

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**NÁBOŽENSKÝ COPING V NÁROČNÝCH
ŽIVOTNÍCH SITUACÍCH**

**RELIGIOUS COPING IN SERIOUS LIFE
SITUATIONS**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Alena Koláčková
Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc
2018

Poděkování

Na prvním místě bych ráda poděkovala svým skvělým respondentům za ochotu k setkání a ke krátkému sblížení v citlivém tématu. Jejich optimismus, odvaha i upřímnost (zmínit i „nepopulární“ křesťanské názory) mi budou nadále inspirací v duchovním i odborném ohledu. Velmi ráda bych také poděkovala PhDr. Olze Pechové, Ph.D., za to, že byla vždy ochotná zodpovědět mé nekonečné dotazy. Jejího odborného vedení, ochoty i podpory v průběhu tvorby obou diplomových prací si nepřestanu vážit.

V neposlední řadě chci vyjádřit poděkování své skvělé korektorce Páji, veselé Káti, milému Evíškovi, spolubojovnici Káti a nakonec tomu nejdůkladnějšímu čtenáři všech oddílů této práce – Ondráškovi.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Náboženský coping v náročných životních situacích“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V

dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
1 Teoretické vymezení náboženských pojmů.....	6
1.1 Náboženství.....	6
1.2 Křesťanství a situace v České republice	7
1.3 Religiozita a spiritualita	9
1.4 Víra.....	10
1.5 Náboženská praxe	11
2 Náročné životní situace.....	13
2.1 Stres a zátěž.....	13
2.2 Zátěžové a náročné situace.....	15
3 Onkologické onemocnění jako náročná životní situace	17
3.1 Strach z diagnózy a nejistota.....	18
3.2 Smysl života a smrtelnost.....	19
3.3 Fyzické dopady onkologického onemocnění	20
3.4 Dopady onkologického onemocnění na sociální okolí	21
3.5 Strach z rozšíření či recidivy onemocnění	22
4 Náboženský coping.....	23
4.1 Coping.....	23
4.1.1 Copingové styly a přístupy	25
4.2 Koncept náboženského copingu.....	26
4.3 Význam náboženství v copingu	28
4.4 Metody a strategie náboženského copingu	30
4.5 Smysluplnost a význam v rámci náboženského copingu.....	32
4.6 Náboženský coping zaměřený na kontrolu situace	33
4.7 Náboženský coping k získání sounáležitosti a útěchy	34
4.8 Náboženský coping k dosažení transformace	36
5 Dosavadní výzkumy náboženského copingu u osob s onkologickým onemocněním ..	38
5.1 Uplatnění náboženského copingu při zvládnání onkologického onemocnění	38
5.2 Vliv onkologického onemocnění na religiozitu a spiritualitu	41
6 Výzkumný problém a cíle výzkumu	43
7 Výzkumné otázky	44

8	Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	45
8.1	Zvolený typ výzkumu	45
8.2	Metody získávání dat	45
8.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	47
8.4	Etické aspekty výzkumu	47
9	Výzkumný soubor a výběr participantů.....	49
10	Výsledky výzkumu	51
10.1	Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?.....	51
10.2	Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?.....	58
10.3	Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?	69
11	Odpovědi na výzkumné otázky.....	73
12	Diskuze	77
13	Závěry	83
	Souhrn.....	84
	Seznam použitých zdrojů a literatury	87
	Přílohy	
	Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	
	Příloha 2: Průvodní dopis a informovaný souhlas	
	Příloha 3: Otázky polostrukturovaného rozhovoru	
	Příloha 4: Ukázka transkriptu rozhovoru	

Úvod

Cílem této práce je podat ucelený teoretický zdroj informací o problematice náboženského copingu u osob v závažné životní situaci onkologického onemocnění, v empirické části pak kvalitativně zkoumáme, jak věřící lidé zvládají toto své onemocnění. Zaměřujeme se na to, jak věřící člověk rozumí svému onemocnění, jaká je podoba náboženského copingu a navrhujeme také podněty pro podporu a péči pro tyto osoby. Tyto žité zkušenosti zkoumáme skrze analýzu rozhovorů u osob ve věkové kategorii 35-55 let. Práce by měla přispět k detailnějšímu poznání podoby náboženského copingu u českých věřících, neboť náboženský kontext České republiky se liší od amerického kontextu, ve kterém vzniká většina výzkumů náboženského copingu. Jsme přesvědčeni, že místo řešení otázky, zda věřící zvládá onkologické onemocnění „lépe nebo hůře“, je třeba se zaměřit spíše na otázku „jak jinak“, tedy jaká jsou specifika ve zvládnutí rakoviny u věřících. Záměrem je odhalit potenciální zdroje i rizika copingu u osob, pro které je náboženství důležitou součástí života. Tyto informace mohou využít psychologové, pastorační pracovníci, jiní poradci i laičtí spoluvěřící osob s rakovinou.

Dle současného bio-psycho-socio-spirituálního přístupu je třeba vnímat problém klienta ve všech těchto dimenzích, dle etických standardů APA 2010 je odborný zájem o oblasti víry a náboženství součástí etické léčby (Bryant-Davis & Wong, 2013). Rakovina pro věřícího člověka může přinášet množství témat, se kterými se nenáboženský člověk obvykle nepotýká. Dle Pargamenta (2007) klienti, kteří vejdou do ordinace psychologa (či jiného poradce), nenechávají svoji spiritualitu za dveřmi v čekárně. Naopak přináší své náboženské přesvědčení, praktiky, hodnoty a boje s sebou *dovnitř*, do procesu poradenské či terapeutické práce. Přesto mnoho odborníků dle autora není připraveno věnovat se těmto tématům, ať již z nedostatku informací nebo z jiných důvodů. Lidé se v životě pevně drží toho, co považují za významné a důležité ve svém životě. Nevěnovat se náboženským otázkám u věřícího klienta v závažné situaci může znamenat přehlížet to, co v životě tento klient považuje za významné. Snadno tak lze přehlédnout potenciální zdroje zvládnutí, ale i významné zdroje problémů a konfliktů, které do procesu copingu mohou vstupovat.

Téma jsme zvolili jako pokračování naší bakalářské práce (Mocht'áková, 2016). Chtěli jsme nyní porozumět autentické zkušenosti a unikátnímu pohledu na zvládnutí rakoviny u věřících a chtěli jsme se více zabývat českým kontextem náboženského copingu. O téma se zajímáme z odborných i osobních důvodů, neboť autorka se považuje za věřícího člověka.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Teoretické vymezení náboženských pojmů

Jasně vymezení používané terminologie je důležitým základem teoretického rozboru tématu. Psychologické i náboženské pojmy mohou být na základě kontextu využívány různě, laické a odborné chápání některých významů slov může být odlišné, proto nejprve vymezíme termíny tak, jak s nimi budeme v této práci nakládat. Psychologie i vědy o náboženství se v tématu copingu na podkladě víry a náboženství (tedy v *náboženském copingu*) střetávají, sjednotit definice a chápání pojmů je proto klíčové.

1.1 Náboženství

K potřebě či nutnosti definovat náboženství se odborníci staví odlišně. Štampach (2008) například uvádí, že někteří autoři prací zabývajících se náboženstvím jej definovat odmítají. Náboženství nelze uspokojivě vymežit tak, aby tato definice obsáhla veškeré náležející skutečnosti a fenomény (Horyna, 1994; Hood, Hill & Spilka, 2009). Štampach (2008) upozorňuje na to, že mnohé snahy o definování náboženství podléhají křesťanskému zkreslení, což nemusí odpovídat jinému náboženskému kontextu. Štampach se nicméně domnívá, že zde není nutnost nalezení či stanovení definice obecně platné. Vymežit náboženství lze v kontextu daného tématu nebo určité práce.

Horyna (1994) představuje pojetí *obsahu* pojmu náboženství jako soubor konkrétních, historicky, kulturně a filosoficky založených podob náboženství, se kterými se lze setkat. Teprve až tyto jednotlivosti a konkrétní skutečnosti lze zkoumat a podřadit obecnému zastřešujícímu pojmu *náboženství*. Někteří autoři se domnívají, že lze pouze nalézt a popsat některé charakteristické znaky náboženství místo samotné definice (Hood et al., 2009).

Štampach (2008) uvažuje o tom, na co se nejrůznější definice náboženství zaměřují. Uvádí, že definice může být založena na výkladu světa, vysvětlení či zdůraznění niterné lidské zkušenosti či na vymezení funkce náboženství pro společnost nebo život jednotlivce. Fenomenologicky orientované definice se zakládají na prožitku posvátna, jež náboženství zprostředkovává (Václavík, 2010). Strukturální definice se zaměřují na vztah mezi člověkem a člověka přesahující skutečností. V současnosti odborníci uvažují o náboženství stále častěji také jako o způsobu života a jako o souboru aktivit, nejen jako o vztahu (James, 2009).

Štampach stanovuje velmi nekomplikovanou a poměrně výstižnou definici: „*Náboženství je vztah člověka k transcendentní skutečnosti*“ (Štampach, 2008, 30). Ve svém novějším pojetí Štampach náboženství pojímá jako „*osobně prožívaný a sociálně (případně institučně) vyjádřený vztah člověka ke skutečnosti pokládané za transcendentní*“ (Štampach, 2010, 16). V naší diplomové práci budeme náboženství chápat dle této Štampachovy definice.

Výše zmíněná definice dle Štampacha (2008) však nemusí plně vystihnout, jakou roli má náboženství v životě člověka či společnosti či co vše zahrnuje tento pojem. James (2009) ve své monografii uvádí příklad dimenzí, jež náboženství charakterizují. U náboženství se lze setkat s dimenzí ritualistickou, zkušenostní, intelektuální a s dimenzí dopadů na chování a etiku. Hood, Hill a Spilka (2009) vyzdvihují spíše funkce náboženství, zmiňují náboženství jako zdroj osobního *smyslu* v životě člověka či smyslu života jako takového. Halama, Adamovová, Hatoková a Stríženec (2006) referují o funkcích, které může náboženství v životě člověka zastávat. Náboženství může zprostředkovat smysl, poskytuje systém hodnot, zajišťuje pocit bezpečí a důvěry, napomáhá při sebeidentifikaci člověka, facilituje identifikaci se skupinou a působí jako specifický zdroj psychoterapie sebe samého.

Člověka charakterizuje touha po vědění a pochopení smyslu, významu. Náboženství umožňuje s ohledem na transcendentní zdroj smyslu rezignovat na hledání smysluplnosti ve světě, který se může zdát nespravedlivý nebo chaotický (Václavík, 2010). Vzhledem k našemu tématu je důležitá úloha náboženství v hledání smyslu náročné události. Opatrný (2014) ovšem upozorňuje na to, že samotná příslušnost k náboženství neznamena a priori snadné či bezproblémové vyrovnávání se s událostí. Zvládání zátěže u věřících je komplikovaný proces, který je třeba citlivě a zároveň i kriticky zkoumat.

1.2 Křesťanství a situace v České republice

V prostředí České republiky i v kontextu Evropy se nejčastěji mezi náboženstvími setkáme s křesťanstvím. V České republice jsou lidé hlásící se ke křesťanské církvi menšinovou skupinou v porovnání s nevěřícími či nehlásícími se k žádné církvi. Dle údajů Českého statistického úřadu se na území České republiky hlásí ke křesťanským církvím zhruba 1,5 milionu obyvatel, více než 700 tisíc označilo sebe sama za věřícího bez příslušnosti k náboženské instituci či skupině (Český statistický úřad, 2011). Martinek (2016) hovoří o tomtéž, velké procento českých občanů (4,7 milionů) se rozhodlo při sčítání lidu v roce 2011 informaci o náboženské příslušnosti neuvést. Dle studií se lze domnívat, že mezi těmito lidmi mohou být lidé věřící, kteří však nechtěli tuto skutečnost sdělit, své náboženství mohou

považovat za soukromou věc. V této skupině se mohou dle autora nacházet i lidé, kteří si nejsou svým náboženstvím jistí, nejsou plně přesvědčeni k náboženství ani k ateismu či agnosticismu. Dle Lužného a Nešpora (2008) je třeba v této skupině počítat i s lidmi, kteří věří v nezosobněnou sílu, energii či v horoskopy a amulety, což není obvyklá představa zástupce skupiny „věřících“.

Martinek (2016) srovnává statistická data ze sčítání lidu roku 1950 a z roku 2011. Zatímco v roce 1950 se ke křesťanství hlásilo 94 % populace, v roce 2011 to byla již jen pouhá sedmina obyvatel. Ačkoliv je velmi často užívaný k popisu současných postojů k náboženství ve společnosti termín *sekularizace* (chápaný ve smyslu vytlačení náboženství ze všech pozic vlivu a významu ve společnosti), lze souhlasit s Václavíkem (2010, 191), který vnímá české náboženské prostředí spíše jako transformované, „*odcírkevněné, detradicionalizované*“, nikoliv pouze sekularizované. Ostatně sekularizaci dle Davie (2009) lze spolehlivě rozpoznat pouze v těchto ukazatelích: opouštění institucionálních církví, neúčasti na rituálech a bohoslužbách a v rozvolnění dříve loajálních vazeb k církvím. Ammerman (2006) tento zvláštní jev, kdy je náboženství přítomno v soukromé praxi lidí (často spíše ve formě spirituality) a zároveň se vytrácí z veřejného života a z pozic vlivných a mocenských, nazývá paradoxem *současné absence a presence náboženství* v moderním světě.

Neinstitucionální ukazatele náboženské víry, zejména ty sledující osobní, soukromé prožitky, jsou dle Davie (2009) setrvalé, nebyl zaznamenán výrazný pokles. K sekularizaci soukromé sféry náboženství tedy nedochází v takové míře, jak by bylo možné očekávat na základě úpadku institucionalizovaných církví (Václavík, 2010). Slovy Lužného a Nešpora (2008, 9) lze říci, že „[...] Češi jsou daleko méně ne-náboženští, než by se na první pohled zdálo,“ spirituální aspekty života se promítají dle výzkumných zjištění českých sociologů nejen do společenského a sociálního fungování obyvatel. Lužný a Nešpor (2008) vyzývají spíše k důkladnému, kvalitativnímu výzkumu české náboženské scény, neboť pouze kvantitativní data neposkytují komplexní obraz, obzvláště jsou-li takováto šetření redukcionistická a povrchní.

Velmi zajímavá charakteristika postoje člověka k náboženství v našem kulturním kontextu vyplývá z metafory Nešpora (2004, 28), který hovoří o touze člověka vybrat si na „*náboženském trhu/supermarketu*“. Metafora reflektuje moderní postoj věřícího-konzumenta, ale také vystihuje neochotu k oddanosti jednomu vybranému směru a snadnou

možnost změnit svou náboženskou volbu, „nakoupit někde jinde“, jestliže není jako zákazník spokojen s poskytovanými „službami“.

1.3 Religiozita a spiritualita

Religiozita vychází z latinského slova *religio*, tedy náboženství či náboženská. Dnes se o religiozitě hovoří nejčastěji jako o příslušnosti k určitému náboženství a často k církvi či náboženské společnosti. V sociologickém pojetí lze tento pojem užít jako charakteristiku rozšíření, zastoupení náboženství v populaci (Štampach, 2008; Štampach, 2010). Náboženská v dříve obvyklé, institučně vyjádřené podobě ustupuje. Místo religiozity jako příslušnosti k církvi či náboženskému společenství zaujímá stále důležitější postavení spiritualita. Pojem je v laické i odborné veřejnosti populární, tomuto tématu je věnována i výzkumná pozornost (Hood et al., 2009). Vojtíšek et al. (2012) uvádí, že se tento pojem často užívá ve smyslu vymezení a distancování se od institucionalizovaného náboženství. Reflektuje proměnu vnímání náboženství (zejména křesťanské duchovní tradice a církvi) ve společnosti. Tento trend nahrazení religiozity spiritualitou je typický pro rozvinuté společnosti západních zemí Evropy, Česká republika se podobou náboženského života západním zemím přibližuje (Václavík, 2010; Davie, 2009), lidé se ve velké míře nemohou nebo nechtějí identifikovat s velkými a tradičními náboženskými uskupeními, neznamena to ovšem, že by ve všech případech rezignovali na duchovní prožitky. Posun od religiozity směrem ke spiritualitě je však zjevný (Václavík, 2009). Bryant-Davis a Wong (2013) však upozorňují, že definování spirituality výhradně ve smyslu individuálního prožitku může znamenat opomenutí toho, že se často odehrává právě v kontextu organizované religiozity.

Pojem *spiritualita* vychází z křesťanství, slovní základ nalezneme ve slově duchovní, duch či dech. Slovo spiritualita často v křesťanském kontextu odkazuje na *duchovnost* jako na vnitřní osobní prožitek v rámci náboženství (Štampach, 2010). O spiritualitě se tedy hovoří v souvislosti s náboženstvím (člověk se označuje jako religiózní i spirituální (Hood et al., 2009)), může však být prožívána i mimo církevní či obecně náboženský kontext (Vojtíšek et al., 2012). V současnosti je věnována velká pozornost spiritualitě nenáboženské (Štampach, 2010).

Vojtíšek et al. (2012) se brání hodnotícímu posuzování pojmu spiritualita, neboť tento pojem zahrnuje negativní i pozitivní aspekty, nelze tedy spiritualitu redukovat pouze na prospěšné obohacení života člověka. Je nutné také brát v potaz spirituální podklad násilných činů nebo teroristických útoků. Tendence zdůrazňovat pouze pozitivní souvislosti spirituality

neukazuje pravdivý celkový obraz skutečnosti. Pozitivní dopady spirituality u člověka reflektuje Halama et al. (2006), vysokou míru spirituality lze dle výzkumů spojovat se znaky zdravé osobnosti, osobní pohodou, adaptivním reagováním v životě člověka a s tendencí k sebeaktualizaci. Říčan (2006) vnímá spiritualitu jako integrující součást osobnosti člověka.

Ve vztahu spirituality ke zvládnání zátěže se hovoří o pojmu spirituální well-being (*spiritual well-being*). Tento pojem zahrnuje dle Breitbarta (2017) dvě dimenze: smysluplnost/pokoj (*meaning/peace*) a víru (*faith*). První dimenze je teoreticky i výzkumně vnímána spíše jako širší kategorie, která je nezávislá na konkrétním náboženství a souvisí více s osobním prožitkem smysluplnosti a pokoje v různém vyjádření (pojetí odpovídá soudobému chápání pojmu spiritualita, i když nevyklučuje spiritualitu v religiózním kontextu). Dimenze víry je asociována s religiozitou a náboženským učením. Zejména první dimenze dle výzkumů často souvisí s pozitivní adaptací na zátěž (Salsman, Yost, West, & Cella, 2011).

1.4 Víra

Štampach (2010) zdůrazňuje, že je důležité vymezit, jak rozumíme pojmu víra. Víra může být chápána jako uznání, že „něco“ transcendentního existuje, avšak nijak člověka nezavazuje a není nutné této víře podřizovat život. Vzhledem k zaměření této práce i rozšířenosti v evropských zemích se však budeme zaměřovat na víru křesťanskou, tedy víru v Boha. Štampach (2008, 33) víru v Boha vnímá jako „[...] *osobní vztah k Bohu spočívající v důvěře, spolehnutí na Boha, odevzdanosti Bohu*“. Halík (2002) zdůrazňuje, že víra je věcí osobní volby. Halama et al. (2006) ilustruje osobitost a individualitu pojetí víry *konceptem Boha*, který je díky jedinečnému procesu personifikace Boha a víry v průběhu života jednotlivce poměrně individuální. V osobním konceptu Boha je možno zachytit, jak daný jedinec chápe pojem Bůh, jaký vztah a pocity k němu prožívá a jak takový koncept Boha ovlivňuje náboženskou zkušenost věřícího.

Smith (1981, in Vojtíšek et al., 2012) definuje *osobní víru*, kterou vnímá jako oddanost či „naklonění srdce“ k něčemu, čemu člověk přikládá závažný význam, k tomu, co je prospěšné a platné. Smith vnímá osobní víru jako veskrze soukromý postoj, který nikterak nemusí souviset s náboženstvím. Skrze osobní víru člověk dle Smithe realizuje samotné lidství a je díky ní schopen vyšší míry empatie k druhým. Ačkoliv tato koncepce není nová, má mnohé společné s dnešním pojetím víry či spirituality, akcentuje se osobní prožitek a je popírán apriorní vliv náboženských společností a církví (Lužný & Nešpor, 2008).

Ačkoliv náboženství dle Václavíka (2010) zjevně ztrácí svou dřívější roli a postavení, je mezi lidmi západní Evropy i České republiky poměrně rozšířená forma neinstitucionalizované víry, dle výzkumů se jeví počet „věřících“ v nejširším možném pojetí jako spíše setrvalý. Církevní instituce nicméně zaznamenávají nižší poptávku, jejich vliv se snižuje a vůči církevním institucím je pocíťována často nedůvěra (Davie, 2009). Současný stav popisuje Václavík (2010) jako *privatizaci víry*, jež je vyjadřována více diferencovaně a často nezávisle na institucích a dřívější monopolní postavení větších církví je upozaděno ve prospěch osobně pojaté víry. Davie (2009, 17) tuto změněnou podobu náboženského života popsala jako „*víru bez příslušnosti*“. Lidé neinklinují k organizacím, chtějí prožitek víry spíše než náležitost k církevnímu uskupení. Ammerman (2006) proto poukazuje na důležitost zkoumání osobního náboženského života věřícího, neboť pouhé charakteristiky církevních institucí (návštěvnost bohoslužeb, počet členů a jiné) nemohou vyčerpávajícím způsobem obsáhnout to, co probíhá ve skrytu osobní praxe, a mohou být pro posuzování „náboženskosti“ určité populace značně zavádějící.

1.5 Náboženská praxe

V praktické části této diplomové práce zmiňujeme náboženskou praxi. Ačkoliv může být tendence v psychologicky pojatém výzkumu hledat spíše náboženský prožitek, Pechová (2011) upozorňuje, že přínosnějším a zajisté exaktnějším ukazatelem náboženského života člověka je přítomnost náboženské praxe a frekvence jednotlivých aktivit v jejím rámci. Pechová (2011, 17) rozlišuje projevy náboženského přesvědčení člověka na „*náboženské chování a náboženské prožívání*“. Celou šíři náboženského chování označuje termín náboženská praxe, kterou lze dále dělit na osobní a interpersonální (Hood et al., 2009), jinými slovy na soukromou a veřejnou praxi. Toto dělení je však spíše akademické, některé praktiky se odehrávají v soukromí i veřejně (například modlitba) (Pechová, 2011). Náboženská praxe zahrnuje účast na bohoslužbách a jiných náboženských rituálech, členství a zapojení v činnostech v církvi či jiné náboženské organizaci, studium posvátných textů, modlitbu, dále zahrnuje mimo jiné také sdílení víry s druhými (Pew Research Center, 2015).

Ammerman (2007) zmiňuje původní dělení dle Durkheima, který rozlišil skutečnosti na *sakrální* (posvátné) a *profánní* (světské). Náboženské praktiky se liší od běžných činností a prožitků specifickou náplní nebo účelem, které se nějakým způsobem týkají posvátna. Náboženská společenství a církve doporučují svým členům vymezit si čas na meditaci, modlitbu či jiné náboženské rituály a praktiky, z čehož vyplývá, že náboženská praxe je něco

mimořádného, co se odehrává obvykle mimo běžnou denní rutinu. Dle Davie (2009) je nepopíratelným faktem, že v Evropě klesá pravidelná účast na bohoslužebných setkáváních, evropské obyvatelstvo se v největší míře účastní bohoslužeb pouze při zvláštních příležitostech. Frekvenci návštěvy bohoslužeb alespoň jednou měsíčně vykazuje pouze 10 % českých občanů, ženy přitom chodí na bohoslužby častěji (Lužný & Nešpor, 2008). Nejvyšší frekvenci jiných náboženských praktik také nalezneme u žen (Václavík, 2010).

Dle výzkumů lze identifikovat nejvýznamnější faktory, které modifikují, jak a do jaké míry se jedinec zapojí do života své náboženské instituce či uskupení. Hood et al. (2009) uvádí následující důvody seřazené dle relevance: hledání smyslu, usilování o mezilidské vztahy, demografické faktory, náboženské přesvědčení. Zajímavým zjištěním je, že přesvědčení hraje nejmenší roli v rozhodování se o své účasti na veřejné náboženské praxi, naopak významným důvodem je touha najít a přiřadit životu nebo konání smysl. Snaha objevit smysl žití nebo událostí v životě člověka je podstatná i v rámci vyrovnávání se se zátěží v životě věřícího. Náboženství je v širokém pojetí o tom, jak lidé dávají smysl svému světu a příběhům, jež žijí (McGuire, 2007).

2 Náročné životní situace

Jestliže chceme mluvit o copingu, tedy zvládání zátěžových situací, je třeba se nejprve věnovat i situacím samotným, jež mohou být podnětem aktivujícím coping. Výrazně negativní události mohou narušit samotnou představu člověka o světě jako o bezpečném a předvídatelném místě (Berger, 2015), tedy „bazální důvěru“ ve svět či život obecně. Ve skutečnosti nelze žít život bez působení zátěže či stresu (Cooper & Quick, 2017), proto je třeba zátěžovým a stresogenním situacím věnovat pozornost, zkoumat je, ale také konceptualizovat postupy jejich zvládání.

2.1 Stres a zátěž

Rozvoj akademického zájmu o stres zaznamenáváme ke konci 50. let minulého století (Dewe, O'Driscoll, & Cooper, 2010). Zajímavou skutečností je, že stres a stresující či náročné události jsou předmětem neustálého zájmu společnosti. Tyto události (a jak je lze zvládnout) jsou častou náplní konverzace lidí, mediálního prostoru i výzkumných záměrů odborníků, zejména v posledních letech (Aldwin, 2007). I přesto pro stres a zátěž stále neexistuje obecně platná definice, na níž by se odborníci shodovali. V zásadě tato nejednoznačnost umožňuje různá pojetí dle zaměření těch, kteří se tímto fenoménem zabývají (al'Absi & Flaten, 2016).

Stres jako pojem původně označoval spíše stav omezení, útlak, měl tedy negativní konotaci. Dnešní pojetí slova stres dle Fontany (2016) spíše reprezentuje chápání jako *tlak* či *důraz*. Tento posun v pojetí slova reflektuje změnu úhlu pohledu na zátěž obecně. Zátěž není v současnosti vždy vnímána pouze negativně, velmi záleží na okolnostech, kontextu života jedince. Stres je v mnoha případech také stimulující a aktivizující. Ve výzkumech stresu a copingu se tak dnes setkáváme s akcentováním možného osobnostního růstu po prožití zátěžových životních situací, s pozitivními přesahy zvládání zátěže (Berger, 2015) a s odolností vůči zátěži například v pojetí resilience člověka (Frydenberg, 2017), kdy resilientní osoba je schopna i navzdory nepříznivým životním okolnostem a zátěžovým situacím nadále prospívat a navzdory podmínkám dosáhnout pozitivní adaptace na situaci. Skinner a Zimmer-Gembeck (2016) upozorňují, že vystavení příliš velkému nebo přetrvávajícímu stresu může zcela paralyzovat dříve funkční zvládání zátěže. Neschopnost čelit zátěži a přetížení můžou být následně spojeny s mnohými zdravotními obtížemi a riziky spíše než s růstem a rozvojem (Dewe et al., 2010).

Vztahu pojmů stres a zátěž se věnoval Paulík (2017, 65), který chápe zátěž jako obecný a nadřazený pojem k termínu stres. Zátěž je obecně kladený nárok vnitřními či vnějšími činiteli. Stres je tedy možné vnímat jako „stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek“. Zátěž může vzejít z vnitřního (tělesného či psychického) i vnějšího prostředí (al'Absi & Flaten, 2016). Podnět vyvolávající zátěž lze označit slovem *stressor*. Pojmy stres a zátěžová situace jsou často používány jako pojmy zástupné (Křivohlavý, 2009). Stres je obvykle vymezován právě ve vztahu k zátěžovým situacím, které mohou být pro člověka ohrožující a k jejichž zvládnutí aktuálně nemá zdroje či možnosti, což vyvolá prožitek stresu (Paulík, 2017). V naší práci proto termíny stres a zátěžová situace využíváme jako pojmy úzce související.

Někteří odborníci uvažují o stresu spíše obecně jako o zvýšení aktivace organismu (kladná či záporná kvalita této aktivace záleží na mnoha dalších vnějších i vnitřních podmínkách) (Aldwin, 2007). Aktivace organismu je mechanismus, který tělo vyvíjí k udržení rovnováhy – homeostázy, jež je pro optimální funkčnost organismu klíčová (al'Absi & Flaten, 2016). Organismus jako celek usiluje o adaptaci na zátěžovou situaci a na případné změny podmínek existence, které mohou nastat v důsledku takových situací, aby byl ve výsledku opět zajištěn stav rovnovážný. Stres v pojetí aktivace lze poté chápat jako druh prožitku, který vzniká v transakci člověk-okolí a způsobí jako nadměrná či nedostatečná aktivace (*arousal*) tělesný či psychicky vyjádřený nepříjemný stav (Aldwin, 2007).

Pojetí stresu prošlo významným vývojem od dob počátků zkoumání. Po letech diskuze, zda je prožívaný stres výsledkem individuálních charakteristik člověka nebo objektivního působení okolí, odborníci dospěli k názoru, že se jedná o interakci (Berger, 2015). Modernímu pojetí stresu, které neopomíjí tuto provázanost člověka s okolím, odpovídá transakční teorie stresu, která vychází z názorů Lazaruse a Folkman (Lazarus & Folkman, 1984). Folkman poukazuje na kontextuální povahu stresu, tedy že stres vychází z transakce mezi člověkem a prostředím (Folkman, 2010), jedná se o komplexní proces, který je dynamický, reciproční a obousměrný (Berger, 2015). Folkman zdůrazňuje, že stres se objevuje v situaci, která je jedincem hodnocena jako významná a jež vznáší na člověka požadavky, které jsou aktuálně nad jeho možnosti zvládnutí. Pro komplexní pochopení transakčního konceptu stresu a zátěžových situací je třeba navíc vnímat člověka dle soudobého holistického modelu jako bio-psycho-socio-spirituálně-environmentální jednotu (Paulík, 2017). Dimenze jsou vzájemně provázány, narušení rovnováhy v důsledku stresu v jedné oblasti může vést k narušení v jiné. Poněkud redukcionisticky je možné tento vztah

ilustrovat na provázanosti „těla a duše“ (*mind-body*) nebo „člověka a prostředí“ (*person-environment*). Složky těchto dvojic jsou ve vzájemném zpětnovazebním vztahu, a tudíž je nelze zkoumat a hodnotit izolovaně (Aldwin, 2007).

2.2 Zátěžové a náročné situace

Náročné životní situace lze dle Paulíka (2017) nazývat též situace, které vznášejí *zvýšené nároky* na přizpůsobení se. Berger (2015) vnímá stresovou událost jako životní situaci, která je zdrojem tlaků nebo požadavků na jedince, rodinu nebo komunitu. Tato situace má potenciál způsobit výraznou *změnu* oproti předchozímu stavu. Paulík (2017, 67) přidává, že zátěžová situace může způsobit „*ztráty ohrožující podstatné hodnoty...*“. Životními událostmi se nejčastěji ve spojitosti se stresem myslí závažné události, jako je rozvod, ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání či diagnóza závažného onemocnění (Aldwin, 2007). Mezi významné události je třeba počítat také ty obvykle pozitivně vnímané, avšak značně stresující, jako je sňatek, narození potomka nebo stěhování (Holmes & Rahe, 1967).

Na výrazně zátěžové události člověk reaguje komplexním souborem reakcí – na fyziologické, kognitivní, behaviorální, emocionální a interpersonální úrovni (Berger, 2015). Mezi jednotlivci však existují rozdíly v reaktivitě ve všech dimenzích (Aldwin, 2007). Častý a velmi dobře zdokumentovaný je negativní dopad stresových událostí na zdraví (působení stresu spouští v těle kaskádu neuroendokrinních reakcí, z nichž významné je zvýšení náchylnosti k onemocnění způsobené potlačením imunitní činnosti těla, zvýšení krevního tlaku a srdečního tepu a stav obecného nabuzení organismu (Berger, 2015). Aktivace organismu v důsledku stresu je krátkodobě prospěšná, dlouhodobě je však pro organismus neudržitelná a škodlivá (Aldwin, 2007). Gawronski, Kim a Miller (2014) zjistili, že větší počet závažných zátěžových a potenciálně traumatizujících událostí v životě člověka souvisí s negativními dopady na zdraví a častějšími návštěvami a pobyty ve zdravotnických zařízeních.

Stěžejní pro zkoumání vnímání potenciálu situace je kognitivní zpracování. Přístup člověka ke stresové situaci je velmi determinován jejím *zhodnocením (appraisal)*. Jedná se o subjektivní ohodnocení situačních podmínek, vlastních možností zvládnutí a rizik, jež do procesu copingu vstupují. Toto zhodnocení může probíhat vědomě i nevědomě (Folkman, 2011). Lazarus a Folkman popsali dvě fáze kognitivního zhodnocení: primární zhodnocení (*primary appraisal*) a sekundární zhodnocení (*secondary appraisal*). Ke svému pojetí později přidávají ještě třetí fázi zvanou přehodnocení (*reappraisal*). Autoři uvádí, že

pochopení hodnotícího procesu je nezbytné pro porozumění variabilitě reaktivity mezi lidmi (Lazarus & Folkman, 1984).

Z hlediska adekvátní reaktivity člověka je nutné rozlišit situace bezvýznamné, dobré (prospěšné) a stresové. První fáze kognitivního zhodnocení se opírá o posouzení zátěžové situace, tedy vyhodnocení toho, co se děje, proč se to děje a zda to představuje ohrožení pro jedince (Folkman, 2010). Primární zhodnocení je ovlivněno přesvědčením, hodnotami a zaměřením člověka. Přesvědčení například ve formě náboženství se tedy promítá již do samotného kognitivního hodnocení situace, nikoliv jen do způsobů jejího zvládnutí.

Pokud je situace vyhodnocena jako pro jedince významná, je možné ji dále kognitivně zpracovat třemi způsoby: situace je vnímána jako ohrožující (*threatening*), zraňující či znamenající (potenciální) ztrátu (*harm-loss*), nebo je zhodnocena jako výzva (*challenge*) (Aldwin, 2007). Sekundární hodnocení probíhá jako odhad reálných možností zvládnutí zátěže v případě, že se člověk se situací střetne. Třetí fáze, přehodnocení (*reappraisal*), spočívá v evaluaci efektivity zvolených copingových postupů a strategií pro příští využití (Lazarus & Folkman, 1984), autoři též užívají pojem pozitivní přehodnocení (*positive reappraisal*), kdy jedinec situaci kognitivně přerámuje jako v konečném důsledku pozitivní či posilující zkušenost.

Pro konstrukci vnímání situace jako ohrožující jsou důležité zejména tyto faktory: ovlivnitelnost situace (vnímaná kontrola v situaci (Dewe et al., 2010)), nepředvídatelnost situace (náhlý vznik), subjektivně vnímaná nadměrná či aktuálně nezvládnutelná míra zátěže (Folkman, 2010), situace vznáší požadavek na přizpůsobení významného rozsahu (například narození dítěte) či spojení s vnitřními konflikty (morálními, etickými) (Paulík, 2017). Cooper a Quick (2017) dodávají, že lidé zažívají strach a stres zejména v situacích, které jsou charakterizovány nejasností, nejistotou či něčím neznámým.

Situace představující zátěž a stres mohou být dle intenzity či délky trvání dále rozděleny na katastrofické a závažné traumatické události (či spíše události potenciálně traumatizující (Berger, 2015)), chronické stresory, každodenní běžné starosti a události životních změn normativního i nenormativního charakteru (Sigmund, Kvintová, & Šafář, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Subjektivní závažnost situace vyplývá z vnímaného a kognitivně uchopeného rozporu mezi požadavky okolních nároků a vlastními vnitřními zdroji k jejich zvládnutí (Aldwin, 2007).

Nejznámější klasifikaci zátěžových situací vypracovali Holmes a Rahe (1967), přiřadili na základě výzkumů 43 nejčastějším závažným životním situacím bodové hodnocení od 0 do 100 dle míry zátěže, jakou představují pro jedince. Holmes a Rahe zde akcentují kumulativní rizikový potenciál stresu – čím více zátěžových událostí je v životě člověka, tím větší je dle autorů riziko tělesného i psychického onemocnění (Berger, 2015). 100 bodů bylo uděleno události úmrtí partnera, představující extrémní stresor. Mezi nejvýznamnější zdroje stresu dále patří například rozvod (73 bodů), uvěznění (63 bodů) či úraz a onemocnění (53 bodů). Některé na první pohled pozitivní situace byly ve studii hodnoceny jako velmi zatěžující (například sňatek (50 bodů), těhotenství (40 bodů), či stěhování (20 bodů)) (Holmes & Rahe, 1967). Škála byla často kritizována zejména kvůli nezohlednění dopadů situace (Berger, 2015), přesto se však poměrně široce užívala a užívá (Shaheen, Andleeb, & Jahangir, 2017).

Vzhledem k relevanci pro praktickou část naší práce vybíráme z nejvýznamnějších stresorů dle Holmese a Raheho (1967) událost *úraz nebo onemocnění vlastní osoby*. Zaměříme se specificky na závažnou životní situaci onkologického onemocnění.

3 Onkologické onemocnění jako náročná životní situace

Diagnóza závažného (a zejména zhoubného) onemocnění znamená výraznou zátěž pro nemocného i pro jeho okolí. Zjištění život ohrožující choroby i průběh léčby jsou zdrojem značného stresu (Cooper & Quick, 2017). S diagnózou onkologického onemocnění se obvykle asociuje strach z intenzivní fyzické bolesti, ztráta kontroly nad životem, stigmatizace a smrt (Goerling & Mehnert, 2018), neboť onkologické onemocnění patří k nejčastějším příčinám úmrtí v Evropě. V České republice se s nejvyšší mortalitou spojuje rakovina prsu u žen (Peterková, Zamastilová, Skřivanová, Brančíková & Temoshok, 2017) a rakovina plic u mužů (Dolina, 2009). Rakovina může způsobit řadu změn – změnu sebepojetí a sociálních rolí, vnímání svého těla, omezení v pracovní a jiné výkonové sféře, ale i změnu v přístupu k sociálnímu okolí a v přístupu okolí k člověku (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, & Tschuschke, 2010).

Onkologické onemocnění je v současnosti považováno za multifaktoriálně podmíněné (Angenendt et al., 2010). Mezi propuknutím onkologického onemocnění a zátěží či stresem v životě člověka je dle odborníků zřejmě zpětnovazební vztah, diagnóza i stres jsou součástí komplexního systému transakce mezi jedincem a okolím (Aldwin, 2007). Výrazná zátěž (obzvláště kumulovaná a závažná) tak může přispět k propuknutí nebo zhoršení nemoci, avšak diagnóza sama následně také vyvolává stres a působí jako zátěžová situace

s rizikovým potenciálem pro zdravotní stav. Případný kauzální vztah mezi stresem a onkologickým onemocněním však dosud nebyl výzkumně potvrzen a výzkumná zjištění v tomto oboru jsou často nejednoznačná (Cooper & Quick, 2017). Paulík (2017) přidává, že vliv zátěže na zdraví není přímý, spíše se jedná o spolupůsobící faktor. Nicméně mnozí autoři vnímají výraznou zátěž jako rizikový faktor pro vznik onemocnění (či pro zdravotní stav a kondici obecně) a zdůrazňují vliv psychosociálních faktorů na zdraví (Husarewycz, El-Gabalawy, Logsetty, & Sareen, 2014; Angenendt et al., 2010).

Dle Goerling a Mehnert (2018) nelze rozlišovat „adekvátní“ a „neadekvátní“ reakce člověka na sdělení diagnózy či na léčbu. Spíše lze hovořit o psychické reakci *adaptivní* či *neadaptivní*. Neadaptivní reakce se vyskytují v případě, že psychický *distres*, jenž je s rakovinou často spojen, převyší kapacitu člověka ke zvládnutí zátěže. Autorky hovoří o prevalenci takových komorbidních psychických potíží až u třetiny všech onkologických pacientů. Termín *distres* je zřejmě užitečnější k popisu emocionálních a psychických reakcí v průběhu onemocnění a léčby než stigmatizující psychiatrické kategorie (například deprese) (Cooper & Quick, 2017), neboť se jedná o přirozenou reakci na závažnou životní situaci. Distres lze popsat jako výrazné emoční rozladění, jež je poměrně frekventované u diagnózy onkologického onemocnění (prevalence byla zjištěna u 30–50 % pacientů s touto diagnózou). Dle Berger (2015) psychický distres zahrnuje přecitlivělost, emoční bolest, smutek, úzkost, ustrašenost, nekontrolovatelné výbuchy nálad a jiné negativní pocity objevující se i bez aktuálních vnějších příčin. Cooper a Quick (2017) upozorňují na spojitost mezi individuální vysokou mírou distresu a vnímanou kvalitou života, nízkou spokojeností se zdravotní péčí a pravděpodobně i nižší nadějí na přežití po stanovení diagnózy. Dle Goerling a Mehnert (2018) vnímaný distres a proces přizpůsobení záleží také na typu rakoviny a na stadiu progresu onemocnění.

Reakce a psychické zpracování diagnózy a léčby u závažného onemocnění jsou značně individuální (Cooper & Quick, 2017), avšak lze identifikovat některá rizika pro psychické přizpůsobení, která se vyskytují poměrně často. V následujících odstavcích chceme nastínit, s jakými tématy se lidé s onkologickým onemocněním potýkají.

3.1 Strach z diagnózy a nejistota

Při objevení příznaků (například nalezení útvaru v prsu při samovyšetření) člověk prožívá strach z možného onkologického onemocnění. Jak jsme zmínili již výše, představa onkologického onemocnění bývá spojena s tématy smrti, bolesti a trápení (Goerling

& Mehnert, 2018). Samotný strach může být paralyzující, avšak výrazně riziková je i možnost popření potenciální závažnosti situace ze strachu (Angenendt et al., 2010). V časně fázi po sdělení diagnózy pacienti poměrně často také prožívají šok (Goerling & Mehnert, 2018), někteří mohou být necitlivým sdělením diagnózy dokonce traumatizováni (Angenendt et al. (2010) hovoří až o jedné třetině všech případů sdělování diagnózy). V některých případech může být sdělení diagnózy vnímáno úlevně (onemocnění je konečně pojmenováno a medicínsky uchopeno).

Nezvládnutý šok, popření či traumatizace zabrání v mobilizaci efektivních copingových strategií pro zvládnání onemocnění. Zde se nalézá pole působnosti pro psychologickou podporu, pomoc či krizovou intervenci v akutní fázi například přímo po sdělení diagnózy (Špatenková, 2017). Odborná podpora pomůže člověku opět převzít kontrolu nad svým životem a nastartovat zvládnání i v případě závažného narušení onemocněním. Goerling a Mehnert (2018) upozorňují, že současné zdravotnictví stále často přehlíží psychologické potřeby pacientů a s nemocí související distres a adekvátní péče není ani nabídnuta.

S potvrzeným onkologickým onemocněním může být spojena emocionální reakce strachu, paniky či bezmoci, což okolí očekává, ale může se objevit také projev hněvu či viny. I těmto reakcím je třeba věnovat pozornost (Breitbart, 2017). S onemocněním je následně spojena značná *nejistota* (nejisté vyhlídky do budoucnosti, nejistota ohledně fyzických i psychických dopadů nemoci). Diagnóza může „bořit“ základní představy člověka o sobě samém a o světě. Al'Absi a Flaten (2016) propojují vnímanou nejistotu s prožitkem úzkosti. Jedinec může v rámci snahy o redukci této úzkosti na bázi nejistoty hledat jistotu a řád v přesvědčení či v externím systému pravidel. Systematizovaný komplex přesvědčení i pravidel nabízí mimo jiné například náboženství. Význam spirituality (ne nutně nábožensky pojaté) může být objeven i u nevěřících osob zejména v obtížných (například terminálních) fázích onemocnění v rámci hledání smyslu a transcendence (Goerling & Mehnert, 2018).

3.2 Smysl života a smrtelnost

Vnímané ohrožení života onkologickým onemocněním vede v mnoha případech k úvahám ohledně *smyslu* nemoci, života a vlastní smrtelnosti. Bez zvážení, jaký smysl přikládá osoba s onkologickým onemocněním tomuto stresoru, nemůže být adekvátně uchopena psychologická péče a pochopena dynamika copingových strategií (Dewe et al., 2010). Nalezení a udržení smyslu (života, nemoci, utrpení) souvisí u pacientů s onkologickým onemocněním s vyšší vnímanou kvalitou života a s nižší mírou pociťované bezmocnosti

a bezvýchodnosti (Breitbart, 2017). Proces hledání smyslu se v angličtině příhodně nazývá *meaning making*, což dobře vystihuje snahu, kterou člověk vynakládá, aby smysl našel, kognitivně přiřadil (Aldwin, 2007).

Goerling a Mehnert (2018) uvádí, že obvykle poskytovaná zdravotnická či psychologická péče nemusí být vnímána jako „dostatečná“, jestliže nepokrývá i spirituální otázky a otázky po smyslu toho, co osoba s onemocněním prožívá. Breitbart (2017) pojmenovává spirituální well-being jako důležitý protektivní faktor proti depresi, bezmoci a suicidálním ideacím, které se poměrně často vyskytují u osob s pokročilým onkologickým onemocněním (zejména schopnost nalézt smysl měla výrazný protektivní účinek proti negativně prožívaným psychickým stavům).

Angenendt et al. (2010) odkazují na známý popis fází vyrovnávání se se smrtí od Elizabeth Kübler-Ross, u pacientů s diagnózou rakoviny se běžně při zpracování vyskytují fáze popření, hněv, smlouvání, deprese a smíření s onemocněním. Autoři upozorňují, že se fáze nemusí objevit v tomto pořadí, mohou se objevovat opakovaně a některé nemusí nastat vůbec (například přijetí onemocnění). Znalost zákonitostí průběhu psychického zpracování pomůže legitimizovat všechny prožitky, které se mohou objevit (například není vhodné předčasně a násilně překonávat fázi popření, která u nemocného může nastat) (Goerling & Mehnert, 2018).

3.3 Fyzické dopady onkologického onemocnění

Rakovinu jakožto tělesné onemocnění doprovází řada fyzických projevů, zmíníme se zde pouze o některých aspektech. Pacienti se setkají s přímými dopady onkologického onemocnění (bolest či ztráta funkčnosti části těla stíženého nádorem), ale i s vedlejšími efekty léčby (ozařování, chemoterapie či operace) (Angenendt et al., 2010). Holland et al. (2015) uvádí nejčastější tělesné problémy a obtíže, s nimiž se lidé s onkologickým onemocněním potýkají: únava, bolest, nevolnost, zvracení a sexuální dysfunkce. Únava je pacienty vnímána jako výrazně zatěžující negativní jev spojený s tímto onemocněním (únava se objevuje často jako následek radioterapie a chemoterapie). Může být vnímána individuálně odlišně, od „běžné únavy“ až po „naprostý nedostatek energie“, přičemž odpočinek a spánek výrazně neredukují únavu. Únava brání vykonávání dříve běžných aktivit, někdy zcela znemožňuje fungování (Finegan & McGurk, 2007).

Operativní zákroky mohou kromě bolestivosti, znečitlivění či zvýšené citlivosti oblasti působit řadu omezení (funkčnosti či pohyblivosti), ale i změny sebepojetí a akceptace vlastního těla (Angenendt et al., 2010). Výzvou pro adaptování sebepojetí je například ztráta vlasů, což je viditelný projev léčby onkologického onemocnění, jenž může podpořit stigmatizaci (Goerling & Mehnert, 2018). Zákroky a následná léčba (například radioterapie) v oblasti reprodukčních orgánů můžou zapříčinit sexuální dysfunkce a způsobit obtíže v rozvíjení a udržování intimity a sexuálního života člověka s onkologickým onemocněním. Ukazuje se, že zdravotničtí odborníci stále nevěnují tomuto tématu dostatečnou pozornost a pacienti tak nedostávají relevantní informace (Reisman & Gianotten, 2017).

3.4 Dopady onkologického onemocnění na sociální okolí

Závažné onemocnění neovlivňuje pouze samotného člověka s onkologickým onemocněním, působí na celý (zejména užší) sociální systém (Goerling & Mehnert, 2018). Pečující osoby hrají klíčovou roli ve zvládnání zátěže onemocnění, poskytují instrumentální i emocionální podporu, často jsou v roli prostředníka mezi odborníky a pacientem. Významný koncept pro zvládnání zátěže je rodinné (skupinové) pojetí zátěžové situace, tedy sdílené pojetí, hodnocení (*appraisal*) a přisouzený význam. Toto hodnocení ovlivňují hodnoty, přesvědčení, spiritualita i momentální stav rodiny či skupiny (Price, Bush a Price, 2016).

Péče o onkologicky nemocnou osobu znamená výraznou zátěž (způsobenou například nedostatkem odpočinku, psychickým vypětím a stresem nebo i finančními problémy způsobenými odchodem nemocného ze zaměstnání ze zdravotních důvodů (Goerling & Mehnert, 2018)). Potřeby rodiny a pečujících osob mohou být snadno opomenuty, jestliže je všechna pozornost zaměřena na pacienta. Vlivem prožívaného stresu při onkologickém onemocnění může dojít ke kvalitativní změně sociálních vztahů. Vztahy mezi partnery, rodiči a dětmi či vazby na pracovišti musí reflektovat změněnou situaci (Cooper & Quick, 2017). Price et al. (2016) upozorňují, že ne vždy zvýší onemocnění člena míru zátěže pro celou rodinu nad únosnou míru, naopak může dojít k mobilizaci rodinných copingových strategií pro nastolení nové rovnováhy. Efektivní sociální podpora je považována za významný zdroj pro rozvoj proaktivního copingu, jenž vede k adaptivnímu přístupu k nemoci a k subjektivní kvalitě života (Frydenberg, 2017).

3.5 Strach z rozšíření či recidivy onemocnění

Strach z rozšíření (*fear of progression*) či návratu onemocnění po období remise je adekvátní reakcí na reálnou hrozbu onkologického onemocnění. Ukazuje se, že až 50 % osob s onkologickým onemocněním může trpět středně silným až závažným strachem z rozšíření či návratu onemocnění (Goerling & Mehnert, 2018). Tento strach negativně ovlivňuje kvalitu života, well-being i fungování člověka v sociálním systému.

Míra strachu negativně koreluje s vyšší mírou vnímané osobní účinnosti (*self-efficacy*). Strach z onemocnění i z léčebných zásahů se také snižuje, jestliže osoba vnímá dostatečnou míru kontroly v situaci (al'Absi & Flaten, 2016). Míra strachu z rozšíření či návratu onemocnění se s časem signifikantně nesnižuje, proto je důležité s těmito pocity pracovat co nejdříve po zjištění diagnózy a započetí léčby (Melchior et al., 2013). Výrazný strach z rozšíření či návratu rakoviny souvisí s vyšší pravděpodobností rozvoje neefektivních copingových strategií a s nižší důvěrou v léčbu (Goerling & Mehnert, 2018). Psychologická pomoc zde může přispět k adaptivnějšímu zvládnání této zátěžové situace, proto je důležité sledovat míru subjektivně vnímaného strachu u osob s onkologickým onemocněním.

4 Náboženský coping

Významné životní události ovlivňují člověka na fyzické, psychické, sociální, ale často také na spirituální rovině. V souladu s moderním bio-psycho-socio-spirituálním pohledem na člověka je třeba poskytovat komplexní péči, ať se jedná o zdravotnictví, psychologii či pastoraci (Bryant-Davis & Wong, 2013). Při zkoumání copingu u věřících osob prožívajících zátěž nelze vycházet pouze z obecných znalostí o copingu, neboť podoba copingu u těchto osob může být odlišná a specifická. Liší se zdroje zvládnání, metody, strategie i přístup k zátěžové události samotné (Folkman & Moskowitz, 2004). Člověk, který považuje náboženství za významné ve svém každodenním životě, se obvykle snaží uplatnit jeho principy a využít možnosti i při setkání se zátěží a stresem (Greenway, Phelan, Turnbull, & Milne, 2007). Není také neobvyklé, že i lidé subjektivně se považující za nevěřící se v některých případech obrátí k náboženství v situaci závažné zátěže (Ano & Vasconcelles, 2005). Psychologičtí odborníci by proto měli mít povědomí o tématech a strategiích copingu, jež se mohou objevit u jejich klientů ve spojitosti s vírou a náboženstvím při zvládnání a vyrovnávání se se zátěžovými situacemi. Mohou pak lépe vnímat potenciály i rizika spojení víry a copingu (Pargament, 2007). Protože koncept obecného copingu předcházela teoretickému rozvoji náboženského copingu, budeme se proto nejdříve věnovat obecným souvislostem.

V této kapitole budeme zmiňovat ve vztahu ke copingu nejčastěji pojmy *náboženství* a *víra*, nelze od nich však oddělit *spiritualitu*. Vzhledem k zaměření této práce na náboženský coping v křesťanském kontextu budeme uvažovat o *spirituálním copingu* jako o součásti většího celku *náboženského copingu* (Zinnbauer & Pargament, 2005). Výzkumy s věřícími respondenty ukázaly, že spiritualita a religiozita jsou v tomto případě obvykle vnímány jako jeden celek, a nelze je proto snadno oddělit (Bryant-Davis & Wong, 2013). Existence samostatné mimonáboženské spirituality tímto samozřejmě není nijak vyloučena. Zejména v zahraničních publikacích se lze setkat s pojmy *religious coping* i *spiritual coping*, přičemž druhý pojem odkazuje často na pojetí konceptu rozšířené i na spiritualitu nenáboženskou (Pargament, 2007).

4.1 Coping

Slovo *coping* pochází z anglického slovesa *to cope*, tedy zvládat. Termín coping se v českém jazyce nepřekládá. Užívá se tam, kde je třeba vymezit vědomé a aktivní zvládnání životní zátěže (Paulík, 2017). Coping byl jako samostatný obor psychologického zkoumání poprvé

ohraničen v 70. a 80. letech minulého století. Dodnes je téma copingu a adaptivního zvládnání zátěže hojně výzkumně i teoreticky zpracováváno (Dewe et al., 2010). Zájem o tento obor podněcuje snaha nalézt důvody, proč někteří lidé i v náročných situacích a podmínkách prospívají lépe než jiní (Folkman & Moskowitz, 2004).

Ve své stěžejní práci ohledně stresu a copingu Lazarus a Folkman (1984) vymezují coping jako proces myšlení a jednání, které člověk vědomě a záměrně užívá ke zvládnání vnitřních a/nebo vnějších nároků vyplývajících ze situací, jež jsou hodnoceny jako individuálně významné a převyšující aktuální zdroje a možnosti zvládnání (Folkman & Moskowitz, 2004). Na nejobecnější rovině lze coping chápat jako způsob, jakým lidé rozpoznávají, hodnotí, reagují a zvládají aktuální požadavky, stresory a překážky, s nimiž se potkávají v každodenním životě (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

Coping není izolovaný fenomén, funguje v rámci propojeného, komplexního a proměnlivého procesu zvládnání stresu, který zahrnuje osobu, okolní prostředí a jejich vzájemný vztah (Folkman & Moskowitz, 2004). Dle současných požadavků na procesuální a transakční hledisko lze coping vymezit jako multidimenzionální a dynamický proces součinnosti kognitivních, emocionálních a behaviorálních komponent. Všechny komponenty se promítají do strategií, jichž jedinec či skupina užívá při setkání se se zátěžovou situací nebo při jejím zvládnání. Účelem strategií je zvládnutí, redukce, překonání či případné zvýšení tolerance k požadavkům, jež zátěžová situace přináší (Berger, 2015). Dynamika procesu je vyjádřena proměnou v čase i situační citlivostí copingu. Strategie užití v rámci copingu se mění v průběhu života na základě učení a zkušeností, výběr strategií také záleží na situaci a podmínkách aktuální zátěže (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Coping je také zřejmě poměrně významně ovlivněn osobnostními dispozicemi člověka, které ovlivňují hodnocení situace (*appraisal*), ale i individuální senzitivitu vůči zátěži (Folkman & Moskowitz, 2004).

Cooper a Quick (2017) vymezují podstatné znaky, jimiž se coping liší od jiných souvisejících konceptů. Coping je dle autorů proces, nejedná se o osobnostní rys (jako například *resilience*) ani o výsledek zvládnání zátěže. Coping zahrnuje veškerou snahu zvládnout zátěž, nejedná se vždy pouze o zvládnutí v pozitivní konotaci (*mastery*). Coping je limitován pouze na zvládnání kognitivně hodnocené zátěže, čímž autoři vylučují automatické tělesné adaptační mechanismy mimo rámec copingu. Coping se od automatických mechanismů liší tedy především vědomým volným úsilím. Podobně se tento koncept liší od nevědomých ego-obranných mechanismů (Dewe et al., 2010).

4.1.1 Copingové styly a přístupy

Autoři ve snaze systematizovat poznatky vytváří neustále nové modely copingových stylů, které dále zahrnují skupiny konkrétních copingových strategií. Výstižně například rozlišily 12 nadřazených „rodin“ copingu Skinner a Zimmer-Gembeck (2016). Tyto teoretické rodiny velmi přehledně organizují poměrně složitý komplex specifických copingových strategií, proto se tomuto dělení budeme věnovat. Autorky zmiňují následující rodiny:

1. *Řešení problému (problem-solving)*, které je asociováno s aktivitou člověka a pozitivními výsledky zvládnání zátěže (Frydenberg, 2017).
2. *Hledání informací (information-seeking)*, jež je založeno na aktivitě a zvědavosti.
3. *Bezmocnost (helplessness)*, zahrnuje aktivní vzdání se ve formě šetření zdrojů po zhodnocení neúspěšných pokusů situaci čelit, ale i pasivitu, rezignaci a pesimismus.
4. *Útěk (escape)*, představuje vyhýbavý postoj a chování, strategie copingu v této rodině mohou fungovat na podkladu strachu. Dle Skinner a Zimmer-Gembeck (2016) sem patří i nadějeplné myšlení, které však neodpovídá reálnému vývoji situace.
5. *Hledání opory (support-seeking)*, vyjádřené jako obrácení k ostatním pro podporu a pomoc. Obvykle napomáhá adaptaci, jestliže je opora funkční a dostupná. Sociální opora může poskytovat nejen ochranu před působením stresorů, může také pomoci s návratem k běžnému fungování po skončení období zátěže (Price at al., 2016).
6. *Sebeútěcha (self-comforting)*, asociuje se spíše s adaptivními strategiemi copingu jako relaxace, dodávání si odvahy a řízené vyjádření emocí.
7. *Delegování (delegation)*, vyjadřuje pasivní touhu po péči a přenesení zodpovědnosti v zátěžové situaci.
8. *Sociální stažení (social isolation)*, zahrnuje izolaci a stažení ze sociálních kontaktů. Asociuje se s touhou skrýt se, se studem a s vyhýbavým chováním, výzkumy potvrzují korelaci s maladaptivními výsledky procesu copingu (Peterková et al., 2017).
9. *Přizpůsobení (accommodation)*, jedná se o proces, kdy člověk přizpůsobí své preference možnostem zvládnání dle toho, co je momentálně dostupné. Asociuje se s pozitivním kognitivním přerámováním a přehodnocením situace i s adaptivním rozptýlením pozornosti či se schopností najít benefity v zátěžové situaci (Folkman & Moskowitz, 2004).
10. *Vyjednávání (negotiation)*, souvisí se stanovením priorit, snížením požadavků či s ochotou ke kompromisu v zátěžové situaci.

11. *Podřízení (submission)*, je často vyjádřeno jako pasivní rezignované podřízení se zátěžové situaci. Může zahrnovat i neadaptivní ruminaci (repetitivní a pasivní zaměření se na negativa a rizika zátěžové situace).
12. *Opozice (opposition)*, v procesu copingu se uplatňuje jako útok na zdroj zátěže a boj s ním, asociuje se s hostilitou a agresivitou, touhou po pomstě či nekontrolovaným uvolňováním negativních emocí (Berger, 2015).

Frydenberg (2017) upozorňuje, že rozlišení strategií copingu na produktivní a neproduktivní není vždy jednoznačné. Kvalitativní hodnocení procesu je značně obtížné, neboť zvládnání zátěže významně souvisí s individuálními zvláštnostmi osobnosti i se situačními faktory. Nicméně s obecně produktivními a adaptivními výsledky zvládnání zátěže nejčastěji koreluje například strategie aktivního řešení problému, vyhledání sociální opory či řízené fyzické uvolnění. U žen s rakovinou prsu vykazovaly strategie akceptace, pozitivní přehodnocení a humor negativní souvislost s mírou vnímaného distresu (Peterková et al., 2017). Jako zvláště efektivní v dosažení snížení míry distresu se u žen s rakovinou prsu ukázala kombinace strategií akceptace, vyjádření emocí a sociální opora (Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, & Koutri, 2007).

S negativními výsledky copingu (zahrnujícími distres a psychickou dezorganizaci) korelují nejčastěji strategie vyhýbání, ruminace, sebeobviňování či obavy (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016), přičemž nejvíce problematická strategie asociovaná s mnohými rizikovými výsledky zvládnání situace je právě sebeobviňování, tato strategie působí maladaptivně i v případě osob s onkologickým onemocněním (Peterková et al., 2017).

4.2 Koncept náboženského copingu

Náboženský a spirituální podklad copingu byl poměrně dlouhou dobu opomíjen. Důvodem může být, že víra byla mnohými psychology vnímána spíše jako pasivní, defenzivní a maladaptivní, nebo přinejmenším jako vedlejší fenomén (Paloutzian & Park, 2013). Mnoho psychologů dle Pargamenta (2007) může vnímat náboženství jako proměnnou v pozadí, pro mnoho věřících je to ovšem záležitost předního významu. Poslední dobou je patrný zvýšený zájem o spiritualitu ve vztahu ke zdraví a všeobecnému well-beingu a zájem o možný přínos náboženství (Abu-Raiya, Pargament, & Krause, 2016), zvýšený akademický zájem zaznamenalo také samotné téma náboženského copingu (Jianbin, 2016). Víra může být pro věřícího člověka významným zdrojem při zvládnání zátěžových situací. Pargament (2007) však upozorňuje, že náboženství sice může být součástí řešení, ale může být také

součástí problému. Jianbin (2016) proto náboženský coping nazývá metaforicky „dvousečný meč“. Náboženský coping je komplexním aplikovaným odvětvím copingu s možnými pozitivními i negativními aspekty.

Pargament (1997) ve své stěžejní publikaci o náboženském copingu vymezuje coping obecně jako hledání *významného* v čase zátěže a stresu (slovo významné odkazuje na hledání zdroje vlastního významu i na snahu dosáhnout, najít či získat význam skrze něco ceněného či respektovaného). Náboženský coping je odvozen od této definice jako hledání významného způsobu spojenými s *posvátnem* (Jianbin, 2016).

Náboženský coping lze vymezit jako multidimenzionální, komplexní a dynamický konstrukt zvládnání zátěže, využívající širokou škálu souvislostí víry a náboženství člověka (Paloutzian & Park, 2013). V rámci náboženského copingu jedinec může hledat zdroj podpory u transcendentní bytosti (často vnímané jako zosobněný Bůh), u členů náboženského společenství či skupiny, zvládnání je facilitováno také zprostředkováním smyslu zátěžové situace skrze náboženské prizma, což může vést v optimálním případě k podpoře resilience, zdraví a well-beingu (Bryant-Davis & Wong, 2013). Náboženský coping dle Paloutziana a Park (2013) nelze vymezit pouze jako coping, ve kterém je do jisté míry zapojeno náboženství. Více než na míře zapojení náboženství dle autorů záleží na tom, *jakým způsobem* se náboženství v copingu uplatňuje, *kdo* jej uplatňuje (například kněz, člen společenství, věřící sám), *jaké* metody a strategie jsou uplatněny (čtení Bible, modlitba, meditace), *kdy* (v krizové situaci, při každodenních starostech), *kde* (v soukromí, v církevní budově) a *proč* (nalézt smysl, získat kontrolu nad situací).

Metody a strategie náboženského copingu jsou definovány jako způsoby porozumění a zvládnání negativních událostí, tyto způsoby se vztahují k posvátnu (Pargament & Abu-Raiya, 2007). Jinými slovy metody a strategie slouží k nalezení („vytvoření“) smyslu dění, účelu a úkolu člověka, k získání emocionální podpory, podpoře vztahu s druhými a k stimulaci spirituálního růstu a transformace (Greenway et al., 2007).

Náboženský coping stejně jako coping obecný podléhá situačním vlivům, v průběhu života se vyvíjí a mění a je založen na osobním individualizovaném náboženském systému víry a přesvědčení (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011). Tento systém slouží k „orientaci“ v životních situacích a sestává z přesvědčení, náboženské praxe, vzorců vztahů a osobnostních charakteristik (Abu-Raiya et al., 2016). Bryant-Davis a Wong (2013) vnímají jako vyjádření tohoto systému i existenci kognitivního rámce, který si člověk v rámci svého

náboženského života vytváří a jež slouží k hodnocení i přehodnocování (*reappraisal*) zátěžových situací v náboženském kontextu. Pargament (2007) zdůrazňuje, že náboženské zdroje nejsou pouze nepatrným dodatkem k dalším zvládacím mechanismům. Náboženský coping je propojen s větším světonázorem věřícího člověka, skrze nějž může vidět své záležitosti v širším kontextu, může se přiklonit k hodnotám zakotveným v transcendentních souvislostech, objevit nové možnosti řešení situace a nalézt odpovědi na složité otázky kolem zátěžových situací. Bez ohledu na náboženský či nenáboženský zdroj, spiritualita může zprostředkovat smysl, integritu a spojení s druhými (Price et al., 2016). Výrazný potenciál náboženství v copingu se projevuje v případech zvládnání zátěže spojené s konečností a s limitovaností života člověka (například v situaci závažného onemocnění), přináší do procesu copingu pojmy jako přijetí, odpuštění, poddání se, naděje či přesah (Pargament, 2007).

4.3 Význam náboženství v copingu

Náboženství se může v procesu copingu manifestovat různými způsoby, neboť se jedná o mnohvrstevnatý fenomén (Pargament, Exline, & Jones, 2013). Jak jsme zmínili výše, náboženství může být někdy stereotypně vnímáno jako výrazně defenzivní, rigidní a jako potenciální forma popření. Dle Paloutziana a Park (2013) náboženství skutečně mimo jiné poskytuje útěchu a zdroj stability v době stresu. Hogg, Adelman a Blagg (2010) zjistili, že v situacích vyznačujících se zvýšenou nejistotou se lidé častěji obraceli k náboženství. Avšak defenzivita není jediná výstižná charakteristika náboženství. Paloutzian a Park (2013) uvádí příklady, kdy náboženství aktivizuje člověka, stimuluje ke změně a transformaci. V souvislosti s náboženstvím v zátěžových situacích se často hovoří o spirituálním růstu po stresové události, o seberegulaci, o rozvoji vztahu k druhým i k transcendentní entitě, zmínit lze také rituály (a přechodové rituály jako facilitace transformace obzvlášť). Tyto a další fenomény spojené s náboženským zvládnáním zátěže dalece překračují obrannou a rigidní funkci. V souladu se závěry výzkumů věřící častěji užívají aktivní strategie náboženského copingu, pasivní jsou užívány méně často, přesto je nelze opomíjet (Pargament, 2007).

Pargament identifikoval pět hlavních funkcí náboženství v procesu copingu. Od těchto klíčových funkcí odvozuje následně druhy a podkategorie náboženského copingu (Paloutzian & Park, 2013). Náboženství slouží při zvládnání zátěže k *objevení smyslu a významu* tváří v tvář utrpení či závažné situaci, umožňuje *získání* jisté formy *kontroly* nad situací, slouží k *nalezení útěchy ve spojení s transcendentní entitou* (Bohem), slouží

k *přiblížení se druhým a Bohu* a podněcuje k dosažení *transformace života* (dle Folkman a Moskowitz (2004) transformuje objekt a zdroj významu; tyto funkce náboženství použili Pargament, Koenig a Perez (2000) také jako základní dimenze dotazníku měřícího náboženský coping RCOPE a lze je považovat i za základní dimenze teoretického dělení metod náboženského copingu).

Z výzkumů vyplývá, že osoby se silnější náboženskou orientací vykazovaly větší pravděpodobnost výraznějšího uplatnění náboženského copingu, častější zastoupení adaptivních metod a zaznamenaly větší množství prospěšných důsledků zvládnání situace (Jianbin, 2016). Dle Krägeloha, Chai, Shepherda a Billingtona (2010) nižší úroveň religiozity a spirituality korelovala s maladaptivním a vyhýbavým copingovým stylem, kdežto vyšší úroveň religiozity a spirituality souvisela více s copingem typu *problem-focused*. Pargament (2007) tento jev vysvětluje tím, že lidé, kteří nejsou příliš zakotvení v religiozitě, nemají mnoho informací ani zkušeností s osobně prožívaným náboženstvím. Nemohou proto plně využít potenciál tohoto zdroje zvládnání. Naopak lidé, již náboženství vnímají jako velmi výraznou součást života, spíše uplatní náboženský typ copingu jednoduše proto, že je dostupným a subjektivně vhodným zdrojem úzce souvisejícím s tím, co člověk vnímá jako hodnotné a významné (Jianbin, 2016). Víra může být při setkání se závažnou životní situací zdrojem útěchy, opory i náboženstvím ustanovených mechanismů ke zvládnutí a překonání zátěže (Paloutzian & Park, 2013).

Vliv náboženství v náročných situacích však nelze považovat za a priori pozitivní. Abu-Raiya et al. (2016) upozorňují, že negativním aspektům náboženského copingu pro převažující zájem o pozitivní zaměření nebyla donedávna věnována adekvátní pozornost. Paloutzian a Park (2013) dodávají, že náboženství může být zdrojem zátěže navíc, jež přidává další dimenzi trápení a zpracovávaným těžkostem. Projevuje se jako negativní náboženský coping, lze se setkat i s označením *duchovní boj* (*spiritual struggles*), jenž se může manifestovat na intrapersonální (a transcendentní) i interpersonální úrovni (ve vztahu k rodině či náboženskému společenství). Kromě vlastní zátěžové situace (například onkologické onemocnění) může věřící v rámci copingu zpracovávat i střet s náboženskými hodnotami či náboženskými představami okolí. Prožitek duchovního boje dle výzkumů často souvisí s psychickým distresem a zdravím (Abu-Raiya et al., 2016).

4.4 Metody a strategie náboženského copingu

Metody náboženského copingu zahrnují aktivní, pasivní a interaktivní strategie, na emoce i na problém zaměřený přístup a pokrývají kognitivní, behaviorální, interpersonální a spirituální domény (Paloutzian & Park, 2013). Jak jsme již zmínili, základní členění metod náboženského copingu vychází z funkcí, které náboženství (respektive náboženský coping) má zastávat ve zvládnání zátěže. Jedná se o kategorie zahrnující konkrétní strategie k *objevení smyslu* či *významu* (*search for meaning*), k *získání kontroly* (*mastery and control*), k *nalezení útěchy a blízkosti u Boha* (*search for comfort and closeness to God*), k *přiblížení se druhým a Bohu* (*intimacy with others and closeness to God*) a strategie k dosažení *transformace* (*life transformation*) (Pargament et al., 2000).

Metody a strategie náboženského copingu je třeba rozlišovat s ohledem na jejich potenciální přínos adaptaci na zátěžovou situaci. Ačkoliv teorie náboženského copingu vychází z předpokladu, že užitečnost určité metody copingu je podmíněna souhrou faktorů, jako je osobnost, sociokulturní vlivy, situace, lze na základě výzkumů rozlišit strategie a metody častěji přispívající k pozitivním a adaptivním dopadům a opačně (Pargament et al., 2011). Při zkoumání struktury náboženského copingu pomocí dotazníku RCOPE byly definovány dvě hlavní kategorie, dva hlavní styly náboženského copingu: *pozitivní* a *negativní* (Folkman & Moskowitz, 2004). V současnosti se pro základní orientaci ohledně zastoupení pozitivního a negativního náboženského copingu u klientů používá nejčastěji výrazně zkrácená verze dotazníku RCOPE, Brief RCOPE (Pargament et al., 2011).

Pozitivní náboženský coping dle Paloutziana a Park (2013) zahrnuje strategie, které reflektují jistou vazbu k Bohu (ve smyslu *attachmentu*) a spirituální propojení s druhými. Pozitivní coping je založen na obecném předpokladu, že Bůh je benevolentní a odpouštějící (Bryant-Davis & Wong, 2013) a že v životních událostech lze nalézt smysl (Folkman & Moskowitz, 2004). Mezi pozitivní strategie náboženského copingu patří *benevolentní náboženské přehodnocení* (zahrnuje redefinici významu zátěže ve snaze najít možné benefity) (Pargament et al., 2011), *spolupracující náboženský coping* (reflektuje aktivní přístup osoby ke zvládnání situace, zároveň poskytuje zdroj opory ve spolupráci na zvládnání s vyšší entitou), *spirituální propojení* s druhými či s Bohem, *hledání duchovní opory* (u členů náboženského společenství) (Paloutzian & Park, 2013). Bryant-Davis a Wong (2013) k výčtu pozitivního copingu přidávají také *modlitbu za úlevu* či *přesvědčení, že Bůh byl přítomen* i při závažné či traumatické události a že zajistí *spravedlnost*. Ano

& Vasconcelles (2005) provedli metaanalýzu výzkumů výsledků náboženského copingu, zjistili, že pozitivní náboženský coping zahrnující víru ve spravedlivého a milujícího Boha, subjektivní vnímání Boha jako partnera ve zvládnání zátěže, zapojení v náboženských rituálech a snaha získat duchovní i interpersonální oporu dle výzkumů souvisí převážně s pozitivními dopady zátěžové situace například na mentální zdraví či osobní rozvoj. O podobných závěrech hovoří i Abu-Raiya et al. (2016), uvádí, že existuje významná souvislost mezi pozitivním náboženským copingem a ukazateli, jako je zdraví či well-being. Pargament et al. (2011) zjistili, že existuje souvislost mezi uplatněním pozitivního copingu a nižší četností psychosomatických symptomů po prožité zátěži. Trevino et al. (2010) hovoří ve svém výzkumu o souvislosti mezi pozitivním copingem a vyšší mírou sebedůvěry.

Negativní náboženský coping, obecně považovaný spíše za prediktor maladaptivního vývoje zvládnání, charakterizují konflikty a zápasy (*struggle*), které se mohou odehrávat intrapersonálně, interpersonálně, ale také ve vztahu k Bohu (Paloutzian & Park, 2013), který je vnímán v zásadě jako odsuzující a zavrhuující (Bryant-Davis & Wong, 2013). Do kategorie negativního copingu spadají strategie *náboženské přehodnocení Boha jako trestajícího* (zátěžová situace může být vnímána jako trest), *duchovní nespokojenost* (s náboženským společenstvím, s Bohem), *přehodnocení Boží moci* (ve smyslu limitovanosti či nemožnosti Božího zásahu) či *přehodnocení zátěže jako působení démonické entity* (například jako vliv satana) (Folkman & Moskowitz, 2004). Dle metaanalýzy Ana a Vasconcelles (2005), která zkoumala zvládnání nejrůznějších zátěžových situací, byly strategie negativního náboženského copingu spojeny s nepříznivými psychickými konsekvencemi jako deprese, úzkost, necitlivost, symptomy posttraumatické poruchy či duchovního zranění. Trevino et al. (2010) reportují souvislost negativního copingu se zhoršením symptomů u pacientů s HIV/AIDS, ale i s vnímanou nižší kvalitou života. Trevino, Balboni, Zollfrank, Balboni a Prigerson (2014) upozorňují, že negativní náboženský coping je významný korelát suicidálních ideací u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním.

Popsané souvislosti a vlivy náboženského copingu na přizpůsobení se po zátěžové situaci jsou stabilní i po kontrole demografických proměnných a po odstranění vlivu nenáboženského copingu (Paloutzian & Park, 2013). Dle autorů je také třeba počítat s tím, že některé strategie náboženského copingu stále vykazují smíšené či nekonzistentní výsledky a nelze je tedy zařadit mezi adaptivní či neadaptivní strategie (jedná se například o strategii *vymezování náboženských hranic* ve smyslu striktního rozlišování, co je a co není „nábožensky přijatelné“ (Pargament et al., 2011), tato strategie může mít paradoxní dopady).

Přítom přítomnost negativních strategií copingu nemusí vždy znamenat problematické zvládnání, někdy se jedná pouze o znak přirozeného vývoje směrem k transformaci (Greenway, 2007).

4.5 Smysluplnost a význam v rámci náboženského copingu

Člověk je svým uvědomovaným prožíváním druh specificky zaměřený na hledání či tvoření smyslu (*meaning making* nebo *search for meaning*) všeho, co prožívá a co se kolem něj děje (Breitbart, 2017). *Meaning-making* lze definovat jako proces, skrze nějž se lidé pokouší obnovit rovnováhu ve svém širším systému smyslu a významů, jenž byl narušen závažnou událostí (van Uden & Zondag, 2016). Tento proces ovlivňují hodnoty, víra a přesvědčení, je tedy závislý na individualizovaných kognitivních schématech věřícího (Folkman & Moskowitz, 2004). Závažná životní situace (například onkologické onemocnění) může způsobit otřes jistot a hodnot a prožitek ztráty smyslu a naděje (Abu-Raiya et al., 2016). Dle mnohých výzkumů religiozita a spiritualita často pomáhají člověku nalézt smysl prožívaného (Pargament et al., 2013). Náboženství nabízí způsoby a metody, které facilitují změnu náhledu na zátěžovou situaci jako na možnost k růstu a kvalitativní přeměně náboženského života. Náboženská učení vysvětlují existenci utrpení, poskytují naději a širší rámec chápání situace pomocí věrouky, symboliky, příběhů a rituálů (Pargament, 2007). Van Uden a Zondag (2016) hovoří o důležitosti náboženských mýtů a příběhů, neboť vysvětlují příčiny a významy toho, co se v životě děje, navíc poskytují návod k tomu, co se má stát, aby se člověk i po zátěži mohl opět „postavit na nohy“. Mýty pomáhají dle autorů i při zpracování důsledků ztráty smyslu při závažné události: chaosu, strachu a nejistoty.

Mezi metody náboženského copingu sloužící k nalezení smyslu či významu Pargament et al. (2000) zahrnují pět strategií. Jedná se o způsoby přehodnocení Boží moci a zásahů v životě věřícího: *benevolentní náboženské přehodnocení*, *přehodnocení situace jako trest od Boha*, *přehodnocení situace jako důsledek působení ďábla* (či obdobné opoziční strany k Bohu) a *přehodnocení Boží moci*, tedy kognitivní přerámování možností Boží intervence v zátěžových situacích. Věřící člověk může být přesvědčen, že má kontrolu nad svým životem, že je dobrý člověk a dobrým lidem se nestávají špatné věci a že Bůh je milující a spravedlivý, než je tento předpoklad otřesen závažnou událostí (smrtí blízké osoby, závažnou nemocí, prožitým násilným útokem) (van Uden & Zondag, 2016). Původní náboženské představy a předpoklady musí být redefinovány ve smyslu nově prožité zkušenosti, již je třeba do náboženského paradigmatu integrovat. Náboženské přehodnocení

umožní transformovat vnímání situace z beznadějně a bezvýchodně na akceptovatelnou, potenciálně přínosnou a spirituálně hodnotnou. Stresor může být následně popsán věřící osobou jako „součást Božího záměru, lekce od Boha, příležitost přiblížit se Bohu“ (Jianbin, 2016). Víra může sloužit jako prisma umožňující vnímat zátěž více benevolentním způsobem (Abu-Raiya, 2016). Dle výzkumů lidí, kteří vnímali svá trápení z hlediska *posvátna* (jako posvěcená), dokázali častěji vnímat tuto zátěž jako smysluplnou a prožívali následně více štěstí a radosti (Pargament et al., 2007).

Ke strategiím hledání smyslu patří i ty, jež jsou obvykle spojovány s nepříznivými výsledky procesu náboženského copingu, například redefinice zátěže jako trestu od Boha nebo přehodnocení jako působení ďábla („Bůh mě trestá za mé hříchy; věřil jsem, že za mojí situaci stojí ďábel“) (Pargament et al., 2000). Věřící lidé někdy mohou ze situace vyvodit, že jim Bůh ublížil, ať již záměrně či nečinností, může se objevit hněv a zklamání ve vztahu k Bohu či pochybnosti o jeho existenci. Tyto atribuce také vyjadřují nejistotu ve vztahu k Bohu a mohou být považovány za potenciální varovný signál o možném problematickém průběhu zvládnutí zátěže a o prožívaném distresu (Paloutzian & Park, 2013). Ačkoliv je věřícími náboženský systém pro proces tvorby smyslu běžných i neobvyklých událostí hojně užíván, úspěšnost takové derivace smyslu není vždy zaručena, záleží na konkrétní podobě náboženství, individualitě, zátěži i okolí (van Uden & Zondag, 2016).

4.6 Náboženský coping zaměřený na kontrolu situace

Závažné onemocnění představuje výzvu pro pocit kontroly nad životem a zdravím, neboť člověk nemůže často nijak výrazně ovlivnit vývoj onemocnění. Jestliže se věřící člověk setká se situací nezvládnutelnou vlastními silami, může využít zdroje kontroly i způsoby nakládání s osobní kontrolou zakotvené v náboženském systému (Pargament et al., 2000). Metody náboženského copingu zaměřené na získání kontroly zahrnují dle Paloutziana a Park (2013) strategie *spolupracující náboženský coping*, v němž Bůh vystupuje jako aktivní partner v řešení zátěžové situace spolu s věřícím člověkem, *pasivní náboženské předání kontroly*, které lze charakterizovat jako pouhé čekání, že Bůh převezme kontrolu, *aktivní náboženské vzdání se*, jež se od předchozího liší tím, že se jedinec snaží zpracovat a vyřešit vše, co je subjektivně v jeho silách a zbytek přenechává na Bohu (Pérez & Rex Smith, 2015). Další strategií je *prosba o přímý Boží zásah*, tedy pasivní touha po zázračném vyřešení zátěžové situace, a *sebeřízení* – vlastní snaha zátěžovou situaci vyřešit je upřednostněna před pomocí od Boha. Pargament (2007) upozorňuje, že předání kontroly do rukou transcendentní

entity je odůvodnitelné zejména v situacích, které přesahují rámec toho, co může člověk ovlivnit (katastrofická událost, život ohrožující onemocnění), jedná se tedy o adaptivní vyjádření vzdání se kontroly. V situacích, v nichž člověk naopak konat může, je předání kontroly často spojeno s touhou vyhnout se zodpovědnosti za vznik nebo řešení situace.

Výzkumná zjištění dle Péreze a Rex Smith (2015) poukazují na to, že aktivní a spolupracující strategie na kontrolu zaměřeného náboženského copingu souvisí s vyšší mírou well-beingu, nižším výskytem deprese a s fenoménem osobního rozvoje po prožité zátěži (*stress-related growth*). Naopak pasivní a submisivní formy souvisí s vyšší mírou distresu a predikují nižší kvalitu života. I mimo náboženský kontext je v případě závažného onemocnění možnost kontroly nad situací významně spojena s psychickým zdravím. Astin, Shapiro a Shapiro (2013) v longitudinálním výzkumu zjistili, že ženy, jež se vyznačovaly touhou po kontrole, ale zároveň také schopností včas zanechat usilování o tuto kontrolu, vykazovaly nejlepší psychické přizpůsobení onkologické diagnóze. Naopak ženy, u kterých byla stejná touha po kontrole, ale nebyla u nich přítomna ochota vzdát se kontroly v případě potřeby, prožívaly nejproblematictější přizpůsobení nemoci. V náboženském copingu lze k tomuto přirovnat uplatnění strategie aktivní spolupráce a aktivní vzdání se (Pérez & Rex Smith, 2015).

4.7 Náboženský coping k získání sounáležitosti a útěchy

Lidé se liší mírou potřeby religiozní a spirituální pomoci a podpory v období výrazné zátěže. Mohou dle této potřeby pouze vyhledávat podporu ze zdrojů vztahu s Bohem či mohou dále usilovat o podporu své náboženské sociální sítě. Obecně lze nalézt mnohé pozitivní souvislosti mezi religiozní a spirituální oporou a zdravím psychickým i fyzickým (Pargament, 2013). I zde je třeba myslet na to, že vliv komunitní opory náboženského společenství může mít pozitivní, negativní, či smíšené dopady (Cherry, 2015).

Náboženský coping se záměrem získat útěchu, sounáležitost a sociální či instrumentální podporu může být zaměřen směrem k blízkým, spoluvěřícím a duchovním činovníkům církve nebo může být zaměřen na přiblížení se Bohu a získání útěchy v tomto vztahu (Brewster, 2014). Pargament et al. (2011) uvádí tyto strategie náboženského copingu spojené se sounáležitostí a útěchou: *hledání spirituální opory u Boha nebo u spoluvěřících či duchovních*, *náboženské zaměření pozornosti* (záměrem může být odvést pozornost od zátěžové situace směrem k Bohu či náboženským tématům, často je realizována skrze modlitbu nebo čtení náboženských textů (Brewster, 2014)), *náboženské očištění*, prostřednictvím nějž věřící usiluje o změnu vztahu k Bohu s cílem obnovit blízkost (může

být cílem některých rituálů, modliteb a jiných aktivit náboženské praxe) a *nabízení pomoci druhým*. Mezi tyto strategie patří dle Pargamenta et al. (2011) také ty obvykle asociované s problematickým přizpůsobením se zátěži: *vyjádření nespokojenosti* ve vztahu k Bohu či k ostatním členům náboženského společenství a církevním pracovníkům a *vymezení náboženských hranic*. Tato strategie může poukazovat na touhu izolovat se a stranit všeho „kontaminujícího víru“, dle Pargamenta et al. (2000) záleží na podmínkách uplatnění této strategie, dle výzkumů může sloužit jako krátkodobě adaptivní, ale i jako negativně působící.

Zprostředkovávat a udržovat smysluplné mezilidské vztahy považují Hood et al. (2009) za jednu ze základních funkcí náboženství. Náboženské společenství ze své podstaty poskytuje prostor pro setkávání a interakci, sdílení, ale i vzájemnou pomoc a podporu. Hastings (2016) označuje vztahy v rámci náboženského společenství za unikátně hodnotné (neboť pokrývají sociální i spirituální potřeby člověka). Krause a Hayward (2013) uvádí, že zapojení do náboženského systému podporuje vznik pocitu hlubšího propojení s ostatními založeného na náboženském učení a principech, pravidelná účast na bohoslužbách může být příležitost k tvorbě bližších vztahů s přítomnými, jež mohou později sloužit jako zdroj pro coping. Dle Hastings (2016) zapojení v náboženském společenství může sekundárně podpořit také jiné sociální vztahy mimo náboženský kontext. Dle Candy a Furman (2010) náboženství figuruje jako prostředek osobního smíření mezi člověkem, světem a Bohem. Toto smíření se uskutečňuje skrze vztahy k Bohu i k druhým lidem. Vztahy jsou zde označeny jako prostor, v rámci něhož věřící může získávat pocit smysluplnosti, sílu a naději pro zvládnutí zátěže a utrpení. Kromě osobního kontaktu mohou pozitivní efekt přinést společné náboženské obřady a rituály. Mnoho rituálů se odehrává v sociálním kontextu, a proto je lze považovat za aktivitu podporující skupinovou kohezi (van Uden & Zondag, 2016).

Vzhledem k frekvenci kontaktů, velikosti sítě důvěrných lidí a k počtu blízkých vztahů jsou věřící, kteří pravidelně navštěvují bohoslužby své církve, více propojení s druhými než věřící nechodící do společenství a než nevěřící (Hastings, 2016). Je výhodné sdílet zátěž či psychické prožívání zátěže s blízkými, je také prospěšné být schopen mobilizovat pomoc z okolí v případě neúnosné zátěže (Frydenberg, 2017). Sociální opora může zmírnit negativní dopady zátěže, například dle Boulware a Bui (2016) pozůstalí rodiče, již uváděli dobrou dostupnost sociální opory, vykazovali méně depresivní a psychosomatické symptomatiky. Vnímaná sociální opora v souvislosti s pozitivním náboženským copingem navíc vedla k nižší četnosti projevů komplikovaného truchlení a k vyšší kvalitě života.

Rizikem podpory náboženského společenství je polarizace dříve funkční koexistence osob, jejichž konflikty se mohou vlivem zátěže vyostřit. Jako problematické se paradoxně ukázaly příliš těsné vazby ve společenství. Selhání jednoho „článku“ zasáhne celý systém. Příliš volné vztahy naopak mohou pod zátěží způsobit rozpad společenství (Berger, 2015). Negativním vlivem může působit sociální skupina v případě, že od jedince očekává konformitu či kompromis dle očekávání nebo potřeb skupiny spíše než dle potřeb jedince prožívajícího zátěžovou situaci (Frydenberg, 2017). Riziková je také situace, kdy náboženské společenství nedokáže poskytnout potřebnou pomoc, odmítne podpořit či pomůže neadaptivním, nekompetentním způsobem (v náboženském copingu se může projevit jako „měl jsem pocit, že mě moje církev (společenství) opustila“) (Pargament et al., 2000). Pocit zklamání náboženským společenstvím může být více frustrující a bolestivější než zklamání jinou sekulární sociální skupinou (Cherry, 2015). V rámci psychologické i pastorační intervence je tedy třeba zkoumat nejen pouhou faktickou sounáležitost se společenstvím, ale i kvalitu mezilidských interakcí a způsob prožívání vztahu s Bohem.

4.8 Náboženský coping k dosažení transformace

Distres, zklamání a lítost jsou v různé podobě nevyhnutelnými součástmi života. Dle Breitbarta (2017) je člověk unikátní svou schopností i po střetu s vysoce stresující událostí dosáhnout růstu, proměny a rozvoje osobnosti. Vyznačuje se schopností přijmout nový postoj k utrpení či limitům života (zejména v případě život ohrožující diagnózy). Člověk je schopen za určitých podmínek ze situace vyjít více resilientní pro příští coping se závažnými situacemi. V náboženském kontextu lze hovořit o těchto strategiích náboženského copingu vedoucích k přeměně: *prioritizace víry* (náboženství je nově vnímáno jako centrální priorita, kolem které se konstruuje subjektivní realita věřícího), *revize posvátna* (redefinice a znovuvytvoření nového vztahu k Bohu) a *transformace věřícího* (osobní spirituální rozvoj) (Pargament, 2007). Tyto strategie lze popsat jako způsoby dosažení nového náboženského nasměrování nebo konverze (i ve smyslu nalezení nového vztahu k víře po předchozím oslabení náboženské oddanosti a víry) (Brewster, 2014). Dle Pargamenta et al. (2000) se strategie mohou manifestovat ve výrocích typu „Požádal jsem Boha, aby mi pomohl najít nový smysl (účel) života“ a „Snažil jsem se změnit celý životní směr a následovat novou cestu – Boží cestu“. Dle van Udena a Zondaga (2016) mohou k transformaci přispět náboženské rituály (obzvláště přechodové rituály) facilitující proměnu vymezením dalšího kroku, jež by měl věřící dle konkrétního náboženství udělat, a vymežující způsob, jakým má být tohoto posunu dosaženo.

Pargament et al. (2000) uvádí, že náboženství může být často vnímáno ve své podstatě spíše jako konzervativní, neboť pomáhá lidem udržet smysl i navzdory zátěžové situaci, poskytuje útěchu, jistotu a stabilizující blízkost ve vztazích. Náboženství však může sloužit i při nutnosti přeměny života člověka nebo přeměny toho, co člověk považuje za významné a o co usiluje. Tato transformace je obzvláště důležitá, jestliže došlo vlivem zátěžové události ke ztrátě toho, co bylo vnímáno jako cenné a významné, a je nutné zaujmout zcela nový postoj nebo nalézt v životě nový směr (například po prožitém traumatickém zážitku je třeba nově pojmout vztah k Bohu, jehož charakteristiky a možnosti ve vztahu mohou být nyní vnímány ze zcela jiné perspektivy) (Brewster, 2014). Aby mohl být spuštěn proces transformace hodnot a postojů, je dle Pargamenta třeba opustit nejprve staré hodnoty a objekty významu (Pargament, 2007). Po ztrátě jistot a významů dřívějšího náboženského pohledu na svět nastává fáze dezintegrace (Greenway et al., 2007). Dezintegrace může být prožívána jako krize náboženské identity, chaos a nejistota spojená s distresem, přičemž není neobvyklé, že v této fázi bývají uplatňovány strategie negativního náboženského copingu (například *vyjádření hněvu vůči Bohu či církvi*). Z fáze dezintegrace může následně vzejít spirituální růst nebo při nemožnosti transformovat hodnoty a postoje ve smyslu vytvoření nového přístupu k víře a náboženství může dojít i k odstoupení od náboženství. Dle autorů nelze nahlížet na koncept spirituální transformace jako na bezproblémový nebo vždy adaptivní proces, z něhož vzejde hlubší vztah k posvátnu či spoluvěřícím (Pargament et al. 2013).

Pojetí z pohledu náboženského copingu za účelem transformace může být přirovnáno k teoretickému konceptu posttraumatického růstu (*posttraumatic growth*). Tento koncept lze dle Calhouna a Tedeschiho (2006) definovat jako subjektivně vnímané pozitivní změny vycházející ze setkání se s vysoce zátěžovou událostí a z jejího zvládnutí (například objevení nového smyslu, nalezení nových směrů a úhlů pohledů v životě a pocit, že člověk prošel cennou lekcí zátěže, z níž vyšel změněný či posílený). Pozitivní změny se mohou projevit jako větší ocenění života obecně, změněné vnímání priorit, vřelejší a užší vztahy s ostatními, větší víra ve vlastní kompetenci a sílu, objevení nové cesty pro život a spirituální rozvoj (Tedeschi & Calhoun, 2004). Náboženský coping se od výše zmíněného konceptu ovšem liší tím, že se zabývá procesem a mechanismy vedoucími k dosažení transformace a růstu ve spojitosti s náboženstvím a spiritualitou. Růst a transformaci je tedy možné považovat za výsledek právě takového procesu (Pargament, 2007).

5 Dosavadní výzkumy náboženského copingu u osob s onkologickým onemocněním

Od roku 1990 lze sledovat vzrůstající výzkumný zájem o souvislosti copingu s různými onemocněními s religiozitou a posléze i s religiozitou a spiritualitou dle soudobé diferenciaci těchto pojmů (Paloutzian & Park, 2013). Počátek rozvoje zájmu odborníků spojují někteří autoři s objevením souvislostí určitých forem náboženského copingu s fyzickým zdravotním stavem (van Uden, Pieper, van Eersel, Smeets, & van Laarhoven, 2009), do dnešního dne existuje množství výzkumů zabývajících se různými korelacemi náboženského copingu (kromě souvislosti s tělesným zdravím zkoumají vztah k psychické adaptaci na zátěž, k spirituálnímu well-beingu, k psychickému well-beingu, k vnímané kvalitě života a k dalším ukazatelům) (Pargament et al., 2013). Ačkoliv kvantitativně zaměřených výzkumů náboženského copingu existuje značné množství, kvalitativní zpracování je spíše zřídka.

5.1 Uplatnění náboženského copingu při zvládání onkologického onemocnění

Věřící člověk ve střetu se závažnou situací uplatní častěji náboženský coping v případě, že je náboženství v jeho životě významným nebo jednoduše dostupným zdrojem (Pargament, 2007). Prevalence náboženského copingu dle Koeniga (2013) souvisí s náboženskou situací konkrétní země, v Americe například udává až 90 % pacientů hospitalizovaných pro akutní či chronické onemocnění, že spoléhají na náboženství při zvládání nemoci. Více než 40 % uvedlo, že náboženství je nejdůležitější věc, která je „udržuje nad vodou“. Prevalence náboženského copingu mezi ostatními druhy copingu je však málo prozkoumána mimo kontext USA. Na nedostatek relevantních informací pro evropský kontext religiozity a spirituality upozorňují Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson a Newman (2011), kteří zjistili užití náboženského copingu v 66 % případů britských pacientů s karcinomem prsu, avšak náboženský coping nebyl zmiňován jako nejvýznamnější druh copingu. V amerických výzkumech naopak náboženský coping patří mezi nejvýznamnější způsoby zvládání onkologického onemocnění. I van Uden et al. (2009) upozorňují na to, že je třeba prozkoumat více podobu náboženského copingu v Evropě, americké závěry výzkumů nelze nekriticky užívat v souvislosti s evropským prostředím.

Přestože Evropa je dle některých sekularizovaná a náboženství ustupuje do pozadí, život ohrožující onemocnění přesto může svými požadavky na člověka vyvolat zájem o religiozní

a spirituální témata i v prostředí nejvíce sekularizovaných zemí (Pedersen, Pargament, Pedersen, & Zachariae, 2013). Dle těchto autorů dánští pacienti s karcinomem plic vykazovali v 63 % případů alespoň „jakousi“ víru v Boha nebo jinou transcendentní bytost, v jiném výzkumu byla zjištěna přítomnost víry až u 83 % pacientek s karcinomem prsu. Tato zjištěná prevalence víry v klinické populaci je vyšší než průměr v dánské populaci. Ve výzkumu prevalence náboženského copingu mezi ženami s maligním a benigním nádorem prsu byl náboženský coping častěji angažován v prvním případě (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009). Dle Pedersen et al. (2013) byla ve studii dánských hospitalizovaných pacientů nalezena souvislost mezi závažností onemocnění a vyšší četností existenciálních, spirituálních a religiózních praktik a úvah při vyrovnávání se s onemocněním. Panuje odborná shoda, že náboženský coping je častěji a výrazněji uplatněn u osob prožívajících významnější zátěž (Paloutzian & Park, 2013).

Dle výzkumu Thuné-Boyle et al. (2011) byl náboženský coping častěji uplatněn v brzkých fázích onemocnění (po zjištění diagnózy a v období výrazných operativních a jiných léčebných zákroků). S časem se frekvence uplatnění snižovala (avšak i zde autoři našli výjimky – u osob s pokročilým onkologickým onemocněním, jež se na počátku označily za nevěřící a neužívající náboženský coping, se po čase začaly určité strategie spojené s náboženstvím objevovat (například *vyjednávání s Bohem, prosba o přímý Boží zásah*)). Dle výzkumu Gall et al. (2009) ženy s karcinomem prsu ihned na počátku zjištění onemocnění využívaly strategie náboženského copingu. Náboženský coping zaměřený na získání útěchy a sociální podpory se vyskytoval nejčastěji v době operací a později jeho význam klesal, kdežto strategie nalezení smyslu a transformace byly ve zvýšené míře stabilní po delší dobu.

Z hlediska druhů náboženského copingu bývá soustavně potvrzena vyšší prevalence pozitivního náboženského copingu. Dle Heberta, Zdaniuk, Schulze a Scheiera (2009) byl pozitivní druh uplatněn u 76 % žen s karcinomem prsu, kdežto negativní náboženský coping byl zjištěn pouze u 15 % respondentů. O podobných výsledcích informují i další (Pedersen et al., 2013; Matos, Meneguín, Ferreira, & Miot, 2017), v orientačním výzkumu v českém kontextu byla také zjištěna výrazná převaha uplatnění pozitivního náboženského copingu (Mocht'áková, 2016), naopak Kubicová (2010) tak jednoznačnou převahu nezjistila.

Pozitivní náboženský coping je dle výzkumů častým korelátém příznivého vývoje psychického stavu po prožití zátěži. Výraznou roli v náboženském copingu často hraje

sociální opora v rámci religiózní komunity. Brewer, Robinson, Sumra, Tatsi a Gire (2015) našli pozitivní vztah se subjektivním pojetím onemocnění u pacientů, negativní vztah s projevy deprese a vztah s odolností. Pedersen et al. (2013) nenašli žádný vztah mezi pozitivním náboženským copingem a kvalitou života, naopak negativní coping souvisel s vnímanou nižší kvalitou života. Zwingmann, Müller, Körber a Murken (2008) zkoumali vztah k úzkosti, pozitivní náboženský coping koreloval s nižší úzkostí, kdežto negativní coping (zejména v interakci s vyšší náboženskou oddaností) byl spojen s větší úzkostí. Gall et al. (2009) zjistili, že strategie pozitivního a negativního náboženského copingu predikovaly míru aktuálního i dlouhodobějšího distresu a emocionálního well-beingu, přičemž uplatnění pozitivních copingových strategií působilo snížení distresu a zlepšení vnímaného well-beingu. Esmaceli, Hesamzadeh, Bagheri-Nesami a Berger (2015) ve svém kvalitativním výzkumu zjistili, že centrální kategorií pro respondenty z hlediska náboženského copingu bylo „uklidnění (*improving calmness*)“. Pérez a Rex Smith (2014) zkoumali vztah intrinsické religiozity a well-beingu, tento vztah byl zprostředkován uplatněnými strategiemi náboženského copingu, přičemž pozitivní strategie měly kladný vliv na sledovaný ukazatel, negativní strategie opačný. Hebert et al. (2009) nenašli žádný vztah mezi pozitivním copingem a well-beingem, avšak negativní coping predikoval všeobecně horší psychické zdraví, více depresivních symptomů a nižší spokojenost se životem u žen s karcinomem prsu.

Koenig (2013) uvádí, že lze identifikovat efektivnější a adaptivnější přizpůsobení se onemocnění obecně u těch, kteří zapojí náboženský coping do celkového zvládnutí zátěže, náboženská přesvědčení a praktiky uplatněné při zvládnutí stresu byly asociovány s nižším výskytem depresivních projevů či s rychlejším zotavením po depresivním období. Ano a Vasconcelles (2005) ve své metaanalýze našli středně silný kladný vztah mezi pozitivním náboženským copingem a pozitivními výsledky zvládnutí zátěže (osobnostní růst po prožití zátěže, větší sebedůvěra, spirituální růst), adaptivní náboženský coping tedy zřejmě působí prorůstově. S tím souhlasí i Park, Edmondson a Blank (2009), kteří zjistili, že náboženský coping byl silnějším prediktorem se stresem spojeného růstu po prožitém onkologickém onemocnění než výhradně sekulární způsoby zvládnutí těžkostí.

Dle výzkumů lze nalézt množství souvislostí náboženského copingu a fyzického zdraví, Brewer et al. (2015) hovoří o souvislosti tohoto druhu copingu s činností imunity, s incidencí onkologického onemocnění nebo také s délkou přežití a mortalitou v případě terminálního onemocnění. Výsledky longitudinálního dánského výzkumu la Coura, Avlund a Schultz-

Larsen (2006) ukazují, že lidé, kteří uvedli, že náboženství je pro ně významné a že navštěvují bohoslužby, vykazovali signifikantně větší délku dožití. Cherry (2015) zmiňuje, že ti, kteří se aktivně zapojují v rámci svého náboženství, zaznamenávají nižší výskyt onkologického onemocnění. Ve své metaanalýze to víceméně potvrzují Hoff, Johannessen-Henry, Ross, Hvidt a Johansen (2008), pozitivní vliv může být připsán způsobu života, jaký náboženská společenství propagují a vyžadují od aktivních členů. La Cour et al. (2006) připisuje význam poskytování a přijímání sociální opory náboženského společenství. Krause a Hayward (2013) spojují pozitivní vliv náboženského copingu na psychické i fyzické zdraví také se sociální oporou, již vnímají jako specifický a unikátní zdroj podpory nad rámec sekulárních možností copingu.

5.2 Vliv onkologického onemocnění na religiozitu a spiritualitu

Je nasnadě, že vztah náboženství ve zvládnání zátěže a zdraví je zpětnovazební. Stejně jako náboženský coping může pozitivně či negativně ovlivnit zdravotní stav a psychickou adaptaci, tak i onemocnění ovlivní spiritualitu i religiozitu (Pargament et al., 2013). Výzkumů proměn religiozity pod vlivem onkologického onemocnění však není mnoho. McFarland, Pudrovska, Schieman, Ellison a Bierman (2013) udávají, že dle jejich výzkumu byla diagnóza onkologického onemocnění spojena se zvýšením míry religiozity (příčemž toto zvýšení bylo nejvíce patrné u nižších věkových kategorií respondentů).

Ve výzkumu chilských žen s onkologickým onemocněním zjistili Choumanova, Wanat, Barrett, a Koopman (2006) u poloviny respondentek přesvědčení, že vlivem rakoviny u nich došlo k prohloubení víry v Boha a k uvědomění si významnosti náboženství a spirituality v životě. Respondentky také uváděly častější modlitbu a vyšší frekvenci návštěv bohoslužeb. Dle naprosté většiny respondentek může víra pomoci v zotavení se z onkologického onemocnění. Podle kvalitativního výzkumu Schreiber a Edward (2015) respondentky často uváděly změny religiozity a spirituality po diagnóze onkologického onemocnění ve smyslu většího ocenění života, transformace postojů k sobě i ostatním a k altruismu (tyto změny postojů a chování souvisely se subjektivním vnímáním obrazu Boha jako významně zapojeného do života respondentek). Spirituální a religiózní transformaci může v mnoha případech nastartovat závažné onemocnění nebo nehoda, dle Allmon, Tallman a Altmaier (2013) byly tyto události nejčastějším spouštěčem spirituální transformace dle respondentů. Autoři však upozorňují, že s onkologickým onemocněním se může pojit i pokles religiozity

a spirituality, který je spojován s negativním afektem a negativním copingem. Tento fenomén je často výzkumně opomíjen.

S onkologickým onemocněním může vyvstat řada otázek o smyslu onemocnění, o ohraničení života a o smyslu a účelužití, otázky mohou mít také spirituální a náboženský charakter. Nutnost dát prostor pro spirituální a religiózní témata při léčbě onkologického onemocnění a při péči o tyto klienty vyjadřují Choumanova et al. (2006), Pearce, Coan, Herndon, Koenig a Abernethy (2012) zjistili, že onkologičtí pacienti v některých případech dostali menší spirituální podporu a péči, než si sami přáli. V 17 % případů nebyly jejich potřeby naplněny ze strany zdravotníků a ve 40 % ze strany kaplanů. Tato situace se může navíc výrazně lišit v evropských zemích. Dle Schreiber a Edward (2015) by měl odborník lépe přizpůsobit svou intervenci potřebám věřícího klienta. Van Uden a Zondag (2016) zdůrazňují, že je třeba se v péči o věřícího klienta vyvarovat jakékoliv indoktrinace a je třeba mu nabídnout péči s respektem k jeho podobě náboženství a spirituality. Je třeba proto zodpovědně reflektovat své náboženské a spirituální postoje a přesvědčení (ať již kladné, záporné či lhostejné). Specificky je dle autorů sebekritika vyžadována od křesťanských (obecně náboženských) poradců a psychologů, kteří se sice v tématu lépe vyznají, ale mohou na uplatnění „správných“ strategií a metod náboženského copingu vyvíjet nevhodný nátlak. Správné a kompetentní začlenění religiózního a spirituálního rozměru zvládnutí do odborné intervence umožňuje holistický přístup ke klientovi, jenž je obzvláště v případě život ohrožujícího onkologického onemocnění nezbytný a pacienty dle výzkumů v některých případech postrádaný (Cadet, Davis, Elks, & Wilson, 2016).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Výzkumným problémem této práce je *náboženský coping u věřících osob s onkologickým onemocněním*. Náboženský coping chápeme jako specifické metody a strategie uplatněné při zvládnání zátěže, které souvisí s vírou a náboženstvím a vyplývají a čerpají primárně z náboženských zdrojů (Pargament, 2007; Paloutzian & Park, 2013). Dle Greenwaye et al. (2007) člověk, jenž vnímá ve svém životě religiózní a spirituální dimenzi jako významnou, bude také častěji uplatňovat specifické náboženské způsoby zvládnání zátěže než lidé, pro něž tato dimenze významná není. Pro takové osoby je náboženství dobře dostupným a příhodným rámcem zvládnání zátěže (Pargament, 2007).

Náboženský coping není možné považovat pouze za okrajový koncept, neboť v České republice se v roce 2011 při sčítání lidu přihlásily k víře (ať již v rámci instituce či bez příslušnosti) více než 2 miliony obyvatel (Český statistický úřad, 2011). Lze se tedy při psychologickém i poradenském kontaktu setkat s věřícím klientem, který prochází závažnou životní situací. V rámci bio-psycho-socio-spirituálního přístupu je třeba klientům nabízet komplexní péči a alespoň se orientovat v potřebách, zdrojích a možných rizicích u věřících osob (Bryant-Davis & Wong, 2013). Vzhledem k tomu, že náboženský coping není v našich podmínkách důkladněji prozkoumán (Mocht'áková, 2016), rozhodli jsme se v návaznosti na náš předchozí kvantitativní výzkum věnovat této oblasti detailnější pozornost v rámci výzkumu kvalitativního, jenž umožní lépe nahlédnout způsob zvládnání zátěže u českých věřících. Podoba náboženského copingu v našem kontextu totiž může být odlišná od podoby náboženského copingu v zahraničí a zejména v USA (Thuné-Boyle et al., 2011).

Cílem výzkumu je zkoumat, jak se věřící člověk vyrovnává se zátěží onkologického onemocnění, jak vnímá své onemocnění v rámci své víry a co lidé se zkušeností onkologického onemocnění doporučují pro péči o osoby ve stejné situaci. Tyto tři dílčí cíle jsme se rozhodli zkoumat s využitím kvalitativního přístupu se záměrem hlubšího poznání a přímého kontaktu s participanty. Vzhledem k výzkumnému cíli jsme zvolili k získání dat polostrukturovaný rozhovor, jehož obsah jsme zpracovávali dle principů interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkum může být přínosný, neboť se jedná o problematiku u nás spíše opomíjenou, avšak s významným potenciálem pro věřící osoby v zátěžové situaci.

7 Výzkumné otázky

Vzhledem k formulovanému výzkumnému cíli (respektive cílům) jsme stanovili výzkumné otázky týkající se náboženského copingu.

1. VO: Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?

Výzkumná otázka směřuje k zachycení konceptu vlastního onemocnění, který si věřící člověk vytváří skrze kognitivní rámec své víry a subjektivně pojatého náboženství. Náboženský coping je mimo jiné také způsob, jakým osoba vytváří a přikládá význam tomu, co se v životě děje (Pargament & Abu-Raiya, 2007), zajímá nás mimo jiné také to, zda vůbec respondenti vnímají své onemocnění z náboženského úhlu pohledu.

2. VO: Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?

Tato výzkumná otázka zahrnuje záměr prozkoumat podobu uplatnění náboženského copingu v průběhu zvládání onkologického onemocnění u českých věřících. Dle van Udena et al. (2009) není podoba a konkrétní projevy náboženského copingu v Evropě stále dostatečně výzkumně uchopena. Zejména chybí hlubší kvalitativní pojetí, jež by zachytilo vyjádření náboženství ve zvládání zátěže komplexněji než skrze dotazník, který jsme užili v předchozím výzkumu (Mocht'áková, 2016), nebo jenž byl použit v jiném českém výzkumu na podobné téma (Kubicová, 2010). Zajímá nás, jaké strategie náboženského copingu respondenti budou zmiňovat a jaký význam jim při zvládání onkologického náboženství přikládají.

3. VO: Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?

Otázka pokrývá potenciální možnost využít unikátní zkušenost respondentů k formulaci podnětů pro efektivnější setkávání s věřícím s onkologickým onemocněním. Podněty respondentů mohou být užitečné pro psychology, při pastoraci, ale i pro spoluvěřící ze stejného náboženského společenství člověka s onkologickým onemocněním.

8 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

V této kapitole chceme popsat zvolený typ výzkumu s odůvodněním, dále se věnujeme metodě získávání dat, jež byla v našem výzkumu využita. Zaměříme se také na metodu zpracování a analýzy dat a v závěru kapitoly též uvedeme etické aspekty výzkumu.

8.1 Zvolený typ výzkumu

V rámci našeho výzkumu uplatňujeme kvalitativní metodologický přístup. Pro jeho aplikaci jsme se rozhodli po předcházejícím výzkumu v rámci bakalářské práce (Mocht'áková, 2016), jenž nám umožnil zmapovat četnosti uplatnění strategií náboženského copingu a vztah k ukazatelům religiozity, přičemž charakter zvládané situace nebyl nijak vymezen. Nyní jsme chtěli podrobněji prozkoumat autentickou žitou zkušenost věřícího s onkologickým onemocněním a význam, jež věřící své zkušenosti přikládá. Chtěli jsme také sledovat uplatnění náboženského copingu v ohraničené situaci. Všechny tyto záměry umožňuje naplnit kvalitativní metodologie (Seidman, 2006).

Kvalitativní výzkum dle Hendla (2005) slouží k získání podrobnějšího vhledu do určitého zkoumaného fenoménu, přičemž vychází z induktivních a deduktivních snah výzkumníka interpretovat podrobnosti fenoménu zjištěné v přímém kontaktu s osobami, jež mají se zkoumaným individuální zkušenost. Dle autora kvalitativní výzkum též umožní zachytit procesuální charakter. Výsledkem výzkumu vedeného kvalitativní metodologií jsou bohatá a autentická data v nabízeném kontextu spíše než spolehlivé a zobecnitelné údaje.

Mezi často zmiňované nevýhody kvalitativního výzkumu patří například problematická zobecnitelnost zjištění (Miovský, 2006), závěry lze s opatrností zobecnit pouze na stejný kontext a situaci, závěry proto nelze aplikovat ani na jiný typ zátěžové situace (například pro jiné onemocnění). Dle autora je též výzkumník propojen interaktivním charakterem výzkumu se získanými daty, zjištěné skutečnosti tedy nejsou nezávislé na zkoumající osobě. Dle Hendla (2005) existuje riziko zkreslení závěrů osobním vkladem a preferencemi výzkumníka. Je proto třeba opakované reflexe vlastního přístupu k analýze dat.

8.2 Metody získávání dat

Vzhledem k cílům výzkumu i k citlivosti tématu závažného onemocnění jsme zvolili získávání dat pomocí osobních rozhovorů. Rozhovor probíhal dle předem připravené osnovy jako polostrukturované interview, jež umožnilo zachytit unikátní perspektivu respondentů

a klást doplňující otázky dle potřeby, ale také udržet směr rozhovoru v mezích výzkumných otázek (Miovský, 2006). Autentické pojetí zkušenosti je nejlépe zachytitelné právě kvalitativní metodou, rozhovor je v zásadě „vyprávěním příběhu“, vyprávění příběhů lze dle Seidmana (2006) vnímat jako proces *tvorby významu*, neboť když lidé vypráví o své zkušenosti, vybírají ze svého vědomí o konkrétním tématu detaily, jež považují za významné nebo určitým způsobem zajímavé. Účelem rozhovoru dle autora není pouhé rozpomínání, ale spíše *rekonstrukce* prožité události. Dle autora je člověk specifický svou schopností symbolizovat své zkušenosti skrze jazyk, což je základním předpokladem výzkumu touto formou.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly formulovány dle teoretického studia oblasti náboženského copingu, přičemž jsme čerpali nejvíce z práce významné osobnosti náboženského copingu K. Pargamenta (Pargament et al., 2000). Kladené otázky pokrývaly tematicky výzkumné otázky, zjišťovali jsme porozumění onemocnění prizmatem víry, důkladně jsme se věnovali podobě uplatněných strategií a metod náboženského copingu a zajímali jsme se též o subjektivní náměty na zlepšení práce a kontaktu s věřícími s onkologickým onemocněním. Počet otázek rozhovoru jsme s ohledem na časovou a pozornostní náročnost omezili na 18 otázek (celou osnovu polostrukturovaného interview lze nalézt v příloze 2). Před otázkami samotného rozhovoru byly položeny demografické otázky zjišťující pohlaví, věk, frekvenci návštěvy bohoslužeb (z důvodu kritéria pravidelné náboženské praxe pro zařazení do výzkumu), rodinné zázemí, velikost náboženské komunity v době onemocnění a typ onkologického onemocnění.

Rozhovory se uskutečnily napříč územím České republiky, často se konaly v místě bydliště participantů (doma nebo na participanty vybraném místě – například ve známé kavárně). Tím bylo zajištěno prostředí, v němž se mohli participanté cítit bezpečně a pohodlně a mohli hovořit i o citlivých tématech. Nicméně rozhovor v domácnosti participantů nebyl vyžadován ani navrhován z naší strany, uskutečnil se zde pouze na nabídku participantů.

Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala od 56 minut do 2 hodin. Většina rozhovorů trvala více než hodinu. Rozhovor byl nahráván na diktafon, předtím byl participantům poskytnut čas k přečtení informací o výzkumu a k vyjádření informovaného souhlasu. Rozhovory probíhaly od prosince 2017 do ledna 2018 dle časových možností participantů.

8.3 Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následně byla provedena transkripce do textového editoru. Usilovali jsme o doslovnou transkripci pro zachování specifického rázu výpovědi účastníků a jejich jazykového i obsahového pojetí tématu. Data byla následně zpracovávána pomocí softwaru pro kvalitativní zpracování dat Atlas.ti, který umožňuje efektivní práci s kódováním a práci s poznámkami k výpovědím.

Transkripty rozhovorů byly analyzovány s využitím principů interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Dle Řiháčka, Čermáka a Hytycha (2013, 9) „vede IPA k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu“. Metoda nabízí výhody svobodného přístupu k výzkumnému procesu a umožňuje zaměřit se na podstatné a subjektivně hodnotné skutečnosti na fenomenologické úrovni. Když se lidem v životě děje něco výrazného, reflektují z celé zkušenosti to, co je pro ně významné. IPA se zabývá poznáním a interpretací těchto reflexí (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Metoda se věnuje důkladnému zkoumání prožité zkušenosti u jednotlivců. Zároveň však usiluje také o nalezení vztahů mezi koncepty napříč jednotlivými případy a vzhledem ke své interpretativní povaze nezůstává výzkumník nezúčastněný. Výsledek vzniká v interakci zjištěných autentických dat a výzkumníkovy analytické a syntetické činnosti. Proces probíhá hermeneuticky, hledáme nadřazená klíčová témata vyskytující se v transkriptech a jejich vzájemné souvislosti (Řiháček et al., 2013). Zároveň usilujeme o bohatý a v datech zakotvený popis klíčových témat, nezůstává však u deskripce, přistupuje k interpretaci (Smith et al., 2009). Vzhledem k povaze metody analýzy dat je třeba mít na paměti, že závěry jsou vždy „prozatímní“, subjektivní a s velmi omezenou možností zobecnění (Řiháček et al., 2013), což bývá u kvalitativních typů výzkumu časté a není to považováno za překážku uskutečnění takového výzkumu (Hendl, 2005).

8.4 Etické aspekty výzkumu

Před započítím výzkumu jsme zvážili etické aspekty a potenciální rizika pro participanty. Vzhledem ke zkoumané oblasti týkající se závažného onemocnění jsme již předem pravdivě informovali participanty o povaze a tématu výzkumu, čímž jsme zajistili, že participant bude obeznámen s nutností vzpomínat na své onkologické onemocnění a že s tímto souhlasí.

Rozhovor byl veden empatickým a neinvazivním způsobem, nelze však vyloučit, že toto téma mohlo vyvolat psychický diskomfort, nicméně všichni participantů s výzkumem předem telefonicky souhlasili a po skončení rozhovoru neuváděli přítomnost distresu nebo jiných negativních pocitů. V některých případech dokonce oceňovali možnost znovu si vše připomenout, včetně kladných i záporných zkušeností.

Před započítím rozhovoru byl představen výzkumník, byly připomenuty informace o povaze a účelu výzkumu: participantům bylo vysvětleno, že data budou využita pouze pro zpracování diplomové práce a že bude s daty nakládáno v souladu se zákonnými i etickými normami. Zároveň byla zaručena anonymita, jež spočívala v nezapisování jmen, nepodepisování se a v zaručení, že i nahrávka rozhovoru bude při transkripci anonymizována. Nahrávka i transkript jsou označeny kódem (například Ž_16_12), jméno participanta je dále pro účely zpracování dat nahrazeno smyšleným jménem, jména dalších osob ve výpovědi jsou nahrazována buď rolí (například dcera, manžel), nebo obecným pan X, paní X. Pro důkladnější ochranu osobních údajů jsou vynechávány také názvy měst, náboženských společenství s místním určením a jiné podobné specifické údaje. Dále byla v rámci informovaného souhlasu uvedena možnost z výzkumu kdykoliv dle svého uvážení odstoupit, souhlas s nahráváním na diktafon a také kontakt na výzkumníka, aby mohl participant v případě potřeby položit další otázky či požádat o vyřazení z výzkumu. Této možnosti však nikdo nevyužil, do analýzy dat bylo proto zařazeno všech osm transkriptů.

9 Výzkumný soubor a výběr participantů

Budeme se věnovat základní populaci i charakteristikám výběrového souboru, zmíníme také užití metody výběru participantů.

Respondenti jsou vybráni z populace českých křesťanských věřících mužů a žen ve věkové kategorii střední dospělosti, kteří prožili onkologické onemocnění. Jak jsme již zmínili výše, populace těch, již se označují za věřící, v České republice čítá přes 2 miliony. K náboženským institucím se hlásí téměř 1,5 milionu obyvatel, přičemž většina patří ke křesťanským církvím. V počtu věřících v církvích převažují ženy (Český statistický úřad, 2011). Charakteristiku „věřící“, jež byla podmínkou pro zařazení do výzkumného souboru, operacionalizujeme jako sebeidentifikaci s jednou z křesťanských církví, které jsou v českém náboženském prostředí dle údajů Českého statistického úřadu (2011) nejčastější.

Střední dospělost populace lze vymezit jako věkové rozpětí 35–65 let, zahraniční literatura toto období označuje jako *midlife*, *middle adulthood* (Berk, 2014). Střední dospělost přitom není mezi odborníky jasně vymezená, spodní a horní hranice se mírně liší napříč různými přístupy k periodizaci lidského věku. Literatura v některých případech uvádí spodní hranici kolem 35. roku věku, častěji je za počátek tohoto období považován 40. rok (Lachman, 2001). Horní hranice je obvykle stanovena mezi 55.–60. rokem (Berk, 2014). Lachman (2001) upozorňuje, že vymezení spodní horní hranice též kolísá u různých autorů o 10 let nahoru i dolů, proto se lze setkat i se stanovením střední dospělosti na 30–70 let.

V České republice bylo v roce 2015 evidováno 542 000 osob s onkologickou diagnózou (Národní onkologický program, 2011). Toto onemocnění patří mezi nejčastější příčiny úmrtí spolu s kardiovaskulárními onemocněními, u žen je nejvyšší mortalita spojena s karcinomem prsu a u mužů s rakovinou plic (Peterková et al., 2017).

Stanovili jsme následující kritéria volby respondentů: věková kategorie střední dospělosti vymezená pro účely výzkumu na období 35.-55. roku, sebeidentifikace s křesťanskou církví v České republice a aktivní participace (jako ukazatel jsme zvolili návštěvu bohoslužby nejméně 2x měsíčně) a zkušenost onkologického onemocnění (z důvodu možnosti nalezení dostatečně velkého souboru jsme typ onkologického onemocnění nerozlišovali). Z důvodu prevence zkreslení zážitku jsme do výzkumu zapojili pouze ty, u nichž uplynulo nejdéle pět let od ukončení léčby onemocnění. Nebylo omezeno pohlaví participantů, neboť jsme v předchozím výzkumu (Mochťáková, 2016) našli pouze dílčí odlišnosti. Shodně se

záměrem nalézt soubor reprezentativní a bohatý vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumu (Miovský, 2006) jsme hledali participanty z různých církví.

Metodou výběru případů pro kvalitativní výzkum v našem pojetí je dle Hendla (2005) takzvané účelové vzorkování. Vyznačuje se záměrným výběrem těch případů z populace, které umožňují získat bohatá data, výběr je tedy reprezentativní vzhledem ke zkoumané problematice. Výběr není reprezentativním vzorkem populace. Účelem studie je důkladné poznání zkušeností jednotlivců, zobecnitelnost nebo predikce zde není cílem (Seidman, 2006). Takto jsme oslovili nám známé osoby z náboženského prostředí, kde se pohybujeme. Dále využíváme metodu sněhové koule (*snowball sampling*) 2. a další úrovně (2. úroveň reprezentuje takzvané „známé známých“). Tato metoda je dle Miovského (2006) velmi efektivní v případě zkoumání problematiky u obtížně dostupných osob a osobních témat, ke kterým náboženský coping ve spojitosti s prožitkem závažné životní situace bezesporu patří. Metoda sněhové koule umožní získat účastníky, k nimž by výzkumník sám neměl přístup. Tímto způsobem jsme oslovili nám známé osoby s dotazem, zda znají někoho ve svém okolí, kdo splňuje kritéria výběru. Tato metoda přes osobní známost kontaktních osob se ukázala jako efektivní způsob získání účastníků, neboť byli ochotnější se do výzkumu zapojit, jestliže byli osloveni někým známým. S participanty bylo následně telefonicky domluveno setkání. Plánovaný počet respondentů pro kvalitativní výzkum byl stanoven na 10, podařilo se však uskutečnit rozhovor pouze s osmi vzhledem k obtížné dostupnosti osob, jež splňují kritéria a jsou ochotny se výzkumu účastnit, což je však vzhledem k metodologii dostatečné.

Náš výzkumný soubor čítá 8 osob, z toho je 1 muž a 7 žen. Věk účastníků se pohyboval od 35 do 53 let. 7 účastníků mělo v době onemocnění partnerský vztah a všichni měli v té době děti. 7 účastníků bylo v době zjištění onemocnění zaměstnáno, 1 žena byla na rodičovské dovolené. Všichni patřili ke křesťanským církvím a náboženským společenstvím, také splňovali podmínku účasti na bohoslužbách alespoň 2x měsíčně, přičemž shodně udávali, že navštěvují bohoslužby pravidelně. Jednalo se o 2 konvertity a 6 osob, které vyrostly v rodině již náboženské. Vzhledem k typu rakoviny byl výzkumný soubor víceméně homogenní, neboť se jednalo o 6 případů rakoviny prsu, 1 případ rakoviny vaječníků v kombinaci s rakovinou prsu a 1 případ rakoviny štítné žlázy. Ve většině případů se jednalo o ojedinělý výskyt tohoto onemocnění, pouze ve dvou případech se jednalo o výskyt opakovaný (druhý). V době nahrávání rozhovoru bylo u všech účastníků onkologické onemocnění v remisi.

10 Výsledky výzkumu

V této kapitole uvádíme výsledky kvalitativního zpracování polostrukturovaných rozhovorů analyzovaných dle principů interpretativní fenomenologické analýzy. Z podstaty této metody jsme se zaměřovali na zkušenosti respondentů a na významy, jaké těmto zkušenostem přiřkládají. Zajímalo nás autentické pojetí zvládnání onkologického onemocnění u věřících osob (tedy náboženský coping). Zjištění uspořádáváme dle výzkumných otázek: *Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?*, *Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?* a *Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?* Další členění vzniklo identifikací hlavních témat, jež se vynořila ve výpovědích věřících osob, které prodělaly onkologické onemocnění. Témata jsme analyzovali a zpracovali s cílem zachytit diverzitu i shodu v pojetí jednotlivých témat mezi respondenty. V textu uvádíme smyšlená jména respondentů z důvodu zachování anonymity.

10.1 Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?

V průběhu analýzy dat, která probíhala dle principů IPA hermeneuticky, jsme identifikovali několik základních témat, jež se v rozhovorech s respondenty ukázala jako důležitá. Kapitulu uvozujeme popisem *zjištění diagnózy* u respondentů. Jako klíčová témata vzhledem k zaměření naší práce označujeme *Postoj k otázce „proč“* a *Smysl a význam nemoci*.

Zjištění nemoci

Z hlediska pojetí onkologického onemocnění u jednotlivých respondentů jsme se nejprve zaměřili na to, jak se o rakovině dozvěděli a jak jim „vstoupila“ do života. Můžeme tak zjistit základní souvislosti onemocnění, než přistoupíme k analýze témat spojených s náboženským copingem.

Mezi respondenty se objevuje onkologické onemocnění v roli *překvapení*, něčeho neočekávaného. Pět respondentek našlo útvar v prsu, ve dvou případech se na toto onemocnění přišlo náhodně při jiném vyšetření. Reakci na zjištění diagnózy ve výpovědích respondentů vystihuje slovo překvapení nebo šok, „*Byl to šok. Jako bylo to, jako když se člověk strašně rychle rozběhne proti betonový zdi a nezastaví*“ (Helena). Martin popisuje překvapení při sdělení diagnózy nevybíravým způsobem: „*...že se mě paní doktorka zeptala: jak dlouho to tam mám? Tak se ptám: jako co? No jako ten nádor. A já jsem říkal: Já tam mám nádor?*“, ale také se objevuje „předtucha“, kdy si tři respondentky domyslely diagnózu z různých náznaků ještě dříve, než jim byla oficiálně sdělena: „*Když to vidíte, jak vám dělají*

mamograf a dělej vám biopsii... A furt jako nic nechť říct a tváří se tajemně a nemůžou mi nic říct... Tak to už člověku je jasný, žejo...“ (Lenka).

Respondenti v některých případech neočekávali, že onkologické onemocnění se může týkat osobně jich: *„Že je nějaká rakovina, to jsem taky věděla, ale úplně jsem žila jiný život, tohle bylo daleko. Prostě úplně jiný problém...“ (Klára), „Jakože mě nenapadlo, že to bude tato nemoc. Vůbec, ani ve snu...“ (Soňa). V případě zjištění symptomů poukazujících na toto onemocnění (například objevení útvaru v prsu) dokonce ve třech případech respondentky samy pro sebe bagatelizovaly, že by se mohlo jednat o něco závažného. Tuto možnou obranu před potenciální závažností situace popisuje respondentka jako neochotu podrobit se dalšímu ověřovacímu vyšetření, když předchozí dopadlo negativně: *„Tak to jsem byla našťvaná, jako co z toho dělá cavyky...“ (Klára),* nebezpečí zanedbání závažnosti vyjadřuje Helena, jež chvíli uvažovala, že k lékaři s nálezem ani nepůjde: *„Ráno ještě jsem si na to sahala a říkala jsem si, že mi to už nepřijde tak zlý... takže to asi bude dobrý.“* Podobně uvažovala Soňa, která neměla důvod přemýšlet o své situaci jako o závažné, neboť absolvovala několik vyšetření, které vyšly negativně, možnost, že by se mohlo jednat o zhoubný nádor, si nepřipouštěla: *„Proč by to měla být rakovina, když tam žádný problém není, mě tato myšlenka nenapadla, vůbec.“**

Postoj k otázce „proč“

Toto téma zahrnovalo způsob, jakým se respondenti vyrovnávali s potřebou zjistit důvod či příčinu rakoviny. Zjistili jsme, že někteří pojmají otázku spíše obecně jako hledání důvodu onemocnění, jiní tuto otázku vztahují více ke své osobě a zabývají se také tím, proč právě oni onemocněli.

Polovina respondentů uvažovala o tom, do jaké míry by mohl výskyt onkologického onemocnění souviset s něčím, čeho se dopustili (zda se jedná o důsledek nějakého hříchu), tedy jestli by mohla být rakovina trestem nebo upozorněním na to, že *“neděláš to tak, jak to asi má být“* (Soňa), *„prostě, jestli člověk dělá něco špatně nebo tak“* (Martin). Lenka vyjadřuje, že vyrovnávání se s touto záležitostí byla „fáze“, již bylo nutné projít, vyřešit ji, aby mohla pokračovat dál a již se touto otázkou nemusela zabývat, přičemž věřila, že kdyby se o nějaký hřích v jejím případě jednalo, bylo by jí to zjeveno.

„Tak jasně, člověk to musí přebrat, jestli někde nebyl nějaký problém nebo něco. Jestli jsem neměla nějaký hřích. Určitě se tím člověk zabývá, jo. A musí si tímhle tím stadiem prostě projít. Nebo já jsem si tím musela projít“ (Lenka).

Mezi odpověďmi se nevyskytovalo konečné vyhodnocení onemocnění jako důsledek hříchu ani v jednom případě, byla patrná snaha přehodnotit příčinu onemocnění ve smyslu vymezení se vůči hříchu a případné povaze onemocnění jako trestu. *„Nebrala jsem to nikdy jako trest, ale jako zkoušku, kterou musím ustát“ (Soňa).* Helena formulovala relativitu příčiny onemocnění takto: *„... proč je to nemoc, tak jako křesťan věřím, že může to být kvůli hříchu, ale může to být i kvůli něčemu úplně jinému, ale nevím.“* Vyjadřuje postoj, že hřích může, ale také nemusí být příčinou onemocnění. Vymezení se vůči této příčině může být základem pozitivního postoje ke zvládnání onemocnění u věřícího (vnímání onemocnění jako zkoušky lze dle výpovědí respondentů interpretovat v pozitivním smyslu jako příležitost „obstát“), vlastní hřích jakožto příčina může způsobit, že nemoc bude vnímána spíše negativně jako trest za hřích či trest od Boha. S tímto může souviset i potřeba vymezení se vůči představě Boha jako toho, který „působí“ onemocnění. Respondenti tak vyjadřovali názor, že nemoci se „dějí“, že nemusí se tedy jednat o něco, co by Bůh zapříčinil. *„Co určitě chci říct, je to, že... Já si nemyslím, že by ty nemoci dával Bůh. To vůbec ne. Myslím si, že prostě... Slunce svítí na spravedlivé i nespravedlivé“ (Eliška).* Bohu nebyl respondenty přisuzován přímý vliv na to, že se u nich objevilo onemocnění, spíše se objevovalo přehodnocení Božího vlivu v pozitivním smyslu, Helena měla *„celou dobu... v sobě jistotu, že se Pán Bůh nepodíval stranou.“*

Specifickým pohledem na příčinu onemocnění je vliv d'ábla, jehož pojmenovávají respondenti často jako „ten zlý“. Jako jasnou příčinu svého onemocnění jej vnímá Eliška, interpretuje si onemocnění jako zkoušku, kterou zapříčinil „ten zlý“. Lenka naznačuje, že by za jejím onemocněním také mohl stát „ten zlý“, *„no jasně, se d'áblu nelíbím.“*

„Možná že ten zlej, že to byl zase znova útok, jak mě zničit, jak mě porazit. A zkouší to tady tou formou, rakovinou. Protože se říká, rakovina, na to se umírá. To už není prostě nějaký astma“ (Eliška).

Dle analýzy rozhovorů s respondenty se ukázalo, že na uvažování o důvodu či příčině onemocnění má zřejmě vliv informace o genetické podmíněnosti onemocnění či představa o vlastním podílu na vzniku nemoci, jestliže se u respondentů vyskytla tato informace (u Kláry, Anny a Věry), nehledali už dále jiné příčiny a potřeba náboženského vysvětlení se

pak explicitně neobjevovala, i když implicitně se vyskytovala například u Kláry, která uváděla, že nemoc si nejspíš „*uhnala sama tímhle tím stylem*“ hektického a stresujícího života, avšak následně zmínila, že uvažovala, zda její předchozí modlitby za to, aby raději místo manžela onemocněla ona, nemohly být jakousi nepřímou „příčinou“: „*Ale netroufám si říct, že by to mohla být odpověď Pána Boha. Nevím. Je možné, že jsem se modlila za různé věci a třeba Pán Bůh viděl tuhle cestu nemoci, třeba jo*“ (Klára).

Specifický postoj k otázce „proč“ vyjadřují někteří respondenti, když upozorňují na to, že na tuto otázku nelze nalézt uspokojivou odpověď nebo že je zbytečné si tuto otázku vůbec klást. Důvodem je to, že otázka je dle vnímání respondentů komplikovaná, obtížně řešitelná a může vyvolávat negativní emoce (což ilustruje rozhodnutí *netrápit se tím*) či neodbytné myšlenky („*zbytečně si cyklit hlavu*“ (Martin)).

„Já teda pokud teda k tý otázce proč. Já jsem si ji v době nemoci nekladla. Protože já jsem si některý věci rozhodla, že se s nima nebudu trápit. Jednak je na ně složitá odpověď, a jednak, co člověk musel řešit v době tý nemoci, bylo tolik...“ (Helena).

Martin i Helena vyjadřují přesvědčení, že člověk je omezen v tom, jaký výsek reality může vnímat. Otázka „proč“ proto nemůže být komplexně a objektivně posouzena, neboť člověk nevidí celek, kdežto Bůh dle respondentů vidí celý kontext. Vyzovování odpovědí ohledně příčin nemoci vnímají jako omezenou dedukci.

„Věřím, jako s tím Jobem, až jednou Pán Bůh mi ukáže celou tu realitu, uvidím všech těch 100 %, tak najdu odpověď i na tu otázku proč... A když si ty otázky budu klást, tak zbytečně si budu cyklit hlavu něčím, co nejsem schopnej vyřešit“ (Martin).

Smysl a význam

Potřeba nalezení a formulace smyslu či významu onemocnění byla patrná u sedmi respondentů (pouze Martin vyjádřil, že věří, že onemocnění jako událost v jeho životě smysl mělo, on jej však není schopen „*na téhle zemi najít*“), ve výpovědích se jako významný způsob tvorby smyslu projevilo pozitivní přehodnocení. Respondenti ve všech případech uváděli, že jim byla nemoc v určitých ohledech prospěšná i navzdory tomu, že v mnoha rozhovorech se jasně promítal kontrast s tím, jak obtížné bylo její zvládnání (vzhledem k fyzickým či psychickým dopadům léčby), pozitivní přehodnocení nemoci ve smyslu nalezení přínosů a v konečném důsledku prospěšných dopadů tedy dle respondentů nemůže být rozhodně vnímáno jako důkaz toho, že by bylo zvládnání nemoci pro tyto respondenty

jakkoliv snadné či bezproblémové. Vyjádření ke smyslu je třeba skutečně vnímat jako výsledek procesu vývoje pojetí onemocnění, kdy je pozitivní přehodnocení nalezeno dle výpovědí respondentů často až s odstupem, na základě možnosti posoudit své onemocnění jako celek se všemi nároky i přínosy.

„Nonono, a že jsem vlastně na to, jak to bylo hnusný, tak i na to, když se na to dívám zpětně teďka, tak že mi to jakoby prospělo“ (Lenka).

„...prostě člověk zvrací a je mu strašně blbě po těch chemoškách a vypadaj vlasy a všechno a je nateklej a slezaly mi nehty... Ale zas ten vztah k Pánu Bohu, najednou mi Pán Bůh dal se poznat ještě v jiných dimenzích, který by nikdy nebyly, kdyby toho nebylo“ (Helena).

U všech respondentů se objevilo pojetí významu nemoci jako velmi důležitého faktoru, jenž změnil pohled na život (ve smyslu většího ocenění „samozřejmostí“ či přehodnocení priorit a toho, co je v životě důležité) a měl také vliv na duchovní dimenzi života respondentů. Smysl onemocnění jako „zastavení se“ či „zklidnění“ se objevoval ve více rozhovorech, Lenka vyjádřila, že onemocnění pro ni bylo „zastavení, zhodnocení a nový vyjítí“. Funkce onemocnění jako bodu, kdy se člověk zastaví a má příležitost hodnotit život a měnit postoje, vyjadřují i další respondenti: „Takhle mi Pán Bůh pomoh' se zastavit“ (Helena), Klára se modlila o zklidnění, jež mohlo dle ní přijít ve formě onemocnění, stejně to vnímá i Helena, která před onemocněním také uvažovala o potřebě zklidnění: „I jsem se modlila za to, aby mě Pán Bůh zastavil.“ Charakter zastavení ovšem není jediný, který respondenti nemoci přisuzovali, rakovina je vnímána také jako impuls ke změně, jako dynamický činitel, pojímaný například jako „takový jako start jakoby. Nastartuj se. Elektrický šok. Jako nakopni se“ (Soňa).

Ocenění těžkostí v životě jako příležitosti k osobní nebo duchovní proměně se objevovalo napříč rozhovory, Helena vyjadřuje, že člověka nejvíce „prohloubí nebo... nějak jako zformujou těžký věci“. Martin uvádí, že zkušenost onemocnění přispěla k tomu, že jej lidé při jeho práci kazatele vnímají jako důvěryhodného, neboť má osobní zkušenost s obtížnou situací v životě jako věřící člověk: „...minimálně berou vážnějc to, co jim říkám, protože maj' pocit, že jsem si taky prošel něčím, co je jakoby těžší.“

Nejvíce se v pojetí smyslu a významu onemocnění u respondentů vyskytovalo hodnocení nemoci jako posilující zkušenosti, která obohacuje a něco pozitivního přináší, ať již se jednalo o přínosy respondenty přímo propojené s vlastní religiozitou a spiritualitou nebo s ostatními dimenzemi života.

„... jak jsem říkala, obohatila, změnila a jsem za ni velmi vděčná. A... prostě určitě bych, jakoby nechtěla život bez ní. Protože mě to dovedlo někam, kde si myslím, že je dobře, že jsem“ (Helena).

Změny prožívání nebo pojetí vlastní víry v důsledku zkušenosti s onkologickým onemocněním se výrazně objevovaly u téměř všech respondentů, přičemž tyto změny byli respondenti schopni jednoznačně spojit s vlivem onemocnění. K popisu vlivu na duchovní oblast svého života užívají zejména slova pojmenovávající kvalitativní proměnu víry: *„...že ta víra narostla. Jo. No, nebo se prohloubila nebo prostě... Nabyla na hloubce“ (Soňa).* Prohloubení nebo rozšíření „zkvalitnění“ víry se projevuje ve více výpovědích, respondenti vnímané změny popisují jako „prohloubení vztahu s Bohem“, „obrat o 360 stupňů“, „posun jinam“, „vyzrávání a dospění“ či „růst v Bohu“. Vlivem onemocnění se Věra přiblížila Bohu i přesto, že se cítila blízko i před onemocněním, je tedy zřejmé, že specifický charakter mimořádné situace onkologického onemocnění může změnit i subjektivně bezproblémovou víru a může přispět ke spirituálnímu růstu i v těchto případech.

„Ale potom tou nemocí se to ještě jako znásobilo. Vlastně jsem se ještě přiblížila víc k Pánu Bohu. No a to byla... nebylo to tak, že bych tím byla daleko od něj a to, to mě.... No ale jako byla jsem ještě blíž k němu“ (Věra).

Změna v prožívání a pojetí víry se také projevovala ve formě „objevení nového pohledu“, Lenka ocenila, že měla v důsledku nutnosti zůstat doma v rámci léčby onkologického onemocnění více času na aktivity soukromé náboženské praxe než dříve, kdy bylo třeba stíhat mnoho jiných povinností, popisuje změnu takto: *„Jsem určitě vyrostla v Bohu a získala jsem spoustu... jak jsem četla Bibli, tak se mi to tak jako rozšířilo, ten pohled na Boha a na tu svoji víru“ (Lenka).* Nový pohled na Boha získala díky zátěži onkologického onemocnění i Helena, Bůh se jí *„dal poznat ještě v jiných dimenzích“*, které by zřejmě neobjevila bez této zkušenosti. Klára si také uvědomovala, že díky této obtížné situaci, kterou prožila, poznala Boha jinak než dříve. Popisuje svůj postoj takto: *„No já si troufám říct, že jsem předtím byla duchovně nevyzrálá“*, přičemž si vysvětluje onemocnění jako to, co podnítilo onu „zralost“. Klára nazývá nemoc *„úplným požehnáním“*, jestliže ji dokáže člověk přijmout jako podnět k individuální změně a transformaci. Soňa díky nemoci přehodnotila svůj pohled na to, jak má „správná víra“ vypadat, srovnává svou zkušenost s vírou a s věřícími před onemocněním a po něm, kdy dokázala objevit vlastní autentické pojetí víry.

„A já jsem asi možná... ale prostě pochopila jsem tu jejich víru prostě tady asi až přes tu moji nemoc. Že to prostě není o odříkávání, o těch modlitbách, že to je vysloveně rozhovor... Tu víru musí každý najít“ (Soňa).

Onemocnění se ve výpovědích všech respondentů promítalo i do pojetí hodnot a priorit. Respondenti se ve všech případech shodovali, že nemoc nějakým způsobem přispěla k jejich změně. Onkologické onemocnění se v rozhovorech vyskytovalo často ve významu měřítka důležitosti věcí: *„Pokud člověk se nedostane do takové situace, tak si ani neuvědomí, že řeší blbosti nepodstatné v tom životě“* (Klára). Po prožití onkologického onemocnění (zejména aspektu ohrožení vlastního života) se dle respondentů zvýraznily „skutečné priority“, respondenti byli schopni identifikovat, čemu nadále chtějí věnovat svůj čas a čemu nikoliv. Anna uvádí, že se změnilo *„...to, na čem mně jakoby záleželo... Takové to, co jsem si myslela, že je důležité, tak klasicky se to říká, že se to přeháze trochu, ty priority.“* Odpovědi vyjadřovaly, že záležitosti, jež dříve respondenti považovali za poměrně důležité, najednou ztrácejí smysl v porovnání s možností žít.

„...hromadu věcí vyřazuju, i to mě posunulo. Kdysi jsem třeba z toho byla hodně vystresovaná, nebo mě to stresovalo. A dneska dost přehodnocuju, co skutečně v tom životě je důležité... Nemám uklizeno třeba dneska. Nebo okna. Nebudu říkat, kolikrát jsem myla za rok“ (Klára).

Respondenti zmiňovali také ty oblasti, které vlivem onemocnění dokázali nově více ocenit. Kromě vztahů a jejich důležitosti se vyskytovalo i větší ocenění duchovního rozměru svého života nebo také ocenění „samozřejmostí“, kdy dokázali respondenti nově vnímat i běžné skutečnosti života a ocenit například krásu přírody, *„...prostě člověk by si měl vážit každé obyčejné věci. Protože tu ty obyčejné věci nejsou jen tak“* (Soňa).

„Ne že by to úplně změnilo, ale o to víc teď mi záleží na vztazích. Předtím taky, ale teď vidím, jak hodně jsou ty vztahy důležité. Vztahy v rodině, vztahy v práci, ve sboru, prostě vztahy“ (Věra).

Zajímavé bylo, že pět respondentů uvedlo k tématu smyslu a významu onemocnění ještě specifický výrok, jež lze interpretovat jako „náboženský smysl navíc“. Pro respondenty se nalezení tohoto smyslu navíc zdálo jako významné obohacení smysluplnosti nemoci pro ně jako pro jednotlivce, tedy že toto „rozšíření významu“ onemocnění na další osoby v okolí přispívá k pozitivnímu přehodnocení této zátěže. Anna to vyjádřila takto: *„...vůbec by mě nikdy nenapadlo, že tolik lidí potom bude právě říkat, jaký to mělo význam. Že to byla*

taková... Nechci říct, že odměna. Ale bylo to fajn.“ Rozšířený náboženský význam onemocnění nejčastěji ve výpovědích respondentů zahrnoval dopad na osoby z okolí respondenta, ať již na rodinu, kolegy v práci nebo na zdravotnický personál. Zmiňovaný dopad měl charakter duchovní změny vyvolané setkáním se se zvládnutím respondenta jako s „příkladem“ copingu či pouhým tématem rakoviny a smrti.

Rozšířené pojetí významu rakoviny pro rodinu je ilustrován ve výroku Věry, která uvažovala: „...*že třeba díky tomu ho třeba víc pozná můj manžel nebo děti. Jo, že oni jsou teda věřící, ale... kolikrát třeba ten starší říkal: No, já asi v Boha nevěřím. No tak jsem si říkala, třeba to je i kvůli nim, že takto aby se zastavili nějak...*“, význam pro rodinu může být vyjádřen i jako inspirující zvládnutí, Helena uvádí, že pro její děti bylo důležité vnímat celý proces náboženského copingu u své matky, „*tak nějak to k nim mluvilo*“, se stejným pojetím se lze setkat v rozhovoru s Annou, která vnímala, že komunitní prožívání jejího onemocnění ve vesnici (dle zpětné vazby, jíž se jí dostalo) obohatilo a ovlivnilo spoluvěřící z farnosti.

V rozhovorech se objevuje i rozšířený význam ve smyslu, že respondenti někomu díky onemocnění mohli povědět o své víře, což vnímali jako důležitou událost. Klára to vyjadřuje takto: „*Celá nemoc kdyby byla jenom k tomu, že oni dva uvěřili, že se s nimi potkáme v nebi, jako to je úplně úžasné.*“ Anna uvedla, že nemoc v jejím pojetí sloužila jako prostředek „evangelizace“, když mohla s ošetřujícím zdravotnickým personálem sdílet své zkušenosti zvládnutí rakoviny u věřícího člověka. Rozšířený smysl se v rozhovorech objevoval i obecně jako postoj, že tato zkušenost může být využita v rámci náboženského života k obohacení druhých (v rámci náboženských seminářů, besed, rozhovorů či konferencí).

„Tak si myslím, že všechno se dá dobře použít. Já bych spíš jakože... Ten závěr z toho je, že i když člověk prožije něco takového těžkého a bolavého, tak to může být potom použito hodně jako k dobru“ (Anna).

„A vono se říká, že i člověk bojuje, že to viděj i Boží andělé, že je to i k jejich chvále. Když prožívám něco těžkého... tak můžeš Pánu Bohu tu těžkost i jakoby obětovat, tím, že řekneš: ano, já to těžké přijímám a ty si tady tu moji oběť použij, kde budeš chtít“ (Helena).

10.2 Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?

Další strategie zvládnutí mimo nalezení smyslu a významu nemoci a vyřešení otázky po příčině jsme zkoumali v rámci druhé výzkumné otázky. Jako nejvýznamnější se

v rozhovorech objevila témata *Potřeba naděje, Kontrola nad průběhem nemoci a léčby, Význam a vliv náboženského sociálního okolí, Zdroj útěchy* a objevilo se též velmi zajímavé a poměrně překvapivé téma *Stereotyp zvládajícího křesťana*.

Potřeba naděje

Téma hledání naděje v rozhovorech může být obzvlášť patrné v situaci, která se respondentům jevila jako beznadějná, svou situaci popisuje Anna takto: „...*jak jsem začala chodit na ty vyšetření, tak se vlastně pořád ukazovalo jenom, že je to špatné, špatné, špatné.*“ Beznaděj byla mezi respondenty vnímána v době zjištění diagnózy, zvláště v případě zachycení náznaků závažnosti situace například ze strany zdravotníků, Helena se setkala s mimoděčným projevem, který si interpretovala právě jako důkaz závažnosti situace: „...*když jsem od toho lékaře odcházela, tak on mě poplival, abych měla štěstí, a mně to přišlo... takové jako nevědecké a že už si se mnou neví rady.*“ V rané fázi vyrovnávání se s onemocněním byla představa o nadějnosti situace vyhodnocována obzvlášť citlivě, ve výpovědích hrály roli při odvozování nadějnosti obavy, vlastní představy o onemocnění i reakce okolí. Potřeba naděje (či potřeba respektu k vlastní naději) je patrná i ve zkušenosti Anny, jež se setkala s lékařem, který vystupoval nekompromisně a dle respondentky neposkytoval prostor pro naději: „...*on byl tak strašně tvrdý, že i on tu moji víru, tu naději... Tak ji strašně zašlapával... Že z toho dělal skutečně ještě takový, bych řekla, větší zázrak, než by musel být*“ (Anna).

Odvození náboženské naděje pro vlastní případ onemocnění rakovinou se objevilo u všech respondentů. Všichni vnímali, že náboženství je pro ně zdrojem naděje. Tato naděje u respondentů byla vyjádřena jako spoléhání na pokračování života po smrti, u šesti respondentů byla naděje vyjádřena v kontrastu k současnému životu, zdálo se, že respondenti vnímali její význam a důležitost zejména ve chvílích, kdy již nezbyvá prostor pro naději „*pozemskou*“, medicínskou. Klára to vyjádřila jako přesvědčení, „...*že my tu žijeme a jsme kvůli něčemu jinému.*“

„*A tohleto je myslím to, co ten věřící má právě v tu chvíli té nemoci. Že my vlastně jakoby víme, co je za tou opou... Takže tohle, taková ta nadstavba pro toho věřícího, která mu jako může pomoci, neříkám, že by to zvládnul bez problému, ty věci, ale možná je to určitá opora jako v těch těžkých chvílích*“ (Martin).

„...řekl, ano, naději máte ve mně a že Bůh řekl, že ten věčný život bude jako bez bolesti a bez trápení, tak to tak prostě je. A tady ten život, jsem si uvědomila tu neskutečnou křehkost, že stačí takhle a člověk tu není“ (Helena).

Náboženská naděje dle výpovědi některých respondentů působila jako prostředek vyrovnání se s eventualitou smrti. Pro Věru bylo povzbuzením, když si na základě myšlenky v jedné křesťanské knize uvědomila, že smrt pro ni znamená, že *„odejdu z tohoto světa, ale budu s ním“*. Lenka se zase na základě verše z Bible, který si v době onemocnění našla, srovnávala s možností smrti, přehodnotila ji na základě své víry jako jednu ze dvou pozitivních alternativ: *„...obojí je dobrý“*. Elišce pomohla víra vnímat smrt jako možné řešení pozemského trápení: *„...jako at' se děje Boží vůle v mém životě. Jestli mě Bůh chce vzít, tak at' si mě vezme, a pokud ne, tak tady budu, žejo.“* Soňa vnímá víru jako významnou motivaci zvládnout onemocnění i jiné nároky života. Přitom zdůrazňuje, že víra sice v jejím pojetí byla náboženská, ale že naděje může být nalezena i skrze víru v život, v uzdravení a jiné hodnoty.

Kontrola nad průběhem nemoci a léčby

Možnost kontroly a ovlivnění toho, co se v životě děje, je pro onkologického pacienta dle respondentů zřejmě podstatná oblast. V rozhovorech se často vyskytoval popis vlastní pozice respondenta v průběhu léčby jako toho, jemuž *„se to děje“*. *„To si připadáte jak beránek na porážku, že vás táhnou na vodítku a jdete...“* (Soňa). Klára vnímala, jak lékaři připraví plán léčby a *„...pak už šly jenom ty termíny“*. Anna si uvědomovala, že člověk s onkologickým onemocněním často pociťuje bezmoc, *„nemohoucnost“*. V rozhovorech se objevovaly dvě základní polohy přístupu k otázce kontroly nad onemocněním a léčbou: respondenti ve všech případech akcentovali Boží kontrolu, dále však také uváděli vlastní snahu o ovlivnění své situace nebo představu o vlastním podílu na dění ohledně nemoci a procesu léčby.

Ve výpovědích respondentů se zřetelně objevovala potřeba svěřit svoji situaci někomu, kdo slovy respondentů splňuje to, že ví, co je *„pro mě to nejlepší“*, *„má neomezené možnosti“*, *„postará se“* a *„má situaci ve svých rukou“*, všechny tyto charakteristiky mohou poukazovat na to, že v situaci onkologického onemocnění (a ohrožení života) toto vše chybí.

„Určitě jsem jakoby to celé poručila nahoru Bohu... A šla jsem, tak jsem vždycky: tak Pane a jdem. Jo. A vlastně když jsou takhle nějaké problémy a obavy, tak jsem si říkala, hm, ne, dneska se z toho nevykroutíš, jdeš první (smích)“ (Soňa).

Svěření situace do Božích rukou bylo u několika respondentů zmíněno v kontextu „předání starosti“, tedy že aktem předání starosti (a kontroly) Bohu respondenti vědomě uzavřeli vlastní úvahy o tom, co je čeká a jak se bude onemocnění vyvíjet.

„...že jsem byl opravdu tak nějak na modlitbě, prostě jsem to tomu Pánu Bohu odevzdal a pak jsem si sám jako v sobě zakázal, že už to nebudu řešit, no. Že prostě uvidíme, jak to dopadne“ (Martin).

Svěřením kontroly Bohu uzavřela Anna období, kdy přemýšlela o alternativních či doplňkových možnostech léčby.

„A pak jsem se úplně jednoznačně rozhodla, že ne. Že to vložím fakt jenom Bohu do rukou. Protože si říkám, že on má teda rozhodně větší možnosti než červená řepa“ (Anna).

Předání kontroly Bohu se u většiny respondentů vyskytovalo ve smyslu „...*Bůh je se mnou, a tak to nějak bude*“ (Lenka). Tedy bez bližší představy o tom, jak „by to mělo být“, či spíše bez očekávání, že by měl Bůh určitým způsobem zasáhnout. Tato pozice v zásadě připouští dle respondentů všechny možnosti, tedy i to, že se léčba nezdaří a člověk nebude uzdraven. Slovy Anny: „...*nikdo neví, jak to dopadne, ale musíme věřit v to, že Bůh tu možnost má. A když ji bude chtít, tak ji využije. Když ne, tak se budem modlit za to, aby byly síly, aby to šlo co nejlíp...*“ Ačkoliv převládal postoj „neomezovat“ Boha v rozhodnutí o vývoji onemocnění, u Kláry se vyskytlo zpočátku očekávání, že Bůh má situaci ve svých rukou a že to znamená, že bude vyléčena. Popisuje velmi negativní pocity, které se vůči Bohu zpočátku objevovaly: „...*vůbec jsem tomu nerozuměla, že vůbec nijak nezasáhne. Říkala jsem si: jako rád mě má, ale proč teda něco neudělá?*“ (Klára). Ačkoliv si Klára musela projít tímto stadiem nejistoty ohledně toho, proč v jejím případě Bůh nezasáhl a nechránil ji od operace, nakonec se u ní objevilo pozitivní přehodnocení působení Boha, že nezasahuje vždy dle jejích představ. Anna to vnímala podobně – „...*že Bůh... Jak pracuje. Že to není podle nás.*“

„Ale jsem očekávala, že mě z toho dostane. Takže minimálně to, že Pána Boha mám a pomůže mi, minimálně tohle jsem čekala. Ale že se to vždycky neděje jak na běžícím pásu ze dne na den“ (Klára).

Velmi zajímavé uvědomění si závažnosti předání kontroly Bohu se objevilo u Kláry, jež vyjádřila, že nyní vnímá velký respekt k výroku „*at' se děje tvoje vůle*“, neboť tím dává Bohu „*takovou svobodu a on ví, co je pro nás dobré*“ (Klára). Podoba Boží vůle dle Kláry nemusí odpovídat tomu, co by si člověk cenící si pozemského života představoval.

S předáním kontroly Bohu může tedy být spojena i nejistota a obava. Zajímavé je, že negativní pocity vůči Bohu a pochybnosti se jinak obecně spíše neobjevovaly. Pouze Helena zmínila, že v prvních dnech po zjištění diagnózy se u ní vyskytla nejistota, zda ji Bůh „slyší“. Několikrát se objevilo, že jsou respondenti rádi, že se u nich výčitky a negativní pocity vůči Bohu neobjevovaly, Helena však upozorňuje, že „...*můžou bejt! A není to nic bezbožného.*“

Specifický způsob, jakým bylo v rozhovorech vyjádřeno předání kontroly nad onemocněním Bohu, bylo podstoupení rituálu *pomazání*. Pomazání se objevilo u čtyř respondentů, ve všech případech bylo vnímáno jako svěření situace do Božích rukou spojené s prosbou za uzdravení. Rituál byl vykonán osobami pověřenými církví, ve všech případech probíhal hlavně formou modliteb za uzdravení s vyjádřením odevzdání osoby do „Boží vůle“. Obřad dle třech respondentů skutečně zahrnoval i pomazání olejem. Martin vyjádřil, že se v církvi tento obřad tolik neprovádí zřejmě proto, že se lidé bojí, že tím „připravují na smrt“.

„...jsme to jakoby odevzdali Bohu, prosili jsme ho, ať vlastně pokud to je možný, abych se uzdravil. A potom vlastně oni na mě vkládali ruce, pomazali mě olejem... No a já jsem ho teda jako nevnímá jako přípravu na smrt. Já jsem to vnímá jako přípravu na operaci“
(Martin).

K přesvědčení o tom, že kontrolu nad situací má Bůh, přispělo u Heleny a Elišky prožití „zázraku“. Pro Helenu byl zázrak klíčovým momentem v celém zvládnutí onemocnění, neboť díky tomuto prožitku pochopila, že Bůh má nad situací kontrolu a že se postará i o detaily a „drobnosti“ procesu léčby, kdy se mohla po deseti dnech nespavosti kvůli výraznému stresu z diagnózy konečně vyspat.

„...pro mě to byl tak neskutečnej zázrak, ani ne kvůli tomu, že teda jsem byla vyspaná, ale kvůli tomu, že se to stalo. Já jsem věděla prostě, že to není náhoda, že to je dar. A najednou s tím přišel ohromnej pokoj. Ohromnej. Že jsem věděla, že pokud Bůh se postará o takovej detail, jako je spánek, jako... Tak proč mu nevěřit ve všem ostatním, jo“ (Helena).

Eliška vnímala jako zázrak to, že po započetí léčby její karcinom rychle zmizel, ačkoliv jí lékaři řekli, že je to běžný jev: „...*přesto to tak беру, jsme se modlili za moudrost těch lidí, těch lékařů. A prostě že se daří*“ (Eliška). K tématu zázraků se vyjadřovaly také Klára a Anna, Klára očekávala, že Bůh zasáhne a ona nebude muset podstoupit operaci, nicméně Bůh dle ní „...*normálně nechal ten sled dít tak, jak to je. Tak k té operaci normálně aj došlo.*“ Klára však neprojevení zázraku zpětně nevnímá negativně. Anna o zázraku

uvažovala tak, že se „může stát“, ale že v jejím případě k němu spíše nedojde kvůli tomu, že si to „nezaslouží“.

Častým jevem ve zvládnání respondentů byla potřeba učinit nějaký krok ze své strany k přiblížení se Bohu či zintenzivnění prožívání víry a náboženství. Objevovala se větší potřeba číst Bibli, sledovat videa s křesťanskou tematikou, účastnit se častěji rituálů či se s větší frekvencí modlit (i prosit za uzdravení). „*Fakt je to, že jsem začla chodit více ke svátostem. Určitě jsem se víc modlila*“ (Soňa). Anna popisuje, že při svém prvním případě onkologického onemocnění se „upnula“ na téměř každodenní chození do kostela a denní účast na eucharistii, vnímala to jako možnost „něco dělat“, nějak se podílet na léčbě vyjádřením oddanosti Bohu. Při druhém případě to již přehodnotila: „...*jo, vždyť to je blbost, tak to určitě Bůh nechce. Ted' do toho kostela jdu, když to vychází*“ (Anna). Anna si uvědomila, že vztahy jsou důležitější než pravidelná „docházka“ na bohoslužbu.

„...*takže jsem se pak až usmívala, jak se to rýmuje. Eucharistie a chemoterapie. Že to byly jako dva léky, které jsem užívala. A to bylo takové období, kdy jsem se k tomu celkem upnula*“ (Anna).

Zajímavou problematikou, jež se v rozhovorech objevila explicitně u dvou respondentek, je nábožensky motivované rozhodování se o tom, zda podstoupit léčbu. Respondentky řešily, zda to, že se rozhodnou pro obvyklý léčebný postup, nebude bráno jako „nedůvěra“ k Bohu. Eliška vyhodnotila situaci tak, že léčba není „proti Boží vůli“.

„*Hm, já jsem ze začátku jsem hledala prorocství, nebo jestli mě chceš uzdravit ty, nebo mám se podrobit té léčbě... Ale mně to Pán Bůh prostě nedal na srdce... Tak prostě jsem to brala tak, že Bůh prostě nepromluvil a jsou tady ještě jiné možnosti, který se nabízej*“ (Eliška).

Lenka chtěla dostat znamení, zda má léčbu podstoupit či nikoliv. Poprvé se rozhodla odmítnout chemoterapii. Vzhledem k tomu, že se jí však po čase karcinom znovu objevil, podruhé již léčbu přijala. Uvádí, že si takto mohla vyzkoušet „*dva stavy důvěry k Bohu*“.

„...*vlastně jsem se zase rozhodovala – jsem říkala, je to víra? Není to víra? ... S tímhle jsem se prala. A hodně mě oslovil nápis, v Praze taky je Slovo života, a oni tam maj nade dveřma nápis: lékař léčí, Pán Bůh uzdravuje... Pro každého je to nějakým způsobem připravený*“ (Lenka).

Význam a vliv náboženského sociálního okolí

Všech osm respondentů patří do náboženského společenství a všichni také uvedli, že pravidelně navštěvují shromáždění. Sedm respondentů jednoznačně určilo, že jejich

náboženské společenství hrálo významnou roli ve zvládnání zátěže onkologického onemocnění. Jeden respondent popsal, že „...*to asi neprožíval nějak jako komunitně*“ (Martin), ale uváděl, že pro něj měly význam jiné blízké osoby z prostředí církve. Ačkoliv respondenti nejčastěji vnímali vliv svého společenství kladně a oceňovali konkrétní projevy podpory a pomoci, objevily se také negativní zkušenosti, které respondentům utkvěly v paměti.

Potřeba sociální opory může být v období onkologického onemocnění zvýrazněná, Anna například vnímala sdílení zátěže s náboženskou komunitou jako zásadní: „...*já si nedovedu představit, že bych to prožívala jakoby sama v tajnosti. Jako v té nejbližší rodině*“, ale v průběhu celého období onemocnění a léčby se může postoj k druhým a potřeba opory či podpory různě měnit. Helena zpočátku vůbec nechtěla jít mezi ostatní na společné shromáždění, protože měla obavu z toho, jak budou na ni ostatní reagovat a že se budou chtít bavit o jejím onemocnění. Zajímavé bylo, že vnímala strach ze strachu a rozpaků ostatních: „...*mně když to řekli, tak člověk má takovej pocit, jako fakt když je malomocnej. Jako když je nepatřičnej*“ (Helena). Helena popisovala, že si musela nejprve zvyknout ona i její náboženské společenství na tento změněný stav. Klára vyjádřila, že o kontakt s druhými nestála pouze ve chvílích, kdy jí bylo fyzicky špatně: „...*myslím, že tehdy v té nemocnici, když je člověku blbě, když je tak fyzicky blbě, tak tehdy nemáš moc na vykládání*“, jindy velmi oceňovala, když jí ostatní lidé z její církve a sboru vyjadřovali podporu.

Eliška byla ke svému náboženskému společenství natolik otevřená, že jim poskytla přístup do online deníku, který psala, aby byli členové společenství informováni o jejím zdravotním i „duchovním“ stavu. Lenka se rozhodla, že ze zdravotních důvodů zůstane po celou dobu chemoterapie výhradně doma, přesto vítala podporu a pomoc od svého náboženského společenství, členové jí přinesli oběd nebo vozili děti na kroužky. S podobným typem instrumentální podpory od spoluvěřících se setkali čtyři respondenti, jednalo se převážně o nabídky a uskutečněnou pomoc v domácnosti, nakoupení potravin či poskytnutí jídla rodině respondenta.

Potřeba kontaktu s druhými v době onemocnění také velmi závisí na osobnosti konkrétního člověka, jak upozornil Martin: „*To je právě opravdu asi víc než vírou daný zaměřením člověka, jestli je introvert nebo extrovert.*“ Helena si také v době onemocnění uvědomila, že její pohoda ve vztahu s druhým člověkem je také důležitá a že má právo si zvolit, s kým svůj čas bude trávit, „...*v tu dobu jsem se rozhodla rozmazlovat. Já jsem se do té doby střetávala*

se strašnou spoustou lidí a i jsem poslouchala jejich trampoty. Ale v týchletý době jsem se rozhodla téměř výlučně setkávat s lidma, se kterýma je mi dobře.“

V rámci komunity, sboru nebo farnosti, kam respondenti patří, se setkali téměř všichni s různými pozitivně hodnocenými reakcemi a projevy ze strany spoluvěřících. Dle výpovědí lze identifikovat tři druhy podpory, jež respondenti zmiňovali. Jednalo se o empatický projev zájmu a emocionální opory, o duchovní charakter podpory a o instrumentální pomoc.

Všechny tyto druhy podpory byly ve zkušenostech respondentů různě kombinovány, tedy společenství poskytovalo člověku obvykle kombinaci toho, co by mohla osoba s onkologickým onemocněním potřebovat. Lenka vnímá funkční společenství jako schopné přirozeně naplnit potřeby věřícího s tímto onemocněním: „...myslím si, že když to společenství funguje, tak ani není moc potřeba se zamýšlet nad tím, co teda tenhle a támhleten“ (Lenka). Vyjádření emocionální podpory a empatického zájmu získávali respondenti nejčastěji skrze sms, volání, poštu či e-maily. Tyto formy byly užitečné, když museli respondenti zůstat doma při léčbě a nemohli se setkávat s ostatními osobně. „*Třeba jsem dostala strašně moc esemesek z tohoto sboru. V tom období té nemoci. Úplně desítky esemesek... Tak ty sms byly pak úplně úžasné*“ (Klára).

S touto podporou se volně v rozhovorech prolínala též důležitost duchovní podpory, která byla respondentům také poskytnuta z prostředí církve. Všichni respondenti zmiňovali, že se za ně lidé z církve nebo společenství modlili: „...ještě jako spustili modlitební a postní řetěz. Jo, tak jako fakt jsem se cejtila jako doma, že ten sbor se o mě postará“ (Lenka). Někteří respondenti zmiňovali význam specifických skupinek zaměřených na modlitbu, Soňa ocenila sounáležitost modlitební skupiny pro matky, která pro ni v době onemocnění měla velký význam sociální i duchovní. Stejně pozitivně vnímá význam modlitebních skupin v rámci farnosti Anna: „...tím, že tady je hodně společenství modlitebních, asi dvacet, fakt. Hodně. Tak jsme už naučení tady ve farnosti, že když se někomu něco stane, tak se za to modlí.“ Anna uvedla, že o modlitební podporu vyloženě stála, a proto se rozhodla sdílet svůj problém s ostatními lidmi z farnosti. Vyjádřila, že věří v sílu „mohutné modlitby“, víru ve význam přímlovky většího počtu lidí vyjádřila i Klára: „...věřím tomu, že určitě ty přímlovné modlitby mají sílu a že nás má tak rád, že někdy to oko zamhouří“.

„... jeden člen sboru řekl, že tak silné modlitební úsilí v tomto sboře nezažil. Tak to jsou takové strípky, co se skládají. Dodnes si tuhle větu pamatuji, úplně tuhletu větu, co řekl“ (Klára).

Jiný pohled na význam modlitby většího množství lidí uvádí Martin, který vyjádřil, že vnímá jako důležitější vyrovnat se s tím, „...že procento křesťanů, kteří se zázračně uzdraví a kteří zemřou, je v podstatě téměř totožný s procentem nevěřících lidí, kteří se zázračně uzdraví, anebo zemřou.“ Dle jeho názoru „modlitební tlak“ na uzdravu může způsobit u věřících zklamání, když ten, za koho se modlí, zemře i přes jejich snahu „zatnout a svojí vůlí to držet“ (Martin).

„Protože já nevěřím v to, že když se za něco modlí jeden křesťan nebo deset křesťanů, že je mezi tím rozdíl“ (Martin).

Helena jasně vyjádřila, že společenství pro ni bylo velkou oporou, ale zároveň dokázala kriticky zhodnotit, že bylo třeba si velmi hlídat hranice ve vztahu k druhým, neboť „...ti druzí jakoby v rámci snahy konat dobře jako ti můžou ubližovat“ (Helena). Všichni čtyři respondenti, kteří si vzpomněli na nějakou negativní zkušenost ve vztahu ke svému náboženskému okolí, se shodovali v tom, že tato zkušenost nevznikla úmyslně. Spíše byla podmíněna netaktností spoluvěřících a jejich neznalostí procesů vyrovnávání se s onemocněním a jeho zvládnutím. Ve výpovědích se jasně ozývalo negativně vnímané zlehčování situace: „...takové to zlehčující... to bude dobré, nebo jo, budeme se modlit a to dobře dopadne... Mně přijde, že tady ty věty to bagatelizují“ (Anna). Klára se setkala s tím, že v jejím náboženském společenství se objevil názor, že rakovina prsu „vlastně nic není“, protože nádor lze nově „vymodelovat“. Kláru tento názor mrzel, uvádí, že to „není zas tak jednoduché“. Helena se setkala s tím, že jedna spoluvěřící rozeslala bez jejího vědomí ihned první den po zjištění diagnózy tuto informaci po celé církvi s prosbou o modlitby. Naneštěstí to bylo ještě v době, kdy to nevěděla ani její rodina a sama s tím ještě nebyla vyrovnaná.

„Když jsem se to ten první den dozvěděla, tak ona to všechno první den rozeslala, ať se lidi modlej. Člověk se potřebuje nějak stabilizovat nebo vůbec zjistit, já jsem si říkala, že zavolám rodičům až třeba po těch výsledcích, nebo...“ (Helena).

Anna negativně vnímala, když se na pravidelném modlitebním setkání všichni tvářili, jako by se „nic nestalo“, bavili se a modlili, aniž by se Anny někdo zeptal, jak se jí daří, „...sama za sebe musím říct, že mě zraňovalo, když ti lidi to jakože přehlíželi“ (Anna). Vnímala to jako zlehčování její situace, ačkoliv jí „...hrozí smrt, že to není taková jako chřipka, která bude automaticky dobrá za pár dní, že se o tom nemusí mluvit“ (Anna). Některým negativním zkušenostem s lidmi z náboženského společenství se dnes již dovede zasmát Helena, setkala se s tím, že „...jedna sestra mi přišla říct, že mám úžasnou paruku v době,

kdy jsem měla ještě své vlasy (smích).“ Humor zřejmě pomáhá pojmout dříve citlivou událost s nadhledem.

Zdroj útěchy

Víra a náboženství se u šesti respondentů vyskytovala jako zdroj útěchy v situacích, kdy prožívali strach z léčby, strach z prognózy, strach ze smrti nebo jednoduše potřebovali povzbuzení. Nejčastěji uváděné zdroje, z nichž respondenti čerpali, když potřebovali útěchu či uklidnění, byla modlitba, čtení Bible a sledování videí (například záznamy kázání).

Anna popisuje svůj zážitek těsně po závažné operaci, kdy vnímala intenzivní potřebu nechat si předčítat z Bible: *„...tak pro mě bylo úplně obrovskou posilou a útěchou – a to jsem vyžadovala, že on mně četl z Písma“* (Anna). Útěchu ve verši či v pasážích z Bible hledaly Lenka, Helena a Věra. Helena po objevení útvaru v prsu nemohla spát, obávala se, co nález může znamenat: *„...ráno jsem si četla Žalm 16, ten se mi stal potom i po celou dobu nemoci jako takovým průvodcem, hrozně moc ke mně mluvil“*.

Modlitba se jako zdroj útěchy vyskytla u Kláry, jež nebyla schopná fyzicky přijmout jednu z posledních dávek chemoterapie. Telefonovala svému příteli z církve, modlitbu vnímala jako prostředek uklidnění: *„...tak jsme se společně pomodlili a já jsem se zklidnila. A vrátila jsem se a ono to doteklo. Takže ty drobnůstky, které jsem s Pánem Bohem řešila“* (Klára).

Víra byla zdrojem útěchy v případě strachu z onkologického onemocnění například u Věry, Elišky a Heleny, u nichž bylo nalezení naděje ve víře spojeno s prožitkem pokoje.

„Ale překvapilo mě, že jsem se celou tu dobu... bála jsem se jenom v té první chvíli, jsem měla strach, a potom jsem si říkala: buď se budu bát, nebo budu věřit pánu Bohu. Tak jsem si vybrala to druhé, ...že tedy prostě se nebudu bát, a že to nechám tak, jak to bude, den po dni“ (Věra).

Martin uvádí, že v prvních chvílích, kdy se dozvěděl, že něco „má“, a nevěděl co (prožíval nejistotu), tak pociťoval, že *„...má člověk instinktivně potřebu se tomu Bohu jako přiblížit ještě víc, hodně jsem se za to modlil.“* Sám však u sebe potřebu útěchy nevnímal: *„...jestli útěcha znamená, že se uklidním, tak já jsem se jako neměl ani zájem se uklidnit, já jsem měl zájem se uzdravit. A jestli u toho budu neutěšenej, mně bylo úplně fuk.“*

Stereotyp zvládajícího křesťana

Překvapivým tématem, které bylo zmíněno u poloviny respondentů, bylo vymezení se vůči jakési implicitní představě toho, jak by měl křesťan zvládat nejrůznější zátěž. Respondenti tak reagovali na představy vnitřní (neboli mezi křesťany samotnými) a vnější (tedy jak dle respondentů vypadá představa osob mimo křesťanství o dovednostech věřícího zvládat nároky onemocnění). Velmi zajímavé je, že čtyři respondenti měli potřebu na toto upozornit, ale také „oponovat“, srovnat tyto představy druhých se svou vlastní autentickou zkušeností.

Nejčastěji respondenti odkazovali na to, „že prostě i my věřící jsme jenom lidi“ (Klára). Aspekt lidství a přirozenost lidských emocí jako by byl objeven právě díky zkušenosti onkologického onemocnění: „...fakt jsem z toho byla mimo. Křesťan nekřesťan, fakt bylo to pro mě hodně těžký. A zjistila jsem... Prostě jsem člověk. Žádný hrdina...“ (Helena). Slovní spojení „křesťan nekřesťan“ ve výrocích Heleny zřejmě odkazuje právě na nespécifikovanou implicitní představu, že křesťan prožívá onemocnění s lehkostí, že náboženská naděje eliminuje „nechtěné“ emoce a strachy s nemocí související. Podobně popisuje opozici vůči této představě Klára, užívá slovní spojení „i když jsme jak věřící...“, čímž ilustruje, že i subjektivně vnímaná „velká“ víra neznamena nepřítomnost pochybností či strachu z budoucnosti. Martin v souvislosti s legitimitou strachu ze smrti u křesťana uvádí, že je mu sympatické, když věřící dovede přiznat, že tento druh strachu prožíval, protože „...je to naše normální lidská emoce, která k nám patří. A v tom nám to opravdu ta víra jako moc nepomůže“ (Martin).

„Prostě bojíme se, jdeme někam, kde nevíme, co je. My jako věříme, že budeme vzkříšeni. Ale nevíme, co je za tou oponou. Takže je to úplně normální, měli bychom si i jako křesťani přiznat, že strach ze smrti je součástí naší náboženské zkušenosti. Že to není něco, co by se nám mělo vyhnout“ (Martin).

Strach ve zkušenosti věřícího s onkologickým onemocněním legitimizuje i Věra, která se dokonce setkala s tím, že někteří spojují víru s nepřipustností „nevhodných“ emocí.

„Samozřejmě, když člověk cítí strach, tak za to nemůže. Prostě to tak je. Ale jako jo, jsou takoví, že řeknou: „Jestli jsi křesťan, tak nesmíš cítit strach.“ Tak to si myslím, že to není dobré“ (Věra).

Vůči tomu, že by křesťan nemoc již zpočátku „vítal“ jako příležitost ke spirituálnímu růstu, se staví skepticky Klára. Ocenění onemocnění jako příležitosti k růstu je dle zkušenosti

respondentů spíše až záležitostí následného přehodnocení nemoci (tedy zhodnocení po ukončení léčby nebo při onemocnění v remisi).

„...jak ten pan X onemocněl a někdo říkal, že prožívá krásnou zkušenost s Pánem Bohem. Tak jsem si říkala, ty jo, tak on je dobrý, ale není to takové jednoduché. Až se mi tomu nechtělo věřit, že by byl tak smířený na začátku nemoci“ (Klára).

Helena oponuje představě, již mohou mít někteří věřící lidé i lidé mimo křesťanský kontext, že víra implikuje bezproblémový život, spíše chápe „pozemský život“ jako „bez záruky“. Svou zkušenost popisuje tak, že vnímá, že „*Bůh nade mnou byl*“ (Helena), ale i přesto prožívala smutek, strach a nejistotu, dle jejího vyjádření se tyto věci nevylučují.

„A upřímně řečeno, kdo čte žalmy, tak pochopí, že to je naše falešný mínění, že kdo je křesťan, tak prožívá šťastný, úspěšný a Bohem vyrovnaný život“ (Helena).

10.3 Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?

Zajímali jsme se o to, co respondenti vnímají jako důležité při úvahách o podpoře a péči pro věřícího člověka, který onemocněl rakovinou, co by doporučili a čemu by se vyhnuli. Bylo patrné, že respondenti při návrzích vycházeli ze svých vlastních zkušeností, co jim v době onemocnění a léčby pomohlo, nebo co naopak nepomohlo. Z návrhů vyplývá osobní význam, jaký přikládají respondenti jednotlivým druhům pomoci a podpory, ale u více respondentů se zde promítá také snaha kriticky zhodnotit, co dalšího nad rámec vlastních zkušeností a postojů by mohlo pomoci (například se jedná o uvědomění, že jistý druh podpory mohl být vhodný pro konkrétního respondenta, ale pro jiného člověka by mohl být nepatřičný: „...*strašně je důležitý, jaký typ člověka to je*“ (Klára)).

Téměř všichni respondenti zdůrazňovali, že je nejdůležitější v přístupu k člověku s onkologickým onemocněním *naslouchat*. Naslouchání bylo výrazně spojeno s požadavkem empatického přístupu, objevovaly se názory, že je důležité s člověkem mluvit, ale je třeba sledovat jeho odezvu a otvírat témata, o nichž je mluvit ochotný. Naslouchání a dávání prostoru nemocnému je dle respondentů velmi důležitou součástí komunikace.

„...hodně dělá naslouchání.... Když jsem si s nimi povídala, tak to člověku taky strašně pomůže.... Dát nějakou prostě decentní otázku a pokud chce, on se rozmluví a stačí naslouchat“ (Klára).

Helena dávání prostoru pojmenovává jako „...snažit se v sobě utlumit všechno mý. Aby moje ego ten prostor nezahrnulo.“ Důležitost poskytování prostoru podporuje i uvedením své negativní zkušenosti, kdy ji v době nemoci navštívila jedna spoluvěřící, která celou dobu návštěvy hovořila a snažila se ji rozveselit a rozptýlit, přitom Helena potřebovala naopak prostor pro rozhovor, ztišení a modlitbu. Anna také vnímá jako problematické vyhýbání se tématům spojeným s onkologickým onemocněním, uvádí, že „...je rozhodně lepší se s citem zeptat a že ten člověk uvidí, jestli o tom ten nemocný chce mluvit anebo nechce mluvit. Ale že je víc zraňující, když ten člověk o tom chce mluvit, a nemá s kým... Anebo se ta návštěva snaží jako vyvolávat témata takové nějaké, aby se o něčem mluvilo...“ (Anna). Navrhuje, aby lidé, kteří chtějí poskytnout člověku podporu v době onemocnění, dali citlivě prostor i pro vyjádření obav a pochybností, protože vyřčení toho, že nemocný „neví, jestli to zvládne“ (Anna), může být pro jeho vyrovnávání se s nemocí velmi důležité. Dle Věry je naslouchání důležitější než dávání rad typu „...měl by ses chovat tak a tak. Prostě poslouchat, co tě trápí.“

Respondenti vnímali jako důležité „nebát se“ přijít za onkologicky nemocným člověkem a zeptat se na jeho potřeby a přání, upozorňovali tak opět na problematiku toho, že ostatní lidé se někdy mohou bát oslovit spoluvěřícího: „...protože mají strach, o čem by si povídali“ (Anna), nebo dle Anny také mohou druzí vycházet z předpokladu, že by návštěva mohla nemocného obtěžovat. Zde vnímá velkou důležitost komunikace a vzájemného vyjasnění potřeb a očekávání. Soňa navíc upozorňuje, že je podstatné se nebát a přijít za člověkem, protože při onkologickém onemocnění hraje roli čas, a proto je třeba využít každé příležitosti k nabídce pomoci a podpory. Nicméně dle ní se nelze s pomocí vnucovat: „...nevnucovala bych se... Asi násilím nic člověk nezmůže, jo“ (Soňa).

„Tak určitě trpělivost a snažit se vcítit do toho člověka. Ale to je při pomoci komukoliv. Obecně, že? Tak to asi platí ty obecné zásady. No a nebát se za tím člověkem přijít a... zeptat se ho, nabídnout pomocnou ruku, modlitbu“ (Věra).

Čemu by se jakýkoliv pomáhající měl dle respondentů vyhnout, je utěšování a poskytování „plané útěchy“: „...asi bych se vyhnula tomu, jako je nějak... Ukolébávat tím, že budeme se modlit a dobře to dopadne“ (Anna). Tyto jednoduché věty dle Anny bagatelizují situaci. V kontrastu s útěchou typu „to bude dobré“ Helena navrhuje poskytovat pro ni podstatnou naději náboženskou.

„...ale jako dávat naději, tak dávat naději, která opravdu je naději. Naděje je v Bohu. A věčný život. Ale jako naděje: bude to dobrý, to je... Plác. Plác do vody... Jako my máme snahu jako by popadnout ho za vlasy a vyrvat ho strašně rychle, nebud' v tom hořký...“ (Helena).

K nekritickému utěšování a poskytování „instantní naděje“, že to bude dobré, když se budou věřící modlit, se staví skepticky i Martin. Naopak oceňuje význam chvílí, kdy se člověk přiblíží smrti nebo si uvědomí vlastní smrtelnost. *„Ty situace, kdy třeba se tomu člověku přiblíží ta smrt, tak můžou být prostě pro něj užitečný, a já bych tímhle tím vlastně zabránil, aby jí byl vystavenej“ (Martin).* Helena podobný postoj vyjadřuje jako vymezení role pomáhajícího, jež ve vztahu k nemocnému není *„...uzdravit, a nejsme ani spasitelé, čili nejít tam s tím, že já ho musím teďka dostat z deprese“*, naopak Helena vyzdvihuje důležitost spoluprožití těžké chvíle s tímto člověkem, nazývá pomáhajícího člověka „spolubojovníkem“, jenž může chvíli v té náročné situaci s člověkem *být*. Věra to pojmenovává jako *„takové to nesení břemene“*.

V pomáhání člověku s onkologickým onemocněním jsou důležité také informace. Klára zmínila, že je dobré, když někdo, kdo poskytuje podporu, zná zákonitosti a procesy psychického vyrovnávání se s vážným onemocněním nebo smrtí, aby dokázal poznat, v jaké fázi tohoto procesu se člověk nachází a co je běžným jevem.

Na důležitost informací se zase z jiného úhlu pohledu dívá Lenka, dle její zkušenosti by bylo užitečné, kdyby pomáhající byli schopni poskytnout kromě duchovní podpory také nezbytné informace o různých souvislostech onemocnění, včetně rad ohledně možnosti získat příspěvek formou důchodu či ohledně průběhu léčby samotné.

„Teďka zrovna jsem mluvila s jednou věřící paní, maminkou, která je onkologicky nemocná, a neměla skoro žádný informace... Jako modlitby jsou fajn od těch věřících, jo. Ale myslím si, že je hrozně důležitý, aby někdo v té církvi znal a věděl o dobrejch pracovištích onkologických, kam se může obrátit ten člověk“ (Lenka).

Helena vnímá, že je důležité nezapomínat na rodinu nemocného, protože ti nejbližší ve srovnání s člověkem s onemocněním nejsou „středem zájmu“: *„...třeba pokud je to u někoho jako dlouhodobě, tak ta rodina kolem nese ohromnou zátěž, možná někdy i větší, než ten samotnej...“ (Helena).* Pomoc pro onkologicky nemocného by měla směřovat tedy i nepřímě na rodinu. Funkční zázemí a psychická podpora v rodině je důležitá i z pohledu Elišky, která sama zažila v době onemocnění nedostatek podpory a porozumění ve své rodině. Martin navrhuje, že by bylo lepší onkologicky nemocným v terminálních stádiích spíše než slib

o uzdravení poskytnout útěchu v tom, „...že se jim třeba postaráme o blízký. A umožnit těm lidem v klidu odejít. To mně přijde, jako že je asi větší pomoc“ (Martin).

Doporučení pro přístup pomáhajícího ilustruje Anna v popisu toho, jak k ní přistupoval v době onemocnění místní farář. Zmíněním této zkušenosti vyjadřuje, co jí pomohlo a co tudíž vnímá jako „dobrý návod“ pro kohokoliv, kdo chce přistupovat k věřícímu s onkologickou diagnózou:

„...dal najevo, že si uvědomuje, že ta situace je velmi vážná. Na druhou stranu dal najevo, že ta naděje je vždycky. A pak dal najevo, jako že se bude modlit, prostě že v tom nebudu sama jakoby. Teda že bude prosit taky, a to jsou takové tři věci, co ten člověk, ten nemocný, potřebuje. Jednak tu modlitební podporu, že ví, že teda na něj někdo myslí, potom to, jako že ti lidi opravdu vnímají tu vážnost, že to... Že jako není žádný hypochondr, který se potřebuje vymluvit z bolavého palce nebo z něčeho“ (Anna).

11 Odpovědi na výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zkoumat, jak věřící člověk zvládá své onkologické onemocnění. Zajímali jsme se o zkušenost osob, v nichž se odráželo autentické pojetí onemocnění (tedy jak věřící člověk rozumí svému onemocnění), cílem bylo také kvalitativně prozkoumat, jaká témata jsou podstatná při zvládání onkologického onemocnění u věřícího člověka, tedy co se v rámci náboženského copingu u českých věřících vyskytuje. Zajímali jsme v souladu s metodou interpretativní fenomenologické analýzy o žitou zkušenost a její významy.

Byly stanoveny následující výzkumné otázky pro kvalitativní analýzu dat:

1. VO: Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?
2. VO: Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?
3. VO: Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?

1. VO: Jak věřící lidé rozumí svému onkologickému onemocnění?

Nemoc v pojetí respondentů vstoupila do života jako „překvapení, šok“. V některých případech si respondenti předtím nepřipouštěli, že by se jich onemocnění mohlo týkat: „...že je nějaká rakovina, to jsem taky věděla, ale úplně jsem žila jiný život“ (Klára). V pojetí onkologického onemocnění (a porozumění tomuto onemocnění) hrála nejvýznamnější roli dvě témata, nalezení *smyslu a významu* nemoci a léčby a řešení otázky, *proč* se onemocnění objevilo. V rámci otázky „proč“ se respondenti zabývali obecně hledáním příčiny onemocnění nebo konkrétních důvodů onemocnění u nich samotných. Polovina respondentů uvažovala, zda příčinou onemocnění není „hřích“ či něco, co dělali ve svém životě „špatně“. Jako ilustrace tohoto postoje může sloužit vyjádření Lenky: „...tak jasně, člověk to musí přebrat, jestli někde nebyl nějaký problém nebo něco. Jestli jsem neměla nějaký hřích. Určitě se tím člověk zabývá, jo...“ Ani jeden z respondentů nakonec nevyhodnotil, že by příčinou byl osobní prohřešek. Někteří respondenti považovali onemocnění za zkoušku, nicméně u téměř všech byla patrná opatrnost v přisouzení příčiny onemocnění Bohu („...já si nemyslím, že by ty nemoci dával Bůh“ (Eliška)). Specifický postoj k otázce „proč“ se objevuje u dvou respondentů, kteří přisuzují onemocnění činnosti d'ábla, označovaného jako „ten zlý“. Eliška uvažovala takto: „...možná že ten zlej, že to byl zase znova útok, jak mě zničit, jak mě porazit. A zkouší to tady tou formou, rakovinou.“ Tři respondenti našli příčinu v genetickém nebo zdravotním vysvětlení (například když se rakovina vyskytovala v rodové linii nebo bylo její projevení přisouzeno životnímu stylu). Někteří respondenti

vyjádřili pochybnosti o tom, zda o této otázce lze vůbec rozhodnout vzhledem k tomu, že dle nich má člověk pouze omezené vnímání oproti Bohu.

Smysl a význam onemocnění byl nejčastěji vytvořen jako pozitivní přehodnocení nemoci. Přínosy však byli často schopni objevit až s odstupem od přímého požívání zátěže. Význam nemoci nejčastěji sestával z nového („změněného, obohaceného“) pohledu na život a jeho souvislosti a z proměny (a též téměř ve všech případech i obohacení) v duchovní oblasti. Změna pohledu na život byla věřícími popisována nejčastěji jako proměna hodnot a priorit a jako nové pojetí toho, co v životě považují za důležité a hodné pozornosti. Význam onemocnění ve spirituálně-religiózní dimenzi byl popisován ve většině případů jako duchovní „prohloubení“, „obohacení“, „dozrání“ či „dospění“. Respondenti popisovali, že jim onemocnění také pomohlo nalézt nový pohled na víru a její prožívání. Zajímavou součástí obecně vytvořeného smyslu a významu onemocnění byl u pěti respondentů „náboženský smysl navíc“, který zahrnoval obohacení osobního smyslu nemoci tím, že byli respondenti schopni pojmenovat, jak jejich onemocnění prospělo jejich širšímu okolí či rodině, Klára to vyjadřuje takto: „...*celá nemoc kdyby byla jenom k tomu, že oni dva uvěřili, že se s nimi potkáme v nebi, jako to je úplně úžasné.*“

2. VO: Jak věřící lidé zvládají své onkologické onemocnění?

Náboženský coping nad rámec nalezení smyslu a významu nemoci se ve výpovědích objevoval v pěti tématech. Respondenti se vyrovnávali s potřebou naděje, význam naděje byl patrný zejména v kontrastu s popisem situací beznaděje spojené s diagnózou. Všichni respondenti hovořili o nalezení náboženské naděje a jejím významu, u většiny byla vyjádřena jako naděje v pokračování života po smrti, u šesti respondentů pak byla uvedena jako významná právě v situaci, kdy se „pozemská“ situace zdá beznadějná. V takových chvílích přemýšleli respondenti podobně jako Klára: „...*že my tu žijeme a jsme kvůli něčemu jinému.*“

Nejobsáhlejší pak bylo téma kontroly nad onemocněním a léčbou. Respondenti uváděli, že onkologické onemocnění je pro ně často situace, již nelze ovlivnit a kontrolovat. U všech respondentů se proto vyskytovala potřeba svěřit svoji situaci někomu, kdo dle jejich vnímání „ví, co je pro ně nejlepší“, „se stará“ či „drží situaci ve svých rukou“, tedy dle zkušenosti respondentů Bohu. Díky tomu se mohli přestat zabývat svou situací a obavami. I za ostatní výpovědi to dobře ilustruje výrok Martina: „...*prostě jsem to tomu Pánu Bohu odevzdal a pak jsem si sám jako v sobě zakázal, že už to nebudu řešit, no. Že prostě uvidíme, jak to*

dopadne“ (Martin). Zajímavé bylo, že u většiny respondentů nebylo svěřeni kontroly Bohu spojeno s přesnou představou o tom, jak by měl Bůh v jejich situaci zasáhnout, spíše se jednalo o svěřeni „bez omezení“. Pouze v jednom případě se u respondentky objevilo očekávání, že Bůh zabrání operaci, že „něco udělá“. Následně bylo nesplněné očekávání spojeno s nejistotou a s otázkami ohledně kompetence Boha. Nicméně i v takových situacích se vyskytlo pozitivní přehodnocení toho, jak Bůh působí, „...že to není podle nás“ (Anna). Ve čtyřech případech se ve výpovědích respondentů vyskytlo ritualizované předání kontroly Bohu formou „pomazání“, tedy obřadu spojeného s modlitbami za úzdravu, nicméně se záměrem nechat rozhodnutí ohledně vývoje situace na Bohu. Pro dvě respondentky bylo významnou zkušeností prožití „zázraku“, díky němuž získaly přesvědčení, že Bůh v jejich situaci kontrolu má a tímto to dokazuje. Respondenti také zmiňovali, jak se sami snažili získat jistou formu kontroly, často se objevovala potřeba „učinit krok“ směrem k subjektivně intenzivnější spiritualitě nebo religiozitě. Poslední zajímavý aspekt tématu kontroly byl zmíněn u dvou respondentek, zabývaly se tím, zda mají z náboženských důvodů odmítnout standardní léčbu, zda podstoupením nevyjadřují „nedůvěru“ či nedostatečné „spolehnutí se na Boha“.

Významný vliv na zvládání onemocnění mělo dle sedmi respondentů náboženské společenství, do něhož patří. Respondenti se setkali s pozitivními i některými negativními reakcemi a postoji druhých osob. Podpora byla vyjádřena dle respondentů ve třech rovinách, jako mezilidské sdílení, jako duchovní podpora a jako instrumentální pomoc. Mezi pozitivně vnímané skutky podpory patřily často projevy zájmu, posílání verše z Bible, modlitby za nemocného, nebo také pomoc v domácnosti či poskytnutí jídla lidmi z církve. Negativní zkušenosti u čtyř respondentů zahrnovaly netaktní a neinformované výroky a chování a zlehčování závažnosti situace, jež bylo všemi vnímáno jako velmi nevhodné.

Ve zvládání onemocnění bylo také důležité nalezení zdroje útěchy, který respondenti nejčastěji spatřovali v modlitbě, čtení náboženských textů (Bible) a ve sledování náboženských videí (například záznamy kázání).

Velmi zajímavým tématem, jež se nad očekávání vynořilo u poloviny respondentů, bylo vymezení se vůči jakési vnímané implicitní představě o „správném zvládajícím křesťanovi“. Respondenti oponovali představě, že věřící člověk zvládá situace zátěže beze strachu, s lehkostí a bez emocí (nebo že některé emoce jsou pro „správného křesťana“ nevodné – například strach ze smrti či smutek). Respondenti měli potřebu uvádět tyto představy

„správného zvládnání u křesťana“ na pravou míru srovnáním se svými zkušenostmi a objevila se i potřeba legitimizovat strach a jiné prožitky spojené se zvládnáním onkologického onemocnění u věřícího.

3. VO: Co doporučují respondenti pro podporu osob ve stejné situaci?

Respondenti vnímali jako nejdůležitější ve vztahu k věřícímu s onkologickým onemocněním naslouchání, jež specifikují jako citlivé navržení tématu a sledování odezvy člověka. Jako velmi podstatnou komunikační metodu vnímají dávání prostoru tomu druhému, Helena to vyjadřuje jako „*utlumit všechno mé*“. Dále respondenti ve většině případů hovořili o nutnosti *nebát se* přijít k člověku, jako problematické naopak vnímají, když se lidé z důvodu strachu z tématu vyhnou hovoru o prožívání člověka s onkologickým onemocněním. Dle Anny je velmi problematické, když člověk s onkologickým onemocněním potřebuje mluvit o svých slabostech a pochybnostech a nemá s kým, pokud se tomu lidé z jeho náboženského společenství či bližšího okolí vyhýbají.

Jako podstatné vnímají respondenti nebagatelizovat situaci zjednodušujícím utěšováním (respondenti zmiňovali často dle nich nevhodnou útěchu „budeme se modlit a ono to dobře dopadne“). Obzvláště zajímavý důvod pro neposkytování takové útěchy uvádí Martin, dle něj je prožití situace vlastní smrtelnosti pro člověka důležité. Ten, který poskytuje podporu, může být nápomocen tím, že závažnost této situace s člověkem na chvíli prožije, že „ponese na chvíli to břemeno s ním“. Respondenti dále ještě doporučují, aby pomáhající byli informováni o zákonitostech procesu psychického vyrovnávání se se závažným onemocněním. Náboženské společenství by také mohlo dle Lenky poskytovat svým členům, kteří onemocní, praktické informace o onemocnění a léčbě, neboť standardní systémy péče je často neposkytují v dostatečné míře. Někteří respondenti také vyzdvihovali důležitost péče o rodinu (nejbližší okolí) člověka s onkologickým onemocněním, neboť se na ně často zapomíná a sami nesou významnou zátěž. Potřeby onkologicky nemocného věřícího shrnuje Anna, jež vnímá, že je třeba uznat závažnost situace (nezlehčovat), vyjádřit duchovní a psychickou podporu (formou modlitby a sdílení) a připomenout, že „*naděje je vždycky*“ (Anna).

12 Diskuze

Tento výzkum může být užitečný pro rozšíření poznatků o náboženském copingu u českých věřících, neboť je situace zvládání zátěže v kontextu evropských křesťanských věřících stále nedostatečně prozkoumána (Thuné-Boyle et al., 2011; van Uden et al., 2009). Navíc v České republice chybí detailnější kvalitativní posouzení fenoménu. Přesto je náš výzkum limitován několika faktory, které je třeba vzít v úvahu.

Kvalitativní výzkum sice nevyžaduje reprezentativní způsob výběru participantů (Miovský, 2006), avšak je třeba mít na paměti, že náš výzkumný soubor není reprezentativní vzhledem k populaci věřících s onkologickým onemocněním. Účelovým výběrem respondentů a metodou „snowball“ jsme mohli získat jedince, kteří vykazují určité specifické charakteristiky: je třeba si uvědomit, že je pravděpodobné, že námi oslovení jedinci patří do skupiny těch, kteří mají své onkologické onemocnění „dobře zvládnuté“. Uvažujeme o tom, že jsme mohli hovořit hlavně s respondenty, již dovedli onemocnění pozitivně přehodnotit a nalézt mnohé výhody, jež onemocnění přineslo. Proto byli také více ochotni se do výzkumu zapojit, rozhovor pro ně nepředstavoval „ohrožení“, jelikož již situaci sami pro sebe „zpracovali“ po psychické i náboženské stránce. Osoby, jež se s onemocněním dovedly „pozitivně“ a adaptivně vyrovnat, mohou také častěji vzpomínat spíše na pozitivní zkušenosti (například si mohou lépe pamatovat to dobré, s čím se setkali u svých spoluvěřících). To vše však neznamená, že by respondenti nebyli ochotní a schopní validně vypovědět o svém zvládání onemocnění. Otázkou však zůstává, jaké informace bychom získali od osob, které se vlivem onemocnění rozhodly odejít z náboženského společenství či církve anebo se přestaly považovat za věřící. Na tyto respondenty jsme však z důvodu kritérií výběru respondentů nedosáhli. V několika případech se také stalo, že námi oslovené osoby odmítly účast na výzkumu, jelikož se již „nechtěly k události vracet“. Předpokládáme, že u těchto osob bude proces náboženského copingu a zpracování významu onemocnění odlišný, nicméně z etických důvodů nelze samozřejmě k účasti člověka nutit.

Mezi potenciální limity patří věkové omezení (rozhovory byly vedeny pouze s osobami ve věku 35–55 let) a také složení výzkumného souboru, v němž jsou výrazně zastoupeny ženy (7 žen a 1 muž). Pro komplexní posouzení náboženského copingu u českých věřících by bylo vhodné získat výzkumný soubor, kde by muži byli více zastoupeni. Názor muže je zde proto spíše ilustrací toho, jak je zřejmě pojetí zvládání zátěže u věřících diverzifikované. Vnímáme proto jako důležité pro případné další výzkumy zabezpečit větší počet mužských

respondentů nebo zkoumat tuto problematiku samostatně u mužů i přesto, že v českém církevním prostředí převládají ženy (Václavík, 2010). Nicméně i přes naši snahu a oslovení mužských respondentů souhlasil s rozhovorem pouze jediný muž.

Limitem může být také omezení schopnosti vzpomínat na událost po několika letech (zvolili jsme kritérium, že mohlo uplynout nejdéle pět let od ukončení léčby onemocnění). Zajímali jsme se o to, co považují respondenti za důležité *s odstupem*, co nyní vybírají z celého mentálního obrazu onemocnění a léčby, jež mají vnitřně vytvořený. Ačkoliv dle interpretativní fenomenologické analýzy jde právě o tyto výběry zkušeností a významy, které respondenti zpětně zkušenostem přiřkládají (Smith et al., 2009), je třeba si uvědomit, že zpětný pohled na situaci je spíše rekonstrukcí a subjektivní reinterpretací oné události, nejedná se o fakticky přesný a vyčerpávající popis všeho, co respondenti zažili a uplatnili v rámci náboženského copingu. Dle Řiháčka et al. (2013) je z etických důvodů vhodnější zkoumat zkušenosti s rakovinou až v situaci, kdy je onemocnění v remisi. Dříve by mohlo detailní zkoumání jít stále ještě silné emoce a mohlo by způsobit distres, jemuž se lze vyhnout pozdějším uskutečněním rozhovoru. Psychická pohoda respondenta a záměr „neškodit“ by měl být vždy na prvním místě.

Pro účely našeho výzkumu se ukázal polostrukturovaný rozhovor jako ideální, neboť umožňoval jistou volnost, nicméně zabezpečoval svou strukturou srovnatelnost jednotlivých odpovědí. Jako problematická se nám ovšem jevila formulace otázky číslo 7: „*Jak jste uvažoval/a nad tím, zda můžete se svou situací něco dělat?*“. Respondenti poskytovali nejčastěji odpovědi ohledně doplňkových léčebných metod a neměli potřebu srovnávat dle očekávání své možnosti kontroly situace například s Boží možností (v souladu s Pargamentem et al. (2000) jsme chtěli zjistit, zda se vnímají respondenti jako „partneři Boha při řešení situace“ či zda to „nechávají pouze na něm“, nebo jestli patří mezi ty, kteří „to zvládají sami bez pomoci Boha“). Pro další výzkum by bylo vhodnější formulovat otázku specifičtěji pro zjištění náboženského copingu. Zajímavé také bylo, že respondenti obecně vykazovali neochotu vyjádřit, zda něco v průběhu onemocnění a léčby potřebovali a nedostali (týká se otázky číslo 16). Ve většině případů vyjádřili, že nic neočekávali nebo že jim nepřipadalo, že si mohou něco nárokovat. Pro další výzkum by bylo zajímavé pojmout rozhovor více narativně a zkoumat spontánní výskyt náboženského copingu, nicméně v našem případě to nebylo cílem a nebylo by snadné zpracovávat taková data interpretativní fenomenologickou analýzou se záměrem porovnat jednotlivé zkušenosti (Řiháček et al., 2013).

Z hlediska komplexního posouzení copingu u respondentů je zřejmé, že věřící respondenti skutečně významně uplatnili náboženský coping (což koresponduje s teorií, že náboženské strategie zvládání zátěže jsou „příhodným“ druhem copingu pro věřícího člověka (Jianbin, 2016)). Uplatněn byl již od stanovení diagnózy (a v některých případech i před stanovením diagnózy v době „nejistoty“) a v průběhu celé doby léčby. Souhlasíme s výzkumem Gall et al. (2009), v němž autoři uvádí, že náboženský coping byl významně uplatněn již od počátku onemocnění, nelze jej tedy považovat za metodu vhodnou „až v terminální fázi nemoci“. Zajímavé také je, že byl obecně spíše uplatněn pozitivní náboženský coping a negativní se téměř nevyskytoval, což je v souladu s mnoha výzkumy potvrzujícími výrazně vyšší prevalenci pozitivního náboženského copingu (Pedersen et al., 2013).

Při snaze porozumět svému onemocnění respondenti nejvíce vycházeli z potřeby přijít na důvod či příčinu onemocnění a také se do porozumění promítala snaha objevit a pojmenovat smysl a význam onkologického onemocnění. Pro většinu respondentů vstoupilo onemocnění do života jako nečekané překvapení či šok, což koresponduje s obvyklým prožitkem u lidí, jimž je diagnóza zjištěna (Goerling & Mehnert, 2018). V rámci řešení otázky „proč“ (při hledání příčiny a důvodu onemocnění) se často objevovala úvaha ohledně vlastního hříchu nebo „špatného“ jednání (tedy zda si respondenti onkologické onemocnění nějak „zasloužili“ sami), zajímavé bylo, že u nikoho z těchto respondentů nedošlo k vyhodnocení, že by rakovina skutečně přišla z důvodu hříchu. Někteří vnímali onemocnění spíše jako „zkoušku“, nicméně obecně se vyskytovala neochota připsat příčinu onemocnění působení Boha, což odporuje zjištěním Pargamenta et al. (2000), který s tímto prisouzením příčiny počítá. Uvažujeme, že přehodnocení Boha jako původce onemocnění v negativním smyslu by mohlo vést u respondentů k nutnosti revize původního pojetí Boha jako „dobrého a pečujícího“, což v náročné životní situaci může znamenat distress navíc, jemuž se lze zřejmě vyhnout ochranou pozitivního obrazu Boha. Pojetí Boha jako benevolentního a přejícího odpovídá pozitivnímu copingu, jenž je spojován s adaptivním zvládáním zátěže, udržení tohoto pojetí může být tedy výhodné psychicky i duchovně (Ano & Vasconcelles, 2005; Bryant-Davis & Wong, 2013). Překvapivý jev pro nás zmínily dvě respondentky, které spojovaly výskyt onkologického onemocnění s činností ďábla. V našem předchozím výzkumu (Mochťáková, 2016) jsme neobjevili, že by bylo toto vyhodnocení příčiny zátěže pro respondenty jakkoliv důležité. Navrhovali jsme, aby pojetí náboženského copingu (potažmo dotazníku RCOPE) bylo adaptováno pro české poměry ve smyslu případného odstranění této položky. Nyní se ovšem ukazuje, že *přehodnocení situace jako důsledek*

působení d'ábla (Pargament et al., 2000) se skutečně ve zkušenosti věřících s onkologickým onemocněním v českém kontextu vyskytovalo, i když pouze ve dvou případech.

Sedm respondentů bylo schopno nalézt smysl a význam svého onemocnění. Nejčastěji byl význam spojen s novým pohledem na hodnoty a priority v životě a s novým pojetím víry a náboženství. Význam nemoci byl utvořen nejčastěji ve smyslu pozitivního, benevolentního náboženského přehodnocení ve smyslu příležitosti k zastavení, zklidnění a jako nový „start“ pro další život, respondenti často zmiňovali také význam nemoci pro jejich duchovní rozvoj, tedy že se jejich pojetí víry kvalitativně proměnilo ve smyslu „prohloubení“, popisovali také duchovní „dozrávání“, „dospění“, což odpovídá zjištění Choumanova et al. (2006) a závěrům výzkumu Schreiber a Edward (2015). Ve vztahu k onemocnění se objevila slova vyjadřující pozitivní náboženské přehodnocení, například *požehnání* či *prospěch*. Souhlasíme tak s tvrzením Abu-Rayi et al. (2016), že skrze náboženství může být situace či událost přehodnocena benevolentním způsobem, což může podpořit pozitivní postoj a odhodlání ke zvládnutí situace. Téměř všichni respondenti dokázali pojmenovat pozitivní změny a dopady, jež jasně přisuzovali vlivu onkologického onemocnění. Tyto skutečnosti lze považovat za projevy *spirituálního růstu*, který je podněcován dle Greenway et al. (2007) právě schopností nalézt subjektivně kvalitně uchopený a pozitivně definovaný smysl a význam onemocnění v rámci svého náboženského systému. Náboženství a víra se i v našem výzkumu ukázaly jako významný a pro respondenty dobře využitelný zdroj smyslu zátěžové situace, což podporuje tvrzení Pargamenta et al. (2013). Zároveň je třeba si uvědomit, že smysl a význam ve výpovědích respondentů sestával i z komponent, jež nelze považovat za výhradně náboženské, například větší ocenění samozřejmostí v životě (například krásy přírody). Věřící člověk tedy zřejmě pojímá své onemocnění skutečně komplexně, nejen výhradně náboženským úhlem pohledu.

Ve výpovědích jsme zjistili ve všech případech, že respondenti hledali náboženskou naději pro situaci svého onemocnění, u všech se manifestovala jako naděje v pokračování života po smrti. V otázce kontroly nad průběhem onemocnění a léčby se výrazně objevovala potřeba svěřit situaci onemocnění a léčby někomu, kdo stojí „nad tím vším“ a je vnímán jako ten, který má „situaci ve svých rukou“, lze uvažovat o tom, že vnímali vlastní situaci tak, že nemají vliv na její vývoj a hledají proto zdroj kontroly v transcendentní bytosti, již vnímají jako neomezeně mocnou. Respondenti předávali kontrolu Bohu často jako akt ukončení vlastního řešení situace a vyřešení prožívání obav a strachu. Ve většině případů se objevilo vyjádření předání kontroly bez omezení Boha v tom, jak by měl kontrolu v životě

respondenta uplatňovat. Ačkoliv respondenti explicitně nevyjádřili svou představu o předání kontroly ve smyslu představy o spolupracujícím zvládnání onemocnění dle Pargamenta et al. (2000), podle kontextu celých rozhovorů respondenti naplňovali i vlastními kroky se záměrem „udělat krok směrem k Bohu“ kategorii *spolupracujícího náboženského copingu a aktivní náboženské vzdání se* kontroly (Paloutzian & Park, 2013; Pérez & Rex Smith, 2015). Pouze v jednom případě se objevila prosba o přímý Boží zásah, kdy respondentka očekávala, že Bůh zasáhne tak, že nebude muset podstoupit náročnou operaci prsu. Tato strategie u ní byla skutečně spojena s krátkodobějším výskytem zklamání a nedorozumění ve vztahu k Bohu, což odpovídá názoru Thuné-Boyle et al. (2011), kteří vnímají prosbu o přímý Boží zásah jako strategii v zásadě maladaptivní.

Jako významné ve zvládnání zátěže u věřících se objevilo náboženské sociální okolí respondentů, kdy shodně téměř všichni vnímali úlohu náboženského společenství jako významnou a ve většině případů také pozitivní, což je vnímáno v náboženském copingu jako předpoklad k adaptivnímu zvládnání zátěže (Pargament, 2013). Nicméně čtyři respondenti si vzpomněli i na negativní zkušenosti spojené se spoluvěřícími (členy náboženské komunity). Tato zjištění odpovídají teorii, že náboženské společenství nelze vnímat nekriticky jako pozitivní činitel v rámci zvládnání onkologického onemocnění. Lze předpokládat, že když se respondent setká s něčím negativním v rámci blízkých vztahů ve svém společenství, může to vyvolat intenzivnější emoční odezvu, než kdyby se s takovou reakcí setkal v běžném mezilidském kontaktu v „nekomunitním“ kontextu (Cherry, 2015).

Zajímavé téma, které se nad rámec očekávání objevilo ve výpovědích poloviny respondentů, pokrývalo vymezení se vůči představě o „správném křesťanském zvládnání“ zátěže. Respondenti měli potřebu legitimizovat své zkušenosti ve vztahu k implicitnímu nedefinovanému stereotypu toho, jak si druzí dle respondentů zřejmě představují zvládnání věřícího – tedy že nebude například vykazovat „lidské“ prožívání se všemi náležitostmi. Věřící jako by musel bojovat kromě onemocnění ještě s představami druhých, zda zvládnání prožívá z náboženského hlediska „správně“, což by mohlo v některých případech přidávat další zátěž k již přítomné zátěži rakoviny. Zkoumání podoby stereotypů o zvládnání u věřících mezi náboženskou i nenáboženskou populací by mohl být zajímavým námětem pro další výzkum.

V rámci zkoumání, co by respondenti doporučili pro přístup a podporu u věřícího člověka s onkologickým onemocněním, jsme zjistili, že respondenti jako nejdůležitější vnímají

naslouchání a dávání prostoru k vyjádření zejména nemocnému (ve smyslu upozadění sebe sama jako pomáhajícího člověka). Jako zásadní vnímají respondenti přístup pomáhajícího, jenž nezlehčuje a nebagatelizuje závažnost situace. Jako zlehčování vnímali respondenti vyhýbání se tématu rakoviny při rozhovorech s nemocným, ale i poskytování „plané útěchy“ v náboženském smyslu, tedy že pokud bude situace svěřena Bohu, že jistě zasáhne a „dobře to dopadne“. Je zajímavé, že ačkoliv se může náboženství jevit jako zdroj jednoduché opory „věř a bude to dobré“, zkušenost respondentů vypovídá spíše o tom, že věřícímu nestačí pouze povrchní a zlehčující útěcha, jako „smysluplnou“ přijímá spíše tu, která je založena na komplexnější náboženské naději, přesahující pozemskou existenci, „*kteřá opravdu je nadějí*“ dle Heleny. Lze uvažovat, že tato naděje v očích respondentů zřejmě nemůže být tak snadno zpochybněna pozemskými událostmi jako naděje ve spokojený či bezstarostný život. Tyto poznatky ohledně důležitosti specifické podoby adaptivní a funkční náboženské naděje mohou být přínosné pro psychoterapii osob se závažným onemocněním, neboť v těchto případech může být téma naděje součástí procesu terapeutické práce s klientem (Breitbart, 2017).

Jako možný námět pro další výzkum vnímáme možnost zabývat se fenoménem náboženského copingu i při zvládání jiných typů závažných životních situací a událostí (například při jiném onemocnění), velmi zajímavé by také bylo srovnat, jak se náboženský coping liší u osob se stejným typem onemocnění, ale v jiném stadiu (tudíž pravděpodobně s jinou prognózou, jež může mít na podobu náboženského copingu také vliv (Gall et al., 2009)), uvažujeme-li o možném návazném výzkumu na tento předkládaný, lze navrhnout pro kvantitativní pojetí využití dotazníku RCOPE (Pargament et al., 2000) u osob s onkologickým onemocněním v různých stádiích pokročilosti onemocnění při zjištění diagnózy a srovnat podobu náboženského copingu napříč fázemi vývoje onkologického onemocnění. Dotazník RCOPE by bylo třeba před užitím adaptovat pro český náboženský kontext, přičemž mohou být využity poznatky z aktuálně předkládaného i předchozího výzkumu náboženského copingu (Mochťáková, 2016). Dále by bylo také vhodné zachytit proces vývoje uplatnění náboženského copingu v čase formou longitudinálního výzkumu a sledovat, zda se uplatněné strategie a jejich pojetí proměňují. Jak jsme již zmínili výše, výzkum by mohl být proveden také pouze u mužů či s větším počtem mužů ve výzkumném souboru.

13 Závěry

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu bylo zkoumat, jaká je podoba náboženského copingu u věřícího s onkologickým onemocněním a jak vnímá onemocnění v kontextu své víry. Víra a náboženství respondentů se ukázaly jako významné faktory a zdroje copingu. Při snaze porozumět nemoci se ukázalo jako podstatné vyřešení otázky „proč se to stalo“ a nalezení smyslu a významu onemocnění. Čtyři respondenti uvažovali o vlastním hříchu či provinění. Téměř u všech se vyskytovala neochota přisoudit příčinu onemocnění činnosti či nečinnosti Boha. Dva respondenti vnímali jako příčinu činnost ďábla. Z toho vyplývá, že respondenti hledali náboženské zdůvodnění, což může být důležitý poznatek pro terapeutickou práci. Smysl a význam nemoci byl nejčastěji formulován zpětně formou pozitivního náboženského přehodnocení jako posilující zkušenost, všichni uváděli, že nyní dovedou více ocenit určité aspekty života (priority, vztahy, přírodu), a také se objevilo „prohloubení“ či „dozrání“ víry. Téměř všichni vnímali onemocnění jako podnět pro intenzivnější či kvalitativně odlišné prožívání víry a náboženství. Akcentovali tak potenciál pro spirituální růst po prožité zátěži.

Jako zdroj pro zvládání se u všech respondentů objevila potřeba naděje v kontrastu s vnímanou beznadějí situace onemocnění. Naděje se objevovala ve formě pokračování existence po smrti. Ve zvládání bylo u sedmi respondentů významné náboženské společenství, přičemž se setkali s pozitivní podporou (duchovní, psychickou i instrumentální), ale setkali se také s negativními reakcemi a chováním, jež bylo pro respondenty jistou zátěží navíc nad rámec onemocnění. Přínosem je zjištění, že společenství nelze vnímat nekriticky jen jako prospěšný vliv při zátěži. Důležitým tématem byla kontrola nad nemocí a léčbou, respondenti vyjadřovali potřebu svěřit svou situaci někomu, kdo má „situaci ve svých rukách, postará se“. Předání kontroly Bohu nebylo spojeno ve většině případů s konkrétní představou, pouze jedna respondentka vyjádřila zklamání, že Bůh nezasáhl dle jejího přání. Objevilo se také předání kontroly ritualizovanou formou (pomazáním) či význam zázraků. Zajímavým tématem bylo vymezení se respondentů vůči implicitním stereotypům o tom, jak má věřící „správně“ zvládat zátěž. Důležité zjištění je, že věřící tak mohou prožívat další distres způsobený uvědoměním si „odchylek“ od těchto stereotypů anebo snahou jim dostat.

Respondenti vnímají jako nejdůležitější při poskytování péče věřícímu s onkologickým onemocněním naslouchání, dávání prostoru, instrumentální i duchovní podporu. Odmítají zlehčování situace i formou poskytování povrchní náboženské naděje „budeme se modlit a bude to dobré“. Tato zjištění mohou pomoci lépe koncipovat odbornou i laickou péči.

Souhrn

V teoretické části práce se nejprve věnujeme vymezení užívaných náboženských pojmů, které nejsou často ani v odborných kruzích chápány jednotně. Definujeme náboženství, dále se zaměřujeme na křesťanství v kontextu České republiky, uvádíme počet věřících v rámci institucí i mimo institucionální kontext. Zmiňujeme dále pojetí pojmů religiozita, spiritualita, víra a náboženská praxe. Při vymezení víry se zaměřujeme na proměny v evropském regionu, pro nějž je příznačná privatizovaná víra a poměrně rozšířená „víra bez příslušnosti“ k institucím spíše než obecně deklarovaná sekularizace.

Ve druhé kapitole se čtenář seznámí s definicí náročných životních situací, zmiňujeme se také o stresu a zátěži. Pojednáváme zde též o charakteristikách zátěžových situací a o jejich dopadu. Třetí kapitola již vymezuje onkologické onemocnění jako zátěžovou situaci, uvádíme, jakých oblastí života se může onkologické onemocnění týkat (fyzické, psychické i sociální dopady) a jaké aspekty se s diagnózou pojí. Zmiňujeme v souvislosti s onemocněním strach a nejistotu jako prožitek, význam smyslu života a uvědomění si vlastní smrtelnosti a též méně známý fenomén: strach z rozšíření či návratu onemocnění.

Čtvrtá kapitola se věnuje tématu náboženského copingu. Kapitola je uvedena krátkým pojednáním o obecném copingu, následně se již věnujeme konceptu náboženského copingu, definujeme náboženský coping a zabýváme se významem náboženství ve zvládnání zátěže. Blíže referujeme o strategiích a metodách, věnujeme se tématům promítajícím se do strategií náboženského copingu: smysluplnosti a významu, kontrole situace, významu sounáležitosti a útěchy a náboženské transformaci.

Poslední kapitola teoretické části se zabývá výzkumnými poznatky o náboženském copingu u osob s onkologickým onemocněním. Zmiňujeme názor odborníků, že je nedostatek relevantních poznatků mimo náboženský kontext USA. Uvádíme výzkumy zabývající se uplatněním náboženského copingu při zvládnání onkologického onemocnění, jež referují o vztahu pozitivních strategií náboženského copingu k adaptivnímu zvládnání zátěže. Upozorňujeme však i na vztah mezi negativními strategiemi náboženského copingu a prožívaným distresem, úzkostí, depresí a nižší vnímanou kvalitou života při prožívané zátěži. V poslední podkapitole se dále věnujeme dopadům onkologického onemocnění na religiozitu a spiritualitu, přičemž výzkumy hovoří o zvýšení religiozity vlivem onemocnění, o změně prožívání víry a náboženství i o změně postoje k druhým, k sobě, k Bohu a k životu obecně.

Empirická část je věnována kvalitativnímu výzkumu se záměrem rozšířit poznatky o náboženském copingu v České republice. Cílem výzkumu bylo prozkoumat, jaká je podoba náboženského copingu u věřícího s onkologickým onemocněním, jak vnímá onemocnění v kontextu své víry a co doporučuje pro péči o osoby ve stejné situaci. Metodou získání dat byly polostrukturované rozhovory, jež se uskutečnily v prosinci 2017 a v lednu 2018. Na základě stanovených kritérií pro výběr jsme metodou sněhové koule a účelového vzorkování získali osm participantů ve věku 35–53 let, z nichž 1 byl muž a 7 žen. Provedení celého výzkumu probíhalo za dodržení etických norem, participantů vyjádřili informovaný souhlas s účastí na výzkumu, jenž zahrnoval mimo jiné také souhlas s pořízením audiozáznamu rozhovoru a možnost kdykoliv odstoupit z výzkumu. Získaná data byla následně po transkripci kódována a analyzována dle principů interpretativní fenomenologické analýzy pomocí programu Atlas.ti.

Stanovili jsme tři výzkumné otázky, v rámci nichž byla extrahována témata z rozhovorů. K výzkumné otázce o porozumění věřícího svému onemocnění jsme našli dvě hlavní témata. První, řešení otázky „proč se onemocnění objevilo“, poukázalo na potřebu věřících hledat příčinu onemocnění, její zdroj spatřovali v možném vlastním hříchu, v činnosti „toho zlého“ (d'ábla), v potřebě něco se naučit (zkouška), nebo tuto otázku neřešili s tím, že o ní nelze s lidskými poznatky rozhodnout. Respondenti odmítali přisoudit příčinu vlivu Boha. Druhé téma zahrnovalo nalezení smyslu a významu nemoci, respondenti uváděli význam pro změnu postoje k životu (k prioritám, k samozřejmostem), ale i duchovní změnu ve smyslu „dozrání“, „přiblížení se Bohu“. Zajímavou komponentou smyslu a významu u respondentů byl i „náboženský smysl navíc“, kdy oceňovali možný přínos vlastní nemoci pro okolí. Druhá výzkumná otázka se věnovala dalšímu náboženskému copingu u respondentů, bylo zde objeveno pět témat: potřeba nalezení naděje (respondenti shodně zmiňovali význam náboženské naděje v pokračování existence po smrti), kontrola nad průběhem nemoci a léčby (zmíněna byla potřeba svěřit svou situaci do rukou někomu „všemocnému, pečujícímu“, kdo dle vnímání respondentů má větší možnosti řešení situace než oni ve své vnímané bezmoci či nemožnosti svou situaci výrazně ovlivnit; v rámci kontroly zmiňovali také potřebu učinit krok směrem k většímu prožívání víry a náboženství například formou intenzivnější soukromé náboženské praxe). K tématu kontroly se objevily zajímavé zkušenosti jako například předání kontroly ritualizovanou formou či význam „zázraků“ pro zvládnutí onemocnění. Dalším tématem byla potřeba útěchy, již také respondentům náboženství poskytovalo, posledním nalezeným tématem byl stereotyp

zvládajícího křesťana, respondenti oponovali jakési implicitní nevyřčené představě o tom, jak by měl křesťan správně zvládat zátěžové situace. Tento boj proti stereotypu může respondentům přinášet psychickou zátěž navíc k náročné situaci onemocnění.

Poslední výzkumná otázka se zabývala tím, co respondenti se svou zkušeností doporučují pro péči a podporu osobám ve stejné situaci. Respondenti akcentovali zejména empatický přístup, naslouchání a poskytování prostoru k vyjádření nemocnému. Odmítavě se staví k jakýmkoliv projevům zlehčování situace včetně bagatelizování formou „to bude dobré“ nebo „budeme se modlit a dobře to dopadne“. Dle vyjádření respondentů je duchovní podpora třeba, nesmí však být opomenuta i instrumentální či informační pomoc osobě s onkologickým onemocněním.

Závěry přispívají k rozšíření povědomí o náboženském copingu, který v České republice patří k nedostatečně prozkoumaným fenoménům. Výzkum také přispívá k rozšíření pohledu na náboženský coping v evropském prostředí víry. Nicméně je třeba pamatovat na několik limitů, jež mohou ovlivnit aplikovatelnost výsledků. Výzkumný soubor není reprezentativním vzorkem populace, problematická je také výrazná převaha žen, proto může být zobecnitelnost pouze omezená. Je důležité si také uvědomit, že respondenti ochotní ke spolupráci mohou vykazovat obecně adaptivnější a nábožensky pozitivnější zpracování situace než ti, již účast odmítli například z důvodu, že se k situaci již „nechtějí vracet“ nebo kteří vlivem onemocnění opustili církve, a tudíž již nemohli být zařazeni do výzkumu.

Víra hraje dle našich zjištění významnou roli v porozumění zátěžové situaci i v průběhu jejího zvládnutí. Je třeba proto přistupovat k věřícímu klientovi komplexně s respektem k jeho náboženským přesvědčením (a také s kritickým odstupem v případě křesťanských odborníků) a věnovat v případě potřeby prostor důležitým tématům náboženského copingu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Krause. (2016). Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265-1274. doi:10.1007/s11136-015-1163-8

al'Absi, M., & Flaten, M. A. (2016). *The neuroscience of pain, stress, and emotion: psychological and clinical implications*. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.

Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Allmon, A. L., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2013). Spiritual growth and decline among patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 559-565. doi:10.1188/13.ONF.559-565

Ammerman, T. N. (2007). *Everyday religion. Observing modern religious lives*. New York: Oxford University Press.

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál.

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480.

Astin, J. A., Shapiro, J., & Shapiro, D. (2013). Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: a 20-year follow-up study. *Behavioral Medicine*, 39(1), 7-10. doi:10.1080/08964289.2012.708683

Berger, R. (2015). *Stress, trauma, and posttraumatic growth: social context, environment, and identities*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Berk, L. E. (2014). *Development through the lifespan* (6th ed.). New Jersey: Pearson.

Boulware, D. L., & Bui, N. H. (2016). Bereaved african american adults: the role of social support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss & Trauma*, 21(3), 192-202. doi:10.1080/15325024.2015.1057455

- Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Brewer, G., Robinson, S., Sumra, A., Tatsi, E., & Gire, N. (2015). The influence of religious coping and religious social support on health behaviour, health status and health attitudes in a british christian sample. *Journal of Religion & Health*, 54(6), 2225-2234. doi:10.1007/s10943-014-9966-4
- Brewster, C. (2014). Religious coping among rural clergy: measuring ways in which rural clergy draw on coping strategies informed by their theological beliefs. *Journal of Empirical Theology*, 27(1), 85-102. doi:10.1163/15709256-1234129
- Bryant-Davis, T., & Wong, E. C. (2013). Faith to move mountains: religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *The American Psychologist*, 68(8), 675-684. doi:10.1037/a0034380
- Cadet, T., Davis, C., Elks, J., & Wilson, P. (2016). A holistic model of care to support those living with and beyond cancer. *Healthcare*, 4(4), 88. <http://doi.org/10.3390/healthcare4040088>
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006). *handbook of posttraumatic growth: research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, L. C., & Quick, C. J. (Eds.). (2017). *The handbook of stress and health: a guide to research and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Český statistický úřad. (2011). *Tab. 111 Obyvatelstvo podle pohlaví a podle druhu pobytu, státního občanství, způsobu bydlení, národnosti a náboženské víry*. Získáno 27. 11. 2017 z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/shortUrl?su=92708494>
- Davie, G. (2009). *Výjimečný případ Evropa: podoby víry v dnešním světě*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. L. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Dolina, J. (Ed.). (2009). *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura.

- Esmaeili, R., Hesamzadeh, A., Bagheri-Nesami, M., & Berger, V. (2015). Exploring the religious and spiritual coping experience of cases via cancer: A qualitative research . *Journal of Medicine and Life*, 8(Spec Iss 3), 222–228.
- Finegan, W. C., & McGurk, A. (2007). *Care of the cancer patient: a quick reference guide*. Oxon, UK: Radcliffe Publishing.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-908.
doi:10.1002/pon.1836
- Folkman, S. (Ed.). (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2003). Positive psychology from a coping perspective. *Psychological Inquiry*, 14(2), 121-125.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Fontana, D. (2016). *Stres v práci a v životě. Jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál.
- Frydenberg, E. (2017). *Coping and the challenge of resilience*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1165-1178. doi:10.1002/pon.1495
- Gawronski, K. B., Kim, E. S., & Miller, L. E. (2014). Potentially traumatic events and serious life stressors are prospectively associated with frequency of doctor visits and overnight hospital visits. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 90-96.
doi:10.1016/j.jpsychores.2014.05.009
- Goerling, U. & Mehnert, A. (2018). *Psycho-Oncology*. New York, NY, US: Springer.
- Greenway, A. P., Phelan, M., Turnbull, S., & Milne, L. C. (2007). Religious coping strategies and spiritual transcendence. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(4), 325-333.
doi:10.1080/13694670600719839

- Halama, P., Adamovová, L., Hatoková, M., & Stríženec, M. (2006). *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Halík, T. (2002). *Co je bez chvění, není pevné*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Hastings, O. P. (2016). Not a lonely crowd? Social connectedness, religious service attendance, and the spiritual but not religious. *Social Science Research*, 5763-79. doi:10.1016/j.ssresearch.2016.01.006
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545. doi:10.1089/jpm.2008.0250
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hoff, A., Johannessen-Henry, C. T., Ross, L., Hvidt, N. C., & Johansen, C. (2008). Religion and reduced cancer risk – What is the explanation? A review. *European Journal of Cancer*, 44(17), 2573-2579. doi:10.1016/j.ejca.2008.08.001
- Hogg, M. A., Adelman, J. R., & Blagg, R. D. (2010). Religion in the face of uncertainty: an uncertainty-identity theory account of religiousness. *Personality And Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 14(1), 72-83. doi:10.1177/1088868309349692
- Holland J. C., Golant, M., Greenberg, D. B., Hughes, M. K., Levenson, J. A., Loscalzo, M. J., & Pirl, W. F. (2015). *Psycho-Oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management, 2nd edition*. New York, NY: Oxford University Press.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213.
- Horyna, B. (1994). *Úvod do religionistiky*. Praha: Oikoymenh.
- Husarewycz, M. N., El-Gabalawy, R., Logsetty, S., & Sareen, J. (2014). The association between number and type of traumatic life experiences and physical conditions in a nationally representative sample. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 26-32. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.06.003
- Cherry, K. E. (Ed.). (2015). *Traumatic stress and long-term recovery. coping with disasters and other negative life events*. Switzerland: Springer.

- Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *Breast Journal*, 12(4), 349-352.
- James, M. N. (2009). *Psychology, religion and spirituality*. New York: Springer.
- Jianbin, X. (2016). Pargament's theory of religious coping: implications for spiritually sensitive social work practice. *British Journal of Social Work*, 46(5), 1394-1410. doi:10.1093/bjsw/bcv080
- Koenig, H. G. (2013). Religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. In Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W., *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An Applied Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 275-295). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14045-000
- Krägeloh, C. U., Chai, P. M., Shepherd, D., & Billington, R. (2012). How religious coping is used relative to other coping strategies depends on the individual's level of religiosity and spirituality. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1137-1151. doi:10.1007/s10943-010-9416-x
- Krause, N., & Hayward, R. D. (2013). Religious involvement and feelings of connectedness with others among older americans. *Archive For The Psychology Of Religion / Archiv Für Religionspsychologie*, 35(2), 259-282. doi:10.1163/15736121-12341266
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubicová, A. (2010). Výzkum copingových strategií mužů a žen na pozadí nábožensko-spirituálních postojů. *Psychologie a její kontexty*, 1(2), 121-133. Získáno 27. 2. 2018 z http://psychkont.osu.cz/fulltext/2010/Kubicova_2010_2.pdf
- la Cour, P., Avlund, K., & Schultz-Larsen, K. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social Science & Medicine*, 62(1), 157-164. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.029
- Lachman, M. E. (2001). *Handbook of midlife development*. New York: John Wiley.
- Lazarus, A. L., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lužný, D., & Nešpor, R. Z. (2008). *Náboženství v menšině: religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern.

- Martinek, M. (2016). *Přehled křesťanských církví a jejich aktivit v ČR*. Praha: Portál.
- Matos, T. S., Meneguín, S., Ferreira, M. S., & Miot, H. A. (2017). Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25doi:10.1590/1518-8345.1857.2910
- McFarland, M. J., Pudrovska, T., Schieman, S., Ellison, C. G., & Bierman, A. (2013). Does a cancer diagnosis influence religiosity? Integrating a life course perspective. *Social Science Research*, 42(2), 311-320. doi:10.1016/j.ssresearch.2012.10.006
- McGuire, M. (2007) Embodied practices: negotiation and resistance. In T. N. Ammerman (Ed.), *Everyday Religion. Observing Modern Religious Lives*. New York: Oxford University Press.
- Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U., & Watzke, B. (2013). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22: 39–45. doi:10.1002/pon.2054
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mochťáková, A. (2016). *Náboženský coping*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Národní onkologický program. (2011). *Česká republika a rakovina v číslech*. Získáno z <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
- Nešpor, R. Z. (Ed.). (2004). *Jaká víra? Současná česká religiozita/spiritualita v pohledu kvalitativní sociologie náboženství*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Opatrný, A. (2014). *Pastorace zvláštních skupin*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2013). *Handbook of the psychology of religion and spirituality., 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, NY, US: Guilford Press.

- Pargament, K. I., & Abu-Raiya, H. (2007). A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke & Logos*, 28(2), 742-766.
- Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14045-000
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76. doi:10.3390/rel2010051
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Park, C. L., Edmondson, D., & Blank, T. O. (2009). Religious and non-religious pathways to stress-related growth in cancer survivors. *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 1(3), 321-335. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01009.x
- Paulík, K. (2009). *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pearce, M., Coan, A., Herndon, J., Koenig, H., & Abernethy, A. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2269-2276. doi:10.1007/s00520-011-1335-1
- Pedersen, H. F., Pargament, K. I., Pedersen, C. G., & Zachariae, R. (2013). Religious coping and quality of life among severely ill lung patients in a secular society. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 188-203. doi:10.1080/10508619.2012.728068
- Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Pérez, J. E., & Rex Smith, A. (2015). Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 183-193. doi:10.1007/s10865-014-9593-2
- Peterková, H., Zamastilová, H., Skřivanová, K., Brančíková, D., & Temoshok, L. (2017). Coping strategies among female czech breast cancer patients. *Československá psychologie*, 61(5), 488-501.
- Pew Research Center. (2015). U.S. public becoming less religious. Získáno 30. 11. 2017 z <http://www.pewforum.org/2015/11/03/u-s-public-becoming-less-religious/>
- Price, Ch. A., Bush, K. R., & Price, S. J. (2016). *Families & change. coping with stressful events and transitions*. US: Sage Publications, Inc.
- Reisman, Y., & Gianotten, W. L. (2016). *Cancer, intimacy and sexuality. a practical approach*. Cham, Switzerland: Springer.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy & Research*, 31(1), 97-109. doi:10.1007/s10608-006-9110-1
- Říčan, P. (2006). Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům. *Československá psychologie*, 50, 2, 119-137.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Salsman, J. M., Yost, K. J., West, D. W., & Cella, D. (2011). Spiritual well-being and health-related quality of life in colorectal cancer: a multi-site examination of the role of personal meaning. *Supportive Care in Cancer*, 19(6), 757-764. doi:10.1007/s00520-010-0871-4
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2012). *Health psychology: Biopsychosocial interactions.*, 8th ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). New York, NY: Teachers College Press.
- Shaheen, N., Andleeb, S., & Jahangir, F. (2017). stressful life events as risk factor of breast cancer in women. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(2), 511-524.

- Schreiber, J., & Edward, J. (2015). Image of god, religion, spirituality, and life changes in breast cancer survivors: a qualitative approach. *Journal of Religion & Health*, 54(2), 612-622. doi:10.1007/s10943-014-9862-y
- Sigmund, M., Kvintová, J., & Šafář, M. (2014). *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. Získáno 14. ledna 2018 z <https://publi.cz/books/171/Cover.html>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Štampach, O. I. (2008). *Přehled religionistiky*. Praha: Portál.
- Štampach, O. I. (2010). *Na nových stezkách ducha: přehled a analýza současné religiozity*. Praha: Vyšehrad.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thuné-Boyle, I. V., Stygall, J., Keshtgar, M. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782. doi:10.1002/pon.1784
- Trevino, K. M., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., & Prigerson, H. G. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(8), 936-945. doi:10.1002/pon.3505
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., Caprini-Faigin, C. A., & Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior*, 14(2), 379-389.
- Václavík, D. (2010). *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada.

van Uden, M. F., Pieper, J. T., van Eersel, J., Smeets, W., & van Laarhoven, H. M. (2009). Religious and nonreligious coping among cancer patients. *Journal of Empirical Theology*, 22(2), 195-215. doi:10.1163/092229309X12512584571706

van Uden, M. H., & Zondag, H. J. (2016). Religion as an existential resource: On meaning-making, religious coping and rituals. *European Journal of Mental Health*, 11(1/2), 3-17. doi:10.5708/EJMH.11.2016.1-2.1

Vojtíšek, Z., Dušek, P., & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian, C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York, NY, US: Guilford Press.

Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 361-370. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00867.x

Přílohy

Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Průvodní dopis a informovaný souhlas

Příloha 3: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 4: Ukázka transkriptu rozhovoru

Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Náboženský coping v náročných životních situacích

Autor práce: Alena Koláčková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Počet stran a znaků: 96, 222 838

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 110

Abstrakt:

Náboženství a víra mohou být významné zdroje copingu u věřících s onkologickým onemocněním. Zabývali jsme se porozuměním a zvládnutím onemocnění u těchto osob a tím, co doporučují pro efektivnější podporu. V kvalitativním výzkumu u 8 věřících s onkologickým onemocněním ve věku 35–53 let jsme se zabývali životní zkušeností dle interpretativní fenomenologické analýzy. Pro porozumění onemocnění je dle respondentů podstatné zodpovědět si otázku po příčině a nalézt smysl a význam, jenž byl vyjádřen jako nový pohled na život a prohloubení víry a duchovního života, popřípadě jako uvědomění, že onemocnění mělo význam pro okolí. Pro zvládnutí nemoci byla dále podstatná naděje (v pokračování života po smrti), významné bylo téma kontroly onemocnění a léčby, v kontrastu s vlastní nemožností ovlivnit situaci respondenti uváděli potřebu svěřit ji Bohu, přičemž se snažili o intenzivnější prožívání víry. Vynořila se též potřeba respondentů vymezit se vůči stereotypu „zvládajícího křesťana“, což může být stres v zátěži navíc. Pro efektivnější podporu osob ve stejné situaci doporučují respondenti naslouchání, empatii a nezlehčování situace. Tyto poznatky lze využít pro adresnější psychologickou podporu věřících osob s onkologickým onemocněním.

Klíčová slova: zvládnutí zátěže, náboženský coping, onkologické onemocnění, religiozita, spiritualita, náboženství

Abstract of Thesis

Title: Religious coping in serious life situations

Author: Alena Koláčková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Number of pages and characters: 96, 222 838

Number of appendices: 4

Number of references: 110

Abstract:

Religion and faith can be important sources in coping for religious people with cancer. We were interested in how do these people understand and cope with the illness and what they recommend for effective psychological support. In qualitative study we examined lived experience of 8 religious people aged 35–53 years, the data was analysed using interpretative phenomenological analysis. According to respondents, in order to understand the illness it is important that they themselves answer the question about its cause and find its meaning and purpose. This was expressed either as a new attitude to life and deepening of the faith and spirituality or as perceiving the illness as purposeful for others. Hope in new life after death was important for coping with the illness as well. Another important topic was that of control of illness and treatment, in contrast to their own inability to control the situation respondents expressed the need to entrust themselves to God. They tried to intensify their spirituality or faith. An interesting topic emerged in data as respondents tried to oppose the stereotype of „coping Christian“, which can cause additive stress in cancer situation. In order to improve the support of others in the same situation, the respondents also suggested to have empathy, to listen to the person and not to debase the situation. These findings can be used for better psychological support for religious people with cancer.

Key words: coping, religious coping, cancer, religiosity, spirituality, religion

Příloha 2: Průvodní dopis a informovaný souhlas



Univerzita Palackého
v Olomouci

Vážený účastníku,

velmi si vážím Vaší ochoty zúčastnit se rozhovoru v rámci výzkumu pro mou diplomovou práci s názvem Náboženský coping v náročných životních situacích, kterou vypracovávám na Katedře psychologie FF UP v Olomouci pod vedením PhDr. Olgy Pechové, PhD.

Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a z výzkumu lze kdykoliv dle svého uvážení odstoupit.

Slovo **coping** označuje nejrozličnější způsoby a strategie, kterými lidé zvládají zátěžové situace ve svém životě (může se jednat o běžné i intenzivnější stresové situace či výrazné události v životě člověka). Věřící lidé mají specifické strategie a způsoby, jak zvládají to, co život přinese (**náboženský coping**). Proto je dobré se tím zabývat a zkoumat – abychom mohli procesu porozumět a lépe poskytnout věřícím lidem v náročných životních situacích psychologickou podporu a pomoc v souladu s tím, co potřebují jako věřící.

Alena Koláčková
(E-mailová adresa)

Informovaný souhlas

Souhlasím s tím, aby se mnou byl proveden rozhovor, který bude nahráván na diktafon. Získaná data budou podkladem pro vypracování diplomové práce s názvem Náboženský coping v náročných životních situacích. Data budou považována za důvěrná, budou anonymizována a bude s nimi nakládáno v souladu s etickými zásadami výzkumu. V případě dotazů k diplomové práci je možné kontaktovat autorku na uvedené e-mailové adrese.

Souhlas prosím vyjádřete zakroužkováním: souhlasím / nesouhlasím

Příloha 3: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Kódové označení rozhovoru:

Demografické otázky

Pohlaví:

Věk:

Partnerský vztah v době onemocnění:

Děti:

Zaměstnání v době onemocnění:

Jak často navštěvujete bohoslužbu/kostel/sbor:

Do jak velkého náboženského společenství patříte:

Onemocnění:

Kolikátý případ tohoto onemocnění:

V církvi jste vyrůstal/a (odmalička)/konvertita:

Budeme si teď povídat o celém období onemocnění a léčby – o tom, jak jste to celé zvládal/a jako věřící člověk – co všechno se k tomu váže. Povězte cokoliv, co vás k otázkám napadne, můžete volně povídat. Nejsou zde dobré ani špatné odpovědi. Zajímá mě, jak jste to prožil/a právě vy. Budu ráda, když zmíníte vše bez ohledu na to, zda se to bude zdát jako nábožensky „správné či vhodné“ nebo ne.

1. Zkusme se prosím vrátit do doby, kdy jste onemocněl/a. Jak jste to prožíval/a a jaká ta doba pro vás byla?
2. Když jste se dozvěděl/a diagnózu, co se vám všechno honilo hlavou?
3. Jak jste přemýšlel/a o své nemoci a léčbě v kontextu vaší víry?
4. Když si vzpomenete na dobu, kdy vám byla nemoc zjištěna, jak to vypadalo s vaší vírou, náboženstvím? Jak do toho vstoupilo onemocnění?

Povězte mi, jak probíhala léčba onemocnění. Co všechno se objevilo v průběhu léčby ve spojitosti s vírou, náboženstvím...? Můžete vyprávět postupně, co jste zažil/a.

5. Snažil/a jste se přijít na to, proč se to stalo? Proč vám?
6. Jak jste po dobu léčby vnímal/a pozici Boha v tom, jak jste zvládal/a léčbu?
7. Jak jste uvažoval nad tím, zda můžete se svou situací něco dělat?
8. Co všechno jste dělal/a, abyste získal/a útěchu, uklidnění, když to bylo potřeba?

9. Jakou roli hrálo vaše náboženské společenství ve vašem zvládnání onemocnění a léčby?
10. S čím vším jste se setkal/a u členů společenství?
11. Jak jste přistupoval/a k členům společenství vy a co jste vůči nim pociťoval/a?
12. Když srovnáte vaši víru, náboženství na počátku a po skončení období léčby, co vás napadá?
13. I když to může být obtížné, lze říct, jestli vás tato zkušenost nějak obohatila, změnila?
14. Když se zpětně podíváte na to všechno, co jste v rámci náboženského copingu zkusil/a, zažil/a, co hodnotíte jako užitečné a neužitečné?
15. Zkuste vyjádřit, co jste v průběhu léčby potřeboval/a a také dostal/a (od Boha, od sebe, od druhých).
16. Je něco, co jste potřeboval/a a nedostal/a (od Boha, od sebe od druhých)?
17. Kdybyste měl/a poradit těm, kteří pracují s věřícími lidmi se stejným onemocněním, co byste doporučil/a? Na co byste se zaměřil/a a čemu se vyhnul/a?
18. Napadá vás ještě něco, na co jsem se nezeptala, ale mělo by to zaznít?

Příloha 4: Ukázka transkriptu rozhovoru

Jméno: Anna (Ž_26_1)

Věk: 50 let

1. Zkusme se prosím vrátit do doby, kdy jste onemocněla. Jak jste to prožívala a jaká ta doba pro vás byla obecně? Jestli tomu onemocnění něco předcházelo, jak ta doba vypadala?

Ne, bylo to... Normální průběh života. Akorát je pravda, že když jsme se pak ohlíželi zpátky, tak jsme nevěděli roli, jestli trošku sehrál roli stres. Protože nám asi dva roky předtím onemocněla... ne víc! Šest let byla nemocná. Onemocněla dcera – psychicky. A tak to bylo takové velmi vypjaté a hektické. Ale jinak normální průběh rodinného života. Takže nic zásadního.

Stresová situace tam mohla nějakou roli hrát jste si tak říkala?

To bylo tak jediné, co jsme si říkali, že ten stres tomu nepříspěl. Ale pak mně udělali zas genetické vyšetření a zjistili, že mám ten vadný gen. Takže si myslím, že ani ne. Já mám vlastně díky té genové vybavenosti špatné 80 % pravděpodobnost, že tu rakovinu dostanu. Velká pravděpodobnost.

2. Když jste se dozvěděla diagnózu, co se vám všechno honilo hlavou poprvé?

Ono se toho honí strašně moc. Já bych řekla, že na začátku se mi spíš honilo hlavou jako to, že to dobře dopadne, jo. Úplně ta první. Když mně tu diagnózu řekli. Tak bych řekla, že jsem to tak jako přijala s tím, že to je těžké a nebezpečné tak jako ten první moment jsem hodně věřila, že to dobře dopadne, že ty výsledky nebudou tak jako špatné. Že to bude dobré. To byl ten začátek. Jenomže tak jak jsem začala chodit na ty vyšetření, tak se vlastně pořád ukazovalo jenom, že je to špatné, špatné, špatné. Že jo, že je to hodně rozšířené, že toho mám plné břicho. Vlastně doktoři řekli, že bez léčby dva měsíce života a s léčbou tak ty dva roky. A co se mně honilo po tom, tak to bylo takové hodně náročné.

Dokážete si třeba vzpomenout na nějaké myšlenky, které se mohly týkat víry nebo něčeho takového?

Samozřejmě že v ten první moment se člověk začne strašně utíkat k Bohu, že prosí strašně o to uzdravení. Jenomže já jsem zase takový hodně racionální člověk, co je celkem hodně nohama na zemi. Takže já jsem k tomu z pohledu té víry přistupovala tak, jako že věřím v to, že se ten zázrak může stát, že uzdravení může dojít, ale že ta pravděpodobnost je tak strašně malá, že jsem se spíš zabývala tou realitou. Prostě že zřejmě zemřu. Prostě že ty děcka sú ještě malé. A tak jsem se spíš zabývala tím nějak jak to prožít, to období. A ono to pokračovalo strašně rychle. Protože oni mně to diagnostikovali a za pět dní už jsem byla na operaci, která byla vážná. A tak pak už to zas probíhalo v té nemocnici takovou... Bylo to hrozně hektické všechno.

Vy jste říkala, že jste takový hodně racionální člověk. Jak to teda všechno berete, tady tyhle věci ohledně té nemoci?

Beru to tak, že to patří k tomu mému životu, že je to dáno tou genetickou vybaveností. Ale když jsem se o to pak víc zajímala, tak kdybych to dřív věděla, tam mohla nastat nějaká prevence. Ale ta u mě nenastala. Ale teď už život je takový, že s tím musím bojovat a vlastně nevím, jak to bude probíhat. A pořád asi jsem v takové poloze jako že to nikdo neví, ani ti doktoři to neví. Takže vím, že můžu jít za dva měsíce na kontrolu a řeknou, že je to tam zas a zas začne ten boj a můžu tu být rok, dva. Ale na druhou stranu v sobě mám pořád takovou jakoby víru a naději, že to ani ti doktoři neví a že to může klapnout. A že tady můžu být delší dobu. Oni mně vlastně řekli, že víc jak dva roky stejně nevydržím a už je to pět let.

3. Jak jste přemýšlela o své nemoci a léčbě v kontextu vaší víry? Co všechno vás k tomu napadalo? Když jste si řekla: já mám rakovinu.

No pořád to bylo... No, jo. Jo. Řekla bych, že jedna taková zásadní, která mě vůbec nikdy předtím nenapadala. A to bylo to, jak jsem ten život prožila. A to, že kolik mám před sebou a jak ho mám uchopit. A takže vlastně celkem dost se mně tam začaly objevovat, nebo bych řekla možná jsem mnohem pravdivějc začala nahlížet do toho svého srdce, přece jen si člověk snaží sám ty své chyby omlouvat.

Před sebou, že.

Jo, před sebou. A tak jsem asi bych řekla, že jsem víc nahlédla do sebe. Nechci říct, že Božíma očima, ale rozhodně jsem si víc přiznala jakoby v ten moment. A nastala taková dost touha to jako změnit a napravit. To bylo takové bych řekla zásadní, co předtím se mně v té víře vůbec neprolínalo. Já jsem nad smrtí nepřemýšlela, jsme tacoví naivní všichni, si myslím, že se nás to týká až... Že až v devadesáti to možná přijde, možná (smích). Jo, já si myslím, že jsme tak nastavení asi všichni. Takže jo, to bylo takové jiné. A pak jsem se strašně zaobírala tím, jestli ty moje modlitby mají smysl, jako jestli mě Pán Bůh může vyslyšet.

Klidně o tom povězte víc, to je zajímavé, jak jste o tom přemýšlela.

Hodně se mně honilo v hlavě to, jako takový ten pocit, že si to nezasloužím. Jako prostě že Bůh může udělat zázrak, může dát ten dar zdraví, ale že asi ne v mém případě, právě proto, jaká jsem (smích). Hrozně.

Dá se to vůbec zasloužit?

No asi ne. Já jsem to probírala i s tím knězem. Ale to je spíš, co se mi honilo v té hlavě. Říkám, jak jsem tak nějak víc nahlédla do toho svého nitra, nebo si to spíš přiznala, tak jsem si tak nějak přiznala, že člověk se může ještě i chovat jinak v tom životě. Jako že v tom životě asi jde ještě i o něco jiného, než tak, jak jsem ho žila. No a pak takové jako... Že jsem si říkala, že tolik lidí je nemocných jako tady tou diagnózou. A třeba v mém pohledu jako dobří lidi. A děti, tam je to úplně jasné, tam ty děti se neproviní vůbec ničím. A zemřou... Tak protože jsem právě takový ten racionalista, tak jsem si vždycky říkala: proč zrovna

v mém případě by to mělo být jinak? Tak to se mně asi honilo tak nejvíc hlavou, prostě že ty moje modlitby asi stejně... (smích). Takže jsem se spíš pak zkoušela modlit tak, jako abych všechno zvládla.

Jako ta modlitba se nějak vyvíjela, proměnila?

Vyvíjela. Ze začátku při stanovení té diagnózy jsem se pořád modlila tak jako za ty konkrétní výsledky. Ať ten výsledek není takový, ať ten výsledek není takový. Ale ono to vůbec nedopadávalo. Bylo to jakoby opačně. Nemodlila jsem se jenom já, modlila se celá rodina, farnost, kněz za mě sloužil mše. Tak to bylo takové hodně tady společenské. A jak říkám, výsledky nic, žádné. Takže jsem se pak spíš smířil a s tím, že to půjde tím špatným směrem. Tak pak jsem se spíš modlila tak, abych měla sílu, abych to zvládala. Na začátku jsem si o sobě myslela, že to nezvládnou. Já jsem měla hrozný strach z těch chemoterapií. A z těch nevolností. Tak jsem si říkala, tyjo, já to nezvládnou, to bude hrozné. Takže se to spíš přerodilo potom v to.

Abyste dostala sílu to zvládnout. Povedlo se?

A za manžela jsem se modlila, protože jsem věděla, že ho to strašně trápilo. No.

4. Když si vzpomenete na dobu, kdy vám byla nemoc zjištěna, jak to vypadalo s vaší vírou, náboženstvím? Jak do toho vstoupilo onemocnění?

Jo, já myslím, že živá. Živá, taková jako nevím jestli si můžeme troufnout říct hluboká, ale...

Je to to, jak si to sama řeknete, to není žádná kategorie.

Ne, živá. Jako fakt. Už tehdy jsem chodila myslím tak třikrát týdně do kostela. A do společenství. A s kamarádama jsme se modlili, máme věřící přátele. A hlavně totiž vlastně my jsme měli tu nemocnou dceru. Hodně vážně, teda která je pořád. A takže vlastně ta víra už byla taková i oživená právě tady tím, protože jsme už to prožívali dlouho tak, ty modlitby a všechno a ta podpora Boží. Takže jo. Živá víra, opravdu. Taková jako opora, Bůh byl podpora, jednoznačně. Takovou tu krizovou situaci jakkdyby, takovou tu první, to už jsem měla za sebou. Díky té dceři.

Pomohlo to potom v tom zvládnání, co jste prožívala vy, tady ty zkušenosti z předtím?

Já jsem přesvědčená že jo. Zase ten pohled na tu situaci byl takový trochu jiný, racionálnější. Ne takový, že by se člověk fakt upl k tomu, že se budeme všichni modlit a prosit a jo, to dobře dopadne. Tak to nebylo. Že Bůh... Jak pracuje. Že to není podle nás.

Takže ona už byla živá vlastně předtím, dá se říct, jestli se nějak proměnila vlivem toho onemocnění?

Já myslím, že ta víra jako taková ne. Jenom bych řekla, že můj postoj k životu. Hm.

Jak jste uvažovala vlastně o tom všem.

To, na čem mně jakoby záleželo. To, co pro mě bylo podstatné. Takové to, co jsem si myslela, že je důležité, tak klasicky se to říká, že se to přeháže trochu, ty priority.

Takže to jste tam taky vnímala. A v tom vztahu k Bohu, mohlo se tam něco změnit?

No, tam došlo k takovému, já nevím, já jsem si to sama pro sebe ještě ani moc nevyhodnotila, protože je pravda, že já pak jak jsem onemocněla tou rakovinou, tak vlastně začali chodit za námi s tou alternativou, s tou alternativou a červená řepa a to pomůže. Tak jsem se prvních 14 dní tak v tom jakoby plácala. A pak jsem se úplně jednoznačně rozhodla, že ne. Že to vložím fakt jenom Bohu do rukou. Protože si říkám, že on má teda rozhodně větší možnosti než červená řepa. A spíš jsem to pojala tak, že jsem přistupovala k přijímání každý den právě. A náš kněz mně v tom vyšel vstříc. Takže když jsem ležela po chemoterapii nebo tak, tak mně sem poslal někoho s přijímáním. Takže jsem se pak až usmívala, jak se to rýmuje. Eucharistie a chemoterapie. Že to byly jako dva léky, které jsem užívala. A to bylo takové období, kdy jsem se k tomu celkem upnula. Jako že jsem na to hodně myslela a toužila jsem po tom. Jako to přijímání, abych dostala.

Pomáhalo to takhle?

Pomáhalo, bylo to pro mě důležité. Takový jako pocit, že pro to něco dělám. Já si myslím že jo. Protože nemocní rakovinou asi mají dost často takový pocit nemohoucnosti. Té bezmoci. A já jsem se vlastně v tom neplácala v té bezmoci, protože jsem pořád měla pocit, že tu ruku k dílu přikládám (smích). Že vlastně dělám všechno, co můžu. A můžu: může se modlit a chodit k tomu přijímání a na mši. V podstatě jsem se hodně snažila i třeba po té operaci, jak už jsem se trochu zbrchala, tak už jít na tu mši. Takže jsem se nedostala do toho pocitu bezmoci. Takže to pro mě bylo důležité. Pak jsem celé čtyři roky pořád chodila každý den na mši. Do té doby, než se mně to vrátilo. A jak se mi to vrátilo, tak jsem vlastně to zas tak nějak jako rozvažovala, modlila. A přistoupila jsem k tomu zas teda trochu jinak.

Takový posun.

No, a ono to v tom životě asi je. Tak jsem k tomu přistoupila... Nebo teď jsem v té poloze, že bych řekla, že ten život chci žít tak jako úplně naplno. Řekla bych, že před přijímáním jsem upřednostnila vztahy. Takže když dcera chce pohlídat vnučky, tak nejdu do kostela. Když se nám ozvou nějakí kamarádi, jestli bysme s nima šli sednout na kafe, tak s něma jdeme a nejdu do kostela. Takže teď se to tak jako... Scvrklo, že do toho kostela jdu zas třeba 2-3x týdně. Víc ne. A teď už jsem přestala chodit na ranní mše, ony byly o půl sedmé a já jsem po těch chemoterapiích strašně unavená a utahaná. Takže možná víc zvítězila lenivost, tak jsem si to tak zdůvodnila.

Nebo šetříte energii.

Já jsem si to tak řekla, ale já si myslím, že je to spíš ta lenost. Takže teď už to není teda každý den.

A co vás k tomu jako vedlo, že jste to tak přehodnotila, že ty vztahy jsou teďka taková jako priorita?

Spíš jsem si řekla, že se tak neupnu k té denní mši svaté. Že jsem si řekla, že si myslím, že to není Boží cíl, abych každý den byla v tom kostele.

Co vás k tomu třeba přivedlo, k takové změně pohledu na to? Že to vlastně nemusí být cíl pro vás chodit každý den na mše nebo takhle moc se snažit.

Já si myslím, že zapracovala ta lenost. Nic víc bych v tom neviděla. Fakt si jako myslím, že člověk zakusí zas, že jakákoliv ta naše lidská snaha, prostě to, že jsem tam chodila každý den, že to nefunguje prostě tak nějak. Že my bysme si to zasloužili. Takže jsem si vlastně řekla: jo, vždyť to je blbost, tak to určitě Bůh nechce. Teď do toho kostela jdu, když to vychází.

Že by si Bůh dělal čárky, pondělí byla...

Přesně. I když já jsem to tak předtím taky nechápala. Jako předtím to bylo takové, že potřebuju pro to něco dělat. A pak zas, když to všechno dobře dopadlo, zázračně, tak mi zase přišlo strašně nefér přestat do toho kostela chodit. Protože já v průběhu nemoci jsem chodila každý den, tak nějak jsem se neodvážila chodit každý den. Já si fakt myslím, že v té hlavě to jako fakt je. Já vím, že je to špatná myšlenka. Ale musím si přiznat, že to možná taky hraje nějakou roli. Takže teď jsem v té poloze jak říkám.

Ono to určitě hraje roli už jenom v tom, že máte možná blíž v Bohu v tom kostele, nebo to dokážete líp vnímat, jste součástí společenství, i tohle může hrát roli?

Já si myslím, že jo. Je tam spousta lidí, co mně hrozně projevovali sounáležitost, modlili se. Tak se tam chodím modlit i za ně. A teda manžel je hodně věřící, ten tam taky hodně chodí. Takže si myslím, že i on je takový tahák. Hm. Takže tak nám to nějak funguje.

5. Povězte mi, jak probíhala léčba onemocnění. Co všechno se objevilo v průběhu léčby ve spojitosti s vírou, náboženstvím...? Můžete vyprávět postupně, co jste zažila. Snažila jste se přijít na to, proč se to stalo? Proč vám?

Ne, ne.

Nekladla jste si takovou otázku, proč já?

Nekladla. A paradoxně celých pět let jsem si ji nekladla. A protože jednak si myslím, že na ni nelze najít vůbec odpověď. Myslím si, že to ani není věc, která je potřeba nějak vědět. Já... Jako tu myšlenku mi podsouvali různě lidé, nebo podsouvali... Prostě lidé kolem mě mluvili o tom, že se lidé v mé situaci ptají: proč zrovna já? A já jsem si v ten moment vždycky říkala, to je blbost, to prostě ne. Ale taky jsem si říkala: třeba to dojde za rok, za dva. Ale fakt ne. Celých těch pět let jsem se nezaobírala, proč já. Přijmout to prostě tak, jakože někdo má prostě cukrovku, já mám rakovinu a někdo má kdoví co.

Nebo jako někteří lidé věří, že si to nějak jakoby zasloužili v tom negativním smyslu.

Hm, ne. Tomu se bráním a ne. A ani si nemyslím, že to tak je. Jako říká se, že někdy zas někoho, koho Pán Bůh miluje, toho křížkem navštěvuje, to jsme si s manželem říkali, že bysme byli tak extrémně milovaní, to by bylo skoro na protekci (smích).

Už by se to mohlo obrátit, že?

Hm. Takže ne.

(Zde končí ukázka. Celý přepis rozhovoru čítá 20 stran, pro ilustraci uvádíme pouze 5 stran, celý přepis rozhovoru lze předložit na vyžádání.)