

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2019

Ing. Hana Švábová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Ing. Hana Švábová

Sociální opora a spirituální distres v
sociální práci s osobami s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, Th.D.

2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Otaslavicích, dne 20. března 2019

.....
Hana Švábová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala ThLic. Jakubovi Doleželovi, Th.D. za trpělivý přístup, odborné připomínky a náměty při vedení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Pavlíně Jurníčkové, Ph.D. za cenné rady a tipy pro vytvoření empirické části bakalářské práce.

A také bych chtěla věnovat poděkování všem účastníkům výzkumného šetření, bez kterých bych jej nemohla realizovat.

V neposlední řadě děkuji svému manželovi a našim dětem za jejich podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

ÚVOD	6
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	8
1.1 Sociální práce v širším pojetí.....	8
1.2 Charakteristika současné sociální práce s osobami s duševním onemocněním	11
1.2.1 Vymezení pojmu duševní onemocnění	12
1.2.2 Komunitní systém péče	13
1.2.3 Reforma péče o duševní zdraví	14
1.3 Klinická sociální práce	16
2 SOCIÁLNÍ OPORA	19
2.1 Definice a charakteristika sociální opory	19
2.2 Druhy sociální opory	20
2.3 Význam sociální opory pro duševního zdraví	21
3 SPIRITUALITA	24
3.1 Charakteristika pojmů spiritualita a religiozita	24
3.2 Význam spirituality v sociální práci.....	26
3.3 Spirituální distres.....	29
4 VZTAH SOCIÁLNÍ OPORY A SPIRITUALITY	31
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	33
5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotéza	33
5.2 Stanovení a odůvodnění hypotézy	34
5.3 Popis použitých metod a nástrojů měření.....	36
5.3.1 Dotazník sociální opory MOS.....	37
5.3.2 Dotazník duchovního sebe-posouzení pro seniory podle S. Stranahan.....	38
5.4 Popis výzkumného souboru a představení SRC	39
5.5 Realizace a etika výzkumu	41
5.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření.....	42
5.6.1 Výstupy dotazníku sociální opory MOS	45
5.6.2 Výstupy dotazníku duchovního sebe-posouzení pro seniory podle S. Stranahan.....	50
5.6.3 Vyhodnocení stanovené hypotézy.....	60
5.7 Limity výzkumu	63
6 SHRUTÍ A ZÁVĚR	64
POUŽITÉ ZDROJE	66
PŘÍLOHY: DISTRIBUOVANÉ DOTAZNÍKY	75

Úvod

Pochopení vnitřních motivací a objevování životních cest a zdrojů člověka mne vždy zajímal. Po celou dobu studia na VOŠ Caritas resp. CMTF jsme byli jako studenti vedeni ke vnímání člověka jako celku, a to ve všech jeho rovinách života. Jako „červenou nit“ celého studia jsem nejintenzivněji vnímala dimenzi spirituální, ve které vidím velký potenciál nejen v sociální práci, ale obecně v práci s lidmi. Tuto oblast považuji za souhrn specificky lidských schopností, které člověku umožňují orientaci v životě, vytvoření jeho individuálních motivací a postojů, pochopení vlastní identity a vztahu k druhým lidem a konečně i osobnímu pohledu na smysl života. Člověka také kromě jeho duchovní stránky vnímám jako společenskou bytost, velmi silně provázanou se svým sociálním prostředím.

Impulzem k rozhodnutí věnovat se v bakalářské práci tématu sociální práce s lidmi s duševním onemocněním byla má osobní déle jak rok trvající pracovní zkušenost v přímé péči s psychicky nemocnými klienty v charitní sociální službě Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově (dále SRC). Tato sociální služba patří podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. mezi služby sociální prevence a klade si kromě jiného za cíl předcházet u osob s duševním onemocněním sociální izolaci, usiluje o posílení jejich sebeúcty a schopnosti zvládat zátěž a celkově tak podpořit jejich pozitivní prožívání života. Jako problematickou a zároveň potenciálně velmi přínosnou a do jisté míry ovlivnitelnou oblast života těchto osob v kontextu poslání této služby spatřuji právě v podpoře a rozvoji sociálních vazeb a sítí v jejich sociálním okolí. A to současně s ohledem na fakt, že samotné zdravotní omezení v podobě duševního onemocnění má u těchto osob do značné míry negativní vliv právě na utváření, udržení a rozvoj jejich schopností v sociální sféře, a to jak v jejich sociálním fungování, tak ve vztahové rovině s blízkými i více vzdálenými osobami v jejich životě. V souvislosti s touto nezbytnou životní podporou považuji za další podstatnou a často opomíjenou zdrojovou oblast na cestě k zotavení osob s psychiatrickou diagnózou, a nejen těch, naplnění jejich spirituálních potřeb. Současně tak chci upozornit na význam zajímat se o spirituální složku osobnosti klientů v sociální práci s nimi.

Cílem této práce je tedy pomocí kvantitativního šetření zjistit, zda se na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově ukáže souvislost mezi jejich sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu.

Ve své bakalářské práci využívám tuzemskou i zahraniční odbornou literaturu z oblasti sociální práce, sociologie, psychologie, psychiatrie a teologie.

Bakalářská práce je tvořena dvěma základními částmi. První z nich je členěna do čtyř tematických kapitol, jejichž výběr zohledňuje téma této práce. První kapitola je nejobsáhlejší a nejprve se zaměřuje na obecný popis oboru sociální práce, kdy záměrně upozorňuji pouze na některé její stěžejní charakteristiky: definici, paradigmatu a etický kontext. Poté se věnuji specifické oblasti sociální práce s osobami s duševním onemocněním, kdy nejdříve krátce definuji duševní onemocnění a poté přistupuji k popisu praktického výkonu sociální práce s osobami s duševním onemocněním, jež je součástí komunitního systému péče. Vzhledem k soudobým změnám v systému péče o duševně nemocné je mým dalším cílem charakterizovat probíhající reformu psychiatrické péče a dále také upozornit na zavedenou a nejen pro české prostředí inspirující klinickou praxi sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví v USA. V následujících třech kapitolách se věnuji vymezení základních a pro tuto práci stěžejních pojmů, jimiž jsou sociální opora, spiritualita a spirituální distres. Čtvrtá kapitola nastiňující zkoumaný vztah mezi sociální oporou a spirituálním distresem poté uzavírá první část práce.

Zda existuje vztah mezi sociální oporou a spirituálním distresem, rozkrývám v druhé části práce, kde jejich možnou souvislost zkoumám pomocí kvantitativního výzkumu. Při čemž samotný sběr dat probíhal prostřednictvím 2 standardizovaných dotazníků distribuovaných klientům SRC. Součástí metodologie výzkumu je stanovení a formulace výzkumných otázek a hypotézy, popis použitých metod a měřících nástrojů a bližší seznámení s aktéry šetření. Také zde uvádím popis realizace a etiky výzkumu a následně předkládám k posouzení analýzu výsledků šetření, na jejichž interpretaci pohlížím z různých úhlů pohledu. Součástí analýzy získaných dat je zodpovězení stanovených výzkumných otázek a vyslovení stanoviska k předložené hypotéze.

Poslední dvě kapitoly mé práce patří identifikovaným limitům výzkumu a závěrečnému shrnutí všech výsledků i celé práce.

1 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Vzhledem ke studovanému oboru a zvolenému tématu absolventské práce se její první kapitola zabývá nejen vymezením sociální práce v kontextu dané cílové skupiny osob s duševním onemocněním, ale v obecné rovině se i velmi krátce věnuje vzniku tohoto oboru, jeho definicí, paradigmaty a etickým kodexem. Až poté tematicky navazují na specifika sociální práce s těmito klienty. V této další části se soustřeďují na popis duševního onemocnění, s přihlédnutím na psychózy a poruchy osobnosti, dále pak na charakteristiku komunitního systému péče a na současnou transformaci pomoci a péče poskytovanou lidem s duševní chorobou. Dále předkládám pro českou praxi sociální práce v oblasti duševního zdraví inspirující model z USA tzv. klinickou sociální práci. A to nejen vzhledem k probíhajícím systémovým změnám v systému péče o duševně nemocné, ale i kvůli vhodnému uplatnění tohoto konceptu právě v sociální práci s touto cílovou skupinou klientů. I když se tento psychosociální koncept pomoci uplatňuje především v anglosaském prostředí, skýtá potenciál i pro rozšíření do evropské resp. tuzemské praxe sociální práce. Součástí tohoto specializovaného přístupu a odborné činnosti je i otázka spirituality a její postavení v sociální práci.

1.1 Sociální práce v širším pojetí

Sociální práce, tak jak ji chápeme dnes, se jako samostatná profese a obor vyvinula na přelomu 19. a 20. století. Je však důležité říci, že řada praktických i teoretických přístupů pomoci potřebným osobám byla vytvořena ještě před tímto datováním (Doležel, 2013 :179). Podrobněji se historickým vývojem sociální práce kvůli jeho šíři a omezenému rozsahu bakalářské práce zabývat nebudu, i když jej vzhledem k významu a poslání sociální práce považuji za velmi důležitý.

Sociální práce je teoretická i praktická disciplína, která má své ukotvení v mnoha vědních oborech. Čerpá z poznatků psychologie, sociologie, ekonomie, práva, pedagogiky, medicíny a dalších vědních oborů. S ohledem na svou multiparadigmaticnost není jednoznačně definována. I přes její široký záběr je ovšem jasně vymežitelné její poslání: je jím úsilí řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížných životních situacích. Tyto situace a problémy člověka jsou v sociální práci reflektovány v kontextu sociální reality, tedy jako obtíže přesahující jisté hranice a mající vliv nejen na jedince samotného, ale i celé jeho sociální okolí. Problematické životní situace mohou zažívat různé skupiny osob. Klienty sociálních

pracovníků jsou tak nejen osoby bez přístřeší, osoby s duševním onemocněním, osoby s mentálním či jiným druhem postižení, ale také například týrané ženy, děti či jinak ohrožení jedinci, senioři, nezaměstnaní, lidé se závislostí či uprchlíci hledající azyl. Při výkonu pomoci se sociální pracovník zabývá celkovou životní situací člověka – zajímá se nejen o faktory sociální, ale i psychické, biologické a duchovní. Díky tomuto celostnímu přístupu může následně stanovit sociální diagnózu a na jejím základě může následně realizovat sociální terapii (Časopis Sociální práce/Sociálna práca, 2014 [online]).

Kromě tohoto uceleného vyjádření výstižně charakterizujícího poslání sociální práce zveřejněného v časopise Sociální práce/Sociálna práca uvádím v českém odborném prostředí známou oborovou definici sociální práce Oldřicha Matouška a kol. (2001: 10), z knihy Základy sociální práce: „sociální práce se během 20. stol. stala společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity a jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.“

Další často uváděná česká definice sociální práce pochází od Navrátila (2001:11-12): „Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba, buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“

Zde použitý termín sociální fungování byl propagován Bartlettovou (1970, in Navrátil, 2001:12-13), která tento pojem vymezila ve své knize „The common base of social work practice“ jako „interakce, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi.“ Při výkonu své práce by si pak měl sociální pracovník klást otázku, které konkrétní faktory (bariéry a předpoklady) sociálního fungování byly či jsou významné v životní situaci určitého klienta nebo určité skupiny klientů? Reflexe životní situace klienta je prvním a nezbytným krokem k volbě takových cílů a metod intervence, které mohou působit pozitivní změnu v jeho životě, či mohou posílit jeho schopnost zvládat požadavky prostředí a díky tomu pomoci docílit obnovení nebo udržení jeho sociálního fungování.

V této souvislosti je při výkonu sociální práce možné rozličeně působit na posílení a obnovu zvládnání životní situace klientem.

V sociální práci se tak v průběhu 20. století vytvořili tři zásadně odlišné modely či přístupy, které Malcolm Payne (1997) označuje jako tzv. „malá paradigmata“. Jsou rozdílná ve svých teoretických východiscích i v praktických důsledcích. Pavel Navrátil (2000, dle Payne, in Matoušek 2001: 187-189) první z těchto přístupů označuje jako „*terapeutické paradigma*“. Za hlavní faktor sociálního fungování je zde považováno duševní zdraví a pohoda jedince. Sociální práci je zde rozuměna terapeutické intervence, která má za cíl zabezpečit jednotlivcům, skupinám či komunitám psychosociální pohodu. Při tomto druhu pomoci je kladen důraz na komunikaci a budování vztahu. Požadavky kladené na sociálního pracovníka vycházejí ze znalostí psychologie a psychoterapie. Druhým pojetím sociální práce je „*reformní paradigma*“, které usiluje o reformu společenského prostředí. Zde se koncept sociálního fungování pojí s myšlenkou společenské rovnosti v různých oblastech společenského života. Sociální pracovník se usiluje o „zmocňování“ osob a o zvýšení jejich účasti na tvorbě a změnách společenských institucí. Mezi vzdělanostní kompetence sociálního pracovníka zde patří politologie, sociální filozofie a sociologie. Posledním rámcem sociální práce je „*poradenské paradigma*“, označované také jako sociálně-právní pomoc. Schopnost sociálního fungování jedince či skupiny zde závisí na přístupu k odpovídajícím informacím a službám. V tomto pojetí tak jde především o pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, odborným poradenstvím, usnadnění přístupu ke zdrojům a mediacím. Snahou této pomoci je nejen změna společenských institucí, tak aby lépe odpovídaly potřebám občanů, ale i podpora individuálního případně komunitního rozvoje a růstu. Teoretické ukotvení lze nalézt v kombinaci psychologie, sociologie a práva.

Jakákoliv zvolená intervence v oblasti výkonu sociální práce je velmi významně vázána na určité hodnoty, bez nichž by nemohla být klasifikována jako kvalitní či kvalifikovaná pomoc člověku. Takovouto hodnotou je kromě již zmíněné solidarity i etika. Ta tvoří jeden z pilířů sociální práce. Při každodenním kontaktu s klienty by tak měl sociální pracovník brát v úvahu nejen právní a metodické souvislosti, ale i etický dopad svého jednání. Veškeré etické zásady práce sociálních pracovníků jsou pak zaneseny v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky.

Na etickém kodexu sociálních pracovníků začala Společnost sociálních pracovníků pracovat v krátké době po svém vzniku, jeho obsah byl poté předložen sociálním pracovníkům k veřejné diskuzi. Rozpracovaný kodex byl následně dán do souladu s etickým kodexem Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) Platnost takto vytvořeného „Etického kodexu sociálních pracovníků ČR“ je datována od 1. 1. 1995 (Sociální práce/Sociálna práca, 2004 (4)). Pro doplnění uvádím, že novelizace „českého“ etického kodexu byla plénem sociálních pracovníků schválena v květnu 2006 a poslední novelizace mezinárodního etického kodexu sociálních pracovníků byla valným shromážděním IFSW schválena v červenci 2018.

Součástí Mezinárodního etického kodexu sociální práce je i další definice sociální práce, která spolu s lidsko-právními principy zdůrazňuje také sociální spravedlnost sociální práce. Doslovné znění tohoto textu je následující: „ Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů.“(Sociální práce/Sociálna práca, 2004 (4)).

Na závěr této podkapitoly lze uvést, že sociální práce patří mezi pomáhající profese, za něž považujeme ta povolání, jejichž obsahem je spíše poslání, než pouze samotný výkon profese. Jde tedy přesněji řečeno o službu lidem, jež byla vzhledem ke křesťanským kořenům naší kultury chápána jako služba bližnímu (Škulecová, Jankovský, 2004: 55).

1.2 Charakteristika současné sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Mezi osoby, které mohou v důsledku svého zdravotního omezení zažívat obtížné životní situace a mohou mít problém dostat požadavkům sociálního prostředí, v němž se nacházejí, tudíž se tak mohou stát objekty (i aktivními subjekty) odborné sociální pomoci, patří také osoby s duševní nemocí. Tito lidé potřebují pomoc a podporu sociálního okolí a to z řad pomáhajících laiků, ale i profesionálů. Psychická porucha totiž představuje velmi závažný zásah do života takto postiženého jedince, znesnadňuje mu interakci s prostředím a může ho i zcela paralyzovat v jeho sociálním fungování. Výkon sociální práce je tak v pomoci těmto osobám plně relevantní a může dokonce hrát velmi významnou roli.

1.2.1 Vymezení pojmu duševní onemocnění

Hartl (2004: 52-53) definuje duševní poruchu jako „klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Šířeji znamená změnu některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním prostředím.“ Podle Foltové (dle Labáth, 2010: 103) psychické poruchy tedy často vedou k problematickému sociálnímu fungování. Dochází k maladaptaci, tj. k nesouladu potřeb, hodnot a norem postiženého vůči prostředí neboli k narušení jeho schopnosti adaptace. Příčiny vzniku psychických poruch mohou mít povahu biologickou, psychogenní nebo sociální. Ovšem nejčastěji se jedná o kombinaci několika faktorů najednou. Související vysvětlení podává Rahn a Mahnkopfová (in Foltová, 2010:103), kteří uvádějí, že na člověka působí současně faktory tělesné (genetické, vrozené), psychosociální (rodina, výchova, učení) a ochranné (resilience) ve spojitosti s dispozicemi a vulnerabilitou. Přičemž vulnerabilita je dle Mahrové, Venglářové (2008: 70-71) schopnost jedince snášet a zvládat stresové situace a odvíjí se od míry zranitelnosti či stability této osoby. K psychosociálním příčinám vzniku psychických poruch řadí Golightley (2008, in Foltová, 2010:103) kromě životních událostí, také vztahy, sociální síť a sociální oporu.

S přihlédnutím na konkrétní výzkumnou populaci, která se účastnila šetření resp. zdravotní postižení klientů Sociální rehabilitace Cesta, kde je tato cílová skupina klientů vymezena nejen jako osoby s duševním onemocněním, ale specificky je služba SRC zaměřena na osoby trpící nejčastěji psychózami a poruchami osobnosti uvádím i krátkou specifikaci psychóz a poruch osobnosti. Psychóza je podle Höschla (1997:136) závažná psychická porucha, projevující se výskytem kvalitativních poruch vědomí, vnímání, myšlení, které vedou ke ztrátě kontaktu s realitou. Mezi nejtěžší formy psychózy pak patří typicky schizofrenie. Dle Vágnerové (2014:319-333) se jedná o onemocnění, které významným způsobem přetváří prožívání a chování nemocného jedince a závažně omezuje jeho sociální přizpůsobivost, pracovní schopnost a celkovou kvalitu života. Průběh tohoto psychotického onemocnění může mít různý průběh, jež je obtížně předvídatelný a není univerzální pro všechny pacienty. Nemocní jsou ohroženi od epizodních akutních atak až po vznik přetrvávajícího chronického postižení. Včasná detekce a léčba prvních atak může u některých pacientů této nemoci předejít.

Vágnerová (2014:469) definuje poruchu osobnosti jako „trvalý vzorec extrémně vyhraněných osobnostních rysů“, vedoucích ke snížení pohody a k maladaptivním projevům. Projevem těchto vlastností jsou odlišnosti v citovém prožívání jedince, změny v jeho uvažování i chování tzn. narušení pocitu spokojenosti a vztahu k sobě i k okolnímu světu. Jedná se o trvalý stav, přetrvávající s určitými výkyvy po celý život, projevujícím se podivným, nepřizpůsobivým a někdy až hrubě rušivým chováním. Takto postiženému člověku chybí náhled na nepřiměřenost vlastních názorů, postojů i chování a je pro něho typická snížená tolerance k zátěži. Změna ve stavu nemocného je kvůli absenci schopnosti poučit se ze zkušenosti velmi obtížná.

1.2.2 Komunitní systém péče

Probstová (in Matoušek, 2010: 133) uvádí, že sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle a to od obnovení stavu psychické rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast léčby psychických onemocnění. Většina osob s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (např. podání informací a pomoc v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva včetně rodinných intervencí) nebo pomoc specifickou (poradenství, rodinná psychoterapie apod.) Lze také říci, že psychicky nemocní lidé potřebují vzhledem ke svým potřebám komplexní zdravotně-sociální péči. Sociální pracovník by tak měl být součástí multidisciplinárního týmu.

Komunitní péčí se rozumí nejen péče v místním společenství, ale i péče zaměřená na sycení potřeb lidí, kteří zůstávají neodděleni od svých přirozených lidských společenství. Komunitní péče byla od začátku svého vzniku provázena úmyslem využít přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě a posílení zdravých stránek osobností klientů. Její součástí je zaměření nejen na odstranění symptomů a posílení funkční kapacity klientů, ale i podpora jejich občanských práv a důstojnosti, individualizace péče, principu partnerství mezi nimi a profesionály a také na jejich maximální sociální začlenění. Koordinovat využití služeb a pomoci, podle potřeb těchto osob, mají za úkol pracovníci případového vedení neboli case management (Probstová, Pěč, 2014: 184-186). O specializovaných službách komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním hovoříme také jako o komunitní psychiatrii. Ta se vyznačuje několika charakteristickými vlastnostmi: tvoří ji multidisciplinární týmy, je regionalizovaná, je mobilní s proaktivním a asertivním charakterem a její součástí je i důraz na dodržování občanských práv klientů

(Probstová, Pěč, 2014: 188-189). V rovině péče o konkrétního jedince je pak účelem komunitní psychiatrie dotyčného rehabilitovat v jeho sociálních rolích, funkcích a zařazení (Hejzlar, Halíř, Fiala, 2010: 147). Anthony (2002, in Hejzlar, Halíř, Fiala, 2010: 147-148) definoval poslání psychiatrické rehabilitace těmito slovy: „Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat do té míry, že budou úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“ Oblastí podpory je i podpora nejbližší sociální sítě nemocného, tak aby ho byla schopna přijmout a nevykloučovat ho. Tento neformální systém komunitní péče, která využívá zejména svépomoci (rodina, přátelé, církve, svépomocné skupiny apod. nazývá Probstová, Pěč (2014:187-188) „sít' podpory“.

1.2.3 Reforma péče o duševní zdraví

System péče o duševní zdraví v ČR prodělává v současnosti transformaci, ta spočívá především v podpoře deinstitucionalizace. Jedná se o snahu přesunout těžiště péče z institucí do přirozených společenství, využívajících podporu celostních zdravotních a sociálních systémů. Součástí této změny je tak snaha snížit počet tradičních ústavních zařízení a snaha rozvíjet komunitní zařízení (Probstová, in Matoušek, 2010: 134).

Podporu transformaci uvedeném v časopise Sociální práce/Sociálna práca vyjadřuj ve zkráceném prohlášení, „Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR“, i Liga lidských práv (2014). Toto vyjádření se kromě nedobrovolné hospitalizace a potlačování práv duševně nemocných pacientů věnuje také identifikaci nejpalčivějších problémů těchto osob a z toho vyplývající potřebě pomoci, která spočívá zejména v podpoře jejich adaptace v běžném prostředí. Řešením je podle autorů dostatek včasných intervencí právě ze strany sociálních pracovníků, a to prostřednictvím rozšíření sociálních komunitních služeb, včetně multidisciplinárních týmů, s konkrétním zaměřením pomoci na oblast dostupného bydlení a sociální podpory nemocných v komunitě. Mělo by tedy dojít k posílení role terénních a ambulantních služeb.

Realizaci reformy péče o duševní zdraví se věnuje koncepční dokument *Strategie reformy psychiatrické péče*, který byl schválen v roce 2013 a jehož zadavatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Potřeba reformy vychází z řady vědeckých výstupů a výzkumů, které prokázaly, že stav péče o duševní zdraví v ČR je v některých směrech horší než u ostatních obyvatel států západní a severní Evropy. ČR se proto připojila

k evropským dokumentům věnujícím se revizi koncepce psychiatrie, jejichž nejdůležitějším cílem je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče. Jedná se o komplexní reformu péče o duševní zdraví, jejíž implementace je integrální, tj. vyžadující zapojení a součinnost více aktérů a orgánů státní správy a územních samospráv. Zejména jde o zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Je také důležité sdělit, že deinstitucionalizace je dlouhodobý proces, a to nejen z důvodu ekonomických (systém psychiatrické péče je dlouhodobě finančně podhodnocen), ale i čistě praktických, kdy komunitní péče obnáší systémové změny v oblasti sociální, bydlení, vzdělávání (myšleno poskytovatelů péče) a pracovní. Konkrétněji jde o vznik resp. rozvoj Center duševního zdraví (CDZ) – jedná se o regionální konzultační týmy pro poskytování služeb pro duševně nemocné, které jsou na bázi nízkoprahových zdravotně-sociálních služeb. Přičemž součástí CDZ týmu jsou i sociální pracovníci. „Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního prostředí.“ Součástí práce sociálních pracovníků CDZ, tak jak je definováno ve slovníku základních použitých pojmů v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče, je „posuzování životní situace klienta/pacienta ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, spolupráce s osobami v sociálním prostředí klienta/pacienta, poskytování sociálně právního poradenství. Konkrétněji lze říci, že mezi kompetence sociálního pracovníka patří kromě přímé podpory duševně nemocných (snaha o zlepšení podmínek pro jejich zaměstnanost – Chráněná pracovní místa, vzdělávání – inkluzivní přístup a bydlení – Chráněné bydlení aj.), také snaha o omezení jejich stigmatizace i následného vyčleňování a také snaha o individuální zapojení nejen duševně nemocných, ale i jejich rodinných příslušníků do léčebného procesu. Mezi kompetence sociálního pracovníka v podpoře duševně nemocných také náleží podpora jejich rodin (MZCR,2013: 1-78).

Probíhající reforma v oblasti péče o duševní zdraví je podle plánu realizace aktivit (viz. dokument Strategie reformy psychiatrické péče) (MZCR, 2013: 50) v současnosti ve fázi 2 a měla by být realizována do konce roku 2023. Jedná se o hlavní segment implementace „Strategie“, zahrnující realizaci všech vytyčených projektů i související legislativní změny. Pilotní projekty Center duševního zdraví byly spuštěny v září 2018. Podle webového článku idnes.cz zveřejněného 16. 2. 2019 (Zahradnická, Hromková, 2019 [online]) funguje v současnosti 5 Center duševního zdraví (v Přerově, Havlíčkově

Brodě, Brně, v Praze na Proseku a v Praze – Strašnicích). V roce 2019 by se jich mělo otevřít dalších patnáct (už druhé v Brně, pak první v Hradci - Králové, Chebu, Karlových Varech, Kroměříži, Mladé Boleslavi, Opavě, Pardubicích, Plzni, v Praze 6, Strakonících, Táboře, Trutnově a v Uherském Hradišti).

Absolventka katedry sociální práce Dudová (2018: 120) v sumarizaci své diplomové práce „Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné“ zveřejněné na stránkách Fórum sociální práce zdůrazňuje, že zdravotní a sociální práce musí v této oblasti vyvíjet společné úsilí, a to stejnou měrou. Protože jedině takto může dojít k úzdavě nejen klienta a jeho blízkého okolí, ale i k úzdavě celospolečenského vnímání duševního onemocnění. Reforma psychiatrické péče a podpora nemocných by tak měla být řešena nejen zdravotnickými prostředky, ale také pomocí metod sociální práce.

1.3 Klinická sociální práce

I přesto, že je klinická sociální práce realizovaná zejména na území USA, může sloužit jako velmi významná a inspirující praxe pro českou sociální práci v oblasti duševního zdraví. Dle mého názoru by mohl tento koncept snadněji navázat na strategii právě probíhající reformy péče o duševní zdraví v ČR, jejímž stěžejním pilířem je vytvoření Center duševního zdraví, v nichž nabývá na důležitosti postavení sociálního pracovníka. A kde je hlavním cílem pomoci osobám s duševním onemocněním maximální podpora začlenění klientů do jejich vlastního prostředí. Specifiky výkonu klinické sociální práce se zabývám dále.

Systémy zdravotní a sociální péče v oblasti duševního zdraví, jejich koordinace, způsob financování služeb a tradice mají významný vliv na roli sociálních pracovníků v péči o osoby s duševním onemocněním. V některých zemích (např. v Nizozemsku) zůstali sociální pracovníci převážně mimo prostor specializovaných služeb, ale např. v USA došlo ke specializaci jejich úlohy na klinickou sociální práci, mezi jejíž významná specifika patří např. i provádění odborných psychoterapeutických služeb (Probstová in Matoušek, 2010:135).

Statistiky provedené NASW (National association of social workers) v roce 2001 ukazují, že zhruba 40% pomáhajících profesionálů pracujících v oblasti duševního zdraví v USA jsou sociální pracovníci. Z toho až 70% členů NASW účastnících se výzkumu se zapojuje do přímé klinické praxe. Přičemž současný stav klinické sociální práce

realizovaný v USA je považován za úspěšný. (Balogová, Kvasňáková, Pížová, 2015:20-24). Také Probstová (in Matoušek 2010: 141) uvádí, že klinické případové vedení je poměrně efektivní prostředek nejen v pomoci duševně nemocným lidem.

Mátel (2015: 9-11) ve své stati uvádí následující přehledný výčet charakteristik klinické sociální práce v USA:

1. se jedná o identifikovanou a akceptovanou specializaci, která ze všeobecné sociální práce využívá společný teoretický základ, koncepty, sociálně-politická opatření, výzkum a metodologii a kliničtí sociální pracovníci musí splňovat speciální kvalifikační kritéria.
2. Toto specifické vzdělání a výcvik musí být minimálně na úrovni magisterského nebo doktorandského vzdělání na akreditovaných školách a musí současně zahrnovat supervidovanou klinickou praxi. Pro udělení licence nebo certifikace na výkon klinické sociální práce je také potřeba minimálně dvouletá přímá práce s klientem.
3. Z teoretického hlediska je klinická sociální práce zakotvená zejména v systémových teoriích a sociálně-ekologických přístupech, také se využívají humanistické teorie, KBT, psychodynamika, přístupy orientované na úkoly apod. V praxi se uplatňuje eklektický přístup. Tato specializovaná sociální práce tak spadá zejména do terapeutického a do určité míry i poradenského paradigmatu.
4. Klienty klinické sociální práce mohou být jednotlivci, páry, rodina nebo malá skupina. Škála cílových skupin klientů je poměrně široká. Kromě osob s duševním onemocněním do ní patří také: oběti a pachatelé násilí, osoby se zdravotním postižením, váleční veteráni, osoby závislé, senioři, migranti a další.
5. Povahou patří vykonávané činnosti do oblasti psycho-sociálního působení. Hlavní činností je přímá práce s klientem, označovaná jako „terapie“, „léčba“, „lечение“ či „poradenství“. Z hlediska profesionální role sociálního pracovníka převládá výraz „terapeut“, „poradce“ nebo „podporovatel“.
6. Klinická sociální práce se vykonává v různých institucích (psychiatrických a jiných zdravotních zařízeních, zařízeních sociálních služeb nebo v ambulancích/ poradnách). Zvláštní místo připadá výkonu soukromé praxe.

7. Tato specifická sociální práce je eticky senzitivní, je založená na klíčových hodnotách sociální práce, definovaných v etickém kodexu (Code of Ethics, 2008) i zvláštních etických pravidlech klinické praxe (NASW, 2005).

8. Kvalitu služeb poskytovaných klinickými sociálními pracovníky v USA podporují také standardy praxe klinické sociální práce. Tento nástroj slouží také k monitorování a vyhodnocování klinické praxe.

Pojem klinická sociální práce není v českém ani slovenském kontextu definován. Andrej Mátel (2015) ve svém příspěvku „Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminológie“ upozorňuje na odchylky ve významech tohoto termínu v různých zemích a sděluje, že je značně obtížné, avšak potřebné stanovit jednotnou terminologickou shodu. Na základě zkoumaných poznatků tento autor navrhuje následující definici klinické sociální práce, takovou, která vyjadřuje nejen shodu v pojmu, ale respektuje také současné východiska slovenské a do určité míry i české sociální práce. „Klinická sociální práce je specializovaná odborná činnost sociální práce založená na přímé praxi klinického sociálního pracovníka s jednotlivcem, párem, rodinou nebo malou skupinou v interakci s jejich prostředím. Jde o psychosociální působení klinických sociálních pracovníků s cílem předcházení, odstranění nebo zmírnění intrapsychických a interpersonálních poruch sociálního fungování uživatelů služeb (zvláště psychosociálních dysfunkcí, duševních a emocionálních poruch a zdravotních postižení) prostřednictvím specializovaného sociálního poradenství, sociální terapie a dalších terapeutických metod, včetně psychoterapie, jako i celkového posílení klienta. Vykonávání může být ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociálních služeb, ambulantně jako i v soukromé praxi.“

Klinická sociální práce v ČR ani na Slovensku tedy v současnosti neexistuje. Podle Balogové, Kvasňákové, Pížové (2015:28) by však klinická sociální práce realizovaná v USA mohla být pro Slovenskou resp. Českou republiku nejen inspirací, ale autorky výskyt této specializace v našich zemích považují v současnosti dokonce za nevyhnutelný. Klinická sociální práce v péči o duševní zdraví by podle nich měla zahrnovat všechny aspekty, od včasné diagnostiky, přes popis projevů chování klienta, přes proces léčby a účinné intervenční zásahy, díky nimž může dojít ke zlepšení kvality života klientů, žijících jak v domácím prostředí, tak v pobytových zařízeních.

2 Sociální opora

Člověk je společenský tvor, žijící ve společenství s druhými lidmi a mající potřebu sounáležitosti. Tato základní lidská potřeba mimo jiné přímo souvisí s termínem sociální opora a věnuje se jí právě tato kapitola. Jde o široký pojem, jehož součástí jsou různé podpůrné systémy sociálního prostředí jedince. Nejdříve v několika variantách popisují definiční vyjádření sociální opory a zároveň její obecnou charakteristiku, doplněnou o seznam jejích vlastností, poté uvádím členění tohoto fenoménu a v poslední části se více věnuji významu sociální opory.

2.1 Definice a charakteristika sociální opory

Sociální opora představuje již tři desetiletí jedno z hlavních témat zájmu sociální psychologie (Urban, Kajanová, 2014:50, dle Sarason, Gurung 1997). Shumaker a Brownell (1984, in Urban, Kajanová, 2014:50) sociální oporu popisují jako výměnu zdrojů mezi dvěma a více osobami, vedoucí ke zvýšení blahobytu příjemce. Podobnou formulaci nabízí ve své publikaci Psychologie zdraví Jaro Krivohlavý (2009: 94). Sociální oporou se v širším slova smyslu rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v tíživé životní situaci. Obecně jde o aktivitu, která člověku v tísní jeho náročnou situaci určitým způsobem usnadňuje. Hartl a Hartlová (2010: 367) předkládají obsahové vymezení této vztahové opory v okolí člověka: je tvořena partnerem, rodinou, přáteli, případně členy komunity a patří sem i svépomocné a terapeutické skupiny. Přičemž podpora těchto subjektů zvyšuje odolnost příjemce vůči stresu a dodává mu chuť přežít prohry a krize a je považována za pilíř duševního zdraví. Další z mnoha definic (Skorunka, 2002:136, dle Morgan et al.) zaměřující se na charakter projevené podpory, považuje sociální oporu za formu poskytování verbální i neverbální informace, rady, hmatatelné pomoci nebo přímého jednání, které vychází od jednotlivců, komunity nebo institucí a je příjemcem vnímáno jako prospěšné a užitečné. Cílem poskytování sociální opory bývá podle Skorunky (2002:137) především asistence potřebným osobám v úspěšném zvládnání náročných životních situací a sekundárně i opětovné získání pocitu zdraví, pohody a životní spokojenosti (well-being).

Potřeba sociální opory narůstá ve chvíli, kdy osoba čelí náročné životní situaci. Mezi typické příklady patří: ztráta blízké osoby, smrt v rodině, těžká onemocnění, duševní choroba, přechodová období mezi jednotlivými stádii vývoje jedince. Podle Holmese a Raheho však může jít také o pozitivní události, protože i ty mohou znamenat

zvýšenou potřebu adaptace člověka, která však může přesahovat možné zdroje dané osoby. Zmíněné životní situace způsobují nejčastěji prožitky a pocity, jako je strach, smutek, zoufalství, bezmoc, opuštění, pocit odmítnutí, pocity viny apod. (Skorunka, 2002: 136-137).

Sociální oporu lze vnímat v jejím širším pojetí jako pomoc, jejíž rozsah může být vyjádřen na makro-, mezo- a mikro- úrovni. Toto vymezení popisuje např. Křivohlavý (2009: 95) nebo v kratší verzi Šolcová, Kebza (1999: 2). Makroúroveň je myšlena úroveň participace na aktivitách nejbližší komunity. Pomoc poskytovaná na mezoúrovni znamená rozsah a kvalitu struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jedince. A mikroúrovni se zamýšlí kvalita intimních vztahů jedince. Pojem „sociální síť“ je používán k charakteristice sociálních vazeb mezi lidmi.

Sociální opora je vnímána jako multidimenzionální a komplexní jev. Tuto charakteristiku lze vysvětlit skutečností, že je rozlišováno několik jejích druhů a také různorodých vlastností.

Vlastnosti sociální opory (SO) na základě svého výzkumu shrnuli Bruhn a Philips (1984, in Šolcová, Kebza, 1999): „1) sociální opora (SO) je dynamický proces, jehož forma a úroveň se mění v čase, 2) SO má interakční, kvalitativní a kvantitativní dimenze, jež je třeba současně respektovat, 3) významnými faktory SO jsou vnímaná dosažitelnost a potřeba SO, 4) potřeba SO se mění v různých životních situacích a cyklech, 5) SO je jedním z přirozených aspektů každodenního života, ačkoli potřeba SO se může měnit vlivem stresu, 6) změny na úrovni fyzické, psychické či sociální mohou ovlivnit vnímání dosažitelnosti a potřeby SO, 7) jednotlivci skupiny, instituce a komunity by měli být schopni ze systémového hlediska definovat přiměřeně svoji SO, 8) SO může vyvolat pozitivní i negativní účinky, 9) SO se může měnit jako funkce kultury a sociokulturní faktory by měly být brány v úvahu při měření úrovně SO, 10) výzkum by měl být soustředěn na podstatu účinku SO, 11) je třeba realizovat longitudinální studie, zahrnující psychosociální i biologická data, ke zjištění průběhu SO v hodnotách populace.“

2.2 Druhy sociální opory

Pro účely této práce uvádím jen omezený výčet druhů sociální opory. V psychologii zdraví (Křivohlavý, 2009: 97-98) se můžeme setkat s rozlišením sociální opory na tyto čtyři:

- instrumentální opora – jde o konkrétní formu pomoci, která může být poskytnuta např. finanční či materiální výpomocí, zajištěním rozličných potřebných i neodkladných záležitostí,
- informační opora – v tomto případě se jedná o pomoc v podobě podání informace potřebnému člověku, a to takové, která by mu mohla pomoci se sprintovat v situaci, do níž se dostal,
- emocionální opora – zde jde o podporu vyjadřováním emoční blízkosti postiženému, a to prostřednictvím laskavého jednání, dodáváním naděje apod.,
- hodnotící opora – člověku v tísní je pomáháno, tím jak je s ním jednáno – myšleno s úctou, s respektem, je tak posilováno jeho kladné sebehodnocení, sebevědomí a snaha o autoregulaci (řídít věci podle vlastního přání).

Vzhledem k tomu, že jsem ve svém výzkumném šetření ke stanovení sociální opory použila dotazník MOS, který je koncipován na zjištění anticipované sociální opory uvádím ještě další dělení tohoto fenoménu. A tím je rozlišení na anticipovanou (očekávanou) a získanou (obdrženou) sociální oporu. Anticipovaná sociální opora je přesvědčení, že významné blízké osoby jsou připraveny pomoci, objeví-li se taková potřeba. Tato podpora je tak především reflexí sociálního prostředí a představuje obecný pocit jedince, že je ostatními přijímán, že o něho mají zájem, bude-li to potřebovat. Naproti tomu získaná sociální opora představuje skutečně obdrženou pomoc (Šolcová, Kebza, 1999: 7-8).

2.3 Význam sociální opory pro duševního zdraví

Jak již bylo řečeno, význam fungujících sociálních vztahů je pro člověka v jeho životě klíčový. Podle řady dostupných psychologických studií má bezprostřední vliv na jeho pocit štěstí, životní spokojenost a psychické zdraví. Některé z těchto publikovaných studií jmenují autoři článku „Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví“ (Ježorská a kol., 2013: 18). V této souvislosti lze uvést tvrzení Křivohlavého (2006a:179), že mezi nejčastější negativní projevy některých sociálních charakteristik na život jedince patří např. nepříznivý vliv pocitu osamocení a opuštěnosti, existence neřešitelných mezilidských konfliktů zájmu, pomluv, soupeření, nenávisť, nepřátelství apod. Současně tento autor uvádí (2009:96), že se osoby s psychiatrickou diagnózou dostávají častěji do sociální izolace a jsou kvůli onemocnění stigmatizováni. Sociální oporu tak lze chápat jako opak sociální izolace. Je také jistě zajímavé, že Svatošová (in Křivohlavý, 2002:105)

zahrnuje poskytování sociální opory ze strany nemocného svému okolí mezi taktiky zvládání životních těžkostí - nemoci a utrpení.

Specificky v kontextu závažného psychického postižení se vyjadřuje i Vágnerová (2014:348-349) o faktorech majících vliv na prognózu psychotického onemocnění. Jedním z nich je právě význam sociálního zázemí pro nemocného jedince. Pokud je nemocnému tato forma podpory poskytována a cítí se díky ní akceptován, je větší pravděpodobnost zlepšení, či alespoň uchování přijatelného stavu.

Význam sociální sítě u psychotických klientů (pacientů) potvrzuje i psychosociální koncept a alternativní metoda uplatňovaná od 80-tých let v systému péče o duševní zdraví, konkrétněji o psychotické pacienty tzv. „Open Dialog“. Jeho autorem je finský psycholog a psychoterapeut Jaako Seikkula, který na blogu „Open dialogue an international community“ (Seikkula, 2016 [online]) cituje velmi výstižné vyjádření ruského filosofa Mikhaila Bakhtina (1984:293): „autentický lidský život je otevřený (neuzavřený, open-ended) dialog. Život je ve své podstatě dialogický. Žít znamená účastnit se dialogu: ptát se, dávat pozornost, odpovídat, souhlasit atd. V tomto dialogu člověk participuje celým životem: očima, ústy, rukama, duší, duchem, celým svým tělem a skutky. Celého sebe vkládá do děje (vyprávění) a tento děj se stává dialogickou strukturou lidského života v celosvětovém symposiu.“ Metoda Open dialogu má za cíl předcházet plnému propuknutí psychóz a spočívá ve snaze vyřešit začínající psychotickou příhodu ihned v jejím počátku, a to s pomocí rodinného zázemí pacienta. Hlavní důraz je tak kladen na rodinný systém a spolupracující přístup založený na dialogu, v jehož průběhu si člověk konstruuje subjektivní realitu. Základem je tedy snaha o zachování a podpoření klientovy (pacientovy) sociální sítě, zapojení do léčby jeho rodinu a přátele a respektování jeho svobodného rozhodování. Hlavním cílem je klientova reintegrace, vedlejším efektem může být podstatné omezení potřeby medikace psychofarmaky. Tato metoda dle dostupných výzkumů vykazuje značnou úspěšnost (přes 80%) při návratu nemocných osob k běžnému a plnohodnotnému způsobu života.

Souvislost mezi významem poskytování sociální opory a sociální práci s psychicky nemocnými pak spatřuji v poskytnutí pomoci těmto klientům prostřednictvím socioterapie. Podle Vágnerové (2014: 347-348) se totiž jedná o resocializační proces, kde je kromě aktivizace nemocných formou podpory či znovu-osvojení jejich praktických dovedností, kladen důraz také na dosažení přijatelné sociální

adaptace a integrace. K podpoře osob s duševním onemocněním tak patří i podpora soužití v rodině nemocného, zaměřená na zvládání problémů v daném sociálním kontextu. Z praktického hlediska je cílem těchto intervencí zlepšení atmosféry a redukce zdrojů napětí v mezilidských vztazích. Součástí podpory nemocného i jeho rodiny může být také účast ve svépomocné skupině.

Oblastí podpory, která by měla být i součástí komunitního systému péče o duševní zdraví resp. nově Center duševního zdraví, je tedy i neformální podpora nejbližší sociální sítě nemocného. Podle Šolcové a Kebzy (1999: 26) však tato sociální síť může mít na člověka pozitivní, negativní i neutrální vliv. Kvalita struktury sociálních vazeb mezi zúčastněnými, jejich bohatost, intenzita a vzájemné působení mají na úroveň sociální opory zásadní vliv. Beels et al. (1984: 401) ve svém výzkumu věnujícímu se zkoumání významu sociální opory v průběhu léčby schizofrenie dochází k potvrzujícímu závěru. Mezi faktory ovlivňující účinek poskytování podpory prostřednictvím sociální sítě patří: velikost sítě, frekvence, intenzita a délka trvání kontaktu s kontaktní osobou v rámci sítě, demografické charakteristiky členů sítě, kontext situace, ve které dochází ke kontaktu, rozmanitost sociální sítě a druhy aktivit, do kterých jsou členové sítě zapojeni.

O společenském významu sociální opory jako sdílené odpovědnosti sociální práce a rodiny píše například Geens, Roets, Vandebroek (2014: 532-540). V tomto článku je diskutována, kvalitativně zkoumána a konečně pozitivně vyhodnocena úloha sociální práce při vytváření neformální sociální podpory rodiny.

Jedná-li se o profesionální poskytování sociální opory nezbytnými požadavky na jejich poskytovatele je podle Skorunky (dle Morgana, 2002: 137) respektující postoj a přijetí klienta, dále schopnost vytvořit bezpečné psychologické prostředí a schopnost navázat s klientem vztah založený na vzájemné důvěře, a to díky otevřenému sdílení pocitů, potřeb a myšlenek. Všechny tyto jmenované atributy jsou samozřejmě společné pro všechny pomáhající profese.

Souhrnně lze na závěr říci, že pozice člověka v sociální struktuře resp. jeho sociální začlenění může mít pozitivní vliv na způsob zvládání různých životních zátěží a míra a charakter naplnění sociální opory v životě jedince má důležitý vliv na jeho psychickou pohodu a zdraví. Sociální síť tak může být současně velmi významným činitelem v pomoci a péči a v procesu zotavení duševně nemocných osob.

3 Spiritualita

V této kapitole se nejdříve věnuji vymezení a odlišení pojmu spiritualita a religiozita. Protože jejich jednotná definice neexistuje, předkládám jich hned několik. V odborné literatuře se lze setkat, s tím, že se oba pojmy vyskytují pohromadě a jsou tak vnímány jako vzájemně provázané. V návaznosti na tuto část věnující se převážně správnému pochopení spirituality, předkládám posouzení významu spirituality v sociální práci a v závěrečné podkapitole poté definuji a charakterizuji pro tuto bakalářskou práci druhý stěžejní termín-, kterým je spirituální distres.

3.1 Charakteristika pojmů spiritualita a religiozita

Pojem religiozita definuje Hartl a Hartlová (2000:505) jako zbožnost, víru v pravost a v pravdivost náboženství, dále jako nábožnost, sílu víry nebo náboženské přesvědčení, odrážející se různou měrou v chování a každodenní praxi člověka. Podle Kaňáka (2015:32, dle Davis) bývá náboženství v sociální práci obecně vnímáno jako zapojení se do života určité církve, včetně z toho plynoucí předpokládané chování, jednání a užívání specifického jazyka. Tyto popsané projevy jsou uskutečňovány ve vztahu k Transcendenci, bez ohledu na to, zda se jedná o Boha v křesťanském, židovském nebo jakémkoli jiném smyslu. Náboženství je dále možné dle Kaňáka (2015:33, dle Hill) charakterizovat pomocí tří vlastností: (1) „nadpřirozené síly“, ke které se osoba vztahuje a současně (2) pocítuje prožitek přítomnosti této síly. Podstatnou součástí tohoto prožitku jsou pak (3) sociální „rituály“, které jsou přizpůsobeny s ohledem na úctu k „nadpřirozené síle“ a jsou sdíleny určitou skupinou osob či společenstvím. Přičemž právě existence sociálních „rituálů“ odlišuje náboženství od spirituality. Canda a Furman (in Kaňák, 2015:33) shrnují, že „náboženství je institucionalizovaný vzorec hodnot, přesvědčení, symbolů, chování a zkušeností“. Kaňák doplňuje toto tvrzení poznámkou: „zatímco spiritualitě tato institucionalizace chybí“.

U spirituality je významný osobní vztah a vazba jedince ke smyslu nebo Transcendenci, a to bez potřeby příslušet k určitému náboženství. Skutečnost, zda se jedná o vazbu ke smyslu či k Transcendenci určuje, o jaké pojetí spirituality se jedná (Kaňák, 2015: 33, dle Canda, Furman, 2010; Davis, 2014; Hodge, McGrew, 2005). Pokud jde o pojetí spirituality s tendencí po hledání smyslu života či existence nebo konkrétních životních událostí je možné hovořit o „*sekulární spiritualitě*“. Autoři věnující se tomuto uchopení spirituality, upozorňují, že v tomto případě je bezpředmětné ptát se, zda někdo

spiritualitu má a někdo nemá, protože hledání smyslu je vlastní každému člověku (Kaňák 2015:33, dle Holloway, Moss, 2010:28). Naproti tomuto uchopení spirituality stojí pojetí posvátné tj. „*sacred*“. Tento druh spirituality je příznačný vztahem k Bohu, božstvu, k Transcendentní existenci. V tomto případě můžeme spiritualitu vnímat jako všechny prožitky, myšlenky nebo jednání, které mají spojitost s hledáním posvátna (Kaňák 2015:33, dle Hill et al, 2000:66). Toto rozlišení má praktický vliv i na výkon sociální práce. Pokud bychom vycházeli především ze „*sacred*“ spirituality byly by v práci s klienty na místě otázky nejen po tom, zda má spiritualita místo v profesi, ale také jak jí oslovovat. V případě sekulárního pojetí by bylo vhodné ptát se jak oslovovat téma smyslu. Furness a Gilligan (2010) proto doporučují pragmatické uchopení spirituality, tzn. je spíše potřeba zjistit, jak spiritualitě rozumí konkrétní klienti a klientky (Kaňák, 2015:33).

Spirituální otázky úzce souvisejí s otázkami existenciálními. Lze také říci, že řešení existenciálních otázek je v zásadě spirituální záležitostí, je to oblast, kde se člověk dotýká svých fundamentálních životních zážitků a zkušeností a kde také často navazuje na to, co mu předali nebo zprostředkovali jeho rodiče příp. prarodiče. Pojetí spirituality jako vyjádření lidského niterného zakotvení, zacílení a orientace v životě je jinak řečeno „soubor nejniternějších a nejdůležitějších vztahů, které jsou pro člověka konstitutivní“ (Opatrný, 2008:142-143).

Další vyjádření spirituality nabízí Křivohlavý (2015:176). Ten ve své knize *Pozitivní psychologie* publikoval slova významného amerického psychologa Pargamenta, který se věnoval experimentálnímu studiu různých tvořivých způsobů zvládání životních problémů, konfliktů a stresů právě pomocí spirituality a tu definoval jako „hledání toho, co je posvátné“. „Posvátným“ Pargament rozumí to, co uprostřed všech „běžných“ věcí považujeme za neobvyklé. Tato neobvyklost má však zvláštní podobu, charakteristickou tím, že je spojena s hlubokým uvědoměním si omezených hranic našeho lidství a z toho vyplývající nutnosti nejen uznání toho, co je „za těmito hranicemi“, ale i respektu k tomu, co tyto hranice přesahuje. A k tomuto má člověk následně nahlížet s úctou.

Říčan (dle Schneiderse, 2010: 225-226) také uvádí teologicky pojatou definici spirituality, podle ní se jedná o to, co působí v člověku Duch Svátý. K tomuto výkladu se přidává Smékal (2017: 20), který sděluje, že termín „spiritualita“ je odvozen

z hebrejského slova Ruach, z řeckého neuma a latinského spiritus. Tento významově bohatý pojem je nejčastěji překládán jako „duch“, ale také „dech“ a „vítr“. Hovořit o duchu pak znamená mluvit o tom, co dává život a oživuje. Spiritualita je v tomto pojetí životem víry, tím co ji motivuje, pohání, oživuje a oduševňuje a konečně tím, co lidé nacházejí jako užitečné, udržující a rozvíjející víru.

Závěrem shrnuji výše uvedené poznatky této kapitoly parafrází slov Jara Křivohlavého (2015:180). Pohled na soudobé psychologické studie spirituality ukazuje, že spiritualita je jevem, který je v současnosti aktuální a s nímž se v lidském životě setkáváme. Soudobé výzkumy nejen s oblasti psychologie se proto snaží ho neignorovat, ale naopak ho podrobují svým analýzám. Nebylo by dobré, kdyby tento jev unikl z obzoru naší pozornosti, a to už jen z toho důvodu, že se s ním lze setkat snad u každého jedince.

3.2 Význam spirituality v sociální práci

Téma spirituality se již delší dobu objevuje nejen v zahraničních odborných kruzích sociální práce, ale v posledních několika letech se se spirituální dimenzí klienta, jež může být součástí spirituálně citlivých intervencí v sociální práci, počítá i v česky psané odborné literatuře. Dalo by se říci, že pomalu, ale jistě se tak postavení tohoto diskurzu v této pomáhající profesi stává její nedílnou součástí.

Pozitivní vztah mezi spiritualitou/religiozitou a kvalitou života člověka je popisován již delší dobu v psychologické a zdravotní literatuře. I Světová zdravotnická organizace (WHO) zařadila dimenzi spirituality do oficiálního nástroje posouzení kvality života WHOQOL, a to i přesto, že se tato doména neobjevuje v aktuální definici zdraví, podle níž zde patří pouze fyzická, psychická a sociální dimenze. O spiritualitě se také na půdě WHO vede diskuze jako o tzv. 4. dimenzi zdraví (Doležel, 2017:35-36). Na vztah mezi fyzickou, psychickou a spirituální stránkou člověka v současnosti reaguje vědecká disciplína zvaná psychosomatika a také další specifická oblast studia somatopsychospiritualita (Křivohlavý, 2006a:167). Vojtíšek a kol. (dle Říčan, 2012:13) také upozorňuje na skutečnost, že v poslední verzi hierarchie potřeb podle Abrahama Maslowa je na vrcholu pyramidy uvedena také „potřeba transcendence, přesahu, hlubokého prožití toho, že člověk je součástí většího celku – lidstva, přírody, Země a nakonec celého vesmíru“.

Poznatky pozitivního vlivu spirituality na zdraví a kvalitu života člověka, jsou tedy již dlouhodobě známé a etablované. V kontextu této kapitoly, věnující se významu duchovního prožívání v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním také uvádím citaci Křivohlavého (dle Emmons, 2006a:171-172): „osobní spiritualita je efektivním mechanismem, kterým je možno dosáhnout cíle, jímž je integrace osobnosti“, přičemž integrace osobnosti má úzký vztah právě k duševnímu zdraví jedince. Patopsychologie pak přináší mnoho důkazů, o tom že vnitřně rozpolcená osobnost je obvykle velmi významně vzdálena jedinci, jehož můžeme nazvat duševně zdravým.

Vzhledem k tomu, že je žádoucí, aby v kontextu pomoci osobám s duševním onemocněním spolupracoval obor sociální práce se zdravotnickými institucemi jako s dalšími pomáhajícími subjekty, předkládám také komentář Doležela (2017: 36). Ten ve své publikaci píše o práci a studiích amerického profesora psychiatrie Harald G. Koenig a kol.. Koenig a jeho kolegové na základě empirických výsledků došli k závěru, že religiozita a spiritualita pozitivně souvisí se: „zvýšenou adaptací na ztrátu blízké osoby, sociální oporou, životní spokojeností, pocitem štěstí, naděje a optimismu, vnímání smyslu a účelu života, *sníženým pocitem úzkosti*, sníženým pocitem opuštěnosti, *sníženou mírou sebevražednosti*, *sníženou délkou psychiatrické hospitalizace*, *zvýšenou pravděpodobností remise schizofrenie*, kvalitou života, zdravým životním stylem, vymaněním se z drogové závislosti, nižší mírou kouření, *vyšší pocíťovanou kontrolou nad vlastním tělesným a psychickým stavem*, *nižší mírou depresivity*, vyšší mírou sebevědomí, nižším krevním tlakem, nižší úmrtností po srdeční operaci, vyšší průměrnou délkou života, vyšší schopností zvládat stres.“ Mnou kurzívou označené oblasti zdraví přímo souvisí s psychickým zdravím resp. duševním onemocněním. Tato zjištění mohou být podstatným zdrojem informací pro pracovníky v oblasti sociální práce resp. pro jejich teoretické ukotvení a následné praktické využívání spirituální dimenze jako významné součásti spolupráce a pomoci klientům s duševním onemocněním.

Jiný seznam poznatků o vlivech religiozity a spirituality relevantních pro sociální práci vytvořil Hodge (2000). Mezi pozitivní interakce se spirituálním prožíváním zařadil: úspěšné stárnutí, spokojené manželství, meziosobní přátelství, odolnost, zvládání, vůdčí roli uvnitř minority, porozvodovou stabilizaci. A současně mají nasycené duchovní potřeby vliv na sníženou míru: zneužívání návykových látek, úmrtnost, nemocnost, bezdomovectví a sexuální násilí (Doležel, 2017: 37). Všechny zmíněné komponenty tohoto seznamu mohou být dle mého mínění zasazeny do snahy pomáhajících pomoci

své klienty uschopnit, tak aby mohli samostatně sociálně fungovat a aby mohli zároveň naplnit své životní potřeby a cíle. A to platí i pro sociální práci s konkrétní cílovou skupinou osob s duševním onemocněním.

Kaňák (dle Mildová-Bílková, Svoboda, 2015: 30-42) připomíná, že duchovní diskurs v této profesi představuje také morální apel na pracovníky: „aby nezanedbávali duchovní stránky svého života, neboť musí jít příkladem“. Kromě tohoto požadavku však tito autoři současně zdůrazňují potřebnost vědeckého základu pomoci. Ve svém novějším příspěvku pak Kaňák (2018:7-8) shrnuje téma spirituálně senzitivní sociální práce Jan Kaňák (2018: 7-8). Autor se zde snaží odpovědět na otázku: „Do jaké míry a jak se spiritualitou v interakci s klienty zacházet. Já se tomuto podrobnějšímu popisu postavení diskurzu spirituality a konkrétním spirituálně citlivým intervencím v sociální práci věnuji více ve své absolventské práci (Švábová, 2019). Zde pouze uvádím dle mého názoru důležité tvrzení Kaňáka (2018: 7-8), že sociální pracovník by měl před započítím práce se spirituálním rozměrem klienta, brát vždy do úvahy fakt, zda je spiritualita jako taková pro dotyčného vůbec důležitá a zda ji chce klient do řešení svých obtíží zapojit.

Kaňák a Stretti (2015: 45) hovoří o významu spirituálního posouzení životní situace klienta jako o příležitosti „nakouknout“ do klientova světového názoru a pohledu na svět a současně „umožňuje nastavit poskytovanou službu tak, aby respektovala nejdůležitější aspekty klientovi kultury.“ Spirituální rozměr může být zapojen do holisticky pojatého kontaktu s klientem a sloužit k odhalení jeho spirituálních potřeb, které se vedle psychologických, sociálních a biologických faktorů podílí na životní spokojenosti jedince a na jeho fungování. U každé této dimenze se pak zjišťuje míra její významnosti a obsahy, které s ní mají klienti spojené. Kaňák (2015:39) konkrétně píše, že „nad spiritualitou se dnes uvažuje, jako nad copingovým mechanismem i zdrojem případných potíží v životě klientů“.

Závěrem této části je také jistě na místě podotknout, že pro mnoho lidí (a to nejen trpících duševním onemocněním) je problém o těchto důležitých a hlubokých otázkách vůbec komunikovat. Není to jen věcí důvěry ke komunikačnímu partnerovi, je to také výsledek životního stylu, ve kterém člověk k verbalizaci těchto témat dospěl či nedospěl. To, že člověk o těchto věcech z tohoto důvodu nehovoří, ještě neznamená, že o ně v jeho životě nejde a jsou pro něho nedůležitá. Naopak je potřeba vědět, že se spirituální (duchovní) témata vyskytují prakticky u každého člověka, a že jde o širší oblast, než jen

o oblast výslovně náboženské praxe a běžných náboženských projevů (Opatrný, 2008:143).

3.3 Spirituální distres

Spirituální distres je obecně vnímán jako projev negativního příp. nedostatečného duchovního zdraví či spirituálního prožívání a stejně jako v případě sociální opory se jedná o pojem, s kterým se můžeme setkat ve vícero soudobých výzkumných statích (kde figuruje jako zkoumaná veličina) a odborných publikacích věnujících se psychologii, zdravotnictví a ošetrovatelství, ale i sociální práci. V českém odborném prostředí můžeme namísto termínu „spirituální distres“ narazit na sousloví „duchovní nouze“ či „duchovní tíseň“ příp. „duchovní strádání“.

Monod, et al. (2010:1) spirituální distres definuje jako „stav, ve kterém je jedinec vystaven riziku narušení svého systému přesvědčení nebo hodnot, jež mu poskytují sílu, naději a smysl života“ a může tak mít potenciálně škodlivý vliv na prognózu a kvalitu jedincova života.

Křivohlavý (2006b) píše, že z psychologického hlediska je utrpení často spojováno se stresovým stavem, přesněji s distresem nebo tj. negativně vnímaným stresem. Utrpením se spolu s doprovodnými tělesnými a duševními bolestmi obecně rozumí trápení, strádání a obraz bídy. Můžeme dodat také vyjádření Svatošové (2012:23-64), která říká, že každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle smysl.“ Nenaplnění této potřeby smysluplnosti se pak rovná skutečnému stavu „duchovní nouze“ a stejně jako u bolesti fyzické, se i u bolesti spirituální můžeme setkat se širokou škálou intenzity bolesti – od mírné až po nesnesitelnou, přivádějící člověka k zoufalství. Podle autorky lze většinu spirituálních bolestí zařadit do některé z dále jmenovaných oblastí: potřeba odpustit, odpuštění přijmout, ztráta smyslu, strach z trestu, strach z neznámého, pocit marnosti.

V klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) byl koncept spirituálního distresu zařazen již v roce 1978 a v nejnovější verzi této klasifikace je definován jako „stav strádání způsobený narušenou schopností prožívat smysluplný život prostřednictvím spojení se sebou samým, druhými, světem nebo nadřazenou bytostí“ (Doležel, 2017:41).

Definiční znaky a seznam souvisejících faktorů spirituálního distresu, které uvádí NANDA International (Herdman, Kamitsuru, 2014: 372) jsou následující:

- „úzkost, pláč, únava, strach, nespavost, dotazování na identitu, dotazování na smysl života a dotazování na smysl utrpení,
- ve spojitosti se sebou samým: hněv, snížený pocit klidu, pocit nevolnosti, pocit viny, nedostatečné přijetí, neefektivní strategie vyrovnání, nedostatek odvahy, pocit nedostatečného smyslu života,
- ve spojitosti s druhými: odmítání komunikovat s duchovním, odmítání interakce s důležitými blízkými osobami, izolace od podpůrných zdrojů jako je umění, hudba, literatura a příroda, snížení kreativity oproti dřívějšímu, nezáměr o přírodu, nezáměr o četbu duchovní literatury,
- ve spojitosti s Vyšší Mocí: zlost vůči Vyšší Moci, pocit opuštěnosti, beznaděje, neschopnost introspekce, neschopnost zažít transcendentní zážitky, neschopnost účastnit se náboženských činností, neschopnost modlit se, vnímání utrpení, požadavky na duchovní představitele, náhlá změna v duchovní praxi,
- další související faktory: být aktivní v umírání, stárnutí, narození dítěte, smrt důležitých blízkých osob, být blízko smrti, nemoc, bezprostřední smrt, zvýšená závislost na něčem, životní změna, osamělost, ztráta části těla, ztráta funkce části těla, bolesti, pocit nedokončené práce, přijetí špatných zpráv, sebe-odcizení, sociální odcizení, sociokulturní deprivace, nečekané životní události.“

Tento koncept může být na základě faktu, že spadá do oblasti spirituálního prožívání, jehož odborná legitimita byla v diskurzu sociální práce potvrzena viz. článek od Jana Kaňáka „Postavení diskurzu spirituality“(2015) vhodným parametrem ve výzkumných šetření věnujících se spirituální dimenzi klientů/pacientů.

4 Vztah sociální opory a spirituality

Je důvodné se domnívat, že existuje souvislost mezi sociální a spirituální dimenzí člověka? Odpověď na tuto otázku se snažím nalézt v této kapitole. Tématu spojení těchto dvou konstruktů se věnují především některé zahraniční práce. O některých z nich se více zmiňuji také v kapitole 4.4 Stanovení a odůvodnění hypotézy.

Říčan (2007:61-62) říká, že spiritualita má také přímé důsledky pro vztahy prožívajícího k druhým lidem a současně, platí, že tyto vztahy samy mají za určitých okolností spirituální povahu. Důvod můžeme podle Říčana hledat v jejich prožívání a zakoušení, jenž může mít kvality, jimiž je charakterizována sama spiritualita (mezi takovéto fenomény patří např. okouzlení krásou či půvabem jiné lidské bytosti, respekt či úcta k druhému člověku/lidské bytosti obecně, intimita – extrémní psychická blízkost, soucit a nenávisť či pohrdání).

Souvislosti mezi sociální a spirituální složkou člověka se v jedné z kapitol publikace *Teorie a praxe charitativní práce* věnují také Opatrný, Lehner et. al. (dle Maliňáková a Opatrný, 2009: 57-60). Podle těchto autorů duchovní (spirituální) život člověka předně představuje síť jeho vztahů s okolím: „*Když nevnímám druhé lidi jako objekty, jako nějaké „ono“, ale jako konkrétní osoby, které mohu oslovit „Ty“ a pro které také já nejsem jen nějaké „ono“, ale konkrétní „Ty“, tehdy začíná můj duchovní život.*“ Otázkou duchovního života je tedy i kvalita vztahů uvnitř rodiny zdravotně postiženého a také jeho osobní vztahy s pracovníky pomáhajících profesí. Autoři také ve svém příspěvku citují zkušenost komunity Archa, která pracuje s osobami s duševním onemocněním toto: „*Zvláštním utrpením duševně postiženého člověka – jako ostatně každého člověka na periferii společnosti – je pocit vyloučenosti, méněcennosti, pocit nemilovanosti.*“ Pokud se omezení jedince se zdravotním postižením projeví v jeho společenských aktivitách, je zřejmé, že se důsledky této restriktce budou týkat jeho sociální oblasti. Teoretickým cílem sociální práce se zdravotně postiženými a s jejich rodinami je proto podpora sociálního fungování jedince nebo skupiny.

Jedním z výzkumů, který hovoří pro fakt, že spojitost mezi sociální oporou a spiritualitou existuje je studie zaměřující se na posouzení vztahu mezi religiozitou/spiritualitou, sociální oporou a kvalitou života seniorů v Chile (Lorena P Gallardo-Peralta, 2017). Výsledky této studie ukazují, že spiritualita, náboženství a osobní přesvědčení jsou spojeny se všemi oblastmi kvality života, zvláště pak jsou

významné pro pochopení dvou domén této široké oblasti, a to psychologie a sociálních vztahů.

Naopak Schuurmans-Stekhoven (2013: 1248-1259) ve své práci kritizuje závěry několika provedených výzkumů, hovořících ve prospěch existence vztahu spirituality a sociální opory. Na základě výsledků svého šetření zpochybnil dosavadní pozitivně psychologickou hypotézu, že spiritualita prospívá zdraví, tím že se podílí na vytváření sociální opory jedince. Autor poukazuje na skutečnost, že ve vztahu mezi spiritualitou a sociální oporou nelze opomenout jedincovo osobnostní nastavení ve vztahu ke zdvořilosti a svědomitosti. Tyto vlastnosti totiž odrážejí společenskou tendenci tolerovat druhé a lze tak předpokládat, že tito pro-sociálně zaměřeni jedinci oceňují a hledají sociální vazby více než jiní a tráví tak více času v kolektivu lidí praktikujících společné duchovníaktivity.

5 Metodologie výzkumu

V první části práce bylo mou snahou předložit odborné teoretické ukotvení zvoleného tématu a doložit relevanci označených oblastí života – sociální opory a spirituálního distresu se studovaným oborem – sociální prací a upozornit na jejich význam v pomoci osobám s duševním onemocněním. Druhá metodická část práce je empirická, zabývá se metodologií prováděného kvantitativního výzkumu realizovaného na základě stanoveného hlavního cíle bakalářské práce. Kromě formulace cíle výzkumu, výzkumných otázek a hypotézy, do této části práce náleží také popis použitých výzkumných metod a nástrojů měření a charakteristika výzkumné populace včetně popisu sociální služby pracující s respondenty. Dále se zabývám popisem sběru dat včetně otázky etiky výzkumu a konečně popisem způsobu zpracování získaných dat, jejich analýzou a interpretací. Závěrečná prezentace výsledků výzkumu je věnována vyhodnocení stanovené hypotézy.

5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotéza

Na základě mé osobní domněnky a několika zahraničních výzkumů je mým záměrem resp. cílem této bakalářské práce pomocí kvantitativního šetření zjistit, zda se na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově ukáže souvislost mezi jejich sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu. Z této formulace plyne potřeba rozdělení hlavního cíle na dva dílčí cíle.

Dílčí cíl č. 1 je: Zjištění míry sociální opory u populace klientů SRC v Prostějově.

Dílčí cíl č. 2 je: Zjištění míry rizika spirituálního distresu u populace klientů SRC v Prostějově.

Na základě hlavního vytyčeného cíle jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku následovně: **Prokáže se pomocí kvantitativního výzkumu souvislost mezi sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově?** Dále pak uvádím 2 výzkumné otázky, pomocí nichž budu operacionalizovat hlavní cíl.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaká je míra sociální opory u populace klientů SRC v Prostějově?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaká je míra rizika spirituálního distresu u populace klientů SRC v Prostějově?

Na tyto otázky jsem hledala odpovědi pomocí anonymního dotazníkového šetření, které je ústředním nástrojem kvantitativního výzkumu. Následnou analýzou dat a určením vztahu mezi zvolenými proměnnými a konečně vyhodnocením výsledků si pak slíbují získání odpovědi nejen na hlavní výzkumnou otázku, ale i další poukázání na důležitost podpory zdrojů sociální opory v životě osoby s duševním onemocněním, ale i význam práce se spirituální dimenzí těchto osob.

5.2 Stanovení a odůvodnění hypotézy

Kvantitativní výzkum je ve své podstatě testování hypotéz. Ke své realizaci používá deduktivní metodu, která vychází z teorie nebo z obecně formulovaného problému. A tento teoretický či praktický problém je uchopen za pomoci stanovení hypotéz. Hypotézy jsou pak pomocným nástrojem pro hledání povahy souvislostí mezi proměnnými. Definice hypotézy podle Babbie (1979) zní takto: „*Hypotéza je očekávání o charakteru věci, vyvozené z teorie.*“ (Disman 2002:76-78).

Punch (2008, s. 12-18) dále sděluje, že hlavní úlohou kvantitativního výzkumu je zkoumání vztahů mezi proměnnými, jejichž hodnoty se zjišťují měřením. Na proměnnou je potřeba nahlížet jako na vlastnost nebo charakteristiku nějakého objektu reality. Samotný výzkum je tak organizovaný, systematický a logický proces zkoumání, používající empirické informace k zodpovězení otázek a testování hypotéz.

V případě tohoto výzkumného šetření je takovýmto objektem reality populace klientů SRC v Prostějově. Za nezávislou proměnnou jsem určila míru sociální opory a za závisle proměnnou míru spirituálního distresu. K tomuto je potřeba říci, že dle Dismana (2002:85) „*termíny „závislá“ a „nezávislá“ proměnná neznamenaají existenci kauzální závislosti a často ani ne očekávaný směr vlivu.*“

Vzhledem k výzkumnému cíli a poznatkům níže uvedených odborných studií jsem stanovila následující hypotézu:

H: Mezi sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu u klientů Sociální rehabilitace Cesta existuje statisticky významná souvislost.

Podle Kříšťana (2013: 148) a dalších autorů (Sulmasy (2002), Guidová (2011), Mastiliakova (2010), Svatošová (2008), in Dubovic, 2018: 23) je na člověka nahlíženo jako na celistvou bytost, jednotně tvořenou biologickou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzí.

Vycházíme-li z vědomí této skutečnosti, můžeme předpokládat i vzájemný vliv všech těchto lidských dimenzí. Spirituální stránka člověka, tak může být hybným činitelem jakékoli jiné životní roviny, tzn. i té sociální.

Níže uvádím několik studií zabývajících se vztahem mezi sociální oporou a spiritualitou. Provedeným výzkumem autorů Alorani a Alradaydeh (2017: 291-298) bylo prokázáno, že mezi 919 vysokoškolskými studenty na univerzitě v Jordánsku existuje významná pozitivní korelace mezi jejich vnímanou sociální oporou, duchovním zdravím a životní spokojeností. Zkoumány byly vztahy mezi doménami duchovního zdraví s názvem (meaning/peace, faith) smysl/ pokoj (klid) a sociální oporou poskytovanou různými zdroji (rodina, přátelé a dalších významných osob), třetí zkoumanou proměnnou byla životní spokojenost.

Jiná studie zabývajících se zjišťováním vlivu spirituality, religiozity a sociální opory na kvalitu života korejských žen nemocných rakovinou se ve své teoretické části odkazuje na několik příkladů téhož závěru a to, důkazu o souvislosti mezi oběma proměnnými. Ke stejnému výsledku, pak dospěly i sami autorky zmíněného článku Lim a Yi (2009: 699-700). Bylo prokázáno, že vyšší hladina sociální izolace je spojená s nižší hladinou religiozity a spirituality.

O prokázaném spojení religiozity, spirituality na kvalitu života seniorů se specifickým zaměřením na oblast sociální opory píše také odborný příspěvek autorky Gallardo-Peralta (2017: 1-14) Průzkumu se účastnilo 777 seniorů žijících na severu Chile. Autorka také kromě jiného dospěla k závěru, že koncept spirituality a religiozity by měl být v sociální práci aplikován. Jejím konečným stanoviskem bylo, že přístup jedince k jeho duchovním zdrojům má důležitý vliv na zvládání fyzických, psychologických, sociálních i environmentálních potíží, které jsou typické pro stáří.

O významu a vlivu spirituality příp. religiozity na duševní zdraví v souvislosti s výkonem sociální práce a její praxe v Severním Irsku pojednává rozsáhlá publikace Carlisle (2014: 9-10). Provedená empirická studie zkoumá názory a zkušenosti duševně

nemocných klientů sociálních služeb a sociálních pracovníků na spiritualitu, náboženství a duševní onemocnění. Výsledná data ukazují na relevanci tématu spiritualita potažmo religiozita pro duševně nemocné. Tato oblast je i předmětem zkoumání z pohledu zavedené praxe sociální práce nejen v Severním Irsku, ale i celém Britském království.

V *Příručce náboženství a zdraví* (Handbook of Religion and Health) od Haralda G. Koeniga a kol. se na základě přes 3000 provedených studií hovoří o pozitivní korelaci spirituality/religiozity s různými oblastmi tělesného a duševního zdraví. Jednou z těchto oblastí je také sociální opora (Doležel, 2017:36).

Na základě výše uvedených závěrů byla formulována hypotéza H.

5.3 Popis použitých metod a nástrojů měření

Výběr neexperimentální kvantitativy pro řešení stanoveného výzkumného problému jsem zvolila z důvodu znalosti populace, která byla šetření podrobena a současně malého počtu definovaných proměnných. Obě tyto jmenované skutečnosti patří podle Hendla (2005: 47) k jedné z typických vlastností kvantitativního výzkumu. Pro získání dat o anticipované sociální opoře a spirituálním distresu jsem si vybrala kvantitativní metodu výzkumu, realizovanou prostřednictvím 2 standardizovaných dotazníků.

Podle Novotné a Kaly (2015: 23-24) není jednoduché spirituální potřeby nemocného rozpoznat, často bývají zamaskovány různými typy chování. Svatošová (2011) však dodává, že duchovní potřeby mají všichni lidé, ať už si to uvědomují či nikoliv. A pro toho, kdo si jich vědom není, je saturace těchto potřeb nejpotřebnější. Knoflíčková (2008) také poukazuje na skutečnost, že spirituální prožívání je v čase nemoci o to významnější.

Vědecky (psychometricky) ověřených nástrojů k detekci obou analyzovaných aspektů života jedince, majících bezprostřední vliv na jeho fungování byla vyvinuta řada. O některých z nich např. ve své diplomové práci hovoří Mikušková (2014: 35-36), která zkoumala sociální oporu seniorů žijících v domácnostech a o nástrojích sloužících k posouzení spirituální dimenze klientů píše ve své publikaci např. Doležel (2017: 42-48), Kaňák a Stretti (2015: 46-52), Novotná a Kala (2015: 24). K diagnostice míry sociální opory jsem zvolila dotazník Social Support Survey – MOS, jehož autorkami jsou C. D. Sherburne a A. L. Steward (1991) a k duchovnímu posouzení jsem vybrala dotazník Spiritual Self-assessment Index for Older Adults, jehož autorkou je Susan Stranahan

(2008). První ze jmenovaných dotazníků je totiž vytvořen pro obecnou populaci, takže otázky nejsou pokládány tendenčně. Druhý dotazník pro spirituální sebe-posouzení je sice původně vytvořen pro seniory, ale po bližším prozkoumání, jsem zjistila, že kromě formulace dvou tvrzení, jsou všechna ostatní taktéž použitelná pro nespécifický vzorek populace. Oba dotazníky mají také přibližně stejný počet položek - 19 a 20, jejich rozsah je tak stejnoměrný a zároveň na všechny položky mohou respondenti vybírat odpověď z 5 nabízených variant, což pro ně mohlo být srozumitelnější. K detekci spirituálních potřeb zvolený dotazník současně není primárně zaměřen na zjištění „sacred“ spirituality, což při mé znalosti zkoumaného souboru hrálo taktéž významnou úlohu.

5.3.1 Dotazník sociální opory MOS

Dotazník sociální opory MOS podle Sherburne, Steward (1991) a Sherburne (1992) (dle Kožený a Tišanská 2003: 137) slouží jako indikátor míry sociálního fungování a je vytvořen pro obecnou populaci. „Tento nástroj je zaměřen na odhad anticipované sociální opory a odráží tedy jedincovu subjektivní interpretaci jeho sociálního začlenění.“ Termín sociální fungování je definován jako schopnost vytvořit a udržovat sociální vztahy, díky nimž může jedinec oporu získat. Toto vzájemné propojení není však zcela jednoznačné a nemusí být ani příliš silné. Důvodem je skutečnost, že sociální vztahy nemusí mít vždy podpůrný charakter. Součástí anticipované (očekávané) sociální opory je hmotná, informační i emocionální pomoc, které pomáhají lidem překonávat stres či nemoc.

Dotazníkových položek bylo původně 50, jejich počet byl však redukován na 19. Existenci pocíťované sociální opory respondent posuzuje v čase na Likertově pětibodové stupnici. Dotazník je rozdělen do 5 subškál sociální opory: skutečná, hmotná opora; láska; pozitivní sociální interakce; emocionální opora; informační opora, přičemž emocionální a informační opora jsou hodnoceny společně. Vyšší dosažené skóre znamená vyšší míru sociální opory. Tento výzkumný nástroj byl také ověřen v českém prostředí (Kožený a Tišanská 2003:137).

Do subškály skutečná, hmotná opora patří praktická pomoc, obstarávání a zařizování potřebných věcí a záležitostí, poskytování finanční a materiální pomoci apod.

Subškála láska představuje jakékoli projevy lásky a náklonnosti druhou osobou.

Subškála pozitivní sociální interakce znamená dostupnost druhých osob, se kterými může jedinec vytvářet vztahy, sdílet zábavu, trávit volný čas apod.

A do subškály emocionální/informační opora náleží vyjádření pozitivních citů druhými lidmi, empatie, povzbuzování a také poskytování informací a poradenství (Kožený a Tišanská 2003: 136).

5.3.2 Dotazník duchovního sebe-posouzení pro seniory podle S. Stranahan

Tento screeningový nástroj byl původně vyvinut pro analýzu duchovního utrpení neboli spirituálního distresu u seniorů. Jmenovaný dotazník je jedinečný v tom, že použité položky jsou v souladu s konceptuální definicí spirituality, která je uváděna v odborné literatuře a současně je podporovaná teoriemi o vývoji chování seniorů. Tento nástroj může být užitečný pro určení osob, které jsou ohroženy duchovním utrpením. Dotazník není určen k diagnostice, ale spíše k identifikaci zdánlivě duchovně zdravých jedinců, kteří jsou ovšem skrytě ohroženi spirituálním distresem. Duchovní zdraví je dynamický proces, který se v čase může stejně jako fyzické a duševní zdraví měnit. Duchovní zdraví Maas et al. (2001) charakterizuje přítomností klidu, spokojenosti, radosti, pocitu bezpečí, svobody, harmonie, rovnováhy, spjitosti a života. Naopak u osob ve spirituálním distresu se podle Maas et al. (2001) a Gallo et al. (2001) mohou projevit pocity odcizení, strachu, úzkosti, zoufalství, hořkosti, apatie, ticha, lítosti, dále otázky po významu bezcennosti, utrpení, smrti, přesvědčení, vztahů a otázky o víře. Mezi objektivní příznaky patří poruchy spánku, změna nálady tj. hněv, pláč, stažení se do sebe, znepokojení, nepřátelství a apatie (Stranahan 2008: 491-496).

Na základě teoretických poznatků rozdělila Stranahan (2008: 497) spirituální dimenzi do 4 domén duchovního prožívání, nazvaných: vnitřní síla, naděje a zvládnání; transcendence; smysl a účel; náboženská praxe. Jednotlivé dotazníkové položky jsou koncipovány jako tvrzení, na něž hledá respondent z 5- ti možných variant odpověď (i zde byla použita pětibodová Likertova stupnice), přičemž každá varianta odpovědi je obodovaná v rozmezí 1-5. Dosaženým maximem v každé doméně je tedy 25 bodů a 15 bodů je průměr. Dotazníkových položek je celkem 20. Pod 15 bodů je indikován spirituální distres. Závislost je tedy následující: čím nižší skóre, tím je riziko větší.

Dvě tvrzení jsem si z důvodu věkově odlišné výzkumné populace respondentů, než té, jež byl dotazník duchovního sebe-posouzení původně určen, tedy seniorům, dovolila mírně přeformulovat. Přeformulovaná tvrzení dle mého názoru lépe odpovídají věku respondentů. Naprostá většina klientů SRC, která se podílela na výzkumném šetření, totiž nedosahuje 45-ti let a jsou tak stále v produktivním věku, častěji otevřeném životním

změnám a výzvám. Konkrétně se jedná o tvrzení č. 11 a 13. Původní položka 11.: „Jsou ještě nějaké věci, kterých bych chtěl/a v životě dosáhnout.“ byla nahrazena větou: „V životě bych chtěl/a ještě něčeho dosáhnout.“ A původní položka 13.: „Celkem vzato, jsem spokojen/a s tím, jak jsem prožil/a život.“ byla nahrazena větou „Celkem vzato jsem spokojen/a se svou životní cestou.“

První zmíněná spirituální oblast – vnitřní síla, naděje a zvládnání je podle Espelanda (1999) schopnost doufat ve zlepšení současného stavu věcí a zároveň poskytuje sílu, aby se s tímto stavem vyrovnala.

Oblast – transcendence popisuje podle Chandlera (1992) spiritualitu jako aspekt lidského bytí, který hovoří o překročení a možnosti člověku vstoupit do smysluplného vztahu s ostatními, s Bohem nebo s čímkoli, co je osobou považováno za větší než je ona sama. Transcendence také motivuje člověka k altruismu, službě a lásce k druhým a obětování se pro druhé.

Oblast - smysl a účel je Franklem (1959) popisována jako hlavní motivační síla, která jedincům umožňuje přijímat život a vydržet obtížné okolnosti v průběhu celého života. Hledání významu, dokonce i v utrpení, je hlavním faktorem duchovního vývoje.

A poslední zmíněná oblast - náboženská praxe je podle Emblena (1992) a Highfielda (2000) definována jako vnější projev vnitřního systému víry neboli se jedná o vnější vyjádření vnitřní duchovnosti (Stranahan 2008: 493-494).

V souvislosti s použitím tohoto dotazníku k analýze míry spirituálního distresu u sledované skupiny osob s duševním onemocněním uvádím i další tvrzení Stranahan (2008: 496). Závažná onemocnění, mezi něž patří i onemocnění chronická, znamenají pro jedince a jeho systém víry duchovní výzvu a tato životní zkouška může být pro osobu zdrojem spirituálního distresu. Včasná identifikace a rychlá intervence může u osoby ohrožené spirituálním distresem pozitivně ovlivnit dopad onemocnění na schopnost jedince fungovat, vykonávat životní povinnosti či si života užívat.

5.4 Popis výzkumného souboru a představení SRC

Výzkumným souborem byla stanovena populace klientů sociální služby Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově. Jedná se o osoby s chronickým duševním onemocněním většinou psychotického charakteru, ve věku 18 let a více, a kteří dali dobrovolný souhlas

s vyplněním anonymního dotazníku. Konkrétně pak výzkumný soubor tvořilo 6 žen a 13 mužů.

Obecně platí, že okruh osob pro, které je služba Sociální rehabilitace Cesta určena, je následující: osoby s chronickým duševním onemocněním zaměřeným na psychózy a poruchy osobnosti, osoby od 18-ti let, s neomezenou horní věkovou hranicí, osoby by měly být alespoň částečně schopny zapojit se do aktivizačních programů, spádová oblast bydliště těchto osob je Prostějov, jeho blízké okolí a Konicko, pro uzavření smlouvy je nutné doporučení od ošetřujícího odborného lékaře – psychiatra, který tak potvrzuje vhodnost zařazení dané osoby do služby sociální rehabilitace Cesta. Zároveň je stanoveno, že mezi cílovou skupinu této služby nespádají osoby, které mají současně s duševním onemocněním diagnostikováno středně těžké nebo těžké mentální postižení a dále tato služba není schopna zabezpečit osoby projevující se nadměrným užíváním alkoholu nebo jiných ilegálních návykových látek (Integrovaný portál MPSV [online]).

Na tomto místě považuji také za důležité uvést často stereotypně opomíjené upozornění Mahrové a Venglářové (2008: 28), že „klient s duševním onemocněním je především člověk a nikdy bychom na něho neměli pohlížet jen jako na diagnózu, nebo jako na problém. Je to člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení.“ Současně Mahrová a Venglářová (2008: 126), sdělují, že je potřeba si uvědomit, že práce s lidmi s duševním onemocněním obnáší vysoké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a zvoleného přístupu. Pro pracovníky je důležité se orientovat v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu.

Na tato komunikační specifika je tak potřeba přihlížet i při realizaci výzkumného šetření.

Sociální rehabilitace Cesta (SRC) Charity Prostějov napomáhá formou podpory v oblasti samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osobám s chronickým duševním onemocněním v začlenění do běžného života. To vše s využitím technik zaměřených na rozvoj sociálních a pracovních dovedností a s využitím možnosti zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím. Cílem této služby jak již bylo řečeno je předcházet u těchto osob sociální izolaci zlepšováním schopnosti navazovat sociální kontakty, posilováním sociálních a pracovních dovedností, posilováním sebeúcty, zvládání zátěží a pozitivního prožívání klienta. Kromě toho si tato služba klade také za cíl snížit frekvenci

psychiatrických hospitalizací a současně usiluje o zvýšení kvality jejich života v domácím prostředí (Integrovaný portál MPSV [online]).

Služba SRC je poskytována ambulantní i terénní formou a nabízí svým klientům pro dosažení stanovených cílů spolupráce tyto činnosti: nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Formulace jednotlivých činností vychází ze Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108, §70) a z příslušné prováděcí vyhlášky (Vyhláška č. 505, §35).

Podle znění v registru poskytovatelů sociálních služeb je základní metodou práce s klienty v SRC případová práce, která zahrnuje zhodnocení potřeb zájemce o službu, stanovení cílů, vypracování individuálního plánu, realizace plánu pomocí naplňování dílčích cílů a závěrem pravidelné zhodnocení výsledků práce. Součástí přímé práce s klientem je kromě mapování potřeb, stanovení a realizace cílů resp. individuálního plánu také práce s rolemi, se vztahy a s motivací ke změně v životě klienta (Integrovaný portál MPSV [online]).

5.5 Realizace a etika výzkumu

Tato podkapitola se zabývá realizací a etikou samotného výzkumu. Pozornost je zde zaměřena zejména na uplatnění pravidel etického přístupu ve výzkumné praxi a popis těch zásad, které byly v průběhu šetření akcentovány.

Pro získání dat byl zvolen vyčerpávající výběr respondentů. Všichni respondenti měli v době výzkumného šetření platnou smlouvu se sociální službou SRC a reagovali na mou žádost o vyplnění dotazníků kladně. Z celkového počtu 23 klientů SRC, se jich však výzkumu zúčastnilo pouze 19. Důvodem této skutečnosti, byl fakt, že všichni 4 chybějící klienti již delší dobu do služby nedocházeli.

Etickými zásadami, jimiž jsem se při svém výzkumném šetření řídila, souhrnně vyjmenovává Dohnalová (2011). Jedná se o: 1., 2. soukromí a důvěrnost, 3. poučený souhlas, 4. emoční bezpečí, 5. citlivost výzkumníka, 6. zatajení cílů a okolností výzkumu, 7. princip řádného citování a odkazování, 8. reciprocita, 9. zpřístupnění práce účastníkům výzkumu, 10. zodpovědnost výzkumného pracovníka.

Všem respondentům byl představen účel sběru dat, zadání a další podrobnosti výzkumu. Zejména byli informováni o dobrovolnosti své účasti v šetření a o možnosti kdykoliv od šetření odstoupit, dále byli ubezpečeni o záruce jejich anonymity, důvěrnosti a ochraně soukromí. Také byli obeznámeni o možnosti se k výzkumu i k jednotlivým otázkám vyjádřit a v průběhu písemného zaznamenávání odpovědí se kdykoliv na cokoliv dotázat. A konečně byli informováni o možnosti následného sdělení výsledků šetření. Dotazník byl po tomto úvodním představení respondentům distribuován v písemné podobě (viz. Příloha), na dvou oboustranně vytištěných arších papíru v rozmezí cca 2 měsíců. Někteří z klientů vyplňovali dotazník současně ve větším počtu, někteří podle docházky individuálně.

Před započítím i v průběhu výzkumu jsem si byla vědoma citlivosti zkoumaného tématu, zasahujícího do soukromí respondentů znevýhodněných duševním onemocněním, a tudíž tématu o to choulostivějšímu. Dotazování tak byli díky povaze výzkumných otázek do jisté míry konfrontováni s vlastním vnitřním postojem a realitou, která nemusí být vždy pozitivního charakteru. Uvědomovala jsem si také doporučení Doležela (dle Dudleyho, 2017:41), aby pracovník, dříve než se začne věnovat spirituálním potřebám či posouzení druhých, zaměřil na rozpoznání a přijetí vlastního spirituálního systému a orientaci v něm.

Novotná a Kala (2015: 24) také sdělují, že diagnostika spirituálních potřeb by se měla provádět až ve chvíli, kdy je vytvořen s pacientem/klientem určitý vztah. Můžu říci, že uvedená podmínka existence vztahu s respondenty před započítím tohoto výzkumného šetření byla dodržena, zároveň však nebyla nijak mocensky zneužita.

Distribuce dotazníků klientům SRC byla většinou provedena za mé osobní přítomnosti a v několika případech pak za přítomnosti sociálního pracovníka SRC, který byl o tématu, záměru i etických pravidlech výzkumu předem informován. K samotnému vyplnění dotazníků došlo ve všech případech v prostorách SRC v rámci ambulantních návštěv klientů.

5.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů, které zachycují data získaná z ručně vyplněných dotazníků 19 respondentů. Pro zaznamenávání získaných dat do tabulek a grafů byl použit program Microsoft Office Excel 2007. Pro analýzu dat byly

použity běžné statistické funkce, které tento program nabízí: aritmetický průměr (PRŮMĚR), součet (SUMA), minimum (MIN), maximum (MAX), medián (MEDIAN), modus (MODE) a směrodatná odchylka (SMODCH). Pro zjištění vztahu/ souvislosti mezi dvěma stanovenými proměnnými pak funkce korelace s konkrétní kategorií PEARSON, díky níž byla na závěr stanovena hodnota korelačního koeficientu.

Statistické funkce minimum, maximum, medián, modus a směrodatná odchylka byly použity na závěr pro souhrnné vyjádření variability získaných dat a kromě minima a maxima udávají koncentraci nebo rozptýlení kolem střední hodnoty tj. ukazují na „kvalitu“ průměru. Medián je střední hodnota množiny čísel a modus je nejčastěji se vyskytující hodnota. Směrodatná odchylka udává, jak se v průměru pozorování liší od průměrné hodnoty a je to odmocnina z rozptylu. Rozptyl je součet kvadratických odchylek od průměru dělený rozsahem výběru zmenšeným o jedna (rozptyl $([\sum(p - p_i)^2]/N$ pro populaci, $/N-1$ pro vzorek; \bar{p} je aritmetický průměr). Korelace je typ tzv. korelační závislosti a slouží k popisu souvislosti. Korelační koeficient udává míru těsnosti lineární závislosti. Nabývá hodnot i intervalu $<-1,1>$ a blíží se tím více 1, čím je těsnější přímá lineární závislost, tím více nule, čím je závislost volnější (slabší), a tím více -1, čím je těsnější nepřímá lineární závislost (Novák 2018 [online]).

Výsledky dosažené míry sociální opory i duchovního zdraví se pohybují v rozmezí hodnot 1-5. Toto rozpětí bylo stanoveno samotnými autory obou dotazníků a číselně vyjadřuje možné odpovědi na položené výzkumné otázky. Níže uvedené výsledky jsou pak průměrem těchto hodnot v určité sledované oblasti. Toto číselné vyjádření je současně doplněno mým slovním popisem.

V dotazníku pro sociální oporu MOS mohli respondenti zakroužkovat odpověď: nikdy, málokdy, někdy, většinou nebo vždy. Autorky Sherbourne a Stewart (1992, dle Kožený, Tišanská, 2003: 137) tak určili, že dotazovaní posuzují sociální oporu z hlediska její existence v čase na pětibodové stupnici. K odpovědi „nikdy“ byla přiřazena číselná hodnota 1, k odpovědi „málokdy“ – 2, „někdy“ – 3, „většinou“ – 4 a ke „vždy“ – 5. Obecně tedy platí, že čím vyšší je hodnota skóre, tím je míra **sociální opory (SO)** vyšší.

Ke každé kategorii odpovědi byla autorkou (Stranahan 2008: 500-501) dotazníku duchovního sebe-posouzení pro seniory přiřazena číselná hodnota: „zcela nesouhlasím“ - 1; „nesouhlasím“ - 2; „nejsem si jist/á“ - 3; „souhlasím“ - 4; „zcela souhlasím“ - 5. Obecně tedy platí, že čím vyšší je dosažená číselná hodnota, tím je míra pozitivního **duchovního**

zdraví (DZ) (spirituálního zdraví/prožívání) respondenta vyšší a tím je současně nižší riziko **spirituálního distresu (SD)** (duchovní utrpení). Sama autorka totiž přiřazením číselných hodnot 1-5 ke každé odpovědi analogicky vyvodila matematický úsudek: celkové skóre pro každou ze čtyř domén (oblastí) spirituality se tímto může pohybovat od 5 do 25, s průměrem 15. Výsledné skóre s hodnotou vyšší než 15 naznačuje pozitivní duchovní zdraví v dané oblasti spirituality a současně skóre pod 15 pak znamená negativní duchovní zdraví pro tuto oblast, čili větší potenciál pro spirituální distres (SD).

K výše uvedenému číselnému hodnocení výzkumu jsem kvůli srozumitelnější interpretaci výsledků přiřadila ke každému skóre odpovědi číselné rozpětí (škálu) a slovní prohlášení, které vyjadřuje míru sociální opory, míru duchovního zdraví a riziko spirituálního distresu verbálně. Kromě snazšího uchopení číselných hodnot jsem se k tomuto rozhodnutí uchýlila také z nezbytného důvodu posoudit vztah mezi SO a SD, vedoucí k naplnění hlavního cíle této práce a zodpovězení na hlavní výzkumnou otázku, zda se na základě kvantitativního výzkumu prokáže souvislost mezi sociální podporou a mírou rizika spirituálního distresu na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově? Vše výše uvedené souhrnně znázorňuje tabulka č. 1.

Tab. č. 1: Souhrnné znázornění číselného a slovního vyjádření výsledků SO, DZ, SD

skóre odpovědi	škála 1-5	míra sociální opory (SO)	skóre odpovědi	škála 1-5	míra duchovního zdraví (DZ)	škála 5-25	riziko spirituálního distresu (SD)
1 – nikdy	1-1,9	žádná	1 – zcela nesouhlasím	1-1,9	žádná	5-9,9	nejvyšší
2 – málokdy	2-2,9	nízká	2 – nesouhlasím	2-2,9	nízká	10-14,9	vysoké
3 – někdy	3-3,9	střední	3 – nejsem si jist/á	3-3,9	střední	15-19,9	střední
4 - většinou	4-4,9	vysoká	4 – souhlasím	4-4,9	vysoká	20-24,9	nízké
5 – vždy	5	nejvyšší	5 – zcela souhlasím	5	nejvyšší	25	žádné

Je také důležité říci, že i přesto, že na dvě stanovené výzkumné otázky odpovídám již v první polovině následujících podkapitol (5.6.1 a 5.6.2), v komentáři výsledků pokračuji dále a snažím se na ně pohlížet ještě z dalších úhlů pohledu. Cílem této rozsáhlejší interpretace je názornější a tím i lépe využitelnější uchopení závěrů výzkumu pro pomoc osloveným respondentům resp. pro výkon praxe sociální práce s nimi,

myšleno s klienty SRC. Pro přehlednější znázornění se tak jednotlivá hlediska odráží také na členění těchto dvou podkapitol.

5.6.1 Výstupy dotazníku sociální opory MOS

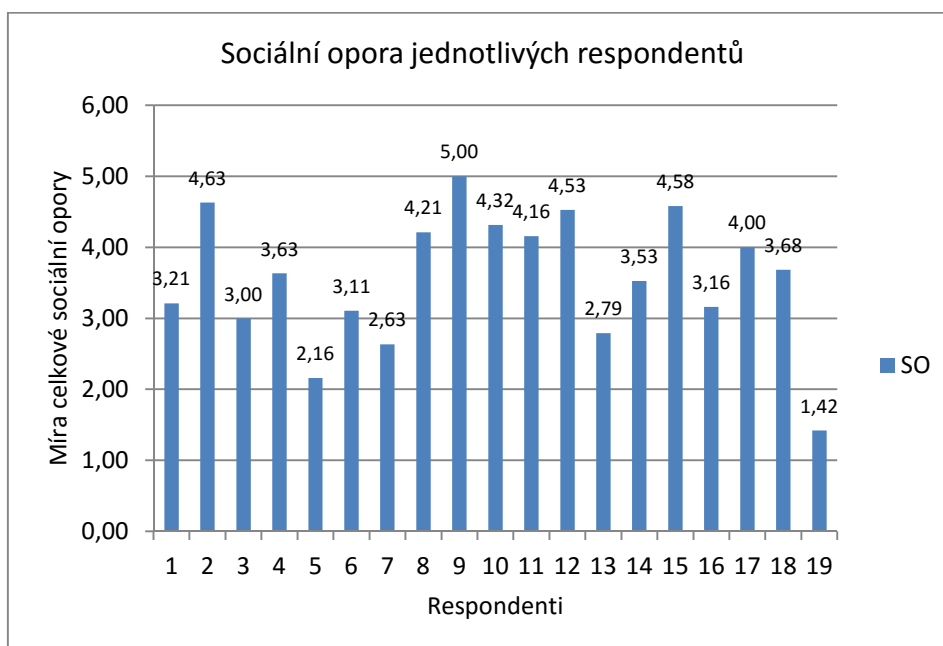
V této části přistupuji již k samotné analýze a interpretaci výsledků dotazníku sociální opory MOS (Social Support Survey MOS). Nejdříve zkoumám míru celkové sociální opory jednotlivých respondentů vyjádřenou jako průměr všech skóre oblastí SO. Dále předkládám výsledky průměrných skóre SO v jejích jednotlivých subškálách. Z jejich celkové průměrné hodnoty pak vyvodím odpověď na první dílčí výzkumnou otázku. Poté u každého respondenta hodnotím dosažené skóre jednotlivé subškály SO a také nahlížím na výsledky jednotlivých otázek dotazníku a konečně předkládám četnostní rozložení respondentů ve vytyčených skóre jednotlivých subškál SO. Celkem tedy posuzuji 5 hledisek.

1. hledisko: průměrné skóre celkové sociální opory (SO) jednotlivých respondentů

Tab. č. 2: Míra celkové SO jednotlivých respondentů

respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
celkové skóre SO	3,21	4,63	3,00	3,63	2,16	3,11	2,63	4,21	5,00	4,32
respondent	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
celkové skóre SO	4,16	4,53	2,79	3,53	4,58	3,16	4,00	3,68	1,42	

Graf č. 1: Míra celkové SO jednotlivých respondentů



Podle tabulky č. 2 a grafu č. 1 lze říci, že míra celkové sociální opory byla v době dotazníkového šetření u zkoumané populace klientů poměrně rozmanitá. Rozsah míry sociální opory se pohyboval od nejnižší hodnoty 1,42 u respondenta č. 19 až po nejvyšší maximální hodnotu 5,00 u respondenta č. 9. Je potřeba říci, že tyto hodnoty se vzhledem k povaze sledovaného aspektu, tedy sociální opory, mohou v čase měnit, a to v závislosti na druhu, množství, intenzitě a rozsahu vnímané podpory, která je poskytována druhými lidmi člověku.

2. hledisko: průměrné celkové skóre jednotlivých subškál sociální opory (SO)

Tab. č. 3: Průměrné skóre a míra SO v jednotlivých subškálách SO podle dotazníku MOS

označení subškály SO	název subškály SO	dotazníkové otázky zastupující jednotlivé subškály SO	průměrné skóre SO	míra SO
A	skutečná/hmotná opora	1,4,11,14	3,8	střední
B	láska	5,9,19	3,5	
C	pozitivní interakce sociální	6,10,13,17	3,6	
D	emocionální/informační opora	2,3,7,8,12,15,16,18	3,5	
celkové skóre SO klientů SRC			3,6	

Tabulka č. 2 uvádí rozdělení sociální opory na čtyři subškály, k nimž přiřazuje jednotlivé otázky, jež tvoří dotazník sociální opory MOS. Pro následnou jednodušší orientaci jsem ke každé jmenované subškále sociální opory přiřadila označení písmeny A, B, C, D. Jen pro názornost uvádím, že průměrné celkové hodnoty jednotlivých subškál sociální opory nejsou významně odlišné, což znamená, že všechny sledované oblasti sociální opory jsou z celkového pohledu na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta stejně nasyceny a celkové skóre, vytvořené jako průměr skóre všech subškál sociální opory u sledovaného výzkumného vzorku populace je nadprůměrný. Tento aritmetický průměr celkového skóre konkrétně činí 3,6 a podle předdefinované škály znázorňuje střední míru sociální opory.

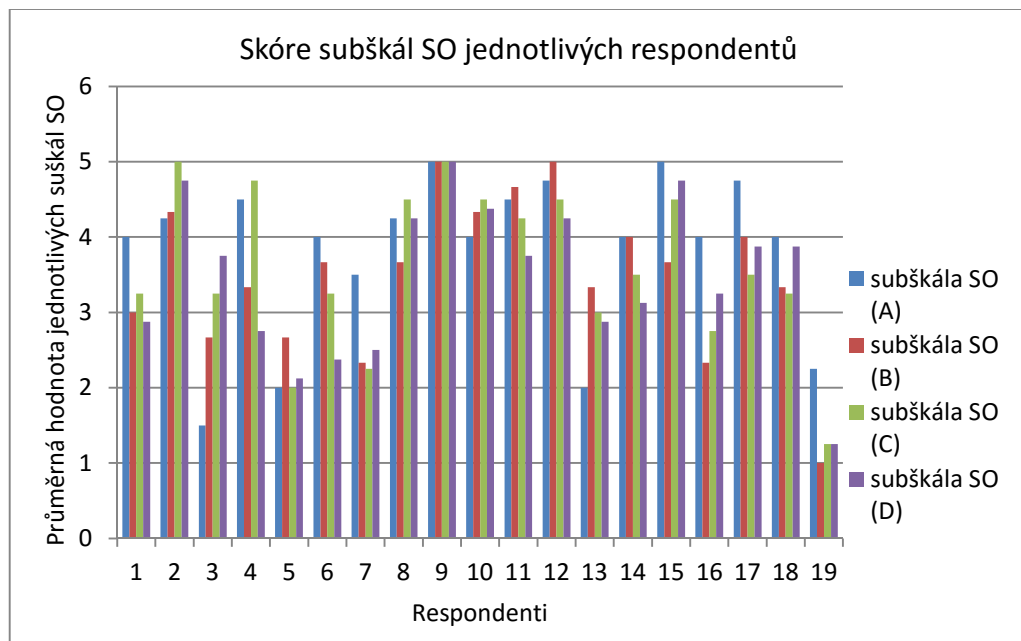
Tímto také zodpovídám dílčí výzkumnou otázku č. 1 a sice: Jaká je míra sociální opory u populace klientů SRC v Prostějově? Míra sociální opory u populace klientů SRC v Prostějově je 3,6, tzn. střední sociální opora.

3. hledisko: průměrné skóre subškál sociální opory (SO) u jednotlivých respondentů

Tab. č. 4: Průměry dosažených skóre definovaných subškál SO jednotlivých respondentů

respondent	subškála SO (A)	subškála SO (B)	subškála SO (C)	subškála SO (D)
1	4,0	3,0	3,3	2,9
2	4,3	4,3	5,0	4,8
3	1,5	2,7	3,3	3,8
4	4,5	3,3	4,8	2,8
5	2,0	2,7	2,0	2,1
6	4,0	3,7	3,3	2,4
7	3,5	2,3	2,3	2,5
8	4,3	3,7	4,5	4,3
9	5,0	5,0	5,0	5,0
10	4,0	4,3	4,5	4,4
11	4,5	4,7	4,3	3,8
12	4,8	5,0	4,5	4,3
13	2,0	3,3	3,0	2,9
14	4,0	4,0	3,5	3,1
15	5,0	3,7	4,5	4,8
16	4,0	2,3	2,8	3,3
17	4,8	4,0	3,5	3,9
18	4,0	3,3	3,3	3,9
19	2,3	1,0	1,3	1,3
průměr	3,8	3,5	3,6	3,5

Graf č. 2: Průměry dosažených skóre definovaných subškál SO jednotlivých respondentů



Tabulka č. 4 a graf č. 2 uvádí dosažené zprůměrované výsledky definovaných subškál sociální opory u jednotlivých respondentů. Je zde na místě sdělit, že tyto poznatky již konkrétněji ukazují na specifické oblasti nedostatku nebo naopak naplnění pocitu sociální opory jednotlivých klientů. Tyto výsledky, tak mohou být zdrojem užitečných informací v sociální práci s určitým jedincem. Například klient s nejnižší resp. žádnou mírou celkové sociální opory (tj. respondent č. 19) má poměrně vyrovnané hodnoty subškál s označením B, C, D (1-1,3) tzn. lásky, pozitivní sociální interakce a emocionální/informační opory. Avšak hodnotu s označením A, což je skutečná/ hmotná opora vnímá tato osoba jako více nasycenou/naplněnou, avšak stále nízkou (2,3). Stejně tak lze např. poukázat na nesourodé výsledky jednotlivých subškál u klienta č. 3. Tento klient vnímá jako nejméně podpůrnou oblast ve své současné životní situaci právě skutečnou/ hmotnou oporu (1,5). Naopak např. klienti s č. 9 a č. 10 mají stejné nebo velmi vyrovnané hodnoty všech definovaných subškál sociální opory.

Současně by bylo možné zanalyzovat sociální oporu jednotlivce i díky ještě podrobnější analýze, a to rozklíčování, které otázky v dotazníku jsou pro jedince obzvlášť citlivé, tj. které vykazují nejnižší příp. nejvyšší stupeň ohodnocení. Tento průzkum má však v tomto případě dle mého mínění své limity. Respondent totiž reaguje na momentálně přečtenou otázku a nemá za úkol sestavit žebříček pro něho nejvýznamnějších deficit či naopak zdrojů podpory v rámci 18-ti (resp. souhrnně 39-ti) položených otázek, protože oba dotazníky vyplňoval zároveň, a to bez časové prodlevy. Absolutní hodnoty dosažené u jednotlivých otázek tak mají dle mého názoru do jisté míry své limity a je proto při tomto rozsahu otázek mnohem více vypovídající hodnota či skóre celé jednotlivé oblasti sociální opory. Kvůli této skutečnosti a pro účely této práce se tak touto podrobnou analýzou nebudu dále zabírat. Dovoluji si ovšem také poznamenat, že pokud by však jedinec v průběhu šetření obdržel podstatně nižší počet otázek, příp. by mu byly položeny v průběhu rozhovoru, mohou se tak stát významným zdrojem cenných informací ku prospěchu vzájemné spolupráce.

4. hledisko: průměrné skóre sociální opory (SO) jednotlivých otázek dotazníku

V návaznosti na předchozí komentář, předkládám níže uvedenou tabulku č. 5, která znázorňuje dosažené skóre jednotlivých otázek uvedených souhrnně v distribuovaném dotazníku sociální opory MOS v příloze na konci této práce. Z této tabulky, tak vyplývá, že otázka č. 14 patřící do subškály skutečná/ hmotná opora (A) má nejvyšší dosažené

skóre (4). Otázka č. 14 zní: Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo se vám postará o domácnost, když jste nemocný? To znamená, že respondenti v průměru vnímají, že v případě nemoci mají většinou k dispozici pomoc druhé osoby v péči o domácnost, což současně znamená vysokou míru SO. Stejného výsledku dosáhly i odpovědi respondentů na otázku č. 19, která náleží do subškály láska (B) a zní: Jak často je pro vás k dispozici někdo, koho máte rád/a a kdo vás potřebuje? Interpretace je v tomto případě následující: V průměru je pro klienty SRC většinou k dispozici někdo koho mají rádi a kdo je zároveň potřebuje. Naopak při otázce č. 9 patřící do subškály láska (B) bylo dosaženo nejnižšího průměrného skóre v odpovědích respondentů – konkrétně 2,9 – nízká sociální opora. Otázka č. 9 zní: Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vás obejmě, když to potřebujete? To znamená, že v průměru je pro respondenty jen někdy k dispozici někdo, kdo by je objal, když to potřebují.

Dle mého názoru je mimo jiné závěrem této dílčí analýzy současně fakt, že podle výsledků není zřejmý rozdíl ve vnímání a poskytování sociální opory mezi jejich jednotlivými subškálami stanovenými v dotazníku MOS.

Tab. č. 5: Dosažené průměrné skóre SO všech respondentů u jednotlivých otázek dotazníku MOS

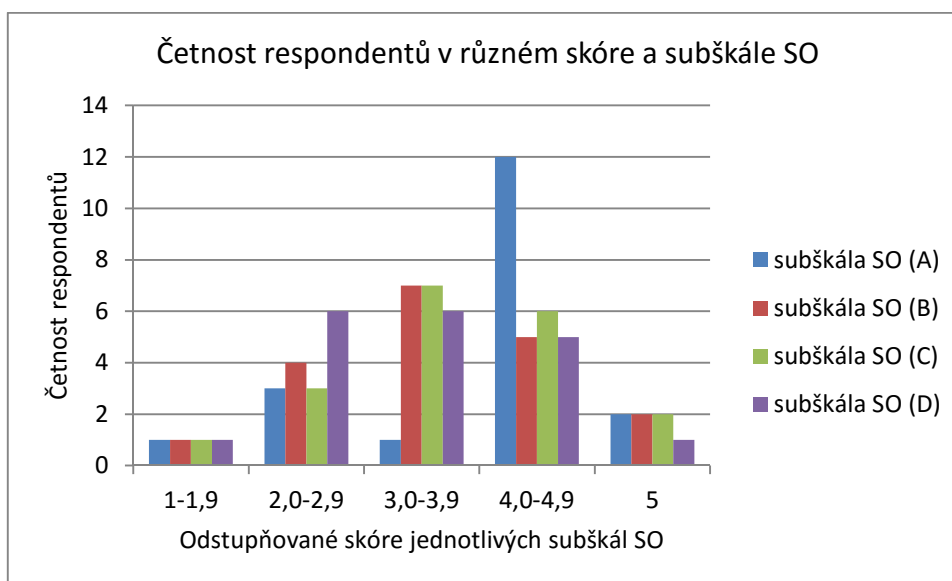
číslo otázky	1	4	11	14	5	9	19	6	10	13
průměr skóre odpovědi všech respondentů	3,9	3,5	3,8	4	3,5	2,9	4	3,7	3,6	3,8
číslo otázky	17	2	3	7	8	12	15	16	18	
průměr skóre odpovědi všech respondentů	3,2	3,8	3,6	3,4	3,6	3,5	3	3,2	3,5	

5. hledisko: četnostní rozložení respondentů u jednotlivých subškál sociální opory (SO)

Tab. č. 6: Četnostní rozložení respondentů ve vytyčených skóre jednotlivých subškál SO

životní situace	odstupňované skóre ve škále SO				
	1,0-1,9	2,0-2,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0
subškála SO (A)	1	3	1	12	2
subškála SO(B)	1	4	7	5	2
subškála SO (C)	1	3	7	6	2
subškála SO(D)	1	6	6	5	1

Graf č. 3: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre jednotlivých subškál SO



Z tabulky č. 6 (byla vytvořena na základě dat uvedených v tab. č. 4) a grafu č. 3 vyplývá, že vždy pouze jeden respondent nevnímá žádnou sociální oporu nebo je podle něj ve všech jejích podobách nedostatečná (rozmezí skóre 1-2, odpověď nikdy – málokdy). Tento fakt je tak pro celou sledovanou populaci pozitivní a znamená, že jen minimum klientů nemá nikdy případně málokdy někoho k dispozici. Naopak nejvyšší početní zastoupení respondentů se nachází v rozmezí skóre 3,0 – 4,9, tzn. střední až vysoká míra celkové poskytované sociální opory. Výjimečné postavení zaujímá subškála skutečná/hmotná sociální opora – celkem 12 respondentů tuto oblast SO hodnotí jako vysokou.

5.6.2 Výstupy dotazníku duchovního sebe-posouzení pro seniory podle S. Stranahan

V této podkapitole se věnuji analýze a interpretaci výsledků dotazníku duchovního sebe-posouzení pro seniory (Spiritual self-assessment index for older adults), na které se snažím opět nahlížet z více úhlů pohledu, stejně jako tomu bylo v případě analýzy a interpretace výsledků sociální opory. Nejdříve zkoumám míru celkového duchovního zdraví jednotlivých respondentů, vyjádřenou jako průměr všech skóre oblastí spirituality. Dále předkládám výsledky průměrných skóre duchovního zdraví (DZ) v jeho jednotlivých oblastech. Z jejich celkové průměrné hodnoty pak vyvozují odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku. Poté hodnotím u každého respondenta dosažené skóre duchovního zdraví jednotlivých spirituálních oblastí a také nahlížím na výsledky

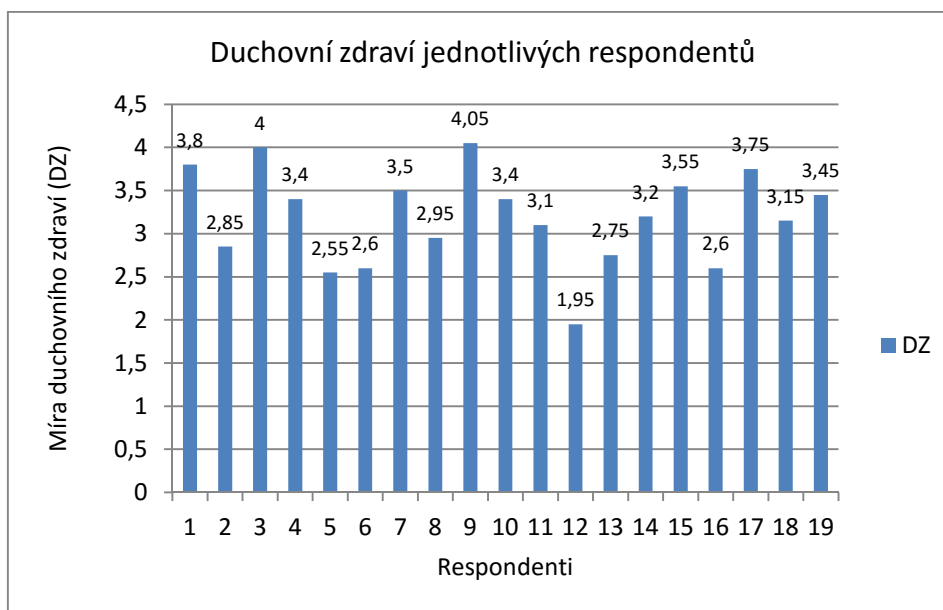
jednotlivých otázek dotazníku a to ve dvou provedeních (DZ i SD), tak abych zvlášť upozornila na výsledky spirituálního distresu. A na závěr předkládám četnostní rozložení respondentů ve vytyčených skóre duchovního zdraví jednotlivých oblastí spirituality. Celkem tedy posuzuji 6 hledisek.

1. hledisko: průměrné skóre celkového duchovního zdraví (DZ) jednotlivých respondentů

Tab. č. 7: Míra DZ jednotlivých respondentů

respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
celkové skóre duchovního zdraví	3,8	2,8	4,0	3,4	2,5	2,6	3,5	2,9	4,1	3,4
respondent	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
celkové skóre duchovního zdraví	3,1	1,9	2,7	3,2	3,5	2,6	3,7	3,1	3,4	

Graf č. 4: Míra DZ jednotlivých respondentů



Tabulka č. 7 a graf č. 4 ukazuje na dosažené skóre duchovního zdraví, které bylo v době výzkumného šetření u zkoumané populace klientů. Rozsah míry duchovního zdraví (spirituálního prožívání) se pohyboval od nejnižší průměrné hodnoty 1,9 (tj. žádné DZ) všech sledovaných oblastí spirituality u respondenta č. 12 až po nejvyšší maximální hodnotu 4,1 (tj. vysoké DZ) u respondenta č. 9. Tak jako tomu bylo v případě sociální

opory, i zde je na místě říci, že tyto hodnoty se mohou vzhledem k povaze sledovaného aspektu, tedy duchovního zdraví v čase měnit.

2. hledisko: průměrné celkové skóre duchovního zdraví (DZ) a spirituálního distresu (SD) v jednotlivých oblastech spirituality (SP)

Tab. č. 8: Průměrné skóre a míra DZ v jednotlivých oblastech SP podle S. Stranahan

označení oblasti SP	název oblasti SP	dotazníkové otázky zastupující jednotlivé oblasti SP	průměrné skóre DZ	míra DZ
E	vnitřní síla, naděje a zvládání	1,2,3,4,5	3,3	střední
F	transcendence	6,7,8,9,10	3,5	
G	smysl a účel	11,12,13,14,15	3,5	
H	náboženská praxe	16,17,18,19,20	2,5	nížká
celkové skóre DZ klientů SRC			3,2	střední

Tab. č. 9: Průměrné skóre a míra rizika SD v jednotlivých oblastech SP podle S. Stranahan

označení oblasti SP	průměrné skóre SD	míra rizika SD
E	16	střední
F	17	
G	18	
H	13	vysoké
celkové skóre SD klientů SRC	16	střední

Podle tabulky č. 8 odpovědi na položky 1-5 určují celkové skóre pro Vnitřní sílu, naději a zvládání, odpovědi na položky 6-10 určují celkové skóre pro Transcendenci, odpovědi na položky 11-15 určují celkové skóre pro Smysl a účel a konečně odpovědi na položky 16-20 určují celkové skóre pro oblast spirituálního prožívání s názvem Náboženská praxe. Nejméně příznivě (hodnota 2,5, resp. 13 – tj. nízké DZ nebo vysoké riziko SD) dopadl výsledek spirituální oblasti Náboženská praxe. Tento konkrétní výsledek výzkumného šetření dle mého názoru odráží celkově nižší náboženské ukotvení české společnosti, které se dlouhodobě projevuje v současných sociologických průzkumech. Celkové skóre duchovního zdraví u zkoumané populace klientů je pak mírně nadprůměrné (hodnota 3,2 – střední míra DZ), což současně znamená, že míra rizika spirituálního distresu je také středně vysoká (hodnota 16).

Tímto také zodpovídám dílčí výzkumnou otázku č. 2 a sice: Jaká je míra rizika spirituálního distresu u populace klientů SRC v Prostějově? Míra rizika spirituálního distresu u populace klientů SRC v Prostějově je 16, tzn. středně vysoké riziko SD.

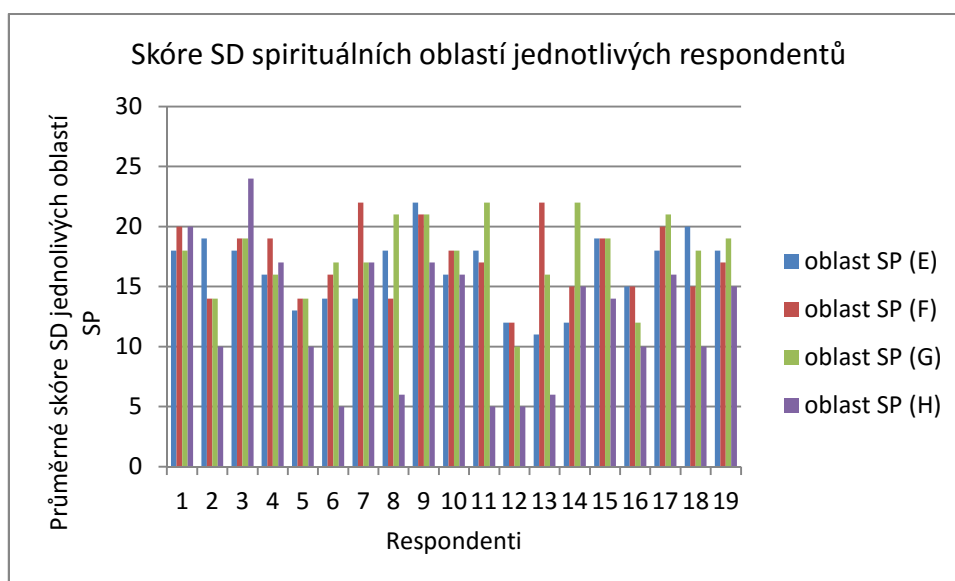
Chceme-li tuto hodnotu porovnat s průměrnou hodnotou míry sociální opory, musíme analogicky použít průměrnou hodnotu míry duchovního zdraví, která je 3,2, tzn. střední DZ. Hodnoty SD a DZ jsou totiž vzájemně provázané, popisují inverzním způsobem jednu a tu samou skutečnost, akorát v jiném číselném vyjádření (škála skóre DZ je 1-5 a škála skóre SD je 5-25). Jako důkaz přikládám graf č. 5 a č. 6. Oby tyto grafy jsou až na rozpětí svislých os totožné.

3. hledisko: průměrné skóre spirituálního distresu (SD) v oblastech spirituality (SP) u jednotlivých respondentů

Tab. č. 10: Dosažený součet skóre SD jednotlivých tvrzení dotazníku podle Stranahan ve všech oblastech SP

respondent	součet skóre SD jednotlivých oblastí SP				součet skóre SD všech 4 oblastí SP
	oblast SP (E)	oblast SP (F)	oblast SP (G)	oblast SP (H)	
1	18	20	18	20	76
2	19	14	14	10	57
3	18	19	19	24	80
4	16	19	16	17	68
5	13	14	14	10	51
6	14	16	17	5	52
7	14	22	17	17	70
8	18	14	21	6	59
9	22	21	21	17	81
10	16	18	18	16	68
11	18	17	22	5	62
12	12	12	10	5	39
13	11	22	16	6	55
14	12	15	22	15	64
15	19	19	19	14	71
16	15	15	12	10	52
17	18	20	21	16	75
18	20	15	18	10	63
19	18	17	19	15	69
průměr	16	17	18	13	16

Graf č. 5: Dosažený součet skóre SD jednotlivých tvrzení dotazníku podle Stranahan ve všech oblastech SP



A jak již bylo v úvodu kapitoly Analýza a interpretace výsledků řečeno skóre pod 15 znamená negativní duchovní zdraví. A čím je hodnota skóre nižší, tím je větší potenciál pro **duchovní utrpení (spirituální distres)**.

Jinak řečeno, čím nižší je dosažená hodnota jakékoliv z oblastí spirituálního prožívání, tím roste míra duchovního utrpení, tj. vzniká vyšší riziko spirituálního distresu.

Této interpretaci odpovídá výše uvedená tabulka č. 10. Rozhodující hodnoty jsou zvýrazněny barevně. Hodnoty v ní ukazují na negativní duchovní zdraví hned u několika respondentů. Zejména respondent č. 5 a 12 vykazuje spirituální strádání (hodnoty nižší než 15) ve všech 4 vytyčených oblastech spirituality. Významně nižší skóre (hodnota 5 a 6) dosahují respondenti 6, 8, 11, 12 a 13 v oblasti pojmenované Náboženská praxe (oblast H), což opět potvrzuje závěr komentáře k otázce č. 7, a to že tito respondenti neukotvují svou spiritualitu v prostředí religiozity. Nejvyššího skóre po součtu všech spirituálních domén dosáhl klient č. 9 (hodnota 81). Naopak nejnižší celkové hodnoty skóre spirituálního posouzení (hodnota 39) dosáhl klient č. 12. V jeho případě je tak možno hovořit, duchovním strádání (utrpení) tj. vysokém a či nejvyšším riziku spirituálního distresu. Tato skutečnost pak může být významným zdrojem informací pro poskytovatele sociální služby, který se tak může zaměřit na posílení těch oblastí spirituálního prožívání, které jsou minimálně (na)syceny. Je však také velmi důležité říci, že je potřeba zaměřit pozornost organizace a posilovat zejména tu oblast spirituality, tam kde to má vzhledem k jejím možnostem význam. Tento efekt spatřuji v intervenci pracovníka sociální služby směřující např. k posílení oblasti (A) – Vnitřní síla, naděje a zvládání. Tato intervence může být zahrnuta do individuálního rozhovoru s klientem, který tak dostane v případě svého zájmu možnost si o tématu s někým pohovořit a takto téma otevřít. Již tato podpora ve formě sdílení a akceptace může být pro klienta významnou pomocí. Vždy je také možnost doporučit konzultaci s psychologem či psychoterapeutem.

Podle Hodge a Horvatha (2011: 306-316) může u klienta dojít k porozumění životním událostem, může najít smysl současného stavu a současně může najít cestu jít dál. Dalším pozitivním efektem podpory této oblasti spirituality může být nalezení vysvětlení, proč došlo k nějaké negativní skutečnosti v jedincově životě, může také dojít ke snížení frustrace ze snížených schopností a zároveň uvědomění si nějakých pozitivních stránek současné situace. K tomuto výčtu ještě tito autoři dodávají další tři možné

pozitivní výsledky: uvědomění si, že druzí lidé na tom mohou být ještě hůře, provedení životní rekapitulace a dokonce i snaha udělat svět lepším místem.

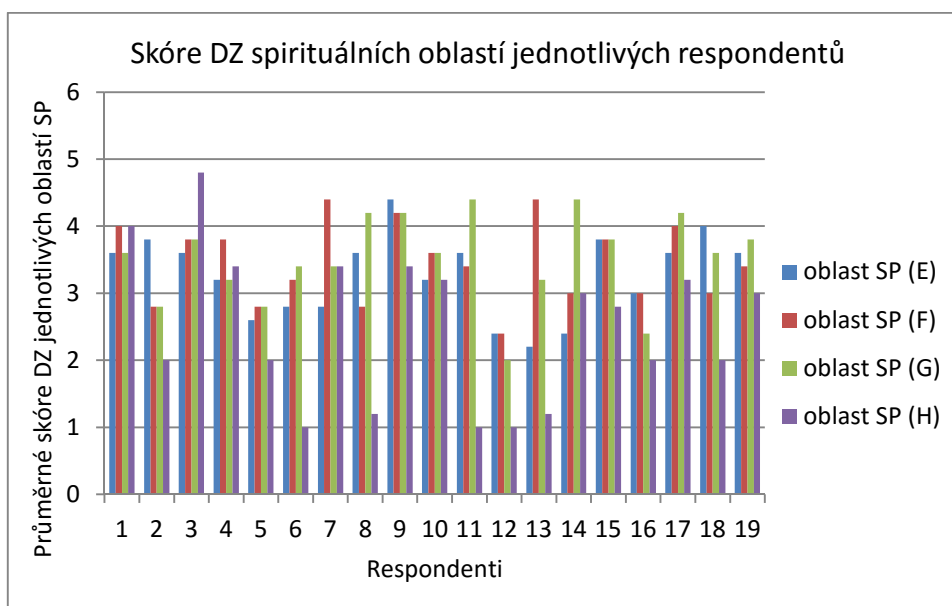
4. hledisko: průměrné skóre duchovního zdraví (DZ) v oblastech spirituality (SP) u jednotlivých respondentů

Ekvivalentem výše uvedené tabulky č. 10a grafu č. 5 je tabulka č. 11 a graf č. 6. V tab. č. 11 jsou však uvedené hodnoty znázorněny (obdobu tabulky č. 4 týkající se sociální opory) jako průměry dosažených skóre definovaných oblastí spirituality (SP) tj. duchovního zdraví jednotlivých respondentů.

Tab. č. 11: Průměry dosažených skóre DZ v definovaných oblastech SP u jednotlivých respondentů

respondent	oblast SP (E)	oblast SP (F)	oblast SP (G)	oblast SP (H)
1	3,6	4,0	3,6	4,0
2	3,8	2,8	2,8	2,0
3	3,6	3,8	3,8	4,8
4	3,2	3,8	3,2	3,4
5	2,6	2,8	2,8	2,0
6	2,8	3,2	3,4	1,0
7	2,8	4,4	3,4	3,4
8	3,6	2,8	4,2	1,2
9	4,4	4,2	4,2	3,4
10	3,2	3,6	3,6	3,2
11	3,6	3,4	4,4	1,0
12	2,4	2,4	2,0	1,0
13	2,2	4,4	3,2	1,2
14	2,4	3,0	4,4	3,0
15	3,8	3,8	3,8	2,8
16	3,0	3,0	2,4	2,0
17	3,6	4,0	4,2	3,2
18	4,0	3,0	3,6	2,0
19	3,6	3,4	3,8	3,0
průměr	3,3	3,5	3,5	2,5

Graf č. 6: Průměry dosažených skóre DZ v definovaných oblastech SP u jednotlivých respondentů



5. hledisko: průměrné skóre duchovního zdraví (DZ) u jednotlivých tvrzení dotazníku podle Stranahan

Tab. č. 12: Dosažené průměrné skóre DZ všech respondentů na jednotlivá tvrzení v dotazníku podle S. Stranahan

číslo tvrzení	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
průměr skóre DZ jednotlivých tvrzení všech respondentů	3,4	2,7	3,2	3,1	4	2,8	3,9	2,9	4,1	3,6
číslo tvrzení	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
průměr skóre DZ jednotlivých tvrzení všech respondentů	3,7	3,5	3,3	3,4	3,7	2,7	2,6	2,3	2,3	2,6

I zde může být tabulka č. 12 dalším užitečným zdrojem dat, vhodných např. pro použití v individuální sociální práci s klientem. V této tabulce jsou znázorněny dosažené průměrné skóre duchovního zdraví (spirituálního prožívání) jednotlivých tvrzení souhrnně uvedených v dotazníku duchovního sebe-posouzení pro seniory v příloze této bakalářské práce. Nejvyšší dosažené skóre DZ (hodnoty 3,9 – 4,1) vykazují tvrzení č. 5, 7 a 9. Z toho tvrzení č. 5 (hodnota 4 značí vysoké DZ) náleží do spirituální oblasti (E): Vnitřní síla, naděje a zvládání a konkrétně zní: „Mám někoho, na něhož se můžu obrátit, když mám problémy.“ Interpretace tohoto výsledku je následující: v průměru respondenti většinou souhlasí s tím, že v problematických chvílích mají někoho, na koho se mohou obrátit. V případě tohoto tvrzení (č. 5) lze poznamenat, že roviny či dimenze jako prvky životní situace jedince, mezi něž podle Sulmasy (2002, dle Dubovic 2018: 25) řadíme

rovinu biologickou, psychologickou, sociální a spirituální, se zde prolínají. Téma podpory druhé osoby se tak týká nejen sociální roviny (viz. sociální opora), ale i spirituální roviny, kde má zřetelnou návaznost právě na oblast (E) Vnitřní síla, naděje a zvládání a má tak v případě nasycení této sociální potřeby současně bezprostřední vliv na naplnění i v této spirituální oblasti.

Tvrzení č. 7 a 9 pak patří do oblasti spirituality (F), jež je označena jako Transcendence. Tvrzení č. 7 zní: „Být s druhými je pro mě hodnotné.“ To znamená, že respondenti v průměru souhlasně prohlásili, že si váží společného bytí/ soužití s ostatními lidmi. Tvrzení č. 9 zní: „Pomáhat druhým mi přináší velkou radost.“, pak znamená, že zkoumaná populace klientů Sociální rehabilitace Cesta se v průměru souhlasně staví k faktu, že je pro ně potěšením pomáhat druhým lidem. Tento dílčí výsledek, tak potvrzuje jeden ze závěrů výzkumného kvantitativního šetření, které bylo provedeno absolventkou fakulty CMTF UPOL Terezou Bílou (2014: 76-77) v rámci vypracování její diplomové práce na téma Dobrovolnictví jako možnost integrace osob s psychickým onemocněním. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 85 osob s chronickým duševním onemocněním a 60 % z nich uvedlo, že by mělo zájem o výkon dobrovolnické činnosti.

Vzhledem k možnému praktickému využití dat z tabulky č. 12 také předkládám k interpretaci výsledek tvrzení č. 11 (tj. „Existují ještě některé věci, kterých bych chtěl/a ve svém životě dosáhnout.“) a výsledek tvrzení č. 15 (tj. Trávím čas obdivem krásy, umění, přírody, hudby apod.“), který dosáhl také poměrně vysoké hodnoty, a to 3,7 - střední míra DZ. Obě tato tvrzení spadají do oblasti spirituality (G) s názvem Smysl a účel. Zde se tak nabízí další rozvinutí již poměrně významného potenciálu a náboje spirituálního prožívání, jež v sobě obě tvrzení na základě jejich dosaženého skóre nesou. V souvislosti s tvrzením č. 11 a jejím skóre, kdy se řada klientů SRC přiklání k možnosti se ještě pokusit dosáhnout v životě nějakého cíle, lze předpokládat, že zde existuje prostor pro nalezení (nového) smyslu jejich života a pro rozvoj jejich motivace a přání za využití jejich individuálních zdrojů a kapacit. A v souvislosti s tvrzením č. 15, které se týká významu estetiky v životě člověka, se tak organizace může v posílení spirituální roviny vydat směrem k dílčí intervenci při sociální práci se skupinou. Takováto možnost se v případě služby sociální rehabilitace nabízí při skupinových činnostech v podobě zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (společná návštěva výstavy, kulturních památek, výlet do přírody apod.).

Naopak nejnižšího průměrného skóre (hodnota 2,3 – nízká míra DZ) dosáhly odpovědi na tvrzení č. 18. a 19. spadající do spirituální oblasti (H) Náboženská praxe. Jejich znění je následující: 18. „Četba posvátných textů je pro mě významná.“ 19. „Náboženskou praxi pokládám za důležitou (svátosti atd.).“

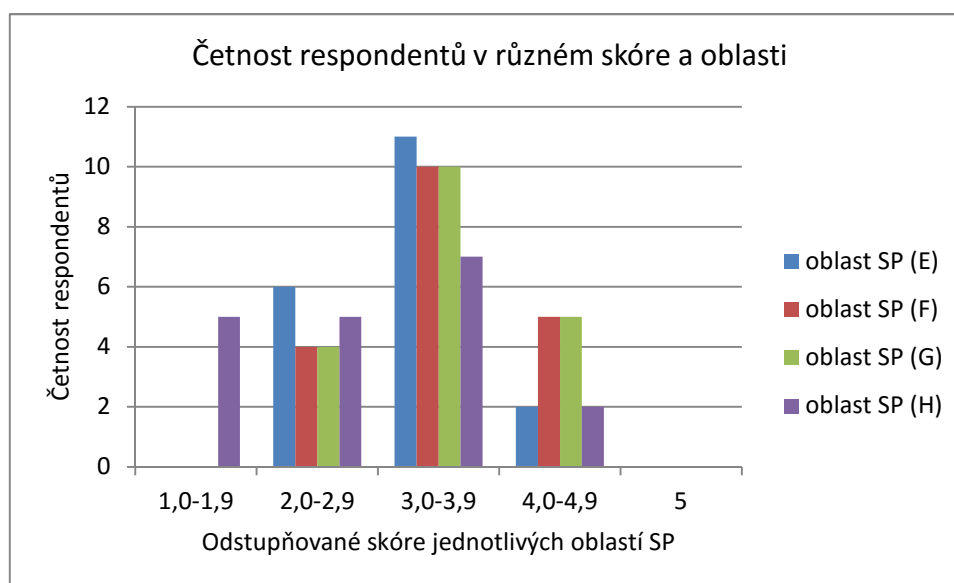
Společně dosažená hodnota 2,3 znamená, že jejich nejčastější odpovědi bylo, že s uvedenými dvěma tvrzeními nesouhlasí. To je opět odkaz na nejméně významnou oblast spirituality pro tuto výzkumnou populaci, oblast praktické religiozity.

6. hledisko: četnostní rozložení respondentů podle skóre duchovního zdraví (DZ) v jednotlivých spirituálních oblastech (SP)

Tab. č. 13: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre DZ v jednotlivých oblastech SP

životní situace	odstupňované skóre ve škále DZ				
	1,0-1,9	2,0-2,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0
oblast SP (E)	0	6	11	2	0
oblast SP (F)	0	4	10	5	0
oblast SP (G)	0	4	10	5	0
oblast SP (H)	5	5	7	2	0

Graf č. 7: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre DZ v jednotlivých oblastech SP



Z tabulky č. 13 a grafu č. 7 vyplývá, že žádný respondent nehodnotí míru svého spirituálního prožívání (duchovního zdraví) ve všech definovaných oblastech na nejvyšší

úrovni DZ s hodnotou 5, což znamená, že plně nasycenou spirituální dimenzi nepocítuje žádný z klientů SRC. Naopak nejvyšší početní zastoupení respondentů se nachází v rozmezí škály 3,0-3,9. Jejich nejčastější odpovědí, tedy bylo „nejsem si jist/a“ či „souhlasím“. Tento výsledek, tak opět ukazuje na fakt, že celkové skóre duchovního zdraví u zkoumané populace klientů SRC je mírně nadprůměrné (viz. hodnota 3,2 v tabulce č. 8). To současně znamená, že můžeme říci, že sledovaná populace průměrně vykazuje střední míru pozitivního duchovního zdraví a tudíž současně střední riziko spirituálního distresu (duchovního strádání/ utrpení/ bolesti).

Podle Koeniga (2001, dle Stranahan 2008: 496) i jednotlivec, který má optimální duchovní zdraví, by měl usilovat o posílení existujících duchovních zdrojů, o udržení spirituálního náboje a měl by rovněž plánovat další duchovní rozvoj. A to vše v kontextu širších souvislostí, mezi něž patří fakt, že existují důkazy o příznivých účincích duchovního zdraví na zdraví tělesné a psychické.

5.6.3 Vyhodnocení stanovené hypotézy

V této kapitole se zabývám vyhodnocením stanovené hypotézy H a předpokládám tak, že mezi sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu u klientů Sociální rehabilitace Cesta existuje statisticky významná souvislost. Odpověď na tento předpoklad znázorňuje výsledek korelace mezi mírou sociální opory a mírou rizika spirituálního distresu. Vzhledem k malému rozsahu výzkumu nelze zjištěné údaje zobecňovat na jinou než pro tuto práci oslovenou skupinu respondentů.

Hlavní výzkumná otázka byla, prokáže se pomocí kvantitativního výzkumu souvislost mezi sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově? Tuto hlavní výzkumnou otázku jsem si rozdělila na dvě dílčí otázky a odpovědi na ně jsem uvedla již v předchozí kapitole věnující se analýze a interpretaci výsledků.

Odpověď na první dílčí výzkumnou otázku, tedy je: míra sociální opory u populace klientů SRC v Prostějově je 3,6, tzn. střední sociální opora, s rozptylem hodnot od 1,42-5,00.

Odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku je: míra rizika spirituálního distresu u populace klientů SRC v Prostějově je 16, tzn. středně vysoké riziko spirituálního distresu. Tato hodnota současně odpovídá skóre duchovního zdraví u zkoumané populace

klientů, které je mírně nadprůměrné: 3,2, tzn. střední míra duchovního zdraví s rozptylem hodnot od 1,95-4,05.

Aby mohlo dojít k posouzení předpokladu závislosti mezi sociální oporou a spirituálním distresem, je potřeba nejprve zjistit závislost sociální opory a duchovního zdraví (spirituálního prožívání). A následně z tohoto vztahu vyvodit výsledek cíle tohoto výzkumu.

V tab. č. 14 a v grafu č. 8 tak opětovně představují průměrné skóre sociální opory a duchovního zdraví u jednotlivých respondentů., tentokrát však souhrnně. Distribuci tj. rozvrstvení hodnot SO a DZ zjištěných při výzkumném šetření pomocí dvou standardizovaných dotazníků zobrazují ve dvou variantách. První variantu tj. absolutní hodnoty SO a DZ znázorňuje tab. č. 15 a druhou variantu tj. průměrné hodnoty SO a DZ, získané zprůměrováním hodnot jednotlivých oblastí/subškál znázorňuje tab. č 16. Zde je tak opět možné zjednodušeně a přehledně vidět velký rozdíl v naměřených hodnotách, jak u SO, tak u DZ jednotlivých respondentů.

Tab. č. 14: Míra celkové sociální opory a duchovního zdraví jednotlivých respondentů

respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
celkové skóre sociální opory	3,2	4,6	3,0	3,6	2,2	3,1	2,6	4,2	5,0	4,3
celkové skóre duchovního zdraví	3,8	2,9	4,0	3,4	2,6	2,6	3,5	3,0	4,1	3,4
respondent	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
celkové skóre sociální opory	4,2	4,5	2,8	3,5	4,5	3,2	4,0	3,7	1,4	
celkové skóre duchovního zdraví	3,1	2,0	2,8	3,2	3,6	2,6	3,8	3,2	3,5	

Tab. č. 15: Distribuce absolutních hodnot sociální opory a duchovního zdraví

	N	průměr	minimum	maximum	medián	modus	SMODCH
SO	19	3,6	1,0	5,0	4,0	4,0	1,24
DZ	19	3,2	1,0	5,0	3,0	4,0	1,17

Tab. č. 16: Distribuce průměrných hodnot sociální opory a duchovního zdraví

	N	průměr	minimum	maximum	medián	modus	SMODCH
SO	19	3,6	1,0	5,0	3,8	4,0	1,02
DZ	19	3,2	1,0	4,8	3,4	3,6	0,86

N - počet respondentů

SO – sociální opora

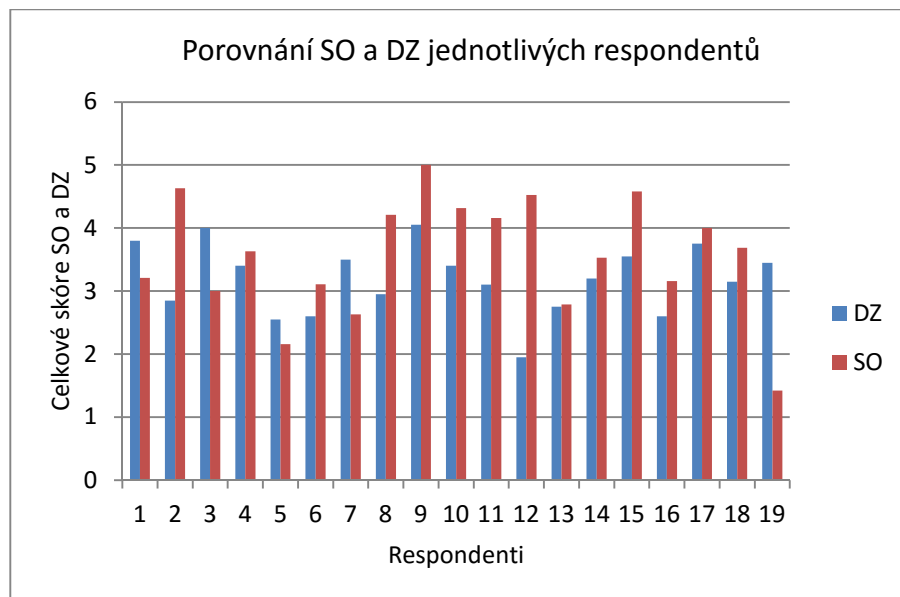
DZ – duchovní zdraví

průměr – průměrné hodnoty celkové SO a celkového DZ

VAR - rozptyl

SMODCH – směrodatná odchylka

Graf č. 8: Míra celkové sociální opory a duchovního zdraví jednotlivých respondentů



Koeficient korelace vyjadřující vztah dvou proměnných nabývá hodnot v intervalu (-1,1). Při nezávislosti veličin X a Y je koeficient korelace roven 0. Mezi proměnnými tedy není žádná statisticky zjištělná lineární závislost. A naopak při zcela jednoznačné závislosti mezi nimi je koeficient korelace roven 1. Hodnotu korelačního koeficientu jsem získala, díky použití matematické funkce PEARSON, která je součástí nabídky programu Excel. Pearsonův korelační koeficient mezi sociální oporou a spirituálním distresem činí 0,052. Tato hodnota ukazuje na fakt, že mezi sociální oporou a duchovním zdravím resp. spirituálním distresem u zkoumané populace klientů neexistuje prokazatelný vztah, tyto dvě proměnné jsou tedy na sobě navzájem nezávislé. Předpoklad jejich statisticky signifikantní závislosti se tedy nepotvrdil.

5.7 Limity výzkumu

Práce na tomto výzkumu mě vedla také ke zjištění řady jejích limitů a omezení. Téma sociální opory a spirituálního distresu u osob s duševním onemocněním patří mezi neprozkoumané. Oba koncepty není také zcela snadné uchopit, definovat a zejména vymezit jejich vliv na člověka. A to dle mé zkušenosti platí dvojnásob pro analýzu a interpretaci výsledků jejich šetření. Pro jednodušší pochopení číselných výsledků šetření jsem si, proto pro dosaženou míru sociální opory a spirituálního distresu stanovila vlastní slovní vyjádření. Bylo nezbytné také reflektovat vzájemnou inverznost obou proměnných.

Je třeba také zdůraznit, že zjištěné poznatky nelze vzhledem k nízkému počtu respondentů generalizovat, popisují totiž pouze vybranou výzkumnou skupinu a vnášejí tak, pouze jakýsi náhled na danou problematiku. A to mimo jiné i s ohledem na povahu sledovaných proměnných, které jsou procesuální tj. v čase měnící se. Výsledky mohou být také do značné míry nepřesné, k dotazníkovému šetření totiž bohužel patří nemožnost doplnění interpretace otázek. Toto omezení doplňuji i přesto, že jsem se při záznamech odpovědí respondentů snažila být přítomna a byla jsem připravena zodpovídat na veškeré nejasnosti spojené s neporozuměním zadání. Je však také pravdou, že jsem nebyla osobně přítomna u všech dotazníkových šetření.

Existuje také určitá míra pravděpodobnosti, že výsledky šetření mohly být ovlivněny duševním onemocněním respondentů. Vágnerová (2014: 322-472) píše, že mezi příznaky schizofrenie patří i poruchy poznávacích funkcí, které se mohou projevit narušením pozornosti, paměti, uvažování a orientace v realitě. A mezi klinické projevy poruchy osobnosti náleží nestandardní postup úvah a přístup k hodnocení čehokoli a také například narušené sebehodnocení a nevyrovnanost emočního prožívání.

6 Shrnutí a závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda se na populaci klientů Sociální rehabilitace Cesta v Prostějově ukáže souvislost mezi jejich sociální oporou a mírou rizika spirituálního distresu. K naplnění tohoto cíle bylo zvoleno kvantitativní šetření. Jelikož se jedná o deduktivní metodu, tak samotnému sběru dat předcházelo studium a tvorba teoretické části. Teorii na zvolené téma se ve větším rozsahu věnuje také má absolventská práce.

Výzkumné šetření bylo realizováno formou dvou standardizovaných dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 19 klientů jmenované služby.

Hlavní cíl a výzkumná otázka byly operacionalizovány na dva dílčí cíle a dvě dílčí výzkumné otázky a následně byla stanovena hypotéza. Ta se však nepotvrdila. Vyšlo najevo, že přes očekávaný předpoklad neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou sociální opory a mírou rizika spirituálního distresu u populace klientů Sociální rehabilitace Cesta.

Mezi významná zjištění tohoto výzkumu patří také skutečnost, že většina respondentů dosahovala v době šetření střední míry sociální opory a střední míry duchovního zdraví tj. spirituálního prožívání, což v analogickém pojetí současně znamená, že výzkumná populace klientů vykazuje středně vysokou míru rizika spirituálního distresu.

Hlavním záměrem předkládané práce bylo zdůraznit význam obou proměnných v podpoře osob s psychickými potížemi a také poskytnout další podnět pro praxi sociálních pracovníků zejména v oblasti využití poznatků z posouzení stavu spirituálního prožívání při práci s nimi. I přesto, že nebyla prokázána souvislost mezi sociální oporou a spirituálním distresem u zkoumaného souboru respondentů, ze souhrnných a dílčích výsledků empirického šetření vyplývá, že v sociální i spirituální oblasti těchto osob existuje prostor pro zapojení vhodných intervencí a metod sociální práce s nimi. Přičemž oba zkoumané životní aspekty jsou relevantní pro odbornou sociální pomoc.

Při dalším výzkumu by pak bylo jistě vhodné rozšířit velikost zkoumaného vzorku osob prostřednictvím oslovení dalších sociálních služeb zaměřených na danou cílovou skupinu a ověřit tak stanovenou hypotézu na tomto větším vzorku populace. Bylo by také

jistě možné zvolit i jiný způsob posouzení míry sociální opory a spirituálního prožívání resp. spirituálního distresu.

Použité zdroje

ALORANI, Ismael Omar a Mu'taz Fuad ALRADAYDEH. 2017. Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. *International Journal of adolescence and youth*. č. 23/3. s. 291-298. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1352522>.

BALOGOVÁ, B., L. KVASŇÁKOVÁ a L. PÍŽOVÁ. 2015. Inšpirácie pre klinickú sociálnu prácu na Slovensku – prítomnosť a budúcnosť v 21. storočí. *Sociální práce/ Sociálna práca*. č. 4. s. 16-29.

BEELS, C. Ch., L. GUTHWIRTH, L., J. BERKELEY a E. STRUENING. 1984. Measurements of Social Support in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. č. 10/3. s. 399 – 411. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/10/3/399.full.pdf+html>.

BÍLÁ, Tereza. 2014. Dobrovolnictví jako možnost integrace osob s psychickým postižením. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého, Fakulta Cyrilometodějská teologická, Katedra křesťanské sociální práce.

CARLISLE, Patricia. 2014. Meaning in mistress. Exploring religion, spirituality and mental health social work practice in Northern Ireland. s. 1-233. Dostupné z: <https://dspace.stir.ac.uk/handle/1893/21736#.XF2dsPZFxPY>.

ČASOPIS SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA. Poslání a cíle. Náš pohled na sociální práci. *Socialniprace.cz* [online]. ©2014 [cit. 2019-26-02]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=1&podsekce=17>.

DISMAN, Miroslav. 2002. Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. Praha: Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DOHNALOVÁ, Zdenka. 2011. Výzkumníkovo desatero etického chování. *Sociální práce/ Sociálna práca*. č. 1. Dostupné z: www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379.

DOLEŽEL, Jakub. 2013. Sociální práce do počátku novověku. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. s. 179. ISBN 978-80-262-0366-7.

DOLEŽEL, Jakub. 2017. Spirituální citlivost charitních služeb: Proč a jak pracovat se spirituální dimenzí životní situace klientů. *Caritas et Veritas*. č. 7. s. 32-49.

DUBOVIC, Michal. 2018. Posouzení spirituálních zdrojů klienta na pozadí principů a postupů posouzení životní situace klienta. Olomouc (absolventská práce): CARITAS – VOŠ sociální Olomouc.

DUDOVÁ, Monika. 2018. Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné. Fórum sociální práce. č. 2. s. 113-120. Dostupné z: https://forumsocialni prace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/10/Monika_Dudova_113-120.pdf.

FOLTOVÁ, Lucie. 2010. Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami. *Sociální práce/ Sociálna práca*. č. 4. s. 101-109.

GALLARDO-PERALTA, Lorena P. 2017. The relationship between religiosity/ spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*. č. 0. s. 1-14. Dostupné z: <http://doi:10.1177/002087281>.

GEENS, N., G. ROETS a M. VANDENBROECK. 2014. Informal social support in context of diversity: shaping the relationship between the public and the private sphere. *Health and Social Care in the Community*. č. 23, s. 532-540. Dostupné také z: <http://doi:10.1111/hsc.12161>.

HARTL Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HARTL, Pavel. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.

HEJZLAR, P., M. HALÍŘ a M. FIALA. 2010. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. [online]. 14 (3) s. 146-152. [cit. 30. 11. 2018]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>.

HENDL, Jan (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, eds. 2014. NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell.

ISBN 9781118914939. Dostupné z: www.iaud.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/Dane_shkadeh/Parastari_mamaei.

HODGE, David a Violet E. HORVATH. 2011. Spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis of clients' perspectives. *Social Work*, č. 56/4, s. 306-316.

HÖSCHL, Cyril, et al. 1997. Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-64-6.

INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV [online] © 2002-2018 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

JEŽORSKÁ, Š., HRTŮSOVÁ, T., M. ČERNÁ a J. CHRASTINA. 2013. Sociální opora jako projektivní faktor duševního zdraví. Profese online – recenzovaný časopis pro zdravotnické obory. č. 6/1. s. 17-22. ISSN 1803-4330.

KANÁK, Jan a Sylvie STRETTI. 2015. Nástroje posouzení spirituální dimenze klientů v pomáhajících profesích. *Acta theologica et religionistica*. č. 1, s. 42-56. Dostupné z: <https://www.unipo.sk/public/media/15888/ATeR%201-2015.pdf>.

KANÁK, Jan. 2015. Postavení diskursu spirituality v sociální práci. *Sociální práce/ sociálna práca*. č. 15/4, s. 30-46. ISSN 1213-6204.

KOŽENÝ, Jiří a Lýdie TIŠANSKÁ. 2003. Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, č. 2, s. 135-143.

KŘIŠŤAN, Alois. 2013. Praktická teologie a sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. s. 148. ISBN 978-80-262-0366-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2006a. Psychologie smysluplnosti existence – Otázky na vrcholu života. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2006b. Psychická bolest. [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <http://jaro.krivohlavy.cz/psychicka-bolest>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 973-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2015. Pozitivní psychologie. Praha: Portál. ISBN 973-80-262-0978-2.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV. Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. *Sociální práce/Sociálna práca*. [online]. ©2014. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=861>.

LIM, Jung-won a Jaehee YI. 2009. The Effects of Religiosity, Spirituality and Social Support on Quality of Life: A Comparison Between Korean American and Korean Breast and Gynecologic Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. č. 36/6. s. 699-708. Dostupné také z: <http://doi: 10.1188/09.ONF.699-70>.

MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ Martina a kol. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5.

MÁTEL, Andrej. 2015. Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminologie. *Sociální práce/ sociálna práca*. č. 15/4, s. 5-15. ISSN 1213-6204.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2010. Sociální práce v praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIKUŠKOVÁ, Daniela. 2014. Sociální opora seniorů žijících v domácnosti jednotlivce na území obce Broumov. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého, Fakulta Cyrilometodějská teologická, Katedra křesťanské sociální práce.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Strategie reformy psychiatrické péče. [online]. ©2013-2019. [cit. 2019-3-1], Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.

MONOD, S., ROCHAT, E., BŮLA, CH., JOBIN, G., MARTIN, E. a SPENCER, B. 2010. The Spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics*. č.10/88. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>.

NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NOVÁK, Ilja. 2018. Sociologická encyklopedie. Sociologický ústav AV ČR. [online]. ©2018 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Statistika_\(MSgS\)](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Statistika_(MSgS)).

NOVOTNÁ, Helena a Miroslav Kala. 2015. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliat. med. liec. boles.* č. 8. s. 23-25. Dostupné z: www.solen.sk/pdf/76b39b329f5_e54b3d9a7bd00d4f62d74.pdf.

OPATRŇÝ, Michal. 2008. Sociální práce a teologie – uvedení do problematiky. In: MARTÍNEK, Michal a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Jabok. ISBN 978-80-904137-6-4.

OPATRŇÝ, Michal a Markus LEHNER a kol. 2009. *Teorie a praxe charitativní práce*. Jihočeský univerzita v Českých Budějovicích, Teologický fakulta: Scientia. ISBN 978-80-7394-214-4.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

PUNCH, Keith F. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.

ŘÍČAN, Pavel. 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-312-3.

SEIKKULA, Jaakko. 2016. Open dialogue in the present and the future – new developments. In: *Open dialogue an international community* [online]. 20. Srpna 2016 [cit. 2019-5-3]. Dostupné z: open-dialogue.net/open-dialogues-in-the-present-and-the-future-new-developments/.

ŘÍČAN, Pavel. 2010. Spiritualita v centru struktury osobnosti. In: BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing. s. 225. ISBN 978-80-247-3434-7.

SCHUURMANS-STEKHOVEN, James Benjamin. 2013. Spirit or meeting apparition? Why spirituality's link with social support might be incrementally invalid. *Journal of Religion and Health*, 56, s. 1248-1262. Dostupné také z: <http://doi.org/10.1007/s10943-013-9801-3>.

SKORUNKA, David. 2002. Východiska sociální opory poskytované rodinám a dospívajícím v náročné životní situaci. In: MAREŠ, Jiří a kol. Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec – Králové: Nucleus. ISBN 80-86225-25-9.

SMÉKAL, Vladimír. 2017. Psychologie duchovního života. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-221-2.

Sociální práce/ sociální práce[online]. 2004, č. 4 [cit. 2019-02-26]. ISSN 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/soubory/2004-4-090221132958.pdf>.

STRANAHAN, Susan. 2008. A spiritual screening tool for older adults. *Journal of Religion and Health*, 47, s. 491-503. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9156-8>. ISSN 1573-6571.

ŠKULECOVÁ, Alena a Jiří JANKOVSKÝ. 2004. Význam etických aspektů práce v pomáhajících profesích. The importance of ethic aspects in helping vocations. *Sociální práce/ Sociálna práca*, č. 4, s. 54-61. ISSN 1213-624.

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, č. 43/1. Dostupné také z: <https://dec53.lf1.cuni.cz/download.php?fid=188>.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠVÁBOVÁ, Hana. 2019. Sociální opora a spirituální distres v sociální práci s klienty s psychickým onemocněním. Olomouc (absolventská práce): CARITAS – VOŠ sociální Olomouc.

URBAN, David a Alena KAJANOVÁ. 2014. Sociální opora u sociálně exkludovaných romských rodin. *Antropologia Integra*. č. 5/2, s. 49-54. Dostupné z: <https://doi.org.10.5817/AI2014-2-49>.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOJTÍŠEK, Z., P. DUŠEK a J. MOTL. 2012. Spiritualita v pomáhajících profesích. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0088-8.

Vyhláška č. 505 ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. Částka 164. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.

ZAHRADNICKÁ, Eva a Dominika HROMKOVÁ. 2019. Každý pátý Čech trpí duševní chorobou. Pomoci mají centra duševního zdraví. In: *iDNES.cz/Zprávy* [online]. 16. února 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/specializovana-psychologicka-centra-psychiatrie-centra-dusevniho-zdravi-cr.A190211_095458_domaci_jumi.

Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. Částka 37. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Souhrnné znázornění číselného a slovního vyjádření výsledků SO, DZ, SD

Tab. č. 2: Míra celkové SO jednotlivých respondentů

Tab. č. 3: Průměrné skóre a míra SO v jednotlivých subškálách SO podle dotazníku MOS

Tab. č. 4: Průměry dosažených skóre definovaných subškál SO jednotlivých respondentů

Tab. č. 5: Dosažené průměrné skóre SO všech respondentů u jednotlivých otázek dotazníku MOS

Tab. č. 6: Četnostní rozložení respondentů ve vytyčených skóre jednotlivých subškál SO

Tab. č. 7: Míra DZ jednotlivých respondentů

Tab. č. 8: Průměrné skóre a míra DZ v jednotlivých oblastech SP podle S. Stranahan

Tab. č. 9: Průměrné skóre a míra rizika SD v jednotlivých oblastech SP podle S. Stranahan

Tab. č. 10: Dosažený součet skóre SD jednotlivých tvrzení dotazníku podle Stranahan ve všech oblastech SP

Tab. č. 11: Průměry dosažených skóre DZ v definovaných oblastech SP u jednotlivých respondentů

Tab. č. 12: Dosažené průměrné skóre DZ všech respondentů na jednotlivá tvrzení v dotazníku podle S. Stranahan

Tab. č. 13: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre DZ v jednotlivých oblastech SP

Tab. č. 14: Míra celkové sociální opory a duchovního zdraví jednotlivých respondentů

Tab. č. 15: Distribuce absolutních hodnot sociální opory a duchovního zdraví

Tab. č. 16: Distribuce průměrných hodnot sociální opory a duchovního zdraví

Seznam grafů

Graf č. 1: Míra celkové SO jednotlivých respondentů

Graf č. 2: Průměry dosažených skóre definovaných subškál SO jednotlivých respondentů

Graf č. 3: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre jednotlivých subškál SO

Graf č. 4: Míra DZ jednotlivých respondentů

Graf č. 5: Dosažený součet skóre SD jednotlivých tvrzení dotazníku podle Stranahan ve všech oblastech SP

Graf č. 6: Průměry dosažených skóre DZ v definovaných oblastech SP u jednotlivých respondentů

Graf č. 7: Četnostní rozložení respondentů v odstupňovaných skóre DZ v jednotlivých oblastech SP

Graf č. 8: Míra celkové sociální opory a duchovního zdraví jednotlivých respondentů

Přílohy: Distribuované dotazníky

Vážení,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění 2 níže uvedených dotazníků.

První z nich se týká sociální sítě a vztahů a druhý dotazník je zaměřený na oblast duchovního prožívání. Oba dotazníky jsou anonymní a výsledky budou použity jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za jejich vyplnění a za čas, který jim věnujete.

Pokud budete mít zájem, ráda Vám poskytnu výsledky šetření.

Hana Švábová

Prosím, přečtěte si následující možnosti a odhadněte, jak často by byl někdo k dispozici, pokud by nastala taková situace. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte.

1. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám pomůže, když jste nemocen?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

2. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám bude naslouchat, když si potřebujete popovídat?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

3. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám poradí v kritické situaci?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

4. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vás vezme k lékaři, když potřebujete?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

5. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám projevuje lásku a sympatie?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

6. Jak často je pro vás k dispozici někdo, s kým je vám dobře?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

7. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám poskytne informace, které vám pomohou pochopit situaci?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

8. Jak často je pro vás k dispozici někdo, komu se můžete svěřit se svými problémy a starostmi?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

9. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vás obejmě, když to potřebujete?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

10. Jak často je pro vás k dispozici někdo, s kým se dokážete uvolnit, uklidnit?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

11. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám uvaří, když to nemůžete udělat sám?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

12. Jak často je pro vás k dispozici někdo, jehož radu opravdu potřebujete?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

13. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo vám pomůže zbavit se nepříjemných myšlenek?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

14. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo se vám postará o domácnost, když jste nemocný?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

15. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo sdílí vaše obavy a strachy?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

16. Jak často je pro vás k dispozici někdo, na koho se můžete obrátit, jak řešit vaše osobní problémy?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

17. Jak často je pro vás k dispozici někdo, s kým můžete dělat něco, co vám dělá radost?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

18. Jak často je pro vás k dispozici někdo, kdo chápe vaše problémy?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

19. Jak často je pro vás k dispozici někdo, koho máte rád/a a kdo vás potřebuje?

A. nikdy B. málokdy C. někdy D. většinou E...vždy

Prosím, ohodnoťte stupněm souhlasu každý z následujících výroků. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte.

1. Mám svůj vnitřní zdroj síly a pohody.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

2. Když přemýšlím o budoucnosti, nemám obavy.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

3. I když čelím těžkostem, nedám se jimi srazit na kolena.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

4. Životní zkoušky mě spíše posilují.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

5. Mám někoho, na něhož se můžu obrátit, když mám problémy.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

6. Můj vztah k Bohu mi pomáhá čelit životním výzvám.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

7. Být s druhými je pro mě hodnotné.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

8. Bůh je součástí všech oblastí mého života.

- A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

9. Pomáhat druhým mi přináší velkou radost.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

10. Jsem usmířen/á s každým v mém životě.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

11. V životě bych chtěl/a ještě něčeho dosáhnout.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

12. Každý den se mám na co těšit.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

13. Celkem vzato jsem spokojen/a se svou životní cestou.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

14. Obvykle jsem vytrvalá/ý navzdory překážkám.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

15. Věnuji čas obdivu krásy v umění, přírodě, hudbě atd.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

16. Má víra ji mi oporou.

A.Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

17. Osobní modlitba je důležitou součástí mého života.

A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

18. Četba posvátných textů je pro mě významná.

A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

19. Náboženskou praxi pokládám za důležitou (svátosti atd.).

A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím

20. Cítím se posilněn/a, když se účastním bohoslužeb.

A. Zcela nesouhlasím B. Nesouhlasím C. Nejsem si jist/á D. Souhlasím E. Zcela souhlasím