeho cíle, tedy zmapovat potřeby v jednotlivých obdobích, kterými procházejí pacienti s onemocněním páteře s indikací ke stabilizaci. Těmito obdobími bylo zjištění onemocnění, zjištění nezbytnosti operace, poslední týden před operací a návrat do běžného života po operaci. Ve všech těchto obdobích se zdá jako nejdůležitější:

- potřeba získání potřebných informací
- potřeba vhodného chování, pozornosti a péče lékařů
- potřeba sociální opory a jistoty
- potřeba vyrovnat se se situací a zaměřit se na sebe

K těmto 4 potřebám v každém období přibývají ještě další.

- V 1. období je to potřeba být se svou nemocí pochopen a přijat od lidí.
- Ve 2. období bylo také důležité hledat zázrak a věřit v dobrý konec, nechat si pomoci s praktickými záležitostmi, vrátit se do běžného života a projevit emoce bez přetvářování.
- Potřeba projevovat emoce přesně tak, jak je respondenti cítí, byla častá i ve 3. období. Přibývala také naléhavost mít operaci za sebou. Aby pacienti na operaci zapomněli, potřebovali odreagování a rozptýlení. Uvědomovali si také praktické dopady nemoci na svůj život, které potřebovali řešit.
- 4. období obsahovalo silnou potřebu vidět pokrok a zlepšení svého stavu, naučit se zacházet se svým tělem a přizpůsobit se, dávat na sebe pozor a nechat si pomoci s běžnými denními činnostmi, zároveň ale ostatní nezatěžovat. Důležitá byla i brzká možnost návratu do běžného života.

Některé potřeby zmiňovali respondenti opakovaně na každou z otázek našeho výzkumu. Témata, která zmínili, pro ně byla tedy velmi důležitá a vypovídají i o osobnostním nastavení jednotlivých respondentů.

- Slečna M., pan D. a paní K. si drželi po celou dobu onemocnění potřebu myslet na sebe, vyrovnat se se situací a pracovat na sobě.
- Pro slečnu M. bylo k tomu skrz všechna období důležité srovnávání se s lidmi s handicapem nebo jiným onemocněním. Velmi by ocenila setkání se s někým se stejnou diagnózou.
- Pan D. se potřeboval po celý čas obhajovat a vysvětlovat svoje onemocnění.
- Paní K. udržovala potřebu projevovat své emoce a dovolit si ukázat slabost.
- Pan A. byl celou dobu zaměřen na řešení praktických záležitostí a potřeboval zejména pomoc od ostatních lidí.

10 Souhrn

Tato práce vznikla s cílem poukázat na pacienty s onemocněním, které „není vidět“. Myslíme tím takové nemoci, které nejsou zřetelné na 1. pohled, ale i takové, které jsou méně závažné, nejsou smrtelné, a proto nejsou v centru zájmu. Pro náš výzkum jsme zvolili onemocnění bederní páteře, spondylolistézu. Lidé s touto diagnózou si tak mohou přečíst reálné příběhy pacientů se stejným onemocněním, inspirovat se a zjistit, že nejsou s onemocněním sami. Naším záměrem bylo také upozornit na tuto problematiku stran lékařů i psychologů, vzbudit jejich zájem a dát jim návod, jak s takovými lidmi pracovat.

Inspirací k výzkumu byla vlastní zkušenost autorky s operací páteře.

Teoretickými východisky naší práce byla kvůli medicínskému tématu literatura jak psychologická, tak medicínská. Teoretické ukotvení jsme tedy začali tématem zdraví a nemoci a komplexního, celostního pohledu na člověka, čímž se zabývá např. Baštecká, Mach et al. (2015); Sarafino & Smith (2012); Orel et al. (2012); Vymětal (2003); Trachtová et al. (2001) aj. Komplexní model se potom nese celou teoretickou částí práce.

Pokračovali jsme kapitolou o potřebách, coby stěžejním tématem naší práce. Obecný výklad se opírá o teorie Abrahama Maslowa (1954, 2014), kterého jsme doplnili dalšími autory (např. Kopřiva, et al., 2016; Cakirpaloglu, 2012; Šamánková, et al., 2011; Smékal, 2009). Téma jsme rozpracovali i z hlediska medicínského a zaměřili jsme se na potřeby v nemoci např. podle Zacharové (2017); Šamánkové et al. (2011); Bártlové (2005) a Trachtové, et al. (2001). Pokračovali jsme i souvisejícími výzkumy od Schachtera (1959, in Slaměník, 2008); Baumeistera & Learyho (1995); Kulika & Mahlera (1989); Kennedyho et al. (2010); Zebracka et al. (2014); Middletona (2014) nebo Alqahtaniho (2015).

Potřeby jsme doplnili vymezením jednotlivých vývojových období, kterými se v našem výzkumu věnujeme. Opíráme se tu například o teorie Eriksona (2015); Thorové (2015); Vágnerové (2012a); Langmeiera & Krejčířové (2006) a Říčana

(2004). Chtěli jsme touto podkapitolou uvést do vývojových úkolů v daných obdobích, aby si čtenář dokázal představit, co všechno může být onemocněním narušeno.

Pokračovali jsme kapitolou zabývající se vztahem mezi lékařem a pacientem (např. Vymětal, 2003; Křivohlavý, 2002; Balint, 1998), jejich komunikací, způsobem sdělování diagnózy i selháním tohoto vztahu, což může ústít např. v psychogenní iatropatogenezi (např. Zacharová, 2017; Praško et al., 2010; Linhartová, 2007; Klimpl, 1998; Honzák, 1997; Konečný & Bouchal, 1979).

Zmínili jsme se i o zvládání nemoci, copingových strategiích a obranných mechanismech, které se mohou vyskytnout jako reakce pacienta na onemocnění (např. Vágnerová, 2012b; Vašina, 2009; Křivohlavý, 2002, 2013; Joshi, 2007; Lazarus, 1984, in Love, 1985; Carver et al., 1989). Tyto dvě poslední kapitoly byly zařazeny proto, že úzce souvisejí s tím, jakým způsobem se pacienti s onemocněním vyrovnají, což následně ovlivňuje i jejich potřeby, o které nám primárně šlo.

Na závěr teoretické části práce jsme se zabývali onemocněním páteře, následně i spondylolistézou, abychom čtenáře stručně uvedli i do této problematiky. Jelikož se ale nejedná o psychologické téma, snažili jsme se o zjednodušení a zestručnění.

Při studiu onemocnění páteře jsme vycházeli například z Rychlíkové (2016, 2012); Švába (2014); Fricové (2009) nebo Jeffriese et al. (2007); Bouyera et al. (2015) atd. Konkrétně o spondylolistéze píše Suchomel, Krbec et al. (2007); Matějka (2008); Paleček & Mrůzek (2008); Kirkaldy-Willis & Farfan (1982); Wiltse et al. (1976); Ruiz-Cotorro et al. (2006); Farfan et al. (1976) aj.

Výzkum byl proveden kvalitativně metodou IPA, interpretativní fenomenologickou analýzou, a hloubkově zpracován do případových studií. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, kde pacienti retrospektivně vyprávěli o své zkušenosti, a následně podrobně přepsána a analyzována.

U každého respondenta nejprve uvádíme kazuistiku, klinický dojem z rozhovoru, interpretace výpovědí a způsobu komunikace a potřeby jednotlivců i s ukázkami. Potřeby dále zpracováváme jako celek a odpovídáme tak na 4 výzkumné otázky:

- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění diagnózy?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých při zjištění nezbytnosti operace?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých v posledním týdnu před operací?
- Jaké jsou potřeby adolescentů a mladých dospělých po operaci, při návratu zpět do běžného života?

Náš výzkumný soubor se skládal ze 4 respondentů, 2 žen a 2 mužů, kteří prodělali operaci bederní páteře, s diagnózou spondylolistéza.

Podmínkou pro zařazení do výzkumu byl fakt, že respondenti prodělali operaci ve věku 13 až 19, tedy věku adolescence (Thorová, 2015), nebo 20 až 35 let, což Thorová (2015) označuje za období mladé dospělosti. Aby měli respondenti událost živě v paměti, byly nejstaršími participanty studie lidé ve věku 35 let, tedy z konce mladé dospělosti. Ve výzkumu byla nakonec jediná respondentka v adolescentním věku, zbylí 3 byli mladí dospělí. Zaměřili jsme se na takto mladé lidi z toho důvodu, že jim podle našeho názoru onemocnění kosterní soustavy naruší život daleko více než staršímu jedinci, kde se postupná degenerace očekává.

Ačkoliv jsme chtěli zajistit co největší homogenitu vzorku, došlo k velkým rozdílům mezi respondenty, co se týče doby, která uběhla od operace. Jedna respondentka měla jen 2 měsíce po operaci, jiná 17 let, což mohlo ovlivnit prožívání celé situace. Je to daň za zvolená kritéria, která byla velmi obtížné naplnit.

Dalším limitem byla vlastní zkušenost autorky s operací páteře. Musela velmi hlídat své reakce na respondenty, držet se své role výzkumnice a nevstupovat do

neformálních konverzací. Na druhou stranu vnímáme toto i jako pozitivní faktor, který mohl způsobit to, že byli respondenti otevření a upřímně sdělovali své prožitky.

Z výsledků jsme zjistili základní potřeby, které se vyskytovali nejčastěji ve všech obdobích, které jsme si určili. Byla to potřeba získání potřebných informací, vhodného chování, pozornosti a péče lékařů, sociální opory a jistoty a potřeba vyrovnat se se situací a zaměřit se na sebe.

V jednotlivých obdobích k těmto 4 potom přibývaly další potřeby. V 1. období potřeba být se svou nemocí pochopen a přijat od lidí. Ve 2. období potřeba zázraku, víry v dobrý konec, potřeba pomoci od jiných lidí, potřeba návratu do života, jak jej respondenti znali dříve, a potřeba projevit emoce bez přetvařování. Ve 3. období to byla opět potřeba vyjádřit opravdové emoce, potřeba mít operaci za sebou, čekání si zpříjemnit, odpoutat od nemoci pozornost a řešit praktické záležitosti. Ve 4. období to byla potřeba vidět pokrok, naučit se zacházet se svým tělem, dávat na sebe pozor a nechat si pomoci s běžnými denními činnostmi, zároveň ale ostatní nezatěžovat. Důležitá byla i brzká možnost návratu do běžného života.

Výsledky výzkumu v mnohém kopírovaly poznatky, které jsme uvedli v teoretické části práce. Ze zahraničních studií pro nás byly významné zejména práce Snelgrova & Liossiho (2009), Osborna & Smithe (1998), Middletona (2014) a Alqahtaniho (2015), které nám byly inspirací a shodovaly se v mnohém s naší studií. Vidíme tedy, že onemocnění páteře vnímají lidé různých částech světa podobně.

Doporučujeme se tématem více zabývat a dostávat i tato „méně závažná“ onemocnění do povědomí psychologů. Myslíme si, že je velmi namístě pracovat s pacienty nejen přes tělo, ale i psychologicky. Nápadem na další zpracování by mohlo být vytvoření podpůrné skupiny, nebo projektu, který by sdružoval jedince s jednou diagnózou, kteří by pak mohli sdílet své zkušenosti. Momentálně jsou podmínky takových skupin na českém internetu spíše nedostatečné.

Kromě cílů, které jsme chtěli naplnit, jsme výsledky využili také na vytvoření seznamů, které mohou být návodem pro lékaře, sociální skupinu pacienta a psychology, jak s takovými lidmi pracovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
CT	Computed tomography
IASP	International Association for the Study of Pain
IPA	Interpretative phenomenological analysis
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická resonance
Např.	Například
WHO	World health organization

LITERATURA A ZDROJE

Tištěné zdroje

1. Balint, M. (1998). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.
2. Barsa, P. (2007). *Istmická spondylolistéza*. In Suchomel, P., Krbec, M. et al. *Spondylolistéza. Diagnostika a terapie* (117 – 125). Praha: Galén.
3. Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví* (6. přeprac. vyd.). Praha: Grada.
4. Baštecká, Mach et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
5. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
6. Crabb, L. (1995). *Osobnost člověka, její potřeby a cesty k jejich naplnění*. Praha: Návrat domů.
7. Čvančarová, R. (2016). *Potřeby nemocných s degenerativním onemocněním očí* (Nepublikovaná diplomová práce). Plzeň: Západočeská univerzita.
8. Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený* (2. přeprac. vyd.). Praha: Portál.
9. Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano* (3. vyd.). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
10. Fricová, J. (2009). *Akutní a chronická bolest*. In Rokyta, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory (32 – 40). Praha: Grada.
11. Harperová, J. (2016). *Tajemství čínského léčitelství* (2. uprav. a rozšíř. vyd.). Brno: MOBA.

12. Hinková, M. (2016). *Vybrané potřeby pacientů na jednotce intenzivní péče po totální endoprotéze kyčle*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
13. Hladilová, M. (2015). *Biopsychosociální potřeby očima pacientů s popáleninovým traumatem*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
14. Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén.
15. Hugo & Vokurka (2007). *Praktický slovník medicíny* (8. rozšíř. vyd.). Praha: Maxdorf.
16. Chaloupka, R. & Neubauer, J. (2007). *Zobrazovací metody u spondylolistézy*. In Suchomel, P., Krbec, M. et al. *Spondylolistéza. Diagnostika a terapie* (23 – 27). Praha: Galén.
17. Janoušek, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální motivace*. In Výrost, J. & Slaměník, I. (Eds.), *Sociální psychologie* (2. přeprac. a rozš. vyd.) (147 – 160). Praha: Grada.
18. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
19. Klimpl, P. (1998). *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada.
20. Konečný, R. & Bouchal, M. (1979). *Psychologie lékařství* (3. přeprac. a rozš. vyd.). Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
21. Kopřiva, P., Nováčková, J., Nevolová, D. & Kopřivová, T. (2016). *Respektovat a být respektován* (3. vyd.). Bystřice pod Hostýnem: Spirála.
22. Krbec, M. (2007). *Klasifikace spondylolistéz*. In Suchomel, P., Krbec, M. et al. *Spondylolistéza. Diagnostika a terapie* (9 – 16). Praha: Galén.
23. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
24. Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada.

25. Ladová, M. (2017). *Potřeby pacientů s idiopatickými střevními záněty*. (Nepublikovaná diplomová práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita.
26. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. aktualiz. vyd.). Praha: Grada.
27. Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
28. Lowry, R. (1998). *Předmluva*. In Maslow, H. (2014). *O psychologii bytí* (7 – 37). Praha: Portál.
29. Lyons, E. & Coyle, A. (2007). *Analysing qualitative data in psychology*. London: SAGE publications.
30. Maigne, R. (1996). *Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin*. Baltimore: Williams & Wilkins.
31. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Brothers.
32. Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
33. Matějka, J. (2008). *Diagnostika a léčba nestabilit torakolumbální páteře*. Plzeň: Nava.
34. Merkunová, A. & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie pro humanitní obory*. Praha: Grada.
35. Mohr, P. (1993). *Bolí vás záda? Prevence a léčba přírodními prostředky a postupy*. České Budějovice: Dona.
36. Novák, M. (2002). *Bolesti zad I*. Praha: Triton.
37. Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P. & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

38. Pfeiffer, J. (2000). *Bolesti zad ve vyšším věku*. Praha: Triton.
39. Praško, J., Buliková, B., Cakirpaloglu, S., Cinculová, A., Grambal, A., Hunková, M., ... Ticháčková, A. (2010) *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
40. Rychlíková, E. (2012). *Bolest v kříži. Průvodce diagnostikou, diferenciální diagnostikou a léčbou praktického lékaře*. Praha: Maxdorf.
41. Rychlíková, E. (2016). *Tajemství zdravé páteře*. Praha: Triton.
42. Říčan, P. (2004). *Cesta životem. Vývojová psychologie* (2. přeprac. vyd.). Praha: Portál.
43. Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2012). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (7th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
44. Schulz von Thun, F. (2005). *Jak spolu komunikujeme? Překonávání nesnází při dorozumívání*. Praha: Grada.
45. Slaměník, I. (2008). *Afiliace, atraktivita, láska*. In Výrost, J. & Slaměník, I. (Eds.), *Sociální psychologie* (2. přeprac. a rozšíř. vyd.) (249 – 265). Praha: Grada.
46. Smékal, V. (2009). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání* (3. vyd.). Brno: Barrister & Principal.
47. Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
48. Suchomel, P. & Vlach, O. (2007). *Historie diagnostiky a terapie spondylolistézy*. In Suchomel, P., Krbec, M. et al. *Spondylolistéza. Diagnostika a terapie* (3 – 8). Praha: Galén.

49. Šamánková, M., Lebedová, Z., Víchová, J., Koláčná, T. & Jirků, H. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
50. Šváb, P. (2014). *Degenerativní onemocnění bederní páteře*. In Hart, R. et al. *Degenerativní onemocnění páteře* (57 – 98). Praha: Galén.
51. Tesařová, E. (2014). *Aspekty psychosociální podpory pro pacienty s vážnými chorobami*. (Nepublikovaná diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
52. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
53. Tichý, M. (2000). *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. Praha: Triton.
54. Trachtová, E., Mastiliaková, D. & Fojtová, G. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* (2. vyd.). Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
55. Vágnerová, M. (2012a). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání* (2. dopl. a přeprac. vyd.). Praha: Karolinum.
56. Vágnerová, M. (2012b). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. (5. rozšíř. a přeprac. vyd.). Praha: Portál.
57. Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita.
58. Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
59. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. aktualiz. vyd.). Praha: Portál.
60. White, A. A. & Panjabi, M. M. (1990). *Clinical biomechanics of the spine*. (2nd ed.) Philadelphia: J. B. Lippincott company.

61. Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení* (2. aktualiz. a doplň. vyd.). Praha: Grada.

Články v elektronické podobě

62. Alqahtani, M. J. (2015). *Evaluating patients' needs among rehabilitation setting*. Human: Journal For Interdisciplinary Studies, 5(2), 4 – 10.
63. Andersson, G. B. (1999). *Epidemiological features of chronic low-back pain*. Lancet (London, England), 354(9178), 581 – 585.
64. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 117(3), 497 – 529.
65. Bouyer, B., Vassal, M., Zairi, F., Dhenin, A., Grelat, M., Dubory, A., & ... Lonjon, N. (2015). *Surgery in vertebral fracture: epidemiology and functional and radiological results in a prospective series of 518 patients at 1 year's follow-up*. Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR, 101(1), 11 – 15. doi:10.1016/j.otsr.2014.11.012
66. Burton, A. K., Clarke, R. D., McClune, T. D., & Tillotson, K. M. (1996). *The natural history of low back pain in adolescents*. Spine, 21(20), 2323 – 2328.
67. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal Of Personality And Social Psychology, 56(2), 267 – 283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267.
68. Farfan, H. F., Osteria, V., & Lamy, C. (1976). *The mechanical etiology of spondylolysis and spondylolisthesis*. Clinical Orthopaedics And Related Research, (117), 40 – 55.

69. Jeffries, L. J., Milanese, S. F., & Grimmer-Somers, K. A. (2007). *Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature*. *Spine*, 32(23), 2630 – 2637.
70. Kennedy, P., Sherlock, O., McClelland, M., Short, D., Royle, J., & Wilson, C. (2010). *A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months*. *Spinal Cord*, 48(1), 15 – 20.
71. Kirkaldy-Willis, W. H., & Farfan, H. F. (1982). *Instability of the lumbar spine*. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (165), 110 – 123.
72. Krbec, M. (2002). *Spondylolistéza – chirurgické léčení*. *Neurologie pro praxi*, 2002; 1: 8 – 12. Získáno 2. ledna 2018 z <https://www.neurologiepropraxi.cz>.
73. Kulik, J. A., & Mahler, H. I. (1989). *Social support and recovery from surgery*. *Health Psychology*, 8(2), 221 – 238. doi:10.1037/0278-6133.8.2.221.
74. Love, J. M. (1985). *Review of 'Stress, appraisal and coping' and 'The coping capacity: On the nature of being mortal'*. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 55(4), 629 – 632. doi:10.1037/h0098844.
75. Middleton, R. J. (2014). *Meeting the psychological care needs of patients with cancer*. *Nursing Standard*, 28(21), 39 – 45.
76. Osborn, M. and Smith, J. A. (1998). *The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis*. *British Journal of Health Psychology*, 3: 65 – 83. doi:10.1111/j.2044-8287.1998.tb00556.x.
77. Osborn, M., & Smith, J. A. (2006). *Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: an interpretative phenomenological analysis*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(2), 216 – 222.

78. Paleček, T. & Mrůzek, M. (2008). *Diagnostika a terapie spondylolistézy*. Neurol. pro praxi, 2008; 9(3): 145–148. Získáno 16. prosince 2017 z: <https://www.neurologiepropraxi.cz>.
79. Pietkiewicz, I. & Smith, J.A. (2012) *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*. Czasopismo Psychologiczne, 18(2), 361 – 369.
80. Ruiz-Cotorro, A., Balias-Matas, R., Estruch-Massana, A. E., & Vilaró Angulo, J. (2006). *Spondylolysis in young tennis players*. British Journal Of Sports Medicine, 40(5), 441 – 446.
81. Snelgrove, S. and Liossi, C. (2009). *An interpretative phenomenological analysis of living with chronic low back pain*. British Journal of Health Psychology, 14: 735–749. doi: 10.1348/135910709X402612.
82. Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). *Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution*. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 70(3), 678 – 690.
83. Walker, J., Sofaer, B. and Holloway, I. (2006). *The experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics*. European Journal of Pain, 10: 199. doi:10.1016/j.ejpain.2005.03.007.
84. Wiltse, L. L., Newman, P. H., & Macnab, I. (1976). *Classification of spondylolysis and spondylolisthesis*. Clinical Orthopaedics And Related Research, (117), 23 – 29.
85. Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., & ... Cole, S. (2014). *Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis*. Psycho-Oncology, 23(11), 1267 - 1275. doi:10.1002/pon.3533.

Webové stránky

86. Asociace pro studium bolesti IASP (31. prosince 2017). Získáno z <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>.
87. World Health Organization (2001) *Community health needs assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe*. Získáno dne 3. ledna 2018 z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102249/E73494.pdf.
88. World Health Organization (1948). Získáno dne 9. ledna 2018 z <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

PŘÍLOHY

Příloha 1	Abstrakt magisterské diplomové práce
Příloha 2	Abstract of thesis
Příloha 3	Ukázka dotazníku
Příloha 4	Ukázka informovaného souhlasu
Příloha 5	Kategorie potřeb
Příloha 6	Přepis rozhovoru s panem A.

Příloha 1: Abstrakt magisterské diplomové práce

Název práce: Potřeby pacientů v adolescenci a mladé dospělosti se spondylolistézou

Autor práce: Bc. Markéta Šťastná

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

Počet stran a znaků: 144 stran, 244 292 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 88

Abstrakt: Práce se zaměřuje na potřeby pacientů po stabilizaci páteře. Cílem je upozornit na onemocnění, která jsou méně závažná, přesto však velmi omezující. Respondenti popisují své zkušenosti z jednotlivých období onemocnění, kterými je zjištění diagnózy, zjištění nevyhnutelnosti operace, poslední týden před operací a návrat do běžného života po operaci. Teoretický rámec je členěn do 5 kapitol, které se týkají zdraví a nemoci, komplexního přístupu, potřeb, vztahu lékaře s pacientem, mechanismy zvládání onemocnění a vertebrogenních onemocnění. Výzkumný soubor se skládá ze 4 respondentů, 2 žen a 2 mužů, kteří prodělali operaci spondylolistézy v období adolescence nebo mladé dospělosti. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum byl proveden kvalitativně metodou IPA, a hloubkově zpracován do případových studií. Zjistili jsme 4 základní potřeby, které se ve všech obdobích vyskytovali nejčastěji. Byla to potřeba získání potřebných informací, vhodného chování, pozornosti a péče lékařů, sociální opory a jistoty a potřeba vyrovnat se se situací a zaměřit se na sebe. V jednotlivých obdobích k těmto 4 potom přibývaly potřeby další.

Klíčová slova: Potřeby, vztah lékaře s pacientem, komplexní přístup, onemocnění páteře, spondylolistéza

Příloha 2: Abstract of thesis

Title: The needs of adolescent and young adult patients with spondylolisthesis

Author: Bc. Markéta Šťastná

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 144 pages, 244 292 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 88

Abstract: The main target of this thesis is examining the needs of patients after the stabilization of the spine. The purpose is to point out the diseases that are less serious, but still very limiting. Respondents describe their experience from 4 periods during the disease. Those periods were: finding out the diagnosis, finding out the necessity of the operation, the last week before the surgery, and returning to their normal life after the surgery. Theoretical part is divided into 5 chapters concerning health and illness, holistic attitude, needs, doctor-patient relationship, coping strategies and vertebrogenic diseases. The research sample consists of 4 respondents, 2 women and 2 men who have been operated in their adolescence or young adulthood. The data were gained by semi-structured interviews. We used a qualitative method, the Interpretative phenomenological analysis, and deeply processed into case studies. We found 4 basic needs, which were the most common in all periods. It was the need to have the necessary information, appropriate behaviour, attention and the doctor care, social support and security, and the need to cope with the situation and focus on oneself. In each period there were more needs emerging than just those 4.

Key words: Needs, doctor-patient relationship, holistic attitude, vertebrogenic diseases, spondylolisthesis

Příloha 3: Ukázka dotazníku

DOTAZNÍK

Rozhovor č.: 1

Pohlaví: MUŽ

Věk: 33

Diagnóza: Spondylololiteza, mnohočet. postiž. páteře

Nejvyšší dosažené vzdělání: maturita

V jakém roce jste se dozvěděl(a) o svém onemocnění páteře? 2013

V jakém roce došlo k operaci? 2017

Příloha 4: Ukázka informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Potřeby pacientů s onemocněním páteře
Autor práce: Bc. Markéta Šťastná
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
Termín realizace: 27.10.2017
Místo realizace: Jilemnice

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Potřeby pacientů s onemocněním páteře“ 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.

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

Dne 27.10.2017

Jméno a příjmení

Podpis

Priloha 5: Kategorie potreb

POTREBA	PRIKLAD
Informace	Jasné, stručné, pravdivé informace od lékařů; vědět, co bude dál; jak pomoci svému stavu; jak si neublížit
Vhodné chování a přístup lékařů	Zájem a ochota, empatie, nebagatelizování lékařů; důvěra v lékaře; pocit jedinečnosti, větší komfort v nemocnici, citlivější zacházení
Myslet na sebe, vyrovnat se, připravit se	Procházký; racionálita; vyrovnat se na nejhorší; trpělivost; motivace; něco dokázat; nepodléhat stresu; zbavit se bolesti
Sociální opory a jistoty	Podpora rodiny a přátel, optimismus, zájem lidí; popovídat si; nebyť sám(a); jistota, že mě partner(ka) neopustí; nabídnutí pomoci
Zůstat samostatný(á), nezatěžovat ostatní	Nebyť závislý(á); nepřidělavat starosti; neukazovat se před příbuznými ve špatném stavu
Vyřešit praktické věci, nechat si pomoci	Změnit práci; praktická pomoc (jídlo, chuze, sprchování); uzpůsobit byt; dostupnost fyzioterapeutů, pomůcek; zajistit si budoucnost
Pohovor s psychologem	Konzultace s odborníkem, psychologem
Pochopení od okolí, obhajovat se	Pochopení, nezlehčování od lidí i lékařů; přijímat reakce lidí, nebrat si je osobně; smířit se, že to nepochopí; seznámit s tím okolí
Možnost sám(a) rozhodnout o operaci	Nechat si dostatek času; bilancování; čas na smíření se, na rozmyšlenou; zkusit alternativy; zkusit všechno; nevzdát se
Kontakt s lidmi, kteří prožili to samé	Popovídat si s tím, kdo má op. za sebou; sdílet s někým s handicapem, kdo pochopí, inspirace; porovnat se s závažnějšími případy
Odpoutat se, nemyslet na to, utéct	Odsunout problém, užívat si života; zaměřit pozornost jinam; odreagovat se; neřešit; nemluvit o tom; nepřipomínat; nepřipouštět si
Vidět pokrok	Postavit se; chodit; zlepšovat se; mít výzvy a moci jich dosahovat
Vrátit se do života	Žít dál; dělat to, co dřív; přístup lidí jako ke zdravé(mu); nelitovat; dostat se z nemocnice; nemít úlevy; bavit se
Samota, klid, duchovno, víra, optimismus	Věřit v operaci; duchovní místo; dodat si odvahy; rituál; poprosit; vzdát se tomu; být v přírodě; přeznačkovat si situaci; vybrat pozitivu
Mít operaci za sebou	Vydržet; přežít do operace; mít to za sebou
Na nic si nehrát, ukázat slabost, emoce	Komunikovat otevřeně; projevit obavy, pocity, přání; ulevit si; dostat ze sebe vztek, strach, emoce; dovolit si nebyť pořád silný(á)
Přizpůsobit si život, dávat na sebe pozor	Dávat na sebe pozor; naučit se žít s bolestí, s omezením; varovat, jak se k sobě chovat; přizpůsobit život; přistupovat k sobě jinak
Humor	Udržet si humor; zlehčovat situaci
Zabavit se	Ukrátkit dlouhou chvíli; zabavit se
Iracionální přání	Vědět, že to dobře dopadne; doufat; přát si zázrak; urychlit situaci; doufat, že se to samo vyřeší; přát si, aby se to vůbec nestalo; zrychlit čas

Příloha 6: Přepis rozhovoru s panem A.

V	Výzkumník
R	Respondent
X	1. nemocnice
Y	2. nemocnice
Z	3. nemocnice

V: Takže já jsem zapnula diktafon. Zeptám se Vás tedy, jestli souhlasíte s nahráváním rozhovoru.

R: Ano.

V: Děkuji. Začneme tedy úplně od začátku. Zeptám se, jaké bylo dozvědět se od lékaře, že máte onemocnění páteře?

R: Jaký to bylo. Tak...díky tomu, že to bylo v počátečním stádiu jakoby, když mi to tenkrát řekli, že to není nic extra zatím vážného, jo, tak jako změna to byla. Člověk poprvý zjistil taky, že nemusí...chodit (potichu)...což přišlo teda, pravda o trošičku dýl, jo (ale... todle ta možnost, že by člověk nemusel chodit) ale byla to první překážka. První taková překážka, ať už v práci. Pak v životě samo...samozřejmě taky.

V: Co vám řekli? Měl jste dostatečné informace?

R: Byly, byly. Od začátku. I když teda ne díky nemocnici X, jo. Já díky tomu, že jsem se dostal... do Y pozdějc, tak takový ty pořádný, kloudný a konkrétní informace jsem se dozvěděl právě až v Y.

V: Hmm, jaké ty informace teda byly?

R: V tom Y?

V: Ano.

R: To znamená, že tam je problém s páteří, že ty obratle tam nesedí, skříplou plotýnku a od toho začínaj brnět nohy, ruce a začínaj tyhle ty vlastně začáteční problémy, který se pak v podstatě prohlubovaly dál a dál.

V: Jo, takže jaké byly ty problémy?

R: Brnění nohou, natejkání, občas brnění ruky, neschopnost vstát...z postele...večer. Když už to bylo v té fázi před operacej, jo třeba, tak se to stupňovalo. Dřív ty nohy bolely chvíli,...nevadilo to tolik, občas zabrněly v noci, když jsem ležel, jo, ale ke konci už třeba to přecházelo do stádia, kdy jsem potřeboval večer na toaletu a byl problém. Z postele jsem vstal, píchlo,...píchlo v zádech a nemohl jsem se pohnout. Třeba čtvrt hodiny jsem se přemlouval, abych udělal jenom jeden jedinej krok, abych se nějakým způsobem rozpohyboval. A to už začalo bejt tím pádem takový, že se to častěj opakovalo, přišly problémy s tím, že při permanentním, třeba dvouhodinovým ohnutím, jo...bejt v předklonu neexistovalo. Pak jsem musel odpočívat nebo dát, prostě nějakým způsobem

se narovnat trošičku. Buď nějakým cvikem, anebo prostě se projít. Jo, nebyly to začátky úplně ideální.

V: Takže jste šel nejdřív do X...

R: Já jsem byl...ono se to začalo dít, dá se říct hmm...tím, že jsem skončil na pohotovosti.

V: Aha.

R: Kde mě vrazili povzbuzováka do páteře, dali mě na kapačku, protože to bylo potom, vlastně v tom začátku, kdy se to stalo, kdy vlastně to začalo...působit ten úraz.

V: A jaký to byl teda úraz?

R: To byl částečně při...brigádě v podstatě. Při brigádě...to bych taky neměl říkat...ale vlastně při práci, že jo (smích). Kdy člověk prostě pracoval, tak akutně a na korbě avie jsme tahali motor od vozíku, kterej zvedá nahoru na střechy tašky a podobně. No a ten dotyčný pán, kterej byl tak aktivní, že nečekal, až řeknu, až slezu, tak jsem měl motor v ruce a on cuknul s aviej a se mnou to hnulo a bylo vymalováno. Takže jsem pak víkend vlastně ležel, bolelo to. V neděli jsme se pomalu nepostavil, tak mě odvezli na pohotovost do X, kde mě lékař teda vrazil povzbuzováka do páteře a dali mě na kapačku a s tím, že to teda bude za 14 dní dobrý, no. No ale nebylo. Ono se to v podstatě nelepšilo, tak do mě začali rvát prášky...a v podstatě po 14 dnech jsem se teprve dostal na rentgeny. V té první fázi, kdy mě převezli na pohotovost, rentgen nikdo nechtěl, nikdo nepotřeboval, jo, takže...neřešili. Takže po 14 dnech, když mě pak vzal právě doktor...v X, tak zjistil, že tam je něco s páteří, tak hnedka volal do Z, kvůli CT, MR, tam nebylo místo, to bylo tam místo až asi za měsíc a půl. A to říkal, že nebude riskovat, tak mě právě poslal do Y a tam to začalo. Tam se vlastně udělalo CT, magnet a...hmm bylo řečeno, že si mě tam nechaj. Ne na pozorování, ale že si mě tam jakoby zavedou do agentury a že mě budou sledovat...do agendy a budou mě sledovat.

V: A to bylo tedy roku 2013?

R: To bylo 2013, tak nějak v tom roku.

V: No a potom teda...

R: Potom se dojíždělo pravidelně každé půlroky na kontrolu. Chtěl doktor vědět, jak to vypadá, jak se to hejbe, takže to byly půlroční pravidelné návštěvy. Hmm...rentgeny, kontroly, vobčas nějaký magnet ještě, jestli se to moc nehejbe. No a bylo řečeno, že zatím do toho nebudeme rejpát. Že dokud funguju a můžu dělat aspoň obstojně ty činnosti, který jsem do té doby dělal, tak...že se do toho bojí doktor rejpnout. Že povídal, že jak se to jednou otevře, tak pak to může dopadnout buď dobře, anebo se to taky povísta nemusí. Že to je prostě 50 na 50.

V: Takže vlastně to bylo takové, že jste hodně dlouho nevěděl. Jaké to tedy bylo, když vám potom doktor řekl tu diagnózu? Co to s vámi udělalo?

R: Člověk si začal uvědomovat, že to v té práci asi nepůjde úplně tak, jako to šlo doteď. Protože v podstatě já jsem v tu dobu zahradničil, takže to byla práce, kdy se...tahají věci, člověk je 50 % pracovní doby v předklonu, pletí záhonů, dělaly se realizace zahrad, takže od rytí, kopání, tahání koleček a všeho, tak si uvědomoval, že to tolik nejde, jako to šlo dřív. Že před tím jsem byl schopnej fungovat mnohem líp, mnohem vitálněji a prostě to začalo omezovat v práci i v běžném životě.

V: Mluvíte oběžném životě, takže...

R: Omezovalo to tak i tak. Ono, člověk bydlí v rodinném baráku. To znamená práce od shora až dolů taky. A zase, některé činnosti prostě nemohly...sem nemoh dělat. Jo jako dlouhodobý rytí záhonů a podobně, tyhle věci, když se tahaly nějaký těžký věci a to, tak to prostě nefungovalo. Bolelo to...pak z toho právě bylo to noční brnění, bolesti atd. V tom začátku to ještě nebylo takový. Ten konec pak byl právě horší, jo. Tam pak člověk jo těžce držel jenom tu pracovní dobu, protože to byly pracovní doby třeba od 7 od rána do 9, do 10 do večera...přes letní sezónu, jo. A nebyla šance odpočinout si, jelo se od pondělí do soboty, někdy neděle, někdy byla neděle jenom odpočinková, to tělo dostávalo větší a větší záhul. Právě... to září 2...2016...to začalo bejt právě ty stavy, kdy jsem se nemohl pohnout z postele. Začalo mě to bolet tolik, že jsem třeba musel i na půl hodiny přerušit cokoli, prostě se jít projít, roztáhnout, rozhejbat, abych byl funkční, jo. To mě začalo omezovat právě i ty práce doma i běžný činnosti, jo. Jako bylo třeba v klidu si lehnout do vany, vomejt se, jo...Byly doby, kdy jsem třeba nevstal z vany, kdy jsem nevyšel z vany. Mně se to zablokovalo, já jsem zůstal sedět ve vaně a čekal jsem, jestli se zvednu, nebo nezvednu.

V: Co jste tenkrát potřeboval? Jaké byly vaše potřeby v té době, kdy jste to zjistil? Myslím tím úplně všechno, od těch praktických věcí po věci jako například to, jestli jste o tom potřeboval mluvit. Co jste zkrátka potřeboval?

R: Spíš jsem mluvil tak nějak jakoby...když jsem mluvil s doktorama, tak se vždycky mluvilo o tom, co bude dál, jo, co bude následovat, protože vždycky člověka zajímá jednak, jak to postupuje dál a jaký jsou případný...jaký jsou případný změny anebo co by mohlo nastat. To znamená, že si člověk uvědomoval čím dál tím víc, že může taky klidně přestat chodit a že se mu otočí život vzhůru nohama. Že si...pak v podstatě neudělám nic sám. Budu závislej na pomoci někoho jinýho.

V: Takže rozumím tomu dobře tak, že pro vás byly hodně důležité ty informace?

R: Ty informace jsou důležitý, protože když to porovnáš třeba s informacema, který jsem dostával v X v nemocnici a porovnáš s informacema, který jsem dostával v Y, tak to bylo diametrálně odlišný, jo. V X to bylo kusovatý, hmm...s nevelkým zájmem,...kdežto v Y...tam jsem měl péči, věděl jsem, že kdykoliv se něco děje, kdyby se cokoli stalo, měl jsem bolesti, měl jsem nějaký problém, měl jsem číslo, mohl jsem okamžitě volat a mohl jsem okamžitě přijet, což v X nešlo. Jo,

tady to...na to nebyli...nebyla ta ochota, dá se říct, ta ochota, která by pomohla, i když v té době třeba ortopedie v X byla na velmi dobré úrovni voproti třeba dnešku, jo. Takže...to se dá říct, že člověk potřebuje ze začátku takový ty informace. Vědět, co se děje, vědět ten postup a bylo fajnový...to půlroční sledování. Že měl člověk stále jakoby informace nový a nový. Že se třeba ten stav...nehorší, že to drží v té pozici zatím, ve který to je. Nebo naopak že se to horší a že je potřeba zapojit dejme tomu nějaký cvičení, nějaký cviky, a postupovat třeba tímhle tím, aby se to uvolnilo. To znamená častěji třeba dělat procházky, hmm při té práci si odpočinout, jo, udělat si takovej úplně jiný režim, než na který byl člověk zvyklý, jo. Já dřív v práci třeba...zvládnul člověk makat 5, 6 hodin v kuse a...s tím, že se, jo, narovnal, napil a pokračoval. S tím zhoršujícím stavem jsem musel dávat...jsem si musel dávat pauzy, musel jsem si odpočinout od činnosti, kterou jsem říkal, že už dělat v tu chvíli nemůžu...a...byl to takovej ten problém třeba z pohledu zaměstnavatele, že už jsem nebyl plnohodnotný zaměstnanec. Že už tam byl nějaký problém. I když mi teda vycházel ve všem vstříc, jo, ať už to byly ty odjezdy na kontroly, ať to byla třeba úprava i té práce, kdy jsem třeba přestal...netahaly se třeba úplně ty těžké věci, kdy se začalo měnit nějak ta náplň, ale stejně...furt to byly problémy pro mě a byly to problémy pro něj. A ty problémy nebyly...to je jen jedno hledisko. Doma to bylo to samý. Byly činnosti, který jsem nemohl ke konci třeba vykonávat, jo. Byly to běžné věci, jako...nabrat, zvednout uhlák a přiložit do kamen, jo. Když to bylo prostě prudce zvedavej pohyb. Člověk musel...hmm...naučit se zvedat ty břemena úplně jinak. Chovat se k sobě taky úplně jinak, jo. A to začalo pak to začalo omezovat i jiné věci. Byla potřeba pobít střecha a vytáhnout balíky lepenky, neexistovalo, jo. Dřív si to člověk vytáhnul sám, zvládal to sám, teď potřeboval někoho, kdo mu s tím pomůže, jo. Nejlépe, kdo to udělá...za něj (smích).

V: Jak jste to teda zvládal? Co Vám pomohlo to zvládnout?

R: Pomáhala...pomáhal ten přístup těch lidí, jo. Třeba i ten přístup, že se dala trošku změnit pracovní náplň, jo. Pomáhalo, že třeba nějaký ty těžké věci, který jsem dělal doma, zastal bratr, jo, nebo někdo jiný...Ale...tím, že v podstatě nemáme otce, tak...ten umřel...tak v podstatě ta práce...ty práce spoustu přibýlo, jo...že se nemůžeme rozdělit třeba jo na některý ty činnosti, jo, že prostě to zůstalo většinou na mně, protože brácha směnuje v práci, ten je na třísměnným provozu, skoro na nepřetržitým už teď a takže byly problémy. Víkendy byl v práci, v tejdnu noční, odpolední, střídání, takže těch věcí, který byly...potřeba třeba v tu danou dobu a on nebyl k dispozici, tak tím to bylo náročnější o to, že se musel člověk sice snažit, ale omezovalo to... v té práci.

V: Jak k tomu tedy přistupovalo okolí, ke zjištění té diagnózy?

R: K tomu zjištění...hmm...tak rodina se samozřejmě snažila vyhovět, upravit nějaký ty nároky, ty požadavky tak, aby...jsem nemusel dělat třeba ty těžké věci, jo. V práci...šéf se k tomu klonil třeba

dobře, spolupracovník,...ten...to bral tím stylem, že prostě mi nic není, že akorát simuluju, takže tohle neřešil.

V: Aha, a jak jste na to reagoval? Tady na to, že vám říkal, že simulujete.

R: Na tohle se reagovat nedá. Vono s blbcem se těžko domluvíte...Jako můžu přesvědčovat, můžu ukazovat, můžu dokazovat a vono je to stejně úplně jedno, jo. On v tu chvíli měl pomalu to samý, takže...to bylo těžký. Přimo s ním teda ta spolupráce byla dost složitá, jo. Tam jako nerespektoval to, že byla nějaká ta úprava tý...tý náplně mojí a vyžadoval v podstatě, když jsme spolu jezdili dělat zahrady, tak vyžadoval v podstatě ty činnosti, který byl zvyklej, že jsem dělal pořád. Jo, a to byl třeba problém a překážka, jo. U který jsme se teda prostě naprosto neshodli.

V: Jak jste teda tady tu překážku řešil?

R: Řešil...no vyřešilo se to samo vodchodem v podstatě, jo. Ono to jinak nešlo. Jednak díky teda...tomu, že mně i pak už v...tý fázi, v tom říjnu toho 2016, když jsem byl na posledním snímkování, tak právě doktor povídal, jako že...v podstatě můžu ještě tu práci dělat, ale až mě dostane na...až mě přivezou, tak můžu taky vodjet na křesle. Takže ať si dobře rozmyslím...že mě do ničeho nutit nebude, jo. Mně se ten přístup třeba jeho líbil. Mluvil se mnou ohromně otevřeně, ten doktor, jo. Neex, ne...To se mně třeba líbilo tohleto, že prostě se mnou jednal narovinu, jo. Nechodil kolem horký kaše, jo. Klidně ještě rok dělej, bude to v pořádku, nic se nestane...jo...prostě natvrdo. To je doktor House. Pro mě, pro mě...pro mě je to doktor House a myslím, že nejenom pro, pro mě, jo, ale i pro spoustu dalších lidí, co jsem takhle mluvil, tak kdo mluvil s tímhle doktorem, tak prostě ano, doktor House. Jo, je teda pravda, že...u něj jsem měl dveře otevřený, kdykoliv jsem potřeboval a zavola jsem mu, tak si čas našel, jo, což zas musím říct, málokterej doktor by tohleto udělal, jo. A oceňuju na něm to, že prostě jednal na féra, na férovku, jo. Nechodil kolem horký kaše, řek to prostě tak, jak si to myslí a tak jak to je. Nenutil do ničeho,...nenaváděl, prostě řek: "Je to na tobě, udělej si to, jak chceš, ale ve finále se tu stejně uvidíme a uvidíme se v tom stavu, kdy ti to...kdy to bude horší, než to máš třeba teď." Jo, což mě tenhle přístup se mně líbil, jo. Jako na ten...ze začátku si člověk zvykal těžko, jo. Jako to první...ty...to, ta první schůzka byla dost...dost jako takový to...ten, ten pohled...jako takový to: "Co to?" Ale postupem času se ukazovalo, že tenhle přístup asi má svoje.

V: Jo, takže když to shrnu, potřeba byla mít jasné informace.

R: Dá se říct...ano, jasný, stručný a hlavně pravdivý informace. Žádný informace zavádějící, nic, co by odvádělo od tématu nebo to jakkoli zlehčovalo, jo. Toho člověka je potřeba, když se dostane do týhle situace, aby věděl, na čem je, jo. A věděl to tak, aby to bylo reálný. Ne, že si tam někdo něco přibarví nebo se někde něco vynechá.

V: Jo, ještě jsem tam zachytila to, že je tam nějaká potřeba pochopení od okolí...

R: Je potřeba, aby...dejme tomu, že prostě jako říkám...se svým spolupracovníkem prostě...s blbcem se člověk nedomluví a může dělat, co chce, jo. Já jsem říkal už pak, když už to bylo občas ve stavu té nejvyšší nouze, že i kdybych zatancoval kankán na špičce řasy, tak mi to nepomůže, jo, takže vono...(smích). Ale jde o to, jo zase, na člověku, hmm...jak tu informaci převezme, jo. Jsou lidi, který si prostě z toho prostě budou dělat srandu a budou dělat, že to nic není, budou prostě nakládat tu práci dál a záleží hodně na zaměstnavateli, jaké je.

V: Jaký přístup Vám vyhovoval, když jste to někomu řekl?

R: Tak rozhodně ne Ježíš...takový to hroucení a tohleto, to nemá smysl. Takovej ten optimismus, že jako... ten zdravý optimismus, to znamená. "A to bude dobrý..." Jo, to zrovna není úplně ideální, jo. Jde o to, aby ten člověk toho dotyčného pochopil a bral to z toho pohledu, z jakýho to je. To znamená nepřehnaně chlácholit, jo, říkat: "To bude dobrý, nic se neděje, to nic není." A nebo tenhle přístup a prostě brát to tak nějak logicky, jo. "Prostě máš to, máš problém...s tou páteří." Jo, ale zase aby se z toho ten druhý hroutil, to je taky špatně, jo. Nějaký to, ty letanie:" Ježíš marja, co se stane, kdyby se ti...co budeš dělat, když skončíš na vozejku nebo tohleto. Nebo když nebudeš moct dělat tohleto nebo támhleto." Jo, hmm...to je špatně taky. Takovej nějaký ten zdravý optimismus. Zdravý, rozumný přístup.

V: Co Vám teda pomáhalo udržet nadhled na tým?

R: Ten nadhled? Tak jednak kamarádi, to je normální. Což...asi...zase...kamarád a kamarád, jo. Kamarád, kterej řekne: "Jo, dobrý, nic se neděje, blablabla." A za rohem pak slyší něco jinýho, je jinej, ale prostě ten úzký okruh přátel, který vopravdu vědí, co je, vidí, jaká je situace, co může být, ale...neženou to do extrémů jako nějaký to chlácholení a nebo to braní na lehkou váhu. Prostě to berou tak, že ten problém tady je, že ten člověk problém má a prostě dokážou se k tomu postavit, že: "Jo, tak když budeš něco prostě potřebovat, tak stačí zavolat a uděláme, jo, pomůžem." Nevykašlou se na lidi, jo. A jinak samozřejmě procházky, jo. Člověk si tak nějak v sobě i sám musí trochu najít cestu, jakou to chce brát, jo. To je důležitý.

V: No a kde jste jí teda našel? Jak jste to našel?

R: Já nevím, ono to přišlo...přijde samo. Jako chvíli...Já nevím, mně třeba vyhovovaly procházky, jo. Jednak mně to teda pomáhalo, protože si člověk jako natáhnul tu páteř, jo. A v...tý době může člověk i přemejšlet, jo. To je...to je dost důležitý. Jako spíš zahloubat taky v sobě trochu, jo. Když to vezmeme do té psychologie, tak jako prostě zahloubat do sebe a...kou...koukat na sebe částečně sebekriticky, částečně reálně, aby... to nebylo jako takový to velký taky,... hlavně v sobě takový to velký hrůzení, prostě: "A teďka pro tebe skončil život a už v životě nic neuděláš." To moc nepomůže, jo. Takový to zdravý...tušení...nebo takový to zdravý doufání, že jo, prostě se to stalo,

takže snad to bude dobrý. Takovej nějaký ten rozumnej, v podstatě takovej ten racionální přístup k tomu.

V: A ten jste měl od začátku?

R: Aaa, tak spíš...od začátku, jako když se to drželo v tom stavu, jo, protože tam pak byl asi rok, kdy se to jakoby ty záda držely v tý hmm...v tom stavu nezměněným, kdy teda se to nepropadalo hloub a...drželo to...nohy mě brněly skoro minimálně, tak jako v tu dobu si člověk říkal : „Jo, fajn, vydrží to, je to fajn, je to dobrý." Jo, pak spíš nastaly takový ty nervy, když se blížila ta operace nebo když se blížily takový ty zásadní rozhodnutí, jestli do toho jít, nebo nejít, jo. Když člověk se dověděl ty...v podstatě takový ty...ty fakta, že ano, ta operace tady bude, že prostě bude dost brzo a...že je 90% šance, že se to povede, ale že tady existuje taky nějakých 10 %, kdy se to povísta nemusí a vopravit to nepůjde...To je to...Tak v tu chvíli, v tu chvíli...prostě měl člověk vobčas strach, že to dopadne špatně, jo. Pak ta mysl klesala trošičku. A nepomůže ani to chlácholení, že to dobře dopadne. Prostě s tím se člověk nějak musí jakoby...vnitřně trochu srovnat, jo. Musí si, jak to říkaj vinaři, nalejt čistýho vína a prostě kouknout, že to je tak, jak to je, může to dopadnout tak, nebo tak, ale...

V: Když to tedy dospělo do té fáze, že jste se dozvěděl, že půjdete na operaci, jaké to pro vás bylo?

R: Já tím, že jsem měl na výběr, že mi právě doktor řekl, že mě do ničeho nutit nebude, jo. Tam to byl ten přístup: „Já tě do ničeho nutit nebudu, tohle je rozhodnutí tvoje. Když mi řekneš, že tu operaci nechceš, já to budu respektovat, když mi řekneš, že tu operaci chceš, tak do toho půdeme, všechno to spolu naplánujem, já ti řeknu, jaký jsou rizika a hotovo." To je...ta...To byl první přístup a to byla ta první věc, kdy člověk už jako už asi dospěl k tomu, že se vopravdu se něco děje, jo. Když už pak to bylo samozřejmě všechno naplánovaný, tak ty vobavy tam byly. To je...to je jasný. Myslím, že snad není nikdo, kdo by se v tu chvíli nebál nebo neřek si, jak to dopadne.

V: Už jste tedy věděl, že půjdete na operaci a už "šlo do tuhýho", už to bylo jasné, co jste v tu chvíli tedy potřeboval? Co byla ta potřeba?

R: Co byla ta potřeba? ...Je hezký říct...potřeba vědět to, že to dopadne dobře, jo. Takový to...Taková ta jistota někde tam vzadu, že to prostě dobře dopadne a že bude člověk fungovat dál, jo. I podpora rodiny nebo okolí, něco takovýho, jo. Ta podpora v těch letech kruzích je taky dost důležitá.

V: Jak si mám představit tu podporu rodiny?

R: Hmm, zase...nepřehnaný chlácholení. Něco takovýho prostě spíš...brání optimisticky. Mně třeba strašně pomáhalo to vědomí, že ten režim, kterej vlastně nastal po operaci, je tam něco jinýho. Neexistuje sednout do vany, neexistuje sedět a tohle...tak pomáhalo to, že jsme, jo, dojeli...Potřeboval jsem vyšší postel...Člověk potřeboval vyšší postel, jo, já vod tý doby...Člověk

spal na nízkým, nevadilo to, pak už tenhle problém nastal, tak zase, v klídku se jelo, koupila se postel. Takový to montování, taková ta kolektivizace toho, že se třeba něco smontovalo, něco připravilo na ten návrat z té nemocnice, jo. Sprcha, předělaní sprchovýho koutu, protože...zase, sednout do vany člověk nemoh...Vědět to, že tam ta rodina za ním, za tím člověkem stojí a nebo i dá se říct ty kamarádi. Že prostě stojej...za ním, že nabídnou, řeknou: „Hele, když by se něco děllo, pomůžem a takovýhle. Tak tohleto...to bylo takový...když by se to definovalo...taková ta jistota aspoň v něčem. V někom a v něčem. Ta jistota, že tam někdo je, jo. Je jiný...je jiný to zase posuzovat z hlediska, kdo je sám, jo. Já jsem třeba měl za sebou rodinu, měl jsem za sebou přátele. Pak je těžký posuzovat, co cejtí ten dotyčnej, kterej v tom je sám, jo. Tam bych řek, že cejtí víc té bezmoci nebo to... nedokážu si jako představit, co bude.

V: Začal jste mluvit o bezmoci, že ten, kdo nemá za sebou rodinu, že se cítí bezmocný. Měl jste vy pocit bezmoci?

R: Ten spíš nastane po té operaci. Mně to spíš přišlo, že ten pocit bezmoci nastal po té operaci. Před tou operací jako měl člověk to zázemí, jo, tu jistotu, že se teda něco jakoby připravovalo, měl jsem za sebou nějakou podporu a tohle. Ten pocit bezmoci pak přijde v té nemocnici. Mně to připadá, že tam jako po té operaci to na toho člověka dost padne.

V: K tomu se ještě dostaneme. Vy jste ale mluvil o tom, že když jste zjistil, že půjdete na operaci, mohl jste se spolehnout na ty lidi. Tak mluvíte hodně o těch praktických věcech (postel, sprcha atd.). Mě ještě zajímá, jestli jste s nimi o tom mohl mluvit.

R: Mohl.

V: A jak se Vám o tom s nimi mluvilo?

R: Tak...když se...když to bylo třeba ze začátku, tak to bylo mnohem jednodušší. O tom problému se vědělo a že to zatím je v té fázi, kdy se to třeba moc nemění, kdy se to drží, jo. Tak...tam bylo takový to doufání, že už se to nezhorsí, že už to bude dobrý.

V: A v čem to bylo teda jednodušší?

R: Tahleta první fáze? Takový to, že je zatím klid, že se nic neděje, jo, že tam sice ten problém někde je, ale že vypadá, že se to třeba uklidnilo, že se to třeba nepohnulo dál.

V: No a potom, když jste se dozvěděl o té operaci, tak jaké to bylo, s nimi o tom mluvit?

R: No tak ze začátku jednoduchý to nebylo, jo. Protože člověk si uvědomil, že...už to prostě jinam nejde, že už není cesty zpět, jo, takže nějaký takový ty začátky, co asi...se stane, když...se to nepovede, tak to tam určitě padlo taky a několikrát. Že si člověk připadal jako, že musí počítat i s touhle variantou,...nejenom teda že to dopadne dobře, ale že tam ta reálná šance je, že... se něco takovýho stane. Tak třeba mluvit o tom, co bude dál, co se asi bude dělat, jo.

V: Dali Vám ty lidi prostor pro tohle "negativní sdílení"? Lidi se běžně vyhýbají negativním rozmlouvám. Lidi se můžou bát, aby Vám neublížili tím, že se o tom budete bavit. Takže jakým způsobem tohle probíhalo?

R: Ta komunikace třeba s přáteli nebo tak...zase záleží asi hodně na člověku, jo. Hmm...Třeba kamarádi z fotbalu to brali tím stylem, že se prostě...že se to děje a zase, některý to brali s tím, že teda nechtěli se ptát, nebo když se zeptali, tak prostě jenom vokrajově, nechtěli zabíhat do detailů, nechtěli vědět třeba podrobnosti nebo to, tak budiž, člověk řek: „Jo“. Buď, jak jste říkala, nechtěj...nechtěj třeba zabrousit do toho, aby to nebolelo, nebo je to třeba nezajímalo.

V: A jak Vám u toho bylo, když je to nezajímalo?

R: Tak je to nepříjemnej pocit. Člověk si myslí, že jako ta podpora tam je dobrá. A je potřeba. Je třeba jenom těch přátel, jo. To taky hodně pomáhá tý psychice, jo. Že ví, že člověk za sebou někoho má, jo. Kdežto třeba u těch ostatních, jo, ptali se, dokázali se zeptat narovinu“ „Co se stane KDYŽ... se to nepovede? Co bude dál?“ Dokázali se zeptat, jo. Sice před tím položili třeba tu otázku: „Jestli ti to nevadí, tak se na něco zeptám.“ Jo. Dokázali se třeba takhle zeptat.

V: A jak Vám bylo, když Vám položili takovou otázku?

R: Tak člověk s tím na jednu stranu počítal, na druhou stranu....je to zvláštní pocit jim říct, že prostě třeba, jo, že: „Když se to nepovede hele, tak se tady budem potkávat a budeš mě strkat na vozejku.“ Jo, třeba, když se to takhle řekne.

V: Měl jste prostor tam projevit i emoce? Nebo to bylo všechno na racionální úrovni?

R: Tak emoce si člověk dovolí jenom někde a jenom u někoho, jo. Na to jsem se naučil, že projevovat extra emoce u všech je zlý a ne vždycky se to vyplatí, jo, takže dejme tomu, že v tom okruhu těch...nejbližších přátel si ty emoce člověk dovolil, jo. U ostatních třeba ne.

V: A jak na to reagovali?

R: Většinou...většinou to pochopěj, jo. U tohohle, přesně, třeba u tohodle toho nejbližšího okruhu to chápali, věděli, co to je. Spíš ten začátek nebyl takovej až...přesně ten pobyt v tý nemocnici...nebo pak i po tý nemocnici, to bylo trochu jiný, jo. U toho začátku si to člověk fakt na jednu stranu jakoby malinko nepřipouštěl, jo, že by se tohleto mohlo stát, jo, tak nějaký ty emoce tam byly, jo, neříkám, že to vždycky bylo jednoduchý. Třeba když už se vopravdu dostal člověk až do... morku kostí... až... úplně na ten nejhorší konec, tak to bylo složitý i pak třeba něco říct a pak nastaly takový ty..., to mlčení, jo. To ticho, jo. Z vobou stran, kdy člověk pak nevěděl, jestli...má něco říct...Měl jsem pocit, že třeba nevěděli, co maj říct, nebo jak maj vyjádřit třeba podporu nebo něco takovýho. Na druhý straně, člověk si říkal: „Máš pokračovat, nemáš pokračovat?“ Jako jestli už není dobrý votočit stránku a vod tohodletoho vodejít. Jo, vod tohohle tématu. Prostě ho změnit.

V: Takže to na mě působí tak, že jste hodně myslel i na ty druhé. Naplnili tedy vaši potřebu o tom komunikovat?

R: (smích) Zase. S těma, se kterýma jsem o tom chtěl mluvit, tak u nich ano, jo. Byly výjimky, u kterých jsem třeba spolíhal na 150 %, že...to pochopěj, a dokázali zklamat. Ve finální fázi dokázali prostě...zklamat, jo, což mě třeba...což třeba pak i na ten psychický stav moc nepomáhalo, jo. Speciálně třeba po té operaci...hmm...tam byl úsek, kdy...si člověk říkal...ty dokážeš pro někoho něco udělat, a když potřebuješ sám, tak se na tebe vyprdnou, jo. A to třeba bylo...To třeba byl moment, kdy si člověk říká, jestli mu za to někdy něco takovýhodle ještě stojí. Jako nemyslím operace nebo tohle, ale prostě...bavit se o tom a věřit...hmm...že to ty lidi myslej, ať už to vypadalo sebelíp, vážně, jo. Tam to bylo přesně z toho nejuzšího, nejbližšího okruhu, se tohle stalo a to mě v tu dobu docela dost ranilo. Spíš mě to štvalo, že jsem dokázal já udělat spoustu věcí, když měl problémy von, a když jsem měl problémy já, tak od toho radši utek, jo. Tenhle pocit. Ale to byla třeba jen výjimka u...týchletý osoby, jo. U jinech třeba ta podpora tam byla vidět. Dokázali zavolat, dokázali se přijet podívat, někteří, kdo chtěl, jo. Jako dá se říct, že jsem nikoho do ničeho nenutil, jo. Já vim, že na někoho to třeba nepůsobí dobře, nemůže vidět ležáka nebo tohle, jo. V nemocnici je to teda minulo naštěstí úplně všechny, protože tam byla chřipková epidemie, takže nepouštěli do nemocnice nikoho, jo. Takže já jsem si užil zrovna tu karanténu jako tím stylem, že jsem tam nedostal vůbec nikoho, jo. Takže na jednu stranu jsem za to...byl třeba rád, protože jsem nechtěl, aby mě viděli. Speciálně ty 2, 3 dny po té operaci, aby mě viděli v tom stavu, ve kterým jsem byl. Na druhou stranu tam ten pocit té komunikace s venkem chyběl, jo. A ten telefon prostě nestačil občas, jo. Vono po telefonu je to něco jinýho, s tím normálním kontaktem je to fajn. Je to něco jinýho.

V: Ještě jste zmínil fotbal. Jak to teď máte?

R: Já jsem měl výhodu v to, že jsem...že už se nehrálo. Já jsem s tím skončil dost před tím, takže...ale zůstali mně spíš jakoby kamarádi z toho fotbalu, jo. Že zůstali ty lidi okolo, co se kolem toho fotbalu motali, jo. Hmm...Teď třeba dejme tomu ten sport je dost náročněj, jo, protože spousta věcí je zakázaná, spoustu věcí nemůžu, takže to dost omezuje i v těchletých volnočasových aktivitách, když to musím říct takhle. Hmm...že v podstatě tenis, to nelze, lyžování nelze, jízda na kole...a tam se zase názory různě. Od jednoho doktora jsem slyšel, že je to vhodná lé...že je to vhodnej sport, u druhýho doktora: „No v žádným případě, to to jako ani náhodou.“ Jo, a takhle to jde dál. Jo. Takhle bych mohl u toho výčtu sportu pokračovat. Jo, to znamená běhání,..to ano. Chození dlouhejch procházek ano, in-liny...už u in-linů byl problém. V Y mi řekli narovinu, že pro mě kolo vhodný není, ale pokud chci in-liny, tak jsou pro ně všema deseti. Jednak že si tím zpevňuju páteř, že ano, samozřejmě, to riziko toho, že sebou švihnu a udělá...a něco se stane, tam

je, ale že pokud bude člověk opatrnější a nebude na tom dělat freestyle na bruslích, a jenom takový to klasický rekreační bruslení, tak...ano...že to jednak zpevňuje a že to posiluje v podstatě část zádovejch svalů, jo. Tak to bylo takový, že si člověk teda ty brusle koupil, s velkýma obavama na ně nastoupil a...začal bruslit. A teď po té operaci...kdy mě vlastně dovolili už že to můžu zkusit...od září...tak jsem na nich byl letos 3x, zaplaťpánbůh jsem se nevymlátil ani jednou (smích).

V: Já vám do toho ještě skočím...Takže to bylo doprovázené i tímhle. Předpokládám, že tedy jste sportovně laděný...Když jste se dozvěděl o té operaci, když jste si to naplánoval, tak co vám kromě těch známých, kromě toho sdílení, tu situaci ulehčilo? Je to dost obtížná situace. Potřeboval jste kromě toho ještě něco?

R: To je naružno, já si v některých, dá se říct, v takovýchle oblastech vystačím sám, jo. Já si třeba s tím potřebuju srovnat sám třeba nejdřív vnitřně, jo, a pak...se to dá ventilovat a nebo prostě si člověk v sobě musí najít cestu, jak dál, jo. Pro mě třeba, mně vyhovovaly třeba procházky. Sám vo sobě...jsem se sbalil, prostě jsem se šel projít. Člověk si tím vyčistí hlavu, udělá něco pro zdraví, jo, atd. Jo jako...potřeba, jak to bylo ze začátku řečeno. Potřeba je v těch začátečních fázích informace. Ty kvalitní informace, aby člověk věděl, čím si neublíží, čím si může trochu pomoci zlepšit tu situaci, která je. I když by to bylo, byť třeba jenom na chvíli, jo. I kdyby to bylo pár cviků, který pomůžou tomu člověku...hmm...zvládnout ty denní činnosti s nějakým, s nějakou obstojností a...

V: Takže jste chodil a při tom...působíte na mě jako přemýšlivý člověk a že jste si to v hlavě tak urovnával. Zajímalo by mě tadyto, ty procesy. Jakým způsobem jste si to srovnal, jak probíhaly ty procesy, že jste to začal brát tak pozitivně.

R: To tak jako začátek byl složitější. Taky si člověk říkal...hodně ze začátku...Spíš ten začátek byl takovej jakoby..."Je tam problém, ale zatím..." Když pak doktoři řekli, že to drží nebo lépe řečeno, že mě i budou sledovat, což bylo dost povzbudivý už z tohohle důvodu, že měl člověk vidinu zájmu i z...té strany druhý, jo...třeba u doktora. To hodně... Mně to připadalo, že to i ty psychice pomáhá. Že člověk vidí, že není někomu lhostejnej, že ten doktor prostě jenom nepřijde, nekoukne: „No, tak je to dobrý a můžeš jít." Jo, ale že dokáže promluvit, říct, pomoci v tom ohledu: „Tohle bys moh udělat, aby se to trochu...zlepšilo nebo aspoň udrželo v té rovině, co to je." A... nebo navrhne prostě nějaký změny. Jedná otevřeně, jo. To je i třeba jedna z těch věcí, který pomáhaj...nebo který mně třeba pomohly. Kdybych to bral z pohledu svého, jo, tak mně to třeba pomohlo, že jsem věděl, že se mám kam obrátit, když bych měl nějaký větší problém,...když bych potreboval poradit, že teda nejde tohle nebo nemůžu se pohnout nebo mám nějaký větší bolesti u tohodle. No a pak ten zbytek, no, člověk prostě... si tak nějak při tom chození dával dohromady ty...v podstatě ty situace. Jako představit si dejme tomu tu situaci, jo, že se vopravdu stane a nepůjde to, a jakoby co dál, jo, tak v té chvíli třeba...to nebylo vůbec jednoduchý. Nedokázal jsem

si třeba představit, kdybych vopravdu skončil třeba na vozíku, jak by se to konalo, protože...a zas to člověk bere...z toho praktickýho hlediska, jo, protože vím, že je barák, vím, že mám pokoj v patře, kde je 14 schodů, úzký schodiště, jak se dostávat nahoru atd., jo. Vono, já nevím, já jsem to směřoval ze začátku na to praktično, jo, aby...tak nějak jako připravit se. Nebo spíš připravit i třeba okolí na to, že když se to nepovede a vopravdu se něco stane, tak co dál, jo. Aby to měli co nejlehčí...se mnou...třeba, protože...to bylo v době, kdy umřel táta, doma ta situace nebyla úplně ideální, jo, a tak přidělovat...měli jsme ještě pak další problémy s bratrem. Tak to byla taková ta situace, kdy prostě člověk spíš řešil i tohle a tenhle problém těch zad se vodsouval někde...v té reálný fázi na ten konec, jo. Kdy se řešily spousty jinejch věcí a tyhle problémy se žádama jsem si třeba ze začátku řešil sám. Mluvili jsme o tom, ale takový ty re...ty situace, to představování, nebo to řešení, si člověk musel vyřešit tak nějak zatím v sobě.

V: Jo, takže vlastně ze začátku jste tu podporu prostě musel hledat v sobě, protože to okolí na to nebylo úplně...

R: Ona ta podpora byla, jo. V rodině taky, protože byla to změna, byl to další jakoby problém, kterej se týkal rodiny, tak ta rodina k tomu přistupovala: „Ten problém tady je a budeme hledat řešení, budeme vo tom mluvit.“ Jo. Ale...někdy se prostě stalo, že se tenhle problém vodsouval. Že se prostě dal na druhou kolej a muselo se řešit teď aktuálně tadle věc.

V: Jak vám u toho bylo, když se to takhle odsunulo?

R: Já nevím, mně v té době spíš připadaly problémy té rodiny důležitější než tohleto třeba, jo. Já...tam byly...tam to bylo do detailů vo tom, že se jednalo právě ...tyhle řízení potom, převody věcí, péče vo tohleto, aby se na nic nezapomnělo...při dědickým řízení a to samý kvůli majetku, aby to bylo všechno správně kvůli ocenění a tohle, takže někdy se to prostě vodsunulo, jo.

V: Napadá vás něco, co by vám pomohlo v tu chvíli, když okolí bylo zatíženo jinými věcmi, aby to bylo pro vás schůdnější?

R: Hmm...nevím třeba...když už by to bylo v té fázi...když by třeba, když bych to bral v té situaci, že už to byla ta konečná fáze, těsně před tím rozhodnutím operace nebo už těsně před operací a byly tyhle problémy, tak by bylo fajn si o tom promluvit s nějakým odborníkem...jo.

V: S odborníkem, myslíte psycholog, nebo...?

R: Třeba psycholog, jo. Víam, že by to třeba pomohlo, když by to byla ta fáze...Když by tomu nepředcházely ty roky,...jakoby toho pomalýho připravování. Ono to bylo asi dělaný i tím, že to byla pomalá příprava na tu operaci. Kdyby to bylo...ze dne na den, asi by to taky bylo úplně jiný, jo. To je možná taková druhá stránka té věci, na kterou jsme třeba nenarazili, jo. Že kdyby se tohle vopravdu stalo...hmm...člověk se dostal do nemocnice, dejme tomu hnedka po tom úrazu a bylo jasně řečený prostě: „Musíš nejdýl do měsíce na operaci.“, tak by asi ten přístup byl jinej, než když

od...začátku toho problému k té operaci uplynuly skoro 4 roky. Tak to byla taková pozvolná psychická příprava, jo. To je...

V: No a jaké to bylo se rozhodovat? Rozhodnout to, jestli půjdete, nebo nepůjdete na tu operaci.

R: Každý z nás asi jinak. Je to složitý. Je to složitý.....Zvažování pro a proti. Hodně zvažování pro a proti, jo. Jestli to třeba ještě nevydržet...jo. Jestli říct si: „Vono to ještě vydržíš...Když to drželo do teď, tak to vydrží.“ Takový to, to bylo hodně nad tím, že člověk seděl, přemýšlel, bavil se i s ostatními...vo tom, co asi bude úplně ideální, co pomůže, jo. Základní informace dostal člověk od doktora, což bylo fajn, jo. Že tam měl ten jeden mantinel, tu...tu jednu bariéru, že prostě: „Tohle to je“ nastaví, „takhle to bude, takhle se to může stát.“ Jo, druhá věc... „A zbytek už nechám na tobě.“ Jo, což ano. Ale to, to rozhodování, jako říct si přímo...jo...nejde to říct...nebo takhle...Neřek jsem rovnou: „Jdu do toho.“ Nechal jsem si ten čas, abych si to prošel, abych si to prošel hlavou,...jo. To je...

V: No a co byl tedy ten impulz, že jste rozhodl, že půjdete?

R: Ten impulz...ty impulzy k tomu došly asi postupně, že v podstatě v tu dobu, kdy se to rozhodovalo...ty záda bolely čím dál tím víc, byly ty problémy, kdy jsem se nezvedl z postele, nevyšel jsem z vany, jo. A to už začaly být problémy, protože to byly záseky v práci, kdy jsem třeba musel prostě chvíli vysadit a nedělat nic, jo. A už si člověk říkal: „Tak teď si to...“ Teď bylo to zvažování. Říkám si: „Tak teď se to stalo jednou, teď se to stalo podruhé...“ Pak zas bylo pár dnů klidu. Pak se to zase stalo...A jak se to začalo vopakovat čím dál tím víc, tak už si člověk říkal, že tohle nemám zapotřebí. Abych vstal... těžce z postele, čekal, jestli se za těch...10, 15 minut rozejdu, ten krok udělám, nebo jestli prostě začnu volat po pomoci...Aby mě někdo teda se mnou něco pomohl, jo, tak to už bylo spíš takový, že mučit sám sebe už člověk nechtěl. To byl ten důležitý asi krok.

V: Takže jste měl potřebu sám sebe opečovat, vymanit se z toho...Takže chápu dobře, že tam byla vidina toho, že to bude lepší...?

R: Ano, byla to vidina toho, že to bude lepší, jo. Člověk si, ano, tam někde vzadu ta možnost, že to dopadne špatně, byla a držela se, jo, ale v tomhleto začátku, při tom rozhodnutí, jestli jít, nebo nejít, tak to bylo hodně tím, že pomůžu hodně sám sobě...že to nemusí dopadnout úplně tak špatně...

V: Nenapadlo Vás teda vyhledat nějakého psychologa nebo někoho, kdo to prožil nebo...

R: Ne, nenapadlo. Pro mě to třeba bylo nový, jo. Nenapadlo mě se třeba zeptat v nemocnici, jestli někdo není takovej, kdo by mi třeba o tom řekl blíž, jo. Já jsem se v tu dobu v podstatě...dá se říct laicky...věřil jsem doktorovi, kterej se mnou 4 roky spolupracoval...úplně ideálně.

V: Takže chápu dobře, že Vám to ani nenabídli.

R: Ne.

V: Uvítal byste to? Že by Vám nabídli: „Tady máte možnost psychologa...“ nebo „tady máte možnost si popovídat s někým, kdo už to prožil.“ nebo...

R: Bylo by to vítaný. Protože...obzvlášť třeba kdyby člověk věděl, jak budou probíhat ty první dny v té nemocnici, jo. Že tam to bylo úplně něco jinýho. Tam člověk jakoby když ho přivezli z té JIPky, tak...to bylo takový dost...dost...úděsný. Jednak ještě nafedrovanej všim možným, protože to teda bolelo jako čert,...jo. A ten pocit toho, že jako najednou to není...stačil špatnej lehkej pohyb a vono to najednou začalo bolet a bolelo to hodně, takže to bylo takovej ten pocit, kdy člověk si říkal: „Jestli já z tohohle někdy vylezu z postele, tak to už asi bude zázrak.“ Jo. Prostě ten začátek by to bylo fajn, kdyby...bylo si s kým třeba o tomhleto popovídat. Co toho člověka jakoby reálně čeká. Ne mazání medu, že to bude dobrý, že ano, chvíli to bolet bude a pak to bude dobrý. Spíš takový to reálný. Projít, že třeba, jo, po té operaci třeba ten 2., 3. den ho budou začít pomalu stavět na nohy. Aby měl takovej nějakej vobrázek, co se tam teda bude v tu dobu toho ležení konat.

V: Nenapadlo vás to tedy, vyhledat někoho takového?

R: Nenapadlo. Ani nějak nad tím člověk neuvažoval.

V: A teď zpětně...?

R: Teď by to bylo ideální. Teď bych to uvítal. Když bych, dá se říct, musel na to samý... jak bych to řek správně... Kdybych měl, dějme tomu...věděl, jak to je, hmm...že teda musím na operaci, tak bych asi hledal. Věděl teda, co mě čeká asi už teda v podvědomí věděl už po té první zkušenosti, jo, s něčím třeba jiným. To taky není úplně to, co bych chtěl říct, ale...Kdyby se vrátil čas a měl bych tyhle zkušenosti, tak bych si rád s někým rád vo tom popovídal, rád věděl, co ho čeká. A zase...rád bych věděl ty informace přesný a ne....jenom takový to vokrajově. Nemusím to vědět úplně do detailů. Ten průběh je u každýho jinej, jo. Ten průběh je u každýho jinej, jo. Takže člověk by se zase dozvěděl jen subjektivně něco. Ale byly by to informace aspoň nějaký, který by se zakládaly samozřejmě na tom reálu, že to ten člověk prožil, že s tím ty zkušenosti má a ví, co a jak. Jo. Nebo věděl by aspoň trochu, do čeho jde.

V: Jaký byl poslední měsíc nebo týden před operací? To už je blízko... Bylo to jiné?

R: Bylo to očekávání. Takový ty přípravy na to byly, jo, že teda už se to blíží...

V: Jak jste se tedy připravoval?

R: Tak člověk přemýšlel, co bude, ladil tak nějak ty věci ohledně práce, protože v tu dobu já jsem i končil v práci, protože to už dál nešlo, musel jsem skončit...a tak to bylo takový jako najednou byl člověk bez práce, to byla první věc...Teď byla ta vidina, že teda už se to blíží, že tam je ten měsíc a každej den to utíká víc, takže jednak teda i z potřeby té práce, že najednou člověk bude nějak omezenej, že už nebude vykonávat to, co jsem dělal třeba do teď...Že budu muset hledat úplně

něco jinýho, že se mi ten život trošku votočí. A to...vo dost. Si člověk uvědomil, že...až mnohem pozdějc jsem si uvědomil, že se ten život votočil vo hodně. Že to nebylo jenom, jak jsem si představoval, že to bude...na chvíli a budu se moct vrátit...to, co jsem třeba dělal, ale že se ten život votočí tím stylem, že budu muset na to koukat jinak, budu muset se sebou zacházet jinak a... v podstatě dělat věci...ať už ty samý, úplně jiným způsobem, anebo je nedělat vůbec.

V: A to jste si uvědomil těsně před tou operací?

R: Něco před, něco před, člověk si uvědomil, že asi něco...před tam jako něco...před...že tam změny budou, ale spíš až po tý operaci si člověk uvědomil, jak velký budou. Před tou operací ty změny člověk viděl úplně jinak, jo. Říkal jsem si: „Vono to za pár měsíců bude dobrý a budu moc fungovat tak, jak jsem fungoval třeba do teď.“ A ono to tak není, jo. Tohle je právě to, na co člověk není připravenej. To, co třeba chybí i tím, že kdyby se člověk popovídal s tím dotyčným, měl nějaký ty informace, jak to třeba bude probíhat a co bude následovat, tak by, tak by si to možná neidealizoval až tak úplně. Si myslím, dle svýho soudu. Říkal jsem si: „Budu třeba 3 měsíce mimo, budu 2, 3 měsíce mimo, dám se nějakým způsobem do kupy prostě...“ Říkali že teda, že lázně mít budu, že po tomhleto teda nárok na lázně bude, tak jsem si říkal, že jo, v lázním mně pomůžou, sem tam nějaká rehabilitace a podobně a že po 3 měsících už se zase namašíruju zpětně do práce a do starýho života. A vono ne...jo. Já myslím, že první probuzení...že takovým prvním velmi důležitým impulzem bylo probrání na JIPce. To byl první stimul, kterej si člověk zpětně uvědomil, že už to...nikdy takový nebylo a nebude. Aspoň ne zatím.

V: Vrátím se ještě zpět k té době před operací. Vnímáte rozdíl mezi vašimi potřebami mezi dobou, když už jste věděl o operaci, ale ještě to bylo daleko a dobou, když už to bylo blízko před tím? Zintenzivnily se nějaké potřeby nebo naopak se nějaké uklidnily?

R: (Smích)

V Nerozumíte otázce?

R: Ne, rozumím, rozumím. Přemejšlim, co tam bylo takovým jako asi tím důležitým milníkem, že jako ty potřeby...

V: Představuju si to tak, jestli jste měl větší potřebu se o tom bavit s blízkými, nebo naopak být s tím spíš sám nebo...co vám pomohlo...?

R: Mně pomohlo...takovýto nemyslet na to. Vodpoutat se vod toho, jo. To znamená, vypadnout ven,...bavit se a... člověk si říkal, že si na delší dobu užívám naposled, jo. Že prostě pak přijde tohleto, že si pak nějaký ty měsíce poležim, že přijdu o část toho života, kterej mám. To znamená, že nebudu si moct zajít ven, tak jak člověk znal, pobavit se s lidma venku, dojít si do hospůdky atd. Jo, tak si člověk tak jako tímhleto třeba užíval a trošku i ty...ty...vodsouval ty...ty starosti s tím nástupem. Tím, že teda když byla možnost, tak člověk prostě vypadnul a šel se bavit. I když třeba

neříkám, že to ze začátku bylo to bavení jednoduchý, jo. Furt tam tady vzadu bylo...tam někde vzadu to bylo, takovej ten výstražnej maják, že...chvíle to bavení prostě dobrý, nálada fajn, super, jo, a pak takový...to najednou: „Jo, hochu, a teď si to užíváš na dlouhou dobu naposled.“ A už to zase šlo jakoby do popředí, to, že teda je ten problém a...že to teda určitě nějakým způsobem tohleto vomezí.

V: A v tady té situaci, kdy jste měl potřebu z toho uniknout, a ono se to zase vrátilo...co jste v té situaci dělal? Co vám to pomohlo zvládnout?

R: Tak hlavně uvědomit si, že můžu utíkat, jak chci, a stejně před tím neuteču, jo. A že ať udělám, co udělám, tak prostě ten problém tady je a můžu se...vožrat, můžu dělat, co chci, a stejně mi to...stejně se to v podstatě nějakým způsobem...hmm...stejně to tam je furt. A furt se to blíží, jo. A můžu dělat, co chci, a nezabráním tomu. Jediným způsobem, jak bych já tomu mohl zabránit, je říct, že prostě nejdu, že...si tu operaci zruším a nepůjdu. A s tím stylem teda, že budu trpět tak, jak jsem trpěl do té doby. A budu fungovat v tom režimu, ve kterým jsem fungoval, to znamená doufat, že se jednoho krásného rána zvednu z postele a nemůžu udělat pár kroků, jo, takže to je....Takový to bylo, že ať už člověk dělal, co chtěl, ten problém stanul. Ten problém, ta operace, ten termín byl a byl jsem rád za každou v podstatě chvíli, kdy na to člověk i třeba nemusel myslet, jo. Nebo kdy ho cokoliv jinýho vodvedlo vod toho, aby...na to to myšlení bylo, jo. Ono třeba ten poslední tejden, když už se to vopravdu chýlilo těsně před, tak na to člověk myslel...čím dál tím víc, jo, protože už se to blížilo mílovejma krokama, hodně rychle, takže už nastávala taková ta nervozita, kdy se jako už člověk...už jsem si říkal: „Hele, je to tady a teď už bude jenom tohle, teď už bude jenom támhleto...a...už to nebude takový, jaký to bylo, jo, doteď...“

V: Takže vlastně před tím jste měl větší tendenci o tom mlčet, než mluvit. Chápu to dobře tak, že jste o tom raději neslyšel?

R: Jo, ano, ten poslední měsíc...ty první 3 tejdny bylo lepší to prostě neřešit. Užívat si ten život, dokud je, jaký je, jo. Nebo dokud je aspoň v tom stylu, jaký byl. A pak...ten poslední tejden už se to votočilo, jo. Už člověk měl potřebu jako začít vyjadřovat občas pochyby někde...že teda ano, ten strach tam je, že se to nemusí povíst,...že...to už nebude takový, jaký to bylo, že člověk o něco přijde, jo. A bylo potřeba...si vo tom s někým popovídat.

V: Jo, a měl jste tedy tu možnost?

R: Ta možnost byla, jo. Což je fajn. Bylo si s kým popovídat.

V: No a teď teda po té operaci. Říkal jste, že jste měl po operaci pocit bezmoci...

R: No, pocit bezmoci...když se člověk probere na posteli a...má teda jednak v sobě ty, ten dren, že jo, a tyhle věci, tak...koukat do stropu, ležet a při jakýmkoliv pohybu všechno cejtít, jo, má člověk pocity...že snad v životě nevylezu z té postele, jo. Ten, ten, ten návrat z té JIPky na normální

pokoj, to jako bylo docela...to člověk říkal: "Co to je?" Protože oni chtěj hnedka rentgeny, jestli...jak to vlastně dopadlo, nebo takový ty začáteční rentgeny...A ten problém, když mě pouštěli vlastně večer z JIPky, tak už nastávaly problémy...teda jestli to byl...jo, asi to bylo večer...z tý JIPky si toho člověk moc nepamatuje, jo...takže...to je takový to delirium, kdy tam člověk slyší jen pípání těch přístrojů, kouká vobčas, jak tam běhá ta křivka a pak zas upadne do...do...sladkýho bezvědomí, bolestivýho bezvědomí...Tak to bylo takový jako...mě přivezli, nadávalo se tam hodně, protože mně měli na JIPce vyměnit dren, vyprdli se na to, nechali ho...špinavej, všechno, tak to byl první problém, druhý problém, že nebyli lidi, kdo by převez,...potom jak mě měli dovést na ten rentgen, tak se mnou poslali chudáka holku a kluka. Ta holčina moc síly neměla a to tělo je...ta mrtvá váha, když se člověk nemůže...když člověk nemůže pomoci, jo, vzepřít se nebo něco takovýho, tak jako ten pocit, když se mnou švihli na ten v podstatě rentgen, když mě přehodili teda s tou vši silou teda, co měli, tak jsem říkal: „To snad bylo moje poslední hození“, protože to bolelo úplně všechno, já měl pocit, že mám vysápanej snad ten dren venku a popraskanou půlku stehů, jo. To byl ten problém, jo. A pak jako navezli zas zpátky na pokoj a člověk jenom ležel, chodil, nechodil vůbec, chodily jenom hlavou jenom ty myšlenky, jestli vůbec začnu chodit znova, jo. Protože...to nešlo.

V: Jak se Vám teda vracelo zpět z té nemocnice?

R: Vracelo zpět z nemocnice...připadal jsem si, že mě snad z té nemocnice unesli. Když mám brát ten...musím říct, že fajn byla rehabilitační sestra, jo, kdy teda měla trpělivost, cvičili, říkali, co a jak. Tohleto je třeba dobrý. To bych zmínil, že to člověku potom dost pomůže a...je ten přístup těch sester a toho personálu. To je první věc, jo. Ta ochota pomoci, když člověk...se poprví postaví na vlastně po těch pár dnech, začne se mu točit před hlavou celej svět, tak...to říkali teda všichni, že jako ...hmm...že bylo řečeno, že se ten svět začne točit, no...člověk má pocit, že nezačne, jo. Jenže jsem se postavil do toho chodítka a vono to chvilku bylo dobrý, jo. Sice jsem těma nohama moc nehejbal nebo to, ale, jo...a pak teprve to dorazilo, jo. Pak přišla ta fafka, kdy se člověk teda s chutí vrátil na tu postel a říkal si, jo...Že měl teda ohromnou motivaci, že jsem chtěl chodit, jo. Že co mně třeba říkali i doktoři, že je vidět, že se snažím chodit sám, že mě k tomu nemusej nutit jako některý jiný. Že prostě nechtěj chodit, jo, že se boje chodit, jo. Já jsem chodil dost často v tom chodítku, i když člověk by asi neměl tak moc, ale drandil jsem po chodbě, po pokoji. Člověk...učil se pak to stání, to jedení na tom chodítku. To jako někdy to bylo dost...jako pocit i toho hladu třeba nebo ne hladu, ale toho, že člověk nemá chuť jíst. A co bylo dost stresující, je jít na záchod po tý operaci. To je...když mě pak vyndávali dren a to, tak jako...neměl jsem potřebu moc jíst, protože jsem se bál si sednout na záchod, jo, aby se něco nestalo, jestli se zvednu, jak to bude vůbec probíhat, jestli to bude hodně bolet, nebo málo bolet, jo...jak to bude. Tak to bylo jako takový, takovej ten stimul, kdy měl člověk strach.

V: Takže jsem tam zaslechla ten přístup sester, toho personálu a nějaká další potřeba? Potřeboval jste něco po té operaci? Když jste byl v nemocnici...No, po té operaci, co jste potřeboval?

R: Tak člověk rád slyšel, jak to vypadá, takže zase informace. Hodně tam záleželo na tom přístupu...Je to tak, jo. Je pravda, že v nemocnici jsem moc nepobýval, ale tak člověk to viděl i u...i z jiných úhlů, když třeba marodil táta a když jsme jezdili do Motola, tak hodně pomáhá na tu psychiku i...ta péče těch jednak doktorů a jednak i celého toho personálu, jo. Není to jenom že by se řeklo, že když člověk něco potřeboval, řek a záleželo na personálu, jak to bylo. Byly sestřičky, který pomohly se vším všudy, byly sestřičky, který byly protivný, nepříjemný, odměřený. Občas to vypadalo, že když se člověk v noci probudil v bolestech, že...je to vobtěžuje, vůbec si i říct o prášek na bolest, kdy to vopravdu v tom začátku hodně bolelo, jo. Tak říct, zazvonit si třeba ve 3 ráno, že prostě to bolí, že bych docela rád něco na tu bolest nebo něco na spaní...Po tý narkoze... člověk byl vyspalej a pak třeba ve 2 ráno...na chvilinku člověk usnul a ve 2 ráno třeba do 4 do rána byl vzhůru, jo. A to tělo potřebovalo i ten spánek na tu regeneraci, na to všechno, jo. Tak říkám, na tom přístupu těch, toho personálu záleží taky asi hodně. Pak se ten člověk cejtí v té nemocnici mnohem líp a i pomáhá to jakoby tomu psychickému stavu, což...je dost důležitý. Ta psychika po těhletých zákrocích, po tydle operaci...aby ten člověk měl pocit, že jako se mu ty lidi snažej pomoci, že se snažej ho vrátit zpátky a že se na ně může vobrátit s čímkoliv a nebude to problém, jo. Vono pak i to, to psychický hojení, ta psychika pomáhá i tomu uzdravování, tý chuti jít dál a snažit se...jo. No a jinak jako ta cesta z té nemocnice, o tom by se dalo polemizovat samo o sobě, jo, vypadalo to, že pan sanitář má...má...závodní zkoušky na formule, protože jednak, jednak první co, tak mně vynadal, jo, protože...to propouštění taky bylo rychlý. My jsme byli dohodlí s panem doktorem, že mě pouštěli vlastně ve středu, myslím, v úterý jsme se dohadovali, že si mám při ranní vizitě rozmyslet termín, kdy chci jet domů, že jako to vypadá zatím dobře, že mě viděl chodit na chodbě, což je fajn, že už jsem pak chodil i bez chodítka, což bylo parád...což říkal, že je dobře, že jsem se toho chodítka zbavil dost brzo...a že si teda mám rozmyslet jakoby ten návrat domů, jo. Měli jsme dohodlí něco s rehabilitační sestrou, že mi ukáže cviky, kterýma si ty svaly vrátím zpátky do pohybu atd. Druhý den ráno ve středu přišel nějaký pan doktor na vizitu, povídal, že můžu jít domů, že mě propouštěj hned, že potřebujou lůžka, že maj dneska 5 operací a že je nemaj kam ubytovat, takže když mě viděl, jak chodím, tak že jako jsem v podstatě schopen jít domů. A když o hodinu později přišel můj doktor a povídal: "Jak jste se rozhodnul?" Tak já říkám: "Pane doktore, já jedu domů." A on: "Cože?!" Tak pak tam jakoby ten převoz...je to taky takový...jako došel jsem si do sanitky v podstatě napůl sám, jo a pak byl problém v sanitce, protože zapomněli sanitákovi říct, že povevou ležáka a že mě nemůže nechat na sezení, ale že musím ležet na rovno. A voni tam nacpali sedačky, takže já ale...to byl konec. Pak mě vyhodil u baráku, tak mi v prostřed silnice zastavil,

vykopnul mě z lehátka, hodil mi tašku, řek tady seš doma a čau. A jako...kopeček namrzlej takhle dolu, žádný schody, nic. Tak těma šouravejma krokama měl člověk pocit, že si tu hubu rozbije úplně stoprocentně, jo.

V: K tomu vracení se...Jaké jste měl potřeby po té operaci, když jste se vracel?

R: Tak hodně záleželo na úpravě baráku, jo, protože to byly potřeby, kdy jako 14 schodů do patra je 14 schodů do patra. A když to má člověk scházet x krát za den, tak toto...A potřeba klasicky popovídat si s někým, sdělit. Spíš cejtít i ten zájem nebo takhle. Že je o toho člověka jakoby zájem, že to není další překážka, která leží na posteli.

V: Jo, cítil jste tohle? Cítil jste ten zájem?

R: Jojojo, to zas bylo v pohodě, jako. Postaraný bylo dobře, jo. S tím, že teda mně dál, dá se říct, cepovali ve šp...nebo jsem se cepoval tak nějak jako sám. Ne, že by mě cepovali ve špitále, ale spíš jsem prostě chtěl chodit. Doma měli třeba strach, že...nebudu chtít chodit. Že budu ležet, jo, že prostě nebudu, nebudu mít ten zájem jakoby hned ze začátku chodit. Takže já...když...než jsem se vracel ze špitálu, tak vlastně jsme hodně mluvili třeba s rehabilitační, co dělat doma, jo. Že teda ptala se, i sama se mě teda ptala, jak to doma vypadá, jaký to je, když se teda ještě k tomu vrátím, tak jak to u nás vypadá, že jo, v podstatě, aby věděla, co dál. A já jsem se...i sám se člověk jakoby měl chuť zeptat, co můžu, co nesmím. Abych věděl, abych si to něčím nepoškodil a zároveň abych měl nějaký ten pocit, že teda doma doma můžu něco udělat, krom teda toho permanentního ležení těch prvních 6 tejdů, jo, skoro. Krom chození a ležení tam nešlo skoro nic.

V: A dostal jste ty informace?

R: Vod ní jo, vod ní jo. A samozřejmě i od doktorů, že jako tendle režim mám v týhle a týhle době, vod týhletý a do týhletý doby můžu dělat tyhle věci no a...zbytek už na kontrolách a tak dále, jo. Ale od rehabilitační jsem vlastně dostal podrobně manuál, co teda můžu, od kolikátýho dne to můžu dělat. Buď ty cviky, instruovala mě, co se týče teda chození. Ptal jsem se, co si třeba vzít na to chození, jo, že protože berle rozhodně nešly, to nepřicházelo v úvahu, tak říkám jako co krom berlí můžu mít na tu podporu, že jo. Tak...nordic hole. Tak jsem volal hnedka domů, že teda potřebuju hole, tak jsem měl hnedka koupený hole a v tom sněhu jsem začal chodit pomalu s holema. Nejdřív teda asi 2 dny jsem to šoural jenom po kopečku a pak už jsem šel k tetě, což je asi 200m, ani ne 200m od baráku, tak to už jsem tak jako pomalu přecházel a chodil jsem furt, jo. Nesměl jsem sedět, tak pro mě to bylo permanentní chození, kdy člověk teda chodil furt. Tohleto bylo třeba fajnový, že jako...i sám člověk na sobě cejtít, že chodí, že se jako nějakým způsobem lepší. I když samozřejmě ve spoustě jinech věcí ho to omezovalo.

V: V čem Vás to omezovalo?

R: V čem to omezovalo? V čem to omezovalo...Samozřejmě člověk je zvyklý za volantem, tak řídit. Nemoh jsem si dojet, nemoh jsem si sednout do auta, nemoh jsem si dojet nakoupit, nemoh jsem si dojet podívat za kamarádama. Byl jsem odkázanej na to, že za mnou museli jezdit, jo. Omezovalo to ze začátku...s koupáním, se vším. Kdyby to bejvalo nebylo upravený...to samotný i toaleta, nástavce a tydle věci, to je úprava sprchy, to vomezuje dost. Není možný si sednout, není...není možný si jít, když to řeknu blbě, zasáňkovat, jo. Takhle hnedka po operaci... to nejde (smích). Což vomezuje v některých činnostech, jo. Ale...zůstalo tam to chození, což bylo možná to jediný, co mi třeba pomáhalo, jo. Že jsem prostě chodil. Měl jsem tu vidinu, že každý den dojdu dál, jo. Anebo že vydržím prostě chodit dýl, než jsem chodil 2 dny před tím, nebo tejden před tím, jo. Nebo že vůbec...že chodím takhle...když jsem si to vzal z pohledu z nemocnice, když jsem začal chodit na chodítku a pak už s tema holema, jo.

V: Jak jste si tedy takhle udržoval ten optimismus?

R: To zlepšování pomáhalo, že měl teda člověk vidinu toho, že...I prostředí samozřejmě...von ten špitál jako moc taky nepomůže na tohleto. Lidi kolem pomáhali, když se teda někdo přijel podívat, tak se popovídalo. Zase...hmm...někdo se ptal, jak to probíhalo, někdo ne...nenutil mě nikdo teda nic říkat, pokud jsem nechtěl, jo. Když se mě někdo chtěl zeptat, tak se samozřejmě zeptal, já jsem mu rád odpověděl. Že mu to nikdy nepřeju tohleto vyzkoušet. Kolikrát jsem sám říkal, že kdyby mě tohleto mělo následovat ještě jednou, tak ani náhodou, nikdy v životě, jo. To, že...protrpět těch 7 dnů stejně, jako jsem je protrpěl poprvý, tak to radši...tak to nikdy. Vono...takhle si to člověk řekne a pak stejně skončí tím, že bude ležet ve špitále....

V: Když to shrnete, tak na jaké jste narazil bariéry v uspokojování Vašich potřeb?

R: Hmm...Jak by se to řeklo...To omezení tam bylo v podstatě...skoro ve všem, jo, nebylo to...už vod té doby, co se člověk vrátil z nemocnice, bylo to tam...jestli to dobře chápu, tak to bylo...nemoh jsem si v podstatě některý činnosti udělat sám. To znamená...ohnout se, zavázat si botu...hmm...Dojít si přiložit, jo, sednout si v klidu k jídlu. V tom začátku to prostě neexistovalo. Třeba tohleto omezovalo. Omezovalo to, že si člověk nemoh nikam dojet, nikam dojít na nákup, nemoh si dojít, když to řeknu blbě, pobavit, jo. Tak tyhleto aspekty taky dost omezovaly člověka. A...v podstatě v té začáteční fázi pak není co dělat. Najednou člověk zjišťuje, že je doma a že není co dělat. Přestane bavit televize, přestane bavit radio, počítač neexistuje, k tomu nejde sednout, tak maximálně k nofasu a to taky člověka nebaví hned, jo... Není co dělat najednou, jo. Člověk hledá něco, čím by se zabavil, čím by ukrátil ten čas, když teda nemůžu...si jít zaběhat, nemůžu dělat něco venku, nemůžu dejme tomu vyrazit na túru nebo kamkoliv jinam, tak co dělat najednou s tím volným časem, kterej tam je, jo. Využít ho nějak normálně nebo aby to nedopadlo tak, že ten volnej čas ho bude najednou míjet a vracet zpátky.

V: Vracet zpátky?

R: Jakoby do toho stavu...do toho stavu, kdy si člověk říká: „Proč jsem se vůbec do tohohle toho dostal?“ nebo „Proč jsem vůbec na tu operaci šel?“ atd. Takovej ten návrat k tomu... k těm depresím, jo. Věřím tomu, že některý, když to maj třeba kolikrát za sebou, anebo nejsou...nemaj třeba nikoho za sebou nebo maj omezený možnosti se třeba s někým pobavit nebo popovídat, tak to asi je pro ně složitý. Já třeba musím říct, že jsem tu výhodu měl, že ty lidi za mou byli...nebo okolo mě byli...a měl jsem...tu jistotu, že když jsem něco potřeboval, nebyl problém.

V: Já jsem tu otázku myslela spíš tak, že když si shrnete celé to období, tak jste něco potřeboval. A mě zajímá, jestli tam byly nějaké překážky, které vám nedovolily naplnit to, co jste potřeboval.

R: Třeba informace, jo?

V: Jo, třeba příklad: Máte potřebu být informovaný, takže jestli jste byl informovaný tak, jak jste potřeboval.

R: Když to vezmu z pohledu třeba tohohle toho, tak základní informace člověk dostal vod doktorů, bylo to fajn. Co chybělo, je třeba ta zkušenost právě...vod někoho, kdo už to má za sebou, to třeba strašně chybí. Podle mě to chybělo dost, protože si to člověk sám nedokázal představit, jo. Nebo sám si to člověk nedokáže představit, dokud si tím vopravdu neprojde na vlastní kůži, tak si to představit nedokáže. Tak třeba tohleto je taková věc, která tam, která tam chybí, jo. Kdy by někdo řek: „Hele, dám ti kontakt na tohohle toho člověka. Má tu operaci, kterou jdeš ty, za sebou, tak pokud budeš chtít, tak si ho zavolej, dohodněte se spolu a von ti řekne, co tě třeba čeká, jo. Pokud to chceš vědět, tak se s ním zkontaktuj, von ti to poví.“

V: Krom těch informací a setkání se s někým dalším, bylo něco dalšího, co jste potřeboval, ale byla tam ta překážka, že to nebylo naplněno?

R: ...Pro mě byly asi důležitý ty informace, jo. Z mého pohledu nejdůležitější ty informace. Ono to, že pak nemůžu chvíli dělat tohle, nebo....nebo...já nevím, jak bych to řek. Že třeba nemůžu v tu danou chvíli dělat tohle, to už je pak okrajový, to už se pak vyvine vždycky z tý jedno...z toho jednotlivýho případu, ale pokud člověk nemá ten základ, ty informace, tak to je pak podle mě velkej problém, protože neví, co si pod tím má představit. Neví, co ho čeká, jo. I kor když bych třeba srovnal ten přístup nemocnice X, tak ... hmm... tam bych se k těmhletěm informacím, třeba co jsem dostal v Y, vůbec nedostal, jo. Sice neříkám, že byly úplně komplexní, ale kdybych...ta péče to samý. Co mně třeba, jo, co mně třeba vadí, možná to s tím i souvisí, je přístup doktorů, jednotlivých, i rehabilitačních, jo...každej říká něco jinýho. V lázních mě učili celej měsíc cviky tak a člověk se dostane k jinými rehabilitačnímu doktoru a najednou je to všechno špatně. Byl bych rád, kdyby byl jeden člověk, kterej by dokázal říct: „Tohle jsou cviky, který ty budeš dělat v tomhleto období a budeš se jich držet a budou to cviky, který tě budou provázet teď momentálně

po 2, po 3 roky a musíš se jich držet. Pokud si k tomu něco sám přidáš, budu rád, když to se mnou zkonzultuješ, abych věděl, zdali ti to neublíží.“ atd. Tohle třeba ohromně chybí. Ten jednotnej přístup. A možná ještě dostupnost pomůcek...Bylo by fajn, když člověk jde do lékárny k odborníkům, aby se dověděl, co na tu...věc může použít. Jakej v podstatě cvičební nástroj. Třeba ty rehabilitační pomůcky by bylo úplně fajnový, kdyby i v té nemocnici někdo řek: „Hele, bylo by dobrý, kdyby sis koupil tohle, tohle...“ Oni nějaký základ řeknou, ale jsou věci, který jsou méně častý, necvičí se s nima tolik nebo se k nim člověk dostane třeba jenom v těch lázních, jo. Ale už...už se to nedostane někam jinam, jo. To by bylo třeba docela dobrý. Vono to tomu člověku docela pomůže, že pak netápe, nehledá, nehledá sám.

V: Udělal byste něco jinak teďka? To, jak jste se rozhodnul, jak jste přemýšlel, jak jste se zachoval...Udělal byste něco jinak, když to teď vidíte zpětně?

R: Hmm...možná bych se tak dlouho nerozmejšlel, jo. Šel bych možná dřív, jo. Než...čekat do úplný krajnosti.

V: Jak jste na tom teda teď?

R: Teď? No,...vohnu se minimálně, ale chodím.

V: Bolí Vás to?

R: Hmm...chvílema jo, jsou dny, kdy to bolí. Jo, vopravdu musím říct, že vobčas to zabolí. Je to změnou počasí, budiž, jo. Může to bejt námahou. Člověk zkouší, co může. Takže mi nikdo neřekne pořádně: "Teď už můžeš tohle."

V: Jste na tom teď ale líp než před operací, chápu to dobře?

R: Jsem na tom líp, jo, jsem na tom líp. To znamená...už se v noci neprobouzím s tím stylem, že mě brněj nohy. Když vstávám z postele, tak vstanu a jdu, ne že se musím 10 minut přemlouvát, jestli mně ta noha udělá krok dopředu anebo neudělá...Takže...

V: Tak jo, to je všechno. Děkuji...