

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VÍRA JAKO SOCIÁLNÍ OPORA

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Urbanová

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Votroubková

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FAKULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICAL

DEPARTMENT NURSING

FAITH LIKE SOCIAL SUPPORT

Bachelor's thesis

Author: **Tereza Urbanová**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 28.4.2008

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Michaele Votroubkové za vedení mé práce, za cenné připomínky a čas, který mi věnovala.

Můj dík patří také vrchní sestře Charitní ošetrovatelské péče Mgr. Marii Hubálkové, která mi umožnila výzkum u jejich pacientů, poskytla mi podnětné připomínky a pomoc při vypracovávání výzkumné části.

V neposlední řadě děkuji rodině a přátelům za poskytovanou oporu a za optimismus, který mi dodávali v těžkých obdobích studia.

OBSAH

Úvod	7
1. Teoretická část práce.....	8

1.1. Cíle teoretické části práce.....	8
1.2. Holistický pohled na člověka a jeho potřeby.....	9
1.2.1. Lidské potřeby.....	9
1.2.2. Hierarchie potřeb podle Maslowa.....	9
1.2.3. Metapotřeby.....	10
1.3. Sociální opora.....	12
1.3.1. Sociální síť.....	13
1.4. Pozitivní psychologie.....	15
1.4.1. Well-being.....	15
1.4.2. Naděje.....	16
1.4.3. Radost.....	17
1.5. Víra.....	19
1.5.1. Náboženství.....	21
1.5.1.1. Náboženství u nás.....	21
1.5.1.1.1. Křesťanství.....	22
1.5.1.1.1.1. Křesťanství u nás.....	23
2. Empirická část práce.....	25
2.1. Cíle empirické části práce.....	25
2.2. Metodika práce – kvalitativní výzkum.....	26
2.2.1. Zdroje odborných poznatků.....	26
2.2.2. Charakteristika souboru respondentů.....	26
2.2.3. Užitá metoda šetření – kvalitativní výzkum.....	26
2.2.3.1. Rozhovor.....	27
2.3. Realizace výzkumného šetření.....	28
2.4. Vlastní rozhovor.....	29
2.5. Interpretace rozhovorů s pacienty.....	30
2.5.1. Rozhovor č. 1.....	30
2.5.2. Rozhovor č. 2.....	31
2.5.3. Rozhovor č. 3.....	32

2.5.4. Rozhovor č. 4.....	33
2.5.5. Rozhovor č. 5.....	34
Diskuze	36
Závěr	39
Anotace	40
Použitá literatura a prameny	42
Seznam zkratk	45
Seznam příloh	46
Příloha – Polostandardizovaný rozhovor.....	46

ÚVOD

Nemoc pro člověka znamená radikální útok na jeho životní hodnoty, jedná-li se o závažné onemocnění je tento jev ještě markantnější. Přehodnocuje své životní postoje a smysl, který svému životu dává a klade si mnohé otázky. Co je v životě opravdu důležité? V co mohu doufat? Kde mám brát sílu a naději? Proč jsem onemocněl a jak teď dál? Každý hledá odpovědi někde jinde. Cesta mnohých vede k něčemu co člověka přesahuje, někdo se začne zabývat jógou, někdo se ponoří do tzv. bio životního stylu a další začne pokukovat po některém z náboženství. V dnešní době, kdy zde vedle tradičních náboženství máme široký repertoár různých nově vznikajících sekt a „sektiček“ je nabídka opravdu bohatá.

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma víra jako sociální opora. Z důvodu šíře tohoto tématu jsem se rozhodla zaměřit především na víru v náboženském slova smyslu. Toto téma mě zaujalo, protože jsem si již mnohokrát během své praxe zdravotní sestry všimla lidí, kteří ačkoli byli vážně nemocní, bývali vždy dobře naladěni, snažili se rozdávat úsměvy a říci druhým vlídné slovo. Říkala jsem si, kde k tomu asi berou sílu. Přemýšlela jsem, co je zdrojem jejich naděje, optimismu a pokorného přijímání jejich utrpení. Při bližším kontaktu s těmito pacienty jsem zjistila, že významnou roli zde hraje jejich víra.

Protože se jedná o pole opravdu široké, nedělám si ambice, že bych ho dokázala plně obsáhnout. Chtěla bych se zde věnovat především oblastem souvisejících s ošetrovatelskou péčí. V teoretické části práce jde o vysvětlení holistického pohledu na lidskou bytost, definování sociální opory a dalších úzce souvisejících pojmů, pojednání o víře a její zařazení do širších psychologických souvislostí se zaměřením na víru náboženskou. Mým cílem je zmapovat roli víry jako sociální opory u vážně nemocných pacientů, o které je pečováno v domácím prostředí.

Počítám také s tím, že v závěru práce může dojít k tomu, že vyvstane mnohem více otázek než bude odpovědí plynoucích z výzkumné části práce.

Používám-li v textu pojem nábožensky věřící člověk, rozumí se tím někdo, kdo víru žije, modlí se a hledá Boží vůli ve svém životě (Kašparů, s.15, 2001).

1. Teoretická část práce

1.1.Cíle teoretické části práce:

- vysvětlit teorii holistického přístupu k lidské bytosti
- definovat pojem potřeba a rozlišit potřeby dle Maslowovy hierarchie
- ukázat důležitost pojmání potřeb člověka v celé jejich šíři
- vymezit pojem sociální opora a další úzce související pojmy
- definovat faktory ovlivňující míru sociální opory
- vysvětlit roli pozitivní psychologie v kontextu současné psychologie
- uvést příklady zkoumaných oblastí v rámci pozitivní psychologie
- ukázat pojem víra v širších souvislostech
- vysvětlit pojem náboženství a zjistit náboženskou situaci u nás
- stručně charakterizovat nejrozšířenější náboženství na světě

1.2.Holistický pohled na člověka a jeho potřeby

Současný trend moderního ošetrovatelství spočívá v péči o člověka jako celek, ne pouze jako o souhrn jednotlivých částí a procesů. Tento přístup má základ v holismu. Pojem holismus pochází z řeckého slova holos (celek), je to filosofický směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním jeho částí, ale že celek podstatně ovlivňuje fungování jednotlivých částí. Princip, že celek je víc než jen souhrn částí, poprvé vyslovil Aristoteles (Holismus, (2008) (on-line)).

Pro zdravotnickou praxi to znamená, že organismus je více než jen souhrn orgánů nebo buněk, že při léčbě onemocnění nestačí tzv. „opravit“ poškozený orgán nebo tkáň, ale přistupovat k terapii a péči komplexně s ohledem na veškeré potřeby nemocného (Trachtová, 1999, s.11).

1.2.1.Lidské potřeby

Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo nadbytku něčeho zcela konkrétního, motivující člověka k vyvinutí aktivity, která by vedla k nápravě této situace a uspokojení určité potřeby. Lidské potřeby vycházejí z několika oblastí. K osvětlení nejdůležitějších oblastí potřeb nám může pomoci definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která vymezila zdraví jako stav úplné tělesné, duševní, sociální a duchovní pohody člověka. Moderní ošetrovatelství se z největší části zabývá potřebami z oblasti biologických potřeb. Menší část své pozornosti, dle mých zkušeností z praxe, se věnuje psychické a sociální stránce potřeb, nejvíce bývají zanedbávány duchovní potřeby nemocných, pravděpodobně z důvodu špatné měřitelnosti a menší výraznosti než u potřeb biologických.

Dalším faktorem vedoucí k opomíjení duchovních potřeb je skutečnost, že lidé kteří nejsou příslušníky nějaké konkrétní církve, kterých je v ČR většina, mají problém s identifikací svých duchovních potřeb (Vyšínová, 2007).

1.2.1.1.Hierarchie potřeb podle Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází hierarchické seřazení lidských potřeb. Jeho přístup k člověku je totožný s přístupem holistickým. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém potřeb, který je hierarchicky seřazen podle intenzity a důležitosti jednotlivých potřeb. Jedinec je integrovaný celek, který prožívá jednotlivé potřeby vždy celkově, např. to, že má hlad

se netýká jen trávicí soustavy, ale promítá se také do jeho vnímání, myšlení, cítění a chtění. Hierarchické seřazení potřeb každého z nás znamená, že nejprve se snažíme uspokojit svoje základní životní potřeby a teprve poté se věnujeme uspokojování potřeb vyšších. V praxi to znamená, že když nebudeme mít dostatek kyslíku, nebudeme se zabývat potřebou svojí seberealizace, ta nastoupí až po uspokojení základních životních potřeb.

Maslowovo dělení potřeb na vyšší a nižší:

1. *Nižší potřeby* - fyziologické potřeby (potřeba pohybu, čistoty, výživy, spánku, vyprazdňování, kyslíku..)
 - potřeby jistoty a bezpečí (potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře a spolehlivosti)
2. *Vyšší potřeby* - potřeby sounáležitosti a lásky (potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti a sounáležitosti)
 - potřeby uznání a sebeúcty (potřeba sebeúcty, sebekoncepce, potřeba uznání a souhlasu)
 - potřeby seberealizace (realizovat vlastní potenciál, potřeby růstu, tzv. metapotřeby) (Trachtová, 1999, s. 9-15).

1.2.1.2. Metapotřeby

Metapotřeby, jinak řečeno potřeby růstu, slouží k uspokojení potřeb z oblasti seberealizace. Řadíme sem potřeby poznání a porozumění, rovnováhy a harmonie, individuality, hravosti, smysluplnosti a další. Tyto potřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich uspokojování vede k psychickému a duchovnímu vývoji lidské osobnosti a k pocitu plnosti a smysluplnosti života. Vyjadřují potřebu překročení každodenní zkušenosti a směřují k potřebě transcendence a potřebě vyššího duchovního života. Pojem transcendence můžeme definovat jako „překročení“, které se vztahuje ke světu, který leží mimo zkušenost přístupnou smyslům. Tuto potřebu vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sebe samu, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu (Trachtová, 1999, s.14).

1.3. Sociální opora

Sociální opora je definována jako sociální proces, jehož základem je přátelský vztah, který je charakterizován vzájemnou důvěrou, blízkostí a náklonností. Existuje několik podmínek, které musí poskytování skutečně prospěšné sociální opory splňovat.

Daného člověka má spíše přitahovat, nežli ho k něčemu nutit. Ten, kdo sociální oporu poskytuje, nesmí budít dojem, že to dělá z povinnosti. Příjemci sociální opory napomáhá k vyšší míře jeho sebeocení a sebehodnocení. Oběma zúčastněným umožňuje vzájemnost, odstraňuje dojem trvalého, pevného, neměnného zaujímání rolí, kdy se jednomu přisuzuje role poskytovatele sociální opory a druhému role jejího příjemce. Zvyšuje přesvědčení příjemce sociální opory o tom, že se jeho schopnost zvládat těžké situace zvyšuje. Pomáhá příjemci sociální opory dosáhnout vyšší míry svobody. Odstraňuje přesvědčení a pocity příjemce, že je poskytovateli sociální opory na obtíž (Křivohlavý, 2002, s. 340-346).

Sociální oporu můžeme dělit podle způsobu jejího vnímání potencionálním příjemcem.

1. Sociální opora očekávaná (anticipovaná) je když daný jedinec předpokládá, že v případě potřeby mu bude poskytnuta pomoc, nemusí však dojít k čerpání této opory nebo předpoklad nemusí být správný.
2. Získaná sociální opora (objektivní, obdržená) je taková opora, kdy má daný jedinec již zkušenost s určitou konkrétní pomocí od lidí z jeho okolí. Lidé, kteří mají k dispozici dostatečnou sociální oporu mnohem lépe prožívají stresové situace a běžné denní problémy i v případě, že jde pouze o oporu předpokládanou a nemusí dojít k jejímu čerpání. Řada studií dokumentuje, že sociální opora má pozitivní vliv na psychické a somatické zdraví člověka (Šolcova, Kebza, 1999, s. 19-38).

Formy sociální opory dělíme do čtyř kategorií.

1. Instrumentální opora zahrnuje zejména pomoc materiální, finanční a asistenční služby.
2. Informační oporu tvoří svépomocné skupiny, které jsou složeny z lidí, kteří již sami podobnou situaci zvládli, vyměňují si své zkušenosti a poznatky.
3. Emocionální opora spočívá v dodávání naděje, uklidnění, sdílení těžkostí a projevech lásky.
4. Hodnotící opora pomáhá posilování sebevědomí, sebehodnocení, poskytuje pocit respektu a úcty (Michelová, (2008) (online)).

Sociální oporu je možné poskytovat buď v původním sociálním prostředí (sociální síti), která zahrnuje rodinu, přátele, spolužáky, spolupracovníky, sousedy atd., nebo

v tzv. dyadických formách, kde je ve dvojici lidí jasně stanovena role poskytovatele a příjemce sociální opory. Poskytovatelem dyadické formy sociální opory může být sociální pracovník, zdravotní sestra nebo psycholog. Příjemce je definován jako člověk, který se dostal do těžké životní situace a potřebuje tzv. „podržet“, pomoci. Tato forma pomoci má spíše profesionální charakter a vychází především z aktivity poskytovatele sociální opory. Dyadická forma poskytování opory se v největší míře vyvinuta v podobě tzv. mentorování, což znamená neformální konzultování daných problémů. Další způsob poskytování sociální opory je skrze svépomocné skupiny a skupiny vzájemné pomoci. Tyto skupiny jsou charakteristické tím, že jejich členové prožívají podobné těžkosti, mají potřebu tyto potíže vzájemně sdílet s někým, kdo jim dobře porozumí, předávat si cenné rady a zkušenosti. Oba typy skupin se vyznačují poměrně velkou mírou uzavřenosti. Dalším speciálním druhem skupinové pomoci jsou tzv. podpůrné skupiny skládající se z odborníků z různých oblastí a lidí trpících shodnou diagnózou. Tyto skupiny mají uzavřené členství a dochází zde k niternému odkrývání pacientových potíží a problémů (Křivohlavý, 2002, 340-346).

Neměli bychom zapomínat na to, že nevhodná forma sociální opory může mít kontraproduktivní efekt, např. nadměrná pomoc, která někdy bývá poskytována starším nebo tělesně postiženým lidem a kdy svojí nadměrnou pomocí zbavujeme dotyčného zbytků jeho sebeobsluhy a on získává pocit zbytečnosti a neschopnosti. Dalším příkladem je odlišnost představ o potřebě, např. člověk potřebuje úsměv, pohlázení nebo vlídné slovo a mi mu místo toho poskytujeme pouze materiální zabezpečení (Michelová, (2008) (online)).

1.3.1. Sociální síť

Sociální síť je propojená skupina lidí, kteří se navzájem ovlivňují. Nejčastěji je sociální síť tvořena na základě rodinných vazeb nebo společenských zájmů (Sociální síť, (2008) (online)). Neformální sociální síť je významným sociálním zdrojem. Její charakteristiky ovlivňují pravděpodobnost toho, zda se jedinec dostane sociální opory. Významnou charakteristikou sociální sítě je frekvence kontaktů s blízkými osobami, s příbuznými a přáteli. Druhým základním indikátorem je velikost sociální sítě, vyjádřená obvykle kvalitou vztahů, které jedinec vytváří s ostatními.

Během života se zdroje sociální opory mění, některé mizí, tvoří se nové, ale neustále plní funkci sociální opory, pouze ve změněné formě v závislosti

na životním období. U sociálních kontaktů s rodinou mají vyšší tendenci k četnosti kontaktů ženy. Jistě nás nepřekvapí, že nejvíce kontaktů s rodinou mají vdané ženy a ženatí muži. Kupodivu nemá na četnost kontaktů vliv počet dětí. Chronické onemocnění nebo fyzický handicap člověka ovlivňuje četnost kontaktů s rodinou velmi negativně, opak působí v případě, že není zachována jeho soběstačnost, poté vede ke zvýšení kontaktů (Šolcová, Kebza, 2003, s. 220-229).

1.4. Pozitivní psychologie

Někdy máme tendenci všimnout si především negativních stránek našeho života, ve zprávách z domova i ze světa převažují takové zprávy, které nás informují o válkách, občanských nepokojích, špatné ekonomické situaci a přírodních katastrofách. Méně často se soustředíme na to, co se děje pozitivního. Také psychologie se dříve zabývala především negativními jevy lidské psychiky. Jako reakce na toto pojetí psychologie vznikla pozitivní psychologie, která chce zdůraznit, že vedle negativních

jevů jako jsou úzkost, strach, obavy, bolest, deprese a vyhoření existují také pozitivní jevy jako je radost, naděje, víra, odpuštění atd. Tyto pozitivní jevy mají blahodárný vliv na zdraví člověka, poznatky, které získáme jejich studiem můžeme využít pro udržení a posílení lidského zdraví. Pozitivní psychologie je charakteristická kladením důrazu na sociální dimenzi psychického života, není pro ni již prioritní jedinec, tak jako dříve, soustřeďuje se spíše na prohlubování poznatků o vlivu sociálních faktorů na duševní život člověka (Křivohlavý, 2004).

Pozitivní psychologie není novinkou poslední doby, věnovali se jí už lidé v době antiky, kteří se ve svých spisech zabývali otázkami morální motivace, ctnosti, moudrosti a spirituality. Mění se pouze způsob zkoumání těchto jevů, který se stává přesnějším, systematictější a využívá experimentální způsoby vědeckého studia (Křivohlavý, 2004).

Cílem pozitivní psychologie je také péče o zdravý psychický vývoj, o kvalitní sociální život, o zrání osobnosti, o spění k moudrosti a o vedení smysluplného života (Mareš, 2001, s. 97-117).

1.4.1. Well-being

Jedním z pojmů, kterými se pozitivní psychologie je pojem well-being. Svým založením je to především psychologický pojem, ale zasahuje do dalších oborů jako je např. filozofie, sociologie, pedagogika, medicína. Ve slovnících je tento pojem vysvětlován většinou opisně, ve vztahu k dalším příbuzným pojmům. V anglicky psané literatuře je well-being přirovnáván k pojmu „satisfaction“ (spokojenost), často ve spojení „life satisfaction“ (životní spokojenost), ale také k pojmu „welfare“ (blaho), „pleasure“ (radost), „prosperity“ (úspěšnost) nebo k pojmu „happiness“ (štěstí), často též ve vztahu ke zdraví „health“ nebo „state of being healthy“ (zdraví) (Kebza, Šolcová, 2003, s.220-229). Někteří autoři nesouhlasí s používáním těchto pojmů jako synonym (Mareš, 2001, s. 97-117). Ale v praxi dochází k jejich častému vzájemnému prolínání (Kebza, Šolcová, 2003, s. 220-229).

S obsahem pojmu well-being úzce souvisí definice zdraví dle WHO, která charakterizuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní, společenské a duchovní pohody.

V řadě studií bývá osobní pohoda chápána jako součást kvality života. Osobní pohodu můžeme rozlišit na subjektivní a objektivní (Kebza, Šolcová, 2005, s. 1-8).

Vzhledem k tématu této práce chci zmínit vliv víry na osobní pohodu. Aby měla víra na osobní pohodu pozitivní vliv, musí být splněny následující podmínky:

1. Mělo by jít o vnitřně založenou víru.
2. Vlivem této víry by mělo docházet ke zvýšení pocitu kontroly nad svým životem nad jeho směřováním.
3. Další podmínkou je soulad mezi vnitřním prožitkem víry a jejími vnějšími projevy (Kebza, Šolcová, 2003, s. 220-229).

1.4.2. Naděje

Schopnost překonávání krizí, např. nemoci, závisí na míře naděje daného člověka. Můžeme ji definovat jako emoci, která se váže k představě, že vše co chceme a co si přejeme je možné. Můžeme ji také specifikovat jako emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého (Hartl, Hartlová, 2000). V antice patřila naděje mezi ctnosti a v křesťanství patří do trojice základních ctností, kterými jsou víra, naděje a láska.

Nadějí se v rámci psychologického světa začali zabývat nejprve kliničtí psychologové, kteří pracovali s vážně nemocnými pacienty a pacienty trpícími velkými bolestmi a všimli si vlivu síly naděje na zvládnání jejich obtíží. Mezi lidmi můžeme rozlišovat jedince silné a slabé naděje. Může nás napadnout, že to, zda má člověk silnou nebo slabou naději, závisí na jeho životním příběhu a na tom kolik prožil strastí a potíží, tedy, že člověk, který má život relativně bez potíží má silnější naději, než člověk, jehož život je plný „těžkých ran osudu“. Srovnáme-li těžkosti, kterými lidé během života procházejí, zjistíme, že není objektivní rozdíl mezi těžkostmi lidí slabé a silné naděje. Hlavní rozdíl je v tom, jakým způsobem se lidé staví k překážkám. Jedni se na životní překážky dívají jako na zvládnutelné a vypořádání se s nimi berou je jako výzvu a druzí je vnímají jako nezvládnutelné, jako past, do které jsou chyceni a z ní není východisko. Na rozdíl od lidí silné naděje se soustřeďují především na svoji vlastní bezmocnost, nemohoucnost a neschopnost (Křivohlavý, 2004).

Rozdíl mezi lidmi slabé a silné naděje spočívá také v oblasti emocí. Obě skupiny prožívají negativní emoce v těžkých situacích, ale rozdíl spočívá v intenzitě těchto emocí, lidé slabé naděje je prožívají mnohem intenzivněji. Důvodem je skutečnost, že lidé silné naděje mají větší dovednost v hledání a nacházení alternativních cest

k vytyčenému cíli, navenek se jeví jako flexibilní a kreativní jedinci. Zatímco lidé slabě naděje tímto způsobem uvažovat nedokážou (Křivohlavý, 2004).

1.4.3.Radost

Ráda bych uvedla pohled pozitivní psychologie na emoci jako je radost, protože ji považují za důležitý faktor ovlivňující zvládání těžkostí. Radost můžeme definovat jako emoci velkého potěšení a štěstí, případně stav štěstí a blaženosti, způsobený tím, že se stalo něco dobrého a uspokojivého. Osobní zdroje, které získáváme díky vlivu pozitivních emocí nekončí ve chvíli jejich vzniku, ale trvají a dokonce se sčítají.

Ukázalo se, že lidé po zažití pozitivní emoce mají širší repertoár zvládání a způsobu řešení problémů, dochází ke zvyšování pozitivního emocionálního stavu a můžeme sledovat tzv. spirálovitý jev, kdy zvýšené pozitivní emoce vedou opět k lepšímu způsobu zvládání problémů. Obecně to znamená, že v situaci, kdy se lidé budou cítit dobře, budou i lépe zvládat své problémy, což způsobí to, že se budou cítit ještě lépe. U negativních emocí se tento spirálovitý efekt neobjevuje.

To, jaký druh emoce budeme prožívat, závisí do jisté míry na našem rozhodnutí, jak se na danou situaci budeme dívat. Např. na sklenici, která je do půlky naplněna vodou, se můžeme dívat jako na poloplnou a být rádi, že máme čím uhasit svoji žízeň, nebo jí můžeme vidět jako poloprázdnou a být smutní, že polovina vody ve skleničce je již vypitá. Objektivně je situace stejná, ale v emocionálním prožitku je výrazný rozdíl. Své prožitky můžeme ovlivňovat tzv. pozitivním emocionálním laděním, které spočívá např. v tom, že se umíme radovat z maličkostí, všítat si krásných věcí okolo sebe, věnovat se meditaci, modlitbě apod. Tím dochází k pozitivnímu emocionálnímu přeladování a to pak může působit jako tlumič při setkávání se s životními těžkostmi. Problematice radosti se dnešní psychologie věnuje formou zjišťování kvality života a životní pohodou (well-being). Někteří lidé jsou neustále radostní, optimističtí, věci okolo sebe vidí jako pozitivní a radují se z nich. Na druhé straně potkáváme lidi, kteří jsou ustaraní, plní obav, nešťastní, mají deprese a vše vidí jen černě. Toto je ovlivňováno pozitivní nebo negativní afektivitou. Pozitivní nebo negativní afektivitu do značné míry ovlivňuje naše genetická výbava, můžeme tedy říci, že to, zda budeme radostní a optimističtí nebo smutní a v depresích je částečně ovlivněno dědičností (Křivohlavý, 2004).

1.5. Víra

Víru řadíme do jevů zkoumaných pozitivní psychologií, ale vzhledem k tématu celé práce ji uvádím zvlášť. Pojem víra můžeme vysvětlit jako spolehnutí se nebo důvěrné přiblížení se. Je to vztah, který je oboustranně otevřený a obsahuje minimum obraných postojů a minimum nedůvěry. Víra je rozhodnutí zařídit si svůj život podle mnou poznáných skutečností (Opatrný (2008) (online)).

Myslím si, že každý z nás má nějakou víru. Důkazem je např. to, že když nastupujeme do prostředku hromadné dopravy, tak věříme, že řidič tohoto vozidla vlastní řidičský průkaz a že nás v pořádku doveze na místo, kam se potřebujeme dostat. Nijak o tom nepřemýšlíme, prostě tomu věříme a bez obav nastoupíme.

Roli víry v našem životě poměrně dobře vyjadřuje zkušenost, kterou získali váleční chirurgové v lazaretech. Všimli si zde zajímavého jevu, že někteří lehce zranění vojáci umírali a jiní s těžkým zraněním se rychle uzdravovali. Při následném zjišťování a porovnávání okolností se došlo k závěru, že voják, který měl naději na návrat z fronty a víru v přežití, měl i větší naději na uzdravení. Ten voják, který ve válce všechny své blízké ztratil a neměl se ke komu vrátit, podlehl i banálnímu zranění (Kašparů, 2001, s.15).

Víra velmi úzce souvisí se slovem důvěra, pocházejí z etymologicky shodného kořene, jsou si blízko i svým významem a mají obdobný kladný vliv na zdraví lidí. V běžné praxi se ukazuje, že pacienti, kteří svému lékaři důvěřují, se uzdravují lépe a rychleji. Na důvěře a víře je také v podstatě založen účinek placebo. Důvěra v lékaře způsobuje to, že pacient dbá jeho rad a doporučení v souvislosti s terapií. Nedostatek víry a důvěry v možnost uzdravení se projevuje někdy až radikálním zhoršením zdravotního stavu pacienta.

Myslím, že objektů víry je nepřeborné množství, někdo věří v osud, v převtělování, jiný věří v astrologii, spiritismus, mimozemské civilizace apod., já se ve své práci zaměřím především na víru v Boha.

Náboženská víra se rodí s otázkami po smyslu života, po tom co je v životě skutečně důležité, po tom, co a proč má člověk dělat, v co může doufat, kde má brát sílu k životu i v situacích, kdy se blíží ke konci svého života atd. Odpovědi se snaží hledat v různých oblastech a následně si je sám formuluje.

Náboženskou víru můžeme rozčlenit na tři složky.

1. Obsahová - intelektuální, kognitivní
2. Vztahová – důvěra
3. Konativní – vztah k činnosti, kterou víra formuje a řídí

Podíváme-li se na výzkum, který se vírou zabývá, zjistíme, že výzkumníci zde postupovali od hrubších snadno měřitelných jevů k jemnějším a přesnějším kritériím. Mezi tzv. hrubší jevy počítali například skutečnost zda daný jedinec chodí do kostela, popř. jak často, nebo zda a jak často se modlí a čte bibli (Křivohlavý, 2001).

V první polovině 20. století významný americký psycholog profesor Gordon Allport definoval dvě základní charakteristiky víry. Tu, která vychází z hloubi nitra daného člověka jako jeho bytostné přesvědčení, jemuž věří a podle něhož žije, nazval

vírou intrinzickou. Od tohoto druhu víry odlišil víru extrinzickou, která má spíše vnější podobu víry a v pozadí stojí sociální, zvykové či zjištěné motivy.

Ke zkoumání těchto skutečností se používají dotazníky nebo tzv. škálování, které je založeno na stejném principu jako Vizuální analogová škála (VAS), s jejíž pomocí se v medicíně měří intenzita bolesti.

Jedna z prvních studií zaměřena na problematiku víry jako pozitivního faktoru ke zvládnutí stresu byla provedena K. I. Mattonem v roce 1989. Pojímal víru jako určitou dobu sociální opory a tzv. nárazník proti stresu. Zaměřil se na rodiče, kterým v nedávné době zemřelo dítě a zjišťoval co jim bylo oporou a co jim dodávalo sílu. Zjistil, že většina rodičů udávala křesťanskou víru. Zjistil také, že čím vyšší míru bolesti a žalu rodiče prožívali, tím vyšší byl důraz na sílu, kterou berou z víry (Křivohlavý, 2001).

Zajímavý poznatek přinesla studie pojednávající o spiritualitě žen s fyzickým handicapem, kde jedna z žen sděluje svůj názor, že díky svému handicapu je jistě spirituálnějším člověkem, než kdyby jí handicap nepostihl (Boswell, (2008) (online)).

Důležité je v co člověk věří, např. víra v ideologii náboženského společenství, které má ve svém pozadí cíl vytvořit závislost jedince na ní a zbavení ho osobní nebo ekonomické svobody má na zdraví člověka vliv negativní.

Víra z křesťanského hlediska je důvěra v Boha, věřící člověk souhlasí se všemi pravdami, které Bůh zjevil, věří v jednoho Boha ve třech osobách, v otce, syna a ducha svatého (Kompendium katechismu katolické církve, 2005, s. 24).

Velká část lidí má averzi k jakékoliv organizované víře, často si chtějí věřit, tak nějak sami a po svém. Proto v dnešní době tak narůstá poptávka po různých ezoterických naukách.

1.5.1. Náboženství

S vírou velmi úzce souvisí pojem náboženství. Žádná definice pojmu náboženství není zcela přesná. Ve většině evropských jazyků se používá pojem, který vznikl z latinského „religio“, což znamená ohled, lze je zhruba opsat jako „bázeň Boží“. Označuje projevy lidského vztahu k Bohu. V evropské kultuře je nejsilněji ze všech náboženství zakotveno křesťanství.

Náboženství je charakteristické především svojí orientací na Boha a na věci posvátné (Encyklopedie náboženství, 1997, s. 231). Mezi nejrozšířenější náboženství

na světě patří křesťanství, islám a judaismus. Všechna tato náboženství se souhrnně nazývají Abrahámovská, protože Abrahám je považován za duchovního praotce těchto monoteistických světových náboženství. Za světové náboženství je považováno takové náboženství, které má své stoupence po celém světě a není omezeno pouze na jeden národ. Tyto podmínky splňuje křesťanství a islám. Buddhismus a hinduismus nemá velký světový vliv, ale díky síle vlivu ve své mateřské zemi Indii je také počítán mezi světová náboženství. Stejně tak je židovství označováno za světové náboženství, protože jeho stoupenci žijí roztroušeni po celém světě, přestože je omezeno jen na jeden národ (Encyklopedie náboženství, 1997, s. 342).

1.5.1.1. Náboženství u nás

Podle výsledků sčítání lidu z roku 2001 se z desetimilionového obyvatelstva hlásí k některému náboženství asi třetina obyvatel. Asi milion lidí se odmítlo k otázce o náboženském vyznání vyjádřit a přibližně 6 milionu lidí uvedlo, že jsou bez vyznání. Je pravděpodobné, že tato skutečnost naznačuje spíše lhostejnost k náboženství než přímý protináboženský postoj. Velká většina věřících u nás se hlásí k římskokatolickému vyznání. Podle sčítání lidu to činí asi čtvrtinu všeho obyvatelstva (2,7 milionu). Poté následuje Českobratrská církev evangelická a Církev československá husitská, ke každé z nich se hlásí asi sto tisíc členů. Přibližně stejný počet respondentů se hlásí k různým dosud neregistrovaným náboženským společnostem, kam můžeme zařadit mimo některých křesťanských proudů i české muslimy, hinduisty, buddhisty a příslušníky dalších náboženství (Vojtíšek, 2004, s. 12).

Počet obyvatel, kteří se hlásí ke třem nejpočetnějším výše jmenovaným náboženským společnostem klesá v řádu desítek procent. Největší přírůstek mezi věřícími činí respondenti, kteří se hlásí k netradičním náboženským formám.

V posledních deseti letech můžeme sledovat nárůst oblíbenosti náboženského života, který nenesá známky ztotožnění s jednou konkrétní náboženskou tradicí a s jedním vyznáním nebo jednou náboženskou společností. Spíše, než o příslušnících náboženských společností, hovoříme o tzv. klientech spirituálních středisek, která uspokojují jejich poptávku po náboženských zážitcích nebo po náboženských odpovědích (Vojtíšek, 2004, s. 13).

Pro vznik nějaké náboženské skupiny není nutné, aby tato skupina byla v Čechách registrována jako církev nebo náboženská společnost, často jsou úřady registrovány jako občanská sdružení. Církvi nebo náboženskou společností se mohou stát podle Zákona o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností Sb. 3/2002 pouze ta společenství, která neohrožují práva a svobodu osob, nevyužívají psychický nebo fyzický nátlak k vytvoření závislosti na nich, nepoškozují své členy a jejich rodiny ekonomicky, nenarušuje sociální vazby s jejich rodinnými příslušníky, neomezuje psychický vývoj nezletilých a nezabraňuje jim přijímat odpovídající zdravotní péči vzhledem k jejich zdravotním potřebám (Zákon o svobodě náboženského vyznání (2008) (online)). Kromě těchto kvalitativních podmínek je zapotřebí také tři sta podpisů dospělých osob, kteří se k dané náboženské skupině hlásí (Vojtíšek, 2004, s. 14-15).

1.5.1.1.1.Křesťanství

Křesťanství je jedním z nejrozšířenějších náboženství na světě. Je to monoteistické náboženství, které vzniklo na judaistickém základu v době, do které později křesťané umístili počátek svého letopočtu. Za očekávaného mesiáše považovali někteří tehdejší Židé Ježíše z Nazaretu a stali se jeho učedníky. Ježíš byl židovskými představiteli považován za nepřijatelného židovského reformátora, proto byl odsouzen a římskými vládci popraven. Po jeho smrti začali být jeho židovští učedníci krutě pronásledováni, přesto se v průběhu staletí stalo křesťanství nejrozšířenějším náboženstvím světa s přibližně 1,5 miliardy příslušníků. „Christos“ jímž byl Ježíš později nazýván se stalo jménem pro první křesťany.

Svůj posvátný spis nazývají Židé i Křesťané Bible, křesťanská je však svým rozsahem větší. Skládá se ze Starého zákona, neboli židovské Bible a obsahuje 39 knih. Ke Starému zákonu pak křesťané připojují Nový zákon, který hovoří hlavně o Ježíši z Nazaretu. Z dvacetisedmi novozákonních knih jsou nejvýznamnější evangelia (radostné zvěsti), jsou to čtyři navzájem se doplňující knihy se zprávami o Ježíšově působení.

Na základě víry v Boha jako Otce všech lidí, v jeho Syna Ježíše jako zachránce lidí z trestu za mravní přestoupení a v Ducha jako nástroj Božího působení jsou křesťané pokřtěni. Tím se stávají příslušníky místní křesťanské obce, s níž se podílejí na bohoslužbě a na její charitativní a misijní činnosti (Vojtíšek, 2004, s. 20-21).

1.5.1.1.1. Křesťanství u nás

Je zvláštní, jakým způsobem se dnes mnozí lidé dívají na křesťanství, často ho vidí jako něco zbytečného, něco bez čeho se můžeme velmi dobře obejít. Ovšem kdyby se do českých zemí křesťanství nedostalo, byly bychom velmi ochuzeni v oblastech kultury, umění, architektury, vědy a vzdělanosti.

Křesťanství má na našem území dlouhou tradici, jejíž začátek se datuje roku 863, kdy vyslal byzantský císař Michal III. na žádost velkomoravského knížete Rastislava misionáře Konstantina a Metoděje. Vedle tradice cyrilometodějské u nás vznikla tradice založená na životě a mučednické smrti Ludmily a jejího vnuka Václava. Dalším obdobím rozkvětu křesťanství u nás byla doba vlády Karla IV. Poté zde sílily reformátorské tendence, které vyústily v kostnický koncil, kde byly za svoje radikální myšlenky odsouzeny k smrti upálením Jan Hus a Jeroným Pražský, což iniciovalo počátek husitského hnutí. Období násilné rekatolizace bylo ukončeno vydáním Tolerančního patentu císařem Josefem II. Roku 1781.

Dalším přelomovým obdobím byl první vatikánský koncil, který odmítl katolický modernismus a u nás začala oficiálně působit starokatolická církev. Svobodné politické poměry Československé republiky poté umožnili působení dalších křesťanských církví a došlo k náboženskému pluralismu.

K intenzivnímu potlačování všech církví došlo za vlády komunistické strany v letech 1948-1989, omezováním občanských svobod trestala kohokoliv, kdo se k víře veřejně přihlásil. Navzdory dohledu státních orgánů působila tzv. skrytá církev a za nezanedbatelné podpory křesťanů došlo také k vzniku Charty 77. Období po roce 1989 přineslo velký nárůst aktivit doposud působících církví v oblasti ekumenické spolupráce křesťanů, možnosti působení v médiích, v armádě, ve vězeňství, ve školství a také v rozvoji misijní činnosti. V současné době se ke křesťanství hlásí asi 30% všech obyvatel v České republice (Vojtíšek, 2004, s. 24-28).

2. Empirická část práce

2.1. Cíl empirické části práce

V empirické části práce jsem se snažila zmapovat zdroje sociální opory u lidí, kteří jsou dlouhodobě vážně nemocní, se zaměřením se na víru jako zdroj sociální opory.

Dílčí cíle

Dílčími cíli empirické části práce bylo:

- zjistit informace ohledně sociálních kontaktů dotazovaných nemocných
- zjistit jaké změny ve svém životě vlivem vzniku onemocnění vnímají
- zjistit roli zdravotníka jako zdroje sociální opory
- zjistit roli víry jako druhu sociální opory

2.2. Metodika práce– kvalitativní výzkum

2.2.1. Zdroje odborných poznatků

Veškeré zdroje odborných poznatků jsou uvedeny v závěru bakalářské práce v seznamu použité literatury.

2.2.2. Charakteristika souboru respondentů

Výzkum proběhl se svolením vrchní sestry Charitní domácí péče v Pardubicích u vybraných pacientů, kteří jsou v péči této zdravotní služby.

Zkoumaný soubor osob jsem vybrala dle následujících kritérií:

1. dotazovaná osoba je v péči Charitní domácí péče
2. již dříve před výzkumem jsem s dotazovaným měla osobní kontakt jako zdravotní sestra poskytující jim indikovanou péči
(z důvodu částečného odbourání bariery ve smyslu „přišel nějaký cizí člověk a ptá se mě na tak důvěrné věci“)
3. předpoklad ochoty dané osoby vést rozhovor v rámci výzkumu
4. předpoklad nějaké osobní zkušenosti dotazovaného s vírou
5. dotazovaný má onkologickou nebo jinou závažnou diagnózu

6. předpoklad, že rozhovor nebude dotazovaného traumatizovat, ale bude mu spíše příjemný

2.2.3. Užitá metoda šetření – kvalitativní výzkum

Výzkum jsem provedla metodou kvalitativního výzkumu formou tzv. polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum je vhodný zejména pro výzkum v sociálních vědách. Zaměřuje se na to jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět okolo sebe.

V centru kvalitativního výzkumu stojí vždy člověk. Pracujeme spíše s menším počtem dotazovaných osob a snažíme se od nich získat maximum informací. Výzkum není z počátku jasně ohraničený, jsou pouze nastíněny určité oblasti a směr výzkumu postupně krystalizuje. Je zde důležitý otevřený přístup k novým a atypickým možnostem, úkolem není potvrdit nějakou hypotézu, ale spíše zmapovat realitu související s daným tématem.

Tento druh výzkumu je charakteristický tím, že neužívá statistických metod a technik, což je hlavní odlišnost od výzkumu kvantitativního a sleduje jev v jeho komplexnosti (Kvalitativní výzkum, (2008) (online)).

2.2.3.1. Rozhovor

Pro získávání informací v rámci kvalitativního výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda spočívá v tom, že si výzkumník předem vytvoří určitou strukturu rozhovoru, vytvoří si konkrétní typy otázek, které však může v průběhu provádění výzkumu pozměňovat v závislosti na vývoji samotného výzkumu, konkrétní situaci a případu, tak aby získal potřebné informace k osvětlení zkoumané problematiky.

2.3. Realizace výzkumného šetření

Na počátku měsíce ledna 2008 jsem započala činnost na výzkumné části bakalářské práce vytvořením struktury rozhovoru a tvorbou konkrétních otázek, ty jsem spolu s žádostí o povolení výzkumu předložila vrchní sestře Charitní ošetrovatelské péče Mgr. Marii Hubálkové, která mi k výzkumu u jejich pacientů dala své svolení.

V měsíci únoru jsem realizovala rozhovory s několika vybranými pacienty a zjistila jsem, že moje původní otázky nejsou zcela vhodné z etického hlediska a z důvodu přítomnosti otázek, které by mohli některé z dotazovaných osob, zvláště potom onkologicky nemocné pacienty, psychicky traumatizovat. Rozhodla jsem se proto přestavět strukturu rozhovoru a formulaci jednotlivých otázek.

Na přelomu měsíce března a dubna jsem provedla výzkum podle nově vytvořených otázek, které se ukázali jako eticky vhodné a které nebyly pro dotazované tak intimní jako ty předešlé a zároveň vykazovaly dostatečnou výtěžnost informací. Rozhovor jsem vedla s 5-ti vybranými pacienty Charitní ošetrovatelské péče podle výše zmíněných kritérií. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí daného pacienta, což považuji za pozitivní faktor přispívající k nastolení důvěrné a otevřené atmosféry. Předem jsem každého z nich telefonicky kontaktovala, představila jsem se, stručně jsem jim vysvětlila o co se jedná a smluvila si dobu, kdy je mohu navštívit.

Vždy jsem postupovala podle vytvořené struktury rozhovoru, ale formulaci otázek jsem mírně pozměňovala s ohledem na konkrétní situaci, tak abych se dověděla co nejvíce informací způsobem vyhovující dotazované osobě. Protože otázku víry považuji za velmi osobní snažila jsem se přistupovat k dotazovanému co nejšetrněji

a nevtíravě, aby mu rozhovor nebyl nepříjemný a aby měl pocit co největší svobody v tom, jak moc se mi otevře a co všechno mi bude chtít sdělit.

Celý rozhovor jsem si se svolením dotazovaných nahrávala na diktafon a poté jsem ho doslovně přepsala. V průběhu výzkumu jsem pracovala i s tzv. terénním deníkem, kam jsem si zapisovala informace, které jsem zjistila mimo nahrávaný rozhovor a informace ohledně mého dojmu z rozhovoru s daným člověkem. Takto jsem postupovala, protože si myslím, že informace tohoto druhu mohou výrazně přispět ke komplexnosti daného jevu a také k jeho lepšímu pochopení.

2.4. Vlastní rozhovor

Část A – zjišťovací otázky

1. *Zkuste mi popsat, jak vypadá Váš den.*
2. *S kým přijdete během dne obvykle do styku?*
3. *Zkuste zhodnotit jak se Vám druzí věnují.*
4. *Kdo si myslíte, že vám nejvíce pomáhá?*
5. *Co si myslíte o změnách ve Vašem životě nyní a před nemocí?*
6. *Jestli nějaké pozorujete, zkuste je popsat.*
7. *Kladete si otázky o smyslu života?*
8. *Je to v něčem jiném ve srovnání s dobou, když jste byl/a zdravý/á?*
9. *Jestli ano, tak v čem?*
10. *Jaké jsou Vaše zkušenosti s psychickou podporou od zdravotníků?*
11. *Liší se nějak zkušenosti s Vaší představou o této opoře?*
12. *Co si myslíte o víře jako pomoci v těžkých životních situacích?*
13. *Máte nějakou konkrétní zkušenost (od známých nebo vlastní)?*
14. *Jestli ano, tak jakou?*

Část B – demografické údaje

15. *Kolik je Vám let?*
16. *Jak je to dlouho co došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu?*
17. *Jaký je Váš rodinný stav?*
18. *Jaké je Vaše vzdělání?*

2.5. Interpretace rozhovorů s pacienty

2.5.1. Rozhovor č. 1

Žena ve věku 77 let. Ke zhoršení jejího zdravotního stavu došlo před 2 až 3 lety vlivem CMP, je ochrnutá na polovinu těla. Je vdaná, má 4 děti a 11 vnoučat, žije v domku s manželem. Má středoškolské vzdělání.

„No jak vypadá můj den, tak, ráno v půl deváté snídám, potom obědvám, pak je svačina a pak je večeře, ta je takhle po 19. hodině. Poslouchám zprávy v rádiu a hodně spím. Čtu, ale jen málo. Nejvíc jsem v kontaktu se sestřičkou a pak s manželem, taky příbuzní a vnuci a vnučky, máme velkou rodinu. Moc se s nimi ale nevidím, protože všichni mají hodně práce, oni ani kdyby chtěli, tak tady vlastně nemůžou být víc, kolik mají práce. Nejvíc mi pomáhá tatínek, ten pomáhá moc.

Když to všechno srovnám jak to bylo, když jsem byla zdravá a teď, tak je to hodně jiné. Teď se už tak nevidím s příbuznými a známými, málokdo je hodnej a přijde za mnou. Ostatní všichni studují a maj hodně práce a nemaj čas. Vnuci mají samé maturity a samé učení. Nejvíce jsme se sešli všichni dohromady, když jsem byla v nemocnici, tak tam za mnou všichni chodili, to bylo moc hezký. Byla bych ráda, kdyby ty děti byly hodný a chodili víc. No a jak mi pomáhají zdravotníci? Jak mi můžou pomoci, mě nemůže nikdo pomoci. Ale někdy mě povzbudí.

Víra? Víra je jediná, která mě drží. To je jediný co mě drží. Málo, moc málo lidí dneska věří. Já mám víru vepsanou do srdce. Jednou, když mě odváželi do nemocnice, tak jsem viděla Panenku Marii, jak prosí o mojí duši a Pána Ježíše jak mojí duši potom přijímá. Já bych byla bez víry nic, úplný nic.

To je vše, co Vám mohu prozradit“.

Poznámky z terénního deníku:

Zjevně jí udělalo radost, že jí někdo přišel navštívit a že si má s kým povídat. Při otázce směřující k víře se rozplakala, myslím, že jde o hluboce věřící ženu.

Při otázkách ohledně její rodiny bylo zřejmé, že je jí líto, že vnoučata a děti na ní nemají příliš mnoho času, protože neustále mají hodně práce.

2.5.2. Rozhovor č. 2

Žena ve věku 80 let, v dětství prodělala obrnu a to poznamenalo její motoriku na celý život. Je svobodná a bezdětná, má pouze bratra a sestru, žije sama. Má středoškolské vzdělání.

„No, můj den. Ale, tak je to dlouhý. Sem tam televize, ale dohromady tam nic není, na nějaký ty hlouposti se já vůbec nedívám. Čtu, ale blbě na to vidím. Sem tam nějaký ten knoflík přišiju a někdy se mi nechce dělat vůbec nic. Teď když bude hezky, tak vyjdu na balkón, mám pěkný balkón, tak se projdu. Teď už to jde, když je dlouho vidět, ale ty krátký dny, to je k nepřechkání. Žiju sama. S nikým moc do styku nepřijdu, teď už ani po chodbě nechodím, protože blbě chodím. Dřív jsem hodně chodila, ale teď už tolik ne.

Chodí sem bratr, když má čas. Jeho syn, má dva malý kluky, tak s nimi chodí ven, tak maj málo času. Někdy sem bratr přijde s těma vnoučkama, ale říká, že je to s nima hrozný brát je takhle sebou, že je s nima hodně práce. No a taky zdravotní sestry, ráno a odpoledne, spíš ale trávím den sama. Taky sem chodí moje sestra, ale ta je nemocná, tak sem taky moc nechodí. No, kdo mi tak nejvíc pomáhá? Skoro nikdo, to neříkám ve zlým. No, když můžou, tak přijdou, ale jsem tady víceméně sama. A sestřičky maj taky málo času, to se otočej a už běžej zase dál. Pak mám taky tu pečovatelskou službu, co mi nosí 3x týdně obědy. Já jsem tý charitě strašně vděčná, že pro mě něco udělá, já tu charitu mám už hrozně dlouho, tak 10 let.

Jo, víra. To víte, že víra pomáhá, my jsme z dost katolický rodiny, ale stejně je to těžký. Když přijde kněz se svatým přijímáním a když se mně zeptá, jestli se chci vyzpovídat, tak mu říkám, že mám hřích jen to, že si někdy myslím, že to už nevydržím.

Je to těžký no, já mám takovou povahu, že si všechno moc beru, to ta moje sestra umí brát věci s nadhledem.

Ve 13 letech jsem prodělala obrnu, tak tím byl poznamenanej celej život. Ta nemoc rovnováhy je na celej život. Když jsem byla mladá, tak jsem normálně pracovala, žádné berle jsem neměla, jenom jsem chodila s větší námahou než normální lidi“.

Poznámky z terénního deníku:

Bylo těžké s ní vést rozhovor na dané téma, spíše si chtěla povídat, tak o všem, asi si nemá příliš s kým promluvit. Při otázce směřující k víře se dojala a trochu se rozplakala.

2.5.3. Rozhovor č. 3

Muž ve věku 42 let, je onkologicky nemocný, dochází do nemocnice na chemoterapii a Charitní domácí péče mu podává infuze. Je ženatý, má 2 malé děti. Má vysokoškolské vzdělání. Ke zhoršení jeho zdravotního stavu došlo zhruba před půl rokem.

„Ráno dlouho spím, protože jsem teď dost unavený. Pak si dám snídani. V tu dobu jsou manželka a děti už dávno v práci a ve škole. Přes den koukám na nějaké dokumenty v televizi. Čtu si knížky, co mě zajímá. Někdy se to strašně táhne, to je pak blbý, protože mám hodně času na přemýšlení. Odpoledne přijdou děti ze školy a pak manželka z práce. Když je mi zrovna dobře, tak s děckama udělám alespoň ty úkoly. Přes den jsem s rodinou, pak taky jednou denně chodí sestry z charity. To je tak všechno, jsem dost doma, tak se s jinýma lidma moc nevidím. Občas mě přijde navštívit nějaký známý, ze začátku chodili víc, teď už tolik nechodí.

Všechno je teďka jiný, dřív jsem byl strašnej materialista. Žil jsem hlavně pro práci a na nic jinýho jsem moc nemyslel. Teď je pro mě nejdůležitější rodina a hlavně děti. Myslím si, že víra může člověku hodně pomoci. Jak už jsem říkal, dřív jsem byl hlavně materialista a dneska už přemýšlím jinak. Navštívil jsem totiž jednu léčitelku a ta mě přesvědčila o tom, že něco nad námi nebo v nás existuje. Hodně jí věřím, naučila mě jak pomoci svému tělu, aby se uzdravilo. Naučil jsem se takové speciální modlitby, ale nejsou to normální modlitby k Bohu, ale k mému tělu, aby se v něm vyčistilo, to, co se pokazilo a aby se zkrátka uzdravilo. Věřím sám sobě, svému tělu, že to co jsem si způsobil si teď sám vyčistím. Tomu musím věřit kvůli rodině, dětem a kvůli sobě“.

Poznámky z terénního deníku:

Na pacientovi bylo znát, že si rád povídá o víře a duchovnu. Byl velmi komunikativní a byl velmi dobře motivovaný ke snaze bojovat s nemocí a uzdravit se.

2.5.4. Rozhovor č. 4

Muž ve věku 70 let je onkologicky nemocný. Přál si být dobře informovaný, chtěl od lékařů znát jejich odhad, kolik mu zbývá času, prý asi půl roku. Charitní domácí péče mu aplikuje infuzní paliativní terapii. Je ženatý, manželka o něho pečuje. Ke zhoršení zdravotního stavu došlo zhruba před půl rokem. Má středoškolské vzdělání.

„Většinu dne tak polehávám, procházím se po bytě, sedím v křesle s nohama nahoře. Přes den se vidím s manželkou a někdy s dětmi, taky se zdravotní sestrou. Starají se o mě dobře, hlavně manželka a syn, nejvíce mi asi pomáhá moje manželka, stará se o mě moc dobře. Můj život se vlivem nemoci obrátil o 180 stupňů, no, je těžké se s tím vyrovnat, z plného zdraví nastala úplná nemohoucnost.

Jestli si kladu otázky smyslu? No, to se tedy ptáte, asi ano. Někdy částečně ano a asi si je teď kladu o trochu víc, než předtím. Nějak víc si teď uvědomuju, že člověk je smrtelný a každého z nás smrt čeká, no. Myslím, že zdravotníci umí dost podržet, potkal jsem velmi ochotné, milé, empatické a citlivé zdravotníky. Je to jejich povolání, jsou dobří, kteří považují hezké zacházení s pacienty za samozřejmost a jsou i ti horší, kteří jsou až tvrdí. Víte, já v Boha nevěřím, mě nepomáhá. Ale mojí tchýni víra moc pomohla. Když byla nemocná, chodila za ní věřící zdravotní sestra, tchýně byla věřící a pomáhalo jí to, měla si s kým popovídat o něčem čemu věří“.

Poznámky z terénního deníku:

Na pacientovi bylo znát, že je mu rozhovor a zvláště otázky o víře nepříjemné, přestože dal k rozhovoru svolení. V odpovědích byl velmi stručný a strohý.

Mimo rozhovor jsem zjistila, že otázky ohledně víry jsou mu nepříjemné, protože má věřící ženu, která ho celý život přesvědčuje na víru a jediné čeho dosáhla bylo, že u něj vzbudila spíše odpor k víře. Zjistila jsem také, že věří jen v to, co vidí a na co si může sáhnout, je tedy spíše materialista, ale je pokřtěný evangelík.

Od ostatních sestřiček, které o něj pečují jsem se dověděla, že si vůbec nepřipouští, že umírá, nechce ukázat jakoukoliv slabost, hraje si na hrdinu a neustále dává najevo, jak je silný a jak všechno zvládne sám.

2.5.5. Rozhovor č. 5

Žena ve věku 57 let, onkologicky nemocná, ke zhoršení jejího zdravotního stavu došlo asi před 2 lety a k další zhoršení nastalo asi před 5 měsíci. Charitní ošetrovatelská služba jí aplikuje infuzní terapii. Je vdaná, žije s manželem. Je středoškolsky vzdělaná laborantka a po většinu svého produktivní života pracovala v Semtíně v Pardubicích.

„No, během dne většinou tak polehávám, bývám totiž dost unavená. Taky si čtu nějakou tu lehčí literaturu nebo časopisy. Přes den jsem nejvíce v kontaktu s manželem, s dětmi a taky se zdravotní sestrou. Musím říci, že manžel se o mě stará naprosto výborně, chce abych byla jako ve vatičce, moc se mi snaží pomoci a celé mi to trochu ulehčit. Taky celá rodina se teďka víc semkla a navštěvují mě nyní častěji, než předtím. Myslím, že jsem svůj život dost přehodnotila, více si vážím života jako takového

a taky mojí rodiny a vůbec všeho, to co pro pro mě byla dříve samozřejmost je dnes a taky mojí rodiny a vůbec všeho, to co pro pro mě byla dříve samozřejmost je dnes pro mě mnohem vzácnější. Je mi z toho všeho smutno, snažím se s tím vyrovnat, někdy si pobřečím, vím, že tam musíme všichni. Víím, že je to se mnou teďka moc špatné.

Otázky o smyslu života si kladu, ale věřící, to nejsem, přesto mluvím s Bohem a prosím ho o zázrak, abych se uzdravila. Za zázrak se modlím už asi 2 roky. Já věřící nejsem, to spíš můj manžel mi tvrdí, že po smrti ještě určitě něco je. Já si myslím, že kdyby byl Bůh, bylo by to všechno spravedlivější. Po světě běhají takoví syčáci a jsou zdraví, zatímco já jsem takhle nemocná.

Za dobu mojí nemoci jsem se setkala se spoustou zdravotníků, určitě umí člověka velmi podržet, ale ne všichni jsou vstřícní, někteří dokážou i pohladit, stačí pěkné slovo a někteří jsou tvrdí. Myslím si, že takoví lidé by neměli dělat práci zdravotníka, protože mohou spíše ublížit než pomoci.

Myslím si, že když se člověk dostane do těžké situace, tak potom člověk Boha volá, i když ho třeba ve zdraví nevolal. Ze svého okolí znám jeden hezký případ, kdy lidem víra moc pomohla. Bylo to u mojí kolegyně z práce, její manžel „tomu propadl“. Kdybych měla popsat, co se u nich změnilo, tak musím říct, že vztah mezi nimi se prý velmi zlepšil, bylo to najednou úplně jiné. Se všema trablema se snáze vyrovnávají, mají pro sebe navzájem větší pochopení, než dříve, jsou na sebe takoví hodnější, jsou klidnější a naučili se řešit problémy nějakou domluvou. Jsou spokojení s tím, co mají a nikomu nic nezávidí. Myslím, že jsou šťastní“.

Poznámky z terénního deníku:

Pacientce byl rozhovor zjevně příjemný, byla ráda, že si může s někým popovídat o tom, jak celou situaci zvládá. Myslím, že ke mně byla v rozhovoru opravdu upřímná, ale cítím logický rozpor mezi tím, že říká, že v Boha nevěří, ale přesto se k němu modlí. Měla jsem z ní pocit, že přiznání víry v Boha pro ni představuje projev určité slabosti.

Diskuze

Dotazované osoby jsem vybrala podle následujících kritérií: 1. ochota dané osoby vést rozhovor v rámci výzkumu, 2. předpokládaná zkušenost s vírou, 3. závažná chronická diagnóza.

Pro získání informací v rámci kvalitativního výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor.

Doslovně přepsaný rozhovor je vždy doplněn poznámkami z terénního deníku, který jsem si po dobu provádění výzkumu v terénu vedla.

Část A – zjišťovací otázky

Shrnutím jednotlivých odpovědí v rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že lidem opravdově (intrinzicky) věřícím je víra výraznou a nejdůležitější oporou při zvládnání těžkostí v souvislosti s onemocněním a lidem nevěřícím nebo extrinzicky věřícím oporou není. Význam víry jako opory se zvyšuje v krizové situaci, např. se vznikem onkologického onemocnění.

Zjištěné informace odpovídají poznatkům K. I. Mattona, který ve svém výzkumu zaměřeném na rodiče, kteří v nedávné době ztratili své dítě zjistil, že čím větší žal prožívali, tím větší jim byla víra, konkrétně křesťanská víra, oporou. (Křivohlavý, 2001)

Porovnáním odpovědí v rámci jednotlivých rozhovorů jsem dospěla k závěru, že respondenti tráví většinu dne odpočinkem a nenáročnými aktivitami jako je sledování televize a četba knih nebo časopisů. Své sociální kontakty a míru pomoci považuje za dostatečnou většina z respondentů, pouze 2 dotazované ženy v rozhovoru č. 1 a č. 2 uvedly opak. To si vysvětluji tím, že svým onemocněním trpí nejdelší dobu z dotazovaných a dá se tedy předpokládat, že dochází k postupnému upadávání zájmu ze strany jejich příbuzných a známých o jejich osobu vlivem dlouhodobého onemocnění. Největší míry sociální opory se respondentům dostává od jejich partnerů, výjimku tvoří pouze odpověď z rozhovoru č. 2, protože dotazovaná osoba je svobodná a jako zdroj sociální opory uvádí svého bratra.

Co se týče změn v životě v souvislosti s onemocněním většina respondentů uvádí, že došlo k výrazné změně v oblasti sociálních kontaktů, na jedné straně vyplývá z rozhovoru č. 5, že došlo k nárůstu sociálních kontaktů a většímu stmelení rodiny a naproti tomu z rozhovoru č. 1 je patrné, že sociálních kontaktů výrazně ubylo, roli zde jistě hraje opět délka doby trvání onemocnění. Výrazné změny ve svém životě v souvislosti se vznikem onemocnění uvedl respondent v rozhovoru č. 3, kde říká, že z materialisty se stal věřícím v „něco vyššího“.

Na otázky ohledně poskytované opory ze strany zdravotníků, někteří z respondentů neodpověděli a vzhledem k okrajovosti této otázky jsem na jejich odpovědi striktně netrvala. Z odpovědí vyplývá, že se respondenti setkali se zdravotníky, kteří jim tuto oporu poskytovali, ale zároveň i s takovými, kteří toho nebyli vzhledem ke své profesionální tvrdosti, snad syndromu vyhoření, schopni.

Odpovědi na otázky týkající se víry jako pomoci při zvládání těžkostí v souvislosti s onemocněním byly asi nejrůznorodější a nejzajímavější ze všech odpovědí, např. v rozhovoru č. 1 uvádí silně věřící pacientka, že víru považuje za silnou oporu při zvládání svých obtíží souvisejících se zdravotním stavem, doslova říká, že „víra je jediné co jí drží“. Zajímavou odpověď uvedl dotazovaný v rozhovoru č. 3, který uvedl, že dříve byl spíše materialista a se vznikem onemocnění došlo ke změně, pod vlivem léčitelky uvěřil v existenci něčeho vyššího, nemateriálního. V současné době věří především tomu, že dokáže za pomoci pozitivní mysli uzdravit své tělo, používá k tomu speciální modlitby směřující k jeho tělu, aby se samo uzdravilo. V rozhovoru č. 4 respondent uvedl, že se považuje za nevěřícího a že zkušenost s vírou

jako oporou má pouze ze svého okolí. Dotazovaný se nechtěl tímto tématem příliš zabývat a na většinu otázek odpovídal velmi stručně a úsečně. Za nejzajímavější považuji odpověď z rozhovoru č. 5, kde je uvedeno, že respondentka v Boha nevěří, ale zároveň říká, že se k němu již 2 roky modlí za zázrak uzdravení. Zde je zřejmá logická nesrovnalost, protože když v Boha nevěří, jak se k němu může modlit. Vznik této nesrovnalosti si vysvětluji tím, že pacientka považuje uvedení víry v Boha za určitou slabost a stydí se za to, možná z důvodu obav, že by byla považována za naivní a hloupou, že věří v něco, co nikdy nikdo neviděl.

Někteří z dotazovaných mluvili obecně a soustředili se spíše na zkušenosti lidí ze svého okolí, než na svoje vlastní, což přičítám skutečnosti, že zejména oblast víry je velmi intimní otázkou a přestože jsem se snažila postupovat taktně a snažila jsem si získat důvěru respondentů, ve většině případů mi dotazovaní poodhalili pouze malou část ze svých postojů, názorů, poznatků a zkušeností. Přesto musím ocenit ochotu respondentů hovořit na dané téma, protože ne jeden z nich se při otázkách ohledně toho, kdo jim nejvíce pomáhá a víry jako opoře v těžkých situacích dojal k slzám.

Část B - demografická

V této části byl popsán věk, pohlaví pacienta, diagnóza a doba trvání daného onemocnění, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání. Pacientům byla slíbena naprostá anonymita.

První dotazovanou byla žena ve věku 77 let, která udávala, že ke zhoršení jejího zdravotního stavu došlo zhruba pře 3 lety vlivem CMP, nyní je ochrnutá na polovinu těla. Je vdaná a má středoškolské vzdělání. Druhou dotazovanou byla žena ve věku 80 let, která již od svého dětství trpí následky po dětské mozkové obrně. Je svobodná a má středoškolské vzdělání. Třetím dotazovaným byl muž ve věku 42 let, zhruba půl roku se léčí s onkologickým onemocněním. Je ženatý a má vysokoškolské vzdělání. Čtvrtým dotazovaným byl muž ve věku 70 let, ke zhoršení jeho zdravotního stavu došlo před půl rokem, od té doby se onkologicky léčí. Je ženatý a má středoškolské vzdělání. Pátou dotazovanou osobou byla žena ve věku 57 let. Ke zhoršení jejího zdravotního stavu došlo před dvěma lety, od té doby je onkologicky léčena.

Z výše uvedených informací je zřejmé že výzkumu se účastnily osoby v širokém věkovém rozmezí od 42 let do 80 let. Průměrný věk dotazovaných byl 62,5 let. Výzkumu se účastnily ženy i muži se středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

Závěr

Závěrem bych chtěla říci, že v průběhu práce na daném tématu jsem zjistila o jak velmi širokou problematiku se jedná. Není v mých silách postihnout téma v celé své šíři na stranách bakalářské práce mě k tomu určených.

Myslím si, že kvalitativní výzkum je výbornou metodou pro výzkumné šetření této problematiky, mým cílem bylo zmapovat roli víry jako sociální opory u vážně nemocných pacientů, o které je pečováno v domácím prostředí. Jisté komplikace při dosažení tohoto cíle způsobovalo samotné téma práce, protože se jedná o velmi citlivou a intimní oblast života člověka. Přestože jsem se snažila při rozhovorech postupovat velmi citlivě a nevtíravě, myslím, že se mi podařilo zjistit pouze malou část z této oblasti. Jako velmi pozitivní faktor k docílení větší otevřenosti jednotlivých rozhovorů bych navrhovala opakované setkání s respondenty, což by mohlo pomoci k prohloubení jejich důvěry k osobě výzkumníka.

V této oblasti jsem zaznamenala velký deficit literatury zabývající se vírou jako sociální oporou. Nejpodrobněji se touto problematikou zabývá ve svých knihách prof. Jaro Křivohlavý. Výzkumů zabývajících se touto oblastí se mi podařilo v české literatuře nalézt naprosté minimum, ze zahraniční literatury jsem čerpala formou internetových zdrojů z důvodu špatné dostupnosti cizojazyčné literatury u nás.

Myslím si, že je důležité v ošetrovatelství neopomíjet lidskou touhu po uspokojování nejvyšších lidských potřeb, tedy potřeb po vyšším smyslu života. Protože skrze tyto nejvyšší potřeby jsou ovlivňovány potřeby nižší a ty zprostředkovaně působí na zdravotní stav a motivaci v uzdravování se daného člověka. Doufám, že tato práce pomůže alespoň malým dílem přispět k tomu, aby se k pacientovi v běžné

ošetřovatelské praxi skutečně přistupovalo jako k lidské bytosti s ohledem na všechny jeho lidské potřeby.

Anotace

Autor:	Tereza Urbanová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Víra jako sociální opora
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran:	46
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	sociální opora, víra, náboženská víra, pozitivní psychologie, hierarchie potřeb, ošetřovatelství, pacient

Souhrn:

Současné ošetřovatelství pojímá lidskou bytost holisticky, což znamená, že se snaží neopomíjet žádné z lidských potřeb, ať jde o potřeby základní nebo vyšší v hierarchii potřeb podle Maslowa.

Bakalářská práce pojednává o víře jako druhu sociální opory. V teoretické části práce se snažím osvětlit problematiku sociální opory a víry s důrazem na víru náboženskou. Snažím se vysvětlit tyto dva jevy v širších souvislostech např. ve vztahu k pozitivní psychologii.

V empirické části jsem formou polostrukturovaného rozhovoru, zjišťovala u pěti pacientů, kteří jsou v péči Charitní ošetřovatelské služby v Pardubicích, míru sociální opory a roli víry jako zdroje opory v těžkostech v souvislosti s chronickým onemocněním.

Summary:

Nursing understand human being like holistic object and try to do not forget any human needs according Maslow hierarchy of needs.

The goal of bachelor thesis is to analyze to faith like social support. Theory part of the thesis discuss social support and faith. I try to explain these two problems and their connection with positive psychology and so one.

In part of research I choose a research of kvality by nostandard interview and I spoke with five patients from Charity home care in Pardubice. I asked them about social support from their family and friends and how important is faith in crisis connection with their chronical disease for them.

Key words: social support, faith, belief, pozitiv psychology, hierarchy of needs, nursing, patient

Použitá literatura a prameny

1. ELSER, M. a kol. *Encyklopedie náboženství*. přel. V. Pola. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-188-2
2. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. přel. V. Jochmann. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0
3. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
4. HENDL, P. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
5. KAŠPARŮ, M. *Malý kompas víry*. Olomouc: Matice cyrilometodějská s. r. o., 2001. ISBN 80-7266-072-1
6. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie. Praha: Nakladatelství ČSAV. ISSN 0009-062X. 1999. roč. 43, č.2
7. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Prediktory sociální opory u české populace*. Československá psychologie. Praha: Nakladatelství ČSAV. ISSN 0009-062X. 2003. roč. 43, č.3
8. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Československá psychologie. Praha: Nakladatelství ČSAV. ISSN 0009-062X. 2003. roč. 43, č.4
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X

10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální opora v intervenčních programech*. Československá psychologie. Praha: Nakladatelství ČSAV. ISSN 0009-062X. 2002, roč. 46, č.4
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
12. MAREŠ, J. *Pozitivní psychologie: Důvod k zamyšlení a výzva*. Československá psychologie. Praha: Nakladatelství ČSAV. ISSN 0009-062X. 2001, roč. 45, č. 2
13. přel. POLÁČEK J. *Kompendium katechismu katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7195-047-5
14. TRACHTOVÁ a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. s.9-14. ISBN 80-7013-285-X
15. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-798-1
16. VYŠÍNOVÁ, L. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v roce 2007. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Elektronické zdroje

17. Holismus (online). (cit.2008-03-30). Dostupné na
WWW <http://cs.wikipedia.org/wiki/Holismus>
18. Kvalitativní výzkum (online). (cit. 2008-02-02). Dostupné na
WWW http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum
19. MICHELOVÁ *Sociální opora* (online). (cit. 2008-01-02). Dostupné na
WWW fse1.ujep.cz/materialy/KSP_michelova_socopora.pdf

20. OPATRŇY A. Vira (online). (cit. 2008-03-24). Dostupné na
WWW http://www.vira.cz/glosar/index1.php?sel_id=6

21. Sociální síť (online). (cit. 2008-01-02). Dostupné na
WWW <http://socialni-sit.navajo.cz/>

22. Vira (online). (cit. 2008-03-24). Dostupné na
WWW <http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADra>

23. Zákon o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských
společností Sb. 3/2002 (online). (2008-02-02). Dostupné na

www <http://spcp.prf.cuni.cz/lex/3-02a.htm>

Cizojazyčné zdroje

24. BOSWEL B. B. and all. *Disability and spirituality: a reciprocal relationship with
implications for the rehabilitation process* (online). (cit. 2008-04-28). Dostupné na
WWW http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_4_67/ai_81759714

Seznam zkratk

tzv. - tak zvaně

např. - například

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

kol. - kolektiv

s. - strana

č. - číslo

Mgr. - magistra

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,
jsem **studentkou 3. ročníku bakalářského oboru ošetrovatelství při Lékařské fakultě** v Hradci Králové. Provádím výzkum na téma **Víra jako sociální opora**

u hospitalizovaných pacientů, který bude použit v rámci mé bakalářské práce. Ráda bych Vám položila několik otázek, které jsou zaměřené na dané téma. Chci zjistit, zda a popřípadě jakou roli hraje víra při zvládnání krizové situace jako je nemoc.

V případě, že by Vám byla některá z otázek nepříjemná, nemusíte na ní odpovídat. Nebudete-li chtít v rozhovoru pokračovat, kdykoli jej můžete ukončit. Rozhovor si budu nahrávat na diktafon a poté jej převedu do psané formy. **Zveřejněné údaje budou anonymní.**

Část A

1. Zkuste mi popsat, jak vypadá Váš den?
2. S kým přijdete během dne obvykle do styku?
3. Zkuste zhodnotit jak se Vám druzí věnují.
4. Kdo si myslíte, že vám nejvíce pomáhá?
5. Co si myslíte o změnách ve Vašem životě nyní a před nemocí?
6. Jestli nějaké pozorujete, zkuste je popsat.
7. Kladete si otázky o smyslu života?
8. Je to v něčem jiném ve srovnání s dobou, když jste byl/a zdravý/á?
9. Jestli ano, tak v čem?
10. Jaké jsou Vaše zkušenosti s psychickou podporou od zdravotníků?
11. Liší se nějak zkušenosti s Vaší představou o této opoře?
12. Co si myslíte o víře jako pomoci v těžkých životních situacích?
13. Máte nějakou konkrétní zkušenost (od známých nebo vlastní)?
14. Jestli ano, tak jakou?

Část B

15. Kolik je Vám let?
16. Jak je to dlouho co došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu?
17. Jaký je Váš rodinný stav?
18. Jaké je Vaše vzdělání?